

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

**PSYCHOLOGICKÝ PROFIL
ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ALEŠ OPATRNÝ, Dis.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Zdravotnický záchranář

Vedoucí práce: Bc. Monika Středová

Praha 2011

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne:

Aleš Opatrný, Dis.

ABSTRAKT

OPATRŇY, A. *Psychologický profil zdravotnického záchranáře*. Praha, 2012. 59 s. Bakalářská práce na Vysoké škole zdravotnické na katedře ošetřovatelství. Vedoucí bakalářské práce Bc. Monika Středová

V práci je položena otázka, jaké psychologické nároky jsou kladeny na zdravotnické záchranáře při výkonu povolání. Hledá tedy definici psychologického minima, kterým musí tito zdravotničtí pracovníci disponovat pro trvalé udržení duševního i fyzického zdraví a k zachování profesionálních pracovních výkonů. Situaci práce analyzuje v teoretické části především prostřednictvím oboru psychologie a komunikace. Praktická část je mozaikou tvořenou zkušenostmi jednotlivých záchranářů zachycených dotazníkovou metodou. Práce pojednává nejen o pohledu na bezprostřední zkušenost, ve které je potřeba reagovat empaticky a zároveň „s chladnou hlavou“, ale také o následné psychologické hygieně nutné pro dlouhodobé udržení zdravé kondice.

Klíčová slova:

Krizová komunikace. Psychologie práce. Syndrom pomáhajících profesí. Syndrom vyhoření. Zdravotnická psychologie. Zdravotnický záchranář.

ABSTRACT

OPATRŇY, A. The Psychological Profile of a Medical Rescuer. Praha, 2012. 59 p. Bachelor Thesis at the College of Nursing, Department of Nursing, Prague, the Czech Republic. BA Thesis Supervision: Bc. Monika Středová.

The Bachelor Thesis examines psychological demands of Medical Rescuers within their profession. The work looks for the definition of the basic psychological characteristics required for maintaining permanent mental and physical health and for keeping professional work performances.

The thesis analyses (in the theoretical part) these characteristics mainly through psychology and communication. The practical part of the work examines the results of the Medical Rescuers questionnaire.

The Bachelor Thesis is intended not only the immediate situations in which is necessary to respond calmly and emphatically, but also intended the following mental hygiene necessary for a long-term maintenance of healthy mental condition.

Keywords:

Crisis communication, The Psychology of Work, The Syndrome in the helping professions, The Burnout syndrome, The Psychology of Health, Medical Rescuer.

PODĚKOVÁNÍ

Rád bych poděkoval Bc. Monice Středové za pomoc s tvorbou i profesní korekturou této práce a všem „bezejmenným“, kteří vyplnili dotazník, na jehož základě vznikla praktická část této práce. Děkuji.

OBSAH

SEZNAM TABULEK, OBRÁZKŮ, GRAFŮ	9
ÚVOD	11
1. TEORETICKÁ ČÁST	12
1.1. Psychologická zátěž pomáhající profese	12
1.1.1. Stres, kritická událost, posttraumatická stresová porucha, frustrace.....	12
1.1.2. Syndrom vyhoření.....	14
1.2. Syndrom pomáhajících profesí	16
1.3. Psychologická specifika povolání zdravotnického záchranáře	17
1.3.1. Bolest	17
1.3.2. Úzkost a strach	17
1.3.3. Truchlení	17
1.3.4. Hněv a agresivita.....	18
1.3.5. Umírání a smrt.....	20
1.3.6. Sebevražedné chování.....	21
1.3.7. Medicína katastrof.....	22
1.4. Další nároky na zdravotnické záchranáře	25
1.5. Zdravotnická psychologie jako disciplína	27
1.6. Psychologická prevence zdravotnického záchranáře	29
1.7. Psychologická typologie osobnosti	31
1.8. Psychologický profil zdravotnického záchranáře - Assessment Centre	32
1.8.1. Rozumové schopnosti	32
1.8.2. Manažerské předpoklady	32
1.8.3. Verbální schopnosti.....	32
1.8.4. Percepční pohotovost	32
1.8.5. Osobnostní znaky	33
2. PRAKTICKÁ ČÁST	34
2.1. Struktura průzkumu	34
2.1.1. Námět na průzkumný problém.....	34
2.1.2. Dosavadní stav poznání.....	34
2.1.3. Cíl a hodnota průzkumu	34
2.1.4. Předmět průzkumu	34
2.1.5. Zkoumaný soubor.....	34

2.1.6.	Časové rozmezí	34
2.1.7.	Metody a techniky	34
2.1.8.	Zpracování.....	35
2.1.9.	Organizační zabezpečení.....	35
2.2.	Hypotézy	36
2.2.1.	Hypotéza 1	36
2.2.2.	Hypotéza 2	36
2.3.	Výsledky průzkumu	37
2.3.1.	Otázka č. 1: Test syndromu vyhoření.....	37
2.3.1.1.	Jsem unavený(-á), i když mám dostatek spánku	37
2.3.1.2.	Jsem nespokojený(-á) se svou prací.....	38
2.3.1.3.	Cítím se smutný(-á) bez jasného důvodu	38
2.3.1.4.	Jsem zapomnětlivý(-á)	39
2.3.1.5.	Snadno se rozčílím a utruhuji se na lidi	39
2.3.1.6.	Vyhýbám se lidem v práci a v soukromém životě	40
2.3.1.7.	Mám potíže se spaním, protože mám starosti v práci	40
2.3.1.8.	Jsem více nemocný(-á) než dříve.....	41
2.3.1.9.	Můj přístup k práci lze definovat: "Proč se namáhat?"	42
2.3.1.10.	Dostávám se do konfliktů	42
2.3.1.11.	Moje výkony v práci nejsou nejlepší	43
2.3.1.12.	Piji alkohol a beru léky, abych se cítil(-a) lépe	43
2.3.1.13.	Komunikace s lidmi mě vyčerpává.....	44
2.3.1.14.	Nemohu se soustředit na práci tak jako dříve	44
2.3.1.15.	Práce mě nudí.....	45
2.3.1.16.	Pilně pracuji, ale s malými výsledky.....	45
2.3.1.17.	Cítím se znechucený(-á) ze své práce	46
2.3.1.18.	Nerad(-a) chodím do práce	46
2.3.1.19.	Společenská zábava mě unavuje	47
2.3.1.20.	Sexuální život nestojí za vynaložené úsilí	47
2.3.1.21.	Většinou se ve svém volném čase dívám na televizi	48
2.3.1.22.	Práce mi dělá starosti i v době volna.....	48
2.3.1.23.	Moje pracovní pocity zasahují do mého soukromého života.....	49
2.3.1.24.	Práce se mi zdá bezúčelná.....	49

2.3.2.	Otázka č. 2: S čím se nejhůř v práci potýkáte?	50
2.3.3.	Otázka č. 3: Zkušenost se syndromem vyhoření na pracovišti	51
2.3.4.	Otázka č. 5: Dbáte na zdravý životní styl?.....	51
2.3.5.	Otázka č. 8: Jaký jste typ?.....	52
2.3.6.	Otázka č. 9: Pohlaví a věk respondentů	52
2.3.7.	Otázka č. 9: Dosažená praxe	53
2.4.	Shrnutí výsledků průzkumu.....	Chyba! Záložka není definována.
ZÁVĚR.....		55
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ		56
Periodické publikace.....		56
Neperiodické publikace		56
Živé zdroje		57
Audiovizuální zdroje.....		58
Instituce.....		58
Elektronické zdroje.....		58
Cizojazyčné zdroje		59

SEZNAM TABULEK, OBRÁZKŮ, GRAFŮ

Tabulka č. 1: Některé příčiny úmrtí v České republice v letech 2000 - 2002.....	22
Tabulka č. 2: Vybrané infekční nemoci v ČR v letech 2001-2010	26
Obrázek č. 1: Psychologický profil.....	31
Graf č. 1: Jsem unavený(-á), i když mám dostatek spánku.....	37
Graf č. 2: Jsem nespokojený(-á) se svou prací.....	38
Graf č. 3: Cítím se smutný(-á) bez jasného důvodu.....	38
Graf č. 4: Jsem zapomnětlivý(á)	39
Graf č. 5: Snadno se rozčílím a utruhuji se na lidi	40
Graf č. 6: Vyhýbám se lidem v práci a v soukromém životě	40
Graf č. 7: Mám potíže se spaním, protože mám starosti v práci	41
Graf č. 8: Jsem více nemocný(-á) než dříve.....	41
Graf č. 9: Můj přístup k práci lze definovat: „Proč se namáhat?“	42
Graf č. 10: Dostávám se do konfliktů	42
Graf č. 11: Moje výkony v práci nejsou nejlepší	43
Graf č. 12: Piji alkohol a beru léky, abych se cítil(-a) lépe.....	43
Graf č. 13: Komunikace s lidmi mě vyčerpává.....	44
Graf č. 14: Nemohu se soustředit na práci tak jako dříve	44
Graf č. 15: Práce mě nudí.....	45
Graf č. 16: Pilně pracuji, ale s malými výsledky	45
Graf č. 17: Cítím se znechucený(-á) ze své práce	46
Graf č. 18: Nerad(-a) chodím do práce	46
Graf č. 19: Společenská zábava mě unavuje.....	47
Graf č. 20: Sexuální život nestojí za vynaložené úsilí	47
Graf č. 21: Většinou se ve svém volném čase dívám na televizi	48
Graf č. 22: Práce mi dělá starosti i v době volna.....	48
Graf č. 23: Moje pracovní pocity zasahují do mého soukromého života.....	49
Graf č. 24: Práce se mi zdá bezúčelná.....	49

Graf č. 25: S čím se nejhůř v práci potýkáte?	50
Graf č. 26: Zkušenost se syndromem vyhoření na pracovišti	51
Graf č. 27: Dbáte na zdravý životní styl?.....	51
Graf č. 28: Jaký jste typ?.....	52
Graf č. 29: Pohlaví a věk respondentů	52
Graf č. 30: Dosažená praxe	53

ÚVOD

Problematika psychologických nároků je v současné moderní (a uspěchané) době velmi aktuální nejen co do psychologie práce, ale i v každodenním životě. Zdravotničtí záchranáři bezesporu podléhají zvyšujícím se nárokům na výkon svého povolání. Setkávají se s agresivními, vystresovanými, nebo i infekční nemocí nakaženými pacienty, čelí útokům jejich příbuzných, zasahují v extrémních přírodních i technických podmínkách, vězeních. V práci potkávají (vizuálně) ošklivá zranění, bolest, smrt. Pracují ve směnném provozu denních a nočních směn. Do toho je potřeba, aby neustále aktualizovali své znalosti v souladu s vývojem pracovních postupů a medikací. V kombinaci těchto (a dalších) faktorů jsou snadným cílem pro nejrůznější psychologické problémy, zkraty a další negativní jevy.

Proto se nabízí otázka, jaký psychologický profil by měl člověk vykonávající tuto náročnou práci mít a jak na sobě po duševní stránce dlouhodobě (a preventivně) pracovat. Tato práce se snaží zodpovědět otázku jak z pohledu kognitivní vědy, tak z pohledu samotných záchranářů a jejich zkušeností.

1. TEORETICKÁ ČÁST

1.1. Psychologická zátěž pomáhající profese

1.1.1. Stres, kritická událost, posttraumatická stresová porucha, frustrace, deprivace

Stres můžeme definovat jako souhrn fyzických a duševních reakcí na nepřijatelný poměr mezi skutečnými nebo představovanými osobními zkušenostmi a očekáváními.¹ V poměru individuálního vnímání stresu a fyzické či psychické zátěže lze míru stresu rozdělit na běžný stres, který je normální součástí každého života a stres kumulativní, v rámci jehož se sčítá zátěž z více životních oblastí (stres z práce, rodiny, ekonomické situace).

Stres může uvolnit i kritická událost, tedy silný, jednorázový negativní stresující zážitek (napadení, znásilnění, závažná dopravní nehoda, traumatická smrt...), jakákoliv událost natolik emocionálně silná, že přesahuje běžné adaptační schopnosti jedince a může negativně ovlivnit schopnost jinak zdravého jedince fungovat.² Mezi kritickými událostmi typickými pro zdravotnické záchrané 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.³ Ale kritickou událostí ale může být cokoli, co daný jedinec jako kritickou událost vnímá.

Kritická událost může u osoby vyvolat akutní reakci na stres, což je přechodná, avšak závažná a významná porucha, jejímiž projevy jsou typicky zúžení vědomí a pozornosti, dezorientace, stažení se do sebe nebo naopak agitovanost, hyperreaktivita.⁴

¹ Wikipedia.org /on-line/, rev. 13. 2. 2012. /cit. 14. 2. 2012/. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Stres>.

² CHARVÁT, J.: *Život, adaptace a stres*. 2. vyd. Praha : Avicenum 1970.

³ Mitchell JT, Everley GS.: *Critical Incident Stress Management: Basic Group Crisis Intervention*. 3rd ed. Maryland, USA, International Critical Incident Stress Foundation, Inc. 2003.

⁴ NEŠPOR, K.; CEÉMY, L.: *Návyková rizika a stres u zdravotnických profesí – možnosti prevence a časné intervence*. 1. vyd. Praha : Sportpropag pro Ministerstvo zdravotnictví ČR 2001.

Posttraumatická stresová porucha (posttraumatický stresový syndrom, nebo reakce na závažný stres) se může rozvinout po zážitku z 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. K diagnostice posttraumatické stresové poruchy je nutné trvání nejméně jeden měsíc. Je-li neléčena, vede často k další morbiditě (deprese, abúzus psychoaktivních látek atd.). Objevují se příznaky z následujících třech okruhů⁵:

- vtíravé myšlenky – přetrvávají nepříjemné vzpomínky na kritickou událost, sny s podobným obsahem, pocit, že se událost znovu vrací a při těchto vzpomínkách a znovuvybavení je výrazný pocit psychické i fyzické nepohody se silnými fyziologickými reakcemi
- vyhýbání se – myšlenkám a činnostem, které připomínají kritickou událost, neschopnost přesně si vybavit jednotlivé části události nebo jejich sled, snížení zájmu, odcizení ostatním lidem, zúžené prožívání nebo pocit, že v budoucnosti už dotyčného nic pozitivního nečeká
- nadměrná bdělost, hypervigilance – potíže se spánkem, vznětlivost, výbuchy vzteku, obtíže se soustředěním, nadměrná čilost, nadměrná lekavost

Reakce na stres se dají rozdělit na odezvy fyzické (zvýšený krevní tlak, žízeň, nevolnost, slabost, nevolnost, nauzea nebo zvracení, dechové obtíže, bolest na hrudi, záškuby až křeče, bolest hlavy, poruchy akomodace), 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), emocionální (úzkost, nejistota, obavy, deprese, strach, agitovanost, vznětlivost, hněv, pocity viny, popření, projevy akutní panické ataky, ztráta emoční kontroly, neadekvátní emoční odpovědi, pocit zahlcení událostmi)⁶ a behaviorální změny (v aktivitě, neschopnost odpočinku, stáhnutí

⁵ ŠEBLOVÁ J.: *Psychologická rizika akutních medicínských oborů: statistika oboru ARO, KAR, Česká republika 2004*. 1. vyd. Praha : Národní lékařská knihovna. 2005 (Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny: supl. 3, 2005).

⁶ ŠEBLOVÁ J.: *Psychologická rizika akutních medicínských oborů: statistika oboru ARO, KAR, Česká republika 2004*. 1. vyd. Praha : Národní lékařská knihovna. 2005 (Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny: supl. 3, 2005).

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)⁷.

V závislosti na frustrační toleranci – míře frustrační odolnosti jedince, může opakovaný (pracovní) nezdár vést k frustraci (následek nezdaru, nedosažení cíle). Dlouhodobá frustrace se pak může přetvořit v deprivaci, což je závažný psychický stav strádání jedince záporně ovlivňující jeho vývoj. Povolání, ve kterých je pracovník často frustrován, patří mezi subjektivně náročná. Mezi typické frustrace zdravotnických záchranářů patří, že dokáží méně než by chtěli, musí se ovládat, problémy jiných ožívují vlastní těžkosti. Dále se dostávají příliš často do stresu z rozhodování a odpovědnosti, musí se rychle na základě relativně mála informací rozhodnout a po tomto rozhodnutí následuje čin, jenž je nezvratný. Často tak dochází k tzv. syndromu vyhoření.

1.1.2. Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření (také syndrom vyhaslosti – z angl. burn out) je specifickou emoční únavou, citovou vyčpělostí, jež se projevuje dlouhodobým subdepressivním laděním a podrážděností.⁸ K syndromu vyhoření nejčastěji vedou: osobní perfekcionismus (přísné hodnocení vlastní práce), nedostatek uznání, neodpovídající finanční ohodnocení, práce neodpovídající kvalifikaci, tlak od vedení na výsledky, pracovní přetížení, byrokracie, dlouhodobý neúspěch.⁹

Syndrom vyhoření se projevuje v psychickém prožívání (v postojích a emocích), ve vztazích i v tělesné rovině:¹⁰

Psychické příznaky:

- ztráta nadšení, schopnosti pracovního nasazení, zodpovědnosti
- nechut', lhostejnost k práci

⁷ ŠPATÉNKOVÁ N.: *Krizová intervence pro praxi*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing. 2004. ISBN: 978-80-247-2624-3.

⁸ VYMĚTAL J.: *Lékařská psychologie*. 3. aktual. vyd. Praha : Portál 2003. ISBN: 80-7178-740-X.

⁹ POTTEROVÁ, A. B.: *Jak se bránit pracovnímu vyčerpání*. 1. vyd. Praha : Votobia 1994. ISBN: 80-7198-211-3.

¹⁰ Psychoweb.cz /on-line/, rev. 23. 1. 2012. /cit. 20. 1. 2012/. Dostupné z: <<http://www.syndrom-vyhoreni.psychoweb.cz/syndrom-vyhoreni-uvod/priznaky-vyhoreni>> .

- negativní postoj k sobě, k práci, k instituci, ke společnosti, k životu
- únik do fantazie
- potíže se soustředěním, zapomínání
- sklíčenost, pocity bezmoci, popudlivost, agresivita, nespokojenost
- pocit nedostatku uznání

Vztahy s lidmi:

- ubývá angažovanosti, snahy pomáhat problémovým klientům
- omezení kontaktů s klienty na nejmenší možnou mez
- cynický nebo lhostejný přístup ke klientům
- omezení kontaktů s kolegy
- přibývání konfliktů v oblasti soukromí
- nedostatečná příprava k výkonu práce, dlouhodobě nízká výkonnost

Tělesné příznaky:

- poruchy spánku, chuti k jídlu, náchylnost k nemocím, potíže v oblasti srdeční činnosti, dýchání nebo zažívání
- rychlá unavitelnost, vyčerpanost
- svalové napětí, vysoký krevní tlak

Ke správnému diagnostikování syndromu vyhoření je potřeba znát jednotlivé fáze syndromu vyhoření¹¹:

- 1. fáze – nadšení, kde v popředí jsou ideály, zaujetí a dochází k přetěžování se
- 2. fáze – vyčerpání, jak psychické, tak fyzické
- 3. fáze – dehumanizované vnímání sociálního okolí, odcizení, obranné postoje
- 4. fáze – vyčerpání, negativismus, lhostejnost

Například ve Spojených státech Amerických je syndrom vyhoření klasifikován jako nemoc z povolání.

¹¹ BARTOŠÍKOVÁ, I.: *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha : NCO NZO 2006. ISBN: 80-7013-439-9.

1.2. Syndrom pomáhajících profesí

Mezi příslušníky pomáhajících profesí patří učitelé, vychovatelé, duchovní, psychoterapeuti a samozřejmě zdravotničtí pracovníci. Syndrom pomáhajících profesí je nutkavé pomáhání druhým na úkor vlastních potřeb, altruismus nade vše.¹² Takový člověk vůči svému okolí nasazuje všemohoucí masku, která se časem stane i osobnostní strukturou. Ukazuje, že na všechno stačí, vše je schopen udělat, nepotřebuje pomoc. Neexistuje, aby dal najevo slabost, ostatní nesmějí zjistit, že potřebuje pomoc. To by se z jeho pohledu rovnalo projevení slabosti, neschopnosti a nezdaru.¹³

Člověk se silným syndromem pomáhajícího pak může prožívat následující obtíže: neschopnost vyjádřit vlastní pocity a neschopnost naplňovat vlastní potřeby, těžkosti v blízkých a intimních vztazích, nepřipouštění si vlastní slabosti a bezmoci, neschopnost otevřeného přiznání vlastních emocionálních problémů. V jeho projevech převažuje kontrolované chování orientované na výkon. Může působit jako neradostný, ale spolehlivý, mrzoutský, ale obětavý, nemilosrdný vůči vlastnímu já, ale svědomitý vůči druhým.¹⁴

K rozvoji syndromu pomáhajících přispívá také to, že společnost nepředpokládá, že by si pomáhající profesionál nevěděl rady, byl bezmocný a neznal řešení pro daný problém. Kdežto u klientů hledajících pomoc, jsou projevy bezmoci a emocionálních problémů přijímány zcela otevřeně a veřejně. Klient hledá pomoc u odborníka, který je tu od toho, aby mu od těchto těžkostí pomohl, kdežto pomáhající musí mnohdy své emoční potřeby a problémy, pokud se vyskytnou, potlačit.¹⁵

¹² SCHMIDBAUER, W.: *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. 1. vyd. Praha : Portál 2000. ISBN: 80-7178-312-9.

¹³ PhLic. Kateřina Lachmanová, ThD. Katolická teologická fakulta Univerzity Karlovy v Praze, Thákurova 2, 160 00 Praha 6. e-mail: Katerina.Lachmanova@ktf.cuni.cz, tel.: 220 181 590. URL: <http://www.ktf.cuni.cz/KTF-160.html>.

¹⁴ SCHMIDBAUER, W.: *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. 1. vyd. Praha : Portál 2000. ISBN: 80-7178-312-9.

¹⁵ MATOUŠEK, O.: *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha : Podtál 2008. ISBN: 97-8807-367-368-0.

1.3. Psychologická specifika povolání zdravotnického záchranáře

V této kapitole shrnuji procesy, se kterými se zdravotničtí záchranáři během výkonu své práce setkávají. Jedná se nejen o výčet stavů, přes které zdravotník pomáhá pacientovi se překlenout, ale i výčet stavů, jež musí umět zpracovat a přejít i sám záchranář.

1.3.1. Bolest

Bolest je subjektivním signálem, který má varovnou funkci. Bolest lze rozdělit na čtyři typy, tedy akutní, chronickou, rekurentní a procedurální.¹⁶ Právě s akutní bolestí se záchranáři setkávají ve své praxi nejčastěji a zároveň jsou prvními, kdo s pacientem pracuje. Přednemocniční neodkladná péče má za úkol stabilizaci stavu pacienta a utišení akutní bolesti.

Bolest lze ovlivňovat i psychologickými prostředky. Už samotná přítomnost zdravotníka je utěšující. Záchranář může totiž pacienta vybídnout k uklidnění, hlubokému dýchání a napomoci tak svalovému uvolnění. Zároveň dává postiženému najevo, že ví, jak se cítí a že mu pomůže. Pacient právě prožívá krizi a potřebuje empatický přístup.

1.3.2. Úzkost a strach

Strach je možné definovat jako nepříjemný prožitek vázaný na určitý podmět nebo situaci, které v jedinci vyvolávají obavu z ohrožení. Je tedy reakcí na poznané nebezpečí a má signální a ochrannou funkci. Na rozdíl od strachu si v případě úzkosti pacient neuvědomuje bezprostřední příčinu. Je reakcí na tušené a neznámé nebezpečí a bývá zpravidla nejpříjemnější.¹⁷

1.3.3. Truchlení

Truchlení a s ním spojený smutek je prožitkem a stavem, který nastává, jestliže u jedince došlo ke ztrátě něčeho (nebo někoho), co pro něho představuje vysokou hodnotu, případně nastane ohrožení jeho sebepojetí. Truchlení se nevyskytuje jen při mezní ztrátě, kdy dochází k úmrtí bytostně blízkého člověka, ale i při ztrátách

¹⁶ VYMĚTAL J.: *Lékařská psychologie*. 3. aktual. vyd. Praha : Portál 2003. ISBN: 80-7178-740-X.

¹⁷ VYMĚTAL J.: *Lékařská psychologie*. 3. aktual. vyd. Praha : Portál 2003. ISBN: 80-7178-740-X.

parciálních, jako je amputace končetiny, ztráta některého ze smyslových orgánů, pohyblivosti apod.¹⁸

Zdravotnický záchranář se v rámci urgentní medicíny se stavem truchlení a žalu setkává nepříliš často u pacienta (protože se s ním setkává v rodící se fázi jevu) i pozůstalých, nicméně by měl mít schopnost rozeznat truchlení od deprese, která je projevem duševního onemocnění.

1.3.4. Hněv a agresivita

Hněv je silná afektivní reakce na překážku, která se staví do cesty při dosahování nějakého cíle nebo brání rozvíjení jednání. Je to emoce, jejímž původním smyslem bylo připravit jedince na útok. Podle intenzity se rozlišuje rozzlobenost (nejslabší), hněv, zlost a vztek (nejsilnější).¹⁹

Agrese je v psychologicko-sociologickém pojetí chování, které vědomě a se záměrem ubližuje, násilně omezuje svobodu a poškozuje jiné osoby nebo věci. Agrese, ať již fyzická či verbální, může vzniknout v afektu nebo se může jednat o agresi instrumentální (úmyslnou).²⁰

Právě primitivní, krátkodobou agresí jsou ohrožováni při své práci záchranáři, jak vypovídá i Bc. Drahomír Sigmund²¹, člen Akreditační komise Ministerstva zdravotnictví České republiky a prezident Komory záchranářů: „Napadení záchranářů není dopředu plánovaný čin, ale přichází spontánně, bezmyšlenkovitě. Musíme si uvědomit, že ti, kteří zdravotníky napadají, v době napadení vůbec nepřemýšlí (...).

Agresivní chování často bývá iniciováno závislostmi na návykových látkách, ale jedná se také o osamocený jev, jehož cílem je, zastrašit druhého, zmocnit se objektu či ho odstranit, jinému zmařit a sobě zajistit výhody. (...) Agrese primitivní krátkodobá

¹⁸ VYMĚTAL J.: *Lékařská psychologie*. 3. aktual. vyd. Praha : Portál 2003. ISBN: 80-7178-740-X.

¹⁹ Wikipedia.org /on-line/ rev. 11. 1. 2012. /cit. 3. 2. 2012/. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Hn%C4%9Bv>.

²⁰ Wikipedia.org /on-line/ rev. 13. 2. 2012. /cit. 14. 2. 2012/. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Agrese>.

²¹ Bc. Drahomír Sigmund. Komora záchranářů zdravotnických záchranných služeb České republiky, Dělnická 44, 779 00 Olomouc. e-mail: herrsigmund@seznam.cz. URL: www.komorazachranaru.cz/.

se projevuje bouřlivým odreagováním afektu, přičemž chybí schopnost náležitě si ujasnit rozsah, cíl a motivační souvislosti vlastní agrese'.²²

Útok pacienta má nejčastěji verbální podobu, avšak dochází i k fyzickým atakům zdravotnických záchranářů.²³ Důvodem jsou nejčastěji:²⁴

- subjektivní pocit ohrožení a strachu
- prožitky křivdy a nespravedlnosti ve vztahu k událostem, které člověk považuje za významné a týkají se jeho osoby či osoby blízké
- zklamání v určitém očekávání nebo v pacientově snaze, frustrace, šok
- celková zvýšená psychická zátěž a exhausce
- prožitek ponížení, zesměšnění, uražení
- pocit bezmoci
- intenzivní bolest se somatickou příčinou
- intoxikace alkoholem, léky, drogami
- pocit viny a obrana před nimi tím, že je hledán viník situace, což je spojeno s agresivním prožíváním (nejčastěji u příbuzných pacienta)

Jak už bylo řečeno, záchranáři se setkávají s osobami, které trpí agresí jako následkem zdravotní změn z vnitřních i vnějších důvodů. Například ke spojení intoxikace alkoholem a agresivity dochází při tzv. patické ebrietě. Patická ebrieta (patická opilost) je patologická reakce na alkohol, vznikající po vypití malého množství

²² HAŠEK, Václav. *Psychologie odolnosti*. 1. vyd. Praha : Karolinum. 2001. 70 s. ISBN 80-7184-889-0.

²³

- (hol). *Pacient zaútočil na záchranáře nožem*. In: Rakovnický deník. 2010, roč. 13, č. 291, str. 4. ISSN 1802-4785.
- DRAHOŇOVSKÝ, Tomáš. *Zprávy, 2. reportáž: Záchranáři se bojí chodit do práce*. TV PRIMA – Praha. 14.11.2010, 18:55, 25 minut.
- ČTK. *Nešťastník zbil záchranáře*. In: Aha! 2010, roč. 5, č. 57, str. 5. ISSN 1214-8997.
- *Útoky na záchranáře jsou stále častější a ostřejší*. In: Mladá Fronta Dnes. 2010, roč. 20, č. 119, str. 3. ISSN 1210-1168.
- ZDN.cz. *Pražští záchranáři budou mít na svou ochranu pepřové spreje*. /on-line/. rev. 24.3.2004. /cit. 21.12.2010/. Dostupné z <www.zdn.cz/denni-zpravy/z-domova/prazsti-zachranari-budou-mit-na-svou-ochranu-peprove-spreje-159989>.

²⁴ VYMĚTAL J.: *Lékařská psychologie*. 3. aktual. vyd. Praha : Portál 2003. ISBN: 80-7178-740-X.

alkoholu, které by u většiny lidí nezpůsobilo intoxikaci. Dochází k poruše vědomí s bludy a halucinacemi, poruchám chování často s agresí zaměřenou na okolí (heteroagrese) i na sebe sama (autoagrese). Stav odeznívá po minutách až hodinách, končí spánkem. Na stav si postižený obvykle nepamatuje (amnésie). V případě trestné činnosti páchané v patické ebrietě je snížená trestní odpovědnost postiženého, patická ebrieta může být i důvodem ke zproštění viny (exkulpací).²⁵

Agrese je také možný následek úrazu, při kterém došlo k neurologickým změnám (po otřesu mozku...). Člověk je pak agitovaný (neklidný, rozrušený, někdy i verbálně či brachiálně agresivní), agresivní a např. utíká z místa nehody či napadá zdravotníky. Nadměrná agresivita se může projevit i v rámci psychóz – paranoidní schizofrenie apod. U starých lidí se může agresivita objevit jako porucha chování v rámci počínající demence – třeba Alzheimerovy choroby.²⁶

Kromě pouřazového stavu, alkoholismu, nebo zmiňované Alzheimerovy choroby je agresivita symptomem i těchto nemocí: Huntingtonova choroba, delirium, demence, mentální retardace, autismus, cévní mozková příhoda, Aspergerův syndrom, lehká mozková dysfunkce, narkolepsie, schizofrenie, epilepsie, zánět slinivky, syfilis či dokonce infarkt myokardu.²⁷

Nejlepším psychoterapeutickým působením proti agresivnímu pacientovi je pro záchranáře zachování klidu a slušné jednání. Dále je vhodné pacienta vyslechnout, projevit pochopení a porozumění takovému pohledu. Ne vždy je to ovšem možné (s ohledem na vlastní bezpečí) či účinné.

1.3.5. Umírání a smrt

Umírání a smrt je pro zdravotníky enormní psychickou zátěží, která vychází ze dvou hlavních zdrojů. Za prvé je úmrtí jiného člověka připomínkou vlastní smrtelnosti a smrtelnosti vlastních blízkých a za druhé je smrt pacienta spojena s pocitem bezmoci a selhání.

²⁵ Národní informační centrum pro mládež. *Bezdomovectví – charakteristika*. /on-line/. rev. 18. 8. 2010 /cit. 25. 1. 2012/. Dostupné z <www.icm.cz/bezdomovectvi-charakteristika>.

²⁶ Vitalion. *Agresivita (agrese) – nemoci*. /on-line/. /cit. 25.1.2011/. Dostupné z <<http://priznaky.vitalion.cz/agresivita/>>.

²⁷ Vitalion. *Agresivita (agrese) – nemoci*. /on-line/. /cit. 25.1.2011/. Dostupné z <<http://priznaky.vitalion.cz/agresivita/>>.

Nejčastěji pak mají zdravotníci tendenci zacházet s umírajícím nikoliv jako s lidskou osobností, ale jako s věcí a tím od smrti získat odstup. Výsledkem je nejen neúspěšná komunikace s pacientem, ale také vlastní narušování psychického zdraví v roušce cynického a necitlivého postoje k okolí.

Další (a neméně vhodnou) reakcí bývá nadměrná pracovní aktivita, při které se zdravotník snaží za každou cenu pacienta udržet při životě, i přestože je jeho stav s dalším žitím neslučitelný. Často pak následuje pracovní hyperaktivita v řadě dalších činností v pracovní i osobní oblasti života a nepřítelem se pro zdravotníka stává zastavení se a odpočinek.

Vypětí se stupňuje obzvláště, pakliže dochází k úmrtí dítěte či těhotné ženy, hromadnému úmrtí (např. při autonehodě), úmrtí zapříčiněnému jinou osobou – vraždě či k sebevraždě, při které se zdravotník může setkat s osobou ještě před samotným sebevražděným činem.

1.3.6. Sebevražedné chování

Sebevražda je čin, jímž si člověk vědomě přivodí smrt, kterou pokládá za prostředek, nebo konec.²⁸ V případě, že jsou známky sebevražedného chování odhaleny před samotným činem (skoky z výšky, předem ohlášená sebevražda...), bývají obvykle přivolány všechny složky integrovaného záchranného systému (Policie ČR, zdravotnická záchranná služba, hasiči) a stávají se součástí boje o život.

Statistiky ukazují, že Česká republika patří v počtu sebevražd mezi světový průměr. V letech 1990 – 1993 bylo zaznamenáno 15-20 sebevražd na 100 tisíc obyvatel.²⁹ O tom, že se však nejedná o ojedinělý jev, svědčí statistika, ze které vyplývá, že počet sebevražd je srovnatelný s počtem obětí dopravních nehod. O sebevraždu tak jde zhruba o 1,5 % z celkového počtu zemřelých a 22,5 % z celkového počtu zemřelých z důvodu vnějších příčin.³⁰

²⁸ Baechler (1975) in: MONESTIER, M.: *Dějiny sebevražd*. 1. vyd. Praha : dybbuk 2003. ISBN: 80-903001-8-9.

²⁹ MONESTIER, M.: *Dějiny sebevražd*. 1. vyd. Praha : dybbuk 2003. ISBN: 80-903001-8-9.

³⁰ Český statistický úřad in: MONESTIER, M.: *Dějiny sebevražd*. 1. vyd. Praha : dybbuk 2003. ISBN: 80-903001-8-9.

	Sebevraždy	Dopravní nehody	Útok druhou osobou	Úrazy a nešťastné náhody
2000	1649	1572	154	3361
2001	1623	1484	135	3339
2002	1534	1490	134	3331

Tabulka č. 1: Některé příčiny úmrtí v České republice v letech 2000 - 2002³¹

U uskutečněných sebevraždných činů bývají v případě, že tělo nejeví zřejmé známky smrti (posmrtná ztuhlost, posmrtné skvrny, posmrtná hniloba), na místo přivolání nejdříve zdravotničtí záchranáři a poté až lékař pro konstatování smrti.

1.3.7. Medicína katastrof

Hromadné neštěstí je mimořádná událost, která zasáhla více než 10, ale méně než 50 osob. Rozsah těchto škod není schopno řešit příslušné zdravotnické zařízení a v rámci poplachových, havarijních a traumatologických plánů povolává posily.³²

Katastrofa je náhle vzniklá mimořádná událost velkého rozsahu, kdy řešení situace může být úspěšné jen tehdy, uplatní-li se koordinovaný postup záchranných složek pod řízením správních úřadů a obcí. Zároveň je alespoň 50 postižených osob nehledě na počet mrtvých, těžce raněných či lehce raněných.³³

Světová zdravotnická organizace kvalifikuje katastrofy na přírodně klimatické (požáry, epidemie, povodně, laviny, mrazy...) a antropogenní (emigrační vlny, teroristická činnost, toxické odpady, jaderné havárie, dopravní a průmyslové havárie).³⁴ Ve všech jmenovaných situacích jsou členové integrovaného záchranného systému v kooperaci první linií obrany civilního obyvatelstva. Setkávají se tak s vzhledem ke svým zkušenostem nezvykle velkým množstvím tragédií postižených lidí. Podle diagnostického systému International Classification of Mental and Behavioural

³¹ Český statistický úřad in: MONESTIER, M.: *Dějiny sebevražd*. 1. vyd. Praha : dybbuk 2003. ISBN: 80-903001-8-9.

³² ŠTĚTINA, J. a kol.: *Medicína katastrof*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing 2000. ISBN: 80-7169-688-9.

³³ ŠTĚTINA, J. a kol.: *Medicína katastrof*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing 2000. ISBN: 80-7169-688-9.

³⁴ KVAPIL, J.; HUMLÍČEK, V.: *Vybrané kapitoly z medicíny katastrof*. 1. vyd. Hradec Králové: VLA JEP 1995. ISBN: 80-851-095-1-4.

Disorders of WHO ICD-10, který platí i v ČR dochází u záchranářů k tzv. traumatické neuróze o 7mi stupních³⁵:

- Emocionální důsledky – pod vlivem smrti druhých, destrukce a zkázy si postižitelní uvědomují svou smrtelnost, litují oběti, ale i sebe samé a bojí se možné ztráty svých nejbližších, ke kterým jsou následně patologicky opatrní a starostliví.
- Syndrom vyhoření (více viz kapitola 1.1.2.)
- Kognitivní důsledky – projevují se zhoršením paměti, schopnosti koncentrace a nutkavými představami prožité katastrofy, mohou se vyskytnout noční děsy.
- Behaviorální důsledky – ztráta zájmu o společnost i vztahy k lidem, stejně tak jako nezájem o jakoukoliv práci. Postižený má sklon k pití alkoholu, užívání drog a kouření.
- Důsledky pro vztahy – po prožité katastrofě se u záchranářů projeví výrazné změny v životě, v pracovních, intimních, sexuálních vztazích. Může vzniknout patologická a nepodložená obava o své nejbližší, pacient se sám izoluje, není schopen těmto lidem vyjádřit své pocity.
- Somatické důsledky – zvýšený počet běžných onemocnění, úrazů, poruchy spánku, jídelních návyků, snížená úroveň životní energie.
- Změny motivace – profesionální záchranáři, kteří se zúčastnili likvidace následků mimořádné události, získali zkušenost, která je vedla k zásadnímu přehodnocení životních priorit. Náhle změní názor na smysl života, berou jej jako mimořádně křehký a krátký, což vede ke změně způsobu života ve smyslu zvýšeného důrazu na materiální podstatu lidského bytí. Častá je úplná ztráta jakékoliv emoce.

Takto extrémní stres způsobuje např. pohled na oběti při požárech, jejich bezmocnost, nemožnost je vyprostit, ale zejména smrt blízkých a dobrých známých může vést k akutní psychóze. U mladších osob je riziko následků větší než

³⁵ Ministerstvo vnitra České republiky – Odbor prevence kriminality. Nad Štolou 3, 170 34 Praha 7. Tel.: 2614 328 03 - Jarmila Pecháčková, e - mail: media@mvcz.cz, <www.mvcz.cz>.

u zkušenějších, ženy mají více symptomů než muži, rozvedení a svobodní jsou postiženi hůř, než zadaní a ve svazku.³⁶

³⁶ ŠTĚTINA, J. a kol.: *Medicína katastrof*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing 2000. ISBN: 80-7169-688-9.

1.4. Další nároky na zdravotnické záchranáře

Dynamika práce zdravotnického záchranáře (ale i ostatních členů integrovaného záchranného systému) je postavena na časově náhodných tísňových výzvách, a proto je tento nucen na práci čekat a ze stavu svalového napětí poté prakticky okamžitě reagovat na pracovní úkol.

U některých útvarů jsou zdravotníci vystavení mnoha přesčasovým hodinám a tradičně také směnnému provozu. Střídání denních a nočních směn prokazatelně vede k únavě, častějším nemocem, spánkovým poruchám, problémům se soustředěním, žaludečním potížím, poruchám oběhového systému, ale i například k nervové labilitě, která je nejlepší cestou k depresím. Častým problémem je i špatná koordinaci programu s ostatními rodinnými příslušníky a z toho vyplývající komplikovaná péče o dítě.

Záchranáři víc než kdo jiný riskují i nakažení se některou z infekčních chorob (a riskují tak potažmo i zdraví své rodiny). Proti těmto nemocem jsou chráněni moderními zdravotnickými pomůckami, jako jsou desinfekce, rukavice, nebo roušky a samozřejmě očkováním. Tabulka Vybrané infekční nemoci v ČR v letech 2001 – 2010³⁷ (řazení sestupně dle počtu výskytu), kterou zveřejnil v rámci preventivního projektu EPIDAT Státní zdravotnický ústav, znázorňuje kvantitu infekčních onemocnění v České republice z let 2001 – 2010. Z této tabulky vyplývá, které infekční nemoci jsou v Česku aktivní, a se kterými se tudíž členové IZS mohou setkat.

MKN	Diagnóza	Rok 2001	Rok 2002	Rok 2003	Rok 2004	Rok 2005	Rok 2006	Rok 2007	Rok 2008	Rok 2009	Rok 2010	Součet 2001-2010
B01	Variceřla	35343	33474	35719	52487	35217	35197	48571	38965	47192	48240	410 405
A04.5	Kampylobakteri6za	21653	23206	20063	25492	30268	22713	24254	20175	20371	21161	229 356
A02	Salmonel6zy	33594	27964	26899	30724	32927	25102	18204	11009	10805	8622	225 850
A08	Virov6 střevní infekce	1166	2381	2099	3590	3670	5597	6025	6639	6066	8516	45 749
B86	Svrab	7486	6114	4498	3771	3109	3129	2803	2958	2935	2950	39 753
A38	Špiřala	2808	3405	4288	4208	3222	3300	4057	4450	3862	4135	37 735
A04	Jin6 bakter. střevní infekce	2051	2622	2354	2824	2704	2471	2831	3305	3178	3343	37 683
A69.2	Lymesk6 borreli6za	3547	3658	3677	3243	3647	4370	3558	4350	3863	3588	37 501
A46	Ruře	3448	3676	3652	3640	3467	3561	3746	3631	3622	3502	35 946
A09	Gastroenteritida vs. infekční	1311	1384	1627	2910	2877	3223	3316	2883	2884	3168	25 583
B27	Infekční mononukle6za	2710	2683	2644	2684	2564	2409	2306	2563	2338	2168	25 069
B08	Jin6 virov6 exantem. infekce	254	707	1413	2152	1042	762	764	1264	2661	1879	12 898
B26	Parotitida	107	748	753	244	1803	5172	1297	402	357	1067	11 950
VHC	Virov6 hepatitida C	798	858	846	868	844	1022	980	974	836	708	8 734
B35	Dermatofyt6za	1021	827	963	875	736	513	474	552	586	635	7 182
B02	Herpes zoster	6889	6894	6842	6878	6682	6595	6456	6391	6082	6041	6 750
A84.1	Křistova encefalitida	633	647	606	507	643	1029	546	631	816	589	6 647

³⁷ Státní zdravotní ústav /on-line/. rev. 2011. /cit. 29.1.2012/. Dostupné z <www.szu.cz>.

B15	Virová hepatitida A	325	127	114	70	322	132	128	1648	1104	862	4 832
A87.9	Virová meningitida, NS	572	313	291	561	841	388	402	363	412	318	4 461
A37.0	Pertusse	124	329	342	373	412	234	186	767	955	662	4 384
B06	Zarděnky	894	3156	28	31	8	8	4	14	6	4	4 153
B58	Toxoplazmóza	516	646	455	319	347	328	231	248	221	258	3 569
B16	Akutní hepatitida B	457	413	370	392	361	307	307	306	247	244	3 404
A03	Shigelóza	354	286	381	325	278	289	349	229	178	450	3119
A05	Jiné bakteriální intoxikace	686	266	61	192	41	48	70	84	106	100	1 654
G00	Bakteriální meningitida	209	165	163	166	164	145	168	141	154	131	1 606
A07.1	Giardióza	362	216	172	102	92	141	90	79	47	51	1 352
A87.0	Enterovirová meningitida	48	20	22	160	389	80	123	131	118	82	1 173
B00	Herpes simplex	76	92	99	98	112	101	121	110	120	127	1 056

Tabulka č. 2: Vybrané infekční nemoci v ČR v letech 2001-2010

(výskyt více než 1 000 případů)

Pracovníci zdravotnických záchranných služeb mají navíc pocit nedocení své práce společností, a to jak z platového, tak z morálního hlediska (společenského uznání). Finanční ohodnocení tabulkovým systémem ukazuje, že záchranáři mají podle platové třídy a počtu let započitatelné praxe nárok na 11.520 Kč hrubého (bez osobních odměn a příplatků za přesčasy a noční směny) až 24.020 Kč hrubého (taktéž bez osobního ohodnocení a příplatků). Horní sazba se však týká 10. platové skupiny (nejvyšší, které nelékařský pracovník může dosáhnout), a to po 32 letech praxe.³⁸

Po dlouhé diskuzi o zařazení záchranářů mezi veřejné činitele (potažmo současné úřední osoby) došlo v roce 2004 ke schválení novely paragrafu č. 692/2004 Sb., trestního zákona, paragrafu 34 písm. f) podle níž je „spáchaný trestný čin vůči osobě podílející se na záchraně života a zdraví nebo na ochraně majetku“ považován za přitěžující okolnost. Do té doby (na rozdíl od policistů, hasičů, ale i například myslivců) nepatřili záchranáři do skupiny právně speciálně chráněných zaměstnanců.³⁹

³⁸ Tribune.cz /online/. rev. 16. 12. 2011. /cit. 20. 12. 2011/. Dostupné z: <www.tribune.cz/clanek/14257>.

³⁹ OPATRŇY, A.: *Ohrožení záchranářů při záchranných akcích + prevence*. Praha 2011. 57 str. Absolventská práce na Vyšší odborné škole zdravotnické MILLS. Vedoucí absolventské práce MUDr. et RNDr. Petr Wagner.

1.5. Zdravotnická psychologie jako disciplína

Definice pojmu 'zdravotnická psychologie' je omezena na vztah zdravotníka a nemocného či na subjektivní pojetí bytí ve zdraví i nemoci z pohledu nemocného. Zdravotnická psychologie je oblast klinické psychologie přispívající svými poznatky k zefektivnění terapeutického procesu.⁴⁰ Zdravotnická psychologie je skutečná oblast psychologie péče o nemocného: osud a bytí nemocného v jeho léčebném prostředí.⁴¹ Dá se tedy říct, že zdravotnická psychologie je aplikovaná psychologická disciplína, která přispívá ke zlepšení zdravotnické péče o nemocného prostřednictvím bližší analýzy a pochopení situace potažmo potřeb pacienta.

Pojem 'psychologie zdraví' pak zkoumá, jak se určité typické způsoby chování, myšlení a cítění vztahují k tělesné a fyzické kondici. Tedy diagnózou, léčením a prevencí různých onemocnění.⁴² Tato vědní disciplína se věnuje psychologickým faktorům při léčbě, péči o nemocného, ale i zdravotnické prevenci.

Vzhledem k vývoji psychologie jako vědy a jejím průniku do každodenního života a zkvalitňování péče o nemocného, jako o individuálního člověka s individuálními problémy (o klienta) vznikla i disciplína 'psychologie zdravotnické činnosti'. Jedná se o aplikovanou oblast psychologie s vyhraněnou oblastí, která se zaměřuje na terapeutickou a ošetrovatelskou péči i ostatní úkony spojené s diagnostickými a terapeutickými procedurami. Studuje vztah mezi zdravotníkem, pacientem, jakož i vztahy mezi pacienty a mezi zdravotníky navzájem.⁴³ Jako první tedy zkoumá vazbu jako komplex vztahů, který plyne od zdravotníka k pacientovi, ale i nazpátek a je ovlivněn prostředím, dalšími účastníky jak z řad pacientů, rodiny nemocných, tak i celého zdravotnického kolektivu.

Psychologie zdravotnické činnosti tak pokrývá děje jako je přístup k nemocnému dítěti, reakce na psychologické problémy nemocného v oblastech interní

⁴⁰ Greisinger, Johánková 1990. in: ZACHAROVÁ, E.; ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J.: *Psychologie pro zdravotnické obory*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing 2011. ISBN: 978-80-247-4062-1.

⁴¹ Hárđi, 1972 in: ZACHAROVÁ, E.; ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J.: *Psychologie pro zdravotnické obory*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing 2011. ISBN: 978-80-247-4062-1.

⁴² Plháková, 2004 in: ZACHAROVÁ, E.; ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J.: *Psychologie pro zdravotnické obory*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing 2011. ISBN: 978-80-247-4062-1.

⁴³ ZACHAROVÁ, E.; ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J.: *Psychologie pro zdravotnické obory*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing 2011. ISBN: 978-80-247-4062-1.

medicíny, zvláštnosti v přístupu k jedincům s mentálním, smyslovým a tělesným defektem a v neposlední řadě o problematiku stáří, umírání a smrti.⁴⁴ Primárním cílem této komunikace je pacient, ale má ulehčovat i práci samotného zdravotníka.

⁴⁴ ZACHAROVÁ, E.; HERMANOVÁ, M.; ŠRÁMKOVÁ, J.: *Zdravotnická psychologie – Teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing 2007. ISBN: 978-80-247-2068-5.

1.6. Psychologická prevence zdravotnického záchranáře

Mezi nejrizikovější profese z hlediska závislosti jsou kromě psychiatrie uváděny na předních místech akutní obory včetně urgentní medicíny.⁴⁵ Každý jednotlivec si vybuduje vědomě i 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. Mezi pozitivní reakce na stres patří pravidelná fyzická aktivita, která významně uvolňuje svalové napětí, podporuje relaxaci, dochází při ní k vylučování endorfinů, zrychluje metabolismus, posiluje svaly, zlepšuje fyzickou kondici a posiluje odolnost jedince. Relaxační techniky napomáhají psychickému zklidnění, podporují pocit sebekontroly, tlumí soustředění na starosti, také snižují svalové napětí.⁴⁶

Významným faktorem péče o fyzickou i duševní vitalitu patří pravidelná a vyvážená strava co do vitamínů a stopových prvků. Omezen by naopak měl být příjem soli, kofeinu, cukru alkoholu a nikotinu. Samozřejmostí je pravidelný pitný režim v závislosti na tělesné váze a charakteru práce.

V oblasti stresové prevence bývají často v odvětví pomáhajících profesí citováni Claudius Hennig a Gustav Keller. Ve své příručce 'Antistresový program pro učitele'⁴⁷ uvádějí několik tipů, 'jak si uchovat zdravý rozum':

- snížit příliš vysoké ideály
- nepropadnout syndromu pomocníka (neidentifikovat se nadměrně s potřebami ostatních, udržovat zdravý odstup)
- naučit se říkat NE, myslet na sebe, neplýtvat energií na zbytečnosti
- dělat přestávky a doplňovat energii
- otevřeně vyjadřovat své pocity: (umět vyjádřit i negativní emoce)

⁴⁵ NEŠPOR, K.; CSEÉMY, L.: *Návyková rizika a stres u zdravotnických profesí – možnosti prevence a časné intervence*. 1. vyd. Praha : Sportpropag pro Ministerstvo zdravotnictví 2001.

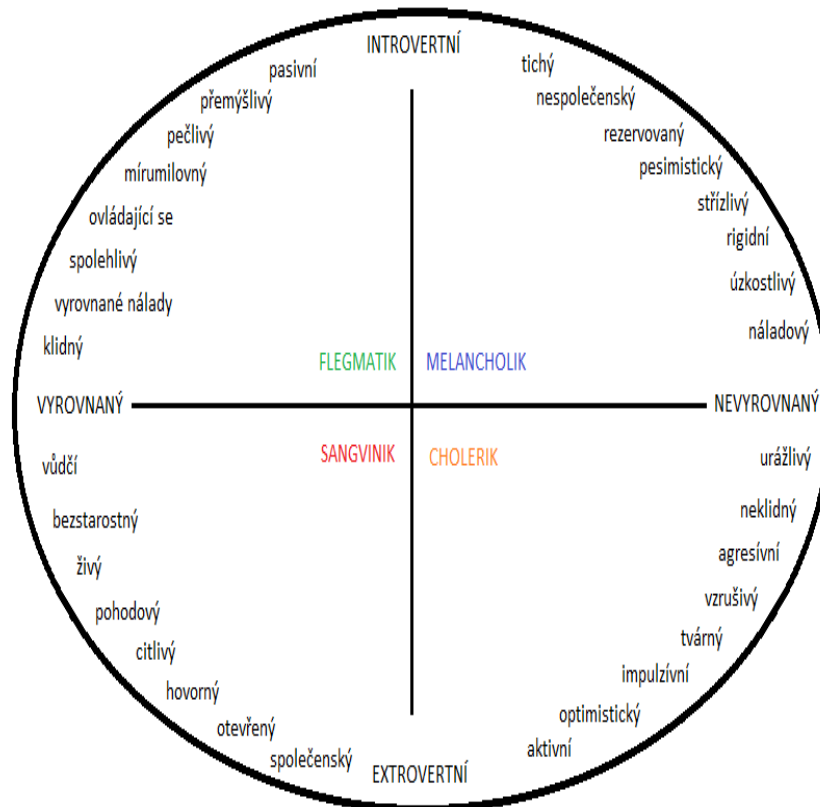
⁴⁶ ŠEBLOVÁ J.: *Psychologická rizika akutních lékařských oborů: statistika oboru ARO, KAR, Česká republika 2004*. 1. vyd. Praha : Národní lékařská knihovna. 2005 (Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny : suppl. 3, 2005).

⁴⁷ KELLER, G.; HENNING, C.: *Antistresový program pro učitele*. 1. vyd. Praha : Portál 2003. ISBN: 80-7178-093-6.

- hledat emocionální podporu (mít někoho, komu se lze svěřit, vypovídat)
- vyvarovat se negativního myšlení, nezabývat se sebelítostí
- využívat nabídek pomoci (od kolegů i profesionálů)
- zdravě žít
- zpětně analyzovat kritické situace, požádat o náhled nezainteresovanou osobu
- zachovat rozvahu, nenechat se hned vyvést z míry

1.7. Psychologická typologie osobnosti

Vzhledem k tomu, že klasické rozdělení osobností podle psychologické typologie (introvertní, extrovertní, stabilní, labilní osobnost) či temperamentu (sangvinik, cholerik, melancholik, flegmatik), neobsahuje bezezbytku personální kvality (na které obsah práce klade důraz), je v práci použita personální typologie měkkých dovedností Assessment Centre (AC).



Obrázek č. 1: Psychologický profil⁴⁸

⁴⁸ Eysenckovo dvojdimenzionální schéma základních vlastností. In: NAKONEČNÝ, M.: *Lexikon psychologie*. Praha : Vodnář, 1995.

1.8. Psychologický profil zdravotnického záchranáře - Assessment Centre

1.8.1. Rozumové schopnosti

Úroveň rozumových schopností zdravotnických záchranářů je na stupnici Gaussovy křivky mírně nadprůměrná. A to nejen vzhledem k nově podmíněnému minimálnímu dosaženému vzdělání zdravotnického diplomovaného specialisty (VOŠ), ale i na základě náročného zaučení (požadavky na výkony ve vypjatých situacích, nemožnost se předem připravit na některé úkony...) a následné neustálé aktualizace nových léků a procesů.

1.8.2. Manažerské předpoklady

V případě potřeby musí mít schopnost spolupracovat v týmu (případ hromadných nehod), nebo dokonce některé činnosti organizovat. I každý jednotlivý zásah s sebou přináší rozhodování o prioritách jednotlivých zranění jednoho či více pacientů.

1.8.3. Verbální schopnosti

Verbální schopnosti by neměly být omezeny na schopnost se vyjádřit, ale měly by pokrývat i druhý směr komunikace – tedy nutně rozumět složitým vyjádřeným konstrukcím, které v rozruchu zdravotnického zásahu často vznikají. S těmi je spojená i významná schopnost empatie v různých sociálních prostředích.

Verbální schopnosti jsou také významné pro udržení duševní rovnováhy – člověk, který nemá problém s komunikací je méně vystaven případnému syndromu vyhoření.

1.8.4. Percepční pohotovost

Schopnost vnímání nejmenších detailů a spojování souvislostí je v oblasti záchranářství otázkou života a smrti nejen v případě pacienta, ale v krajních situacích i v případě samotného zdravotníka.

Umění percepce pacientovy situace a pocitů je spolu s empatií důležitým faktorem pro dobře odvedenou práci pomáhající profese.

1.8.5. Osobnostní znaky

Vítaný je střízlivý pohled na svět s mírnou nezávislostí. Dále je nutná schopnost zodpovědné práce a smyslu pro přesnou práci, soustředění, samostatnost. Záchranář se setkává se situacemi, ve kterých mu je užitečná věcnost, důkladnost, ale i schopnost sebeovládání, tedy přiměřené kázně. Na místě je schopnost převzetí aktivní role, tendence k samostatným rozhodnutím a pracovní vytrvalost. U záchranářů je obecně zesílená potřeba seberealizace, ale i potřeba materiálního zázemí, jistoty. Mezi dalšími vlastnostmi by neměla chybět stálost, psychická odolnost a fyzická vytrvalost.

2. PRAKTICKÁ ČÁST

2.1. Struktura průzkumu

2.1.1. Námět na průzkumný problém

Povaha a stabilita psychologického profilu záchranáře v praxi.

2.1.2. Dosavadní stav poznání

Z hlediska zdravotnické psychologie existují publikované poznatky, ale bez důrazu na osobní zkušenost jednotlivých zdravotnických záchranářů (pouze z hlediska psychologické teorie, popř. se soustředěním se na pacienta).

2.1.3. Cíl a hodnota průzkumu

Cílem průzkumu je poznání, jak celou problematiku zvláštních požadavků na psychologický profil (a faktory ovlivňující psychiku) pracovníků rychlé záchranné služby chápou samotní záchranáři. Teorie v publikacích a jistě i všeobecné povědomí o existence syndromu vyhoření a jiných, v praktické části popisovaných rizik tohoto povolání, mohou být rozdílné od skutečné praxe.

2.1.4. Předmět průzkumu

Zkoumaná oblast: Zdravotničtí záchranáři z celé České republiky

2.1.5. Zkoumaný soubor

Ženy i muži zaměstnaní jako zdravotničtí záchranáři v České republice. Soubor bude rozdělen na výsledky podle toho, jak dlouho v tomto zaměstnání jednotlivci působí (1-5, 6-12, 13-18 a 19 a více let). Velikost vzorku je stanoven na 100 respondentů.

2.1.6. Časové rozmezí

Průzkumný dotazník bude cílové skupině zaslán v časovém rozmezí 1. února 2012 – 1. března 2012.

2.1.7. Metody a techniky

Z časových důvodů bude zvolena dotazníková forma průzkumu, kterou předem otestuje 5 členů cílové skupiny. Dotazník bude šířen elektronickou formou (odkazem

na elektronický formulář). Dotazník obsahuje 7 otázek ověřujících měkká fakta, 2 otázky s fakty tvrdými a kombinuje otázky otevřené (3), uzavřené (4) i škálové (2).

Průzkumný tým: Individuální průzkum zpracovatele Aleše Opatrného.

2.1.8. Zpracování

Získaná data budou vyhodnocena kvantitativní metodou prostřednictvím reálných čísel (počtu respondentů / procentuálnímu poměru respondentů).

2.1.9. Organizační zabezpečení

V rámci tříměsíčního časového prostoru byli postupně obesláni mluvčí (nebo ředitelé) krajských poboček záchranné služby s prosbou o distribuci dotazníku dál. Po obdržení 100 požadovaných odpovědí byly distribuce a příjem odpovědí zastaveny.

2.2. Hypotézy

2.2.1. Hypotéza 1

Předpokládám, že výsledky skupiny záchranářů působících na svém postu 1-5 let budou vykazovat mírnější příznaky syndromu vyhoření, než jejich služebně starší kolegové (6 a více let).

2.2.2. Hypotéza 2

Další hypotézou je předpoklad, že většina pracovníků vykonávajících práci zdravotnického záchranáře se z hlediska osobnostního temperamentu považuje za flegmatiky.

2.3. Výsledky průzkumu

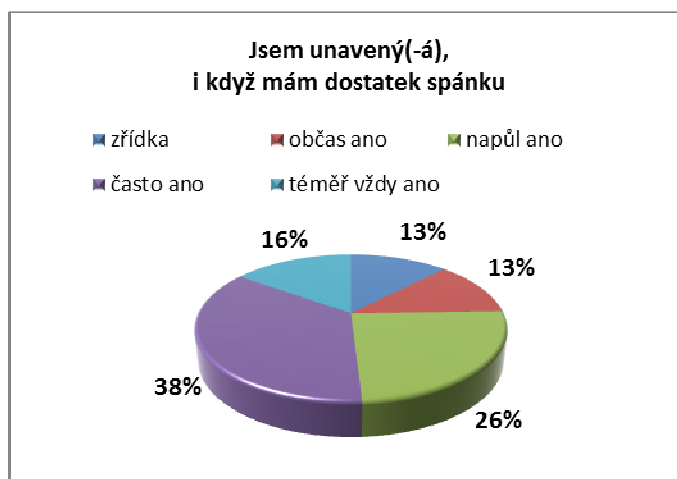
2.3.1. Otázka č. 1: Test syndromu vyhoření

Následující test⁴⁹ představuje hlavní příznaky syndromu vyhoření. Po ukončení testu se respondenti dozvěděli výsledky: „Projděte si svůj pracovní i mimopracovní život za posledních 6 měsíců a potom si přečtete následující výroky a určete, jak často se na vás jednotlivé příznaky projevovaly. 1 - zřídka, 2 - občas ano, 3 - napůl ano, 4 - často ano, 5 - téměř vždy ano.“

- 25 – 50 bodů → dobrý psychický stav
- 51 – 75 bodů → dobrý psychický stav v případě podniknutí prevence
- 76 – 100 bodů → zhoršený psychický stav těsně před vyhořením
- 101 – 125 bodů → špatný psychický stav v průběhu vyhoření

2.3.1.1. Jsem unavený(-á), i když mám dostatek spánku

První otázka celého průzkumu, ke které mohli být respondenti poněkud ostražití. Přesto hromadně přiznali, že bývají často, unavení i když se dostatečně vyspí. To ovšem samo o sobě není zásadním problémem, neboť spousta lidí trpí obdobími, kdy se cítí unavení i z jiných než pracovních důvodů, obzvláště pracují-li na směny. Za pozastavení stojí snad jen 16 % respondentů, kteří se unavení cítí skoro vždy.

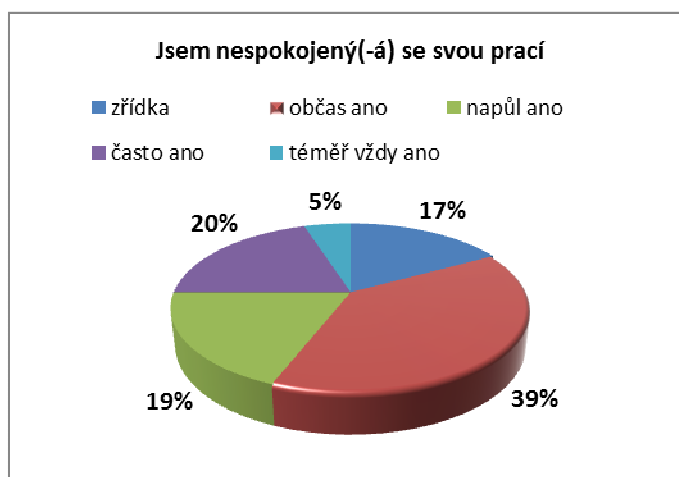


Graf č. 1: Jsem unavený(-á), i když mám dostatek spánku

⁴⁹ POTTEROVÁ, A. B.: *Jak se bránit pracovnímu vyčerpání*. 1. vyd. Praha : Votobia 1994. ISBN: 80-7198-211-3.

2.3.1.2. Jsem nespokojený(-á) se svou prací

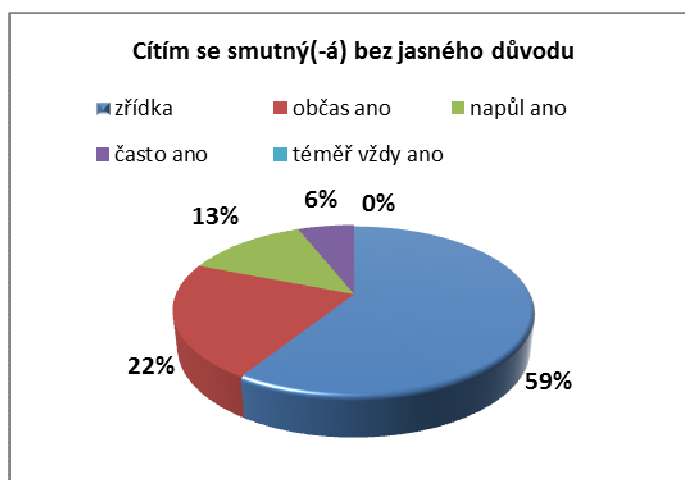
Následující otázka oproti první byla „těžký kalibr“ z hlediska pracovní spokojenosti. Díky pětistupňové škále, se většina respondentů přiznalo k občasné a pravidelné (50ti procentní) nespokojenosti. Otázka nenapovídá, s čím by měli zaměstnanci být nespokojení (průběh práce, směny, samotný výkon, byrokracie...).



Graf č. 2: Jsem nespokojený(-á) se svou prací

2.3.1.3. Cítím se smutný(-á) bez jasného důvodu

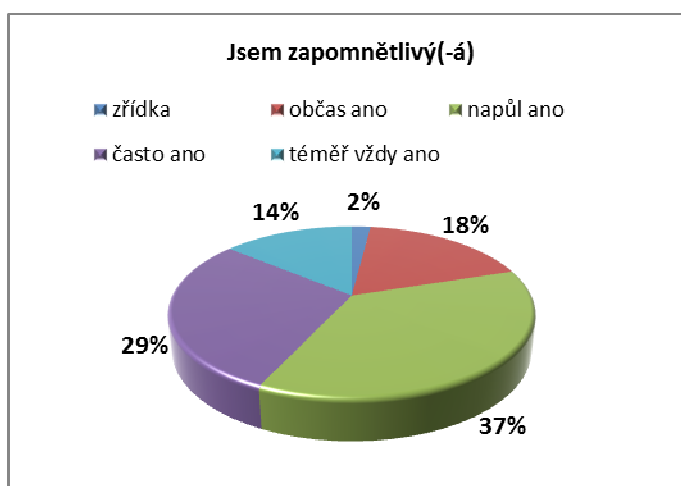
V tomto dotaze zřejmě respondenti cítili problém. Být smutný bez jasného důvodu není normální, tudíž hromadně že prakticky nikoliv, maximálně čas od času. Jen šest záchranářů ze sta má takové pocity často, žádný se nevyjádřil ve smyslu, že je to u něj převažující stav.



Graf č. 3: Cítím se smutný(-á) bez jasného důvodu

2.3.1.4. Jsem zapomnětlivý(-á)

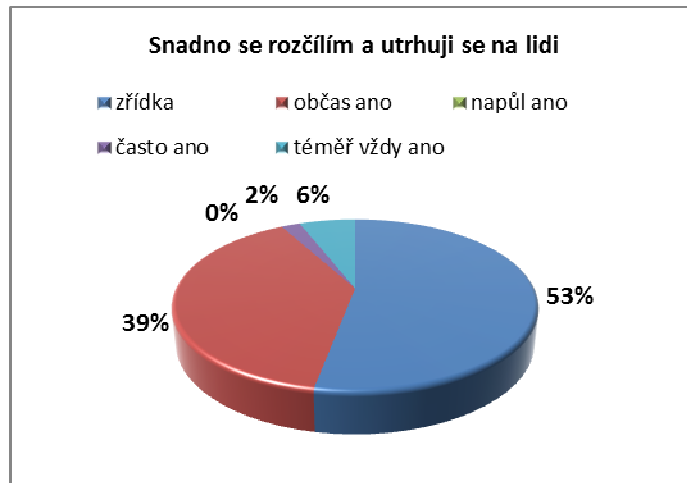
Zapomětlivost je běžně zaměňována s nepozorností a obzvláště u mužů panuje obecné přesvědčení, že pořád na něco zapomínají. Ač jen dva respondenti odpověděli, že zapomínají dnes a denně, další třetina to považuje za svůj častý problém a 37 % respondentů pravidelně. Upřímné přiznání se k zapomínání působí spíš, jako by si neuvědomovali spojení problému a celkové psychické zátěže.



Graf č. 4: Jsem zapomnětlivý(á)

2.3.1.5. Snadno se rozčílím a utrhnu se na lidi

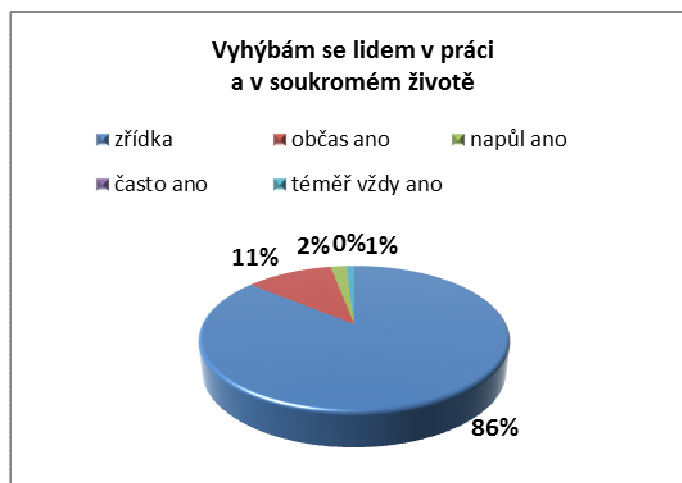
I rys prudké povahy patří mezi typické mužské přídomky, ve společnosti je ovšem také chování u pomáhající profese nepřijatelné a dá se očekávat, že část respondentů hlasovala podle toho, jak si myslí, že by to bylo správné. Samozřejmě další část si problém se svým vznětlivým chováním neuvědomuje. Prakticky všichni respondenti odpověděli, že se nerozčílí vůbec, nebo málokdy. Protože téměř nikdo nezvolil odpovědět, že je rozčílený (potažmo neslušný) tak na půl, nebo často, je trochu překvapivé přiznání šesti účastníků, že jsou rozzlobení prakticky pořád. Svědčí to o tom, že jsou buď cholerické osobnosti, nebo si uvědomují, že se špatně ovládají z důvodu stresu.



Graf č. 5: Snadno se rozčílím a utrhuji se na lidi

2.3.1.6. Vyhýbám se lidem v práci a v soukromém životě

Pomyšlení, že člověk nemá náladu na svou rodinu, přátele, ani spolupracovníky vede již k hlubšímu zamyšlení, jestli takový člověk nemá problém (pokud ovšem nevede extrémně introvertní život trvale). Celých 98 % se domnívá, že v náladě, na kterou chtějí být skutečně jen sami, jsou zřídka, maximálně čas od času. Jedna odpověď potvrzuje takový přístup ve většině případů.

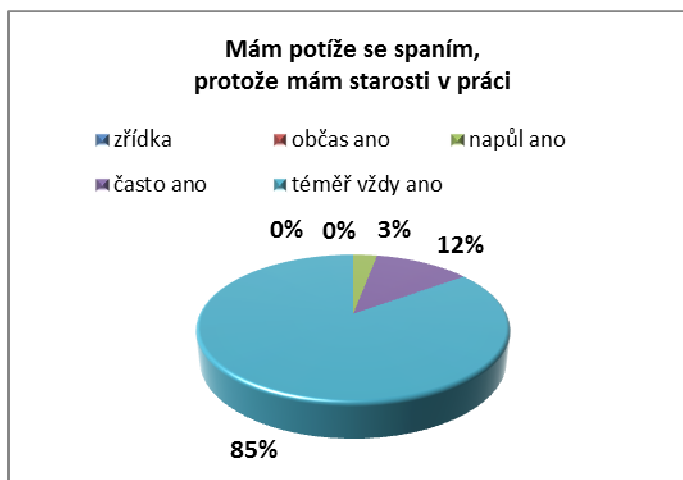


Graf č. 6: Vyhýbám se lidem v práci a v soukromém životě

2.3.1.7. Mám potíže se spaním, protože mám starosti v práci

Potíže se spaním má každý čtvrtý člověk. Avšak potíže se z důvodu starostí kvůli práci jsou vážným znakem přepracování, nebo syndromu vyhoření. Samozřejmě může jednou za čas přijít období, kdy se v zaměstnání řeší nějaký konflikt, ať co do vztahů mezi spolupracovníky, nebo ohledně samotného výkonu práce, ale nemělo by se jednat o dlouhodobý, ničím zásadním

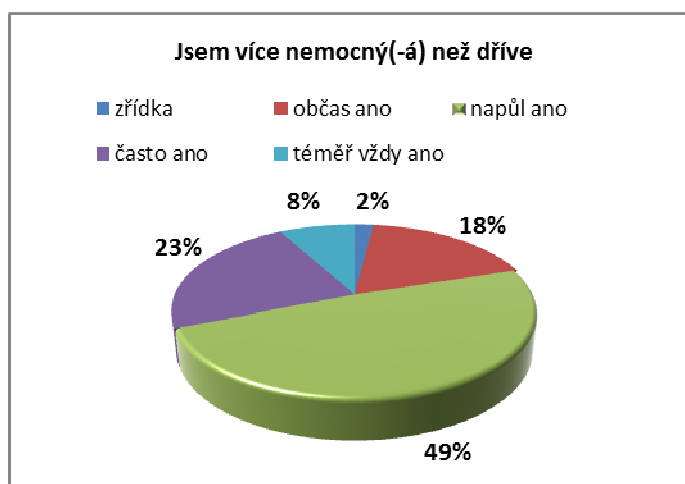
nepodložený stav. Oslovení záchranáři ve 12 % přiznávají, že se jedná o častý jev. Skutečnost, že to udává osm procent oslovených, je alarmující.



Graf č. 7: Mám potíže se spaním, protože mám starosti v práci

2.3.1.8. Jsem více nemocný(-á) než dříve

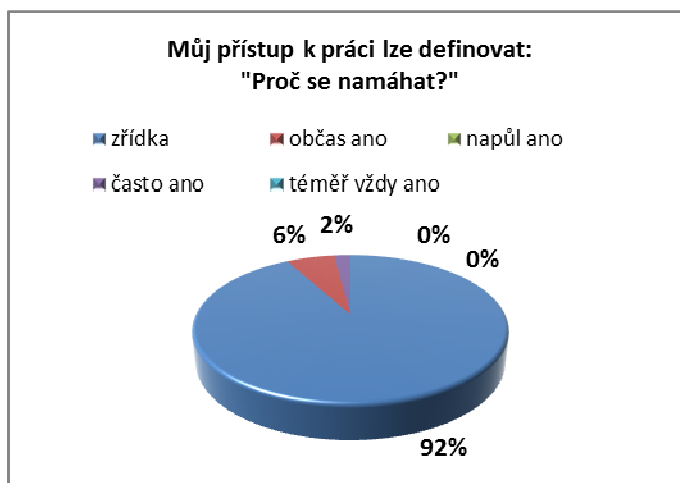
Zdravotní stav je standardním zrcadlem stavu psychického. Ne nadarmo jsou bolesti hlavy, nespavost, deprese či snížená schopnost koncentrace, znakem přílišného psychického vypětí. Většina respondentů přiznává, že se cítí být častěji nemocnými, než v uplynulém období. Na tento aspekt mohou působit další faktory jako je směnný služební provoz, snížená imunita v zimním období, chřipková epidemie apod.



Graf č. 8: Jsem více nemocný(-á) než dříve

2.3.1.9. Můj přístup k práci lze definovat: "Proč se namáhat?"

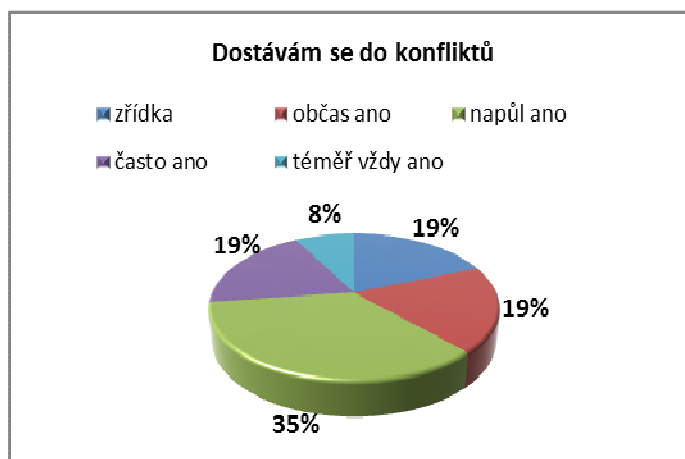
Laxní nebo zcela demotivovaný přístup k práci popřelo 9 z deseti respondentů. Osm ze sta dotazovaných v souladu s citací vidí svou práci občas, nebo často.



Graf č. 9: Můj přístup k práci lze definovat: „Proč se namáhat?“

2.3.1.10. Dostávám se do konfliktů

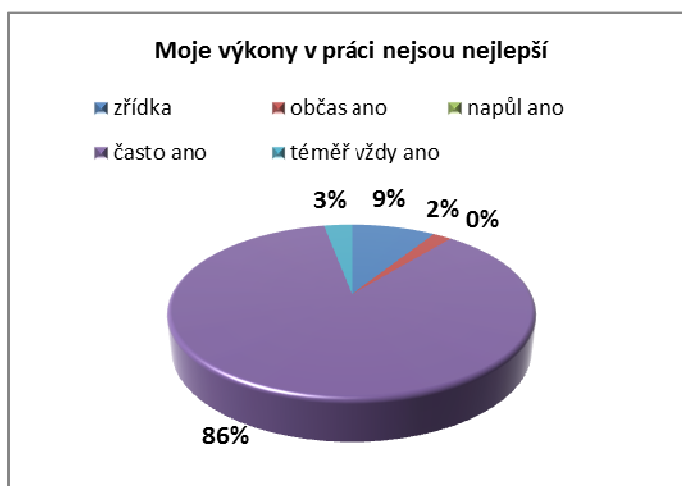
Naopak větší diference se ukázala v otázce konfliktů. Do vyhrocených situací se dostává zřídka jen 8 % dotázaných, oproti tomu téměř vždy skoro pětina. Z dotazu není jasný původ konfliktu, zdali se jedná o pracovní, nebo soukromý, je-li iniciován samotným zdravotníkem, nebo jestli se do situace pouze namane. Konfliktní situace však dost zřejmě bývají pro záchranáře na běžném denním pořádku.



Graf č. 10: Dostávám se do konfliktů

2.3.1.11. Moje výkony v práci nejsou nejlepší

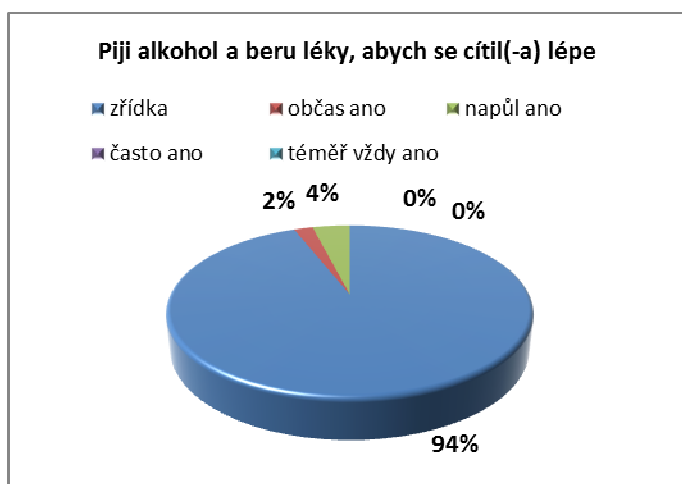
Jedenáctý dotaz zkoumající případný syndrom vyhoření může být svou formulací lehce irelevantní. Otázka, zda by se daly výkony jedince ohodnotit jako ne vždy nejlepší, zodpovídá jiný problém, než otázka, zdali svůj výkon záchranář hodnotí často negativně, nedostatečně. Tomu odpovídá i procento těch, kteří odpověděli „často ano“. Korunovat se v práci na nejlepšího (z kolegů) je možná až příliš sebevědomé.



Graf č. 11: Moje výkony v práci nejsou nejlepší

2.3.1.12. Piji alkohol a beru léky, abych se cítil(-a) lépe

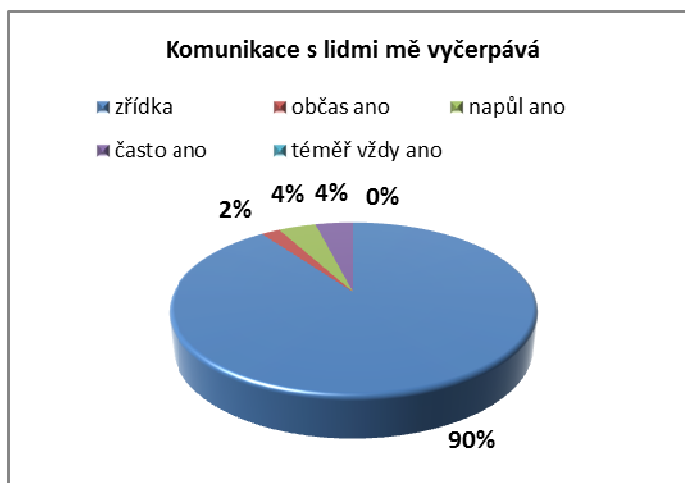
V případě dotazu na alkohol a léky jako utišující prostředek se k občasnému užívání těchto látek z důvodu špatného rozpoložení přiznalo jen 6 respondentů ze sta.



Graf č. 12: Piji alkohol a beru léky, abych se cítil(-a) lépe

2.3.1.13. Komunikace s lidmi mě vyčerpává

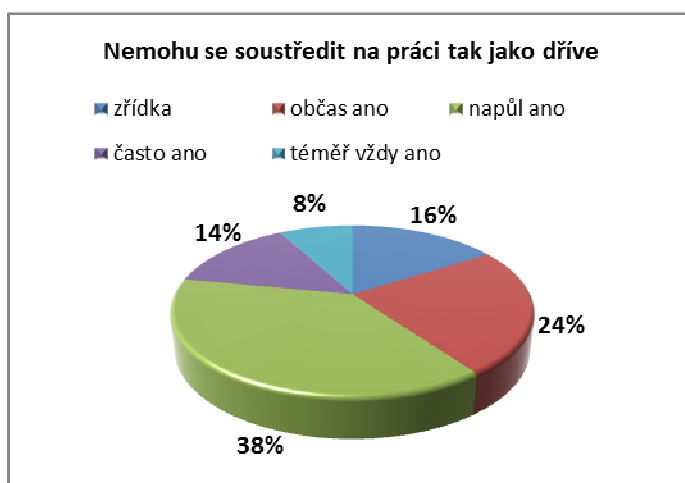
Stejně tak většina, 9 z 10 respondentů nemá pocit, že je vyčerpávala komunikace s lidmi. Pro srovnání připomeňme, že se 86 % respondentů účelově nevyhýbá lidem ve svém okolí.



Graf č. 13: Komunikace s lidmi mě vyčerpává

2.3.1.14. Nemohu se soustředit na práci tak jako dříve

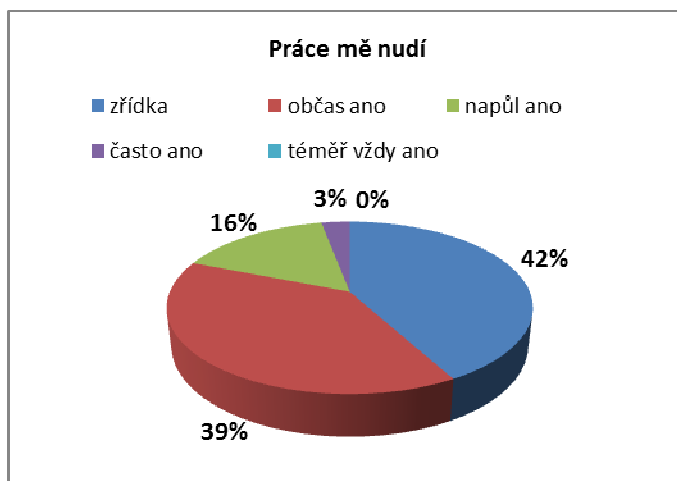
Problém se soustředěním přiznává naprostá většina zdravotnických záchranářů. Zajímavé je, že dotaz obsahuje podmínku srovnání „tak jako dříve“. Znamená to, že eliminuje jedince, kteří mají se soustředěním tradiční problémy, nebo se v tomto případě podceňují. Je zřejmé, že v oblasti soustředění prakticky u všech respondentů došlo k sestupné změně.



Graf č. 14: Nemohu se soustředit na práci tak jako dříve

2.3.1.15. Práce mě nudí

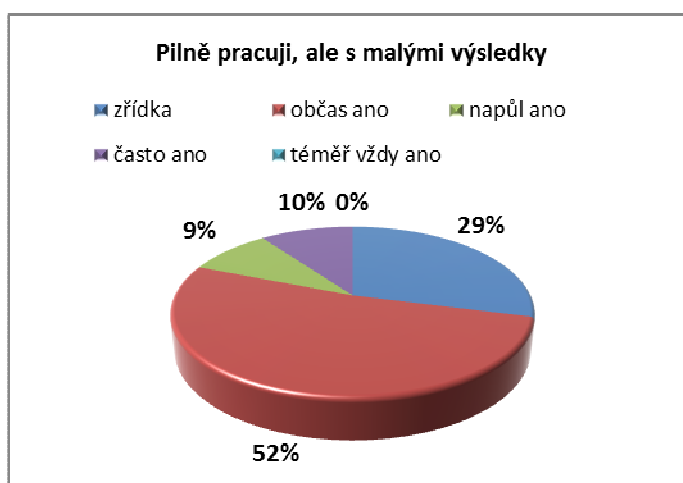
Přiznání, že jsou v pracovním procesu nudné pasáže, očividně respondentům nedělalo problémy. Necelá polovina respondentů odpověděla, že minimálně, zbylých 58 % se v práci nudí čas od času, zhruba na půl, nebo často. Odpověď může jen znamenat, že doba čekání na případné výjezdy a postprodukce zásahu, tedy vyplňování dokumentů, nepatří mezi oblíbené činnosti.



Graf č. 15: Práce mě nudí

2.3.1.16. Pilně pracuji, ale s malými výsledky

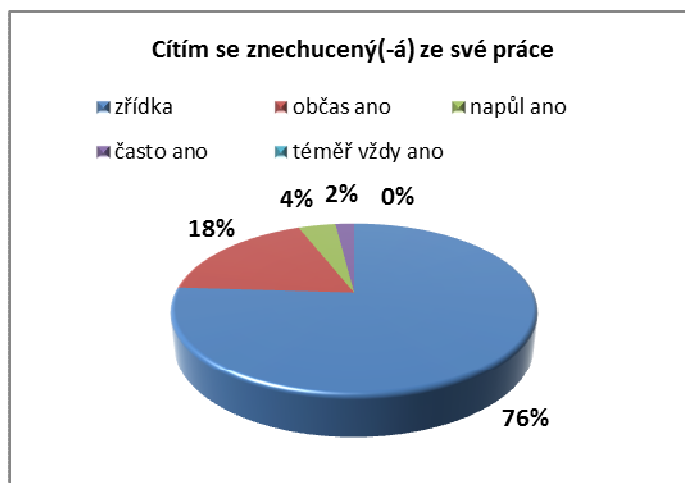
I odpověď na poměr frekvence a kvality práce versus výsledky ukazuje, že žádný z respondentů nemá ze své práce takový pocit většinově. Více než polovina pak odpověděla neutrálně „Občas ano“.



Graf č. 16: Pilně pracuji, ale s malými výsledky

2.3.1.17. Cítím se znechucený(-á) ze své práce

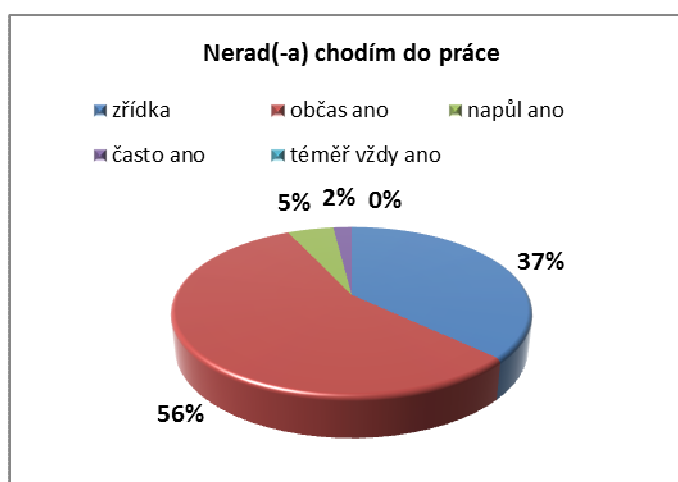
S negativně motivovaným výrazem znechucenost respondenti své pracovní zážitky nespojují. Tři čtvrtiny odpověděly, že jen skutečně málokdy, skoro jedna pětina pak, že občas ano. Opět není řečeno, jestli je znechucení myšlenou v celkovém pohledu na zaměstnání, nebo jen nad některými úkony, které nejsou záchranářům po chuti (například péče o opilé, zdrogované a špinavé pacienty).



Graf č. 17: Cítím se znechucený(-á) ze své práce

2.3.1.18. Nerad(-a) chodím do práce

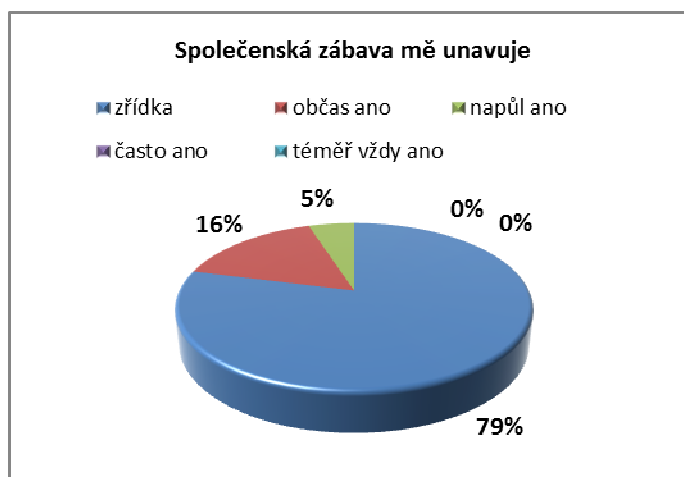
Jemná nuance mezi tvrzením „Nerad chodím do práce“ a „Nemám chuť jít do práce“ v tomto případě hraje velkou roli. Běžně se člověku do práce často nechce, ale směřovat tam vyloženě nerad – to je stav spojený s určitou fází odporu. V případě 63 % respondentů to tak skutečně je.



Graf č. 18: Nerad(-a) chodím do práce

2.3.1.19. Společenská zábava mě unavuje

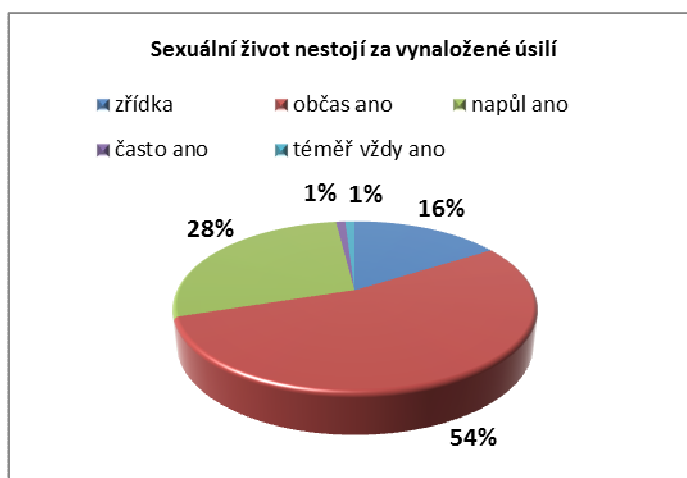
Výraz společenská zábava je velmi neutrální na to, aby zahrnovala konkrétní, pro někoho možná unavující aktivitu (taneční večer apod.). Společenskou zábavou může být i večere s přáteli, nebo návštěva kina. Zřejmě i proto většina, skoro 80 % zodpovídajících záchranářů uvedla, že tomu tak není.



Graf č. 19: Společenská zábava mě unavuje

2.3.1.20. Sexuální život nestojí za vynaložené úsilí

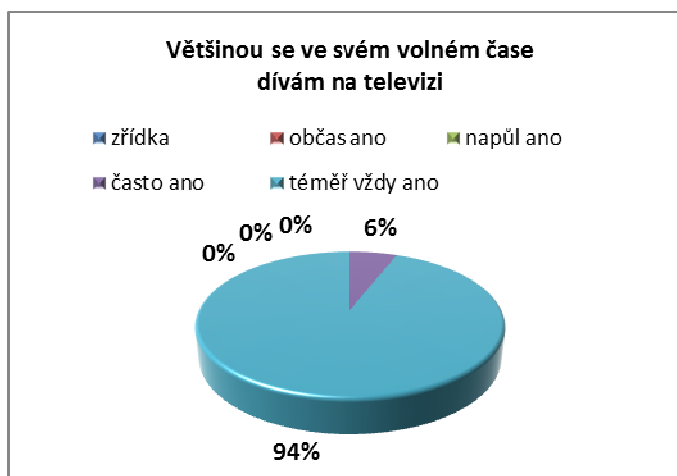
Sexuální život je velmi intimním tématem, přesto více než polovina respondentů přiznala, že jeho výsledky nejsou vždy podle představ. Problém se lehce zobrazuje u třetiny, která poměr vynaloženého úsilí a výsledků sexu popisuje negativně z poloviny případů, jako časté nebo tradiční.



Graf č. 20: Sexuální život nestojí za vynaložené úsilí

2.3.1.21. Většinou se ve svém volném čase dívám na televizi

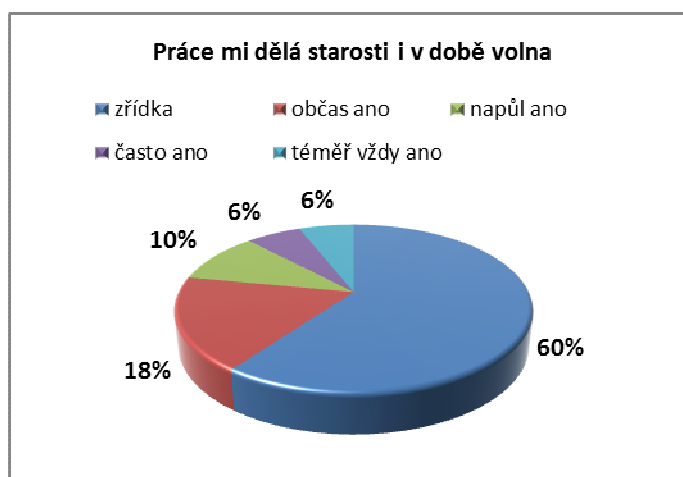
Televize, jakožto nástroj pasivního trávení volného času vyhrála s 94 % na plné čáře nehledě na věk či pohlaví. V tomto bodě se zřejmě zobrazuje problém současné společnosti vůbec, která se pod tlakem uchyluje k odpočinku u sledování televizního programu.



Graf č. 21: Většinou se ve svém volném čase dívám na televizi

2.3.1.22. Práce mi dělá starosti i v době volna

Nemyslet na práci v době volna asi naplno nelze, nicméně fáze, když práce v době volna člověku přináší starosti je poněkud vážnější. Skoro polovina respondentů se však k takovým pocitům přiznala.



Graf č. 22: Práce mi dělá starosti i v době volna

2.3.1.23. Moje pracovní pocity zasahují do mého soukromého života

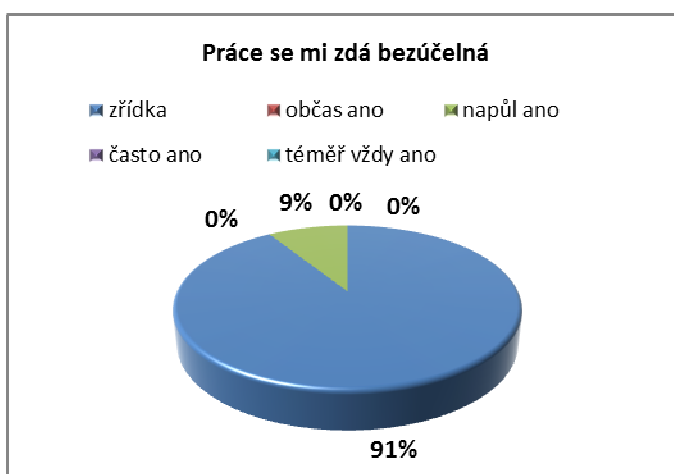
Skoro tři čtvrtiny oslovených záchranářů shledává ve svém soukromém životě paralelu s pracovními pocity. Není tím však myšleno negativní (takový pocit může zdravotník mít na dětském hřišti, když si představí, k jakému zranění by mohlo dojít, nebo si vybaví konkrétní případ).



Graf č. 23: Moje pracovní pocity zasahují do mého soukromého života

2.3.1.24. Práce se mi zdá bezúčelná

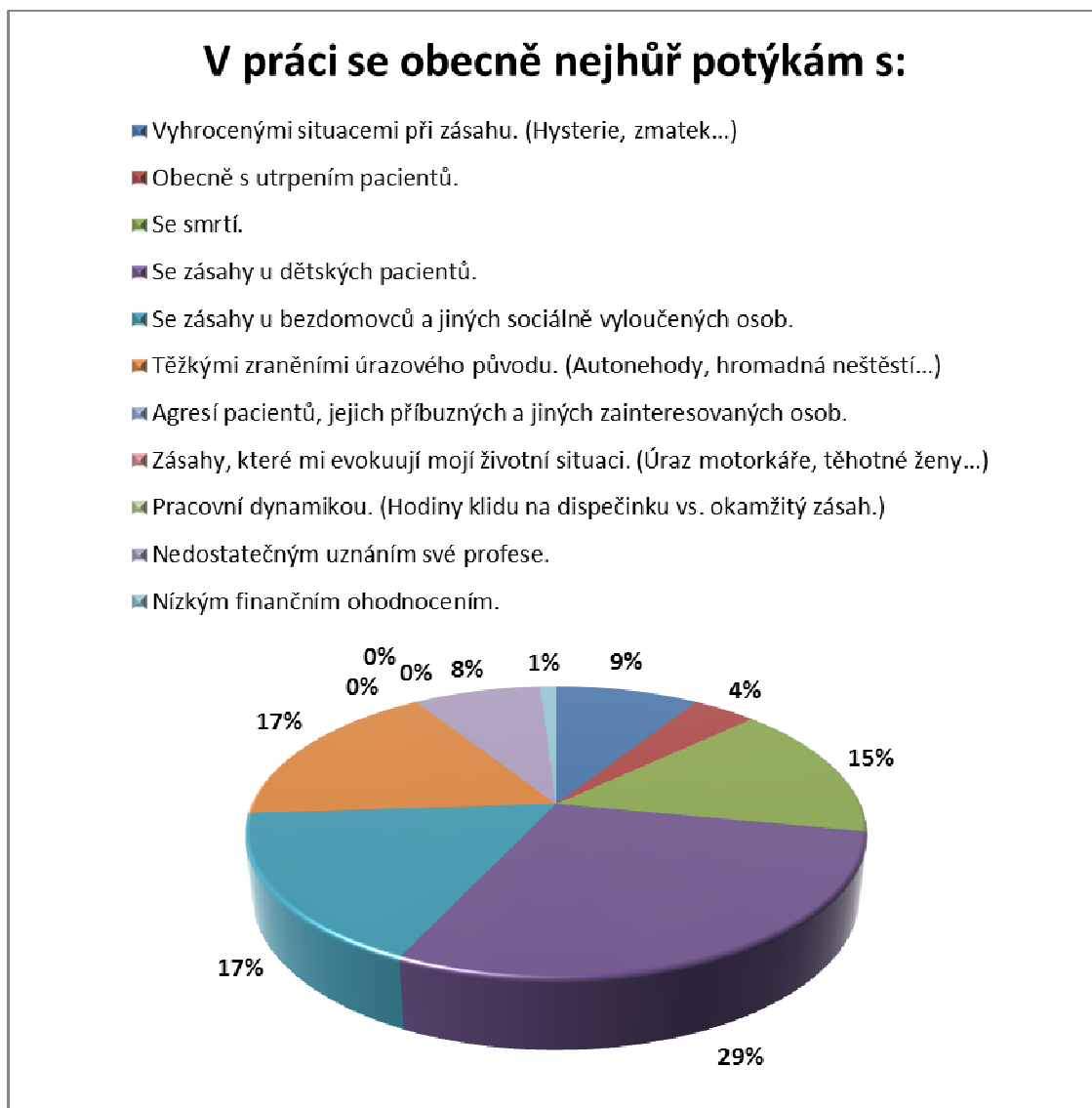
Celkový smysl práce, její účelnost a význam jsou jednou z podmínek spokojeného trvání v pracovním procesu. Více než 90 % oslovených zdravotníků tento pocit nesdílí. Zajímavé je, že nikdo nezvolil variantu „Občas ano“, ale hned devět zbylých účastníků ankety naznačilo, že to tak cítí napůl.



Graf č. 24: Práce se mi zdá bezúčelná

2.3.2. Otázka č. 2: S čím se nejhůř v práci potýkáte?

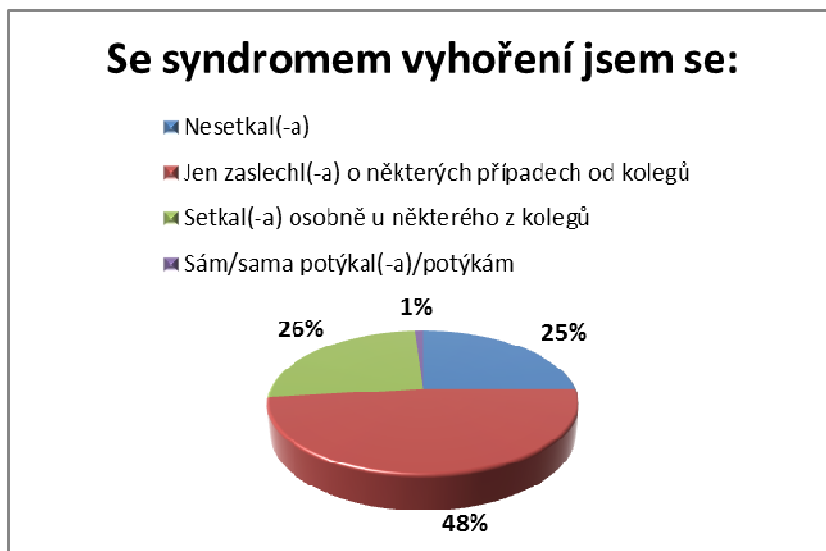
Podle očekávání je pro záchranáře nejhorší zásah u dětských pacientů, který uvádí téměř třetina respondentů. Následují těžké úrazy, práce se pacienty v nízkých sociálních podmínkách a zásahy končící smrtí všeobecně. Naopak agresí pacientů, rozháraný pracovní systém či zásahy evokující osobní život nepriorizoval žádný z oslovených záchranářů.



Graf č. 25: S čím se nejhůř v práci potýkáte?

2.3.3. Otázka č. 3: Zkušenost se syndromem vyhoření na pracovišti

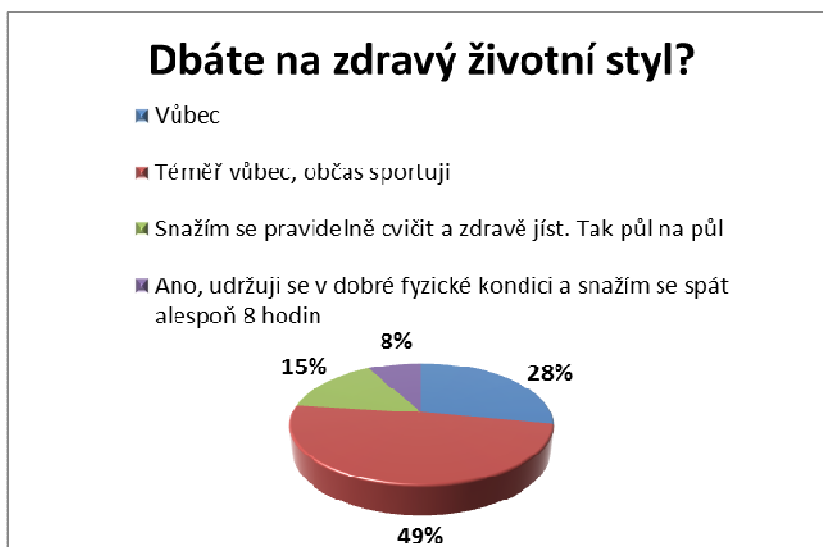
Jen čtvrtina dotazovaných záchranářů se se syndromem vyhoření nesešla žádnou formou, stejný počet ovšem osobně ve svém týmu. Skoro polovina o syndromu vyhoření v praxi jen slyšela, jeden účastník dotazníku se domnívá, že se jedná o jeho problém.



Graf č. 26: Zkušenost se syndromem vyhoření na pracovišti

2.3.4. Otázka č. 5: Dbáte na zdravý životní styl?

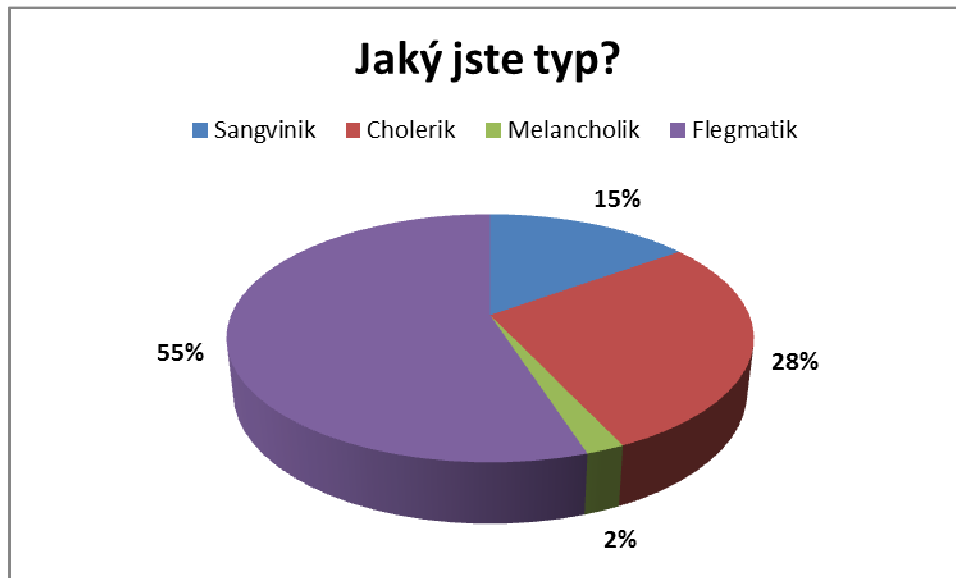
Tři čtvrtiny dotázaných se o svůj zdravotní styl nestarají, nebo za tuto péči považuje občasné sportování. Jen necelá čtvrtina respondentů dbá na zdravé jídlo, spánek a pohyb.



Graf č. 27: Dbáte na zdravý životní styl?

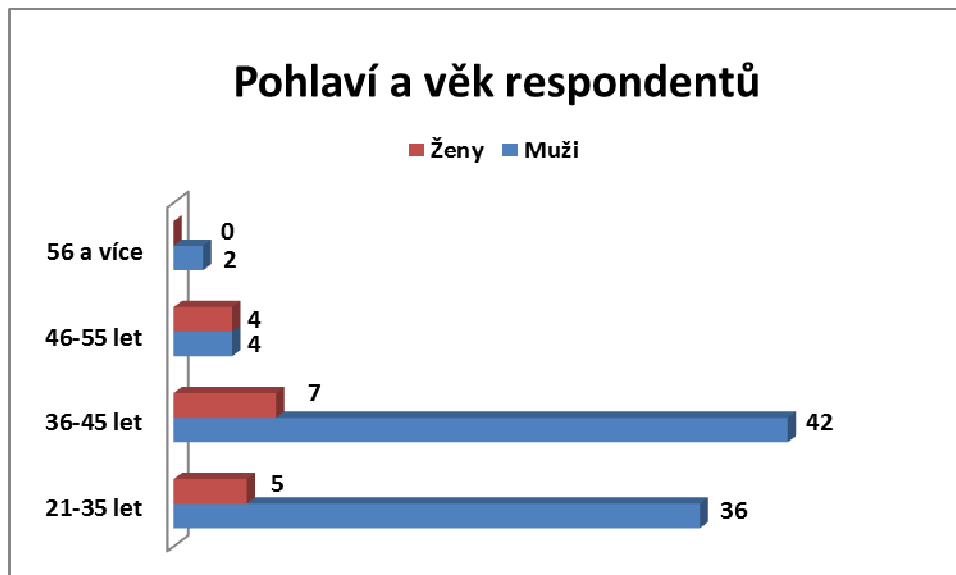
2.3.5. Otázka č. 8: Jaký jste typ?

Více než polovina dotazovaných záchranářů se pokládá za flegmatika, větší čtvrtina za choleraika a temperament sangvinika je vlastní jen 15 % respondentů. Pouhá dvě procenta se považuje za melancholika.



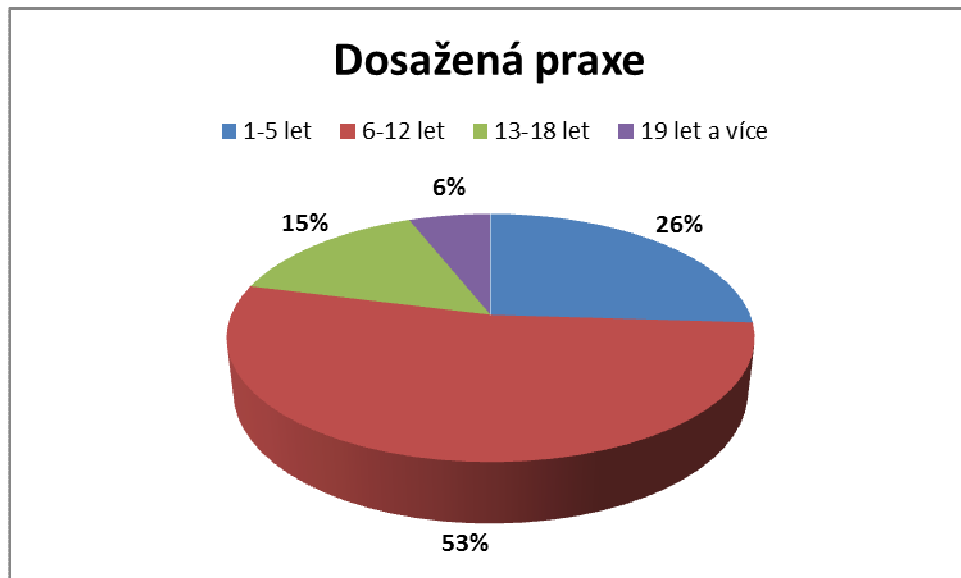
Graf č. 28: Jaký jste typ?

2.3.6. Otázka č. 9: Pohlaví a věk respondentů



Graf č. 29: Pohlaví a věk respondentů

2.3.7. Otázka č. 9: Dosažená praxe



Graf č. 30: Dosažená praxe

2.4. Diskuze nad výsledky dotazníku

Hypotéza č. 1, tedy předpoklad, že výsledky skupiny záchranářů působících na svém postu 1-5 let budou vykazovat mírnější příznaky syndromu vyhoření, než jejich služebně starší kolegové (6 a více let), se nepotvrdil.

Překvapivě služebně starší zdravotničtí záchranáři jsou podle výsledků dotazníku vyrovnanější a netrpí problémy jako je nespavost, mezilidské problémy a špatné nálady. Nehledě na pohlaví a věk, měli záchranáři s praxí 6-12 a 13-18 let (až na dva respondenty) srovnatelné výsledky, které nediagnosticsují hrozící syndrom vyhoření. Oproti tomu je jím ohroženo až 30 % všech záchranářů s praxí 1-5 let.

S nadsázkou by se dalo říct, že zkušenější záchranáři jsou ti, kteří ustáli výkon tohoto náročného povolání a jeho parametry respektují. Naopak mladí záchranáři, kteří jsou v praxi 1-5 let mají tendenci k syndromu vyhoření až 3x vyšší. Tento fakt by se dal vysvětlovat tím, že jedinci, kteří nejsou připravení tento tlak ustát, jsou v průběhu času přirozeně vyselektováni a pracují buď úplně mimo obor, nebo například jako nemocniční zdravotnický personál, kde je náročnost výkonu práce podstatně nižší.

Je tedy možné konstatovat, že mezi záchranáři k výběru nejschopnějších jedinců v průběhu výkonu povolání. To ovšem nemá vliv na to, že by mohla být psychologická podpora této pomáhající profese lépe zajištěná a ztráty odborníků menší. Ale to už je téma na jinou práci.

Hypotéza 2 s předpokladem, že většina pracovníků vykonávajících práci zdravotnického záchranáře se z hlediska osobnostního temperamentu považuje za flegmatiky, naopak zcela vystihla situaci. Podle zkoumaného vzorku zdravotničtí záchranáři opravdu své, leckdy nepříjemné zkušenosti, skrývají za pasivní přístup, klid a problémy řeší stoickým klidem.

Dalo by se říct, že po tom, s čím se setkali, už nemají pocit, že je může něco překvapit. Navíc je lehce flegmatický přístup lze více skloubit s psychologicky náročným výkonem práce záchranářů a zároveň s chladnou hlavou řešit nejen zdravotní stránku pacientů, ale i vyhrocenou situaci vůbec.

ZÁVĚR

Celkové osobnostní předpoklady zdravotnického záchranáře jsou velmi náročné. Kromě inteligence, zručnosti a fyzické i duševní kondice se předpokládá, že pracovním bude ve spolupráci s psychologickou podporou schopen dlouhodobě tyto hodnoty udržovat. Přestože je fenomén psychologických problémů pomáhajících profesí známé, nejsou jejich zákoutí ještě zcela odhaleny a leckdy společnost nedokáže zdravotnické záchranáře (jako všechny členy integrovaného záchranného systému) účinně ubránit před klesající výkonností a duševním úpadkem.

Práce v záchranném systému je charakterizována vysokou zodpovědností. Nároky na pracovníky jsou vysoké, nezbytná je psychologická i komunikační výbava a především pak schopnost empatie – schopnost jednat s pacienty a ostatními účastníky situace ve vyhrocených situacích. Záchranářské profesi je vlastní i vysoká expozice extrémních podmínek a riziko vlastního ohrožení. Při mnoha výjezdech musí profesionál v zájmu zvládnutí vlastních pracovních povinností potlačit vlastní emoce, případně je přesunout na pozdější dobu.

Obecně lze profil zdravotnického záchranáře shrnout těmito charakteristikami: ochota podstoupit riziko, potřeba stimulace, vnitřní motivace, orientace na detail, vysoká odolnost vůči fyzickým i psychickým zátěžovým zkouškám a potřebou ocenění.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Periodické publikace

- ČTK. *Nešťastník zbil záchranáře*. In: Aha! 2010, roč. 5, č. 57, str. 5. ISSN 1214-8997.
- (hol). *Pacient zaútočil na záchranáře nožem*. In: Rakovnický deník. 2010, roč. 13, č. 291, str. 4. ISSN 1802-4785.
- Útoky na záchranáře jsou stále častější a ostřejší. In: Mladá Fronta Dnes. 2010, roč. 20, č. 119, str. 3. ISSN 1210-1168.

Neperiodické publikace

- BARTOŠÍKOVÁ, I.: *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha : NCO NZO 2006. ISBN: 80-7013-439-9.
- HAŠEK, Václav. *Psychologie odolnosti*. 1. vyd. Praha : Karolinum. 2001. 70 s. ISBN 80-7184-889-0.
- CHARVÁT, J.: *Život, adaptace a stres*. 2. vyd. Praha : Avicenum 1970.
- KELLER, G.; HENNING, C.: *Antistresový program pro učitele*. 1. vyd. Praha : Portál 2003. ISBN: 80-7178-093-6.
- KVAPIL, J.; HUMLÍČEK, V.: *Vybrané kapitoly z medicíny katastrof*. 1. vyd. Hradec Králové: VLA JEP 1995. ISBN: 80-851-095-1-4.
- MATOUŠEK, O.: *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha : Podtál 2008. ISBN: 97-8807-367-368-0.
- MONESTIER, M.: *Dějiny sebevražd*. 1. vyd. Praha : dybbuk 2003. ISBN: 80-903001-8-9.
- NAKONEČNÝ, M.: *Lexikon psychologie*. Praha : Vodnář, 1995.
- NEŠPOR, K.; CSEÉMY, L.: *Návyková rizika a stres u zdravotnických profesí – možnosti prevence a časně intervence*. 1. vyd. Praha : Sportpropag pro Ministerstvo zdravotnictví 2001.

- OPATRŇY, A.: Ohrožení záchranářů při záchranných akcích + prevence. Praha 2011. 57 str. Absolventská práce na Vyšší odborné škole zdravotnické MILLS. Vedoucí absolventské práce MUDr. et RNDr. Petr Wagner.
- POTTEROVÁ, A. B.: Jak se bránit pracovnímu vyčerpání. 1. vyd. Praha : Votobia 1994. ISBN: 80-7198-211-3.
- SCHMIDBAUER, W.: Psychická úskalí pomáhajících profesí. 1. vyd. Praha : Portál 2000. ISBN: 80-7178-312-9.
- ŠEBLOVÁ J.: Psychologická rizika akutních medicínských oborů: statistika oboru ARO, KAR, Česká republika 2004. 1. vyd. Praha : Národní lékařská knihovna. 2005 (Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny : supl. 3, 2005).
- ŠPATĚNKOVÁ N.: Krizová intervence pro praxi. 1. vyd. Praha : Grada Publishing. 2004. ISBN: 978-80-247-2624-3.
- ŠTĚTINA, J. a kol.: Medicína katastrof . 1. vyd. Praha : Grada Publishing 2000. ISBN: 80-7169-688-9.
- VYMĚTAL J.: Lékařská psychologie. 3. aktual. vyd. Praha : Portál 2003. ISBN: 80-7178-740-X.
- ZACHAROVÁ, E.; ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J.: Psychologie pro zdravotnické obory. 2. vyd. Praha: Grada Publishing 2011. ISBN: 978-80-247-4062-1.
- ZACHAROVÁ, E.; HERMANOVÁ, M.; ŠRÁMKOVÁ, J.: Zdravotnická psychologie – Teorie a praktická cvičení. 1. vyd. Praha : Grada Publishing 2007. ISBN: 978-80-247-2068-5.

Živé zdroje

- PhLic. Kateřina Lachmanová, ThD. Katolická teologická fakulta Univerzity Karlovy v Praze, Thákurova 2, 160 00 Praha 6. e-mail: Katerina.Lachmanova@ktf.cuni.cz, tel.: 220 181 590. URL: <<http://www.ktf.cuni.cz/KTF-160.html>>.

- Bc. Drahomír Sigmund. Komora záchranářů zdravotnických záchranných služeb České republiky, Dělnická 44, 779 00 Olomouc. e-mail: herrsigmund@seznam.cz. URL: <www.komorazachranaru.cz/>.

Audiovizuální zdroje

- DRAHOŇOVSKÝ, Tomáš. *Zprávy*, 2. reportáž: *Záchranáři se bojí chodit do práce*. TV PRIMA – Praha. 14. 11. 2010, 18:55, 25 minut.

Instituce

- Ministerstvo vnitra České republiky – Odbor prevence kriminality. Nad Štolou 3, 170 34 Praha 7. Tel.: 2614 328 03 - Jarmila Pecháčková, e - mail: media@mvr.cz, <www.mvr.cz>.
- Národní informační centrum pro mládež. Bezdomovectví – charakteristika. /on-line/. rev. 18. 8. 2010 /cit. 25. 1. 2012/. Dostupné z <www.icm.cz/bezdomovectvi-charakteristika>.
- Státní zdravotní ústav /on-line/. rev. 2011. /cit. 29.1.2012/. Dostupné z <www.szu.cz>.

Elektronické zdroje

- Psychoweb.cz /on-line/, rev. 23. 1. 2012. /cit. 20. 1. 2012/. Dostupné z: <http://www.syndrom-vyhoreni.psychoweb.cz/syndrom-vyhoreni-uvod/priznaky-vyhoreni> .
- Tribune.cz /online/. rev. 16. 12. 2011. /cit. 20. 12. 2011/. Dostupné z: <www.tribune.cz/clanek/14257>.
- Vitalion. Agresivita (agrese) – nemoci. /on-line/. /cit. 25.1.2011/. Dostupné z <http://priznaky.vitalion.cz/agresivita/>.
- Wikipedia.org /on-line/ rev. 11. 1. 2012. /cit. 3. 2. 2012/. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Hn%C4%9Bv>.
- Wikipedia.org /on-line/ rev. 13. 2. 2012. /cit. 14. 2. 2012/. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Agrese>.

- Wikipedia.org /on-line/, rev. 13. 2. 2012. /cit. 14. 2. 2012/. Dostupné z: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Stres>>.
- ZDN.cz. Pražští záchranáři budou mít na svou ochranu pepřové spreje. /on-line/. rev. 24.3.2004. /cit. 21.12.2010/. Dostupné z <www.zdn.cz/denni-zpravy/z-domova/prazsti-zachranari-budou-mit-na-svou-ochranu-peprove-spreje-159989>.

Cizojazyčné zdroje

- Mitchell JT, Everley GS.: Critical Incident Stress Mangement: Basic Group Crisis Intervention. 3rd ed. Maryland, USA, International Critical Incident Stress Foundation, Inc. 2003.