

**Univerzita Karlova**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Bc. Monika Markusová, DiS.

**Zneužívání návykových látek jako kompenzace stresových faktorů při výkonu pomáhající profese**

Kazuistická studie

Substance abuse as compensation for stress factors involved in the performance of helping professions. Case study.

**Diplomová práce**

Vedoucí diplomové práce:

MUDr. Petr Popov, MHA

Praha, 2016

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze dne 12.11.2016

Monika Markusová

.....

## **Identifikační záznam**

MARKUSOVÁ, Monika. *Zneužívání návykových látek jako kompenzace stresových faktorů při výkonu pomáhající profese. [Substance abuse as compensation for stress factors involved in the performance of helping professions]*. Praha, 2016. 59 s., 8 příl. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce Popov, Petr.

## **Poděkování**

Děkuji panu MUDr. Petrovi Popovovi, MHA, primáři Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN za vstřícnost, trpělivost, cenné rady a připomínky při odborném vedení mé diplomové práce.

Zároveň děkuji paní MUDr. Janě Šeblové, Ph.D., vedoucí lékařce pro vzdělávání Zdravotnické záchranné služby Středočeského kraje za odbornou konzultaci teoretické části práce. Děkuji paní Mgr. Bc. Jiřině Fouskové, krajské koordinátorce Systému psychosociální intervenční služby (SPIS) a operátorce tísňové linky Krajského zdravotnického operačního střediska Zdravotnické záchranné služby Středočeského kraje za podporu, empatii a pomoc při vyhledávání dílčích studijních materiálů pro mou práci.

V neposlední řadě děkuji též svým kolegům z řad záchranářů, zejména pak Davidovi J. jako subjektu kazuistické studie – bez jeho otevřenosti, vstřícnosti, důvěry a neobvyklé míry odvahy by pravdivé informace a komplexní podkladové materiály pro tuto případovou studii nebylo nikdy možné získat – velice si jeho přístupu, nadhledu a pochopení smyslu celé věci vážím.

Děkuji své rodině za podporu a toleranci, které se mi v průběhu studia a psaní této práce dostávalo v obdivuhodné míře.

## ABSTRAKT

V posledních letech se stále více ukazuje, že pracovní zátěž, stres a syndrom vyhoření u pracovníků záchranné služby mohou představovat velmi významné rizikové faktory, které se z hlediska užívání psychoaktivních látek mohou snadno stát faktory spouštěcími. Problematika užívání návykových látek v prostředí zdravotnické záchranné služby je v našich podmínkách dosud oblastí málo prozkoumanou a z pochopitelných důvodů velmi citlivou.

Náročné pracovní podmínky a působení chronického stresu u zdravotnických záchranářů, spojené s nedostatečnou podporou a péčí zaměstnávající organizace mají za následek vyčerpání a celkový distres, provázený rozvojem příznaků poruch psychického a fyzického zdraví. Tento stav může vést k užívání psychoaktivních látek jako negativní zvládací strategie.

Práce je psána teoreticko-kazuistickou formou a poukazuje na souvislost mezi chronickým působením stresorů spojených s výkonem profese zdravotnického záchranáře a užíváním psychoaktivních látek jako prostředku k zvládnutí a kompenzaci následků pracovního stresu a vyčerpání. Na podrobně zpracované kazuistice lze sledovat vznik a vývoj závislostního chování v širším kontextu, zejména však ve vazbě na zvládnutí akutního i chronického stresu z pracovní zátěže. Práce poukazuje na důležitost osvojení a systematické realizace preventivních strategií nejen ze strany zdravotnických záchranářů, ale i ze strany zaměstnávající organizace a současně upozorňuje na důležitost a vzhledem k charakteru profese i nezbytnost často podceňované psychosociální péče o zaměstnance záchranných služeb, jejíž pojetí a náplň se v rámci ČR u jednotlivých regionálních ZZS značně liší.

*Klíčová slova: návykové látky - negativní zvládací mechanismy - pomáhající profese – stres - syndrom vyhoření - závislostní chování - zdravotnická záchranná služba*

## THE ABSTRACT

It has been shown recently that workload, stress, and burnout syndrome among the staff of the medical rescue service may be major risk factors in terms of triggering the use of psychoactive substances. Representing what is understandably a delicate issue, substance use among emergency medical staff has not been thoroughly studied in our country.

Emergency medical workers' difficult working conditions and the chronic stress they are exposed to, in combination with a lack of support and care on the part of their employers, result in exhaustion and general distress, accompanied by the development of symptoms associated with both physical and mental disorders. This condition may lead to the use of psychoactive substances as a negative coping strategy.

Consisting of both theoretical background and case studies, the paper points out the relationship between the chronic effect of stressors pertaining to the job of emergency medical workers and the use of psychoactive substances as a way of coping with and compensating for the implications of work-related stress and fatigue. Thorough case studies are presented to demonstrate the onset and development of addictive behaviour within a wider context, with special emphasis being placed on its association with coping with both acute and chronic occupational strain. The paper underlines that both the emergency medical workers and their employers should learn and continuously engage in systematic preventive strategies, as well as noting the importance of the psychosocial care of the staff of emergency medical services. Although vital to this work of a specific nature, psychosocial care is often underestimated and the quality and extent of its provision vary significantly among the regional emergency medical services in the Czech Republic.

*Key words: psychoactive substances – negative coping mechanisms – helping professions – stress – burnout syndrome – addictive behaviour – emergency medical service*

# Obsah

ÚVOD.....	1
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA A ÚVOD DO PROBLEMATIKY .....	4
1.1 Zdravotnické profese a návyková rizika.....	5
1.2 Profese záchranáře – typická osobnostní charakteristika .....	5
1.3 Expozice náročným situacím a stresu.....	7
1.4 Stres a jeho projevy .....	8
1.4.1 Stres akutní a chronický .....	8
1.4.2 Posttraumatická stresová porucha .....	9
1.5 Zátěž zdravotnických pracovníků – specifika .....	10
1.6 Zvládací mechanismy a formy psychické adaptace v zátěžových situacích .....	10
1.7 Zdravotník jako specifický pacient, specifika léčby zdravotníků, překážky ve vyhledávání pomoci, problematika stigmatizace .....	12
1.8 Prevence, diagnostika, včasná intervence a léčba .....	15
1.8.1 Psychosociální služby, peer systém a péče o psychické potřeby zdravotníků .....	16
1.9 Studie zaměřené na výzkum zátěže a stresu v prostředí ZZS.....	18
2 ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA VYBRANÝCH NÁVYKOVÝCH LÁTEK.....	19
2.1 Alkohol.....	19
2.2 Nikotin.....	22
2.3 Opioidy a opiáty .....	23
2.3.1 Tramal .....	25
3 PRAKTICKÁ ČÁST.....	28
3.1 Výzkumné cíle a otázky .....	28
3.2 Výběr případu a předmět studie .....	29
3.3 Etické aspekty a náležitosti práce.....	30
3.4 Předmět kazuistické studie .....	31
3.5 Metody .....	31
3.5.1 Metoda zpracování a analýzy dat .....	32

3.5.2	Metodologické limity výzkumu .....	33
3.6	Podrobná charakteristika subjektu kazuistiky .....	33
3.6.1	Vstupní údaje.....	33
3.6.2	Osobní anamnéza .....	33
3.6.3	Sociální anamnéza.....	36
3.6.4	Rodinná anamnéza .....	37
3.6.5	Pracovní anamnéza.....	39
3.6.6	Zdravotní, psychiatrická a drogová anamnéza .....	40
3.6.7	Užívání návykových látek v souvislosti s pracovní zátěží, související obtíže, dostupnost návykových látek .....	44
3.6.8	Situace výchozího bodu.....	47
3.6.9	Další vývoj a současný stav.....	48
3.6.10	Shrnutí .....	49
4	DISKUZE A ZÁVĚR .....	51
	Seznam použité literatury .....	54
	Seznam příloh.....	57
	Seznam zkratk .....	58



# ÚVOD

Problematika zneužívání návykových látek u zdravotníků je téma velmi citlivé a v našich podmínkách dlouhodobě opomíjené, svým způsobem podceňované a z řady důvodů buď málo, nebo příliš „tíše“ diskutované. Faktory podílející se na etiologii závislosti u zdravotnických pracovníků, za všechny například extrémní pracovní a emoční zátěž, práce ve směnném provozu, stres, kontakt s lidským utrpením a se smrtí v prostředí relativně snadné dostupnosti návykových látek jsou nepřehlédnutelné a alarmující nejen svou četností, ale i intenzitou. Tomuto stavu však organizační a systémové kroky směřující k řešení problému v našich podmínkách dosud neodpovídají v potřebné míře. Zdravotník je pacient velmi specifický, vyžadující zvláštní přístup a jeho situace je komplikována v mnoha ohledech, kdy vedle řady dalších faktorů hraje velice významnou roli i bohužel stále přetrvávající stigmatizující přístup okolí.

Náročnost práce zdravotníků, zejména těch, kteří pracují v urgentních oborech, výrazně překračuje podmínky běžného zaměstnání. Práce zdravotnického záchranáře dává jako každá jiná pomáhající profese specifický druh radosti a uspokojení; je však často velmi obtížná po stránce fyzické i duševní – během jedné služby může být záchranář i vícekrát konfrontován s událostmi, se kterými se běžný člověk v životě nesetká nikdy. Záchranáři často prožívají profesně náročné, nadlimitní situace – jejich práce má u nich proto zcela samozřejmě intenzivní psychosomatickou odezvu. Traumatické události na ně mohou mít v řadě případů stejný vliv, jako na osoby událostí přímo postižené. Mělo by se jim tedy dostávat po této stránce dostatečné odborné opory a péče – v rámci možností v pravém čase a míře tak, aby proces zvládnání stresu mohl proběhnout cestou vhodné, pozitivní a konstruktivní strategie.

Kazuistická práce představuje Davida J., povoláním zdravotnického záchranáře působícího v oboru přednemocniční urgentní péče. S příběhem Davida jako klienta jsem se setkala v rámci studia oboru adiktologie v době prázdninové praxe v adiktologické ambulanci. Tento případ mě z pohledu adiktologie zaujal v několika rovínách a zajímavé souvislosti v něm spatřuji též z pohledu práce v oboru urgentní péče. V příběhu je mimo jiné patrný mezi zdravotníky významný rizikový faktor, tzv. model automedikace a zároveň s ním i pro zdravotníky typická snaha zvládnout problém samostatně, bez odborné pomoci.

Příběh klienta z adiktologického pohledu dosud není uzavřen, problém s užíváním návykových látek dosud není vyřešen, v době zpracování této případové práce se klient nachází stále v procesu léčby. O to více věřím, že nejen pro mne bude obsah práce důvodem k zamyšlení nad lidsky i profesně nesmírně citlivým problémem.

Téma diplomové práce jsem vybrala na základě své praxe a zkušeností u zdravotnické záchranné služby a ráda bych touto cestou přispěla k dosud v obecném měřítku nepřiliš širokým a především nepřiliš hlasitým veřejným diskusím na téma záchranářství a užívání návykových látek. Hranici mezi odmítnutím a hlubokým pochopením některých rovin této kombinace v kontextu morálních hodnot lze při bližším vhledu do problematiky spatřit jako překvapivě úzkou.

# **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA A ÚVOD DO PROBLEMATIKY

V literatuře jsou mezi nejrizikovějšími zdravotnickými profesemi z hlediska závislosti kromě psychiatrie uváděny na předních místech akutní obory a pracoviště intenzivní péče (Nešpor, Csémy, 2001). Zdravotnické profese vyžadují téměř stále mnohem více, než odborné znalosti a dovednosti; vyžadují nasazení značné části osobnosti a hlubokou empatii. Práce na záchranné službě je charakteristická vysokou zodpovědností a minimální autonomií pracovního procesu. Nároky na zaměstnance jsou vysoké po stránce odbornosti, komunikačních a rozhodovacích schopností i schopnosti zvládat vysoké riziko vlastního ohrožení (Konopásek, Šeblová, 1998).

Existují postupy, jimiž lze modulovat působení zátěže a které mohou dlouhodobému psychosociálnímu tlaku ulevit a zmírnit jeho biologické následky. Tyto postupy je možno rozdělit na neúčelné (byť s přechodnou úlevou) – tzn. legální nebo jiné drogy, u zdravotníků typické samoléčení, anxiolyticky působící jídlo, jednou z forem je i stažení do izolace nebo naopak vyhledávání kontaktů a agresivita. Druhou skupinou jsou postupy účelné – konstruktivní řešení interpersonálních problémů, dobré sociální zázemí a kontakty, relaxace, fyzická aktivita atd. (Honzák, Kurzová, 2003).

Nejfrekventovanější návykovou látkou u zdravotníků, stejně jako v obecné populaci, je alkohol a tabák. Tyto dvě drogy znamenají největší zdravotní riziko pro samotné zdravotníky, avšak alkohol představuje zároveň velmi vysoké bezpečnostní riziko směrem k pacientům (tabák lze v této souvislosti posuzovat spíše v ohledu morálním a estetickém nežli bezpečnostním).

Jak uvádí Šeblová (2005), chronické působení stresu spojeného se zaměstnáním může vést mimo jiné k syndromu vyhoření. Tento pojem se poprvé objevil v roce 1974 v práci H. Freudembergera v časopise „Journal of Social Issues“. Podle současně platné Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10) je zařazen pod kódem Z 73.0 do kategorie „Problémy související s pracovními obtížemi“. Syndrom vyhoření je následkem chronického psychosociálního stresu spojeného s prací, tedy konkrétně se sociálním prostředím v práci, organizačními aspekty a jednotlivými úkoly a úkony. Může být posuzován v kontextu konfliktu rolí, nároků vyplývajících ze samotné práce, organizačních problémů, může souviset s nejasnou, ev. příliš jasnou profesní perspektivou (včetně tzv. „efektu skleněného stropu“), ale i s fyzickými aspekty práce a pracovního prostředí - hluk, prach, teplota, bezpečnost, atd.

(Kebza, Šolcová, 2003; Kebza, 2005). Akutní stres k syndromu vyhoření nevede; syndrom vyhoření je reakcí na stres chronický, spojený s pracovní zátěží a jako takový je charakterizován fyzickými, emočními a obrannými mechanismy (Casado et al., 2006).

## **1.1 Zdravotnické profese a návyková rizika**

Zdravotnický pracovník provádí odbornou, fyzicky i psychicky náročnou práci. Práce ve zdravotnictví znamená stálý kontakt s bolestí, utrpením a emocemi pacientů i kolegů – strachem, úzkostí, agresí, kontakt s tabuizovanými oblastmi lidského života (soukromí, intimita, umírání, smrt) atd.

Důsledky nadměrného stresu a návykového chování se prolínají. Nadměrný a příliš dlouho trvající stres zvyšuje riziko vzniku závislosti na alkoholu a jiných návykových látkách a naopak návykový problém zvyšuje míru stresu v důsledku hromadících se problémů v různých oblastech života. Na tomto místě je třeba zdůraznit, že riziková není pouze závislost, ale i škodlivé užívání návykových látek. Dokonce i prostá intoxikace, aniž by docházelo ke škodlivému užívání, může mít pro zdravotníka a jeho pacienta závažné důsledky (Nešpor, 2001).

Jako vysoce rizikové faktory zde působí všeobecný sklon zdravotníků k samoléčení – automedikaci při současně nepříliš komplikovaném přístupu k návykovým látkám.

## **1.2 Profese záchranáře – typická osobnostní charakteristika**

Profese záchranáře (nejenom zdravotnického) výrazně převyšuje rámec „normálního“ povolání. Schopnost zvládat velkou psychickou zátěž patří k nutné osobnostní výbavě každého záchranáře. Tato vlastnost předurčuje k tomu, aby zdolávali náročné situace ohrožení lidského života, byli schopni pracovat v improvizovaných podmínkách, ovládali své emoce, byli svědky životních tragédií a spolurozhodovali o přežití či nepřežití pacientů (Andrštová, 2012).

Naproti tomu se setkávají zároveň s výjezdy k pacientům, kteří se v akutním ani život ohrožujícím stavu nenachází, jejich potíže jsou chronického charakteru a z hlediska zásahu ZZS se nejedná o více než prostý transport do zdravotnického zařízení. Vzácností nejsou ani zásahy, kdy se zjevně jedná o nezastírané zneužití služeb ZZS a marné výjezdy, což jsou situace, vnímané záchranáři též jako relativně velmi stresující.

Například Králová a Plevová (2006) popisují profil zdravotnických pracovníků takto:

- soubor profesně odborných předpokladů, které je možno převážně objektivně doložit (ve vazbě na konkrétní profesi doklady o absolvovaném vzdělání včetně specializačního, doklady o absolvované praxi, stážích, osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu apod.)
- soubor vlastností charakterizovaných způsobem chování, které mají vysoký podíl emoční složky (empatie, sociální inteligence, ohleduplnost, starostlivost, trpělivost, ochota, milý přístup, laskavost, aj.)
- soubor výkonových kompetencí (výkon, pracovitost, rychlost, rozhodnost, zručnost, pružnost, spolehlivost, postup dle standardů, rychlá orientace v terénu, přizpůsobivost, kreativita, schopnost práce ve stresu, pod tlakem aj.)
- týmová spolupráce (schopnost pracovat v týmu, snášenlivost aj.)

Typické rysy pracovníků v urgentních zdravotnických oborech jsou v rámci provedených odborných studií specifikovány takto:

- vysoká odolnost vůči zátěži
  - orientace na činnost
  - schopnost vnímat detail
  - potřeba okamžitého ocenění a stimulace
  - akceptování vysokého rizika
  - potíže s odmítnutím požadavků druhých
  - vnitřní nastavení, motivace
- (volně dle Šeblové a kol., 2009)

Práce zdravotnického záchranáře patří nepochybně k profesím s vysokým psychickým i fyzickým zatížením. Nesmírně důležité jsou tedy i vnitřní, ochranné zdroje zdravotníka a

především, aby sám zdravotník si jejich existenci a význam nejen uvědomoval, ale i v rámci sebepečce prakticky použil. Jedná se zejména o umění relaxovat, vnímat osobní klid a pohodu, umění prosadit sebe a svůj zájem ve správnou chvíli, vytvářet a pečovat o kvalitní sociální zázemí, ve svém soukromém životě mít dostatek skutečné lásky, radosti, porozumění a tolerance. Důležité je pozitivní nastavení vztahů v pracovním kolektivu – v opačném případě vzniká a narůstají významné stresory.

### **1.3 Expozice náročným situacím a stresu**

Jak bylo výše uvedeno, dominantním faktorem záchranného povolání je stres, který záchranáře provází téměř stále. Nedostatek času, nemožnost jakkoliv plánovat, stísněné prostory, agresivní pacienti – záchranáři jsou neustále konfrontováni náročnými situacemi. K těm nejhůře vnímaným patří KPCR (zejména nezdařená) a úrazy dětí, kontakt s agresivním pacientem, situace ohrožení vlastního života (např. nehoda sanitního vozu), hromadná neštěstí či obzvláště dramatické dopravní nehody, ošetřování vlastních příbuzných a známých, výjezd k těžkým popáleninám (Andršová, 2012).

Pořadí nebo stupeň náročnosti konkrétních situací nelze přesně určit – citlivost vnímání k danému stresoru je vysoce individuální. Situace vnímaná jedním záchranářem jako víceméně standardní může být pro jiného silně stresující, nadlimitní.

Vysoká expozice dlouhodobě působícím stresorům, vyplývajícím z charakteru práce, zejména v časové tísní v život ohrožujících situacích a nezbytná práce na směny přispívá sama o sobě k celkovému vyčerpání a k rozvoji příznaků poruch psychického a fyzického zdraví. Práce ve směnách hluboce narušuje biorytmus, negativně ovlivňuje pracovní výkon, spánkový vzorec ale i sociální a rodinný život.

Zdravotničtí záchranáři, zejména v některých regoínech, trpí spolu s výše uvedeným i přetížením ve smyslu množství práce odvedené za směnu. Přetížením se rozumí situace, kdy množství práce, kterou má daný člověk vykonat, převyšuje jeho možnosti v daném čase, resp. kdy je záchranář nucen pracovat ve vysokém pracovním tempu, bez přestávky na odpočinek, jídlo, atd. I navenek špičková pracoviště, poskytující nejlepší péči a vykazující statisticky špičkové výsledky mají svou odvrácenou tvář. Tam lze - máme-li možnost nahlédnout –

spatřit celou řadu naléhavých a zároveň chronicky hrubě zanedbávaných potřeb právě těch, kteří doslova ze všech sil pečují o potřeby druhých. Kontrast vnitřní reality s pečlivě upravenou vnější image, ozdobenou obdivuhodnými výsledky v péči o zdraví občanů pak vyniká o to více.

Například japonské zákony uznávají pracovní přetížení jako důvod k přiznání odškodného, jako je tomu u nás např. u nemocí z povolání. Existuje dokonce japonský termín „karoši“ pro úmrtí z důvodu pracovního přetížení (Humpl, 2013).

## 1.4 Stres a jeho projevy

Stresová situace je rušivá okolnost působící v období realizace cílové činnosti na psychiku jedince tak, že narušuje její optimální fungování (Mikšík, Břicháček, 1981).

Obvykle se stresem rozumí vnitřní stav člověka, který je buď přímo něčím ohrožován, nebo takové ohrožení očekává a přitom se domnívá, že jeho obrana proti nepříznivým vlivům není dostatečně silná (Křivohlavý, 1994).

Stres je fyziologický proces zprostředkovaný automatickou reakcí organismu na stresory a probíhá na úrovni hypotalamus => hypofýza => nadledvinky. Tento proces má za úkol připravit organismus na útěk nebo na zaútočení, popř. připravit organismus na přežití v krajně vypjatých situacích (Honzák, 2008).

### 1.4.1 Stres akutní a chronický

Stres z hlediska jeho působení v čase rozlišujeme do dvou skupin.

**Akutní reakce** na stres je definována jako „přechodná porucha významné závažnosti, která vzniká jako odpověď na výjimečný duševní nebo fyzický stres, s typickým zúžením vědomí a pozornosti a desorientací v počátku, následuje stažení až stupor nebo agitace a hyperaktivita, následně bývá přítomna amnézie (Šeblová, 2000). Organismus odpovídá vystupňovanou reakcí, a pokud se jedná o reakci extrémně silnou/patologickou, je považována za psychickou poruchu vyžadující krátkodobou hospitalizaci (F 43.0).



Na **chronické působení stresu** se organismus adaptuje lépe, z dlouhodobého hlediska však může vést v profesním životě k syndromu vyhoření a zároveň spustit více či méně intenzivní psychosomatickou odezvu. Konkrétní zdravotní postižení je ovlivněno mnoha dalšími individuálními faktory od genetické výbavy přes životní styl, osobnost daného jedince, aktuální stav jeho imunitního systému až po sociální interakce a společenské faktory (Kebza, 2005).

Nejnáročnější formou stresu je pro organismus **stres intermitentní**. Svým charakterem je stresem chronickým, zátěž se vyskytuje střídavě a v nepravidelných intervalech. Následkem toho se fyziologické mobilizační mechanismy vychylují z rovnováhy, aniž by měl organismus dostatečný časový prostor pro adaptaci na zátěž. Tento typ stresu má v životě současných lidí velmi často přímý vztah k psychosomatickým chorobám.

Syndrom vyhoření (burnout) vzniká v důsledku dlouhotrvajícího profesního stresu a je ve zdravotnictví relativně častý. Zprvu se dostávají pocity neuspokojení z práce, následují drobné zdravotní potíže, např. častá nachlazení nebo potíže s pohybovým systémem. Postupně klesá pracovní nasazení a výkonnost. Tomu odpovídá i pokles sebedůvěry a energie. V bludném kruhu se pak zhoršuje symptomatologie a zdravotník přestává být schopen práci vykonávat. Syndromu vyhoření lze za určitých podmínek účinně předcházet a lze ho i léčit.

## 1.4.2 Posttraumatická stresová porucha

Posttraumatická stresová porucha (PTSD – posttraumatic stress disorder) – je odložená a/nebo protražovaná odezva na stresovou událost nebo situaci neobvykle hrozivého nebo katastrofického rázu (Šeblová, 2000).

Stav je řazen do psychiatrické kategorie (MKN-10 F 43.1). Onemocnění se vyznačuje určitou latencí, zpožděnou reakcí na působení stresoru, probíhá po delším časovém odstupu. Rozvíjí se po emočně náročné události, která svým charakterem a intenzitou převyšuje obvyklé lidské zkušenosti. V následujícím čase pak velmi negativně ovlivňuje prožívání, schopnost soustředění, adaptaci, významně snižuje celkovou kvalitu osobního i pracovního života a snižuje frustrační toleranci. V počátcích může být tato porucha chybně pokládána za přirozenou, krátkodobou reakci na traumatickou událost.

Hlavní projevy posttraumatické stresové poruchy:

- pocity otupělosti, pasivity, odcizení, lhostejnost, neschopnost prožívat pozitivní emoce
- opakované znovuprožívání traumatické události ve snech a vzpomínkách (flashbacky)
- silná úzkost v situacích, které událost připomínají
- popírání a vyhýbání se místům a osobám, majícím s událostí spojitost

## **1.5 Zátěž zdravotnických pracovníků – specifika**

Zdravotničtí pracovníci se denně setkávají s více či méně intenzivní zátěží, která se však od charakteru pracovní zátěže jiných profesí odlišuje.

Přehled rizikových faktorů práce ve zdravotnictví (Nešpor, Csémy 2001):

- kontakt s tabuizovanými oblastmi lidské existence
- převážně emočně negativní stavy pacientů (deprese, vyčerpání, hněv, aj.)
- velká odpovědnost pracovníků
- konflikt rolí (např. lékařská versus ekonomická versus rodinná apod.)
- ostrý životní styl (kam můžeme zařadit mj. neoptimální životosprávu)
- směnný provoz, práce v noci
- nároky na flexibilitu, čas, vzdělání
- nutnost rozhodovat se při málo informacích
- interpersonální vztahy
- hluk a fyzikální faktory

## **1.6 Zvládací mechanismy a formy psychické adaptace v zátěžových situacích**

Svépomoc a vzájemná pomoc – ve většině životních situací si jedinec dokáže poradit sám, prostřednictvím svých zvládacích strategií, vrozených, i těch získaných a naučených. Ukáží-li se jako aktuálně nedostatečné, bývají po ruce blízké osoby, partneři, příbuzní,

přátelé, sousedé, kolegové... Mají své důležité místo, jsou vlastně nejpřirozenější podporou. Ta pak probíhá na laické úrovni. Krize a její zvládnání se tak stává prověrkou nejen vlastních adaptačních mechanismů, ale i zvládacích schopností blízkého sociálního okolí (Baštecká a kol., 2005).

Jedinec disponuje zčásti vrozenými a zčásti naučenými obrannými mechanismy, zodpovědnými za určitý způsob reakce na náročnou – stresovou situaci. Za všechny jmenujme například útok, útek, potlačení, regresi, vytěsnění, projekci, introjekci apod.

Velmi důležitými nástroji jsou vyrovnávací, neboli copingové strategie, sloužící ke zvládnutí náročné situace. Ve srovnání s výše uvedenými obrannými mechanismy respektují reálné aspekty situace. U různých jedinců se tyto strategie liší.

Jako efektivní zvládací strategie uvádí Baštecká a kol. (2005) tyto:

- aktivní přístup ke skutečnostem a aktivní hledání pomoci
- ventilování emocí (pozitivních i negativních)
- rozdělení problému na části a jejich postupné řešení
- pružnost, ochota přizpůsobit se změnám a měnit sebe sama
- dostatečná sebedůvěra a důvěra v jiné lidi
- naděje, že je možno krizi překonat

Copingové mechanismy se v čase krize mají tendenci zmnožovat, ale pokud není řešena příčina, pomáhají stále méně. U hodně solných podnětů, které jdou rovnou „dolů“ = traumatizující situace – nemáme k dispozici žádnou schopnost vyrovnání se s nimi (Špatenková a kol., 2004).

Mezi kontraproduktivní mechanismy reakce na stres patří dva extrémní přístupy. Snaha o nadměrnou kontrolu událostí a jevů nebo naopak rezignace na možnosti ovlivňovat svůj vlastní život. K dalším negativním reakcím pak patří právě abúzus psychoaktivních látek; zde s velmi vysokým potenciálem pro vznik závislosti - alkohol, sedativa a hypnotika, užívaná typicky k ovlivnění spánku mezi nepravidelnými denními a nočními směnami při hluboce narušeném biorytmu.

Mezi neefektivní (neúčinné) zvládací strategie řadíme zejména:

- izolace
- alkohol, návykové látky
- přejídání
- přepínání se cvičením
- pasivita
- stereotypní reakce na problémy

V knize doc. Kamila Kaliny *„Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii“* v této souvislosti nepochybně stojí za pozornost kapitoly o syndromu pomáhajícího, o psychoterapeutickém výcviku, syndromu vyhoření, možnostech supervize a dobré péči o sebe jako jednoho z nejdůležitějších předpokladů schopnosti kvalitní péče o druhé.

Dle Bartůňkové (2010) se jedinci ve vztahu ke stresu dělí na „vyhýbače“ (osoby záměrně se stresu stranící) a „konfrontéry“ (osoby záměrně stresové situace vyhledávající). Konfrontéry nacházíme typicky právě v řadách záchranářů, hasičů, policistů, vojáků, vyznavačů adrenalinových sportů apod.

## **1.7 Zdravotník jako specifický pacient, specifika léčby zdravotníků, překážky ve vyhledávání pomoci, problematika stigmatizace**

Zdravotníci obecně, a záchranáři zvláště, mají při přiznání vlastních emocí v souvislosti s prací pocit profesního selhání, a proto se vyhýbají odborné pomoci. Obávají se profesní stigmatizace, stydí se o pomoc sami požádat. Tomuto vyhýbání se odborné pomoci ještě nahrává v anglosaské literatuře popisovaný „syndrom Johna Waynea“, tedy obecná představa o pracovnících těchto profesí jako o nezranitelných, stále akceschopných osobách bez emocí, vybavených „železnými nervy“ a stále připravených řešit kritické situace. Neuvědomovaná snaha zbavit se napětí může vést právě ke kontraproduktivním technikám zvládnání stresu, k uvolnění užíváním psychoaktivních látek nebo k verbalizaci zážitků na nevhodných místech, před nevhodnými osobami a ne zcela vhodným způsobem (Šeblová, 2005).

V České republice je bohužel stále problémem stigmatizace lidí navštěvujících psychologa či jinou odbornou pomoc a podporu. Stále je v prostředí ZZS značně rozšířen názor, že kdo pracovní zátěž nezvládá, nemá v řadách záchranné služby co dělat a měl by změnit nejen pracovní místo, ale i obor. Ve skutečnosti je v případě psychického ohrožení na místě nikoliv změna zaměstnání, ale náležitá pomoc. Pokud záchranář vnímá situaci jako extrémní zátěž a žádá pomoc, svědčí jeho přístup o sebereflexi, objektivním pohledu na situaci i sebe, prozíravosti a současně i značné osobní statečnosti – nikoliv tedy o slabosti, neschopnosti a nesplňování základních předpokladů pro výkon své profese.

Lze tedy říci, že překážkou pro vyhledání pomoci jsou některé typické rysy samotného záchranáře, například vysoký požadavek na vlastní výkon, silně vyvinutý smysl pro povinnost, bojovnost a houževnatost, sklon k nerespektování vlastních pocitů a potřeb. Zároveň zde hrají významnou roli též již zmíněné obavy ze stigmatizace - strach z reakce kolegů a nadřízených, z odsouzení, nepochopení a hodnocení situace jako profesního „selhání“ a projevu slabosti. Právě takovou situaci lze v kontextu užívání návykových látek vnímat jako vysoce rizikovou. Pro zdravotníky všeobecně existuje typický sklon k automedikaci a cesta samoléčení užíváním různých návykových látek se pak může snadno jevit jako „ideální“ - rychlá a účinná, zároveň diskrétní a zdánlivě společensky i pracovně bezpečná. V kombinaci s podmínkami snadné dostupnosti návykových látek je zde riziko o to vyšší.

Nejfrekventovanějšími návykovými látkami jsou mezi zdravotníky alkohol, nikotin a běžně předepisované léky – zejména analgetika, anxiolytika a antidepressiva. Pokud samoléčba navzdory veškerému úsilí o kontrolu přeroste v závislost, je většina zdravotníků schopna se vyrovnat se závislostí sama, nebo s pomocí rodiny, přátel nebo jiných blízkých osob. Odbornou pomoc ve většině případů nevyhledávají a problém s návykovou látkou ve většině případů zvládnou sami. Z toho mimo jiné vyplývá, že celoživotní prevalence závislostí u zdravotníků je mnohem vyšší než publikované odhady.

V této souvislosti je důležité uvést, že dg. F1x.2 "Závislost na psychoaktivní látce" je (podle Vyhlášky č. 271/2012 Sb. - vyhláška o zdravotní způsobilosti zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka, resp. podle Přílohy 1 k této vyhlášce - viz níže) absolutní kontraindikací pro práci ve zdravotnictví a zdravotníkům s touto dg. v takovém případě hrozí ztráta zaměstnání (pokud dva roky prokazatelně neabstínují).

Ve vyhlášce č. 271/2012 Sb., Příloha 1 (Seznam nemocí, stavů nebo vad, které vylučují nebo omezují zdravotní způsobilost k výkonu povolání) je uvedeno:

*B. Nemoci, stavy nebo vady, které omezují zdravotní způsobilost posuzované osoby k výkonu povolání a u kterých předpokladem uznání zdravotní způsobilosti k výkonu povolání s omezením je provedení odborného vyšetření*

*f) poruchy osobnosti nebo poruchy chování vyvolané účinkem alkoholu, psychoaktivních látek, léčiv nebo jejich kombinací, především závislost na alkoholu nebo psychoaktivních látkách anebo léčivech nebo jejich kombinacích; za zdravotně způsobilého s omezením lze uznat posuzovanou osobu, pokud délka abstinčního období trvá nepřetržitě nejméně 2 roky; délka abstinčního období se potvrdí čestným prohlášením posuzované osoby a potvrzením lékaře provádějícího protialkoholní léčbu.*

Vybrané související rizikové faktory u zdravotníků:

- malá připravenost uspokojovat vlastní psychické potřeby
- sklon k samoléčení
- velká dostupnost návykových látek\*
- směnný provoz a noční práce, často i spánková deprivace
- stres, vyčerpání
- syndrom vyhoření

*\*(jak pro ilustraci uvádí Nešpor (2001), dle Brookeho et al. (1991) z 83 lékařů, kteří nevhodně užívali návykové látky, si je pouze 4 z nich někdy v životě opatřovali na černém trhu)*

Vybraná specifika léčby zdravotníků (volně dle Nešpora, 2001)

- je třeba počítat s popíráním problému
- možnost využít jako silnou motivaci snahu zdravotníka udržet si dosavadní kvalifikované zaměstnání
- důraz na abstinenci (bezpečnost pacienta je prioritní)
- větší důraz na získávání relevantních dovedností než na předávání informací
- značný důraz na systematické a dlouhodobé doléčování a monitorování abstinence
- kvalitní plán na zvládnutí recidivy
- v mezích možností omezení přístupu k lékům, resp. návykovým látkám

Časná intervence je pomoc poskytovaná v počáteční fázi návykových problémů. Postupy pro práci se zdravotníkem se do značné míry shodují s postupy obecnými, přestože zde existují specifika. Je třeba se především vyhnout jakýmkoliv náznakům stigmatizujícího přístupu a zdravotníka, ohroženého návykovým problémem bezodkladně směřovat do odborné péče. Velice důležité je korektní a diskrétní jednání, pro zdravotníka se jedná vždy o velmi citlivý problém, v rámci kterého je z pochopitelných důvodů vnímána celá škála profesních i lidských rizik.

## **1.8 Prevence, diagnostika, včasná intervence a léčba**

Preventivní programy psychologického charakteru, zaměřené na zaměstnance záchranných služeb vychází ze všeobecného pojetí primární prevence ve zdravotnictví. Jak píše Nešpor a Csémy (2001), prosté informace zpravidla nestačí – účinnější je získávání dovedností potřebných pro život (sociální dovednosti, dovednosti týkající se rozhodování, organizace času, zvládání stresu atd.). Jako výčet některých strategií primární prevence problémů působených návykovými látkami a nadměrným stresem u zdravotnických pracovníků, které mohou tyto pracovníci sami používat, uvádí tyto autoři například:

- vytváření a udržování kvalitních mezilidských vztahů
- nekomplikovaný přístup k informacím, v tomto ohledu podstatným
- zvládání potřebných pracovních dovedností (zdroj sebedůvěry, jistoty a pocitu kompetence)
- dobrá komunikace
- znalost a zvládání relaxačních technik
- pozitivní vnímání sebe sama
- zřetelná hranice mezi pracovním a soukromým životem
- informovanost o tom, kde hledat odbornou pomoc
- zájmy a záliby
- individuální strategie

Na straně zaměstnavatele leží v rámci prevence nadměrného stresu u zaměstnanců velká část odpovědnosti. Prozíravý zaměstnavatel nadměrnému stresu a návykovým

problémům předchází, protože si uvědomuje, že je to jak v jeho vlastním zájmu, tak i v zájmu ošetřovaných pacientů (Nešpor, Csémy, 2001).

Právě v organizacích jako je záchranná služba je nutné v rámci systému péče o zaměstnance nejen nepřímo podporovat, ale aktivně nabízet a přímo poskytovat potřebnou škálu preventivních opatření. Kromě nepsychologických faktorů (atmosféra v organizaci, pracovní podmínky), je třeba zajistit svým zaměstnancům kvalitní psychologickou prevenci a v případě potřeby i odbornou intervenci spolu s další navazující psychologickou/terapeutickou péčí. Po prožití kritických událostí, jakými jsou například traumatická smrt dítěte, vážné dopravní nehody, zranění během výkonu služby, smrt nebo sebevražda kolegy by tento druh péče a podpory měl být povinností a samozřejmostí. V řadě zahraničních záchranných služeb lze po náročném zásahu – například s resuscitací (zejména dítěte) využít možnost nejen okamžité psychologické pomoci, ale zároveň i ukončit službu a po vystřídání kolegy z pohotovosti odejít domů. V odůvodněných případech je zaměstnavatelem poskytnuto až několikadenní pracovní volno.

### **1.8.1 Psychosociální služby, peer systém a péče o psychické potřeby zdravotníků**

Od roku 2004 jsou v rámci zdravotnických záchranných služeb realizovány psychologické programy, zaměřené na psychosociální podporu zaměstnanců ZZS.

Systém psychosociální intervenční služby (SPIS) poskytuje podporu zdravotníkům, zejména zaměstnaným v oborech urgentní a přednemocniční neodkladné péče. Projektu se již několik let účastní většina záchranných služeb v ČR, služby jsou nicméně poskytovány všem zájemcům z řad zdravotnických pracovníků bez rozdílu oboru a zaměstnavatele. Služby SPIS mají především preventivní zaměření.

SPIS informuje, edukuje, napomáhá vytvoření odolnosti proti psychické zátěži, vede k pochopení a přijetí reakce na náročnou situaci, přispívá k normalizaci stresové reakce, seznamuje s vhodnými způsoby adaptace na stres a psychickou zátěž. Přináší ale také setkání a sdílení, což umožňuje rychlejší zpracování a uzavření nadlimitní situace, kterou zdravotník prošel. Využít systému mohou i sami krizoví intervenenti, poskytující první psychickou pomoc (Humpl, Prokop, Tobiášová, 2013).



Co program SPIS nabízí:

- Pomáhá obnovit duševní rovnováhu po prožití nadlimitní profesní situace.
- Vede k pochopení reakce na nadlimitní událost.
- Podporuje hledání vlastních zdrojů zvládnání psychické zátěže.
- Slouží jako prevence vzniku a rozvoje:
  - syndromu profesního vyhoření
  - závislosti na psychotropních látkách
  - posttraumatické stresové poruchy
  - psychosomatických onemocnění
- Snižuje riziko profesního selhání.

*Převzato z letáku SPIS – viz Příloha č. 8*

Systém psychosociální intervenční služby je postaven především na tzv. peer podpoře. Základní linií tedy tvoří vyškolení kolegové – zdravotníci (většinou zaměstnanci záchranných služeb a urgentních oborů v nemocnicích) se znalostí problematiky zasaženého, kteří mají navíc dovednost nejen naslouchat, ale také poskytnout první psychickou pomoc a edukovat. Peer prošel školením, aby dokázal podporovat zdravotníky při vyrovnávání se s následky prožitých, nejčastěji profesně náročných situací. Jeho přínos tkví v tom, že zná problematiku profese, sám zažívá podobné situace jako kolegové. Může tudíž nejlépe pochopit problémy zdravotníků. Peer je diskrétní, zachovává mlčenlivost, sdílí a podporuje. Naopak nekritizuje, nehodnotí a nevnučuje. Ze setkání se nevedou žádné záznamy o identitě uživatele, služba zůstává anonymní. V týmech spolupracují také odborníci na duševní zdraví – kliničtí psychologové se znalostí metod, jak s nadlimitní zátěží zacházet (Humpl, Prokop, Tobiášová, 2013).

Péče o vlastní duševní zdraví a pohodu je jistě každého osobní zájem a zodpovědnost – zaměstnanci záchranné služby by nepochybně měli sami objektivně vyhodnotit situaci a zaměřit pozornost na osobní preventivní strategie. Zajímat se a znát pozitivní techniky zvládnání stresu, od cvičení a relaxace přes správnou výživu, odpočinek a spánek k prostoru pro osobní záliby, kontakty s přáteli (nejlépe mimo obor) atd. Měli by znát zásady duševní hygieny a snažit se pečlivě oddělovat osobní a profesionální život, což někdy může velmi komplikovat partnerský vztah taktéž se záchranářem/záchranářkou.

## 1.9 Studie zaměřené na výzkum zátěže a stresu v prostředí ZZS

Problematikou psychické zátěže a syndromu vyhoření u lékařů urgentní medicíny a personálu záchranných služeb (lékaři, sestry, paramedici/zdravotníci/záchranáři) se v minulosti zabývala řada zahraničních studií. V rámci studií realizovaných v posledních letech v ČR jsou k dispozici například výsledky rozsáhlého reprezentativního výzkumu míry syndromu vyhoření u českých lékařů, který realizovala Česká lékařská komora v roce 2011. Nejvyšší míru vyhoření i depresivity vykazovali pracovníci v nelékařských oborech, u lékařů dominovala kognitivní komponenta vyhoření (Ptáček, 2011; Kebza, 2012 in Šeblová, 2005).

V roce 1998 byla provedena v ČR studie v prostředí zdravotnických záchranných služeb s názvem „*Jak vidíme sami sebe*“. Mimo jiné zjišťovala příčiny a míru nespokojenosti v souvislosti se zaměstnáním a míru výskytu syndromu vyhoření. Pro účely výzkumu byla použita původní verze Maslach Burnout Inventory z roku 1986. V projevech syndromu vyhoření překročil celý soubor kritické hodnoty ve všech ukazatelích - emoční exhausce, depersonalizace a pocit profesního naplnění (Konopásek, Šeblová, 1998).

Ve spolupráci s Centrem zdraví a životních podmínek Státního zdravotního ústavu v Praze byla v roce 2002 realizována studie s názvem „*Zátěž a stres pracovníků záchranné služby s potencionálním vyústěním v burnout syndrom – možnosti včasné diagnózy, terapie a prevence*“ (Šeblová, J., Kebza, V.).

V roce 2005 byla realizována studie MUDr. Šeblové, Ph.D. s názvem Syndrom vyhoření ve zdravotnictví. Výzkum byl zaměřen na syndrom vyhoření u pracovníků zdravotnických záchranných služeb, ze kterého mimo jiné vyplynulo, že v rámci vyšetřeného souboru respondentů hrozí riziko rozvoje syndromu vyhoření při delší době praxe na záchranné službě. Z profesních skupin byly nejohroženější skupinou dispečeri - pracovníci operačních středisek (Šeblová, 2005).

Problematika pracovní zátěže a stresu byla řešena i v rámci některých diplomových prací, za všechny například práce M. Miartušové s názvem „*Vztah mezi užíváním alkoholu, výskytem syndromu vyhoření a kvalitou života u nelékařských zdravotnických pracovníků*“ (diplomová práce, Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Klinika adiktologie, 2015) nebo bakalářská práce R. Chudé „*Riziko vzniku závislosti u zdravotnických pracovníků v důsledku nadměrného stresu* (diplomová práce, Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Klinika adiktologie). Předmětné problematice se důkladně a systematicky věnovala i

práce Petry Chmelenské s názvem „Problematika syndromu vyhoření u pracovníků Územního střediska záchranné služby moravskoslezského kraje“ (diplomová práce, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitárních studií, 2010).

## **2 ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA VYBRANÝCH NÁVYKOVÝCH LÁTEK**

### **2.1 Alkohol**

Alkohol je lidstvu znám od starověku, spolu s problémy spojenými s nadužíváním. Spolu s nikotinem patří mezi legální drogy. Psychotropní účinek je zprostředkován ovlivněním několika neurotransmitterových systémů – dopaminergního, noradrenergního, GABAergního a opioidního. Jedná se o látku se značnou orgánovou toxicitou, včetně neurotoxicity (Minařík, Kmoch, 2015).

Alkohol (etylalkohol, etanol), vzniká chemickým procesem kvašení ze sacharidů. Oxidace etanolu probíhá v játrech ve dvou stupních: v prvním stupni je etanol oxidován na acetaldehyd a ve druhém acetaldehyd na kyselinu octovou.

Způsobem aplikace alkoholu je požití per os. Alkohol dobře prochází biologickými membránami, rychle se vstřebává z trávicího traktu a prochází hematoencefalickou bariérou do mozku.

Účinek alkoholu se projeví velice rychle po požití. Příčinou je jeho rychlá absorpce v horní části trávicího traktu, především v žaludku. Maximální koncentrace alkoholu v krvi je možné prokázat asi za 30 až 90 minut po jeho požití. Degradace alkoholu probíhá zejména v játrech, ve kterých je oxidován alkoholdehydrogenázou na acetaldehyd, který je následně acetaldehyddehydrogenázou odbouráván na kyselinu octovou, CO<sub>2</sub> a vodu. Rychlost odbourávání v játrech je konstantní a nezávislá na dávce alkoholu, představuje asi 1 g alkoholu na 10 kg tělesné hmotnosti za hodinu u mužů, resp. 0,8 g u žen, což za běžných podmínek představuje pokles asi o 0,15 ‰ za hodinu. Etylalkohol se v mozku váže na receptory pro kyselinu gama-aminomáselnou (GABA), která je hlavní inhibiční neurotransmitter v CNS. Z toho tedy vyplývá hlavní účinek etylalkoholu při požití vysokých

dávek, tedy deprese CNS (předchází excitace, která jen vzácně chybí). Zvracení je způsobeno jednak metabolity alkoholu (acetaldehyd), jednak dráždivým účinkem na sliznici trávicího traktu. Při zvracení a současném útlumu je velké nebezpečí aspirace žaludečního obsahu. Vzácně může dojít vlivem inhibice glukoneogeneze k hypoglykemii, ke které jsou náchylní především podvyživení chroničtí alkoholici. Periferní vazodilatace je příčinou náchylnosti opilých osob k hypotermii (časté omrzliny opilých osob v zimě) a hypotenzi.

Stadia intoxikace:

1. Lehká opilost – *excitační stadium* (alkoholemie do 1,5‰) *excitace, euforie, vzestup sebevědomí a snížení zábran, zhoršené soustředění, mnohmluvnost*
2. Opilost středního stupně – *hypnotické stadium* (alkoholemie nad 1,5‰) *porucha rovnováhy a koordinace pohybů, ztráta zábran, agresivní chování*
3. Těžká opilost – *narkotické stadium* (alkoholemie nad 2‰) *může dojít až k těžkým poruchám vědomí, u chronických alkoholiků však bývá vědomí zachováno; nebezpečí aspirace zvratků*
4. Těžká intoxikace provázená bezvědomím a útlumem dechového centra, hrozba zástavy životních funkcí – *asfyktické stadium* (alkoholemie nad 3‰) **hluboké poruchy vědomí až kóma, křeče, hypotermie. Životu nebezpečný stav vzhledem k útlumu dechového centra a možnosti oběhového selhání**

Mezi krátkodobé nežádoucí účinky patří zejména poruchy rovnováhy a svalového napětí, zpomalení reakčního času, nevolnost, zvracení, poruchy chování s agresivitou, snížená sebekritičnost atd. Při těžších intoxikacích kvantitativní porucha vědomí až smrt (Minařík, Kmoch, 2015).

Dlouhodobé nežádoucí účinky jsou především poruchy trávení a funkce jater (rozvoj cirhózy a portální hypertenze s následnou tvorbou jícnových varixů), karcinom jater, jícnu, žaludku, tenkého střeva a rekta. Funkční a orgánové poškození oběhového systému – arteriální hypertenze, kardiomyopatie. Časté jsou poruchy krve tvorby, anémie a poruchy hemokoagulace. Dále se v souvislosti s dlouhodobým užíváním alkoholu vyskytují poruchy spánku, úzkostně-depresivní stavy a psychotická porucha jako následek poškození mozku.

Hlavním účinkem etylalkoholu je ovlivnění CNS – nejprve dochází k excitaci, později k útlumu. Může se rozvinout hypotermie, hypoglykemie. Při intoxikaci etylalkoholem je také zvýšené nebezpečí úrazu. Lehká podnapilost se projeví excitací. Intoxikovaný je hovorný, stoupá mu sebevědomí a snadněji překonává společenské zábrany. Typické je zhoršení soustředění, prodloužený reakční čas (autonehody), alkoholový zápach z úst a zarudnutí v obličeji. Při středně těžké podnapilosti může dojít až k projevům agresivity, typická je ataxie, vrávorání a pády. Při těžké podnapilosti je řeč setřelá, dysartrická, intoxikovaný jedinec se v tomto stavu nezřídká pomoci. Na proběhlý stav bývá amnézie. Při zvracení vzniká nebezpečí aspirace.

Klinické projevy však závisejí nejen na množství požitého alkoholu, ale také na individuální toleranci, věku i momentálním psychickém a fyzickém stavu. V klinické praxi se běžně setkáváme s alkoholiky, u kterých je vědomí zachováno i při hladině 5–6 ‰ alkoholu. Velmi nebezpečné mohou být i nízké koncentrace alkoholu v kombinaci s dalšími tlumivými látkami – především některými drogami a léky (např. antidepresiva, benzodiazepiny), což vede k ještě výraznějšímu prohloubení útlumu CNS.

Poruchy vyvolané požíváním alkoholu jsou podle MKN-10 uvedeny v oddílu F 10. Závislost na alkoholu (F10.2) je chronické recidivující onemocnění, které postihuje člověka kromě oblasti zdravotní postupně zároveň v dalších důležitých oblastech jeho života (Popov in Kalina a kol., 2003).

Česká republika se podle výsledků současných průzkumů řadí mezi největší konzumenty alkoholu na světě. 2 – 3 % obyvatel naší republiky konzumují alkohol s problémy, které vyžadují odbornou pomoc, a jedná se již o syndrom závislosti. Dalších 11 – 20% obyvatel ČR konzumuje alkohol ohrožujícím způsobem.

Z léčebných intervencí je nejdůležitější detoxifikace – léčba poruch metabolické rovnováhy. Specifická farmakoterapie spočívá v aplikaci látek na základě zkřížené tolerance. V lehčích stádiích benzodiazepiny (oxazepam), u závažnějších stavů spíše clomethiazol (Heminevrin). Významné je i podávání multivitaminových přípravků, zejména thiaminu (aneurin, vitamin B1) a kyseliny listové. Pomoc při abstinenci přináší disulfiram (Antabus), který blokuje degradaci alkoholu. Při úzkostně depresivních stavech jsou vhodná antidepresiva ze skupiny SSRI, která mohou také pozitivně ovlivnit craving. Terapie cravingu pomáhá zvládat abstinenci po úspěšné léčbě (Kalina, 2015).

## 2.2 Nikotin

Tabák je získáván ze sušených listů rostliny *Nicotiana Tabacum*. Hlavní psychoaktivní a návykovou složkou je toxický alkaloid nikotin. Jedná se o bezbarvou tekutinu bez zápachu, řadíme jej mezi stimulantia. Nikotin představuje jednu ze 4 – 5 tisíc složek tabákového kouře. Kromě nikotinu obsahuje tabák několik tisíc chemikálií – k nejtoxičtějším z nich patří například kyanovodík, kyanid, arsenik, čpavek, dehet, formaldehydy, kadmium a oxid uhelnatý. Smrtelná dávka pro člověka se pohybuje okolo 80 mg, poměrně rychle však vzniká tolerance (Králíková 2003, s. 205). Malé dávky nikotinu zvyšují aktivitu sympatiku (dráždění ve vegetativních gangliích) a jsou tak jednou z příčin stimulačního účinku na CNS. Ve vyšších dávkách má nikotin blokuující účinek v gangliích (Hynie, 1995). Užití drogy přináší euforii, koncentraci a příjemné uvolnění.

Způsoby aplikace jsou v ČR v zásadě dva – tabák, který hoří a bezdýmý tabák (šňupací a orální tabák). Při kouření se do těla nikotin dostává pomocí jemných kapiček dehtu, který je vdechován s kouřem. Běžná cigareta obsahuje přibližně 2 mg drogy, ale do krve a jejím prostřednictvím do mozku se dostává množství nižší (Týmal, 2003). Mezi krátkodobé nežádoucí účinky na organismus patří zvýšení sekrece slin, žaludečních šťáv a potu, zesílení peristaltiky a napětí hladkého svalstva. Dochází k překrvení vnitřních orgánů, vazodilataci ve svalech a vazokonstrikci na periferii. Nepříznivý vliv má nikotin na prokrvení myokardu. Kouření blokuje hemoglobin vazbou oxidu uhelnatého. Dlouhodobými následky kouření jsou zejména rozvoj chronické bronchitidy, poruchy trávení, poruchy soustředění, neklid, poruchy spánku a vliv na rozvoj řady orgánových a systémových onemocnění.

V koncentracích, ve kterých se nikotin nachází v cigaretách, působí povzbudivě, mírně zvyšuje tep a krevní tlak (Týmal, 2003). Má stimulační a zároveň subjektivně uvolňující účinek. U některých osob zvyšuje bdělost a kapacitu zaměření pozornosti. U jiných snižuje úzkost a pohotovost k podráždění (irritabilitu), také snižuje chuť k jídlu (Kalina, 2003).

Kouření je naučené chování, které si kuřák fixuje většinou mnoho let. Drogová závislost na nikotinu vzniká zmnožením mozkových receptorů, citlivých na nikotin. Jejich počet se během života již nesnižuje a proto naprostá většina těch, kdo jednou byli závislí na nikotinu, nemůže uskutečnit přechod do režimu příležitostného kuřáctví. Způsob aplikace kouřením cigaret se jeví mnohdy jako významnější faktor pro vznik a rozvoj závislosti než samotný nikotin. Psychosociální závislost znamená potřebu v určitých situacích mít v ruce

cigaretu, jedná se o závislost na předmětu „cigareta“ bez ohledu na její složení (Králíková, 2003).

Závislost na tabáku začíná závislostí psychosociální, po určité době (ta je individuální, záleží na geneticky získané podobě receptorů v mozku) vzniká také fyzická drogová závislost, tedy závislost na nikotinu - asi u 60 – 70 % kuřáků (Králíková, 2003).

V odborných textech se často vyskytuje názor, že tabákové drogy jsou často vstupní branou k užívání nelegálních drog. Odpůrci této teorie naopak prohlašují, že nelze prokázat příčinnou souvislost mezi užíváním tabáku a jiných drog (Sivek, 2004).

Užívání tabáku je v MKN-10, v sekci „Mentální poruchy a poruchy chování, způsobené užíváním psychoaktivních látek“ řazeno pod kód F17 – „Poruchy, vznikající z užívání tabáku. Závislost na nikotinu je uvedena pod kódem F17.2.

## 2.3 Opioidy a opiáty

Jde o tlumivé látky s výrazným euforickým efektem. Skupina nese název podle sušené šťávy z nezralých makovic, opia (*Papaver somniferum*). Nejvýznamnějšími přírodními zástupci jsou alkaloidy morfium a kodein, z polosyntetických a syntetických látek jsou pro adiktologii nejvýznamnější heroin, metadon, buprenorfin a v Čechách také braun (Kalina et al., 2015).

Pro skupinu silně působících analgetik, které stimulují opioidní receptory se používá název opioidní (nebo morfinová) analgetika. Tyto látky tlumí i viscerální bolesti (bolesti vyvolané drážděním nitrobřišních orgánů, např. koliky), ovlivňují vědomí, tlumí dechové centrum a působí zároveň antitusicky.

Hlavním očekávaným účinkem je zklidnění a příjemná euforie, která bývá doprovázena pocitem tepla a sníženým vnímáním tělesných pocitů. Intoxikovaný vnímá většinu činností jako příjemnou nebo k nim má indiferentní vztah.

Opioidy mají silné analgetické účinky – zvyšují práh vnímání bolesti; jejich působení je selektivní a neovlivňují percepci jiných než bolestivých podnětů (dotyk, tlak, chvění, teplo). Opioidy již v terapeutických dávkách inhibují centrum pro kašel. Drážděním jader

nucleus oculomotoricus (III. hlavový nerv, nerv okohybný) vyvolávají zúžení zornic, což je typickým příznakem intoxikace opioidy. Účinkem na hypothalamus snižují opioidy tělesnou teplotu a hladinu cirkulujících hypofyzárních hormonů. Mezi další účinky patří zvýšený tonus hladkého svalstva GIT. Tím se zpomaluje průchod potravy a zvyšuje se absorpce vody. Zvyšuje se tlak ve žlučníku kontrakcí Oddiho svěrače a kontrakcí hladké svaloviny se tlak ve žlučníku zvyšuje během 15 minut až 10x. Tento efekt může přetrvávat až 2 hodiny (efekt není antagonizován atropinem) – možnost ruptury stěny žlučníku. Po podání opioidů může nastat retence moče v důsledku zvýšeného tonu hladkého svalstva při současném snížení vylučování moče stimulací výdeje ADH. Dilatace kožních cév se někdy manifestuje jako pruritus.

Většina opioidů se absorbuje z GIT, lipofilnější látky dokonce z bukové a nosní sliznice. Jejich absorpce po s.c. a i.m. aplikaci je též velmi dobrá. Po i.v. aplikaci je nástup účinku velmi rychlý, nejrychleji působí lipofilní látky, jako například Fentanyl.

Hlavní metabolickou cestou degradace morfinu je jeho glukuronidace, přičemž některé metabolity si zachovávají účinnost. Jen velmi málo morfinu je vylučováno v nezměněné formě. Enterohepatální cirkulace morfinu zpomaluje jeho vylučování.

Chronické podávání analgetik opioidních a některých analgetik centrálně působících vede k závislosti morfinového typu a mělo by být omezeno jen na plně indikované stavy. Jejich preskripce podléhá zvláštním ustanovením.

### **Antagonisté opioidních analgetik**

Opioidní antagonisté se používají:

1. k léčbě intoxikací opioidy a především k odstranění dechové deprese (včetně dechové deprese u novorozenců, jejichž matky dostaly opioidy před porodem)
2. k diagnostice fyzické závislosti na opioidech
3. k léčbě lékové závislosti (za použití zvláštního postupu)
4. potenciálně ke zvládnutí poruch, které jsou podmíněny uvolněním endogenních opioidů (šokové stavy, kraniotraumata, apod)

Antagonisté opioidů mají jen malé účinky, jsou-li podány jedinci, který předem opioidy nedostal. Může se objevit ospalost a zvýšení krevního tlaku, dále mohou snížit práh pro bolest a ovlivnit sekreci některých hormonů. Jinak jejich účinky závisí na typu předem



podaného opioidu, intenzitě jeho účinku i délce jeho podávání. Při akutní intoxikaci a zvláště při útlumu dechového centra odstraňují příznaky této intoxikace, zatímco u závislosti na opioidních látkách vedou k příznakům z odnětí návykové látky. Všechny účinky opioidních antagonistů jsou podmíněny kompetitivním vytěsněním opioidů ze specifických receptorů (Hynie, 2001).

Naloxon (Intrenon) je specifický opioidní antagonist, který se používá ve výše uvedených indikacích. Po i.v. podání nastupuje jeho účinek během 2 minut a trvá 1 - 4 hodiny.

Naltrexon je látka s podobnými účinky jako má naloxon, má však delší účinek a je účinná též při podání per os. Používá se především k léčbě závislosti na opioidech a jako prostředek k udržení abstinence po odnětí opiátů.

Detoxifikace se obvykle provádí cestou převedení závislého na metadon či buprenorfin – syntetické opioidy.

Metadonová léčba je na celém světě nejrozšířenějším typem léčby závislosti na opiátech (Kreek a Vocci, 2002). Metadon je syntetický opioid, chemicky není odvozen od morfinu. Metadon má typický poločas 24 – 48 hodin, tj. výrazně delší než u heroinu, což umožňuje podávání pouze jednou za den. Při orální aplikaci je téměř stejně efektivní jako při injekčním podání, což eliminuje jeho potenciál intravenózního užívání (Kalina et al., 2015).

Buprenorfin (Subutex, Ravata, Buprenorphine-alkaloid, Suboxone) je též syntetický opioid, chemicky odvozen od nalorfinu. Účinek nastupuje během 1 – 2 hodin po sublingválním podání. Poločas eliminace je cca 20 – 25 hodin, při polknutí je neúčinný („first pass“ efekt). Buprenorfin se vyrábí pouze legálně, pro medicínské účely – substituční léčba závislých na opioidech (Kalina et al., 2015).

### **2.3.1 Tramal**

Patří mezi analgetika – anodyna, která tlumí vnímání bolesti působením na specifické receptory v CNS a zároveň i v jiných tkáních (Fišar, 2002).

Tramal (tramadoli hydrochloridum) je vyráběn jako injekční roztok, kapky/roztok pro perorální podání, tvrdé tobolky, potahované tablety s prodlouženým uvolňováním a čípky.

Analgetický účinek tramadolu se odvíjí jak přes opioidní receptory, tak přes neopiooidní složku analgetického působení. Neopiooidní analgetický účinek spočívá pravděpodobně v uvolnění serotoninu a inhibici serotoninového a noradrenalinového přenosu vzruchů na některých neuronech (blokáda zpětného vychytávání serotoninu neurony). Jeho analgetický účinek při běžných dávkách odpovídá asi jedné desetíně účinku morfinu. Deprese dechového centra je minimální. Minimální až žádné jsou i ostatní nežádoucí účinky, které jsou typické pro morfin (obstipace a retence moče), tyto účinky se však mění v závislosti na užití dávce.

Hlavním účinkem z hlediska zneužívání léku a potenciální závislosti je útlum CNS - zklidnění, změna reakcí na okolí, příjemné vnímání prováděných činností, únik z úzkosti a strachu.

Tramal nepodléhá ustanovení o omamných látkách a výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

### **3 PRAKTICKÁ ČÁST**

#### **3.1 Výzkumné cíle a otázky**

Práce je psána teoreticko-kazuistickou formou s důrazem na konkrétnost problému. Jejím cílem je najít a popsat souvislost mezi chronickým působením stresorů spojených s výkonem profese zdravotnického záchranáře, strategiemi zvládnání stresu a užíváním psychoaktivních látek jako prostředku k zvládnání a kompenzaci následků pracovního stresu a vyčerpání.

Teoretická část shrnuje poznatky v klíčových oblastech, vybraných v návaznosti na stanovený cíl práce a zároveň ve vazbě na konkrétní případ klienta. Vychází ze studia odborné literatury a dalších pramenů; součástí textu je charakteristika a popis účinku návykových látek, jejichž užívání je u zdravotníků pokládáno za nejfrekventovanější – alkoholu a tabáku, dále pak návykových látek podstatných vzhledem k uživatelské kariéře subjektu kazuistiky.

V praktické části lze na podrobně zpracované kazuistice ukázat vznik a vývoj závislostního chování v širším kontextu, zejména však ve vazbě na zvládnání akutního i chronického stresu z pracovní zátěže. Práce poukazuje na důležitost osvojení a systematické realizace preventivních strategií nejen ze strany zdravotnických záchranářů, ale i ze strany jejich zaměstnavatelů.

Výsledky práce mohou přispět ke zvýšení povědomí o rizikových faktorech a dalších úskalích, které mohou u zdravotnických záchranářů, zároveň však i u pracovníků v ostatních pomáhajících oborech vést k nežádoucím typům zvládacích mechanismů, v této souvislosti zejména k užívání NL.

Dílčím cílem práce je upozornit na důležitost a vzhledem k charakteru profese i nezbytnost často podceňované psychosociální péče o zaměstnance záchranných služeb, jejíž pojetí a náplň se v rámci ČR na jednotlivých regionálních ZZS značně liší. V tomto kontextu lze nabídnout k úvaze i možnost zavedení, resp. rozšíření stávajících služeb s přímou

specializací pro zdravotníky, ohrožené závislostmi a zneužíváním návykových látek, tj. poskytování úzce specializovaných služeb pro tuto specifickou a zároveň však velmi četnou skupinu.

Otázky chodu instituce a vzhled do organizačních a pracovních aspektů řešené problematiky je usnadněn vzhledem k dosavadní praxi autorky u Zdravotnické záchranné služby na pozici zdravotnický záchranář/operátor tísňové linky.

### **Výzkumné otázky:**

- 1) Které stresory spojené s výkonem profese zdravotnického záchranáře pokládá klient za nejvýznamnější a jak se odezva na tyto vlivy projevovala?
- 2) Přistoupil klient k užívání NL ve službě z důvodu přímo souvisejícího s pracovní zátěží a jaký podíl měl tento důvod ve srovnání s důvody ostatními?
- 3) Byly/jsou návykové látky získávány vzhledem k možnostem daným profesním prostředím jednodušší cestou než v obvyklých podmínkách drogové scény?
- 4) Z jakého důvodu klient dlouhodobě odmítal možnost odborné pomoci/adiktologické služby?
- 5) Jakou formu podpory/péče ze strany zaměstnavatele by klient pokládal v oblasti prevence působení stresových faktorů za účinnou a efektivní?

## **3.2 Výběr případu a předmět studie**

Klient je vybrán metodou záměrného (účelového) výběru, dle předem stanovených kritérií (Miovský, 2006). Na základě pevně daných kritérií byla touto formou do výzkumu zařazena osoba, která splňuje následující kritéria:

- výkon pomáhající profese - práce na pozici zdravotnický záchranář
- délka praxe min. 10 let
- deklarované užívání NL v souvislosti s výkonem profese
- souhlas s účastí na výzkumu

Zvolila jsem tzv. prostý záměrný výběr (více Miovský, 2006), neboť se z hlediska účelu a formy zpracování studie jeví jako nejvhodnější a představuje zároveň i nejjednodušší variantu metody záměrného výběru.

Práce s klientem probíhala na třech základních tematických úrovních:

- profesní oblast - pracovní podmínky a péče o zaměstnance
- užívání návykových látek
- rodina a partnerské vztahy

Prostřednictvím kazuistiky zdravotnického záchranáře Davida J., který je v současné době teprve krátce systematicky léčen, je demonstrována problematika působení náročných pracovních podmínek a působení chronického stresu u zdravotnických záchranářů, která ve spojení s nedostatečnou podporou a péčí zaměstnávající organizace má za následek vyčerpání a celkový distres, provázený rozvojem příznaků poruch psychického a fyzického zdraví. Tento stav v předmětném případě vede k užívání psychoaktivních látek jako negativní zvládací strategii. Výše uvedené příčiny jsou zde analyzovány v širším kontextu s ohledem na vliv dysfunkční rodiny klienta a významné traumatizující události v průběhu života.

### **3.3 Etické aspekty a náležitosti práce**

Při práci s klientem Davidem J. jsem respektovala veškeré relevantní etické principy. V textu neuvádím skutečná jména osob, název léčebných a dalších zdravotnických zařízení ani jiných institucí. Biografické údaje klienta jsou v zájmu zachování anonymity pozměněny a v čase mírně posunuty. Klient byl předem informován a srozuměn s průběhem a cíli případové studie, byla deklarována záruka jeho ochrany a anonymity. Současně byla klientovi zdůrazněna možnost kdykoliv spolupráci ukončit. Byl projednán a podepsán informovaný souhlas se všemi náležitostmi. Pořizování zvukových záznamů bylo zahájeno po podpisu informovaného souhlasu a po zodpovězení všech souvisejících dotazů.

Byly pečlivě zváženy všechny formální a neformální překážky v rámci výzkumu a zpracování kazuistiky včetně možných rizik, a to jak z hlediska organizace, tak i z hlediska klienta. Klíčovou oblastí byla motivace účastníka a získání jeho důvěry.

Klient byl ubezpečen, že získané informace budou v souladu s dohodou použity pouze pro účely zpracování diplomové práce v rámci studia oboru adiktologie. Závěrečnou verzi práce klient přečetl a k jejímu obsahu neměl výhrady.

Z hlediska střetu zájmů je diskutabilní vlastní působení autorky práce u Zdravotnické záchranné služby, nicméně klient se zpracováním svého příběhu pro studijní účely souhlasil a fakt, že autorka je tak jako on zaměstnána v oboru přednemocniční neodkladné péče mu byl předem znám. V kontextu s mírou otevřenosti a pravdivosti poskytovaných informací nebyla tato skutečnost klientem vnímána jako překážka nebo faktor snižující spolehlivost a důvěru.

### **3.4 Předmět kazuistické studie**

Předmětem kazuistické studie je příběh zdravotnického záchranáře, který v souvislosti s pracovní zátěží dlouhodobě užíval návykové látky. Klient pro vstup do systematické odborné léčby dlouhodobě motivován nebyl, v současné době již léčba probíhá.

### **3.5 Metody**

Data pro studii byla získána pomocí polostrukturovaných rozhovorů, které zahrnovaly systematické okruhy otázek, které byly následně klientovi pokládány. Polostrukturované rozhovory vycházely z připravených témat a otázek, jejichž pořadí a formulace byly dle potřeby upravovány či některé otázky vyřazeny nebo přidány dle potřeby a aktuálního průběhu rozhovoru. Dále byla využita i metoda a časové osy jako projektivní výzkumné metody a sestaven třígenerační genogram.

Sekundárním zdrojem dat jsou výpisy z lékařské dokumentace, deníky, dopisy, kresby a jako doplňující zdroj i deníky matky klienta. Tyto materiály slouží k obohacení hlavních dat a usnadňují porozumění zkoumanému problému i celkovému kontextu problematiky.

Hlavní metodou v rámci práce na kazuistické studii však zůstalo vedení řady rozhovorů s klientem, s důrazem na a citlivý, korektní osobní přístup v atmosféře důvěry a respektu. Rozhovory byly realizovány průběžně s nepravidelnými časovými rozestupy po dobu necelých 7 měsíců a záměrně byl ponechán prostor pro zcela spontánní průběh spolupráce s klientem. Součástí všech setkání bylo zároveň pozorování psychického i somatického stavu klienta. V kontextu s obsahem a cílem této práce pokládám zvolený přístup za nejvhodnější cestu k úplnému a nezkrácenému obrazu příběhu při současném zachování vzhledu do nejširší škály rovin nutných pro pochopení souvislostí. Vypovídací hodnotu rozhovoru proto pro tento účel pokládám ve srovnání s dotazníkovým šetřením za výrazně vyšší. Práce s dotazníky zde vzhledem ke studiu případu jedné osoby představuje zdroj doplňkových dat pro srovnání, potvrzení nebo zpochybnění informací získaných rozhovorem ev. jinou použitou metodou.

### **3.5.1 Metoda zpracování a analýzy dat**

Pro fixaci primárních kvalitativních dat byly využity audiozáznamy částečně řízených rozhovorů se standardizovanými otázkami, které byly zpracovány na základě anamnestických a osobních údajů. Získaná data byla dále zpracována doslovným přepisem záznamu z interview. Sekundární kvalitativní data byla zpracována prostřednictvím textové analýzy (výpis ze zdravotnické dokumentace, deníky).

Dále byl použit standardizovaný dotazník AUDIT, SVF 78, CMRS a informativně i výsledek Fagerströмова testu závislosti na nikotinu (FTND), který klient v minulosti vyplnil v ambulanci pro odvykání kouření.

Vzorec chování je nahlížen z perspektivy pocitů klienta a zároveň z perspektivy souvisejících okolností, vypovídajících o dané situaci.



### **3.5.2 Metodologické limity výzkumu**

Jak je výše uvedeno, výběr respondenta proběhl formou záměrného (účelového) výběru a studia případu jednoho klienta; výsledky proto nelze dostatečně zobecnit - nemohou a nebudou reprezentovat všechny zdravotnické záchranáře, užívající návykové látky v souvislosti se stresem při výkonu povolání jako skupinu. Tato skutečnost tedy představuje limit v prezentovaných poznatcích výzkumu ve smyslu jejich komplexnosti a míře kritičnosti v souvislosti se zkoumanou problematikou. Rolí v tomto ohledu hraje i subjektivní interpretace dat autorkou práce.

Výpovědní hodnotu prezentovaných poznatků představuje i sama metoda výzkumu formou kvalitativního přístupu. Ve studii nebyly testovány předem stanovené hypotézy typické pro kvantitativní přístup. Prezentovaná zjištění z těchto důvodů nebude možno generalizovat a vnímat jako objektivně platná. Cílem je tedy zejména přinést nové podněty k přemýšlení a diskusi.

## **3.6 Podrobná charakteristika subjektu kazuistiky**

### **3.6.1 Vstupní údaje**

Klient David J., 36 let, narozen v Liberci. Svobodný, děti nemá, žije s přítelkyní v jednom z okresních měst ve Středočeském kraji. Pracuje jako zdravotnický záchranář na jedné z regionálních ZZS. V souvislosti se stresem a pracovní zátěží při výkonu profese dlouhodobě užíval návykové látky – ve službě a občas příležitostně i mimo službu. V současné době, přestože dlouho odbornou adiktologickou léčbu odmítal, již dochází na pravidelné konzultace a ambulantní terapii.

### **3.6.2 Osobní anamnéza**

Narodil se jako plánované, chtěné dítě do úplné rodiny. Rodina bydlela v okrajové čtvrti krajského města, měli velký dům se zahradou. V rodině měl o 3 roky starší sestru Evu,

ke které měl jejich otec z neznámých důvodů již od raného dětství zcela jiný přístup než k Davidovi. Dceři se věnoval, projevoval jí více lásky a vychovával jí odlišným způsobem. I přesto měl David se svou sestrou v dětství poměrně dobrý vztah a rivalita sourozenců nepřekračovala obvyklé meze.

Rodiče lékaři byli často mimo domov, pracovali oba ve směnném provozu a Davidovi poskytovali spíše materiální a finanční zabezpečení než rodičovskou lásku. Nevzpomíná si, že by se s ním v dětství rodiče hráli, mazlili, otec ho jako malého údajně téměř nikdy ani nepohládl – s výjimkou příležitostí, například narozenin. Tyto příležitostné projevy lásky mu však připadaly umělé, neupřímné a nepřijímal je - vnímal je nepříjemně. Otec Davidovi nikdy neřekl, že ho má rád, byl vždy spíše odměřený. S výchovou a hlídáním dětí i s péčí o domácnost pomáhala babička, otcova matka, se kterou měl David velmi blízký vztah. Babička bydlela v domě s rodinou a byla v rodině ta, se kterou David jako dítě trávil nejvíce času. Babičku měl velmi rád. Vedl s ní dlouhé rozhovory, měl k ní důvěru a nalézal pochopení a lásku. Měl rád, když ho babička hladila po vlasech a rozmlouvala s ním, David obdivoval její jemné aristokratické chování, které rodičům chybělo. Babička zemřela v době, kdy bylo Davidovi 15 let. Stalo se tak nečekaně, o prázdninách když rodiče nebyli doma. Babičku našel v jejím pokoji, sedící v křesle bez známek života. Zážitek popisuje jako velmi traumatizující, dodnes si prý vybavuje babiččin fialový obličej. Ztrátu babičky vnímá jako jednu ze svých největších životních ztrát v citové oblasti. Rodičům podle svých slov nikdy neodpustil, že neuspořádali babičce rodinný pohřeb s náležitým obřadem, vyčítá jim, že si to babička nezasloužila a on sám že nedostal příležitost náležitě se rozloučit a vztah s babičkou důstojně a rituálně uzavřít.

V období kolem Davidových 16 let velmi zesílily rozpory a konflikty s otcem, který se snažil syna zvládat pevnou výchovou, tvrdostí, nekompromisností a snahou „zlomit“ jeho odpor silou. To však David věděl, otce za to nenáviděl a byl ochoten raději se nechat zabít, než sebeméně ustoupit. K otci v té době otevřeně projevoval soupeřivý vztah, dával najevo svůj odpor. Říká, že od dětství cítil, že ho otec nemá rád, nikdy k němu nepřilnul a nevnímal ho ani jako vzor, ani jako autoritu z pozice role otce v rodině. Několikrát byl svědkem toho, jak otec před matkou neomaleně vyslovil přesvědčení, že David nemůže být jeho dítě. Věděl, že otec matku trápí (přestože si na něj nikdy otevřeně nestěžovala) a přál si, aby se rodiče raději rozvedli a nemuseli žít ve společné domácnosti. Vzpomíná si, jak se s matkou i sestrou těšili na víkendy, kdy otec jako lékař sloužil v nemocnici. Užívali si pak klid, dobrou náladu a

rodinnou pohodu. Fyzicky agresivní vůči členům rodiny otec údajně nikdy nebyl, o to více však eskaloval psychický tlak zejména vůči Davidovi.

Sexuální život David zahájil v 16 letech po kratší známosti s o rok starší přítelkyní. Po ročním vztahu se rozešli, dívka si našla novou známost, ale zůstali spolu dobří kamarádi. S rozchodem se David tehdy vyrovnal poměrně rychle a dobře. Po kratším časovém odstupu si našel jinou přítelkyni, vztah trval dva roky, poté však zažil silně traumatický rozchod – vyšla najevo opakovaná nevěra jeho přítelkyně, dokonce s více partnery, převážně z okruhu Davidových kamarádů. Říká, že byl na promiskuitní chování své dívky svými známými několikrát upozorňován, nechtěl však informacím tohoto druhu věřit, cítil, že by takovou pravdu neunesl. V následném období měl pak David několik krátkodobých vztahů, cítil se však „citově zablokovaný“, vyhaslý, vztahy se nerozvíjely a David z nich sám vystupoval. Vážného vztahu se bál, nedokázal se zamilovat. Cítil vůči dívkám výčitky, měl pocit, že nedokáže být upřímný, že zrazuje sebe i je. Toto období trvalo několik let. Před nástupem do zaměstnání si našel byt v jiném městě a za nějaký čas i novou přítelkyni.

Když bylo Davidovi 28 let, jeho matka onemocněla, byl jí diagnostikován zhoubný nádor plic. Léčba trvala krátce přes 2 roky, stav se však nelepšil a po poslední hospitalizaci v květnu 2011 Davidova matka zemřela. Otec již v průběhu matčiny nemoci začal ve zvýšené míře pít alkohol, a pokud byl doma, příliš nekomunikoval a zavíral se ve svém pokoji. David vzpomíná, že otec působil, jako by nevěděl, jak se k rodině chovat, o nemoci matky v rodině nikdy otevřeně nepromluvili. David se sestrou se v době matčiny nemoci snažili co nejvíce matce pomáhat, přestože ani jeden z nich už doma s rodiči nebydlel. Otcovo pití nabývalo stále silnější intenzity a k Davidovi se pak choval agresivně. David měl obavy, že otec propadne alkoholu zcela, ale za jeho chování a budoucí osud se hned od počátku odmítal cítit jakkoliv odpovědný - říká, že mu přes vzájemnou celoživotní bariéru stejně nemohl pomoci a otec by ho pouze psychicky i v jiných rovinách „táhl ke dnu“. Matčinou smrtí prakticky ustal Davidův kontakt s otcem i prostředím, kde vyrostl.

### 3.6.3 Sociální anamnéza

V období před zahájením školní docházky se u Davida projevovala afektivní labilita, v kontaktu s neznámými lidmi reagoval úzkostně. Na prvním stupni ZŠ měl velmi dobrý prospěch, ve škole se snažil, školní povinnosti plnil pečlivě, občas měl problémy s lehkou nepozorností.

S ostatními dětmi se David příliš nestýkal, hry s dětmi byly ze strany rodičů regulovány a často byl zákaz kontaktů a her používán jako forma trestu. Kontakty tedy probíhaly spíše ve škole, David vzpomíná, že za ním vrstevníci směli přijít na návštěvu pouze se svolením rodičů a jen na zahradu, ne do domu nebo jeho pokoje. Doma se učil, hodně četl knihy a poslouchal hudbu. Říká, že se mu jako dítěti často podivně stýskalo (nevěděl proč a po čem) a cítil se uprostřed rodiny zvláště sám.

Na druhém stupni se u Davida lehce zhoršil prospěch i chování – byl často nesoustředěný a nepozorný, škola ho nebavila, celkové tempo výuky mu nevyhovovalo, zdálo se mu být ve srovnání s jeho možnostmi příliš pomalé. Od 6. třídy proto po dohodě s rodiči školu změnil a začal dojíždět na gymnázium do 20 km vzdáleného města. Zde však během několika let zcela změnil přístup ke studijním povinnostem. Navzdory svým skutečným možnostem studoval podle svých slov pouze tak, „aby ho ze školy nevyhodili“, učil se vždy jen na konci pololetí a sám se nechával zkoušet z vybraných předmětů tak, aby nepropadl. Na tyto zkoušky byl však výborně připraven, látku perfektně uměl a známky si vždy opravil tak, aby do dalšího ročníku postoupil – říká, že svůj „systém“ měl promyšlen dobře a vždy situaci zvládl. Chování bylo na gymnáziu též problematické, u Davida se projevovala nadprůměrná inteligence – spolu s ní však vzdor, svéhlavost a lehkomyšlnost. Většinu učitelů nerespektoval. Situace se v době, kdy bylo Davidovi 16 let, vyhroutil natolik, že třídní učitelka zavolala do školy rodiče. Dostavila se pouze matka, která po vyslechnutí informací a nekonečného výčtu stížností sdělila třídní učitelce své přání, aby ji do školy z těchto důvodů již nikdy nevolali, neboť David je doma hodný a výchovné problémy s ním žádné nejsou; jde tedy zřejmě spíše o chybný přístup a jednání se synem ze strany pedagogů. Problémy by tedy měly být řešeny výhradně na půdě školy v rámci pedagogických a výchovných kompetencí. David v souvislosti s touto epizodou vzpomíná, že ho vzniklý problém mrzel, protože matka byla proto smutná, ale z učitelů měl dál legraci o to více.

Po ukončení gymnázia se přihlásil se ke studiu na pedagogickou fakultu, chtěl studovat obor učitelství pro 1. stupeň základních škol. Nepodařilo se mu však složit úspěšně přijímací zkoušky. Matčinu nabídku, že Davidovi „zařídí“ přijetí na lékařskou fakultu odmítl. Rád si však nechal zařídit zdravotní posudek pro získání „modré knížky“. Na vojnu ani náhradní vojenskou službu jít nechtěl. Po neúspěchu v přijímacím řízení na pedagogické fakultě složil úspěšně přijímací zkoušky na vyšší odbornou školu zdravotnickou, obor zdravotnický záchranář. Po prvních měsících studia byl rozhodnut ze školy odejít, studium ho nebavilo, shodou okolností však právě v té době nastoupil na praxi do domova seniorů, kde po setkání s pacienty zcela změnil názor. Práce s lidmi a jejich příběhy ho natolik zaujala a pohltila, že změnil názor a ve škole zůstal. S prospěchem a kázní na VOŠ problémy neměl, studium ho bavilo, absolvoval s vyznamenáním. V době studia se velmi zajímal o farmakologii, nikdy však žádným způsobem neexperimentoval, přestože věděl, že jeho vrstevníci experimentují hojně.

Mezi nejvýznamnější zájmy a záliby Davida se řadí architektura, literatura, hudba, hra na kytaru, zpěv a kreslení. V průběhu života se též projevoval poměrně značný umělecký potenciál.

### **3.6.4 Rodinná anamnéza**

Matka lékařka, internistka. Vyrostla v rodině alkoholika, spolu se svým mladším bratrem, kterého měla na starosti od 13 let, kdy jejich matka zemřela na srdeční selhání při nerozpoznané srdeční vadě.

Svého manžela, Davidova otce nemilovala, pouze respektovala a tolerovala, přijala svou roli v rodině i v zaměstnání. Ke svým dětem měla silný vztah, snažila se o tolerantní přístup a nenásilné vedení, až do dospělosti obou dětí. Davida i jeho sestru často finančně podporovala, někdy i vyššími částkami. Spravedlivou rovnováhu mezi příspěvky dětem však nedodržovala, dceru podporovala významně více. Toto Davida mrzelo, jednání matky v tomto ohledu pokládal v principu za vůči sobě bezdůvodně nespravedlivé, ale matce nikdy nic neřekl.

Matka od mládí kouřila cigarety, alkohol pila jen výjimečně, příležitostně. V průběhu života zdravá, v pozdějším věku prohlubující se deprese, zemřela v 61 letech na generalizované onkologické onemocnění.

Otec též lékař, anesteziolog, o 6 let mladší než manželka. Vychován jako jedináček v dobře situované rodině, osobnost s výrazně egoistickými povahovými rysy, citově spíše chladný. Na rodinu byl poměrně přísný, pokud některé z dětí chválil, tak spíše dceru, na děti kladl vysoké nároky. Chod rodiny a domácnosti systematicky řídil a důsledně kontroloval, ale na financování se podílel pouze v rozsahu plateb nájmu a souvisejících poplatků, ostatní nechával zcela na manželce, nepřispěl například ani na dárky dětem k různým příležitostem. Peníze měli manželé oddělené po celou dobu manželství. K rodině se otec choval autoritativně. K synovi měl od útlého dětství chladný vztah. V této souvislosti si David vybavuje situaci, kdy se jako asi čtyřletý v noci probudil, měl strach a chtěl jít k rodičům do ložnice. Otec to však nedovolil, pokládal takový krok za nepřipustný a krajně nevhodný. Davida vyvedl z ložnice na chodbu a zamkl dveře. Chlapec stál několik hodin ve tmě za dveřmi, plakal, otec ho však ani přes přímlyvy, naléhání a pláč matky do ložnice nepustil. Na přístup a výchovném působení otce David s odstupem času oceňuje, že bral rodinu často do přírody a vedl děti k různým sportům a cestování. Vztahy v rodině vnímá dodnes spíše jako formální a materiální. Manželství rodičů bylo víceméně klidné avšak citově oboustranně naprosto chladné. S rodinou žila babička, matka otce, která pomáhala s domácností i péčí o děti, rodinu podporovala i finančně a do domácí atmosféry vnášela klid, laskavost a moudrý nadhled, vždy však musela respektovat, že nemá „hlavní slovo“.

V rodině se v době Davidova dětství konzumoval alkohol jen velice výjimečně a v malém množství, David si nevzpomíná, že by v dětství viděl někoho z rodiny pod vlivem alkoholu. Domnívá se však, že otec příležitostně alkohol konzumoval i ve větším množství, vždy však mimo domov se svými přáteli. Nikdo z rodiny nechodil do restaurace. V průběhu života měl otec několik období, kdy kouřil cigarety, nakonec však definitivně přestal „ze dne na den“ a již se ke kouření nevrátil, aniž by se u něj projevil jakékoliv abstinční potíže. Matka od 17 let kouřila až 40 cigaret denně, několikrát se pokoušela přestat, nikdy se jí však vzhledem k výrazným abstinčním příznakům nepodařilo vydržet déle než několik dnů. Odbornou pomoc nehledala, svých samostatných pokusů posléze zanechala a se závislostí na nikotinu již žádným způsobem nebojovala.

Současný stav: otec žije se svou druhou manželkou ve vzdáleném městě, s Davidem se nestýkají. Matka zemřela, když bylo Davidovi 30 let. Babička zemřela, když bylo Davidovi

15 let. Sestra žije s manželem a dvěma dcerami v Plzni, s Davidem se stýkají pouze několikrát do roka, aktivní kontakt neudržují.

### 3.6.5 Pracovní anamnéza

David příležitostně pracoval od doby studia na zdravotnické odborné škole, pracoval na brigádách buď v nemocnici, kde dělal pomocné práce na oddělení, nebo v nemocniční kuchyni, jednou i v recepci ubytovacího zařízení. Do práce docházel pravidelně, byl spolehlivý, pracoval svědomitě. Administrativní práci nedělal nikdy, taková činnost ho nebavila a říká, že by jí ani neuměl a učit se „úřednickou práci“ nechce. Práci vyhledával vždy v místě bydliště, nechtěl ztrácet čas dojížděním.

Po absolutoriu na Vyšší odborné škole zdravotnické si našel práci na jedné z regionálních záchranných služeb, v místě si našel malý byt a od rodičů se odstěhoval. V zaměstnání byl spokojený, pracovní kolektiv i práce sama se mu v prvních letech velmi líbila, s platem byl též velice spokojen – ve srovnání s dosavadní finanční situací se mu zdálo, že má peněz opravdu hodně, každý měsíc mu část mzdy zbývala.

V současné době pracuje u stejného zaměstnavatele 13 let. Říká, že prvních 5 let byl spokojen, práce ho bavila a naplňovala, po tomto období přišly problémy s únavou, přepracováním, přetížením četnými výjezdy během služeb v kombinaci s velmi zatěžujícím rozpisem služeb ve směnném provozu a náročností výjezdů samotných. Zároveň uvádí, že v této době začal velmi těžko snášet například i častý výskyt tzv. neindikovaných výjezdů – výjezdů k neakutním potížím, které svým charakterem rozhodně nejsou indikovány pro zásah RZP a je na místě obrátit se např. na praktického lékaře. Velmi ho stresovali agresivní pacienti a agresivní svědkové událostí, přítomní na místě zásahu.

Mimo svůj hlavní pracovní poměr na rozdíl od většiny kolegů nikdy neměl práci vedlejší, ani při zaměstnání již dále nestudoval.

**Finanční situace** – příjem v průběhu zaměstnání je stabilní, na nedostatek peněz si David nestěžuje, investice si dobře rozmyšlí, snaží se hospodařit s penězi racionálně. Dluhy nemá, zakládá si na své schopnosti zajistit se sám – říká, že na vše si vždy poctivě vydělal sám.

### 3.6.6 Zdravotní, psychiatrická a drogová anamnéza

David se narodil v roce 1981 jako dítě z třetího, fyziologického těhotenství. Porod po termínu, protrahovaný, s komplikacemi, matka po porodu krátce resuscitována, transfúzní terapie pro hemoragický šok v důsledku vysoké krevní ztráty. Novorozenec nesl známky přenášení, poporodní adaptace však dobrá, další vývoj již bez komplikací. V kojeneckém věku zvýšená plačtivost, neklid, nespavost.

V průběhu dětství běžná onemocnění, ve věku cca 7 měsíců pád z kočárku na hlavu, tržná rána, zhojení bez komplikací. Ve 4 letech komoce po pádu na kole. Operace žádné neprodělal, úrazy jen nezávažné, alergické reakce též žádné.

Od 14 let kouřil cigarety, alkohol pil příležitostně na akcích s ostatními vrstevníky a kamarády, připouští, že poměrně často, nicméně bez výrazných excesů. Rodiče lékaři mu v konzumaci cigaret ani alkoholu nikterak nebránili, nesnažili se o kontrolu. Drogy nevyhledával, přiznává však, že pokud jde o psychofarmaka a drogy, pokud by mu v té době někdo „něco“ nabídl, rád by experimentoval ze zvědavosti. K experimentu tohoto typu reálně došlo údajně 4x. Ve dvou případech se jednalo o THC ve společnosti kamarádů a s blíže neurčeným časovým odstupem a v dalších dvou případech o užití pervitinu s jednou z přítelkyň. Účinek THC Davida neoslovil, měl pocit tlaku na hrudi, ztíženého dýchání, po prvním užití i zvracel. Vyhodnotil, že tráva není „jeho droga“ a více pokusy neopakoval, odolal nabídkám mu údajně nedělalo větší problém. V tomto období jinak bez významných zdravotních obtíží, s ničím se neléčil, docházel pouze na preventivní lékařské prohlídky.

Poprvé se silně opil po traumatickém rozchodu s druhou přítelkyní, od té doby se už snažil pítí neúměrného množství alkoholu vyhýbat, držel si „kontrolu a řízení“. Nikdy nepil sám, jen ve společnosti – alkohol mu pomáhal více se otevřít druhým lidem a zažít přechodné souznění s nimi, s čímž měl běžně většinou problém. Zároveň se cítil v mezilidských vztazích méně zranitelný, což mu vyhovovalo. S jednou z pozdějších krátkodobých partnerek vyzkoušel 2x pervitin. Aplikoval nasálně, jeho účinky popisuje jako velmi příjemné, uvolňující, nikdy v životě se prý necítil tak otevřený a komunikativní. Dodává, že kdo nezažil sex na pervitinu, neví o něm nic. Pervitin nikdy s ničím nekombinovali, pouze na „dojezd“ si brali diazepam, aby mohli dobře spát. Po rozchodu s touto přítelkyní pro něj přestal být pervitin dostupný („kontakt“ měla přítelkyně) a bez problémů se k němu již nikdy



v budoucnosti nevrátil, domnívá se však, že v opačném případě by po čase závislost velmi pravděpodobně přišla. Na pervitin má dosud dle svých slov příjemné vzpomínky, nicméně užívání má spojené pouze s jedním člověkem a zkušenost s touto návykovou látkou jednoznačně pokládá za uzavřenou kapitolu.

V 18 letech měl David silné bolesti zubů, zde první kontakt s účinkem opioidního analgetika Tramalu. Z důvodu dlouhotrvajících úporných bolestí, téměř nereagujících na běžná analgetika užil jednorázově 500 mg Tramalu (doporučená maximální denní dávka účinné látky tramadoli hydrochloridum je 400 mg). Lék mu doma dal otec, který Tramal občas užíval na bolesti zad. David popisuje, že ležel doma ve svém pokoji a byl fascinován účinkem léku. Bolest za cca 30 minut ustoupila a dostavil se extrémně příjemný pocit. David si přál, aby účinek léku nikdy neodezněl. Říká, že tehdy prožil bytostný pocit, že „potkal svoji drogu“ a pocítil zároveň zvláštní strach, že se touhy po ní nikdy v životě nezbaví. I přes překročení doporučeného dávkování se tehdy překvapivě neprojevil žádný z jinak častých a poměrně výrazných nežádoucích účinků přípravku, jako je zejména nauzea, zvracení atd.

Poté několik let Tramal neužíval, k léku neměl přístup a aktivně se jej získat nesnažil, ve společnosti dále pil alkohol a pravidelně kouřil cigarety, počet denně vykouřených cigaret se postupně zvyšoval a nakonec se ustálil na cca 20-30 cigaretách denně. Pouze ve společnosti nárazově více, jinak byla denní spotřeba víceméně stabilní.

Od 22 let měl David časté migrény s velmi těžkým průběhem, byl proto opakovaně vyšetřován, neurologicky sledován a průběžně medikován přípravkem Sumatriptan. Záchvaty migrény měl poměrně často, probíhaly pod obrazem pulsující bolesti poloviny hlavy s velmi silnou intenzitou, současně s nauzeou, zvracením, fotofobií a fonofobií. Pro četné negativní vedlejší účinky Sumatriptanu, zejména vysokou kardiotoxicitu se David snažil užívat lék co nejméně, především po čase, kdy zjistil, že účinek léku slábne a dle neurologa údajně není k dispozici jiný vhodný a stejně nebo více účinný preparát. Po cca 7 letech užívání přípravku tedy bez konzultace s lékařem lék vysadil a rozhodl se nahradit ho volně prodejnými léky Acylcoffin a Ataralgin, jejichž účinky si pečlivě nastudoval a pokládal užití v případě migrenózních potíží za velmi nadějně. Oba léky skutečně účinkovaly velmi dobře a spolu se změnou životního stylu, kdy David omezil pití alkoholu a snažil se v mezích možností o pravidelný spánkový režim migréna téměř zcela ustoupila. Tento stav do současné doby stále trvá, David říká, že migrénu s průběhem nesrovnatelně slabším, než býval „zvyklý“, má nyní cca 1 – 2x za rok, dříve ataky přicházely několikrát do měsíce.

Po 30 roce života se David několikrát pokusil přestat kouřit. Věřil, že to zvládne sám, ale po cca 5 pokusech, které vždy skončily neúspěchem, se obrátil na specializované pracoviště pro odvykání kouření. Zpočátku se odvykání dařilo, David zodpovědně docházel na pravidelné konzultace, používal nikotinové náplasti a tabletky Nicorette. Po několika měsících již jen tabletky (vyhovovaly mu více), v dalším období několikrát proběhla recidiva, vždy však byla zvládnuta v poměrně krátkém čase. David přiznává, že po cigaretě sáhl ve všech případech recidivy na pracovišti, většinou po extrémní zátěži, konfliktu s nemocničním personálem, s kolegy nebo po zvládnutí vysoce konfliktního pacienta. Pokud byl v té chvíli i ve stavu intoxikace Tramalem, byl vůči cigaretě odolný ještě méně. Říká, že „na Tramalu“ měl na cigarety výrazně větší chuť a zároveň daleko menší problém porušit abstinenci a zapálit si bez větších výčitek. Vždy se však nejpozději do několika dnů dostavil do ambulance a s podporou terapeutky se ze situace dostal. Po poslední recidivě, cca před 2 lety však již odbornou pomoc nevyhledal a v kouření pokračuje dosud.

Od Davidových 30 let začalo docházet k častému užívání léku Tramal ve službě. Davidovi se užívání dařilo tajit několik let, pak však přišel zlom v podobě záchvatu generalizovaných křečí s bezvědomím po i.v. aplikaci Tramalu ve vysoké dávce přímo na pracovišti. Událost měla za následek dočasnou změnu pracovního místa z důvodu omezení pracovní schopnosti, což jak se později přesvědčil, významně napomáhalo abstinenci, neboť přestaly působit obvyklé spouštěče situací a podmínek, včetně volného přístupu k léku. Po návratu na původní pracovní místo se David k užívání Tramalu zpočátku začal opět vracet, včas si však uvědomil situaci a existující hrozby. Rozhodl se jít jinou cestou a vyhledal odbornou pomoc.

Krátce po akutním stavu, prodělaném na pracovišti se rozešel s původní přítelkyní a odstěhoval se do jiného bytu. Současně tímto krokem přerušil styky s dosavadní společností, která byla s bývalou přítelkyní spojena. V té chvíli bez potíží a zcela spontánně vymizel z jeho života alkohol. David byl rozhodnut změnit svou životní cestu. Několik měsíců žil sám, říká, že si dělal pořádek sám v sobě, v životě i názoru na svět. Snažil se smířit s minulostí jako „školou“, jako zkušeností a tak ji i přijmout a odložit stranou, aby mohl jít dál. Po kratším čase si pak David našel novou přítelkyni, se kterou nyní žije. Ve vztahu se cítí naplněný, šťastný, velmi spokojený po všech stránkách. Současná přítelkyně není uživatelkou žádných NL, ani nikdy v minulosti nebyla.

Přes významnou pozitivní změnu v soukromém životě se na pracovišti užívání Tramalu zvolna začínalo obnovovat. Důvody k užívání David uvádí stále zcela identické – znovu se začaly vyskytovat stejné důvody, spouštěče, příležitosti. Na radu přítelkyně, které se se svým problémem svěřil již na začátku vztahu, navštívil po předešlých několika předchozích internetových konzultacích adiktologickou ambulanci. Kontakt na adiktologa mu zjistila přítelkyně, nabídla Davidovi maximální podporu, David vysoce oceňuje její neodsuzující, konstruktivní přístup bez známek jakéhokoliv nátlaku.

Absolvovaný kontakt s terapeutem však bohužel David hodnotil negativně, jako „špatnou zkušenost“ potvrzující jeho již dříve vytvořený předpoklad, že cesta k pomoci skrze adiktologické služby pro něj nevede. Adiktolog se při kontaktu choval korektně, vstřícně a se zájmem, nicméně po vyslechnutí Davida údajně vyslovil přesvědčení, že David sám ví vše, co pro cestu k abstinenci vědět potřebuje. Následně nabízené možnosti léčby David odmítl a sdělil adiktologovi, že problém zvládne sám, zejména jakoukoliv formu skupinové léčby striktně odmítl. Adiktolog tedy nabídl Davidovi individuální „doprovod“, bude-li mít zájem, to však klient s díky odmítl též. Věc byla dovršena v okamžiku, kdy závěru setkání zaplatil David částku 400,- Kč. V této souvislosti dodává, že vnímal jak krajně nevhodné, když finanční částku, kterou samozřejmě zaplatil bez jakýchkoliv problémů, a proti její výši neměl a nemá výhrad, adiktolog přímo před ním jako klientem uschoval přímo do batohu, do své soukromé peněženky.

Psychiatrické onemocnění se v rodině Davida, alespoň pokud je mu známo nevyskytovalo. Matka byla dlouhodobě depresivního ladění, což David přičítá dysfunkčnímu vztahu mezi oběma rodiči. Rodiče spolu údajně žili jen z pocitu povinnosti, ze setrvačnosti a zejména na straně otce z jisté pohodlnosti. Jejich vztah byl prázdný, sexuální aktivita zřejmě od počátku slabá a disharmonická, posléze už pravděpodobně žádná. Mimomanželské vztahy však ani u jednoho z rodičů nikdy ani náznakem najevo nevyšly. Matčiny deprese se velice výrazně zhoršily po diagnóze zhoubného onemocnění a spolu s postupem nemoci a zhoršováním příznaků se dále nezadržitelně prohlubovaly. Matka rezignovaně podstoupila protinádorovou terapii, ale jakoukoliv odbornou léčbu svého psychického stavu odmítala. Ani sama si jako lékařka žádné léky nenaordinovala a přípravky ze skupiny psychofarmak až do své smrti nikdy neužívala.

### **3.6.7 Užívání návykových látek v souvislosti s pracovní zátěží, související obtíže, dostupnost návykových látek**

Od svých 30 let prožíval David střídavě období, kdy byl dlouho velmi unavený, přepracovaný, vyčerpaný a depresivní. Začal velmi špatně tolerovat pracovní vytížení, práce ho přestávala bavit a naplňovat, bojoval s častými pocity jakési iracionální nenávisti k lidem, kterou si současně uvědomoval jako nesprávnou, nemístnou a sám sobě tyto pocity vyčítal, snažil se s nimi bojovat, ale jak říká, „moc mu to nešlo“, racionální úvahy byly jedna věc a prožívané emoce věc druhá. Měl často velké potíže s usínáním a kvalitou spánku i přes to, že spát po službách potřeboval a byl velice unavený. Částečnou roli v celkově negativním ladění hrálo postupující onemocnění matky. David si jako jediný z rodiny od počátku uvědomoval, že léčba velmi pravděpodobně nebude úspěšná. Též potíže ve vztahu s přítelkyní sehrály svou negativní roli. Vztah se již dlouho nevyvíjel, byla patrná stagnace, vyčerpání vztahu, jen jakási setrvačnost a bludný kruh nedostatku energie pro pokračování i pro ukončení vztahu - proti tomuto kroku působil iracionální strach z nejisté budoucnosti, ze změny navykklých podmínek, po které však David již dlouhou dobu polovědomě i vědomě toužil. Přiznává i jistou oboustrannou pohodlnost. David měl pocit, že ve vztahu „nežije“, nenalézal lásku, pochopení a sounáležitost. Říká, že společný život v posledních letech připomínal spíše „bydlení s kamarádem“ než partnerské soužití. Přiznává ze své strany dokonce několik mimopartnerských epizod jednorázového charakteru, které však zpětně vnímal spíše negativně a vyčítal si nekorektní jednání, podvedení partnerky a zejména zradu svých vlastních morálních hodnot.

Situace se vyvíjela několik let. Pak při jedné noční službě, když se psychicky cítil obzvlášť špatně, byl vyčerpaný po sérii předcházejících, po sobě jdoucích směn a obával se průběhu páteční služby, která standardně patří v rámci týdne k nejnáročnějším, v nestřeženém okamžiku vzal z lékárny Tramal (velké balení roztoku - 96 ml). Množství užitého léku si přesně nepamatuje, říká, že se snažil nevzít moc ze strachu z odhalení, ale zároveň o tom až tak příliš neuvažoval. Nikdo si ničeho nevšiml, služba proběhla hladce, Davidovi bylo dobře, pracovní zátěž i komunikaci z kolegy i pacienty zvládal po celou službu nad očekávání skvěle. Byl dobře naladěný, cítil se výborně a na všechny byl milý a přívětivý. V průběhu směny si kapky ještě cca 2x „přidal“. Účinkem léku byl opět zcela fascinován a ubezpečoval sám sebe, že jde o výjimku, že užívání nebude opakovat často, veškerá rizika si dobře

uvědomoval. Několik následujících směn svědomitě přestál bez užití Tramalu, snažil se pracovat na své mysli, změnit pohled na služby i svá negativní rozpoložení. Sám říká, že dobře věděl a ví, že nemůže změnit věci, které ho trápí a vyčerpávají, ale že může změnit svůj vlastní pohled na ně, svůj přístup a tím se vyhnout zbytečnému, subjektivnímu utrpení. Zdravý názor na věc a obezřetnost však neměly ve srovnání s účinkem Tramalu dostatečnou sílu. Služby snášel těžce a měl stále menší zábrany Tramal užít. Nakonec si řekl, že je to tak lepší pro něj i pro všechny, se kterými je v kontaktu. V užívání pokračoval s většími či menšími intervaly asi 2 roky. Průběžného ztracení přípravku z velké lékárny na stanovišti si nikdo nevšiml, naopak byly zásoby o to rychleji doplňovány. David uvádí, že za celou dobu užívání Tramalu si přípravek ani jednou neopatřil cestou lékařského předpisu nebo požádáním kolegů z nemocničních pracovišť; „materiálu“ bylo vždy na stanovišti dost na to, aby se „vlastní spotřeba“ přehlédla. Nikdy se nestalo, že by se nad mírou spotřeby někdo pozastavil. Davidova užívání si nikdo nevšiml ani na pracovišti, ani v soukromí. V práci David nikdy v souvislosti s intoxikací profesně nepochybil, pracoval rychle a přesně. Tlumivý účinek léku se u něj paradoxně neprojevoval, David říká, že byl naopak plný energie, pozitivního naladění, čínorodý, kreativní, komunikativní.

Následovalo pak období, kdy si uvědomil, že již nemá užívání pod kontrolou a velmi ho to znepokojovalo, nicméně nezastavilo. Začal se u něj v době mimo intoxikaci projevovat neklid, nervozita, předrážděnost, úzkosti (především večer) a potíže se spánkem – nespavost.

Několik let „kontroly nad situací“ nabralo poměrně rychlý spád před rokem. David v té době hodně pracoval, pak se náhle dostal do krize. Začala mít somatické potíže, byl vyčerpaný, nemohl spát a bylo mu permanentně nevolno, proto i velmi málo jedl. Stav provázely návaly úzkosti, depresivní ladění. Několikrát se přistihl, že dělá v práci chyby a chová se podrážděně ke kolegům i personálu v nemocnici. Měl stále větší strach, že jeho problémy vyjdou najevo a bude muset ze záchranky odejít, nebo dokonce nebude vůbec dále schopen dělat svou práci. Příležitostně si „pomáhal“ Lexaurinem nebo Neurolem, nejlepší účinek měl na dané potíže údajně lék Helex. Léky si „ordinoval“ sám. Vnímal, že si okolí začíná všimnout změn v jeho chování i vzhledu, uvědomoval si svou nevykonnost a nesoustředěnost. Snažil se vydržet a vše překonat, se svým stavem se v žádném případě nechtěl nikomu svěřit, bál se nepochopení a odsouzení ze strany kolegů, věřil, že se dokáže vyléčit a přimět k abstinenci sám. Aby mohl spát, bral si léky na spaní. Za poslední měsíc zaměstnání na voze RZP dokonce přišel několikrát výrazně pozdě do práce – ráno se nedokázal vzbudit, při nočních službách neslyšel často pager ani telefon.

Přiznal se proto v práci kolegovi, kterého dlouho znal a se kterým si vzájemně velmi důvěřovali a požádal ho o podporu s tím, že když se se svým problémem někomu svěří, posílí ho to. Kolegovi následně slíbil, že už Tramal uživat nebude. Asi za týden však slib porušil a kolegovi se k užití po několika hodinách přiznal. Kolega projevil pochopení a soucit, nicméně požádal Davida, aby ho do pokusů o zvládnání věci již více nezapojoval a obrátil se raději na odbornou pomoc. Krátce poté došlo k zásadnímu zlomu, když se po nástupu na jednu z dalších nočních služeb David rozhodl aplikovat Tramal intravenózně. Ve skladu aplikoval 2 ampule (1 amp = 100 mg tramadoli hydrochloridum) i.v. Pamatuje si, že vyšel ze skladu ven na chodbu, pak na schodiště. Pak následoval kolaps, záchvat generalizovaných křečí s následným krátkodobým bezvědomím. Průběh události je podrobně popsán v následujícím textu:

### **Kolaps na pracovišti - záznam události z dokumentace ZZS (tísňová výzva + informace ze zásahu), průběh hospitalizace**

V 18:52 přijímá operační středisko ZZS telefonát z výjezdového stanoviště. Volající, službu konající záchranář hlásí kolaps kolegy s přetrvávajícím bezvědomím, žádá vyslání posádky RLP (rychlé lékařské pomoci) na stanoviště s tím, že první pomoc do příjezdu lékaře zvládne sám. Dispečerka zpracovává tísnovou výzvu – klasifikace *Bezvědomí dýchá*, indikace *RLP s nejvyšší prioritou*. Na místo okamžitě vyjíždí nejbližší vůz RLP. Příjezd na místo v 18:57, pacient již reaguje, somnolentní, zmatený, povrchové poranění hlavy po pádu. Bradypnoe, na monitoru sinusová bradykardie s postupnou úpravou stavu, mióza. Převod na UPV (umělou plicní ventilaci) není indikován. Neznámá etiologie stavu, pacient nespolupracuje, na výslovný dotaz lékaře intoxikaci striktně popírá, uvádí předcházející chřipkové příznaky a užití většího množství ibuprofenu a paracetamolu, „aby zvládl službu“. Pamatuje si, že se od začátku směny necítil dobře, na stanovišti šel na toaletu, na zbytek příhody má úplnou amnézii. Zasahujícím lékařem případ vyhodnocen jako susp. stav po provokovaném epi paroxysmu, operační středisko požádáno o avízo na neurologické intenzivní pracoviště nejbližší nemocnice. Zde pacient v 19:42 předán na JIP neurologického oddělení k dalšímu vyšetření a observaci.

Po přijetí na JIP pacient plně při vědomí, orientovaný, komunikuje, hospitalizaci se nebrání. Na STATIM odebrána krev a moč k základnímu a orientačnímu toxikologickému

vyšetření, ošetřena exkoriace na hlavě. Provedeno akutní CT mozku. Stálá monitorace na lůžku, na druhý den plánována další komplexní interní a neurologická vyšetření, zejména EEG a kontrastní CT mozku. V průběhu noci pacient bez dalších potíží, po prodělaném generalizovaném záchvatu křečí nastupuje bolest svalů, zejména v oblasti zad a končetin. Ráno pacient žádá konzultaci s lékařem, následně podepisuje negativní revers a odchází domů. Dále 14 dnů v pracovní neschopnosti, v průběhu které několikrát dovyšetřován ambulantně. Příčina akutního stavu neodhalena, stav uzavřen jako provokovaný epi paroxysmus neznámé etiologie. Dočasný zákaz řízení vozidel a práce v noci, předběžně cca na 6-12 měsíců.

---

Kolega, který byl Davidovi dlouho velmi blízký (tvořili spolu několik let stálou posádku vozu RZP) a o Davidově problému věděl, mu slíbil v tentýž den při předávání na intenzivní pracoviště nemocnice ze své strany naprostou diskrétnost a maximální přátelskou podporu do budoucna za předpokladu, že David po propuštění z nemocnice bezodkladně vyhledá odbornou pomoc. Při předávání Davida do péče JIP ho na jeho prosbu (pacient uváděl potíže s rovnováhou, točila se mu hlava) doprovodil na toaletu, kde zároveň na pokyn sestry odebrali vzorek moči na vyšetření. Moč odevzdaná poté ve zkumavce však nebyla pacientova.

### **3.6.8 Situace výchozího bodu**

Po měsíci, ve kterém David „sbíral sílu, odvalu a pokoru“ se rozhodl obrátit na svého známého psychiatra, za kterým odcestoval do Prahy. Tam poprvé otevřeně promluvil o svém problému a požádala o doporučení, kam se obrátit, předem však striktně odmítl jakoukoliv ústavní nebo skupinovou léčbu, trval na léčbě individuální a naprosto diskrétní, mimo místo bydliště i pracoviště.

Důvodem, pro který se před časem klient rozhodl vyhledat odbornou pomoc, bylo škodlivé užívání opioidních analgetik. David přišel do ambulance na doporučení svého

známého psychiatra s tím, že má problém s Tramalem. Opakovaně se ujišťoval o zachování lékařského tajemství a diskrétnosti, obával se stigmatizace a problémů v zaměstnání, což ho od počátku k vyhledávání odborné pomoci zároveň vedlo i odrazovalo.

S klientem jsem se setkala v době, kdy mu bylo 35 let a přišel na předem smlouvenou individuální konzultaci s adiktologem. Jakoukoliv skupinovou léčbu předem odmítl.

V rámci praxe jsme se setkali dvakrát, druhé setkání se odehrálo již za účelem rozhovoru a práce na sestavení kazuistiky. David působí klidným, rozvázným, uzavřeným dojmem. Je spíše introvertní, při kontaktu však příjemného, upřímného vystupování. V atmosféře klidu, pochopení a přijetí se cítí bezpečně, komunikuje pak až překvapivě otevřeně a vydatně. V komunikaci je však průběžně stále patrná jistá obezřetnost, věty jsou většinou vyslovovány až po předchozí bleskové rozvaze. Stálá, dobře propracovaná snaha o regulaci emočních projevů včetně řeči těla.

### **3.6.9 Další vývoj a současný stav**

Na prvních setkáních se terapeut vedle základní orientace v životní situaci Davida věnoval nejvíce užívání opioidního analgetika, dále i alkoholu a nikotinu. Zároveň se terapeut věnoval roli užívání návykových látek v soukromém i pracovním životě Davida. Klient uvedl všechny své důvody tak, jak jsou popsány v textu výše, s důrazem na aspekty zvládnání pracovní zátěže. Davidovi velmi záleží na jeho práci, ve které přes všechny potíže stále spatřuje smysl a nachází jisté naplnění. V soukromém životě je spokojený, je pro něho zdrojem jistoty, podpory, motivace a lásky. Říká, že rodinu chce, ale rozhodně až později, po vyřešení svého návykového problému. Chce se dále věnovat práci ve svém oboru a je odhodlán vše zvládnout, zároveň je však patrný určitý strach z možnosti neúspěchu. Z rozhovorů na toto téma vyplynulo, že přestože si ve svém zaměstnání David vedl dobře a kolegy je považován za velmi dobrého záchranáře s příjemným, nekonfliktním jednáním, sám se takto nehodnotí. Na přímý dotaz odpovídá, že nedokáže hodnotit, zda je dost dobrý, nicméně jistě udělal spoustu chyb, které si žádají bezodkladnou nápravu. Přesto se návrat zpět na výjezdové stanoviště v současnosti kromě osobních cílů jeví jako velmi významná motivace.



V souvislosti se svou původní rodinou klient uvedl, že v současné době zůstala pouze sestra a otec, který žije nový život s druhou manželkou, s Davidem se nestýká a on je po posledním konfliktu rozhodnutý ho již nenavštívit, protože setkání s ním ho příliš traumatizuje a vyvolává špatné vzpomínky. Ze stejného důvodu nenavštěvuje ani jejich kdysi společný dům.

### **3.6.10 Shrnutí**

Zásadní životní události obvykle vedou ke změnám. Tyto okamžiky mohou být nejrůznějšího druhu a jsou značně individuální. Mají však velmi silný potenciál, který pokud je jedincem správně vnímán, může být velmi dobře využit pro uskutečnění pozitivní změny. V adiktologii tedy zejména jako impuls pro nástup do léčby, setrvání v léčbě a postupný návrat do života.

David se v současné době stále nachází v procesu léčby. Z popsaných souvislostí vyplývá, že zásadním důvodem a impulsem ke kontaktu s odborným zařízením byly zhoršující se zdravotní komplikace a akutně vzniklý stav, též však působení okolí. Jednak Davidova blízkého kolegy, který, jak je výše popsáno, v tomto případě přispěl nepochybně dílem velmi významným v několika ohledech, ale i jednání zasahujícího lékaře. Ten, přestože je svou profesí kromě lékaře záchranné služby též zkušený anesteziolog, omezil se při akutním ošetření pacienta (zcela v souladu s principy přednemocniční neodkladné péče) pouze na řešení „nezbytně nutného“, a tento rámeček žádným způsobem nepřekročil ani osobně, ani nepřímou - například cestou určitého doporučení v rámci předání pacienta do péče neurologické JIP. David si z prvních okamžiků po návratu k vědomí a kontaktu se zasahujícím lékařem vybavuje lékařova slova „...řekni mi, co sis dal, ať ti můžu pomoci“... Tento dotaz už lékař více neopakoval.

Lze předpokládat, že pokud jde o směřování do odborné péče, mají výše popsané události nepochybně vliv zásadní a o délkách a komplikacích případných jiných cest lze pouze spekulovat.

Kvalitní psychoterapeutický program by jistě měl být vždy citlivě zaměřen na osobnost a individualitu klienta, na příčiny jeho problémů a umožnit mu pochopení souvislostí mezi nimi – umožnit správný náhled, porozumění a zpracování. Je nezbytné přistupovat ke klientovi empaticky a ohleduplně, aby nedošlo k retraumatizaci a vypadnutí z léčby, nebo vážnému narušení terapeutického vztahu. Na příběhu klienta Davida je nicméně patrná i důležitost a nutnost dalšího úhlu pohledu – pohledu na zdravotníka jako příslušníka specifické cílové skupiny, nacházejícího se uprostřed lidsky i profesně nesmírně citlivého a složitého problému, který vyžaduje včasnou, velmi pečlivě zacílenou intervenci a léčbu přizpůsobenou právě těmto specifickým. Dosud převažujícím stigmatizujícím přístupu se však bohužel není možné vyhnout ani snadno, ani rychle. O to příjemnější je zjistit, že názorem na podkladě kterého je tento zcela chybný, necitlivý a kontraproduktivní přístup postaven netrpí zdaleka každý. Jak Davidův příběh dokládá, naopak jsou mezi námi mnozí, kteří si i přes náročnost situace dokáží zachovat nadhled a zachovat se velmi osvíceným způsobem.

V rámci terapie pracuje psycholog i s diagnózou lehké depresivní poruchy (přechodně byla řešena i farmakologicky), kdy na pozadí problému vidí jako podstatné též zážitky z raného dětství, kdy byl David ve svém vývoji do jisté míry vlastně opuštěný, neměl v rodičích dostatečně pevné a silné citové zázemí a podporu. Byl traumatizován vlivem prostředí, ve kterém se nemohl přirozeně vyvíjet a získávat potřebné zkušenosti, hranice a zdravou jistotu jak vnitřní, tak i vnější. Ve velmi citlivém věku prožil několik velkých traumat - ztratil milovanou babičku, prožil velmi traumatický rozchod s dívkou a následně, byť s větším časovým odstupem ztratil i matku, ke které měl sice zvláštní, ale přesto silný citový vztah.

Především však terapeut pracuje s diagnózou závislosti na opioidech (F11.2), kdy po dostatečném zvládnutí situace bude v rámci psychoterapie věnována pozornost zejména strategiím zvládnání zátěžových situací.

Terapii David hodnotí jako velmi kvalitní. V terapeutickém vztahu se cítí dobře a pozitivně hodnotí citlivé vedení programu. Říká, že je sám překvapen, jak v průběhu terapie poznává sám sebe, jak si postupně uvědomil skutečnou situaci, její závažnost ale i existenci cesty z problému zpět „do světla“. Nutnost změny vnímal již dříve, ale cestu neviděl, necítil dostatečně silnou motivaci a neměl energii, kterou nyní vnímá stále více. Velmi si přeje vše zvládnout. V zaměstnání nejprve využil možnost neplaceného volna, nyní již 3 měsíce opět

pracuje, po dohodě prozatím na poloviční úvazek a pouze na denní směny. V současné době se mu daří plně abstinovat, k relapsu došlo pouze jednou a byl s pomocí terapeuta zvládnut poměrně rychle.

## 4 DISKUZE A ZÁVĚR

Vznik a vývoj závislostního chování ve vazbě na zvládnání akutního i chronického stresu z pracovní zátěže nelze oddělit od souvislostí a vlivů z předchozích časových a vývojových etap.

David byl od raného dětství traumatizován – nejprve nedostatkem péče a lásky rodičů, častými konflikty a problematickým vztahem s otcem, ztrátou babičky, která ho vychovávala a řadou dalších událostí. Nedostatečný zájem rodičů způsobil dětské trauma, které ještě posílilo srovnání se zcela odlišným přístupem k sestře. Nejhlubší kořeny sklonu k závislosti se tedy zřejmě nachází na půdě nefunkční rodiny, odkud si David nemohl odnést správné hodnotové vzorce a pevnou stopu prožitku sounáležitosti a lásky. Tedy pro budoucí život zásadní zkušenosti - sebejistotu a vědomí vlastních hranic spolu s pocitem, že se lze spolehnout na někoho jiného, důvěřovat, cítit blízkost, sdílet své emoce, mít podporu („křehké Já). Zřejmě zde chybí dostatečně silné mechanismy pro zvládnání nadměrně silných emocí (následek nedostatečné interakce a attachmentu matky s dítětem v raném dětství?) a psychické i fyzické zátěže, zejména je-li příliš často nadlimitní.

S nadměrnou zátěží jako běžnou součástí své práce se však klient samozřejmě setkával v zaměstnání téměř každou směnu a přestože pracovní zatížení a stres dlouho zvládal dobře, po určitém čase, pravděpodobně i vlivem dílčích souvislostí ze života soukromého přistoupil k užívání návykových látek jako negativní (avšak rychlé, účinné a dostupné) zvládací strategii. Nepřímo je z uvedeného případu zřejmý vliv absence psychologické péče o zaměstnance ze strany organizace - v organizaci kde je klient zaměstnán nejsou zavedeny systematické služby krizové intervence ani program podpůrných protistresových aktivit. Nepřípadá v úvahu, resp. není komu se otevřeně se svým problémem svěřit - v tomto ohledu nejsou vytvořeny podmínky. Tyto služby a péči pak zaměstnanci ani otevřeně nežadají, neboť

jak bylo uvedeno v předchozích kapitolách, zdravotníci a záchranáři zvláště se odborné pomoci vyhýbají, obávají se profesní stigmatizace a sami se o pomoc stydí požádat. Obě zúčastněné strany se tak ve své pozici vzájemně udržují a svým způsobem i podmiňují.

Výsledkem na výstupu pak velmi snadno může být právě směřování zaměstnanců k negativním zvládacím strategiím.

### **Výzkumné otázky - výsledek:**

č. 1 – V rámci práce s klientem bylo zjištěno, že jako největší a nejvýznamnější stresory vnímá pracovní přetížení ve smyslu přílišné četnosti výjezdů za jednotlivé směny - není dostatek času na předání pacienta (je nutno urychleně vyjet na další zásah), není čas vyplnit dokumentaci, není čas na jídlo ani krátký odpočinek. Dále za významný stresor pokládá klient konfliktního nebo jinak nekompatibilního kolegu v posádce, těžký úraz, resuscitaci a smrt dítěte a konfliktní svědky události (verbálně nebo fyzicky agresivní), též náročnou práci v noci. Na tyto stresory pak reaguje napětím, nervozitou, agresivním laděním; je v takové situaci nucen vynakládat mnoho energie ke zvládnutí svých projevů (ventilace těchto pocitů není možná).

č. 2 - K užívání návykových látek – Tramalu ve službě klient přistupoval dle svého vyjádření v přímé souvislosti s výše uvedenými stresory. Vliv jiných okolností nepokládá za rozhodující ani významný.

č. 3 - Užívané opioidní analgetikum získával po celou dobu ze zdroje (lékárny) na vlastním pracovišti, odběr léku probíhal dlouhodobě bez jakýchkoliv komplikací. Nikdo si zvýšené spotřeby nepovšiml, zásoba byla pravidelně doplňována. Získat lék jinou cestou klient nemusel po celou dobu užívání ani v jednom případě.

č. 4 - Využití adiktologických služeb klient dlouhodobě odmítal především proto, že věřil ve zvládnutí problému vlastními silami, dalším důvodem byla neznalost rozsahu a možností těchto služeb (klient měl tendenci velmi podceňovat možnosti adiktologické léčby). Velice významnou roli hrál strach z profesní stigmatizace.

č. 5 - Ze strany organizace by v kontextu problematiky klient pokládal za přínosné celkové vylepšení atmosféry v organizaci – péči o faktory přímo ovlivňující psychickou pohodu na pracovišti. Dále změnu rozvržení služeb v měsíci s ohledem na větší prostor pro odpočinek, tedy zejména adekvátní posílení vozů/posádek ve službě; zajištění kvalitních služeb krizové intervence, kvalitních a dostupných služeb psychologa a vhodně zaměřené relaxační programy.

Práce tímto upozorňuje na důležitost a nezbytnost psychosociální péče o zaměstnance záchranných služeb, jejíž pojetí a náplň se v rámci ČR na jednotlivých regionálních ZZS může lišit. Nabízí k úvaze i možnost rozšíření stávajících služeb s přímou specializací pro zdravotníky, ohrožené závislostmi a zneužíváním návykových látek, tj. poskytování úzce specializovaných služeb pro tuto specifickou a zároveň velmi četnou skupinu.

Výsledky práce mohou přispět ke zvýšení povědomí o rizikových faktorech a dalších úskalích, které mohou u zdravotnických záchranářů, zároveň však i u pracovníků v ostatních pomáhajících oborech vést k nežádoucím typům zvládacích mechanismů, zejména pak právě k užívání NL.

# Seznam použité literatury

1. ANDRŠTOVÁ, A. (2012). Psychologie a komunikace pro záchranáře. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4119-2.
2. BAŠTECKÁ, B. a kol. (2005). Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0708-X.
3. BARTŮŇKOVÁ, S. (2010). Stres a jeho mechanismy. Praha: Karolinum. 137 s. ISBN 978-80-146-1874-6
4. BROOKE, D., EDWARDS, G., TAYLOR, C. (1991). Addiction as an occupational hazard: 144 doctors with drug and alcohol problems. *British Journal of Addiction*, 86, 8, s. 1011-1016
5. CASADO, A. et al. (2006). Lipid peroxidation, occupational stress and aging in workers of a prehospital emergency service. *European Journal of Emergency Medicine*, 13(3), 165-171
6. CORBIN, J., STRAUSS, A. (1999). Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie (1st ed.). Boskovice: Albert.
7. DOBIÁŠ, V. a kol. (2007). Prednemocničná urgentná medicína. 1. vyd. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-255-7
8. DOBIÁŠ, V. (2007). Urgentná zdravotná starostlivosť. 2. vyd. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-244-1
9. DRÁBKOVÁ, J. (1997). Akutní stavy v první linii. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-238-7
10. FIŠAR, Z. (2002). Přehled biochemických účinků vybraných návykových látek. *Trendy ve farmakoterapii – Zdravotnické noviny*, č. 1, příloha, str. 8-10
11. FRANĚK, O. (2010). Manuál dispečera zdravotnického operačního střediska. 3. vyd. Praha. ISBN 978-80-254-5910-2
12. HONZÁK, R. (2008). Burnout syndrom, *Sestra*, č. 4, s. 27-28. ISSN 1210-0404
13. HONZÁK, R., KURZOVÁ, H. (2003). Burnout syndrom. *Sanquis*, 30(5), 42-45.
14. HUMPL, L., Prokop, J. M., Tobiášová, A. (2013). První psychická pomoc ve zdravotnictví, 1. vyd. Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-562-4
15. HYNIE, S. (1995). Speciální farmakologie Praha: Univerzita Karlova.

16. KALINA, K. (2003). Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky.
17. KALINA, K. (2015). Klinická adiktologie, 1. vyd. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-4331-8
18. KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. (2003). *Syndrom vyhoření*. Praha: Státní zdravotní ústav.
19. KONOPÁSEK, P., ŠEBLOVÁ, J. (1998). Jak vidíme sami sebe. Urgentní medicína 1, s. 33-35
20. KRÁLÍKOVÁ, E. (2003). Tabák a závislost na tabáku. Drogy a drogové závislosti 1, mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky.
21. KREEK, M. J., VOCCI, F. (2002) History and current status of opioid maintenance treatments. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23, 93 – 105.
22. KŘIVOHLAVÝ, J. (2003). Jak zvládat stres. Praha: Grada, 1994. ISBN 80-7169-121-6.
23. MATOUŠEK, O. (2003). Slovník sociální práce. Praha: Portál.
24. MIKŠÍK, O., BŘICHÁČEK, V. (1981). Detekce osob náchylných k psychickému selhání (metodická příručka ke komplexní vyšetřovací baterii, vyvinuté v rámci úkolu P-17-335-240/01). Praha: Výzkumný ústav psychiatrický. 131 s.
25. MINAŘÍK, KMOCH (2015). Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In Kalina, K. a kol., *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
26. MIOVSKÝ, M. (2006). Kvantitativní přístup a metody psychologického výzkumu. Praha: Grada Publishing.
27. NEŠPOR, K. (2000). Návykové chování a závislost. Praha: Portál.
28. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. (2001). Návyková rizika a stres u zdravotnických profesí – možnosti prevence a časné intervence. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.
29. PERLÍK, F. (2005). Základy farmakologie. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-374-5
30. POPOV, P. (2003). Alkohol. In Kalina K., a kol. *Drogy a drogové závislosti 1, mezioborový přístup*. Kapitola 3/1. Praha: NMS/Úřad vlády České republiky.
31. POPOV, P. (2001). Návykové poruchy. In Raboch, J., Zvolský, P. a kol.. *Psychiatrie*. Praha: Galén
32. SIVEK, V. (2004). Užívání a uživatelé konopných drog v kontextu analýzy mediálních zpráv. Diplomová práce. FFUP Olomouc.

33. ŠEBLOVÁ, J., KEBZA, V. (2005). Zátěž a stres pracovníků záchranných služeb – výsledky první části studie. Urgentní medicína, 8(1) 27–29.
34. ŠEBLOVÁ, J. (2000). Posttraumatická stresová porucha. Urgentní medicína, 3(2), 33–35.
35. ŠEBLOVÁ, J. a kol. (2009). Preventivní a intervenční psychologické techniky pro zaměstnance záchranných služeb. Urgentní medicína, 12 (1), s. 26-31. ISSN: 1212-1924
36. ŠPATENKOVÁ, N. a kol. (2004). Krize: psychologický a sociologický fenomén. 1. vyd. Praha: Grada. 129 s. ISBN 80-247-0888-4.
37. TÝMAL, M. (2003). Tabák, stručně podle bio-psycho-sociálního modelu. (20.10.2004). Dostupné na: <http://drogporadna.popjan.cz/tabak.htm>



# Seznam příloh

- 1 *Třígenerační genogram*
- 2 *Časová osa*
- 3a *Dotazník SVF 78 (část 1)*
- 3b *Dotazník SVF 78 (část 2)*
- 4 *Dotazník AUDIT*
- 5 *Kresba klienta*
- 6 *Ukázka z deníku matky klienta - kopie*
- 7 *Informační leták SPIS*
- 8 *Ukázka komunikace na tísňové lince*

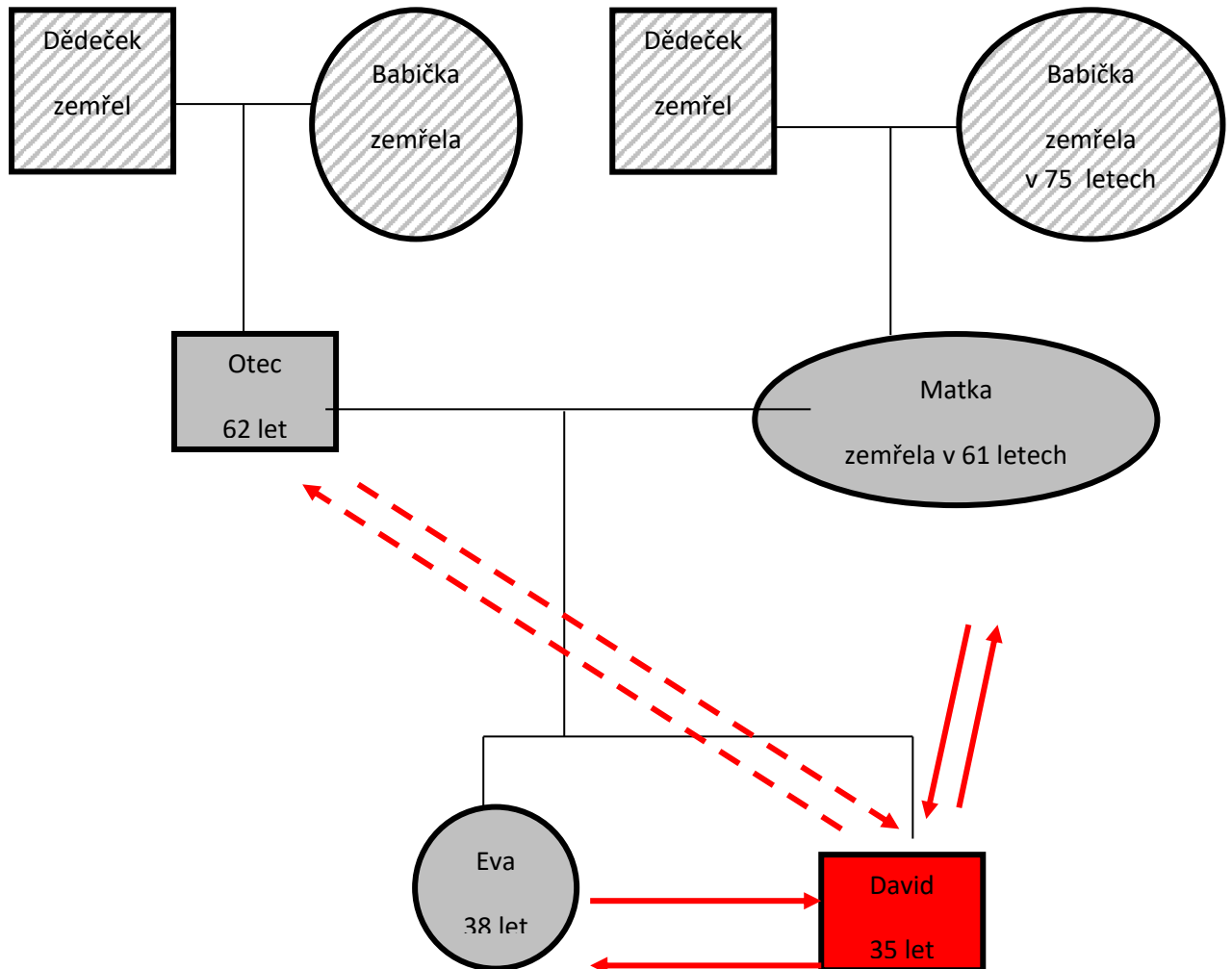
# Seznam zkratek

ADH	antidiuretický hormon
CNS	centrální nervový systém
CT	computer tomography – počítačová tomografie
EEG	elektroencefalografie
GABA	kyselina gama-aminomáselná (gama-aminobutryc acid)
GIT	gastrointestinální trakt
JIP	jednotka intenzivní péče
KPCR	kardio-pulmo-cerebrální resuscitace
MKN – 10	Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů (v originále International Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD)
NL	návyková látka
PNP	přednemocniční neodkladná péče
PTSD	posttraumatic stress disorder - posttraumatická stresová porucha
RLP	rychlá lékařská pomoc
RZP	rychlá zdravotnická pomoc
SPIS	System psychosociální intervenční služby
SSRI	selektivní inhibitor zpětného vychytávání serotoninu

THC	tetrahydrokanabinol
UPV	umělá plicní ventilace
VOŠ	vyšší odborná škola
ZOS	zdravotnické operační středisko
ZZS	zdravotnická záchranná služba

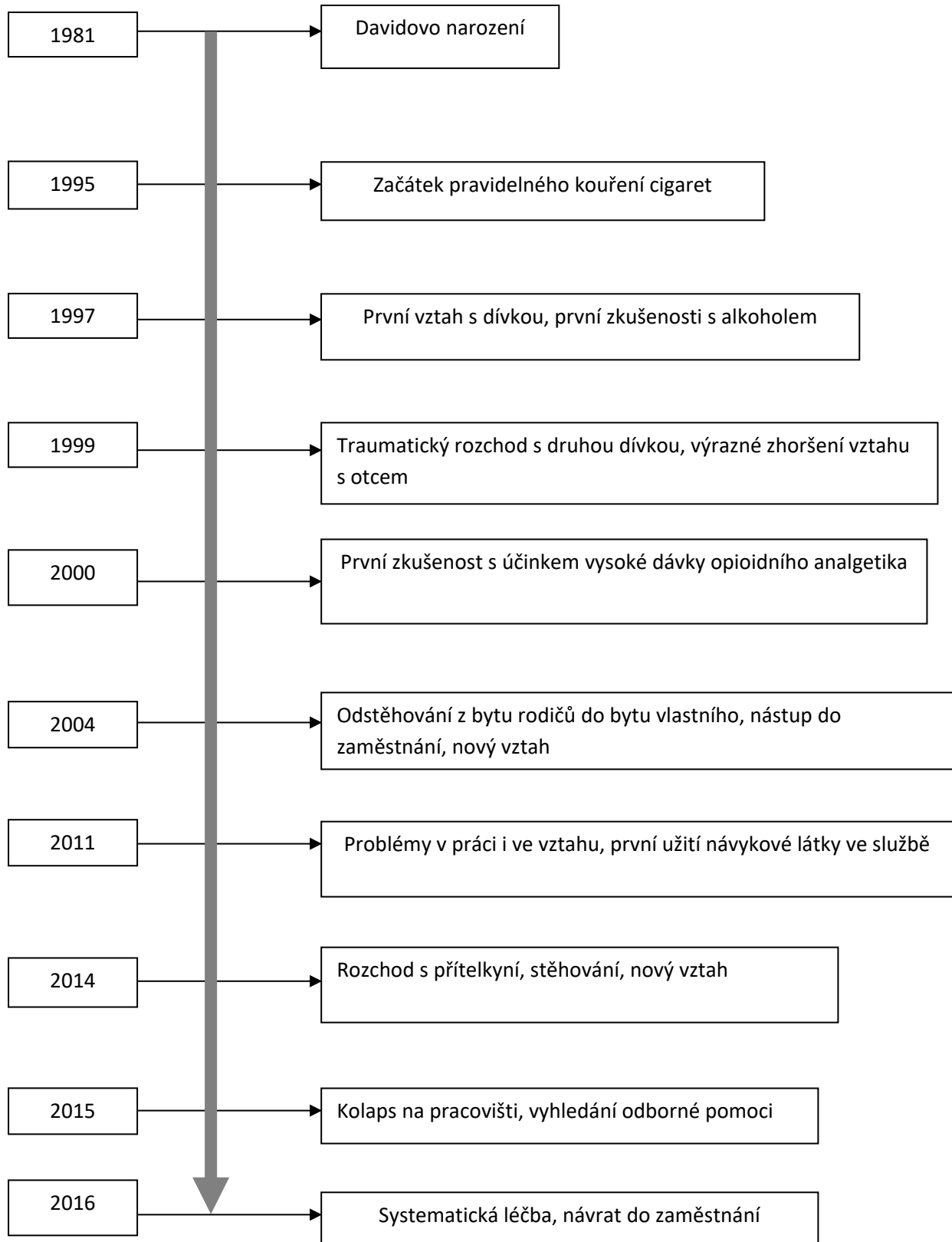
### **III. PŘÍLOHY**

### Třígenerační genogram



**Genogram** – červeně jsou znázorněny vztahy Davida jako indexovaného klienta k ostatním členům rodiny. Přerušované čáry značí konfliktní vztah.

Časová osa



V súlade s tým, koľko náhľadov (náhľadov) poskytnete / alebo uvažujete poskytnúť (na základe otázok) ...

1) ... snažiť sa poskytnúť najväčší možný počet náhľadov	0	1	2	3	4
2) ... náhľad si, keď sa rozhodnem vykonať a má	0	1	2	3	4
3) ... snažím sa, aby ma najviac poskytnutých náhľadov (na)	0	1	2	3	4
4) ... čím som sa najviac zaujímal(-a)	0	1	2	3	4
5) ... náhľad si, keď si nemám čo vybrať	0	1	2	3	4
6) ... nemám dostatok dôvod myslieť na niečo iné	0	1	2	3	4
7) ... pán sa, čo mám už z toho (už) povedať	0	1	2	3	4
8) ... poskytnúť náhľad mi dáva pokoj	0	1	2	3	4
9) ... chce sa ma od toho ušetriť	0	1	2	3	4
10) ... náhľad si, že to vyjde	0	1	2	3	4
11) ... poskytnúť, ak sa príliš rozhodnem na predloženie návrhu	0	1	2	3	4
12) ... rozhodnem sa s tým, že by som sa nemusel	0	1	2	3	4
13) ... snažím sa upraviť si všetky možnosti	0	1	2	3	4
14) ... pohľad k náhľadovi (či) ...	0	1	2	3	4
15) ... predložím náhľad vtedy, keď by som mal potrebu	0	1	2	3	4
16) ... čím si viac odobieram k tomu, nato čo mám opustiť	0	1	2	3	4
17) ... náhľad si, keď som si istý, že sa rozhodnem	0	1	2	3	4
18) ... náhľad si „so svojím prívčím od toho“	0	1	2	3	4
19) ... mám späť náhľad	0	1	2	3	4
20) ... náhľad si „musím sa zbaviť“	0	1	2	3	4
21) ... náhľad si, keď je príliš veľký náhľad (či) ...	0	1	2	3	4
22) ... príliš sa snažím náhľad poskytnúť (či) ...	0	1	2	3	4
23) ... mám náhľad (či) ...	0	1	2	3	4
24) ... keď som šťastný, že som sa rozhodol	0	1	2	3	4
25) ... rozhodnem sa na základe príjmu (či) ...	0	1	2	3	4
26) ... poskytnúť si „nemám sa rozhodnúť“	0	1	2	3	4
27) ... musím o tom s niekým poradiť	0	1	2	3	4

## DOTAZNÍK SVF 78

Wilhelm Janke, Gisela Erdmannová

Meno: .....  
 Uč: .....  
 Práca: .....  
 Datum: .....

Podobný je započítávaný dotazník.  
 Každý účastník má právo - rovnako, ak dlhšie alebo kratšie v súlade s tým, koľko náhľadov poskytnem, keď som si istý, že som sa rozhodol.  
 Príklady: 1. prístup, ktorý vzniká, keď sa rozhodnem, koľko náhľadov poskytnem. Sú to odpovede dané podľa toho, koľko náhľadov som poskytnul (či) ...  
 2. prístup, ktorý vzniká, keď sa rozhodnem, koľko náhľadov poskytnem (či) ...  
 3. prístup, ktorý vzniká, keď sa rozhodnem, koľko náhľadov poskytnem (či) ...  
 4. prístup, ktorý vzniká, keď sa rozhodnem, koľko náhľadov poskytnem (či) ...  
 5. prístup, ktorý vzniká, keď sa rozhodnem, koľko náhľadov poskytnem (či) ...  
 6. prístup, ktorý vzniká, keď sa rozhodnem, koľko náhľadov poskytnem (či) ...  
 7. prístup, ktorý vzniká, keď sa rozhodnem, koľko náhľadov poskytnem (či) ...  
 8. prístup, ktorý vzniká, keď sa rozhodnem, koľko náhľadov poskytnem (či) ...  
 9. prístup, ktorý vzniká, keď sa rozhodnem, koľko náhľadov poskytnem (či) ...  
 10. prístup, ktorý vzniká, keď sa rozhodnem, koľko náhľadov poskytnem (či) ...  
 11. prístup, ktorý vzniká, keď sa rozhodnem, koľko náhľadov poskytnem (či) ...  
 12. prístup, ktorý vzniká, keď sa rozhodnem, koľko náhľadov poskytnem (či) ...  
 13. prístup, ktorý vzniká, keď sa rozhodnem, koľko náhľadov poskytnem (či) ...  
 14. prístup, ktorý vzniká, keď sa rozhodnem, koľko náhľadov poskytnem (či) ...  
 15. prístup, ktorý vzniká, keď sa rozhodnem, koľko náhľadov poskytnem (či) ...  
 16. prístup, ktorý vzniká, keď sa rozhodnem, koľko náhľadov poskytnem (či) ...  
 17. prístup, ktorý vzniká, keď sa rozhodnem, koľko náhľadov poskytnem (či) ...  
 18. prístup, ktorý vzniká, keď sa rozhodnem, koľko náhľadov poskytnem (či) ...  
 19. prístup, ktorý vzniká, keď sa rozhodnem, koľko náhľadov poskytnem (či) ...  
 20. prístup, ktorý vzniká, keď sa rozhodnem, koľko náhľadov poskytnem (či) ...  
 21. prístup, ktorý vzniká, keď sa rozhodnem, koľko náhľadov poskytnem (či) ...  
 22. prístup, ktorý vzniká, keď sa rozhodnem, koľko náhľadov poskytnem (či) ...  
 23. prístup, ktorý vzniká, keď sa rozhodnem, koľko náhľadov poskytnem (či) ...  
 24. prístup, ktorý vzniká, keď sa rozhodnem, koľko náhľadov poskytnem (či) ...  
 25. prístup, ktorý vzniká, keď sa rozhodnem, koľko náhľadov poskytnem (či) ...  
 26. prístup, ktorý vzniká, keď sa rozhodnem, koľko náhľadov poskytnem (či) ...  
 27. prístup, ktorý vzniká, keď sa rozhodnem, koľko náhľadov poskytnem (či) ...



	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V situaci kdy jsem někdo (příbuzný/přítel) nebo někdo z rodiny / někdo v práci / někdo v okolí ...									
55b ... ujistím si, že je v mých silách situaci zvládnout	0	1	2	3	4	5	6	7	8
56 ... myslím si, že na tom opravdu záleží málo	0	1	2	3	4	5	6	7	8
57 ... potřebuji k tomu spíše radu nežliho jistoty	0	1	2	3	4	5	6	7	8
58 ... snažím se porozumět své chování	0	1	2	3	4	5	6	7	8
59 ... pokouším se vyrovnat se se svojí situací	0	1	2	3	4	5	6	7	8
60 ... v myšlenkách si představuji, že bych se z toho vybral	0	1	2	3	4	5	6	7	8
61 ... dovedu se s tím situací vyrovnat	0	1	2	3	4	5	6	7	8
62 ... řeknu si, „dovizuji si s tím“	0	1	2	3	4	5	6	7	8
63 ... přemýšlím se záměrně odlepím myšlenky od věci	0	1	2	3	4	5	6	7	8
64 ... doháním na to, aby přišel k takovému stavu, v kterém bych se cítil lépe	0	1	2	3	4	5	6	7	8
65 ... hledám něco, co by mě uspokojilo	0	1	2	3	4	5	6	7	8
66 ... snažím se od toho odpoutat pozornost	0	1	2	3	4	5	6	7	8
67 ... hledám věc, která by mě zabavila	0	1	2	3	4	5	6	7	8
68 ... snažím se s věcmi a problémy hovořit	0	1	2	3	4	5	6	7	8
69 ... snažím se najít nějakou osobu, ke které bych se mohl obrátit	0	1	2	3	4	5	6	7	8
70 ... myslím si, že k tomu rozhodně nic není	0	1	2	3	4	5	6	7	8
71 ... říkám si, že se s tím vyrovnám	0	1	2	3	4	5	6	7	8
72 ... snažím se najít důvod, proč se tak cítím	0	1	2	3	4	5	6	7	8
73 ... snažím se najít nějakou osobu, ke které bych se mohl obrátit	0	1	2	3	4	5	6	7	8
74 ... snažím se od toho odpoutat	0	1	2	3	4	5	6	7	8
75 ... snažím se najít nějakou osobu, ke které bych se mohl obrátit	0	1	2	3	4	5	6	7	8
76 ... snažím se přemýšlet o jiných věcech, které k situaci vedou	0	1	2	3	4	5	6	7	8
77 ... snažím se najít nějakou osobu, ke které bych se mohl obrátit	0	1	2	3	4	5	6	7	8
78 ... snažím se najít nějakou osobu, ke které bych se mohl obrátit	0	1	2	3	4	5	6	7	8

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V situaci kdy jsem někdo (příbuzný/přítel) nebo někdo z rodiny / někdo v práci / někdo v okolí ...									
28 ... přemýšlím, proč se cítím takto	0	1	2	3	4	5	6	7	8
29 ... snažím se odlepím myšlenky od věci	0	1	2	3	4	5	6	7	8
30 ... snažím se najít nějakou osobu, ke které bych se mohl obrátit	0	1	2	3	4	5	6	7	8
31 ... snažím se najít důvod, proč se tak cítím	0	1	2	3	4	5	6	7	8
32 ... snažím se odlepím myšlenky od věci	0	1	2	3	4	5	6	7	8
33 ... snažím se najít nějakou osobu, ke které bych se mohl obrátit	0	1	2	3	4	5	6	7	8
34 ... snažím se odlepím myšlenky od věci	0	1	2	3	4	5	6	7	8
35 ... říkám si, že se s tím vyrovnám	0	1	2	3	4	5	6	7	8
36 ... snažím se najít důvod, proč se tak cítím	0	1	2	3	4	5	6	7	8
37 ... snažím se odlepím myšlenky od věci	0	1	2	3	4	5	6	7	8
38 ... snažím se najít nějakou osobu, ke které bych se mohl obrátit	0	1	2	3	4	5	6	7	8
39 ... snažím se odlepím myšlenky od věci	0	1	2	3	4	5	6	7	8
40 ... snažím se najít nějakou osobu, ke které bych se mohl obrátit	0	1	2	3	4	5	6	7	8
41 ... snažím se odlepím myšlenky od věci	0	1	2	3	4	5	6	7	8
42 ... snažím se najít důvod, proč se tak cítím	0	1	2	3	4	5	6	7	8
43 ... snažím se odlepím myšlenky od věci	0	1	2	3	4	5	6	7	8
44 ... snažím se najít nějakou osobu, ke které bych se mohl obrátit	0	1	2	3	4	5	6	7	8
45 ... snažím se odlepím myšlenky od věci	0	1	2	3	4	5	6	7	8
46 ... snažím se najít důvod, proč se tak cítím	0	1	2	3	4	5	6	7	8
47 ... snažím se odlepím myšlenky od věci	0	1	2	3	4	5	6	7	8
48 ... snažím se najít nějakou osobu, ke které bych se mohl obrátit	0	1	2	3	4	5	6	7	8
49 ... snažím se odlepím myšlenky od věci	0	1	2	3	4	5	6	7	8
50 ... snažím se najít důvod, proč se tak cítím	0	1	2	3	4	5	6	7	8
51 ... snažím se odlepím myšlenky od věci	0	1	2	3	4	5	6	7	8
52 ... snažím se najít důvod, proč se tak cítím	0	1	2	3	4	5	6	7	8
53 ... snažím se odlepím myšlenky od věci	0	1	2	3	4	5	6	7	8
54 ... snažím se najít důvod, proč se tak cítím	0	1	2	3	4	5	6	7	8

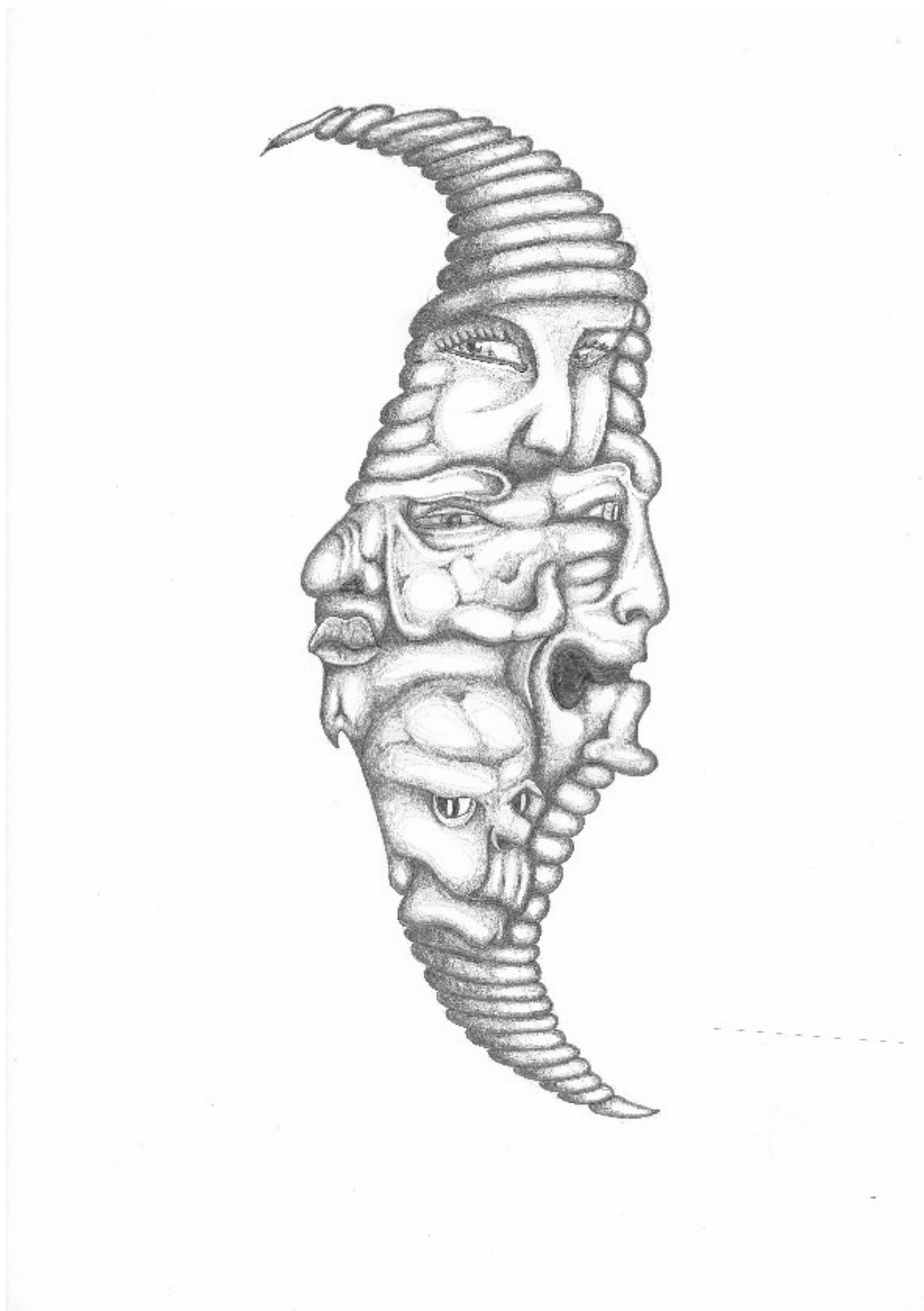


Příloha č. 4 – Dotazník AUDIT

**Dotazník AUDIT:**  
 Užívání alkoholu může mít vliv na Vaše zdraví a může také ovlivňovat účinky některých léků, proto považujeme za důležité zaprpt se Vás na Vaše zvyklostí pokud jde o pití alkoholu. Vaše odpovědi jsou považovány za důvěrné informace, prosíme Vás proto o upřímné odpovědi. U každé otázky zaškrtněte možnost, která nejvíce vystihuje Vaši odpověď.

Demografické informace (neuvádějte, prosím, jméno):  
 Pohlaví: muž Žena Věk: 45 let Dokončené vzdělání: 105  
 Současné zaměstnání: .....

Otázky	0	1	2	3	4	Score
1. Jak často se napijete nějakého alkoholického nápoje?	Nikdy	Jednou měsíčně nebo méně často	Dva- až čtyřikrát měsíčně	<u>Dva- až třikrát týdně</u>	Čtyřikrát nebo vícekrát týdně	
2. Kolik sklenic alkoholického nápoje si dáte v typický den, kdy něco píte? (označte počet sklenic alkoholického nápoje)	1 nebo 2	3 nebo 4	<u>5 nebo 6</u>	7 nebo 8	10 nebo více	
3. Jak často vypijete šest nebo více sklenic alkoholického nápoje při jedné příležitosti?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	<u>Každý týden</u>	Denně nebo téměř denně	
4. Jak často během posledního roku jste zjistil/a, že nejste schopen/schopna přestat pít, jakmile začnete?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	<u>Každý týden</u>	Denně nebo téměř denně	
5. Jak často během posledního roku jste nebyl/a kvůli půli schopen/schopna udělat to, co se od vás normálně očekávalo?	Nikdy	<u>Méně než jednou měsíčně</u>	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
6. Jak často během posledního roku jste se potřeboval/a napít hned ráno, abyste se dostal do formy po nactémém pití předešlý den?	Nikdy	<u>Méně než jednou měsíčně</u>	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
7. Jak často během posledního roku jste měl/a pocit výmy nebo výčitek svědomí po pití?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	<u>Každý týden</u>	Denně nebo téměř denně	
8. Jak často se během posledního roku stalo, že jste si nebyl/a schopen/schopna vzpomenout, co se stalo předešlý den večer, protože jste pil/a?	Nikdy	<u>Méně než jednou měsíčně</u>	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
9. Utrpěl/a jste vy nebo někdo jiný úraz v důsledku vašeho pití?	Ne		Ano, ale ne v posledním roce		<u>Ano, během posledního roku</u>	
10. Měl někdo z vašich příbuzných nebo přátel nebo lékař výhrady kvůli vašemu pití nebo Vám doporučil s pitím přestat?	Ne		Ano, ale ne v posledním roce		<u>Ano, během posledního roku</u>	
					<b>Celkem</b>	



A květinám stovna v jednom  
pam a kol penom  
křím jin, ke pam kromom  
druhé druhů pělom, rovnom moj  
a pam stovna

9. 4.  
Přid pam někde poble,  
někde pome,  
By bod [redacted] to do kade  
ob pam kol kromě typ, je  
do pam poble poble  
je to jiné dlebr, že  
pam dlebr se poble, pam by  
pam poble

8 4  
Nedat se křit, poble  
se ostid pam, pam  
poble. To se kromom  
poble. To se křit

Doty tohm křit oice  
se pam křit ale pam křit  
dru. poble, křit. křit  
poble poble křit a pam  
poble, ale pam a pam,  
pam pam pam křit,  
pam pam pam křit  
poble křit.

9. 4.  
Nedat se křit, ale  
poble pam křit poble  
poble někde křit křit  
poble a pam křit, pam  
pam křit křit křit  
A pam křit křit pam  
poble, pam křit křit  
pam, pam pam pam  
poble, pam křit křit



### KDO SLUŽBU ORGANIZUJE?

Záštítu a podporu SPIS poskytl Asociace zdravotnických záchranářských služeb ČR.

Za celou službu zodpovídají odborní garanti (kliničtí psychologové s úrovní zdravotníků, kteří prošli stejným výcvikem jako všechny osoby zapojené v systému, [garanti@spiscr.info](mailto:garanti@spiscr.info)

V jednotlivých krajích jsou tzv. krajsí koordinátoři. Ti zajišťují dostupnost péče a organizují činnost S-ITS na svěřeném území.

### KDYŽ CHCI ZŮSTAT ANONYMNÍ...

O obsahu uskutečněného setkání zanešt-návratel ani nadřízený záchrnou zprávu nedobývá.

### SPIS ZARUČUJE:

- Profesionální přístup.
- Měřítkost a diskretnost.
- Bezpečné prostředí pro sdělování.
- Přizpůsobení se potřebám uživatele.

### KOHO POŽÁDAT O TUTO SLUŽBU?

- Klerikální úřady ve výšším okolí.
- Peers nebo krajského koordinátora na webových stránkách [www.spiscr.info/cs/kontakty/t1002/](http://www.spiscr.info/cs/kontakty/t1002/)
- Praha uvedeného níže.

### KONTAKT NA PEERA



**S NÁROČNOU PROFESNÍ ZKUŠENOSTÍ NEMUSÍTE ZŮSTÁVAT SAMI!**



Zdravotníci pracovníci jsou jako bůžci na dlouhých tratích. Chceme-li, aby běželi cobře a nepadli na trati vysloním, musíme se o ně starat.

[www.spiscr.info](http://www.spiscr.info)

SPIS je s užba orientovaná na podporu všech zdravotníků, kteří prožívají profesně náročnou a někdy i nadlimitně záležkovou situaci.

System zahrnuje jak poskytování inter-venčních služeb, tak preventivní opatření – informuje a provádí edukaci vlnedných s.rategie při záležkovém stresu.

### CO PROGRAM NABIZI?

- Pomáhá obnovit duševní rovnováhu eo prožívání nadlimitní profesní situace.
- Měde k pochopení reakce na nadlimitní záležkovost.
- Podporuje hledání vlastních zdrojů záležkování psychologické záležkovy.
- Služba jako prevence vzniku a rozvoje:
  - syndromu profesního vyčerpání,
  - závislosti na psychotropních lékách,
  - posttraumatické stresové poruchy,
  - psychosomatických onemocnění.
- Službu získá pouze osoba se záležkovou situací.

V systému jsou zapojení vyškolení peeri, kliničtí psychologové a ošych s.r, kteří mají pracovní zkušenosti s nadlimitními situacemi a jejich záležkováním.

Služba je pro uživatele, který ji vyhledá, bezplatná.

### KDO JE TO PEER?

Peer je profesní kolega, tedy např. lékař, zdravotnický záchranář, záchranář sestry, operátor nebo řidič záchranář, který absolvoval specifický výcvik a získal dovednosti pro poskytování pomoci při záležkově-psychicky náročných profesních situacích.

V případě potřeby je k dispozici svým kolegům s kolektivem zdravotníků.

### ZDRAVOTNÍCI JSOU PROFESIONÁLOVÉ, PROČ POTŘEBUJÍ PSYCHOSOCIÁLNÍ PODPORU?

Zdravotníci jsou také jerní lidé, a proto na ně mohou dopadat vlivy amatérských traumatických událostí úplně stejně, jako na přímo zasažené.

Nesou-li si tato neakumulovaná traumata dále životem, může se u nich plžně rozvíjet syndrom vyčerpání, což může vést až k opo-tyčení a poškození těch, kterým pomáhají.

Úkolem této péče je prožité události uzavřít, aby se nevytvořily v situacích, kdy budou komplikovat práci.



### JAK PROBIHAJÍ INTERVENCE?

- Individuální – pouze s peerem.
- Skupinové – účastní se členové týmu, kteří prošli nadlimitní profesní situací.

### CO MUŽE BYT NADLIMITNÍ UDÁLOST NEBO SITUACE?

- Úmrtí nebo zranění členů týmu.
- Sebevražda kolegy nebo ukous u ní
- Chročení vlastního žívota či zdravotí
- Naloučování záchranářů kolegy.
- Hromadná neštěstí.
- Kontakt s obětmi a pozůstatky.
- Narozčiny pokus o záchranu pacienta.
- Zasažení s umrtvím nebo poraněním dítěte.
- Událost a velkou pozomošti medii.
- Jakákoli jiná událost, které mají přiřít silný dobov...

Zdravotník má právo na péči o své oševní zdroje, což zachováte i zákonem č. 374/2011 Sb., paragraf 18, ods. 6.



## **Intoxikace drogou v parku u jedné z fakultních nemocnic v Praze**

*(přepis reálného hovoru)*

### **Úvod**

Při každém hovoru by si měl operátor představit, jaká je asi situace na místě. Velmi výrazně mu to pomůže vžít se do role volajícího a optimalizovat tak kladené otázky. Je třeba přistupovat k volajícímu jako k rovnocennému partnerovi, nepodceňovat jeho názor, nesnažit se jej kárat a obecně poučovat. Je na místě dát najevo, že operátor rozumí, kde je problém, v čem volající potřebuje pomoci.

Obecný postup při příjmu tísňové výzvy je v základní rovině veden takto:

- zjištění informace o telefonním čísle volajícího (zobrazuje se většinou automaticky)
- adresa události (město, ulice, číslo domu, patro/event. rodinný dům), v terénu orient. body, kilometr dálnice, směr atd.
- příjmení pacienta, jméno, rok narození (nebo rozlišení muž-žena, dítě, přibližný věk)
- klasifikace události (např. dušnost, bezvědomí, popáleniny, alergie, úraz elektrickým proudem, dopravní nehoda, pád z výše, intoxikace, porod, CMP, křeče, atd.)
- indikace + priorita (stupeň naléhavosti) – řídí se předcházející klasifikací, jde o výběr typu zasahující posádky - zda na místo vyjede RZP, nebo RLP + RZP, event. pouze RLP (exitus, negativní revers, úřední výkon), zásah LZS

Známkou profesionality je pozitivní, klidný, věcný přístup. Komunikace by měla za všech okolností probíhat vstřícně a klidně. Rozrušení volajícího je třeba tolerovat, úkolem operátora je snažit se volajícího uklidnit, nikoliv prudkou reakcí budovat komunikační bariéru. Je vhodné snažit se najít s volajícím společnou řeč, nabídnout mu vstřícné řešení, které je reálně proveditelné. Není-li možné splnit očekávání volajícího, srozumitelně mu vysvětlíme důvody a nabídneme dostupné řešení.

V případě, že se situace z jakéhokoliv důvodu dostává mimo zónu racionálního uvažování a jednání, je nanejvýš žádoucí zabránit další eskalaci napětí, které hrozí závažným komunikačním problémem.

Jedním z neúčinnějších způsobů, jak získat odpověď na nutnou otázku nebo jak přimět volajícího k provedení určité činnosti, je metoda opakování jednoduchých vět – jedná se zde o praktické využití asertivní techniky „poškozená gramofonová deska“. Klidně, ale důrazně opakujeme příslušnou otázku/pokyn.

***Příklad:***

*V = volající (svědek události, kamarád postiženého)*

*D = dispečerka Zdravotnické záchranné služby (operátorka tísňové linky 155)*

***Situace: Na základě informací z předchozí části hovoru susp. intoxikace drogou při i. v. podání***

*D: Pane, říkal jste, že kamarád leží na zádech - podívejte se mu na hrudník a řekněte mi, jestli vidíte nádech a výdech, jestli se mu zvedá hrudník – říkejte mi vždy slovo „TEĎ“, když uvidíte nádech, alespoň 5x za sebou! To je teď nejdůležitější.*

*V: Já nevím, asi ne, já nejsem doktor!*

*D: (důrazně) Pane, prosím, je to důležité, dýchací pohyby hrudníku jistě uvidíte, nebojte se, zkuste to a dobře se podívejte, musíme se snažit vašemu kamarádovi pomoci, potřebuje to.*

*V: (křičí, je velmi rozrušený) ... já nevím, pořád nereaguje a je hrozně bledej!*

*D: Pane, dýchá ten člověk?*

*V: Prosím vás neptejte se, jede sem teda někdo?!*

*D: Sanitka je na cestě, podívejte se mu na hrudník, podívejte se mu na hrudník a řekněte mi, jestli vidíte nádech!*

*V: On je nějaký modřej! Kde je sakra ta sanitka, poslala jste sem někoho?!*

*D: Pokud je modrý v obličejí, tak zřejmě nedýchá – řeknu vám, jak zatím pomůžeme. Klekněte si ze strany k hrudníku pacienta, mírně mu zakloňte hlavu, aby měl volné dýchací cesty a opřete se oběma rukama o prostředek jeho hrudníku, doprostřed mezi prsa. Své ruce propněte*



*v loktech a stlačujte do hloubky asi 5-6- centimetrů. Frekvence ted' – ted' – ted' (dispečerka názorně naznačuje tempo srdeční masáže). Udělejte asi 5 stlačení a na chvíli přestaňte. Ted' se znovu podívejte na hrudník – dýchá už?*

*V: ... jo, ted' se asi nadechl! A pohnul rukama...*

*D: Skvěle, jste moc šikovný, nebojte se, to zvládneme - dívejte se a vždy řekněte „TED'“ při nádechu.*

*V: Počkejte - ... ted'... ted'... ted'... ted'...*

*D: Výborně, to znamená, že už dýchá - pomalu, ale docela pravidelně, v tom případě ted' není nutná žádná vaše další pomoc, zůstanu s vámi na lince do příjezdu sanitky, je v tuto chvíli tři ulice od vás, hlídejte prosím stále až do příjezdu záchranářů pravidelnost dýchání a barvu v obličeji, pokud by se vám zdálo, že se jakkoliv mění, hned mi to řekněte... atd.*

*V závěru hovoru dispečerka volajícího znovu chválí a děkuje za velmi dobrou spolupráci.*

**Závěr zásahu:** *po příjezdu posádek RZP a RLP (tísňová výzva ZOS: klasifikace „bezvědomí, nedýchá – susp. intoxikace neznámou látkou“ => indikace RLP+RZP) pacient již částečně při vědomí, spontánní ventilace. Vyšetřen, podán Intrenon (Naloxon) 0,4 mg i. v. ke zvládnutí stavu a respiračního útlumu po podání opiátu. Pacient následně vyjadřuje přání odejít, po rozhovoru se zasahující lékařkou však akceptuje její doporučení a je transportován na metabolickou jednotku k observaci a další péči.*

Výše popsanou technikou lze zpravidla s velkým úspěchem dosáhnout cíle při současném plném využití možnosti ignorovat veškeré argumenty, výpady a doprovodné komentáře protistrany. I excitovaný volající si touto cestou nakonec uvědomí, co od něj potřebujeme.

Ze strany operátorek je hlavní a prvořadé získat údaje potřebné k výjezdu posádky ZZS a vedení úkonů první pomoci na místě, tzn. za každou cenu udržet volajícího na lince. Jakkoliv neadekvátní, hrubé a vulgární jednání ze strany volajícího je třeba na rozdíl od běžné „civilní“ situace ponechat bez reakce - v zájmu zajištění potřebného rozsahu péče o postiženého. Pokud jsou již všechny potřebné informace a úkony zajištěny, lze hovor ukončit.

Je nutné zvládnout stres a naučit se agresivní, hrubé a vulgární výpady nevstřebávat, přestože to často není lehké, někdy dokonce téměř nemožné. V rámci komunikace na tísňové



lince je práce se stresem volajícího svědka události a zároveň i stresem vlastním součástí převládající části hovorů. Efekt však musí být vždy směřován ve prospěch postiženého na místě neštěstí – nikoliv ve prospěch vlastní pozice nebo sebevědomí operátorky, ať už osobní, nebo profesní.

K osobnímu setkání operátora tísňové linky a volajícího prakticky nikdy nedochází. O to více bychom měli dbát na etický, lidský přístup a empatii – mají stejný význam, jako ty nejlepší odborné instrukce.