SYNDROM VYHOŘENÍ V PRAXI ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE

Bakalářská práce

FILIP KŘÍŽEK

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s. PRAHA 5

Vedoucí práce: MUDr. Dušan Klos Ph.D.

Stupeň kvalifikace : bakalář

Datum předložení:2011-05-31

Praha 2011

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně a všechny zdroje literatury jsem uvedl v seznamu použité literatury.

Souhlasím s presenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne: 2011-05-31

podpis

Abstrakt

Hlavním tématem bakalářské práce byl syndrom vyhoření v praxi u zdravotnických záchranářů. Teoretická část se zaměřila na definici pojmu, jeho historii, příznaky a faktory přispívající ke vzniku a rozvoji syndromu a to v obecné rovinně, poté se specifikaci na profesi záchranáře.

V empirické části byl proveden výzkum formou dotazníků. Dotazníková studie zjišťovala znalost pojmu, schopnost identifikace příznaků syndromu vyhoření pracovníků záchranných služeb, jejich míru expozice ke kritickým událostem a poskytla analýzu dalších možných negativní faktorů podporujících jejich vznik.a rozvoj.

Klíčová slova: Syndrom vyhoření. Záchranář. Záchranná služba.

Abstract

The main topic of this bachelors work was the burnout syndrome in the practice of paramedics. The theoretical part focused on the concept definition, its history, symptoms and factors contributing to the emergence and development of the syndrome in general plane (level) and then with the specification in the paramedics profession.

In the empirical segment the research was conducted using questionnaires. Questionnairestudies have examined the concept of knowledge, the ability to identify symptoms of the burnout syndrome of rescue (emergency) services workers, their extent of exposure to critical events and provided an analysis of other possible negative factors supporting their emergence and development.

Key words: Burnout syndrome. Paramedic. Rescue (emergency) service

Předmluva

Práce zdravotnických záchranářů je prací s lidmi často v krizových situacích a je velice psychicky a fyzicky náročnou. Na téma syndromu vyhoření bylo publikováno mnoho prací, nicméně ne tak často v souvislosti přímo s praxí zdravotnického záchranáře.

Tato práce vznikla ve snaze zaměřit se, na podle mě často opomíjenou problematiku syndromu vyhoření u zdravotnických záchranářů. Domnívám se, že složka integrovaného záchranného systému jakou je záchranná služba, by měla klást větší důraz na prevenci a řešení tohoto problému. Psychická pohoda a rovnováha lidí, kteří zachraňují lidské životy, by měla být jednoznačnou prioritou.

Výběr tématu byl ovlivněn mou šestiletou praxí na záchranné službě v pozici záchranáře a právě velice častým kontaktem, jak s činiteli vzniku tohoto syndromu, tak s lidmi, u kterých se již syndrom vyhoření z části nebo na plno projevil.

Práce je určena všem zdravotnickým záchranářům a lidem, kteří mají možnost tuto problematiku nějakým způsobem ovlivnit.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucímu bakalářské práce MUDr. Dušanu Klosovi, Ph.D. za pedagogické usměrnění a vedení a Mgr. Martině Papšové za podnětné rady a podporu, kterou mi během vypracování mé bakalářské práce poskytli.

Obsah

Abstrakt ... 3

Úvod ... 7

Cíl práce ... 7

1 Teoretická část ... 8

1.1 Historie ... 8

1.2 Definice ... 8

1.3 Vznik syndromu vyhoření ... 10

Fáze procesu burn-out ... 11

1.4 Faktory podporující vznik syndromu burn-out ... 12

1.5 Příznaky syndromu vyhoření ... 13

1.6 Ochranné faktory profese zdravotnického záchranáře ... 14

1.7 Syndrom vyhoření a zdravotnický záchranář ... 16

1.7.1 Zdravotnický personál ... 17

1.7.2 Rizikové profese ... 18

1.8 Prevence ... 19

1.9 Psychohygiena ... 22

2 Praktická část ... 25

2.1 Pracovní hypotézy ... 25

2.2 Charakteristika zkoumaného vzorku ... 25

2.3 Metodika práce ... 25

2.4 Šetření v terénu ... 27

2.5 Výsledky výzkumu ... 28

2.6 Verifikace hypotéz 38

2.7 Případy z praxe 39

2.7.1 Případ 1 - Hlášení dispečinku 39

2.7.2 Případ 2 - Hlášení dispečinku 41

2.7.3 Případ 3 - Hlášení dispečinku 42

3 Diskuse 45

4 Závěr 48

5 Resumé v českém jazyce 49

Použitá literatura 50

Seznam tabulek a grafů 52

Seznam příloh 54

Úvod

V současné době je problematika syndromu vyhoření stále aktuálnější a je tématem mnoha studií. A to nejen zkoumání jejího negativního vlivu na zátěžové profese jakými jsou např. složky Integrovaného záchranného systému, zdravotnický personál, pedagogičtí pracovníci a další.

Díky rozsáhlému rozvoji a mnoha transformačním změnám v přednemocniční neodkladné péči v naší společnosti v 90. letech minulého století a současnému společenskému vývoji se mění, resp. přibývají faktory ovlivňující vznik tohoto syndromu.

Psychická, tělesná a sociální pohoda je pro každého člověka velkým bohatstvím, které je potřeba rozvíjet a chránit. V současné době je kladen velký důraz na zvyšování kvality ošetřovatelské péče a to nejen v urgentní medicíně.

Všechny negativní vlivy, které ovlivňují a zhoršují kvalitu vykonané práce, mohou vést ke vzniku syndromu vyhoření . Vliv tohoto syndromu negativně působí nejen na samotné záchranáře, ale má i negativní dopad na pacienty, rodinné příslušníky tak i na lidi v jejich blízkém okolí.

A právě řešení syndromu vyhoření, ať už z pohledu pracovního nebo pohledu volného času, je nasnadě. Je potřeba nalézt účinné způsoby prevence a řešení syndromu vyhoření, které pak budou přínosem nejen pro pacienty, ale také pro samotné záchranáře, kteří jsou syndromem vyhoření ohroženi nebo již postiženi.

Cíl práce

Jak již bylo uvedeno, práce zdravotnických pracovníků je namáhavá a také náročná, jak po stránce fyzické, tak po stránce psychické. Tyto nároky se ještě zvyšují u zdravotnických záchranářů v dvousměnném provozu a v terénu mimo zdravotnická zařízení.

Jelikož jsem se této problematice věnoval již v absolventské práci během svého studia oboru Zdravotnický záchranář, bylo mi toto téma blízké, a proto jsem se pokusil na něj nahlédnout i s odstupem šestileté praxe na Záchranné službě. Nyní chci poukázat a zdůraznit některé ožehavé a aktuální problémy, které praxi provází, čímž přispívají ke vzniku a rozvoji tohoto syndromu.

1 Teoretická část

1.1 Historie

Syndrom vyhoření – burnout, je odborný termín, který poprvé použil v roce 1974 americký klinický psycholog Hendrich J. Freudenberger a o dva roky později sociální psycholožka Christina Maslach z Kalifornské univerzity. Je používaný zejména v psychologii a psychoterapii.

Byl specifikován, jako jev celkového vyčerpání tělesného , psychického a duševního. Již v Bibli nacházíme jeho prvopočátky v příběhu proroka Eliáše, který pronásledován krvežíznivou Jezábel utíká do pouště a tam zcela vyčerpaný padá a žádá pro sebe smrt.

Zdravotnictví bylo jedním z prvních odvětví, kde byl syndrom vyhoření diagnostikován. Převážně byly postiženy zdravotní sestry z onkologických oddělení, hospiců a psychiatrických léčeben, kde je obecně péče velice psychicky i fyzicky náročná s neutěšenou prognózou. Později se zjistilo, že tímto syndromem trpí i lékaři.

V Československu se objevuje na přelomu osmdesátých a devadesátých let minulého století a patří k problémům souvisejícím se zvládáním stresu jedinců, kteří se vyrovnávají s transformačními změnami.

U nás bylo k tomuto tématu zatím vypracováno velmi málo prací. Problém vyhoření byl někdy jen okrajově zmiňován v publikacích zabývajících se psychologií zdraví, psychosomatikou či psychoterapií, s výjimkou orientačního článku v časopise „Sestra“ (HAŠKOVCOVÁ, 1994). Jednou z mála prací k tomuto tématu je snad kniha Křivohlavého „Jak neztratit nadšení“ (KŘIVOHLAVÝ, 1998).

1.2 Definice

Nejznámější definice syndromu vyhoření pochází od **A**. **Pinesové,** kterou ve své publikaci uvádí C. Hennig a G. Keller**:** „Syndrom vyhoření lze popsat jako duševní stav objevující se často u lidí, kteří pracují s jinými lidmi. Tento stav ohlašuje celá řada symptomů: člověk se cítí celkově špatně, je emocionálně, duševně a tělesně unavený. Má pocity bezmocnosti a beznaděje, nemá chuť do práce ani radost ze života. Vyhoření není důsledkem izolovaných traumatických zážitků, nýbrž se objevuje jako plíživé psychické vyčerpání.“ (HENNING, KELLER,1996)

Odpověď na otázku: „O co se jedná?“ je možné zoodpovědět různým způsobem. Jeden ze způsobů říká: „Lepší než deset definic diamantů, je možno navštívit brusírnu diamantů. Podívat se, vidět, jak vypadají a co se s nimi dělá“. Podívejme se tedy, jak syndrom vyhoření hodnotí kliničtí psychologové, kteří se tímto jevem dlouhodobě zabývali. Henrich Freudenberger: „Burnout je konečným stádiem procesu, přičemž lidé, kteří se hluboce emocionálně zabývají, ztrácejí svoje nadšení (svůj enthusiasmus) a svou motivaci, své vlastní hnací síly.“ (KŘIVOHLAVÝ, 1998)

V prvé řadě tím byli myšleni lidé, kteří pracují ve zdravotnictví jako lékaři, zdravotní sestry a nebo právě zdravotničtí záchranáři. Kladem této definice je, že je kladen důraz na to, že jde o proces a nejen o konečný stav psychického vyhořívání. Cary Cherniss:„Burnout je výsledkem procesu, v němž lidé velice intenzivně zaujati určitým úkolem (ideou) ztrácejí své nadšení.“ Podle Chernisse dochází ke vzniku syndromu vyhoření mimořádně vysokým, dlouhodobě působícím napětím. Proces vyhořívání je dovršen, když se pracovník staví k obtížím pouze negativně, stává se cynickým, apatickým a strnulým. Agnes Pines a Elliott Aronson: „Burnout je formálně definován a subjektivně prožíván jako stav fyzického, emocionálního a mentálního vyčerpání, které je způsobeno dlouhodobým zabýváním se situacemi, které jsou emocionálně těžké (náročné). Tyto emocionální požadavky jsou často způsobeny kombinací dvou věcí: velkým očekáváním a chronickými situačními stresy.“ Právě tato autorská dvojice se pokusila jednotlivé druhy vyčerpání přesněji určit.- Fyzické vyčerpání je definováno výrazným snížením energie,chronickou únavou a celkovou slabostí.- Emocionální vyčerpání je definováno pocity beznaděje a představou,že člověku není pomoci, že je chycen do pasti.- Mentální vyčerpání je definováno negativním postojem sama k sobě, práci, životu obecně. Maslach a Jackson: „Burnout je syndromem emocionálního vyčerpání, depersonalizace a sníženého osobního výkonu. Dochází k němu tam, kde lidé pracují s lidmi, to je tam, kde se lidé věnují potřebným lidem.“Tato definice upozorňuje na snižování kvality a kvantity práce nebo služby, která je lidem poskytována, což souvisí s nízkou morálkou a s pracovní nespokojeností, které tak vedou k častější fluktuaci (změna zaměstnání), či k absenci (nepřítomnosti v práci). Burnout souvisí i s fyzickou vyčerpaností, nespavostí, zvýšenou konzumací alkoholu a drog. Psychické vyčerpání souvisí i s manželskými problémy typu ztráty zamilovanosti a uhasínání manželské lásky. (KŘIVOHLAVÝ, 1998)

Obecně lze konstatovat, že většina pojetí se shoduje alespoň v následujících bodech (BARTOŠÍKOVÁ, 2006)

Jde tu především o psychický stav, prožitek vyčerpání

- Vyskytuje se zvláště u profesí, obsahujících jako podstatnou složku pracovní náplně „práci s lidmi“
- Tvoří jej řada symptomů především v oblasti psychické, částečně však též v oblasti fyzické a sociální
- Klíčovou složkou syndromu je emoční vyčerpání a „opotřebení“ a často i celková únava
- Všechny hlavní složky tohoto syndromu rezultují z chronického stresu

1.3 Vznik syndromu vyhoření

Již bylo zmíněno, že Freudenbergerova definice vysvětluje syndrom vyhoření jako konečné stadium procesu, který může být pozorovatelný u člověka, který se něčím hluboce emocionálně zabývá a postupně u něj dochází ke ztrátě zájmu, prvotního nadšení z věci a v neposlední řadě také ke ztrátě motivace. Dá se říct, že člověk jakoby přestal vidět smysl toho, co dělá. Mnoho autorů hovoří a popisuje jednotlivé fáze či stadia tohoto procesu. Znamená to, že se tento proces vyvíjí, tedy je dynamický. Délka jeho vývoje může být od měsíců až po řadu let a jednotlivé fáze mohou být různě dlouhé. V následujících řádcích uvádím rozdělení fází fenoménu vyhoření uvedené v knihách A. Kalwasse a J. Křivohlavého.

A. Kalwass (KALWASS, 2007) ve své knize rozděluje fáze vyhoření do 3 skupin:

1) **Prohlubující se vyčerpanost.** Hlavním příznakem tohoto stádia je ztráta tělesné energie (výkonnosti).

2) **Znecitlivění či zlhostejnění.** Prožívání radosti nebo smutku není již tak intenzivní. Díky tomu si lidé v této fázi připadají emocionálně vyprázdnění. Spánek nepřináší úlevu a odpočinek, sexualita ustupuje do pozadí, protože jedinec se cítí unaven.

3) **Stahování do ústraní.** Znamená sociální izolaci. Postižený jedinec omezuje kontakty s přáteli, spolupracovníky a okolním světem. V zaměstnání dochází ke snížení pracovní výkonnosti, což může mít za následek také snížení kvality poskytované péče.

Syndrom vyhoření je konečný stav procesu vyhořívání, který prochází několika fázemi. Nejjednodušší pojetí fází procesu vyhoření je čtyřfázový model Christiny Maslach.

1. fáze – idealistické nadšení a přetěžování

2. fáze – emocionální a fyzické vyčerpání

3. fáze – dehumanizace druhých lidí jako obrana před vyhořením

4. fáze – terminální stádium: stavění se proti všemu a proti všem, dochází k sesypání a vyhoření všech zdrojů energie

Fáze procesu burn-out

Tabulka č.1: Proces vyhořívání – uvedeny jednotlivé fáze procesu vyhořívání t … time – čas

1.	**2.**	**3.**	**4.**
nadšení	**přetížení**	**Napadání druhých lidí**	**„proti všem“**

Vyhořívání je procesem probíhajícím v čase. Při práci záchranáře člověk prožívá počáteční nadšení, pociťuje radost a sebeuspokojení z vykonané práce např. v tomto

oboru dejme tomu z první úspěšné resuscitace atd.. Postupem času ovšem člověk ztrácí počáteční nadšení ,často se mu může zdát, že se dostává do stereotypu. Druhou fází může být tzv. přetížení, kdy jsou pocity uspokojení střídány pocity napětí, kdy už není chuť pomáhat, nejdříve problémovým klientům, poté již všem.Většinou záchranář začne přenášet problémy z práce domů a naopak.Začíná být stresovaný a má zmatek v hodnotovém žebříčku. Kolikrát má pocit beznaděje, objevuje se pocit zbytečnosti, ztráta motivace,sebehodnocení se dostává na nulu. Dochází k napadání druhých lidí, což může být částečně chápáno jako jakási forma obrany. Člověk se dostává do sociální izolace. Všechny tyto aspekty vedou k totálnímu vyčerpání a vyplenění všech zdrojů energie. (KŘIVOHLAVÝ, 1998)

1.4 Faktory podporující vznik syndromu burn-out

Je faktem, že syndrom vyhoření se objevuje u určitého typu lidí. Jsou to lidé, kteří mají ve svých osobnostních rysech vlastnosti, které je takřka přímo předurčují k vyhoření. Jsou to lidé pronásledováni časem, odpovědností, přemírou požadavků a nároků. Jejich schopnosti, dovednosti ani jejich kapacita však nestačí.

Kromě osobnostních predispozic nahrává vzniku burn-out také profese zejména ta, která je orientovaná na neustálý kontakt s druhými lidmi popř. na vypjaté či stresové situace např. v profesi zdravotnického záchranáře. Dlouhodobá fyzická a hlavně psychická zátěž postupně obrušuje veškeré nadšení a radost z práce.

Na rozvoji syndromu vyhoření se podílí i další negativní faktory.

Jsou to:

- původní vysoké pracovní nasazení, zaujetí pro věc
- původní vysoká empatie, obětavost, zájem o druhé
- původně střední až vysoká senzitivita
- nízká asertivita

- neschopnost relaxace

- chronické přesvědčení a neadekvátní pracovní a společenské uznání

- přílišná emocionální zátěž

- vliv prostředí, pracovních podmínek a organizace práce

- narušení sociální komunikace v pracovním, společenském a rodinném životě

(KEBZA, ŠOLCOVÁ, 2003)

1.5 Příznaky syndromu vyhoření

V této kapitole se rozlišují tři komponenty vyhoření:[1]

a) Tělesné vyčerpání: slabost, poruchy spánku, chuti k jídlu, náchylnost k nemocem, vegetativní obtíže (srdce, dýchání, zažívání), vyčerpanost, svalové napětí, vysoký krevní tlak …

   Lidé trpící syndromem vyhoření jsou zvýšeně náchylní k úrazům, častěji onemocní, stěžují si na bolesti hlavy, pocity nevolnosti, napětí svalů šíje a zad. Dalšími příznaky jsou změny jídelních návyků, změny tělesné hmotnosti a podobně. Časté jsou také stížnosti na chronickou únavu, spojenou s poruchami spánku – ačkoliv se postižený člověk celý den cítí unavený, v noci mu myšlenky na starosti nedovolí usnout, nebo se mu zdají děsivé sny. Mnozí lidé se snaží uniknout s pomocí alkoholu, cigaret, barbiturátů, někdo se uklidňuje jídlem. Tyto metody však nemají trvalý účinek. Dříve nebo později přestanou působit a jen prohlubují vyčerpání a zoufalství.

b) Emocionální vyčerpání: emocionálně vyčerpaný člověk se cítí jako ubitý, má pocit bezmocnosti, sklíčenosti a beznaděje, ze které nevidí žádné východisko. Trpí nespokojeností, pocitem nedostatku uznání, nízkou sebedůvěrou, neschopností

[1] Matoušková, I.: Syndrom vyhoření. Dostupné z URL: http://www.branavzdelani.estranky.cz/clanky/clanky/syndrom-vyhoreni_-burn-out.html. (Poslední přístup 12.5.2011)

uvolnit se. V extrémních případech trpí ztrátou smyslu života , která může vést k vypuknutí duševní nemoci či k myšlenkám na sebevraždu.. Lidé, kteří prožívají emocionální vyčerpání, mají pocit, že veškerou energii, spotřebují na zvládání běžných úkolů každodenního života. Člověk, který vyhořel, se cítí emočně vysátý, je podrážděný a nervózní. Ani rodina a přátelé už pro něj nejsou zdrojem energie a uspokojení – naopak pro něj představují jen další nároky.

c) Duševní vyčerpání: u lidí, kterým hrozí vyhoření, se objevují negativní postoje k sobě samým, k vlastní práci a vlastním úspěchům, ale také k okolí a ke klientům. Mnohdy se zděšením zjišťují, že jsou schopni myšlenek a pocitů, které by u sebe nikdy nečekali. Vyhoření vede často k dehumanizaci postoje ke klientům. Člověk přestává vnímat, že lidé kolem mají stejné pocity a myšlenky jako on. Lidé, kteří propadli procesu dehumanizace, ztrácejí schopnost vnímat osobní identitu lidí, o které se mají starat, stále méně s nimi hovoří a stále častěji s nimi jednají, jako by ani nebyli lidmi. Vyhořelí lidé pracující v pomáhajících profesích mohou své pacienty či klienty vidět spíš jako agregáty problémů, než jako individua.

Hlavní projevy komponentů vyhoření v kostce :

- ztráta schopnosti radovat se, těšit se ze života, ztráta vůle angažovat se, ztráta schopnosti empatie, ztráta pocitu odpovědnosti- negativní postoje vůči vlastní osobě, vůči práci, instituci, společnosti a životu vůbec

- emocionální problémy, agresivita, netrpělivost, nervozita- únava, vyčerpání, pití, abúzus drog, ztráta zájmu až po vývoj deprese a jiných psychických poruch

1.6 Ochranné faktory profese zdravotnického záchranáře

V této kapitole jsem využil poznatků z publikace „O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry“ od Ivany Bartošíkové a pokusil jsem se je upravit pro profesi zdravotnického záchranáře. Kromě toho, že existují rizikové faktory, má zdravotnická profese i tzv. protektivní – ochranné faktory. Ty umožňují nacházet v práci satisfakce, mohou posilovat motivaci k další práci a podílejí se na spokojenosti zdravotnických záchranářů. Pokusím se opět o jejich výčet, který si ani tentokrát nečiní nárok na

úplnost. Mnohé z těchto ochranných faktorů, které představují tu pozitivní a radostnou stránku práce nejenom sester, ale všech zdravotníků, pomohly objevit a sestavit sestry při jejich seminářích.

- Neustálý styk s různorodými lidmi může být zdrojem poučení a rozšíření vlastních obzorů.

- Pestré lidské seskupení, jaké představuje složení pacientů v průběhu let, umožní ledacos se dozvědět, přiučit.

- Je-li často záchranář dobrý posluchač, může se dozvědět i to jaký smysl přikládají jiní lidé životu, co považují za pravé hodnoty.

- Je možné zažít, jak lidé statečně bojují s nepřízní, bolestí, mohou být i příkladem jak snášet nemoc a vše, co s ní souvisí.

- také porovnání vlastních starostí se zátěží života druhých lidí může vést k přehodnocení vlastních postojů a pohledů na život. Je to jakási „škola života při zaměstnání“, která může přispívat k dřívější a plné zralosti.

- V této profesi lze také získat bezprostředně ocenění vlastní práce, ať už poděkováním pacienta nebo příbuzných nebo - u záchranářů - často ihned viditelným pokroky v léčbě u život ohrožujících stavů.

- Práce ve zdravotnictví patří k povoláním, která v sobě nesou myšlenku altruismu vyjádřenou pomocí druhým lidem, což je činnost, která sama o sobě je smysluplná a také druhými lidmi ceněná.

- Pocit uspokojení z dobře vykonané práce, která je v této profesi zastoupena zachráněným lidským životem.

- Získávání stále nových zkušeností, širokých dovedností, v průběhu let lze získat i velký rozhled a zkušenosti s jednáním s mnoha typy lidí v různých, často krizových, situacích, což je výbornou přípravou pro život.

- Pestrost, proměnlivost práce, rozvíjení umění improvizovat v neobvyklých situacích.

- Ve srovnání s ostatními lidmi má nadprůměrné znalosti týkající se zdraví a jeho ochrany.

- Právě smysluplnost a zaujetí pro práci patří k faktorům zvyšujícím odolnost vůči zátěžovým životním událostem.

(BARTOŠÍKOVÁ, 2006)

1.7 Syndrom vyhoření a zdravotnický záchranář

Záchranná služba jako samostatný celek za minulého režimu neexistovala a pokud ano viz. Praha sloužila jako pouhá převozová služba medicínské péče. Stejně tak neexistovala funkce samostatně pracujícího záchranáře. Teprve v posledních deseti či patnácti letech stoupla společenská prestiž této profese a stala se významným faktorem v procesu neodkladné přednemocniční péče.

Zachráněný lidský život, pomoc od bolesti, zlepšení zdravotního stavu, někdy pouze psychologická pomoc, to vše je velká zodpovědnost, která může být pro záchranáře na jedné straně pocitem uspokojení z práce, ale na druhé straně se mohou cítit stresování a frustrováni, neuspokojeni z hlediska svých základních psychických a sociálně-psychologických potřeb. Všechny tyto aspekty mají vliv na sebereflexi a celkový postoj zdravotnického záchranáře k jeho profesi a k pacientům.

V počátcích záchranné služby zdravotničtí záchranáři nenesli až takovou zodpovědnost vzhledem k složení posádek, kde byl povětšinou lékař. Nyní v rámci posádek RZP (rychlá zdravotnická pomoc), která je pouze ve složení záchranář a řidič, nesou přímou zodpovědnost za zásadní rozhodnutí, která ovlivňují zdravotní stav a nezřídka kdy i život pacienta a díky těmto situacím jsou vystaveni značnému stresu.

Přepracovanost, směnný provoz, někdy mechaničnost práce, nevhodné chování nadřízených, konflikt rolí v zaměstnání a rodině, nedostatek opory ze strany spolupracovníků, rodiny či přátel, neindikované výjezdy , komunikace s příbuznými pacientů ve stresových situacích, slovní i fyzické napadání na výjezdech a k tomu ještě dlouhodobé působení výše uvedených faktorů vede k tomu, že povolání zdravotnického záchranáře patří mezi profese s vysokým rizikem syndromu vyhoření.

1.7.1 Zdravotnický personál

Práce v jiných zdravotnických zařízeních je spojena s vyšší mírou stresu, než-li je tomu u dalších profesí. Nadměrná zátěž zvyšuje riziko chybných výkonů a rozhodnutí, pracovních úrazů, psychosomatických onemocnění a je také často důvodem, proč lékaři i zdravotní sestry opouštějí zdravotnictví.

Zdravotnictví v nemocech z povolání jednoznačně a dlouhodobě vede. Navíc, drtivou většinu postižených představují ženy. Vedle fyzické náročnosti práce a například rizika infekce je stále závažnějším problémem i psychická zátěž, která často působí dlouhodobě a skrytě. Velkou roli představují zátěže fyzické, chemické a fyzikální jako např.:

- rizika infekce
- narušení spánkového rytmu
- nedostatek času a klidu na pravidelnou stravu a dodržování pitného režimu
- kontakt s dezinfekčními přípravky a pomůckami
- zatížení páteře při zvedání a polohování pacientů
- zatížení svalového a kloubního systému

Také se uplatňuje psychická, emocionální a sociální zátěž:

- neustálá pozornost, sledování stavu pacientů
- pružné reagování na různorodé požadavky
- nutnost rychlého rozhodování, samostatného rozhodování
- působení bolesti druhým
- provádění činností, které běžně vzbuzují odpor
- komunikace s příbuznými, konflikt rolí
- nízké ohodnocení náročné práce
- nároky na neustálé učení a vzdělávání

(BARTOŠÍKOVÁ, 2006)

1.7.2 Rizikové profese

Kromě již zmiňovaných profesí se tato problematika bezprostředně dotýká i další velice ohrožené profese a tj. pracovníků v sociálních službách. I ti jsou vystaveni neustálému každodennímu kontaktu s lidmi, nízkému společenskému i finančnímu ohodnocení. Pracují s lidmi:

jejich psychika není vyvážená

jejich představa o přiměřené pomoci není vždy realistická

jsou nedostatečně motivováni ke spolupráci

jsou hyperkritičtí, agresivní

jsou to často osoby těžce nemocné , umírající , handicapované atd.

(ŠVINGALOVÁ, 2006)

(KEBZA, ŠOLCOVÁ, 2003) uvádějí přehled dalších ohrožených profesních skupin u nichž lze za určitých okolností předpokládat vznik a rozvoj syndromu vyhoření. Jsou to např.:

učitelé na všech stupních škol

policisté v přímém výkonu služby, kriminalisté

právníci

politici

manažeři

úředníci v bankách, úřadech a orgánech státní správy

příslušníci ozbrojených sil

dispečeři, dispečerky

psychologové aj.

J. Křivohlavý, ale také i V. Kebza s I. Šolcovou řadí mezi další profese s výskytem syndromu vyhoření například psychology, psychoterapeuty, sociální pracovníky a pracovnice ve všech oborech, učitele a učitelky na všech stupních škol, pracovníky věznic, duchovní a řádové sestry, právníky (zvláště advokáty), dispečery záchranné služby, zaměstnance policie, kriminalisty, příslušníky zásahových jednotek a další. Za určitých okolností to mohou být také nezaměstnanecké kategorie, vždy však u osob, které jsou v jakémkoli kontaktu s druhými lidmi, jsou závislé na jejich hodnocení a mohou být vystaveny působení chronického stresu - např. u výkonných (špičkových) umělců, sportovců, ale také u osob samostatně výdělečně činných. K psychickému vyhoření dochází také u vedoucích pracovníků všech stupňů.

(KEBZA, ŠOLCOVÁ, 2003), (KŘIVOHLAVÝ, 1998)

1.8 Prevence

Jak chránit své zaměstnance před vyčerpáním a vlivem syndromu vyhoření není problematikou, která se dotýká pouze jednotlivců, organizací.

Ze základních složek integrovaného záchranného systému, jí začaly poprvé systematicky řešit u Policie České republiky. Zde vznikal systém posttraumatické intervenční péče od počátku roku 1999. Od roku 2001 došlo k jeho postupné aplikaci do policejní praxe.

V rámci rezortu Ministerstva vnitra byl tento vzor dále přenesen i do Hasičského záchranného sboru České republiky, kde se v praxi uplatňuje od roku 2003. Zdravotnická záchranná služba na adekvátní ošetření této problematiky ve svém rezortu teprve čeká.

I z těchto důvodů vznikl ve spolupráci Územního střediska záchranné služby Středočeského kraje a Centra zdraví a životních podmínek Státního zdravotního ústavu v Praze v roce 2002 projekt studie „Zátěž a stres pracovníků záchranné služby s potenciálním vyústěním v burn-out syndrom - možnosti včasné diagnózy, terapie

a prevence“[2]. Tento projekt byl realizován ve spolupráci se složkami IZS, kterými byly Hasičský záchranný sbor a Policie ČR, která poskytla své psychology.

(VYMĚTAL, 2007)

Integrovaný záchranný systém

Hlavním posláním integrovaného záchranného systému je provádění záchranných a likvidačních prací při všech mimořádných událostech.

Ministerstvo vnitra provádí ústřední koordinaci záchranných a likvidačních prací prostřednictvím Generálního ředitelství Hasičského záchranného sboru. Činnost integrovaného záchranného systému se uskutečňuje prostřednictvím jeho složek, které dělíme na :

1) **základní složky** – hasičský záchranný sbor České republiky, jednotky požární ochrany zařazené do plošného pokrytí kraje jednotkami požární ochrany, zdravotnická záchranná služba a Policie České republiky

2) **ostatní složky –** vyčleněné síly a prostředky ozbrojených sil, ostatní ozbrojené bezpečnostní sbory, ostatní záchranné sbory, orgány ochrany veřejného zdraví, havarijní, pohotovostní, odborné a jiné služby, zařízení civilní ochrany, neziskové organizace a sdružení, které lze využít k záchranným a likvidačním pracím

3) **ostatní složky za krizových stavů -** odborná zdravotnická zařízení na úrovni fakultních nemocnic

(VYMĚTAL, 2007)

Zdravotničtí profesionálové mohou sami sebe zvětší části chránit před nadměrnou stresovou zátěží a rozvojem syndromu vyhoření, pokud budou respektovat a uplatňovat následující pravidla a doporučení prevence stresu a duševní hygieny:

---

[2] Šeblová, J.: Zátěž a stres pracovníků zdravotnických záchranných služeb. Dostupné z URL: http://www.bozpinfo.cz/win/knihovna-bozp/citarna/clanky/ochrana_zdravi/stres_zachranari.html. (Poslední přístup dne 22.5.2011)

- vytváření a udržování kvalitních mezilidských vztahů,
- práce s podstatnými informacemi,
- zvládnutí potřebných pracovních dovedností,
- dobrá a jasná komunikace v rámci pracovního týmu,
- dobré vnímání sebe sama (sebeuvědomění) na tělesné i duševní úrovni,
- psychoterapeutický výcvik,
- mít na sebe realistické nároky a dávat si dosažitelné cíle,
- vést co nejpevnější hranici mezi zaměstnáním a soukromím,
- věnovat se zájmům a zálibám, které nesouvisejí se zaměstnáním,
- umět zvládnout negativní emoce,
- snížení spotřeby alkoholu, tabáku a kofeinu,
- přiměřené a vhodné tělesné cvičení,
- uvědomit si hranici samoléčení a včas vyhledat odbornou pomoc,
- optimalizovat svůj životní styl,
- dobrá pracovní doba pomáhá předcházet profesionálnímu stresu a syndromu vyhoření,
- vhodně projevovat emoce a humor,
- zvládnutí a užívání relaxačních technik,
- kladný postoj k sobě samému.

V primární prevenci stresu by se měli angažovat i zaměstnavatelé, jelikož bylo zjištěno, že až 70 % pracovních neschopností je zapříčiněno nemocemi, jež mají souvislost se stresem. Faktory, kterými lze snižovat stresovou zátěž na pracovišti, jsou:

- analýza specifických stresových faktorů,
- podpora odborných kontaktů,
- přiměřená míra odpovědnosti a pravomocí zaměstnance,
- podpora rekreačních a sportovních akcí v mimopracovní době,

- vytvoření vyhovujícího pracovního prostředí,
- finanční ohodnocení,
- morální ohodnocení,
- efektivní komunikace vedoucích pracovníků s podřízenými,

Dalšími podněty pro prevenci syndromu vyhoření jsou humor, zdravý životní styl a relaxace.[3]

1.9 Psychohygiena

Na závěr této teoretické části bych se ještě chtěl zastavit u pojmu psychohygiena. Duševní hygienou rozumíme systém vědecky propracovaných pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví, duševní rovnováhy. Základním pojmem duševní hygieny je pojem duševního zdraví jako žádoucího stavu, jež je výsledkem vědomého nebo nevědomého dodržování zásad duševní hygieny.

Dalším pojmem je správná adaptace (přizpůsobení), která je procesem, jímž se dosahuje duševního zdraví.

Životospráva - z hlediska duševní hygieny je významným faktorem.

Spánek – člověk by měl spát asi osm denně. Spánek je nejhlubší v prvních třech hodinách. Kolem šesté hodiny spánku se již mnoho lidí probouzí. Před spánkem je třeba uvolnění od starostí. Velkou chybou je trápit se těsně před spaním obavami a řešit své starosti. Obavy a starosti pak pokračují v průběhu spánku a vyvolávají neklid.

Dýchání – při rozčílení dýchá jedinec rychleji, jeho dýchací pohyby jsou málo plynulé, prodlužuje se dech nad výdechem. Změnou chybného dýchání je možné pozitivně ovlivnit průběh některých somatických i psychických onemocnění. Vědomé

[3] Doubek, P.: Zvládání stresu, duševní hygiena a prevence syndromu vyhoření v ambulanci praktického lékaře. Dostupné z URL: http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/zvladani-stresu-dusevni-hygiena-a-prevence-syndromu-vyhoreni-v-a-272931. (Poslední přístup dne 22.5.2011)

pozorování dechu patří mezi takzvané kontemplace těla. Nejde o vědomé zasahování do procesu dýchání, ale o pouhé klidné pozorování, které v dnešní moderní době doporučuje mnoho psychohygienických odborníků.

Odpočinek – musí být doprovázen duševním uklidněním, měl by být aktivní, protože aktivní odpočinek je účinnější než celková nečinnost.

Pohyb, tělesná práce a cvičení – pohyb ve všech formách je nejdůležitějším prvkem autoregulace pro zachování tělesného a duševního zdraví. Nedostatek pohybové aktivity podporuje emoční napětí a naopak dobrá fyzická kondice usnadňuje nacházení přátel a přispívá k sociální adaptaci.

Sport – pěstování sportu vytváří fyzickou zdatnost, která je spojena s emocionálním zdravím. Správnou životosprávu doplňuje i správná relaxace.

1.9.1 Relaxace

Relaxace[4] je stav, kdy se v lidském těle uvolňuje svalové a psychické napětí. Relaxace nemusí znamenat pouze ležení u televize celý den, ale může to být také např. pobyt v přírodě, kdy naše tělo čerpá nové síly, nebo práce na zahrádce. Při relaxaci dělá člověk obvykle činnost, která ho baví, nebo je mu příjemná. Zbavuje se tak stresu a únavy.

K nejčastějším relaxačním technikám patří autogenní trénink, Jacobsenova progresivní relaxace a dechové cvičení. Relaxace je základem nebo nezbytným doplňkem terapie mnoha psychických nemocí a poruch - od neuróz až po psychotická onemocnění a závislosti. Na prosté uvolňování lze navázat různými imaginativními cvičeními, což má smysl v rozvoji a růstu osobnosti.

Ne všechna relaxační cvičení a techniky jsou vhodná pro všechny typy jedinců nebo i pro jednotlivce v různých životních situacích. Při volbě se uplatňují faktory

[4] Relaxace. Dostupné z URL: http://cs.wikipedia.org/wiki/Relaxace. (Poslední přístup dne 18.5.2011)

vnitřního napětí, schopnosti koncentrace, míra sugestibility, míra negativismu, agresivity. Některé z relaxačních technik je možné používat v každodenním životě. Jejich nácvik je jednoduchý a umožňují jedinci patřičné uvolnění. Jednou z těchto relaxačních technik , kterou lze použít i v terénu jsou např. dechová cvičení spojená s jednoduchou dechovou aktivitou viz. příloha č. 1 Existují i mnohé další relaxační techniky jako např. Jacobsonův relaxační trénink, autogenní trénink . Tyto techniky však alespoň v úvodu vyžadují odborné vedení, jelikož jejich provedení je již náročnější viz. příloha č.2.

2 Praktická část

2.1 Pracovní hypotézy

1 - domnívám se, že nejvíce budou záchranáři připisovat příčinu vzniku syndromu vyhoření neustálému kontaktu s lidmi a nízkému společenskému ocenění

2 - myslím si, že druhy výjezdů a jejich náplň se přímo podílí na vzniku a rozvoji syndromu vyhoření

3 - usuzuji, že respondenti si neuvědomí vysokou míru interakce pracovního kolektivu a syndrom vyhoření

2.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

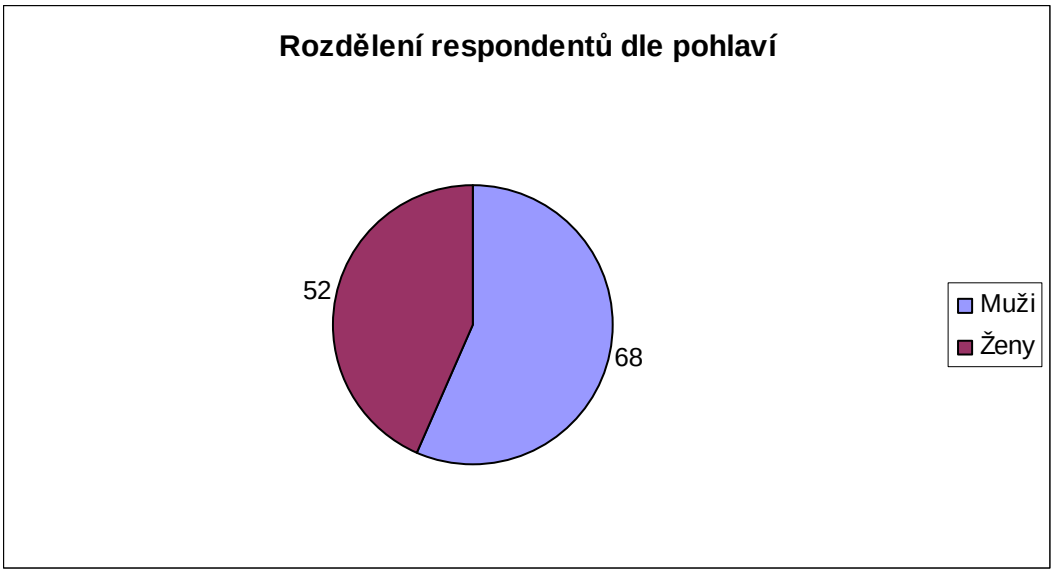
Ve svém výzkumu jsem se zaměřil na zdravotnické záchranáře hned z několika stanovišť záchranné služby v ČR, z toho je osm stanovišť z Moravy a jedno z Čech. Výzkumu se zúčastnilo celkem 120 respondentů, z toho 68 mužů a 52 žen ve věkovém rozmezí 22 až 56 roků. Pro další zpracování výsledků šetření jsem respondenty rozdělil do 4 věkových kategorií tj. 20-30 roků, 31-40 roků, 41-50 roků a 51 a více. Délka praxe respondentů se pohybovala od 1 roků do 33let, přičemž nejhojněji byla zastoupena šestiletá délka praxe.

2.3 Metodika práce

Pro získání informací v empirické části práce jsem využil dotazníkové metody. Dotazník je nestandardizovaný, obsahuje 10 otázek, z toho 7 z nich je formou uzavřených odpovědí a tři s možností otevřených odpovědí. Dotazník byl předkládán anonymně s časovou dotací 1 měsíce na vyplnění. Každá z otázek byla vyhodnocena

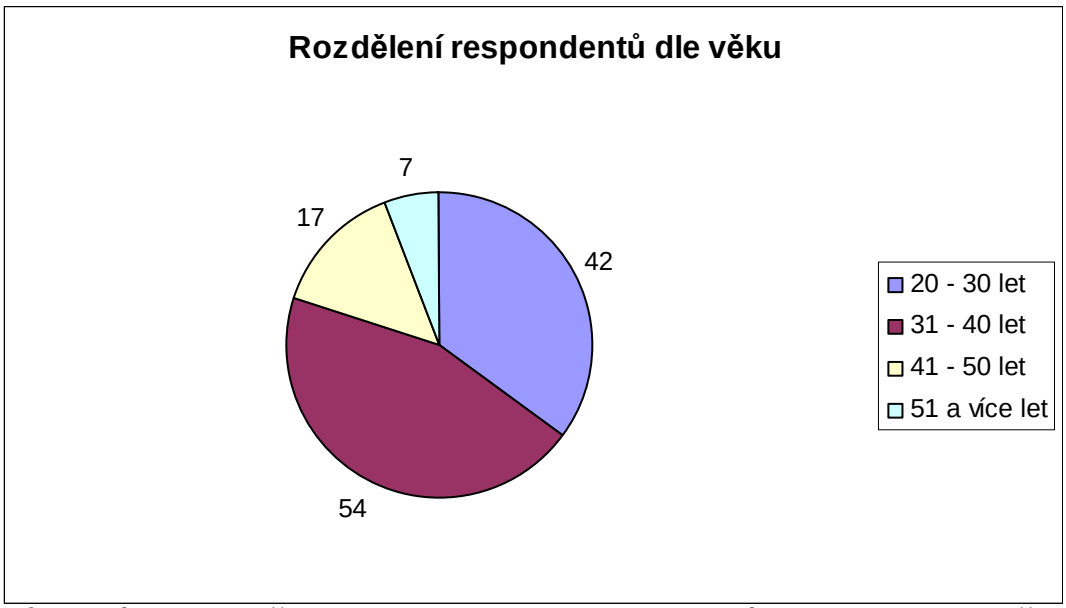
individuálně a poté byly sečteny četnosti jednotlivých odpovědí. Jako další možnost získání informací jsem využil rozdělení respondentů dle pohlaví, věku, tak jak to znázorňují grafy číslo 1 a 2.

Graf 1 - Rozdělení respondentů dle pohlaví



Graf č. 1 znázorňuje četnější zastoupení mužů než žen v profesi zdravotnického záchranáře.

Graf 2. - Rozdělení respondentů dle věku



Graf č. 2 nám ukazuje že, nejpočetněji je zastoupena věková kategorie mezi 31 až 40 lety.

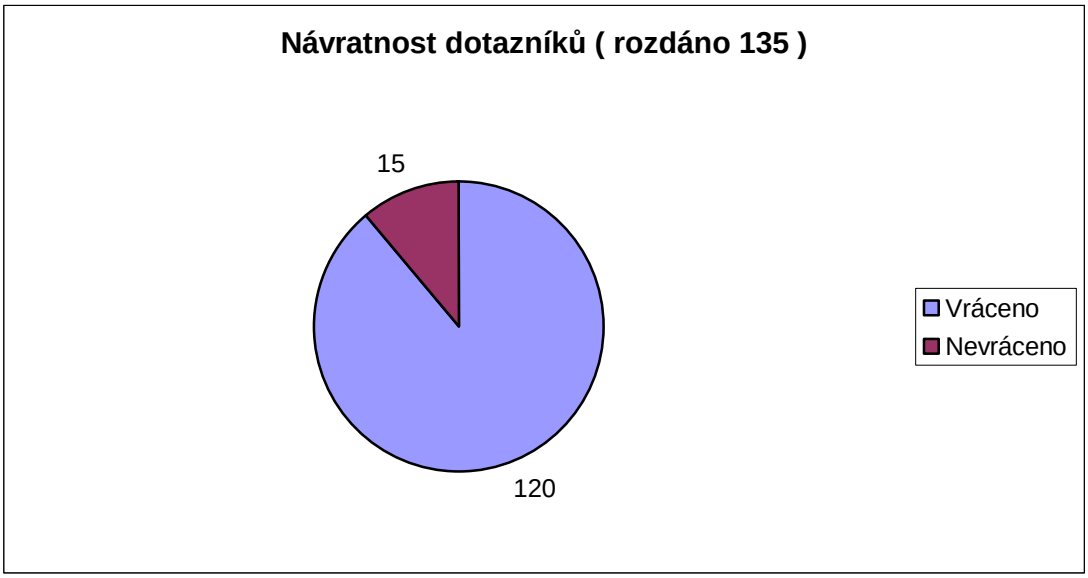
2.4 Šetření v terénu

Tento dotazník jsem rozdal 135 respondentům z 9 pracovišť v ČR . Návratnost činila 120 dotazníků,

což je necelých 89%

Domnívám se, že návratnost dotazníků byla tak vysoká, protože otázky nebyly standardizované a dotýkaly se přímo praxe v terénu a jejich specifik.

Graf 3 - Návratnosti dotazníků

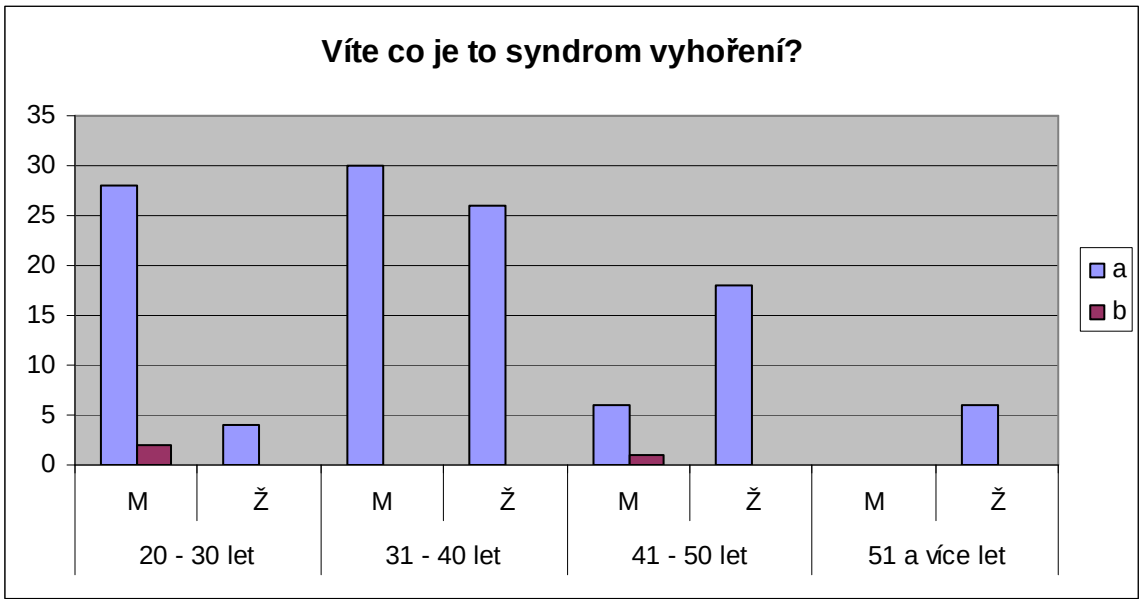


2.5 Výsledky výzkumu

Tabulka 1 - Víte co je syndrom vyhoření?

	20 - 30 let		31 - 40 let		41 - 50 let		51 a více let	
	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž
a	28	4	30	26	6	18	0	6
b	2	0	0	0	1	0	0	0

Graf 4 – Víte co je syndrom vyhoření?

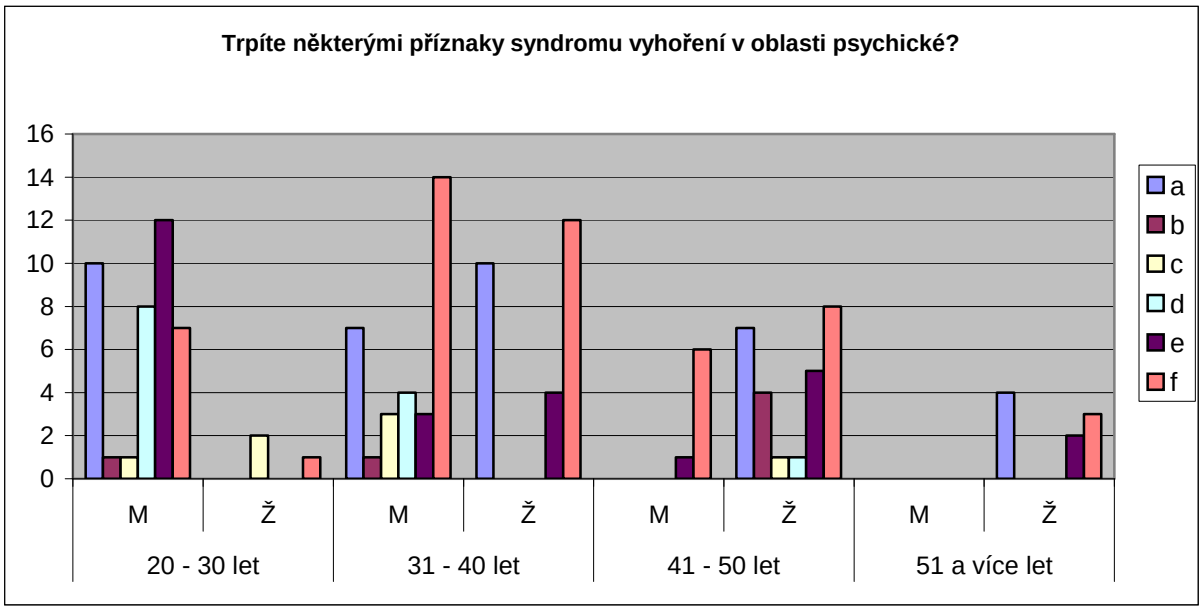


Naprostá většina respondentů se již setkala s termínem syndrom vyhoření. Pouze 3 respondenti nebyli informováni.

Tabulka 2 - Trpíte některými příznaky syndromu vyhoření v oblasti psychické?

	20 - 30 let		31 - 40 let		41 - 50 let		51 a více let	
	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž
a	10	0	7	10	0	7	0	4
b	1	0	1	0	0	4	0	0
c	1	2	3	0	0	1	0	0
d	8	0	4	0	0	1	0	0
e	12	0	3	4	1	5	0	2
f	7	1	14	12	6	8	0	3

Graf 5 – Trpíte některými příznaky syndromu vyhoření v oblasti psychické?

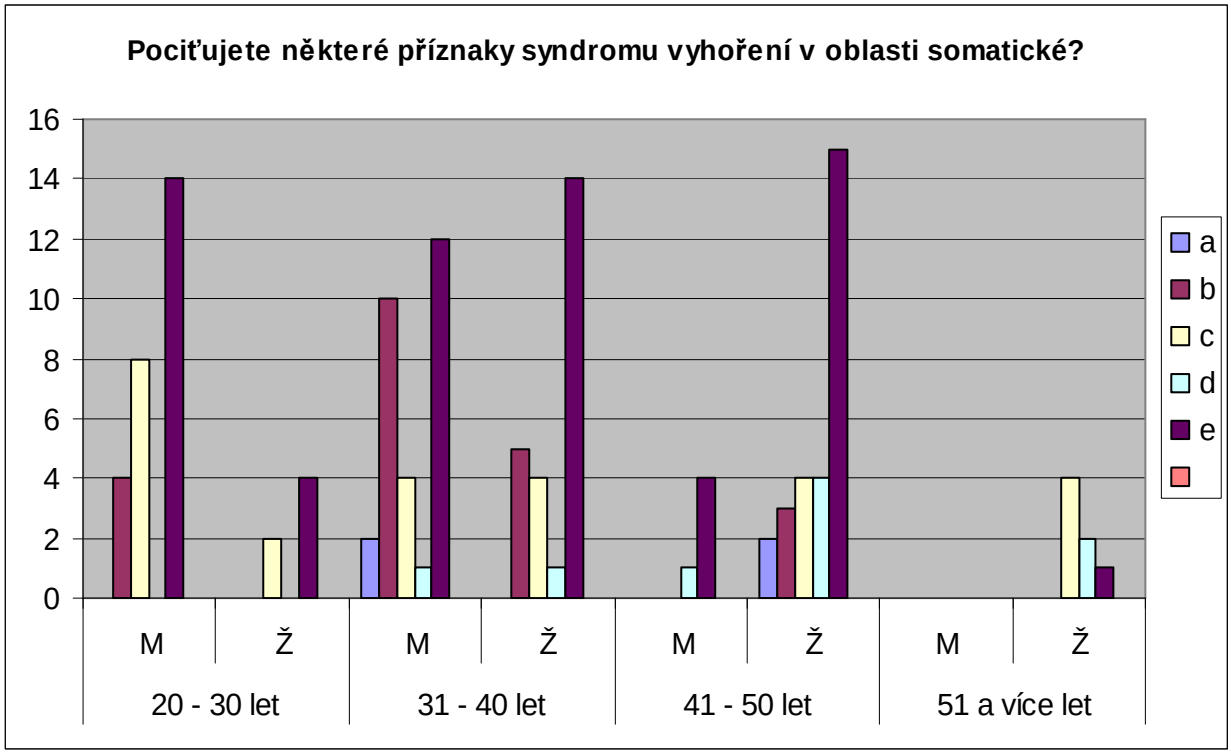


Z tabulky vyplývá, že respondenti nejčastěji volili možnost odpovědí f), z čehož plyne, že v oblasti psychické vnímají projevy syndromu vyhoření zcela individuálně, nebo ještě žádné příznaky nepociťují.

Tabulka 3 - Pociťujete některé příznaky syndromu vyhoření v oblasti somatické?

	20 - 30 let		31 - 40 let		41 - 50 let		51 a více let	
	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž
a	0	0	2	0	0	2	0	0
b	4	0	10	5	0	3	0	0
c	8	2	4	4	0	4	0	4
d	0	0	1	1	1	4	0	2
e	14	4	12	14	4	15	0	1

Graf 6 – Pociťujete některé příznaky syndromu vyhoření v oblasti somatické?

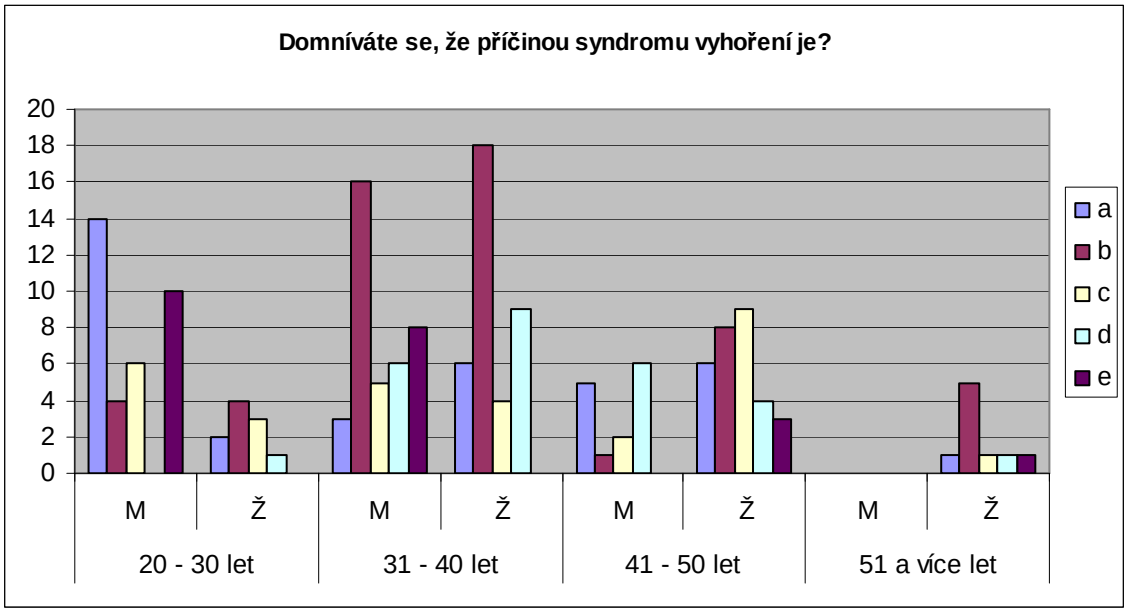


Respondenti nejvíce volili možnost e), z čehož plyne, že nedokáží zcela specifikovat projevy syndromu vyhoření v oblasti somatické.

Tabulka 4 - Domníváte se, že příčinou syndromu vyhoření je:

	20 - 30 let		31 - 40 let		41 - 50 let		51 a více let	
	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž
a	14	2	3	6	5	6	0	1
b	4	4	16	18	1	8	0	5
c	6	3	5	4	2	9	0	1
d	0	1	6	9	6	4	0	1
e	10	0	8	0	0	3	0	1

Graf 7 – domníváte se, že příčinou syndromu vyhoření je:

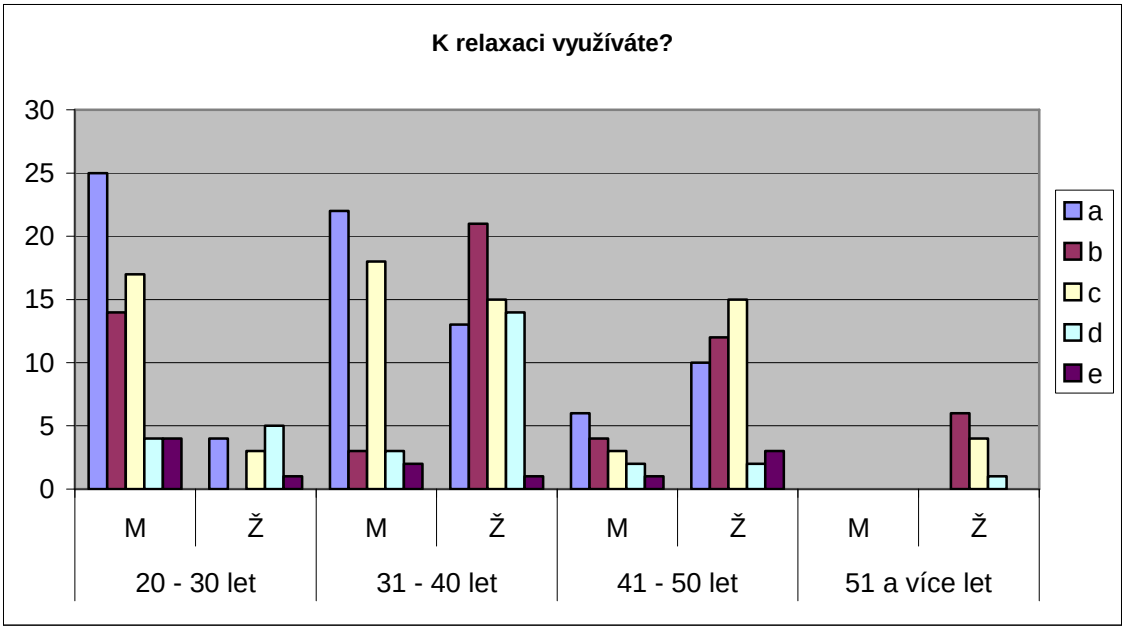


V tabulce č.4 vidíme, že respondenti nejčastěji volí možnost odpovědí b/ neboli stálý kontakt s lidmi.

Tabulka 5 - K relaxaci využíváte:

	20 - 30 let		31 - 40 let		41 - 50 let		51 a více let	
	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž
a	25	4	22	13	6	10	0	0
b	14	0	3	21	4	12	0	6
c	17	3	18	15	3	15	0	4
d	4	5	3	14	2	2	0	1
e	4	1	2	1	1	3	0	0

Graf 8 – K relaxaci využíváte:

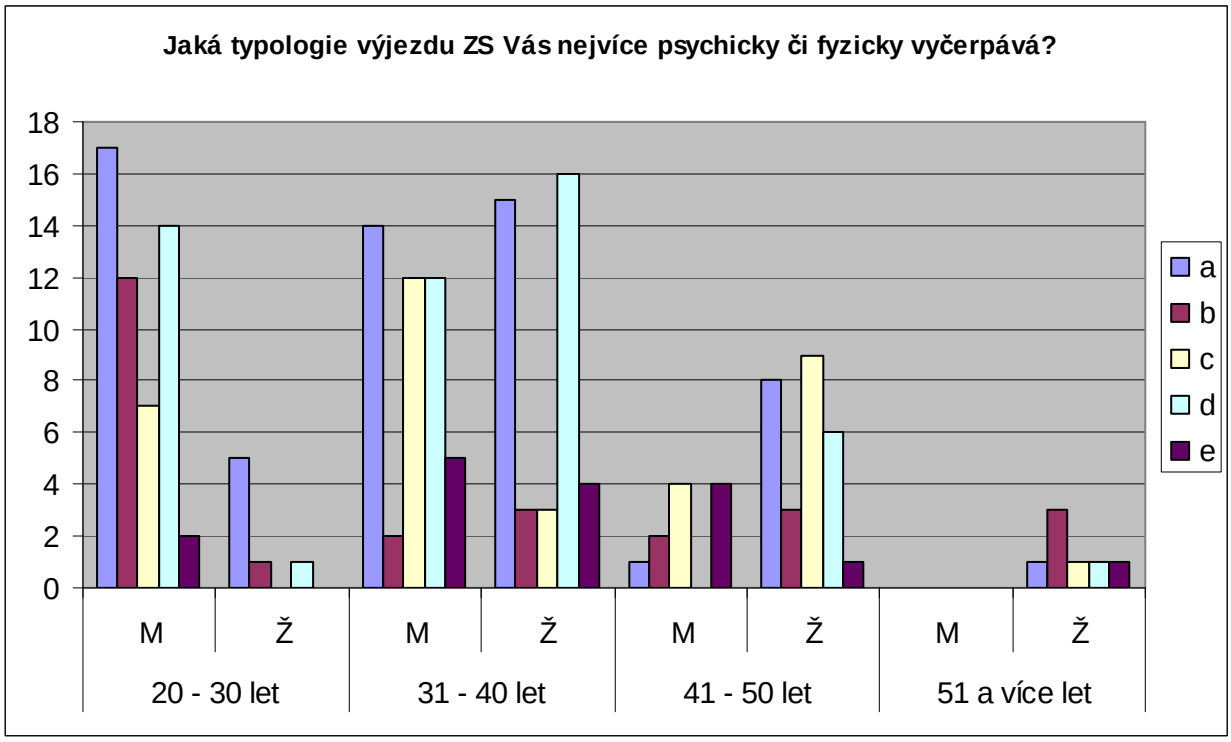


Z dané tabulky jednoznačně vyplývá rozdílnost relaxačních aktivit u mužů a žen. Zatímco muži preferují sportovní aktivity ve všech věkových kategoriích, u žen naopak převládají aktivity charakteru kulturního.

Tabulka 6 - Jaká typologie výjezdu ZS Vás nejvíce psychicky či fyzicky vyčerpává?

	20 - 30 let		31 - 40 let		41 - 50 let		51 a více let	
	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž
a	17	5	14	15	1	8	0	1
b	12	1	2	3	2	3	0	3
c	7	0	12	3	4	9	0	1
d	14	1	12	16	0	6	0	1
e	2	0	5	4	4	1	0	1

Graf 9 – jaká typologie výjezdu ZS Vás nejvíce psychicky či fyzicky vyčerpává?

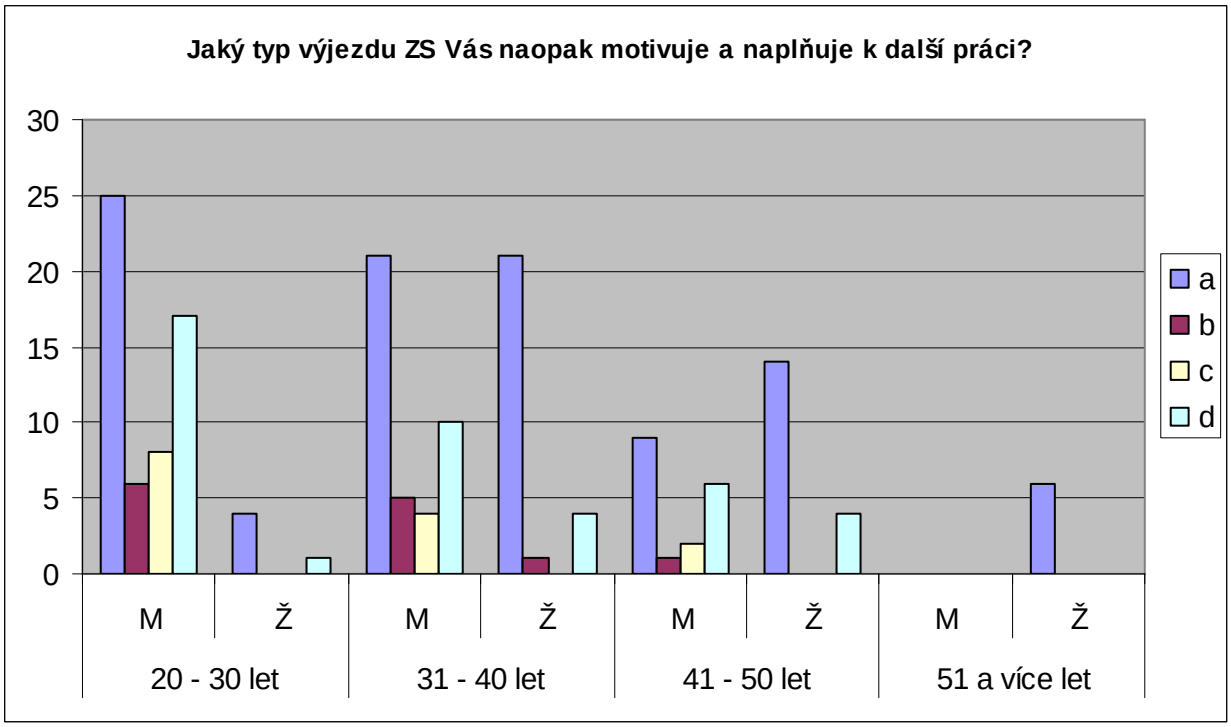


Z tabulky č.6 vyplývá fakt, že nejvíce záchranáře psychicky a fyzicky vyčerpávají výjezdy k asociálním pacientům a dg. společenská indikace.

Tabulka 7 - Jaký typ výjezdu ZS Vás naopak motivuje a naplňuje k další práci?

	20 - 30 let		31 - 40 let		41 - 50 let		51 a více let	
	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž
a	25	4	21	21	9	14	0	6
b	6	0	5	1	1	0	0	0
c	8	0	4	0	2	0	0	0
d	17	1	10	4	6	4	0	0

Graf 10 – Jaký typ výjezdu ZS Vás naopak motivuje a naplňuje k další práci?

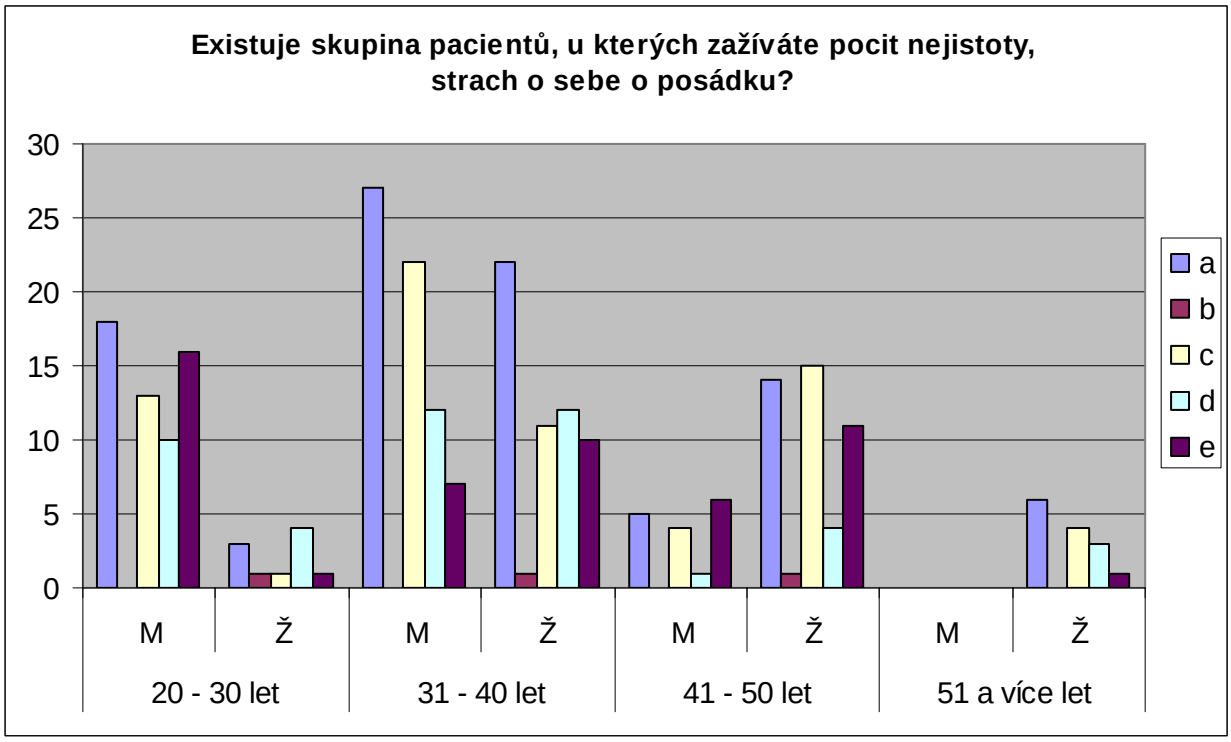


V tabulce č. 7 jednoznačně vidíme, že smysluplnost a motivaci ke své práci spatřují záchranáři v indikovaných výjezdech k život ohrožujícím stavům.

Tabulka 8 - Existuje skupina pacientů, u kterých zažíváte pocit nejistoty, strach o sebe, o posádku…?

	20 - 30 let		31 - 40 let		41 - 50 let		51 a více let	
	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž
a	18	3	27	22	5	14	0	6
b	0	1	0	1	0	1	0	0
c	13	1	22	11	4	15	0	4
d	10	4	12	12	1	4	0	3
e	16	1	7	10	6	11	0	1

Graf 11 – Existuje skupina pacientů, u kterých zažíváte pocit nejistoty, strach o sebe, o posádku?

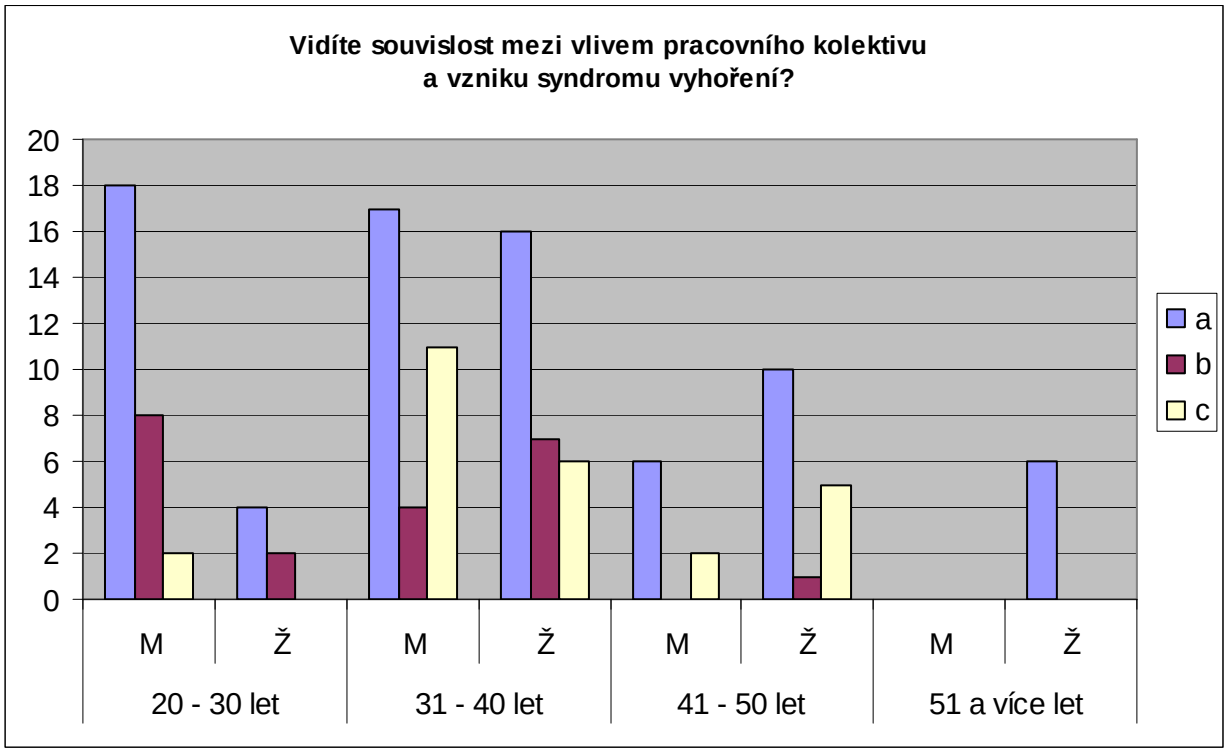


Daná tabulka ukazuje, že nejvíce nebezpečí, nejistoty a strachu pociťují záchranáři při výjezdech k lidem pod vlivem návykových látek.

Tabulka 9 - Vidíte souvislost mezi vlivem pracovního kolektivu a vzniku syndromu vyhoření?

	20 - 30 let		31 - 40 let		41 - 50 let		51 a více let	
	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž
a	18	4	17	16	6	10	0	6
b	8	2	4	7	0	1	0	0
c	2	0	11	6	2	5	0	0

Graf 12 – Vidíte souvislost mezi vlivem pracovního kolektivu a vzniku syndromu vyhoření?

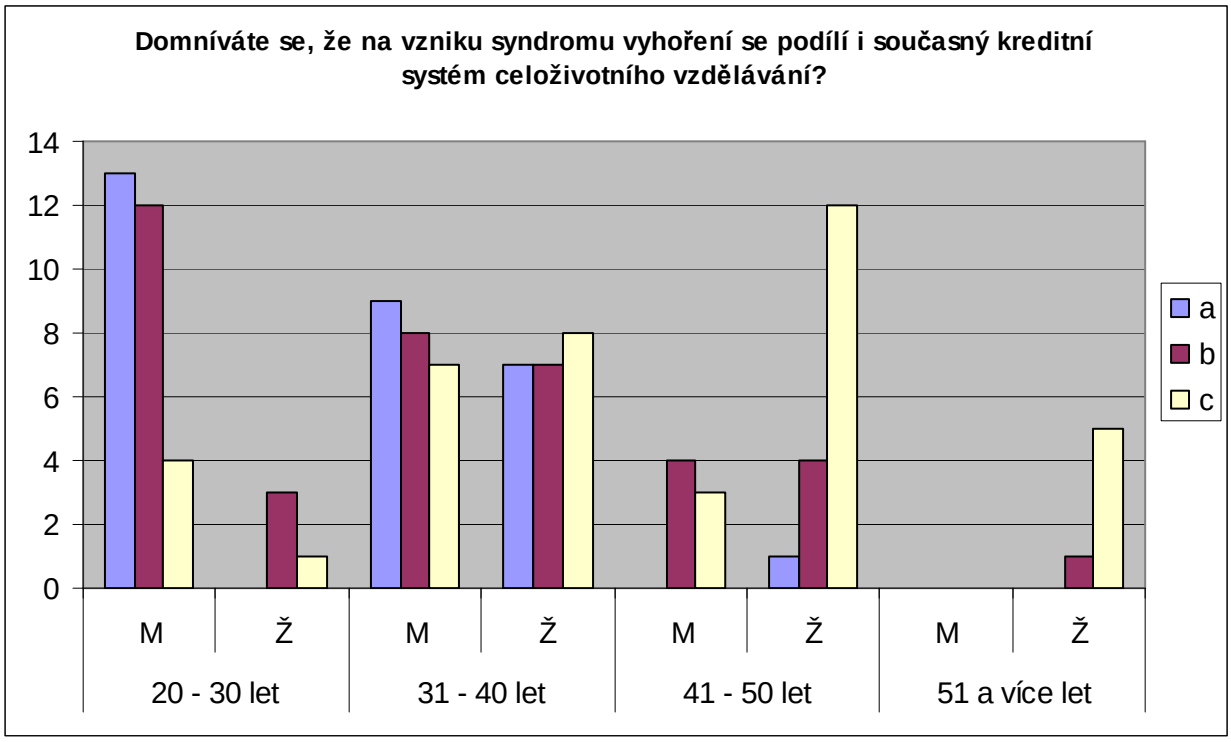


Tabulka č.9 jednoznačně prokazuje, že respondenti si zcela uvědomují interakci mezi pracovním kolektivem a vznikem syndromu vyhoření.

Tabulka 10 - Domníváte se, že na vzniku syndromu vyhoření se podílí i současný kreditní systém celoživotního vzdělávání?

	20 - 30 let		31 - 40 let		41 - 50 let		51 a více let	
	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž
a	13	0	9	7	0	1	0	0
b	12	3	8	7	4	4	0	1
c	4	1	7	8	3	12	0	5

Graf 13 – Domníváte se, že na vzniku syndromu vyhoření se podílí i současný kreditní systém celoživotního vzdělávání?



Z dané tabulky vyplývá, že záchranáři si uvědomují nutnost celoživotního vzdělávání a tudíž nespatřují souvislost mezi existujícím kreditním systémem a syndromem vyhoření, ale tato tendence se projevuje s rostoucím věkem. U nejmladší věkové kategorie lze prokázat buď nejistotu v názoru a nebo kladnou odpověď, tedy že souvztažnost zde existuje.

2.6 Verifikace hypotéz

Výsledky mého výzkumného šetření přispěli k potvrzení, ale i k vyvrácení mých pracovních hypotéz.

Hypotéza č.1 byla výzkumným šetřením zcela potvrzena a ukazuje, že neustalý kontakt záchranářů s lidmi, ať již v roli pacientů či jejich rodinných příslušníků, kolegů a kamarádů je velice vyčerpávajícím, náročným a stává se i jedním z faktorů , který přispívá ke vzniku syndromu vyhoření. Eventuelně až k negativnímu vztahu k lidem, ať již z hlediska profesního nebo i soukromého. Zajímavým postřehem bylo také zjištění, že mladší věkové kategorie příčinu vzniku burn–out syndromu více přisuzují nízkému společenskému ocenění svého povolání.

Hypotéza č. 2 – i tato hypotéza byla po vyhodnocení výsledku výzkumu potvrzena. Je zcela samozřejmé, že psychicky i fyzicky jako vyčerpávající vnímají záchranáři případy, které se ne bezprostředně týkají jejich odbornosti, zastávají roli „charity ev. převozové služby “. Tudíž postrádají smysluplnost své práce, zažívají pocity zmaru a zbytečnosti, což jsou také impulsy pro vznik syndromu vyhoření.

Hypotéza č. 3 - byla výzkumným šetřením vyvrácena. Jen zcela hypoteticky jsem se domníval, že nebudou jednotlivci přisuzovat takovou vysokou míru vlivu pracovního kolektivu, kterého jsou součástí na vzniku a projevech syndromu vyhoření. Dá se tedy říci, že kvalitu pracovního kolektivu a atmosféru na pracovišti lze považovat za velké preventivní opatření, snad proto, že zde člověk tráví podstatnou část svého dne, života.

2.7 Případy z praxe

Zde bych chtěl pomocí případů z praxe nastínit, která typologie výjezdů nejvíce podporuje vznik a rozvoj syndromu vyhoření. Nejde zde ani tak o pohled z medicínského hlediska a samotnou diagnózu pacienta, nýbrž o celkový průběh a okolnosti týkající se přímo výjezdu.

2.7.1 Případ 1 - Hlášení dispečinku

Mladý muž - asi 35 let, porucha vědomí v práci

složení výjezdové posádky:	RLP – lékař, sestra, řidič
čas volání:	13:39
čas výjezdu:	13:40
čas příjezdu na místo:	13:48
čas odjezdu:	14:31
čas předání pacienta:	14:40
místo předání:	Int. amb. Nemocnice Prostějov

Identifikační údaje

Jméno:	X
Příjmení:	Y
Narozen:	1970
Pohlaví:	mužské

Zdravotní pojišťovnu, rodné číslo, místo a datum zásahu z právních a etických důvodů neuvádím.

Průběh výjezdu při příjezdu na místo

Pacient v zaměstnání jako dělník, dle svědků náhlá porucha vědomí trvající cca 2min., při našem příjezdu již při vědomí. Při příjezdu posádka slovně napadána spolupracovníky pacienta s dotazy typu : „Kde jste tak dlouho? Proč jste nepřijeli dřív?“ Lékař na místě pacienta vyšetřuje, vzhledem k tomu, že je cítit silný zápach alkoholu, vznesl lékař dotaz na přítomné, zda pacient požil alkohol. Ihned byl přítomnými slovně pokárán, že pacient není žádný alkoholik či bezdomovec. Poté přichází zřejmě nadřízený pacienta. Nepředstavil se. I přesto, že dojezdový čas do vzdálenosti 14 km byl 8 min jsme opět atakováni dotazy „ Z jakého důvodu jste přijeli tak pozdě? “ Po vyšetření je pacient transportován do sanitního vozu. To už jeho nadřízený zvyšuje hlas, napadá nejen lékaře , ale i zbytek posádky, která se snaží zajistit pacienta k transportu. Tyto činnosti jsou opět komentovány již zmíněným nadřízeným se slovy: „Nevymýšlejte tady blbosti a odvezte ho do nemocnice, pohněte už toho mám plný zuby, já mám se záchrankou svoje zkušenosti, já Vás budu žalovat.“ Během zajišťování pacienta ve voze, začíná být i on agresivní. Před odjezdem z místa zásahu je posádka ještě jednou vulgárně slovně inzultována. Lékař, se stále zcela profesionálním přístupem, informuje nadřízeného pacienta o cílovém zdravotnickém zařízení, kam bude postižený směřován. Za tuto snahu je počastován několika nadávkami. Následně po transportu pacient předán na interní ambulanci.

Pokud bych přihlédl k výsledku mého šetření, z kterého resultovalo, že na vzniku syndromu vyhoření se podílí neustálý kontakt s lidmi a poté bych provedl určitou kooperaci s výše uvedeným příkladem z praxe, mohu soudit, že i pro člověka neznalého této problematiky je zcela pochopitelné a čitelné, proč záchranáři právě neustálý kontakt s lidmi zadávali jako nejčastější odpověď.

2.7.2 Případ 2 - Hlášení dispečinku

Muž – 57 let během oslavy nalezen ležící v pokoji v bezvědomí, nedýchá.

složení výjezdové posádky: RLP – lékař, sestra, řidič

čas volání: 20:14

čas výjezdu: 20:15

čas příjezdu na místo: 20:23

čas odjezdu: 21:36

čas ukončení výjezdu: 21:49

Identifikační údaje

Jméno: X

Příjmení: Y

Narozen: 1953

Pohlaví: mužské

Zdravotní pojišťovnu, rodné číslo, místo a datum zásahu z právních a etických důvodů neuvádím.

Průběh výjezdu při příjezdu na místo

Při příjezdu na místo, před rodinným domem skupina lidí. Když si posádka bere z vozu vybavení potřebné k neodkladné resuscitaci z hloučku lidí se ozývají téměř vojenské pokyny „ Jedu, jedu, hop, hop, makám, makám, neflákám se“ . Při příchodu do rodinného domu si posádka vyslechne „ Kde jste tak dlouho proboha?“ . Poté posádka přichází do pokoje, kde na zemi ležící muž fialový v obličeji, bez známek života. Laická

první pomoc neposkytnuta. I přes objektivní upozornění lékaře, že prognóza přežití u pacienta je téměř nulová, je posádka pod nátlakem donucena zahájit odbornou neodkladnou resuscitaci. V této činnosti pokračuje posádka téměř 45min, pod neustálým psychickým nátlakem od rodiny a osazenstva oslavy, kdy je záchranářský tým častován výhružkami typu „ Já se postarám, aby jste všichni skončili“ nebo „ Jestli to nepřežije on, vy to nepřežijte taky“. Na pokyn lékaře odchází řidič do sanitního vozu pro další z pomůcek, kde se mu podaří zavolat přes operační středisko hlídku Policie ČR. Po jejich příjezdu může teprve lékař ukončit resuscitaci. Rodina se s tím nesmíří a sama ještě 20min poskytuje resuscitaci sama. Během vypisování lékařské zprávy a dokumentace o úmrtí jsou všichni členové záchranné služby atakováni nadávkami. Za asistence policie odjíždí záchranná služba z místa zásahu.

I na tomto případu je evidentní, že kontakt s lidmi ve stresových situacích může na zmíněných záchranářích zanechat stopy, které opět vedou k negativistickému přístupu k pacientům a jejich okolí a tím se vytrácí potřeba lidem pomáhat.

2.7.3 Případ 3 - Hlášení dispečinku

Muž - asi 22 let, abstinenční syndrom při závislosti na heroinu

složení výjezdové posádky:	RLP – lékařka, sestra, řidič
čas volání:	23:38
čas výjezdu:	23:39
čas příjezdu na místo:	23:42
čas odjezdu:	23:58
čas ukončení :	00: 26
místo předání:	pacient musel být dle okolností ponechán na místě

Identifikační údaje

Jméno: X

Příjmení: Y

Narozen: 1989

Pohlaví: mužské

Zdravotní pojišťovnu, rodné číslo, místo a datum zásahu z právních a etických důvodů neuvádím.

Průběh výjezdu při příjezdu na místo

Pacient několik let závislý na intravenózním podáví heroinu. Pacient se nachází v ghettu pro asociální spoluobčany. Při našem příjezdu již na ulici hloučky zřejmě podnapilých lidí pokřikujících na posádku. Neosvětlenou chodbou přicházíme do bytu, kde není elektřina. V bytě spolu s pacientem další 4 lidé v podnapilém stavu či pod vlivem jiných návykových látek. Pacient ležící v posteli, třese se. Posádka i přes příjezd do 3min slovně napadena, údajně pro příliš dlouhou dobu dojezdu. Lékařka se i přes ztížené podmínky (nesvítilo světlo) snaží vyšetřit pacienta. Toto jí však není umožněno, protože do bytu přichází několik mladíků, evidentně také pod vlivem psychotropních látek, vyzbrojena železnými tyčemi a řeznými zbraněmi. Posádka zanechává vybavení na místě a urychleně opouští byt, což vyprovokuje osazenstvo naštěstí pouze ke slovním útokům. Řidič poté z vozu volá přes krajské operační středisko hlídky Policie ČR. V jejich doprovodu poté z bytu odnáší vybavení záchranné služby. Vzhledem k další agresivitě a nespolupráci je pacient ponechán na místě a posádka se vrací na základnu.

Pokud bychom se zaměřili na otázku č. 8 mého výzkumu, kde většina dotázaných respondentů odpovědělo na dotaz: „ Při jakých výjezdech pociťujete strach o sebe či o posádku?„ že nejčastěji u pacientů pod vlivem psychotropních látek. Je i na tomto případu viditelné, že obavy při těchto typech výjezdů jsou na místě.

Jak jsem již uvedl, cílem prezentace těchto případů z praxe, nebylo prezentovat samotnou práci záchranné služby z medicínského hlediska, nýbrž ukázat rizikové výjezdy jako celek.

Během celé práce používám citace jiných autorů, teoretické poznatky i poznatky z praxe od mých kolegů. Nicméně v této části mojí práce jsem chtěl alespoň letmo nastínit, jak opravdu výjezdy, u kterých lze hovořit, že při nich dochází ke vzniku, nebo se notně podporuje rozvoj syndromu vyhoření, opravdu vypadají. Aby jakýkoliv i laický čtenář této práce, se aspoň trochu, dokázal vcítit do kůže záchranáře a tím se i pokusil pochopit proč u záchranářů k syndromu vyhoření dochází

3 Diskuse

Předpokladem mé práce bylo zjistit, zda existují nějaké významné souvislosti, mezi praxí záchranáře a syndromem vyhoření, zda a do jaké míry si tyto souvislosti záchranáři uvědomují a jak je hodnotí. Chtěl jsem trochu nahlédnout do této problematiky, objasnit problémy a překážky, kterým musí ve své profesi čelit. Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jak sami záchranáři hodnotí svou spokojenost a zda umí identifikovat hlavní příčiny výskytu syndromu vyhoření .

Data pro náš výzkum byla získána v měsících prosinec až leden 2010/11 na devíti stanovištích ZZS ČR Zkoumaný vzorek tvořilo 52 žen a 68 mužů. Většina respondentů tj. 89 % k dotazníku, který jim byl předložen, s prosbou o vyplnění, přistoupila pozitivně.

Ke zjištění námi potřebných údajů byl použit nestandardizovaný dotazník s otevřenými i uzavřenými otázkami, na které odpovídali respondenti s možností jedné i více odpovědí, které pak byly individuálně vyhodnoceny a sečteny jejich četnosti.

Porovnáním získaných výsledků a teoretických poznatků z literatury se mi potvrdila provázanost teorie s praxí . Tak jak popisuje Křivohlavý ve své knize „Jak neztratit nadšení“ se projevila souvislost mezi věkem a vnímání syndromu vyhoření v profesi. Čím starší respondent, tím menší nadšení a větší náchylnost k sociální izolaci, ztrátě zájmu o dění kolem i o své soukromí. S přibývajícím věkem narůst pocitu zbytečnosti , beznaděje, stereotypu.(KŘIVOHLAVÝ 1998)

Dále je zajímavá konfrontace mých výsledků empirické části s výsledky studie z roku 2003, která proběhla u záchranných služeb 23 okresních měst v ČR. Studie zjišťovala příznaky syndromu vyhoření, zdroje stresu, pozitivní aspekty zaměstnání záchranáře a míru expozice ke kritickým událostem. Obdobně i já, se této problematiky dotýkám. Srovnatelná je vysoká zkušenost záchranářů s napadení pacientem nebo jeho okolím a tím vlastním ohrožením během výkonu služby. Dále je srovnatelný i kladný přístup k celoživotnímu vzdělávání a sebevzdělávání v rámci profesního růstu. Pozitivním aspektem je i vysoká míra klidného pracovního prostředí, kolektivu, který potlačuje další stresové faktory při výkonu tohoto povolání .

Již zmiňovaná studie uvádí další zajímavé informace i procentuelní vyjádření jednotlivých zkušeností a to např., že největším stresorem je neúspěšná kardiopulmonální resuscitace nebo úmrtí dítěte, bylo celkem očekávané a odpovídá to i výsledkům studií v zahraničí a účastníci naší studie se v tomto shodli, jak v četnosti, tak v intenzitě. Expozice rizikovým faktorům, spojených s profesí byla též očekávaně vysoká, nejvyšší u lékařů — z nich všichni již byli ve své praxi konfrontováni s hromadnými dopravními nehodami, ve více než 90 % resuscitovali dítě nebo ošetřovali závažné popáleniny. Překvapivě vysoká byla zkušenost s vlastním ohrožením během výkonu služby - celkově tuto situaci zažilo 71 % členů výjezdových skupin, nejčastěji šlo o dopravní nehodu sanitního vozidla (45 % lékařů, 40 % řidičů a 34 % sester) nebo o napadení pacientem nebo někým z jeho okolí (74 % lékařů, 70 % řidičů a 55 % sester)[5].

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

Ve své práci jsem se pokoušel hledat příčiny vzniku syndromu vyhoření u zdravotnický záchranářů a dotýkal jsem se i prevence vzniku tohoto syndromu. Došel jsem k mnoha závěrům a to, že se podílí na vzniku, jak neustálý kontakt s lidmi, tak nízké společenské ocenění atd.. Chtěl bych poukázat nejenom na vznik a příčiny, ale i na prevenci, proto bych chtěl uvést část závěru jedné z prací na toto téma a to„ Stres,

[5] Šeblová, J.: Zátěž a stres pracovníků zdravotnických záchranných služeb. Dostupné z URL: http://www.bozpinfo.cz/win/knihovna-bozp/citarna/clanky/ochrana_zdravi/stres_zachranari.html. (Poslední přístup dne 22.5.2011)

jeho zvládání a prevence u pracovníků Záchranné služby“ od Bc. Miroslavy Hulíkové.: „Výsledky mého výzkumu vedou k zamyšlení, zda existuje typická osobnost záchranáře. Pro další výzkum bych doporučila zejména použití psychologických osobnostních dotazníku na větším vzorku záchranářů ve vztahu k jejich nezdolnosti. Toto by mohlo pomoci při výběru záchranářů a eliminaci přijímaní jedinců, kteří by díky stresu tuto práci nezvládali. To by mohlo nejen zachránit další životy, ušetřit fluktuaci záchranářů, ale i ušetřit psychiku těchto adeptů. Je třeba si uvědomit, že toto povolání je velice důležité z hlediska záchrany životů, a proto je důležité co nejlépe pochopit myšlení a celkovou psychiku záchranářů. Nejde tedy jen o vytvoření co nejlepších podmínek pro práci, ale i o psychickou stránku tohoto povolání.“

Dle mého názoru stojí za zamyšlení i výsledek již uvedené diplomové práce, že v rámci počáteční prevence by měl být vytvořen nějaký určitý psychologický profil odolného záchranáře, podle kterého, by měli být vybíráni pracovníci této profese. Samozřejmě je pochopitelné, že každý člověk je individuální osobnost, a proto bude tato problematika zřejmě běh na dlouhou trať, nicméně i přesto se domnívám, že má smysl se tímto návrhem zabývat. Jak již bylo mnohokrát řečeno, je tato práce nejen fyzicky, ale hlavně psychicky náročná a proto pokud by se podařilo, aby tuto profesi vykonávali pouze psychicky odolní a silní jedinci, bylo by to dle mého názoru, jenom ku prospěchu obou dvou stran a to jak pacientů tak právě záchranářů samotných (HULÍKOVÁ, 2010)

4 Závěr

Na závěr bych chtěl shrnout poznatky, ke kterým jsem dospěl v průběhu studia této problematiky jako podkladů pro výstup mé bakalářské práce. Věnoval jsem se obecné problematice syndromu vyhoření, kterou jsem poté zaměřil na překážky v profesi zdravotnického záchranáře. K získání širšího spektra informací jsem využil další dva determinanty a to pohlaví a věk respondentů. Dospěl jsem k závěrům, které často potvrzují teoretická tvrzení .

Jedním z nich je negativní vnímání nízkého společenského ocenění záchranářů a to zejména z pohledu mladší kategorie pracovníků záchranných služeb. Vyplývá to z reality, která je mnohdy jiná než prvotní ideály a nadšení?

Potvrdila se i tvrzení, že jedním z nejčastějších negativních faktorů je neustálý kontakt s lidmi různého věku, společenského zařazení, v různých životních situacích, což s přibývajícím věkem ovlivňuje i soukromý a společenský život záchranáře. Koneckonců i pracovní kolektiv je jedním z faktorů. Je složen z pracovníků různého pohlaví, věku, profesního vzdělání, délky praxe a zkušeností, se kterým, každý z nás tráví spoustu času. A právě i to je vnímáno jako jedno z důležitých kritérií hodnocení celkové spokojenosti či nespokojenosti každého jednotlivce. I když v posádce panuje určitá profesní hierarchie, pracovní atmosféra by měla podporovat soudržnost a spolupráci týmu.

Poměrně dost závažným problémem společenským, ale i individuálně vnímaným z pohledu profesionála je dostupnost zneužívání výjezdů záchranné služby, ty se stávají demotivujícím prvkem smyslu práce záchranáře. Samozřejmě, že se k této problematice připojují i obavy o vlastní bezpečí , bezpečí posádky, bez ohledu na hmotné škody. Vytrácí se tím ideály nadšení pomáhat, zachraňovat.

Záchrana života byla a je tím největším a nejtěžším posláním. Je fakt, že se z dnešního hektického způsobu života tak nějak vytrácí prostá lidskost, která vede k tomu, že i touto problematikou se musíme zabývat. V této práci se nachází pouze nástin toho, co záchranáře trápí, co jim znepříjemňuje toto poslání.

5 Resumé v českém jazyce

Téma mé práce je syndrom vyhoření v praxi zdravotnických záchranářů. Tato práce je rozdělena do dvou částí, a to na teoretickou a empirickou část.

V teoretické části je uvedena definice tohoto syndromu. Dále se zde zmiňuji o historii, vzniku, příznacích, rizikových faktorech a faktorech ochranných. Je zde popsán syndrom vyhoření, jak u zdravotnických záchranářů tak u zdravotnického personálu a jsou zde i zmíněny ostatní profese, které tento syndrom může postihnout. Na konci teoretické části se věnuji prevenci a psychohygieně.

Druhou částí je část empirická, v níž Vám poskytuji své hypotézy a nastiňuji zde cíl své práce. V dalších fázích praktické části předkládám výsledky mého výzkumu, které jsou zpracovány do tabulek a grafů a jsou zde i vyhodnoceny ony hypotézy

Celá práce je zakončena diskusí, závěrem a dále k práci přikládám přílohy.

Resume

The topic of my work is the burnout syndrome in the practice of emergency medics. This work is divided into two parts, a theoretical and empirical part.
The definition of this syndrome is explained in the theoretical part. Furthermore the history, the origin, symptoms, risk factors and protective factors, (prevention and therapy) are mentioned there. The burnout syndrome is described both at emergency medics and at the medical staff and there are also mentioned other professions which this syndrome can affect.

The end of the theoretical part is dedicated to the prevention and mental hygiene.
The second part is the empirical one, in which I am providing my hypotheses and outline the objective of my work. In other stages of the practical part I am presenting the results of my research, which are processed into tables and graphs and there is also the evaluation of hypotheses.
The whole work is finished with discussion, conclusions and further to my work I attach the appendix.

Použitá literatura

BARTOŠÍKOVÁ, I.: O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, str. 23, ISBN 80-7013-438-9

BÁRTLOVÁ, S.: Sociologie medicíny a zdravotnictví. 6. vyd. Praha: Grada, 2005 ISBN 80-7013-416-X

ČECHOVÁ, V. a kol.: Speciální psychologie. Učební text pro SZŠ, Brno: IDVPZ, 1995 ISBN 80-7013-197-7

HAŠKOVCOVÁ, H.: Syndrom vyhoření. Sestra, roč.4, 1994, číslo 3, str. 10-11. ISSN 1210-040 6

HENNIG, C.- KELLER, G.: Antistresový program pro učitele. Překlad: Vrátilová, J. 1. vyd. Praha: Portál, 1996. str. 17

HULÍKOVÁ,M.,: Stres, jeho zvládání a prevence u pracovníků Záchranné služby. (Diplomová práce). Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2010

KALLWASS, A.: Syndrom vyhoření v práci a osobním životě. Praha: Portál, 2007. ISBN 80-7367-299-5

KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I.: Syndrom vyhoření – funkční duševní porucha. 2. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 1998, 2003. ISBN 80-7071-231-7

KŘIVOHLAVÝ, J.: Jak neztratit nadšení. 1. vyd. Praha : Grada, 1998. str 61. ISBN 80-7169-551-3

NEŠPOR, K.: Uvolněně a s přehledem. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-652-8

ŠVINGALOVÁ , D.: Stres a „Vyhoření“ u profesionálů pracující s lidmi. 1. vyd. Liberec : Technická univerzita v Liberci, 2006. ISBN 80-7372-105-8

VYMĚTAL, J., : Speciální psychoterapie. 2. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1315-1

Elektronické zdroje:

DOUBEK, P.: Zvládání stresu, duševní hygiena a prevence syndromu vyhoření v ambulanci praktického lékaře. Dostupné z URL: http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/zvladani-stresu-dusevni-hygiena-a-prevence-syndromu-vyhoreni-v-a-272931.
(Poslední přístup dne 22.5.2011)

MATOUŠKOVÁ, I.: Syndrom vyhoření. Dostupné z URL: http://www.branavzdelani.estranky.cz/clanky/clanky/syndrom-vyhoreni_-burn-out.html.
(Poslední přístup 12.5.2011)

Relaxace. Dostupné z URL: http://cs.wikipedia.org/wiki/Relaxace.
(Poslední přístup dne 18.5.2011)

ŠEBLOVÁ, J.: Zátěž a stres pracovníků zdravotnických záchranných služeb. Dostupné z URL: http://www.bozpinfo.cz/win/knihovna-bozp/citarna/clanky/ochrana_zdravi/stres_zachranari.html.
(Poslední přístup dne 22.5.2011)

Seznam tabulek a grafů

Graf 1 - Rozdělení respondentů dle pohlaví

Graf 2. - Rozdělení respondentů dle věku

Graf 3 - Návratnosti dotazníků

Graf 4 – Víte co je syndrom vyhoření?

Graf 5 – Trpíte některými příznaky syndromu vyhoření v oblasti psychické?

Graf 6 – Pociťujete některé příznaky syndromu vyhoření v oblasti somatické?

Graf 7 – domníváte se, že příčinou syndromu vyhoření je:

Graf 8 – K relaxaci využíváte:

Graf 9 – jaká typologie výjezdu ZS Vás nejvíce psychicky či fyzicky vyčerpává?

Graf 10 – Jaký typ výjezdu ZS Vás naopak motivuje a naplňuje k další práci?

Graf 11 – Existuje skupina pacientů, u kterých zažíváte pocit nejistoty, strach o sebe, o posádku?

Graf 12 – Vidíte souvislost mezi vlivem pracovního kolektivu a vzniku syndromu vyhoření?

Graf 13 – Domníváte se, že na vzniku syndromu vyhoření se podílí i současný kreditní systém celoživotního vzdělávání?

Tabulka 1 - Víte co je syndrom vyhoření?

Tabulka 2 - Trpíte některými příznaky syndromu vyhoření v oblasti psychické?

Tabulka 3 - Pociťujete některé příznaky syndromu vyhoření v oblasti somatické?

Tabulka 4 - Domníváte se, že příčinou syndromu vyhoření je:

Tabulka 5 - K relaxaci využíváte:

Tabulka 6 - Jaká typologie výjezdu ZS Vás nejvíce psychicky či fyzicky vyčerpává?

Tabulka 7 - Jaký typ výjezdu ZS Vás naopak motivuje a naplňuje k další práci?

Tabulka 8 - Existuje skupina pacientů, u kterých zažíváte pocit nejistoty, strach o sebe, o posádku…?

Tabulka 9 - Vidíte souvislost mezi vlivem pracovního kolektivu a vzniku syndromu vyhoření?

Tabulka 10 - Domníváte se, že na vzniku syndromu vyhoření se podílí i současný kreditní systém celoživotního vzdělávání?

Seznam příloh

Příloha 1 – Dechová cvičení

Příloha 2 – Relaxační techniky

Příloha 3 – Dotazník, použitý v průzkumu

Přílohy

Příloha 1 – Dechová cvičení

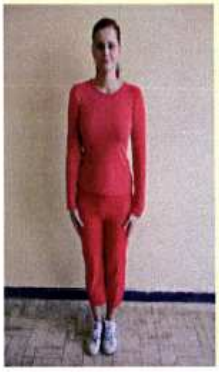
Dechová cvičení spojená s jednoduchou pohybovou aktivitou

Obr.1

Dechové cvičení začínáme ve vzpřímené poloze v připažení, volné klidné dýchání.

Obr.2

Další část cvičení pokračuje hlubokým **nádechem** a současně horní končetiny pokrčujeme v lokti směrem k hrudníku.



Obr.3

S hlubokým výdechem vracíme horní končetiny do připažení k tělu.

Obr.4

S hlubokým **nádechem** jdou horní končetiny do vzpažení.

Obr.5

Z předchozí pozice mírně ukročíme do strany a s **výdechem** provedeme předklon.

Obr.6

Z předklonu společně s **nádechem** vzpažíme současně horní končetiny a vytočíme trup do strany s přenesením váhy na pravou dolní končetinu.

Obr.7

Dechové cvičení zakončujeme **výdechem** s přinožením a připažením, čímž se dostáváme opět do vzpřímeného postoje.

Sérii cviků opakujeme 4x (možno i 6x) vždy střídavě na pravou a levou stranu.

DOPORUČENÁ LITERATURA

1) HAŠTO,J. *Autogenní trénink*, Praha: Triton2004, ISBN: 80-7254-516-7

2) DROTÁROVÁ, E. *Relaxační metody*, Praha: epocha 2003, ISBN: 80-86328-12-0

3) *Jakopsenova relaxace*. Dostupné z URL: http://www.relaxace.psychoweb.cz/relaxace-uvod/jacobsenova-relaxace (cit. 18.1. 2010)

4) *Autogenní trénink*. Dostupné z URL: http://cs.wikipedia.org/wiki/Autogenn%C3%AD_tr%C3%A9nink (cit. 12. 1. 2010)

Příloha 2 – Relaxační techniky

Další možné relaxační techniky

Jacobsonův relaxační trénink

Relaxační metoda podle Jacobsona je nazývána také tzv. progresivní relaxací. Její autor, psycholog Edmund Jacobson, pracoval na katedře fyziologie Chicagské univerzity a při svých výzkumech používal elektromyograf, pomocí něhož měřil napětí kosterního svalstva. Jeho objev spočíval v tom, že zjistil spojitost mezi myšlenkami a pohyby svalstva. Pokud se člověk zaměřil na nějakou myšlenku, vždy došlo k reakci ve svalech. Z toho Jacobson odvodil, že pokud chceme, aby člověk relaxoval mysl i tělo, je potřeba nejprve uvolnit celé kosterní svalstvo. Jacobsonova relaxace se skládá ze šesti základních cviků:

- Uvolnění rukou a paží
- Uvolnění obličeje
- Uvolnění šíje, ramen a horní části zad
- Uvolnění hrudi, břicha a zad
- Uvolnění beder, stehen a lýtek
- Uvolnění celého těla

DOPORUČENÁ LITERATURA

- **VIZ VÝŠE**

Autogenní trénink

Autogenní trénink, jak jej vyvinul německý psychiatr Johannes Heinrich Schultz, lze zřejmě nazvat nejznámější relaxační metodou na světě.

Autogenní trénink je systematický nácvik, zaměřený na rozvoj schopností navodit si pomocí soustředění stav příjemného, hlubokého klidu a uvolnění, který má zotavující vliv na celý organismus, na duševní i tělesný stav. Používá se při prevenci a léčbě zdravotních obtíží a onemocnění a při léčbě stresu

V autogenním tréninku rozlišujeme nižší a vyšší stupeň. K dosažení relaxace postačí ovládnout cviky nižšího stupně. Nižší stupeň spočívá v navození šesti pocitů, a to:

- Tíhy v končetinách
- Tepla v končetinách
- Klidného dechu
- Pravidelné srdeční činnosti
- Pocit tepla na nadbřišku
- Chladného čela

Poznámka:
Tyto relaxační techniky vyžadují v úvodu odborné vedení, jelikož jejich provedení je náročnější.

Relaxační techniky

PRO KAŽDÝ DEN

Tato příručka je určena pro nácvik relaxačních technik, které mají uvolnit žáky před vyučovací hodinou a odbourat tak u nich eventuelní stresové stavy.

Příloha 3 – Dotazník, použitý v průzkumu

Syndrom vyhoření v praxi

Vážení kolegové, jmenuji se Filip Křížek a chtěl bych Vás poprosit o vyplnění tohoto dotazníku pomocí kterého, provádím výzkum v rámci své bakalářské práce na téma Syndrom vyhoření.
Dotazník je zcela anonymní a je možné zakroužkovat i více odpovědí.
Děkuji za spolupráci.

Pohlaví:
Věk:
Délka praxe:

Víte, co je syndrom vyhoření?
a) ano
b) ne

Trpíte některými příznaky syndromu vyhoření v oblasti psychické?
a) nespavost
b) neschopnost soustředit se
c) agresivita
d) apatie
e) celková nespokojenost
f) jiné ….....

Pociťujete některé příznaky syndromu vyhoření v oblasti somatické?
a) nechutenství
b) zažívací potíže
c) bolesti hlavy
d) nadměrná potřeba jídla (přejídání se)
e) jiné ….....

Domníváte se, že příčinou syndromu vyhoření je?
a) nízké společenské ocenění
b) stálý kontakt s lidmi
c) komercionalizace výjezdu ZS
d) vysoké nároky, přetěžování
e) jiné ….....

K relaxaci využíváte:
a) sportovní aktivity
b) hudba, čtení, kulturní vyžití
c) kontakt s přáteli
d) cestování
e) alkohol, kouření

Jaká typologie výjezdu Vás nejvíce psychicky či fyzicky vyčerpává?
a) dg. společenská indikace, asociální pacienti
b) dg. s popisovanou několikadenní etiologií
c) akutní stavy u dětí
d) neindikované výjezdy
e) vysoce urgentní výjezdy se špatným určením místopisu

Jaký typ výjezdu Vás naopak motivuje a naplňuje k další práci?
a) život ohrožující stavy indikované pro výjezd ZS
b) interní dg.
c) neurologické dg.
d) traumatologické dg.

Existuje skupina pacientů, u kterých zažíváš pocit nejistoty, strach o sebe, o posádku ?
a) lidé pod vlivem návykových látek
b) lidé bez přístřeší
c) různé etnické skupiny (romské obyvatelstvo, …..)
d) psychoafektivní pacienti
e) návštěva asociálních ghett

Vidíte souvislost mezi vlivem pracovního kolektivu a vznikem syndromu vyhoření?
a) ano
b) nejsem schopen (a) posoudit
c) nedomnívám se

Domníváte se, že na vzniku syndromu vyhoření se podílí i současný kreditní systém celoživotního vzdělávání?
a) ano
b) nejsem si zcela jist (a)
c) ne