

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno

**Stresové faktory v práci zaměstnanců zdravotnických
záchranných služeb**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vedoucí diplomové práce:
PhDr. Geraldina Palovčíková., CSc.

Zpracovala:
Bc. Anna Mottlová Malinová

Brno 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma: Stresové faktory v práci zaměstnanců zdravotnických záchranných služeb zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této diplomové práce.

Elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné.

V Brně dne 17.3.2012

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji paní Geraldině Palovčíkové., PhDr. CSc. za nesmírnou vstřícnost a velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytla při zpracování mé diplomové práce.

Také bych chtěla poděkovat svým nejbližším za trpělivost a pomoc, kterou mi poskytli při zpracování mé diplomové práce, a které si nesmírně vážím.

Anna Mottlová Malinová

Obsah

| | |
|---|----|
| Úvod | 2 |
| Teoretická část | |
| 1. Syndrom vyhoření, stres | |
| 1.1 Syndrom vyhoření | 4 |
| 1.2 Vymezení pojmu „stres“ | 7 |
| 1.3 Poznatky sociální pedagogiky | 19 |
| 2. Zdravotnická záchranná služba | |
| 2.1 Charakter práce záchranářů | 20 |
| 2.2 Členové týmu, požadavky na jejich odbornost | 22 |
| 2.3 Vývoj pracovních podmínek pracovníků ZZS | 27 |
| 3. Definice rizikových faktorů v práci pracovníků ZZS | 30 |
| 3.1 Riziko psychické újmy | 30 |
| 3.2 Riziko fyzické újmy | 31 |
| 3.3 Riziko nákazy infekční chorobou | 31 |
| 3.4 Riziko právního postihu | 32 |
| 4. Reakce organismu a techniky jejich zvládnání | |
| 4.1 Patofyziologie stresové odpovědi organismu | 33 |
| 4.2 Syndrom vyhoření - diagnostika, léčba, prevence | 40 |
| 4.3 Techniky zvládnání stresu | 42 |
| 4.4 Techniky krizové intervence v rámci IZS | 43 |
| 5. Shrnutí | 47 |
| Praktická část | |
| 6. Základní popis, použité metody a cíle výzkumu | |
| 6.1 Popis výzkumného vzorku | 48 |
| 6.2 Použité metody | 48 |
| 6.3 Cíle výzkumu | 49 |
| 7. Výzkum zaměřený na vyskytující se stresové faktory v práci pracovníků zdravotnické záchranné služby a výčet technik uplatňovaných ke zvládnání stresu v praxi | |
| 7.1 Analýza získaných dokumentů | 50 |
| 7.2 Vliv stresových faktorů na práci záchranáře | 56 |
| 7.3 Míra využívání preventivních programů, technik zvládnání stresu i krizové intervence v praxi | 58 |
| 8. Výsledky výzkumu a jejich využití v praxi | |
| 8.1 Obecná východiska výsledků průzkumu | 62 |
| 8.2 Možné způsoby využití v rámci krizové intervence a preventivní péče o rizikové skupiny pracovníků ZZS | 62 |
| Závěr | 72 |
| Resumé | 74 |
| Anotace | 75 |
| Klíčová slova | 75 |
| Literatura a prameny | 76 |
| Přílohy | 78 |

Úvod

“Stres v žádném případě nemusí být pouze škodlivý, je zároveň kořením života, neboť každé hnutí myslí a každá činnost zapříčiňuje stres. Stejný stres, po kterém jeden člověk onemocní, může znamenat pro druhého životodárné uzdravení.“

Hans Selye

Stres v různé podobě provází v současnosti téměř každého z nás a to již od útlého dětství. Na toto téma a téma syndromu vyhoření bylo napsáno již mnoho publikací a odborných prací.

Cílem diplomové práce je popsat problematiku rizikových faktorů v práci pracovníků zdravotnických záchranných služeb a zjistit možnosti uplatnění technik zvládnutí stresu a krizové intervence v praxi pracovníků zdravotnické záchranné služby (dále ZZS). Vzhledem k měnící se legislativě a to především k přijetí zákona o zdravotnické záchranné službě, ke kterému došlo v průběhu zpracovávání této diplomové práce a který vstoupí v platnost 1.4.2012, je nezbytností přihlídnout k tomuto faktu i ve zpracování této práce. Dalším významným faktorem je program psychosociální pomoci pro zdravotnické záchranáře, který byl na základě pokynu Ministerstva zdravotnictví zahájen v celé ČR v polovině roku 2011. Tento fakt velmi zásadně zasáhl do struktury mé práce a je nezbytné, aby, byť je v počátku fungování, byl v této práci zohledněn.

V teoretické části své práce je mou snahou popsat stres jako takový, syndrom vyhoření a další rizikové faktory v práci pracovníků zdravotnických záchranných služeb a to včetně jejich projevů, diagnózy a možnosti prevence. Důležitou kapitolou jsou poznatky sociální pedagogiky v rámci této problematiky. Zároveň je v teoretické části, v kapitole “Zdravotnická záchranná služba” objasněn vývoj této složky Integrovaného záchranného systému, úloha jednotlivých členů týmu ZZS a současné podmínky. V závěru teoretické části se zabývám technikami zvládnutí stresu a úlohou krizové intervence v rámci Integrovaného záchranného systému.

Výzkumná část mé práce je zaměřena na získání informací o výskytu stresových faktorů v práci zdravotnických záchranářů, o vlivu těchto faktorů na jejich profesi a možnost

prevence v této oblasti. Informace potřebné pro tuto část diplomové práce jsem čerpala z již existujících studií českých i zahraničních autorů, z výstupů získaných na základě rozhovorů jak z pracovníky samotnými, tak s managementem a rovněž z informací, které mi byly poskytnuty nadřízenými orgány. V tomto případě Ministerstvem zdravotnictví ČR.

Zdravotní pracovníci a to nejen v rámci Urgentní medicíny, pod kterou je ZZS řazena jsou vystavováni jak tlaku, který souvisí přímo s výkonem povolání, ale rovněž i tlaku vnějšimu, což je povědomí lidí o tomto povolání, veřejné mínění. Domnívám se, že tato rizika spojená s takto důležitou profesí nebyla v nedávné minulosti ještě zcela brána na zřetel. Ve velmi vysoké míře můžeme chránit záchranáře od infekčních nemocí, od rizika biologického či chemického, ovšem ačkoliv se dnes již běžně hovoří o stresu, o syndromu vyhoření, domnívám se, že stále jsou tyto pojmy v povědomí lidí jako něco velmi abstraktního. Z tohoto důvodu je mým cílem zjistit jak zasahují tyto faktory do práce i života všech pracovníků ZZS a zda jsou v dostatečné míře využity všechny možnosti pomoci i prevence.

Teoretická část

1. Syndrom vyhoření, stres

1.1 Syndrom vyhoření

Za zakladatele zkoumání problematiky syndromu vyhoření je považován Herbert Freudenberger, který v roce 1974 definoval syndrom takto: *„Jaké jsou základní projevy burnout syndromu? U někoho jsou to pocity únavy a exhausce, neschopnost setrávat pocit chladu, pocit fyzické vyčerpanosti, u druhého třeba řada tělesných obtíží počínajících opakovanými bolestmi hlavy, dechovými tísněmi, přes gastrointestinální obtíže doprovázené poklesem váhy, až po nespavost a depresi. Ve stručnosti lze říci, že tento syndrom zasahuje na nejrůznějších místech celou psychosomatickou oblast. To jsou převážně tělesné projevy. Mohou se však objevit příznaky ve sféře psychické a behaviorální: například osoba známá svou povídavostí je náhle nápadně zamlklá. Objevuje se psychická únava, nuda, rezignace, ale také zvýšená iritabilita, ostře až nespravedlivě kritické postoje a další změny.“*¹

Pojmenoval tak jev, který byl v psychologii už dávno známý jako process, při němž dochází k vyčerpání především tím, že se člověk nadměrně snaží dosáhnout určitých nerealistických očekávání, nebo uspokojit tato očekávání, která jsou mu stanovena někým jiným.

V čem tedy spočívá základ syndromu vyhoření? Dá se říci, že se jedná o potřebu věřit, že náš život je smysluplný, že to co děláme je důležité, mnohdy nepostradatelné. Syndrom vyhoření (burn - out) je často důsledkem selhání při hledání smyslu života. V této souvislosti je nezbytné si uvědomit, že smysl života může nacházet každý z nás něčím jiným, že naše hodnoty mohou být a jsou v mnohém diametrálně odlišné. To vše souvisí s výchovou každého z nás, s naší hodnotovou orientací, osobnostním zaměřením.

¹ www.estranky-radkin.cz -Freudenberger HJ: Staff burn-out. J.Soc.Issues, 30, 1974, s.159-165

Syndrom vyhoření je odpovědí organismu na zátěžovou situaci, která člověka uvádí do stresového stavu. Jedná se o hraniční bod odolnosti člověka proti stresu.

Syndrom vyhoření můžeme definovat jako duševní stav, který postihuje častěji ty, kteří profesně opakovaně přicházejí do styku s lidmi a je následkem chronického psychosociálního stresu, vysoké pracovní zátěže, podstatně ovlivňuje kvalitu života postiženého a může zásadním způsobem ovlivnit i jeho práci. Jedná se především o pracovníky, kteří vstupují do zaměstnání s vysokou mírou motivace, s velkým nadšením a očekáváním. Svou práci považují spíše za povolání či poslání. Příznaky syndromu vyhoření, únavu a stress přisuzují pak osobnímu a profesnímu selhání. Mezi profese, které jsou nejvíce ohroženy syndromem vyhoření lze zařadit lékaře a zdravotní sestry, psychology a psychiatry, sociální pracovníky, pracovníky v nápravných zařízeních, policisty, úředníky, pedagogy, ale i managery a podnikatele. Dle Mezinárodní klasifikace nemocí je burn - out zařazen do kategorie Problémy související s pracovními obtížemi a jeho kód je Z 731.

“Vyhoření je pokládáno za důsledek nadměrného stresu vyvolaného jak podmínkami v pracovní oblasti, tak především nepřiměřeným a nerealistickým očekáváním výsledků a z něj plynoucím postupným zklamáním jednak z reakce okolí, především však z vlastního výkonu. Postižení proto přidávají plyn a tlačí na pilu, tam, kde by se měli zastavit a přehodnotit své postoje, tvrdě od sebe vyžadují stále lepší výkon a zákonitě končí v tělesném a psychickém vyčerpání. Povolání, které si dobrovolně a s nadšením vybrali, začnou pomalu ignorovat až nenávidět a může se stát i to, že lidé, kterým chtěli sloužit a pomáhat, se stávají obětmi jejich cynismu, nezájmu, někdy i agrese. Pro syndrom vyhoření je příznačný pocit únavy až vyčerpání,“ říká MUDr. Radkin Honzák, CSc., psychiatr 1. lékařské fakulty UK v Praze. „Ale také bolesti hlavy, zad nebo žaludku, trávící obtíže, nespavost, pocit zkráceného dechu a další problémy. Typickým psychickým příznakem je podrážděná reakce i na malé nebo neutrální podněty, plačtivost, záchvaty zlosti, které často nemají logiku, sklon ke smutku, k podezíravosti, ke vztahovačnosti a podobně.“²

² Záludný syndrom vyhoření, Novinky.cz 2.4.2008

Příčinou syndromu podle Radkina Honzáka bývá velká psychická i fyzická investice do určité věci a malá návratnost nebo minimální sociální odezva a podpora při řešení složitých a vyčerpávajících problémů.

Příznaky syndromu vyhoření se projevují na několika úrovních. Jedná se o psychické a fyzické symptomy a o úroveň sociálních vztahů.

Psychická úroveň je definována především pocitem, že efektivita dlouhodobého a namáhavého úsilí je v porovnání s vynaloženou snahou zcela nepatrná. Projevuje se celkové, především pak duševní vyčerpání s výrazným poklesem motivace. Dochází k celkovému utlumení aktivity a pocitu bezmocnosti a bezcennosti. Dalším projevem syndromu vyhoření na psychické úrovni je naprostá ztráta zájmu o téma, projevy negativismu, cynismu a hostility ke klientům a to především v tzv. pomáhajících profesích.

Na úrovni fyzické se jedná o stav celkové únavy spojený s apatií a ochablostí. Objevují se časté bolesti hlavy, zažívací obtíže, dýchací obtíže, bušení srdce, zvýšená náchylnost k onemocnění virozami, nachlazení aj. Projevem syndromu vyhoření jsou rovněž poruchy spánku, bolesti ve svalech a zvýšené riziko všech druhů závislostí.

Poslední úroveň o které jsem se již zmínila je úroveň sociálních vztahů. Zde se projevuje výrazná tendence o eliminaci kontaktu s ostatními kolegy i klienty, nechuť k vykonávané profesi, odkládání termínů, nízká míra empatie, narůstání konfliktů. Projevuje se citová vyprahlost a to nejprve náladovostí, podrážděním, především v rodině. Klesá ochota tolerance a pochopení. V souvislosti se sníženou mírou empatie se objevují nepřátelské reakce, nadřazenost až citové ochladnutí.

1.2 Vymezení pojmu „stres“

Slovo stres³ vzniklo podle jazykovědců z anglického výrazu *stress*, které pochází z francouzského výrazu *estrecier*, které znamená přinutit nebo nutit. K přeloženým českým výrazům anglického slova stres můžeme přiřadit i výrazy jako je tlak, důležitost, váha, zátěž a nesnáze. Z uvedeného vyplývá, že i čeština toto slovo může vykládat jako tlak na lidskou bytost, který pocítujeme zátěž.

Výrazem stres dnes vyjadřujeme konflikt, úzkost, frustrace, a ostatní situace vedoucí k nepříjemným pocitům. Můžeme rovněž říci, že se jedná o tzv. chorobu století, která trápí veškerou populaci.

Z vědeckého hlediska je možno stres definovat jako charakteristickou fyziologickou odpověď na poškození nebo ohrožení organismu, která se projevuje prostřednictvím adaptačního syndromu, ten přímo ovlivňuje zdraví tím, že vyvolává nadměrnou a trvalou aktivaci nervového sympatického systému nebo systému adrenokortikálního a posléze poškození imunitního systému.⁴

Pojem stres zavedl do lékařství kanadský endokrinolog Hans Selye, posluchač pražské lékařské fakulty v období mezi dvěma světovými válkami. V roce 1950 zveřejnil svoji představu o stresu a uvedl, že stres je nespecifická fyziologická reakce organismu na jakýkoli nadměrný či neobvyklý nárok na kladený organismus.

Lze říci, že stres je reakce organismu na vnitřní nebo vnější změny, které narušují normální chod funkcí organismu. V některých případech ohrožují jeho zdravotní stav nebo vlastní existenci. Každý jedinec se snaží změnám přizpůsobit – adaptovat se. Jestliže se mu to podaří a vyrovná se s danou změnou pak tato změna, nezanechá žádné následky. V opačném případě, působí - li stresové faktory nepřiměřeně dlouho, může dojít v organismu k určitým poruchám, jak fyzickým tak i psychickým.

³ Hartl P., Hartlová H., Psychologický slovník. Praha, Portál. 2000, s. 568

⁴ Hartl P., Hartlová H., Psychologický slovník. Praha, Portál. 2000, s. 568

Stres nevznikl jeho objevením či vědeckým popsáním. Stres provází člověka od počátku jeho vývoje. Je známo, že člověk reaguje na stresující podnět tzv. automatickou poplachovou reakcí. Automatická poplachová reakce okamžitě připraví organismus člověka, aniž si to uvědomí na bojovou akci nebo útěk. Do dnešní doby se automatická poplachová reakce příliš nezměnila. Člověk podobným způsobem reaguje na vnější ohrožení např. při konfliktech na pracovišti nebo při vysoké zátěži fyzické nebo psychické, kterou na něj klade výkon jeho povolání.

V dnešní době psychická zátěž vzniká v situacích, které od jedince vyžadují určité zvýšené nároky. Může se jednat o obvyklé činnosti, které člověk za normálních podmínek zvládá. Pokud jsou ale tyto činnosti ztíženy např. časovou tísň, pocitem ohrožení, výjimečně zvýšeným pocitem odpovědnosti nebo závažností úkonu může jedinec takovou situaci vnímat jako stresující. Pojem stres se stále více používá v širším významu. V současné době určité teorie chápou tento pojem jako obecný a souhrnný název všech náročných životních situací. V širším pojetí je stres chápán jako zátěž, která svými nároky přesahuje schopnosti jedince potřebné k jejímu zvládnutí.

Schreibr uvádí, že " *lidský stres je jakýkoli vliv životního prostředí (fyzikální, chemický, sociální, psychologický, politický), který ohrožuje zdraví některých citlivých jedinců.*"⁵ Z tohoto pojetí vycházejí i současné výzkumy psychické zátěže na pracovištích. Rovněž tak zdravotničtí záchranáři jsou vystaveni specifickým zátěžím.

Od konce třicátých let se vědci začali zabývat vědeckým zkoumáním stresu a jeho vlivu na člověka. V samém počátku to byla zmíněná koncepce stresu podle Hanse B. Selyeho, která položila základ pro výzkum v oblasti zátěžových situací. Psychologové pak zaměřili svoji činnost na zkoumání vzniku a působení psychosociálního stresu na jeho důsledky a jeho zvládnutí.

Lidské tělo je velmi složitý biologický organismus, který tvoří systém vzájemně propojených orgánů a tkání, které koordinovaně spolupracují. V těle probíhá široké spektrum fyziologických procesů. Pro potřebu pochopení fungování organismu při

⁵ Schreiber V., Lidský stres. Praha, Academia. 2000, s. 17

stresových situacích se zaměřím na endokrinní systém, který v těle produkuje chemické látky - hormony.

Za celkovou kontrolu a řízení činnosti endokrinního systému odpovídá hypofýza či-li podvěsek mozkový.⁶ Tato řídicí žláza s vnitřní sekrecí kontroluje činnost dalších žláz endokrinního systému. Hypofýza uvolňuje hormony, které aktivizují činnost ostatních žláz. Štítná žláza ovlivňuje růst a vývoj. Příštítná tělíska řídí úroveň hladiny vápníku a fosforu v lidském těle. Pankreas, neboli játra (Langerhansovy ostrůvky) regulují hladinu krevního cukru. Gonády ovlivňují plodnost a sekundární pohlavní znaky. Nadledvinky, z hlediska stresových reakcí velmi důležité žlázy, které uvolňují během stresové reakce hormon adrenalin.

Uvolňování adrenalinu z nadledvinek způsobuje jednu z nejrychlejších reakcí lidského těla jako odpověď na stresovou situaci. Základním cílem této reakce je příprava organismu na boj či útěk. Během několika sekund proběhne velké množství dějů.

Těmito ději se již v třicátých létech minulého století zabýval americký fyziolog objevitel principu homeostázy Walter Bradford Cannon, který zkoumal vztahy mezi emocemi a činností vegetativní nervové soustavy. Již v roce 1929 popsal komplexní reakci lidského organismu při náhlém působení vnějších vlivů. Tehdy tyto děje nenazýval stresem, ale leknutím, vztekem, bolestí, úzkostí. V roce 1939 v díle Moudrost těla svoje poznatky shrnul, když uvedl, že " *moudrostí je to, že změny vnějšího i vnitřního prostředí vedou v těle ke změnám, které jsou v podstatě nenápadné a pomíjivé, mohou však mít závažné důsledky na tělesné pochody i stav duše*".⁷

Tyto děje nazýváme poplachovou reakcí. Jsme-li v ohrožení vystaveni náhlému stresu, musí se naše tělo připravit k akci. Tato příprava je úkolem hormonů, které vznikají v dřeni nadledvin. Stres čili zátěž, ať v podobě fyzické nebo psychické spustí vylučování adrenalinu a noradrenalinu. Uvedené hormony vyvolají aktivizaci tělesných zdrojů a rezerv. To vede k následujícím reakcím :

⁶ Kolektiv autorů, Lidské tělo. Bratislava, Gemini. 1991, s. 189

⁷ Schreiber V., Lidský stres. Praha, Academia. 2000, s. 26

Tělo se připravuje na akci tím, že je aktivována činnost srdce, zvyšuje se jeho tepová frekvence a dochází k rychlejšímu okysličování organismu. Z důvodu potřeby zvýšeného přísunu kyslíku dochází k rozšíření dýchacích cest a ke zrychlení dechové frekvence.

Tělesné tuky (cholesterol) se začínají uvolňovat z tkání do krevního oběhu a zajišťují potřebné zásoby energie. Pokud však není cholesterol odbourán nebo pokud stresový stav trvá déle nahromadí se v cévách, kde pak může být příčinou závažných zdravotních problémů, jako je mrtvice, ischemická choroba srdeční, infarkt myokardu a periferní cévního onemocnění.

Krev se zahušťuje. Tato reakce je velmi důležitá. Tělo jakoby předpokládalo vlastní poškození vnějším zraněním. Uvedená reakce může zabránit vykrvácení pokud je tělo takovýmto způsobem zraněno. Ale pokud je reakce dlouhodobá, dochází k zatěžování srdce, protože hustější krev je obtížněji dopravována krevním systémem.

Aktivují se exteroceptory – rozšiřují se zornice očí, což pomáhá k lepšímu pozorování zdroje nebezpečí. Zrak je však namáhán a při delší zátěži dochází k únavě a k poruchám vidění. Sluchové orgány vnímají ostřeji, v některých případech dochází k dráždivé přecitlivělosti na zvuky. Rovněž hmatové buňky lépe reagují. Tělo se začíná více potit což přispívá k ochlazení organismu při boji nebo útěku. Dlouhodobým pocením však

dochází k vylučování soli z těla. Nedostatek soli může způsobit selhávání jiných tělesných funkcí.

Dochází k aktivizaci mimických svalů obličeje, zvyšuje se napětí, prokrvená kůže obličeje zčervená. Tělo se stává odolnějším vůči bolesti. Je to způsobeno uvolňováním hormonální látky endorfinu z hypotalamu. Může dojít až k znecitlivění místa poranění. Stává se, že zranění je vnímáno až po ukončení “boje”. Dnešní člověk popsaným způsobem reaguje na velké množství situací, které musí denně řešit. Pokud člověk není schopen tyto situace řešit, vyrovnat se s nimi a nechá je na sebe neustále působit, může nastat chronické působení výše uvedených reakcí. Tyto reakce pak v organismu vyvolávají nepříznivé důsledky.

V organismu může dojít k trvalému nárůstu krevního tlaku, jak jsem již zmínila cholesterol uvolněný stresovou situací se nespotřebovává, ale ukládá se v cévách, srdce je zbytečně zatěžováno, tím se riziko jeho selhání zvyšuje. Dochází k potlačování produkce pohlavních hormonů a tím ke ztrátě zájmu o sexuální kontakt. Pod vlivem trvalé zátěže je oslabován imunitní systém. Člověk je neustále ve střehu, je podezřívavý, vztahovačný. Zvyšuje se možnost psychického selhání.

Lidé si většinou neuvědomují nebezpečnost těchto stavů, které se kumulují, působí opožděně, ale o to způsobují větší následky. K selhání organismu může dojít i poté, kdy již žádné stresogenní faktory nepůsobí. To se může projevit vznikem různých psychosomatických onemocnění a obtíží např. infarktem myokardu, nadměrným pocením, bolestí svalů bez fyzické námahy, onemocněním žaludku, alergiemi a více inklinuje rovněž k virovým nákazám a onemocněním.

V souvislosti s fyziologickými reakcemi dochází v organismu rovněž k reakcím, které se odrážejí v duševním životě jedince. V tomto případě pak hovoříme o psychologických reakcích na stresovou situaci.

V současné době je však zřejmé, že původní fyzické nároky na člověka byly nahrazeny spíše psychosociálními faktory, které jsou schopny vyvolat psychickou odpověď na působící nároky. Z psychologického pohledu je stres charakterizován jako stav organismu, který vnímáme jako úzkost, depresi, frustraci, agresivitu, obtížnou koncentraci na řešení situace. Jsou to reakce na určitou nadměrnou zátěž. Dnes většina laické veřejnosti nerozlišuje jednotlivé psychické stavy, ale uvedené nepříznivé pocity nazývá zjednodušeně stresem. Jedná se o stavy, které působením stresogenních faktorů byly vyvolány. Ne vždy se ale jedná o stres jako takový. Jedním z nepříjemných pocitů může být:

Úzkost - strach, který je vyvolaný něčím co jedinec nemůže ani popsat. Jedná se o nepříjemný emoční stav. K projevům úzkosti patří růst srdečního tepu, zvýšení krevního tlaku, zpotené dlaně, zhoršená koordinace pohybů, žaludeční nevolnost.

Deprese – tento duševní stav můžeme charakterizovat jako pocit smutku, skleslosti, vnitřního napětí. Pokud působí na jedince delší dobu může vyvolat srdeční potíže, nespavost, nerozhodnost, ovlivní sociální chování jedince.

Dalším nepříjemným pocitem je **Frustrace** – jedná se o stav, kdy jedinec nemůže dosáhnout svého cíle. Stává se podrážděným, protože nemůže vyřešit problém, uspokojit určitou potřebu. Jedná se o intenzivní pocit zklamání.

Agresivita – útočné jednání vůči jinému jedinci, které úzce souvisí s frustrací. Agresi rozumíme destruktivní chování směřující k fyzickému, slovnímu nebo symbolickému útoku vůči jinému jedinci nebo předmětu.⁸ Agresi můžeme vědomě potlačit, což se projeví krátkodobě zvýšenou podrážděností. Dlouhodobě potlačovaná agrese může vyústit v psychosomatické obtíže.

Podle toho jak stres na člověka působí, můžeme stres rozdělit na negativní a pozitivní. Pokud se jedná o negativní působení hovoříme o **distresu**. Stres je pod tímto pojmem chápán jako něco škodlivé. Naopak kladně působící stres tzv. **eustres** si mnoho lidí nedovede představit, ale jedná se o stavy prožívání radostné události jako je narození dítěte, úspěšné zvládnutí obtížného úkolu apod.

Nejpregnantněji vyjádřil psychologickou koncepci stresu Richard Stanley Lazarus americký klinický psycholog. Jeho dílo u nás prezentuje např. Hladký⁹. Podle tohoto psychologa u nižších živočichů hodnocení situace, zda je stresová, či nikoliv, vychází především z povahy situace. Avšak u člověka jsou rozhodujícími činiteli jeho schopnosti vnímání a poznávání. To vede k hodnocení konkrétní stresové situace konkrétním jedincem. Kognitivní hodnocení situace probíhá ve dvou fázích :

Primární hodnocení, které předpokládá, že jedinec při interakci s okolím sleduje uchování vlastní pohody a rozděluje tyto kontakty na nepodstatné, pozitivní a distresové. Stresové situace pak můžeme rozdělit na tři druhy : poškození, eventuálně ztráta (poškození tělesné funkce, ztráta partnera, ztráta zaměstnání), hrozba (situace se

⁸ Spurný J., Psychologie násilí. Praha, Eurounion. 1996, s. 17

⁹ Hladký A., Zdravotní aspekty zátěže a stresu. Praha, Karolínium. 1993, s. 46

vyvíjí nepříznivým směrem) a výzva (situace se jeví jako obtížná, ale pravděpodobně se najde vyhovující řešení).

Sekundární hodnocení při něm si daný subjekt neklade otázku zda je všechno v pořádku, to si již vyhodnotil ve fázi předchozí a nastává však otázka jaké konkrétní postupy má k dispozici, aby na základě vyhodnocení možností situaci úspěšně zvládnul.

V posledních letech bylo prokázáno, že psychosociální stres, který souvisí s pracovními i mimopracovními problémy, může mít vážné zdravotní důsledky pro imunitní, pohybový, oběhový a nervový systém člověka. Vědecké úsilí psychologů se v současné době zaměřuje, kromě jiného na určení podílu pracovního a mimopracovního psychického zatížení.

Výše popisované pohledy vyjadřovaly, to co se s jedincem v případě vlivu stresogenních faktorů děje uvnitř v organismu po stránce fyziologické a psychologické. Další stránkou ve které se stres projevuje jsou změny chování, tedy jedná se o projevy behaviorální, které je možné pozorovat a objektivně zkoumat. Na základě reakce na podnět – stresor se jedinec začíná chovat určitým způsobem. To znamená, že znalému člověku, který vnímá jedince z hlediska jeho chování, je zřejmé, že se s ním něco děje, že na něj působí jistá zátěž např. nevyřešený problém.

Behaviorální reakce charakterizují projevy funkčního stavu centrálního nervového systému v oblasti pracovní výkonnosti. Projevují se poruchami kognitivních funkcí, výpadky pozornosti, chybovostí a poklesem pracovního výkonu.¹⁰

Stres jehož účinek v úrovni fyziologické, či v úrovni prožívání je prakticky neviditelný, se v úrovni chování projevuje viditelně. Základním projevem je zakódovaná reakce - boj nebo útek. Jedinci se pod tíhou stresorů začínají chovat určitým způsobem. Jedná se především o vyhýbání se kontaktu s lidmi, vyhýbání se povinností, odsouvání nepříjemných úkolů na pozdější dobu. Jedinec se chová nervózně, jeho pracovní i životní tempo se neobvykle zrychlí. Člověk omezuje čas na odpočinek a to jak pasivní tak i aktivní. V kontaktu s lidmi je viditelná zvýšená podrážděnost, frekvence konfliktů

¹⁰ Hladký A., Zdravotní aspekty zátěže a stresu. Praha, Karolínium 1993, s. 48

s lidmi se zvyšuje. Zjednodušeně se dají tyto projevy stresového chování rozdělit na zabezpečování, vyhýbání se a zrychlení činnosti (útěk), projevy agrese (boj) a nervózní chování (směs obojího).¹¹

Pod pojmem zabezpečování si můžeme představit pojistku, tak jak ji známe z technických zabezpečení. V tomto případě zabezpečení si jedinec vytvoří pojistku, např. pomocí léku na uklidnění, alkoholu, či navede jiného, aby za něj úkoly zajistil a problémy vyřešil.

Vyhýbání spočívá v oddálení řešení nepříjemných záležitostí, které jedinec odsouvá ze strachu z případného selhání. Ztrácí důvěru ve vlastní schopnosti. Oddálení poskytuje krátkodobou úlevu, jedinec se spoléhá, že se snad věc vyřeší sama, ale neřešený problém se opět vrací. Tím se jedinec dostává do stavu, kdy bloudí jakoby neznámým terénem. Dostává se do tzv. bludného kruhu. Člověk si neuvědomuje, že jediným správným úkonem je problémy řešit.

Viditelné projevy agrese jsou vlastně stylizovaným bojem. Jedná se o chování, které se projevuje obviňováním druhých, nadáváním, ironizováním jiných, vysmíváním se, vyhrožováním nebo i přímým fyzickým napadením jiného. Toto chování se projevuje jak v pracovním kolektivu, tak i v osobním životě. Jedinec je nadměru obvyklou popudlivý. Otec tížený problémy na pracovišti je nepříjemný na svoje děti, matka s rodinnými problémy vynadá svým podřízeným na pracovišti .

Nervózní chování se u jedinců projevuje např.: vyhýbavými pohledy, neposedností, skákáním do řeči jiným, nezvyklou hovorností, kousáním nehtů, opakovanou bezdůvodnou manipulací s předměty v dosahu (spisy, mobilní telefon, tužky apod), rozhodný člověk nezvykle váhá. Takovéto charakteristické chování je dobře patrné. Pracovní kolektiv, nadřízený i rodina je může dobře rozpoznat.

Příčinou stresu je činitel, většinou z vnějšího prostředí, který je schopen vyvolat v organismu stresový stav, či stresovou reakci. Studie provedené v souvislosti se stresem uvádějí, že základními zdroji jsou stresové faktory přicházející z vnějších okolností života člověka. Ale jsou zde i faktory, které si každý jedinec vytváří sám. Už

¹¹ Praško J., Prašková H., Proti stresu krok za krokem. Grada Publishing. 2001, s. 25

samotný způsob, jímž přistupujeme k řešení problémů, charakter osobnosti, temperament a úroveň sebeovládání, může být zdrojem stresu tedy stresorem. Stresorem je navozený pocit ohrožení, strach, že se něco stane. Jedinec má pocit, že ztrácí kontrolu nad děním okolo sebe.

Osobnostním rysům z hlediska působení stresu byla věnována velká pozornost v šedesátých letech minulého století. Člověk reaguje na životní a pracovní podmínky podle toho jak je vybaven osobnostními vlastnostmi. Kardiologové Meyer Friedman a Ray Rosenman ve své prospektivní studii demonstrovali vyšší výskyt onemocnění ischemickou chorobou srdeční u osob tzv. typu A oproti osobám typu B.¹²

Chování typu A můžeme charakterisovat několika body : neustále v pohybu, netrpělivé, napjatý výraz ve tváři, hlučné projevy radosti, neustálá nespokojenost s vlastním postavením, soutěživý – v práci, ve hře, sportu, řeč rychlá a hlasitá, celkově energický projev, výrazná gestikulace, rychlé, stručné přímočaré odpovědi, skákání do řeči jiným.

Naproti tomu je typ B charakterizován celkovým klidným projevem, uvolněným výrazem ve tváři, spokojeností s tím co dělá, se svým postavením. Je nesoutěživý, řeč je pomalá a tichá, odpovědi jsou obsáhlé po náležité rozvaze, naslouchá pozorně, nezasahuje do projevu druhých.

U lidí, kteří jsou svým založením blíží typu A, je větší pravděpodobnost výskytu stresu a koronárních nemocí. Naproti tomu osobnosti typu B jsou méně náchylné k srdečnímu infarktu, ale může jim zase scházet energie potřebná k plnění každodenních úkolů.¹³

Je možné uvést, že určití lidé mají různou schopnost kontroly, která spočívá ve schopnosti jedince řídit dění s ohledem na vlastní osobu. Člověk si je vědom své cílově zaměřené životní orientace, je zdravě sebevědomý. Jedinec chápe stresor jako výzvu. Nic nelze překonat bez snahy a vytrvalosti. Odolný jedinec chápe stres jako součást

¹² Hladký A., Zdravotní aspekty zátěže a stresu. Praha, Karolínium. 1993, s. 36

¹³ Melgosa J., Zvládní svůj stres. Praha, Advent-Orion. 2001, s. 67

nezbytného vývoje, jako změnu, která je nevyhnutelně neoddělitelná od života.¹⁴ Tyto schopnosti jedince přizpůsobovat se daným nárokům jsou v souhrnu nazývány anglickým slovem *hardiness* (tuhost). Jedná se o osobnosti, které se chovají aktivně nepodléhají vnějším ani vnitřním psychickým tlakům.

V průběhu lidského žiata provázejí stresové faktory každé období. Rozdíl je pouze ve stresorech, které na nás v daném období působí. Na malé dítě rozhodně nepůsobí stejné stresory jako například na jedince důchodového věku. V dnešním světě s jeho informačními možnostmi jsou lidé vystaveni i stresorům, které vznikají na základě velkého množství informací. Jedná se především o informace – zprávy o katastrofických událostech, válečných hrozbách, teroristických útocích, narůstající nezaměstnanosti, inflaci, šíření onemocnění aj.

Stresory můžeme dále dělit na ty, které vyjadřují mírné až velmi mírné stupně zátěže (*ministresor*). Je to např. dlouhodobě pociťovaný nedostatek lásky, který se kumuluje až dosáhne hranice stresu. V úvahu připadá např. dlouhodobé znevažování jedince v mezilidských vztazích, nemožnost se domluvit, dohodnout. Tyto drobnosti jsou však zálučné v tom, že se jejich účinky sčítají.

Opakem může být stres přímo děsivě působící, deptající, vyvolávající okamžitou stresovou reakci (*makrostresor*). Jde o významnou zjevnou událost jakou může být povodeň, požár obydlí, propuštění z práce, přepadení, znásilnění.

Stresory někteří badatelé dělí na stresory biologické, vitální – ohrožující funkci určitých orgánů, stresory ohrožující schopnost se vyrovnat s těžkostmi. Stresory ohrožující sebeúctu. Můžeme uvažovat o stresorech dlouhodobě působících i o krátkodobých. Mezi krátkodobé je možné zařadit bolest při zranění, vystavení chladu, teple, vyrušení v činnosti, neúspěch v plnění dílčího úkolu.

Dlouhodobě pak stresově působí svěřeni dlouhodobých náročných úkolů, nasazení vojáků v několikrát se prodlužujících misích, obranu proti dlouhodobě trvajícím

¹⁴ Dvořák J., Sýkora J., Jak zvládat krizové situace. Praha, Policejní akademie ČR. 2000, s. 47

útoku. Někteří psychologové rozlišují primární a sekundární stresory. Mezi primární zařazují působení hluku, teploty, chemických látek a mezi sekundární pak překážky v určitých činnostech, zákazy, narušení osobní zóny jedince, omezený životní prostor.

Dále můžeme uvažovat o stresorech každodenního života, které je možné rozdělit na:

Vztahové stresory: Jedná se o řešení vzájemných vztahů mezi lidmi, způsoby komunikace a s tím související problémy v osobním životě. Spouštěčem (stresorem) pak mohou být – neshody s rodiči, ekonomická závislost na rodičích, společné bydlení, rozvod, rozchod s partnerem, citová závislost na partnerovi, neshody v partnerském stavu, nesoulad v sexuálním životě, narození dítěte, problémy dětí ve škole, výchovné problémy, odchod dítěte z rodiny.¹⁵

Pracovní a výkonové stresory : v tomto případě se jedná o vlivy, které na člověka působí v závislosti na udržení a zlepšení životní úrovně. Jedinec uvažuje nad nízkým příjmem, zda si udrží zaměstnání, zda bude schopen splatit hypotéku. Dále bychom do této skupiny mohli zařadit konflikty na pracovišti a to jak ve vztahu k nadřízeným tak i ke kolegům jejichž práci řídíme, činnost bez koncepce, neustále se měnící podmínky, zákonné normy, pocit nedostatečného ohodnocení, pracovní podmínky – teplota, hluk, radioaktivní látky, chemické provozy. Stresorem může být také pocit nesmyslného konání, nuda, ale i workoholismus vlastní nebo nadřízeného.

Stresory životního stylu : zde můžeme uvést dlouho trvající stavy, o kterých si ani člověk zpočátku neuvědomuje, že by mu nějakým způsobem vytvářely zátěž - nedostatek aktivit ve volném čase, monotónnost a stereotypnost života, nezájem o koníčky a zájmy, život bez kamarádů a přátel, rodina bez vztahů k jiným rodinám.

Stresory z nemocí a závislostí : do této skupiny můžeme zařadit vlastní nemoci a to jak psychické tak i tělesné, nemoci či postižení jiných členů rodiny, zdravotní stav rodičů, závislost na alkoholu, drogách u kteréhokoli člena rodiny, gamblerismus.

Na základě působení stresogenních faktorů se člověk dostává do určitého nastavení funkcí organismu. Toto nastavení pod vlivem poznání situací a událostí označovaných za stresové můžeme nazvat stresovým stavem.

¹⁵ Praško J., Prašková H., Proti stresu krok za krokem. Praha, Grada Publishing. 2001, s. 35

Stresový stav jsme schopni poznat za využití sebezpozorování, zkušeností jiných osob nebo můžeme využít možnosti statistického šetření. Každý člověk se v průběhu svého života dostane do těžkých životních situací, kterým v mnoha případech není možné se vyhnout. Mezi tyto situace můžeme zařadit : úmrtí životního partnera, člena rodiny, očekávání úmrtí na následek těžké nemoci, příprava na náročnou operaci, fyzické napadení, dopravní nehodu se zraněním, pracovní vypětí, výslech, uvěznění a mnoho dalších, které lidé potkávají během jejich žití.

Všechny tyto události můžeme zkoumat z vlastních zkušeností, pokud jsme nějaké již získali, nebo ze zkušeností jiných lidí, kteří nám mohou sdělit, co se s nimi dělo. Pochopíme svůj stav vzhledem k prožité události. Jiným způsobem zjištění stresového stavu je statistické šetření.

Tímto šetřením výzkumníci zjišťují jak zdroje stresu tak i intenzitu stresu u zkoumaného vzorku v určité oblasti. Zjišťují kdy, kde a jak dochází ke stresu za pomoci klasických výzkumných metod např. za pomoci dotazníku. Cílem statistického výzkumu je zjistit situace ve kterých lidé pociťují nejčastěji příznaky stresu, jaká je intenzita těchto příznaků. Na základě provedeného výzkumu lze stresory zjistit a tyto mezi sebou následně porovnat z hlediska intenzity. Vše však záleží na jedinci jak se s událostí vyrovná. Bude záležet na jeho odolnosti, tuhosti, výdrži (persistenci) spočívající v účelné mobilizaci rezerv na základě diagnostiky stavu, znalosti stresu a schopnosti ujmout se iniciativně kontroly situace.¹⁶

Z psychologického pohledu je věnována pozornost určitým souvislostem vzniku stresu. Již H. B. Selye upozorňoval, že nejde jen o objektivní faktory vzniku stresu, ale i o jeho subjektivní interpretaci. To znamená, že působení stresu se odvíjí od toho jak jsou stresory jednotlivcem vyhodnocovány.

¹⁶ Dvořák J., Sýkora J., Jak zvládat krizové situace. Praha, Policejní akademie ČR. 2000, s. 47

1.3 Poznatky sociální pedagogiky

Předmětem sociální pedagogiky jsou sociální aspekty výchovy a vývoje osobnosti jako takové. Sociální pedagogika se zaměřuje na celou společnost a její snahou je vytváření souladu s potřebami jedince a jeho okolí. V oblasti rizikových faktorů, kterými se ve své práci zabývám je úlohou sociální pedagogiky nejen řešení vzniklých rizikových faktorů, ale především jejich prevence. Poznatky v této oblasti byly v rámci mého studia sociální pedagogiky prezentovány např. v psychologii zdraví a duševní hygieně¹⁷, publikacích od prof. Krause, zaměřených na sociální pedagogiku a v sociální psychologii. Další publikací, kterou bych zde chtěla zmínit je odborná publikace PhDr. Z. Mlčáka, Psychologie zdraví a nemoci. Na téma rizikových faktorů jako je stres a burn – out je zpracováno velké množství publikací. Ve velké míře se zaměřují na profese pedagogů, sociálních pracovníků a policistů.

Ve školství se jedná např. o projekty na ozdravení školního života, zaváděné do mateřských a základních škol, ale tyto aktivity jsou zaměřeny především na podporu psychického a tělesného zdraví dětí. O zdraví učitelů ve školách však tyto projekty pečují jen okrajově. Z tohoto důvodu jsou zaváděny semináře a kurzy, určené učitelům, aby se naučili stresu a nárokům pracovní zátěže odolávat, aby si osvojili preventivní psychohygienické návyky. „Zdravotní stav učitelů je problematika rozsáhlá a složitá. Je nutno jí věnovat odpovídající zájem jak ze strany výzkumníků, tak ze strany školských orgánů. A samozřejmě i těch, kteří připravují budoucí učitele na jejich povolání.“¹⁸

Za další významnou práci, určenou v tomto případě především pracovníkům v rámci IZS jako jakýsi návod bych si dovolila uvést publikaci B.Baštecké a kolektivu: Terénní krizová práce.¹⁹ Spoluautorka čerpá z praktických zkušeností. Účastnila se psychosociální pomoci při povodních, po havárii autobusu u Nažidel, po teroristickém útoku na školu v Beslanu v Severní Osetii. Je spoluautorkou učebnic Základy klinické psychologie, Klinická psychologie v praxi a odbornou garantkou výcviku Psychosociálních intervenčních týmů.

¹⁷ Novotný J.S., Psychologie zdraví a duševní hygiena pro sociální pedagogy, 2009

¹⁸ PRŮCHA, J. Učitel. Současné poznatky o profesi. 1.vyd. Praha: Portál, 2002, 160 s.

¹⁹ B.Baštecká a kolektiv: Terénní krizová práce, Grada Publishing, 2005

2. Zdravotnická záchranná služba

2.1 Charakter práce záchranářů

Předmětem mého zájmu jsou pracovníci záchranné služby v současném moderním pojetí. Lze ovšem konstatovat, že v každé historické době byly vyčleňovány složky, které, zejména v extrémních situacích válek, epidemií či přírodních katastrof pomáhaly nemocným a raněným formou přednemocniční péče. Mnohdy tuto činnost prováděly i s rizikem poškození vlastního zdraví či přímého ohrožení života. Historie nám ukazuje, že v každé době byla tato činnost spojena s vysokým psychickým i fyzickým nasazením.

S ohledem na historii medicíny si lze odvodit, že pracovní podmínky a pracovní prostředí byly z dnešního pohledu nepředstavitelné. Pracovní prostředí a pracovní podmínky zdravotnických záchranných služeb v ČR prošly v posledních 20 letech zásadními změnami, které souvisely s měnícím se politickým a organizačním uspořádáním stejně tak jako se zásadní změnou ekonomického, technického a personálního zajištění.

Ačkoli moderní historie záchranné služby sahá v České republice až do 18.století, v podobě jak ji známe existuje zhruba od 70. let 20.století. Stanoviště záchranných služeb v této době vznikala na základě metodiky Ministerstva zdravotnictví a byla organizačně i ekonomicky nejčastěji začleněna k anesteziologicko-resuscitačním (dále jen ARO) oddělením v jednotlivých nemocnicích. Zdravotnický personál byl obsazován většinou ze stávajících zaměstnanců těchto oddělení, kteří byli ochotni a schopni účastnit se výjezdů a práce v terénu. Tato forma byla v té době nejvýhodnější a pro pacienty nejbezpečnější. V této době zdravotnická záchranná služba, především v oblasti technického zajištění musela čekat, zda na ni při dělení finančních prostředků nemocnice alespoň něco zbyde. Celá řada činností byla realizována pouze na základě nadšenců pro které práce na zdravotnické záchranné službě byla mnohem víc, než jenom zaměstnáním. Velmi výmluvně toto období ukazoval seriál Sanitka. Byť se jednalo o populární televizní tvorbu, velmi věrně dobu vznikající ZZS zobrazil.

Teprve v 90. letech dvacátého století docházelo postupně k osamostatnění zdravotnických záchranných služeb (dale jen ZZS), avšak personálně byli ve velké míře i nadále využíváni pracovníci oddělení ARO v jednotlivých nemocnicích. První legislativní normou, která upravila činnost zdravotnické záchranné služby na území ČR byla Vyhláška MZ č.434/1992 Sb., o zdravotnické záchranné službě ve znění pozdějších předpisů.²⁰ V tomto dokumentu byly poprvé jednoznačně stanoveny povinnosti ZZS. Zásadním problémem, otázku personálního obsazení tato norma neupravovala. Základní model posádky byla posádka lékařského výjezdového týmu, který se tehdy skládal z řidiče, zdravotní sestry a lékaře. V této době však nebyla stanovena pro lékaře jednoznačně požadovaná kvalifikace. K této problematice byla vydávána pouze doporučení České lékařské komory ²¹(dále jen ČLK), která předpokládala, že optimální kvalifikace pro lékaře posádky ZZS je kromě již zmíněné kvalifikace v ARO ještě kvalifikace v oborech chirurgie, vnitřního lékařství a všeobecného. Lékaře dalších oborů bylo možno do posádek ZZS začleňovat na základě dobrozdání ČLK a po přezkoušení z praktických a teoretických znalostí potřebných pro zvládnutí neodkladných situací, především pak kardiopulmonální resuscitace. V reálné podobě byli však do posádek ZZS často zařazováni lékaři dostupní a ochotní se na této službě podílet. Mnohdy jedinou motivací pro tyto lékaře byla motivace finanční.

Podobná situace panovala i u středního zdravotnického personálu. V převážných případech, zejména v počátcích moderní ZZS byly do posádek zařazovány především zdravotní sestry z oddělení ARO, ale i jednotek intenzivní péče (dále jen JIP). I zde chyběla jasná pravidla o povinné kvalifikaci a odbornosti. Nicméně mezi středoškolsky vzdělanými zdravotnickými pracovníky byl o tuto práci dostatečný zájem.

U řidiče vozidla ZZS byl zpočátku vyžadován pouze rozšířený kurz řidiče sanitního vozidla. Požadavky na odbornou péči poskytovanou pacientům v terénu byly na řidiče kladeny jen v nezbytně nutné míře, bez jasně stanovených kompetencí. Výhodou systému bylo, že naprostá většina řidičů měla dlouholetou praxi v řízení motorového vozidla. V dnešní době jedním z problémů ZZS je právě nábor profesionálních řidičů.

²⁰ Vyhláška MZ č.434/1992 Sb., o zdravotnické záchranné službě

²¹ www.clk.cz

Operační řízení bylo realizováno obsluhou tísňové linky 155 a dalších „pohotovostních“ telefonických linek nejčastěji na dispečerském pracovišti zdravotnické dopravní služby, a to v mnoha případech bez nepřetržitého režimu. Mimo pracovní dobu se linky přepínaly na pracoviště ARO, nebo na vrátnice lůžkových zdravotnických zařízení.²²

Urgentní medicína jako samostatný nastavbový obor se v této době teprve rodila, ale díky opakovaným intervencím a nemalému úsilí ředitelů ZZS a nestora urgentní medicíny Prof. J. Pokorného byla takovým uznána v roce 1998.

V současnosti jsou ZZS v modelu krajského uspořádání v naprosté většině případů plně ekonomicky samostatnými jednotkami. Náklady na jejich činnost jsou hrazeny z krajských rozpočtů a platbami zdravotních pojišťoven. Jejich pracovníci vykonávají svou práci jako hlavní zaměstnání, na plný úvazek. Pouze u lékařských profesí přetrvává vzhledem k jejich nedostatku spolupráce s lékaři vykonávající tuto profesy jako externí pracovníci.

Ještě bych ráda zmínila jednu složku a to tzv. přednemocniční neodkladnou péči. Ta je v terénu aktuálně zajišťována posádkami Rychlé lékařské pomoci (dale jen RLP), Rychlé zdravotnické pomoci (dále jen RZP) a posádkami setkávacího systému (dále jen RV). Jedná se o práci týmovou, přičemž výhodou je, že se jedná o týmy malé, tudíž dobře organizovatelné.

2.2 Členové týmu, požadavky na jejich odbornost

Jestliže hovoříme o záchranářích musíme si uvědomit, že hovoříme o týmu pracovníků několika profesí. Vedením týmu je pověřen lékař nebo diplomovaný zdravotnický záchranář v případě RZP. Vedoucí týmu je zodpovědný za práci týmu jako celku, tedy za provedení zásahu a jeho organizaci. Jednotliví členové týmu nesou zodpovědnost za prováděné dílčí úkony v rozsahu jejich kompetencí.

²² Interní materiál MZ ČR

Lékař

Je vysokoškolsky vzdělaný odborník ideálně se specializovanou způsobilostí v oboru Urgentní medicíny²³, který je v pozici samostatně pracujícího lékaře, tedy bez nutnosti odborného dozoru a zároveň je velitelem týmu. Kvalifikace v oboru Urgentní medicíny je zdůrazňována především proto, že se v současnosti jedná o jediný obor, který připravuje lékaře na řešení mimořádných událostí typu přírodních, biologických a chemických katastrof, teroristických útoků a podobně. V situacích mimořádných událostí se dle traumatického plánu a legislativy stává velitelem zásahu lékař, který přijede na místo katastrofy jako první. Musí být schopen okamžité diagnostiky, využívat odborné výkony jako je zajištění dýchacích cest, zajištění podání látek intravenózně eventuelně podání celkové anestezie při transportu, musí být schopen používat moderní informační a komunikační technologie a v neposlední řadě být managerem týmu v často psychicky velmi náročných situacích.

Posádky RLP vyjíždějí především ke komplikovaným úrazům, životohrožujícím akutním stavům a ostatním stavům vyžadujícím vysoce odborný zásah. V poledních několika letech se výrazně zvyšuje podíl výjezdů k psychiatrickým diagnosám a diagnosám zneužívání návykových látek.

Práce lékaře Záchrané služby je nesmírně náročná na schopnost rychlého rozhodování v akutních stresových situacích, diagnostiky v často obtížně hodnotitelných situacích, schopnost efektivního vedení týmu a manažerské schopnosti při organizaci mimořádných událostí. Nezanedbatelné jsou i fyzické nároky spojené s opakovanými nočními výjezdy nebo výjezdy v náročných klimatických a terénních podmínkách. Lékař zcela běžně realizuje s ostatními členy posádky fyzicky náročné transporty pacientů, jejich vyprošťování a nakládání do sanitního vozidla. Vzhledem ke skutečnosti, že pro účely činnosti záchrané služby pacient není považován za břemeno, a to ani pacient v bezvědomí, je činnost lékaře spojována i se zcela mimořádnými fyzickými výkony.

Z toho všeho vyplývá, že optimálním představitelem lékaře ZZS je muž (ale i žena) mladšího až středního věku, s vysokou odbornou erudicí v oboru Urgentní medicína,

²³ Zákon č. 95/2004Sb., O lékařích

psychicky i fyzicky vysoce odolný(á) s maximálním zájmem o obor a s vysokým stupněm empatie. Ve skutečnosti je takových pracovníků v současné době kritický nedostatek a management ZZS stojí opakovaně před problémem koho postavit do čela posádky. Často tedy bere za vděk lékaři, kteří splňují alespoň některé z uvedených, především odborných kritérií s plným vědomím toho, že pro pacienta je přítomnost lékaře, jednoznačným přínosem. Jedná se však o trvale frustrující stav jak pro vedoucí pracovníky, kteří si jsou plně vědomi problémového zařazení některých lékařů do posádek, tak pro lékaře samotné. K současnému stavu nepřispívá ani dosud přetrvávající nízká prestiž povolání lékaře ZZS mezi kolegy, ale i u laické veřejnosti. Důvodem je stále nízká úroveň finančního ohodnocení, zároveň i malá možnost využití získaných vědomostí a dovedností jinde než v terénu.

Diplomovaná sestra nebo diplomovaný zdravotnický záchranář

K výkonu praxe je nutné úplné, středoškolské vzdělání a pomaturitní specializace v oboru intenzivní péče. V současnosti může studovat vyšší odbornou školu, kde získá kvalifikaci v oboru Diplomovaný záchranář nebo stejný obor na vysoké škole. Nelékařský pracovník se stává velitelem týmu v případě posádky RZP. Kompetence nelékařů vymezuje § 3 odst. 1 vyhlášky č. 424/2004 Sb.²⁴ a nově od dubna tohoto roku zákon o zdravotnické záchranné službě²⁵. Systém získávání odpovídajícího vzdělání je pak řešeno zákonem č. 96/2004 Sb.²⁶ Bez dohledu lékaře smí provádět uvolnění a zajištění dýchacích cest, nepřímou srdeční masáž, resuscitaci, zajištění periferního žilního přístupu, aplikovat infuze, defibrilaci pouze při povinném přístrojovém záznamu srdeční akce před výbojem a záznamu síly výboje. Má povoleno použít některé skupiny léků, které jsou poměrně striktně vymezeny, ostatní pouze při nahraném zvukovém záznamu konzultace s lékařem. Posádky Rychlé zdravotnické pomoci jsou vysílány především k nekomplikovaným úrazům, nekomplikovaným interním stavům, převozům a zajištěným transportům stabilizovaných pacientů a k aplikaci injekcí na žádost praktického lékaře. Při indikaci k výjezdu posádky RZP je nezbytná dokonalá spolupráce s pracovníky operačního střediska, kteří rozhodují o jejím výjezdu. Ale i v

²⁴ Vyhláška č. 424/2004 Sb., O zdravotnické záchranné službě

²⁵ Zákon č. 374/2011 Sb., O zdravotnické záchranné službě

²⁶ Zákon č. 96/2004 Sb., O nelékařských zdravotnických povolání

optimálním stavu je očekávání konkrétního stavu pacienta během cesty k němu hodnoceno posádkou RZP jako jeden z nejvíce stresujících momentů celého zásahu.

Posádka Rychlé zdravotnické pomoci nesmí úředně konstatovat smrt, vyplňovat příslušnou dokumentaci související s úmrtím a přijímat negativní reverz. Je povinna vždy transportovat pacienta do zdravotnického zařízení nebo přivolat lékaře.

Historicky tuto roli v drtivé většině zastávaly zdravotní sestry z oddělení ARO, které měly logicky k akutní medicíně nejbližší. Výše uvedené kategorie pracovníků se do systému zapojovaly postupně a nelze bohužel konstatovat, že to bylo a je zapojování jednoznačně úspěšné a ku prospěchu pacientů. Celé řadě současných mladých záchranářů a záchranářek chybí ucelený zdravotnický pohled na pacienta. Je to dáno kromě jiného i tím, že řada současných záchranářů pochází z jiných středních škol než ze střední zdravotnické školy a jejich přístup ke zdravotnické problematice a pacientovi samotnému je mnohdy zcela odlišný, než na jaký byli lékaři i pacienti po celá léta zvyklí. Jedná se ve většině případů o velice akční, sebevědomé a odhodlané pracovníky, kteří jsou velice kvalitně vycvičeni v praktických dovednostech, které původní personál záchranných služeb nezvládal, na druhé straně jim často chybí nezbytný odborný vztah k pacientovi, jako k člověku v akutní tísní, strachu a mnohdy nevypočitatelném duševním rozpoložení. Takové vlastnosti a dovednosti lze získat pouze dlouholetou praxí. Avšak i zde, v důsledku nedostatku kvalifikovaných nelékařských pracovníků vzdělaných podle současné legislativy je výběr výrazně omezen a lze jen doufat, že tyto mladí nadšenci se v průběhu let vypracují na opravdové zdravotnické profesionály v celém spektru oboru.

Řidič-záchranář

Podle zákona č.96/2004 Sb. se za výkon řidiče vozidla zdravotnické záchranné služby považuje činnost v rámci neodkladné péče a zdravotnické dopravy,²⁷ kdy se pod odborným dohledem podílí na poskytování zdravotní péče na úseku neodkladné péče. Odborná způsobilost k výkonu povolání řidiče Záchranné služby se získává absolvováním akreditovaného kvalifikačního kurzu v oboru řidič vozidla Rychlé zdravotnické pomoci nebo Rychlé lékařské pomoci. Je také kladen důraz na profesionální řidičskou praxi a středoškolské vzdělání. Řidič kromě zajištění transportu

²⁷ zákon č.96/2004 Sb. O nelékařských zdravotnických povolání

pomáhá při poskytování zdravotnické pomoci, je proškolen v poskytování život zachraňujících výkonů. Je zodpovědný za transport posádky na místo tísňové výzvy při dodržení dopravních předpisů, nesmí ohrozit posádku ani okolí a současně zodpovídá za bezpečné přepravení posádky s pacientem do zdravotnického zařízení. Dále je zodpovědný za technický stav sanitního vozu, stav pohonných hmot a kontrolu vnitřního vybavení během směny. Je zodpovědný za funkčnost zdravotnické techniky, vyprošťovacích a imobilizačních pomůcek. Při hromadném neštěstí se řidič první posádky stává velitelem zdravotnické dopravy a ve spolupráci s ostatními složkami IZS zajišťuje pohyb vozidel a předepsanou dokumentaci.

Prvními řidiči ZZS byli v naprosté většině řidiči, kteří byli vybráni z pracovníků převozové služby (dopravně zdravotní služby). Tito měli pouze základní zdravotnické vzdělání na úrovni sanitářských kurzů a jejich hlavní pracovní náplní bylo rychle a hlavně bezpečně dopravit posádku k místu zásahu a následně do místa definitivního ošetření. Současné legislativní změny za posledních několik let podstatným způsobem změnilly požadavky na řidiče – záchranáře. Ne vždy to je však ku prospěchu posádek a pacientů. Základním problémem dnešních mladých řidičů záchranářů je minimální zkušenost v řízení motorového vozidla obecně, vozidla s právem přednosti v jízdě pak obzvláště. Dostáváme se tak do paradoxních a mnohdy až tragikomických situací, kdy plně odborně vyškolený řidič má zcela „čerstvé“ oprávnění k řízení motorových vozidel, neboť na povinnou délku praxe se nevztahuje žádné zákonné ustanovení. Pro dlouholeté zaměstnance-řidiče záchranných služeb pak bývá na straně druhé problematická a mnohdy frustrující povinnost doplňování vzdělání na úrovni, se kterou nikdy nepočítali a představuje tedy pro řadu z nich stresující moment.

Pracovník operačního střediska

Operátoři Zdravotnické záchranné služby jsou nejvytíženějším článkem v pracovní směně. Jejich práce je nesmírně psychicky a diagnosticky náročná. Členové týmu jsou povinni řídit se pokyny operátora, který na základě často omezených informací rozhoduje o vyslání týmu do terénu. Kromě přijímání a zpracování výzev operátor rozhoduje o přiměřeném typu pomoci pro konkrétní situaci, má přehled o disponibilních prostředcích ve svém spádovém území a koordinuje je s územími sousedícími, je

prostředníkem mezi jednotlivými posádkami, je schopen poskytnutí telefonických pokynů při poskytování laické první pomoci a je koordinátorem pomoci pohotovostní služby, kontaktních toxikologických center, poradenských linek a sociální pomoci.

Pokud budeme dále hovořit o pracovnících operačních středisek, pak je třeba si uvědomit, že v naprosté většině hovoříme o ženách. Vzděláním se jedná převážně o zdravotní sestry a záchranářky. Požadovaná je kvalifikace pracovníka pro výkon práce bez odborného dohledu. Často se jedná o pracovnice s dosaženým základním vysokoškolským vzděláním. Rovněž o tuto profesi není příliš velký zájem z řad erudovaných zdravotníků, neboť představuje trvale stresující práci, vyžadující dokonalou soustředěnost, sebeovládání, asertivitu a vysokou úroveň zdravotnických znalostí. Pracovník operačního střediska musí být silně odolný vůči psychickému tlaku, emotivním situacím, slovní agresivitě a vulgarismům, schopný rychlého a racionálního rozhodování. Jednou z hlavních dovedností, kterou lze získat většinou až dlouholetou praxí, je schopnost nenechat se vtáhnout do konfliktu, zůstat mimo něj a řešit jej na základě racionálního přístupu. V posledních letech se do popředí činnosti operátorek a operátorů dostává i odborná telefonická asistence, která pomáhá laické veřejnosti zvládnout akutně vzniklý stav do příjezdu posádek ZZS. Díky těmto novým metodám (mezi nejznámější patří telefonicky asistovaná kardiopulmonální resuscitace) bylo v posledních letech výrazně zvýšeno procento zachráněných pacientů při náhlých, život ohrožujících stavech. To vše na straně druhé enormním způsobem zvyšuje psychický tlak na jednotlivé pracovníky operačních středisek a přispívá k jejich časnému vyčerpání a s ním související výrazné personální migraci.

2.3 Vývoj pracovních podmínek pracovníků ZZS

Pracovní podmínky zdravotníků vykonávající profesu záchranáře se odvíjejí od hledisek. Jedním z nich je rozmístění stanovišť v rámci kraje. Systém rozmístění jednotlivých stanovišť v krajském uspořádání je dán dojezdovými časy a spolupracuje v oblastech hranic kraje s kraji sousedícími. Cílem bylo vybudování takového počtu stanovišť, aby dojezdové časy nepřesahovaly v běžných povětrnostních podmínkách vyhláškou požadovaných 15 minut. Tomuto cíli stála v r. 2008 nejbližší ZZS

Středočeského kraje, která však se změnou politického vedení kraje budování nových stanovišť v r. 2009 pozastavila. Zcela specifická situace je v kraji Praha, který uspořádáním svých stanovišť musí reagovat na hustotu obyvatel a turistický ruch, stejně tak jako na společenské, sportovní a politické akce velkého rozsahu.²⁸

Od dubna 2012 dojde k úpravě dojezdového času v rámci nově přijatého zákona č. 374/2011Sb., o zdravotnické záchranné službě, zákonem požadovaný dojezdový čas je maximálně 20 minut. Nově jsou jasně určeny povinnosti ZZS a časový limit nastaven tak, aby nebyl v praxi v odlehlejších částech ČR porušován. Příkladem míst, kde 15 minutový limit mohl být jen stěží dodržen, jsou odlehlejší oblasti Jesenicka, Beskyd, Šumavy atd. Tvrzení, že prodloužením doby z 15 minut na 20 se zhoršuje péče je dle vyjádření předkladatelů návrhu zákona nesmysl. Posádka musí vyjet vždy do 120 vteřin od vydání pokynu operátora a ubírat se k cíli co možná nejrychlejší cestou.²⁹

Jednotlivá stanoviště ZZS jsou budována jednak v objektech patřících do majetku jednotlivých krajů nebo jsou umístována do objektů pronajatých. Pokud se budují stanoviště zcela nová, je kladen důraz na pracovní prostředí, ve kterém záchranáři tráví až 70% pracovní doby v závislosti na jednotlivých regionech. Nutno poznamenat, že pracovní prostředí v objektech, kde jsou záchranáři v pronájmu jiných organizací a obcí, jsou často žalostná. V nových objektech je již kladen důraz na soukromí a na hygienické požadavky zaměstnanců. V mnoha případech bylo velmi obtížné „vybojovat“ pro posádky ZZS odpovídající zázemí, neboť realizace odborných představ byla často nemilosrdně konfrontována s ekonomickou a politickou realitou a různou mírou úrovně odbornosti rozhodujících pracovníků. Nebyly ojedinělé ani názory, že posádka ZZS potřebuje pouze vozidlo, neboť optimální je, když je neustále připravena k zásahu a opuštění vozidla během služby při čekání na další výzvu posádku pouze rozptyluje a prodlužuje reakční čas. Naštěstí pro záchranáře, tyto názory obecně neprorazily.

Současný stav pracovního prostředí zaměstnanců ZZS lze hodnotit z hlediska technického zajištění jako uspokojivý. V souvislosti s postupným nárůstem počtu

²⁸ Interní materiál MZ ČR

²⁹ Zákon č. 374/2011 Sb., O zdravotnické záchranné službě

stanovišť jsou při jejich budování respektovány požadavky na odpovídající hygienickou úroveň, možnost odpočinku mezi jednotlivými výjezdy, stravování a relaxace. Zlepšování této oblasti pracovního prostředí je plně závislé na ekonomické situaci jednotlivých zařízení ZZS a je tedy i kvantitativně hodnotitelné a v podstatě snadno ovlivnitelné. Daleko zásadnějším problémem práce týmů ZZS je problém úrovně psychické hygieny a možnosti jejího udržování a zvyšování. Stoupající počet realizovaných výjezdů, významný podíl závažných traumat a častých úmrtí, ale i zvyšující se podíl zásahů u pacientů s psychickými poruchami představuje i trvale narůstající tlak na psychickou odolnost jednotlivých pracovníků s rozdílnou intenzitou dle jejich konkrétního zařazení.

3. Definice rizikových faktorů v práci pracovníků ZZS

V rámci této práce jsem zvolila nejmarkantnější rizika, se kterými se záchranáři setkávají. Vyjmenovat veškerá rizika, která plynou z práce ZZS při záchranných akcích lze jen těžko, a to především z důvodu, že většinu těchto akcí nelze předem začlenit do určité skupiny, a rizika, která vznikají při konkrétní činnosti je možno odhadnout jen z velmi malého procenta. O to vyšší nároky na psychickou odolnost a stabilitu jednotlivých pracovníků ZZS jejich práce přináší. S tím je spojena potřeba větší zodpovědnosti vedoucích pracovníků za vytvoření optimálních pracovních podmínek a následného odpovídajícího osobního ohodnocení jak po stránce materiální, tak společenské i osobní.

3.1 Riziko psychické újmy

Pracovníci zdravotnických záchranných služeb jsou opakovaně vystavováni mnoha zátěžovým faktorům vyplývajícím z jejich pracovního zařazení. Jedná se především o riziko psychické újmy vyplývající z opakovaných stresových situací, zásahů s tragickým vyústěním mezi kterými je jednoznačně nejvíce stresujícím momentem smrt dítěte, a to zejména pro ženy pracující v posádkách ZZS. Dalšími výrazně stresujícími momenty jsou zranění nebo smrt člena posádky a opakované nebo dlouhotrvající zásahy v nočních hodinách, nezbytnost naprostého potlačení vlastních osobních i rodinných problémů, nemožnost kvalitní relaxace mezi jednotlivými výjezdy, trvalé emoční vypětí a s tím související organické problémy především v oblasti trávení, kvality spánku i mimo výkon služby. Práce záchranářů je za vysoce psychicky stresující považována nejen samotnými pracovníky, ale také pracovníky ostatních medicínských oborů a jako jeden z mála oborů i laickou veřejností. Významným psychickým stresovým faktorem je v současné době nedostatečné finanční ohodnocení, nutnost vykonávat činnost nad rámec zákonem stanovené pracovní doby k dosažení průměrného výdělku a nejistá legislativní perspektiva vzhledem k trvalé absenci kvalitní právní normy, která by pracovníky zdravotnických záchranných služeb

dostala alespoň částečně na srovnatelnou úroveň v oblasti sociálních jistot s ostatními složkami IZS.³⁰

3.2 Riziko fyzické újmy

Toto riziko vyplývající z ne ojedinělých úrazů členů posádek při dopravních nehodách, a to zejména jako následek mnohdy až extrémně agresivního chování ostatních účastníků dopravy, napadení záchranářů z nejrůznějších příčin s převahou napadení agresivními pacienty v opilosti nebo pod vlivem jiných návykových látek, při živelných pohromách v souvislosti především z extrémně dlouhou pracovní zátěží, fyzické vyčerpání při zásazích v obtížně dostupných místech a mnohdy i z důvodu přecenění vlastních sil v zájmu pacienta.

Zásadním rizikem, které lze do budoucna právně ovlivnit je riziko plynoucí z osoby řidiče. Jak jsem již uvedla, současná legislativa nestanovuje povinnou praxi, nezbytnou pro výkon povolání řidiče sanitního vozidla s právem přednosti v jízdě. Přitom právě malá zkušenost a praxe mladých řidičů-záchranářů je v poslední době v popředí důvodů havárií sanitních vozidel ZZS. V této oblasti by byla právní úprava jasným přínosem v boji za snižování stresových faktorů v práci ZZS. V poslední době se díky systematickému úsilí podařilo do značné míry eliminovat rizika plynoucí z technického stavu vozidel a jejich nevyhovujícího vybavení. Moderní sanitní vozidla ZZS jsou plně srovnatelná s vozidly záchranných služeb v zemích Evropské unie.

3.3 Riziko nákazy infekční chorobou

Vzniká při ošetřování narkomanů, bezdomovců a pacientů v bezvědomí s neznámou anamnézou, při rozsáhlých poraněních, ale i běžných pacientů s celou možnou škálou infekčních nemocí.

³⁰ Interní materiál Ministerstva zdravotnictví ČR

Záchranné týmy musí být připraveny zasáhnout i při mimořádných událostech s hromadným výskytem postižených. V takových situacích dochází k úzké spolupráci všech složek Integrovaného záchranného systému. Jedná se jednak o přírodní katastrofy například povodně, laviny, zemětřesení, ale také o katastrofy civilizační, dopravní a průmyslové havárie. V případě civilizačních katastrof se přidávají rizika chemická, biologická a radiační, kdy vstupuje do popředí důležitost používání vhodných ochranných pomůcek u všech členů posádky. Jejich použití však na druhé straně mnohdy neúměrně zvyšuje fyzickou náročnost práce členů posádek a tím zkracuje dobu efektivní využitelnosti posádky. To v některých extrémně vypjatých situacích může vyústit v odmítnutí použití těchto pomůcek a vést k přímému ohrožení pracovníků ZZS /např. při záchrane dětí, při mimořádných událostech s reálnou hrozbou velkých zdravotních poškození a ztrát životů/.

3.4 Riziko právního postihu

Hrozba právního postihu, nebo jinak řečeno právních následků vzniká při nesprávném nebo diskutabilním postupu zásahu na všech úrovních od přijetí výzvy dispečerkou, přes transport, ošetření, aplikaci léků a léčebných postupů, až po indikaci k převozu do zdravotnického zařízení. Toto riziko postupně narůstá s rostoucím právním povědomím pacientů obecně i se začleněním naší země do evropského legislativního rámce. Tyto rizikové faktory přispívají ke vzniku syndromu vyhoření, posttraumatické stresové poruchy nebo psychosomatického onemocnění. Zároveň tyto rizikové faktory zvyšují riziko vynucené profesní chyby, vedou k redukci činnosti na rutinní postupy, což ve výsledku negativně ovlivňuje i péči o pacienty.

4. Reakce organismu a techniky jejich zvládnání

4.1 Patofyziologie stresové odpovědi organismu

Na úvod této kapitoly je nezbytné nejprve zmínit příznaky, kterými je stres provázen a jejich rozdělení. Z níže uvedených patofyziologických reakcí lze následně dovodit onemocnění, kterým je člověk touto zátěží ohrožen. Příznaky stresového stavu můžeme rozdělit do tří oblastí, ve kterých se projevují :

Fyziologické příznaky např.:

bušení srdce, bolest a sevření pod hrudní kostí, nechutenství, bolesti břicha

Emocionální příznaky:

prudké změny nálad, nadměrné trápení se s věcmi, které nejsou důležité, neschopnost projevit náklonnost k jiným lidem omezení kontaktů, , starosti o zdravotní stav, nadměrný pocit únavy, obtíže se soustředěním apod.

Behaviorální příznaky např. :

nerozhodnost, vyhýbání se odpovědnosti, nepozornost při činnostech, zhoršená kvalita práce, snaha vyhnout se náročným úkolům, výmluvy, sklony k pití alkoholu, zvýšená denní dávka vykouřených cigaret, výskyt zneužívání drog a nadměrné užívání léků.

Je zřejmé, že ne všechny zažívané události jsou nepříjemné. Ale i události o kterých jistě můžeme říci, že jsou radostné (narození dítěte) určitým způsobem organismus zatěžují. Z lékařského pojetí znamená stres souhrn procesů spojených s opotřebováním se těla v době života.³¹

Ke zjištění stresového stavu se využívají různé metody. V České republice se například používá metoda O. Mikšíka (SUPOS). Jedná se o soubor devadesáti přídavných jmen, která vyjadřují určité psychické stavy – psychickou pohodu, pohotovost k akci,

³¹ Selye H., Život a stres. Bratislava, Obzor. 1966, s. 17

psychický nepokoj a rozladěnost, deprese, pocit energie a síly, psychické napětí, sklíčenost.³²

Na základě mnoha studií o vlivu stresogenních faktorů na člověka bylo zjištěno, že se stres podílí na zdravotním stavu jedinců. Člověk se snaží, aby se adaptoval na změny podmínek, ale pokud se mu to v dostatečně krátkém čase nepodaří získává větší vnímavost pro tzv. nemoci ze stresu. Je zřejmé, že dítě, které bylo vystaveno příliš velké zátěži a nemělo dostatečný odpočinek je více ohroženo chřipkovým onemocněním či angínou. Staří lidé, kteří již nemají tolik sil („jsou více opotřebovaní“) vzdorovat zátěžím jsou rovněž náchylní k různým nemocím.

Mezi onemocnění uváděné jako nemoci ze stresu můžeme například zařadit Ischemickou chorobu srdeční. Lidské srdce, které je vystaveno náhle ke zvýšené činnosti nevydrží zátěž, kterou vyvolal některý z negativních stresorů. Jde ovšem o nemoc, která je zapříčiněna více faktory. Kornatěním věnčitých tepen, obezitou, kouřením, zvýšenou hladinou cholesterolu v krvi, trvale zvýšeným krevním tlakem.

Vysoký krevní tlak nebo – li hypertenze trápí více než třetinu populace ve vyspělých zemích.³³ Při působení stresu se zrychluje činnost srdce, které tímto zvyšuje krevní tlak v oběhovém systému. Pokud se jedinec velmi často nedokáže vyrovnat s psychickou zátěží, tak se krevní tlak nezvyšuje jen přechodně, ale nepřiměřeně zvýšený zůstává. Tímto se normální fyziologická reakce může změnit na nemoc.³⁴

Rovněž gastrointestinální onemocnění mohou být vystavení náročným dlouho trvajícím zátěžím. V náročných situacích se odkrvují vnitřnosti a tím se stávají zranitelnější, protože nejsou dostatečně vyživovány a tím jsou náchylnější k onemocnění. Je pak neskutčné prohlásit, zda ta či ona nemoc je nebo není zaviněna duševní zátěží³⁵.

Posttraumatická stresová porucha dříve byl tento stav nazýván postvietnamským syndromem. To proto, že se tato porucha nejvíce projevila u vojáků, kteří prošli

³² Havlík V., Policejní stres- výzkum stresogenních faktorů, Bakalářská práce. Policejní akademie v Praze. 2000

³³ www.hypertenze.eu

³⁴ Schreiber V., Lidský stres. Praha, Academia. 2000, s. 38

³⁵ Charvát J., Život, adaptace a stres. Praha, Avicenum. 1973, s. 115

hrůzami vietnamské války. Ale výzkumy bylo zjištěno, že stejné projevy vykazují i osoby, které zažily nějaký otravný zážitek (makrostres) – znásilněné ženy, zachránění z havarovaných letadel, trosečníci z lodí, lidé, kteří přežili povodně, požáry domů, zemětřesení. Lidé postižení uvedenou chorobou trpí nespavostí, depresemi, agresivitou a neklidem. Tato nemoc vzniká na základě prožití jasného stresu, který vyvolá distres. Lidem se opakovaně vnucují vzpomínky na negativní událost. Jedinci ztrácejí zájem o okolí, izolují se, mají poruchy spánku, podrážděně reagují, vyhýbají se místům a činnostem, které jim připomínají traumatizující událost. U této nemoci je zřejmý původce, kterým je velmi silný stresující zážitek.

Psychosomatické nemoci jsou nemoci, které se sice projevují tělesně, ale jejich původ je psychologického původu. Stres v tomto případě může podpořit vznik tohoto druhu onemocnění. Kdyby jedinec nebyl vystaven stresu je možné, že by nemoci odolal. K psychosomatickým nemocem můžeme zařadit: padání vlasů, akné, ekzém, bolesti zad, svalové křeče, astma, alergie, impotenci, obezitu, migrénu a další.

Dostane-li se organismus do stresu, může to ovlivnit přechod do nemoci. Pokud takovýmto způsobem vznikne nemoc, jedná se o nemoc z adaptace. V současnosti se hovoří o tzv. civilizačních chorobách, protože se dříve v takovém počtu nevyskytovaly. H. B. Selye ve své práci uvádí, že k nim dochází tehdy, není-li adaptační systém schopen se vyrovnat se změnami a tyto změny zvládnout. Ale dále uvádí, že žádná nemoc není jen nemocí z adaptace. Ve skutečnosti se na vzniku těchto chorob spolupodílejí i jiné vlivy, ale vliv stresu není zanedbatelný.

Otec medicíny Hippokrates své žáky ve starověkém Řecku učil, že choroba není jen utrpení (pathos), ale zároveň i určitý druh námahy, zápasu, přesněji boje (pónos) organismu o návrat k normálnímu stavu.³⁶

Jak tedy zvládat stress? Již bylo řečeno, že člověk ve stresu, ve stresové situaci se snaží s touto krizí nějakým způsobem vyrovnat – adaptovat se na novou situaci. Jedinec na základě svých osobnostních hodnot a fyzických sil se pokouší situaci zvládat. Problematikou zvládání se do současné doby zabývalo mnoho vědců. Klasickou teorií

³⁶ Selye H., Život a stres. Bratislava, Obzor. 1966, s. 28

coping, situaci zvládnout vyrovnat se s ní, vytvořil americký psycholog Lazarus.³⁷ Pod pojmem zvládnání stresu si můžeme představit akci, kterou člověk podniká, aby zmírnil dopad svých životních problémů.

Již v druhé polovině 19. století francouzský fyziolog Claude Bernard uvedl, že velmi významnou vlastností živého organismu je schopnost udržení stálého vnitřního prostředí bez významných změn i v tom případě, kdy na organismus působí nepříznivé vnější vlivy. Tuto schopnost všech živých organismů, udržování stálosti vnitřního prostředí organismu, nezbytnou pro správné fungování organismu nazval Walter B. Cannon prof. na universitě v Harvardu homeostázou.

Pod pojmem adaptace si můžeme představit český výraz přizpůsobení. Biologická adaptace je pak základní vlastností živé hmoty. Organismus se dovede přizpůsobit různým vlivům vnějšího prostředí. Z těchto skutečností pak můžeme vyvodit závěr, že pokud se prostředí změní a organismus chce zachovat stále vnitřní prostředí, pak se snaží tomuto prostředí přizpůsobit - adaptovat se. Úspěšná adaptace je vyhodnocena jako zvládnutí stresu.

Přistoupit ke zvládnutí stresu lze třemi základními přístupy. Někteří vyberou tzv. defenzivní (ústupový) nebo popírající postup. V tomto případě jedinec skutečnou situaci popírá, vědomě si situaci vysvětluje jinak než vyplývá z rozumového pohledu na danou krizi. Stresový stav se neřešením situace dále zhoršuje.

Jiní jedinci si zvolí takovou cestu, že unikají od skutečnosti. V tomto úniku jim pomáhají v mnoha případech prostředky jako alkohol, kouření, gamblerství (chorobné hráčství). Tito lidé sní o neskutečném jako by to byla pravda. V jiných případech jsou přehnaně pracovití - workoholičtí. Cesta, kterou si zvolili ke zvládnutí stresu nevede.

Třetím přístupem je řešení krizové situace. Takový přístup je ideální. Jedinec může danou nepříznivou situaci řešit změnou, která spočívá např. v rozhodnutí odkládaného rozchodu s partnerem, přestěhovat se z místa, kde je vysoká nezaměstnanost, zvýšení

³⁷ Hladký A., Zdravotní aspekty zátěže a stresu. Praha, Karolínium. 1993, s. 45

vzdělání, změnou dosavadního životního stylu apod.. Jedinec pochopí, že je pod nepříznivým tlakem, může přistoupit k nácviku dovedností, které přispívají ke zvládnání nepříznivých situací. Naučí se metodám, které jsou účinné ve zvládnání stresové situace. Může to být nácvik asertivního jednání³⁸, naučení plánovat si pracovní čas stejně jako volnočasové aktivity, relaxovat, překonat se a navštívit odborníka. Pod jeho vedením pak pokračuje ve zvládnání stresového stavu. Někteří jedinci provedou rozumovou úvahu a pokoušejí se na danou situaci podívat z jiného úhlu. Zhodnotí možná řešení v závislosti na vlastní schopnosti a na základě provedené analýzy se rozhodnou krizi řešit.

Každý člověk je jedinečný, každý je osobnost, která své problémy zvládá svým vlastním originálním způsobem. Reakce na stres mohou být velmi rozdílné odvislé rovněž od druhu stresoru. Tomuto pak odpovídá mnoho strategií tedy postupů a metod jimiž osoby řeší problémy nebo se rozhodují. Z předcházejícího víme, že ne všechny postupy vedou k nejlepšímu výsledku, k adaptaci, ke zvládnutí situace- stresu.

K těmto strategiím můžeme zařadit:

Odmítání odpovědnosti – snaha přesvědčit sebe, že odpovědnost má někdo jiný (vedoucí špatně rozhodl, podřízení to neudělali jak měli). Všem ostatním je však jasné, kdo odpovědnost měl. Z toho plyne následně ztráta autority.

Vyhýbání – jedinec hledá záminku, aby věc nemusel řešit (před důležitým obdobím v zaměstnání si vezme dovolenou - někdo to vyřeší). Vyhybací strategie vede k poklesu sebevědomí. Člověk se stává zbabělým.

Rezignace – litování sebe sama, svádění událostí na osud. Člověk může upadnout až do apatie, je neustále pasivní.

Bagatelizace – přehnaně optimistické nahlížení na situaci. Osobě je jedno co se děje. Člověk žije bez motivace k nějakému lepšímu výkonu.

³⁸ Praško J., Prašková H., Asertivitou proti stresu. Praha, Grada. 1996, s. 145

Odvedení pozornosti – začnu dělat něco jiného, změna tématu rozhovoru. Může vést ke krátkodobé úlevě, ale věc není řešena.

Sebeobviňování – jedná se o přehnanou sebekritiku, svádění všeho na vlastní smůlu. Stálá sebekritika může vést k vyhýbání se aktivnímu přístupu k řešení.

Náhradní uspokojení – v tomto případě člověk hledá prostředky, které mu zdánlivě pomáhají k úlevě. Konzumuje jídlo, alkohol, sáhne po cigaretě, v lékárnice vyhledá oblíbený uklidňující lék.

Kontrola situace – snaha problém vyhodnotit a řešit. Jedinec uznává že problém nastal. Postaví se k němu čelem a má šanci, že jej zdárně vyřeší.

Posílení kondice – jedinec ví, že běh, plavání či posilovna problém neřeší, ale ví, že po absolvování oddechové aktivity se mu uleví a v mnoha případech se následně dostaví snaha věc řešit.

Sebepotvrzení – člověk provede nejdříve méně náročné úkoly, o kterých ví, že se mu podaří. Tímto získá potřebné sebevědomí. Ale vlastní problém zůstává neřešen.

Naříkání a bědování – tímto vyjadřuje jedinec žádost o pomoc. Veřejně se lituje, stěžuje si na svoje problémy, chce být litován. Záleží na ostatních zda vyslyší prosby a pomohou. Pokud se tak nestane, jedincův problém zůstává. Pokud však lidé pomohou a vícekrát věc vyřeší za stresovaného, naučí jej takto postupovat. Člověk pak není schopen samostatně řešit i jednoduché věci.

Agrese – nezvládnutí situace, výbuchy vzteku, hádání se, rozbíjení věcí. Člověk si ihned uleví, ale vytvoří si další problémy - většinou někomu ublíží, věc nevyřeší.

Přesun agrese – v tomto případě se jedinec nechová agresivně tam, kde by se to hodilo, ale agresi si vybije např. na dětech, manželce, podřízených. Jedinec ví, že tyto osoby nebudou vzdorovat. Je snadné být agresivní na slabšího. Člověk si uleví od napětí, ale zjišťuje, že vlastně ublížil někomu koho má rád. Následuje pocit viny.

Vyhledávání sociální pomoci – vyhledám blízkou osobu, vše jí vypovím, podělím se o starosti a obavy. Dochází k úlevě, uklidnění. Blízký člověk může pomoci na základě svých zkušeností o které se podělí.

Uzavírání se – pocit, že je jedinec bez pomoci, nekomunikuje, uzavírá se do sebe. Problém není řešen.

Somatizace – neřešený problém začíná vyvolávat tělesné potíže (průjem, bolesti žaludku, hlavy) nastávají potíže se spánkem. Pozornost se upírá k těmto obtížím. V případné pracovní neschopnosti dojde k úlevě, ale neřešený problém zůstává a příznaky tělesných potíží se vracejí.

Ruminace – Neustálé přemýšlení o problému, vracení se k neřešené situaci, kterou jedinec není schopen stejně racionálně řešit. Dochází k prodloužení stresu můžou nastat komplikace s depresí.³⁹

Zvládání psychické zátěže plynule navazuje na poplachovou reakci, která uvádí v činnost fyziologické procesy. Psychická aktivace a fyziologická energetizace pokračují a možnosti adaptace na stres dosahují bodu maxima.⁴⁰ Jedinec vyhledává volbu optimálního řešení situace. Pokud je řešení nalezeno dostane se aktivace a energetizace do souladu, který odpovídá náročnosti situace.

Pokud je však jedinec v náročné situaci ochromen vlastními silně prožívanými emocemi (obavy, strach, odpovědnost) vytratí se schopnost seberegulace a jedinec v zátěži selhává. Dojde k narušení průběhu myšlenkových operací a jedinec není schopen situaci řešit. Důsledkem zdravého zvládání zátěže je její zvládnutí a návrat do psychicky i fyziologicky rovnovážného stavu (homeostázy). Jedinec pocítuje určitou vyčerpanost a únavu .

Tyto pocity jsou však nahrazovány pocitem uspokojení (radost z dobře vykonané práce). Zvládnutím úkolu (krize) dojde k posílení sebedůvěry. Člověk je sám se sebou

³⁹ Praško J., Prašková H., Proti stresu krok za krokem. Praha, Grada Publishing. 2001, s. 68

⁴⁰ Čírtková L., Policejní psychologie. Praha, Portál. 2000, s.129

spokojený. Pokud je organismus člověka vystaven traumatizujícím zážitku, který není schopen zvládnout, situaci podlehne. Psychicky selže. Náročnost situace byla nad jeho síly. K těmto pochodům dochází při aktuální reakci člověka na stres.

Po traumatizujících zážitcích, které by uvedly do stavu silného stresu i velmi odolné jedince, vzniká dlouhodobé zatížení. Toto se projevuje, vracejícími se, opětovně v mysli prožívanými traumaty. Tato zátěž pokud jí není věnována náležitá pozornost vyústí až k posttraumatické stresové poruše.

Při procesech, které nastávají při zvládání stresu není možné opomenout proces anticipace.⁴¹ Tento termín Wilhelma Wundta německého psychologa a fyziologa vysvětluje, že člověk si předem vytváří určitou představu, předvídá události, které teprve nastanou. Jedinec, i když není plně vystaven stresoru anticipuje vznikající situaci, aktivně kontroluje emocionální reakce, připravuje vhodné strategie, buduje zdroje sil. Byl potvrzen všeobecný předpoklad, že vyvolání anticipačních procesů před vystavením stresové životní situaci je jednou z nevyhnutelných podmínek pro vývoj určité vnitřní obrany, která umožňuje psychicky se vyrovnat se stresovými podněty.

4.2 Syndrom vyhoření - diagnostika, léčba, prevence

Diagnostika syndromu vyhoření

Vzhledem k četnosti klinických příznaků nutno v diagnostice vždy pomýšlet na neschopnost vyjádření, neurozu s depresívním laděním, a chronický únavový syndrom. Pokud stojí v popředí somatické příznaky, je důležité odlišit kardiovaskulární onemocnění, poruchy gastrointestinální, poruchy spánku a následky infekčních onemocnění.

Terapie syndromu vyhoření

1. Psychoterapeutická podpora, zejména metody vycházející z existenciální psychoterapie tedy nastolení otázky smyslu života, existence, zodpovědnosti.

⁴¹ Hartl P., Hartlová H., Psychologický slovník. Praha, Portál. 2000, s. 47

Terapii lze kombinovat i s metodami behaviorální nebo behaviorálně kognitivní terapie.

2. Zvolnění pracovního tempa např. dovolená nebo přeřazení na méně stresu exponované pracovní místo.
3. Umožnění změny pracovního týmu nebo oddělení, spravedlivé finanční ohodnocení.
4. Při neúspěchu výše uvedených doporučení bývá někdy nutný odchod ze zaměstnání a následná rekvalifikace.

Možnosti prevence syndromu vyhoření

Dle doporučení Kebzy a Šolcové z roku 1998 lze rozdělit prevenci syndromu vyhoření do třech směrů:

1. Nalezení smysluplné pracovní činnosti
2. Převzetí profesionální autonomie a podpory
3. Hierarchizace hodnot, nelezení přirozeně vyváženého vztahu k práci a ostatním oblastem života.

Pro bližší porozumění uvádím doporučení Radkina Honzáka⁴², která vycházejí z doporučení anglických řádových sester a pečovatelek v hospicích. Jedná se o doporučení všem, kteří berou svou službu druhým nejen jako povolání, ale také jako poslání. V tomto případě je vhodné s těmito radami obeznámit i rodiny, které jsou z důvodu péče o nemohoucího člena v podobném postavení jako zdravotničtí pracovníci. Vzhledem k tomu, že e text původně určen sestřám a ošetřovatelkám, dovolila jsem si ponechat doporučení v ženském rodě.

- Buď sama k sobě laskavá a vlídná
- Uvědom si, že tvým úkolem je pomáhat změnám, ne násilně měnit
- Najdi si své „útočiště“ – místo klidu
- Buď druhým oporou, neboj se je pochválit, nauč se to přijímat od nich
- Uvědom si, že v situaci v níž jsi, jsou zcela oprávněné občasné pocity bezmoci
- Snaž se obměňovat své pracovní postupy a neupadnout do stereotypu
- Najdi rozdíl mezi naříkáním, které přináší úlevu a naříkáním, které tě ničí

⁴² www.estranky-radkin.cz

- Když jdeš domů, soustřed' se na dobré věci
- Snaž se sama sebe posilovat a povzbuzovat
- Využívej posilujících prvků přátelství
- Ve volném čase nehovoř o práci
- Plánuj si chvíle oddechu a odpočinku
- Nauč se říkat „rozhodla jsem se, namísto musím“
- Nauč se říkat NE; za co stojí každé tvé ANO, když nikdy neumíš říci NE
- Netečnost a rezervovanost ve vztahu k druhým je nebezpečnější, než připustit si myšlenku, že se nedá nic dělat
- Raduj se, směj se a hraj si“

4.3 Techniky zvládnání stresu

Během života si každý jedinec buduje individuální způsob jakým překonává stres. Ne vždy je tento podvědomě vytvořený způsob efektivní a je prokázáno, že lépe zvládají náročné stresové situace jedinci z plně funkčních rodin. Strategie zvládnání stresu definoval v r. 1966 R.S.Lazarus do čtyř typů:

1. Strategie netečnosti vede k beznaději, pocitům bezmoci a může vyústit v depresi
2. Strategie vyhnutí je spojena s pocitem strachu a tísně/
3. Strategie napadení a útoku dochází k ní při pocitech bezprostředního ohrožení životních jistot
4. Strategie různých zdrojů činností, tedy jedinec se zaměří na zdokonalení svých dovedností, o nichž předpokládá, že mu usnadní boj se stresem

Vedle podvědomé reakce na stres může jedinec reagovat přímou reakcí, která má podle něj vést k přímému vyřešení problému, vyhledává informace, které mu mohou v řešení pomoci a hledá sociální podporu. Odlišným řešením problému se pak jeví reakce emoční v široké škále od rezignace až po emoční vybití či agresi.

Ke zvládnutí stresu je možno využít tzv. pozitivních ovládacích mechanismů:

- **správnou životosprávu**

Pravidelná fyzická aktivita vede k zlepšení fyzické kondice jedince, posiluje jeho

odolnost a zároveň dochází k relaxaci. Další neméně důležitou složkou správné životosprávy je vyvážená strava s důrazem na pravidelný přísun pestré stravy bohaté na všechny její základní složky, vitamíny a stopové prvky.

- **relaxační techniky**

Relaxační techniky mohou pomoci uvolnit svalové napětí, zvyšují sebekontrolu a navozují psychické zklidnění.

Kromě těchto pozitivních mechanismů však může jedinec reagovat i negativně, tyto postupy lze považovat za kontraproduktivní, neboť nevedou k řešení a ve svém výsledku jedince naopak oslabují. Jedná se o rezignaci nebo naopak nadměrnou snahu po kontrole událostí. K výrazně negativním reakcím patří abuzus psychoaktivních látek. Na tomto místě je nutné připomenout, že pracovníci zdravotnických záchranných služeb s řadou takových látek pracují v každodenní praxi a přístup k nim není po stránce bezpečnostního zajištění nijak komplikovaný.

4.4 Techniky krizové intervence v rámci Integrovaného záchranného systému

Základním cílem technik krizové intervence je dle J.T. Mitchella předcházení rozvoje poruch a psychických obtíží, které jsou spojeny s akutní reakcí na stres, především však se stresem opakovaným. Tyto techniky mohou tyto obtíže nejen minimalizovat, ale mohou také zabránit rozvoji posttraumatické stresové reakce a to je hlavním cílem Strategické aplikace krizové intervence (Critical Incident Stress Management, dále jen CISM). Soustřeďují se na poskytování důležitých informací, zvyšování psychické odolnosti, umožnění osobní ventilace a vedou k samotnému pochopení reakce na krizovou událost. V pracovním prostředí Záchranných služeb dochází k vysoké expozici kritickým událostem, ale k manifestaci obtíží dochází v závislosti na dalších okolnostech (individuální odolnost, vztahy na pracovišti, rodinné zázemí, zdravotní stav jedince a další). Ve světě se preventivními opatřeními souvisejícími se stresem zabývá asi 350 organizací. Dochází k proškolení celých týmů, které sdružují odborníky z různých profesí. Kromě psychiatrů, psychologů jsou členy týmů i lékaři jiných oborů, středoškolsky vzdělaní zdravotničtí pracovníci, ale také pracovníci komunikačních

center, hasiči a další, kteří však nejsou v bezprostředním pracovním vztahu s osobami, na něž je intervence cílena. Všichni jsou v této problematice důkladně proškoleni. Tento tým není svou činností zaměřen na oběti neštěstí, ale zaměřuje se pouze na jedince, kteří byli vystaveni kritické události v důsledku své profese. Základními prostředky intervence jsou diskuze, strukturované setkání po události, preventivní vzdělávání a průběžná podpora. Týmy jsou často dobrovolné a vytvářejí se při výskytu určité kritické události. Cílovými skupinami jsou pak nejen zdravotničtí záchranáři, ale také hasiči, policisté, svědkové katastrof, uprchlíci, oběti válek a teroristických útoků. Poprvé byl Mitchellův model využit v r. 1983 pro zdravotnické záchranáře, posléze byl v r. 1986 modifikován Raphaellem, který se zaměřil na emocionální zkušenosti účastníků kritické události. V r. 1998 byl původní Mitchellův model modifikován a na jeho principu byl vytvořen tzv. ASAP (Assaulted Start Action Program), který se specificky zaměřuje na zdravotníky napadené pacientem a na oběti násilných činů a je realizován většinou individuálním pohovorem se zdravotníkem.⁴³

V současnosti se techniky CISM zaměřují na preventivní přípravu před kritickými událostmi, techniky debriefingu, individuální poradenství, diskuze ve skupinách, rodinné poradenství a následnou péči. Cílem je zkrácení doby psychické rekonvalescence po kritické události.

Debriefing

Debriefing je technika CISM zaměřená na stabilizaci situace, omezení působení stresových faktorů a mobilizaci vlastních zdrojů jedince. Vede k postupné psychické rekonvalescenci a návratu jedince do pracovního procesu. Měl by se odehrát s odstupem 24 hodin až jednoho týdne po události. Důraz je kladen na naprostou rovnost všech účastníků takového sezení, o této rovnosti jsou v úvodu debriefingu jeho účastníci ujištěni. Důležitá je funkce tzv. peerů, tj. pracovníků stejných nebo podobných profesí z jiných pracovišť, jejichž úkolem je zajištění důvěryhodnosti celého setkání pro všechny jeho účastníky. Dalšími členy týmu jsou odborníci na duševní zdraví proškolení v dané tematice. Neméně důležitá je i celková atmosféra setkání, vhodně zvolené místo, zasedací pořádek, ve kterém nikdo z přítomných nezaujímá nadřazenou pozici, dostatek času a navození neformální atmosféry.

⁴³ Interní materiál MZ ČR

Debriefing by měl obsahovat 7 základních fází, které by měly přicházet v daném pořadí a v závěru se dostat na stejnou výchozí úroveň.

Úvod – obsahuje základní informace, trvá krátce, vedoucí představí tým, vysvětlí důvod setkání a zdůrazní snahu o diskuzi, její důvěrnost a rovnost sdělení.

Fáze faktů- vede k rekonstrukci celé události, jednotliví účastníci ozřejmí týmu svou pracovní pozici a pracovní postup během zásahu.

Fáze myšlenek- je přechodem z kognitivní do emocionální úrovně zpracování, účastníci jsou dotázáni na první myšlenku po předchozím automatickém jednání během zásahu

Redukční fáze soustřeďuje se na nejhorší zážitky jednotlivých osob

Fáze symptomů- vede k návratu z emocionální složky zpět ke kognitivní, pojmenovává jednotlivé stresové příznaky a vysvětluje jejich příčinu

Fáze učení- je již zcela kognitivní, navrhuje způsoby, které je možné využít při zvládnutí stresu

Návrat- ukončení debriefingu, diskuze, občerstvení, neformální návrh na individuální pomoc jednotlivým účastníkům s konkrétními kontaktními i údaji na jednotlivé členy týmu

Defusing

Odehrává se bezprostředně po události, zaměřuje se spíše na průzkum situace a bezprostředně následující časové období. Fáze jsou totožné s debriefingem, což neznamená, že s časovým odstupem není možné provést i debriefing, pokud si to situace vyžaduje.

Demobilizace

Demobilizace je velmi krátké setkání pracovníků směny na konci pracovní doby v průběhu zásahů při časově dlouhodobějších katastrofách např. Při odstraňování následků teroristického útoku, zasažení vlnou Tsu-nami atd. Během tohoto setkání obdrží členové směny základní informace a proběhne krátká relaxace. Tento způsob se vzhledem k četnosti dlouhodobě působících katastrof využívá spíše výjimečně.

Podpora na místě události

Je poskytována dobrovolníky přímo na místě katastrofy. Pracovníci cíleně vyhledávají osoby s patrnými příznaky nepatřičného chování nebo známkami stresové reakce.

Individuální konzultace a práce s podpůrnými skupinami členů rodiny

K individuálním konzultacím dochází většinou po provedeném debriefingu. Přihlížející nebo členové rodin záchranářů se v případě sledování kritické události stávají také jejími účastníky.

Složky Integrovaného záchranného systému (dále jen IZS), které spadají pod zřizovatelskou pravomoc ministerstva vnitra mají na poli prevence syndromu vyhoření a dalších souvisejících psychických profesionálních poškození jednoznačný náskok. Policie jako taková zahájila zavádění intervenčních programů již v roce 1997 a v dnešní době má každé krajské ředitelství svého psychologa. Stejná situace je i u Hasičského záchranného sboru (dále jen HZS). Základním těžištěm práce psychologické služby u HZS je poskytování posttraumatické péče hasičům a jejich rodinám a pomáhat obětem mimořádných událostí. Systém posttraumatické péče byl zřízen na základě pokynu 38 generálního ředitele Hasičského záchranného sboru České republiky a náměstka ministra vnitra ze dne 8.září 2003, kterým se zřizuje systém posttraumatické intervenční péče příslušníkům Hasičského záchranného sboru České republiky, kteří prožili traumatizující událost v souvislosti splněním služebních úkolů. Současně byla pokynem č. 39 zřízena Anonymní telefonní linka pomoci v nouzi.

5. Shrnutí

Z výše uvedeného vyplývá, že stres a syndrom vyhoření jsou závažnými rizikovými faktory nejen u pracovníků zdravotnických záchranných služeb, ale u všech ostatních pomáhajících profesí.

V rámci IZS byla dle mého názoru v minulosti věnována větší pozornost členům Hasičského záchranného sboru a policii. O tomto svědčí zavádění psychosociální pomoci u těchto složek již od roku 1997. V případě zdravotnické složky uvedeného integrovaného záchranného systému se toto do nedávné minulosti řešilo mezioborovou spoluprací v rámci IZS, která bezesporu přináší významné a neocenitelné poznatky a zkušenosti pro práci jednotlivých složek. Zavedením pilotního programu MZ ČR je dalším významným a dlouho očekávaným krokem pro pracovníky zdravotnických záchranných služeb i pro samotný management této složky IZS.

Praktická část

6. Základní popis, použité metody a cíle průzkumu

6.1 Popis výzkumného vzorku

V této části diplomové práce jsem využila stávající studie rizikových faktorů ze zahraničí a studie zpracované českými autory. Další informace jsem čerpala z rozhovorů nejen s pracovníky ale i s managementem ZZS. Oslovila jsem pracovníky ZZS Středočeského kraje a ZZS hl. m. Prahy. O informace o opatřeních v rámci prevence stresu a syndromu vyhoření jsem dale požádala ZZS Královéhradeckého a Jihočeského kraje. Všichni dotázaní s výjimkou jedné organizace, která odmítla spolupráci potvrdili účast na zavádění projektu PIS. Dále jsem oslovila přímo pracovníky na výjezdových pracovištích převážně Středočeského kraje a získala ke spolupráci z celkového počtu 47 pracovníků – 12 lékařů, 15 zdravotních sester, 10 operátorek a 10 řidičů. Mým cílem bylo získat ke spolupráci zástupce každé z profesí, která se podílí na činnosti ZZS. Dotazníkové šetření jsem prováděla v průběhu roku 2011. V průběhu zpracování mé diplomové práce došlo k výrazným legislativním změnám a zahájení již zmíněného pilotního programu PIS. Z toho důvodu jsem požádala rovněž pracovníky Ministerstva zdravotnictví o poskytnutí informací k této otázce a tyto jsem zohlednila ve své práci.

6.2 Použité metody

Při zpracovávání tématu výzkumné části diplomové práce jsem použila techniky strukturovaného rozhovoru, analýzy dokumentů včetně studií a dotazníkových šetření, konzultace s odborníky.

Všem respondentům byly položeny následující otázky s možností odpovědi ano/ne:

1. Jste se svou prací spokojen/a?
2. Jste pod tlakem v případě potřeby rychlého rozhodování?
3. Setkáváte se často s fyzickým či verbálním útokem?

4. Ovlivňuje Váš názor na Vaše zaměstnání negativně a) výše platu, b) společenská prestiž, c) systém pracovních směn?
5. Je pro Vás Vaše zaměstnání fyzickou zátěží?
6. Máte možnost odpočinku během směny?
7. Vyrováváte se těžce s úmrtím pacienta?
8. Přicházíte do konfliktů v rámci týmu?
9. Je Vaše pracovní nadšení stejné jako v prvních dnech po nástupu na toto pracoviště?
10. Jste informovan/a o zavedení psychosociální intervenční služby?

Výsledky vzešlé z tohoto rozhovoru jsou shrnuty v kapitole 6.2. Vliv stresových faktorů na práci záchranáře a jejich grafické zpracování je přílohou této práce.

6.3 Cíle výzkumu

Cílem výzkumu je zjištění rozdílnosti rizikových faktorů u pracovníků pracujících na daných pozicích v rámci ZZS. Výsledky výzkumu mohou posloužit ZZS, ale i dalším složkám IZS jako vodítko při výběru jednotlivých technik pro zvládání stresových situací u svých pracovníků, tedy jako jakýsi návod na cílenou prevenci. Dílčím cílem je zjištění, jak dalece jsou pracovníci informováni o možnosti využití krizové intervence a nově, zda byli dostatečně informováni o projektu psychosociální intervenční služby.

7. Výzkum zaměřený na vyskytující se stresové faktory v práci pracovníků zdravotnické záchranné služby a výčet technik uplatňovaných ke zvládnání stresu v praxi

7.1 Analýza získaných dokumentů

Výsledkem vyhledávání relevantních odkazů je zjištění, které svědčí o poměrně nízkém zájmu i informovanosti o problematice stresu a syndromu vyhoření u české odborné i laické veřejnosti v minulosti.

Jedna z mála studií, která byla věnována problematice psychologické zátěže pracovníků v emergentní medicíně pod názvem „Jak vidíme sami sebe“ pochází až z roku 1998.⁴⁴

Mezi další patří bezesporu práce: Šeblová Jana - Kebza Vladimír - Vignerová Jana: Zavádění programů psychologické intervence a definitivní výsledky studie „Zátěž a stress pracovníků ZZS“⁴⁵(Implementation of psychological intervention programmes and results of the study “Load and stress of emergency health service professionals”). Empirická terénní studie zaměřená na všechny profesní kategorie pracovníků záchranných služeb v ČR sledovala pomocí dotazníkového šetření identifikaci míry projevů syndromu vyhoření. Byl nalezen statisticky významný vliv délky praxe na úroveň syndromu vyhoření a při porovnání pracovních pozic se ukázala pozice dispečerů výrazně více ohrožena syndromem vyhoření než ostatní pracovníci ZZS.

Ze zahraničních studií jsem vybrala studii provedenou na pracovišti Vojenské nemocnice Haydarpasa, Istanbul v Turecku, ale pak studii francouzských autorů z nemocnice Saint Louis, Paříž, anglickou studii z pracoviště Universita západní Anglie, Bristol a jako poslední studii holandskou z oddělení klinické psychologie z Univerzity Utrecht. Obsah, výsledky a závěry plynoucí z jednotlivých studií provedených v zahraničí i v ČR jsou obsahem následující srovnávací analýzy.

⁴⁴ Konopásek, Šeblová, Jak Vidíme sami sebe, Urgentní medicína 1, 1998

⁴⁵ Kebza, Šeblová, Vignerová, Zátěž a stress pracovníků ZZS, Československá psychologie, 2007

Obecně lze tedy konstatovat, že v současnosti je problém burn-out syndromu známou problematikou, jejíž závažnost na činnost pracovníků ve zdravotnictví a pracovníků v akutních oborech si již plně uvědomují jak pracovníci samotní, tak jejich nadřízení. Nicméně do současné doby neexistuje kvalitní a rozsáhlá studie, která by uvedenou problematiku pokrývala v celé šíři jak v jednotlivých zemích, tak v teritoriu zemí EU jako celku. Proto i samostatné pokusy o řešení této problematiky nelze hodnotit jako systematické z hlediska celé zdravotnické veřejnosti, ale jako více či méně úspěšné pokusy o řešení problémů jednotlivých zdravotnických segmentů.

Práce zahraničních autorů⁴⁶ se zabývají existencí, příčinou a možnou prevencí vzniku syndromu vyhoření (dále jen BOS – z ang. Burn-out syndrom). Provádějí srovnání frekvence a tíže příznaků BOS u pracovníků zdravotnických záchranných služeb a pracovníků v oblasti urgentní medicíny obecně s ostatními skupinami zdravotníků.

Práce tureckých autorů⁴⁷ zkoumá pracovníky v oboru urgentní medicíny v nemocničním prostředí na oddělení pohotovosti. Jako základní metoda byl použit anonymní dotazník Maslach Burnout Inventory vyvinutý Maslachem v roce 1986. Zároveň byl tento dotazník předložen srovnatelné skupině pracovníků náhodně vybraných z jiných oddělení. Výsledky jasně ukazují vyšší výskyt BOS u pracovníků oboru urgentní medicíny.

Pocit vyčerpání: 44,7 % oproti 33,4 % kontrolní skupiny

Pocit depersonalizace(proces ztráty pocitu vlastní identity): 33,2 % oproti 29,0 % kontrolní skupiny

Pocit osobního uspokojení z práce : 28% oproti 23,8% kontrolní skupiny.

Nejčastější stresory: nákaza smrtelnou infekcí, nepřizpůsobivost prostředí a nepříjemné události za přítomnosti pacientových příbuzných.

⁴⁶ Interní materiál MZ ČR, 2009

⁴⁷ Murat Kalemoglu, Ozcan Keskin, Burnout Syndrome at the Emergency Services
Pracoviště: Vojenská nemocnice Haydarpasa, Istanbul, Turecko, 2006

Práce francouzských autorů⁴⁸ zkoumala BOS u sester jednotek intenzivní péče s hlavním cílem identifikovat rozhodující činitele při vzniku BOS.

Použit byl opět anonymní Maslach Burnout Inventory.

Závažné projevy BOS byly identifikovány u 33% respondentů

U těchto respondentů byly identifikovány známky deprese u 28.7%.

Práce anglických autorů⁴⁹ se zabývala rozvojem posttraumatické stresové poruchy (PTSP), deprese a úzkosti u personálu pohotovosti a záchranné služby. Jako metoda byl zvolen vlastní dotazník obsahující jednoduché ano/ne položky zhodnocující přítomnost neodbytných vzpomínek vztahující se k současné nebo minulé práci.

Výsledek: 22% pracovníků vykazuje známky klinické úzkosti

10% pracovníků vykazuje známky klinické deprese

Práce holandských autorů⁵⁰ měla za cíl předpovědět symptomatologii zapříčiněnou akutními a chronickými, s výkonem povolání souvisejícími stresory u zaměstnanců záchranných zdravotních služeb.

Jako metoda byly opět zvoleny standardizované dotazníky jako Maslach Burnout

Výsledek: 8,6% zaměstnanců mělo klinické příznaky BOS

12% zaměstnanců mělo klinické příznaky posttraumatické stresové poruchy

10% zaměstnanců vykazovalo těžkou chronickou únavu

Jednotlivé představené práce, které se zabývají problematikou BOS u pracovníků zdravotnických záchranných služeb s pracovníků v oboru urgentní medicíny jsou všechny založeny na principu osobního anonymního vyplňování standardizovaných

⁴⁸ Olič Azoulay, Burnout Syndrome in Critical Care Nursing Start, 2006

Pracoviště: Service de Reanimation Medicale, Hospital Saint Louis, Paříž, Francie

⁴⁹ Dr. R. Bennett, Y. Williams, N. Page, Levels of mental health problems among UK emergency ambulance Workers, 2004

Pracoviště: University of the West of England, Canon Kiston, Building, St. Matthias Campus, Bristol BS 16 2JP, UK

⁵⁰ E. van der Plody, R.J.Kleber, Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: predictors of health symptoms, 2003

Pracoviště: Department of Clinical Psychology, Utrecht University, Holandsko

dotazníků. Nejčastěji používaným dotazníkem je Maslach Burnout Inventory vypracovaný Maslachem v roce 1986 a jehož různé modifikace se používají bez výraznějších změn do současné doby. Pouze u práce anglických autorů byl použit vlastní dotazník, sestavený pro účely prezentované práce.

Maslach Burnout Inventory⁵¹

Je nejznámější dotazník pro identifikaci syndromu vyhoření u exponovaných profesí pracujících s lidmi. Má tři faktory. Dva jsou negativně laděné - emocionální vyčerpání a depersonalizace. Jeden je laděn pozitivně - osobní uspokojení z práce. Pocity se v originále hodnotí jednak na stupnici častosti výskytu, jednak na stupnici intenzity a vyhodnocuje se celkový skóre pro jednotlivé faktory. Dotazník se zaměřuje jak na sílu, tak na četnost pocitů.

Použití této metody jednoznačně prokázalo vysoké hodnoty BOS u pracovníků záchranných služeb i pracovníků v oboru Urgentní medicíny. Zde panuje jednoznačná shoda o škodlivosti dopadu těchto profesí na psychiku zaměstnanců s následkem všech souvisejících škodlivých důsledků pro zaměstnance samotné, pacienty zdravotnické organizace a společnost jako takovou obecně.

V posuzování jednotlivých hlavních příčin se jednotlivé národní studie částečně liší.

Ve studii z Turecka (jedna z mála studií, kde byli začleněni i lékaři) byl jako hlavní stresový faktor hlášen očekávaný konflikt mezi pacientem a jeho doprovodem a zdravotnických pracovníkem. Situace je mnohdy vyhrocena do té míry, že bylo nutno přistoupit k preventivním opatřením, jako je například odebrání zbraní pacientům před vstupem na pohotovost, tedy situace, se kterou se v podmínkách ČR tak běžně nesetkáváme. Teprve v dalším pořadí se jednalo o stresové faktory vyplývající z nepříznivé prognózy pacientů a nutnosti akutního jednoznačného rozhodnutí za podmínek nedostatku relevantních informací a tedy rozhodnutí s možností fatálních následků. Dalším negativním jevem vnímaným pracovníky pohotovosti je nízká prestiž jejich postavení v hierarchii jednotlivých medicínských oborů, nedostatek dovolené

⁵¹ www.psychosom.cz

a volného času. V dalším pořadí je pak nutnost péče o pacienty s nepříznovou prognózou.

Návrh nápravných opatření je uveden pouze v obecné rovině. Je konstatován fakt existence stresujícího prostředí oddělení pohotovosti, nutnost realizace nápravných opatření za účelem vytvoření lepších pracovních podmínek. Pro objasnění příčin a realizaci shora uvedených opatření je třeba nadále pokračovat ve výzkumu.

Ve studii z Francie opět při použití Maslach Burnout Inventory byly jako hlavní stresové faktory identifikovány: Doba, po kterou respondent pracuje na pracovišti urgentní péče (věk respondenta), organizační faktory (možnost vybrat si dovolenou), dále účast ve výzkumné skupině, vztahy na pracovišti a vnímaný konflikt s pacientem (umírající pacient a účast v týmu rozhodujícím o ukončení podpory základních životních funkcí v posledním týdnu života pacienta). Nebyl shledán významný rozdíl v závislosti na zastávané pracovní pozici. Tato práce patřila počtem účastníků, téměř dva a půl tisíce, mezi rozsáhlejší studie a její výsledky pokrývají stav zkoumané problematiky na celém území Francie. Tato studie byla dále specifická tím, že z uvedeného počtu respondentů bylo 82% žen.

Za možná nápravná opatření s nejvyšší mírou efektivitivy je považováno následující:

1. Zapojení sester a zdravotních asistentů do výzkumných skupin na JIP
2. Zlepšení komunikace mezi pracovníky JIP s ohledem na rozhodování týkajícího se pacientů na sklonku života. I v tomto případě autoři doporučují pokračovat v provádění dalšího výzkumu na jednotlivých exponovaných pracovištích.

Ve studii z Anglie byl použit vlastní, pro tuto studii sestavený dotazník, který měl za cíl zhodnotit přítomnost neodbytných vzpomínek přetrvávajících nejméně jeden měsíc jako indikátor Posttraumatické stresové poruchy (PTSP). Účastí 617 respondentů patří tato studie rovněž mezi studie s dostatečnou výpovědní hodnotou. Výskyt PTSP je dle této studie 22%, přičemž je významně nižší u žen (15%). 10% respondentů nahlásilo možné úrovně deprese. Návrhem nápravných opatření bylo vyvinutí strategií pro prevenci a léčbu psychických problémů zaměstnanců, navrhnout větší spektrum druhů léčby

a vytvoření jednoduchých metod aplikovatelných na široké spektrum zaměstnanců. Konkrétní postupy však autoři nezmiňují.

Ve studii z Holandska opět při použití Maslach Burnout Inventory odhalili její autoři jako hlavní rizikové faktory sociální aspekty pracovního prostředí, nedostatek podpory ze strany vedoucích pracovníků a kolegů a nedostatečnou komunikaci a informovanost. Uvedené sociální aspekty mají podle autorů větší význam na rozvoj BOS než přímé stresory vyplývající z činnosti samotné. Nápravná patření dle autorů spočívají v integraci pracovních opatření a posttraumatické péče jako školení, strukturované porady a komunikace s kolegy.

Lze tedy konstatovat, že prakticky ve všech vyspělých zdravotnických systémech světa je BOS známý faktor, který může nepříznivě ovlivnit výkonnost zdravotnických pracovníků, a tím i osud pacientů. U pracovníků zaměstnaných na záchranných službách a na pracovištích urgentní medicíny je pak procento zaměstnanců s rizikem rozvoje BOS vyšší, než u ostatních zdravotnických oborů.

Nepříznivým faktorem problematiky BOS je skutečnost, že přes obecnou povědomost je prevence vzniku tohoto syndromu zatím stále na počátku a spíše se o ní hovoří, než aby byla v praxi realizována. Ve všech uvedených pracích je dále zmiňována potřeba rozsáhlejší a dlouhodobější studie problematiky BOS ve zdravotnictví obecně a se zaměřením na pracovníky v oblasti urgentní medicíny zvláště. Domnívám se, že takové studie nejsou nutné, neboť existence a příčiny BOS jsou již dostatečně známy. V posledních letech bylo na toto téma zpracováno velké množství prací. V současné době je třeba se zaměřit na účinné uplatnění poznatků v praxi i u zdravotnického personálu. Příznivé důsledky zavádění preventivních programů například u Hasičského záchranného sboru v ČR to jednoznačně potvrzují.

Směrem k situaci v ČR je možno konstatovat, že metody obecně používané a citované v jednotlivých studiích a dotazníkových šetřeních získaných ze zahraniční odborné literatury lze bez zásadních problémů použít i v prostředí záchranných služeb a pracovníků urgentní péče v ČR. Jak již bylo v předchozí části textu konstatováno, do současné doby existuje jen malé množství českých prací, které by postihovali problematiku BOS u pracovníků ZZS a to přes fakt, že rozvoj BOS je i v ČR obecně znám včetně jeho možných nepříznivých důsledků na činnost ZZS, a tím i na úroveň

péče o její pacienty. Studie provedená v roce 1998 autory Šeblovou a Konopáskem pracovala dotazovou metodou za použití Maslach Bucnout Inventory v původní podobě, která vznikla v roce 1986. Zkoumána byla síla emoční exhausce (vyčerpání), stupeň depersonalizace (ztráta pocitu vlastní identity) a úroveň pocitu profesního uspokojení. Dotazníkového šetření se účastnilo celkem 161 respondentů z celkem čtrnácti tehdejších okresních ZZS z celé ČR. Alarmujícím zjištění této studie byl fakt, že určitý stupeň BOS se projevoval u všech respondentů.

Lékaři, kteří se rovněž dotazníkového šetření účastnili, vykazovali nejvyšší stupeň depersonalizace. Nejvyšší stupeň exhausce pak vykazovaly operátorky. Tato skupina je také podle názoru autorů skupinou nejvíce ohroženou rozvojem BOS.

Další rozsáhlejší studie, která se zabývala problematikou BOS u pracovníků ZZS byla studie provedená v letech 2003 až 2005 autory Šeblovou a Kebzou. Této studie se v roce 2003 účastnilo celkem 290 respondentů , v roce 2005 celkem 644 respondentů. Pro účely této studie byla sestaven autory vlastní dotazník, který ve svých zásadních principech vychází z Maslach Burnout Inventory, ale je modifikován, rozdělen na několik částí a postihuje i reakce a odezvy jednotlivých respondentů na jednotlivé metody CISM . Zajímavým výsledkem je jednak porovnání obou zmíněných studií, ze kterého dle autorů vyplývá, že v porovnání s rokem 1998 došlo do období zpracování další studie ke zlepšení celkové situace o oblasti BOS. Výjimkou jsou pouze pracovníci a pracovnice operačních středisek, kde dochází postupně ke zhoršování stavu a stále vyššímu procentu rozvoje BOS. Jak již bylo uvedeno, specifíkem prací českých autorů je zaměření na problematiku BOS u operátorek, které autoři vidí jednoznačně jako skupinu nejvíce ohroženou. Při hodnocení hlavních příčin BOS u pracovníků ZZS v ČR je tedy dle českých autorů na prvním místě zastávaná pozice (operátorka) a na druhém místě délka expozice stresujícímu prostředí. Mezi další významné stresové faktory pak patří jednoznačně účast při úmrtí dítěte a úmrtí kolegy při zásahu ZZS.

7.2 Vliv stresových faktorů na práci záchranáře

Zaměřím – li se na jednotlivé profese pak z výsledků všech metod použitých ke zpracování této diplomové práce vyplývá, že mezi hlavní stresory práce lékaře ZZS patří nutnost rychlého a mnohdy neodvolatelného rozhodnutí v časové tísní a na základě nedostatečných nebo zmatečných informací, psychický tlak okolí a rodinných příslušníků pacientů v kritickém stavu, agresivita (i fyzická) okolí i pacientů, nutnost vyrovnávat se často s nepříznivou prognosou, fyzická vyčerpanost, opakovaně enormně dlouhé pracovní směny, pocit nedostatečné finanční odměny a nízké společenské prestiže. Zejména u starších lékařů je významným stresujícím faktorem i obava o svůj vlastní zdravotní stav a fyzickou výkonnost a s tím související schopnost vykonávat své povolání i ve vyšším věku.

Hlavní stresové faktory u zdravotních sester, záchranářek jsou podobné jako u lékařů. Zvláštním konfliktem, který rovněž přispívá k psychické nepohodě je poměrně častý vnitřní konflikt mezi odborným názorem záchranáře a lékaře v posádce RLP. Celou řadou, zejména mladých záchranářů je negativně vnímána určitá „pomalost“ při rozhodování lékaře v rámci určení diagnózy.

Základní stresové faktory u profese řidiče ZZS je nebezpečí dopravní nehody, za niž nese plnou zodpovědnost, fyzická zátěž a časté drobné úrazy při transportu pacienta, v současné době při „generační výměně“ i stres pramenící z pocitů nedostatečného vzdělání, a tím i snížené prestiže u spolupracovníků a v neposlední řadě rovněž obavy o schopnost plnit požadované činnosti ve vyšším věku.

Pracovníci operačních středisek patří mezi nejohroženější z pohledu poškození mentálního zdraví. Mezi hlavní stresory patří nutnost rychlého rozhodnutí na základě telefonických, mnohdy pouze zprostředkovaných informací, závislost na úrovni komunikační techniky, vysoká frekvence „odbavovaných“ relací, častá agresivita ze strany volajících, ale i následně od pacientů a bohužel i od členů výjezdových týmů, minimální prostor na relaxaci a odpočinek během směny.

7.3 Míra využívání preventivních programů, technik zvládnání stresu i krizové intervence v praxi.

V ČR je do 31.3.2012 činnost záchranné služby dána vyhláškou 434/1992 Sb., zatímco činnosti ostatních dvou složek Integrovaného záchranného systému, t.j. hasičů a policie, jsou upraveny zákonem. Vzhledem ke změnám státoprávního uspořádání, ke kterým došlo v r. 2000 se vyhláška 434/1992 Sb. jevila jako zastaralá a neodpovídající platné legislativě související s krajským uspořádáním. Zákon o Záchranné službě byl zpracováván a opakovaně upravován po dobu více než 5 let, přijat byl až v roce 2011 s platností od 1.4.2012 . V této době, kdy činnost záchranné služby neupravuje zákon, jako je tomu u ostatních složek IZS, vznikají nesrovnalosti a nejasnosti vyplývající z vyhlášky, která již nekoresponduje se státoprávním uspořádáním, tedy především z krajským uspořádání jednotlivých záchranných služeb. V roce 2008 byl zpracován pro potřeby Ministerstva zdravotnictví návrh metodiky vhodného preventivního programu s využitím technik krizové intervence v praxi ZZS.

Vzhledem k tomu, že jednotlivé ZZS mají odlišné počty zaměstnanců a jejich území působnosti jsou rozdílná, bylo nutné vypracovat metodiku aplikovatelnou v různých krajích stejným způsobem. Komunikace mezi kraji je sice možná, ale výhodnější se jeví vypracování metodiky tak, aby byl každý kraj schopen aplikovat její doporučené postupy ve svých podmínkách. U záchranných akcí většího rozsahu nebo dokonce celostátního dopadu např. teroristický útok, živelné pohromy zasahující více krajů aj. je metodika zpracována tak, že bude vycházet ze spolupráce jednotlivých krajů. V tomto případě však již existují doporučené postupy, kterými se zabývá odbor krizového řízení na Ministerstvu zdravotnictví. V případě celostátních akcí lze také v metodice navázat na zkušenosti hasičů a policie. Jedním z možných způsobů, jak maximálně ekonomicky využít kvalifikovaný personál jak co se týká vysokoškolsky vzdělaných psychologů a psychiatrů, tak v certifikovaných kursech proškolených peerů je spolupráce v rámci Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR. V rámci této organizace se již delší čas úspěšně daří sjednocovat společné postupy v hlavních problémech v oblasti ekonomiky vyjednávací taktiky vůči plátcům zdravotní péče i vůči zřizovatelům. Především zahájení kvalitní úrovně komunikace mezi jednotlivými krajskými organizacemi bylo a doposud je hlavním přínosem této organizace.

V současné době je činnost Zdravotnické záchranné služby koncentrována z minimálně 95% do 14 krajských organizací včetně zdravotnické záchranné služby Hlavního města Prahy (dále jen ZZS HMP). Celkový počet zaměstnanců těchto organizací lze odhadnout na 5 500 osob.⁵² Kromě těchto zaměstnanců je na ZZS ČR v jiném, než hlavním pracovním poměru dalších několik set zdravotnických pracovníků. Lze předpokládat, že metodika by měla sloužit pro cca 5 – 7 tisíc zdravotnických pracovníků, kteří se podílejí na hlavní činnosti organizací. Zbývajících cca 5% činnosti ZZS v ČR spadá do kompetence tzv. nezřizovaných organizací, jako jsou například Asociace Samaritánů ČR, Meditrans či Transhospital. Logicky můžeme předpokládat, že metodika by měla být použitelná i pro tyto organizace.

V rámci krajského uspořádání a systému turnusových služeb záchranářů se jeví jako optimální vybrání a proškolení určitého počtu zaměstnanců v metodách krizové intervence. V praxi to znamená školení v oblasti provedení, průběhu a vyhodnocení debriefingu, defuzingu a demobilizace. Počet proškolených musí odpovídat počtu zaměstnanců v jednotlivých krajských ZZS a měl by být v každém kraji veden osobou s vysokoškolským vzděláním v oboru psychologie nebo psychiatrie. Tato osoba by měla být zároveň stálým zaměstnancem ZZS na hlavní pracovní poměr. K proškolení by měli být vybráni alespoň tři zaměstnanci ZZS z každého stanoviště, kteří nepracují ve stejné směně a zastávají různé pozice, tedy lékař, sestra nebo zdravotnický záchranář a řidič nebo dispečerka, řidič a sestra. Takto proškolení zaměstnanci budou zastávat funkci tzv. peerů, kteří jsou k dispozici při organizaci debriefingu v rámci kraje a jsou schopni na svém stanovišti zorganizovat demobilizaci nebo defuzing. Vzhledem k odlišnému legislativnímu uspořádání ve srovnání s hasiči a policií není možno dát takovou činnost zaměstnanci rozkazem.

Požadavky na členy týmu krizové intervence:

Požadavky na pracovníka organizujícího preventivní krizový program v rámci kraje -
tzv. **vedoucí týmu krizové intervence:**

vysokoškolské vzdělání v oboru psychologie nebo psychiatrie
zkušenosti s problematikou práce integrovaného záchranného systému
řidičské oprávnění sk. B

⁵² Interní materiál MZ ČR

Požadavky na pracovníka- tzv. **peera**:

zaměstnanec ZZS příslušného kraje

aktivní účastník výjezdů nebo pracovník dispečinku s alespoň roční zkušeností v oboru
vlastník řidičského oprávnění sk. B

Pracovní náplně členů týmu krizové intervence:

Vedoucí týmu krizové intervence

zajišťuje odborná školení jednotlivých peerů ve spolupráci s dispečinkem monitoruje výskyt výjezdů s možným negativním psychickým dopadem na posádku. Organizuje debriefingy v případě proběhlých kritických událostí, vede přehlednou evidenci o službách jednotlivých peerů a svolává je v případě potřeby. Organizuje v pravidelných intervalech setkání peerů, zodpovídá za průběžně prováděnou prevenci, t.j. organizace akcí vedoucích k aktivnímu odpočinku zaměstnanců např. sportovní akce, exkurze atd., pořádání setkání s možností učení relaxačních metod pro zaměstnance. Je k dispozici pro všechny zaměstnance v případě potřeby individuální psychologické konzultace jak v rovině pracovní, tak osobní. Pravidelně komunikuje s vedením ZZS a upozorňuje na možná rizika a podezření syndromu vyhoření u jednotlivých zaměstnanců, navrhuje možná řešení v závislosti na konkrétní situaci a stavu, komunikuje a pravidelně se setkává a to alespoň 1x za 6 měsíců, s ostatními vedoucími týmů v jednotlivých krajích. Má na starosti komunikaci s Ministerstvem zdravotnictví ČR.

Peer:

účastní se pravidelně, optimálně alespoň 1x za 3 měsíce setkání organizovaných vedoucím týmu. Organizuje demobilizaci a defuzingu v rámci svého pracoviště v případě proběhlé kritické události nebo výjezdu s vysokou psychickou náročností. Takového setkání se vždy účastní **peer, který se výjezdu neúčastnil ani nebyl přímým svědkem události.** Ve vyjíměčných případech / nemoc, vyčerpatelnost peerů/ zastupuje peera z jiného stanoviště. V situacích hromadných neštěstí nebo v případě je-li vyzván vedoucím týmu, se účastní defuzingů pořádaných vedoucím týmu.

Proškolení pracovníci (peerové) společně s vedoucím týmu krizové intervence dále zajišťují pravidelná skupinová školení zaměstnanců, která mají za cíl opakovaně seznamovat členy výjezdových týmů a pracovníky operačních středisek s problematikou

a existencí BOS. Zejména u starších pracovníků, často již postižených značně rozvinutým BOS dochází k bagatelizaci tohoto problému a jeho příčin především. Přitom právě tento postoj je jedním z varovných příznaků nastupujícího BOS. K zajištění účasti na těchto školeních je nezbytné jejich začlenění do fondu pracovní doby a jejich plánování v rámci rozpisu pracovních směn. Tato jednoduchá formulace však v sobě skrývá značné finanční nároky vyplývající z nutnosti proplácení dalších hodin nad rámec dosud plánovaného mzdového rozpočtu jednotlivých organizací.

8. Výsledky výzkumu a jejich využití v praxi

8.1 Obecná východiska výsledků výzkumu

Při srovnání prací českých a zahraničních autorů lze dojít k názoru, že problematika BOS je v obou případech vnímána jako problematika závažná, s celou řadou zdravotnických i společenských důsledků. BOS si vzhledem ke svým možným zdravotnickým a společensko-politickým důsledkům zaslouhuje do budoucna mnohem více pozornosti, a to jak ze strany managementu jednotlivých organizací, tak především ze strany legislativy i exekutivy. Postupovat je však třeba nejen v oblasti výzkumné, ale především realizací léčebných a preventivních metod podle jednotných kritérií. Zároveň je třeba u jednotlivých ZZS pamatovat na nezbytné prostředky pro realizaci CISM alespoň v minimální míře. Jakákoliv investice syndromu vyhoření a stresu do prevence je investicí relativně rychle návratnou z hlediska udržitelnosti kvalitního personálu, a tím i zvýšení úrovně kvality poskytované zdravotní péče. Výsledky rozhovorů se záchranáři, managementem i s pracovníky nadřízených orgánů potvrzují závěry uvedených studií v plné míře.

8.2 Možné způsoby využití v rámci krizové intervence a preventivní péče o rizikové skupiny pracovníků ZZS

Koncepce krizové připravenosti zdravotnictví ČR schválená usnesením Bezpečnostní rady státu č. 9/2007 (dále jen „Koncepce“) se zabývá analýzou krizové připravenosti resortu zdravotnictví a současně navrhuje opatření k jejímu zlepšení. V uvedené koncepci je velká pozornost věnována mimo jiné poskytování psychosociální pomoci operátorům zdravotnických operačních středisek, členům výjezdových skupin zdravotnických záchranných služeb a pracovníkům urgentních příjmů nemocnic. Tito zdravotničtí pracovníci jsou často vystavováni stresovým situacím, které mají dopad na jejich psychickou odolnost. Zatímco ostatní složky integrovaného záchranného systému (Policie ČR, Hasičský záchranný sbor ČR, Armáda ČR) mají své psychosociální služby, v resortu zdravotnictví nebyla do roku 2011 služba se zaměřením na psychosociální dopady systémově řešena a zajištěna. Zahraniční zkušenosti však ukazují na význam

rychlosti a kvality poskytované psychosociální intervenční služby. Jedním z prioritních zájmů Koncepce proto bylo zahrnutí postupů poskytování PIS zasahujícím zdravotnickým pracovníkům i postiženému obyvatelstvu, včetně zajištění podmínek pro odbornou přípravu k poskytování PIS v systému postgraduálního celoživotního vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.

V Koncepci ochrany obyvatelstva do roku 2013 s výhledem do roku 2020 schválené usnesením vlády č. 165/2008⁵³ se v části věnující se oblasti zdravotnictví uvádí, že nezbytnou součástí poskytování zdravotní péče obyvatelstvu je i péče o záchranáře, včetně péče o jejich duševní zdraví. V materiálu s názvem „Strategie boje proti terorismu pro léta 2010 – 2012“⁵⁴ jsou uvedena základní opatření zaměřená na minimalizaci rizik a dopadů potenciálních teroristických útoků na území ČR. Jedním z uvedených opatření je rovněž poskytování psychosociální krizové intervence zasahujícím složkám integrovaného záchranného systému i postiženému obyvatelstvu.

Strategický rámec udržitelného rozvoje ČR schválený usnesením vlády č. 37/2010 ve své prioritní ose 5.3 „Zvyšování připravenosti ke zvládnutí dopadů globálních a jiných bezpečnostních hrozeb a rizik a posilování mezinárodních vazeb“ stanovuje cíl „2 – *Zvýšit připravenost obyvatel, veřejné správy a složek integrovaného záchranného systému k řešení dopadů globálních a jiných bezpečnostních hrozeb a rizik*“.⁵⁵

Všechny výše uvedené dokumenty se zabývají poskytováním PIS postiženému obyvatelstvu i záchranářům podílejících se na záchranných činnostech. Z důvodu včasné přípravy zdravotnického systému na plnění tohoto úkolu, byl již v roce 2008 zahájen MZ ve spolupráci se Zdravotnickou záchrannou službou hl. m. Prahy (dále jen „ZZS HMP“) pilotní projekt s cílem zmapovat potřeby zaměstnanců poskytovatele zdravotnické záchranné služby v oblasti poskytování PIS.

⁵³ usnesení vlády č. 165/2008

⁵⁴ Strategie boje proti terorismu pro léta 2010 – 2012

⁵⁵ usnesení vlády č. 37/2010

Na tento pilotní projekt v současné době navazuje v rámci spolupráce realizované na základě Dvouleté smlouvy o spolupráci mezi MZ a Regionálním úřadem WHO pro Evropu na období 2010 – 2011 projekt „Podpora zavedení modelu komunitní péče o duševní zdraví v pilotním regionu a aplikace modelu na další regiony“.⁵⁶

Psychosociální pomoci pro zdravotnické záchranáře se dlouhodobě zabývá rovněž EU (skupina pro civilní ochranu), která 21. května 2010 vydala „Návrh závěrů Rady o psychosociální podpoře v případě mimořádných událostí a katastrof“.⁵⁷

V rámci NATO (Plánovací výboru Joint Medical Committee – Civilního nouzového plánování NATO) byla zpracována „Ministerská směrnice civilního nouzového plánování NATO na léta 2010 až 2013“, která si klade za cíl zlepšit odolnost a schopnost zvládat mimořádné události. Úkoly v oblasti zdravotnictví stanovené Ministerskou směrnicí byly rozpracovány v květnu 2010 schváleny poradou vedení MZ.

Na základě požadavku Asociace zdravotnických záchranných služeb a České společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof, řešit krizovou intervenci pro zdravotnické pracovníky, byla v červenci 2009 náměstkyní pro zdravotní péči zřízena v gesci odboru krizové připravenosti odborná pracovní skupina pro přípravu systému PIS. Jejími členy jsou zástupci Asociace zdravotnických záchranných služeb, České společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof, Komory záchranářů, Unie nelékařských pracovníků zdravotnických záchranných služeb a Odborového svazu ve zdravotnictví. Výsledkem činnosti této pracovní skupiny bylo vyhodnocení závěrů pilotního projektu ZZS HMP, zpracování návrhu systému poskytování PIS, zpracování dokumentace a zahájení odborné přípravy peerů. Záštitu nad systémem poskytování PIS v rezortu zdravotnictví převzalo MZ. Odbornou činnost krajských koordinátorů a peerů v systému PIS bude garantovat Česká společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof. K zajištění dohledu nad systémem poskytování PIS, činností krajských koordinátorů a správou webového portálu PIS se navrhuje pověřit Středisko medicíny katastrof při FN Brno-Bohunice.

⁵⁶ Interní materiály Ministerstva zdravotnictví

⁵⁷ Dokument Rady EU 9838/10

Po dvouletém období činnosti systému poskytování PIS v rezortu zdravotnictví bude Pracovní skupinou zřízenou MZ pro koordinaci systému PIS provedeno vyhodnocení tohoto systému a navržen další postup, včetně spolupráce s již funkčními stávajícími resortními systémy PIS v rámci integrovaného záchranného systému.

Mezinárodní orgány a iniciativy, včetně Světové zdravotnické organizace (dále jen „WHO“), řešily v posledních desetiletích otázku předcházení rizikům a katastrofám a doporučily národním orgánům používat systémová opatření pro rozvoj osobní a společenské odolnosti vůči hrozbám a katastrofám. Odolností jednotlivce i společnosti se rozumí schopnost přiměřeným způsobem reagovat na nepříznivé situace. Zranění duševního charakteru mohou být velmi těžká a mohou přetrvávat i po zhojení fyzických následků (přibližně 86% účastníků kritické události má ještě dalších 24 hodin fyzické a emoční reakce, přibližně u 22% účastníků kritické události pak mohou tyto příznaky přetrvávat dalších 6 měsíců a u 4% zasažených účastníků kritické události je nebezpečí vzniku posttraumatické poruchy, která je definována jako nemoc). Osoby zasažené mimořádnou událostí mohou trpět psychosociální zátěží, která má vliv nejen na jejich zdraví, ale i na zdraví celé společnosti. Za účelem usnadnění rychlé a efektivní obnovy normálních podmínek doporučují mezinárodní orgány zohlednit zásadní význam psychosociální podpory v každé jednotlivé fázi následující po mimořádné události, ale i důležitost včasné psychosociální podpory, která může pomoci lépe se vyrovnat s danou situací. Významné události mimořádné povahy, které se dotýkají velkého počtu osob (např. povodně, hromadná neštěstí, zemětřesení, ale i sportovní nebo kulturní akce), se vyznačují vysokou mírou zranitelnosti obyvatelstva a nesou s sebou značný potenciál vzniku vážných mimořádných situací. Z těchto důvodů se problematikou psychosociální pomoci zabývá i EU (Pracovní skupina pro civilní ochranu), která řeší zlepšení prevence posílením analýzy rizik a zranitelnosti, podporou opatření na sebeochranu občanů a úsilím o větší odolnost společnosti. K těmto tématům bylo v poslední době vydáno Radou EU několik základních dokumentů („Dohoda o kompromisním znění závěrů Rady o zvyšování informovanosti o civilní ochraně“⁵⁸, „Dohoda o kompromisním znění závěrů Rady o rámci Společenství pro předcházení

⁵⁸ Dokument Rady EU 10128/08

katastrofám v EU⁵⁹, „Dohoda o znění závěrů Rady o využívání mechanismu civilní ochrany Společenství při významných událostech v EU“⁶⁰ a „Dohoda o znění závěrů Rady o psychosociální podpoře v případě mimořádných událostí a katastrof“⁶¹).

Dalším mezinárodním orgánem, který řeší poskytování psychosociální pomoci a zvýšení odolnosti záchranářů a obyvatelstva je NATO, které si ve své „Ministerské směrnici civilního nouzového plánování NATO na léta 2010 až 2013“ schválené dne 4. prosince 2009 klade za cíl zlepšit národní odolnost a schopnost zvládat mimořádné události. V Plánovacím výboru Civilního nouzového plánování NATO Joint Medical Committee (dále jen „JMC“) byly stanovené úkoly dále rozpracovány s ohledem na potřeby sektoru zdravotnictví. Jednotliví členové JMC pak tyto úkoly dále rozpracovaly na konkrétní podmínky zdravotnictví svého státu. MZ rozpracovanou Ministerskou směrnici schválilo poradou vedení dne 27. května 2010 a předložilo ji stálému pracovnímu orgánu Bezpečnostní rady státu (dále jen „BRS“) – Výboru pro civilní nouzové plánování (dále jen „VCNP“) ke schválení.

Postupy a doporučení zabývající se PIS mají především preventivní charakter a jejich nedílnou součástí je rovněž vzdělávání v problematice rizik, stresu a nadlimitně zátěžových situací působících na psychiku. Do této oblasti patří například také otázky vzájemné komunikace v krizových situacích nebo kontakt s agresivní osobou. Pokud jsou zdravotničtí pracovníci vystaveni vysoce zátěžové situaci, pracují s nimi po jejím skončení vyškolení odborníci ve skupinové terapii. Jde o již zmíněné metody defusingu a debriefingu, kdy se jedná o skupinová sezení za účasti psychologa, při nichž se postupuje formou řízeného rozhovoru. Obě metody mají svá pravidla, která musí být dodržena. Defusing je třeba zahájit do 8 hodin po mimořádné události a doba trvání je 20 – 90 minut. Debriefing se zahajuje až 72 hodin po mimořádné události a trvá nejméně 3 hodiny. Přes počáteční nedůvěru zúčastněných bývají setkání zpětně účastníky vnímána jako velmi přínosná. Řízené rozhovory pomáhají zdravotnickým pracovníkům zasaženým mimořádnou událostí s jejím zpracováním, pochopením

⁵⁹ Dokument Rady EU 12773/09

⁶⁰ Dokument Rady EU 09837/10

⁶¹ Dokument Rady EU 09838/10

a uzavřením této události. Pracovníci každé zdravotnické záchranné služby kraje jsou v průběhu roku obvykle několikrát vystaveni zásahu takového charakteru, po němž je vhodné defusingové či debriefingové sezení uspořádat. Může jít například o zásahy s větším počtem obětí, traumatické úmrtí dětí, napadení posádky v terénu či nehodu sanitního vozidla, při níž došlo k vážným zraněním nebo úmrtí člena posádky. Obdobná situace může rovněž nastat u pracovníků urgentních příjmů zejména při řešení příjmu většího počtu postižených osob, případně u pracovníků specializovaných příjmových ambulancí, operačních sálů, traumatologických center či oddělení intenzivní péče.

Mezi prvními započaly s aktivitami PIS a vzdělávání v této oblasti ZZS ve Středočeském a Moravskoslezském kraji a ZZS hl. m. Prahy. Postupně se zapojovaly do poskytování této služby i další subjekty. Problematika systémového zajištění PIS v poslední době zaujala i nelékařský personál některých fakultních nemocnic a dalších poskytovatelů lůžkové péče. Pracovníci ZZS vyžadující PIS by měli mít v rámci navrhovaného systému možnost individuálního kontaktu s vyškoleným peerem nebo psychologem.

V rámci ZZS krajů již v řadě případů vyškolení peeri jsou, jedná se velmi často o profesní kolegy, kteří se této iniciativy ujali dobrovolně nad rámec svých povinností se souhlasem zaměstnavatele. Dosavadní průzkumy i uskutečněné projekty se zaměřením na PIS ukazují, že zdravotničtí pracovníci v případě potřeby vyhledají nejčastěji svého kolegu pokud potřebují hovořit o svých profesních, psychických, rodinných či jiných obtížích. Role peera má ale i své hranice, neboť se jedná pouze o vyškoleného laika, nikoliv psychologa. Nezbytnou součástí systému PIS tak musí být dosažitelnost služeb psychologa. ZZS Moravskoslezského kraje dokonce zaměstnává již několik let vlastního klinického psychologa, jehož práce se zvláště osvědčila v srpnu roku 2008, kdy byl ve Studénce zasažen vlak padající mostní konstrukcí a v únoru roku 2009 kdy došlo ke srážce dvou vlaků v Paskově.

Pracovníci ZZS a dalších zdravotnických zařízení, kteří byli přítomni na místě mimořádné události mohou v důsledku své práce v mezních situacích trpět negativními psychosociálními příznaky, a proto je důležité pro ně vytvořit programy v oblasti

prevence, odborné přípravy, rehabilitace (tělesné i duševní) s cílem zvýšit jejich odolnost a posílit jejich schopnost vyrovnat se s danou situací.

K zajištění přípravy zdravotnického systému na plnění tohoto úkolu, byl již v roce 2008 zahájen pilotní projekt MZ a ZZS HMP – „Poskytování psychosociální intervenční služby zaměstnancům ZZS HMP psychosociální intervenční skupinou“, s cílem vytvořit základní rámec doporučení pro systém poskytování PIS. Tento pilotní projekt byl rozdělen do 3 etap (1. etapa od 1.9.2008 – 31.12.2008, 2. etapa od 1.1.2009 – 30.6.2009 a 3. etapa od 1.7.2009 – 31.12.2009). Za každé stanovené období byla ZZS HMP zpracována „Monitorovací zpráva“, která byla zaslána MZ. Za celou dobu fungování pilotního projektu bylo vyškolen v poskytování psychosociální pomoci 8 pracovníků ZZS HMP, bylo zpracováno a vyhodnoceno několik dotazníkových akcí a uskutečnilo se celkem 234 kontaktů mezi vyškolenými pracovníky a zdravotnickými pracovníky, kteří vyhledali psychosociální pomoc. Součástí pilotního projektu bylo prezentování dílčích zkušeností na odborných seminářích a konferencích a spolupráce s psychosociální službou Ministerstva vnitra. V závěrečném hodnocení pilotního projektu byla navržena doporučení a opatření k vytvoření celostátního systému preventivní PIS pro zaměstnance ZZS a zdravotnických zařízení, která poskytují neodkladné zdravotní služby.

Na projekt „Poskytování psychosociální intervenční služby zaměstnancům ZZS HMP psychosociální intervenční skupinou“ navazuje v rámci spolupráce mezi MZ a Regionální úřadem WHO pro Evropu aktivita „Podpora zavedení modelu komunitní péče o duševní zdraví v pilotním regionu a aplikace modelu na další regiony“. Jednou z priorit uvedené aktivity je zlepšení připravenosti a reakce zdravotnického systému na zdravotní hrozby a krizové situace v oblasti veřejného zdraví. PIS by měla být v budoucnu rovněž nabízena v rámci poradenství orgánům krizového řízení, které řídí zásahy při mimořádných situacích a jejichž rozhodnutí může mít psychosociální dopady na postižené skupiny osob. K zajištění této pomoci by měly sloužit profesionální psychosociální týmy, které by zahrnovaly specializované dobrovolníky, s cílem umožnit uceleně reagovat na veškeré psychosociální potřeby jednotlivých zasažených skupin obyvatelstva.

V posledních letech stále častěji vystupuje do popředí snaha pečovat o psychiku zasahujících záchranářů všech složek integrovaného záchranného systému. Hasičský záchranný sbor ČR (dále jen „HZS ČR“) i Policie ČR (dále jen PČR) již svůj systém psychosociální podpory a péče v rámci resortu Ministerstva vnitra zavedly v roce 2003. Rovněž tak Ministerstvo obrany resp. Armáda ČR (dále jen „AČR“) disponuje obdobnou složkou, která poskytuje psychosociální podporu především příslušníkům AČR, kteří byli nebo jsou vysíláni do zahraničních misí. V rámci těchto resortů byla zřízena psychologická služba i telefonní krizová linka. Členové týmů posttraumatické intervenční péče (peeri) HZS ČR, PČR i AČR jsou speciálně vyškoleni a dále vzděláváni. Z výše uvedeného vyplývá, že rovněž ve zdravotnictví je třeba zajistit poskytování stejné úrovně psychosociální pomoci všem potřebným zdravotnickým pracovníkům. Zavedením systému PIS v resortu zdravotnictví bude doplněn již stávající systém poskytování psychosociální péče ve složkách bezpečnostního systému v ČR, který bude moci být dále rozvíjen s využitím specifických odborností jednotlivých složek IZS.

Členové odborné pracovní skupiny se v rámci své činnosti podíleli na přípravě metodik, doporučených postupů a dalších základních dokumentů, které budou využívány v systému PIS. Mezi základní dokumenty nezbytné pro funkčnost systému PIS by měl být zahrnut povinný rozsah minimálních znalostí a dovedností pro peery, etický kodex, terminologický slovník, vzorový formulář pro záznam o poskytnutí PIS a další. Další činností odborné pracovní skupiny byla příprava vzdělávacích programů v oblasti poskytování PIS, které byly akreditovány MZ, příprava webového portálu systému PIS (www.spismz.cz), sestavení databáze již vyškolených peerů, příprava systému krajských koordinátorů a odborných garantů, ale také řešení finančních potřeb nutných pro zajištění činnosti tohoto systému.

V rámci přípravy projektu systému PIS bylo ve spolupráci MZ a Asociace psychologů S.E.N.A. připraveno proškolení prvních více než 50 peerů, které bylo provedeno za účasti zahraničního lektora s mezinárodní akreditací pro certifikované kurzy Critical Incident Stress Managementu (CISM). V současné době jsou v ČR připraveny další dva kurzy certifikované MZ se zaměřením na tzv. „peer support“. Příspěvková organizace Ministerstva zdravotnictví Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských

zdravotnických oborů Brno vzdělává pracovníky v akreditovaném certifikovaném kurzu „Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům“. Strategie zvládnání psychicky náročných profesních situací“. ⁶² Příspěvková organizace ZZS HMP⁶³ požádala o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu „Peer pro psychosociální intervenční službu“. Absolvent tohoto vzdělávacího programu by měl být připraven k výkonu samostatných činností v týmu poskytovatelů PIS v podmínkách zdravotnického zařízení a zdravotnické záchranné služby v oblasti teoretické i v oblasti praktických dovedností. Problematika PIS byla v roce 2010 již podruhé součástí mezinárodního odborného metodického setkání posádek ZZS „Rallye-Rejvíz 2010“.⁶⁴

PIS by měla být v budoucnu rovněž nabízena v rámci poradenství orgánům krizového řízení, které řídí zásahy při mimořádných situacích a jejichž rozhodnutí může mít psychosociální dopady na postižené skupiny osob. K zajištění této pomoci by měly sloužit profesionální multidisciplinární psychosociální týmy, které by mohly při plánování v oblasti řešení mimořádných situací a katastrof zahrnovat také specializované dobrovolníky, s cílem umožnit uceleně reagovat na veškeré psychosociální potřeby jednotlivých zasažených skupin obyvatelstva.

Na základě mezinárodních doporučení a postupů, dosavadní činnosti odborné pracovní skupiny, pilotního projektu ZZS HMP a výsledků spolupráce s odborníky z jiných resortů bylo MZ ČR v roce 2010 navrženo zavedení systému PIS, pro všechny pracovníky ve zdravotnictví a v případě potřeby bude sloužit při mimořádné situaci i orgánům krizového řízení a postiženým osobám.

Garanci za zajištění odborné úrovně peerů a krajských koordinátorů pro celé území ČR převzala Česká společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof, která MZ navrhuje odborné garanty-psychology i krajské koordinátory. Odborní garanti jsou dva, jeden pro Čechy, druhý pro Moravu. V každém kraji bude působit jeden krajský koordinátor. Činnost krajského koordinátora bude centrálně řízena Střediskem medicíny katastrof

⁶² NCO NZO

⁶³ ZZS HMP

⁶⁴ „Rallye-Rejvíz 2010“

při Fakultní nemocnici Brno-Bohunice⁶⁵, které úzce spolupracuje se Stálou pracovní skupinou MZ a Českou společností urgentní medicíny a medicíny katastrof.

Po skončení dvouletého projektu financovaného z prostředků WHO a příspěvku MZ provede Stálá pracovní skupina MZ vyhodnocení systému PIS a předloží ministrovi zdravotnictví zprávu o činnosti systému PIS a návrh dalšího postupu a spolupráce s ostatními resorty. Vzhledem k tomu, že je v současné době již schválen dlouho očekávaný zákon o zdravotnické záchranné službě, musí být jeho existence v návrhu dalšího postupu zohledněna.

⁶⁵ www.spismz.cz

Závěr

V teoretické části byl popsán stres a syndrom vyhoření se všemi svými aspekty. Zabývala jsem se nejen příčinami, ale rovněž projevy, diagnostikou i zvládáním těchto jevů. Dozvíme se rovněž, že stres nás provází po celý život a jakými metodami jsme schopni se s ním vyrovnat.

O syndromu vyhoření lze v dnešní době čerpat informace z nepřeborného množství publikací a odborných studií. Autoři se ve velké většině shodují v tom, že burn – out postihuje převážně pracovníky tzv. pomáhajících profesí, mezi které samozřejmě řadíme i pracovníky zdravotnických záchranných služeb. Vše podstatné o jejich úloze v týmu a s tím spojených rizikových faktorech, se kterými se při výkonu svého povolání potýkají jsem uvedla v kapitole s názvem Zdravotnická záchranná služba a Definice rizikových faktorů v práci pracovníků ZZS.

S výše uvedeným úzce souvisí krizová intervence v rámci Integrovaného záchranného systému, jehož součástí ZZS rovněž je. Techniky krizové intervence jsou uvedeny v samostatné kapitole.

V praktické části jsem použila studie českých a zahraničních autorů a poznatky z šetření mezi pracovníky samotnými, managementem a pracovníky Ministerstva zdravotnictví ČR.

Dlouho očekávaná změna legislativy, konkrétně přijetí zákona č. 374/2011Sb., o zdravotnické záchranné službě je výraznou změnou v pozici ZZS. Vyhláška o ZZS z roku 1992 již po dlouhou dobu nereflektovala na potřeby záchranářů. Zákon č. 374 byl přijat 6. listopadu 2011 a v platnost vstoupí 1.4.2012. Měl by být jedním z kroků jak zlepšit podmínky pracovníků ZZS.

Zavedením pilotního programu psychosociální intervenční služby MZ ČR je dalším významným a dlouho očekávaným krokem pro zdravotní složku IZS. Z materiálu MZ vyplývají informace o iniciativách zdravotnických záchranných služeb a činnosti odborné pracovní skupiny MZ směřující k zavedení systému PIS v resortu

zdravotnictví a další postup, vedoucí k systémovému poskytování PIS v resortu zdravotnictví. V přechodném dvouletém období, od poloviny roku 2011 do roku 2013 je poskytována PIS zdravotnickým pracovníkům všech zdravotnických záchranných služeb a urgentních příjmů. Na základě vyhodnocení tohoto období, by měl být systém PIS zaveden pro všechny zdravotnické pracovníky v ČR. Současně by mělo dojít k propojení systému PIS v resortu zdravotnictví s ostatními resortními systémy PIS, aby v případě vzniku mimořádné události velkého rozsahu mohla být PIS poskytována i postiženému obyvatelstvu a popř. i orgánům krizového řízení.

Závěrem lze říci, že rizikové faktory u zaměstnanců zdravotnických záchranných služeb vedou u všech členů týmu k ohrožení stresem a syndromem vyhoření. Dlouholetá absence PIS zaměřená konkrétně na zdravotníky je v současné době na základě provedených studií, strategických mezinárodních dokumentů a spolupráce s WHO již řešena, ale její výsledky v rámci pilotního projektu budou známy až za několik měsíců.

Resumé

Diplomová práce popisuje problematiku výskytu rizikových faktorů u pracovníků ZZS na všech úrovních. Stěžejním tématem je výskyt stresu a syndromu vyhoření u těchto profesí. Z důvodu pochopení výskytu uvedených rizikových faktorů je v práci krátce popsána každá z profesí týmu zdravotnické záchranné služby. S ohledem na současný stav legislativy v oblasti zdravotnictví bylo nutné tyto podstatné změny rovněž v práci uvést. Jedná se o program psychosociální intervenční služby, který byl na základě mezinárodního doporučení, pilotního projektu ZZS HMP a spolupráce s odborníky z jiných rezortů v průběhu roku 2011 zaveden pro všechny ZZS v rámci ČR. Ve výzkumné části jsem se zabývala zjištěním rozdílnosti rizikových faktorů u pracovníků pracujících na daných pozicích v rámci ZZS. Výsledky výzkumu mohou posloužit jako doporučení při výběru technik pro zvládnutí stresových situací u záchranářů. V závěru jsou v diplomové práci uvedeny možnosti využití krizové intervence.

Anotace

Cílem mé diplomové práce je popsat problematiku rizikových faktorů v práci pracovníků zdravotnických záchranných služeb jako součásti Integrovaného záchranného systému. Jedná se především o opakované stresové situace a reakce na ně, syndrom vyhoření (burn – out syndrom), včetně diagnostiky, léčby a možnosti prevence a v neposlední řadě bych se ve své práci chtěla zabývat technikami zvládání stresu a krizovou intervencí. To vše s ohledem na současné výrazné změny legislativy a zavedení pilotního programu psychosociální intervenční služby zaměřené na pracovníky zdravotnických záchranných služeb.

Klíčová slova

stres, syndrom vyhoření, zdravotnická záchranná služba

Annotation

The aim of my dissertation is the description of risk factors problems in the work of rescue staff services, medical as a part of Integrated Rescue System. This is particularly repeated stressful situations and reactions, burn-out syndrome, including diagnostics, treatment and prevention of possibility, and last but not least, I would like to deal with technology stress management and crisis intervention. All with view to the significant changes in legislation and create a pilot program of psychosocial intervention service that focuses on rescue services staff.

Key words:

Stress, burn–out syndrome, Emergency Medical Service

Literatura a prameny

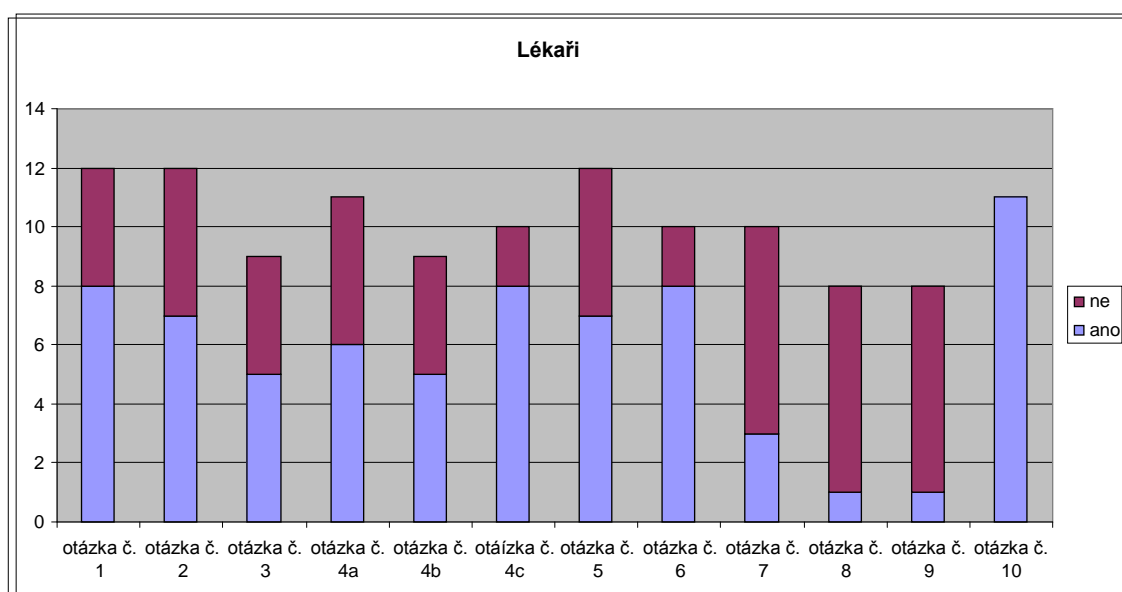
- 1.) Dokument Rady EU 10128/08 Návrh závěrů Rady o posílení schopnosti Unie reagovat na katastrofy – směrem k integrovanému přístupu ke zvládnání katastrof
- 2.) Dokument Rady EU 12773/09 Návrh závěrů Rady o rámci Společenství pro předcházení katastrofám v EU
- 3.) Dokument Rady EU 09837/10 Návrh závěrů Rady o využívání mechanismu civilní ochrany Společenství při významných událostech v Evropské unii
- 4.) Dokument Rady EU 09838/10 Návrh závěrů Rady o psychosociální podpoře v případech mimořádných událostí a katastrof
- 5.) Strategie boje proti terorismu pro léta 2010 – 2012 Ministerstvo vnitra Českém republiky, www.mvcr.cz/soubor/nap-2010-pdf.aspx
- 6.) usnesení vlády č. 165/2008 Koncepce ochrany obyvatelstva do roku 2013 s výhledem do roku 2020
- 7.) usnesení vlády č. 37/2010 Strategický rámec udržitelného rozvoje České republiky
- 8.) Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 434/1992 Sb., O zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisu
- 9.) Zákon č. 95/2004 Sb., O zdravotnických povoláních lékaře, zubního lékaře a farmaceuta
- 10.) Zákon č. 96/2004 Sb., O nelékařských zdravotnických povoláních
- 11.) Zákon č. 374/2011S., O zdravotnické záchranné službě
- 12.) Vnitřní materiály Ministerstva zdravotnictví
- 13.) Bártová Z., PhDr., Syndrom vyhoření, pracovní materiál pro účastníky kurzu 2011
- 14.) Baštecká B. a kol., Terénní krizová práce, psychosociální intervenční týmy, Praha: Grada Publishing, a.s., 2005, ISBN 80-247-0708-X
- 15.) Čírtková L., Policejní psychologie. Praha, Portál. 2000, ISBN 80-85858-70-3
- 16.) Dvořák J., Sýkora J.: Jak zvládat krizové situace. Praha, Policejní akademie ČR, 2000, ISBN 80-8054-196-5
- 17.) Hartl P., Hartlová H., Psychologický slovník. Praha, Portál., 2000, ISBN 80-7478-463-X
- 18.) Havlík V.: Policejní stres- výzkum stresogéních faktorů, Bakalářská práce. Policejní akademie v Praze, 2000
- 19.) Hladký A.: Zdravotní aspekty zátěže a stresu. Praha, Karolínium, 1993, ISBN 80-7066-784-2

- 20.) Charvát J.: Život, adaptace a stres. Praha, Avicenum. , 1973
- 21.) Kebza V., Šolcová I., Syndrom vyhoření, Praha: SZ. 2003, ISBN 80-8063-227-8
- 22.) Kebza, Šeblová, Vignerová, Zátěž a stres pracovníků záchranných služeb. Studie 2003 -2005, Československá psychologie. 2007, roč. 51, ISSN 0009-062X
- 23.) Kolektiv autorů, Lidské tělo. Bratislava, Gemini. 1991, ISBN 80-85265-13-3
- 24.) Konopásek, Šeblová, Jak Vidíme sami sebe – studie, Urgentní medicína 1,1998
- 25.) Melgosa J.: Zvládní svůj stres. Praha, Advent-Orion. , 2001, ISBN 80-7172-240-5
- 26.) Moreno E. : Occupational stress among health care Professional specialising in acute medicine. Emergencias, 2007.
- 27.) Murat Kalemoglu, Ozván Keskin: Burnout syndrome at the emergency services. Scand J Trauma Resusc Emerg Med, 2006
- 28.) Mlčák Z., Psychologie zdraví a nemoci, Ostrava: Ostravská univerzita, 2005, ISBN 978-80-7368-951-3
- 29.) E. van der Plody, R.J.Kleber, Acute and chronic job stressors among ambulance personel: predictors of health symptoms, 2003
Pracoviště: Department of Clinical Psychology, Utrecht University, Holandsko
- 30.) Praško J., Prašková H.: Asertivitou proti stresu. Praha, Grada., 1996, ISBN 80-7169-334-0
- 31.) Praško J., Prašková H.: Proti stresu krok za krokem. Grada Publishing, 2001, ISBN 80-247-0068-9
- 32.) PRŮCHA, J. Učitel. *Současné poznatky o profesi.* 1.vyd. Praha: Portál, 2002,
- 32.) Selye H.: Život a stres. Bratislava, Obzor. , 1966
- 33.) Schreiber V.: Lidský stres. Praha, Academia, 2000, ISBN 80-200-0240-5
- 34.) Spurný J.: Psychologie násilí. Praha, Eurounion., 1996, ISBN 80-85858-30-4
- 35.) Vodičková D., Krizová intervence, Praha: Portál s.r.o., 2002, ISBN 80-7178-696-9
- 36.) www.clk.cz
- 37.) www.estranky-radkin.cz -Freudenberger HJ: Staff burn-out. J.Soc.Issues, 30, 1974
- 38.) www.hypertenze.cz
- 39.) www.nconzo.cz
- 40.) www.psychosom.cz
- 41.) www.zzshmp.cz
- 42.) Novinky.cz, Záludný syndrom vyhoření, 2.4.2008

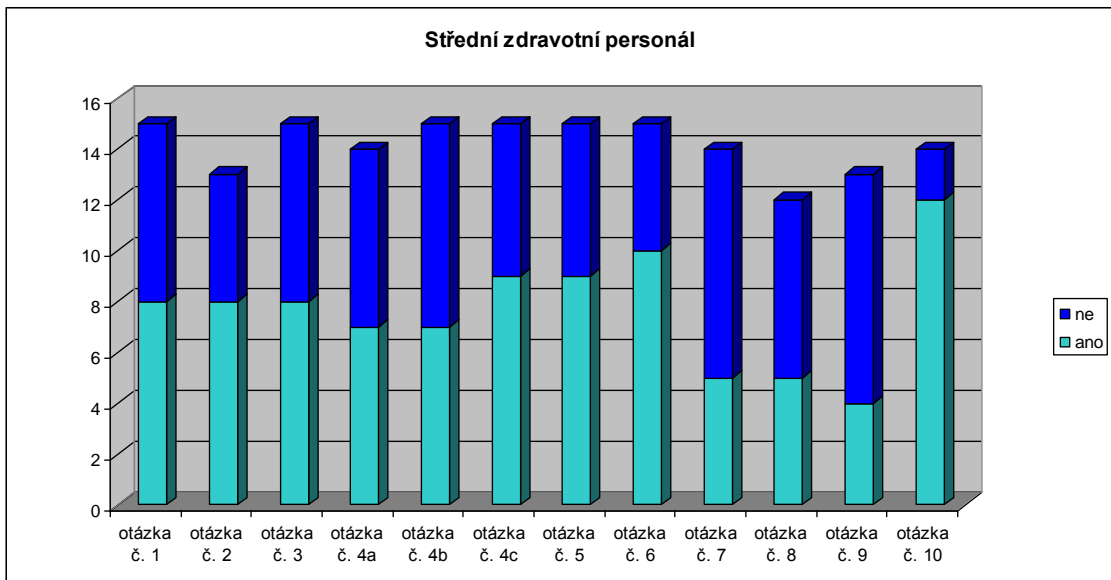
Přílohy:

1. Jste se svou prací spokojen/a?
2. Jste pod tlakem v případě potřeby rychlého rozhodování?
3. Setkáváte se často s fyzickým či verbálním útokem?
4. Ovlivňuje Váš názor na Vaše zaměstnání negativně a) výše platu, b) společenská, prestiž, c) systém pracovních směn?
5. Je pro Vás Vaše zaměstnání fyzickou zátěží?
6. Máte možnost odpočinku během směny?
7. Vyrovnáváte se těžce s úmrtím pacienta?
8. Přicházíte do konfliktů v rámci týmu?
9. Je Vaše pracovní nadšení stejné jako v prvních dnech po nástupu na toto pracoviště?
10. Jste informovan/a o zavedení psychosociální intervenční služby?

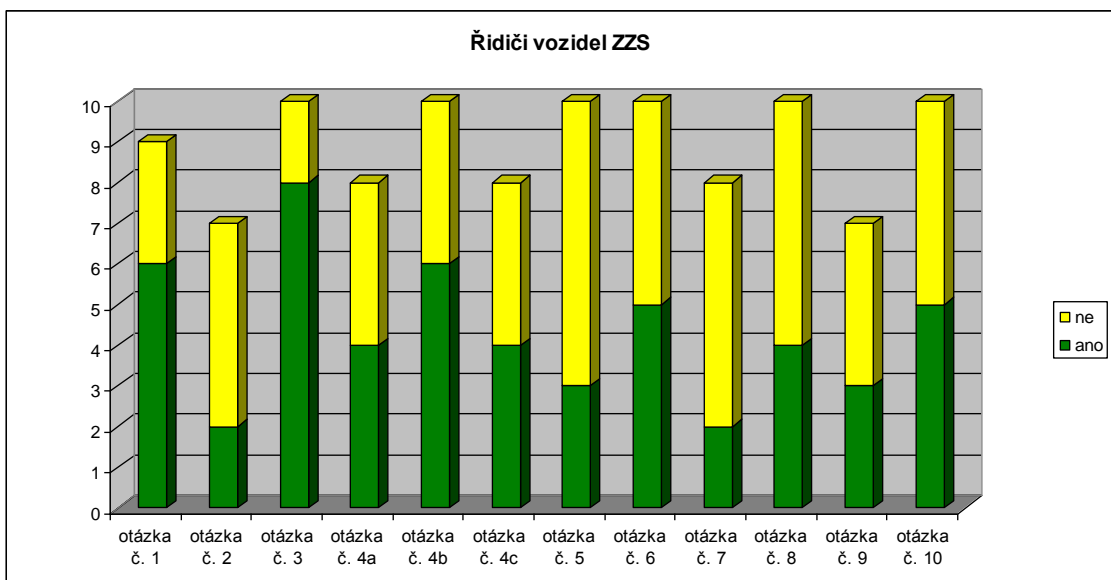
Výsledky strukturovaného rozhovoru



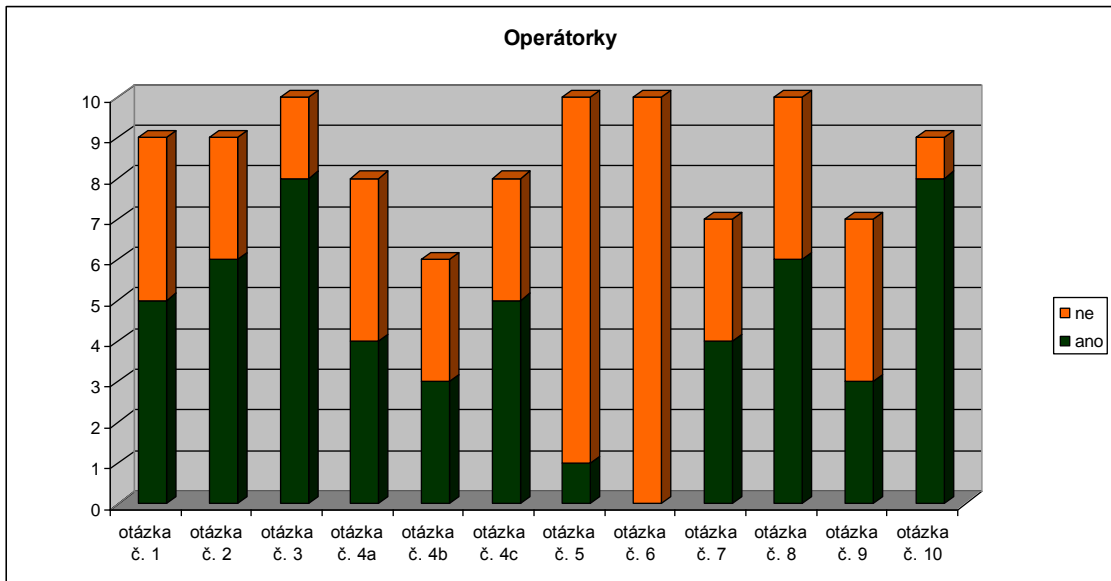
Zdroj: vlastní



Zdroj: vlastní



Zdroj: vlastní



Zdroj: vlastní