

Univerzita Karlova v Praze

3. lékařská fakulta

Dizertační práce oboru preventivní medicína

**Zátěž, stres a syndrom vyhoření u pracovníků
zdravotnických záchranných služeb – možnosti včasné
diagnózy, prevence a terapie**

Jana Šeblová

2007

Velmi bych chtěla poděkovat svému školiteli docentu PhDr. Vladimírovi Kebzovi, CSc. za cenné připomínky a za inspiraci během práce v oblasti zavádění technik krizové intervence, MUDr. Daně Hlaváčkové za podporu projektů, týkající se psychologické připravenosti z hlediska krizového řízení - nejprve na úrovni ÚSZS Středočeského kraje a posléze i na Ministerstvu zdravotnictví ČR, MUDr. Robertovi Zelenákovi, řediteli ÚSZS Středočeského kraje, za podporu péče o zaměstnance v širokém kontextu včetně zavádění programů kontroly stresu, PhDr. Blance Čepické za mravenčí práci se zaměstnanci naší organizace a za její upřímný zájem o problematiku všech profesních skupin a hlavně operátorek, Ing. Zbyňkovi Kubcovi za pomoc s kategorizací a zpracováním dat. Děkuji také všem, kteří byli ochotni se zúčastnit dotazníkové studie a měli následně odvahu vstoupit do neznámých vod psychologických intervencí, a v neposlední řadě bych chtěla poděkovat své matce RNDr. Ireně Urbánkové, CSc., a dcerám Nině a Dominice za trpělivost s mým věčným studováním.

Obsah:

| | |
|---|-----------|
| Seznam použitých zkratké..... | 7 |
| A. Souhrn, metodika a výsledky předkládané práce..... | 8 |
| B. Teoretická část | 14 |
| 1. Úvod do problematiky..... | 14 |
| 1.1. Práce na záchranné službě a rizikové faktory z hlediska psychologické zátěže.... | 14 |
| 1.2. Historie resuscitace při neúrazových i úrazových stavech..... | 15 |
| 1.3. Historie urgentní medicíny a záchranných služeb ve světě a v České republice.... | 17 |
| 1.4. Společenské změny a změny v přístupu ke zdravotnictví po roce 1989..... | 20 |
| 1.5. Agrese ve společnosti, ve zdravotnictví a vůči zdravotníkům..... | 22 |
| 2. Charakteristiky práce na záchranné službě..... | 25 |
| 2.1. Typické rysy práce..... | 25 |
| 2.2. Typická osobnost záchranáře v souvislosti s riziky vzniku vyhoření..... | 28 |
| 2.3. Týmová práce a její specifická podoba u záchranné služby..... | 30 |
| 2.4. Specifika operačního řízení..... | 32 |
| 2.5. Rizika práce na záchranné službě..... | 36 |
| 2.6. Problematika mimořádných událostí a hromadných neštěstí..... | 37 |
| 3. Požadavky na jednotlivé profese v ČR..... | 39 |
| 3.1. Požadavky na odbornost v jednotlivých profesích a zákonné normy | 39 |
| 3.2. Lékaři..... | 40 |
| 3.3. Nelékařské zdravotnické profese..... | 41 |
| 3.3.1. Střední zdravotničtí pracovníci..... | 41 |
| 3.3.2. Řidiči – záchranáři..... | 44 |
| 3.3.3. Pracovníci operačních středisek záchranné služby..... | 45 |
| 4. Reakce na stres a psychologická morbidita v souvislosti se stresem | 46 |
| 4.1. Patofyziologie stresové odpovědi a fáze poplachové reakce..... | 46 |
| 4.2. Odpověď organismu na stres a poruchy spojené se stresem..... | 49 |
| 4.3. Druhy stresu a kritické události..... | 51 |
| 4.4. Akutní stresová reakce | 53 |

| | |
|---|-----------|
| 4. 5. Posttraumatická stresová porucha..... | 54 |
| 4. 6. Poruchy přizpůsobení, jiné reakce na závažný stres, reakce na závažný stres nespecifikovaná..... | 55 |
| 4. 7. Psychosomatická onemocnění..... | 56 |
| 5. Syndrom vyhoření..... | 57 |
| 5.1. Základní pojmy..... | 57 |
| 5.2. Složky a fáze syndromu vyhoření..... | 60 |
| 5.3. Rizikové a protektivní faktory syndromu vyhoření..... | 61 |
| 5.4. Diagnostika a diferenciální diagnostika syndromu vyhoření..... | 64 |
| 5.5. Možnosti intervence, zvládnání a prevence..... | 66 |
| 6. Techniky zvládnání stresu..... | 67 |
| 6. 1. Nevědomé způsoby vyrovnávání se stresem..... | 67 |
| 6. 2. Pozitivní zvládací mechanismy..... | 69 |
| 6. 3. Negativní zvládací mechanismy..... | 70 |
| 6. 4. Prevence působení nadměrného stresu (individuální; ze strany zaměstnavatele).. | 70 |
| 7. Některé studie, zkoumající výskyt profesního stresu záchranářů..... | 72 |
| 7. 1. Výsledky studií profesního stresu a jeho dopadů..... | 72 |
| 7.2. Problematika výzkumu v oblasti krizové intervence..... | 78 |
| 8. Techniky krizové intervence (CISM)..... | 80 |
| 8. 1. Úvod..... | 80 |
| 8. 2. Historický přehled..... | 81 |
| 8. 3. Předpoklady působení technik CISM..... | 82 |
| 8. 4. Jednotlivé techniky, zahrnuté v systému krizového managementu stresu | 84 |
| 8. 4. 1. Debriefing..... | 84 |
| 8. 4. 2. Defusing..... | 86 |
| 8. 4. 3. Ostatní techniky..... | 86 |
| 8. 4. 4. Modifikace některých technik na bázi Mitchellova modelu CISM..... | 87 |
| 8. 5. Preventivní aktivity a cílené programy..... | 88 |

| | |
|---|-----|
| C. Výzkumná část | 90 |
| I. Cíle výzkumného projektu | 90 |
| II. Metodika | 90 |
| 1. První část studie – rok 2003 – 2004..... | 90 |
| 2. Druhá část studie – rok 2004 – 2006..... | 92 |
| 3. Třetí část studie – rok 2005 – 2006..... | 93 |
| III. Kritéria zařazení do studie | 94 |
| IV. Zpracování výsledků | 94 |
| V. Výsledky první části studie | 95 |
| 1. Záchrané služby zúčastněné ve studii a demografická charakteristika souboru.... | 95 |
| 2. Stresory a jejich kategorizace | 96 |
| 3. Možnosti zlepšení uváděných negativních aspektů profese..... | 98 |
| 4. Pozitivní aspekty práce na záchrané službě | 99 |
| 5. Dotazy týkající se technik vyrovnávání se stresem | 100 |
| 5. 1. Abúzus návykových látek | 100 |
| 5. 2. Mimopracovní záliby..... | 101 |
| 5. 3. Sportovní aktivity | 102 |
| 5. 4. Dotazník „Jak zvládáte stres?“ | 103 |
| 6. Kritické události a rizika spojená s prací na záchrané službě | 104 |
| 6. 1. Expozice předdefinovaným kritickým událostem | 104 |
| 6. 2. Vlastní ohrožení během výkonu služby..... | 105 |
| VI. Celkové výsledky příznaků syndromu vyhoření (2003 a 2005) | 106 |
| VII. Srovnání se studií „Jak vidíme sami sebe“ z roku 1998 | 110 |
| VIII. Zavádění preventivních a intervenčních programů | 112 |
| 1. Preventivní přednášky a ukázky technik CISM | 112 |
| 2. Ostatní typy preventivních a intervenčních programů | 113 |
| 3. Mezioborová spolupráce | 116 |
| 4. Program Ministerstva zdravotnictví ČR v rámci krizové připravenosti..... | 117 |
| IX. Diskuze | 119 |
| X. Návrh metodiky pro uplatňování technik krizové intervence v praxi záchraných služeb | 122 |
| XI. Závěry | 124 |

| | |
|--|-----|
| D. Seznam literárních zdrojů | 126 |
| E. Přílohy | 135 |
| 1. Dotazník z roku 2003..... | 135 |
| 2. Průvodní dopis z roku 2003..... | 137 |
| 3. Dotazník z roku 2005..... | 138 |
| 4. Dotazník „Jak zvládáte stres?“..... | 140 |
| G. Grafy | 141 |
| 1. Stresory – četnost..... | 141 |
| 2. Stresory – intenzita..... | 141 |
| 3. Možnosti zlepšení negativních aspektů profese..... | 142 |
| 4. Pozitiva práce na záchranné službě – četnost..... | 142 |
| 5. Pozitiva práce na záchranné službě – intenzita..... | 143 |
| 6. Mimopracovní záliby respondentů..... | 143 |
| 7. Sportovní aktivity respondentů..... | 144 |
| 8. Expozice předdefinovaným kritickým událostem | 144 |
| 9. Riziko vlastního ohrožení – nehoda | 145 |
| 10. Riziko vlastního ohrožení – napadení..... | 145 |
| F. Výběr z publikací a přednáškové činnosti autorky | 146 |

Seznam použitých zkratk

ACTH – adrenokortikotropní hormon
ARIP – anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče
ASAP – Assaulted Staff Action Program
CISD – Critical Incident Stress Debriefing
CISM – Critical Incident Stress Management
CQF – Cognitive Failure Questionnaire
CNS – centrální nervová soustava
DZZ – diplomovaný zdravotnický záchranář
EKG – elektrokardiogram
EuSEM – European Society of Emergency Medicine
GIT – gastrointestinální trakt
HZS – Hasičský záchranný sbor
ICHS – ischemická choroba srdeční
IZS – Integrovaný záchranný systém
KŠVS – Krajské školicí a výcvikové středisko
LSPP – Lékařská služba první pomoci
MBI – Maslach Burnout Inventory
MDA - malondialdehyd
MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí
MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky
PČR – Policie České republiky
PTSP – posttraumatická stresová porucha
RLP - Rychlá lékařská pomoc
RZP – Rychlá zdravotnická pomoc
SART – Sustained Attention to Response Task
SZP – střední zdravotnický pracovník
TBC – tuberkulóza
ÚSZS – Územní středisko záchranné služby
ZOS – zdravotnické operační středisko
ZZS – zdravotnická záchranná služba

A. Souhrn, metodika a výsledky předkládané práce

Práce na záchranné službě je jak samotnými pracovníky, tak veřejností vnímána jako náročná a stresující. Je charakterizována mj. opakovanými expozicemi kritickým událostem a zaměstnanci jsou vystaveni též řadě chronických stresorů, obsahuje mnohé prvky, které zaměstnance ohrožují rizikem vzniku a rozvoje syndromu vyhoření. Vysoká expozice dlouhodobě působícím stresorům, které vyplývají z charakteru práce, přispívá sama o sobě k celkovému distresu a k rozvoji příznaků poruch psychického nebo fyzického zdraví. V moderní společnosti spočívá úloha záchranné služby nejen v zajišťování neodkladné přednemocniční péče při akutním ohrožení zdraví nebo života, ale také v připravenosti na krizové situace a katastrofy přírodní i sociogenní. Výchova a výcvik odborníků trvá léta, a je proto i v zájmu celé společnosti, aby takto kvalifikovaní zaměstnanci byli schopni vykonávat svoji profesi co nejdéle a nejlépe.

V České republice jsou preventivní a intervenční programy zavedeny, byť nikoli ze zákona, ve složkách ministerstva vnitra, ve kterých se systém posttraumatické intervenční péče rozvíjí od roku 1998, nejprve pro policisty a se vznikem psychologické služby HZS i pro hasiče. Záchranná služba jako jediná ze složek Integrovaného záchranného systému tedy zatím žádný z podobných programů zavedený neměla. Výzkumná studie „Zátěž a stres pracovníků záchranných služeb“ měla za cíl jednak identifikovat zátěž a stresory pracovníků a stanovit míru psychologické zátěže (2002 – 2003), ve druhé fázi bylo naplánováno zavedení psychologických preventivních a intervenčních programů na spolupracujících záchranných službách (od roku 2004 dosud), a ve třetí fázi vyhodnocení účinnosti těchto technik (2005 – 2006).

První dotazník z roku 2003 měl tři části a byl vytvořen pro potřeby této studie. První část obsahovala demografické údaje a údaje, týkající se práce. Ve druhé části byly otevřené dotazy: co vnímají respondenti jako stresující při práci, a to včetně určení intenzity uváděné

zátěže, zda vidí možnosti zlepšení, co vnímají na práci jako pozitivní, opět s vyjádřením intenzity. Dále tato část dotazníku obsahovala otázky na pozitivní a kontraproduktivní techniky vyrovnávání se stresem (abúzus návykových látek, mimopracovní záliby, sportovní aktivity). Všechny výše uvedené otázky byly záměrně voleny jako otevřené, i s vědomím jejich následné náročnější kategorizace, avšak v ČR dosud žádná takto rozsáhlá studie neproběhla a cílem bylo zjistit výchozí hladinu stresu a názory samotných pracovníků ještě před zaváděním psychologických intervenčních technik. Třetí část dotazníku zjišťovala expozici předdefinovaným kritickým událostem a jako indikátory byly zvoleny: úmrtí nebo těžké poranění spolupracovníka, ošetřování těžkého popáleninového traumatu, úmrtí nebo neúspěšná kardiopulmonální resuscitace dítěte, těžké dopravní nehody s hromadným výskytem postižených, riziko vlastního ohrožení během výkonu služby, u poslední položky byli respondenti vyzváni ke specifikaci rizika. Čtvrtou, poslední část, tvořil screeningový dotazník příznaků syndromu vyhoření. Do studie byly zařazeny všechny kategorie pracovníků, tedy lékaři, střední zdravotničtí pracovníci (muži i ženy), pracovníci operačních středisek (dispečeri/dispečerky) a řidiči – záchranáři.

Od roku 2004 byly do praxe záchranných služeb zaváděny některé z psychologických preventivních a intervenčních programů. Nejčastěji to byly edukační přednášky a semináře preventivního zaměření jak pro řadové pracovníky, tak pro střední management. Někdy byla součástí semináře ukázka technik CISM. Další aktivitou jsou nácviky komunikačních technik a uplatňují se zejména v systematické práci s pracovníky operačních středisek. Pro absolventy těchto kurzů jsou dále organizována supervizní setkání. Zavádění technik CISM je podmíněno jednak sítí vyškolených profesionálních odborníků a peerů, kromě toho je klíčová koordinace v případě výskytu mimořádné události. Díky projektu podpory duševního zdraví a dekontaminace stresu pracovníků záchranných služeb v rámci krizové připravenosti MZ ČR absolvovalo v roce 2006 certifikovaný výcvik CISM 30 pracovníků ZZS z celé ČR,

čímž je již zajištěna dostatečná personální základna pro síť (nutně musí být vzhledem k náhodnosti výskytu mimořádných událostí založena na dobrovolnické bázi). V letech 2005 – 2006 již byl třikrát proveden debriefing po psychologicky náročných zásazích.

Druhý dotazník byl distribuován ve stejném ročním období (podzim) o dva roky později, tj. v roce 2005. Kromě totožných demografických a profesních údajů obsahoval i stejný screeningový dotazník na příznaky syndromu vyhoření a dále dotazy na absolvování některé z podpůrných psychologických technik a spokojenost respondenta s těmito technikami. V roce 2003 bylo shromážděno 290 dotazníků z 350 distribuovaných (návratnost 82,9 %), 4 dotazníky byly vyřazeny pro neúplné údaje. O dva roky později se ze 750 dotazníků shromáždilo 644 (návratnost 85,8%), avšak 47 jich bylo vyřazeno, většinou pro neúplné údaje nebo pro krátkou dobu praxe nebo nižší pracovní úvazek. Zpracováno bylo tedy 597 dotazníků.

Expozice předdefinovaným kritickým událostem byla zjišťována v první části studie. Byla nalezena vysoká expozice předdefinovaným indikátorům. U těch, které jsou spojeny přímo s vlastní prací (resuscitace nebo úmrtí dítěte, hromadné dopravní nehody, ošetřování popáleninového traumatu) je expozice předpokládána a vyplývá z práce samotné. Byla nalezena vysoká expozice riziku vlastního ohrožení, ze členů výjezdových týmů má tuto zkušenost 85,5%, nejčastěji jde o dopravní nehodu sanitního vozu a napadení pacientem nebo někým z jeho okolí. Volné odpovědi na ostatní dotazy byly kategorizovány do trsů jak u uváděných pozitiv, tak u negativ. Respondenti mohli uvést i více položek. Jednoznačně se shodli na nejzávažnějším stresoru a na nejvíce pozitivním aspektu profese. Mezi stresory bylo na prvním místě úmrtí nebo neúspěšná kardiopulmonální resuscitace dítěte, jako nejvíce uspokojující hodnotí respondenti záchranu života a pomoc druhým. Možnosti zlepšení negativních aspektů práce na záchranné službě uvedlo 82 osob, nesporně příznivé je zjištění, že na prvním místě v možném zlepšení situace bylo jmenováno sebevzdělávání a práce na

sobě. Mezi pozitivními aspekty profese byla na prvním místě nejčastěji jmenována vlastní náplň činnosti – tedy pomoc lidem a záchrana života. U některých položek je z hlediska celého souboru ambivalentní vnímání: směnnost, vztahy na pracovišti, finanční ohodnocení, společenské uznání.

Z hlediska skóru ve screeningovém dotazníku pro projevy syndromu vyhoření byly porovnány soubory z let 2003 a 2005, a v druhém souboru ještě podskupina bez absolvování psychologické podpůrné intervence a s absolvováním jakékoliv intervence. Stejným způsobem byly porovnány i jednotlivé profesní skupiny (lékaři, SZP, řidiči – záchranáři a pracovníci operačních středisek). Základní srovnání bylo provedeno metodou analýzy variance (ANOVA), test vlivu jednotlivých sledovaných faktorů na výši skóru syndromu vyhoření byl proveden pomocí modifikované metody ANOVA, tj. obecného lineárního modelu (GLM - General Linear Model), zpracování bylo provedeno softwarem SPSS, verze 12. Data, týkající se expozice kritickým událostem, a dále odpovědi na volné dotazy (stresory, techniky vyrovnávání se stresem, pozitivní aspekty profese) byly analyzována pomocí deskriptivní statistiky v programu Excell.

K orientační diagnostice příznaků syndromu vyhoření byl v této studii v obou fázích použit jednoduchý screeningový dotazník (Libigerová, 1999). Tento nástroj je sice nestandardizovaný, reflektuje však obecná rizika vzniku syndromu vyhoření ve zdravotnictví, není zatížen licenčními podmínkami administrace a umožňuje i jednoduché a rychlé vyhodnocení. Průměrné skóry celkové i v jednotlivých profesních skupinách byly s výjimkou dispečerek operačních středisek ve druhé části studie pod hranicí rizika. Bez příznaků syndromu vyhoření bylo 82,5 % (v roce 2003) a 81,4% (v roce 2005) souboru, s počínajícím syndromem vyhoření 15,7 % (2003) a 15,4% (2005) a rozvíjející nebo již plně vyvinutý vykazovalo 1,8% (2003) a 3,2 % (2005), tedy celkově z hlediska jednotlivých fází syndromu vyhoření rozložení téměř totožné. Při porovnání skóru syndromu vyhoření souborů z roku

2003 a z roku 2005 v jednotlivých profesních skupinách metodou analýzy variance byl nalezen statisticky významný rozdíl u středních zdravotnických pracovníků (0,030), u nichž došlo ke snížení skóru vyhoření, a vysoce významný rozdíl u dispečerek (0,002), kdy došlo ke zvýšení celkového skóru. Soubor z roku 2005 byl pak ještě rozdělen na skupinu bez intervence (225 osob) a s jakoukoliv intervencí (372 osob), celkově ani v jednotlivých profesních skupinách nebyl zjištěn žádný statisticky významný rozdíl ve skóru vyhoření. Byla však zjištěna vysoká spokojenost respondentů s jednotlivými metodami, nejvyšší u absolvování preventivních přednášek a u nácviku komunikačních technik (shodně v 92% pozitivní hodnocení). Pozitivně hodnoceny byly i ostatní intervence: techniky CISM v 83%, strukturovaný pohovor v 81% a psychologická individuální konzultace v souvislosti s psychologickým stresem v 79%.

Při použití metody Obecného lineárního modelu (GLM) byly brány v úvahu veškeré sledované faktory, které mohou mít vliv na výši skóru syndromu vyhoření. Výsledky tak byly adjustovány vzhledem k pohlaví, věku, délce praxe, rodinnému stavu, pracovní pozici a k roku, kdy byl výzkum proveden. Regresní koeficienty B uvádějí rozdíly vlivu jednotlivých kategorií daných proměnných v porovnání s kategorií, která byla v analýze brána jako nejrizikovější v rámci dané proměnné (ženské pohlaví, stav vdovec/vdova, pozice lékař, soubor 2005). Byl nalezen statisticky vysoce významný vliv délky praxe a pracovní pozice, nebyl nalezen významný vliv pohlaví, stavu (svobodný, ženatý, rozvedený, vdovec/vdova). Při vzájemném porovnání pracovních pozic (párové porovnání při adjustaci na všechny další proměnné) lišila se práce dispečerky statisticky významně vyšším skórem vyhoření od ostatních pozic. Pro zjištění vlivu jakéhokoliv druhu intervence na výši skóru syndromu vyhoření byl metodou GLM zpracován pouze soubor z roku 2005 (v roce 2003 nebyla tato otázka zjišťována, neboť intervenční techniky byly zaváděny až od roku 2004). Ke všem

proměnným byla tedy přidána do zpracování otázka absolvované intervence (ano/ne). Ani zde nebyl zjištěn statisticky významný vliv ($p=0,771$).

Ze studie vyplývá, že v rámci vyšetřeného souboru respondentů hrozí riziko rozvoje syndromu vyhoření zejména při delší době praxe na záchranné službě. Z profesních skupin jsou nejohroženější skupinou pracovníci operačních středisek (dispečeri/dispečerky).

Z výsledků této studie vyplývá jednak nutnost zaměřit se v obecné prevenci na pracovníky operačních středisek (hygiena pracovního procesu, redukce přesčasové práce, pracovní prostředí, nabídka vzdělávacích programů), a jednak vytvořit pro pracovníky specifické preventivní a intervenční psychologické programy, zohledňující odlišnost zátěže dispečerů a dispečerek. Ve výsledcích šetření bylo též poměrně často uváděno vysoké riziko zdravotního ohrožení pracovníků během výkonu služby, nejčastěji fyzickým napadením a dopravní nehodou sanitního vozidla. Nejohroženější profesní skupinou jsou v tomto kontextu lékaři. Riziko vyhoření roste s délkou praxe na záchranné službě, je proto třeba usilovat o dlouhodobý efekt preventivních programů. Úloha managementu je v systémově pojatém rozvoji psychologické prevence a intervence zásadní, neboť ovlivňuje mnoho z faktorů, které míru stresu ovlivňují pozitivně nebo negativně: zajištění pracovního prostředí s přihlédnutím k zásadám ergonomiky, dodržování zásad bezpečnosti práce ke snížení eliminovatelných rizik, podpora rekondičních programů, snížení zátěže přesčasových hodin spolu se zajištěním adekvátního finančního příjmu, jasná organizační struktura organizace a jednoznačné vymezení kompetencí, zajištění otevřené výměny informací v organizaci, jasný kariérní řád. Neméně důležitá je – i v kontextu výsledků této studie - podpora kontinuálního vzdělávání a profesního růstu zaměstnanců a podpora při zvyšování kvalifikace, neboť možnosti doškolení se ukazují být významným stabilizačním prvkem. Je tedy nutné se zaměřit na informovanost vedoucích pracovníků organizací o komplexní problematice péče o zaměstnance, přičemž zavádění technik krizové intervence je jen jednou z forem.

B. Teoretická část

1. Úvod do problematiky

1.1. Práce na záchranné službě a rizikové faktory z hlediska psychické zátěže

Všechny kategorie pracovníků záchranných služeb jsou vystaveny mnoha zátěžovým faktorům, které mohou přispět jak ke vzniku syndromu vyhoření, tak i posttraumatické stresové poruchy či psychosomatických onemocnění, přičemž značná část těchto zátěžových faktorů je daná samotným charakterem práce.

Působení specifických i nespecifických rizikových faktorů ohrožuje nejen samotné pracovníky, ale může negativně ovlivnit i péči o pacienty. Zvyšuje se riziko profesní chyby, která v tomto oboru může mít zvlášť závažné následky, objevuje se redukce činnosti na rutinní postupy, projevy depersonalizace a dehumanizované percepce pacientů.

V zahraničí je prevenci vzniku syndromu vyhoření pracovníků urgentní medicíny věnovaná značná pozornost, i přesto je tato profesní skupina charakterizovaná odmítáním psychologické podpory a strachem ze stigmatizace. V České republice zatím neexistoval preventivní psychologický podpůrný program a nebyly zavedeny techniky krizové intervence, které by byly orientované na pracovníky záchranných služeb. O psychologických rizicích práce je i odborná veřejnost velmi málo informována.

Záchranná služba je spolu s Policií ČR a Hasičským záchranným sborem jednou ze tří složek Integrovaného záchranného systému. Tyto složky se ve vzájemné spolupráci podílejí na likvidaci následků mimořádných událostí jak přírodních (v poslední době v ČR například povodně v letech 1997, 2002, tornádo v Litovli v roce 2004, orkán v lednu 2007), tak i následků katastrof, způsobených člověkem. Do této skupiny se řadí velké dopravní nebo průmyslové havárie a bohužel i reálná hrozba terorismu, ve vyspělých západních státech stále aktuálnější. Zatímco policie i hasiči již mají zavedeny programy zaměřené na dekontaminaci stresu, pracovníci záchranných služeb tuto možnost dosud neměli. Na základě zahraničních

zkušeností se dá předpokládat, že zavedením podpůrných psychologických programů do praxe záchranných služeb by pravděpodobně došlo jak k výrazně lepší psychické pohodě pracovníků a k menšímu počtu odchodů kvalifikovaných a zkušených pracovníků, tak i ke zkvalitnění péče o pacienty. Nabídku preventivních programů je však nutné vytvořit s ohledem na specifické rysy této profesní skupiny.

1. 2. Historie resuscitace při neúrazových i úrazových stavech

Pokusy o odvrácení smrti se dají v historii lidstva vystopovat již od počátku dějin. Také tak emocionální reakce člověka na náhlou ztrátu svého druha nebo dítěte se od starověku do dnešní doby nijak nezměnila – v první fázi je negace smrti, víra v možné vzkříšení, někdy jsou pozůstalí paralyzováni, jindy vyvíjejí aktivitu k oživení. Nejstarší doložitelnou zmínkou, která by se dala charakterizovat z dnešního pohledu jako resuscitace dýcháním z úst do úst, je biblický zázrak proroka Eliáše. Údajně jsou však již v čínských pramenech doklady o úspěšném oživování dechem v době asi 1500 let před Kristem. Hippokratova přísaha je v mnohém platná dodnes, mimo jiné obsahuje závazek lékaře vynakládat veškeré úsilí na záchranu ohrožených lidských životů.

Starověké metody zahrnovaly iracionální nevědecké postupy jako zaříkávání, nahřívání, vykuřování, přikládání amuletů nebo používání zázračných mastí. Katolická církev ve středověku považovala pokusy o odvrácení smrti za protivení se vůli Boží, neúspěch primitivních oživovacích pokusů končil u inkvizičního soudu nařčením z černé magie. Odklon od církevních dogmat přinesla až renesance a zásadní změny pak éra osvícenství. V té době byly také zakládány první záchrannářské spolky a dochovaly se oficiální křísící postupy (Amsterodamské nařízení k záchraně utonulých z počátku 18. století, vídeňský Rettungspatent z roku 1769, obsahující metodiku, „jak uchovat při životě osoby zdánlivě utonulé, oběšené či probodnuté“ apod.). Velký rozmach organizací, které se zabývaly poskytováním první

pomoci, přineslo založení Červeného kříže roku 1863. Ve Vídni se na založení záchranné služby podílel lékař českého původu Jaromír Mundy, impulsem byl požár Ringtheatru, při kterém zahynula stovka lidí. Mundy požadoval i vytvoření speciálního záchranářského vozidla, nákres i návrh zpracoval osobně. Po Vídni byly záchranné služby založeny i v Praze, Brně a Krakově (Hasík, 2006).

Moderní resuscitační postupy se spojují se jménem profesora Safara z Baltimoru v USA, který porovnával účinnost nepřímých a přímých metod umělého dýchání, a s průkazem účinnosti nepřímé srdeční masáže týmem jiného amerického výzkumníka Kouwenhovena – výzkum obou tehdy nových postupů probíhal koncem 50. let. V roce 1961 pak profesor Safar propojil dýchání i nepřímou srdeční masáž do ucelené kardiopulmonální resuscitace a vytvořil didakticky úspěšný model A – B – C (A jako *airway* = otázka průchodnosti dýchacích cest, B jako *breathing* = umělé dýchání, C jako *circulation* = nepřímá srdeční masáž). Tento koncept je v zásadě s malými obměnami platný dodnes (Pokorný, 1999).

Přesto o samostatných částech moderní resuscitace jsou zmínky již mnohem dříve, zejména o umělém dýchání z plic do plic. Nikdy nevymizelo z praxe porodních bab, které s jeho pomocí křísily asfyktické novorozence. Dají se najít i doklady o úspěšně provedené nepřímé srdeční masáži - v roce 1870 užita Byrdem při resuscitaci novorozenců, anglický lékař Lane ji s úspěchem použil při srdeční zástavě v průběhu anestezie chloroformem v roce 1901, dále referují Maas a Konig z Gottingenu o úspěchu v roce 1892 (Hasík, 2006).

Výzkumy o účinnosti jednotlivých postupů probíhají neustále a v pravidelných intervalech se také na základě konsensu nejvýznamnějších světových odborných společností revidují doporučené postupy jak první pomoci, tak i urgentní profesionální péče při stavech ohrožujících život. Poslední platná revize standardů pro resuscitaci je z listopadu roku 2005.

Poznatky v oblasti moderní traumatologické péče ovlivňovaly války, zejména ve 20. století (I a II. světová válka, Korea, Vietnam). Postupně byly zaváděny zásady asepse,

analgezie, operace v celkové anestezii, používání antibiotik, hrazení krevních ztrát infuzními roztoky a ještě později podáváním transfuzí, protišoková léčba, ošetřování penetrujících poranění. Mnoho poznatků o resuscitaci zraněných a o léčbě popálenin přinesla vietnamská válka, ve větším měřítku se tehdy také začaly používat letecké transporty raněných a zkrátila se doba do poskytnutí definitivní péče ve specializovaných centrech, postupně pronikal letecký transport postižených i do civilního zdravotnictví.

I v oblasti traumatologie probíhá výzkum a ověřování metod a postupů, které by snižovaly mortalitu a trvalé následky po závažných traumatech; jakýmsi dosud nenalezeným kamenem mudrců v této oblasti je náhradní roztok, který by byl schopný přenášet kyslík bez přítomnosti molekuly hemoglobinu (Safar, 1999).

1. 3. Historie urgentní medicíny a záchranných služeb ve světě a v České republice

Historie urgentní medicíny jako samostatného oboru je velmi krátká i ve světovém měřítku. V USA byl obor uznán jako samostatný teprve na počátku 70. let 20. století. Do té doby byly lékařské obory pojímány podle etiologie nemoci nebo poranění (infekční nemoci, traumatologie...) nebo podle postižené části těla nebo orgánu (kardiologie, neurologie, oftalmologie...). U mnoha lékařů tento tradiční pohled přetrvává dodnes a většina pregraduálních osnov na lékařských fakultách je mu poplatná. Urgentní medicína je první lékařskou specializací, která vychází z pojetí nemoci jakožto dynamického procesu a zdůrazňuje, že čím dříve a účinněji systém zasáhne, tím větší užitek z toho pacient má. Lékaři urgentní medicíny čelí akutním nediferencovaným chorobám a poraněním a jejich znalosti musí být horizontální, zahrnující akutní fáze onemocnění a zranění všech lékařských oborů. Vzhledem k absenci komplexu dostupných informací v těchto časných fázích onemocnění a úrazů musí lékaři velmi dobře ovládat klinickou diagnostiku. Naléhavost některých situací si vyžaduje rychlost zásahů. Lékař musí být schopen účinného třídění pacientů podle závažnosti,

stejně jako musí být schopen stanovit priority i pro personál, musí být schopen souběžně ošetřovat více pacientů (Arnold, 1999).

Vývoj záchranných služeb vycházel ve Spojených státech z konkrétních podmínek místní komunity, a často byl spojen s hasičskými stanicemi a zásahovými jednotkami. Někde byly ve funkci prvních sanitek používány pohřební vozy, neboť v nich bylo možné poraněného pacienta transportovat vleže. Organizační systémy v USA jsou tedy velmi různé, od obecních organizací, veřejných služeb, které bývají placeny z místních daní, přes soukromé společnosti nebo organizace, navázané na nemocnice (Baker, 1999). Je jim společná absence lékaře v terénu, prvotní ošetření zajišťuje nelékařský personál (dobrovolníci, hasiči, záchranáři a paramedici – všechny tyto kategorie mají různý stupeň školení a liší se i míru odpovědnosti a pravomocí). Tento angloamerický model najdeme ještě ve Velké Británii a rozvíjí se i v asijských zemích včetně Japonska. Z důvodů etických a právních musí záchranáři všech stupňů pracovat pod vedením a s povolením lékaře, který je zaměstnancem místního urgentního příjmu v nemocnici. Tento dohled se realizuje převážně nepřímou, formou vytvořených protokolů a standardů a zajištěním kontinuálního vzdělávání, jen výjimečně bývá tzv. přímý dohled radiovým nebo telefonickým spojením a konzultací nebo přenosem některých dat - nejčastěji EKG křivky, v blízké budoucnosti možná i ultrazvukového zobrazení (Mencel, 1999).

Evropská historie je jednak kratší, a jednak velmi rozmanitá. Evropská společnost urgentní medicíny (EuSEM) byla založena v květnu roku 1994 a za cíl si klade zajištění adekvátní a stejně kvalitní péče v urgentních stavech ve všech státech kontinentu, dále sběr a vyhodnocení dat, sdílení informací a zajištění shodného obsahu vzdělávání. Evropské pojetí zahrnuje integrovaný systém přednemocniční, nemocniční a mezinemocniční péče a ve většině zemí počítá s účastí lékaře v terénu, často je to dáno historicky a kulturně. Vývoj samostatné

specializace je oproti USA výrazně opožděn, obor je uznán jen v několika málo zemích (www.eusem.org).

V České republice je historie některých záchranných služeb velmi dlouhá a například pražská záchranná služba je i v celosvětovém pohledu jednou z nejstarších služeb. V roce 1798 vznikla „Společnost pro záchranu zdánlivě mrtvých a v náhlém nebezpečí smrti se ocitnuvších“, nicméně za předchůdce dnešní záchranné služby je považován vznik „Pražského dobrovolného sboru ochranného“ dne 27.11.1857. Tento dobrovolný spolek se osvědčil hned rok po svém vzniku při rozsáhlém požáru Šítkovských mlýnů. Záhy vznikly i další podobné organizace v Opavě, Olomouci, Lvově a v dalších městech. Ve dvacátých letech se spolek stal obecní službou a získal poloúřední charakter, po změně systému zdravotnictví po válce byla záchranná služba v roce 1949 začleněna pod Ústřední národní výbor Prahy (www.zzshmp.cz/index.php?page_id=historie).

V 70. letech začaly vznikat na základě metodických opatření Ministerstva zdravotnictví (Zásady poskytování diferencované péče, Zásady organizování a poskytování první pomoci, Zásady organizace služby rychlé zdravotnické pomoci, Koncepce anesteziologie a resuscitace) při anesteziologicko-resuscitačních odděleních nemocnic stanoviště záchranných služeb pro spádová území. Na jedné straně to zajišťovalo zdravotnickým pracovníkům klinické zázemí, ale z druhé straně investice do těchto služeb závisela na osvícenosti jednotlivých vedoucích pracovníků. K plošnému osamostatnění záchranných služeb od nemocnic došlo až v první polovině devadesátých let 20. století, kdy se záchranné služby oddělily ekonomicky, odborně i personálně. V roce 1998 pak tento vývoj vyvrcholil uznáním návstavného specializačního oboru a Česká republika se stala teprve sedmou evropskou zemí, kde je urgentní medicína samostatným oborem (Pokorný, 1999).

1. 4. Společenské změny a změny v přístupu ke zdravotnictví od roku 1989

Po roce 1989 nastaly v České republice stejně jako v ostatních zemích bývalého východního bloku změny ve všech oblastech společenského a politického života a lidé byli konfrontováni s mnoha aspekty, které z éry socialismu vůbec neznali – ztráta sociálních jistot, ekonomická nejistota, nezaměstnanost, důraz na osobní odpovědnost jednotlivce, svoboda volby, obsahující v sobě i riziko. Zdravotnictví, a zejména systém financování zdravotní péče, je problémem i pro vyspělé země, a žádná z českých polistopadových vlád dosud nenašla odvalu k zásadním reformám zdravotnictví, stále se udržuje socialistické dogma o „bezplatnosti“. Důsledkem je nadužívání zdravotní péče a hrazení léků na banální nemoci na jedné straně a omezené prostředky na léčbu závažných chorob a úrazů na straně druhé. Nové léky a diagnostické a terapeutické přístroje jsou účinné, pro pacienta mnohdy velmi šetrné, nicméně zvyšují ekonomickou nákladnost péče. Pacienti si začínají být vědomi svých práv, avšak jejich rozhodovací procesy ohledně prostředků jsou velmi omezené. Sami nemohou nijak ovlivnit, kam peníze ze zdravotního pojištění směřují a ani si nemohou na individualizovanou nebo rychlejší péči nebo kvalitnější zdravotní pomůcky připlatit. I neochota přijmout určitá osobní rizika a spoléhání se na všeobjímající solidární pojištění je pro postkomunistické země typická, informovanost o možnostech, ale i limitech dnešní lékařské vědy je velmi omezená. Média se dosud nevymanila z honby za senzacemi a seriózní publicistika a osvěta je spíše bílou vránou než normou.

Záchranné služby čelí nárůstu „banálních“ výzev, často v odpoledních a nočních hodinách suplují selhávající nebo nedostupnou péči praktických lékařů a mizejících ordinací Lékařské služby první pomoci - o „záchrance“ všichni vědí, že funguje nepřetržitě a spolehlivě. Posádky jsou vysílány na drobné úrazy, teploty, nekomplikované bolesti břicha a další spektrum sice akutních zdravotních příhod, nicméně jasně neohrožujících zdraví nebo život. Argumentem volajících bývá buď: „Stejně musíte přijet...“ nebo „Já si platím daně, tak

sebou koukejte hodit...“. Operátor/ka si ve stávajícím systému a při platné legislativě nemůže dovolit posádku nevyslat, přitom hned za okamžik může tým záchranné služby chybět pro řešení mnohem závažnějšího případu. Navíc je ve všech vyspělých zemích v posledních 10 – 15 letech pozorován nárůst tzv. psychosociálních urgencí (psychosomatické obtíže, panické ataky, deprese, suicidální tendence, situace domácího násilí nebo týrání svěřené osoby, stavy spojené s dopadem užívání drog a další), na jejichž řešení nejsou klasické záchranné systémy připraveny a reakce je tudíž zbytečně nákladná, v podstatě těžkopádná a mnohdy neúčinná. V mnoha dalších situacích jsou záchranáři konfrontováni s často tragickými následky nezodpovědnosti – závažné dopravní nehody pod vlivem alkoholu nebo bezohledné jízdy, stavy, vyvolané alkoholismem a drogovou závislostí, ale i tragické úrazy při adrenalinových aktivitách a sportech. Znatelně se rozšiřuje i sociální spektrum, jindy musí záchranné služby zasahovat doslova v multikulturním prostředí. Posádky ošetřují bezdomovce a další sociální skupiny označované souhrnně za „sociálně nepřizpůsobivé“, azylanty, ilegální imigranty, a na druhé straně příslušníky elit a nejbohatší vrstvy obyvatel. Zvládnutí zásahu včetně volby adekvátních komunikačních prostředků bývá náročné v obou extrémech. U sociálně slabých vrstev bývají choroby a úrazy zanedbané, často komplikované životními podmínkami pacientů, ale i jejich alkoholovou nebo drogovou závislostí (výstižný, a bohužel pravdivý bonmot říká, že u bezdomovců vidíme choroby tak, jak je znali lékaři před dvěma sty lety). Bohaté vrstvy mívají často dojem, že za peníze je možné získat vše, včetně zdraví. Zdravotnické služby berou jako každý jiný clientský servis, aniž by byli ochotni připustit, že záruka je možná na elektroniku, nikoliv na výsledek léčby a na zdraví obecně, a že jsou biologicky dané hranice možného a nemožného. Tragicky tento pocit ilustruje následující příhoda: tým záchranné služby resuscitoval relativně mladého pacienta ve věku pod 50 let, kdy při akutním infarktu bývá největší rozsah poškození srdečního svalu a nejčastěji hrozí komplikace v podobě maligních poruch rytmu – to nastalo právě v tomto případě. Během

velmi dlouhé, dvouhodinové resuscitace volala manželka pacienta zoufale na operační středisko a chtěla okamžitě spojit na pracoviště, kde provádějí transplantace srdce, s tím, že je ochotna okamžitě vybrat peníze z banky, „ať to stojí co to stojí!“ Seriály z lékařského prostředí a informace o úspěších tzv. „heroické“ medicíny nikdy neukazují realitu zdravotní péče v její střízlivosti a rutíně, pouze v lidech posilují pocit, že dnes už medicína umí vše, a v případě záchranných služeb pak ihned a kdekoliv.

Stupňující se tlak na kvalitu zdravotnických služeb je však oprávněný, a partnerský přístup pacienta k léčebné péči přenáší část rozhodování – samozřejmě po patřičném poskytnutí informací a vysvětlení - na pacienta. Je to jistě správný trend, navíc by lékaře mohl i osvobodit od svazujícího pocitu nadměrné zodpovědnosti. V některých zdravotnických zařízeních, zejména ve velkých fakultních nemocnicích a v těch, kde aspirují na mezinárodní akreditace, již lékaři, sestry i další zaměstnanci důsledně dbají na dodržování práv pacientů. V jiných zřízeních setrvávají zdravotníci v zaběhnutých stereotypech, kdy pacient se přijetím do nemocnice stává pasivním objektem lepší či horší péče. Urgentní medicína je navíc specifická rozlišením situací, kdy pacient může a má být při akutním zásahu seznámen s tím, co se děje, jak se bude postupovat a případně má možnost volby, zatímco jindy je časová naléhavost život zachraňujících úkonů taková, že tíže rozhodování leží zcela na zdravotnících.

1. 5. Agrese ve společnosti, ve zdravotnictví a vůči zdravotníkům

Téma vzrůstající agresivity ve společnosti je v médiích často frekventované. Je pochopitelné, že zdravotnictví nestojí stranou těchto změn, navíc se zdravotníci mohou setkat s agresivitou, která je důsledkem nemoci, a to nejen duševní. S agresivitou pacientů vůči zdravotníkům jsou nejčastěji spojeny stavy v souvislosti se závislostí na alkoholu, intoxikacemi budivými, těkavými, případně halucinogenními látkami, antisociální nebo hraniční poruchy osobnosti, demence a deliria různého původu. Z prostředí, ve kterých hrozí

agrese vůči ošetřujícímu personálu, jsou uváděny kromě uzavřených psychiatrických oddělení všechny typy pohotovostních služeb, včetně záchranné, příjmová oddělení nemocnic, ale i policejní stanice a cely předběžného zadržení (Beer et al., 2005). I zcela normální osobnost může reagovat agresivně v situaci nezvládnuté frustrace (agresivní reakce po sdělení diagnózy, reakce na fyzickou bolest, na ohrožení, poranění nebo úmrtí blízké osoby, při pocitu, že obtíže pacienta nejsou brány dostatečně vážně). Zdravotníci se pak snadno mohou stát terčem agrese nebo na ně pacienti nebo příbuzní své negativní emoce přesunou. Zdravotnictví patří mezi nejrizikovější sektory, z pracovních prostředí se téměř čtvrtina všech případů násilí odehraje ve zdravotnickém zařízení. Větší zranitelnost se dá přepokládat u příslušníků menšin, u nezkušených pracovníků, stážístů nebo osob v zácvičku a u těch zdravotníků, kteří postrádají schopnost spolupráce. Zvýšené riziko napadení je též při práci v noční směně a u těch služeb, které poskytují péči v domácnostech pacientů/klientů (Bošková, 2004).

Zdravotnická zařízení reagují na stále vyšší počet napadení preventivními opatřeními, která zahrnují kombinaci přístupů. Patří sem personální posílení směn v rizikových situacích, vhodná organizace práce, snaha o snížení čekacích dob, intervence do fyzického prostředí. V případě sanitních vozů může jít například o nouzové tlačítko pro spojení s operačním střediskem v případě krize. Nedílnou součástí prevence je i edukace personálu – zdravotníci by měli umět signály hrozící agrese včas identifikovat, a hlavně by se měli i prakticky učit efektivní komunikaci k deeskalaci napětí. Důležitý je profesionální odstup, avšak s empatií, reagování bez emocionálního doprovodu, se snahou navrhnout pacientovi racionální řešení, kontrola vlastních neverbálních signálů a dodržování intimní zóny, pokud to je možné. Při napadení je pak nutné fyzické omezení pacienta s početní převahou personálu, případně rychlá farmakologická trankvilizace (Gerlová, Pilařová, 2003; Beer, 2005; Tate, 2005). Při již

vzniklé agresí by se měly povinně zaznamenat a následně rozebrat všechny okolnosti násilí a přijatá opatření, cílem je identifikace rizik a jejich odstranění.

V několika posledních letech došlo i k extrémním případům agrese vůči zdravotníkům. Pacient, který své fyzické omezení připisoval provedené ortopedické operaci, zastřelil operátora před jeho domem, psychiatrický pacient napadl svého ošetřujícího lékaře v ordinaci mačetou a vážně ho zranil. V televizi byly opakovaně záběry účastníka dopravní nehody, který i přes přítomnost záchranářů a hasičů srazil lékaře záchranné služby a na zemi ho opakovaně kopal do zad, opilý útočník tak reagoval na to, že se lékař věnoval závažně poraněnému pacientovi a odmítl zavolat mobilem manželce útočníka.

Další poměrně typický příklad uvádí zpráva o závadě ve službě, kterou vypracoval lékař po zásahu u dopravní nehody patnáctiletého chlapce. Ten dle následných zjištění ukradl osobní automobil svému příbuznému a v sousední vesnici tragicky havaroval, při dopravní nehodě utrpěl poranění neslučitelná se životem. Cituji ze zprávy zasahujícího lékaře: „17. 1. 2005 v 19,34 jsme obdrželi zprávu o dopravní nehodě na silnici z obce X. Policie ani hasiči zde po našem dojezdu ještě nejsou. Při příjezdu sanity RLP lidi přítomní na místě tlučou do sanitky a pobízejí nás ke spěchu, abychom pacienta, který je uvězněn v havarovaném autě po čelním nárazu do stromu, vyprostili a začali ošetřovat. Urgujeme hasiče a policii přes dispečink. Několik z mnoha kamarádů a příbuzných postiženého jej začíná dobývat z vraku auta. Po chvíli je mi umožněn přístup k postiženému. Puls na krkavici nehmatám, u pacienta bezdeší - vyšetřem fonendoskopem, zornice mydriatické, nereagují na osvit. Okolostojícím sděluji, že osoba ve vraku je mrtvá. V tu chvíli všichni začnou kvílet nad ztrátou a začne stoupat jejich agresivita ve smyslu výhrůžek, kde jsou hasiči, a že nás zabijí. Mezitím kolabuje matka mrtvého, dopravujeme ji do sanity k základnímu ošetření, které nemohlo proběhnout, protože mrtvého vytáhli z auta, hledají doktora a dožadují se zásahu na oživení jinak nás zabijí. V tuto chvíli konečně po několika urgencích přes operační středisko dorazili hasiči a policie.

S jedním z hasičů a se sestrou RLP začínáme oživovat mrtvého, napojujeme jej na EKG, hasič masíruje, intubují, hasičovi, kterému není jasný náš postup, vysvětlujeme, že nyní zachraňujeme sami sebe od napadení příbuzných a kamarádů mrtvého. Tělo nakládáme do sanity a po domluvě s dispečinkem jej odvážíme na patologii Y.“

Dotyčnému lékaři pak bylo v dalších dnech ze strany příbuzných chlapce vyhrožováno a lékař pak požádal o přeřazení na jiné stanoviště pro obavy z možného napadení.

Drtivá většina agresivního jednání a chování se však odehrává ve verbální rovině, a zde se může vyskytnout i ze strany zdravotníků vůči pacientům nebo jejich doprovodu. Chování nebo výroky zdravotníků jsou častým předmětem stížností. I z tohoto pohledu jsou tedy nácviky komunikačních technik nezastupitelné a měly by být samozřejmou součástí kontinuálního doškolování všech zdravotnických profesí, včetně lékařů.

2. Charakteristiky práce na záchranné službě

2. 1. Typické rysy práce

Práce na záchranné službě je charakterizována vysokou zodpovědností, minimální (respektive téměř žádnou) autonomií pracovního procesu, neboť výskyt tísňových výzev je ve své podstatě náhodný. Podstatnou částí pracovní doby je čekání na práci, které je samo o sobě stresorem. Stres také zvyšuje svalové napětí. Nároky na pracovníky jsou vysoké, včetně zodpovědnosti a schopnosti rozhodování (Konopásek, Šeblová, 1998). Nezbytná je i psychologická a komunikační výbava a schopnost empatie – pracovníci musí umět jednat s pacienty a jejich blízkými ve vyhrocených situacích. Je vysoká expozice kritickým událostem, stejně tak je vysoké riziko vlastního ohrožení. Při mnoha výjezdech musí profesionál v zájmu zvládnutí vlastních pracovních povinností potlačit vlastní emoce, případně je přesunout na pozdější dobu – to bývá u hromadných dopravních nehod, při ošetřování závažných život ohrožujících stavů zejména u dětí a mladých lidí, při veškerých

mimořádných událostech. V některých oblastech a u některých kategorií zaměstnanců (to se týká hlavně lékařů) je vysoký podíl přesčasové práce (Konopásek, Šeblová, 1998). Kromě setkání s vyhrocenými situacemi a nezbytnou směnnou prací musí záchranáři na rozdíl od jiných zdravotníků pracovat i v nepříznivých klimatických podmínkách, bývají vystaveni hostilnímu prostředí až agresí ze strany pacientů nebo jejich okolí (Pudil, 1998).

Kromě běžných výjezdů, spojených s poskytováním individuální přednemocniční neodkladné péče při stavech ohrožení života a zdraví se čím dál více pozornosti věnuje i připravenosti záchranné služby na zvládnutí následků krizových situací a katastrof, ať již přírodních, nebo způsobených člověkem, a to včetně následků teroristických útoků. Činnost zdravotníků v případě hromadného postižení zdraví přepokládá zvládnutí zcela odlišných algoritmů postupů než při běžných výjezdech, a často mohou být sami pracovníci vystaveni nezanedbatelnému riziku – v případech terorismu jde o kombinaci typů poranění a ohrožení mechanických, termických, chemických, radiačních, biologických, a v neposlední řadě i psychologických. V USA začaly být po teroristickém útoku 11. září 2001 rozvíjeny a publikovány koncepce postupů, umožňujících odborné i široké veřejnosti podílet se na interdisciplinárně založeném řešení podobných kritických událostí s využitím poznatků psychologů, psychiatrů, záchranářů, výzkumníků, odborníků na duševní zdraví, ale i administrativních pracovníků a trenérů (Behrman, Reid, 2002; Lowry, Lating, 2002; Roberts, 2002).

Častá konfrontace s lidmi nemocnými, zraněnými nebo lidmi v krizových situacích vede ke spoluprožívání a spolucítění s postiženými, ale zároveň u personálu vyvolává uvědomění si vlastní zranitelnosti. Resuscitace je vědomým pokusem zachránit život pacienta, ale dá se pojmout i jako nevědomá snaha potlačit myšlenku na vlastní smrt. Pro pracovníky v oblasti urgentní medicíny je nezbytné vypořádat se s fenoménem smrti, neboť kromě intenzivní medicíny není žádné jiné medicínské odvětví tak úzce specializováno na odvrácení smrti

(Bláha, 1999). Jednoduché není ani řešení dilemat při třídění při hromadném výskytu postižených, i když samo třídění je odborným medicínským postupem *lege artis* a celkově vede k optimalizaci poskytované péče a snížení mortality, nicméně konkrétní případy jsou jistě zdrojem emočních reakcí a možných etických pochyb (Mucha, 2000). Třídění není jen doménou velkých katastrof a hromadných neštěstí, už při závažnějších dopravních nehodách i osobních automobilů bývá zpravidla více než jeden zraněný.

Práce ve výjezdových týmech záchranné služby byla dokonce s platností nového zákoníku práce od roku 2007 vyřazena ze skupin tzv. rizikových zaměstnání (ta zůstává definovaná pouze na základě chemického nebo biologického rizika z původní skupiny činností II) a záchranáři tak přišli o byt' minimální rizikový příspěvek. Zcela pak chybí systémové řešení pro případ invalidity nebo dokonce úmrtí pracovníka, jediným řešením je soukromé individuální komerční připojištění. Riziko pracovního úrazu je značné, jedná se zejména o dopravní nehody, k nimž přispívá kromě snahy dojet na místo zásahu v patnáctiminutovém zákonném limitu i neukázněnost až bezohlednost ostatních řidičů, a stav silnic zejména nižšího typu. Některé nehody sanitních vozidel skončily i úmrtím, jiné těžkým zraněním, za 15 let činnosti letecké záchranné služby v ČR je dokumentováno 15 nehod vrtulníků, s následkem 2 zranění a 2 úmrtí (Wachsmuth, 2002). V poslední době se objevilo několik veřejných sbírek na pomoc obětem s trvalými následky nebo pozůstalým, které iniciovaly profesní sdružení nebo kolegové postižených. Solidarita s postiženými kolegy je jistě lidsky velmi pozitivní jev, nicméně nenahrazuje a nemůže nahrazovat systémové řešení podobných tragédií. V českém prostředí záchranných služeb mají zaměstnanci všech kategorií vysokou zkušenost se situací vlastního ohrožení, hlavně s napadením a dopravní nehodou během výkonu služby, nejvyšší míru ohrožení referovali v dotazníku lékaři (Šeblová, Kebza, 2005a, 2005b).

Vysoká expozice dlouhodobě působícím stresorům, vyplývajících z charakteru práce, zejména práce pod časovým tlakem v život ohrožujících situacích a nezbytná práce na směny,

přispívá sama o sobě k celkovému distresu a k rozvoji příznaků poruch psychického nebo fyzického zdraví. Práce ve směnách negativně ovlivňuje pracovní výkon, spánkový vzorec, ale i sociální a rodinný život (Ploeg van der, Kleber, 2003).

Všechny kategorie pracovníků záchranných služeb mívají pocit nedostatečného ohodnocení ze strany společnosti (to se netýká zdaleka pouze finančního ohodnocení, ale celkových postojů veřejnosti a společenského uznání) (Everley, Mitchell, 2002; Mitchell, Everley, 2003).

Zdravotníci obecně, a záchranáři zvláště, mají při přiznání vlastních emocí v souvislosti s prací pocit profesního selhání, a proto se vyhýbají odborné pomoci, obávají se profesní stigmatizace, stydí se sami o pomoc požádat. 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, zato vybavených železnými nervy, a stále připravených řešit kritické situace.

Neuvědomovaná snaha zbavit se napětí může vést ke kontraproduktivním technikám zvládání stresu, k uvolnění užíváním psychoaktivních látek nebo k verbalizaci zážitků na nevhodných místech, před nevhodnými osobami a ne zcela vhodným způsobem.

2. 2. Typická osobnost záchranáře v souvislosti s riziky vzniku vyhoření

Osobnostní charakteristiky záchranáře podle publikovaných odborných studií jsou následující:

- orientace na detail, pečlivost, až obsedantně kompulzivní rysy,
- potřeba řídit,
- ochota podstoupit vysoké riziko,
- vysoká potřeba stimulace,
- vysoká potřeba okamžitého ocenění,

- vysoká odolnost vůči zátěži,
- orientace na činnost,
- obtížně umí říkat „ne“,
- vnitřní motivace (Mitchell, Everley, 2003).

Rizikové faktory pro vyhoření jsou:

- práce vyžadující kontakt s lidmi,
- nutnost čelit chronickému stresu,
- vysoké až nadměrné požadavky na výkon, nízká autonomie pracovní činnosti, permanentně prožívaný časový tlak
- původně vysoký perfekcionismus, pedantství, odpovědnost,
- neschopnost relaxace, nízká asertivita,
- vyšší skóre životních událostí a „daily hassels“,
- původně vysoké zaujetí profesí (Kebza, 2005).

Více ohroženy jsou osobnosti typu A. Pro tyto jedince je typická ctižádostivost, kladou na sebe, ale i na ostatní vysoké požadavky, mají sklon k perfekcionismu, převažuje u nich soutěživost, odpovědnost, vysoký význam ve vlastním žebříčku hodnot má pro ně práce. Rádi pracují pod časovým tlakem, vytvářejí si vysokou dávku stresu, kterému se většinou nedovedou přizpůsobit. Neumějí delegovat pravomoci na jiné, neumějí relaxovat a odpočívat, jsou nastaveni na stálou aktivitu, včetně fyzické aktivity. Mnoho vlastností osobností typu A se kříží s požadavky na práci v urgentní medicíně (Zemanová, 2000). Je tedy zřejmé, že riziko rozvoje syndromu vyhoření u pracovníků záchranných služeb je vysoké jak díky nárokům práce samotné, ale i z vnitřních osobnostních charakteristik zaměstnanců, kteří se do takto náročného provozu hodí a vyhovuje jim.

Další rizikové osobnostní rysy jsou hostilita, odpovědnost, zvýšená reaktivita zejména kardiovaskulárního aparátu, depresivní ladění, úzkostné osobnostní rysy, přesvědčení o

neadekvátním společenském a ekonomickém hodnocení práce (Kebza, Šolcová, 2003; Kebza, 2005).

Protektivní faktory, využitelné i v prevenci vyhoření, jsou: asertivita, schopnost relaxace, adekvátní time-management, pestrost a proměnlivost práce, psychická odolnost, sebedůvěra, sociální podpora, nejen z rodiny, ale i ze strany spolupracovníků ve stejném služebním postavení („peer“ úroveň), pocit osobní pohody, který sám o sobě zahrnuje více hodnotících kategorií. Tyto osobnostní charakteristiky jsou spojeny s osobností typu B (Kebza, Šolcová, 2003; Kebza, 2005). Přesto práce ve zdravotnictví má i některé obecné ochranné prvky, které mohou kompenzovat působící rizika. Zdravotníci jsou oproti obecné populaci nadprůměrně informováni o zdravotních záležitostech a ochraně zdraví, vědí, kde hledat odbornou pomoc. Svoji práci považují za smysluplnou, mívají obvykle vyšší inteligenci i vzdělání a v neposlední řadě mají zdravotnická povolání relativně vysokou společenskou prestiž, jak opakovaně dokládají výzkumy veřejného mínění (Nešpor, Csémy, 2001).

Při srovnání s rizikovými faktory vyhoření nacházíme velkou shodu jak v charakteru samotné práce, tak charakteristických osobnostních rysů pracovníků, takže je zjevné, že pracovníci záchranných služeb jsou vyhořením ohroženi ve vysoké míře, zejména v kombinaci se chronickým stresem profese samotné a s častou expozicí kritickým událostem. Mezi postižené mimořádnou událostí nebo katastrofou se řadí: přímé přeživší oběti, záchranáři zasahující na místě, přihlížející a svědkové, členové rodin obětí i rodin záchranářů. Záchranáři bývají označováni za skryté oběti katastrof. Všechny tyto kategorie by měly mít specifické intervenční psychologické programy (Everley, Mitchell, 2002).

2. 3. Týmová práce a její specifická podoba u záchranné služby

Na výsledku ošetření pacienta mají podíl všichni členové zasahujícího týmu. Výhodou výjezdových skupin ZZS je, že jde o týmy malé a tudíž dobře organizovatelné. Vedoucím

týmu je lékař v případě posádky RLP a sestra/diplomovaný zdravotnický záchranář v případě posádky RZP. Vedoucí týmu je zodpovědný za práci týmu jako celku, tedy za organizaci zásahu, a to včetně toho, zda se zásah vůbec provede (bezpečnost členů a bezpečné prostředí). Vedoucí týmu též rozhoduje o tom, koho pověří kterým konkrétním úkolem. Jednotliví členové pak nesou každý sám zodpovědnost za prováděné dílčí úkony, pokud jsou v rozsahu jejich kompetencí (například sestra za přípravu a podání ordinovaných léků, řidič za jízdu sanitním vozem). Vedoucí týmu by byl osobně zodpovědný v tom případě, že by někoho pověřil úkonem mimo rámec kompetencí dotyčného pracovníka. Kromě dodržování podřízenosti a disciplíny je další podmínkou efektivity i kompetentnost jednotlivých členů, tedy individuální znalosti, schopnosti a dovednosti, dané vzděláním a výcvikem (Němeček, 2002).

Vedoucí týmu by měl mít i tzv. emoční kompetence: sebevědomí, sebekontrolu, motivaci, sociální inteligenci a sociální dovednosti. Je to komplex osobnostních charakteristik, které zahrnují vědomí si sebe sama, svých možností a schopností, kontrolu vnitřních pocitů, impulsů a zdrojů, důvěryhodnost, adaptabilitu, ztotožnění s prací ve skupině a s jejími cíli, organizační schopnosti, iniciativu, optimismus, empatii a schopnost vcítit se do druhých, podporovat je v jejich rozvoji, komunikační dovednosti, řízení konfliktů, schopnost spolupráce, schopnost iniciovat změny, a mnohé další. Nezbytná je i vhodnou formou poskytovaná zpětná vazba, při chybě během ošetření by upozornění a rozbor měl následovat v ústraní, zcela jistě až po předání pacienta a pokud se chyba netýkala celého týmu, tak i bez ostatních členů. Nevhodným způsobem provedený rozbor může mít kontraproduktivní výsledek (Taigman, 2002).

Pro správné fungování týmu je nezbytná i kvalitní komunikace mezi členy, jak verbální, tak i neverbální, může zvýšit i bezpečnost členů při náhlém vzniku rizikových situací. Pochopení potřeb členů týmu je stejně důležité, jako chápání potřeb pacientů nebo okolí.

Stejně tak je důležitý i respekt vůči ostatním zasahujícím – hasičům, policistům a ještě více vůči těm, kdo poskytují první pomoc. Stejně tak by zdravotníci, kteří zasahují v terénu, měli počítat do týmu i operátory/ky, i když obě strany někdy situaci vnímají jako „my versus oni“. I operátor/ka však může být velmi platným členem týmu tím, že ještě před dojezdem zasahujících zdravotníků zklidní stres volajících poskytnutými instrukcemi, zjistí bezpečnostní rizika, zajistí technickou pomoc či přítomnost policie k zajištění ochrany výjezdového týmu.

Úkoly výjezdového týmu záchranné služby jsou komplexní a složité. Od jednotlivých členů týmu se vyžaduje vysoké odborné vzdělání, příprava a kontinuální vzdělávání, ale práce může být efektivní jen při kvalitní souhře a součinnosti. Bariéry efektivní práce obecně tvoří špatné sestavení týmu, nejasná definice či pochopení cíle, úkolu, požadavku, není jasně definovaná role jednotlivých členů týmu (např. diskrepance mezi formálním a neformálním velením), jsou používány nekorektní praktiky a neefektivní nebo nejednoznačná komunikace (Hlaváčková, Průša, 2000). V případě ošetřování pacienta ohroženého na životě je kritériem efektivity rychlost a přesnost diagnostického a terapeutického procesu, vyšší akční pohotovost se vždy očekává od velitele zásahu. Selhat může z více různých důvodů – od zúžení zájmového pole a koncentrace pouze na náročnější situace zásahu (a v důsledku toho přehlédnutí jiných aspektů činnosti nebo situace) přes únavu, osobní problémy a stresy, které vytvářejí frustrační dominanty, omezující pozornost, až k obrácení funkčního statutu, kdy velitel nedokáže svá rozhodnutí prosadit (Hlaváčková, Průša, 2000).

2. 4. Specifika operačního řízení

Zdravotnické operační středisko nepřetržitě a bezprostředně řídí činnost výjezdových skupin zdravotnické záchranné služby a integruje činnost všech článků přednemocniční neodkladné péče v určené spádové oblasti v nepřetržitém provozu, přijímá a vyhodnocuje

nepřetržitě tísňové výzvy a podle stupně naléhavosti a závažnosti stavu rozhoduje o nejvhodnějším řešení situace, což v případě souběhu výzev nebo nedostatku sil a prostředků je pro pracovníky ZOS značným stresem. Kromě toho soustřeďuje informace o volných lůžkách na odděleních neodkladné péče, která podle potřeby vyzývá k přijetí postiženého, koordinuje a zabezpečuje realizaci přepravních činností v rámci transplantačního programu, přepravu léků, krve a jejích derivátů nebo odborníků potřebných k poskytování neodkladné péče, zabezpečuje při likvidaci zdravotních následků hromadného neštěstí nebo katastrofy svolání určených pracovníků, udržuje spojení se všemi zúčastněnými, organizuje rychlý výjezd potřebných sil a prostředků, vyzývá oddělení nemocnic k připravenosti na příjem většího počtu postižených, aktivuje v případě potřeby havarijní plán příslušného území, vyžaduje součinnost zdravotnických zařízení, zdravotnické služby civilní obrany, policie a hasičských sborů, vyhodnocuje všechny související informace, zabezpečuje jejich předání a realizaci potřebných opatření (Vyhláška MZ ČR 434/1992 Sb.).

Zatímco v době vzniku záchranných služeb byl systém koncipován pro řešení život ohrožujících poranění a onemocnění, od počátku 90. let začínají narůstat až převažovat tzv. „netísňové urgencye“ (tedy méně závažné stavy) a tísňové situace psychosociálního charakteru. Řešením těchto situací není odvoz do zdravotnického zařízení, ale vyžadují použití psychologických technik vedení tísňového hovoru a znalosti základních technik krizové telefonické intervence.

Rozvoj technologií se pochopitelně promítá i do operačního řízení a vyžaduje kontinuální doškolení v dovednostech, které se týkají počítačové podpory rozhodování, práce s mapovými softwary, příjmu datových toků, ovládání komunikační techniky, vedení konferenčních hovorů mezi posádkou v terénu a specializovanými lékařskými centry, přenos medicínských dat (EKG křivky, uvažuje se i o využití ultrazvuku v přednemocniční fázi) (<http://www.155plus.cz>).

Role operačního střediska je pro fungování celého systému klíčová a vše, co se v systému odehrává, nutně musí projít přes dispečink. Operátoři/operátorky se musí rozhodovat jistě a rychle, aniž by cizího volajícího člověka v krizi viděli na vlastní oči, musí se spoléhat výhradně na akustické podněty. Výsledkem jejich rozhodovacího procesu je vyslání správné posádky na správné místo. Pracovníci operačních středisek jsou vystaveni množství silných emocí neznámých lidí – po telefonu vnímají zármutek, hněv, úzkost, strach i hysterii. Musí navíc události aktivně zpracovat a zajistit adekvátní koordinaci práce výjezdových týmů a volit vždy adekvátní komunikační prostředky.

Některé stresory jsou práci na dispečinku zcela specifické. Směnnost sice mají společnou s výjezdovými týmy, nicméně během noční směny si dispečer/ka nemůže ani na chvíli lehnout pro stálý příjem hovorů, radiofrekvenčních relací a řízení vyššího počtu posádek.

Často je z obou stran vnímaná propast mezi terénními pracovníky a operačním střediskem. Zdravotníci v terénu nutně musí být rozhodní, asertivní, nezávislí a rádi mají události pod kontrolou. Podřízenost operátorkám jim nevyhovuje a dávají to najevo, spolupráce pak selhává. Na druhé straně zkušená operátorka umí navodit pocit dobré komunikace i po telefonu nebo přes vysílačku.

Na operačním středisku je nadměrná sluchová stimulace. Může zvonit několik telefonů najednou a do toho musí přes vysílačky komunikovat s posádkami. Obtížná je komunikace s volajícími, kteří jsou mentálně handicapovaní, pod vlivem drog nebo alkoholu, ale i se seniory, kteří v pro ně stresující situaci nejsou schopni rychle a přesně reagovat na otázky operátorky. Bývá nutné zklidnit rozrušené volající.

Emoční zátěž na dispečinku je enormní, navíc bez fyzického ventilu aktivity. Telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace může být velkou satisfakcí, pokud vede k obnovení základních životních funkcí, ale když se nevydaří, je dvojnásob stresující. I dispečer/ka je konfrontována s tím, že lidé umírají a přežívání v situacích náhlé zástavy oběhu se stále

pohybuje v malých procentech. Psychicky zatěžující jsou i zásahy, které trvají dlouho – nejen mimořádné události s hromadným výskytem postižených, ale například i dlouhé pátrání po tonoucím dítěti, zdlouhavé vyprošťování zaklíněného pacienta při dopravní nehodě. Stejně jako pro terénní pracovníky je stresující velký zájem médií, který konkrétní události dodává na významu a pracovníci pak cítí nepřiměřený tlak na dobrý výsledek. Novináři se často domáhají informací voláním na tísňové linky, které tak blokují. Nelze vyloučit i individuální spouštěcí mechanismy – jakési otisky minulých většinou nezpracovaných zážitků.

Zcela zásadní může být uspořádání pracovního prostředí, tedy obecně ergonomika. Osvětlení, teplota místnosti, větrání, klimatizace, nábytek, židle, obrazovky monitoru, vzdálenosti jednotlivých prvků – to vše může pracovníkům pomoci nebo je naopak zdrojem problémů. To, že operátor/ka stráví celou směnu v jediné pozici, může vést i ke zdravotním problémům, z nichž nejčastější jsou vertebrogenní bolesti zad.

Z hlediska operátorů/operátorek bývá jmenováno sedm psychicky nejvíce zatěžujících typů tísňových výzev:

- úmrtí nebo zranění člena posádky,
- úmrtí nebo poranění dítěte, hlavně v souvislosti s týráním,
- dlouhotrvající zásahy, zejména s tragickým vyústěním,
- přijetí výzvy od příbuzného, známého,
- zásahy s velkou pozorností ze stran médií,
- hromadná neštěstí, zejména když nikdo nepřežije (závaly, letecké katastrofy),
- symbolické události (zavraždění prezidenta Kennedyho, výbuch vesmírné lodi Challenger, dopravní nehoda princezny Diany apod.).

V zásadě se výše uvedené tísňové výzvy shodují s typy stresujících terénních akcí, pro operátory/ky však může být nemožnost zásahu a aktivního ovlivnění ještě tíživější. (Clawson, Dernocoeur, 2002).

2. 5. Rizika práce na záchranné službě

Práce na záchranné službě je riziková z mnoha hledisek: hrozí riziko fyzické újmy, nejčastěji úrazu (dopravní nehoda, napadení, okolnosti zásahu – požár, výbuch, sesuvy půdy, povodně, vichřice...). Méně často jsou pracovníci vystaveni riziku infekce, ale i to je reálné při ošetřování osob závislých na drogách (hepatitidy B, C), bezdomovců, azylantů a migrantů (TBC). Nezanedbatelná jsou rizika forenzní a v neposlední řadě i psychologická a sociální (Šeblová, 2001; Němeček, 2002).

Již samotná jízda vozidla záchranné služby na místo zásahu je rizikovou činností, zhoršuje se za nepříznivých klimatických podmínek nebo na komunikacích nižší třídy. Snížit se částečně dá kvalitním technickým vybavením a zkušeností řidičů, ale úplná eliminace není možná. Dalším zdrojem rizika jsou ostatní účastníci provozu, kteří často nevnímají výstražná zvuková znamení, chovají se nedisciplinovaně a neumožní sanitnímu vozu plynulý průjezd tak, jak jim to ukládají předpisy. Zástavba sanitního vozu by měla odpovídat bezpečnostním normám a všechny přístroje a vybavení musí být ve schválených držácích. Všechny osoby ve vozidle, tedy včetně pacienta na nosítkách, musí mít bezpečnostní pásy. Jakékoliv terapeutické úkony během transportu zvyšují extrémně riziko závažného úrazu i při pouhém zabrzdění - jestliže si změna zdravotního stavu transportovaného pacienta vynutí nějaký zásah, je nutné vozidlo zastavit a pak teprve zákrok provést.

Při zásahu u průmyslových a technologických havárií, ale i u dopravních nehod vozidel s nebezpečným nákladem musí místo a unikající látky zajistit hasiči a ti se také vyjadřují k bezpečné zóně. Problematické jsou ovšem situace, kdy je posádka ZZS na místě první a není informována například o možném úniku chemických látek nebo o radiaci. Vybavení všech sanitek alespoň základními ochrannými pomůckami pro všechny členy posádky (roušky, případně obličejové štíty, ochranný protichemický oděv, a pochopitelně rukavice, které se používají při všech zásazích) by mělo být samozřejmostí.

Reakce lidí, kteří jsou u zásahu ZZS přítomni, jsou velmi často negativní, je to dáno neznámou situací, strachem o blízké osoby, panikou, pocitem, že „sanitka jela dlouho“. Tyto negativní emoce pochopitelně zesiluje vliv alkoholu. V hostilním prostředí může i dobře míněná věta nebo informace být spouštěčem agresivity vůči zasahující posádce (Němeček, 2002).

2. 6. Problematika mimořádných událostí a hromadných neštěstí

Výčet civilizačních i přírodních rizik je nesmírně široký a záchranné systémy musí být připraveny zasáhnout při mimořádných událostech s hromadným výskytem postižených. V definicích se obvykle uvádí hranice 50 a více osob, ale současně s vážným narušením správní substruktury, některé události však zasáhly až desetitisíce lidí.

Katastrofy se dělí na přírodní (například zemětřesení, hurikány, sesuvy půdy, laviny, přivalové deště, záplavy, povodně, vlny tsunami, vlny extrémních veder nebo mrazů) a antropogenní (průmyslové a dopravní havárie, teroristické útoky, válečné konflikty; zvláštní skupinu tvoří masová shromáždění náboženského, sportovního nebo kulturního charakteru se specifickými postupy zajištění). Dále hrozí chemická, biologická a radiační rizika (útoky plynem na bázi organofosfátu v japonském metru, riziko kontaminace vodních zdrojů chemicky nebo bakteriologicky). Pro třetí tisíciletí je díky vývoji technologií charakteristická hrozba spojovacích katastrof (výpadek počítačových sítí, zhroucení satelitních přenosů, systému spojení a řízení, což ohrožuje de facto chod celé vyspělé civilizace) (Štětina, 2000).

Pravděpodobnost přírodní katastrofy velkého rozsahu je ročně 1%, v posledním desetiletí počet katastrof prudce vzrostl. V dekadě 1951 – 1960 bylo na celém světě zaznamenáno 367 přírodních katastrof, jejich počet se každou dekádu zvyšoval. V zatím posledním období do roku 2000 jich bylo 2985. Stejná statistika CRED (Center for Research on Epidemiology on Disaster) pro antropogenní katastrofy začíná číslem 52 v letech 1951 – 1960 a končí 2167

katastrofami v dekádě do roku 2000. Ani České republice se již pravděpodobně díky změnám klimatu vlivem globálního oteplování přírodní katastrofy nevyhýbají: povodně v letech 1997, 1998, 2002 a 2006 si vyžádaly celkem 77 obětí na životech a materiální ztráty dosáhly 144 miliard korun (Štorek, 2006).

Základní charakteristika urgentní medicíny a medicíny katastrof je shodná: obě disciplíny jsou mezioborové, mají shodné cíle (stabilizaci v první fázi postižení), a přístupy (velmi často symptomatické, je kladen důraz na rychlé rozhodování a samostatnost, možnosti přesné diagnostiky jsou omezené). Existují však i rozdíly: při ošetřování jednoho nebo několika málo nemocných či zraněných je většinou dostatek zdravotnického personálu a prostředků, zdravotníci navíc mají značnou praxi i v rámci širokého spektra oborů, zatímco s mimořádnou událostí se i dlouholetí a zkušení zaměstnanci setkají ojediněle nebo vůbec. Cílem je v těchto situacích zajistit šanci na přežití co největšímu počtu zasažených. Minimálně v počátku zvládnutí mimořádné události/katastrofy je výrazný nepoměr potřeb a prostředků. Zásah bývá komplikován i porušením nebo zničením infrastruktury (příjezdové komunikace, dodávky energií, mohou být ochromena i zdravotnická zařízení v postižené oblasti). Zatímco běžný zásah záchranné služby trvá v průměru 45 až 60 minut včetně návratu na základnu, nasazení záchranných týmů při katastrofách je mnohahodinové až i vícedenní, s extrémní fyzickou a psychickou zátěží, často s velmi omezenými možnostmi odpočinku.

Léčení velkého počtu postižených za chaotických podmínek katastrofických událostí představuje komplex problémů, se kterými se zdravotníci ve své každodenní praxi nesetkávají a věřit na řešení pomocí improvizace je nepřijatelné. Výcvik a teoretická příprava však zahrnuje další rozšíření dovedností a znalostí daleko nad rámec medicíny. Reálná existence nové kategorie pacienta, kterým je oběť katastrofy nebo teroristického útoku si vynucuje i novou kategorii poskytovatele zdravotní péče, schopného dostát těmto nárokům (Štorek, 2006).

3. Požadavky na jednotlivé profese v České republice

3. 1. Požadavky na odbornost v jednotlivých profesích a zákonné normy

V České republice je přednemocniční neodkladná péče v terénu zajišťována posádkami RLP (Rychlé lékařské pomoci), tedy týmem, který tvoří lékař, zdravotní sestra či diplomovaný zdravotnický záchranář (tedy kategorie SZP - střední zdravotnický pracovník) a řidič – záchranář. Druhou možnou variantou je posádka RZP (Rychlá zdravotnická pomoc) ve složení SZP a řidič – záchranář. V obou typech týmů je formálním velitelem nositel nevyššího vzdělání, tedy lékař nebo SZP. Je samozřejmě žádoucí, aby tito pracovníci byli schopni být i neformální autoritou pro své spolupracovníky. Provoz záchranné služby je řízen zdravotnickým operačním střediskem národní tísňové linky 155, kde pracují také plně kvalifikované zdravotní sestry se specializačním pomaturitním studiem v intenzivní péči. V současné době je připravován specializační studijní obor přímo pro operátory a operátorky ZZS.

Zákonný rámec činnosti ZS je dán vyhláškou 434/1992 Sb, která je v současné době již zastaralá, neboť v roce 2000 došlo ke změně státoprávního uspořádání a záchranné služby přešly z působnosti okresů (tj. státu) do působnosti krajů (tedy regionální samosprávy). Bez ohledu na to je však zásadní to, že vyhláška má nižší právní sílu než zákon, zatímco činnost ostatních dvou základních složek IZS (PČR a HZS) je řízena zákonem.

Oblast krizového managementu a mimořádných událostí je i pro ZZS vymezena tzv. krizovými zákony – například Ústavní zákon č. 110/1998 Sb., o bezpečnosti České republiky, ve znění zákona č.300/2000 Sb., Zákon č.240/2000 Sb., o krizovém řízení (krizový zákon), Zákon č.239/2000 Sb.,o Integrovaném záchranném systému, Zákon č.241/2000 Sb., o hospodářských opatřeních při krizových situacích, Zákon č. 12/2001 Sb., o státní pomoci při obnově území postiženého živelní nebo jinou pohromou (zákon o státní pomoci při obnově území), Vyhláška MV č. 380/2002 Sb., k přípravě a provádění úkolů ochrany obyvatelstva (Štorek, 2004).

3. 2. Lékaři

Lékař záchranné služby je v pozici samostatně pracujícího lékaře, a to nejen formálně, ale i fakticky. Vzhledem k povaze práce nemá možnost konzultace s výjimkou telefonické (tzv. nepřímý dohled profesně zkušenějšího lékaře). Při práci v terénu je konfrontován s velkým spektrem urgentních stavů prakticky všech medicínských specializací, od interních, kardiologických, neurologických, traumatologických, gynekologických, porodnických, až třeba k infekčním, otorinolaryngologickým nebo oftalmologickým. Nedílnou součástí práce je kontakt s psychiatrickými pacienty nebo pacienty v krizi, navíc se pohybuje napříč celým sociálním spektrem a musí mít velmi dobrý odhad situace a variabilní komunikační dovednosti (Knor, 2003). V situacích mimořádných událostí dle platných traumatologických plánů a legislativy se každý lékař, který přijede na místo katastrofy jako první, musí stát velitelem zdravotnického zásahu, což vyžaduje zcela odlišné algoritmy postupů než poskytování neodkladné péče v individuálních případech. Hlavně tyto situace kladou nároky specificky manažerské, velmi vzdálené od tradičního pojetí lékařské praxe. Jsou nezbytné znalosti třídění raněných, které vycházejí z principů válečné medicíny, a dále široké spektrum „nemedicínských“ dovedností od zásad krizového a operačního řízení až po práci se spojovou technikou a také schopnost mezirezortní spolupráce s hasiči a policií na úrovni štábu velitele. Teroristické útoky, od New Yorku přes Madrid, Beslan, Londýn a další lokality, si vynucují praktické proškolení a orientaci lékařů a lékařek v dovednostech, které se na žádné civilní lékařské fakultě v pregraduálním studiu nevyučují.

Kromě široké schopnosti diferenciálně diagnostické mezioborové úvahy musí být lékař schopen provést vysoce odborné zásahy bez možnosti pomoci či dohledu zkušenějšího kolegy (např. zajištění dýchacích cest u stavů akutního dušení, zajištění všech alternativ přístupu do cévního řečiště, rozhodování o indikacích celkové anestezie v přednemocniční fázi atd.) v nepříznivých situačních podmínkách, a to i v psychologicky vypjaté atmosféře. Nezbytné

jsou však i další znalosti a dovednosti: základy informačních a spojových technologií, znalost základů psychologie, fyziologie, sociologie, didaktiky, pedagogiky, znalost zvyklostí různých kultur či sociálních skupin. V neposlední řadě by lékař urgentní medicíny měl mít i hluboce humanistický postoj i pokoru a cit pro spravedlnost (Hlaváčková, Průša, 2000).

S ohledem na současnou platnou legislativu (zák. 95/2004 Sb) musí mít samostatně pracující lékař záchranné služby specializovanou způsobilost v oboru urgentní medicíny. Podle Katalogu prací má vykonávat samostatnou preventivní, diagnostickou a léčebnou péči, k jejímuž výkonu je nezbytné získání specializované způsobilosti (13. platová třída), nebo preventivní, diagnostickou a léčebnou péči v příslušném specializovaném oboru včetně výchovy a dalšího vzdělávání specialistů a provádění náročných konziliárních vyšetření nebo odborného vedení zdravotnického týmu (14. platová třída) (Tomší, Alinče, 2005).

V přehledu stresujících aspektů lékařské profese (bez rozlišení oborů) bývají uváděny především časové tlaky, hlavně ve vztahu k odpovědnosti v rozhodování, dále nepřiměřené požadavky a očekávání pacientů a jejich blízkých, nejasné vztahy v týmu, udržení respektu ze strany veřejnosti, jednání s obtížnými pacienty, zvládání emočně náročných situací jako jsou úmrtí nebo infaustní prognóza (Pavlát a, b, 2002). Je tedy zřejmé, že obecně stresující aspekty lékařského povolání jsou v profesi lékaře urgentní medicíny zastoupeny všechny, často a jsou velmi intenzivně vyjádřeny.

3. 3. Nelékařské zdravotnické profese

3. 3. 1. Střední zdravotničtí pracovníci

I u nelékařských zdravotnických profesí, jak se nyní terminologicky správně zdravotní sestry a diplomovaní zdravotničtí záchranáři nazývají, došlo k významným změnám ve vzdělávání a kvalifikačních předpokladech. Pro samostatný výkon praxe musí mít úplné středoškolské vzdělání a pomaturitní specializační studium v intenzivní péči. Přímou

kvalifikaci pro práci v ZZS zajišťuje absolutorium na vyšší odborné škole, obor Diplomovaný zdravotnický záchranář (titul DiS) nebo bakalářské studium stejného oboru na vysoké škole (titul Bc.). S touto kvalifikací může vykonávat činnost v rámci specifické ošetrovatelské péče na úseku neodkladné péče a akutního příjmu. Dále se zdravotnický záchranář podílí na neodkladné léčebné a diagnostické péči

Trvalými diskuzemi mezi odbornou lékařskou společností (Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof při ČLS JEP) a zástupci nelékařských profesí v ZZS se postupně vymezují kompetence zdravotnických záchranářů. Je nesporné, že posádka RZP je legitimní prostředek k zajišťování přednemocniční neodkladné péče, neboť pokrytí celého území ČR výhradně lékařskými týmy v zákonném limitu dojezdu do 15 minut je nereálné a finančně i odborně neefektivní – část pracovní doby je tak jako tak „čekáním na výjezd“. Ideálně by systém měl být nastaven tak, aby byl lékař vytižen závažnějšími tísňovými výzvami nebo těmi, kde je nutná diferenciální diagnostika komplikovanějších zejména interních stavů, a dále výjezdy k manifestnímu ohrožení vitálních funkcí.

Kompetence nelékařů jsou stanoveny v § 3. odst. 1. § 17 vyhlášky č. 424/2004 Sb. v platném znění. Zdravotnický záchranář provádí výkony bez dohledu lékaře, zejména uvolnění a zajištění průchodnosti dýchacích cest, nepřímou srdeční masáž, resuscitaci, zajištění periferního žilního přístupu, aplikaci infuzí, defibrilaci při povinném přístrojovém záznamu srdeční akce před výbojem a záznamu síly výboje. Zajištění dýchacích cest nezahrnuje komplikovanější techniky a výkony krajní nouze (endotracheální intubace, koniopunkce, nosní vzučovod), lze použít kombirourku a jiné alternativy. Je povoleno užití některých skupin léků – zahájení infuzní léčby krystaloidy, podání koncentrované glukózy při naměřené hypoglykémii u pacienta v bezvědomí, podání diazepamů a paracetamolu rektální cestou při febrilních křečích u dětských pacientů, použití některých analgetik, medikace konzultovaná s lékařem tak, aby záznam byl prokazatelně nahrán a archivován. Ke spektru

činností zdravotnických záchranářů patří i stavění krvácení, ošetření povrchových poranění, popálenin, omrzlin, polohování pacientů, použití transportních pomůcek, imobilizace krční páteře i končetin a vedení překotného porodu (Ticháček, 2006).

Indikace k výjezdu samostatné posádky RZP jsou například nekomplikované úrazy bez projevů šoku a bez poruch vědomí (zlomeniny, řezné rány, sportovní úrazy, popáleniny menšího rozsahu apod.), nekomplikované interní stavy, převozy z ordinací praktických lékařů, zajištěné transporty stabilizovaných pacientů, aplikace injekcí na žádost lékaře (praktických, LSPP).

V případě mimořádných událostí při nedostatku personálu a hromadném výskytu postižených nebo poraněných mohou být kompetence nelékařských pracovníků ad hoc rozšířeny velitelem zdravotnického zásahu, personál tedy musí mít výcvik i pro náročnější postupy a zvládnutí technik rozšířené neodkladné resuscitace.

Ke kompetencím SZP jednoznačně nepatří úřední konstatování smrti a vyplnění příslušné dokumentace, ponechání pacienta na místě příhody a přijetí negativního reverzu. Posádka bez lékaře musí vždy transportovat pacienta do zdravotnického zařízení nebo k rozhodnutí přivolat lékaře (Ticháček, 2006).

Přes poměrně rozsáhlé spektrum činností je část zdravotnických záchranářů se svými pravomocemi nespokojena a občas veřejně ventilují svoji profesionální frustraci (www.paramedik.cz, www.komorazachranaru.cz). Na druhé straně je pravda, že na pozicích středních zdravotnických pracovníků jsou na záchranných službách zařazeni absolventi různého typu škol a kurzů, od všeobecných sester, přes sestry specialistky v intenzivní péči (pomaturitní studium při zaměstnání – ARIP apod.), absolventy vyšších odborných škol oboru Diplomovaný zdravotnický záchranář (DiS.), až po vysokoškolsky vzdělané bakaláře, a výjimečně i absolventy magisterského studia. Všechny tyto skupiny mají různý poměr praxe a teoretického zázemí, většinou s převahou jednoho nebo druhého.

3. 3. 2. Řidiči – záchranáři

Za výkon povolání řidiče vozidla zdravotnické záchranné služby se považuje činnost v rámci neodkladné péče a zdravotnické dopravy, kdy se pod odborným dohledem podílí na poskytování zdravotní péče na úseku neodkladné péče. Odborná způsobilost k výkonu povolání řidiče vozidla zdravotnické záchranné služby se získává absolvováním akreditovaného kvalifikačního kurzu v oboru řidič vozidla zdravotnické záchranné služby, řidič vozidla rychlé zdravotnické pomoci nebo řidič vozidla rychlé lékařské pomoci (Zákon č. 96/2004 Sb). Kromě toho je požadováno úplné středoškolské vzdělání a nejméně dvouletá profesionální řidičská praxe.

Řidič záchranář zajišťuje přednemocniční pomoc u nemocných a raněných na místě i v průběhu transportu, například péči o průchodnost dýchacích cest a ošetřování ran, včetně stavění krvácení, imobilizaci končetin při poranění, aktivně provádí život zachraňující výkony v přednemocniční neodkladné pomoci včetně použití speciální zdravotnické techniky spolupracuje při neodkladných výkonech dle pokynů sestry nebo lékaře, asistuje u složitějších výkonů (např. endotracheální intubace). Je zodpovědný za transport posádky na místo tísňové výzvy v limitu do 15 minut, a přitom je povinen dodržovat dopravní a bezpečnostní předpisy tak, aby neohrozil posádku vozu a okolí, po ošetření zodpovídá za transport posádky i s pacientem do zdravotnického zařízení s ohledem na zdravotní postižení pacienta tak, aby zajistil bezpečný, šetrný a přitom co nejrychlejší transport. I když sanitní vozy záchranné služby patří mezi vozidla s právem přednosti v jízdě, je při vzniklé dopravní nehodě řidič ZZS posuzován podle platných dopravních předpisů (rychlostní limity, jízda na červenou, ohrožení jiného účastníka provozu apod.) Dále je řidič záchranář zodpovědný za sanitní vůz včetně technického stavu, stavu pohonných hmot a za kontrolu vnitřního vybavení vozu, musí bezpečně ovládat práci se zdravotnickou technikou a zodpovídá během směny za jejich funkčnost (zdravotnické přístroje – defibrilátor, monitor, ventilátor a další ventilační technika,

odsávačka, tlakové lahve a kyslíkové rozvody, dále imobilizační a vyprošťovací pomůcky). Při hromadném neštěstí se řidič první posádky na místě mimořádné události stává velitelem zdravotnické dopravy a ve spolupráci s policií zajišťuje příjezdové a odjezdové komunikace k sektoru, dokumentuje pohyb vozidel i pacientů a vede předepsanou dokumentaci, na základě požadavků vedoucího lékaře zásahu posílá vozidla, personál a materiál do sektorů. Opět to tedy vyžaduje podstatně širší profesní záběr a klade na řidiče záchranáře vyšší nároky než pouhé řízení vozidla, byť na profesionální úrovni.

3. 3. 3. Pracovníci operačních středisek záchranné služby

Činnost operátorů a operátorek je velmi náročná na udržení stálé pozornosti a přehledu o situaci ve spádovém území, tím, že řídí větší počet výjezdových týmů, je jejich pracovní zatížení během směny mnohem vyšší než u pracovníků v terénu. Pracují navíc s omezeným množstvím informací, zprostředkovaných laiky na základě komunikace po telefonu – z těchto informací o příznacích musí učinit co možná nejpřesnější diagnostický závěr v co nejkratší době a zajistit vyslání příslušného týmu (tedy rozhodnout o nasazení lékařské posádky, nelékařské posádky, letecké záchranné služby, o aktivaci traumaplánu apod.). Navíc bývá velmi často práce na operačním středisku podceňována i samotnými spolupracovníky. Záchranáři bývají často dominantní osobnosti s potřebou řídit, avšak ve službě jsou povinni se podříditi pokynům operátorky a ne všichni se s tímto principem ztotožňují.

Přes operační středisko se dostávají do záchranného řetězce veškeré vstupní informace. Z obecného hlediska má operátor/ka pět základních okruhů úkolů:

- přijímá a zpracovává tísňové výzvy z veřejných telefonních linek i z přímých linek ostatních záchranných složek a zdravotnických zařízení;
- řídí a koordinuje prostředky ve službě ve svém spádovém území - adekvátním zpracováním tísňové výzvy zajistí přiměřený typ pomoci pro konkrétní situaci,

správné vyhodnocení výzvy z hlediska priorit však patří k nejobtížnějším úkonům v práci ZOS. „Přetřídění - overtriage“ (tedy zařazení výzvy do závažnější kategorie) je bezpečné pro pacienta, ale vede rychle k vyčerpání zdrojů ve spádové oblasti, „podtřídění - undertriage“ (podhodnocení stavu) je hrozbou pro možnost poškození pacienta vysláním neadekvátního, nižšího typu posádky;

- zprostředkovává informace mezi posádkami a nemocnicemi, čímž se podílí na zajištění kontinuity péče;
- poskytuje telefonické pokyny ohledně první pomoci, tím může někdy velmi významně ovlivnit kvalitu péče o pacienty, jde o koncept „nulového reakčního času“, opět záleží na správném vyhodnocení situace;
- zajišťuje distribuci požadavků na ostatní služby (přesměrování požadavku na praktické lékaře, jiné pohotovostní služby, charitativní organizace, poradenské linky, kontaktní centra, toxikologická informační střediska, sociální pracovníky apod.), je nutná znalost lokálně dostupné sítě těchto organizací a služeb (Clawson, Dernocoeur, 2002).

Operačním střediskům by měla být věnována pozornost z hlediska ergonomických požadavků, operátor/ka u pultu stráví většinou celou směnu. Je to otázka uspořádání prostor, vhodného nábytku, umístění a kvality monitorů, klimatizace. Neméně důležitým parametrem je i kvalita mezilidských vztahů a v neposlední řadě i osobností jednotlivých pracovníků (Franz, 2004).

4. Reakce na stres a psychologická morbidita v souvislosti se stresem

4. 1. Patofyziologie stresové odpovědi a fáze poplachové reakce

K pochopení mechanismu rozvoje posttraumatické stresové poruchy a k rozpoznání jejích příznaků je nutné porozumět obecným principům reakce na stres. Stresor spouští poplachovou

reakci s mobilizací energetických rezerv a s cílem obnovení homeostázy organismu. Reakce se skládá ze dvou základních složek: jednak jde o fylogenetickou odpověď celého druhu, která je individuu vrozená, druhou složkou je reakce, která vznikla během života jedince vlivem učení. Při působení silného stimulu však převládne stará fylogenetická paměť nad naučenými odpověďmi. Automatické spuštění poplachové reakce má nezanedbatelné výhody, z nichž hlavní je rychlost reakce, ale i nevýhody – pro život v dnešní civilizaci je mnoho vrozených mechanismů neúčelných a neadekvátních, někdy dokonce škodlivých. Cílem poplachové reakce je rychlé uvolnění energie, nerušená činnost centrální nervové soustavy, optimální redistribuce krevního objemu s cílem zajistit maximum kolující krve pro myokard, kosterní svaly a mozek, a dále změny vodního a elektrolytového hospodářství. Za spuštění rychlých změn je odpovědný nervový systém, hormonální systém zajišťuje pomalejší změny během poplachové reakce (Charvát, 1970).

V medicínském smyslu představuje stres automaticky probíhající reakci organismu na možné ohrožující podněty. Tato reakce se odehrává na ose hypotalamus – hypofýza – nadledvinky. Poplachová reakce začíná orientačním reflexem. Na základě neznámých, ohrožujících, frustračních nebo bolestivých podnětů reaguje behaviorální inhibiční centrum (nucleus coeruleus a nucleus raphae) zastavením všech probíhajících aktivit a vyvolá zvýšené napětí a zvýšenou pozornost. Jsou-li podněty vyhodnoceny jako málo intenzivní a tedy bezpečné, reflex odezní bez spuštění stresové kaskády. V opačném případě se kaskáda poplachové fáze stresu rozběhne a vytváří podmínky pro boj nebo útěk. Celý proces je nesmírně energeticky náročný, s nepříznivými katabolickými důsledky, zejména trvá-li dlouho. Při zapínání svalů se objevuje třes, do svalů přitéká větší množství krve, obohacené o sacharidové rezervy, zpracovatelné tukové rezervy, ale i bílkoviny, zvyšuje se srdeční výdej přechodem na hyperkinetickou cirkulaci s vzestupem tlaku i tepové frekvence. Vzestup dechové frekvence zajišťuje více kyslíku, dochází k „nabuzení“ (arousal) centrálního

nervového systému. Stresová polakisurie a stresové průjmy jsou důsledkem tendence zbavit organismus zbytečné zátěže. Husí kůže je způsobena fylogeneticky velmi starým piloerekčním reflexem, kdy zjevení srsti dodávalo ohroženému zvířeti na objemu. Dochází i k útlumu parasympatikem řízených trávicích reflexů, z toho pochází pocit sucha v ústech nebo stažení žaludku. Součástí poplachové reakce je i její pomalejší humorální složka, v první fázi je zvýšený výdej adrenokortikotropního hormonu (ACTH), který aktivuje paměťovou stopu.

Nevede-li poplachová reakce k žádoucímu účinku, nastává fáze rezistence, která se v dávných dobách projevovala rezignací na teritorium, stažením, sklíčeností, parasympatickými reakcemi s přetěžováním systémů regulovaných především parasympatikem (GIT). V oblasti neuroendokrinní regulace je fáze rezistence doprovázena hyperkortizolémií, v jejímž důsledku dochází k mazání paměťové stopy a také k negativnímu ovlivnění imunity.

Třetí fází stresu je fáze zhroucení, což se rovná regulačnímu chaosu pro systémy řízené, ale i řídicí (Selye, 1966; Charvát, 1970; Honzák, Kurzová, 2003).

Během stresové reakce tedy dochází k součinnosti vegetativního i neuroendokrinního systému, a touto cestou je ovlivněna jak centrální nervová soustava, tak imunitní systém. Ve stresové reakci jsou primárně zapojeny starší části CNS – hypotalamus a hypofýza, ale i retikulární formace a limbický systém. Do průběhu reakce zasahuje integrační a regulační aktivitou i neokortex. K aktivaci sympatiku a produkci katecholaminů dochází pravděpodobně tehdy, kdy organismus usiluje o aktivní zvládnutí stresové situace, zatímco k aktivaci adrenokortikálního systému dochází zřejmě tehdy, kdy jedinec danou zátěž nemůže nebo nechce zvládnout (Kebza, 2005).

Rezervy a zdroje ke zvládnutí stresu jsou vrozené dispozice, ale i dovednosti, které jedinec získal v průběhu svého procesu střetávání s nejrůznějšími stresory, část odolnosti je tedy i

získaná. Tyto rezervy se označují v literatuře jako adaptační kapacita (adaptive capacity), zátěžová kapacita (load capacity), systémová kapacita (system capacity), vyrovnávací zdroje (coping resources), překlenovací kapacita (cyrrying capacity) – tyto termíny mají více méně totožný obsah (Kebza, Šolcová, 1998).

Poplachová reakce vznikla během fylogenetického vývoje velmi účelně pro stavy ohrožení organismu. V současnosti však člověk vnímá jako stresor i podněty z psychosociální sféry a stresová kaskáda se spustí stejně, jako by o život šlo, a z tohoto důvodu může být nadměrná dlouhodobá expozice stresům pro organismus škodlivá (Selye, 1966; Charvát, 1970; Honzák, Kurzová, 2003). Nicméně vědomá modulace stresoru pomocí jeho kognitivního zpracování může naopak být jednou z možností, jak se se zátěží vyrovnat – například tím, že jedinec vyhodnotí zátěžové situace a přisoudí jim takovou závažnost, jakou v hierarchii priorit skutečně mají. Je nutné si uvědomit, že jedinec, vystavený stresujícím vlivům není jen jejich pasivním příjemcem, ale může se změnit v aktivního hybatele. Odolnost vůči zátěži je dána konstitučně, vývojovými faktory, ale lze ji ovlivnit i nácvikem (Honzák, Kurzová, 2003).

Je prokázáno, že zátěž, které je organismus schopen dostát, je považována za stimulující faktor vývoje a jednorázový, akutní, byť silný stres, který je ale vyřešen s pozitivním vyústěním, nepředstavuje ze zdravotního hlediska významné riziko. Výsledný vliv zátěže a stresu na organismus je dán především rozložením účinku stresorů v čase, a právě dlouhodobě působící nezvládaný stres má zdravotní dopady. Konkrétní zdravotní postižení je ovlivněno mnoha dalšími faktory, od genetické výbavy, přes životní styl, osobnost daného jedince, aktuální stav jeho imunitního systému po sociální interakce a společenské faktory (Kebza, 2005).

4. 2. Odpověď organismu na stres a poruchy spojené se stresem

Organismus může reagovat následujícími příznaky:

- příznaky fyzické vycházející z poplachové reakce: zvýšený krevní tlak, zrychlená srdeční akce a zvýšený počet dechů za minutu, pocit chladu, zejména na akrech, žízeň, nevolnost, slabost, problémy s trávením, bolesti břicha, plynatost, nausea nebo zvracení, dechové obtíže, bolest na hrudi, třes, záškuby až křeče, bolest hlavy, vertebrogenní obtíže, svalové napětí, poruchy akomodace, častější nucení na močení, poruchy menstruace, sexuální problémy, vyšší riziko úrazů a dopravních nehod;
- kognitivní: zmatenost, snížení nebo zúžení pozornosti, zhoršení koncentrace, potíže s pamětí, neschopnost se rozhodnout, zhoršené abstraktní myšlení, zhoršené řešení problémů, obviňování druhých osob, zvýšené či naopak snížené uvědomování si okolního dění. Objevují vtíravé myšlenky spjaté s kritickou událostí, postiženému se zdají sny s podobným obsahem, vzpomínky i znovuvybavení události je doprovázeno výrazným pocitem psychické i fyzické nepohody se silnými fyziologickými reakcemi;
- emocionální: úzkost, nejistota, obavy, deprese, strach, agitovanost, vznětlivost, hněv, pocity viny, popření, projevy akutní panické ataky, ztráta emoční kontroly, neadekvátní emoční odpověď, pocit zahlcení událostmi;
- behaviorální: změny v aktivitě, neschopnost odpočinku, stáhnutí do sebe, podezřívavost, zvýšená lekavost, změny v řečovém projevu, emocionální výbuchy, změna chuti k jídlu jak ve smyslu snížení, tak i zvýšení, nespecifické tělesné obtíže.

Podle toho mezi somatickými příznaky převažují obtíže kardiovaskulárního systému (projevy ICHS, hypertenze, arytmie, zejména paroxysmální supraventrikulární tachykardie, palpitate aj.), zažívacího ústrojí (gastroduodenální vředová choroba, kolitida, porucha motility GIT), dýchací problémy (astma bronchiale, hyperventilační tetanie), poruchy imunitního systému, snížená odolnost vůči infekci, alergie, autoimunitní choroby, nádorová onemocnění), obtíže spojené s pohybovým aparátem (vertebrogenní algické syndromy, tenzní bolesti hlavy, náchyllost k úrazům) (Everely, Mitchell, 2002; Kebza, 2005).

Reakce na stres je vysoce individuální. V literatuře nacházíme pojem „cílového orgánu“, tedy charakteristické projevy stresové reakce u konkrétního jedince, což je dáno zejména genetickou výbavou (Everley, Mitchell, 2002; Mitchell, Everley, 2003; Nešpor, Csémy, 2001).

Vliv na projevy reakce na stres mají i osobní životní zkušenosti a vlivy stejně jako rodičovské a pečovatelské modely chování. Je nutné si uvědomit, že duševní stres vyvolává stejné reakce jako fyzické ohrožení organismu, avšak fylogeneticky starší složky poplachové reakce jsou při působení duševního a sociálního stresu neúčelné a při častém opakování škodlivé, neboť nedojde k pohybové reakci typu boj nebo útek a nedojde ke spotřebování energetických rezerv. Lidský mozek je schopen (na rozdíl například od počítačových modelů) přisoudit informaci subjektivní hodnotu (Charvát, 1970).

V literatuře o výzkumu stresu nacházejí práce, rozdělující fyzické a psychické stresory - za fyzické byly považovány ty, které vedou k fyzickému poškození organismu a následně k prožitku bolesti s doprovodným napětím, úzkostí a strachem. Dalšími výzkumy však bylo prokázáno, že obě kategorie jsou spjaty, fyzický stres přechází do psychického, psychický stres může být spuštěn nejen fyzickým poškozením organismu, ale i pouhou anticipací, představou (Kebza, 2005).

4. 3. Druhy stresu a kritické události

Stres je stav živého organismu při mobilizaci obranných nebo nápravných opatření, které jsou vyvolány stresorem, není přímo synonymem poškození. Opakované vystavení zátěžové situaci s následným zvládnutím této zátěže vede k postupnému slábnutí stresové odpovědi a dochází k adaptaci. Stresová reakce nezávisí na objektivní míře stresoru, ale na tom, jak byl v určité situaci stresor (signál) konkrétním jedincem vnímán. Méně intenzivně prožívaný stres vede k adaptaci a tím i ke zlepšení výkonu, je předpokladem aktivního života a někdy je

v literatuře označován termínem „eustres“. Je spojen s navozováním pozitivně laděných emocí a vysokou svobodou volby situace, jež k nástupu stresu vedla. Naopak neřešitelný stres vyžaduje množství energie a vede k rozvrácení homeostázy, je označován pojmem „distres“ a je spojen s negativně laděnými emocemi a nízkou svobodou volby výchozí situace (Charvát, 1970).

V souvislosti s mírou individuální zátěže a intenzitou vnímání stresu hovoříme o běžném stresu, který je součástí normálního života, a o kumulativním stresu, kdy může dojít ke sčítání zátěže z jednotlivých oblastí (rodina, práce, ekonomická situace, společenské problémy) a který již může být nadměrný.

Podle délky a intenzity působení se dají rozlišit stresory akutní, které mají povahu předělů, jsou neočekávané, nechtěné, vytrhující a dezorganizující. Naproti tomu chronický stresor je spíše trvalá nerovnováha mezi tím, co jedinec chce a tím, co dostává, nebo mezi tím, co by chtěl a tím, co musí či je k tomu okolnostmi nucen (Manuál k administraci a vyhodnocení dotazníku Personal Views Survey, překlad Šolcová, 1994).

Kritická událost je silný, jednorázový negativní stresující zážitek, například napadení, znásilnění, závažná dopravní nehoda, traumatická smrt. Je to jakákoliv událost natolik emocionálně silná, že přesahuje běžné adaptační schopnosti jedince a může negativně ovlivnit schopnost jinak zdravého jedince fungovat (Mitchell, Everley, 2003). Kritická událost může i po jednorázové expozici vést k vzniku posttraumatické stresové poruchy, riziko se samozřejmě zvyšuje s četností expozice podobným událostem, což je typické pro práci v akutních medicínských oborech i pro všechny druhy záchranářů. Mezi kritickými událostmi typickými pro zdravotnické záchranné služby bývají například uváděny: smrt kolegy během výkonu služby, vážné zranění během výkonu služby (vlastní nebo kolegy), sebevražda kolegy, závažné, zejména hromadné dopravní nehody, traumatická smrt dítěte nebo těžké zranění dítěte, ošetřování kritického popáleninového traumatu, události s velkým zájmem

médií (James, 1998; Pudil, 1998). Kritickou událostí se však může stát cokoli, co je takto vnímáno konkrétním jedincem.

Ve studiu stresu se zkoumají jednak životní události nebo životní změny, tedy události, které vyžadují reakci a přizpůsobení na základě náročnosti požadavků. Další studovanou kategorií jsou menší epizodické příhody, která v případě kumulace mohou vést k obtížím a jejich dopad na zdraví může být závažnější než u izolované „životní události“ (koncept „daily hassels“ vs. „life events“ (Kebza, 2005).

4. 4. Akutní stresová reakce

Expozice kritické události může o pracovníka vyvolat akutní stresovou reakci, která je přechodná, avšak závažně významná. Její projevy jsou kognitivní, fyzické, emoční a behaviorální. Na celou situaci se může vyskytnout amnézie.

Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení jsou pod kategorií F43 dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN). Dají se identifikovat nejen podle symptomatologie a průběhu poruchy, ale také na základě příčinného vlivu – mimořádně stresujícího životního zážitku v případě akutní stresové reakce, zatímco v případě posttraumatické stresové poruchy jde o významné životní změny, které vedou k trvale nepříznivým okolnostem a za následek mají poruchy přizpůsobení. Obě poruchy jsou jednoznačně přímým následkem akutního těžkého stresu nebo pokračujícího traumatu, toto trauma je primárním a převažujícím kauzálním faktorem a k poruše by nedošlo bez jeho působení (Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování.).

Akutní stresová reakce je tedy významně závažná, avšak přechodná porucha u jedince, který zjevně předtím netrpěl žádnou psychickou poruchou. Odeznívá během několika hodin nebo dnů. Stresor je jak duševní, tak fyzické povahy, patří sem například vážné ohrožení bezpečnosti nebo somatické integrity jedince či jeho blízkých osob (živelní pohroma, úraz,

ozbrojený konflikt, přepadení, znásilnění apod.), ale i náhlá a ohrožující změna v sociálním postavení nebo v mezilidských vztazích. Riziko rozvoje poruchy násobí fyzické vyčerpání nebo organické faktory například ve stáří.

K typickým úvodním příznaků patří „ustrnutí“ se zúžením vědomí a pozornosti, dezorientace, neschopnost chápat a vnímat podněty. Stav se může vystupňovat až do disociativního stuporu nebo do agitace a hyperaktivity. Jsou přítomny i doprovodné vegetativní symptomy stejné jako u akutní panické poruchy – tachykardie, pocení, zarudnutí. Zmírňování příznaků se dá čekat do několika hodin, je-li možno stresující prostředí opustit, v případě, že se stresor nedá odstranit, odeznívají příznaky obvykle do 24 – 48 hodin, nejdéle do 3 dnů (Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování.).

4. 5. Posttraumatická stresová porucha

Posttraumatická stresová porucha se může (a samozřejmě nemusí) rozvinout po zážitku kritické události, a riziko se zvyšuje s opakovanou expozicí. Následuje reakce strachu, bezmocnosti, děsu, postižený pociťuje významný stav nepohody, je zasažen jak pracovní, tak i sociální a rodinný život. Diagnózu posttraumatické stresové poruchy lze vyslovit, jestliže příznaky trvají více než měsíc, spíše déle, a klinicky významně negativně ovlivňují sociální, pracovní a rodinný život postiženého (Flannery, 1999; Mitchell, Everley, 2003). Je-li posttraumatická stresová porucha neléčena, vede často k další morbiditě (deprese, abúzus psychoaktivních látek atd.). Může být i souvislost mezi některými příznaky akutní stresové reakce, zejména disociativními (stav ochromení, strnulost, derealizace, depersonalizace, amnezie) a následným vývojem posttraumatické stresové poruchy. Nepřirozenost smrti, tedy smrt náhodná, nepředvídatelná, nebo dokonce hromadná oproti smrti přirozené, s jistou lidskou důstojností, má závažnější dopady na psychiku pracovníků, kteří se s ní setkávají. Už

sama práce s pozůstatky obětí a identifikacemi s nimi je jeden z možných mechanismů vzniku posttraumatické stresové poruchy (Ursano, 1999).

Reakce na stresovou událost neobvykle hrozivého nebo katastrofického rázu je v případě posttraumatické stresové poruchy zpožděná a/nebo protrahovaná. Dochází k epizodám opakovaného ožívání traumatu ve vzpomínkách (psychotické reminiscence) nebo ve snech, na pozadí stálého pocitu „necitlivosti“ a emočního otupění. Postižený se vyhýbá lidem a stejně tak se snaží vyhýbat situacím a vjemům, které mohou připomínat vyvolávající trauma. Někdy může podnět, který znovuvybavení traumatu spustil, vyvolat dramatický výbuch strachu, paniky nebo agrese. Bývá vegetativní hyperaktivace, nadměrná lekavost, nespavost (Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování.).

4. 6. Poruchy přizpůsobení, jiné reakce na závažný stres, reakce na závažný stres nespecifikovaná

Do této diagnostické skupiny patří ještě poruchy přizpůsobení (F43.2), s dalším členěním dle převažujících symptomů – depresivní reakce, smíšená úzkostná a depresivní reakce, s převládající poruchou jiných emocí – např. obavy, tenze, zlost, dále s převládající poruchou chování (agrese, dissociální chování), se smíšenou poruchou emocí a chování. Nespecifikované (F43.9) a jiné (F43.8) reakce na závažný stres pak doplňují spektrum poruch této skupiny (Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování.).

Tyto stavy se vyznačují pocitem subjektivní tísně a emoční poruchy v období adaptace na významnou životní změnu nebo následkem stresové životní události, včetně konfrontace se závažným somatickým onemocněním. Individuální zranitelnost a predispozice sice hrají větší úlohu při riziku výskytu poruch, zařazených do této skupiny, nicméně se předpokládá, že bez

zátěžové situace by porucha nenastala. Diagnóza záleží na podrobném vyhodnocení vztahů mezi formou, obsahem a tíží symptomů, dále dřívější osobností a anamnézou, a konečně třetím faktorem je stresující událost, situace nebo životní krize.

4. 7. Psychosomatická onemocnění

Z hlediska psychosomatiky je nemoc výsledkem složitého kauzálního řetězce etiologických a patogenetických faktorů a teoretická východiska vycházejí z psychoanalýzy, z teorie psychického stresu a kortikoviscerální teorie. O výzkum v oblasti stresu se opírá zařazení „klasických“ psychosomatických onemocnění – například hypertenze a ischemické choroby srdeční (opakované vyplavení katecholaminů s hyperinetickou cirkulací, zvýšením tepové frekvence a tlaku v situacích psychosociální zátěže) nebo vředové choroby gastroduodenální (opět s vlivem opakovaného vyplavení katecholaminů na změny v prokrvení sliznice gastrointestinálního traktu, na vyšší kyselost trávicích šťáv a na složení ochranné vrstvy hlenu, což v důsledku vede až k organickým změnám, tedy vzniku vředu na sliznici). Nicméně podíl psychických faktorů při vzniku choroby se nyní již vztahuje k souboru nejrůznějších diagnóz (Kebza, 2005; Polnický, 1998). Mezi psychosomatické nemoci se kromě již výše zmíněných řadí astma bronchiale, migrenózní bolesti hlavy, revmatická artritida, poruchy menstruačního cyklu a ovlivnění imunitního systému. Právě vztahy mezi stresem a imunitou se dostaly v posledních letech do popředí pozornosti, jak stresová odpověď, tak imunitní procesy jsou součástí širokého homeostatického systému, ale imunitní reakce je evolučně starší. Na základě výzkumů byl opraven původní předpoklad o uzavřenosti imunitního systému – byla prokázána výměna informací mezi imunitním systémem a CNS a tedy i ovlivnění imunity působením psychických procesů. Tyto jevy jsou předmětem studia psychoneuroimunologie. Akutní a chronický stres vyvolává odlišnou imunitní odpověď – akutní vede k vzestupu činnosti imunitního systému se vzrůstem „natural

killers“ buněk, jejichž počet a aktivita je měřítkem obranyschopnosti organismu, chronická působící stres způsobuje pokles činnosti a zpomalení imunitních reakcí. Je prokázána stresem indukovaná imunosuprese, zpomalené hojení ran vlivem chronického stresu (Kebza, 2005).

5. Syndrom vyhoření

5. 1. Základní pojmy

Chronické působení stresu spojeného se zaměstnáním může vést k syndromu vyhoření. Prvně se tento pojem objevil v roce 1974 v práci H. Freudenbergera v časopise „Journal of Social Issues“. Podle současně platné Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10) je zařazen pod kódem Z73.0 do kategorie „Problémy související s pracovními obtížemi“. Do této kategorie patří i kódy Z73.1 (zdůraznění osobnostních rysů – chování typu A), Z 73.2 (nedostatek relaxace a odpočinku) a další (Mezinárodní klasifikace nemocí.10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka, 1992).

V rozvoji syndromu vyhoření je důležitý pojem psychosociálního stresu, tedy bez přímé vazby na biologicky naprogramovaný „boj o přežití“. Typickými příklady psychosociálního stresu jsou problémy v mezilidských vztazích, ztráta zaměstnání, rozvod.

Syndrom vyhoření je následkem chronického psychosociálního stresu spojeného s prací, tedy konkrétně se sociálním prostředím v práci, s organizačními aspekty v zaměstnání, s obsahem práce i s jednotlivými úkoly a úkony. Může být klasifikován v kategorii konfliktu rolí, nároků vyplývajících ze samotné práce, organizačních problémů, může souviset s nejasnou profesní perspektivou, ale i fyzickými aspekty práce a pracovního prostředí (hluk, prach, teplota, bezpečnost...) (Kebza, Šolcová, 2003; Kebza, 2005). Akutní stres k syndromu vyhoření nevede (může vést k jiným poruchám – akutní stresová reakce, posttraumatická stresová porucha). Syndrom vyhoření je reakcí na chronický stres, spojený

s pracovní zátěží a je charakterizován fyzickými, emočními a obrannými zvládacími mechanismy (Casado et al.,2006).

Syndrom vyhoření není jen obyčejná únava, přetížení, vždy je spojen s otázkou po smyslu vlastní práce. Vzhledem k podstatnému vlivu organizační složky je nutné řešení obtíží zaměřené nejen na osobnost takto postiženého pracovníka, ale na organizační opatření (Bartlová, Jobánková, 2001). Stále více se zdůrazňuje psychosociální infekčnost vyhoření, tedy jeho výskyt v určité firmě, organizaci, zatímco v jiné se stejným zaměřením se nemusí nalézt. Jeho výskyt může být signálem systémové chyby a nikoliv poruchou jednotlivce (Kebza, 2005).

Syndrom vyhoření podstatně ovlivňuje kvalitu života postižených osob a projevuje se v oblastech kognice, motivace i emocí, zasahuje a ovlivňuje postoje, názory a výkon hlavně v oblasti profesionálního působení. Stejně jako jiné dlouhodobě působící stresory vyžaduje mobilizaci prostředků k udržení rovnováhy psychické i fyzické, dochází k vyčerpání rezerv a zdrojů ke zvládnutí stresu a dojde k selhání adaptační kapacity. Z hlediska původní Seleyho teorie stresu může být chápán jako poslední fáze stresové odpovědi, tedy stadium vyčerpání, zde jako následek výhradně chronických stresorů (Kebza, Šolcová, 2003; Kebza, 2005). Obecně jsou vyhořením více ohroženi pracovníci profesí s častým stykem s lidmi, zejména z tzv. „pomáhajících profesí“ (lékaři a ostatní zdravotníci, učitelé, policisté, ale i úředníci, sociální pracovníci a další), včetně dispečerů a dispečerek nejen záchranné služby, ale třeba i dopravy a letového provozu. Pozdější studie však prokázaly výskyt vyhoření i u dalších profesí, kde je kontakt s lidmi, nebo závislost pracovního úspěchu na jejich hodnocení: u advokátů, pojišťovacích agentů, poštovních úředníků, dokonce i u špičkových sportovců, umělců, poradců, informátorů, pracovníků věznic, duchovních, řádových sester a mnoha dalších. Publikované práce prokázaly ohrožení lékařů a ošetrovatelského personálu v oborech

jako onkologie, chirurgie, intenzivní péče, psychiatrie, geriatric (Kebza, Šolcová, 1998; Kebza, 2005), o mnoha dalších oborech nejsou zatím informace.

Ve zdravotnických zaměstnáních je typická vysoká zodpovědnost, neustálá připravenost k pomoci, nejistý efekt pracovní činnosti, malá nebo žádná zpětná vazba, směnný provoz, nepředvídatelnost pracovní činnosti bez ohledu na biorytmy, situační tlaky, práce s lidmi v akutním stresu (Kebza, Šolcová, 1998; 2003; Konopásek, Šeblová, 1998). Nejvyšší riziko je při kombinaci vysokých nároků a nízké autonomie, tedy bez možnosti rozhodovat o tempu práce, povaze a konkrétních podmínkách pracovní činnosti (Kebza, Šolcová, 1998; 2003; Kebza, 2005). Vysoké nároky na stabilní neselehávající výkonnost, závažné důsledky při chybě, pocit, že úsilí není adekvátní nízkému výslednému efektu – všechny tyto charakteristiky rizika vzniku syndromu vyhoření nacházíme mezi typickými rysy práce na záchranné službě. Projevy vyhoření jsou pozorovatelné v rovině chování, dochází ke změnám v sociálních vztazích, k pacientům, spolupracovníkům, ale i v rodině. Pracovník se syndromem vyhoření je apatický, cynický, podrážděný, necitlivý k pacientům, má celkově negativní postoje, sociální komunikace je snižena. V úrovni prožívání se objevují pocity bezmoci, beznaděje, ztráta nadšení a iluzí, úzkost, pocity viny a selhání, ztráta sebedůvěry, pocit vnitřní prázdnoty, vyčerpanosti a těžké únavy (Kebza, Šolcová, 2003; Kebza, 2005).

Teoretické vysvětlení syndromu vyhoření se v psychologicko-medicínské oblasti opírá o studium stresu, stresové reakce a jejích důsledků, v rovině filosoficko-psychologické má blízko k existenciálně orientované filosofii a psychologii a k existenciálnímu pojetí krize s otázkami po smyslu existence, s pocity osamělosti, úzkosti, beznaděje a zoufalství a existenciální frustrace – tyto projevy a pocity jsou velmi podobné konečné fázi vyhoření s tendencí zpřetrhat všechny svazky s minulostí (zde profesní) a osvobodit se tak od minulé, svazující zkušenosti (Kebza, Šolcová, 1998; Kebza, 2005).

5. 2. Složky a fáze syndromu vyhoření

Multifaktoriální koncept syndromu vyhoření se skládá ze tří následujících komponent, které jsou vyústěním chronického stresu. Vždy je ale předstupněm a nezbytnou podmínkou vývoje tohoto syndromu původní vysoké zapálení, nadšení pro věc, zaujetí profesí. Prvním stupněm burnoutu je emoční vyčerpání, kdy se postižený jedinec cítí být zahlcen požadavky a potřebami druhých osob. Druhý stupeň, depersonalizace, nastává při neúspěšných opakovaných pokusech zvládnout stavy vyčerpání, a je charakterizován pocity lhostejnosti, odcizení a dehumanizace. Posledním stupněm je pocit neschopnosti, osobního selhání a pocity sníženého profesního sebehodnocení (Maslach, Jacskon, 1996).

Stadia syndromu vyhoření popisují různí autoři různým způsobem, podle toho se též liší počet uváděných fází. Všichni autoři se však shodují na počáteční fázi nadšení, zapálení pro věc, práce bývá hlavní životní náplní, ale už v této fázi je dlouhodobé přetěžování (např. mírou přesčasových hodin, přijímáním dalších úkolů, které se hromadí). Posléze dochází k vystřízlivění, určitému zklamání, následuje frustrace a negativní vnímání pacientů (jde-li o pracovníky ze zdravotnictví) nebo klientů. Po této do jisté míry latentní fázi nastupuje již otevřená hostilita vůči pacientům (klientům), apatie. Vše, co souvisí s profesí, je vnímáno negativně. Poslední fází je úplné vyčerpání, vyhoření, cynismus, depersonalizace (Kebza, Šolcová, 2003). Syndrom vyhoření je nutno chápat jako neustálý vyvíjející se proces, stav není neměnný. Trvalá nespokojenost se přenáší i na okolí a vytváří napětí na pracovišti, ale i v rodině nebo v osobních vztazích.

Přesnější dynamika se dá popsat v pěti fázích: první fází je nadšení, jak již bylo zmíněno výše. Zaměstnání přináší jedinci vysoké uspokojení, chce pracovat co nejlépe, touží po úspěchu. V této fáze je největším nebezpečím identifikace s pacienty (klienty), neefektivní vydávání energie, často spojené s dobrovolným přepracováním.

Dále následuje fáze stagnace, práce již ztrácí svoji přitažlivost, pracovník se ocitá pod časovým tlakem, byl již nucen slevit ze svých očekávání. Po stagnaci stav přechází do frustrace, které je charakteristická otázkami po smyslu a efektivitě práce jako takové. Objevují se běžné symptomy neurózy, mohou se již vyskytnout i fyzické příznaky, začínají problémy na pracovišti. Přirozenou – a nejčastější – reakcí na frustraci je fáze apatie. Pracovník je trvale nespokojený, ale nemá možnost tuto situaci změnit, dominuje snaha udržet si pracovní pozici, ale příliš se nenamáhat. Také nastupuje cynismus, snížení tolerance k pacientům (klientům). V sociálních vztazích se pracovník stahuje do izolace, nebo naopak začíná být agresivní k okolí. V této fázi se objevuje i neproduktivní sebelítost nebo autoagresivní postoje, čímž se vytvářejí předpoklady pro prohloubení situace až do obrazu depresivní poruchy. Poslední fází je intervence, což je jakýkoliv krok, který v reakci na vyhoření vede k přerušení koloběhu zklamání. Jde o nalezení efektivního způsobu chování, nová definice vztahu k práci, pacientům, spolupracovníkům i přátelům (Honzák, Kurzová, 2003; Večeřová-Procházková, 2005).

5. 3. Rizikové a protektivní faktory syndromu vyhoření

Rozvinutý syndrom vyhoření tedy zahrnuje oblast kognitivních procesů, emočních reakcí i motivace, a zasahuje tak do postojů, názorů, ale i výkonnosti postižených. Zranitelnost jednotlivců je samozřejmě vysoce individuální, velmi záleží na osobnosti jedince. Osobnost je pokládána za klíčový vnitřní faktor a ovlivňuje zejména způsob reakcí na stres a techniky zvládnání stresu, tzv. „coping“ mechanismy. Zranitelnost vůči vyhoření dále závisí i na míře sociální podpory. Systém sociálních vztahů a vazeb je pokládán za klíčový vnější faktor v případném rozvoji vyhoření (Kebza, Šolcová, 1998; 2003; Kebza, 2005).

Podle Beckerovy koncepce duševního zdraví je riziko onemocnění vyjádřeno poměrem mezi rizikovými a protektivními faktory. K rizikovým faktorům patří už jen životní tempo

současné společnosti, v nových evropských zemích i transformační změny, související i s dříve neznámými finančními a ekonomickými krizemi. Kromě nároků profese a působení chronických stresorů sem patří i osobnostní charakteristiky – vulnerabilita jedince, negativní afektivita, nízká asertivita, původně vysoký perfekcionismus, neschopnost relaxace, neuroticismus, úzkostné, fobické a obsedantní povahové rysy, permanentně prožívaný časový tlak, externí lokalizace kontroly (tj. závislost na vnějším hodnocení), nízké nebo nestabilní sebepojetí a sebehodnocení a vyšší skóre životních událostí a chronicky působících drobnějších nepříjemností – „daily hassels“ (Kebza, Šolcová, 1998; Kebza 2005).

Syndrom vyhoření nevzniká jen na základě přemíry práce. Podmínkou jsou počáteční nesplnitelné ideály, nadměrné očekávání, snaha po dokonalosti, ale i nadměrná touha po společenském uznání, nereálné požadavky na vztahy mezi lidmi, přehánění a zveličování problémů, černobílé myšlení typu „buď a nebo“ a personalizace problémů, tedy nikoli věčné řešení, ale vztahování problémů k vlastní osobě. Podstatou je tedy nadměrné očekávání (grandiozita), vybudování příkrášleného sebeobrazu, pocit, že dotyčný jedná správně a vina je na okolí, které se nechce změnit, a dále diskonatace (devalvace), která je reakcí na selhání vlastních postupů, demýtizace vlastního ideálního a já a negativní sebehodnocení až ve smyslu sebezavržení (Honzák, Kurzová, 2003; Večeřová-Procházková, 2005).

K protektivním faktorům patří odolnost ve smyslu hardiness. Osoby s vysokou hardiness se samy hodnotí jako kompetentnější ve zvládnutí každodenních nároků, mívají příznivé hodnocení vlastních fyzických a psychických sil. Hardiness (pojem, který zavedla S. Kobasa koncem 70. let) patří k osobnostním charakteristikám, které mají schopnost chránit svého nositele před negativními následky stresu. Jedná se o proměnnou, která moderuje vztah mezi stresogenní událostí a nemocí, specificky protektivní účinek eliminuje, zmírňuje, tlumí nebo usměrňuje negativní vlivy nepříznivých životních událostí a situací. Hardiness má tři základní komponenty: „commitment“, tedy plná angažovanost v tom, co jedinec dělá, aktivita, snaha

událostem čelit, schopnost převzít zodpovědnost; dále „control“, tedy víra ve vlastní schopnost jedince jednat, zvládnout situaci, přičemž tato víra vychází z realistického hodnocení a odhadu; a konečně „challenge“, vědomí, že život je charakterizován proměnlivostí, pojetí změny jako výzvy a nikoliv chápání změny jakožto problému. Osobnosti s vysokou úrovní hardiness jsou otevřené všemu novému, snaží se chápat veškeré jevy a události jako zajímavé a smysluplné. Při konfrontaci se zátěžovou událostí jsou schopni reagovat aktivně a náročné životní situace zpracovávají na kognitivní úrovni optimisticky a pozitivněji, hodnotí je také jako méně zatěžující. Kromě pozitivních zvládacích strategií mají tyto osoby i nižší kardiovaskulární reaktivitu ve stresogenních situacích, mají nižší pravděpodobnost výskytu kardiovaskulárních onemocnění, méně neurastenických stesků, souvisejících se stresem, výrazně méně jsou postiženy emočním vyčerpáním a méně vyhledávají lékařskou pomoc a mají méně pracovního času, zameškaného z důvodů nemoci (Manuál k administraci a vyhodnocení dotazníku Personal Views Survey, překlad Šolcová, v revizi 1994).

Osobnostní charakteristiky ovlivňují i procesy zvládnání stresu (tzv. coping mechanismy), ovlivňují hodnocení stresogenních situací a výběr strategií k jejich zvládnutí. Následně je těmito mechanismy ovlivněno i prožívání a neuroendokrinní složka stresové odpovědi.

K podpůrným vlivům vnějšího prostředí se řadí sociální opora v rodině, na pracovišti zejména na úrovni stejně postavených zaměstnanců („peer“ úroveň), pocit adekvátního společenského a ekonomického ocenění.

Neutrální faktory z hlediska vzniku syndromu vyhoření jsou inteligence, věk, stav, vzdělání, délka praxe v oboru a doba, po kterou je zastávána současná pracovní pozice. V první vlně publikací o vyhoření se autoři klonili k názoru, že je tento syndrom častější u žen, ale řada pozdějších prací naopak neshledala výrazné rozdíly ve výskytu mezi pohlavími

(Kebza, Šolcová, 2003; Šeblová, Kebza, 2005). Vysvětlení starších nálezů může být v tom, že řada studií byla prováděna v typicky feminizovaných profesích (zdravotní sestry, učitelky).

Rozvinutý syndrom vyhoření negativně ovlivňuje nejen psychický komfort pracovníka samotného, ale může v jeho důsledku dojít i k poškození pacientů. Významně se zvyšuje riziko profesní chyby a špatné vyhodnocení situace může mít na záchranné službě fatální důsledky. Kromě toho pacienti i jejich příbuzní vnímají velmi negativně projevy depersonalizace ze strany zdravotníků.

5. 4. Diagnostika a diferenciální diagnostika syndromu vyhoření

Diagnostika a diferenciální diagnostika syndromu vyhoření není jednoduchá. U postiženého se objevují příznaky z více oblastí – psychické, fyzické i sociální. Mezi psychickými příznaky v rovině kognitivní lze nalézt ztrátu nadšení a snížení zodpovědnosti, snížení až ztrátu pracovního nasazení, lhostejnost k práci, negativní postoje, úniky do fantazie, ale i potíže s koncentrací a zapomínání. K psychickým příznakům patří i emoční: sklíčenost, pocity bezmoci, popudlivost až agresivita, nespokojenost a pocit nedostatku uznání. Z tělesných obtíží se u postižených vyskytují poruchy spánku, chuti k jídlu, snížená odolnost vůči běžným nemocem, vegetativní obtíže, snadná unavitelnost, vysoký krevní tlak. V oblasti sociálních vztahů ubývá angažovanosti a snahy pomáhat, dochází k omezení kontaktu s pacienty (klienty) a s jejich příbuznými, ale i s kolegy, v soukromí přibývá konfliktů (Večeřová-Procházková, 2005). Dochází k utlumení celkové aktivity, zejména k redukci spontaneity, kreativity, iniciativy, invence, pocit vlastní postradatelnosti hraničí až s mikromanickými bludy. V činnosti se objevuje redukce na rutinní postupy. Typická je velmi nízká empatie (u osob s původně vysokou empatií!), narůstají konflikty, které se z pracovního prostředí přenášejí i do soukromé sféry (Kebza, Šolcová, 1998).

Z diferenciálně diagnostického hlediska je nutné odlišit depresi, kde se též objevuje pocit smutku, ztráta energie a motivace, pocity bezmoci, u vyhoření jsou tyto projevy a prožitky omezeny výhradně na zaměstnání, ostatní sociální vztahy jsou ovlivněny sekundárně. U deprese se vyskytuje spíše sebeobviňování, u vyhoření obviňování okolí. U larvované (maskované) deprese jsou v popředí somatické a vegetativní obtíže, a navíc chybí smutná nálada, která u vyhoření je přítomna. Na rozdíl od bipolární afektivní poruchy u vyhoření chybí manická fáze. Endogenní depresivní poruchy mívají tendenci k sezónnosti výskytu, vyhoření nikoliv. U vyhoření naopak pozorujeme „odklonitelnost“ příznaků – při přeladění psychiky na nepracovní obsah dochází ke zlepšení stavu (např. dovolená).

Dalším stavem, který se může podobat vyhoření, je alexithymie, s podobnou oploštělostí emocionality, otupělostí v sociálních vztazích, netečností, redukcí kreativity, ale tito pacienti nedokáží emoce vyjádřit, zatímco pacienti s vyhořením emoce redukují, jejich emocionalita je deformovaná, ale mají dostatek slov ji popsat.

Syndrom vyhoření může někdy připomínat i únavové syndromy a tzv. „manager diseases“, které mohou také obsahovat depersonalizační složku. Chronický únavový syndrom (CFS) má sám o sobě obtížnou diagnostiku, rozlišují se americká, britská a australská výzkumná a diagnostická kritéria, a ještě se odlišuje postinfekční únavový syndrom (PIFS) jako subtyp CFS. Pro únavový syndrom je charakteristické nejméně šestiměsíční trvání únavy, která snižuje předchozí aktivity nejméně na 50% a méně, nicméně pro jeho diagnostiku jsou nutná nejméně dvě fyzikální kritéria, k nimž patří například: bolesti v krku, chronické subfebrilie, lymfadenopatie, migrující otoky a bolesti kloubů, myalgie, atd.

Další podobnou jednotkou je fibromyalgie s poruchami spánku, bolestmi hlavy a únavou, nicméně ta má náhlý začátek, spojený se somatickou nemocí, teploty, bolesti v krku, a typicky ranní ztuhlost a bolestivost nebo citlivost specifických lokalizací (tender points) (Kebza, Šolcová, 1998; 2003; Kebza, 2005).

5. 5. Možnosti intervence, zvládnání a prevence

Část strategií chování, které umožňují přežít syndrom vyhoření, nepřináší řešení, nejsou to efektivní způsoby změny, i když mohou přinést krátkodobou úlevu. Mezi méně efektivní způsoby zvládnutí patří odchod ze zaměstnání a rekvalifikace, nicméně je pak riziko opakování koloběhu v novém zaměstnání. Dalším částečným řešením je změna zaměstnání v rámci oboru, opět s rizikem opakování stejných mechanismů. Ve velkých organizacích se pracovník může snažit přejít na vyšší pozici, ve které již není denní kontakt s pacienty (klienty), zde je nebezpečí ovlivnění podřízených svým negativním postojem.

Konstruktivní a pozitivní přístupy jsou jediné skutečně efektivní strategie. Krize může být nahlížena i jako podnět k přehodnocení priorit a k osobnostnímu růstu. Nejlepší předpoklady k zabránění rozvoje syndromu vyhoření jsou ve fázi stagnace, nezbytným předpokladem je však schopnost kritické sebereflexe, realistické nastavení požadavků na sebe i na ostatní, pochopení, že touha po dokonalosti je nesplnitelnou fikcí (Honzák, Kurzová, 2003; Večeřová-Procházková, 2005).

Obecnou prevenci vzniku vyhoření je možné spatřovat ve třech oblastech: je to jednak nalezení smysluplné pracovní činnosti, za druhé získání a převzetí profesionální autonomie a podpory, a konečně za třetí hierarchizace hodnot, nalezení přirozeně vyváženého vztahu k práci a ostatním oblastem života (Kebza, Šolcová, 1998).

Již vzniklý syndrom vyhoření u pracovníků je možné ovlivnit (a to významně) i ze strany organizace a nadřízených, a samozřejmě je možné mu i předcházet. V jeho počátcích pomůže krátké volno z práce nebo dovolená, později to již nestačí. U sester, pracujících v náročných provozech, se například osvědčuje změna oddělení, přechod do jednosměnného provozu nebo zkrácení pracovní doby. K významným preventivním prvkům patří podpora členů pracovního týmu, otevřená výměna názorů a zkušeností, týkající se profesionálního růstu, možnost dalšího profesního vzdělávání. Důležité je i dbát na spravedlivé finanční

ohodnocení a spravedlivé dělení exponovaných směn (služby během svátků apod.) (Bartlová, Jobánková, 2001). Organizace by se měla naučit využívat programy zaměřené na osobní rozvoj, poradenství, výcvik v profesních dovednostech, na týmovou spolupráci, zapojení pracovníků do procesů řízení organizace. V organizaci, kde se věnuje sociálnímu prostředí pozornost, jsou pracovníci spokojeni s nadřízenými i s kolegy, se svým finančním ohodnocením a s možnostmi postupu v kariéře.

K psychoterapeutickým strategiím, které se u vyhoření osvědčují, patří zejména ty, které vycházejí z existenciální psychoterapie, umožňují pacientovi vyrovnat se s otázkami lidské existence, smyslu života, svobody a odpovědnosti. V Evropě jde o *daseinsanalýzu*, která pacientovi pomáhá nalézt cestu k pochopení jeho existence, a hlavně k její realizaci. V pojetí *daseinsanalýzy* je kladen důraz na jedinečnost a neopakovatelnost individuality pacienta a o jeho další vývoj, jde o současnost a budoucí směřování, nikoliv výhradně o minulost. Další evropskou školou je *logoterapie*, pomáhající nalézt řešení v situacích existenciální frustrace, objevení a naplnění hodnot. Pomoci mohou, hlavně s dílčími problémy, i postupy, vycházející z behaviorální nebo kognitivně-behaviorální terapie (Kebza, Šolcová, 1998; Kebza, 2005).

6. Techniky zvládání stresu

6. 1. Nevědomé způsoby vyrovnávání se stresem

Každý jednatel si vybuduje vědomě či nevědomě způsob, jakým se vyrovnává se stresogenní situací, některé z těchto technik přispívají pozitivně ke zvládnutí stresu, jiné jsou kontraproduktivní a v celkové perspektivě psychickou stabilitu ovlivňují negativně. Zvládání (*coping*) je proces, ve kterém se jedinci snaží překonat nepoměr mezi požadavky a nároky situace a jejich vlastními osobnostními zdroji, a tím zmenšit působení stresu. Jde o vzájemně se ovlivňující bezprostřední reakce ve stresové situaci, dále dlouhodobější charakteristiky

vzorců lidského chování, vliv mají pochopitelně i dříve prožité stresové situace (Kebza, 2005).

Lepší zvládací schopnosti mají jedinci z fungujících rodin i fungujících širších sociálních skupin. Čtyři základní typy zvládacích strategií formuloval již Lazarus v roce 1966:

- strategie netečnosti – provázená pocity beznaděje, bezmoci a depresí,
- strategie vyhnutí – snaha vyhnout se stresujícímu podnětu, avšak tato snaha je doprovázena pocity strachu a tísně,
- strategie napadení a útoku – toto bývá doprovázeno pocity ohrožení,
- strategie různých druhů činnosti, zaměřených na posilování vlastních zdrojů síly a zdokonalování dovednosti boje se stresem.

Lazarus a jeho spolupracovníci formulovali koncem 80. let 20. století koncept tzv. „coping“, tedy souhrn postupů, jimiž lze modulovat působení dlouhodobé zátěže, a které mohou ulevit psychosociálnímu tlaku a jeho biologickým následkům. Je možné je rozdělit na neúčelné, byť s přechodnou úlevou (legální nebo lehké drogy, u zdravotníků typické samoléčení, anxiolyticky působící jídlo, zejména sladké, stažení do izolace nebo naopak agresivita...) nebo účelné (vyčištění interpersonální situace, dobré sociální kontakty....) (Honzák, Kurzová, 2003).

Současná literatura spíše dělí typy zvládacích strategií podle zaměření buď na problém nebo na emoce, a jako třetí podskupina se někdy uvádějí strategie zaměřené na vyhýbání se stresové situaci cestou odvrácení pozornosti nebo rozptýlení (Kebza, 2005)

Strategie, zaměřené na problém, jsou buď přímá akce (snaha udělat něco, co vede přímo k vyřešení), vyhledávání informací (sbírání všech informací, které mohou být užitečné při řešení) nebo obracení se k druhým (hledání sociální podpory v nejrůznějších formách). Strategie, zaměřené na emoce, zahrnují rezignovanou akceptaci (přijetí problémové situace, která se nedá změnit), emoční vybití (veškeré chování, umožňující expresi emocí a snižující

tenzi- křik, pláč, dupání, ale i černý humor), a konečně intrapsychické procesy (využití kognitivních procesů ke změně pohledu na situaci) (Černý, 2002).

6. 2. Pozitivní zvládací mechanismy

Důležité je osvojení zásad správné životosprávy, mezi hlavní patří pravidelná fyzická aktivita, vyvážená strava, přiměřený spánek a odpočinek.

Pravidelná fyzická aktivita významně uvolňuje svalové napětí, podporuje relaxaci, dochází při ní k vylučování endorfinů, zrychluje metabolismus, posiluje svaly, zlepšuje fyzickou kondici a posiluje odolnost jedince. Optimální je aerobní aktivita 3 x týdně nejméně 20 minut.

Relaxační techniky napomáhají psychickému zklidnění, podporují pocit sebekontroly, tlumí soustředění na starosti, také snižují svalové napětí.

Důležitá je i pravidelná, vyvážená strava, s dostatečným přísunem vitamínů a stopových prvků, stejně jako je potřebné dbát na pitný režim, mimo jiné i v závislosti na charakteru práce. Omezit by se naopak měl příjem soli, kofeinu, cukru, alkoholu a nikotinu (Everley, Mitchell, 2002).

Lze se naučit způsoby, jak pracovní stres zmírnit změnou návyků v chování a změnou postojů a péčí o tělo. Mezi pozitivní změny v chování patří anticipace problémů a jejich řešení, procvičování kontroly, získání dovedností time-managementu, zlepšování komunikačních, sociálních a interpersonálních dovedností a praktické osvojení pozitivních zvládacích strategií. Do změn postojů lze zahrnout jejich realistické přehodnocení, testování očekávání, úpravu priorit a zabránění katastrofického vnímání běžných problémů (Večeřová-Procházková, 2005).

6. 3. Negativní zvládací mechanismy

Mezi kontraproduktivní mechanismy reakce na stres patří dva extrémní přístupy: buď snaha o nadměrnou kontrolu událostí a jevů (potřeba o všem vědět, potřeba, aby se události odehrávaly přesně podle plánu) nebo naopak rezignace na možnost ovlivnění vlastního života.

K dalším negativním reakcím na stres patří abúzus psychoaktivních látek, zde je vysoké riziko vzniku závislosti (alkohol, sedativa a hypnotika, užívaná k ovlivnění spánku mezi nepravidelnými směnami apod.). V literatuře jsou mezi nejrizikovějšími zdravotnickými profesemi z hlediska závislosti kromě psychiatrie uváděny na předních místech akutní obory, včetně urgentní medicíny (Nešpor, Csémy, 2001).

K projevům nezvládnutých stresových reakcí patří i repetitivní kompulze, kdy jedinec se zdánlivě nezaviněně, avšak podobným mechanismem chování dostává do opakovaných krizových situací, například do konfliktů s pacienty, ve kterých je napaden a je tedy zdánlivě obětí.

6. 4. Prevence působení nadměrného stresu – individuální a ze strany zaměstnavatele

Ze znalosti pozitivních technik zvládnání stresu vycházejí i preventivní strategie, které se týkají jak jednotlivce, ale i organizace práce ze strany zaměstnavatelů. Všichni pracovníci v profesích s vyšším rizikem vyhoření by si měli osvojit zásady duševní hygieny a měli by jich ve svém vlastním zájmu dbát. Jednou z hlavních zásad je schopnost (a nutnost) oddělit profesionální život od osobního života, tedy neřešit pracovní problémy doma, ale na druhou stranu nepřenášet osobní a rodinné záležitosti na pracoviště (Kebza, Šolcová, 2003). Dále ke zmírnění stresu pomáhají mimopracovní záliby, koníčky a zájmy. Důležité je dbát na dobré a kvalitní osobní vztahy nejen v rámci rodiny, ale v rámci širších sociálních skupin. Pracovníci by měli mít možnost a prostor k verbalizaci svých pocitů ve vztahu k pacientům, ať již

strukturovaně (porady, konzultace s kolegou nebo nadřízeným, v některých profesích – u psychologů - supervize, Baalintovské skupiny aj.) nebo neformálně, na tzv. peer úrovni (Čepická, 2005). Fyzické nebo relaxační aktivity nelze nařídit, avšak zaměstnanci by měli být vhodnou formou seznámeni s jejich pozitivním působením, dle možností motivováni (například kondiční programy s podílem ze strany organizace apod.) (Kebza, Šolcová, 2003; Špatenková, 2004; Šeblová, 2004).

Kromě fyzického prostředí pracoviště a obsahu pracovní činnosti mohou být zdrojem stresu ještě konflikty rolí a organizační aspekty, včetně nejasného vymezení zodpovědnosti a kompetencí, a dále problematická profesní perspektiva a péče o další odborný růst zaměstnanců, nevyužívání kvalifikace zaměstnanců a nejasný kariérní řád (Kebza, Šolcová, 1998).

V podpoře mnoha aktivit, které předcházejí vyhoření na pracovišti, je rozhodující přístup managementu. Je proto důležité s problematikou prevence stresu seznámit i vedení organizace, podpora a organizační opatření v rámci organizace jsou klíčové pro atmosféru na pracovišti a pro rozvoj podpůrných protistresových aktivit, ať již ve formě samostatných programů (například zavedení technik CISM do praxe v exponovaných profesích), nebo formou pravidelné péče o zásady duševní hygieny v rámci organizace (Flannery, 1999) a obecně o celkovou atmosféru i kulturu na pracovišti. V některých evropských zemích mají zaměstnavatelé dokonce zákonnou povinnost péče o zaměstnance, exponované kritickým událostem, do této péče patří i zajištění krizové intervence po vystavení kritickým událostem (Ploeg van der, Kleber, 2003).

Zodpovědnost managementu záchranných služeb spočívá již při výběru zájemců, neboť rizikovost povolání z hlediska expozici stresu je nesporná. Dalším faktorem je kvalifikovaný způsob řízení organizace, snaha o udržení kvalitních interpersonálních vztahů a pozitivní motivace zaměstnanců. U profesionálních záchranářů bývá typický sklon

k autoritářství, je posilován požadavky profese, očekává se, že si budou vědět rady v extrémních život ohrožujících situacích, budou schopni zorganizovat vše potřebné na místě nehody, stanovit správně priority pod časovým tlakem – na druhé straně se osobnosti s těmito povahovými rysy necítí dobře v organizacích s autokratickým vedením. I toto může ovlivňovat pocit psychické pohody na pracovišti (Pudil, 1998).

Riziko rozvoje symptomů poruch – jak fyzických, tak psychických – jakožto následek pracovního stresu souvisí zejména se sociálními aspekty pracovního prostředí. Prediktory klinické symptomatologie jsou zejména nedostatek sociální podpory jak ze strany kolegů, tak ze strany nadřízených, nedostatečná komunikace a nedostatečná informovanost uvnitř organizace. Je tedy důležité zaměřit se hlavně na práci s lidmi spíše než na management procesů v organizaci. Vhodné je zapojit zaměstnance do rozhodovacích procesů, zajistit informovanost o klíčových rozhodnutích. Tato opatření mohou mít významný vliv na zdraví a pocit pohody zaměstnanců (Ploeg van der, Kleber, 2003).

Jednou ze známek profesionality pracovníků záchranných služeb by měla být, při vědomí všech psychologických rizik práce, i znalost psychologické problematiky, spojené se zátěží a racionální přístup v případě výskytu prvních symptomů (Šeblová, 1999).

7. Některé studie, zkoumající výskyt profesního stresu záchranářů

7. 1. Výsledky studií profesního stresu a jeho dopadů

Většina studií je zaměřena na dopady působení akutního stresu v podobě kritických, ale řídkých událostí (letecké nebo námořní nehody, zemětřesení) a zkoumá se jejich vliv na rozvoj posttraumatické stresové poruchy. Přesto na pracovníky působí i kritické události, se kterými se během profesní kariéry setkávají častěji. Nizozemští zaměstnanci z deseti regionálních záchranných služeb určili za nejvíce stresující traumatickou smrt dětí, na druhém

místě jmenovali konfrontaci s lidmi s pocitem zoufalství a beznaděje a na třetím místě konfrontaci se sexuálně zneužitými dětmi (Ploeg van der, Kleber, 2003).

Jiní nizozemští autoři se zaměřili na zjištění a objektivizaci kognitivních poruch při projevech syndromu vyhoření, což sice bývá častým subjektivním steskem postižených jedinců, ale dosud neexistovala studie, která by míru těchto kognitivních poruch prokázala. Studie se zaměřila na deficit pozornosti při plnění běžných denních úkolů i v kontrolovaných laboratorních podmínkách. Byl použit dotazník CQF (Cognitive Failure Questionnaire, Broadbent et al., 1982), pomocí kterého se měří jedincem referovaná frekvence každodenních omylů a chyb (zapomínání jmen, nepozornost v běžných situacích, vyslovení věcí, kterých jedinec okamžitě lituje apod.). V kontrolovaných podmínkách laboratoře byla hypotéza o snížení pozornosti vyhořelých jedinců testována metodou SART (Sustained Attention to Response Task, Robertson et al., 1997) – pomocí inhibice automatické reakce a počtu chyb v tomto testu. Účastníci byli rozděleni do tří skupin: pracovníci s klinickými projevy syndromu vyhoření, zařazení do studie na základě toho, že byli v léčení pro burnout, tato skupina se skládala z různých profesí. Druhou skupinu tvořili pracovníci (učitelé) s vysokým skórem vyhoření, avšak dosud pracovali, a kontrolní skupinu učitelé bez projevů burnoutu. Hladina kognitivních deficitů vykazovala ve všech třech skupinách totožný vzorec: nejvyšší deficit ve všech testech byl nalezen ve skupině s klinicky vyjádřeným syndromem vyhoření, střední ve skupině s projevy burnoutu, ale dosud pracující, a nejnižší u skupiny bez příznaků burnoutu. Závěry studie naznačují, že míra ovlivnění kognitivních funkcí je lineárně závislá na míře a závažnosti projevů burnoutu (Linden, van der, et al., 2005).

Turečtí autoři publikovali výsledky studie personálu urgentních příjmů, studie se zúčastnilo 102 respondentů a autoři se zaměřili na míru a prevalenci projevů syndromu vyhoření. Průměrný skór burnoutu byl ve středním pásmu, byla zjištěna korelace mezi délkou praxe a tíží symptomů. U pracovníků urgentních příjmů s praxí do 4 let nemá žádné příznaky

vyhoření 25% respondentů, mezi 5 a 9 roky praxe je bez symptomů 17,2% a všichni účastníci studie, jejichž délka zaměstnání převyšovala 10 let, měli příznaky vyhoření bez výjimky (Kartal et al., 2006).

Simultánní analýza vztahů mezi profesní zátěží, oxidativním stresem a výskytem projevů syndromu vyhoření u rizikových profesí na záchranných službách měla za cíl zlepšit pracovní podmínky v náročných profesních pozicích (Casado et al., 2006). Ověřovala hypotézu, že existuje přímá souvislost mezi hladinou malondialdehydu (MDA), který je konečným produktem lipidové peroxidace, a skórem v dotazníku syndromu vyhoření, přičemž se pozitivní korelace mezi profesním stresem a hladinou malondialdehydu prokázala. Autoři předpokládali, že stresující pracovní prostředí vede k tvorbě volných kyslíkových radikálů, které jsou extrémně reaktivní a nestabilní a ohrožují buněčnou homeostázu aerobních organismů. Rozsah peroxidace lipidů je obvykle posuzován podle hladin MDA, sérové hladiny bývají zvýšené u kardiovaskulárních a neurologických onemocnění a při procesech stárnutí organismu. Studie srovnávala hladiny MDA a skóru syndromu vyhoření ve vztahu k demografickým a profesním proměnným. Hladiny MDA byly měřeny Bullovou a Marnettovou metodou, k měření projevů syndromu vyhoření byl použit Maslach Burnout Inventory ve španělské verzi, a přizpůsobený podmínkám záchranných služeb. 111 zdravých pracovníků záchranných služeb všech profesních kategorií (lékaři, sestry, řidiči-záchranáři), muži i ženy, byli porovnáváni s 80 zdravými osobami, které nepracovaly v prostředí akutní medicíny. Nejvyšší hladiny MDA byly zaznamenány u pracovníků v terénu (oproti administrativním pracovníkům a kontrolní skupině), kteří byli také vystaveni nejvyšší pracovní zátěži, a z profesních skupin, pracujících v terénu, měli nejvyšší hladiny MDA lékaři. Hladiny MDA se zvyšovaly i s věkem a s délkou praxe. Byla prokázána statisticky významná korelace mezi směnnou prací a jak hladinami MDA, tak zvýšeným skóre syndromu

vyhoření. Projevy syndromu vyhoření nebyly závislé na pohlaví, věku ani stavu (svobodní, ženatí, rozvedení), ani na faktorech, týkajících se životosprávy (vše Casado et al., 2006).

Longitudinální studie zkoumající expozici akutnímu i chronickému pracovnímu stresu zkoumala zdravotní dopady (výskyt postraumatické stresové poruchy, syndromu vyhoření a chronické únavy, která si vynutí až pracovní neschopnost) (Ploeg van der, Kleber, 2003). Studie se zúčastnilo 123 paramediků a řidičů – záchranářů z 10 regionálních záchranných služeb v Nizozemí. Většina z nich byla v posledních 5 letech vystavena působení akutního stresu a v ještě větší míře chronickým pracovním stresorům ve srovnání s kontrolní skupinou z jiných odvětví zdravotnictví. Z chronických stresorů byly nejzávažnější nedostatek sociální podpory a sociálních vazeb v práci, jak v horizontální tak vertikální úrovni, nedostatečná informovanost a nedostatečná komunikace v organizaci. 12% zaměstnanců mělo klinické příznaky posttraumatické stresové poruchy, 10% chronickou únavu vynucující si až pracovní neschopnost a 8,6% příznaky syndromu vyhoření, s nejvyšším skórem v položce depersonalizace (Ploeg van der, Kleber, 2003).

Dotazníková studie u britského personálu záchranných služeb (ve Velké Británii je systém přednemocniční neodkladné péče založen na nelékařském personálu - paramedicích a záchranářích, pozn. aut.) se zaměřila na prevalenci posttraumatické stresové poruchy, deprese a klinicky vyjádřené úzkosti, z 1029 dotazníků se navrátilo 617 (60%). Dvě třetiny souboru přiznalo, že zažili v minulosti nebo dokonce zažívají v současnosti, vtíravé obtěžující myšlenky, spojené s prací. 22% souboru vykazovalo klinické příznaky PTSP, vyšší prevalenci měli muži. Autoři soudí, že ženy, které projdou náročným výběrem a splní podmínky pro práci v záchranné službě, mohou mít buď lepší přístup k práci, lepší sociální podporu nebo kvalitnější ostatní zvládací mechanismy než muži. Téměř 10% souboru mělo klinické známky deprese a 22% úzkosti, měřené pomocí Hospital Anxiety and Depression Scale, v hladinách deprese a úzkosti nebyly zjištěné rozdíly mezi pohlavími (Bennett et al., 2004). Stejná

skupina autorů publikovala i zjištění, že prediktory závažnosti symptomů psychologické morbidity byl v první řadě organizační stres, dále frekvence expozice kritickým událostem a délka zaměstnání. Na základě těchto výsledků doporučují věnovat pozornost i organizačním aspektům práce, i když ze studie nevyplynuly konkrétní oblasti, kterým je nutné věnovat pozornost; autoři soudí, že se mohou v jednotlivých organizacích lišit (Bennett et al., 2005).

I ve Švédsku byl prokázán vliv práce na záchranné službě na výskyt příznaků posttraumatické stresové poruchy a snížení duševní pohody na vzorku 362 záchranářů (Jonsson, Segesten, 2004). Expozici kritickým událostem v souvislosti s empatií a zvládacími mechanismy zkoumali i autoři v USA. Většina paramediků díky časté konfrontaci s lidskou bolestí a utrpením, které jsou často důsledkem interpersonálního násilí, umí tyto situace zvládat profesionálně přiměřenou mírou empatie. Přesto může být spouštěčem individuálně zvýšeného vnímání stresu například pocit odcizení, pocit hloubky ztráty, násilné jednání vůči dětem. Často popisovanou zvládací strategií bývá koncentrace na technické aspekty zásahu a zpracování na rozumové úrovni, nicméně dlouhodobě toto může mít negativní vliv na mezilidské vztahy záchranářů. Expozice kritickým událostem byla poměrně vysoká (smrt pacienta zažilo 85%, hromadné dopravní nehody 91%, úmrtí dítěte 85%, úmrtí kolegy ve službě 28%), přičemž nejvíce traumatizující událostí byla v dotaznících označena smrt dítěte (jako stresor ji vnímá 78% paramediků), na druhém místě smrt kolegy (58%) a zkušenost s ohrožením vlastní osoby (48%) (Regehr et al., 2002).

Výše uvedené studie zkoumají nelékařský personál – paramediky, neboť v zahraničí často lékaře v terénu nenajdeme, studie, které se týkají lékařů v záchranných službách zatím nebyly publikovány. Pokud se zabývají lékaři v urgentní medicíně, pracují tito na urgentních příjmech nemocnic. Dle některých výzkumů jsou lékaři úzkostnější, než průměr populace, což je přičítáno jejich svědomitosti, přetížení a orientaci na budoucnost (Pavlát, 2002 a,b). U lékařů oboru urgentní medicíny byla nalezena vyšší psychologická morbidita než u

zdravotníků jiných profesí: asi třetina vzorku referovala o příznacích posttraumatické stresové poruchy a syndromu vyhoření, který byl spojován s nižším profesionálním uspokojením, delší dobou strávenou v zaměstnání, častými kritickými událostmi ve službě a především se zážitkem zvláště tíživé nehody v předchozích šesti měsících. Horší vyrovnávání se s profesionální zátěží vykazovali starší pracovníci oproti mladším (Alexander, 2001).

Pro lékaře je riziková přílišná terapeutická horlivost a identifikace s pacientem, tedy situace, kdy potřebnou empatii zaměňuje za sympatii s nepřiměřenou emoční účastí - jistý emoční odstup je nezbytný. Dále je důležitá anticipace problémů, a obecné zásady prevence působení stresu: dobré mimoprofesionální zázemí, vyvážený životní styl, kombinace terapeutické praxe s jinými odbornými aktivitami (výzkum, výuka, publikování), přiměřená hierarchie hodnot, řešení střetu zájmů a priorit. Pozitivní vliv mají i podpůrné diskuzní skupiny a školení v komunikaci s obtížnými pacienty a stěžovateli (Pavlát, 2002 c).

V ČR je dosud velmi málo publikovaných studií o psychologické zátěži pracovníků v oboru urgentní medicíny. V roce 1998 byla provedena v tomto prostředí studie nazvaná „Jak vidíme sami sebe“, která mimo jiné zjišťovala příčiny a míru nespokojenosti v souvislosti se zaměstnáním a míru výskytu syndromu vyhoření, s použitím původní verze Malach Burnout Inventory z roku 1986. V projevech syndromu vyhoření překročil celý soubor kritické hodnoty ve všech ukazatelích (emoční exhausce, depersonalizace a pocit profesního naplnění). Nejvyšší hodnoty emoční exhausce jak ve frekvenci, tak v intenzitě měly operátorky, nejvyšší hodnoty depersonalizace vykazovali lékaři. Pocit profesního naplnění byl významně vyjádřen u lékařů, ale i u výjezdových zdravotních sester i operátorek, méně u řidičů. Studie se zúčastnilo 161 respondentů ze 14 okresních záchranných služeb (Konopásek, Šeblová, 1998; Šeblová, Konopásek, 1998).

Mírou rizika vzniku psychosomatických onemocnění u vysoce exponovaných profesí (záchranaři, hasiči, strojvůdci, jako kontrolní skupiny studenti VŠ a management velkého

podniku) se zabývala dotazníková studie (Polnický, 1998). Záchranáři měli oproti ostatním skupinám významně vyšší hostilitu, interpersonální senzitivitu, parametr životní nespokojenosti a nedostatek podpory v práci.

Srovnáním všech tří základních složek IZS z hlediska ohrožení syndromem vyhoření se zabývala dotazníková studie (Nevosadová, 2004). Zajímavé je, že potřebu informovanosti a psychologické péče ze strany organizace pocítovali zdravotníci ZZS a policisté, ale hasiči se systémem psychologické péče a dostupností psychologa po náročných zásazích ji hodnotili ve svém oboru za dostatečnou, je tedy zřejmé, že podobné formy péče oceňují i řadoví pracovníci.

7. 2. Problematika výzkumu v oblasti krizové intervence

O efektivitě technik CISM se vede dlouhodobě diskuze, s tím, že někteří autoři účinky na základě provedených studií potvrzují, jiní naopak neprokazují pozitivní efekt. První otázka zní, zda je vůbec personál pohotovostních služeb (včetně ZZS) vlivem práce stresován. Dále je pochopitelně obtížné měřit exaktní kauzální vztahy u komplexních interakcí, kterými systémově pojatý management stresu je. Kromě toho jsou některé techniky používané v krizové intervenci krátkodobé a nelze ke stanovení jejich účinku použít dlouhodobá sledování. Nicméně některé studie jasně prokázaly vliv i krátkodobé intervence typu debriefingu na snížení pozdějších symptomů posttraumatické stresové poruchy – například Nancy Bohl potvrdila v roce 1988 účinek debriefingu na snížení míry depresí a hněvu v randomizované studii u hasičů a policistů, kteří zasahovali u stejných typů kritických událostí. Flannery s programem pro zdravotníky, napadené pacientem, prokázal v roce 1995 účinnost krizové intervence na snížení nemocenské a odškodného po napadení. Leeman a Conley v roce 1990 prokázali snížení stejných dávek – tedy nemocenské o 60% a odškodného 68% u bankovních úředníků po zavedení programů managementu stresu (Mitchell, Everley,

1997). Při hodnocení efektivity CISM je nutné studovat skutečně tyto specifické techniky, poskytované osobami s certifikovaným výcvikem, a nikoliv jen jakýkoliv, třeba i terapeutický pohovor. V různých studiích mezi lety 1988 a 1997 byly ve výzkumech nalezeny následující účinky technik CISM/CISD: snížení stresu, depresivity a úzkosti, lepší zpracování situace díky expresi emocí, mobilizace vlastních zdrojů a zvládacích mechanismů jedince, mobilizace sociální podpůrné sítě, zlepšení atmosféry na pracovišti, finanční zisky. Námitky vůči těmto technikám zdůrazňují možnou iatrogenizaci a medikalizaci normálních životních zkušeností, nebo naopak zdůrazňují, že vulnerabilita po kritické události je vysoce individuální a že většina osob – profesionálů zvládne i tyto události zpracovat mobilizací vlastních zdrojů, expozice neznamena nutně vznik posttraumatické stresové poruchy. Jiní autoři varují před sekundární traumatizací – v každém případě by poskytovatelé měli mít na paměti stále platný etický imperativ „Primum non nocere“ (Raphael, Wilson, 2000).

Při srovnání typu obětí, u kterých byl proveden debriefing, došli američtí autoři k následnému zjištění: studie, jejichž účastníky byli záchranáři („sekundární“ oběti traumat, pro které byl vlastně model CISM vytvořen), prokázaly účinek na snížení příznaků posttraumatické stresové poruchy. V těch studiích, kde byl debriefing poskytnut primárním traumatizovaným obětím (oběti dopravních nehod, pacienti s popáleninami, ještě během hospitalizace apod.) nebyly výsledky zdaleka tak přesvědčivé. Je tedy třeba vytvořit odlišné programy a přizpůsobit techniky pro práci s primárními oběťmi, klasický sedmistupňový model debriefingu by se měl používat u záchranářů (Jacobs et al., 2004).

Vzhledem k tomu, že některé studie prokázaly účinnost v případech, kdy byla intervence provedena s výrazně delším odstupem od kritické události, může být timing intervencí jedním z dalších směrů výzkumu. Stejně tak si pozornost zaslouží širší kulturní kontext a samo chápání psychologického traumatu v dnešní informační společnosti (Raphael, Wilson, 2000).

8. Techniky krizové intervence (CISM)

8. 1. Úvod

Akutní reakce na stres je normální emoční, behaviorální a fyziologická reakce na traumatizující zážitek, který je obvykle katastrofického charakteru. Pokud však není zpracována, může vést k psychickým obtížím. Předpokládá se, že některé techniky působí preventivně z hlediska rozvoje následných poruch. Předpokládá se též, že CISM pomáhá předcházet rozvoji posttraumatické stresové reakce tím, že zvyšuje odolnost na psychické trauma, vede k pochopení stresové reakce na krizovou událost, poskytuje důležité informace, normalizuje stresovou reakci, umožňuje osobní ventilaci prožitku a učí vhodné způsoby, jak se stresem zacházet. Měření této efektivity je však velice obtížné, neboť u osob, exponovaných kritické události, vzniká posttraumatická stresová porucha jen u části z nich (Mitchell, Everley, 2003; Šeblová, 2004).

V USA se na základě údajů z pojišťoven odvozuje, že zhruba 14% nemocí z povolání je následek extrémního pracovního stresu a celkové ekonomické ztráty, související s pracovním stresem, se odhadují až na 150 bilionů dolarů ročně. Záchrané služby jsou pochopitelně prostředím, kde je expozici kritickým událostem vysoká a tudíž jsou zaměstnanci ve vyšším riziku, nicméně nelze v individuálních případech predikovat rozvoj posttraumatické stresové poruchy – zranitelný je každý, ale skutečná manifestace obtíží závisí na mnoha okolnostech. Prevalence PTSP je v populaci v USA 2%, u personálu záchranných služeb kolem 4%, i když ojedinělé studie zachytily výskyt příznaků až u 16% zaměstnanců. Ve světě se řízení stresu pomocí široce pojatého CISM prostředí záchranných služeb věnuje zhruba 350 organizací (Kuehl, 2002).

Záchranná služba, která by zvolila jedinou strategii nebo techniku, je v této oblasti předem odsouzená k neúspěchu, jen multifokální přístup ke kontrole stresu může zajistit zlepšení psychické pohody zaměstnanců. Mezi prvky tohoto multifokálního programu patří základní a

pokračující vzdělávací aktivity, vytvoření CISM týmu, ostatní podpůrné programy individuální i zaměřené na rodiny, vzdělávání administrátorů a supervizorů programu, peer-support, spektrum flexibilních intervenčních technik, z nichž jde zvolit v konkrétní situaci nejvhodnější.

CISM tým by se měl skládat ze zástupců více profesí, které pak služby týmu mohou též využívat (nemocnice, hasiči, pracovníci kontaktních nebo komunikačních center atd.). Kromě lepší dostupnosti peerů v případě potřeby je dalším ziskem i vzájemný respekt a porozumění napříč profesemi. Další výhodou širšího týmu je to, že zajistí, aby podpůrné služby nebyly poskytovány někým, kdo je v bezprostředním profesním kontaktu se zasaženou osobou, protože to může pro obě strany zvyšovat hladinu stresu – jsou prolomeny přirozené hranice mezi prací a osobními pocity (Kuehl, 2002).

Role tzv. odborníků na duševní zdraví (psychologů nebo psychiatrů) je sice významná, ale vytvoření CISM týmu je zcela v gesci (a v zájmu) záchranné služby, od které musí iniciativa vyjít. Všichni, i odborníci na duševní zdraví, musí mít certifikovaný výcvik v CISM: Nelze předpokládat, že každý psycholog nebo psychiatr jen z titulu své odbornosti umí zacházet s následky psychotraumat (Kuehl, 2002).

8. 2. Historický přehled

Techniky podobné dnešnímu pojetí CISM a problematika psychologické zátěže se objevuje již v souvislosti s 1. světovou válkou. Termíny pro psychologické reakce byly následující: bojová stresová reakce, šok z bombardování, šok z ostřelování. V té době byly používány individuální intervence s psychiatrem, jejichž cílem bylo vrátit vojáky zpět do bojové linie. To se podařilo u 65% vojáků, kterým byla psychiatrická pomoc poskytnuta okamžitě po objevení příznaků, ale jen u 40%, u kterých byla tato forma pomoci poskytnuta s odkladem (Mitchell, Everley, 2003).

V odborné literatuře z doby druhé světové války se setkáváme s pojmy jako: válečná neuróza, bojové vyčerpání, bitevní únava. V té době se přešlo od individuálních pohovorů ke skupinovým intervencím. Dr. Glen Srodes v Normandii vedl neformální skupinové pohovory s cílem zlepšit připravenost na nadcházející bitvu, Dr. S. L. A. Marshall užíval techniku debriefingu, velmi podobnou pozdějšímu Mitchellovu modelu, který je standardem dnešní péče. Marshallovy debriefingy se používaly i během války v Koreji v 50. letech 20. století a ve Vietnamu v 60. letech. Z období Libanonské války v roce 1982 pochází první významný projekt, který poukázal na význam procesu debriefingu. První zmínka o Mitchellově modelu v odborné literatuře je z roku 1983 (Kuehl, 2002; Šeblová, 2004).

8. 3. Předpoklad působení technik CISM

CISM vznikl jako systém preventivní psychologické péče pro lidi s potenciálním psychotraumatem a je zaměřen nikoli na oběti (těm jsou určeny jiné podpůrné psychologické služby), ale na osoby, vystavené kritické události v důsledku své profese, tedy mimo jiné i na záchranáře. Je to diskuze, proces, podpora, strukturované setkání po události, ale i preventivní vzdělávání s cílem lépe čelit nárokům profese. Není to ani psychoterapie, ani psychologické poradenství nebo léčba. Jde o systém jednotlivých prvků a postupů, jejichž cílem je předcházet pozdější psychologické morbiditě a snížené výkonnosti v práci. Právě toto předpokládané preventivní působení je úskalím důkazů o účinnosti CISM - obtížně se měří a srovnávají poruchy, které nenastaly a lze obtížně zajistit randomizaci upřením účasti na těchto technikách. Navíc je působení stresorů v životě komplexní, celkovou zátěž lze jen těžko roztrždit podle původu na pracovním, rodinnou, osobní a vyplývající z běžného života (Evereley, Mitchell, 2002; Mitchell, Evereley, 2003).

Je nutno zdůraznit, že posttraumatická reakce normální je (obtíže záhy po události odezní), naopak rozvoj posttraumatické stresové poruchy (PTSP) již normální není. U

záchranářů je podle některých studií výskyt PTSP asi 5%, ale i kolem jedné pětiny, na druhou stranu až 80% osob exponovaných kritické události zvládne situaci bez rozvoje poruchy (Flannery, 1999).

Cílové skupiny, u nichž je možné využít Mitchellův model CISM jsou zejména členové zásahových jednotek (hasiči, policisté, záchranáři), pracovníci urgentních příjmů v nemocnicích, svědkové katastrof, lidé po teroristických útocích, oběti války a uprchlíci, ale lze jej aplikovat i u jiných skupiny (partneři záchranářů, jejich rodinní příslušníci, vedoucí zásahů a management vyšších stupňů a také ti, co poskytují debriefing). Programy CISM jsou většinou postavené na dobrovolnické bázi, pro náhodnost výskytu kritických událostí, po kterých je potřeba nějaké intervence (Mitchell, 2003).

Historicky starší jsou individuální přístupy, vycházející ze zkušeností válečné medicíny. Tyto individuální přístupy kladou důraz na okamžitou intervenci, na naslouchání faktů o kritické události, na reflexi pocitů oběti, postižený se má detailně znovu zabývat událostí. Dalším stupněm vývoje systému krizové intervence byl rozvoj skupinových přístupů, zaměřených na větší počet zúčastněných, vystavených té samé kritické události, prvně byl použit Mitchellem v roce 1983 pro zdravotnické záchranáře a vyvinul se v dodnes používaný sedmistupňový model. Modifikací tohoto přístupu je Raphaelův model z roku 1986, v němž je kladen důraz na emocionální zkušenosti účastníků. Tento model začíná rozborem připravenosti účastníků na kritickou událost, dále se věnuje pozornost pozitivním i negativním prožitkům účastníků, společným sdílením se vytváří podpůrná síť zúčastněných a konečným krokem celého procesu je vazba na každodenní život a běžné fungování.

V současné době je CISM široce pojatý otevřený systém, zahrnující kromě výše zmíněných modelů i preventivní přípravu před kritickými událostmi jak pro jedince, tak pro celé organizace, techniky debriefingu, individuální poradenství, kratší verzi diskuze

v menších skupinách, rodinné poradenství i následnou péči nebo doporučení do odborné další terapie (Flannery, 1999).

Celý systém, jehož je debriefing pouhou součástí, může významně zkrátit dobu psychické rekonvalescence po vybočujících, kritických událostech, jakým byl například teroristický útok na WTC v New Yorku. Proto sílí hlasy, že by se techniky CISM měly urychleně zařadit do plánů krizové připravenosti na katastrofy i do běžné praxe záchranných služeb (Hammond, Brooks, 2002).

8. 4. Jednotlivé techniky, zahrnuté v systému krizového managementu stresu (CISM)

8. 4. 1. Debriefing

Debriefing jako jedna z technik CISM je intervence, zaměřená na omezení působení stresu, má stabilizovat situaci a hlavně mobilizovat vlastní zdroje tak, aby pracovník byl schopen co nejdříve normálně fungovat. Podstatné je uvědomit si, že na sezení podobného typu nepřicházejí klienti psychologických poraden s nějakou definovatelnou psychopatologickou diagnózou, ale profesionálové, byť po určitém stresujícím zásahu. Proto je zdůrazněna potřeba úvodu, kde vedoucí debriefingu vysvětlí důvod a možný přínos, poděkuje za účast a zejména zdůrazní naprostou rovnost co se týče funkční hierarchie. Velmi důležitá je v debriefingu funkce peerů, tedy pracovníků stejných nebo podobných profesí (z jiného pracoviště), kteří mají zejména podporovat působení odborníků na duševní zdraví a normalizovat reakce. Peerové zvyšují věrohodnost na základě vlastních podobných zážitků ze svého profesního života. Peer nutně nemusí být totožné profese, je možné, aby se debriefingu hasičů zúčastnila jako peer například sestra ze záchranné služby, podstatná je zkušenost s podobnými typy zásahů a kritických situací a výcvik CISM (Everley, Mitchell, 2002). Důležité jsou i zdánlivě podružné aspekty, úprava místnosti, zasedací pořádek, občerstvení na konci sezení, které navodí neformální atmosféru. Ta umožňuje bez přílišné pozornosti

individuálně oslovit ty z pracovníků, kteří buď vykazovali symptomy nějaké poruchy, nebo se naopak neprojevovali. Měli by se zúčastnit všichni zasahující včetně pracovníků operačního střediska – právě oni někdy špatně snášejí pocit, že nemohou pomoci přímo na místě zásahu (Beattie, 2002).

Intervenční model CISM má typicky 7 fází, které je nutné dodržet a zejména je nutné se dostat na stejnou výchozí úroveň.

Fáze debriefingu v rámci CISM jsou:

- úvod – je nesmírně důležitý a musí vždy obsahovat všechny zásadní informace, trvá pět minut, vedoucí představí tým, vysvětlí účel setkání, zdůrazní, že nejde o vyšetřování, ale o diskuzi o zážitcích a reakcích. Zdůrazní se jednak naprostá důvěrnost sděleného a jednak rovnost všech účastníků (není nadřízenost nebo podřízenost ve smyslu organizační hierarchie), vysvětlí se co se bude dělat a jak to bude probíhat;
- fáze faktů (kognitivní úroveň zpracování) v této fázi jsou postupně všichni účastníci tázáni přímo - první ze dvou přímých dotazů: jméno a funkce při zásahu, a co se stalo?
- fáze myšlenek (přechodová fáze z kognitivní do emocionální úrovně) – druhý přímý dotaz: co bylo vaší první myšlenkou poté, co jste přestali jednat automaticky?
- reakční fáze (emocionální úroveň) – dotaz (již volně) – co bylo pro vás na celé situaci to nejhorší?
- fáze symptomů (opět přechodová fáze opačným směrem, od emocionální roviny do kognitivní) – shrnují se konkrétní stresové symptomy, jejich rozdělení, vysvětlení a informování;
- fáze učení (návrat na kognitivní úroveň) - zabývá se hlavními projevy stresu a učí způsoby, jak se s nimi vypořádat, při využití základních technik zvládnání stresu;

návrat – ukončení debriefingu, zodpovězení případných dotazů, pozvánka k občerstvení a nabídka možné individuální konzultace, pokud někdo tuto potřebu cítí (Everley, 2002; Mitchell, 2003).

8. 4. 2. Defusing

Kratší a časově úspornější verzí je defusing, který se odehrává bezprostředně po události (debriefing s latencí 24 hodin až do týdne po události). Jde v podstatě o zkrácenou verzi, kdy po úvodu, který je prakticky totožný jako u debriefingu, následuje fáze průzkumu (explorace), tedy kombinace výše zmíněné fáze faktů, myšlenek, reakcí a symptomů, a závěrečná fáze informací shrnuje fázi učení a závěru. V debatě se účastníci vyjadřují pouze k bezprostřednímu nadcházejícímu období, tedy co budou dělat toho dne večer a nikoli jak se dlouhodobě vyrovnají se ztrátou kolegy (Everley, 2002; Mitchell, 2003). Je to jedna z nejužívanějších CISM technik v praxi záchranných služeb a nevylučuje následné použití debriefingu, pokud je to potřeba. Obvykle vedou defusing dva vycvičení peerové, zatímco při debriefingu musí být přítomen odborník na duševní zdraví a obvykle 2 až 3 peerové; i z tohoto hlediska je náročnější na organizaci (Kuehl, 2002).

8. 4. 3. Ostatní techniky

Ještě úspornějším zásahem je demobilizace, jejímž cílem je vypnout vnitřního automatického pilota pracovníků na konci směny během zásahu u rozsáhlých dlouhodobějších katastrof. Odcházející směna pracovníků se shromáždí, dostane se jim krátké, zhruba desetiminutové informace, a následuje asi dvacetiminutový odpočinek a relaxace (Everley, Mitchell, 2002; Mitchell, Everley, 2003). Demobilizace se užívá ojedinele, právě proto, že je spojena s katastrofami s velkým počtem obětí a s dlouhodobým nasazením záchranných týmů (Kuehl, 2002).

Mezi prostředky CISM patří i podpora na místě události, krátká, praktická a určená jen k omezení působení stresu, jejím cílem jsou například pracovníci s jasnými známkami stresu, vedoucí zásahu, ale i stresovaní přihlížející nebo členové rodiny postižených - v tomto případě se vlastně stávají účastníky události. Tuto podporu poskytují dobrovolníci pracující přímo na místě katastrofy, kteří aktivně vyhledávají pracovníky s některým z příznaků (například bezcílné bloudění, bezdůvodné výbuchy hněvu, ztráta emocionální kontroly, pláč, strnulý pohled, neobvyklé, nepatřičné chování, známky fyziologických stresových reakcí) (Mitchell, Everley, 2003). Podpora na místě události se dá využít u dlouhodobých zásahů, které vyžadují mnohahodinové až vícedenní nasazení záchranářů. Zcela praktickým problémem může být organizace práce psychologů nebo dobrovolníků na místě, otázka, jak se dostanou do prostoru ohraničeného policií a zajišťovanou hasiči s ohledem na hranice nebezpečné zóny.

Důležité jsou i následné služby - setkání se skupinou o týden až měsíc později, případně telefonické hovory, individuální konzultace nebo doporučení některých účastníků do individuální terapie na základě závažnosti příznaků, pozorovaných při skupinovém debriefingu. Mezi následné služby patří i práce s podpůrnými skupinami členů rodiny.

8. 4. 4. Modifikace některých technik na bázi Mitchellova modelu CISM

Na bázi Mitchellova modelu CISM vznikly i některé modifikované programy. Do této skupiny patří například program ASAP (Assaulted Staff Action Program), který byl vytvořen v roce 1998. Vychází ze základního přístupu CISM a obsahuje různé prvky; je založen na dobrovolnické bázi. Je zaměřen na zdravotníky napadené pacientem či na oběti napadení v souvislosti se zaměstnáním obecně a na oběti podobných násilných aktů (Flannery, R.B., 1999). Základní filosofií programu je předpoklad, že práce sama o sobě nenese riziko napadení a tato situace není zaviněna chybou zdravotníka, zdravotníkům se navíc ve srovnání

s jakoukoliv jinou poraněnou nebo napadenou osobou většinou věnuje minimální pozornost. Napadení pacientem může vyvolat krizi v ošetřujícím týmu. Vzhledem k povaze krizové události v případě napadení zdravotníka jde většinou o individuální pohovor. Kromě nabídky okamžité podpory (může být samozřejmě zaměstnancem odmítnuta) se ještě někdo z ASAP týmu ujistí o stavu napadeného po třech a deseti dnech od napadení. Součástí práce je i supervize členů, poskytujících základní služby v rámci programu (Flannery, 1999).

8. 5. Preventivní aktivity a cílené programy

Mezi techniky CISM patří i příprava před krizí – přednášky s cílem připravit pracovníky na působení stresu a jak ho zvládnout. Kromě vzdělávání samotných pracovníků je velmi významné školení managementu o zásadách organizace podpůrných programů, které mohou působení stresu významně redukovat, protože bez podpory managementu se program prevence a kontroly stresu nedá zavádět (Everley, Mitchell, 2002). Mezi preventivní aktivity a cílené programy v širším pojetí prevence patří i profesní vzdělávání a nácviky, které vedou k získání profesionální jistoty, vzdělávání v oblasti působení stresu, kolegiální pomoc na pracovišti, ovlivňující pozitivně atmosféru na pracovišti, a mezi základní požadavky patří jasné vymezení pracovních rolí, kompetencí, hierarchie na pracovišti. Organizace by měla dbát i na průhlednou komunikaci na všech úrovních i na to, aby se pracovníci mohli vyjádřit k pracovním záležitostem. V působnosti organizace je i zavádění preventivních programů (relaxační programy, sportovní programy, péče o pracovníky v tom nejobecnějším smyslu), zavedení peer systému, který užívá technik řízeného, projasňujícího nebo strukturovaného rozhovoru o psychické zátěži a systém supervize. Zavádění technik CISM tak, jak byly popsány výše, je jen jednou z forem řízení a kontroly stresu (Čepická, 2005).

Vzdělávání a doškolování zaměstnanců v oblasti traumatického stresu je klíčovým a základním prvkem všech dalších navazujících aktivit. Předem poučený personál u sebe dříve

rozpozná známky zvýšeného stresu a dříve požádá o pomoc, což zvyšuje naději na rychlejší nápravu (Kuehl, 2002). Je nutné klást důraz na osobní odpovědnost každého zaměstnance za svoje zdraví, včetně psychického, spolupracovníci, supervizor, přátelé a rodina mají jen podpůrnou úlohu, byť důležitou (Clawson, 2002, Čepická, 2005).

Význam komplexních preventivních aktivit včetně znalosti možných psychologických dopadů je ještě důležitější v rámci krizové připravenosti. V rámci přípravy, před možným útokem, je nutné vyhodnotit střízlivě rizika a hrozby, zajistit preventivní opatření a připravit personál všech záchranných složek i po psychologické stránce tak, aby v případě nastalého útoku byli všichni schopni plnit své specifické úkoly. Během akutní fáze, při zvládnutí katastrofy, poskytují psychologové podporu, demobilizaci, debriefing – podle aktuálních potřeb. Ve fázi obnovy je nutné pamatovat i na psychickou rekonvalescenci, protože po odeznělém šokujícím psychotraumatu přichází fáze hluboké frustrace, smutku, deziluzí a depresí. Seznam doporučení zahrnuje přípravu a zajištění přímých linek a nízkoprahových krizových center v komunitě, které by se útok mohl týkat, psychologickou přípravu všech typů záchranářů a jejich rodin, spolupráci s médii na zajištění stálé informovanosti, neboť pravdivé a důvěryhodné zprávy významně snižují úzkost a nejistotu (Everly, Mitchell, 2001).

Výzkumná část

I. Cíle výzkumného projektu

Studie byla rozložena do tří fází: v první fázi bylo cílem vytvořit jednoduchou a snadno použitelnou metodiku ke včasné diagnostice projevů syndromu vyhoření a na vzorku pracovníků záchranných služeb z celé České republiky tuto metodiku ověřit a vytvořit tak základ pro její pozdější standardizaci. Dále zjistit míru expozice předdefinovaným rizikovým faktorům (jako indikátory byly zvoleny hromadné dopravní nehody, úmrtí mladých lidí, ošetření popáleninového traumatu, úmrtí nebo těžké zranění spolupracovníka) a míru vlastního ohrožení, spojeného s výkonem práce. Posledním ze zjišťovaných okruhů byly zdroje stresu a zdroje uspokojení, spojené s profesí, tak jak je vidí sami pracovníci.

Ve druhé části studie měly být ve spolupráci s managementem jednotlivých záchranných služeb zavedeny preventivní programy a některé z programů krizové intervence do praxe.

Třetí fáze studie měla ověřit, zda tyto podpůrné psychologické služby ovlivňují výskyt projevů syndromu vyhoření a mohou přispět ke snížení míry psychologické zátěže v podmínkách záchranných služeb.

II. Metodika

1. První část studie – rok 2003 - 2004

První dotazník (viz příloha č. 1) měl tři části a byl vytvořen pro potřeby této studie. První část obsahovala demografické údaje a údaje, týkající se pozice na záchranné službě (věk, pohlaví, rodinný stav, pracovní pozice na záchranné službě, délka praxe na záchranné službě a celková délka praxe ve zdravotnictví, předchozí kvalifikace, postgraduální zkoušky a výše úvazku na záchranné službě).

Ve druhé části byly otevřené dotazy: co vnímají respondenti jako stresující při práci na záchranné službě, s tím, že měli uvedený stresor hodnotit škálou od nuly (žádná zátěž) do 9 (nejvyšší zátěž), zda vidí možnosti zlepšení výše uvedených položek, co vnímají na práci na záchranné službě jako pozitivní, opět s použitím číselné škály od 0 do 9. Tyto dotazy byly záměrně voleny jako otevřené, i s vědomím jejich následné náročnější kategorizace, nicméně šlo v České republice o první takto rozsáhlou studii z prostředí záchranných služeb a cílem bylo zjistit výchozí hladinu stresu a názory samotných pracovníků. Uzavřené otázky by mohly mínění respondentů ovlivnit. V této části dotazníku dále následovaly dotazy na pozitivní a kontraproduktivní techniky vyrovnávání se stresem (abúzus návykových látek - kouření, alkohol, ostatní psychoaktivní látky, užívání léků, mimopracovní záliby, pravidelné sportovní aktivity).

Za předdefinované obecně přijímané kritické události, které se mohou podílet na vzniku posttraumatické stresové poruchy, bylo ve třetí části dotazníku zvoleno následujících pět indikátorů:

- úmrtí nebo těžké poranění spolupracovníka,
- ošetřování těžkého popáleninového traumatu,
- úmrtí nebo neúspěšná kardiopulmonální resuscitace dítěte,
- těžké dopravní nehody s hromadným výskytem postižených
- riziko vlastního ohrožení během výkonu služby - u této položky byli respondenti vyzváni, aby riziko specifikovali.

Poslední – čtvrtou - část dotazníku tvořil screeningový dotazník na příznaky syndromu vyhoření, (podle článku E. Libigerové: Syndrom profesionálního vyhoření. Praktický lékař, 79, 1999, č. 4, str. 186-190), s možnostmi odpovědi ano – ne. Tento nástroj je sice nestandardizovaný, reflektuje však obecná rizika syndromu vyhoření ve zdravotnictví a není zatížen licenčními podmínkami administrace. Umožňuje i rychlé a jednoduché vyhodnocení:

za každou kladnou odpověď se přičítal 1 bod, přičemž do 2 bodů syndrom vyhoření nehrozí, skóre 3 – 5 bodů ukazuje na příznaky počínajícího syndromu vyhoření, 6 – 8 již značí nastupující rozvoj tohoto syndromu a je nutné zjistit, za jakých okolností k tomuto rozvoji došlo, a skóre 9 – 10 je indikací k odborné (psychologické nebo psychiatrické) intervenci.

Dotazníky byly distribuovány v průběhu října 2003 v celkovém počtu 350 kusů, jednak na pravidelně každoročně konané celostátní konferenci oboru urgentní medicína (Dostálovy dny) v Hradci nad Moravicí, dále byly rozeslány s průvodním dopisem (viz příloha č. 2) na jednotlivé okresní záchranné služby podle adresáře. Spolu s dotazníky byly distribuovány i obálky s adresou Státního zdravotního ústavu, aby respondenti měli dostatečný pocit anonymity a měli možnost odeslat dotazník přímo na – z hlediska jejich profese – neutrální instituci a abychom zajistili maximální možnou míru anonymity, aby nebyl sběr dotazníků prováděn prostřednictvím zaměstnavatele nebo nadřízených.

2. Druhá část studie – rok 2004 – 2006 a dále

Od roku 2004 byly v některých spolupracujících záchranných službách zaváděny preventivní a podpůrné psychologické intervence. Nejčastější formou byly preventivní přednášky. Dále probíhaly nácviky komunikace, s tím, že v některých záchranných službách byl kladen důraz na operátorky (záchranné služby v Praze, Středních Čechách, Libereckém a Moravskoslezském kraji), jinde byl kladen důraz na zlepšení komunikačních dovedností výjezdových týmů (Karlovarský kraj). V této fázi byly často součástí seminářů i ukázky technik krizové intervence (CISM) podle Mitchelova modelu, nejčastěji z časových důvodů defusing. V letech 2004 až 2006 absolvovalo certifikovaný výcvik CISM z přes 30 pracovníků záchranných služeb, se kterými se počítá do systému CISM do role peerů. V roce 2006 byli tito pracovníci zařazeni do kurzu na základě programu Ministerstva zdravotnictví

ČR v rámci krizové připravenosti (Soyková, 2005) a kurz byl také hrazen z finančních zdrojů ministerstva.

První debriefing po reálném zásahu v terénu proběhl v říjnu 2005 v Moravskoslezském kraji, další v červenci 2005 ve Středočeském kraji – v obou případech šlo o závažné dopravní nehody, významně medializované. Další, na kterém se již podílely dvě absolventky kurzu CISM z dubna 2006 v úloze peerů, byl zorganizován v Jižních Čechách v listopadu 2006 po závažné nehodě dvou sanitních vozů v jednom dni, přičemž jedna z postižených – zdravotní sestra – zůstala po nehodě ochrnutá a upoutaná na lůžko.

Na podzim 2006 začíná budování systému poskytování krizové intervence po indikovaných zásazích. Vzhledem k řídkému výskytu těchto událostí jde o činnost organizovanou na dobrovolnické bázi, nicméně musí být jasně stanovena pravidla (informování o události, rozhodnutí o indikaci, typu a timingu intervence, svolání účastníků a zajištění týmu pro CISM, zajištění místa konání, náhrady nákladů).

V roce 2007 bylo poskytování krizové intervence zaměstnavatelem prosazeno odbory ÚSZS Středočeského kraje do kolektivní smlouvy jako součást péče o zaměstnance. Ve stejném roce se ve stejné organizaci začínají provádět i supervizní setkání jako další z technik psychologické intervence.

3. Třetí část studie – rok 2005 - 2006

Druhý dotazník byl distribuován ve stejném ročním období jako předchozí (podzim) o dva roky později, tj. v roce 2005 (viz příloha č. 4). Kromě totožných demografických a profesních údajů obsahoval i stejný screeningový dotazník na příznaky syndromu vyhoření a dále dotazy na absolvování některé z podpůrných psychologických technik: preventivní přednáška, nácvik komunikačních technik, psychologická konzultace v souvislosti s pracovním stresem (včetně telefonické), strukturovaný pohovor a některé z technik CISM.

Stejně jako v roce 2003 i tento dotazník byl ze stejných důvodů (anonymita, zajištění autenticity odpovědí) distribuován s obálkou s adresou Státního zdravotního ústavu.

III. Kritéria zařazení do studie:

Do studie byly zahrnuty všechny kategorie pracovníků, tedy lékaři, střední zdravotničtí pracovníci (muži i ženy), pracovníci operačních středisek a řidiči – záchranáři. Každá z uvedených skupin má v týmu poněkud jiné role a různou míru zodpovědnosti.

Podmínkou byl souhlas respondenta s účastí ve studii, tedy dobrovolná účast.

Kritériem zařazení byla délka praxe minimálně rok, aby se vůbec dalo uvažovat působení profesní zátěže, a ze stejného důvodu dalším kritériem byla výše úvazku nejméně poloviční a vyšší.

IV. Zpracování výsledků

V roce 2003 bylo shromážděno 290 dotazníků z 350 distribuovaných (návrtnost 82,9%), z 23 okresních záchranných služeb z celkového počtu 82 samostatných organizací. 4 dotazníky byla vyřazeny, neboť nebylo možné určit, zda jde o řidiče – záchranáře nebo záchranáře s vyšším odborným vzděláním. Zpracováno tedy bylo 286 dotazníků. O dva roky později se ze 750 dotazníků distribuovaných přes Územní střediska záchranných služeb (v té době již krajské uspořádání, navazující na změnu státoprávního uspořádání) shromáždilo 644 (návrtnost 85,8%), avšak 47 jich bylo vyřazeno, většinou pro neúplné údaje nebo pro krátkou dobu praxe nebo nižší pracovní úvazek. Zpracováno bylo tedy 597 dotazníků z celkem 7 krajů (Praha, Středočeský, Královéhradecký, Jihočeský, Karlovarský, Moravskoslezský, Olomoucký).

Z hlediska skóru ve screeningovém dotazníku pro projevy syndromu vyhoření byly porovnány soubory z let 2003 a 2005, a v druhém souboru ještě podskupina bez absolvování

psychologické podpůrné intervence a s absolvováním jakékoliv intervence, a stejným způsobem i jednotlivé profesní skupiny (lékaři, SZP, řidiči – záchranáři a pracovníci operačních středisek). Základní srovnání bylo provedeno metodou analýzy variance (ANOVA), test vlivu jednotlivých sledovaných faktorů na výši skóre syndromu vyhoření byl proveden pomocí modifikované metody ANOVA, tj. obecného lineárního modelu (GLM - General Linear Model), zpracování bylo provedeno softwarem SPSS, verze 12.

Data, týkající se expozice kritickým událostem, byla analyzována pomocí deskriptivní statistiky v programu Excell. Odpovědi na volné dotazy, týkající se stresorů, technik vyrovnávání se stresem a pozitivních aspektů profese, byla kategorizovány a opět zpracovány v programu Excell.

V. Výsledky první části studie

1. Záchrané služby zúčastněné ve studii a demografická charakteristika souboru

V první části bylo zpracovááno 286 dotazníků, které splňovaly kritéria pro zařazení do souboru. V době distribuce dotazníků byla síť záchranných služeb v ČR organizována na okresním principu, neboť změna státoprávního uspořádání a transformace záchranných služeb na krajská zařízení nebyla ještě dokončena, někde ani započata. Vyplněné dotazníky se vrátily z 23 záchranných služeb z těchto okresů (řazeno abecedně): Benešov, Blansko, Brno, Brno – venkov, Česká Lípa, Hradec Králové, Kolín, Kroměříž, Liberec, Litoměřice, Louny, Mělník, Náchod, Nový Jičín, Opava, Ostrava, Písek, Praha – západ, Prachatice, Přerov, Příbram, Teplice, Ústí nad Orlicí.

Mužů bylo v souboru 166 (58 %) a žen 120 (42 %). Věkový průměr celého souboru byl 37 let (22; 67). V souboru byl nejvyšší podíl ženatých/vdaných respondentů – 170 (59,4%), 62 osob svobodných (21,7 %), 51 rozvedených (17,8%) a 3 ovdovělé osoby (1,1 %). Lékařů bylo 43 (15 %), nejvíce bylo středních zdravotnických pracovníků ve výjezdových týmech – 151

(52,8 %), pracovníků operačních středisek (dispečerů a dispečerek) bylo 51 (17,8 %) a řidičů – záchranářů 41 (14,4 %). Průměrná délka praxe na záchranné službě v celém souboru byla 8,8 roků (1; 36 let), u lékařů byla průměrná délka nejdelší – 10,3 roku (2; 30), u pracovníků operačních středisek 9,6 roku (1; 28), u řidičů – záchranářů 9,3 roků (1; 36) a nejnižší byla u středních zdravotnických pracovníků – 7,8 roků (1; 31).

2. Stresory a jejich kategorizace

Alespoň jeden stresující faktor uvedlo 236 respondentů (82,5 %), přičemž jen 82 osob uvedlo nějakou možnost zlepšení v dané oblasti (tedy 28,7 % z celého souboru a 34,8 % z těch, kteří stresory uvedli). Intenzita měla být hodnocena škálou 0 až 9 (nejvyšší intenzita). Někdo uvedl více položek, které vnímá v souvislosti se zaměstnáním jako stresující. Kategorizací odpovědí jsme získali tyto stresující faktory. (Graf č. 1.)

| Stresor | Četnost | % z celkového počtu | Intenzita |
|---|---------|---------------------|-----------|
| KPR, smrt dětí, mladých lidí | 89 | 31,1 | 7,7 |
| hromadné dopravní nehody | 42 | 14,7 | 6,5 |
| přesčasy, směny, noční práce | 38 | 13,3 | 6,7 |
| vztahy na pracovišti | 38 | 13,3 | 5,9 |
| chování pacientů, příbuzných k ZS | 35 | 12,2 | 5 |
| zodpovědnost, časová tíseň, rozhodování | 32 | 11,2 | 6,1 |
| bezmocnost v některých situacích | 29 | 10,1 | 7 |
| řízení organizace, nejistota kariéry | 28 | 9,8 | 6,2 |
| práce na operačním středisku | 28 | 9,8 | 7 |
| cesta k zásahu, ostatní řidiči | 28 | 9,8 | 5,9 |
| stav vozů, nedostatečné vybavení | 25 | 8,7 | 5,9 |
| ošetřování opilých, intoxikovaných osob | 24 | 8,4 | 6,3 |
| čekání na výjezd | 23 | 8,0 | 7,3 |
| riziko vlastního ohrožení | 20 | 7,0 | 7,1 |
| zneužití tísňové linky | 16 | 5,6 | 7,5 |
| plat | 15 | 5,2 | 7,1 |
| neochota nemocnic přijímat pacienty | 8 | 2,8 | 6 |
| není možnost konzultace | 4 | 1,4 | 6,8 |

Nejčastěji byla jako stresor uváděna kardiopulmonální resuscitace, zejména neúspěšná, u dětí a mladých lidí, explicitně byla jmenována u 31,1 % celkového souboru. Na druhém místě

následují hromadné dopravní nehody (14,7 % všech respondentů). Respondenti jmenovali i některé charakteristické rysy práce, které se obecně mezi rizikové faktory syndromu vyhoření (a psychologické morbidity z širšího hlediska) uvádějí: přesčasová práce, práce v noci a nepravidelnost životního režimu, vysoká zodpovědnost, nutnost rychlého rozhodování v časové tísní, čekání na výjezd. Samotný charakter práce na operačním středisku, nedostatečná komunikace s volajícími, nemožnost dostatečného vyhodnocení výzvy a málo posádek k dispozici pro výjezdy uvedlo 28 osob, přičemž v souboru bylo jen 51 dispečerů/dispečerek. Nadpoloviční většina všech pracovníků operačních středisek (54,9 %) tedy hodnotí práci, kterou vykonávají, jako významný stresor. Práce na operačním středisku má specifické rysy a její problematika je odlišná od zátěže výjezdových týmů v terénu a ze všech poznatků, včetně této studie vyplývá jednak nutnost zaměřit se v obecné prevenci na pracovníky operačních středisek (hygiena pracovního procesu, redukce přesčasové práce, pracovní prostředí, nabídka vzdělávacích programů), a jednak vytvořit pro pracovníky specifické podpůrné programy, zohledňující odlišnost zátěže dispečerů a dispečerek.

Riziko vlastního ohrožení výslovně uvedlo 20 osob (7 %), spolu s 28 (9,8 %), kteří uvedli jako stresor rizika vzniku dopravní nehody (cesta k místu zásahu, chování ostatních řidičů) tedy jmenují některou z forem vlastního ohrožení. Míru expozice riziku vlastního ohrožení jsme zjišťovali v jedné z částí tohoto dotazníku také (viz další text). Některou z forem ohrožení během výkonu práce udalo 201 osob (85,5 % členů výjezdových týmů), ale jen 20,4% z nich to vnímá jako stresor. Většina pracovníků záchranných služeb tedy pravděpodobně vnímá určitou míru rizika jako součást povolání, kterému se věnují.

Plat se v pořadí stresorů dostal až na 16. místo, jmenovalo jej pouze 15 respondentů (5,2%), což je poměrně překvapivé zjištění.

Respondenti měli k faktorům, které jmenovali, přiřadit také číslo podle intenzity, jak uvedený stresor vnímají – od 0 (vůbec, tedy neuvedeno) až po 9 („nejvíce mě stresuje“) (graf

č.2). Pořadí podle průměrné výsledné hodnoty uváděných stresorů se liší od pořadí dle četnosti, i když je shoda v hlavním stresoru i z hlediska intenzity – KPR dětí a mladých lidí a jejich úmrtí přiřadili respondenti nejvyšší průměrnou hodnotu 7,7 (z 9 možných). U nejnávšně hodnoceného stresoru v podobě KPR dětí a mladých lidí tedy panuje všeobecná shoda. Jako vysoce stresující byly některými respondenty hodnoceny následující faktory: zneužití tísňové linky, čekání na výjezd, plat, riziko vlastního ohrožení, práce na operačním středisku, bezmocnost a nemožnost konzultace. Některé z výše uvedených stresorů jsou tedy vnímány silně negativně, ale relativně menším počtem pracovníků, protože v četnosti výskytu se na předních místech nevyskytují.

3. Možnosti zlepšení uváděných negativních aspektů profese

Další otevřený dotaz se týkal možnosti zlepšení toho, co respondent uvedl jako stresor. Tuto možnost blíže specifikovalo pouze 28,7 % souboru (82 osob), z 236 respondentů, kteří nějaký stresor uvedli to bylo 34,8 %, tedy o něco více než třetina.

| Možnosti zlepšení | Četnost | % z celk. počtu |
|--|---------|-----------------|
| sebevzdělávání, práce na sobě | 34 | 11,9 |
| uznání postavení ve společnosti, lepší ohodnocení včetně finančního, lepší péče o záchranáře, včetně péče psychologické a sociální | 25 | 8,7 |
| samostatnost ZZS v systému zdravotnictví, organizační opatření, doplnění chybějící legislativy | 20 | 7,0 |
| placení za zneužití a za neindikované výjezdy | 12 | 4,2 |
| obnovení záchytných stanic pro opilé osoby | 2 | 0,7 |

Největší procento respondentů tedy vidí možnost kvalitativního zlepšení směrem k pracovníkům samotným (sebevzdělávání a práci na sobě uvedlo 41,5 % všech, kteří nějakou možnost zlepšení jmenovali), což je pozitivní a nadějně zjištění. Na dalších místech je otázka společenského uznání včetně finančního ohodnocení a zajištění sociálních jistot (30,5 %

z těch, kteří uvedli možnost zlepšení), a otázky organizace v jednotlivých záchranných službách a otázky chybějící legislativy (24,4 %). V době sběru dat byla činnost záchranných služeb stále regulována pouze vyhláškou MZ ČR č. 434/1992, zatímco činnost obou dalších základních složky IZS je upravena samostatným zákonem. (Možnosti zlepšení – graf č.3)

4. Pozitivní aspekty práce na záchranné službě

Pozitivní aspekty byly uvedeny 219 respondenty, tedy 76,6 % souboru. Stejně jako u stresorů bylo možné uvést více pozitivních aspektů, respondenti byli požádáni i o uvedení intenzity vnímaného pozitiva se stejnou číselnou škálou od 0 (vůbec) do 9 („nejvíce mě uspokojuje“).

| Pozitivní aspekt | Četnost | % z celk. počtu | Intenzita |
|---------------------------------|---------|-----------------|-----------|
| Pomoc lidem, záchrana života | 136 | 47,6 | 7,4 |
| Akční, pestrá práce | 89 | 31,1 | 6,8 |
| Dobrý kolektiv, kontakt s lidmi | 80 | 28,0 | 6,7 |
| Flexibilní volný čas, směny | 38 | 13,3 | 6,2 |
| Společenské ocenění | 20 | 7,0 | 6,1 |
| Náročnost práce | 20 | 7,0 | 5,3 |
| Plat, jistota zaměstnání | 8 | 2,8 | 4,3 |

Nejčastěji tedy byla jmenována vlastní náplň činnosti, tedy pomoc lidem a záchrana života, a to v 62,1% těch, kteří uvedli alespoň jedno pozitivum. Na dalších místech se objevují i ostatní typické znaky této práce - na druhém místě akčnost a pestrost, což jmenovalo 40,6% těch, co se vyjádřili, volnější pracovní doba díky směnnému provozu v 17,4%. Zajímavé je, že se v souvislosti s časovou flexibilitou opět výslovně objevuje volný čas na další studium, je tedy zřejmé, že si pracovníci sami uvědomují pozitivní aspekt kontinuálního vzdělávání.

Dalším zajímavým zjištěním byl fakt, že práci na směny a nepravidelnost životního režimu uvedlo 38 osob jako stresor a zcela shodný počet respondentů to naopak oceňuje jako pozitivum. I u některých dalších položek je ambivalentní vnímání: vztahy na pracovišti jsou uváděny poměrně často jako stresor (v 38 případech, na 3. – 4. místě v pořadí stresorů), avšak kolektiv na pracovišti a komunikace s lidmi je naopak uváděna i jako pozitivní faktor (80 respondentů), toto hodnocení je tedy zjevně vázané na jednotlivé organizace a atmosféru na konkrétních pracovištích. I z tohoto pohledu jednoznačně vyplývá významná úloha managementu konkrétních záchranných služeb. Společenské i finanční ocenění záchranářů se objevuje jak v negativním hodnocení, ale překvapivě i ve jmenovaných pozitivích.

(Pozitivní aspekty práce na záchranné službě – četnost graf č. 4, intenzita graf č.5)

I u vnímání pozitivního aspektu - záchrana života a pomoc lidem - nacházíme shodu v četnosti výskytu a v intenzitě stejně jako u zjištěného hlavního stresoru. U pozitivních aspektů pak je další pořadí četnosti i intenzity shodné, tedy to, co je jmenováno nejčastěji je také nejintenzivněji vnímáno jako pozitivní.

5. Dotazy týkající se technik vyrovnávání se stresem

Další dotaz se týkaly abúzu návykových látek (kouření, alkohol, jiné látky ovlivňující psychiku), což bývá jednou ze známek podvědomého vyrovnávání se stresem, a dále dotazy na mimopracovní aktivity, záliby a sportovní aktivity. Dotaz na abúzus jak legálních, tak ostatních návykových látek byl zařazen i s vědomím, že respondenti mají tendenci uvádět menší frekvenci užívání, nebo dokonce abúzus neuvádět, nicméně dotazník byl anonymní, takže se respondenti nemuseli cítit „kontrolováni“.

5. 1. Abúzus návykových látek

Pravidelné kouření uvedlo 97 osob (33,9 %), občasné požití alkoholu přiznalo 220 respondentů (76,9 %). Frekvence pití alkoholu byly nejčastěji udávány termínem „příležitostně“. Pivo uvedlo 182 osob, víno 148, tvrdý alkohol 59 (někteří uvedli více druhů alkoholických nápojů). „Jiné látky, ovlivňující psychiku“ přiznali 4 respondenti (1,4%), 3 x z toho byla jmenována marihuana, 1 x antidepresiva. Lékařem předepsané léky užívá 45 osob (15,7 %), pokud byly jmenovány, tak šlo nejčastěji o antihypertenziva, antihistaminika a léky k léčbě diabetes mellitus. Spektrum těchto léků by mohlo navozovat domněnku o psychosomatických onemocněních pracovníků, ale souvislost zdravotního stavu a stresu by si zasloužila samostatný výzkum.

5. 2. Mimopracovní záliby

Do zpracování bylo u této položky zahrnuty pouze ty odpovědi, kde byla konkrétní mimopracovní aktivita jmenována, nikoliv pokud bylo pouze uvedeno „ano“. Mimopracovní záliby jmenovalo 162 respondentů (56,6 %), tedy nadpoloviční většina. Pořadí dle oblíbenosti jednotlivých činností (graf č.6):

| Mimopracovní záliba | Četnost | % z celkového počtu |
|---|---------|---------------------|
| Kultura, tanec, posezení s přáteli | 56 | 19,6 |
| Zahrádka, domácí zvířata, rybaření, kynologie | 55 | 19,2 |
| Četba | 41 | 14,3 |
| Čas trávený s rodinou | 31 | 10,8 |
| Ruční a výtvarné práce, keramika | 17 | 5,9 |
| Poslech hudby | 15 | 5,2 |
| Studium, včetně cizích jazyků | 10 | 3,5 |
| Křížovky, vědomostní soutěže | 8 | 2,8 |
| Práce a hry na počítači, internet | 6 | 2,1 |

5. 3. Sportovní aktivity

I u této položky byly vyhodnoceny pouze konkrétně jmenované sporty, s frekvencí alespoň jednou týdně. V této a vyšší frekvenci sportuje 215 osob, tedy 75,2 %. Z tohoto hlediska se tedy pracovníci záchranných služeb chovají racionálně a v tomto ohledu mají poměrně zdravý životní styl. Největší oblibu navíc mají sportovní aktivity, spojené s pobytem v přírodě (jízda na kole, turistika, lyžování, vysokohorská turistika). (Graf č. 7)

| Sportovní aktivita | Četnost | % z celk. počtu |
|---|---------|-----------------|
| Cykloturistika | 122 | 42,7 |
| Turistika, běh, pohyb v přírodě, jízda na koni | 89 | 31,1 |
| Plavání, potápění | 79 | 27,6 |
| Aerobic, fitness, jóga, rehabilitační cvičení | 48 | 16,8 |
| Míčové sporty (fotbal, volejbal, basketbal, floorbal) | 47 | 16,4 |
| Lyžování (jak běžecké, tak sjezdové) | 39 | 13,6 |
| Tenis, squash, bowling | 29 | 10,1 |
| Vysokohorská turistika, horolezectví, skialpinismus | 12 | 4,2 |
| Bruslení | 6 | 2,1 |
| Motorové nebo bezmotorové létání | 4 | 1,4 |
| Sportovní střelba | 4 | 1,4 |

5. 4. Dotazník „Jak zvládáte stres?“

V rámci čtyř preventivních přednášek a seminářů (na celostátním semináři na Státním zdravotním ústavu 4.5.2004, na krajském semináři v Českých Budějovicích 29. 9. 2005, na krajském semináři ve Jesenici u Prahy 8. 11. 2005 a na krajském semináři v Příbrami 19. 10. 2006) byli účastníci požádáni, aby vyplnili dotazník „Jak zvládáte stres“ (zdroj: Mitchell J.T., Everly G.S., Critical Incident Stress Management (CISM): Basic Group Crisis Intervention, 3rd Edition revised, 2003 ICISF, str. 43 – 44 – překlad Šeblová J., 2004.)

Vyšší skór dosažený v tomto jednoduchém zdravotně - edukačním dotazníku (viz příloha č. 4) znamená používání pozitivních technik vyrovnávání se stresem, ideální počet bodů se pohybuje kolem hodnoty 115, hodnoty v rozmezí 50 – 60 jsou ještě dostačující na zvládání běžných zdrojů stresu. Jsou zde rozlišeny jak adaptivní a zdraví posilující strategie (položky 1 – 10), tak i zdraví škodlivé maladaptivní strategie (položky 11 – 14). Inventarizace umožní respondentovi analýzu jeho vlastních zvládacích mechanismů a integrování pozitivních technik do životního stylu, neboť kontraproduktivní techniky sice dočasně mohou vést k uvolnění napětí, ale v dlouhodobém horizontu ovlivňují zdraví negativně, cílem tedy je aktivní osvojování a zařazování pozitivních technik.

Bylo shromážděno celkem 95 dotazníků. Bodové hodnoty byly v rozmezí -20 (extrémní záporná hodnota, která se vyskytla v jednom dotazníku, jinak je součet bodů 20 a výše) až 125. Nižší hodnota než 50, která by měla zajistit vyrovnání se s běžnými zdroji stresu, byla uvedena ve 27 dotaznicích (28,4 %). Průměrná dosažená hodnota byla 56,4 (interval -20, +125), tedy těsně nad hranicí přiměřené adaptace na stres. Necelá třetina účastníků edukačních seminářů má převahu negativních podvědomých zvládacích mechanismů, ostatní mají adaptační mechanismy přiměřené.

6. Kritické události a rizika spojená s prací na záchranné službě

Další část dotazníku tvořila expozice předdefinovaným kritickým událostem a zkušenost s ohrožením vlastní osoby v průběhu služby. Na základě podobných studií (James, 1998; 2000) byly vybrány čtyři typické zátěžové situace, u kterých bývá značný emoční doprovod (úmrť nebo těžké zranění kolegy, ošetřování pacienta s těžkými popáleninami, úmrť nebo neúspěšná kardiopulmonální resuscitace dítěte a hromadné dopravní nehody s větším počtem zraněných). U páté položky - u ohrožení vlastní osoby - byli respondenti vyzváni k bližší specifikaci rizika.

6. 1. Expozice předdefinovaným kritickým událostem

U předdefinovaných kritických událostí byla nalezena poměrně vysoká, avšak očekávaná expozice těmto událostem, neboť k práci na záchranné službě nedílně patří. Nejvyšší expozice byla nalezena u lékařů, což souvisí jednak s tím, že u nich je v našem souboru nejdelší průměrná délka praxe, ale hlavně s tím, že všechny uvedené typy tíšňových výzev jsou v ČR zcela jednoznačnou indikací k výjezdu lékařské posádky. Nejvyšší je zkušenost se zásahy u hromadných dopravních nehod, s nimiž má zkušenost 242 osob (84,6%), u lékařů je zkušenost s tímto zásahem 100%. S resuscitací nebo úmrtím dítěte se v praxi setkala 192 (67,1%) respondentů, téměř shodně jako s ošetřováním těžkého popáleninového traumatu – 191 osob (66,8 %).

96 osob (33,6 %) zná kolegu, který byl během služby těžce zraněn nebo dokonce zemřel, lékaři s touto situací byli konfrontováni ve 48,8%. Tato zkušenost je obecně považována za významný stresor sama o sobě. Do hodnocení těchto stresorů jsou zahrnuty i operátorky, protože se jednak na poskytování péče z hlediska operačního řízení podílejí (organizace zásahu u hromadných dopravních nehod, aktivní poskytování telefonicky

asistované neodkladné resuscitace u zástavy oběhu) a dále i na základě teoretických východisek působení stresu, kdy stresogenním faktorem je i anticipace, představa. (Graf č.8)

6. 2. Vlastní ohrožení během výkonu služby

U této položky byli respondenti požádáni i o bližší specifikaci ohrožení, se kterým se během výkonu práce setkali. V této části byly vyhodnoceno 235 dotazníků členů výjezdových týmů (lékaři, SZP, řidiči). S nějakou formou ohrožení má zkušenost 201 respondentů, tedy 85,5 % těch, kterých se riziko týká, nikdy ohroženo nebylo 34 osob (14,5%).

Nehodu sanitního vozidla zažilo během služby 96 respondentů, tedy 40,1 % členů výjezdových týmů, u lékařů to byla dokonce téměř polovina – 21 ze 43 lékařů, tedy 48,8%. 18 (44 %) řidičů má zkušenost s dopravní nehodou. U středních zdravotnických pracovníků je tento zážitek nejméně frekventovaný - 52 (34,4 %). (Viz graf č.9)

Velmi vysoká je v našem souboru zkušenost s napadením (fyzickým i verbálním) během výkonu služby. Ve slovních komentářích bylo často uvedeno, že se tato zkušenost týkala ošetřování osob pod vlivem alkoholu. Zkušenost s agresí má 154 respondentů, tedy 65,5 % výjezdových týmů, u lékařů je opět tento druh ohrožení uváděn nejčastěji - u 32 (74,4%), což je poměrně vysoké riziko. Řidiči se setkali s napadením ve 28 případech (68,3%) a střední zdravotničtí pracovníci v 83 (55 %). (Viz graf č.10)

Při vytváření preventivních programů je tedy nutné věnovat se rozvoji komunikačních dovedností, provádět nácviky komunikace v problémových situacích a cvičit techniky deescalace napětí. Bylo by vhodné vytvořit specifický program pro napadené pracovníky, tak jak je například v rámci modifikace CISM zaveden Assaulted Staff Action Program (ASAP) pro napadené pracovníky urgentních příjmů (Flannery, 1999).

Kromě nejfrekventovanějších rizik (nehoda, a zejména napadení) se v dotaznících objevily i následující situace, se kterými byli pracovníci konfrontováni: ohrožení infekcí

uvedlo 34 osob (14,5 %), ohrožování střelnou zbraní nebo riziko bezprostředně hrozícího výbuchu 23 osob (9,8 %), technický stav vozidla považuje za vlastní ohrožení 10 osob (4,3%), 25 osob (10,6 %) uvedlo jako ohrožení prostředí zásahu, okolnosti zásahu nebo riskantní jízdu k zásahu. Při dodržování zásad bezpečnosti práce (ochranné pomůcky, dodržování dělby kompetencí v rámci zásahu složek IZS atd.) jsou tato rizika zčásti eliminovatelná.

VI. Celkové výsledky příznaků syndromu vyhoření (2003 – 2005)

K orientační diagnostice příznaků syndromu vyhoření byl v této studii v obou fázích použitý jednoduchý screeningový dotazník (Libigerová, 1999). Jak již bylo zmíněno, vyhodnocení tohoto dotazníku je jednoduché a rychlé: za každou kladnou odpověď se přičítá 1 bod, přičemž do 2 bodů syndrom vyhoření nehrozí, skóre 3 – 5 bodů ukazuje na příznaky počínajícího syndromu vyhoření, 6 – 8 značí již nastupující rozvoj tohoto syndromu a je nutné zjistit, za jakých okolností k tomuto rozvoji došlo, a skóre 9 – 10 je indikací k odborné (psychologické nebo psychiatrické) intervenci. Srovnání celkových skóre z let 2003 a 2005 je v tabulce. Průměr skóre celého souboru byl 1,38 bodů v roce 2003 a 1,34 v roce 2005, tedy v obou letech pod hranicí příznaků syndromu vyhoření.

Průměrné skóre jednotlivých profesních skupin:

| Profesní skupina | 2003 | | 2005 | |
|------------------|---------|----------------|---------|----------------|
| | Četnost | Průměrný skóre | Četnost | Průměrný skóre |
| Dispečerky | 51 | 1,57 | 87 | 2,54 |
| Lékaři | 43 | 1,42 | 52 | 1,08 |
| SZP | 151 | 1,40 | 259 | 1,08 |
| Řidiči | 41 | 1,15 | 199 | 1,20 |

Průměrné skóry celkově i v jednotlivých profesních skupinách byly s výjimkou dispečerek ve druhé části studie pod hranicí rizika. Bez příznaků syndromu vyhoření bylo 82,5 % (v roce 2003) a 81,4% (v roce 2005) souboru, s počínajícím syndromem vyhoření 15,7 % (2003) a 15,4 % (2005) a rozvíjející nebo již plně vyvinutý vykazovalo 1,8 % (2003) a 3,2 % (2005).

Při porovnání skóru syndromu vyhoření u souborů z roku 2003 a z roku 2005 metodou analýzy variance byl nalezen statisticky významný rozdíl u středních zdravotnických pracovníků (0,030), u nichž došlo ke snížení skóru vyhoření, a vysoce významný rozdíl u dispečerek (0,002), kdy došlo ke zvýšení celkového skóru. Soubor z roku 2005 byl pak ještě rozdělen na skupinu bez intervence (225 osob) a s jakoukoliv intervencí (372 osob), celkově ani v jednotlivých profesních skupinách nebyl zjištěn žádný statisticky významný rozdíl ve skóru vyhoření, nicméně byla zjištěna vysoká subjektivní spokojenost respondentů s jednotlivými metodami, nejvyšší u absolvování preventivních přednášek a u nácviku komunikačních technik (shodně v 92% pozitivní hodnocení). Pozitivně hodnoceny byly i ostatní intervence: techniky CISM v 83%, strukturovaný pohovor v 81% a psychologická individuální konzultace v souvislosti s psychologickým stresem v 79%.

Při použití metody Obecného lineárního modelu (GLM) byly brány v úvahu veškeré sledované faktory, které mohou mít vliv na výši skóru syndromu vyhoření. Výsledky tak byla adjustovány vzhledem k pohlaví, věku, délce praxe, rodinnému stavu, pracovní pozici a k roku, kdy byl výzkum proveden.

Zjištěná statistická významnost vlivu jednotlivých proměnných na výši skóru syndromu vyhoření

| Proměnná | Statistická významnost (p) |
|---------------------|----------------------------|
| Pohlaví | 0,842 n.s. |
| Věk | 0,164 n.s. |
| Délka praxe | 0,002 ** |
| Rodinný stav | 0,995 n.s. |
| Pracovní pozice | 0,000 ** |
| Soubor (2003, 2005) | 0,697 n.s. |

n.s. ... statisticky nevýznamný vliv

** ... $p < 0,01$, statisticky vysoce významný vliv

Regresní koeficienty B uvádějí rozdíly vlivu jednotlivých kategorií daných proměnných v porovnání s kategorií, která byla v analýze brána jako nejrizikovější v rámci dané proměnné (ženské pohlaví, rodinný stav vdovec/vdova, pracovní pozice lékař, soubor 2005). Byl nalezen statisticky vysoce významný vliv délky praxe a pracovní pozice, nebyl nalezen významný vliv pohlaví, stavu (svobodný, ženatý, rozvedený, vdovec/vdova). Při vzájemném porovnání pracovních pozic (párové porovnání při adjustaci na všechny další proměnné) lišila se práce dispečerky statisticky významně vyšším skórem vyhoření od ostatních pozic.

Pro zjištění vlivu jakéhokoliv druhu intervence na výši skóru syndromu vyhoření byl metodou GLM zpracován pouze soubor z roku 2005 (v roce 2003 nebyla tato otázka zjišťována, neboť intervenční techniky byly zaváděny až od roku 2004). Ke všem proměnným byla tedy přidána do zpracování otázka absolvované intervence (ano/ne). Ani zde nebyl zjištěn statisticky významný vliv ($p = 0,771$).

Ze studie vyplývá, že v rámci vyšetřeného souboru respondentů hrozí riziko rozvoje syndromu vyhoření zejména při delší době praxe na záchranné službě. Z profesních skupin jsou nejohroženější skupinou pracovníci operačních středisek (dispečeri/dispečerky). I ve skupině dispečerek je vyšší procento osob již s rozvojem syndromu vyhoření než v celkovém souboru: v roce 2003 bylo bez rizika burnoutu 78,4% dispečerek a u 21,6% se syndrom vyhoření rozvíjel. O dva roky později bylo v souboru dispečerek jen 54% bez příznaků burnoutu, rozvíjející se vykazovalo 35,6 % dispečerek a 10,4 % již mělo klinické příznaky vyhoření.

Tabulka – četnost podle klinických fází příznaků vyhoření podle použitého dotazníku

| | 2003 | 2003 | 2003 | 2005 |
|----------------------|----------------|-------------------|----------------|-------------------|
| Fáze vyhoření | celkově | operátorky | celkově | operátorky |
| Vyhoření nehrozí | 236 | 40 | 486 | 47 |
| Počínající | 45 | 11 | 92 | 31 |
| Manifestní burnout | 4 | 0 | 16 | 9 |
| Nutná intervence | 1 | 0 | 3 | 0 |

Preventivní, edukační a intervenční techniky, které byly mezi lety 2003 – 2005 do praxe zavedeny, neovlivnily výskyt příznaků v obou souborech, nicméně ti, kdo je absolvovali, je hodnotili pozitivně, spokojenost se pohybovala od 79% do 92% podle druhu užitých technik.

VII. Srovnání se studií „Jak vidíme sami sebe“ z roku 1998

V roce 1998 byla provedena v prostředí záchranných služeb v České republice první studie s tématem psychologické zátěže a stresu, nazvaná „Jak vidíme sami sebe“ (Konopásek, Šeblová, 1998; Šeblová, Konopásek, 1998). Tato studie mapovala předpoklady, které pracovníci sami vidí jako nejdůležitější pro výkon jejich profese, příčiny a míru nespokojenosti v souvislosti se zaměstnáním a ve třetí části míru výskytu syndromu vyhoření všech kategorií pracovníků. Respondenti byli ze záchranných služeb 14 českých a moravských okresů, ze dvou dalších okresů se dotazníky vrátily po uzávěrce a ze dvou se nevrátily vůbec. První zajímavou informací bylo, že ze 150 rozeslaných dotazníků se vrátilo 161, a návratnost tedy byla unikátních 107,3%, o studii a potažmo o psychologickou problematiku v souvislosti se záchrannými službami byl velký zájem již v té době.

Volnými dotazy v prvním kole bylo vyčleněno osm trsů předpokladů, mezi které měli respondenti v druhém kole rozdělit 100 procentních bodů. Dále byly zjišťována spokojenost či nespokojenost se zaměstnáním, nadřízenými, platem, se spolupracovníky, s typem práce a s mírou, s jakou práce zasahuje do rodinného života. Poslední část tvořil dotazník na intenzitu i frekvenci příznaků syndromu vyhoření, v původní verzi podle Maslachové z roku 1986.

Mezi předpoklady k práci na záchranné službě jmenovaly tehdy všechny kategorie pracovníků na prvním místě odbornost, nejvýše ji hodnotili jako nezbytnou lékaři. Na druhém místě se objevilo „rychlé a samostatné rozhodování“, a poté se stejným procentem „psychická odolnost“ a „adaptabilita a schopnost improvizace“.

Mezi faktory spokojenosti a nespokojenosti byly jako jediné jednoznačně negativně hodnoceny dvě kategorie, a to plat a nadřízení. Na druhém pólu pak byla jednoznačná spokojenost všech kategorií pracovníků s typem práce, a s výjimkou dispečerek i se zaměstnáním.

V projevech syndromu vyhoření překročil celý soubor kritické hodnoty ve všech ukazatelích (emoční exhausce, depersonalizace a pocit profesního naplnění). Nejvyšší hodnoty emoční exhausce jak ve frekvenci, tak v intenzitě měly dispečerky, nejvyšší hodnoty depersonalizace vykazovali lékaři. Pocit profesního naplnění byl významně vyjádřen u lékařů, ale i u SZP ve výjezdové složce i na operačních střediscích, méně u řidičů.

I když byly použity v obou studiích jiné nástroje, přece jen lze říct, že ohledně míry stresu a výskytu příznaků syndromu vyhoření došlo od roku 1998 do současnosti k pozitivnímu posunu. Důvodů tohoto vývoje je patrně více. V roce 1998 uváděli pracovníci značné množství přesčasových hodin (u lékařů byl průměr 50 hodin za měsíc), s platností nového zákoníku práce od roku 2000 začal tlak na snižování přesčasové práce a managementy jednotlivých organizací musely hledat řešení k zabezpečení provozu za podmínek dodržování zákoníku práce. V roce 1998 byli všichni respondenti nespokojeni s platem, o pět let později hodnotí část pracovníků plat mezi pozitivy práce na záchranné službě, došlo tedy i k posunu v tomto jistě významném motivačním prvku. Dalším v tehdejší studii zmiňovaným zdrojem stresu byla nejistota ohledně kariérního postupu a ztráta kvalifikace v původní profesi lékařů - každý lékař, který si zvolil práci na záchranné službě jako svoje hlavní zaměstnání, ztrácel praxi ve svém původním oboru. S uznáním oboru a možností nástavbové atestace, nyní již dokonce atestace základní, a tím i možnou platnou kvalifikací např. v celé Evropské unii se jednoznačně zvýšila profesní jistota lékařů. Došlo i k rozšíření programů oborového kontinuálního vzdělávání nejen pro lékaře, ale i pro střední zdravotnické pracovníky. Pro ty je dostupné terciární vzdělávání (vyšší odborné školy i bakalářské programy), což je nepochybně stabilizační prvek, který navíc zvyšuje přitažlivost oboru pro nové zájemce. Vyšší vzdělání pracovníků všech kategorií pak zajišťuje i určitý respekt odborné, ale i široké veřejnosti.

VIII. Zavádění preventivních a intervenčních programů

1. Preventivní přednášky a ukázky technik CISM

Ve druhé fázi studie „Zátěž a stres pracovníků záchranných služeb s potenciálním vyústěním v burnout syndrom“ bylo plánováno zavádění preventivních programů a technik krizové intervence do praxe záchranných služeb (viz kap. II. 2. této části textu). Toto bylo samozřejmě možné v organizacích, kde byla zřetelně vyjádřená podpora managementu podobným aktivitám, úloha managementu je ostatně zmiňována jako klíčová i v zahraničních zdrojích.

4.5.2004 se na půdě Státního zdravotního ústavu v Praze konal tehdy první celostátní seminář na téma psychologické zátěže. Úvodní dvouhodinovou část tvořila přednáška preventivního zaměření, ve druhé části byla praktická ukázka defusingu (debriefing je pro ukázku příliš časově náročný) na jedno z témat, které navrhli sami účastníci. Tato témata vycházela jednoznačně z praxe a z vlastních profesních zážitků zúčastněných. Praktickou ukázku vedla psycholožka s výcvikem CISM, stejně tak v roli dalšího z intervenčního týmu byla lékařka s týmž certifikovaným výcvikem. Tento model se pak na dalších akcích a seminářích úspěšně opakoval (např. krajský seminář ve Středních Čechách v prosinci 2004, krajský seminář v Jižních Čechách v září 2005).

Nejvýznamnější akcí, kde se s tématem a ukázkou defusingu měl možnost seznámit největší počet pracovníků oboru urgentní medicíny, zejména lékařů, byla oborová celostátní konference urgentní medicíny Dostálovy dny v říjnu 2004 v Hradci nad Moravicí. S podporou výboru Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof byl v odborném programu konference vyčleněn v prvním přednáškovém dni dvouhodinový blok, kdy po krátkém úvodu a shrnutí dosavadních výsledků následovala ukázka defusingu, opět vedená pracovníky s výcvikem CISM.

Tyto ukázky jsou většinou velmi dobře hodnoceny, účastníkům i pozorovatelům přinášejí nejen pochopení, co vlastně techniky krizové intervence jsou, ale přímí účastníci hodnotili pozitivně i lepší zpětné pochopení a zpracování některých zážitků z minulosti, tedy přesně to, co je cílem technik CISM. Na základě vyhodnocení zpětných dotazníků spokojenosti s kurzy a zájmu o tyto semináře je edukační čtyřhodinový blok o psychické zátěži profesionálů ZZS od školního roku 2005/2006 pravidelně zařazován dvakrát ročně do programu Krajského školicího a výcvikového střediska ÚSZS Středočeského kraje dvakrát ročně, tedy v podzimním i jarním semestru a je vždy plně obsazen (kapacita 60 osob).

2. Ostatní typy preventivních a intervenčních programů

Preventivní programy a ukázky technik CISM nejsou jedinou aktivitou na poli snižování psychologické zátěže. Územní středisko záchranné služby Středočeského kraje se začalo oblasti psychologické prevence věnovat nejkompexněji. Jedním z nepochybně účinných nástrojů, které zvyšují profesní jistotu záchranářů všech kategorií, jsou nácviky komunikačních technik. Pro pracovníky operačních středisek byl do programu KŠVS zařazen blok kurzů komunikace, který se skládal ve školním roce 2004/2005 ze dvou, v roce 2005/2006 ze čtyř samostatných šestihodinových modulů. Rozhodnutím vrcholového managementu organizace bude zařazován do té doby, než budou proškoleni všichni pracovníci všech ZOS kraje. Název bloku je „Psychologické faktory v práci na operačním středisku“ a zahrnuje hlavní problémové oblasti práce z hlediska operačního řízení:

- teorie osobnosti, charakteristika záchranáře, syndrom pomáhajících profesí, struktura a dynamika osobnosti, základní psychologické potřeby a jejich saturace
- stres, eustres a distres, změny v prožívání a chování při stresu, stres na záchranné službě

- teorie komunikace, problém rozhodování na základě omezených informací, kladení otázek, komunikace se stranou ohlašující, komunikace s posádkou, předávání informací
- dohody (explicitní x implicitní, otevřené x skryté), problematika dohod na operačním středisku, obvyklé a opakující se situace (hry) na operačním středisku a na záchranné službě obecně
- hodnocení situace „na dálku“, práce s vyloučením určitého smyslu
- očekávání od volajících, od posádek, od operátorek
- péče o sebe, zvědomění si vlastních potřeb, peer-support systém, CISM systém, relaxační metody a individuální péče o sebe
- problematika týmové spolupráce
- supervize pracovníků na operačním středisku i výjezdových týmů – pro absolventy tohoto výcviku do půl roku, a dále v rozmezí jednou za 3 - 4 měsíce.

V prvním běhu se zúčastnili jen pracovníci operačních středisek z oblastí Středočeského kraje, v dalším školním roce byli mezi účastníky jednak členové výjezdových týmů, což hodnotili všichni včetně lektorky pozitivně pro širší spektrum profesních zkušeností, a jednak se účastnili i pracovníci z jiných krajů (Plzeň, Liberec, Jižní Čechy). Pro absolventy těchto kurzů se v roce 2006/2007 začala pořádat supervizní setkání a mají už první pozitivní výstupy – operátorky na základě identifikace problémů začaly komunikovat s vedením organizace o konkrétních možných opatřeních ke zlepšení jejich práce.

Další typy kurzů s psychologickým zaměřením byly kurzy pro střední management – tedy pro primáře a vrchní sestry. Další pravidelně zařazované vzdělávací bloky jsou věnovány psychosociálním urgencím – tedy nejvýznamněji narůstajícímu typu žádostí o pomoc na tísňové lince nejen u nás, ale i ve světovém kontextu (Cunha, 2006). V rámci těchto kurzů je věnována pozornost komunikaci, agresi a zvládnutí agrese, další vzdělávací seminář již přímo

s tématem agresivního pacienta s videoukázkami a praktickými výstupy vede psychiatr s s klinickou praxí z lůžkového oddělení. V plánu jsou i kurzy komunikace pro výjezdové týmy, jejich problematika je přece jen odlišná od komunikace na operačním středisku. V září 2005 proběhl preventivně zaměřený seminář s tématem antiagingu a zachování aktivního života, s názvem „Nové směry v prevenci civilizačních onemocnění“, přednášející byli lektoři z Academia Medica Pragensis ve spolupráci s Centrem preventivní medicíny.

ÚSZS SK také svým zaměstnancům nabízí možnost zkontaktování individuální psychologické péče při výskytu náročných profesních situací.

I některé další krajské záchranné služby se začínají věnovat této tématice. ÚSZS Karlovarského kraje pořádala pro své zaměstnance týmové nácviky komunikace pro výjezdové týmy. ZZS Zlínského kraje spolupracuje v této oblasti s krajským psychologem od hasičů a liberecká ZZS s psychologem z krizového centra RIAPS Praha.

ÚSZS Moravskoslezského kraje dokonce zaměstnalo na poloviční úvazek psychologa (klinický psycholog, zároveň má střední odborné zdravotnické vzdělání a praxi na operačním středisku ZS). Systematicky se věnuje preventivním přednáškám po jednotlivých oblastech kraje, na jednotlivých oblastech přímo na stanovištích.

Tématy těchto preventivních přednášek jsou:

- zátěž, stres, syndrom vyhoření
- umírání a smrt, úzkost u pacienta, ale i úzkost u záchranářů
- agresivní pacient, opilý pacient
- komunikace + nácviky komunikačních technik
- relaxační techniky

Samostatně pracuje se skupinou operátorek Centra tísňového volání v Ostravě ve frekvenci zhruba jednou měsíčně, jednak jde o řešení krizových situací po telefonu, o nácvik komunikačních technik, ale naplní jsou i problémy, vázané na záchrannou službu a ostatní

složky IZS. Dále pracuje na vypracování indikací a systému aktivace defusingu po traumatizujících událostech, včetně účasti operátorek. V roce 2005 byl právě v Moravskoslezském kraji proveden první debriefing po závažné dopravní nehodě v Píšti s resuscitací dvou mladých dívek, v prostředí plném agresivních opilých přihlížejících. Účastníci ventilovali svoje pocity a zážitky spontánně, takže původní obava z uzavřenosti a ostychu se nepotvrdila, jak klinický psycholog, tak příímí účastníci hodnotili tento typ intervencí zaměřených na samotné záchranáře jako přínosný a potřebný (Humpl, 2006).

3. Mezioborová spolupráce

Hasičský záchranný sbor i Policie České republiky jsou v zavádění psychologické péče o své zaměstnance již dále, hasiči mají kromě psychologa na generálním ředitelství i na každém krajském ředitelství psychologa. Policie začala se zaváděním intervenčních programů již v roce 1997 v rámci programu Phare. Spolupráce s oběmi složkami je tedy pro zdravotnické záchranáře žádoucí a přínosná a profesní kontakty přinášejí neocenitelné praktické zkušenosti. Jedna z prvních mezioborových konferencí s názvem „Víme o sobě – psychosociální pomoc v mimořádných situacích“ se konala v září 2004 v Praze 4. Další podobnou konferenci uspořádala Fakulta vojenského zdravotnictví v Hradci Králové 15. 11.2005 pod názvem „Psychologické aspekty při zásahu záchranných složek“, zde byly mimo jiné představeny i výcvikové psychologické programy v jednotlivých rezortech včetně rezortu obrany, v říjnu 2006 se konal druhý ročník. V roce 2006, 20. – 21. září se konala již druhá mezioborová konference „Víme o sobě“, věnovaná psychosociální pomoci v situacích mimořádných událostí, zaměřená hlavně na reflexi vývoje v uplynulých dvou letech, účastnili se kromě základních složek IZS (zástupci policie, hasičů, zdravotnických záchranných služeb) i další organizace a složky (zástupci humanitárních organizací, místní samosprávy, krizových center, armády, ale i duchovní, kteří se orientují na pomoc v krizových situacích a neštěstích).

Další oblastí s vysokými nároky na zaměstnance je řízení letového provozu – i zde již vznikl systém psychologické péče o personál, od výběru z hlediska stability osobnosti až k technikám dekontaminace stresu tak, aby byl zachován plný pracovní výkon. Kromě toho i ČSA, tedy zástupce ziskového sektoru, vytvořil krizový intervenční tým z vlastních zaměstnanců, ale založený na dobrovolnické bázi; tento tým by v případě letecké katastrofy poskytoval pomoc přeživším obětem, jejich příbuzným a pozůstalým po zemřelých, tato pomoc by sahala od zcela praktické (zařízení letenek, zajištění tlumočení v cizích zemích) až po psychologickou podporu a krátkou krizovou intervenci.

Význam mezioborové spolupráce není jen ve výměně zkušeností, ale i v možné výměně peerů při organizování intervencí po kritických událostech. Peerové z vlastní organizace by se neměli zúčastnit debriefingu na vlastním pracovišti pro prolomení hranice mezi profesionalitou a emocionalitou.

4. Program Ministerstva zdravotnictví ČR v rámci krizové připravenosti a zavádění krizové intervence do praxe

Na MZ ČR začal v roce 2005 vznikat projekt podpory duševního zdraví a dekontaminace stresu všech kategorií pracovníků záchranných služeb v rámci krizové připravenosti (Soyková, 2005). Cílem tohoto projektu je systémové zavedení aktivních přístupů prevence duševního zdraví, které by mělo vést jednak ke snížení frekvence výskytu syndromu vyhoření a dále snížit prožitky posttraumatické reakce. Úvodní vzdělávací seminář s tematikou stresu v souvislosti s krizovou připraveností se konal pod záštitou Regionální úřadovny WHO a MZ ČR 16. června 2005 v kongresovém centru Nemocnice Na Homolce. V dubnu 2006 se konaly dva certifikované výcvikové semináře CISM (Critical Incident Stress Management), vedené americkým lektorem s dlouholetou praxí v oblasti krizové intervence. Ministerstvo zdravotnictví uhradilo náklady na vyškolení 30 pracovníků záchranných služeb

z celé ČR. Pro účast na kurzu nebyl podstatná profese uchazeče, ale jeho zájem o psychologickou problematiku, motivace a předpoklad činnosti peera po zavedení programů CISM do praxe. Pro velký zájem se předpokládá pořádání dalších kurzů CISM, a pro již stávající absolventy (z let 2003, 2004 a 2006) opakovací kurz. Absolventů certifikovaných kurzů je již dostatek a v současné době probíhá organizace systému krizové intervence na dobrovolnické bázi tak, aby mohl být zaveden plošně ve všech spolupracujících organizacích.

V červenci 2006 se odehrála na území Středních Čech blízko obce Zdiby závažná dopravní nehoda autobusu, při které zahynulo na místě 6 ze 14 cestujících, včetně jednoho devítiletého dítěte. Zasahující lékař napsal ve zprávě o hromadném neštěstí: „...z organizačního hlediska mi to velmi pomohlo – i přes lítost nad neštěstím – byl jsem u většího neštěstí poprvé. Avšak pohled na mrtvolu mi zůstane v mysli asi až do smrti.“

Po této nehodě byli účastníci svoláni a byl proveden debriefing, kterého se zúčastnila i jedna z operátorek. Bohužel vzhledem k probíhajícím dovoleným se sešla asi polovina zasahujících přímých účastníků ze středočeské ÚSZS, ale i tak hodnotili účastníci techniky krizové intervence jako potřebné a vyslovili se pro jejich zavedení do standardní praxe.

Další intervence se uskutečnila po 2 následných dopravních nehodách sanitních vozů a související nehodě policejního vozu v jeden den, tyto nehody si vyžádaly 4 zraněné záchranáře a dva zraněné policisty. U jedné ze zdravotních sester byly následně potvrzeny závažné trvalé zdravotní následky (ochrnutí). Psychologická intervence se uskutečnila na žádost kolegů postižené zdravotní sestry. Konfrontace s vážným zraněním někoho, koho dobře znají, vedla u nich k pocitům nejistoty a úzkosti. V rolích peerů se zúčastnily dvě absolventky kurzu CISM z dubna 2006. I tato intervence byla jak interventy, tak i účastníky hodnocena velmi pozitivně.

Na základě těchto zkušeností bylo povinné absolvování krizové intervence zařazeno na základě souhlasu grémia primářů ÚSZS Středočeského kraje do „Metodiky činnosti na místě

mimořádné události“. Odbory ÚSZS Středočeského kraje poskytování krizové intervence po mimořádných událostech zaměstnavatelem prosadily do kolektivní smlouvy na rok 2007, s tím, že jde o pracovní dobu, tedy plně placenou. Individuální náročné profesní situace, nasedající na individuální zranitelnost na základě osobních zkušeností, budou vhodné spíše pro intervence 1:1 nebo pro strukturovaný pohovor vedený vyškolenými peery.

IX. Diskuze

Dobrovolná účast ve studii byla nepochybně jistým předvýběrem zúčastněných, dotazník byli pravděpodobně ochotni vyplnit zaměstnanci s alespoň minimálním zájmem o psychologickou problematiku a o řešení postavení a problémů pracovníků záchranné služby. Dá se předpokládat, že pracovníci s již rozvinutým syndromem vyhoření, včetně negativistických postojů, mohli pravděpodobně odmítnout účast na výzkumu, případně vyplnili dotazníky tak, že se nedaly zpracovat. Přesto lze konstatovat, že účast pracovníků záchranné služby na tomto šetření byla poměrně vysoká - podle údajů z povinné statistiky ÚZIS (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR) za rok 2005, týkající se počtu všech zaměstnanců jednotlivých kategorií, tedy včetně externích pracovníků, se studie v roce 2005 zúčastnilo 9% lékařů (v této kategorii je však nejvíce externistů pracujících na zkrácený úvazek), 19% pracovníků operačních středisek a 22% středních zdravotnických pracovníků. Maximálně byla respektována anonymita vyplňování dotazníků, která zaručovala autenticitu odpovědí. Vysoká návratnost dotazníků signalizuje značný zájem o tuto problematiku.

Použitý screeningový dotazník byl zvolen jako aktuálně v českém prostředí dostupný pracovní nástroj, sloužící k odhadu stupně vývoje syndromu vyhoření. Jeho hlavními přednostmi z hlediska administrace jako součásti poměrně rozsáhlé dotazníkové baterie v relativně rozsáhlé terénní empirické studii (současně však i jedním z jeho hlavních omezení) jsou stručnost (10 položek) a nezatíženost licenčními podmínkami. Pravděpodobně

nejcitovanější metoda užívaná v této oblasti, Maslach Burnout Inventory (BMI) není dosud v české verzi vydána a schválena propoužití, i když byla použita v první polovině 90. let v rámci účasti na americko-českém grantovém projektu „Program for Reduction of Cardiovascular Disease in the Czech Republic“ (Kebza) a k dispozici již existuje rozsáhlá databáze výsledků této metody v českém prostředí. Ve studii použitý dotazník (Libigerová, 1999) byl tedy zvolen jako jedna z dostupných možností náhradního řešení, přestože jeho psychometrická charakteristika je dosud neověřena.

Z hlediska rizika syndromu vyhoření jsou aktuálně nejohroženější profesní skupinou dispečerři/dispečerky záchranných služeb. Práce na operačním středisku má specifické rysy a její problematika je odlišná od zátěže výjezdových týmů v terénu. Operátoři a operátorky musí mít trvalý přehled o situaci ve spádovém území, o fázi výjezdů všech posádek, musí zvládat komunikaci s osobami ve stresu, musí organizovat umístění pacientů ve zdravotnických zařízeních a v posledních letech jsou vedeni i k poskytování první pomoci po telefonu. Celkový počet uskutečněných hovorů mnohonásobně převyšuje zpracované tísňové výzvy (Franěk, 2005) a i počet zpracovaných tísňových výzev mnohonásobně převyšuje počet výjezdů jedné posádky v terénu. Záběr činnosti se rozšiřuje a operační střediska záchranných služeb se mění na multifunkční zdravotnická informační centra – toto souvisí i s rozvojem nových technologií.

S přechodem na krajské uspořádání záchranných služeb dochází téměř ve všech krajích k redukci počtu operačních středisek (ve Středočeském kraji došlo ke snížení ze 12 operačních středisek na 6), jinde k jejich centralizaci pro celý kraj (Královéhradecký kraj, Moravskoslezský kraj a další). Tím se významně zvětšuje velikost spádového území, nutnost znalosti místopisu podstatně většího území, zvyšuje se počet hovorů na tísňové lince pro zvýšený počet obyvatel, a také počet týmů, které pracovníci operačních středisek vysílají ve srovnání s podmínkami okresních záchranných služeb. Ve Středočeském kraji je během 1

kalendářního roku zhruba 80 000 výjezdů, které zajišťuje 52 výjezdových týmů v terénu (průměr 4,2 výjezdy/24 hodin na jeden tým) a navíc se počet výjezdových týmů postupně zvyšuje kvůli zajištění zákonné doby dojezdu do 15 minut. Pracovníků na operačních střediscích je v kraji ve službě celkem 12 a tudíž každý zpracuje v průměru 18 výzev/24 hodin, tedy 4,3 x více než jedna posádka v terénu. Nicméně přijetí výzvy je pouze část práce. Z pilotní studie z operačního střediska ZZS hlavního města Prahy (Franěk, 2005) vyplývá, že tísňové výzvy a urgencye tvoří zhruba třetinu volání, další necelou třetinu tvoří zneužití a omyly, dále se na operační středisko záchranné služby obrací lidé o radu ohledně zdravotních problémů nebo s hledáním osob, další část hovorů je komunikace s posádkami a hovory se zdravotnickými zařízeními při umístování pacientů v případě nutnosti lůžka intenzivní péče nebo specializovaného oddělení. V České republice jsou na operačních střediscích záchranných služeb zdravotní sestry se specializací v intenzivní péči, což na jedné straně zajišťuje vyšší kvalitu vyhodnocení zdravotních obtíží volajících a rychlejší diagnostiku, nicméně často u nich dochází k pocitu, že se ve své současné profesi již nepodílejí na bezprostřední péči o pacienty; bylo to explicitně zmíněno i v některých komentářích ve zpracovaných dotaznících této studie. Pozornost se soustřeďuje na práci výjezdových týmů v terénu a práce na operačním středisku bývá podceňována i samotnými kolegy. Během kurzů komunikace dokonce byl operátorkami často zmiňován dvojitý tlak – jednak ze strany volajících, kteří bývají v tenzi a reagují verbálně agresivně, ale i od posádek, které komentují vhodnost či nevhodnost indikace k výjezdu.

Zavádění intervenčních technik v prostředí zdravotnických záchranných služeb je na samém začátku a celkově v souboru nebyl zjištěn měřitelný rozdíl z hlediska prevence syndromu vyhoření, avšak vzhledem k tomu, že se prokázala souvislost mezi výší skóru ve screeningovém dotazníku a délkou praxe, je zavádění všech dostupných preventivních i intervenčních strategií přínosné vzhledem k budoucnosti a k možnému udržení

kvalifikovaných zaměstnanců v oboru. Vzhledem k rozšiřujícím se úkolům záchranné služby v oblasti připravenosti na krizové situace včetně terorismu se zvyšují požadavky i náklady na výchovu odborníků a všechny investice, zaměřené na stabilizaci zkušených zaměstnanců v oboru mají i nezanedbatelný ekonomický efekt.

Kromě preventivních přednášek a seminářů a intervenčních technik v rámci dekontaminace stresu po expozici profesnímu riziku jsou přínosné i nácviky komunikačních technik zaměřené na konfliktní situace obecně a zejména cíleně přizpůsobené podmínkám, ve kterých záchranáři pracují; tyto nácviky pomáhají redukovat riziko eskalace konfliktů během výjezdů a zvyšují profesní jistotu pracovníků. Podmínkou jsou lektoři, kteří jsou dobře seznámeni s charakterem práce na záchranné službě a s jejími specifiky.

X. Návrh metodiky pro uplatňování technik krizové intervence v praxi záchranných služeb

Na základě výsledků studie a na základě zkušeností ze zavádění edukačních a preventivních přednášek a technik krizové intervence lze doporučit pro záchranné služby následující postup:

1. V rámci kontinuálního vzdělávání pracovníků zařadit preventivně zaměřené přednášky pro zaměstnance všech kategorií, tedy včetně lékařů. Tyto přednášky by měly obsahovat teoretická východiska působení stresorů, ale zejména seznámení s pozitivními zvládacími technikami. Cílem je zvýšení individuální odolnosti proti stresu u jednotlivých pracovníků (Heslo: „Co já sám mohu pro sebe udělat?“)
2. Přednášky a semináře zaměřené na management jednotlivých organizací. Úloha managementu je v systémově pojatém rozvoji psychologické prevence a intervence zásadní, neboť ovlivňuje mnoho z faktorů, které míru stresu ovlivňují pozitivně nebo negativně:

- a. pracovní podmínky v nejobecnějším slova smyslu: pracovní prostředí s přihlédnutím k zásadám ergonomiky, dodržování zásad bezpečnosti práce ke snížení eliminovatelných rizik, podpora rekondičních programů, snížení zátěže přesčasových hodin spolu se zajištěním adekvátního finančního příjmu (zdravotníci se velmi často nechtějí vzdát přesčasové práce, neboť jim zajišťuje nadstandardní příjem);
 - b. jasná organizační struktura organizace a jednoznačné vymezení kompetencí, zajištění otevřené výměny informací v organizaci, umožnění demokratické diskuze mezi vedením a zaměstnanci, ale i mezi zaměstnanci na stejné úrovni, kultivace vztahů na pracovištích;
 - c. podpora kontinuálního vzdělávání a profesního růstu zaměstnanců, podpora při zvyšování kvalifikace (terciární vzdělávání u nelékařských profesí a zařazení do specializační přípravy u lékařů), podpora zahraničních stáží a výměny zkušeností (možnosti doškolování se ukazují být významným stabilizačním prvkem);
3. Zavádění programů krizové intervence – základní podmínkou je zajištění informovanosti příslušných vedoucích pracovníků o tom, že došlo ke kritické události, rozhodnutí o indikaci, typu a timingu intervence, včasná organizace intervenujícího týmu na základě existující databáze psychologů a peerů s výcvikem, logistické zajištění. Nutné je i zpětné vyhodnocování účinnosti těchto programů;
 4. Vytvoření specifického programu pro operátory/operátorky vzhledem ke odlišnému charakteru práce a vysoké míře psychologické zátěže. Tyto programy by měly zahrnovat prevenci tak, jak je uvedena v bodě 1., kurzy komunikace pro operátorky, nabídku kurzů kontinuálního doškolování, větší vzájemnou propojenost výjezdových týmů a pracovníků operačních středisek například povinnými stážemi na druhém typu pracoviště.

5. Vzhledem k vysokému riziku vlastního ohrožení během výkonu služby, které bylo v této studii zjištěno, by bylo vhodné vytvořit specifické intervenční programy pro napadené pracovníky.

XI. Závěry

Z výsledků této studie vyplývá jednak nutnost zaměřit se v obecné prevenci na pracovníky operačních středisek (hygiena pracovního procesu, redukce přesčasové práce, pracovní prostředí, nabídka vzdělávacích programů), a jednak vytvořit pro pracovníky specifické preventivní a intervenční psychologické programy, zohledňující odlišnost zátěže dispečerů a dispečerek. Jedno z prvních možných náznaků řešení by mohl přinést dvouletý grant ze strukturálních fondů EU s názvem „Rozšířená telefonická asistence na tísňové lince – 155+“ (č. CZ.04.1.03 v rámci operačního programu Rozvoj lidských zdrojů), který získala Středočeská záchranná služba. Projekt má pomoci zvýšit a rozšířit profesní dovednosti operátorů/operátorek, včetně zaměření na zdokonalení technik komunikace, v jeho další fázi bude vytvořeno modelové cvičného pracoviště a výukový program. Na realizaci a supervizi projektu se podílí i tým psychologů.

Ve výsledcích šetření bylo též poměrně často uváděno vysoké riziko zdravotního ohrožení pracovníků během výkonu služby, nejčastěji fyzickým napadením a dopravní nehodou sanitního vozidla. Nejohroženější profesní skupinou jsou v tomto kontextu lékaři. Přínosné by bylo vytvoření specifických intervenčních programů pro oběti napadení, v zahraničí některé podobné programy v rámci technik CISM existují (Flannery, 1999). Kurzy komunikace pro výjezdové týmy mohou pomoci snížit riziko napadení a mají preventivní charakter.

Riziko vyhoření roste s délkou praxe na záchranné službě, je proto třeba usilovat o dlouhodobý efekt preventivních programů. Úloha managementu je v systémově pojatém

rozvoji psychologické prevence a intervence zásadní, neboť ovlivňuje mnoho z faktorů, které míru stresu ovlivňují pozitivně nebo negativně.

V našem šetření sice nebylo prokázáno bezprostřední ovlivnění skóru vyhoření ve screeningovém dotazníku preventivními a intervenčními technikami, nicméně byla zjištěna vysoká subjektivní spokojenost s jednotlivými typy těchto technik.

Respondenti se jednoznačně shodli na hlavním profesním stresoru jak v četnosti, tak v intenzitě (úmrťi nebo kardiopulmonální resuscitace dítěte) i na pozitivním aspektu práce, též shodně v četnosti i intenzitě hodnocené na prvním místě (záchrana života a pomoc druhým). Poměrně pozitivní je zjištění, že možnosti nápravy vidí nejvíce respondentů v sebevzdělávání a práci na sobě, a dále že pravidelnému sportování i koníčkům, což bývá jmenováno mezi protektivními faktory prevence vyhoření, se věnuje značná část pracovníků. Určitá stabilizace oboru již proběhla jak pro lékaře (uznání nástavbového oboru „urgentní medicína a medicína katastrof“ v roce 1998, nyní v novém systému postgraduálního vzdělávání, které je kompatibilní se zeměmi EU je urgentní medicína oborem základním), tak i pro nelékařské zdravotní profese (přijetím zákona 96/2005 Sb., vymezující mj. kvalifikaci, kompetence a systém celoživotního vzdělávání nelékařských profesí, což jistě zvyšuje jejich pocit profesního naplnění). Nicméně stále ještě chybí základní zákonná norma, tedy zákon o zdravotnické záchranné službě, která by upravovala jak východiska činnosti, výkon profese, ale i sociální zabezpečení pracovníků.

D. Seznam literárních zdrojů

Alexander, D.A. - Klein, S.: Impact of accident and emergency work on mental health and emotional well being. *The British Journal of Psychiatry*, 178, 2001: s. 76-81.

Arnold, J.: Úvod do urgentní medicíny. In: Mezinárodní pracovní seminář odborníků urgentní medicíny a medicíny katastrof. Praha IPVZ 1999, s. 7-8.

Baker, E.: Organizace systému záchranných služeb v USA. In: Mezinárodní pracovní seminář odborníků urgentní medicíny a medicíny katastrof. Praha IPVZ 1999, s. 15 – 16.

Bartlová, S. – Jobánková, M.: Syndrom vyhoření na exponovaných pracovištích. *Sestra*, 11, 2001, 7/8: s. 78-79.

Beattie, K.: Zásady debriefingu. *Urgentní medicína*, 5, 2002, 1: s. 31.

Beer, M. D. - Pereira, S. M.- Paton, C.: Intenzivní péče v psychiatrii. Praha, Grada Publishing a.s. 2005.

Behrman, G. - Reid, W. J.: Post-trauma intervention: Basic tasks. *Brief Treatment and Crisis Intervention* 2, 2002, 1: s. 39-47.

Bennett, P. – Williams, Y. – Page, N. et al.: Levels of mental health problems among UK emergency ambulance workers. *Emergency Medicine Journal*, 21, 2004, s. 235 – 236.

Bennett, P. – Williams, Y. – Page, N et al.: Associations between organizational and incident factors and emotional distress in emergency ambulance personnel. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 2005, s. 215 –226.

Bláha, K.: Psychologicko-etické aspekty práce v záchranné službě, *Urgentní medicína*, 2, 1999, 2: s. 38-39.

Bošková, V.: Jak se vypořádat s násilím na pracovišti. *Zdravotnické noviny*, 53, 2004, 17: s. 32-36.

Casado, A. - De Lucas, N. - López-Fernández, E. et al.: Lipid peroxidation, occupational stress and aging in workers of a prehospital emergency service, *European Journal of Emergency Medicine*, 13, 2006, 3: s. 165-171.

Clawson, J. J. – Dernocoeur, K. B.: *Principles of Emergency Medical Dispatch*. Salt Lake City, Utah, Priority Press 2002.

Cunha, S. – Faria, J. – Rosado, S. et al.: Psychological emergency calls in the dispatch centre: Portugese experience. *European Journal of Emergency Medicine*, 13, 2006, 5: s. A7.

Čepická, B. – ústní prezentace na 13. sympoziu o lékařské etice „Etika a krize“, Lékařský dům dne 3.6. 2005

Černý, V.: Jak zvládat stres. *Urgentní medicína*, 5, 2002, 4: s. 36 – 38.

Drábková, J.: Neodkladná resuscitace – KPR 2005. ILCOR, ERC – 2005 International Consensus Conference. Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, *Supplementum 6/2005*. Praha, Národní lékařská knihovna, 2005, s. 3-5.

Everley G.S. - Mitchell J.T. : *America Under Attack: The 10 „Commandments“ of Responding to Mass Terrorist Attacks*. *International Journal of Emergency Mental Health*, 3, 2001, 3: s. 133 – 135.

Everley G.S. - Mitchell J.T.: *Critical Incident Stress Management: Advanced Group, Crisis Intervention A Workbook*. 2nd edition, Maryland, USA International Critical Incident Stress Foundation, Inc. 2002.

Flannery R. B.: *Psychological Trauma and Posttraumatic Stress Disorder: A Review*. *International Journal of Emergency Mental Health*, 1999; 2: s. 135-140.

Flannery R. B.: *Critical Incident Stress Management and the Assaulted Staff Action Program*. *International Journal of Emergency Mental Health*, 1999, 2: s. 103-108.

Franěk, O.: Struktura příchozích volání na tísňovou linku 155 v Praze. Urgentní medicína 8, 2005, 2: s. 6-7.

Franěk, O. – Andrlík, M.: Telefonicky asistovaná resuscitace dispečerem zvyšuje naději na dlouhodobé kvalitní přežití u netraumatické přednemocniční náhlé zátavy oběhu (konečné výsledky studie DIRECT). Urgentní medicína, 9, 2006, 2: s. 14-16.

Franz, J.: Zdravotnická operační střediska (IV) – Burnout neboli syndrom vyhoření I. Rescue report, 7, 2004, 5: s. 25.

Gerlová, E. - Pilařová, I.: Lékař a agresivní pacient. Tempus medicorum, 2003, 7-8: s. 26-28.

Hammond, J. – Brooks, J.: Critical Care, 6, 2001, 5: s. 315 – 317.

Hardiness Research Institute, Inc.: Manuál k administraci a vyhodnocení dotazníku Personal Views Survey, překlad Šolcová, I. (revize 1994, se souhlasem vlastníka autorských práv).

Hasík, J.: Od Bible k Safarovi (historie resuscitace). Urgentní medicína, 9, 2006, 3: s. 4-6.

Hlaváčková, D. - Průša, J.: Psychologické aspekty týmové práce v záchranné službě, Urgentní medicína, 3, 2000, 2: s. 19 – 21.

Honzák, R. – Kurzová, H. : Burnout syndrom. Sanguis, 2003, 30: s. 42-45.

Humpl, L.: osobní dopis autorce elektronickou poštou ze dne 14.11.2005

Charvát, J.: Život, adaptace a stres, Praha, Avicenum 1970.

Jacobs, J. - Horne-Moyer, H.L. – Jones, R.: The effectiveness of critical incident stress debriefing with primary and secondary trauma victims. International Journal of Emergency Mental Health, 1, 2004, 6: s. 5 – 14.

James, A.: Posttraumatic Stress Disorder in Emergency Personnel, 4th Pan-European Conference on Emergency Medical Systems, 23. –27.8.1998, Opatija, Croatia

James, A.: Posttraumatická stresová porucha u personálu záchranných služeb, *Urgentní medicína*, 3, 2000, 2: s. 18.

Jonsson, A. – Segesten, K.: Daily stress and concept of self in Swedish ambulance personnel. *Prehospital Disaster Medicine*, 19, 2004, 3: s. 226 –234.

Kartal, F. et al.: Burn out syndrome among emergency staff. 13, 2006, 5: s. A15.

Kebza, V. - Šolcová, I.: Burnout syndrom: teoretická východiska, diagnostické a intervenční možnosti. *Čs. psychologie* 42, 1998, 42, 5: s. 429 – 448.

Kebza, V. - Šolcová, I.: Syndrom vyhoření, Praha: Státní zdravotní ústav, 2003

Kebza, V.: Psychosociální determinanty zdraví. Praha, Academia 2005.

Knor, J.: Katedra urgentní medicíny a medicíny katastrof, *Urgentní medicína*, 6, 2003, 3: s. 11 – 12.

Knor, J.: Rizika práce lékaře ZZS, *Lékařské listy*, 52, 2003, 9: s. 30 – 31.

Konopásek, P. - Šeblová, J.: Jak vidíme sami sebe. *Urgentní medicína*, , 1, 1998, 2: s. 33-35.

Kuehl, E.A.: *Prehospital Systems and Medical Oversight*. Iowa USA, Kendall/Hunt Publishing Company, 2002

Libigerová, E.: Syndrom profesionálního vyhoření, *Praktický lékař*, 79, 1999, 4: s. 186-190

Linden, van der D. – Keijsers, G. P. J. – Eling, P. et al: Work stress and attentional difficulties: An initial study on burnout and cognitive failure. *Work and Stress*, 19, 2005, 1: s. 23-36.

Lowry, J. L. - Lating, J. M.: Reflections on the response to mass terrorist attacks: An elaboration on Everly and Mitchell's 10 commandments. *Brief Treatment and Crisis Intervention* 2, 2002, 1: s. 95-104.

Maslach, C. - Jackson, S. E.: *Maslach burnout inventory manual*, 3rd edition, Palo Alto, California, Consulting Psychological Press, 1996.

Mencl, F.: Lékařské vedení záchranných služeb. In: *Mezinárodní pracovní seminář odborníků urgentní medicíny a medicíny katastrof*. Praha IPVZ 1999, 12-13.

Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. (Překl. z angl. orig.) Praha, Psychiatrické centrum 1992. „Zprávy“ 102.

Mitchell, J. T. - Everley, G. S.: The Scientific Evidence for Critical Incident Stress Management. *Journal of Emergency Medical Services*, 22, 1: s. 86-93.

Mitchell, J.T. – Everley, G. S.: *Critical Incident Stress Management: Basic Group Crisis Intervention*. 3rd edition, Maryland, USA, International Critical Incident Stress Foundation, Inc., 2003.

Mucha, J.: Etika zdravotníka v přednemocniční neodkladné péči, *Urgentní medicína*, 3, 2000, 2: s. 21 – 22.

Nešpor, K. - Csémy, L.: *Návyková rizika a stres u zdravotnických profesí – možnosti prevence a časné intervence*; Sportpropag pro Ministerstvo zdravotnictví ČR, Praha 2001

Nevosadová, O.: *problematika možného ohrožení složek integrovaného záchranného systému výskytem syndromu vyhoření*. Ostravská univerzita – Fakulta zdravotně sociální, diplomová bakalářská práce, 2004.

Němeček, V.: *Rizika pracovníků výjezdových skupin při činnosti ZZS*. Atestační práce v oboru veřejné zdravotnictví, IPVZ Praha, 2002.

Pavlát, J.: Přetížený lékař I. Časopis lékařů českých, 141, 2002, 11: s. 343-345.

Pavlát, J.: Přetížený lékař I. Praktický lékař, 82, 2002, 3: s. 161 – 163.

Pavlát, J.: Přetížený lékař II. Praktický lékař, 82, 2002, 5: s. 290-292.

Ploeg van der, E. – Kleber, R. J.: Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: predictors of health symptoms, Occupational and Environmental Medicine, 60 (Suppl), 2003, s.140-146.

Pokorný, J.: Vývoj směrem k urgentní medicíně. In: Urgentní medicína – symposium s mezinárodní účastí. Praha IPVZ 1999, s. 11 – 14.

Pokorný, J.: Vývoj a dnešní stav a perspektivy oboru urgentní medicína. Urgentní medicína, 6, 2003, 2: s. 6 – 7.

Polnický, R.: Profesionální stres a psychosomatická onemocnění u zdravotnických a nezdravotnických profesí. Diplomová práce oboru preventivní lékařství, 3. Lékařská fakulta UK, Praha 1998.

Pudil, J.: Profesionální stres u zdravotnických záchranářů, Urgentní medicína, 1, 1998, 1: s. 23 – 25.

Regerhr, CH. – Goldberg, G. – Hughes, J.. Exposure to Human Tragedy, Empathy and Trauma in Ambulance Paramedics. American Journal of Orthopsychiatry, 72, 2002, 4: s. 505 – 513.

Raphael, B. – Wilson, J. P.: Psychological debriefing – Theory, practice and evidence. United Kingdom, Cambridge University Press 2000.

Roberts, A.: Assessment, crisis intervention, and trauma treatment: the integrative ACT intervention model. Brief Treatment and Crisis Intervention 2, 2002, 1: s. 1-21.

Safar, P.: On the history of trauma resuscitation in the 20th century. In: Urgentní medicína – symposium s mezinárodní účastí. Praha IPVZ 1999, s. 5-8.

Selye, H.: Život a stres. Bratislava, Obzor 1966.

Soyková V.: Podpora duševního zdraví pracovníků záchranných služeb v rámci krizové připravenosti. Návrh projektu v rámci celoživotního vzdělávání, Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2005.

Špatenková, N.: Krizová intervence pro praxi, 1. vyd, Praha, Grada Publishing a.s., 2004

Šeblová, J. - Konopásek, P.: How Do We See Ourselves – a psychological study on properties of EMS Workers and the degree of Burn-out Syndrome, Book of Abstracts , 4th Pan-European Conference on Emergency Medical Systems, 23. –27.8.1998, Opatija, Croatia , s. 11

Šeblová, J.: Posttraumatická stresová porucha, Urgentní medicína, 3, 2000, 1: s. 33 – 35.

Šeblová, J.: Zamyšlení nad spektrem rizik v práci záchranné služby. In: Urgentní medicína 2001 – Dostálovy dny. Hradec nad Moravicí, MSM 2001, s. 58-59.

Šeblová, J.: Critical Incident Stress Management, Urgentní medicína, 7, 2004, 1: 37 – 38.

Šeblová, J. – Kebza, V.: Zátěž a stres pracovníků záchranných služeb – výsledky první části studie. Urgentní medicína, 8, 2005, 1: s. 27 – 29.

Šeblová, J., Kebza V.: Stress of EMS professionals in the Czech Republic. In: 3rd European Congress on Emergency Medicine – Back to the Future. Leuven, EuSEM, 2005.

Štětina, J a spol.: Medicína katastrof a hromadných neštěstí. Praha, Grada Publishing 2000.

Štorek, J.: Krizový management poskytovatele nemocniční péče. Urgentní medicína, 7, 2004, 2: s. 4-9.

Štorek, J.: Hromadný výskyt postižených – Integrovaný záchranný systém a rezort zdravotnictví, podklady k přednášce pro kurz IPVZ Praha, Škola krizového managementu rezortu, 2006.

Taigman, M: Leadership and Team Building. In: Prehospital Systems and Medical Oversight. USA Iowa, Ed.: Kuehl A. 2002, s. 477 – 480.

Tate, P.: Komunikace pro lékaře – jak získat důvěru pacienta. Praha, Grada Publishing a.s. 2005.

Tomší, I. - Alinče, F.: Katalog prací – uplatňování podle platových tříd ve veřejných službách a správě od 1.1. 2006. Olomouc, Anag 2006.

Ursano, R.J. et al.: Posttraumatic Stress Disorder and Identification in Disaster Workers, American Journal of Psychiatry, 156, 1999, 3: s. 353 – 359.

Večeřová-Procházková, A.: Syndrom vyhoření jako důsledek zanedbávání péče o sebe u lékařů a zdravotníků, Urgentní medicína, 8, 2005, 2: s. 25 – 29.

Vodáčková, D. a kol.: Krizová intervence, 1.vyd., Praha, Portál, 2002.

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 434/1992 Sb. o zdravotnické záchranné službě (ve znění pozdějších aktualizací).

Vyhláška č.424/2004 Sb. v platném znění.

Vymětal, Š., Malíková, J.: Možnosti psychosociální pomoci v urgentní fázi mimořádné události s velkým počtem obětí. Urgentní medicína , 9, 2006, 2: s. 20-26.

Wachsmuth, J.: Mimořádné události a rizika ve zdravotnické záchranné službě, Urgentní medicína, 5, 2005, 2: s. 27 – 28.

Zákon č. 96/2004 Sb. ze dne 4.2.2004 o podmínkách získávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

Zemanová, V.: Psychické zatížení sester pracujících na ARO a JIP, závěrečná diplomová práce, LF UK Hradec Králové, 2000.

www.zzshmp.cz/index.php?page_id=historie (vyhledáno 27.11. 2006)

www.eusem.org (vyhledáno 27.11.2007)

www.155plus.cz (vyhledáno 5.2. 2007)

www.paramedik.cz (vyhledáno 17.3.2007)

www.komorazachranaru.cz (vyhledáno 17.3.2007)

www.urgmed.cz/postupy/kompetence_rzp.doc (vyhledáno 17.3. 2007) - Kompetence posádek RZP – doporučený postup OS – aktualizace únor 2007.

E. Přílohy

Příloha č. 1 – Dotazník z roku 2003:

Věk:

Pohlaví:

Rodinný stav:

Pracovní pozice na záchranné službě:

Délka praxe na záchranné službě:

Předchozí kvalifikace:

Postgraduální specializační zkoušky:

Délka praxe celkem:

Úvazek na záchranné službě:

Co vnímáte na práci na ZS jako stresující (ke každému z Vámi uvedených stresorů přiřadte hodnotu od 0 do 9 s tím, že 9 považujete za nejvyšší nejvyšší zátěž):

Vidíte nějaké možnosti zlepšení výše uvedených položek?

Co vnímáte na práci na ZS jako pozitivní (ke každé položce přiřadte číselné hodnocení od 0 do 9 s tím, že 9 považujete za nejvíce pozitivní):

Kouříte? Pokud ano, kolik cigaret denně?

Pijete alkoholické nápoje? Pokud ano, které, při jakých příležitostech a v jaké frekvenci?

Užíváte pravidelně léky?

Užíváte jiné látky, ovlivňující psychiku?

Máte mimopracovní záliby, jak často se jim věnujete?

Věnujete se sportovním aktivitám, jakým a jak často?

Setkali jste se při práci na ZS s: nikdy méně než 5x méně než 10x 10x
a více

Úmrtí nebo těžké poranění
spolupracovníka

Ošetřování těžkého popáleninového
traumatu

Úmrtí nebo neúspěšná KPR dítěte

Těžké dopravní nehody
s větším počtem postižených

Riziko vlastního ohrožení
(v práci) - specifikujte
(dopravní nehoda, napadení...)

Další část dotazníku zjišťuje příznaky tzv. syndromu vyhoření. U každé položky vyberte zakroužkováním kladnou nebo zápornou odpověď (tedy zda uvedené tvrzení odpovídá Vašemu pocitu nebo situaci):

| | | |
|--|-----|----|
| 1. Když si v neděli odpoledne vzpomenu na to, že zítra zase musím do práce, nestojím už za nic. | ano | ne |
| 2. Kdybych měl (-a) možnost odejít do důchodu (např. předčasného, invalidního), udělám to hned zítra. | ano | ne |
| 3. Nesnáším už ani spolupracovníky, ty jejich stále stejné řeči jsou k nevydržení. | ano | ne |
| 4. To, jak mne dráždí spolupracovníci, není nic proti tomu, jak mne dokáží vyvést z míry pacienti a jejich příbuzní. | ano | ne |
| 5. Práce s lidmi mne už ubíjí, vysává mé síly. | ano | ne |
| 6. Za poslední tři měsíce jsem odmítl (-a) účast na vzdělávacích kurzech, seminářích, konferencích apod. | ano | ne |
| 7. Svou práci zvládám "levou rukou", myslím, že mne už nemůže nic překvapit. | ano | ne |
| 8. O své práci se těžko dozvím ještě něco nového. | ano | ne |
| 9. Na konci pracovního dne bývám unaven (-a) tak, jako bych těžce fyzicky pracoval (-a). | ano | ne |
| 10. Mám pocit, že už je jen málo věcí, ze kterých se dokážu opravdu radovat. | ano | ne |

Příloha č. 2 – Průvodní dopis k dotazníku z roku 2003:

Vážení kolegové,

obracíme se na Vás s prosbou o spolupráci na výzkumu v oblasti zátěže a stresu pracovníků záchranné služby se zaměřením na výskyt burn-out syndromu, včasné diagnózy tohoto syndromu, a případně na zapojení se do prevence výskytu tohoto jevu.

Pracovníci záchranných služeb jsou vystaveni mnoha zátěžovým faktorům, jejichž nejzávažnějším vyústěním mohou být projevy burn-out syndromu, posttraumatické stresové poruchy či psychosomatických onemocnění, což se může negativně projevit nejen na kvalitě života zaměstnanců, ale může snížit i úroveň péče o pacienty. Tato profesní skupina bývá navíc charakteristická odmítáním psychologické podpory z obavy, že by to mohlo být vnímáno jako profesionální selhání.

Výzkumný projekt je rozdělen do několika fází, v první bychom rádi zmapovali výchozí stav, s tím, že jsme se rozhodli soustředit na zdravotnické pracovníky, tj. lékaře, SZP (případně diplomované záchranáře) a dispečerky. Prosíme Vás o vyplnění přiloženého dotazníku, který je samozřejmě anonymní. **Do studie by měli být zahrnuti pracovníci s nejméně polovičním úvazkem na záchranné službě a s praxí minimálně rok a více. Prosíme Vás o vyplnění dotazníku co největším počtem pracovníků uvedených kategorií (lékaři, SZP a dispečerky), kteří budou ochotni tomuto výzkumu věnovat chvilku svého času.**

Uvítali bychom, kdybyste nám na adresu SZÚ sdělili i to, zda by se Vaše pracoviště bylo ochotno zapojit do zavedení preventivních programů v oblasti krizové intervence, zejména debriefingu. V poslední fázi bychom chtěli zhodnotit vliv těchto programů na výskyt burn-out syndromu a posttraumatické stresové poruchy.

Děkujeme Vám za spolupráci.

PhDr. Vladimír Kebza, CSc.,
Státní zdravotní ústav Praha

MUDr. Jana Šeblová
Územní středisko záchranné služby
Středočeského kraje – Praha-západ

Vyplněné dotazníky zasílejte prosím na adresu:

Státní zdravotní ústav
Centrum zdraví a životních podmínek, OS pro psychologii a behaviorální intervence
Šrobárova 48
100 42 Praha 10 - Vinohrady

Příloha č. 3 – Dotazník z roku 2005:

Věk:

Pohlaví:

Rodinný stav:

Pracovní pozice na záchranné službě:

Délka praxe na záchranné službě:

Předchozí kvalifikace:

Postgraduální/pomaturitní specializační zkoušky:

Délka praxe celkem:

Úvazek na záchranné službě:

Absolvoval/a jsem někdy:

Hodnotím:

| | | | | |
|---|-----|----|-----------|-----------|
| Preventivní přednášku s tématem psychické zátěže a stresu | ano | ne | pozitivně | negativně |
| Nácvik komunikačních technik | ano | ne | pozitivně | negativně |
| Psychologickou konzultaci kvůli profesnímu stresu (vč. telefonické) | ano | ne | pozitivně | negativně |
| Strukturovaný pohovor | ano | ne | pozitivně | negativně |
| Krizovou intervenci | ano | ne | pozitivně | negativně |

Jiné – jaké:

Pokud jste něco z výše uvedeného absolvoval/a a chcete připojit komentář (zejména ohledně účinnosti):

Další část dotazníku zjišťuje příznaky tzv. syndromu vyhoření. U každé položky vyberte zakroužkováním kladnou nebo zápornou odpověď (tedy zda uvedené tvrzení odpovídá Vašemu pocitu nebo situaci):

| | | |
|--|-----|----|
| 1. Když si v neděli odpoledne vzpomenu na to, že zítra zase musím do práce, nestojím už za nic. | ano | ne |
| 2. Kdybych měl (-a) možnost odejít do důchodu (např. předčasného, invalidního), udělám to hned zítra. | ano | ne |
| 3. Nesnáším už ani spolupracovníky, ty jejich stále stejné řeči jsou k nevydržení. | ano | ne |
| 4. To, jak mne dráždí spolupracovníci, není nic proti tomu, jak mne dokáží vyvést z míry pacienti a jejich příbuzní. | ano | ne |
| 5. Práce s lidmi mne už ubíjí, vysává mé síly. | ano | ne |
| 6. Za poslední tři měsíce jsem odmítl (-a) účast na vzdělávacích kurzech, seminářích, konferencích apod. | ano | ne |
| 7. Svou práci zvládám "levou rukou", myslím, že mne už nemůže nic překvapit. | ano | ne |
| 8. O své práci se těžko dozvím ještě něco nového. | ano | ne |
| 9. Na konci pracovního dne bývám unaven (-a) tak, jako bych těžce fyzicky pracoval (-a). | ano | ne |
| 10. Mám pocit, že už je jen málo věcí, ze kterých se dokážu opravdu radovat. | ano | ne |

Děkujeme za Váš čas při vyplňování dotazníku!

Příloha č. 4 – Dotazník „Jak zvládáte stres?“

(používaný v rámci edukačních seminářů o psychické zátěži profesionálů)

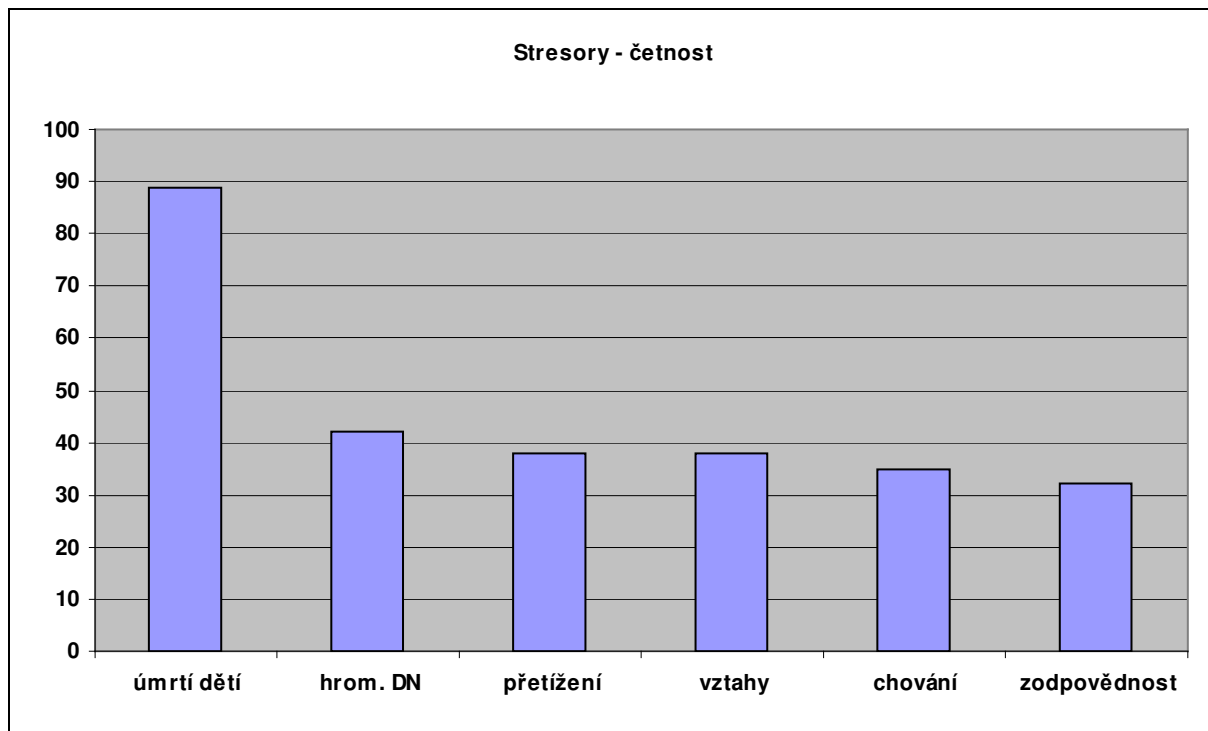
Jak zvládáte stres?

1. Přičtete 10 bodů, pokud máte rodinu, v níž cítíte podporu.
2. Přičtete 10 bodů, pokud aktivně provozujete nějaký koníček.
3. Přičtete si 10 bodů, pokud patříte do nějaké sociální nebo zájmové skupiny (jiné než rodina), která se schází nejméně 1 x za měsíc.
4. Přičtete si 15 bodů, pokud je vaše váha v rozmezí 2,5 kg od ideální tělesné váhy, vztažené k vaší výšce a stavbě těla.
5. Přičtete si 15 bodů, pokud aktivně provozujete nějaký druh „hluboké“ relaxace (meditaci, jógu atd.) nejméně 3 x týdně.
6. Přičtete si 5 bodů za každé cvičení, trvající 30 a více minut, které provozujete během běžného týdne.
7. Přičtete si 5 bodů za každé nutričně vyvážené hlavní jídlo (snídaně, oběd, večeře), které během běžného dne sníte.
8. Přičtete si 10 bodů za každou činnost, která vás těší, a kterou děláte jen pro sebe samotného, během běžného týdne.
9. Přičtete si 10 bodů, máte-li doma nějaké místo, které je pouze vaše a kde můžete dělat, co chcete, relaxovat atd.
10. Přičtete si 10 bodů, pokud používáte praktiky „time-managementu“ ve vašem běžném životě.
11. Odečtete si 10 bodů za každý balíček cigaret, který vykouříte během průměrného dne.
12. Odečtete si 5 bodů za každý večer během běžného týdne, ve kterém si k usnadnění usnutí vezmete jakékoliv léky nebo jiné chemické látky včetně alkoholu.
13. Odečtete si 10 bodů za každý den během běžného týdne, ve kterém si vezmete jakékoliv léky nebo jiné chemické látky včetně alkoholu, abyste snížili svou úzkost nebo jen pro vaše uklidnění.
14. Odečtete si 5 bodů za každý večer během běžného týdne, ve kterém si přinesete práci domů (míní se tím práce, která měla být vykonána v místě vašeho zaměstnání).

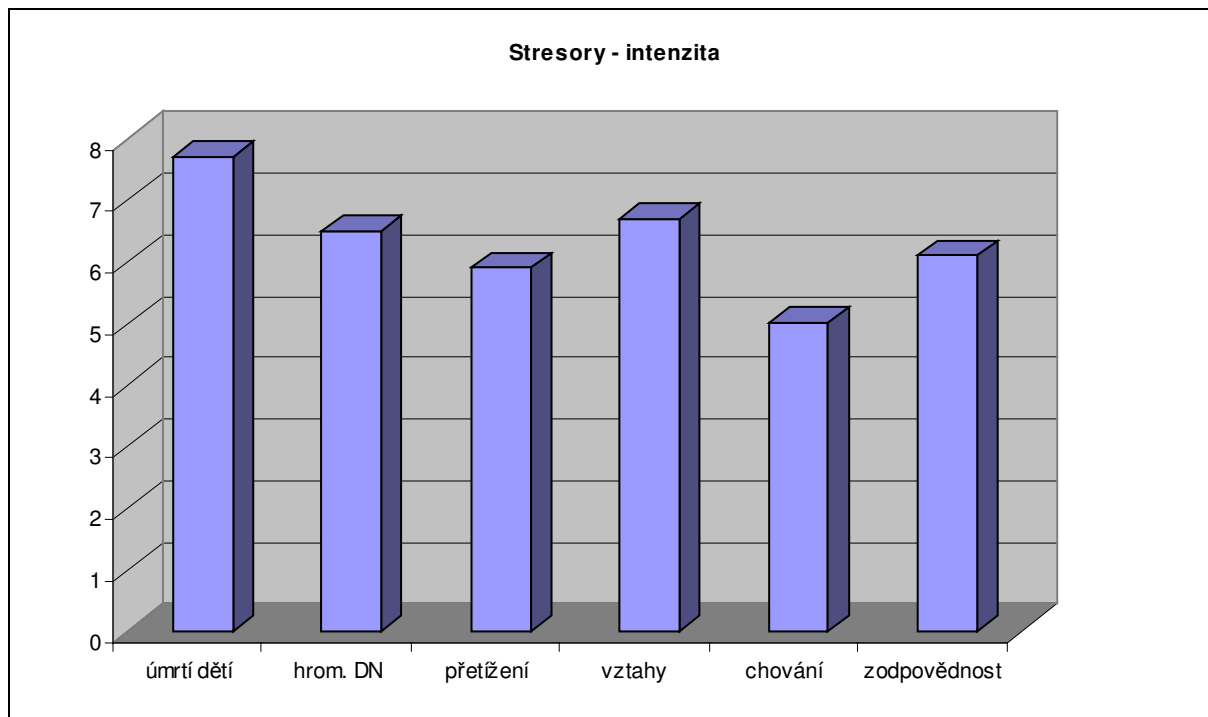
Zdroj: Mitchell J.T., Everly G.S., Critical Incident Stress Management (CISM): Basic Group Crisis Intervention, 3rd Edition revised, 2003 ICISF, str. 43 – 44 – překlad Šeblová J., 2004.

G. Grafy

Graf č. 1 – Stresory – pořadí dle četnosti

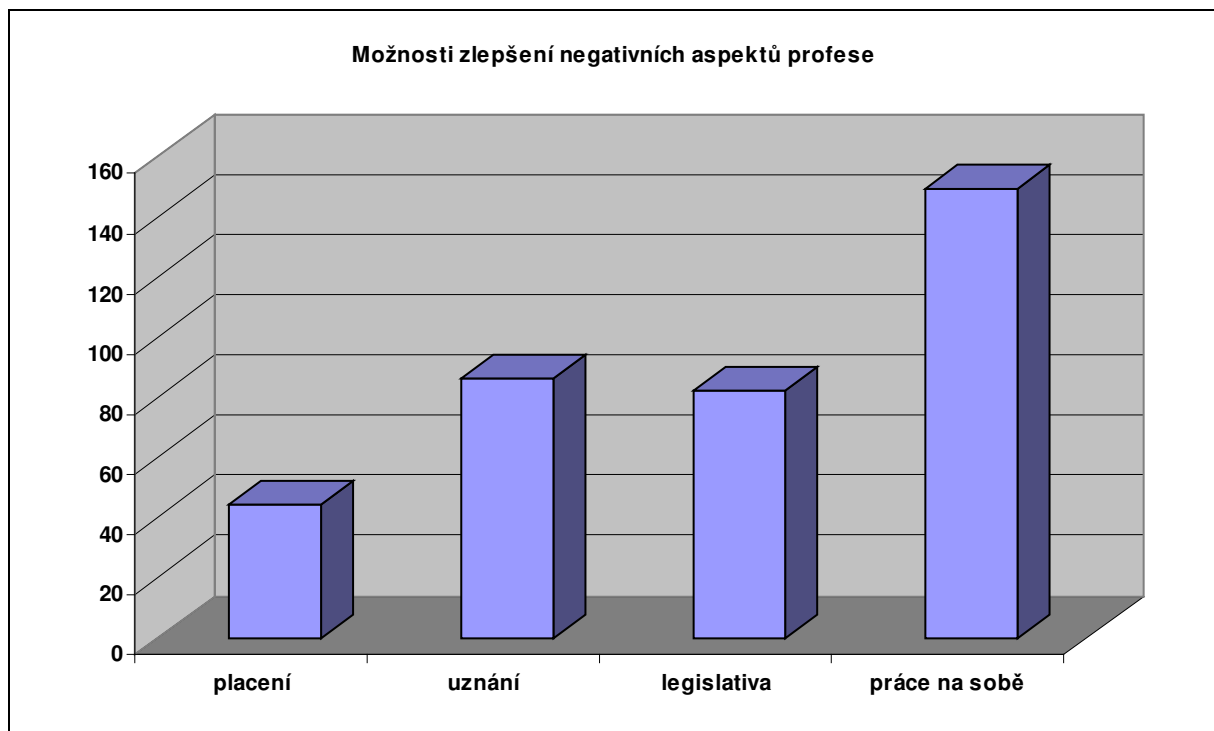


Graf č.2 – Stresory – pořadí dle intenzity

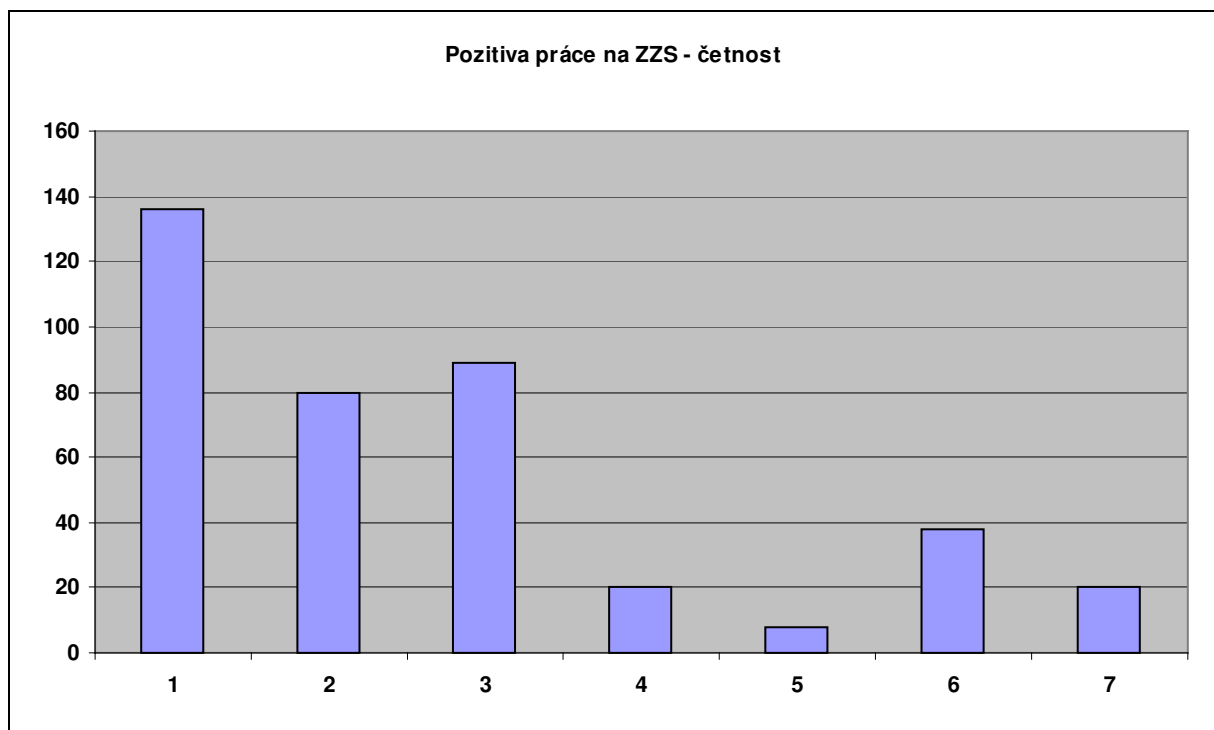


Intenzita na ose y: rozmezí 0 - 9

Graf č. 3 – Možnosti zlepšení negativních aspektů profese

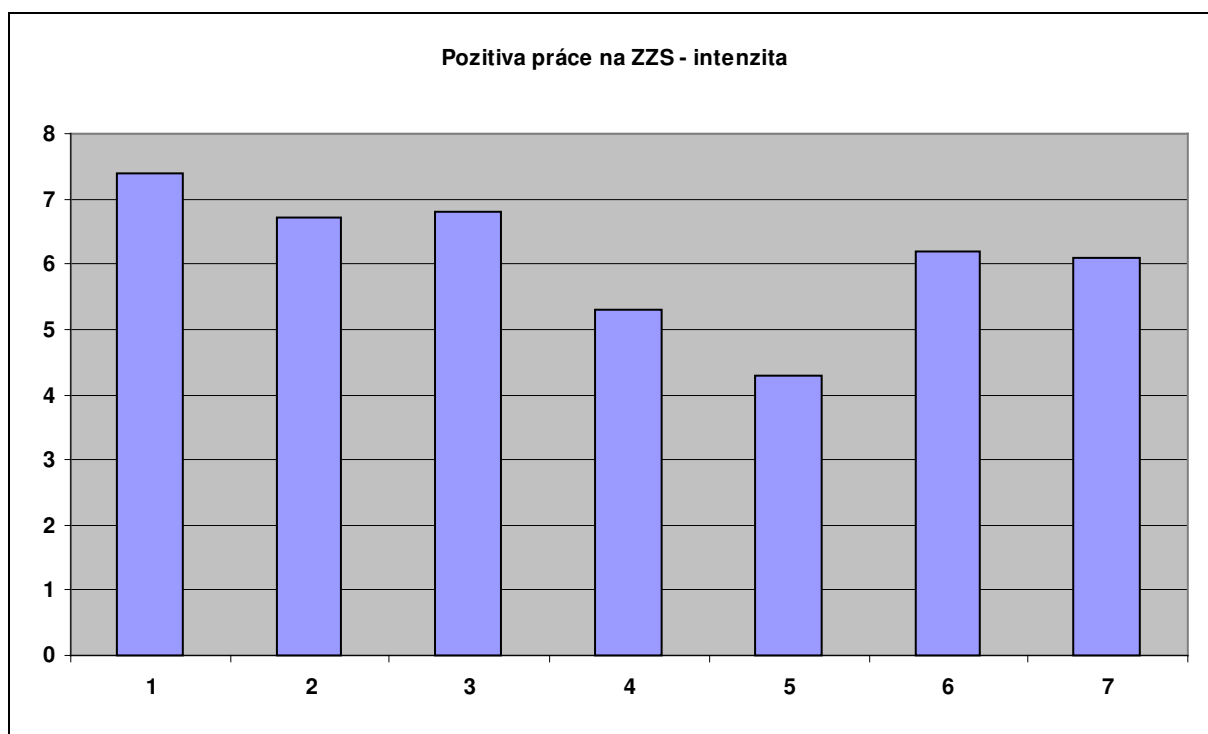


Graf č. 4 – Pozitiva práce na záchranné službě – četnost



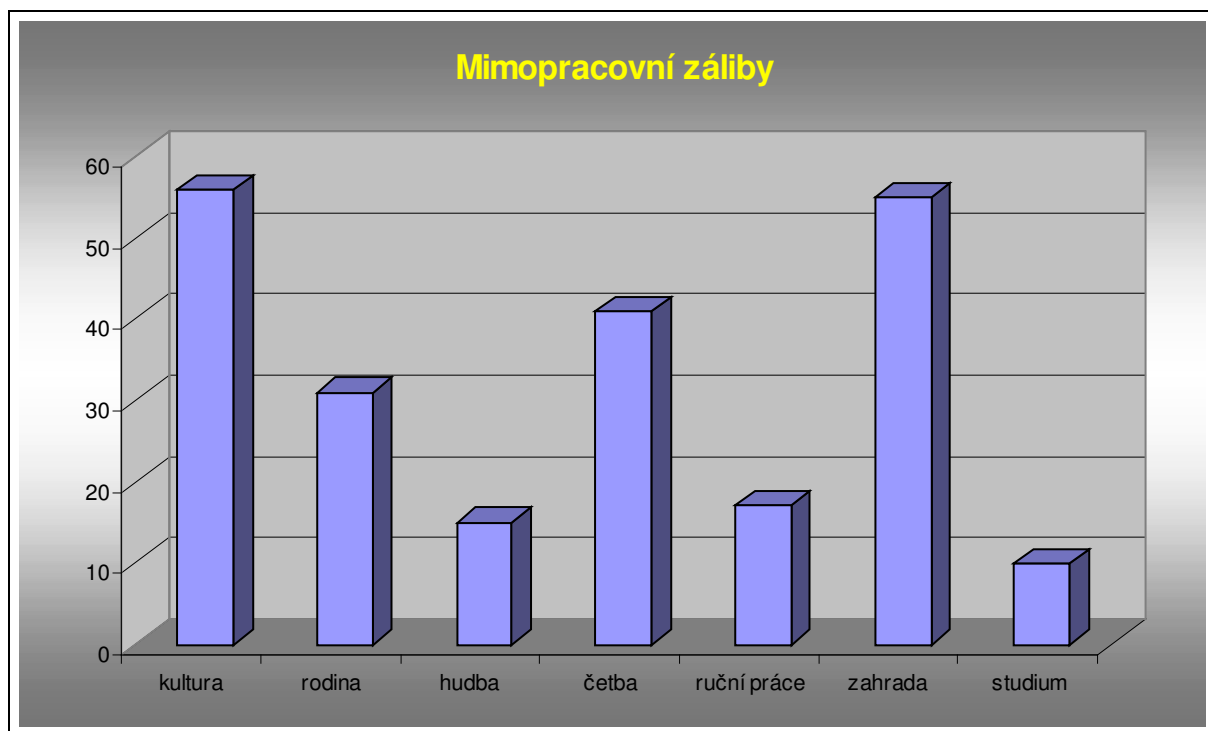
Legenda ke grafu: 1 – pomoc lidem, záchrana života, 2- kolektiv, 3 – pestrá, akční práce, 4 – náročnost práce, 5 – plat, 6 – volný čas, 7 – uznání ve společnosti

Graf č. 5 – Pozitiva práce na záchrané službě – intenzita

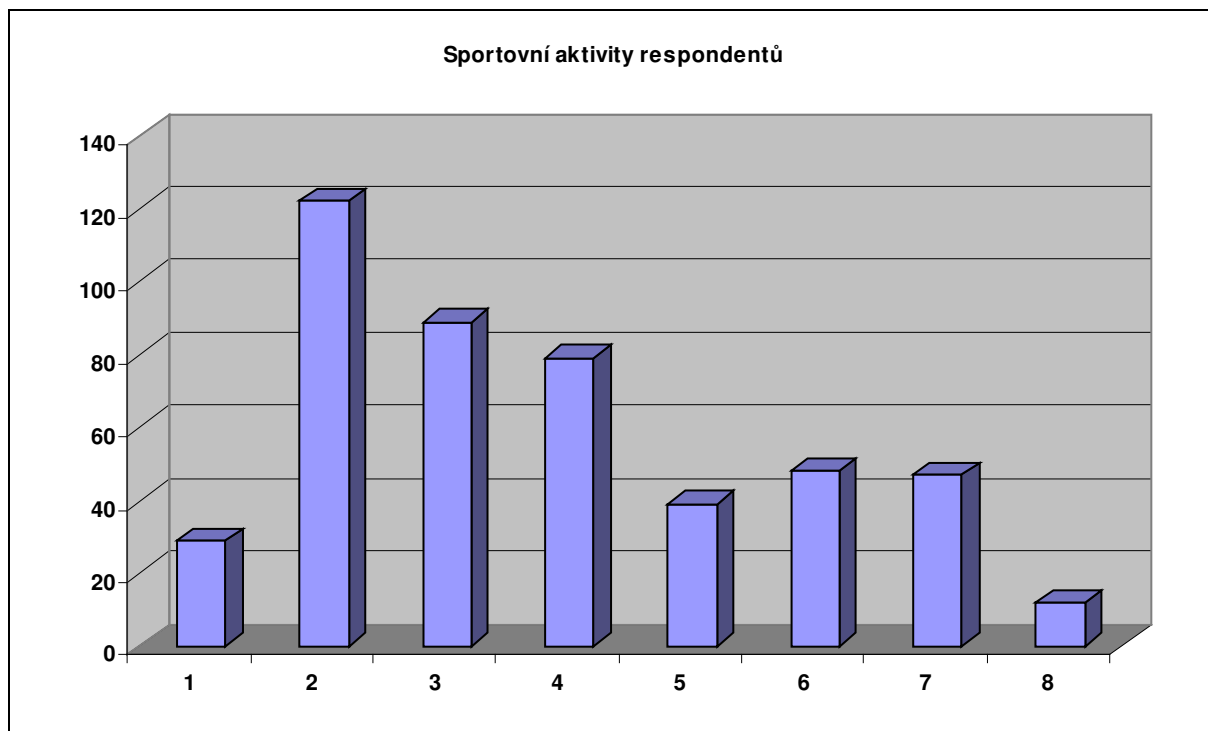


Legenda ke grafu: na ose y intenzita (rozmezí 0 – 9), osa x: 1 – pomoc lidem, záchrana života, 2 – kolektiv, 3 – pestrá, akční práce, 4 – náročnost práce, 5 – plat, 6 – volný čas, 7 – uznání ve společnosti

Graf č. 6 – Mimopracovní záliby respondentů

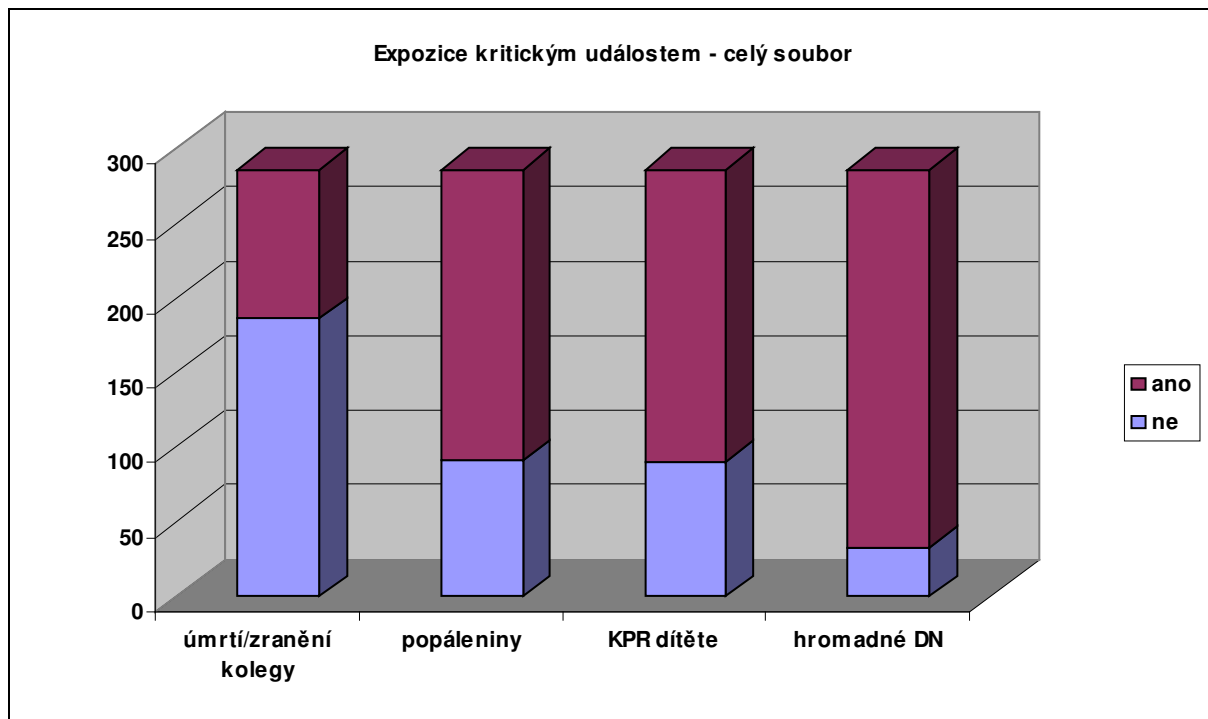


Graf č. 7 – Sportovní aktivity respondentů

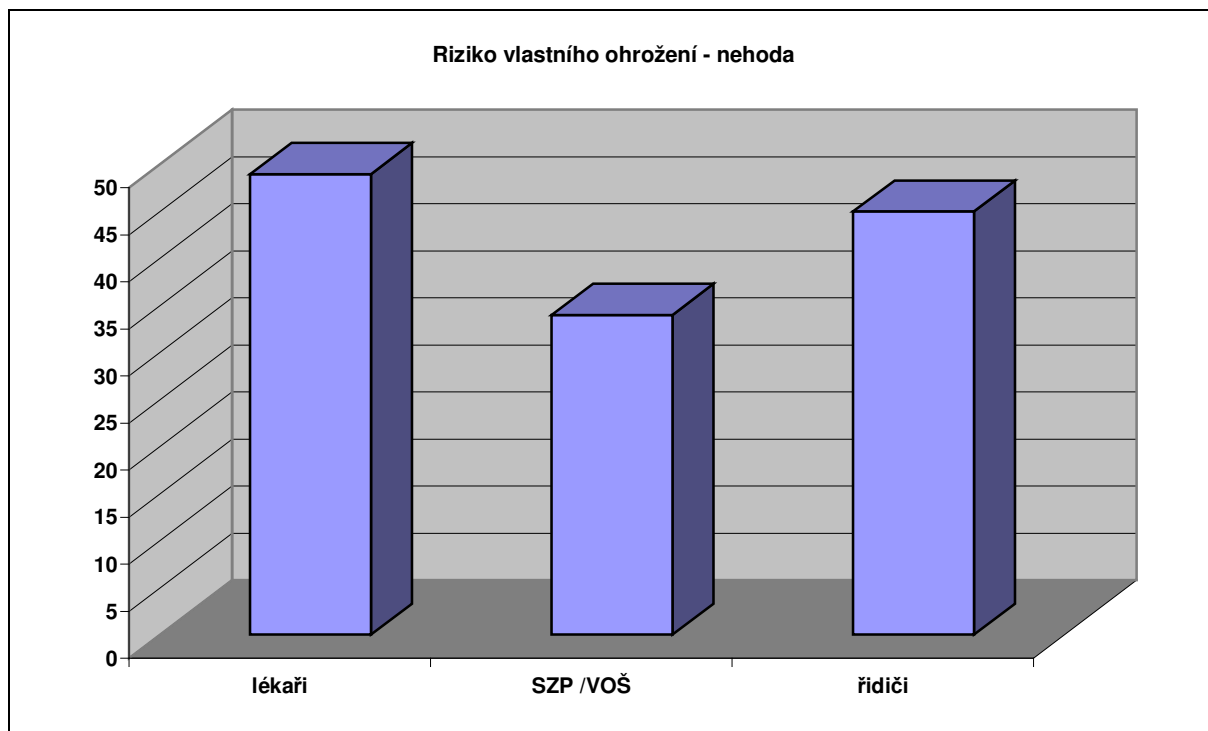


Legenda: osa x: 1 – tenis, 2 – cyklistika, 3 – turistika, 4 – plavání, 5 – lyžování, 6 – aerobic/fitness, 7 – míčové hry, 8 – horolezectví

Graf č. 8 – Expozice předdefinovaným kritickým událostem

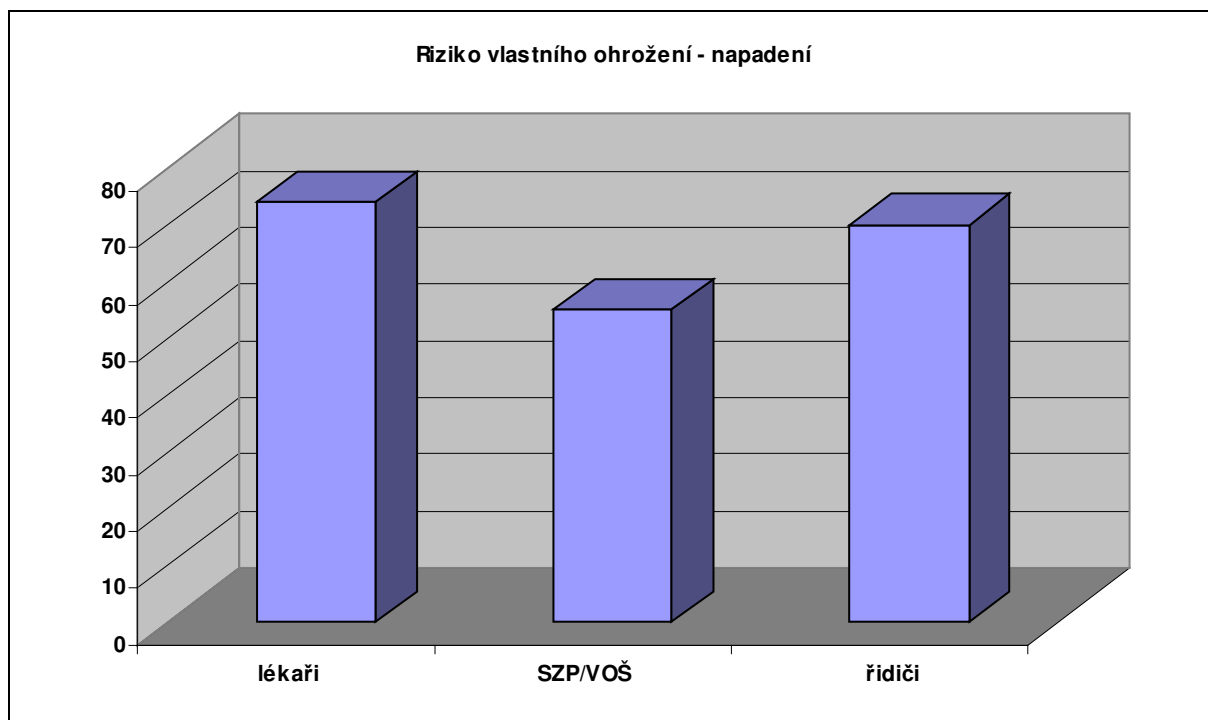


Graf č. 9 – Riziko vlastního ohrožení – nehoda



Osa y – procenta v jednotlivých profesních skupinách s vlastní zkušeností s nehodou

Graf č. 9 – Riziko vlastního ohrožení – napadení



Osa y – procenta v jednotlivých profesních skupinách s vlastní zkušeností s napadením

F. Výběr z publikací a přednáškové činnosti

Výběr z publikovaných prací autorky dizertace:

1. Šeblová, J.: Časná defibrilace – ano, ale kým a čím? Anesteziologie a neodkladná péče, 7, 1996, s. 169 – 172.
2. Šeblová, J.: Použití Tensitonu u anafylaktického šoku. Anesteziologie a neodkladná péče, 8, s. 76 – 78.
3. Šeblová, J.: Monitorování na Záchraně službě hlavního města Prahy. Anesteziologie a neodkladná péče, 8, 1997, s.159 – 162.
4. Šeblová, J.: Urgentní psychiatrie z pohledu lékaře RLP. Anesteziologie a neodkladná péče, 8, 1997, s. 145 – 158.
5. Konopásek, P. - Šeblová, J.: Jak vidíme sami sebe. Urgentní medicína, 1, 1998, 2: s. 33-35.
6. Šeblová, J.: Skórovací systém pro cévní příhody mozkové. Urgentní medicína, 2, 1999, 3-4: s. 42 – 43.
7. Černý R. - Bojar M.- Šeblová J. - Vohlídka P.: Neobvyklá příčina akutní recidivující hemiplegie. Urgentní medicína, 3, 2000, 1: s. 23- 26.
8. Šeblová, J.: Posttraumatická stresová porucha. Urgentní medicína, 3, 2000, 1: 33 – 36.
9. Pelichovská, M.- Janík, V.- Šeblová, J. - Penetrující poranění krku a problematika zajištění dýchacích cest. Urgentní medicína, 3, 2000, 2: 15 – 18.
10. Šeblová, J.: Kapnometrie v PNP - luxus nebo zlatý standard? Anesteziologie a neodkladná péče, 12, 2001, 2: 98 – 100.
11. Šeblová, J.: Epidemiologie drogových intoxikací v Praze v letech 1997 – 2000. Anesteziologie a neodkladná péče, 12, 2001, 5: 263 – 265.
12. Šeblová, J. – Šejda, J. – Polanecký, V. – Studničková, B.: Epidemiologie intoxikací v souvislosti s užitím drog v České republice v roce 2000. Postgraduální medicína, 2001, s. 552 – 554.
13. 552 – 554.
14. Drábek, T. – Havlíček, M. – Šeblová, J.: Review of the First Five Months of Service of a New EMS Prague-West Center at Jesenice, Czech Republic. Prehospital Emergency Care, 6, 2002, 1: 174.
15. Šeblová, J.: Psychologické potřeby pracovníků v oblasti urgentní pediatrické péče. Urgentní medicína, 5, 2002, 1: 29-31.

16. Šeblová, J.: Jízda s použitím výstražných znamení – přínos nebo riziko? Urgentní medicína, 6, 2003, 2: 26 – 30.
17. Pokorný, J. (Ed.) – Lékařská první pomoc. Praha Galén, 2003. J. Šeblová: Bezvědomí nejasné etiologie (s. 51 – 60), Náhlé příhody gynekologické a porodnické (s. 186 – 193), Křečové stavy v přednemocniční neodkladné péči (s. 223 – 227), Akutní intoxikace (s. 227 – 244).
18. Šeblová, J.: Critical Incident Stress Management, Urgentní medicína, 7, 2004, 1: 37 – 38.
19. Šeblová, J. – Studničková, B. – Polanecký, V.: Trends in Substance Abuse by Teenagers in the Czech Republic. The Journal of Emergency Medicine, 28, 2005, 1: 95 – 100.
20. Šeblová J.- Souček M.- Romportl D.: Dvojnásobná současná intoxikace neznámou drogou – kazuistika. Urgentní medicína, 7, 2004, 3: 25 – 27.
21. Šeblová, J. – Kebza, V.: Zátěž a stres pracovníků záchranných služeb – výsledky první části studie. Urgentní medicína, 8, 2005, 1: s. 27 – 29.
22. Šonková, Z. - Šeblová, J. - Kovář, M. et al.: Spolupráce záchranné služby a neurologické jednotky intenzivní péče v léčbě ischemických cévních mozkových příhod. Urgentní medicína, 8, 2005, 2: 18 – 20.
23. Šeblová, J.: Psychologická rizika akutních medicínských oborů. Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 2005, Supplementum, 3: s.1 – 15.
24. Šeblová, J. – Hlaváčková, D. – Uhlíř M. et al.: Cvičení PODZIM 2005 – Kralupy nad Vltavou. Urgentní medicína, 8, 2005, 4: s. 11 – 15.
25. Šeblová, J.: Ne zcela běžné příčiny arytmií v přednemocniční péči – kazuistiky. Urgentní medicína, 9, 2006, 4: s. 18 – 20.
26. Šeblová J. - Kebza V. - Vignerová, J. : Zátěž a stres pracovníků záchranných služeb v ČR, Československá psychologie – v tisku

Přednášková činnost - mezinárodní konference:

1. Šeblová, J.: Monitoring Methods Used in the EMS of the Capital Prague. PECEMS - The Third Pan – European Conference on Emergency Medical Services, září 2006, Praha, ČR; Book of Abstracts s. 12
2. Šeblová, J.: Urgent Psychiatry form the EMS Physician´s Point of View, PECEMS, The Third Pan – European Conference on Emergency Medical Services, září 2006, Praha, ČR; Book of Abstracts s. 12.
3. Šeblová, J.: Physicians in Prehospital Care - Yes or No? 1. evropská konference urgentní medicíny k 100. výročí varšavské záchranné služby, říjen 2007, Varšava, Polsko.

4. Šeblová, J. – Konopásek, P.: „How Do We See Ourselves“ - A Psychological Study on properties of EMS Workers and the degree of Burn-out Syndrome. PECEMS – The Fourth Pan-European Conference on Emergency Medicine, srpen 1998, Opatija, Chorvatsko; Book of Abstracts s. 11.
5. Šeblová, J. – Šejda, J. – Polanecký, V. – Studničková, B.: Epidemiology of Drug Intoxications in Prague from 1997 to 2000. Emergency Medicine in Middle and Eastern Europe , září 2000, Wroclaw, Polsko.
6. Šeblová, J.: Prehospital Emergency Care in Czech Republic - System and Education (poster), Fourth European Congress on CPR, Prehospital Care and Prevention, listopad 2001, Brusel, Belgie.
7. Šeblová, J.: Trends in Street Drugs in the Czech Republic in the Last Decade (poster, 1. cena v kategorii posterů), 2nd European Congress on Emergency Medicine, říjen 2002 Portorož, Slovinsko.
8. Šeblová, J.: Význam dětské soutěže o Helpíkův pohár ve vzdělávání veřejnosti, Záchrana 2003, 7. kongres společnosti urgentnej medicíny a medicína katastrof, září 2003, Martin, Slovensko.
9. Šeblová, J.: Intoxikace v souvislosti s užitím drogy v Praze v letech 1998 – 2002. Mezinárodní seminář 10 let drogové epidemiologie v ČR, prosinec 2003, Praha.
10. Šeblová, J.: The Importance of Helpík's Trophy in Education in First Aid (poster, stipendium EU) Safety 2004, 7 th World Conference on Injury Prevention and Safety Promotion, červen 2004, Vídeň, Rakousko.
11. Šeblová, J. – Kebza, V.: Stress of EMS professionals in the Czech Republic (poster + ústní prezentace mezi 20 nejlepšími postery), 3rd European Congress on Emergency Medicine „Back to the Future“, únor 2005, Leuven, Belgie.
12. Šeblová, J. – Hlaváčková, D. – Šonková, Z.: Management of ischaemic brain stroke in Central Bohemian Region (ústní prezentace + publikace abstraktu) - 2. konference Hesculaep, květen 2006, Sevilla, Španělsko.
13. Šeblová, J. – Kebza, V. – Vignerová, J.: Implementation of Preventive and Intervention Psychological Methods for EMS Professionals in the Czech Republic (ústní prezentace + publikace abstraktu), 4th European Congress on Emergency Medicine – „The European Vision for Emergency Medicine“, říjen 2006, Kréta, Řecko.

Výběr z přednáškové činnosti v ČR:

1. Šeblová, J.: Časná defibrilace? - ano, ale kým a čím? Celostátní konference záchranných služeb, Příbram, listopad 1995.
2. Šeblová, J.: Použití Tensitonu u anafylaktického šoku. Hoderův den, červen 1996, Praha.

3. Šeblová, J.: Monitorování u neurotraumat v přednemocniční péči. Celostátní konference záchranných služeb, listopad 1996, Přerov.
4. Šeblová, J.: Vybrané kritické stavy ve vnitřním lékařství : život ohrožující situace u toxikomanů. 105. internistický den, prosinec 1996, Praha.
5. Šeblová, J.: Společnost a drogy, drogy a záchranné služby. Celostátní konference ZZS, květen 1997, Mělník.
6. Šeblová, J.: Příprava NZP na práci ve výjezdových skupinách ZS HMP. Celostátní konference ZZS, listopad 1997, Plzeň.
7. Šeblová, J.: Diagnostika život ohrožujících stavů - samozřejmost nebo zapeklitost? Spolek lékařů českých – Lékařský dům, březen 1998, Praha.
8. Šeblová, J.: Kde je místo záchranné služby ve společnosti? III. ročník mezinárodní konference medicíny katastrof, červen 1999, Zlín.
9. Šeblová, J.: Kapnometrie v PNP - luxus nebo zlatý standard? VI. Dostálovy dny, říjen 1999, Opava.
10. Šeblová J. – Konopásek, P.: Profesionální stres, jak mu předcházet a jak mu čelit.
11. Konference „Týmová práce v ZZS“, duben 2000, Příbram
12. Hlaváčková, D. – Šeblová, J.: Zdravotnický dozor u hromadných akcí. IV. Ročník konference Medicína katastrof, červen 2000, Zlín.
13. Šeblová, J. – Šejda, J. – Polanecký, V. – Studničková, B.: Epidemiologie drogových intoxikací v Praze v letech 1997 – 2000. VII.- Dostálovy dny, říjen 2000, Opava.
14. Šeblová, J.: Zamyšlení nad spektrem rizik v práci záchranné služby. VIII. Dostálovy dny, září 2001, Opava.
15. Šeblová, J. – Bělohávek, J. – Blažková, V.: Arytmie v PNP z hlediska SZP - diagnostika, doškolení. VIII. Dostálovy dny, září 2001, Opava.
16. Šeblová, J.: Intoxikace drogami na oddělení centrálního příjmu FN Motol v 1. pololetí roku 2002. IX. Dostálovy dny, září 2002, Hradec nad Moravicí.
17. Šeblová, J.: Bezpečnost provozu vozidel záchranné služby aneb Primum non nocere... Odborný celostátní seminář pracovníků v přednemocniční neodkladné péči, únor 2003, Jesenice u Prahy.
18. Šeblová, J.: Vzdělávání v urgentní medicíně a medicíně katastrof a osvěta veřejnosti v první pomoci. Odborný celostátní seminář pracovníků v přednemocniční neodkladné péči, únor 2003, Jesenice u Prahy.

19. Šeblová, J.: Zátěž, stres, syndrom vyhoření, posttraumatická stresová porucha – možnosti včasné diagnózy, prevence a terapie. X. Dostálovy dny, říjen 2003, Hradec nad Moravicí.
20. Šeblová, J. – Kobzová, S. – Buda, O.: Čas a kontinuita – nejdůležitější kritéria kvality při neodkladné péči o nemocného s akutním koronárním syndromem. X. Dostálovy dny, říjen 2003, Hradec nad Moravicí.
21. Šeblová, J.: Zátěž, stres a syndrom vyhoření. Celostátní seminář ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem, květen 2004, Praha.
22. Šeblová, J. : Epidemiologie intoxikací drogami. FONS – Symposium klinické biochemie, září 2004, Pardubice.
23. Šeblová, J.: Projekt psychologické intervence pro zdravotnické záchranné služby v ČR (přednáška + poster). Konference Psychosociální pomoc v situacích mimořádných událostí, září 2004, Praha.
24. Šeblová, J.: Zátěž a stres pracovníků záchranných služeb – výsledky první části studie. XI. Dostálovy dny, říjen 2004, Hradec na Moravicí.
25. Šeblová, J. – Souček, M. – Romportl, D: Dvě současné intoxikace, jedna s fatálním průběhem – kazuistika (poster). XI. Dostálovy dny, říjen 2004, Hradec na Moravicí.
26. Šeblová, J.: Úvod do problematiky krizové intervence pro posádky a zaměstnance zdravotnické záchranné služby (prezentace výsledků výzkumu o zátěži a stresu zaměstnanců záchranných služeb). Krajský seminář KŠVS ÚSZS Středočeského kraje, prosinec 2004.
27. Šeblová, J. - Kovář, M. - Šonková, Z. –Vondráčková D. – Kalina, M: Úspěšná trombolytická terapie cévní mozkové příhody – kazuistika. Celostátní konference oboru urgentní medicína, duben 2004, Příbram.
28. Šonková, Z. - Vondráčková, D. - Kalina, M. – Šeblová, J.: Spolupráce OZS Praha – venkov a JIP neurologického oddělení Nemocnice Na Homolce. Celostátní konference oboru urgentní medicína, duben 2004, Příbram.
29. Merhaut, P. – Šeblová, J.: Návrh počítačového programu pro telefonicky asistovanou neodkladnou resuscitaci pro potřeby ZOS. Celostátní konference oboru urgentní medicína, duben 2004, Příbram.
30. Šeblová, J.: Kontinuita péče na rozhraní terénu a nemocnice. Celostátní seminář Česká asociace sester – sekce záchranných služeb, květen 2005, Jesenice u Prahy.
31. Šeblová, J.: Připravenost zdravotnických záchranářů na terorismus. Senátní konference Terorismus překračuje hranice, září 2005, Praha.
32. Šeblová, J.: Výsledky studií z prostředí záchranných služeb a projekt další péče o záchranáře.

33. Konference „Psychologické aspekty při zásahu záchranných složek, říjen 2005, FVZ Hradec Králové.
34. Šeblová, J.: PODZIM 2005 z pohledu vedoucího lékaře zásahu. 2. ročník konference Medicína katastrof, traumatologické plánování a příprava, listopad 2005, Hradec Králové.
35. Šeblová, J.: Intoxikace v urgentní medicíně. Celostátní seminář Intoxikace v PNP, prosinec 2005, Karlovy Vary.
36. Šeblová, J.: Zkušenosti ze cvičení PODZIM 2005 – Kralupy nad Vltavou. Konference Medicína katastrof, únor 2006, Brno.
37. Šeblová, J. – Kebza, V. – Vignerová, J.: Zavádění preventivních psychologických programů v ZZS. Konference Psychosociální aspekty při zásahu záchranných složek, říjen 2006, Hradec Králové.
38. Šeblová, J. – Kebza, V. – Vignerová, J.: Psychologická prevence a intervence v ZZS, výskyt syndromu vyhoření. XIII. Dostálovy dny, listopad 2006, Hradec nad Moravicí.
39. Šeblová, J. – Dizon, J. – Kačenga, P. – Klik, L.: Metodika činnosti první posádky na místě mimořádné události (výtupy z nácviků mimořádných událostí) 3. ročník konference Medicína katastrof a traumatologické plánování, listopad 2006, Hradec Králové.

Granty:

1. Projekt „Zpřístupňování výsledků výzkumu a vývoje české veřejnosti“ MŠMT, (LP01034), videofilm Přírodní drogy, 2001 – scénář, odborné konzultace
2. Projekt „Zpřístupňování výsledků výzkumu a vývoje české veřejnosti“ MŠMT (LP03006) – Pády z výšky (první pomoc), 2003 - scénář, odborné konzultace
3. Projekt Ministerstva zdravotnictví NPV/4: Komunikace v krizových situacích, videofilm, 2005 - scénář, odborné konzultace
4. Daphne Programme II 2004 – 2008, Proposal No 06-1/0, grant Evropské unie – vytvoření vzdělávacího programu pro zdravotníky o domácím násilí – partner projektu za ČR



International Emergency Medicine

TRENDS IN SUBSTANCE ABUSE BY TEENAGERS IN THE CZECH REPUBLIC

Jana Seblova, MD,*† Vladimir Polanecky, MD,‡ Jan Sejda, MD, DSc,‡ and Bela Studnickova, MD‡

*Emergency Medical Service Prague-West, Dobrichovice, Czech Republic, †Drug Epidemiology Headquarters of Hygienic Station of the Capital Prague, Prague, Czech Republic, and ‡Epidemiology Headquarters of Hygienic Station of the Capital Prague, Prague, Czech Republic

Reprint Address: Jana Seblova, MD, Frani Sramka 25, 150 00 Praha 5 - Smichov, Czech Republic

□ **Abstract**—Drug Epidemiology Headquarters of the Hygienic Station of the Capital Prague has created a complex drug information system in the Czech Republic. This department collects and analyzes data concerning problem drug users, non-fatal emergencies, and occurrence of infectious diseases, and all these surveys are provided on a routine basis. Data are gathered from the national network of treatment and contact centers for drug users, through repeated representative epidemiological surveys, obligatory reports on infectious diseases (hepatitis A, B and C, HIV/AIDS), and a sentinel system of data collection is used for non-fatal emergencies. In 1994, 1997, and 2000, a repeated study concerning trends of substance abuse by teenagers (aged 14 to 19 years of age) from all types of schools and from all regions of the Czech Republic was carried out by this department in order to study changes in substance abuse and teenagers' opinions related to drugs. In 1994 there were 8334 respondents in the study, in 1997 there were 14,282 respondents, and in 2000 there were 13,018 respondents, which is about 1.5% of the population group of teenagers from 14–19 years old in each year of the study. Recommendations of EMCDDA (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction in Lisbon, Portugal), a body of European Council, are followed by Drug Epidemiology Headquarters. © 2005 Elsevier Inc.

□ **Keywords**—epidemiology; emergency care; heroin; pervitin; cocaine; cannabinoids; hypnotics and sedatives; hallucinogens; toluene

INTRODUCTION

The Czech Republic is one of the states of the former Eastern Bloc, with approximately 10 million inhabitants and an area of 78,866 square kilometers. Until 1989, due to the "iron curtain" and a strict communist regime, there were only a few isolated groups of young people experimenting with drugs, mostly home-made and produced from legal medications or other common compounds (1). Nothing like organized crime, black market trade with drugs, or production for export existed in Czechoslovakia before 1989 (2). Opiates were produced from medications containing codeine or were stolen from pharmacies or hospitals (morphine or pethidine). The only available stimulating drug was a Czech variety of methamphetamine, which is called "pervitin" (N-methylamphetamine), and is produced from ephedrine or pseudoephedrine (2). Since 1989 the situation concerning substance abuse has changed in many ways. The Czech currency became convertible, many Czech people started to travel abroad, which had been impossible before, and many foreign tourists began visiting the Czech Republic. All these factors influenced drug trafficking as well. In the mid 1990's the Czech Republic became not only a transit country for export of drugs, but also a target country for heroin and other drugs (1). In 1993, heroin was detected for the first time as a cause of intoxication and the inflow of this drug since 1993

International Emergency Medicine is coordinated by Jeffrey Arnold, MD, of Tufts University School of Medicine and Baystate Medical Center, Springfield, Massachusetts.

RECEIVED: 19 May 2003; FINAL SUBMISSION RECEIVED: 29 April 2004;
ACCEPTED: 21 May 2004

proved to be devastating, as there was no experience with its effects among users (3). Also, the production of pervitin became a part of organized crime. This drug started to be exported over the whole of Europe, and especially to Germany, under the slang name "Czecho" (1). Drug-related problems and their consequences in the health care system, including Emergency Medicine, had not been known before.

Emergency Medicine is prehospital- and physician-based in the Czech Republic and was established as a specialty in 1999 (as a superspecialization). There are nearly no emergency departments and so the appropriate triage and treatment must be provided on scene and the most suitable health care facility must be chosen for each patient. Epidemiological data concerning substance abuse and intoxications has helped not only for planning of therapeutic and preventive facilities but also for facing emergencies in the field. Education about drugs and drug epidemiology was necessary, and knowledge about teenage substance abuse and changes in the patterns of abuse have proved to be very helpful, especially in specific prehospital settings where the physician has only limited diagnostic means available.

METHODS

The Hygienic Station of the Capital Prague is part of a state network of hygienic services, and the Drug Epidemiology Headquarters was established in 1993. Since then the department has created a nation-wide drug information system and collects data related to drug abuse, non-fatal emergencies, and infectious diseases associated with drug abuse on a routine basis. It also provides education for health care professionals and co-operates with clinicians, especially in acute care. The author herself works both in Emergency Medicine and in Drug Epidemiology Headquarters and is responsible for collecting and analyzing data concerning non-fatal emergencies, including the scope of diagnoses typical for individual drugs. This regular research is a part of the European drug monitoring system (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction—EMCDDA, which was established in 1993), coordinated and directed by the Council of Europe Pompidou Group, which includes member states of the European Union (EU), the joining members of EU, and candidates of membership in EU in the future 1 (see Table 1).

During the years 1994, 1997, and 2000, a large school survey was carried out by the Drug Epidemiology Headquarters in order to gain more precise information about substance abuse by teenagers in the Czech Republic. The questionnaire was proposed by Drug Epidemiology Headquarters in co-operation with the Institute for Sociological Studies at the Faculty of Philosophy of the Charles Univer-

Table 1. Countries Cooperating with EMCDDA

| | |
|----------------|------------------|
| Bulgaria | Malta |
| Croatia | The Netherlands |
| Cyprus | Northern Ireland |
| Czech Republic | Norway |
| Denmark | Poland |
| England | Portugal |
| Estonia | Rumania |
| Faroe Island | Russia |
| Finland | Scotland |
| France | Slovak Republic |
| Greece | Slovenia |
| Hungary | Sweden |
| Iceland | Turkey |
| Ireland | Ukraine |
| Italy | Wales |
| Lithuania | |

sity in Prague and the same version was used in all years (1994, 1997 and 2000). There were 56 questions, some of them with a detailed structure. No verbal answers were needed, the answers were ticked. The questions concerned information and knowledge about drugs and their availability, attitude to abuse, any experience with substance abuse, the type of substance abuse, age of the first contact with any of the observed substances, and frequency of repeated drug abuse (with possibilities: daily, during the last month, during the last year, and any contact previously).

The studied substances were: opiates, stimulating drugs, hallucinogens, medications used without medical prescription, volatile solvents, cannabinoids, anabolic drugs, alcohol and tobacco (see Table 2). Alcohol and tobacco should not be sold to people under 18 years according to Czech legislation, and their abuse by teenagers under 18 years can be considered illegal from this point of view. Nicknames of the other substances were used so the teenagers need not know chemical or pharmacological terms. Sampling of schools was done with regard to the type of school (the last year of the basic school with children aged 14 to 15 years and grammar schools, art schools, high schools, technical schools and apprentice schools for older students aged 15 to 19 years); with the regard to location of the school (the capital of Prague, large cities, smaller towns, rural districts and industrial districts from all regions of the Czech Republic); and the key of sampling copied the structure of educational facilities and the settlement structure. One class of every chosen school was selected randomly. Group-administered questionnaires in a classroom setting was the method used for data collection and the data were collected during 14 days of April each year of the study. The teachers were not present in the classrooms and the questionnaires were collected by epidemiology researchers (M.D. or Bc. degree). Participation in the survey was voluntary, parents of the students were informed in advance, and it was possible for students or their parents to refuse to participate.

Table 2. Substances Included in the Survey

| Groups of Drugs | Examples | Chemical Substance |
|-------------------------|--|--|
| Opiates | Heroin Morphine Pethidin Brown | Diacetylmorphine |
| Stimulating drugs | Cocaine Crack cocaine Pervitin Ephedrine Ecstasy | Hydrochloride cocaine Synthetic cocaine base N-methyl-amphetamin |
| Hallucinogens | LSD Stramonium Psilocybin | Methyldioxymethamphetamin |
| Hypnotics and sedatives | Flunitrazepam Diazepam Midazolam Barbiturates | |
| Volatile solvents | Toluene Trichlorethylen Dimethylketon Diethylether | 4-ethyltoluene |
| Cannabinoids | Marihuana Hashish | Tetrahydrocannabinol Tetrahydrocannabinol |
| Anabolic drugs | Anabolic steroids | |
| Alcoholic beverages | Beer Wine Destilates | |
| Tobacco | | |

Both legal and ethical rules valid in the Czech Republic were followed, and the data were strictly confidential with no possibility of personal identification. Questionnaires were collected in closed individual envelopes. Response rates ranged from 96% to 97%. Data were analyzed using computer SPS program for data processing and the software Epi-info was used for PC transcription. A comparative analysis of each part of the study was carried out.

RESULTS

There were 8334 respondents taking part in the year 1994 (41.9% males and 58.1% females; 14,282 respondents in the year 1997 (48.4% males and 51.6% females), and 13,018 respondents in the year 2000 (49.6% males and 50.3% females). Figure 1 shows respondents' experience with selected substances or groups of substances in each part of the study. The most widespread illegal substances used by teenagers were cannabinoids. Lifetime experience grew from 29.5% in 1994 to 34.8% in 1997, to 46.7% in 2000. Sedatives and hypnotics used without medical prescription are the second most common substances abused, and experience with them was highest in the year 1994. Nevertheless, in the more recent years some sedatives also were used by injection (flunitrazepam) (2), which led to putting this medication under the opiate law in the year 2003 (4). Sedatives are quite

commonly combined with alcohol (1,2,5). It is interesting to examine sedative and hypnotic medications used legally, i.e. with prescription, because use of these medications was also in the questionnaire (see Figure 2). This experience is also growing.

Experience with more and less dangerous illegal substances is shown in Figure 3. In the group of less dangerous illegal substances (i.e., dangerous both in terms of potential for non-fatal emergency and in the risk of addiction) are cannabinoids; and in the group of more dangerous substances are heroin and other opiates, stimulating drugs including ecstasy and cocaine, hallucinogens both natural and synthetic, and volatile solvents (6). Sedatives and hypnotics were excluded from this comparison because strict division between legal and illegal use of these medications was not possible. Experience with any kind of illegal substance is still increasing (32.7% in 1994, 38.4% 3 years later and 48.0% in the year 2000) and the number of teenagers having no experience with any kind of illegal substance was only 50.2% in the year 2000. Between 1997 and 2000, the increase was mainly due to experience with the less dangerous cannabinoids (from 22.4% to 32.0%, respectively) and the experience with other illegal substances remained 16.0% in both years, but we found an increase of experience with more dangerous substances, from 12.6% to 16.0%, between 1994 and 1997.

Modal age of first experiment with various substances

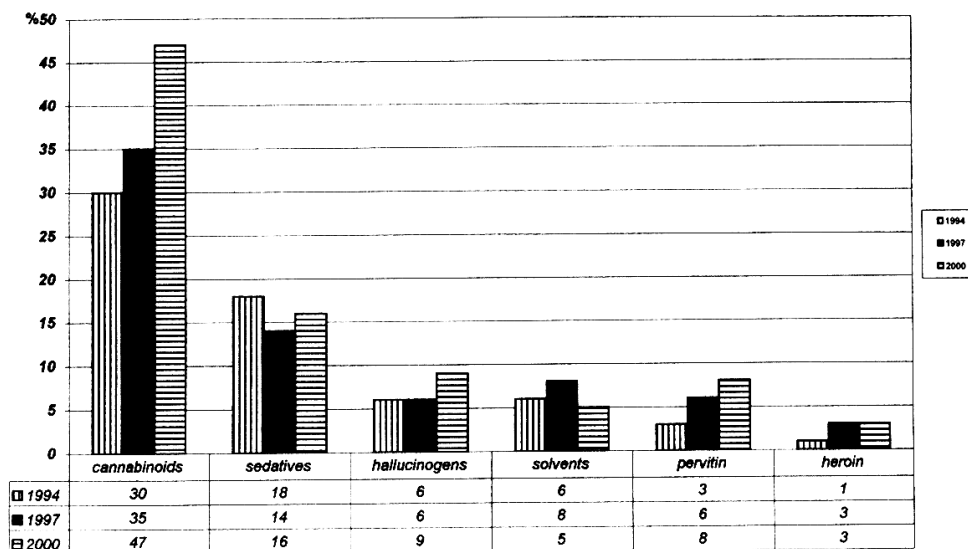


Figure 1. Experience with some substances.

is shown in Table 3. The modal age has decreased for volatile solvents, cannabinoids, and sedatives used without medical prescription, whereas for stimulating drugs, hallucinogens, heroin and other opiates it has increased.

The main limitation of this study is that the results are based on self-reported data that may not be highly accurate, as the respondents may be afraid of negative con-

sequences when they admit substance abuse. On the other hand, the questionnaires were kept strictly anonymous and the data were confidential. Schools and not individual students were chosen as a sampling unit mainly for practical reasons and in concordance with EMCDDA recommendations (7,8). The other limitation is that only the major school population took part in the

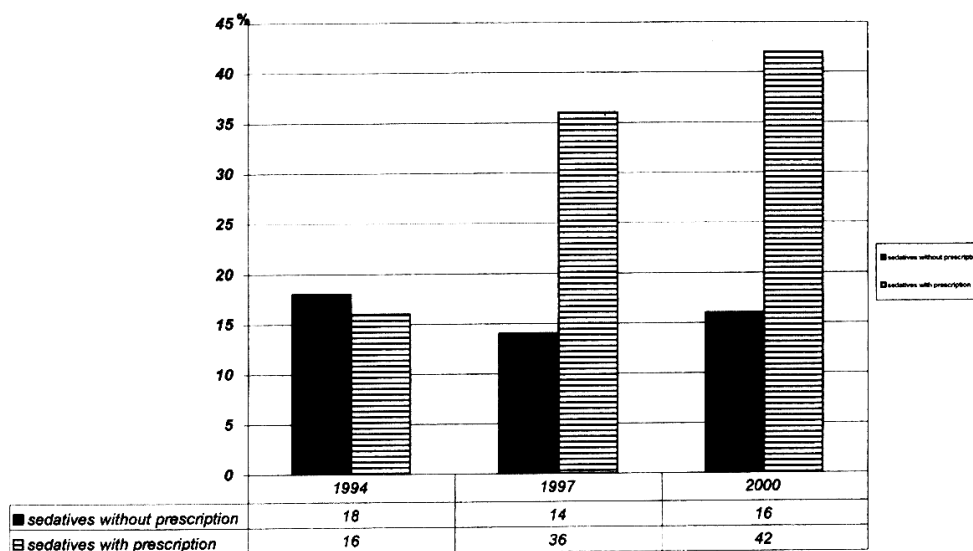


Figure 2. Experience with sedatives with and without medical prescription.

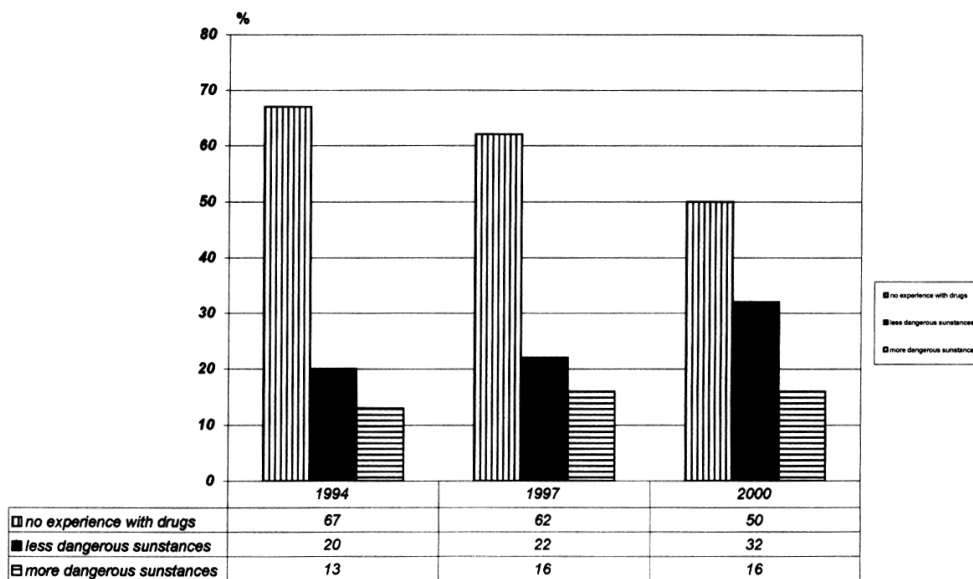


Figure 3. Lifetime experience with more and less dangerous illegal substances.

survey. This means that teenagers who are not attending any type of school or apprenticeship and those from diagnostic institutes or schools specializing in education of problem teenagers were not included, even though in this group substance abuse may be more common (2, 6). Thus, the reported school surveys studied only the major teenage population without marked social problems. Therefore, the results present only a minimal occurrence of drug-related problems in the Czech Republic, and substance abuse as a whole is surely higher than the numbers found in the reported school surveys.

DISCUSSION

The social and political changes in Czech society after 1989 were rapid. They brought not only positive changes but also social instability including an increase in drug-related problems that were not known before (1). Despite changes in legislation (since the year 2000 even posses-

sion of an illegal substance is considered a criminal act), experience with illegal substances is still growing in teenagers (4). Between the years 1994 and 1997 there was also increased experience with more dangerous drugs. An international survey from the year 1995 (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs—ESPAD study carried out in 26 European countries including the Czech Republic for 16-year-old high school population) showed higher consumption of alcoholic beverages by teenagers during the last 12 months (80% European average, 91% Czech Republic), increased experience with cannabinoids (12% European average and 22% Czech Republic) and increased experience with sedatives used without medical prescription (8% European average and 11% in Czech Republic) (9). Lifetime experience with volatile solvents was only 1% under the European average (9% European average, 8% in Czech Republic) and lifetime experience with any illegal substances other than cannabinoids was equal (4%) (9).

There is a high preference for injecting opiates (more than 90% of users inject the drug) and stimulating drugs (60–70% of users inject the drug) (1,2) and this results in an increased occurrence of viral hepatitis B and C (5,6) as well as more severe acute complications in case of intoxications (3,10). Intoxications by heroin are associated with a number of urgent life-threatening complications including apnea, unconsciousness, and pulmonary edema. Heroin is also the most frequent cause of fatal

Table 3. Modal Age of the First Experiment

| | 1994 | 1997 | 2000 |
|-------------------------|------|------|------|
| Heroin and opiates | 15 | 16 | 16 |
| Stimulating drugs | 15 | 16 | 16 |
| Sedatives and hypnotics | 15 | 16 | 13 |
| Hallucinogens | 15 | 16 | 16 |
| Cannabinoids | 15 | 16 | 13 |
| Volatile solvents | 15 | 16 | 14 |

intoxication in the Czech Republic (3,6). Surprisingly, the second highest cause of fatal intoxication is volatile solvents, even though that abuse is less frequent when compared to heroin alone in the population having experience with illegal drugs there are about 5–7% of abusers of volatile solvents and 20–30% of abusers of heroin) (1,3,6). When we analyzed the most frequent diagnoses of abusers of pervitin we found a large number of concurrent psychiatric diagnoses, including toxic psychosis (3). Life-threatening presentations from pervitin intoxication are uncommon, but some of the drug addicts died of renal or multiple organ failure and hyperthermia (3,10). Cocaine is not a serious problem in the Czech Republic as it is much more expensive when compared to pervitin. Pervitin has longer stimulating effects, more than 6 h (2,6).

Emergency physicians in the Czech Republic providing treatment without the possibility of any toxicologic drug testing must be aware of all potential causes of intoxication and its complications. Knowledge both of drug epidemiology and of clinical symptomatology typical for drugs available among teenagers, and also knowledge of new trends in substance abuse is necessary for evaluation of patients with possible substance abuse. Further, it is even more important in prehospital practice

of Emergency Medicine in the Czech Republic because of its unique features.

REFERENCES

1. Sejda J, Studnickova B. Focal point Czech Republic, national report on drug situation 1997, Hygienic Station of the Capital Prague, 1998:11–15, 18–20, 23–36.
2. Kalina K, Dvorak J, Frouzova M, et al. Glossary of terms in the field of drugs and addictions. Praha: Urad vlady CR/Filia Nova/ Group Pompidou; 2003.
3. Seblova J, Sejda J, Polanecky V, Studnickova B. Epidemiology of drug intoxications in Prague in 1997–2000. *Anest Neodkl Pece* 2001;12:263.
4. Zákon o návykových látkách č. 167/1998 Sb.
5. Polanecky V, Smidova O, Studnickova B, Sejda J, Hustopecky J. Mladez a navykove latky v CR—2000. Hygienic Station of the Capital Prague. 2001;7–13, 23–26, 51–53.
6. Polanecky V, Smidova O, Studnickova B, Safr J, Sejda J, Hustopecky J. Mladez a navykove latky v CR—trendy. Hygienic Station of the Capital Prague. 2001;7–10, 35, 61–66.
7. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 2003.
8. Overall trends and developments (Annual Report 2003: The State of Drugs Problem in the European Union and Norway). European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2003. Available at: <http://www.emcdda.eu.int>.
9. Hibbel B, Andersson B, Bjarnason T, Kokkevi A, Morgan M, Narusk A. The 1995 ESPAD Report. Stockholm: Modin Tryck AB; 1997.
10. Nohel P, Kraus R. Lethal intoxications with amphetamine. *Anest Neodkl Pece* 2001;12:47–8.

REDAKCE ČASOPISU ČESKOSLOVENSKÁ
PSYCHOLOGIE

V Praze, dne 8. 3. 2007

Vážená paní

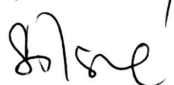
MUDr. Jana Šeblová

ÚSZS Středočeského kraje

Vážená paní doktorko,

sděluji Vám, že Vaše stat' (se spoluautory V. Kebzou a J. Vignerovou) „Zátěž a stres pracovníků záchranných služeb..." byla přijata do tisku. Uveřejníme ji podle místa v příslušné rubrice.

S pozdravem



PhDr. Iva Šolcová

výkonná redaktorka