

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ**

Zátěž a stres pracovníků na záchranné službě

Bakalářská práce

Autor práce : **Dana Brandejská**

Vedoucí práce : **Bc. Ivana Šlaisová**

2008

**CHARLES UNIVERSITY OF PRAGUE
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ**

**INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING**

Workload and stress of rescue service workers

Bachelor's thesis

Author : Dana Brandejská

Supervisor : Bc. Ivana Šlaisová

2008

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Ve Zbraslavicích

Touto cestou bych chtěla poděkovat především paní Bc. Ivaně Šlaisové za citlivý přístup, cenné rady a připomínky , které mi při tvorbě této práce věnovala.

Rovněž bych chtěla poděkovat svým blízkým, kteří mi byli oporou po celou dobu studia .

OBSAH

Úvod

Cíl práce

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Nároky a práce na záchranné službě.....	9
2. Představa o záchranářích.....	11
2.1 Představa o práci a profesi záchranáře z pohledu záchranáře.....	11
2.2 Představa o práci a profesi záchranáře z pohledu veřejnosti.....	12
3. Osobnostní charakteristiky záchranáře.....	13
4. Základní typy zátěžových situací.....	14
4.1 Frustrace.....	14
4.2 Konflikt.....	14
4.3 Stres.....	15
4.4 Deprivace.....	17
5. Mechanismy psychické adaptace na zátěžové situace.....	19
5.1 Útok.....	19
5.2 Únikové obranné reakce.....	19
6. Záchranáři a zátěžové situace.....	21
6.1 Znaky psychického traumatu.....	21
6.2 Akutní reakce na stres.....	21
6.3 Posttraumatická stresová porucha.....	23
7. Syndrom vyhoření.....	26
7.1 Vývoj syndromu.....	27
8. Posttraumatická intervenční péče.....	29
8.1 Individuální krizová intervence.....	29
8.2 Demobilizace.....	29
8.3 Defusing.....	29
8.4 Debriefing.....	30
9. Prevence a intervenční techniky.....	32
9.1 Preventivní programy.....	32
9.2 Psychosociální pomoc v ČR.....	33
10. Výzkum zátěže a stresu na záchranných službách.....	34

II. EMPIRICKÁ ČÁST

11. Zkoumaný soubor a použité metody.....	36
11.1 Úvod.....	36
11.2 Cíle výzkumu.....	36
11.3 Metodika výzkumu.....	36
11.4 Předvýzkum.....	37
11.5 Popis souboru respondentů.....	37
12. Výsledky.....	38
12.1 Kvantitativní výzkum.....	38
13. Diskuze.....	76
Závěr.....	79
Anotace.....	80
Použitá literatura a prameny.....	81
Seznam použitých zkratk.....	83
Seznam příloh.....	84

Úvod

Rizika v práci posádek záchranné služby jsou v popředí veřejného zájmu až v poslední době v důsledku násilných činů páchaných na záchranářích. Negativní pocity, emoce, stres jsou každodenním průvodcem záchranářů nejenom v těchto mediálně zveřejněných případech, neboť denně posádky záchranné služby řeší zdravotní i sociální krize v domácnostech, na pracovištích, na silnicích při dopravních nehodách, při násilných činech i na veřejných prostranstvích. Denně jsou posádky záchranných služeb účastníky mezních situací, které se často odehrávají na hranici mezi životem a smrtí a záchranáře konfrontují s „*bytím a nebytím*“. Často je snaha o záchranu života marná, velmi často komplikovaná přídatnými okolnostmi na místě zásahu. Každodenně musí zdravotničtí záchranáři při výkonu své profese zvládat zátěž nárazovou i chronickou.

Na základě svých životních zkušeností, zájmem a svým profesním oborem jsem si vybrala pro svou bakalářskou práci téma „*Zátěž a stres pracovníků na záchranné službě*“. Chtěla bych zjistit jaká je míra zátěže a stresu pracovníků na záchranné službě, kdy a jak se stres u nich projevuje a jak se s ním vyrovnávají. Chtěla bych si ověřit, zda mé domněnky o dané problematice jsou správné a zda to, co pozoruji u sebe nebo u druhých je mé objektivní hodnocení.

Cíl práce

Cílem mé práce je celkové shrnutí zátěže a stresu u pracovníků na záchranné službě. V teoretické části bych se ráda zaměřila na akutní reakci na stres, posttraumatickou stresovou poruchu, syndrom vyhoření a na psychosociální pomoc pro záchranáře.

Pro empirickou část jsem zvolila kvantitativní výzkum – formou anonymního dotazníku, jejímž cílem je:

- identifikace zátěže a stresorů u záchranářů
- zjistit míru expozice ke kritickým událostem
- zjistit časový průběh reakce na traumatizující událost
- zjistit míru projevů stresu po traumatizující události
- zjistit způsoby vyrovnávání se stresem
- zjistit zájem záchranářů o CISM v případě kritické události

1. Nároky a práce na záchranné službě

Práce ve zdravotnické záchranné službě je jak samotnými pracovníky, tak veřejností vnímána jako náročná a stresující. Nepřirozenost smrti, tedy smrt náhodná, nepředvídatelná nebo dokonce hromadná oproti smrti přirozené, s jistou lidskou důstojností, má závažnější dopady na psychiku pracovníků, kteří se s ní setkávají.

Charakter práce ve zdravotnické záchranné službě (dále také ZZS) obsahuje také mnohé prvky, které zaměstnance ohrožují rizikem vzniku a rozvoje syndromu vyhoření – vysoká odpovědnost, vysoké nároky na pracovní rozhodování, minimální autonomie pracovního procesu, nutnost potlačení emocí v zájmu zvládnutí pracovních povinností na místě zásahu, u některých zaměstnanců – podle lokálních podmínek – vysoký podíl přesčasové práce. Rozložení výkonu práce během pracovní doby je nerovnoměrné, mezi profesemi jsou rozdíly nejen v charakteru práce, ale zejména v zodpovědnosti. Lékaři zodpovídají za pacienta i za zvolená léčebná opatření, u samostatných posádek RZP pak tato odpovědnost, i když v užším spektru povolených výkonů, přechází na střední zdravotnické pracovníky. Řidiči se podílejí na zdravotní péči podle pokynů lékaře nebo zdravotní sestry, ale mají zásadní neoddelitelnou zodpovědnost za bezpečnou a přitom rychlou dopravu týmu ZZS na místo události a za bezpečný transport pacienta do zdravotnického zařízení. Týmový charakter činnosti může být přínosný při adekvátním rozdělení rolí a kompetencí, ale v nefungujícím týmu může péči o pacienta zhoršit. K práci ve výjezdových týmech jsou nutné i základní fyzické předpoklady a kondice. Práce ve směnách negativně ovlivňuje pracovní výkon, spánkový vzorec, ale i sociální a rodinný život.

Kromě setkání s vyhocenými situacemi a nezbytnou prací ve směnách v nepřetržitém provozu musí záchranáři na rozdíl od jiných zdravotníků pracovat i v nepříznivých klimatických podmínkách, kde bývají stále častěji vystaveni agresi ze strany pacientů nebo jejich okolí. Jednoduché není ani řešení dilemat při třídění (triage) při hromadném výskytu postižených, i když samo třídění je odborným medicínským postupem a vede k optimalizaci poskytované péče a snížení mortality. Nicméně konkrétní případy jsou jistě zdrojem emočních reakcí a možných následných etických pochyb.

Odlišný charakter má práce na operačním středisku, kdy operátoři a operátorky musí mít trvalý přehled o situaci ve spádovém území, o fázi výjezdů všech posádek, musí zvládat komunikaci s osobami ve stresu, organizovat umístění pacientů ve zdravotnických zařízeních a v posledních letech jsou vedeni i k poskytování první pomoci po telefonu. Celkový počet uskutečněných hovorů mnohonásobně převyšuje zpracované tísňové výzvy a také jejich počet

mnohonásobně převyšuje počet výjezdů jedné posádky v terénu. Záběr činnosti se rozšiřuje na operační střediska záchranných služeb a mění se na multifunkční zdravotnická informační centra.

* poznámka autora

Ráda bych poznamenala, že v následujícím textu budu poněkud pozměněným způsobem používat slovo „záchranář“, , kdy jím budu označovat jakéhokoliv člena výjezdové skupiny zdravotnické záchranné služby a nikoliv pouze vyššího zdravotnického pracovníka.

2. Představa o záchranářích

Záchranář.....jako symbol „ železného muže „ , který je nezranitelný a odolný vůči zátěži. Záchranář je akceschopný, rozhodný a neustále řeší kritické situace.....tak to je nejen představa běžné populace, ale i samotných záchranářů, kteří si v podvědomí přejí takovými být.

2.1 Představy o práci a profesi záchranáře z pohledu samotného záchranáře

Jistě to všichni známe, představy nově příchozích záchranářů bývají plné ideálů, jejich chování je plné nadšení , radosti z práce a kolektivu .

Ve skutečnosti , s časem i zkušenostmi záchranáři procitají a zažívají zklamání. Zjišťují , že práce na záchranné službě není jen o akutních stavech a dopravních nehodách , ale ta práce je i o častých marných a neindikovaných výjezdech, o hádkách s agresivními opilci a o špatné návaznosti na nemocniční péči . A zklamání z kolektivu ? Přichází také - v podobě pomluv a podrazů..... Domnívám se, že touto fází si projde každý, ztrácí sice nadšení, ale přesto tu práci vykonává dál, protože v koutu duše ji má rád.

Za velmi nebezpečné považuji představu o nezranitelnosti a naprosté odolnosti vůči stresu, kterou můžeme pozorovat jak u nováčků, tak i u zkušených záchranářů. Proč a kdy je to nebezpečné ? Nemusí se jednat ani o kritické události, stačí běžný zásah s rizikem vlastního ohrožení . Pocit nezranitelnosti může vést sice k hrdinským činům, ale někdy za cenu vlastních ztrát. Pocit naprosté odolnosti vůči stresu lze přirovnat k časované bombě. U takového člověka se stresy uvnitř tiše hromadí a jakoby čekají na tu pravou událost, kdy budou moci ven a způsobit zkázu.

Riziko představuje i myšlenka, že každý záchranář je neobyčejně šikovný, zručný, akceschopný, rozhodný ...apod. U záchranářů, kteří se snaží být tím nejlepším a ve skutečnosti se jim nedaří se může vyskytnout „ syndrom Johna Wayna „ . Jedná se o stav , kdy dochází ke ztrátě iluzí o tom, že budou jednou nejlepší a situaci řeší alkoholem. Konzumace alkoholu způsobuje řadu dalších potíží na pracovišti i doma. Problémy se kumulují a nakonec vyústí k sebevražednému rozhodnutí. To je snadno realizovatelné, neboť likvidační prostředek v podobě silných léků mají nadosah.

2.2 Představy o práci a profesi záchranáře z pohledu veřejnosti

„ Představy laiků o práci záchranné služby se v mnohém liší. Řada lidí si myslí, že se jedná o službu, která má moc odvrátit smrt. Že se kdesi na dně záchranářského kufru ukrývá injekce proti smrti, kterou lze v případě nouze použít. A kdo by takovou pomoc neočekával, když jde o život? Mýty , nepravdy a nepřesnosti jsou zastoupeny v hojně míře“ . (Janíček Jeroným, Rescue report, č.2, 2006,s. 31)

Nejrozšířenějším mýtem mezi laiky bývá přesvědčení, že u každého zásahu záchranné služby musí být přítomen lékař. Skutečnost je taková, že přednemocniční neodkladná péče je diferencovaná, podle přesně daných indikací jsou k pacientům vysílány posádky buď se sestrou /záchranářem nebo s lékařem.

Mezi časté omyly se řadí i dojem veřejnosti, že záhranky jezdí každý den k těžkým dopravním nehodám, kde ošetřují devastující a hodně krvácející poranění. Uvedené zásahy nepochybně patří mezi práci záchranné služby, ale ty mnohem častěji vyjíždí k bolestem na hrudi, dušnosti, bolestem břicha, ochrnutí a křečím, pádu ze schodů, zlomeninám apod.

Mylné představy se pojí i s tradičními svátky jako je Štědrý den – kosti v krku, Silvestr – popáleniny a utrhané prsty od pyrotechniky a Velikonoce – opilí koledníci...atd. Ve většině případů tomu také tak není.

Tak co zůstává pravdivé ? To , že povolání záchranář je fyzicky i psychicky náročné, vyžaduje vysokou odbornost a nesmírnou odpovědnost. Je to práce potřebná a nemůže ji dělat každý.

3. Osobnostní charakteristiky záchranáře

Práci zdravotnického záchranáře by měl vykonávat člověk s určitými schopnostmi. Měl by být hlavně člověk a odborník, ale také manažer, kolega i pedagog.

Záchranář by měl :

Chtít danou práci vykonávat i za cenu, že je občas nutné této práci věnovat více času na úkor času stráveného s rodinou, přáteli apod. . Nezájem o práci, povrchnost, myšlenky typu „, *nějak to vydržím* „, nemají místo při výkonu profese na záchranné službě.

Mít pro tuto práci fyzickou dispozici. Záchranářům by neměla chybět obratnost, vytrvalost, pevná vůle a schopnost sáhnout si až na dno svých fyzických sil. Měli by svou kondici systematicky udržovat a zkvalitňovat.

Být odborně erudovaný – teoretické vědomosti a praktické dovednosti tvoří startovací dráhu pro výkon této profese. Rok co rok se zvyšují nároky na odbornou přípravu. To je dáno tím, že žijeme v době, ve které přibývají živelné pohromy, hromadné dopravní nehody a teroristické útoky . Nezastupitelné místo pro zkvalitnění práce má i další vzdělávání a samostudium. Studijní stáže na jiných pracovištích doma i v zahraničí, prezentace vědomostí a dovedností dotváří rámec profese záchranáře .

Být psychicky a sociálně zralá osobnost . Záchranář by měl svou osobnost prezentovat vlastnostmi, které mu pomáhají při práci : dobrá orientace v prostoru, rozhodnost , obětavost , přesnost , spolehlivost , pohotovost , dovednost, trpělivost, kolegiálnost a schopnost spolehnout se jeden na druhého. Záchranář si získá důvěru, když je jeho osobnost klidná, harmonická, zdravě sebevědomá , ne však pyšná a povýšenecká. A nelze opominout také úpravu zevnějšku, protože neupravený záchranář ztrácí důvěru tzv. „, *hned mezi dveřmi* „, .

4. Základní typy zátěžových situací

Jednotlivé zátěžové situace mohou mít pro vznik a rozvoj psychických poruch různý význam. Z tohoto hlediska lze diferencovat základní druhy zátěží.

4.1 Frustrace

„ Jako frustrující označujeme situaci , kdy je člověku znemožněno uspokojit nějakou, subjektivně důležitou potřebu, ačkoliv si myslel, že uspokojena bude. Taková situace vyvolává prožitek zklamání a stimuluje reakce zaměřené na vyrovnávání nepříznivé bilance. Pozitivní očekávání při jejím vzniku hraje důležitou roli. Pokud člověk nic dobrého nečeká, nebývá zklamán. Omezení očekávání je jednou z obranných reakcí.

Frustrace je relativně častá varianta zátěže, která nemusí vyvolávat nepřiměřené reakce a může být do určité míry žádoucí zkušeností, protože nutí člověka hledat jiná řešení a napomáhá tak rozvoji jeho schopností“.

(Vágnerová Marie, Psychopatologie pro pomáhající profese, s.31-32)

4.2 Konflikt

„ Intrapsychický konflikt je považován za specifickou variantu frustrace. Patří také mezi běžné potíže, s nimiž se každý člověk v životě opakovaně setkává. Subjektivně významným, event. patogenním činitelem se stává teprve tehdy, jestliže je skutečně závažný, trvá příliš dlouho, zahrnuje osobně důležitou oblast a pokud jej člověk není schopen řešit. Z psychopatologického hlediska mohou být významné vnitřní konflikty. Ty se odehrávají ve vědomí jedince a znamenají střetnutí dvou navzájem neslučitelných, přibližně stejně silných tendencí. Intenzita konfliktu závisí na subjektivním , emočním i racionálním hodnocení těchto dvou motivů.

Člověk se snaží obvykle vnitřnímu konfliktu bránit, ale obranné mechanismy mohou v případě větší zátěže selhávat. Mnohdy obrana funguje tak, že ohrožující a nezvládnuté konflikty vytěsňují do nevědomí. Vytěsněním problému se člověk sice zbavuje akutní úzkosti a napětí, ale i v této rovině může narušovat psychickou rovnováhu. Vnitřní konflikty a způsob jejich zpracování se mohou stát zdrojem psychických potíží“.

(Vágnerová Marie, Psychopatologie pro pomáhající profese, s.32 -33)

4.3 Stres

„ Pojem stres (angl. napětí, zátěž) poprvé pro označení charakteristických fyziologických projevů , jimiž organismus reaguje na různé zátěže, použil kanadský endokrinolog H. Selye. Stres je podle klasika Selyeho „ sumou všech adaptačních reakcí biologického systému, které byly spuštěny nespecifickou noxou,, (Schettler et al., 1993, s.610).Termín stres má v současnosti mnohem širší použití, označuje se jím např. i zátěžová situace nebo stav individua. Z psychologického hlediska lze stres chápat jako stav nadměrného zatížení či ohrožení “. (Vágnerová Marie, Psychopatologie pro pomáhající profese, s.33)

Charakteristické znaky stresových situací

- „ **Neovlivnitelnost situace** – člověk vnímá určitou situaci s větší pravděpodobností jako stresovou, když ji považuje za neovlivnitelnou . Přesvědčení, že můžeme událost nějak ovlivnit, snižuje prožitek stresu.
- **Nepředvídatelnost vzniku zátěžové situace** - nemožnost předvídat určité události a připravit se na jejich zvládnutí zvyšuje pocit intenzity stresu. Příkladem je člověk, který neví, jak se jeho nemoc bude vyvíjet, cítí se více stresován, než ten, který je o nemoci a jejím průběhu plně informován.
- **Subjektivně nepřiměřené , nadměrné nároky** . Nároky určité situace mohou dosahovat až na hranici možností určitého člověka.
- **Životní změna, která vyžaduje značné přizpůsobení**, omezuje dosavadní zvyklosti a znehodnocuje dosud funkční strategie chování. Příkladem je smrt partnera, rozvod, sňatek apod.
- **Subjektivně neřešitelné vnitřní konflikty“**.
(Vágnerová Marie, Psychopatologie pro pomáhající profese, s.34).

Fáze reakce na stres

- „ **Fáze uvědomění zátěže**, tj. prožívání a interpretace určité situace jako stresové . Způsob, jakým člověk nějakou, potencionálně stresovou situaci vnímá, závisí na jeho zkušenosti, jeho aktuálním stavu, schopnostech, ale i na sociální podpoře, kterou má.
- **Fáze aktivace psychických obranných reakcí** (Může jít např. o popírání reality, tendenci k izolaci ze situace, která je hodnocena jako neúměrně zátěžová apod.)
- **Fáze aktivace fyziologických reakcí**. Fyziologické adaptační mechanismy jsou spuštěny psychickými podněty (mohou být stimulovány i jinak, somatickou cestou).Všechny tři

fáze následují velice rychle po sobě.

- **Fáze zvládnání (copingu)**, tj. hledání strategií, které by mohly vést ke zmírnění účinků stresu.
- **Fáze prvních chorobných příznaků**, resp. uvědomění, že jde o závažnější a trvalejší obtíže.
- **Fáze diagnostikování stresem podmíněné poruchy**. Nejčastěji jde o psychosomatická onemocnění“. (Vágnerová Marie, Psychopatologie pro pomáhající profese, s.34)

Stresujícími situacemi, jež popsanou reakci vyvolávají, mohou být výjimečné zážitky, vymykající se běžné lidské zkušenosti (přírodní, industriální a společenské katastrofy – záplavy, velké havárie či válka), ale i relativně běžné zátěže, které zažije každý člověk, jako je smrt někoho blízkého, závažnější nemoc či ztráta zaměstnání. Prožitek zátěže nebo ohrožení je spojen s různými psychickými reakcemi, které obvykle přetrvávají i v dalších fázích a stimulují posléze fyziologické reakce.

Psychické reakce na stres

- „ **Změna emočního prožívání** je obvyklou reakcí na zátěž, zejména pokud by trvala delší dobu. V závislosti na typu osobnosti i na vnější situaci může mít emoční reakce různou kvalitu:
- **Úzkost** – člověk reaguje na stres pocitem napětí a obav z nějakého, blíže neurčeného ohrožení.
- **Vztek a agrese** – člověk má tendenci se proti stresujícím vlivům bránit, a proto se mnohdy chová agresivněji než za normální situace.
- **Deprese** – tj. smutek jako reakce na pocit neřešitelnosti určité zátěžové situace
- **Apatie, resignace a uzavření** se do sebe jsou výrazem pocitu bezmocnosti nalézt přijatelné řešení.
- **Oslabení kognitivních funkcí**. V zátěžové situaci se zhoršuje úroveň logického uvažování. Vzjemnější změna emočního ladění může zatěžovat zpracování informací (např. úzkost zvyšuje celkové napětí a negativně ovlivňuje koncentraci pozornosti), rušivě mohou působit i různé asociace a vtíravé myšlenky, vyvolané zážitkem stresu.“
(Vágnerová Marie, Psychopatologie pro pomáhající profese, s.35)

- „ **Uvědomění zátěže aktivizuje psychické obranné mechanismy.** Obranné reakce mohou být různé, individuálně specifické. Jejich smyslem je zachování psychické rovnováhy jedince (druhá fáze procesu zvládnání zátěže)“ . (Vágnerová Marie, Psychopatologie pro pomáhající profese, s.35)

„ Ve třetí fázi dominují fyziologické reakce, které byly spuštěny psychickými mechanismy. Psychické procesy ovlivňují nejen vznik, ale i průběh těchto reakcí “.(Vágnerová Marie, Psychopatologie pro pomáhající profese, s.35)

Zvládnání (coping)

„ Pro uvedenou fázi je typická zvýšená tendence zbavit se subjektivně nepříjemných projevů psychické i fyziologické aktivity, zvládnout je nebo alespoň zmírnit. K tomuto účelu slouží mechanismy *copingu* neboli zvládnání. Rozlišujeme dva základní způsoby zvládnání :

- **Zvládnání zaměřené na řešení problému**
- **Zvládnání zaměřené na zlepšení emoční bilance,** tj. na zmírnění negativních prožitků.
Jde o jakýsi symptomatický způsob reagování , který neřeší základní problém, ale přesto může člověku alespoň dočasně nějak pomoci.

Mnozí lidé se dovedou vyrovnat i se závažnějšími zátěžemi natolik efektivně, že další fáze ani nerozvinou. Pokud člověk nedokáže zátěžovou situaci zvládnout, mohou se postupně objevit chorobné příznaky “.(Vágnerová Marie, Psychopatologie pro pomáhající profese, s.36)

4.4 Deprivace

„ Deprivace je stav, kdy některá z objektivně významných potřeb , biologických i psychických, není uspokojována v dostatečné míře, přiměřeným způsobem a po dostatečně dlouhou dobu. Deprivační zkušenost patří k nejzávažnějším zátěžovým vlivům, může nepříznivě ovlivnit psychiku jedince, resp. jeho vývoj vůbec. Patogenní význam deprivace je závislý na období, kdy k ní došlo. Ve vztahu k různým základním psychickým potřebám lze mluvit o období zvýšené citlivosti k určitému typu deprivace. Dlouhotrvající deprivace může vést k narušení psychického vývoje, k nerovnoměrnému rozvoji některých složek osobnosti či ke vzniku specifických psychických odchylek“ . (Vágnerová Marie, Psychopatologie pro pomáhající profese, s.36-37)

- „ Deprivace biologických podmínek (nedostatek jídla, spánku apod.) ohrožuje přímo tělesné i duševní zdraví jedince a při dlouhodobějším trvání vede k závažnému poškození až smrti postiženého.
 - Člověk může strádat v oblasti stimulace, to znamená, že mu chybí žádoucí množství a variabilita smyslových podnětů. Takovým typem deprivace trpí např. lidé se smyslovým postižením = sensorická deprivace.
 - Závažnou formou je citová deprivace. Citové strádání v dětství, ale i v dospělosti může podstatným způsobem ovlivnit celkový vývoj osobnosti a jeho chování k lidem“.
- (Vágnerová Marie, Psychopatologie pro pomáhající profese, s.36-37)

5. Mechanismy psychické adaptace na zátěžové situace

Obrany, které člověk v zátěžové situaci používá, vycházejí z jeho minulých zkušeností. Jestliže přinášely někdy alespoň nějaký pozitivní efekt, zafixují se a člověk má tendenci je opakovat. Stanou se základem jeho obranné strategie, která má trvalejší charakter. Individuálně typický způsob reakce na zátěže ovlivňuje i dispozičně podmíněný typ temperamentu a mnohé další faktory, např. úroveň inteligence.

Cílem obranných reakcí je obnovení, resp. uchování psychické pohody a rovnováhy.

Obranné reakce vycházejí ze dvou základních, fylogeneticky velmi starých mechanismů, kterými je *útok* a *únik*. Preference určité varianty nebývá náhodná, ale vychází ze zkušenosti i osobních dispozic každého jedince.

5.1 Útok

„Útok je aktivní obranou. Znamená obecnou tendenci nějakým způsobem s ohrožující a nepřijatelnou situací bojovat. Člověk může zaútočit přímo na předpokládaný zdroj ohrožení, anebo se zaměří na náhradní objekt. Agrese může být obrácena i vůči sobě samému, může se objevit verbálním sebeobviňováním, v krajním případě až suicidálními tendencemi. S agresivním typem obrany souvisí i sklon ke zvýšené až nadměrné aktivitě, jež s aktuálním problémem nějak souvisí“.(Vágnerová Marie, Psychopatologie pro pomáhající profese, s.37)

5.2 Únikové obranné reakce

Úniková reakce je způsob, kdy se jedinec snaží zbavit ohrožující situace.

Ze situace, kterou nedovede řešit jiným způsobem, s níž se nedovede vyrovnat, jedinec uniká buď změnou postoje k takové situaci, hledáním podpory, nebo rezignací na uspokojení.

Některé obranné reakce fungují většinou neuvědoměle. Je možné rozlišovat :

- **Popření** : člověk se brání tím, že přijímá jen takové informace, které pro něj nejsou ohrožující.
- **Potlačení a vytěsnění** fungují spíše v oblasti vlastního vědomí. Člověk má tendenci zbavit se pocitů, pohnutek a myšlenek, které jsou subjektivně nepříjemné a nepřijatelné. Vytěsňovány jsou např. nežádoucí pocity, ambivalentní emoce apod. Vytěsněné, nepřijatelné obsahy vědomí se projevují i nadále, ale již v nějaké zastřené, pozměněné podobě, v níž nevyvolávají tak intenzivní pocit napětí či ohrožení.
- Funkci obrany může plnit i **fantazie**, která pomáhá nahradit nesnesitelné zážitky jinými, jež jsou uspokojující, přestože nejsou reálné.

- **Racionalizace** představuje pokus o zvládnutí zátěžové situace jejím zdánlivě logickým přehodnocením. Slouží k zastření příliš traumatizující situace tak, že ji vykládá přijatelnějším, i když více či méně zkreslujícím způsobem.

Obranou může být i změna postoje, resp. z něho vyplývající chování.

- **Regrese** je únikem na vývojově nižší úrovni chování, obvykle vyjadřuje větší potřebu závislosti na podpoře okolí. Regrese může přinést aktuální úlevu a pomoci k dočasnému vyrovnání se situací. Pokud by se zafixovala jako trvalejší postoj, mohla by mít problematičtější důsledky jak v oblasti sociálních reakcí, tak pro osobnost takového jedince.
- **Identifikace** znamená pokus o posílení vlastní hodnoty ztotožněním se s někým, koho lze obdivovat. Jedinec si za těchto okolností připisuje žádoucí vlastnosti a úspěchy takové osoby či skupiny. Identifikace posiluje sebevědomí, snižuje pocity nejistoty a méněcennosti.
- **Substituce** znamená náhradu jednoho nedosažitelného uspokojení jiným, jež se jeví dostupné. Hledání náhradního cíle je obvyklou reakcí na nějakou frustrující překážku, která je považována za nepřekonatelnou. Takový přesun pravděpodobně zcela neodstraní pocit frustrace, ale přispěje ke snížení intenzity zklamání a učiní situaci alespoň snesitelnou.
- **Rezignace** je výrazem takového postoje, který se uspokojení předem vzdává, protože je považován za nedosažitelný. Vyjadřuje bezmoc, pasivitu a apatii, odmítá jakékoliv jiné řešení situace. Jedinec se brání tím způsobem, že rezignuje na uspokojení těch potřeb, jež daná situace zablokovala. Obranný efekt spočívá v tom, že když člověk nic neočekává, nemůže být zklamán.
- **Izolace** se řadí také mezi obranné prvky, jedinec se izoluje za účelem vyhýbání se všemu, co traumatizující událost připomíná. Takový postoj obvykle vyjadřuje jak nevyrovnanost se situací, tak únavu a vyčerpanost. (srov. Vágnerová Marie, Psychopatologie pro pomáhající profese, s.37-40)

6. Záchranáři a zátěžové situace

Práce záchranářů je velmi různorodá. Zahrnuje akutní problematiku většiny lékařských oborů, výjimkou nejsou děti, umírající, drogově závislí nebo sociální případy. Přirozenou součástí každého výjezdu je do určité míry i stres.

Stresující vliv podnětu či zátěžová situace na záchranáře má vždy individuální charakter. V oblasti psychosociálního stresu hrají důležitou roli faktory jako význam události, možnost sociální opory a zejména osobnostní charakteristiky osobnosti. Bohužel se občas vyskytují podněty, které se objevují náhle, jsou intenzivní a mohou být až nevladatelné. Takovéto podněty obvykle přesahují naši běžnou lidskou zkušenost a vyvolávají prožitek tísně.

6.1 Znaký psychického traumatu

Psychické trauma vzniká působením jednoho extrémně stresujícího zážitku nebo dlouhotrvající stresující situace. Charakteristické pro psychické trauma je, že příčina přichází zvnějšku, je extrémně děsivá, navozuje pocity bezmocnosti a ohrožení tělesné či duševní integrity.

Zažívá – li člověk takto vyhrocenou situaci, tak se dostává do stavu, který silně otřásá jeho sebeprožíváním. Zejména pocit ztráty moci a vlivu je zdrcující.

6.2 Akutní reakce na stres

Události jako vážné zranění kolegy při výkonu služby, hromadná neštěstí, vážné zranění dítěte, traumatická smrt dítěte a jiné události, které mají příliš silný dopad, mohou u záchranářů vyvolat akutní reakci na stres. Jedná se o změny v chování a prožívání, které startují rychle poté, co se traumatizující podnět objevil. Podstatou této reakce jsou obranné a ochranné mechanismy, které maximálně mobilizují rezervy postiženého jedince k uchování zdraví a života v situaci ohrožení.

Běžné projevy akutní reakce na stres

- svalové napětí, často v celém těle
- zarudnutí v obličeji i jinde (skvrny na krku u žen !)
- silné pocení, pocity horka
- všechny fyziologické projevy se zrychlí (tep, dech) a zvýší (krevní tlak)
- mimika je výrazná a rychle se může změnit

- emoce jsou výrazné, ale ve fázi zásahu jsou často potlačeny , k jejich uvolnění dochází po ukončení ošetření (výjimku tvoří zlostné emoce – křik a zloba- tyto emoce se jsou velmi silné a stává se, že dojde k jejich projevu právě při náročném zásahu)
- agresivní projevy, autoagresivní tendence

(srov.Vodáčková Daniela a kol., Krizová intervence, 2007, s. 361)

Uvedené projevy pozorujeme u záchranářů bezprostředně při setkání se stresovou situací. Mohou se projevit v různé intenzitě a podobě. Za nejtěžší považují zvládnutí emocí. Není pravdou, že záchranáři jsou lidé, kteří umí za každé situace zvládnout stres. I oni jsou jen lidé, vnímají a cítí jako ostatní . Při náročném zásahu se snaží své emoce skrýt nebo je tzv. „ ventilují „ zvýšeným hlasem až křikem na zbytek týmu a okolí. Tento projev není lehké zvládnout. Křikem se snažíme získat kontrolu nad situací. Stinná stránka uvedeného způsobu jednání je, že křik může znervóznit zbytek týmu což v důsledku práci týmu zhoršuje.

Stres po kritické události jen tak obyčejně nezmizí. Nezmizí ani tím, že je zásah ukončen , že sanitní vůz je doplněn a uklizen. Dostavují se další běžné projevy stresu, které mohou přetrvávat i několik dní.

Běžné projevy stresu po stresové situaci

- **Fyzické příznaky** : únava, zvýšený krevní tlak , rychlý srdeční tep, bolesti hlavy, nevolnost , zvracení
- **Kognitivní příznaky** : obviňování někoho , špatná pozornost , nerozhodnost , zvýšená bdělost , noční můry , zvýšená/snížená ostražitost , zhoršené soustředění , potíže při řešení problémů
- **Emocionální příznaky** : úzkost , vina , popření , strach , nejistota , deprese , silný hněv , vznětlivost, ztráta emoční kontroly , pocit zahlcení
- **Behaviorální příznaky** : stáhnutí se do sebe , podezřívavost , protispolečenské projevy , změny v aktivitě , neschopnost odpočinku , ztráta/zvýšení k chuti k jídlu , zvýšená konzumace alkoholu , nespecifické tělesné obtíže (srov. Dr.Appel – Schumacher Thomas, Critical incident stress management, s.3-6)

Většina záchranářů běžné projevy stresu po stresové situaci má, umí je rozpoznat a poměrně dobře se nimi umí vyrovnat. Malá část pracovníků záchranné služby stres popírá a příznaky

stresu na sobě nepozoruje. Je otázkou, zda tomu tak opravdu je, z vlastní zkušenosti se v roli tichého pozorovatele s takovými lidmi setkávám. Jsou to převážně muži, po náročném zásahu stres nepřiznají, ale jejich chování odpovídá tomu, že ten stres ze sebe jakoby dostávají.....Příkladem bývá nadměrné kouření, fyzicky těžká práce a povídání o průběhu zásahu.

6.3 Posttraumatická stresová porucha

Posttraumatická stresová porucha (PTSD) je úzkostná porucha, která se typicky rozvíjí po emočně těžké, stresující události, která svou závažností přesahuje obvyklou lidskou zkušenost a bývá traumatickou pro většinu lidí. Ztěžuje adaptaci na prostředí, deformuje prožívání životních událostí, snižuje soustředění a pracovní výkonnost, snižuje frustrační toleranci, vede k izolaci od druhých a uzavření se ve vlastním světě. Příznaky posttraumatické stresové poruchy jsou zrádné . Tím prvním je fakt, že vývoj poruchy může zpočátku vypadat jako součást obvyklé reakce na ohrožující událost. Naproti tomu stojí i skutečnost, že se příznaky mohou objevit až s určitou latencí několika týdnů až měsíců. Společným kritériem PTSD jsou následující uvedené projevy, které přetrvávají déle než jeden měsíc po kritické události.

Posttraumatická stresová porucha se zejména projevuje :

V tendenci znovuprožívání traumatického obsahu

- v děsivých snech,
- v opakujících se myšlenkách a obrazech, které s událostí souvisí,
- v náhlých pocitech a projevech, jako by událost znovu nastala (flashback),
- v intenzivní úzkosti při setkání s okolnostmi, které okolnost připomínají.

(srov.Vodáčková Daniela a kol., Krizová intervence,2007,s 363-364)

Při uvedených stavech znovuprožívání traumatu se u lidí trpící PTSD dostavuje záchvat úzkosti, strachu, vzteku, bezmoci či pocity odcizení a marnosti. Z vegetativních příznaků se dostavuje pocit bušení srdce, tlaku na hrudi, třes, lapání po dechu a zrychlené dýchání, brnění v končetinách, závratě pocit na zvracení, bolesti břicha, hlavy a řada dalších.

V tendenci vyhnout se myšlenkám či pocitům spojeným s traumatem

- klient se vyhýbá určitým místům,

- klient odmítá aktivity, které vyvolávají vzpomínky,
- otupělost, pocit „tupé“, hlavy,
- je patrná amnézie, neschopnost si vybavit důležité aspekty traumatizující události,
- pocity oddělení od ostatních lidí,
- nápadný úbytek zájmu o dříve oblíbené aktivity, neschopnost získávat nové dovednosti a používat v minulosti nabyté dovednosti,
- citová zploštělost, neschopnost vnímat a prožívat pozitivní emoce, zejména ve vztahu,
- neschopnost předjímat pozitivní možnosti a změny v budoucnosti,
- přetrvávající prožitky depersonalizace a derealizace.

(srov. Vodáčková Daniela a kol., Krizová intervence, 2007, s. 364)

Lidé trpící PTSD nedovedou dostatečně plně vyjádřit silné emoce týkající se samotného traumatu. Snaží se je z různých důvodů potlačit. S pokusy potlačit v sobě silné nepříjemné emoce však dochází k potlačení emocí vůbec. Boj s úzkostí, potlačování vzpomínek, nadměrná potřeba kontrolovat okolí a snaha nepodléhat prudkým emocím spojených se vzpomínkami, mohou vést k pocitům vyčerpání, únavy a bezmoci. Od toho je jen krok k depresi.

S depresí a bezmocí často souvisejí pocity viny. Velmi často jde o nereálná sebeobviňování, že člověk měl udělat něco jiného, než udělal, nebo si vyčítá, že sám situaci přežil a jiný zemřel. Někdy si vyčítá, že někomu nepomohl nebo pomohl nedostatečně.

V přetrvávajících projevech zvýšené dráždivosti

- klient je ve střehu, jakoby mu stále hrozilo ohrožení,
 - psychomotorický neklid, neschopnost si odpočinout,
 - nesoustředěnost, neschopnost přenášet pozornost z podnětu na podnět,
 - obtížné usínání,
 - zvýšená bdělost, která vyčerpává,
 - hněv a podráždění se objevuje i na malý podnět,
 - přemrštěná úleková reakce na překvapení či nenadálý podnět,
 - fyziologická reaktivita (dech, srdeční činnost) na podněty, které připomínají trauma.
- (srov. Vodáčková Daniela a kol., Krizová intervence, 2007, s. 364-365)

Velmi typickou součástí posttraumatické reakce jsou somatizace. Neprožité a nevyjádřené emoce, posilované přetrvávajícím tělesným napětím se pak projevují jako bolesti či tělesné obtíže.

Často jsou pozorovány zejména :

- bolesti kosterního svalstva,
- bolesti hlavy, sinusitidy, bolesti trojklanného nervu,
- bloudivé bolesti, které nemají objektivní podklad (algický syndrom),
- bolesti či nepříjemné projevy v zaživacích cestách, jejich dysfunkce,
- stažení bránice, potíže s dechem,
- opakované infekty, výsev oparů, vzplanutí alergií,
- bolesti v hrudníku, zejména za hrudní kostí, pocit „ *sešněrovaného* „ hrudníku,
- bolesti či nepříjemné pocity v pánvi a na pánevním dně, event. gynekologické obtíže.

(srov. Vodáčková Daniela a kol., Krizová intervence, 2007, s 365)

Tyto fyzické obtíže mohou být doprovázeny neadekvátní únavou – to ještě více negativně ovlivňuje být k dispozici ve vztazích – k dětem, rodině a přátelům. Sexuální život bývá často narušen a omezen.

Průběh poruchy bývá proměnlivý. Asi 30% pacientů se v průběhu času spontánně uzdraví, asi u 40% přetrvávají mírné příznaky, asi u 20 % přetrvávají středně těžké příznaky a asi u 10 % se stav nezlepšuje vůbec. U některých jedinců může mít porucha chronický průběh, trvajících mnoho let, který postupně přechází k trvalé změně osobnosti.

Komorbidity posttraumatické stresové poruchy je vysoká, často bývá doprovázena úzkostnými stavy, depresemi, závislostí na návykových látkách, hlavně alkoholu, časté jsou manželské problémy a suicidální myšlenky nebo pokusy.

Posttraumatická stresová porucha se u záchranářů vyskytuje . Na základě svých zkušeností se domnívám, že se spíše jedná o PTSD s mírnými až středně těžkými příznaky, které časem odezní samy.

7. Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření se také řadí mezi psychologické dopady na pracovníky záchranné služby. Uvádím ho zvláště od předešlé kapitoly, protože se jedná o stav, který pro svůj stav vyžaduje dlouhodobou a konstantní přítomnost stresujících faktorů.

„ Syndrom vyhoření je definován jako syndrom emocionálního vyčerpání, odosobnění a osobních obtíží, které se objevují u pracovníků „ s lidmi „ „. (Večeřová –Procházková A., Urgentní medicína 2/2005, s 26)

Dlouhodobé působení syndromu může vést až k depresi, a proto je jeho rozpoznání a včasné ošetření zásadní nutností.

Symptomy zahrnují příznaky několika okruhů :

„ Psychické příznaky :

- ztráta nadšení, schopnosti pracovního nasazení, zodpovědnosti,
- nechut', lhostejnost k práci,
- negativní postoj k sobě, práci, instituci, ke společnosti, k životu,
- únik do fantazie,
- potíže se soustředěním, zapomínání,
- sklíčenost, pocity bezmoci, popudlivost, nespokojenost, agresivita,
- pocit nedostatku uznání.

Tělesné příznaky :

- poruchy spánku, chuti k jídlu, náchylnost k nemocím, vegetativní obtíže,
- rychlá unavitelnost, vyčerpanost, vysoký krevní tlak.

Změny v sociálních vztazích :

- ubývání angažovanosti, snahy pomáhat problémovým klientům,
- omezení kontaktů s kolegy,
- přibývání konfliktů v oblasti soukromí,
- nedostatečná příprava k výkonu práce “ . (Večeřová –Procházková A., Urgentní medicína 2/2005, s.27)

Nejčastěji se syndrom vyhoření spojuje se ztrátou činorodosti a smyslu práce, neschopností uřídit pracovní aktivitu, projevují se pocity zklamání, hořkosti při hodnocení minulosti, postižený ztrácí zájem o svou práci, spokojuje se s každodenním stereotypem a rutinou, nevidí důvod pro další sebevzdělávání a osobní růst, snaží se pouze přežít a nemít problémy.

Z dalších důvodů je významný pocit nedostatku péče a zájmu ze strany nadřízených ambivalence v pomáhající roli.

7.1 Vývoj syndromu

V dynamice průběhu procesu vyhoření lze u většiny případů rozlišit pět stádií. Na počátku bývá nadšení. Po nástupu do zaměstnání práce velmi často přináší vysoké uspokojení. Jedinec by chtěl pracovat co nejlépe a touží po úspěchu. Největším nebezpečím tohoto stádia je identifikace s klienty a neefektivní vydávání energie, které se často pojí s dobrovolným přepracováním. Dalším stádiem je stagnace. Počáteční nadšení dohasíná, práce už není tak přitažlivá, aby zastínila všechno ostatní. Objevuje se pocit, že pracovník nestíhá, je v časové nouzi, jeho práce začíná ztrácet systém. V mnohém byl realitou donucen slevit ze svých očekávání a začíná mít pocit, že by kromě práce bylo pěkné mít také volný čas a být sociálně zabezpečen přiměřeně vynaložené energii. Stagnace pomalu přechází do stádia frustrace, charakteristického otázkami po efektivitě vlastní práce a smyslu práce jako takové. Objevuje se běžný výskyt symptomů neurózy, provázený pocitem, že něco musí pořádkem dělat, výsledkem je ale chaos. Dalším stádiem syndromu vyhoření je apatie. Objevuje se v situaci, kdy je člověk v práci trvale nespokojený, nemá ale možnost tuto situaci změnit a zároveň tuto práci potřebuje, neboť je na ní závislý jako na zdroji obživy. Pocit „*musím*“, se ztrácí a obrací se ve vzdor: „*nemusím nic*“. Apatie se projevuje například tím, že pracovník dělá pouze to, co má v náplni práce (pracuje do výše svého platu). Dominuje snaha udržet si jisté místo a příliš se nenamáhat. V komunikaci s pacienty se objevuje cynismus. Sociálně bývá apatie provázena stažením se do izolace, nebo její aktivní vytvoření agresivními projevy. Výsledkem bývá neproduktivní sebelítost nebo autoagresivní postoje a vytvoření předpokladů pro prohloubení situace až do obrazu depresivní poruchy.

Vyhoření má škodlivé následky nejen pro své oběti, ale způsobuje i zhoršení kvality poskytovaných služeb. Vyhoření ovšem nemá za následek jen negativní postoj k sobě samému a ke klientům, jimž se má pomáhat, ale ovlivňuje také postoje ke kolegům, přátelům a rodinným příslušníkům. Syndrom vyhoření může být příčinou partnerských konfliktů. Jedinec, jehož potřeby nejsou dostatečně uspokojovány v zaměstnání, obvykle očekává o to více od partnera a blízkých přátel. Přitom bývá přecitlivělý a podrážděný. Neustálý tlak přehnaných a neoprávněných požadavků však vydrží málokterý vztah. Posledním stádiem je intervence. Intervence je jakýkoliv krok, který je reakcí na vyhoření a vede k přerušení koloběhu zklamání. Intervence znamená nalezení efektivního způsobu chování a vede k tomu, že si jedinec udělá víc času na soukromý život, odjede na dovolenou, najde si nové přátele, nebo se přestěhuje.

Intervence především znamená nově definovat svůj vztah k práci, ke klientům, spolupracovníkům a přátelům.

8. Posttraumatická intervenční péče

Posttraumatická intervenční péče je chápána jako preventivní opatření, které by mělo chránit potenciálně ohrožené pracovníky před rozvinutím či chronifikací potíží odpovídajících obrazu posttraumatické stresové poruchy. Rozlišujeme několik typů pokrizové pomoci :

8.1 Individuální krizová intervence

Individuální krizovou intervencí lze poskytnout přímo na místě traumatické události, a to :

- zmírněním podnětů (omezením bezprostředních smyslových vjemů záchranáře),
- přijetím krize (nechat jej vylíčit událost, jeho city, pocity – aby mohl skutečnost vnitřně přijmout),
- opravením hodnocení samotného záchranáře (vysvětlit, že jeho momentální tělesné a duševní obtíže jsou při takovéto události časté a normální),
- vysvětlením zátěže a stresových reakcí,
- znovu uvedením do činnosti, případně dalšími opatřeními.

Později lze s jednotlivcem pracovat také formou defusingu nebo debriefingu.

8.2 Demobilizace

Demobilizace se využívá v případě katastrof velkého rozsahu pro skupiny pracovníků integrovaného záchranného systému (IZS), krizové štáby. Cílem je dodat jasné a přehledné informace o možných příznacích , o zvládání stresu, doporučení ohledně životosprávy atd. Je potřeba, aby se účastníci akce udrželi na úrovni tzv. automatického pilota (kdy člověk funguje jako automatický stroj, bez emočního prožitku a doprovodu). Důvodem je účinné plnění záchranných a likvidačních prací – vyprošťování a ošetřování raněných apod. Demobilizace trvá přibližně 10 minut, přičemž následuje 20minut relaxace spojené s občerstvením.

8.3 Defusing

Defusing se využívá pro malé události nebo tam, kde se debriefing bude dělat později. Jde vlastně o zkrácenou formou níže popisovaného debriefingu. Cílová skupina je malá a složená pouze z těch lidí, kteří společně prožili kritickou událost (5 - 12 lidí). Doba po události je optimálně 3 – 8hodin (max. 18 hod.), dělá se bezprostředně po návratu ze zásahu, dříve než dotyční opustí základnu, dokud zřetelně převládají jejich emocionální reakce. Defusing se obvykle považuje za nezbytnou součást pracovního postupu záchranářů. Není třeba, aby ho vedl psycholog. Defusing provádějí školení členové týmu posttraumatické intervenční péče

(lépe ve dvou, v praxi obvykle jeden). Provádí se v bezpečném prostředí chráněné klidné místnosti, bez časového nátlaku, ale ne déle než 20 – 30minut (max . 45min.). Jeho cílem je zklidnění a zbavení výbušnosti. Je důležité vyloučit záměnu situace s vyšetřováním události. Po úvodu (představení, upozornění na důvěrnost rozhovoru...) následuje vylíčení situace („ Co se stalo „), účastníci dále vyjadřují, co pociťovali během události , a co cítí a jak uvažují nyní. Dále následuje fáze informací, kdy jsou shrnuty vylíčené události, to, že se jedná o běžné reakce lidí v nenormální situaci, jsou dána doporučení, jak se chovat, je nabídnuta další pomoc atd. Defusing by měl posílit cítění týmu. Jeho členové by měli zažít přijetí ostatními a společnou péči o ty z nich, kteří při zásahu „ dostali nejvíc na frak „ - ať tělesně nebo prožitkově.

8.4 Debriefing

Debriefing je strukturovaný rozhovor, využívající potenciálu skupiny. Obecnou podmínkou debriefingu je dát dohromady skupinu lidí, kteří prošli stejnou traumatickou událostí, a vést rozhovor tak, aby svou zkušenost sdíleli, mluvili o svých reakcích a aby přijali, že jsou to přirozené reakce na nenormální situaci. Provádí se teprve tehdy, když člověk již není ve fázi šoku a je schopen prožité myšlenky zpracovávat (zpravidla do 3 dnů po akci). Vede jej pouze psycholog s dostatečnou průpravou v technice. Závazné je spolupůsobení kolegů (angl. peers – vyškolení záchranáři, hasiči, policisté, učitelé, úředníci apod.). Výhodou „ peerů „ je především fakt, že eliminují rizika zbytečné psychologizace či psychiatrizace u jinak zdravých osobností. Účastníci debriefingu vnímají celou proceduru jako přirozenou součást vyhodnocení a zpracování akce, nejsou svázáni obavami, že jsou jejich pocity a reakce kriticky přezkoumány psychology, kteří by v nich mohli hledat patologii. Počet účastníků by měl být 8 – 16, počet členů intervenčního týmu je 4 (1 vedoucí, 1 spoluvedoucí, 2 kolegové). Prostorové rozmístění při debriefingu je sezení v kruhu. Skupiny bývají pokud možno profesně stejnorodé. Nikdy se neprovádí pod časovým tlakem. Na debriefing má navazovat neformální posezení s občerstvením.

Debriefing se člení na sedm úseků , z nichž velká pozornost je věnována úvodu, který do značné míry rozhoduje o práci skupiny, o důvěře a bezpečí. Úvod proto musí obsahovat :

- **Představení týmu** . Kdo jsou a proč tu jsou. Mají přesvědčit účastníky debriefingu , že umí svou práci a že jim mohou věřit .

- ***Seznámení s cíly sezení*** – cílem je, aby lidé porozuměli, co se s nimi děje a proč, aby porozuměli svým posttraumatickým příznakům, které jsou v dané chvíli považovány za očekávanou reakci na neočekávanou traumatizující situaci.
- ***Seznámení s pravidly sezení*** – jak dlouho bude sezení trvat, seznámení s předpokladem, že všichni převyprávějí svůj příběh, důraz na důvěru a mlčenlivost.
- ***Příležitost pro otázky a případná vyjasnění*** si obav a mylných očekávání.

Debriefing svou stavbou umožňuje, aby člověk sestoupil do zmatku vlastních reakcí a pocitů a zase se vrátil k jejich rozumovému zpracování, které ho vybavuje silami do budoucna. Emoce se obvykle projeví jako doprovod rozumového vyprávění. Osa debriefingu umožňuje se v pocitech neztratit. Když se emoce neobjeví, nic se neděje. Metoda si nečiní nároky na odstranění posttraumatických příznaků. Vytváří však kognitivní rámec pro účinné způsoby, jak příznaky zvládnout.

9. Prevence a psychosociální pomoc pro záchranáře

V moderní společnosti spočívá zdravotnická záchranná služba nejen v zajišťování neodkladné přednemocniční péče při akutním ohrožení zdraví nebo života, ale také v připravenosti na krizové situace a katastrofy ať již přírodní nebo způsobené člověkem. Výchova a výcvik odborníků trvá léta, a je proto v zájmu celé společnosti, aby takto kvalifikovaní zaměstnanci byli schopni vykonávat svoji profesi co nejdéle.

9.1 Programy prevence

Psychologické programy, zaměřené na pracovníky, mají v praxi záchranných služeb zcela jistě své místo – mohou zvýšit pracovní pohodu, ale i efektivitu práce a motivaci pracovníků, a zejména mohou zabránit předčasným odchodům kvalifikovaných zaměstnanců.

Od roku 2004 byly v některých zdravotnických záchranných službách zavedeny psychologické programy, nejširší nabídku má Územní středisko záchranné služby Středočeského kraje. Do programu kurzů Krajského školicího a výcvikového střediska byly zavedeny edukační přednášky, které posluchače seznamují s problematikou psychologické zátěže a důsledků profesního stresu, s riziky, vyplývajícími z emoční zátěže a zejména je kladen důraz na osvojení správných zvládacích (tzv. „ *coping* „) mechanismů. Někdy jsou tyto přednášky spojené s ukázkami technik krizové intervence (debriefing, defusing) – tyto praktické ukázky si mohli účastníci vyzkoušet i na celostátním semináři v květnu 2004 na půdě Státního zdravotního ústavu a na Dostálových dnech v roce 2004, což je nejvýznamnější oborová konference urgentní medicíny. Dále se pravidelně v nabídce kurzů opakují čtyřdenní bloky „ *Komunikace pro operátorky* „, jejichž obsahem je teorie osobnosti, charakteristika záchranáře a pomáhajících profesí obecně, teorie komunikace, problematika dohod, péče o sebe a své potřeby.

Na konci této kapitoly bych se ráda zmínila o certifikovaném kurzu technik krizové intervence (CISM = Critical Incident Stress Management). Tento kurz probíhá pod záštitou Ministerstva zdravotnictví v rámci programu ochrany duševního zdraví zaměstnanců záchranné služby. Kurz je dvoudenní, je zaměřen na techniky zvládnání stresu při kritických událostech – defusing, debriefing a demobilizace a je veden lektorem z USA. Po absolvování tohoto kurzu se účastníci stávají tzv. Peer support personnel = kolegiální podpora pomáhajícím. Stávají se součástí intervenčního týmu a v případě kritické události mohou být povoláni.

9.2 Psychosociální pomoc v ČR

Nárůstem počtu i rozsahu reálných mimořádných událostí (povodně, dopravní nehody s větším počtem obětí, požáry a destrukce budov) i s ohledem na potenciální hrozby (teroristické útoky, přírodní a technické katastrofy), dochází v ČR v posledních letech ke zvyšování požadavků na zajišťování psychosociální pomoci zasaženým lidem i profesionálům ze složek IZS.

Systematicky se psychosociální pomoc začala rozvíjet nejprve v resortu Ministerstva vnitra ČR (MV). Od roku 1998 zde byl vytvářen systém posttraumatické intervenční péče pro policisty, který vstoupil do praxe v roce 2001, stejný model byl přenesen do Hasičského záchranného sboru (HZS), kde funguje od roku 2003. Využita je přitom síť resortních psychologů i speciálně vycvičených kolegů. Policejní interventi jsou primárně určeni na pomoc policistům, hasičští interventi pro HZS. Záchranná služba zůstává poslední složkou IZS, kde se systém posttraumatické intervenční péče teprve utváří. O formu této pomoci je z řad záchranářů zájem, a to nejen jako o pomoc, ale také o pozici samotných interventů. V současné době je z řad záchranářů proškolen v technikách CISM přibližně čtyřicet lidí.

Co ale stále chybí je právní norma, která bude součástí připravovaného zákona o záchranné službě, široká informovanost managementu i záchranářů, dále síť psychologů pro potřeby záchranné služby a v neposlední řadě přesně definovaný způsob jak a kdo bude intervenční tým kontaktovat. I přesto, že stále chybí tolik důležitých věcí se podařilo v posledních třech letech uskutečnit několik „ debriefingů „. První debriefing po závažné dopravní nehodě s resuscitací dvou mladých dívek a v prostředí plném opilých agresivních přihlížejících byl proveden v Moravskoslezském kraji v říjnu 2005. Další byl zorganizován v červenci 2006 po dopravní nehodě autobusu, kde ze 14 cestujících šest zemřelo na místě nehody. V listopadu téhož roku byl proveden debriefing na Tábořsku po dopravních nehodách dvou sanitních vozidel v jednom dni, z nichž jedna měla za následek závažné poranění zdravotní sestry s trvalými následky a v roce 2007 byl proveden debriefing v Kladně, kdy po částečném zřícení budovy zachraňovali záchranáři ve stále nebezpečných sutinách dva zavalené muže.

Účastníci všech těchto setkání hodnotili tento typ intervence zaměřený na samotné záchranáře jako přínosný a potřebný.

10. Výzkum zátěže a stresu na záchranných službách

Výzkumu v oblasti zátěže a stresu na záchranných službách se také věnovala MUDr. Jana Šeblová z Územního střediska záchranné služby a PhDr. Vladimír Kebza, CSc. ze Státního zdravotního ústavu v roce 2003 a 2005.

Dotazníková studie zjišťovala míru stresu pracovníků záchranných služeb, míru expozice kritickým událostem, příznaky syndromu vyhoření a dále analyzovala negativní a pozitivní rysy profese tak, jak je uváděli respondenti.

„ První část studie byla uskutečněna v roce 2003, dotazníky byly rozeslány na 82 okresních záchranných služeb a vrátily se ze 23 měst. Do vyhodnocení bylo zařazeno 286 dotazníků, splňujících kritéria studie. Ve čtyřech částech dotazníku byly kromě základních demografických a profesních údajů volné dotazy na zdroje stresu a pozitivní aspekty zaměstnání. Dále byla zjišťována míra expozice kritickým událostem (zde byly vybrány předem definované události : resuscitace nebo úmrtí dítěte, hromadné dopravní nehody, ošetřování závažného popáleninového traumatu, úmrtí nebo těžké zranění kolegy, vlastní ohrožení během výkonu služby). Čtvrtou část tvořil jednoduchý screeningový dotazník na příznaky syndromu vyhoření. O dva roky později byly rozeslány v rámci druhé studie stejné dotazníky na zjištění příznaků syndromu vyhoření, a jelikož od roku 2004 začalo zavádění preventivních a intervenčních technik na některých zdravotnických záchranných službách, byli ti účastníci, kteří některou z těchto technik absolvovali, požádáni o hodnocení. Druhé části studie se zúčastnilo 597 respondentů ze sedmi krajských záchranných služeb (uspořádání ZZS již bylo v této době krajské).

To, že největším stresorem je neúspěšná kardiopulmonální resuscitace nebo úmrtí dítěte, bylo celkem očekávané a odpovídá to i výsledkům studií v zahraničí a účastníci naší studie se v tomto shodli jak v četnosti, tak v intenzitě. Expozice k rizikovým faktorům, spojeným s profesí byla též očekávaně vysoká, nejvyšší u lékařů – z nich všichni již byli ve své praxi konfrontováni s hromadnými dopravními nehodami, ve více než 90% resuscitovali dítě nebo ošetřovali závažné popáleniny. Překvapivě vysoká byla zkušenost s vlastním ohrožením během výkonu služby – celkově tuto situaci zažilo 71% členů výjezdových skupin, nejčastěji šlo o dopravní nehodu sanitního vozidla (45% lékařů, 40% řidičů a 34% sester) nebo napadení pacientem nebo někým jiným (74% lékařů, 70% řidičů a 55% sester)“ . (Šeblová Jana, časopis 112, č.3, 2007, s 12-14)

„ Respondenti se shodli i na pozitivním aspektu práce ve zdravotnické záchranné službě, opět nejčastěji byla jmenována a také s nejvyšší intenzitou hodnocena pomoc lidem a záchrana života nebo zdraví, tedy vlastní náplň činnosti. Dále oceňují dobrý kolektiv na pracovišti, akční a pestrou práci a více volného času díky směnnému provozu. Potěšující bylo , že ti, kteří jmenovali nějakou možnost zlepšení, nejčastěji uváděli sebevzdělávání a práci na sobě. Dále se v odpovědích objevovalo lepší společenské uznání a péče o záchranáře, včetně sociálních jistot, a legislativní zakotvení (ZZS stále chybí zákon a její činnost je řízena pouze vyhláškou Ministerstva zdravotnictví.

Počínající nebo již rozvinutý syndrom vyhoření vykazovalo 17% pracovníků v roce 2003, 19% účastníků v roce 2005 a průměrné skóre bylo pod hranicí rizika. Jedinou profesní skupinou, jejíž průměrné skóre bylo nad hranicí rizika syndromu vyhoření, byly operátorky ve druhé části studie, procento operátorek s příznaky vyhoření se zvýšilo z 22% v roce 2003 na 46% o dva roky později. Při statickém porovnání výsledků byly nalezeny jediné dva statisticky významné rizikové faktory pro rozvoj vyhoření, a to délka praxe a pracovní pozice operátorky. Žádný jiný faktor (zda jde o muže či ženu, věk, zda jde o ženatého, rozvedeného nebo ovdovělého respondenta) a dokonce ani absolvované psychologické preventivní nebo intervenční techniky neměly vliv na rozvoj syndromu vyhoření. Tyto techniky však byly jejich účastníky velmi pozitivně hodnoceny – rozmezí od 79% do 92% a předpokládáme, že jejich vliv se může projevit spíše v budoucnosti “.(Šeblová Jana, časopis 112, č.3,2007, s 12-14)

II. EMPIRICKÁ ČÁST

11. Zkoumaný soubor a použité metody

11.1 Úvod

Ve výzkumné části své bakalářské práce jsem provedla vyhodnocení vnímání zátěže a stresu pracovníkem záchranné služby formou kvantitativního výzkumu, ve kterém jsem se zaměřila na vnímání zátěže a stresu na záchranné službě, míru expozice ke kritickým událostem, projevy stresu v časovém sledu, způsoby vyrovnávání se stresem a na názor záchranářů, zda by měli zájem o pomoc metodou debriefingu.

11.2 Cíle výzkumu

Výzkum byl zaměřen na komplexní pohled záchranářů na zátěž a stres , který je nedílnou součástí jejich práce a profese.

Jednotlivé cíle jsem stanovila následovně :

- identifikace zátěže a stresorů u záchranářů
- zjistit míru expozice ke kritickým událostem
- zjistit časový průběh reakce na traumatizující událost
- zjistit míru projevů stresu po traumatizující události
- zjistit způsoby vyrovnávání se stresem
- zjistit zájem záchranářů o CISM v případě kritické události

11.3 Metodika výzkumu

Základem mé bakalářské práce byl kvantitativní výzkum, který jsem prováděla v listopadu a prosinci 2007 na záchranných službách středočeského kraje pomocí dotazníku – viz. kapitola přílohy, příloha č.1. Uvedený dotazník se skládal z 21 otázek, zaměřených na sledovanou problematiku. U většiny otázek měli respondenti možnost zakroužkovat odpověď. V otázce č.5 a č.6 měli uvedenou nabídku hodnotit škálou a v otázce č.18, č.21 měli možnost volné odpovědi. Dotazník byl anonymní a respondenti byli předem upozorněni, že výsledky budou použity pouze pro tuto bakalářskou práci.

11.4 Předvýzkum

Abych zjistila, zda vytvořený dotazník je vhodný pro mou bakalářskou práci, provedla jsem tzv. předvýzkum. Postup byl následující. Patnáct kolegů a kolegyně jsem požádala o vyplnění výše uvedeného dotazníku. Během vyplňování jsem byla přítomna, abych mohla v případě nějakých nejasností poskytnout vysvětlení či popřípadě provést hned úpravy. Všichni respondenti položeným otázkám porozuměli správně a neměli žádný problém s vyplňováním daného dotazníku. Z tohoto důvodu jsem zmíněný dotazník použila v nezměněné formě i v širším měřítku respondentů.

11.5 Popis souboru respondentů

V rámci kvantitativního výzkumu jsem oslovila vrchní sestry záchranných služeb v Benešově, Kladně, Kolíně, Kutné Hoře, Mělníce, Praze Západ a Příbrami. Požádala jsem je o spolupráci ve studii ve formě distribuce dotazníků zaměstnancům a zajištění anonymity ohledně jejich vyplňování. Pro zařazení respondenta do studie jsem požadovala délku praxe minimálně 1rok. Toto kritérium bylo zvoleno proto, aby bylo možné vůbec hodnotit, zda expozice ke stresorům byla během pracovního procesu dostatečná, a zda stres může souviset se zaměstnáním.

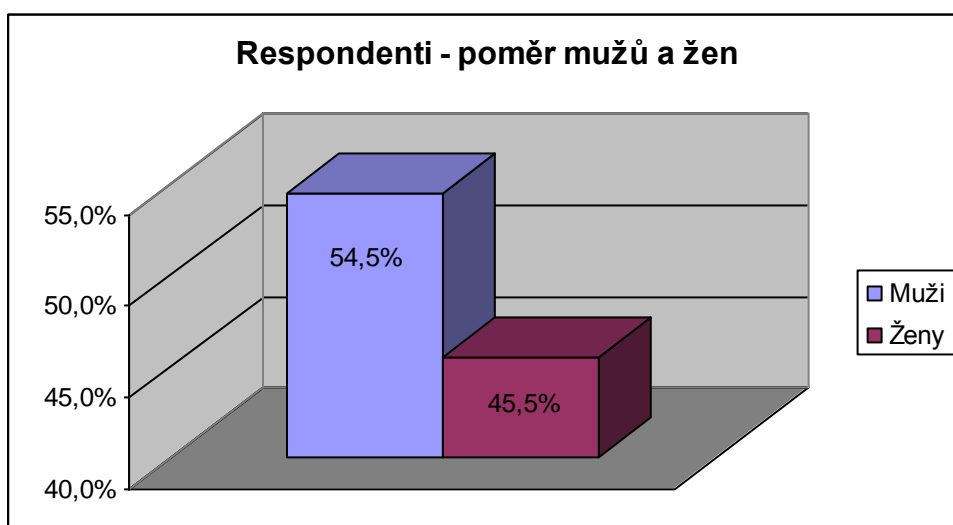
Pro kvantitativní výzkum bylo použito 200 dotazníků. návratnost plně vyplněných dotazníků činila 143 , 78 mužů a 65 žen. Jednotlivé profese byly zastoupeny takto : lékaři 19, zdravotnický záchranář 27, všeobecná sestra s PSS 55 a řidič 42. Věkovou kategorii všech respondentů nejvíce zastupovala kategorie 31 – 40 let s počtem 73 účastníků, dále 22 – 30 let 34 účastníků, 41 -50 let 28 účastníků a věková kategorie nad 51 let tvořila nejméně početnou skupinu, do které se zařadilo pouze 8 respondentů.

12. Výsledky

12.1 Kvantitativní výzkum

1. otázka : Jste muž či žena?

Respondent	Počet respondentů	Procenta
Muž	78	54,5 %
Žena	65	45,5 %

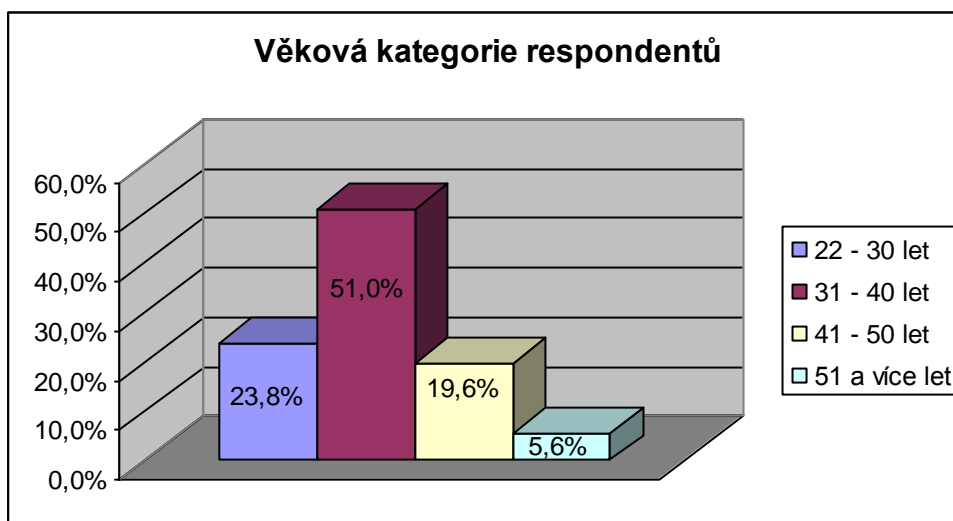


Z celkového počtu respondentů se výzkumu zúčastnilo 54,5 % mužů a 45,5 % žen. Tyto uvedené hodnoty ukazují, že na záchranné službě pracuje více mužů než žen . Je to dáno tím, že muži mohou zastávat více profesí než ženy .

Muži zastupují profesi lékaře, vrchní sestry, výjezdové sestry, zdravotnického záchranáře a řidiče. Ženy zastupují již zmíněné profese s výjimkou pracovního zařazení jako řidič.

2.otázka : Do jaké věkové kategorie patříte?

Věková kategorie	Počet respondentů	Procenta
22 – 30 let	34	23,8 %
31 – 40 let	73	51,0 %
41 – 50 let	28	19,6 %
51 a více let	8	5,6 %

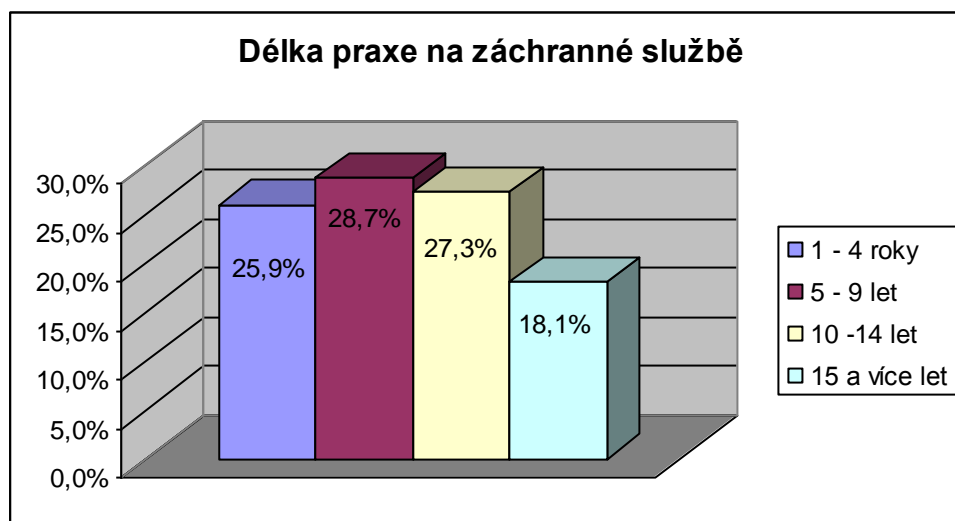


Uvedený věk respondentů se pohybuje v rozmezí 22 – 62 let. Nejpočetnější věkovou kategorií tvoří kategorie 31 – 40 let (51,0 %), dále 22 – 30 let (23,8 %) a 41 -50 let (19,6 %). Nejmenší skupinu tvoří věková kategorie 51 a více let (5,6 %).

Zjištěný počet ve věkových kategoriích odpovídá vývoji ZZS, které jako samostatné subjekty vznikaly počátkem 90.let . Tehdy se přijímal velký počet mladých zaměstnanců a „Ti,, tvoří dnes věkovou kategorií 31 – 40 let. Další nábor pracovníků probíhá v posledních letech v důsledku zvyšování počtu výjezdových stanovišť.

3.otázka : Jak dlouho pracujete na záchranné službě?

Délka praxe	Počet respondentů	Procenta
1 - 4 rok	37	25,9 %
5 – 9 let	41	28,7 %
10 – 14 let	39	27,3 %
15 a více let	26	18,1 %



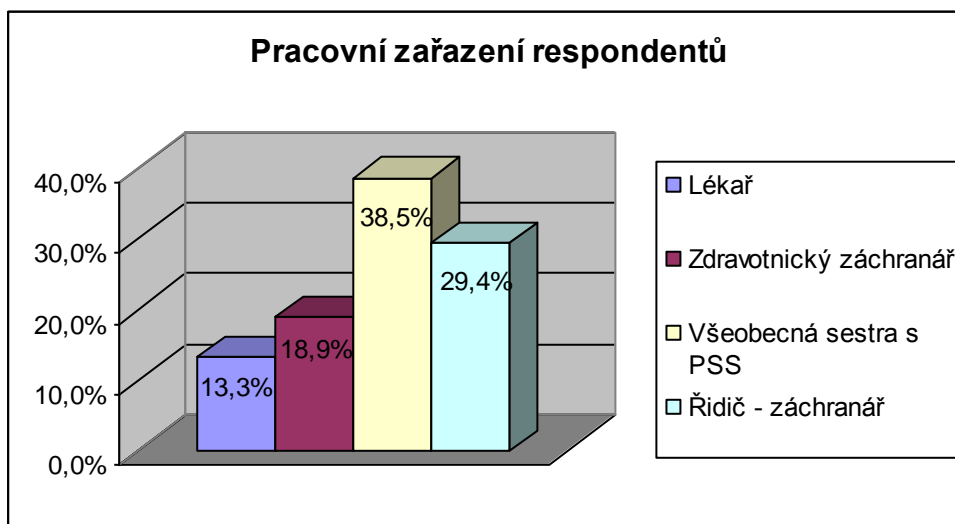
Délka praxe na záchranné službě je v uvedených kategoriích poměrně vyrovnaná.

Nejpočetnější skupina je 5 - 9 let (28,7 %), dále 10 – 14 let (27,3 %) a 1 – 4 roky (25,9 %).

Délku praxe 15 a více let označilo 26 respondentů, tedy 18,1 %.

4.otázka : Jaké je Vaše pracovní zařazení ?

Pracovní zařazení	Počet respondentů	Procenta
Lékař	19	13,3 %
Zdravotnický záchranář	27	18,9 %
Všeobecná sestra s PSS	55	38,5 %
Řidič - záchranář	42	29,4 %



Výzkumu se zúčastnilo nejvíce všeobecných sester s PSS 38,5 % a řidičů 29,4 %.

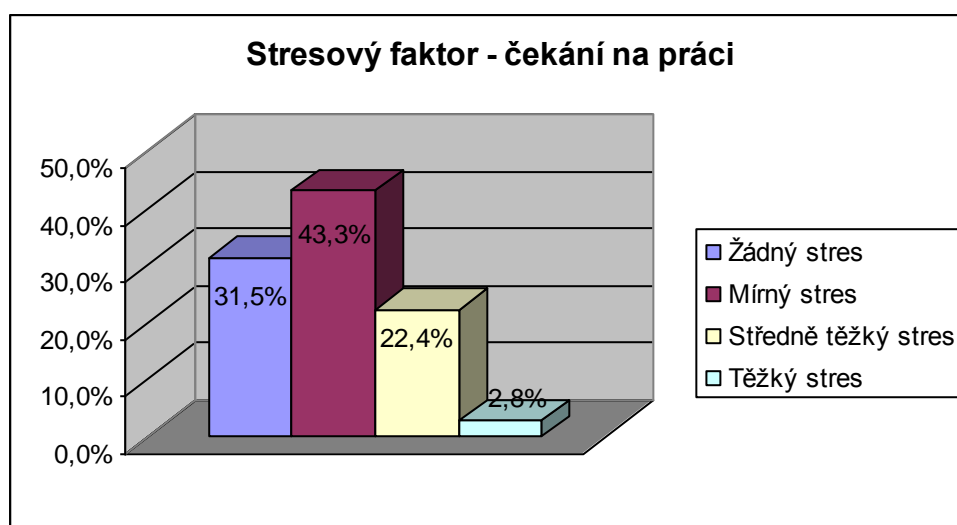
Nejméně zastoupenou skupinu tvoří lékaři 13,3 %. Zdravotnický záchranář je poměrně nová profese, a proto v porovnání se stejně postavenou profesí zdravotní sestrou s PSS, je účast ve výzkumu podstatně nižší 18,9 %.

Počet zúčastněných profesí odpovídá aktuálnímu stavu na záchranné službě. Nejpočetnější skupinu tvoří řidiči, všeobecné sestry s PSS a zdravotničtí záchranáři. Lékařů na záchranné službě je málo, na některých stanovištích až nedostatek. Tento problém je dlouhodobý, a proto je práce ZZS rozdělena do dvou systémů – posádky zdravotnické RZP a lékařské RLP.

5.otázka : Co vnímáte na práci na záchranné službě jako stresující ?

Stresový faktor – čekání na práci

Hodnocení	Počet respondentů	Procenta
Žádný stres	45	31,5 %
Mírný stres	62	43,3 %
Středně těžký stres	32	22,4 %
Těžký stres	4	2,8 %



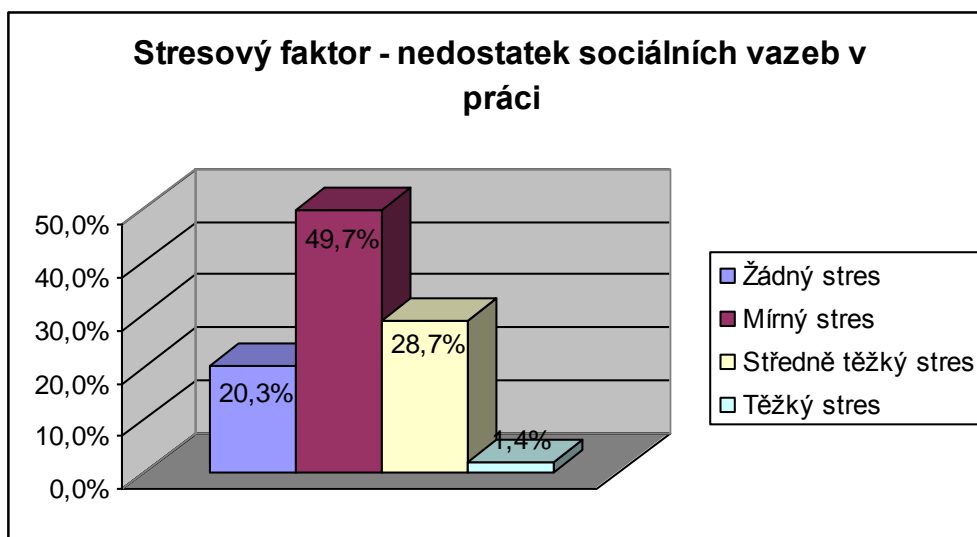
Práce na záchranné službě je nárazová, někdy i samotné čekání „*co a kde se stane,*“, může přinášet stres. O tom nás přesvědčuje i uvedený graf.

Čekání na práci hodnotí jako mírný stres 43,3 % respondentů , jako středně těžký stres 22,4 % a jako silný stres uvádí 2,8 % .

Čekání na práci nestresuje 31,5 % zúčastněných.

Stresový faktor – nedostatek sociálních vazeb v práci

Hodnocení	Počet respondentů	Procenta
Žádný stres	29	20,3 %
Mírný stres	71	49,7 %
Středně těžký stres	41	28,7 %
Těžký stres	2	1,4 %

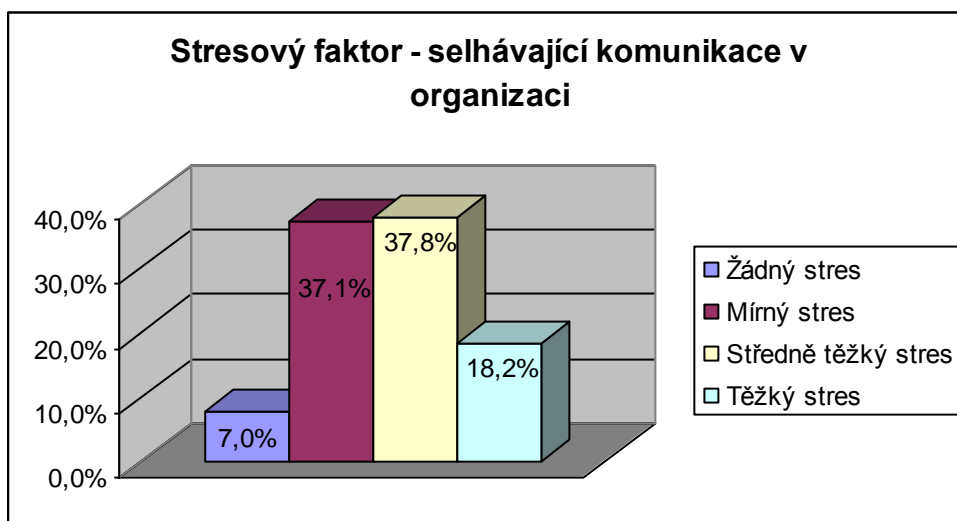


Nedostatek sociálních vazeb na pracovišti vnímají pracovníci jako mírný stres ve 49,7 %, středně těžký stres ve 28,7 % a těžký stres v 1,4 %.

Poměrně vysoký podíl respondentů 20,3 % uvádí, že nedostatek sociálních vazeb na pracovišti je nezasahuje, tedy dá se i předpokládat, že jejich sociální vazby jsou dobré a nejsou příčinou stresu.

Stresový faktor – selhávající komunikace v organizaci

Hodnocení	Počet respondentů	Procenta
Žádný stres	10	7,0 %
Mírný stres	53	37,1 %
Středně těžký stres	54	37,8 %
Těžký stres	26	18,2 %



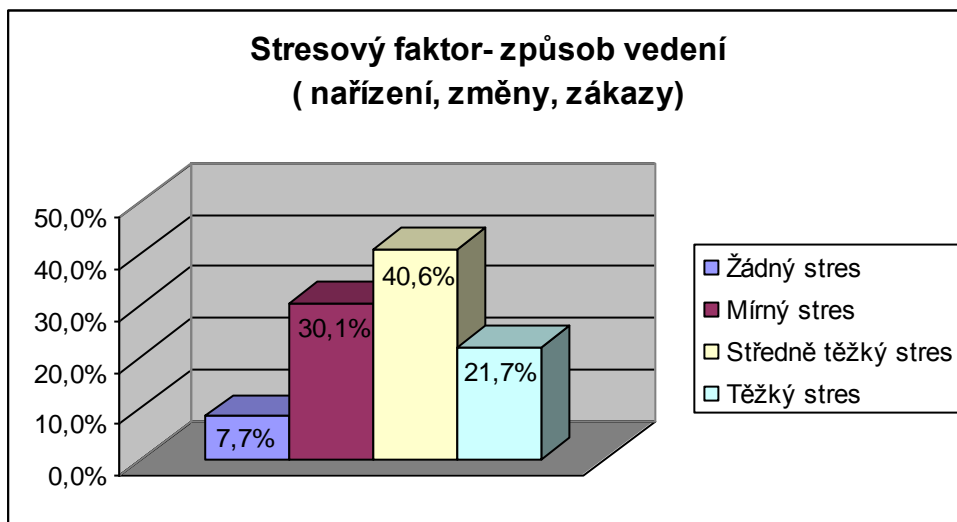
Troufám si říci, že selhávající komunikace v organizaci se řadí mezi středně silný stresující faktor, dle grafu vidíme, že je hodnocena jako mírný stres 37,1 %, středně těžký stres 37,8 % a jako těžký stres 18,2 %.

Pouze na 7% respondentů tento faktor nepůsobí jako stresující.

Selhávající komunikace může být na několika úrovních : mezi kolegy, nadřízeným a podřízeným, čistě mezi sestrami, řidiči, lékaři apod.. Narušená komunikace především komplikuje práci. Mezi kolegy nebo mezi nadřízeným a podřízeným mohou z různých nedorozumění vznikat komunikační bloky, které „ *zdravé komunikaci* „ brání a to se odrazí především v jejich spolupráci, která je v této práci velice důležitá.

Stresový faktor – změna způsobu vedení (nařízení, změny, zákazy)

Hodnocení	Počet respondentů	Procenta
Žádný stres	11	7,7 %
Mírný stres	43	30,1 %
Středně těžký stres	58	40,6 %
Těžký stres	31	21,7 %



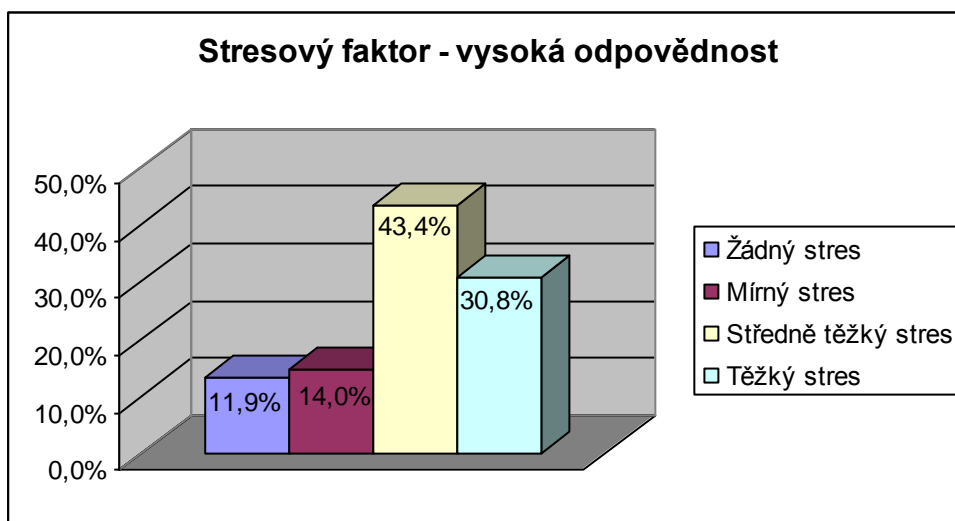
Změna způsobu vedení (nařízení, změny , zákazy) se řadí také mezi faktory, které pracovníkům na záchranné službě přináší stres. To dokazují opět vysoká čísla : jako mírný stres 30,1 %, středně těžký stres 40,6 % a jako silný stres 21,7 %.

Pouze 7,7 % respondentů potvrzuje jako nestresující faktor.

Velké změny nastaly před několika lety, kdy došlo ke sloučení okresních záchranných služeb pod územní střediska jednotlivých krajů. To se sebou přineslo zásadní změny ve vedení, způsobu práce i organizace. Některé změny a nařízení zaměstnanci nesou spíše špatně a jsou pro ně stresující.

Stresový faktor – vysoká odpovědnost

Hodnocení	Počet respondentů	Procenta
Žádný stres	17	11,9 %
Mírný stres	20	14,0 %
Středně těžký stres	62	43,4%
Těžký stres	44	30,8 %

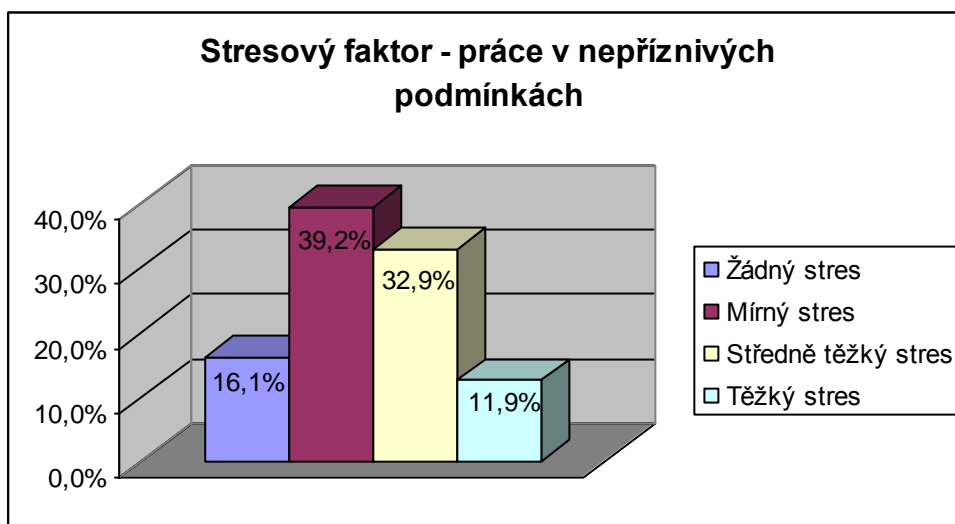


Vysoká odpovědnost je jednoznačně hodnocena v kategorii středně těžký stres 43,4 % až těžký stres 30,8 %. To dokazuje, že práce na záchranné službě je pro všechny profese velmi náročná a vysoká odpovědnost se k ní bezpodmínečně řadí.

Mírným stresem tento faktor hodnotí 14,0 % respondentů a žádným stresem 11,9 %.

Stresový faktor – práce v nepříznivých podmínkách

Hodnocení	Počet respondentů	Procenta
Žádný stres	23	16,1 %
Mírný stres	56	39,2 %
Středně těžký stres	47	32,9 %
Těžký stres	17	11,9 %

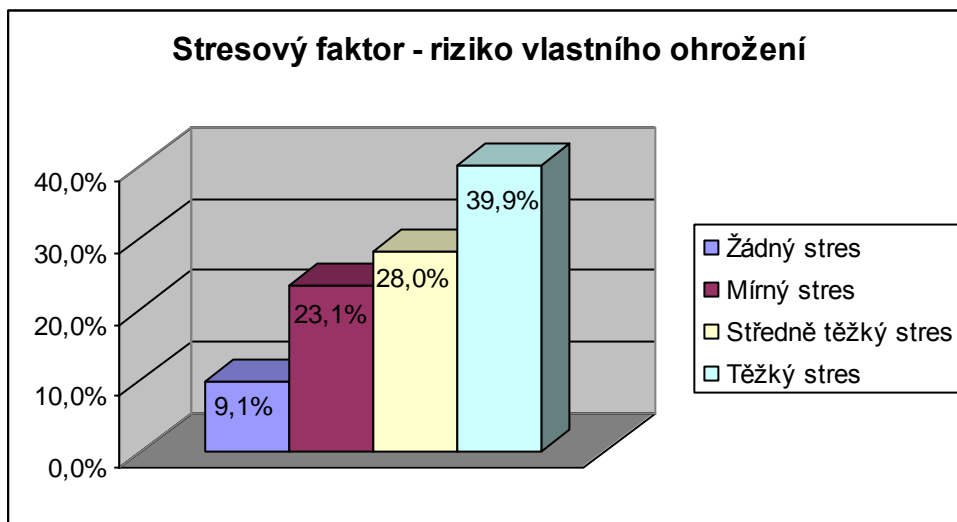


Práce v nepříznivých podmínkách, tedy v dešti, mrazu, vedru, terénu, ve tmě apod.

Toto jsou sice běžné podmínky charakteristické pro zásahy záchranné služby, ale přesto mohou přinášet stres. Mírným stresem je označuje 39,2 % respondentů, středně těžkým stresem 32,9% a těžkým stresem 11,9 %. Jako žádný stres uvádí 16,1 %.

Stresový faktor – riziko vlastního ohrožení (dopravní nehody, napadení)

Hodnocení	Počet respondentů	Procenta
Žádný stres	13	9,1 %
Mírný stres	33	23,1 %
Středně těžký stres	40	28,0 %
Těžký stres	57	39,9 %

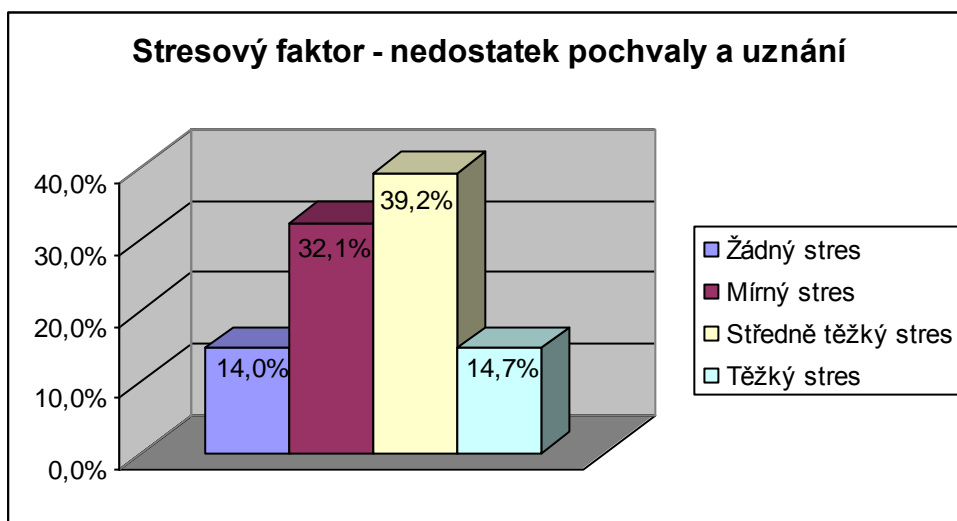


Graf vyjadřuje vnímání rizika vlastního ohrožení při poskytování přednemocniční neodkladné péče. To respondenti hodnotí jako mírný stres 23,1 %, středně těžký stres 28,0 % a jako těžký stres 39,9 %.

Riziko vlastního ohrožení si uvědomuje většina pracovníků záchranné služby. Na grafu je bezpochyby patrné, že uvedený faktor pro většinu respondentů je velmi stresující. Domnívám se, že vnímání rizika vlastního ohrožení je spojeno především s vlastní zkušeností nebo zkušeností kolegů..

Stresový faktor – nedostatek pochvaly a uznání

Hodnocení	Počet respondentů	Procenta
Žádný stres	20	14,0 %
Mírný stres	46	32,1 %
Středně těžký stres	56	39,2 %
Těžký stres	21	14,7 %

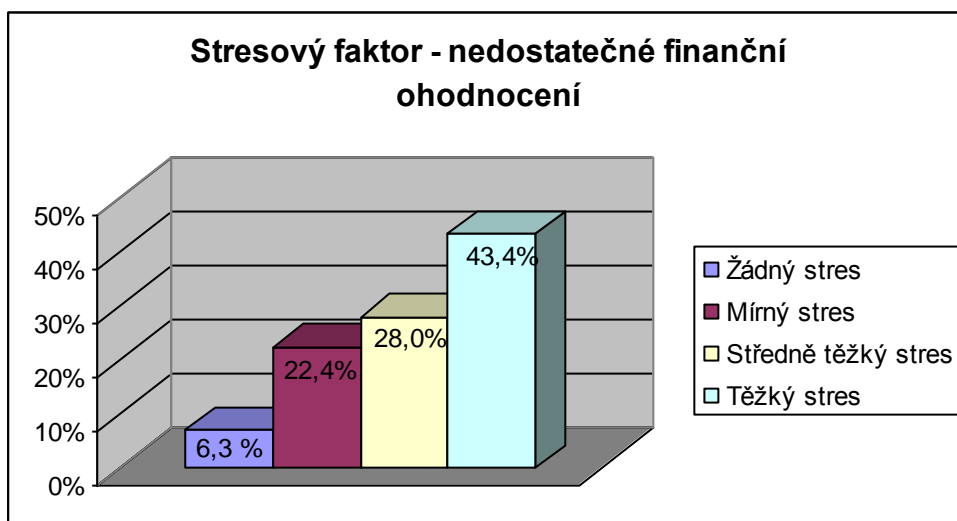


Pochvala a uznání z dobře provedeného zásahu a práce obecně chybí jak ze strany vedení, tak ze strany médií i veřejnosti. Myslím, že pro všechny záchranáře je po těžkém zásahu pochvala a uznání velmi důležitá..... to také ukazují čísla výzkumu.

Nedostatek pochvaly a uznání jako mírný stres hodnotí 32,1 % respondentů, středně těžký stres 39,2 % a jako těžký stres 14,7 %. Pouze 14,0 % uvádí faktor jako nestresující.

Stresový faktor – nedostatečné finanční ohodnocení

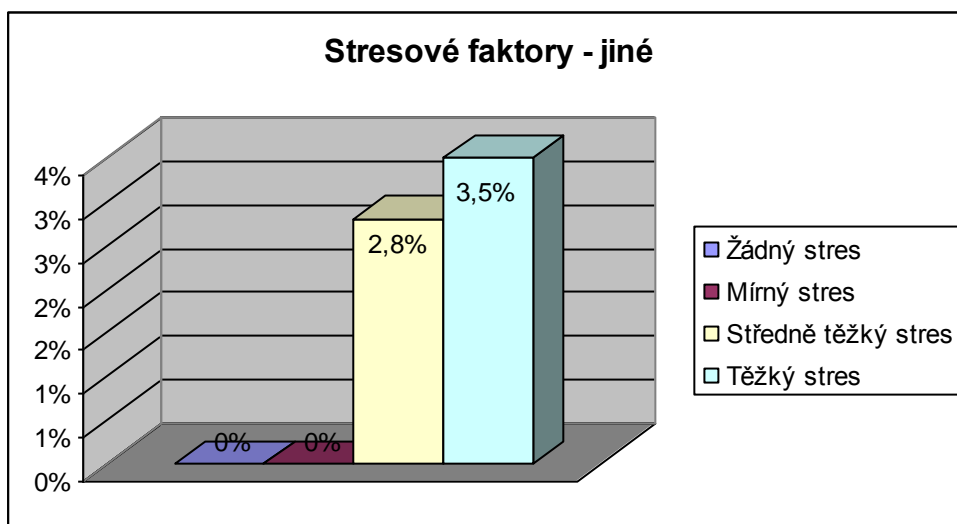
Hodnocení	Počet respondentů	Procenta
Žádný stres	9	6,3 %
Mírný stres	32	22,4 %
Středně těžký stres	40	28,0 %
Těžký stres	62	43,4 %



Výsledky stresujícího faktoru „nedostatečné finanční ohodnocení“, v podstatě odpovídá mému předpokladu. Řada záchranářů je svou vyšší platou za náročnou práci stresována. Někteří jsou spíše nespokojeni a ztrácí motivaci.

Stresový faktor – jiné

Hodnocení	Počet respondentů	Procenta
Žádný stres	-	-
Mírný stres	-	-
Středně těžký stres	4	2,8 %
Těžký stres	5	3,5 %



Mezi další stresující faktory, které respondenti uváděli jako středně stresující patří :

- údržba sanitních vozů
- arogance někoho z týmu vůči pacientovi
- nedůvěra v týmu
- neschopnost ostatních v týmu

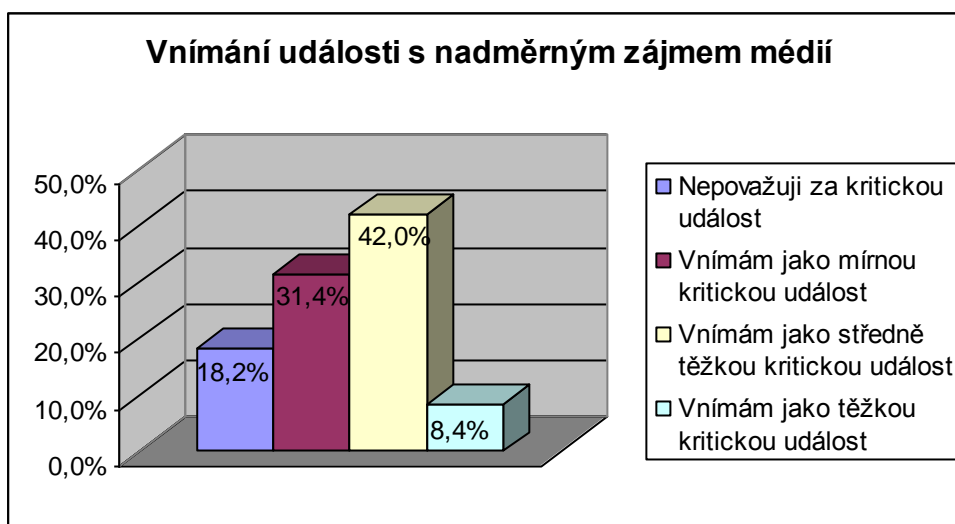
Mezi velmi stresující byly respondenty uvedeny :

- RZP výjezdy
- práce s nekompetentními lékaři
- dlouhé dojezdové časy z důvodu husté dopravy

6.otázka : Co vnímáte jako kritickou událost ?

Události s nadměrným zájmem médií

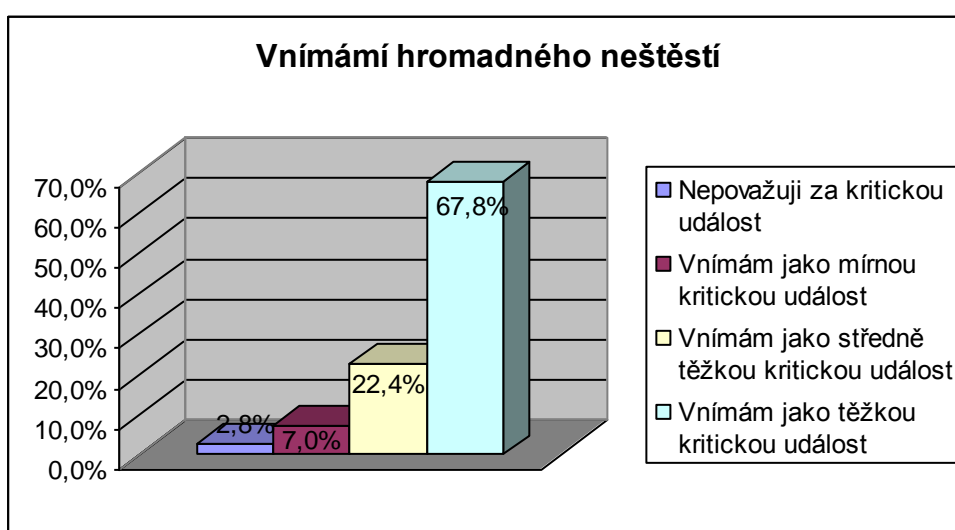
Hodnocení	Počet respondentů	Procenta
Nepovažuji za kritickou událost	26	18,2 %
Vnímám jako mírnou kritickou událost	45	31,4 %
Vnímám jako středně těžkou kritickou událost	60	42,0 %
Vnímám jako těžkou kritickou událost	12	8,4 %



Vnímání události s nadměrným zájmem médií. V porovnání s ostatními nabídkami kritických událostí se jedná o méně náročnou situaci, kterou převážně hodnotí jako mírnou kritickou událost 31,4 % až středně těžkou kritickou událost 42,0 %. Jako těžkou kritickou událost ji označilo 8,4 % respondentů

Hromadné neštěstí

Hodnocení	Počet respondentů	Procenta
Nepovažuji za kritickou událost	4	2,8 %
Vnímám jako mírnou kritickou událost	10	7,0 %
Vnímám jako středně těžkou kritickou událost	32	22,4 %
Vnímám jako těžkou kritickou událost	97	67,8 %

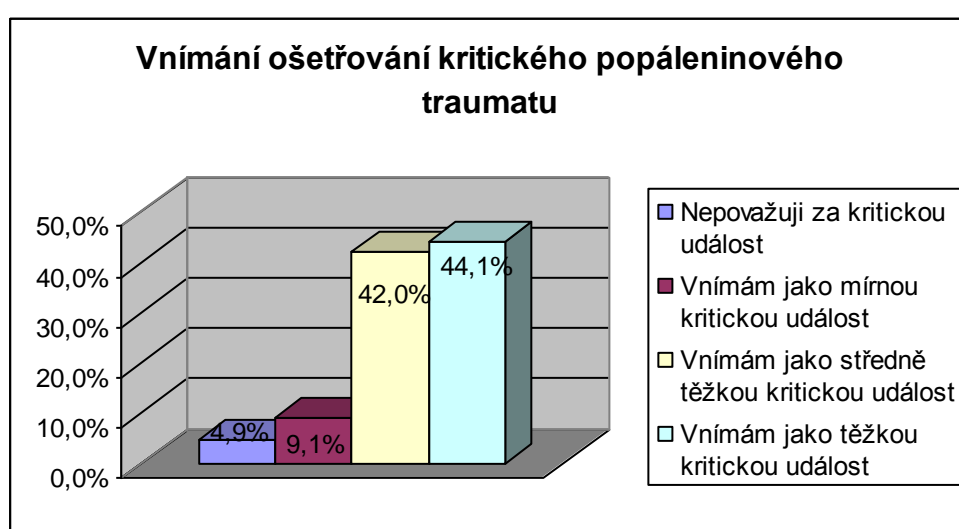


Hromadné neštěstí je situace, kdy na místě události je zraněno více jak 10 lidí a méně než 50 lidí. Povaha zranění, lokalizace události a možnosti záchrany jsou nedílné faktory, které hromadné neštěstí ovlivňují.

Graf jednoznačně vyjadřuje, že hromadné neštěstí je vnímáno jako těžká kritická událost 67,8 % .

Ošetřování kritického popáleninového traumatu

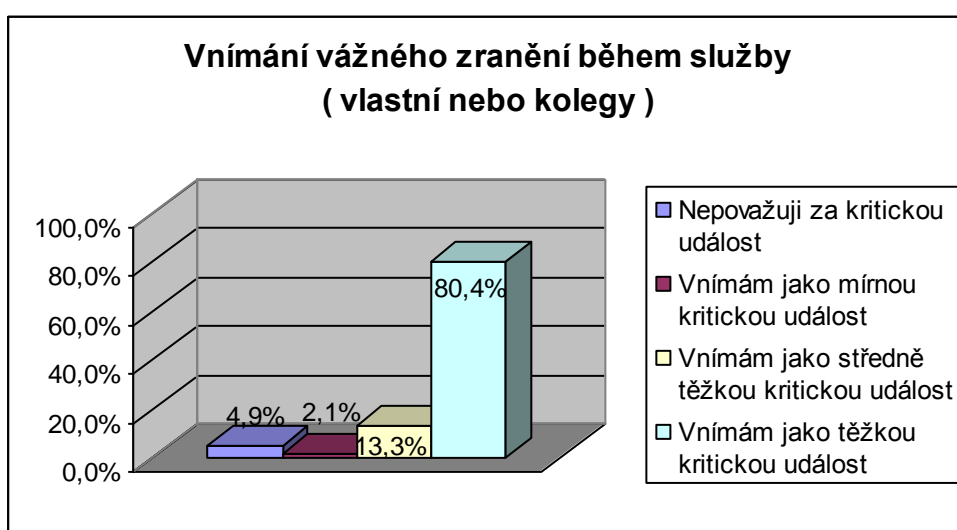
Hodnocení	Počet respondentů	Procenta
Nepovažuji za kritickou událost	7	4,9 %
Vnímám jako mírnou kritickou událost	13	9,1 %
Vnímám jako středně těžkou kritickou událost	60	42,0 %
Vnímám jako těžkou kritickou událost	63	44,1 %



Ošetřování kritického popáleninového traumatu je vnímáno jako středně těžká 42,0% až těžká kritická událost 44,1%. V čem se skýtá náročnost zásahu? Domnívám se, že pohled na devastující zranění velkého rozsahu a nesnesitelná bolest popáleného je tím faktorem, který tyto traumata řadí mezi velmi stresující.

Vážné zranění během výkonu služby (vlastní nebo kolegy)

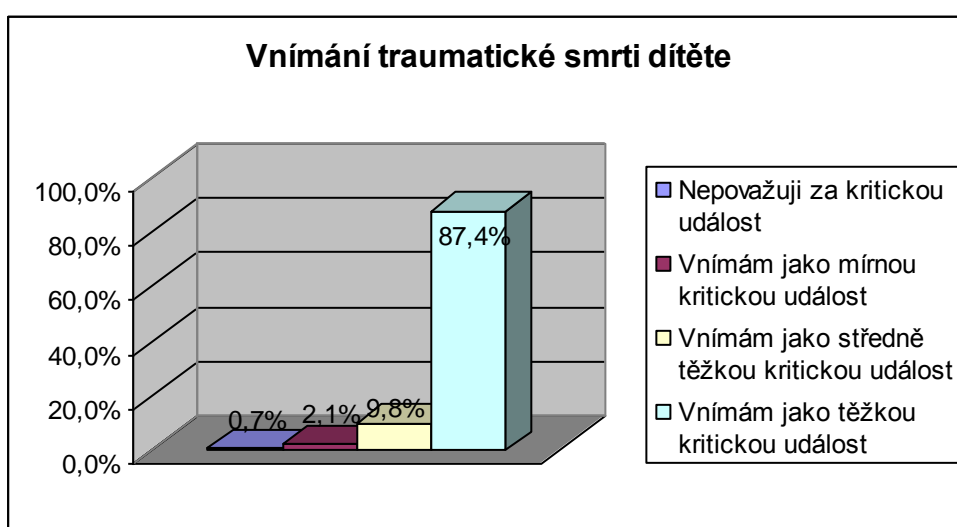
Hodnocení	Počet respondentů	Procenta
Nepovažuji za kritickou událost	7	4,9 %
Vnímám jako mírnou kritickou událost	2	2,1 %
Vnímám jako středně těžkou kritickou událost	19	13,3 %
Vnímám jako těžkou kritickou událost	115	80,4 %



Téměř všichni respondenti označují vážné zranění během služby (vlastní nebo kolegy) za těžkou kritickou událost 80,4 %, která záchranáře umí zasáhnout. Pokud se taková situace stane, dostávají se často myšlenky toho, že se to mohlo stát i jim. Tyto pocity jsou nepříjemné, ale na druhou stranu poučné a výchovné. A to proto, že nutí záchranáře dodržovat zásady bezpečnosti práce.

Traumatická smrt dítěte

Hodnocení	Počet respondentů	Procenta
Nepovažuji za kritickou událost	1	0,7 %
Vnímám jako mírnou kritickou událost	3	2,1 %
Vnímám jako středně těžkou kritickou událost	14	9,8 %
Vnímám jako těžkou kritickou událost	125	87,4 %

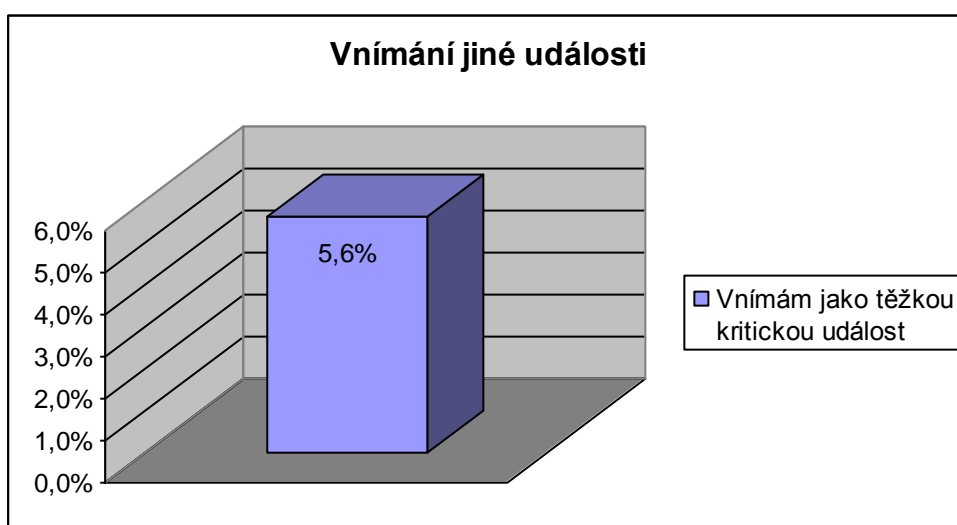


Traumatická smrt dítěte zcela očekávaně spadá do kategorie těžká kritická událost (87,4 %). Myslím, že uvedenou situaci si žádný záchranář nepřeje zažít. Se smrtí dítěte se záchranáři špatně vyrovnávají a to proto, že dítě je na smrt příliš mladé.

Velmi náročné v těchto případech bývá nejen samotná resuscitace, ale také kontakt s rodiči a sdělení jim smutné zprávy.

Jiné

Hodnocení	Počet respondentů	Procenta
Nepovažuji za kritickou událost	-	-
Vnímám jako mírnou kritickou událost	-	-
Vnímám jako středně těžkou kritickou událost	-	-
Vnímám jako těžkou kritickou událost	8	5,6 %

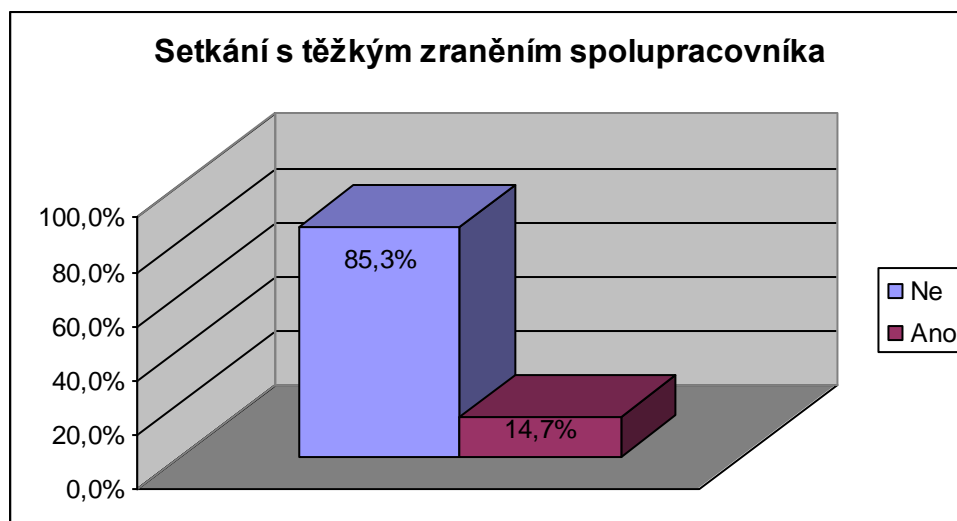


Mezi jiné těžké kritické události řadí respondenti :

- kritické stavy u dětí (resuscitaci, stavy dušení, vážné úrazy)
- polytrauma

7.otázka : Zažili jste při práci na ZS těžké zranění spolupracovníka ?

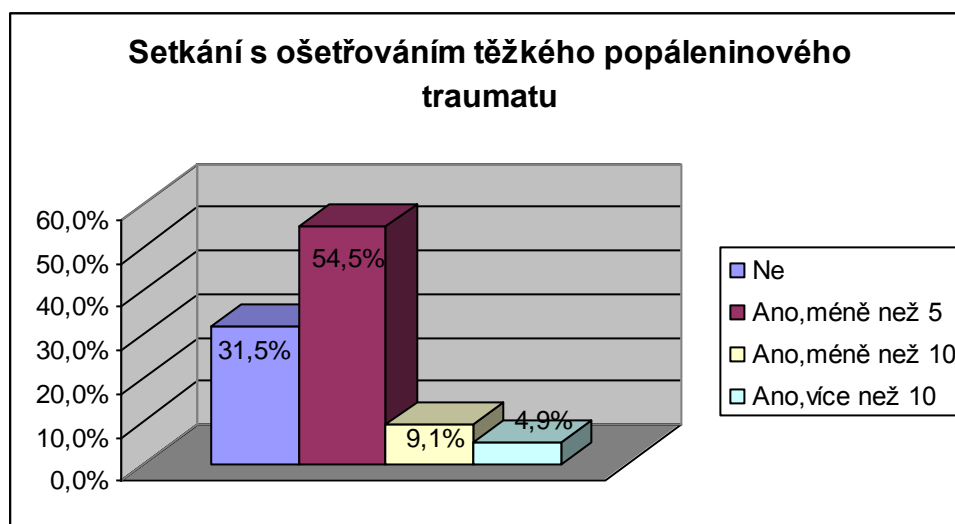
Hodnocení	Počet respondentů	Procenta
Ne	122	85,3 %
Ano	21	14,7 %



S těžkým zraněním kolegy se setkala 14,7% respondentů, 85,3% uvedlo negativní odpověď. Zranění kolegů při výkonu práce se vyskytuje v souvislosti s napadením nebo dopravní nehodou sanitního vozu.

8.otázka : Setkali jste se při práci na ZS s ošetřováním těžkého popáleninového traumatu ?

Hodnocení	Počet respondentů	Procenta
Ne	45	31,5 %
Ano,méně než 5x	78	54,5 %
Ano,méně než 10x	13	9,1 %
Ano, více než 10x	7	4,9 %



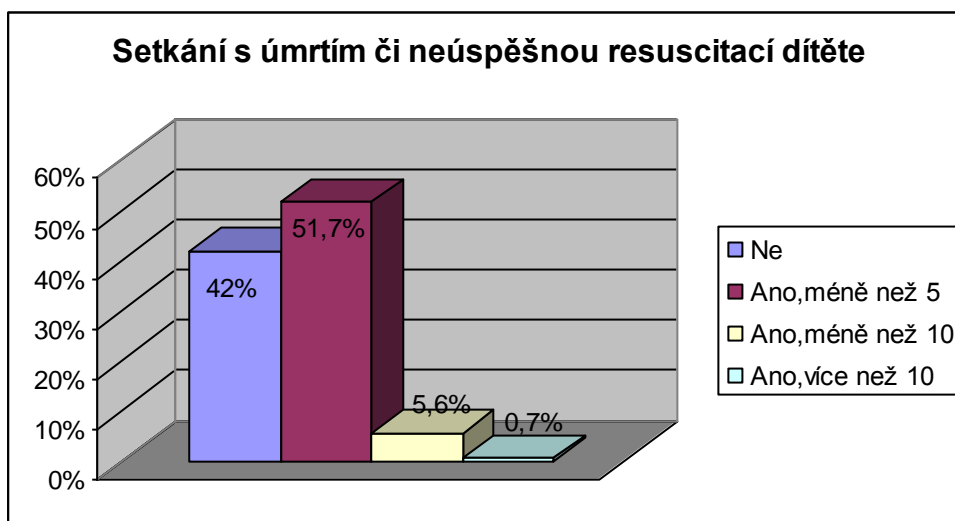
S ošetřováním těžkého popáleninového traumatu se setkala poměrně hodně respondentů .

Míra expozice : méně než 5x 54,5 % účastníků,
méně než 10x 9,1 % účastníků ,
více než 10x 4,9 % účastníků.

Negativní odpověď označilo 31,5 % respondentů.

9.otázka :Zažili jste při práci na ZS úmrtí nebo neúspěšnou resuscitaci dítěte ?

Hodnocení	Počet respondentů	Procenta
Ne	60	42,0 %
Ano,méně než 5x	74	51,7 %
Ano,méně než 10x	8	5,6 %
Ano, více než 10x	1	0,7 %



S úmrtím či neúspěšnou resuscitací dítěte se setkala celkem 58% respondentů.

Míra expozice : méně než 5x 51,7% účastníků

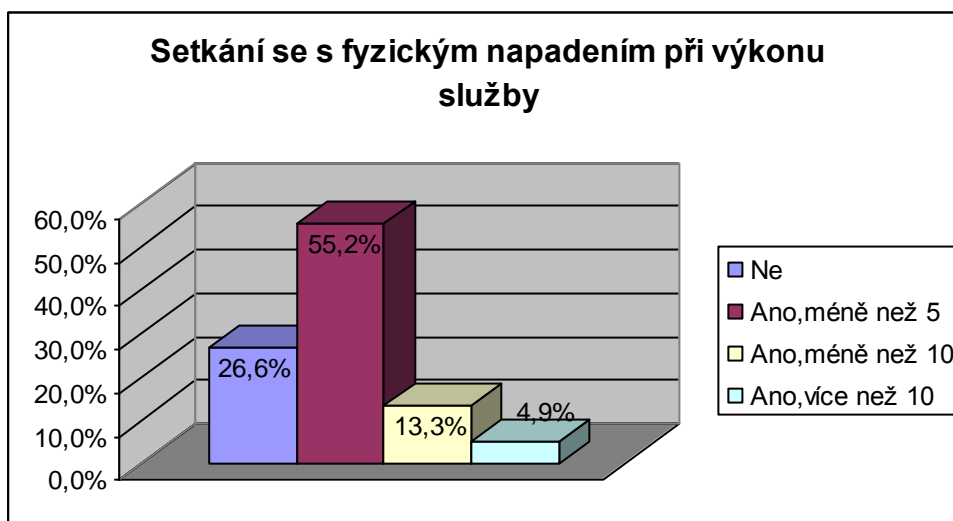
méně než 10x 5,6 % účastníků

více než 10x 0,7 % účastníků

Negativní odpověď označilo 42,0 % respondentů.

10.otázka :Zažili jste při práci na ZS pocit rizika vlastního ohrožení (fyzické napadení)?

Hodnocení	Počet respondentů	Procenta
Ne	38	26,6 %
Ano,méně než 5x	79	55,2 %
Ano,méně než 10x	19	13,3 %
Ano, více než 10x	7	4,9 %



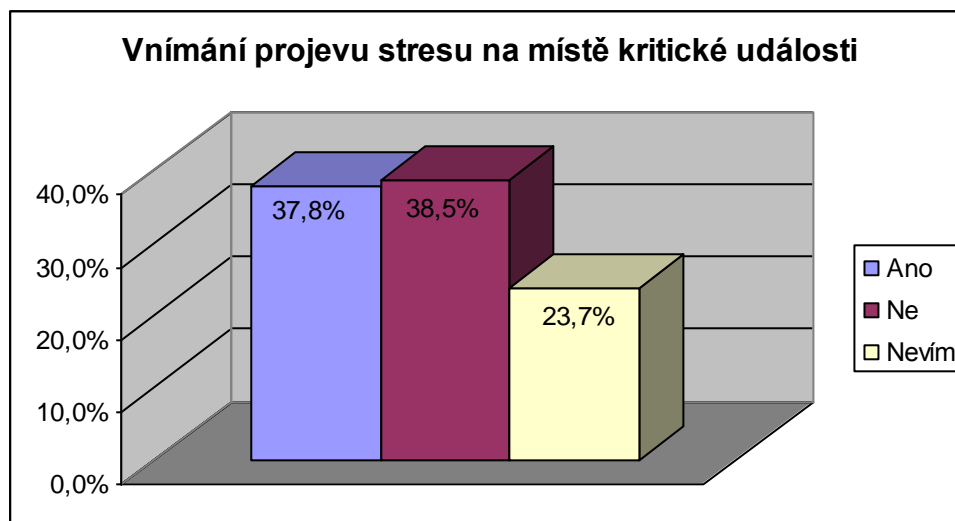
Fyzické napadení při výkonu práce je k mému očekávání ještě vyšší, než jsem předpokládala. Celkem se s fyzickým napadením setkala 73 % respondentů. V souvislosti s touto otázkou se sama sebe ptám, zda se fyzickému napadení při výkonu služby dá předejít. Myslím si, že ano. Mezi dobrá opatření patří vždy předvídat, zda podle charakteru výzvy by nebyl vhodný policejní doprovod. Pro samotné záchranáře je velmi důležité umět komunikovat s problémovými klienty. Není to snadné, ale z vlastní zkušenosti vím, že mnohým konfliktům se dá předcházet asertivním jednáním.

Míra expozice : méně než 5x 55,2 % účastníků
méně než 10x 13,3 % účastníků
více než 10x 4,9 % účastníků

Negativní odpověď označilo 26,6 % respondentů.

11.otázka : Vnímáte na sobě projevy stresu na místě kritické události ?

Hodnocení	Počet respondentů	Procenta
Ano	54	37,8 %
Ne	55	38,5 %
Nevím, nic zvláštního na sobě nepozoruji	34	23,7 %



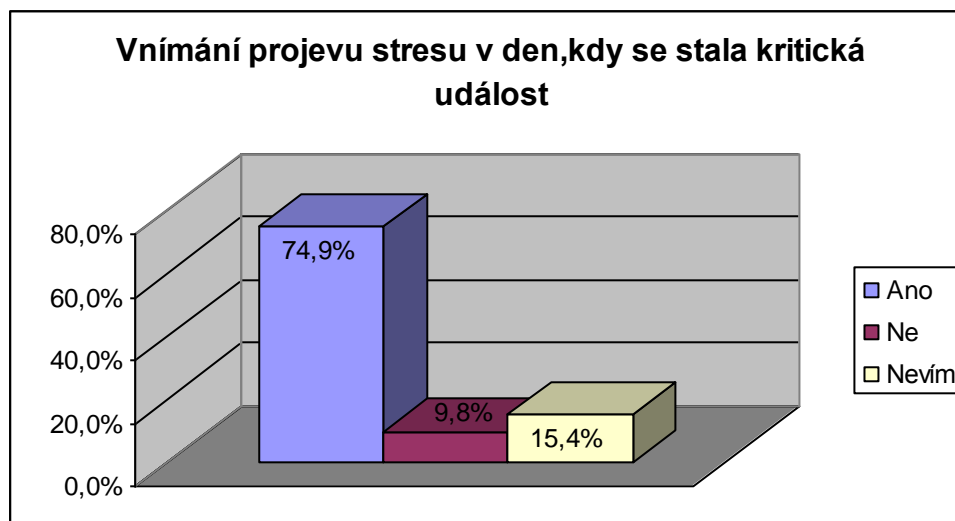
Hodnoty výzkumu vnímání stresu na místě kritické události jsou v odpovědi ANO 37,5 % a NE 38,5 % poměrně vyrovnané. 23,7 % respondentů označilo odpověď neví.

Domnívám se, že stres na místě kritické události zažívá naprosto každý, jen s tím rozdílem, že někteří si to umí přiznat, někteří ne a někteří si to prostě neuvědomují.

Na druhou stranu také připouštím, že při zásahu by neměli dát záchranáři najevo, že stres prožívají. Jsou nuceni pracovat a vystupovat s vysokou profesionalitou. Projevy stresu v sobě zadržují a k jejich uvolnění dochází až po ukončení zásahu. To dokazuje i následující graf.

12.otázka : Vnímáte na sobě projevy stresu ten den, kdy se stala kritická událost ?

Hodnocení	Počet respondentů	Procenta
Ano	107	74,9 %
Ne	14	9,8 %
Nevím, nic zvláštního na sobě nepozoruji	22	15,4 %

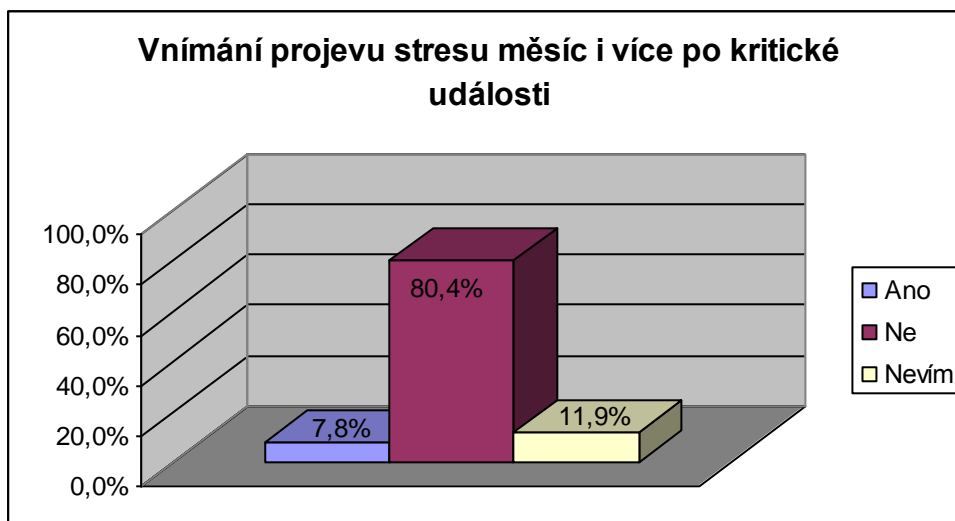


Projevy stresu v ten den, kdy se stala kritická událost vnímá 74,9 % respondentů, 15,4% neví a 9,8 % uvádí negativní odpověď.

V souvislosti s předchozí otázkou je patrné, že projevy stresu se hlavně projevují až po ukončeném zásahu. Také nastupuje doba, kdy je čas si je uvědomit a pozorovat je na sobě. Myslím, že je to normální reakce na akutní stres.

13.otázka : Vnímáte na sobě projevy stresu měsíc i více po proběhlé kritické události ?

Hodnocení	Počet respondentů	Procenta
Ano	11	7,8 %
Ne	115	80,4 %
Nevím, nic zvláštního na sobě nepozoruji	17	11,9 %



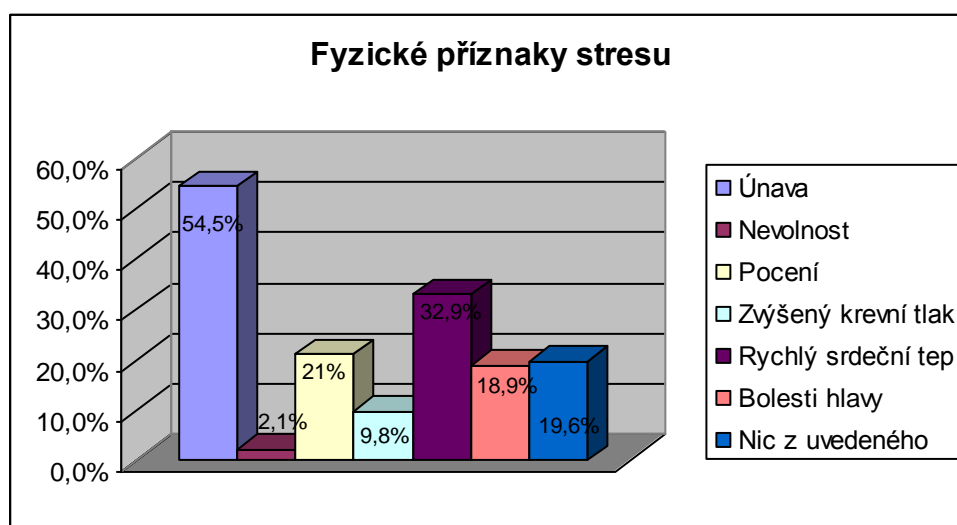
Projevy stresu měsíc i více po kritické události na sobě nepozoruje 80,4 % respondentů, 11,9% neví a 7,8 % účastníků přiznává, že projevy stresu stále má.

Zjištěné hodnoty mohou některé potěšit a to tím, že se s většinou kritických případů umí záchranáři vyrovnat sami.

Ale co „ ti „ ostatní, co přiznávají , že projevy stresu u nich stále přetrvávají ? Existuje nějaké řešení jejich problémů ? Ta pomoc samozřejmě existuje, již začíná přednáškami o stresu, jeho projevech , zvládání i prevenci. Tím podstatným a u nás propagovaným jsou techniky CISM, které v rámci záchranných složek již fungují, ale stále hledají právní a organizační ukotvení.

14.otázka : Projevuje se u Vás po kritické události :

Fyzické příznaky stresu	Počet respondentů	Procenta
Únava	78	54,5 %
Nevolnost	3	2,1 %
Pocení	30	21,0 %
Zvýšený krevní tlak	14	9,8 %
Rychlý srdeční tep	47	32,9 %
Bolesti hlavy	27	18,9 %
Nic z uvedeného	28	19,6 %

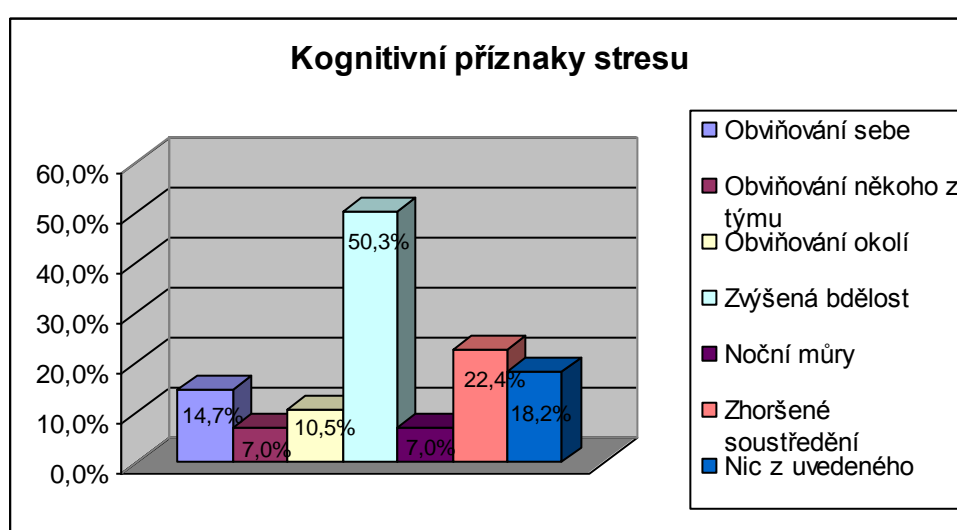


Mezi nejčastější fyzické příznaky stresu řadí respondenti únavu 54,5 % , rychlý srdeční tep 32,9 % , pocení 21,0 % a bolesti hlavy 18,9 % . K méně uváděným patří zvýšený krevní tlak 9,8 % a nevolnost 2,1 % .

Nic z uvedeného poznamenalo 19,6 % respondentů.

15.otázka : Projevuje se u Vás po kritické události :

Kognitivní příznaky stresu	Počet respondentů	Procenta
Obviňování sebe	21	14,7 %
Obviňování někoho z týmu	10	7,0 %
Obviňování okolí	15	10,5 %
Zvýšená bdělost	72	50,3 %
Noční můry	10	7,0 %
Zhoršené soustředění	32	22,4 %
Nic z uvedeného	26	18,2 %

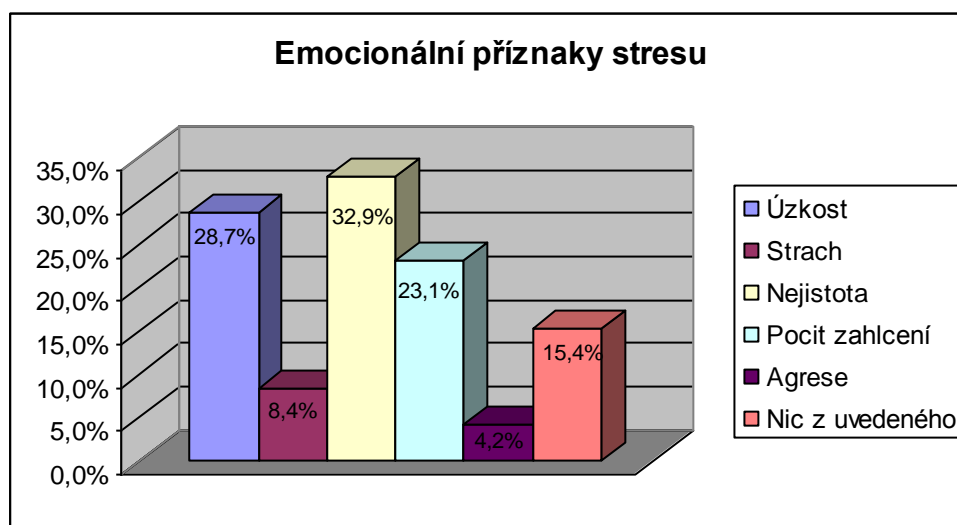


Mezi nejčastější kognitivní příznaky stresu respondenti označili zvýšenou bdělost 50,3 % a zhoršené soustředění 22,4 % . K méně uváděným patří obviňování sebe 14,7 % , obviňování někoho z okolí 10,5 % , obviňování někoho z týmu 7,0 % a noční můry 7,0 % .

Nic z uvedeného poznamenalo 18,2 % respondentů.

16.otázka : Projevuje se u Vás po kritické události :

Emocionální příznaky stresu	Počet respondentů	Procenta
Úzkost	41	28,7 %
Strach	12	8,4 %
Nejistota	47	32,9 %
Pocit zahlcení	33	23,1 %
Agrese	6	4,2 %
Nic z uvedeného	22	15,4 %

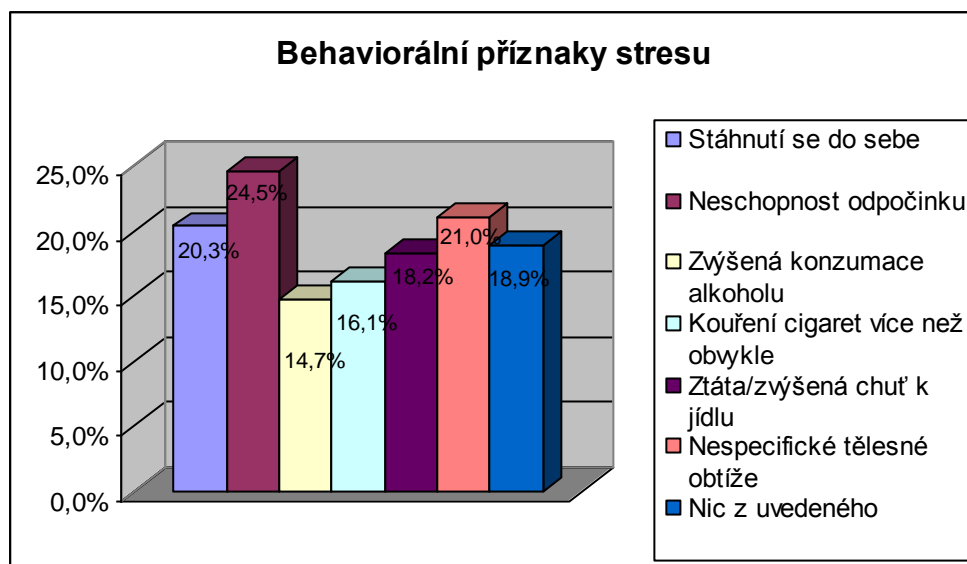


Mezi nejčastější emocionálních příznaky stresu řadí respondenti nejistotu 32,9 % , úzkost 28,7 % a pocit zahlcení 23,1 % . K méně uvedeným patří strach 8,4 % a agrese 4,2 % .

Nic z uvedeného poznamenalo 15,4 % respondentů.

17.otázka : Projevuje se u Vás po kritické události :

Behaviorální příznaky stresu	Počet respondentů	Procenta
Stáhnutí se do sebe	29	20,3 %
Neschopnost odpočinku	35	24,5 %
Zvýšená konzumace alkoholu	21	14,7 %
Kouření cigaret více než obvykle	23	16,1 %
Ztráta/zvýšená chuť k jídlu	26	18,2 %
Nespecifické obtíže	30	21,0 %
Nic z uvedeného	27	18,9 %



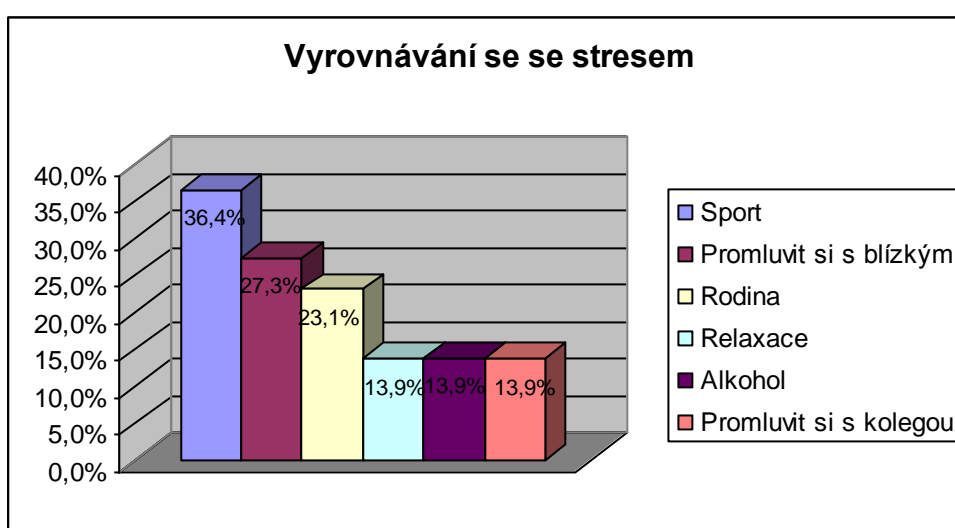
Behaviorální projevy stresu jsou oproti jiným skupinám příznaků stresu velmi vyrovnané. Nejvíce však respondenti označili neschopnost odpočinku 24,5 % , nespecifické tělesné obtíže 21,0 % , stáhnutí se do sebe 20,3 % a ztráta/ zvýšená chuť k jídlu 18,2 % . K méně uváděným patří kouření cigaret více, než obvykle 16,1 % a zvýšená konzumace alkoholu 14,7 % .

Nic z uvedeného poznamenalo 18,9 % respondentů.

18. otázka : Co Vám pomáhá se stresem vyrovnat ?

Nejčastěji uváděné způsoby vyrovnávání se stresem

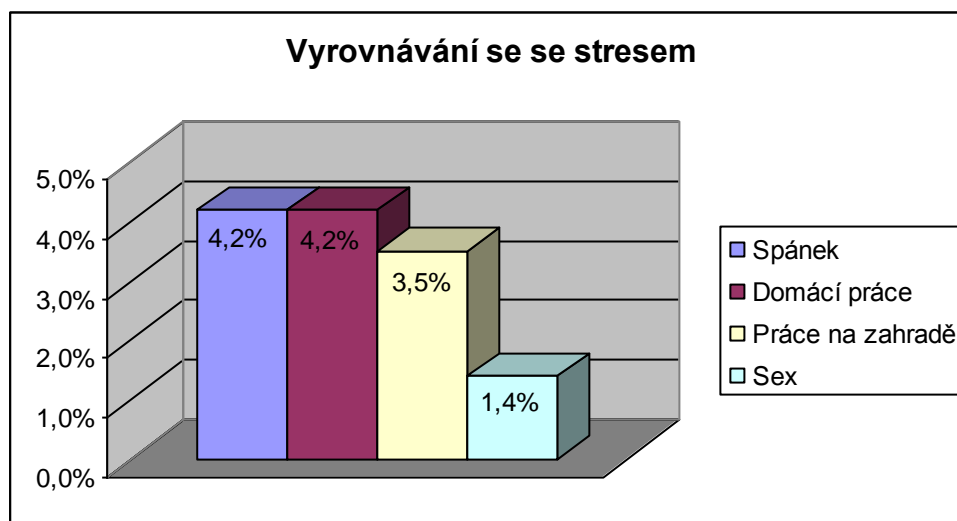
Způsob vyrovnání	Počet respondentů	Procenta
Sport	52	36,4 %
Promluvit si s blízkým	39	27,3 %
Rodina	33	23,1 %
Relaxace	19	13,9 %
Alkohol	19	13,9 %
Promluvit si s kolegy	19	13,9 %



Otázka č. 18 „ Co Vám pomáhá se stresem vyrovnat ?„ byla otevřená a respondenti v ní odpovídali následovně . K vyrovnání se stresem jim nejčastěji pomáhá sport 36,4 % , popovídání si s blízkým 27,3 % , rodina 23,1 % , relaxace 13,9 % , alkohol 13,9 % a popovídání si s kolegy 13,9 % .

Ostatní uvedené způsoby vyrovnávání se stresem

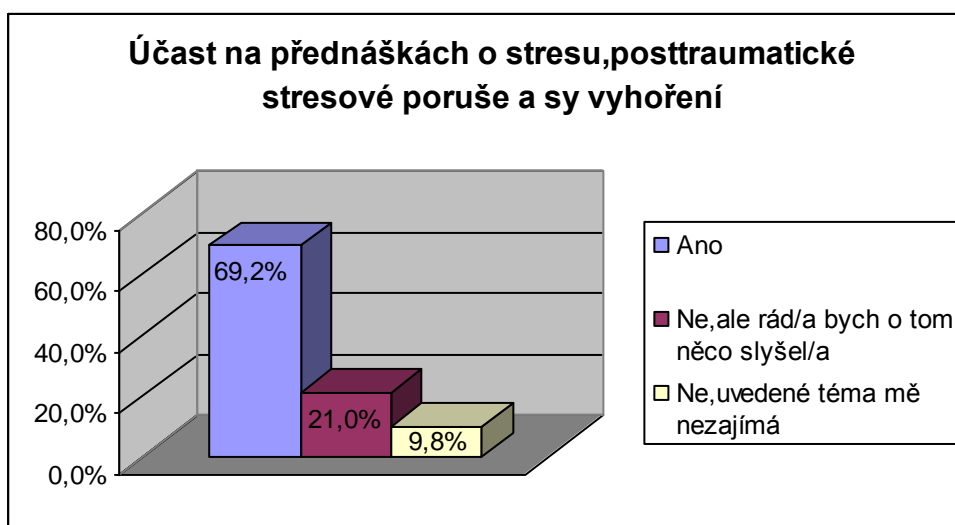
Způsob vyrovnání	Počet respondentů	Procenta
Spánek	6	4,2 %
Domácí práce	6	4,2 %
Práce na zahradě	5	3,5 %
Sex	2	1,4 %



K méně uváděným činnostem, které pomáhají záchranářům se vyrovnat se stresem patří spánek 4,2 % , domácí práce 4,2 % , práce na zahradě 3,5 % a sex 1,4 % .

19. otázka : Zúčastnili jste se někdy preventivní přednášky s názvem stres, posttraumatická stresová reakce nebo syndrom vyhoření ?

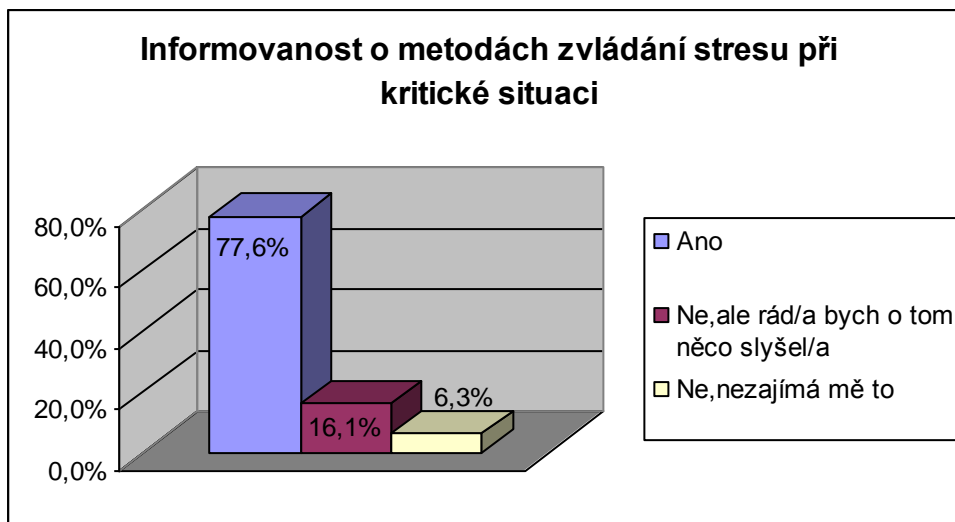
Hodnocení	Počet respondentů	Procenta
Ano	99	69,2 %
Ne, ale rád/a bych o tom něco slyšel/a	30	21,0 %
Ne, uvedené téma mě nezajímá	14	9,8 %



Výsledky výzkumu v oblasti vzdělanosti mě velmi překvapily, očekávala jsem menší účast i informovanost. Celkem 69,2 % respondentů potvrdilo kladně účast na preventivních přednáškách s psychologickou tematikou, 21,0 % účastníků by rádi o stresu, posttraumatické stresové poruše a syndromu vyhoření něco slyšeli. Pouze 9,8 % účastníků uvedené téma nezajímá.

20. otázka : Slyšeli jste někdy o metodách zvládání stresu při kritické situaci (CISM) ?

Hodnocení	Počet respondentů	Procenta
Ano	111	77,6 %
Ne, ale rád/a bych o tom něco slyšel/a	23	16,1 %
Ne, nezajímá mě to	9	6,3 %



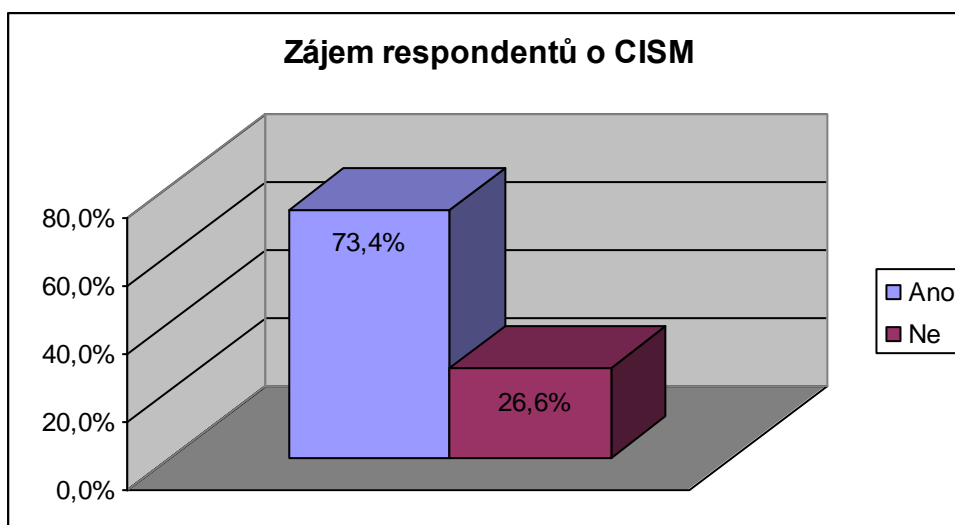
Již při hodnocení otázky č.19 mě mile překvapilo vysoké procento kladných odpovědí, u této otázky tomu není jinak.

Celkem 77,6 % respondentů uvádí, že metody zvládání stresu při kritické situaci (CISM) zná, již o nich slyšeli.

22,4 % respondentů o CISM nikdy neslyšeli, z toho 16, 1 % by informovanost k výše uvedenému uvítali. Pouze 6,3 % účastníků se k dané pomoci staví odmítavě.

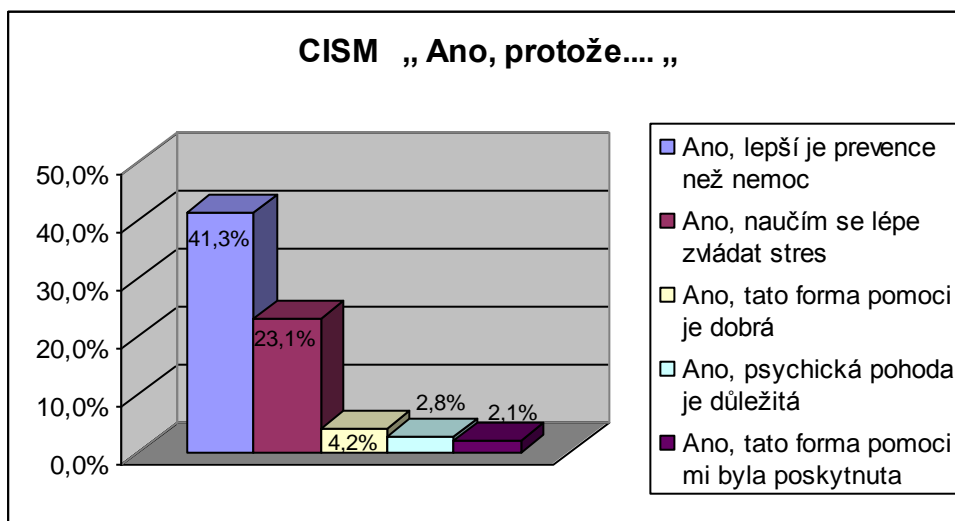
21. otázka : Kritické události se na ZS nestávají každý den, ale kdyby k ní došlo a jakýmkoliv způsobem by Vás to zasáhlo, uvítal/a byste pomoc, která se nazývá „Zacházení se stresem v kritických situacích = CISM „. Cílem této metody je redukovat tzv. „ náraz „ kritické události + poskytovat péči zdravotníkům, kteří prožili kritickou událost, a to tak, aby se z normální stresové reakce nevyvinula posttraumatická stresová porucha.

Hodnocení	Počet respondentů	Procenta
Ano	105	73,4 %
Ne	38	26,6 %



Zájem o CISM po kritické situaci uvádí 73,4 % respondentů, 26,6 % účastníků pomoc odmítá. Proč někteří mají zájem a jiní ne ukazují následující dva grafy.

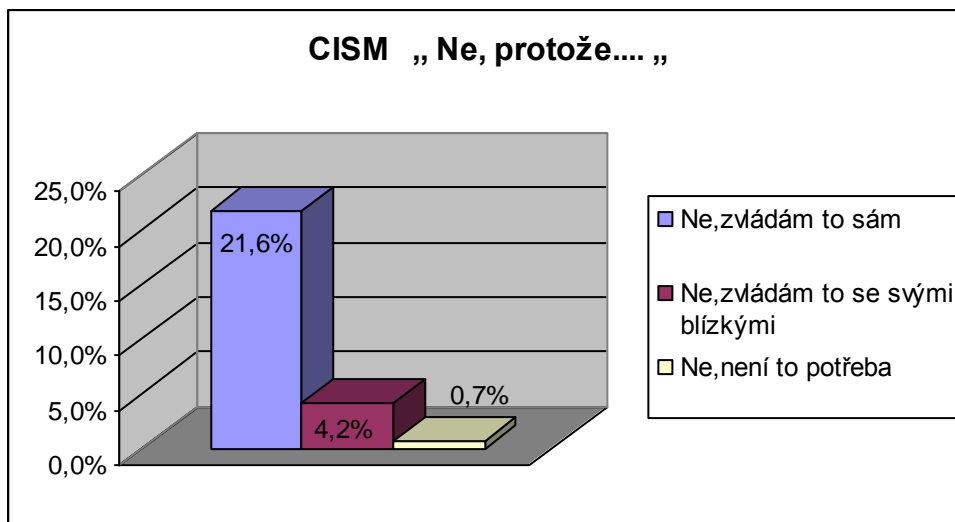
CISM „Ano, protože.....	Počet respondentů	Procenta
Ano, lepší je prevence než nemoc	59	41,3 %
Ano, naučím se lépe zvládat stres	33	23,1 %
Ano, tato forma pomoci je dobrá	6	4,2 %
Ano, psychická pohoda je důležitá	4	2,8 %
Ano, tato forma pomoci mi byla poskytnuta	3	2,1 %



Zájem o CISM projevílo 73,4 % respondentů. Jejich nejčastější odpovědi , co je důvodem, proč by tuto pomoc uvítali bylo:

- lepší je prevence než nemoc 41,3 %
- naučím se lépe zvládat stres 23,1 %
- tato forma pomoci je dobrá 4,2 %
- psychická pohoda je důležitá 2,8 %
- tato forma pomoci mi byla poskytnuta, je dobrá 2,1 %

CISM „ Ne, protože....	Počet respondentů	Procenta
Ne, zvládám to sám	31	21,6 %
Ne, zvládám to se svými blízkými	6	4,2 %
Ne, není to třeba	1	0,7 %



Nezájem o CISM uvedlo 26,6 % respondentů. Jejich odůvodnění „ proč NE „ bylo :

- zvládám to sám 21,6 %
- zvládám to se svými blízkými 4,2 %
- není to třeba 0,7 %

13. Diskuze

Z teorie a praxe je zřejmé, že jistá míra zátěže a stresu k práci na záchranné službě nedílně patří. Opakované vystavení zátěžové situaci s následným zvládnutím této zátěže vede většinou postupně ke snížení náročnosti stresové reakce a stresové odpovědi a dochází tak k efektivnější adaptaci. Stresová reakce nezáleží ani tak na objektivní charakteristice stresoru, ale spíše na tom, jak byl konkrétní stresor jedincem vnímán a hodnocen především z hlediska jeho zvladatelnosti.

Hlavním a nosným cílem mé práce je kvantitativní výzkum pomocí anonymního dotazníku, který byl zaměřen na identifikaci zátěže a stresorů u záchranářů, na zjištění míry expozice ke kritickým událostem a na časový průběh reakce na traumatizující událost. V druhé polovině dotazníku jsem se zaměřila na míru projevů stresu po traumatizující události, způsoby vyrovnávání se stresem a zjištění zájmu záchranářů o CISM v případě kritické události.

První okruh otázek č.1 – 4 byl zaměřen na demografické a profesionální údaje. Výzkumu se zúčastnilo 143 respondentů, 54,5 % mužů a 45,5 % žen. Jednotlivé profese byly zastoupeny takto : lékaři 13,3 %, zdravotnický záchranář 18,9 %, všeobecná sestra s PSS 38,5 % a řidič 29,4 % . Věkovou kategorii všech respondentů nejvíce zastupovala kategorie 31 – 40 let 51,0 %, dále 22 – 30 let 23,8 %, 41 -50 let 19,6 % a věková kategorie nad 51 let tvořila nejméně početnou skupinu, do které se zařadilo pouze 5,6 % respondentů.

Druhý okruh otázek č.5 a č.6 zjišťoval „ *Co vnímají záchranáři na své práci jako stresující a co považují za kritickou událost* „ . Mezi silné stresory respondenti nejčastěji řadí nedostatečné finanční ohodnocení , riziko vlastního ohrožení a vysokou odpovědnost . Skupinu středně silných stresorů tvoří změna způsobu vedení , nedostatek pochvaly a uznání a selhávající komunikace. K mírným stresorům patří nedostatek sociálních vazeb na pracovišti, práce v nepříznivých podmínkách a čekání na práci.

Otázka č.6 se soustředila na to, co záchranáři považují za kritickou událost. Z uvedené nabídky zcela jednoznačně i dle mých předpokladů byla jako těžká kritická událost označena traumatická smrt dítěte a vážné zranění během výkonu služby (kolegy nebo vlastní). Na třetím místě bylo hromadné neštěstí, na čtvrtém těžké popáleninové trauma a jako poslední byla událost s nadměrným zájmem médií.

Třetí okruh otázek č.7 – 10 sledoval míru expozice k zátěži a kritickým událostem.

Nejčastěji se záchranáři setkávají s vlastním napadením. Toto zjištění mě překvapilo především ve výši výskytu, který činil 73 %. Na druhém místě je setkání se s ošetřováním

kritického popáleninového traumatu a na třetím neúspěšná resuscitace dítěte. Těžké zranění kolegy je ze všech zátěží v expozici na posledním místě, zažilo ho 14,7 % respondentů.

Čtvrtý okruh otázek č. 11 – 17 se zaměřil na projevy stresu. Z časového hlediska, na místě kritické události si stres připouští méně než polovina respondentů 37,8 % , do 24 hodin projevy stresu přiznává 74,9 % a měsíc i déle 7,8 % . Na druhé straně i vývoj negativních odpovědí je velmi zajímavý : na místě kritické události nemá projev stresu 38,5 % , následujících 24 hodin příznaky stresu nepocituje pouze 9,8 % a 80,4 % pracovníků nepozoruje na sobě projevy stresu déle než jeden měsíc. Domnívám se, že časový vývoj projevu stresu odpovídá charakteru profese záchranářů, s tím, že na místě kritické události se snaží všichni pracovat profesionálně a projevy stresu v sobě potlačit až na dobu, kdy je prostor...., je tzv . vyventilovat – tedy po ukončení výjezdu.

Otázky č. 14 – 17 zjišťovali jaké projevy stresu se u záchranářů nejčastěji vyskytují. U fyzických projevů dominuje únava 54,5 % , zvýšená tepová frekvence 32,9 % a nadměrné pocení 21,0 %.

Z kognitivních příznaků převažuje zvýšená bdělost 50,3 % , snížené soustředění 22,4 % a obviňování vlastní osoby 14,7 %.

Mezi nejčastější emocionální příznaky se řadí nejistota 32,9 % , úzkost 28,7 % a pocit zahlcení 23,1 %.

A jako poslední behaviorální příznaky stresu : neschopnost odpočinku 24,5 % , nespecifické tělesné obtíže 21,0 % , stáhnutí se do sebe 20,3 % a zvýšená / snížená chuť k jídlu 18,2 %.

Otázka č. 18 - „ *Co Vám pomáhá se vyrovnat se stresem ?* „ Zde respondenti odpovídali sami a většinou uváděli několik možností, jak se stresem vyrovnávají. Následující výsledky jsem seřadila od nejvíce uváděného : sport 36,4 % , promluvit si s blízkým 27,3 % , rodina 23,1 % , alkohol 13,3 % , promluvit si s kolegou 13,3 % , relaxace 13,3 % , spánek 4,2 % , domácí práce 4,2 % , práce na zahradě 3,5 % a sex 1,4 % . Rozmanitost činností, které pomáhají se odreagovat od napětí je rozsáhlá. Myslím si, že každý má svůj způsob, jak se stresem vyrovnává a každou tu činnost bude preferovat. Nelze tedy obecně doporučit, co je nejlepší. Je však pravdou, že alkohol, cigarety a drogy nejsou šťastnou volbou jak zvládat stres.

Pátý okruh otázek č. 19 – 21 byl zaměřen na prevenci . Otázka č.19 zjišťovala míru účasti na přednáškách s psychologickým zaměřením – stres, posttraumatickou stresovou poruchu, syndrom vyhoření. Velice mě překvapil vysoký počet kladných odpovědí a to co do účasti 69,2 % , tak i do zájmu o podobnou přednášku 21,0 % . Pouze 9,8 % vyjádřilo svůj negativní postoj k takové formě prevence.

V otázce č.20 jsem zjišťovala informovanost záchranářů o metodách Critical Incident Stress Management. Zde musím konstatovat, že můj předpoklad byl od skutečnosti velmi daleko, v kladném slova smyslu. O metodách CISM slyšelo 77,6 % respondentů a 16,1 % pracovníků by se o dané téma rádo zajímalo. Zbýlých 6,3 % nevědělo, co uvedené slovo znamená.

Otázkou č. 21 jsem cíleně zjišťovala, zda by v případě kritické události měli záchranáři zájem o formu pomoci CISM a jaký k tomu mají důvod. Zájem o CISM projevilo 73,4 % respondentů. Důvody, pro které by tuto pomoc uvítali byly : „ *lepší je prevence než nemoc*“ 41,3 % , „ *naučím se lépe zvládat stres*“ 23,1 % , „ *tato forma pomoci je dobrá*“ 4,2 % a „ *psychická pohoda je důležitá* “ 2,8 % . 2,1 % respondentů debriefing absolvovalo a CISM hodnotí velmi kladně.

Na druhé straně byl i nezájem o CISM, který uvedlo 26,6 % respondentů. Jejich odůvodnění proč NE bylo : „ *zvládám to sám* “ 21,6 % , „ *zvládám to se svými blízkými* “ 4,2 % a „ *není to třeba* “ 0,7 %.

Vyhodnocení otázky č. 21 jsem prováděla cíleně, protože mě velmi zajímalo, zda by o takovou formu pomoci měli záchranáři vůbec zájem. Je pravdou, že se systém posttraumatické intervenční péče pro záchranné služby rozbíhá, avšak naráží na problém, kdo bude v případě potřeby kontaktovat koordinátora intervenčního týmu. Sám záchranář o pomoc nepožádá z obavy označení za slabého jedince. Nabízí se možnost, že by to mohl zajišťovat management záchranné služby - ale dozví se vždycky, že se stala událost, která měla nadhraniční dopad na záchranáře? Popisovaná situace připomíná začarovaný kruh, kde management hledá způsob jak poznat kritickou událost a naopak záchranáři žádají pomoc bez vlastního přičinění. Z již uskutečněných debriefingů byl svolán tým na základě nabídky MUDr. Šeblové, která kritické události sleduje a pak cíleně management záchranných služeb kontaktuje s návrhem posttraumatické péče. Tento způsob není optimální, je prozatím „ *provizorní* “.

Z výzkumu vychází možné řešení hlavně pro management a to v podobě automatické indikace k provedení debriefingu. Jedná se o kritické události jako je traumatická smrt dítěte – neúspěšná resuscitace dítěte a vážné zranění během výkonu služby (kolegy nebo vlastní). Uvedené položky byly vyhodnoceny jako velmi traumatizující, a proto by u nich měla být posttraumatická péče naprostou samozřejmostí.

Sama úprava managementu ovšem nestačí, je především potřeba edukovat záchranáře v tom, co je to debriefing, proč je potřeba ho dělat a také je nutné, aby se aktivní účast záchranářů na debriefingu stala součástí náplně práce. Domnívám se, že navržené podmínky by mohly

odstranit nejen problematiku kontaktování týmu, ale také nedůvěru, neznalost a falešné předsudky o posttraumatické péči.

Závěr

Téma „ *Zátěž a stres pracovníků na záchranné službě* “ jsem si vybrala proto, protože mi je tato problematika velmi blízká. Můj zájem nebyl jen z pohledu záchranáře, ale také jako „ peera,, intervenčního týmu. Díky práci jsem získala odpověď na řadu otázek, které jsou definovány jako cíle bakalářské práce.

Cíl č. 1 identifikoval stresující faktory u záchranářů. Mezi silné stresory respondenti nejčastěji řadí nedostatečné finanční ohodnocení , riziko vlastního ohrožení a vysokou odpovědnost . Skupinu středně silných stresorů tvoří změna způsobu vedení , nedostatek pochvaly a uznání a selhávající komunikace. K mírným stresorům patří nedostatek sociálních vazeb na pracovišti, práce v nepříznivých podmínkách a čekání na práci.

Cíl č.2 zjišťoval míru expozice ke kritickým událostem. Nejčastěji se záchranáři setkávají s vlastním napadením. Toto zjištění mě překvapilo především ve výši výskytu, který činil 73 %. Na druhém místě je setkání se s ošetřováním kritického popáleninového traumatu a na třetím neúspěšná resuscitace dítěte.

Cíl č.3 se zaměřil na projevy stresu. Z časového hlediska, na místě kritické události si stres připouští méně než polovina respondentů, do 24 hodin projevy stresu přiznává 74,9 % a měsíc i déle 7,8 %. Domnívám se, že časový vývoj projevu stresu odpovídá charakteru profese záchranářů, s tím, že na místě kritické události se snaží všichni pracovat profesionálně a projevy stresu v sobě potlačit až na dobu, kdy je prostor....., je tzv . vyventilovat – tedy po ukončení výjezdu.

Cíl č.4 hodnotil projevy stresu u záchranářů . U fyzických projevů dominuje únava, zvýšená tepová frekvence a nadměrné pocení. Z kognitivních příznaků převažuje zvýšená bdělost, snížené soustředění a obviňování vlastní osoby. Mezi nejčastější emocionální příznaky se řadí nejistota, úzkost a pocit zahlcení. A jako poslední behaviorální příznaky stresu : neschopnost odpočinku, nespecifické tělesné obtíže a stáhnutí se do sebe.

Cíl č.5 zjišťoval, jak se záchranáři se stresem vyrovnávají. Rozsah činností, které respondenti uváděli byl široký, avšak mezi nejvíce opakující se řadí sport, promluvit si s blízkým a rodina.. Myslím si, že každý má svůj způsob, jak se stresem vyrovnává a každou tu činnost bude preferovat. Nelze tedy obecně doporučit, co je nejlepší. Je však pravdou, že alkohol, cigarety a drogy nejsou šťastnou volbou jak zvládat stres.

Cíl č.6 hodnotil zájem záchranářů o posttraumatickou intervenční péči. Vyhodnocení tohoto cíle mě velmi překvapil, a to v kladném slova smyslu. Záchranáři mají zájem nejen o tuto formu pomoci, ale také o preventivní přednášky s psychologickým zaměřením.

Výzkumná práce dokazuje, že zátěž a stres na záchranné službě je nedílnou součástí záchrany a boje o lidské životy. Domnívám se , že psychologické programy zaměřené na pracovníky, mají v praxi jistě své místo – mohou zvýšit pracovní pohodu, ale i efektivitu práce a motivaci pracovníků. V neposlední řadě mohou zabránit předčasným odchodům kvalifikovaných zaměstnanců, jejichž výchova a výcvik trvá léta.

Anotace

Autor : Dana Brandejská

Instituce : Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové
Oddělení ošetrovatelství

Název práce : Zátěž a stres pracovníků na záchranné službě

Vedoucí práce : Bc. Ivana Šlaisová

Počet stran : 92

Počet příloh : 2

Rok obhajoby : 2008

Klíčová slova : záchranáři , stres, akutní reakce na stres, posttraumatická stresová porucha, syndrom vyhoření, CISM

Bakalářská práce pojednává o zátěži a stresu u pracovníků na záchranné službě. Hlavní cíl teoretické části byl zaměřen na akutní reakci na stres, posttraumatickou stresovou poruchu, syndrom vyhoření a posttraumatickou intervenční péči.

Základ práce tvoří kvantitativní výzkum. Pomocí anonymního dotazníku jsem vyhodnotila jednotlivé faktory stresu u záchranářů, míru expozice ke kritickým událostem, míru projevů stresu po traumatizující události a způsob vyrovnávání se stresem. Cíl práce se zaměřil i na zájem záchranářů o rozvíjející se posttraumatickou péči pro záchranné služby. Zkoumaný vzorek je tvořen pracovníky ZZS a to lékař, zdravotnický záchranář, zdravotní sestra s PSS a řidič – záchranář. Návratnost dotazníků byla 71,5 %.

The bachelor work discuss about workload and stress of the people working at salvage and rescue service. The main target of theoretical part is focused on urgent reaction to stress, post-traumatic stress disorder, burn-out syndrome and post-traumatic interventional care.

The work is based on quantitative research. I've analyzed unit factors of stress at rescue workers, exposition measure to critical events, stress display measure after traumatic accident and way of face up to stress based on anonymous survey. The target of the work is focused on interest of rescue workers in booming post-traumatic care for rescue services. Investigation sample is composed from rescue workers – doctor, medical rescue worker, nurse with PSS and driver-rescue worker. Questionnaire rate of return was 71,5%.

Použitá literatura a prameny

1. BAŠTECKÁ, B. a kol., Terénní krizová práce, Praha : Grada 2005 , ISBN 80-247-0708-X,
2. EVERLY, G.S – MITCHELL,J.T., Critical Incident Stress Management, A New Era and Standard of Care in Cisis Intervention,2nd Edition,Ellicott City, MD, Chevron Publishing , Corporation
3. KLIML,P., Psychická krize a intervence v lékařské ordinaci, Praha: Grada 1998, ISBN 80-7169-324-3
4. MITCHELL,J.T.- EVERLY,G.S.,Critical Incident Stress Debriefing.An Operations Manual 3rd Edition, Ellicott City,MD, Chevron Publishing Corporation 2001
5. PRAŠKO, J. a kol., Stop traumatickým vzpomínkám, Praha : Portál 2003, ISBN 80-7178-811-2.
6. ŠPATENKOVÁ,N. a kol, Krizová intervence pro praxi, Praha: Portál 2004 ISBN 80-247-0586-9
7. ŠPATENKOVÁ, N. a kol, Krize, Praha : Portál 2004, ISBN 80-247-0888-4
8. VÁGNEROVÁ, M., Psychopatologie pro pomáhající profese, Praha : Portál 1999 ISBN 80-7178-678-0
9. VIZINOVÁ,D.- Preiss,M., Psychické trauma a jeho terapie (PTSD), Praha : Portál 1999, ISBN 80- 85800-06-3
10. VODÁČKOVÁ, D. a kol., Krizová intervence, Praha: Portál ,2007 ISBN 978 – 80 – 7367 -342-0

Odborné články

11. ČÍRTKOVÁ L.,SPURNÝ J., Péče o policisty po extrémních stresových situacích, Kriminalistika,3/2001, ISSN 1210-9150
12. JANÍČEK J., Bolest 155mýtů, Rescue Report, 2/2006, ISSN 1212-0456
13. MALÍK L., Názory příslušníků HZS ČR na posttraumatickou intervenční péči, časopis 112,6/2007, ISSN 0004-0398
14. RAPČÍKOVÁ T.,Etický rozmer práce zdravotnického záchranára, Urgentní medicína, 2/2007, ISSN 1212 -1924
15. SAHELSKÁ D., Zdravotnícky záchranár – profesionál, osobnosť, Urgentní medicína, 2/2007, ISSN 1212 -1924

16. ŠEBLOVÁ J., KEBZA V., Zátěž a stres pracovníků záchranných služeb- výsledky první části studie, Urgentní medicína, 1/ 2005, ISSN 1212-1924
17. ŠEBLOVÁ J., Critical Incident Stress Management, Urgentní medicína, 1/2004, ISSN 1212-1924
18. VEČEŘOVÁ– PROCHÁZKOVÁ A., Syndrom vyhoření jako důsledek zanedbávání péče o sebe u lékařů, Urgentní medicína 2/2005, ISSN 1212-1924
19. VYMĚTAL Š., Psychosociální pomoc v situacích mimořádných událostí: Současný stav v České republice, Urgentní medicína,4/2006, ISSN 1212-1924

Power Point presentace

20. HLAVÁČKOVÁ D., Psychosociální problematika záchranářů, 11/2005
21. ŠEBLOVÁ J., Zavádění preventivních psychologických programů v ZZS, 10/2006

Bakalářské práce

22. KUBIŠOVÁ M., Smrt – pohled pracovníka ZZS, Bakalářská práce obhájena na Lékařské fakultě University Karlovy v Hradci Králové v r.2007. 28 s. Depon in: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové

Seznam použitých zkratk

apod. = a podobně

atd. = a tak dále

event. = eventuálně

srov. = srovnej

tj. = to je, to jest

tzv. = takzvaný

CISM – Critical Incident Stress Management

HZS – Hasičský záchranný sbor

IZS – Integrovaný záchranný systém

MV – Ministerstvo vnitra

RLP – Rychlá lékařská pomoc

RZP – Rychlá zdravotnická pomoc

ZZS – Zdravotnická záchranná služba

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Dotazník

Příloha č. 2 – Schválení výzkumu

Anonymní dotazník pro zaměstnance ZZS

Vážení kolegové, kolegyně !

Pod záštitou ústavu sociálního lékařství v Hradci Králové se na Vás obracím s prosbou, o spolupráci ve vyplnění anonymního dotazníku, jehož cílem je zjistit míru zátěže a stresu terénních pracovníků záchranných služeb.

Věnujte, prosím, jednotlivým otázkám dostatek času , zamyšlení a pozornosti. Přemýšlejte a napište vše tak, jaké pocity máte a co cítíte Vy sami.

Výsledky tohoto dotazníku budou zpracovány anonymně a budou použity pro tvorbu bakalářské práce.

Děkuji za Váš čas a ochotu spolupracovat se mnou.

Dana Brandejská

Návod na vyplnění dotazníku naleznete u každé otázky .

Prosím o vyplnění základních dat, která slouží ke kategorizaci respondentů. (správnou odpověď zakroužkujte)

1. Jste muž či žena?

- a) muž
- b) žena

2 . Patříte do věkové kategorie :

- a) 22 – 30 let
- b) 31 – 40 let
- c) 41- 50 let
- d) 51 a více let

3 . Jak dlouho pracujete a ZZS ?

- a) 1 – 4 rok
- b) 5 – 9 let
- c) 10 -14 let
- d) 15 a více

4. Vaše pracovní zařazení ve výjezdové skupině je :

- a) řidič – záchranář
- b) zdravotnický záchranář
- c) všeobecná sestra s PSS
- d) lékař

5. Co vnímáte na práci na ZS jako stresující ?

(Ohodnoťte hodnotou 0, 1, 5, 10 s tím, že 0 – žádný stres, 1 – mírný stres, 5- středně těžký stres , 10 – velmi těžký stres). Pokud se Vám zdá, že uvedené položky jsou stejně závažné, hodnoty můžete opakovat .

- a) čekání na práci
- b) nedostatek sociálních vazeb v práci
- c) selhávající komunikace v organizaci
- d) změna způsobu vedení, (nařízení, změny, zákazy)
- e) vysoká odpovědnost.....
- f) práce v nepříznivých podmínkách
- g) riziko vlastního ohrožení (dopravní nehody, napadení...)
- h) nedostatek pochvaly a uznání
- ch) nedostatečné finanční ohodnocení
- i) jiné (doplňte).....

6. Co vnímáte jako kritickou událost?

(Ohodnoťte hodnotou 0, 1, 5, 10 s tím, že 0 – nepovažuji za kritickou událost, 1- vnímám jako mírnou kritickou událost, 5- vnímám jako středně těžkou kritickou událost , 10 – vnímám jako těžkou kritickou událost).

Pokud se Vám zdá, že uvedené položky jsou stejně závažné, hodnoty můžete opakovat.

- a) události s velkým zájmem médií.....
- b) hromadné neštěstí.....
- c) ošetřování kritického popáleninového traumatu.....
- d) vážné zranění během výkonu služby (vlastní nebo kolegy).....
- e) traumatická smrt dítěte.....
- f) jiné (doplňte).....

7. Zažili jste při práci na ZS těžké zranění spolupracovníka ?

(uvedenou odpověď zakroužkujte)

- a) ano
- b) ne

8. Setkali jste se při práci na ZS s ošetřováním těžkého popáleninového traumatu ?

(odpověď zakroužkujte, dále * nehodící škrtněte)

- a) ne
- b) ano * méně než 5x * méně než 10x * 10x a více

9. Zažili jste při práci na ZS úmrtí nebo neúspěšnou resuscitaci dítěte?

(odpověď zakroužkujte, dále * nehodící škrtněte)

- a) ne
b) ano * méně než 5x * méně než 10x * 10x a více

10. Zažili jste při práci na ZS pocit rizika vlastního ohrožení (fyzické napadení) ?

(uvedenou odpověď zakroužkujte, dále * nehodící škrtněte)

- a) ne
b) ano * méně než 5x * méně než 10x * 10x a více

11. Vnímáte na sobě projevy stresu na místě kritické události ?

(uvedenou odpověď zakroužkujte)

- a) ano
b) ne
c) nevím, nikdy jsem o tom nepřemýšlel/a

12. Vnímáte na sobě projevy stresu ten den, kdy se stala kritická událost ?

(uvedenou odpověď zakroužkujte)

- a) ano
b) ne
c) nevím, nic zvláštního na sobě nepozoruji

13. Vnímáte na sobě projevy stresu měsíc i více po proběhlé kritické události ?

(uvedenou odpověď zakroužkujte)

- a) ano
b) ne
c) nevím, nic zvláštního na sobě nepozoruji

14. Projevuje se u Vás po kritické události (* správnou odpověď zakroužkujte, zvolených odpovědí může být i více)

- a) únava
b) nevolnost
c) pocení
d) zvýšený krevní tlak
e) rychlý srdeční tep
f) bolesti hlavy
g) nic z uvedeného

15. Projevuje se u Vás po kritické události (* správnou odpověď zakroužkujte, zvolených odpovědí může být i více)

- a) obviňování sebe
- b) obviňování někoho z týmu
- c) obviňování okolí
- d) zvýšená bdělost
- e) noční můry
- f) zhoršené soustředění
- g) nic z uvedeného

16. Projevuje se u Vás po kritické události (* správnou odpověď zakroužkujte, zvolených odpovědí může být i více)

- a) úzkost
- b) strach
- c) nejistota
- d) pocit zahlcení
- e) agrese
- f) nic z uvedeného

17 . Projevuje se u Vás po kritické události (* správnou odpověď zakroužkujte, zvolených odpovědí může být i více)

- a) stáhnutí se do sebe nehodící škrtněte
- b) neschopnost odpočinku
- c) zvýšená konzumace alkoholu
- d) kouření cigaret víc než obvykle
- e) ztráta/ zvýšená chuť k jídlu
- f) nespecifické tělesné obtíže
- g) nic z uvedeného

18. Co Vám pomáhá se stresem vyrovnat ? (*napište)

.....

.....

.....

.....

19. Zúčastnili jste se někdy preventivní přednášky s názvem stres, posttraumatická stresová reakce, syndrom vyhoření ? (* uvedenou odpověď zakroužkujte)

- a) ano
- b) ne, ale rád /a bych o tom něco slyšel/a
- c) ne, uvedené téma mě nezajímá

20. Slyšeli jste někdy o metodách zvládnání stresu při kritických situacích ?

(* uvedenou odpověď zakroužkujte)

- a) ano
- b) ne, ale rád/a bych o tom něco slyšel/a
- c) ne a vůbec mě to nezajímá

21. Kritické události se na ZS nestávají každý den, ale kdyby k ní došlo a jakýmkoliv způsobem by Vás to zasáhlo, uvítal/a byste pomoc , která se nazývá „Zacházení se stresem v kritických situacích = CISM „. Cílem této metody je redukovat tzv. „náraz“ kritické události + poskytovat péči zdravotníkům, kteří prožili kritickou událost, a to tak, aby se z normální stresové reakce nevyvinula posttraumatická stresová porucha.

(uvedenou odpověď zakroužkujte a dopište důvod)

a) ano, protože.....

b) ne, protože.....

Děkuji za ochotu a spolupráci.
Vážím si toho, že jste mi věnovali svůj čas.



ÚZEMNÍ STŘEDISKO ZÁCHRANNÉ SLUŽBY STŘEDOČESKÉHO KRAJE

Vančurova 1544, 272 01 Kladno
Tel: 312 256 691 (601) fax: 312 666 720
e-mail: zemanova@zachranka.cz IČ: 75030926

Vážená paní
Dana Brandejská
ZS Kutná Hora

2007-11-09

Schválení

Vážená paní,

s Vaší žádostí o schválení výzkumu v rámci Vaší bakalářské práce na téma zátěže a stresu pracovníků na záchranných službách na pracovištích ÚSZS SČK souhlasím.
Přeji hodně úspěchů při ukončení studia .

S pozdravem
Mgr. Věra Zemanová
náměstek ředitele pro oš. péči
ÚSZS SČK

ÚZEMNÍ STŘEDISKO ZÁCHRANNÉ SLUŽBY
STŘEDOČESKÉHO KRAJE
Vančurova 1544, 272 01 Kladno
Tel.: 312 256 601
IČ: 750 30 926

