

Potřeba psychosociální péče u zdravotnických záchranářů

Jana Katrušáková

Bakalářská práce
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd
akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jana KATRUŠÁKOVÁ**
Osobní číslo: **H08124**
Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Potřebnost psychosociální pomoci u zdravotnických záchranářů**

Zásady pro vypracování:

Analýza literárních pramenů a zpracování teoretických východisek
Příprava výzkumu, výběr a charakteristika výzkumného souboru
Provedení výzkumu
Zpracování a vyhodnocení výsledků výzkumu
Přijetí odpovídajících závěrů
Doporučení pro praxi

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

VODÁČKOVÁ, D. Krizová intervence. Praha: Portál 2007. ISBN 80-7178-696-9

ŠPATENKOVÁ, N. Krizová intervence pro praxi. Grada Publishing 2004. ISBN 80-247-0586-9

BAŠTECKÁ, B. Terénní krizová práce. Grada Publishing 2005. ISBN 80-247-0708-X

KSATOVÁ, V. Krize a tvořivý přístup k ní. Praha: Portál 2000. ISBN 80-7178-365-X

BAŠTECKÁ, B. , GOLDMANN, P. Klinická psychologie pro praxi. Praha: Portál 2001. ISBN 80-7178-550-4

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Helena Řeháčková
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

25. ledna 2011

Termín odevzdání bakalářské práce:

6. května 2011

Ve Zlíně dne 25. ledna 2011



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 28.3.2011

Kaluzi'ková' Jana

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídně k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce je věnována poskytování psychosociální péče zdravotnickým záchranářům.

Cílem této práce je zjistit zda podporu při zvládnání psychické zátěže, které jsou permanentně záchranáři vystaveni, vnímají jako potřebnou a přínosnou.

V teoretické části popisují činnost a náplň práce zdravotnických záchranářů, psychosociální rizika při výkonu jejich profese a formy psychosociální péče, které můžou záchranáři využívat.

Praktická část je zaměřena na zpracování a interpretaci výsledků rozhovorů se zdravotnickými záchranáři.

Klíčová slova:

Zdravotnický záchranář, zátěžové situace, trauma, akutní stresová reakce, posttraumatická stresová porucha, syndrom vyhoření, krize, krizová intervence, defusing, debriefing

ABSTRACT

This bachelor thesis is dedicated to the medical rescuers psychosocial assistance. The aim of this thesis is to find out, if they perceive the support during the psychical stress managing, which are the medical rescuers permanently exposed to, as beneficial and needful.

In the theoretical part I am describing the activity and scope of medical rescuers work, psychosocial risks during their practice of profession and sorts of psychosocial assistance that the medical rescuers can use.

The practical part is focused on the processing and interpretation of results from discussions with the medical rescuers.

Keywords:

Medical rescuer, stress situations, trauma, acute stress reaction, posttraumatic stress disorder, the burn-out syndrome, crisis, crisis intervention, defusing, debriefing

Poděkování patří Mgr. Heleně Řeháčkové za vstřícný přístup a cenné rady při zpracování bakalářské práce a samozřejmě nezapomenutelné podpoře mých nejbližších.

OBSAH

ÚVOD.....	10
1 HISTORIE ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY V ČESKÉ REPUBLICE.....	12
2 ČINNOST A NÁPLŇ ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY	13
2.1 ČINNOST ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY.....	13
2.2 ZÁKLADNÍ ÚKOLY ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY	13
3 CHARAKTERISTIKA PROFESE ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE	15
3.1 VYMEZENÍ POJMU ZDRAVOTNICKÝ ZÁCHRANÁŘ	15
3.2 KOMPETENCE ZÁCHRANÁŘE.....	15
3.3 OSOBNOST ZÁCHRANÁŘE	16
3.4 PSYCHICKÁ PŘÍPRAVA ZÁCHRANÁŘE NA POVOLÁNÍ	17
4 PSYCHOSOCIÁLNÍ RIZIKA ZÁCHRANÁŘŮ	19
4.1 STRES	19
4.2 ZÁTĚŽOVÉ SITUACE	19
4.2.1 Nárazové zátěžové situace záchranářů	20
4.2.2 Chronické zátěžové situace záchranářů.....	20
5 REAKCE NA TRAUMATIZUJÍCÍ UDÁLOST	22
5.1 TRAUMA.....	22
5.2 ODOLNOSTI VŮČI ZÁTĚŽI	23
5.2.1 Akutní stresová reakce	25
5.2.2 Posttraumatická stresová porucha	25
5.2.3 Syndrom vyhoření	26
6 PSYCHOSOCIÁLNÍ POMOC ZÁCHRANÁŘŮM.....	28
6.1 KRIZOVÁ INTERVENCE.....	28
6.1.1 Krize	28
6.1.2 Vymezení pojmu krizová intervence.....	29
6.1.3 Historie krizové intervence	30
6.1.3.1 Historie v ČR	31
6.1.3.2 Zdravotnictví.....	31
6.1.4 Techniky krizové intervence	32
6.1.4.1 Podpora na místě události	32
6.1.4.2 Demobilizace	32
6.1.4.3 Debriefing	33
6.1.4.4 Defusing.....	36
6.1.5 Peer.....	36
1 PRAKTICKÁ ČÁST	38
7 VÝZKUM.....	39

7.1	VÝZKUMNÝ PROBLÉM	39
7.2	CÍLE VÝZKUMU	39
7.3	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	40
7.4	VÝZKUMNÝ VZOREK	41
7.5	METODY VÝZKUMU	42
7.5.1	Techniky sběru dat	42
7.5.2	Technika analyzování dat	43
	Barvení textu	43
	Kódování	43
	Kazuistika	43
8	ANALYTICKÁ ČÁST	44
8.1	PRŮBĚH VÝZKUMU	44
8.2	ZPRACOVÁNÍ A INTERPRETACE DAT	45
8.2.1	Kazuistika	45
8.2.2	Polostrukturovaný rozhovor	46
8.3	ANALÝZA VÝZKUMU	46
8.3.1	Důvod výběru povolání zdravotnického záchranáře	46
8.3.2	Vnímání (pocity) profese po letech	48
8.3.3	Nejvíce zátěžové situace	50
8.3.4	Ovlivňování soukromého života profesí	52
8.3.5	Kompenzační mechanismy	54
8.3.6	Povědomí o psychosociální pomoci – jak dlouho a odkud	57
8.3.7	Obsah informací o psychosociální péči	58
8.3.8	Nabídka a využití psychosociální pomoci	59
8.3.9	Přínos krizové intervence	64
8.3.10	Forma psychosociální péče pro záchranáře s odmítavým postojem	66
8.3.11	Povinnost psychosociální péče	68
8.3.12	Osoba peera	70
8.4	SHRNUTÍ VÝZKUMU A DISKUZE	73
	ZÁVĚR	79
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	81
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	83
	SEZNAM GRAFŮ	84
	SEZNAM OBRÁZKŮ	85
	SEZNAM PŘÍLOH	86

ÚVOD

Profese zdravotnických záchranářů je jak samotnými pracovníky, tak veřejností vnímána jako náročná a stresující. Při své práci jsou svědky nejrůznějších lidských neštěstí, jsou rovněž konfrontováni se zoufalstvím okolí, se syrovostí samotné situace, ale také s pocity vlastní bezmoci. Poskytování pomoci se odehrává často pod značným časovým tlakem. Je pouze předsudek domnívat se, že profesionálního záchranáře nezasáhne žádná situace natolik, aby někdy nepotřeboval ji s někým probrat, přesvědčit se o správnosti postupu, sdělit si dojmy, pocity strachu a úzkosti a rozebrat náročný zážitek ze všech stran. Tisíce situací může profesionál zvládnout, bere je jako součást své profese a nezanechají na něm žádné traumatizující zážitky. V rámci praxe však může přijít jedna, která bude něčím výjimečná a záchranář může najednou prožívat něco jiného. Vnímá více strach a pocity napětí, vyba-vuje si nejhorší útržky z místa neštěstí ještě doma, když je v bezpečí a daleko od události, stále na událost myslí a například nemůže spát. Po takové situaci by se mohlo stát, že profesionál záchranář bude mít obavy z podobné situace, z toho, jak zvládne další nehody a případy. Může se cítit více zodpovědný za věci, které nemůže ani při nejlepší vůli ovlivnit, bude trpět pocity viny z toho, že mohl udělat víc. Začne si pohrávat s myšlenkou, že by třeba mohl změnit své zaměstnání, že jej již nenaplňuje vykonávat svoji profesi právě proto, že už psychicky nemůže dál. Nehraje v tom roli zkušenost, délka praxe ani vzdělání. V posledních letech se proto stále častěji objevuje snaha pečovat o psychiku samotných zasahujících. Vznikají podpůrné preventivní a psychologické programy pro zdravotnické záchranáře, které jsou postupně zaváděny do praxe.

Cílem této bakalářské práce je zjistit potřebnost psychosociální péče u zdravotnických záchranářů. V teoretické části má za cíl popsat činnost a náplň zdravotnické záchranné služby, vystihnout profil osobnosti zdravotnického záchranáře a zdůraznit náročnost profese se všemi jejími důsledky (psychosociálními riziky). V neposlední řadě má tato práce za cíl popsat formy psychosociální péče nabízené a poskytované zdravotnickým záchranářům. Na teoretickou část navazuje část praktická, která je kvalitativně orientovaná. Výsledky výzkumu vznikly na základě rozhovoru se zdravotnickými záchranáři, na jedné straně s těmi, kteří zkušenost s psychosociální péčí mají a na straně druhé se záchranáři, kteří zatím neměli možnost psychosociální péči využít. Vzhledem k tomu, že sama vykonávám profesi zdravotnického záchranáře již několik let, velmi mě problematika poskytování psychosociální péče v mém oboru zajímá. Je to nový trend, který já sama po letech záchranářské praxe

vnímám jako potřebný a přínosný. Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jestli se i mí kolegové k potřebné psychosociální péči staví vstřícně nebo naopak odmítavě.

1 HISTORIE ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY V ČESKÉ REPUBLICE

Historie vzniku zdravotnické záchranné služby v České republice sahá až ke konci 19. století. Nejstarší záchrannou službou u nás, ale zároveň i ve střední Evropě je pražská, založena 8. 12. 1857, to je šest let před založením mezinárodního červeného kříže, kdy byl na popud tehdejšího ředitele c. k. Policie pražské barona Páumanna ustaven Pražský dobrovolný sbor ochranný. Od druhé poloviny 20. století začala Státní zdravotní správa postupně budovat rozsáhlou síť zdravotnických zařízení, velmi rychle přibývalo lékařů a ostatních profesionálních zdravotnických pracovníků. V menších městech mimo ordinační dobu zajišťovali přednemocniční neodkladnou péči obvodní lékaři a ambulantní střední zdravotnický personál, tzv. lékařskou službu první pomoci. Vytváření zdravotnické záchranné služby začalo v prosinci 1974 podle Metodického opatření Ministerstva zdravotnictví, které bylo na tehdejší dobu velmi pokrokové. Počátky činnosti záchranné služby byly spjaty s Anesteziologicko – resuscitačním oddělením (dále jen ARO). Na výjezd vyjížděly sestry a lékaři z ARO, traumatologických ambulancí. Zásadním zlomem v budování a organizaci zdravotnické záchranné služby se stala vyhláška Ministerstva zdravotnictví (dále jen MZ) ČR, která nabyla platnosti od 1. 1. 1993 o zdravotnické záchranné službě. Tehdy vznikly samostatné organizace záchranné služby a nastal trend osamostatňování středisek záchranné služby a jejich vyčlenění z nemocnic. Od 1. 1. 2003 jsou střediska ZZS zřizována jednotlivými kraji. Od 1. 1. 2003 vzniklo 14 krajských územních středisek záchranné služby a 1. 1. 2004 přešly veškeré Okresní střediska záchranné služby pod přímé vedení Územní střediska záchranné služby v daném kraji. Tato střediska, zřizovaná nyní krajskými úřady, odpovídají za poskytování přednemocniční neodkladné péče na území kraje (Bydžovský, 2008).

2 ČINNOST A NÁPLŇ ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY

Hlavní náplň činnosti Zdravotnické záchranné služby a její hlavní úkol stanovuje vyhláška č. 434/1992 Sb. Ministerstva zdravotnictví České republiky ze dne 28. července 1992 o Zdravotnické záchranné službě.

2.1 Činnost Zdravotnické záchranné služby

Dle této vyhlášky Zdravotnická záchranná služba poskytuje odbornou přednemocniční neodkladnou péči. Přednemocniční neodkladnou péčí se rozumí poskytování odborné zdravotnické pomoci a péče o postižené na místě vzniku jejich úrazu nebo náhlého onemocnění a během jejich dopravy k dalšímu odbornému ošetření a při jejich předání do zdravotnického zařízení poskytovaná při stavech, které:

- „a) Bezprostředně ohrožují život postiženého,*
- b) mohou vést prohlubováním chorobných změn k náhlé smrti,*
- c) způsobí bez rychlého poskytnutí odborné první pomoci trvalé chorobné změny,*
- d) působí náhlé utrpení a náhlou bolest,*
- e) působí změny chování a jednání postiženého, ohrožují jeho samotného nebo jeho okolí“*
(vyhláška č. 434/1992, § 1).

2.2 Základní úkoly Zdravotnické záchranné služby

Úkoly zdravotnické záchranné služby definuje vyhláška v § 2:

„Zdravotnická záchranná služba nepřetržitě zabezpečuje, organizuje a řídí prostřednictvím jednotného spojového systému:

- a) kvalifikovaný příjem, zpracování a vyhodnocení tísňových výzev a určení nejvhodnějšího způsobu poskytování přednemocniční neodkladné péče,*
- b) poskytování nebo zajištění přednemocniční neodkladné péče na místě vzniku úrazu nebo náhlého onemocnění, při dopravě postiženého a při jeho předávání ve zdravotnickém zařízení odborně způsobilým k poskytování zdravotní péče při stavech uvedených v § 1,*
- c) dopravu raněných, nemocných a rodiček v podmínkách přednemocniční neodkladné péče mezi zdravotnickými zařízeními,*

- d) dopravu související s plněním úkolů transplantačního programu,*
- e) dopravu raněných a nemocných v podmínkách přednemocniční neodkladné péče ze zahraničí do České republiky,*
- f) přednemocniční neodkladnou péči při likvidaci zdravotních následků hromadných neštěstí a katastrof,*
- g) koordinaci součinnosti s praktickými a žurnálními lékaři a s lékařskou službou první pomoci,*
- h) rychlou přepravou odborníků k zabezpečení neodkladné péče do zdravotnických zařízení, která jimi nedisponují, popřípadě léků, krve a jejích derivátů a biologických materiálů nezbytně potřebných k dalšímu poskytování již zahájené neodkladné péče,*
- i) součinnost s hasičskými záchrannými sbory krajů a operačními a informačními středisky integrovaného záchranného systému. “*

Tísňovou výzvu přijímá a o nasazení příslušného typu výjezdové skupiny rozhoduje dispečer zdravotnického operačního střediska. Maximální dojezdová doba mimo zvláštních okolností (například nemožnost přejetí železničního přejezdu pro závory) je legislativně stanovena na 15 minut a je pro záchrannou službu závazná. Pracovníci záchranných služeb vytvářejí výjezdové skupiny. Z hlediska personálního složení, kvalifikačních předpokladů a odborných kompetencí rozlišuje §6 vyhlášky č. 434/1992 výjezdové skupiny na posádky rychlé zdravotnické pomoci, rychlé lékařské pomoci a letecké záchranné služby. Posádka Rychlé záchranné pomoci (dále jen RZP) je dvoučlenná, složená ze zdravotnických záchranářů, z nichž jeden plní úlohu řidiče. Výjezdová skupina Rychlé lékařské pomoci (dále jen RLP) má o jednoho člena posádky více a tím je lékař, který odpovídá za poskytování léčebné péče. Posádku Letecké záchranné služby (dále jen LZS) tvoří lékař, zdravotnický záchranář a pilot vrtulníku, který zabezpečuje dopravu na místo zásahu.

3 CHARAKTERISTIKA PROFESE ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE

V každodenním běžném životě provozu záchranných služeb jsou týmy záchranářů často vystaveny spoluprožívání a spolucítění s postiženými. Vždy se jedná o lidi, kteří se dostanou do různých krizových situací. Neustálá konfrontace se zraněnými, onemocněními či smrtí vyvolává u personálu pocit uvědomění si vlastní zranitelnosti.

3.1 Vymezení pojmu zdravotnický záchranář

Za výkon povolání zdravotnického záchranáře se dle zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách uznávání a získávání způsobilosti k vykonávání nelékařských zdravotnických povolání považuje činnost v rámci specifické ošetrovatelské péče na úseku neodkladné péče a akutního příjmu. Dále se zdravotnický záchranář podílí na neodkladné léčebné a diagnostické péči.

3.2 Kompetence záchranáře

Zdravotnický záchranář dle vyhlášky č. 55/2011, která nahrazuje s účinností od 1. 3. 2011 vyhlášku č. 424/2004, vykonává činnosti bez odborného dohledu a bez indikace lékaře poskytuje v rámci přednemocniční neodkladné péče, včetně letecké záchranné služby a v rámci akutního příjmu specifickou ošetrovatelskou péči.

Úkolem zdravotnického záchranáře dle této vyhlášky je zejména monitorovat a hodnotit vitální funkce včetně snímání elektrokardiografického záznamu, průběžně sledovat a hodnotit poruchy rytmu, vyšetření a monitorování pulzním oxymetrem, zahajovat a provádět kardiopulmonální resuscitaci s použitím ručních křísicích vaků, včetně defibrilace srdce elektrickým výbojem po provedení záznamu elektrokardiogramu, zajišťovat periferní žilní vstup, aplikovat krystaloidní roztoky a provádět nitrožilní aplikaci roztoků glukózy u pacienta s ověřenou hypoglykemií, provádět orientační laboratorní vyšetření určené pro urgentní medicínu a orientačně ho posuzovat, obsluhovat a udržovat vybavení všech kategorií dopravních prostředků, řídit pozemní dopravní prostředky a to i v obtížných podmínkách jízdy s využitím výstražných zvukových a světelných zařízení, provádět první ošetření ran, včetně zástavy krvácení. Dále je úkolem záchranáře zajišťovat nebo provádět bezpečné vyproštění, polohování, imobilizaci a transport pacientů a zajišťovat

bezpečnost pacientů během transportu, podílet se v rámci své odborné způsobilosti na řešení následků hromadných neštěstí v rámci integrovaného záchranného systému, zajišťovat v případě potřeby péči o tělo zemřelého. Dalším důležitým úkolem zdravotnického záchranáře je zajišťovat přejímání, kontrolu a uložení léčivých přípravků, manipulaci s nimi a jejich dostatečnou zásobu, zajišťovat přejímání, kontrolu a uložení zdravotnických prostředků a prádla, manipulaci s nimi, jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu, provádět neodkladné výkony v rámci probíhajícího porodu. Dále také musí záchranář umět přijímat, evidovat a vyhodnocovat tísňové výzvy z hlediska závažnosti zdravotního stavu pacienta a podle stupně naléhavosti, zabezpečovat odpovídající způsob jejich řešení za použití telekomunikační a sdělovací techniky, provádět telefonní instruktáž k poskytování první pomoci a poskytovat další potřebné rady za použití vhodného psychologického přístupu.

Dle vyhlášky č. 55/2011 se může dále podílet zdravotnický záchranář na základě indikace lékaře na poskytování diagnostické a léčebné péče bez odborného dohledu. Mezi tyto výkony patří: Zajišťování dýchacích cest dostupnými pomůckami, zavádění a udržování inhalační kyslíkové terapie, zajišťování přístrojové ventilace s parametry určenými lékařem, pečování o dýchací cesty pacientů i při umělé plicní ventilaci, podávání léčivých přípravků, včetně krevních derivátů, spolupráce při zahájení aplikace transfuzních přípravků a ošetřování pacienta v průběhu aplikace a ukončování transfuze, provádění katetrizace močového měchýře dospělých a dívek nad 10 let, odběr biologického materiálu na vyšetření, asistence při překotném porodu a provedení prvního ošetření novorozence a novinkou je zajištění intraoseálního vstupu.

3.3 Osobnost záchranáře

„Základními požadavky na osobnost záchranáře jsou znalost, zkušenost, zručnost, rychlost a chladnokrevnost“ (Bydžovský, 2008, s. 312). V záchranných složkách pracují lidé s typickým psychologickým profilem, který může ve zvýšené míře přispívat například k riziku syndromu vyhoření. Sami sebe vidí záchranáři jako akční hrdiny, kteří nepodléhají strachu. Projevy emocí, nechat si pomoci znamená podle nich selhat, na trauma se snaží co nejdříve zapomenout. Jejich myšlenka je ta, že pomoc nepotřebují, protože jsou sami pomáhající. Zdravotníci pečující o druhé se přece automaticky umí postarat sami o sebe. A svoji duševní vyrovnanost. Dle literatury jsou to osoby s velkou potřebou kontroly události, orientova-

né na detail (tento rys může být pozitivní, protože nedojde k opomenutí žádné důležité maličkosti). Dále jsou tyto osoby schopny podstupovat veliké riziko, mají potřebu okamžitého uspokojení, jsou orientováni na akci, bývají motivováni vnitřně a mají vysokou odolnost vůči stresu. Jsou to lidé, kteří mají potřebu řídit a jsou vysoce zaujatí pro svou práci, vysokou potřebu bezprostředního ocenění.

3.4 Psychická příprava záchranáře na povolání

Střední zdravotničtí pracovníci získávají vzdělání zaměřené na práci na zdravotnické záchranné službě v tříletém pomaturitním oboru diplomovaný zdravotnický záchranář na vyšších zdravotnických školách a absolvováním akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru na vysokých školách. Ovšem fakt, že většina pracovníků záchranných služeb má střední, vyšší a vysokoškolské zdravotnické vzdělání, nijak nezmenšuje působení stresorů, neusnadňuje pozitivní zvládnání kritických událostí a jejich poměrně časté kumulace. Pocit odpovědnosti za druhé bývá u zdravotníků velmi akcentován. Seznámení s riziky profese a vědomá práce k minimalizaci jejich negativního působení může pomoci nejen konkrétním pracovníkům, může zamezit i jejich předčasnému odchodu z oboru, ale může přispět i k úrovni poskytované péče. Předpokladem pro úspěšný výkon povolání je vzdělání v oboru zdravotnického záchranářství, fyzická i psychická zdatnost, zručnost, schopnost rychlého rozhodování, spolehlivost.

Jak vypadá psychická příprava záchranářů na povolání ve Zlínském kraji?

Na zlínské Střední zdravotnické škole a Vyšší odborné škole zdravotnické se v posledních letech dostalo psychologii více prostoru v osnovách školy. Do roku 2007 byla zařazena psychologie v předmětu Psychologie a etika v neodkladné péči a to pouze v zimním studijním období 1. ročníku v rozsahu 1 hodiny týdně (celkem 16 hodin). Nyní jsou psychologii věnovány 2 roky výuky. Převážně jde o psychologii obecnou a vývojovou v 1. ročníku (celkem 80 hod.) a psychologii sociální a zdravotnickou ve 2. ročníku (celkem 30 hod.). Zdravotnická psychologie má rozsah 15 hodin, z toho 5 hodin teorie a 10 hodin cvičení, což je podle mě i podle vyučující tohoto předmětu, Mgr. Bílkové, velmi málo. Výhodou ale je, že se zdravotnická psychologie vyučuje v době, kdy už mají studenti za sebou jedno období praxe na zdravotnické záchranné službě a mohou se tak podělit o své první zkušenosti a pocity s vyučujícím. Zkušenosti studenti získávají kromě praxe na záchranné službě v Klubu IZS, který na škole funguje od roku 2007. Studenti v Klubu IZS získají, kromě

jiného, různé zážitky v roli pacienta – jsou v roli figurantů, prožívají to, co zranění, a všímají si, jak se k pacientům chovají záchranáři (uvědomují si jejich nevhodné chování). Konkrétně krizové intervenci se ve výuce věnují jen okrajově, lekce mají spíše informativní charakter. V osnovách předmětu není tolik prostoru, kolik by bylo potřeba. Chybí zatím ucelený materiál k výuce, veškeré informace o tomto tématu vyučující čerpá ze seminářů, novin a odborné literatury. V učebnicích se zatím tato tematika nevyskytuje. Předávané informace se týkají také toho, aby studenti věděli, jaký druh péče o zaměstnance v tomto směru existuje. Je třeba ale zdůraznit, že organizace může vytvářet rámec služeb a nabídku pomoci, ale péče o duševní rovnováhu a psychické zdraví je však pochopitelně osobní zodpovědností jednotlivce. Proto vyučující svým studentům zdůrazňuje, aby nezapomínali při výkonu povolání na své koníčky a přátele a nežili jen prací. Přístup školy považuji za velmi pozitivní, neboť péče o sebe je jednou z důležitých částí přípravy na povolání záchranáře. Každý záchranář si jistě musí zkusit „zátěžové situace“ na vlastní kůži, ale bylo by dobré, aby od začátku o psychosociální péči věděli a nebrali její využití jako projev vlastního selhání a slabosti jako je běžné u záchranářů, kteří jsou již v praxi. Jedině tak je možné vychovávat kvalitní odborníky.

4 PSYCHOSOCIÁLNÍ RIZIKA ZÁCHRANÁŘŮ

Zdravotničtí záchranáři se setkávají každodenně při výkonu své profese s psychologickou zátěží, musí zvládat zátěž nárazovou i chronickou. Jak uvádí Bartošíková (In Höschl a Šimek, 1993), o psychologické zátěži lze souhrnně hovořit jako o náročných životních situacích, se kterými se člověk vyrovnává technikami odvozenými buď od agrese nebo úniku a které mohou mít na jeho zdraví různý dopad.

4.1 Stres

Společným jmenovatelem pro všechny níže jmenované situace, se kterými se záchranář při své práci setkává, je stres. *„Stresem se obvykle rozumí vnitřní stav člověka, který je buď přímo něčím ohrožován, nebo takové ohrožení očekává a přitom se domnívá, že jeho obrana proti nepříznivým vlivům není dostatečně silná“* (Křivohlavý, 1994, s.10). Jak dále autor uvádí, stresem se může rozumět celá těžká situace, do které se člověk dostává, stresem se také ale může rozumět podmínka, okolnost či nepříznivý faktor (stresor), dále pak stresem může být odpověď organismu na stresující činitele a v neposlední řadě může být stresem celkový vnitřní stav člověka, fyzický i psychický, kdy je člověk sevržený nepříznivými okolnostmi.

4.2 Zátěžové situace

Zátěžové situace tvoří přirozenou součást života, dokonce můžeme mluvit o nezbytné a přirozené součásti normálního utváření osobnosti. Kdyby tyto situace v našem životě vůbec neexistovaly, byl by zdravý plnohodnotný vývoj osobnosti narušen. Pokud se však takové situace stanou neúměrně silnými, případně se kumulují v omezeném časovém úseku, není v silách jedince se na ně přiměřeně adaptovat. *„Posoudit, co je anebo není škodlivé pro konkrétního jedince je značně závislé na něm samotném, tedy na tom, jak „stresovou“ situaci hodnotí. Při zvládnutí zátěžových situací záleží nejen na našich emocích, ale také na naší připravenosti, dovednosti a znalosti“* (Bartošíková, 1993, s. 36). Velmi často bývají pomáhající osoby, záchranáři, skrytými oběťmi katastrof a traumat, jelikož jsou opakovaně vystaveni kontaktu se znetvořenými těly, smrtí, násilím, a zároveň musí v daném okamžiku vykonávat fyzicky namáhavou práci, která sama o sobě je zdrojem únavy, spánkového deficitu a často ohrožuje i život záchranáře. Tyto osoby jsou významně

ovlivněny tím, že je zahlťtí míra závažnosti a neočekávanost neštěstí současně s pocitem bezmocnosti.

4.2.1 Nárazové zátěžové situace záchranářů

Nárazová zátěž pro záchranáře vzniká již při převzetí výzvy na dispečinku ZZS, kdy není jiná možnost komunikace s volajícím než verbální. Psychický stav volajícího je významně ovlivněn nenadálou naléhavou situací, do níž se dostal on sám nebo jeho blízký nebo i neznámý člověk. Volající bývá většinou v tísní, spěchá, je vystrašený, neumí popsat jasně a stručně, kde a co se vlastně přihodilo, nezřídka se uchyluje k vulgarismům či vznáší nespelnitelné požadavky. Zásahové týmy pak jednájí pod časovým tlakem ve snaze dodržet standardy akceschopnosti, které jim příkazují uskutečnit výjezd do jedné minuty po obdržení výzvy operátorem. To znamená pro záchranáře změnu během sekund z nudy na teror („záchranář leží nebo běží“). Rychlá, dynamická jízda s výstražnými a světelnými signály v současném silničním provozu znamená akutní stresovou zátěž především pro řidiče, ale i pro záchranáře, který se podílí na dohledání místa zásahu. Na místě události je potom celá posádka konfrontována s nutností řešit kritické situace a skloubit provádění vysoce odborných diagnostických a léčebných výkonů v co nejkratším časovém úseku se zevními podmínkami, které nemusí být standardní (silnice, veřejné prostory, špatné počasí) a pracovat pod velice kritickým a emočně laděným dohledem příbuzných postiženého nebo veřejnosti či sdělovacích prostředků (setkávání se s „lidmi v nejhorším“, ale také „nejhoršími lidmi“). Také je každá situace na výjezdu jiná, pokaždé je nutná improvizace, nic nefunguje na 100%. Stejně stresující je posléze i transport pacienta a předávání do nemocniční péče.

4.2.2 Chronické zátěžové situace záchranářů

Chronickou psychickou zátěž pro zdravotnické záchranáře s sebou přináší nepřerušovaná dostupnost při zajišťování přednemocniční neodkladné péče. Mezi hlavní faktory, které ovlivňují činnost záchranářů, patří práce na delší směny, ve dne v noci, „v pátek i ve svátek“, nepravidelná životospráva často i s nesprávnými návyky, jakými jsou kouření či nadměrné pití kávy. Dále jsou to vysoké nároky na kvalitu, zodpovědnost a nasazení pracovníků. Negativně působí i nárazovost práce s minimální možností plánování a ovlivnění, vysoká zodpovědnost, vysoké nároky na schopnost rozhodování, nutnost potlačení emocí v zájmu zvládnutí pracovních povinností na místě zásahu, absence pozitivní zpětné vazby. U některých záchranářů hraje roli i vysoký podíl přesčasové práce. Práce v nepřetržitém

provozu ovlivňuje nejen pracovní výkon a spánkový vzorec, ale má i negativní dopady na rodinný a sociální život. V neposlední řadě sem patří i sociologické stresové faktory jako je nízké společenské a finanční ohodnocení práce zdravotnických záchranářů, nemožnost prezentace vlastní odpovědné, kvalitní a účinné práce – povinná mlčenlivost. Své specifikum má i práce ve dvou- či tříčlenných týmech, sociální izolace.

„Práce v týmech RLP, RZP je zvláštní formou mezilidských vztahů, kdy na sebe vzájemně působí dvě či více osobností v určitém prostoru a čase, s objektivně přesně stanovenými cíli, formami organizace a materiálními podmínkami. Jako každá činnost ve zdravotnictví vyžaduje vysoké odborné vzdělání, přípravu a kontinuální vzdělávání. Vztahy mezi jednotlivci v těchto týmech vycházejí ze vzájemného kritického respektu a z předpokladu, že všichni souhlasně chápou a přijímají cíle a metody profesionálního zásahu“ (Hlaváčková, in Urgentní medicína, 2000, s. 19). Bydžovský (2008) doplňuje výčet chronických zátěžových situací o faktory jako je v ohrožení, nebezpečí na místě zásahu, případně nasazení života, vždy cizí pracovní prostředí, lidé málokdy poděkují, odbourána kontrola, vysoká zodpovědnost jednotlivců a v neposlední řadě vysoké nároky na odbornost – teoretické znalosti i praktické schopnosti, vysoké nároky na charakter, psychickou stabilitu a efektivní chování.

5 REAKCE NA TRAUMATIZUJÍCÍ UDÁLOST

„Nejzřejmějším zdrojem stresu jsou traumatické události, čili mimořádně nebezpečné situace, které se vymykají běžné lidské zkušenosti. Avšak ke stresové reakci mohou vést i běžnější události. Jako stresové vnímáme události, které mají tři charakteristiky: neovlivnitelnost, nepředvídatelnost a míru, ve které představují výzvu pro hranice našich schopností a pro naše sebepojetí“ (Atkinson, 2003, s. 488, 489).

5.1 Trauma

Dle Vágnerové (2008) lze psychické trauma definovat jako náhle vzniklou situaci, která má pro jedince výrazně negativní význam, vede k určitému poškození nebo ztrátě. Projevuje se potížemi v emoční oblasti, traumatizovaný člověk ztrácí pocit jistoty a bezpečí, prožívá úzkost a smutek, má obavy z budoucnosti, narušuje jeho objektivitu.

Trauma postupně přestává být chápáno jako následek válečných či extrémně katastrofických událostí. Je zřejmé, že pozornost původně vyvolávaly pochopitelně především velmi nápadné závažné reakce na události, které jsou skutečně mimořádné – ať již svou neobvyklostí, rozsahem, či závažností dopadů. *„Podobně jako ne každá krizová událost dosahuje rozměrů katastrofy (či povahy katastrofy osobní), nenabývají všechny reakce na takovou událost, jakkoli specifické a neobvyklé, intenzity a povahy traumatu či posttraumatické povahy. Nelze je však podceňovat. Skutečnost, že nedosahují intenzity psychického traumatu nebo že nesplňují kritéria jeho formální diagnostické definice, neznamená, že neohrožují normální fungování osoby“ (Kohoutek, 2010, s. 23).* Proto je třeba věnovat pozornost jak posttraumatickým jevům jako následku události, tak prožitkům, které krizovou událost doprovázejí. Trauma přitom nemusí být pouze přímou, vyvolávající příčinou všech potíží, ale může aktivovat, oživit existující, dosud kompenzované problémy. Povaha dopadů a následků události je dosti individuální, stresová reakce však probíhá v různé míře a podobě u všech zúčastněných – u poškozených, pomáhajících či svědků. Při rozvoji případných přetrvávajících následků hraje významnou roli předchozí zkušenost a aktuální míra schopností zvládat zátěž. Kohoutek (2009) uvádí, že zdrojem zátěže však není jenom situace, ale i samotná neobvyklá reakce na ni. Kdy si zasažený neví rady se svými pocity a stavy, kdy kvůli probíhající reakci nemůže či neumí jednat adekvátně situaci. Pokud si zpětně

vyčítá něco ze svého chování během neštěstí, stává se pro něj vlastní reakce součástí zatěžujícího dění. **Traumatizace**, dle autora, probíhá dvojnásob, rozdílným způsobem:

Typ I následuje po jednotlivých, nenadálých událostech krátkého trvání s jasným začátkem a koncem, událost se zpravidla vryje velmi silně a detailně do paměti zasaženého (přírodní a technické katastrofy, úrazy, přepadení, znásilnění).

Typ II vzniká v důsledku vícečetného, opakujícího se nebo přetrvávajícího traumatického zážitku, který byl způsoben například opakovaným vystavením extrémním podmínkám v práci. Tento typ je typický pro záchranáře.

5.2 Odolnosti vůči zátěži

Naše chování je za běžných okolností celkem dobře předpověditelné, reakce člověka se většinou pohybují v mezích určitého očekávání ze strany okolí. Obecná míra odolnosti vůči zátěžovým situacím bývá označována jako **frustrační tolerance**. Míra frustrační tolerance je samozřejmě u každého jedince různá. Liší se podle toho, jak jedinec náročnou situaci hodnotí a interpretuje, jak je prožívá, zda si dokáže udržet kontrolu nad situací. Zda jej zátěž aktivizuje v pozitivním nebo negativním směru. Záleží taky na tom, jestli je jedinec dostatečně flexibilní a jak dovede zapomenout na nepříjemné zážitky. Křivohlavý (2001, s. 104) uvádí sociální oporu a podporu nejbližších „*jako jeden z nejdůležitějších pozitivních faktorů modifikujících a moderujících nepříznivý vliv různých negativních životních situací na psychický a fyzický stav člověka a jeho pohodu.*“ Vágnerová (2008) označuje odolnost jako komplex protektivních faktorů, jež člověku pomáhají zvládnout nepříznivé události a přečkat při zachované duševní rovnováze. Je to schopnost vyrovnat se s náročnými životními situacemi bez nepřiměřených, maladaptivních reakcí, využívat všech pozitivních vlastností, vynakládat úsilí na překonání potíží, spojená s dostatečným sebevědomím. Míra odolnosti závisí také na vrozených předpokladech, na dosažené vývojové úrovni, individuálních zkušenostech i celkovém aktuálním stavu. Mezi způsoby vyrovnávání se se zátěží patří i obranné reakce. Můžeme je rozdělit na vědomé a plně neuvědomované. Vědomé obranné mechanismy jsou v psychologické literatuře uváděna pod termínem coping.

Vágnerová (2008) popisuje **coping**, tedy zvládání zátěžové situace, jako vědomou volbu určité strategie, která je závislá na hodnocení dané situace a posouzení vlastních možností. Autorka uvádí dvě strategie copingu. První je zaměřená na řešení problému a vyplývá

z představy, že problém je možné řešit a jedinec je schopen takového cíle dosáhnout. Druhá strategie je zaměřená na udržení přijatelné subjektivní pohody, v případě, že problém není možné řešit, a proto je k němu nutné přistupovat jinak, například se s ním smířit. Při zachování psychické rovnováhy a pozitivního obrazu sebe samého.

Mezi obranné reakce, které nejsou plně uvědomované patří **popření** (člověk neakceptuje skutečnost, která je pro něj traumatická), **potlačení a vytěsnění** (jedinec se zbavuje pocitů a myšlenek, které jsou pro něj subjektivně nepříjemné), **racionalizace** (zvládnání zátěžové situace jejím zdánlivě logickým přehodnocením), **sublimace** (transformace nedostupného způsobu uspokojení v jiný, který jen dostupný a přijatelný), **regrese** (únik na vývojově nižší úroveň chování), **identifikace** (pokus o posílení vlastní hodnoty ztotožněním se s někým, koho lze obdivovat), **substituce** (hledání náhradního cíle jako reakce na překážku, která je považována za nepřekonatelnou), **projekce** (promítání svých vlastních obav a názorů do jednání jiných lidí) a **rezignace** (reakce na dlouhodobou zátěžovou situaci, kdy se jedinec něčeho vzdává, protože to považuje za nedosažitelné, projevuje se bezmocností, pasivitou a apatií). Jednotlivé obranné reakce se liší mírou zkreslení skutečnosti a způsobem, jakým člověk s touto informací naloží, tj. jaký k ní zaujme postoj, jak se bude v důsledku toho chovat.

Podle Baštecké (2005) je v prvních vteřinách traumatizující události pro reakci člověka (pokud může v tu chvíli něco dělat) typické, že je „věcná“. Mysl je oproštěná ode všech emocí, soustřeďuje se na okamžité „ted' a tady“, vše se zaměřuje na boj proti nebezpečí nebo na dosažení bezpečí. V další fázi, kdy už není žádný čin třeba, se teprve uvolňují pocity. Objevuje se pláč, rozhořčení, odmítání toho, co se stalo, pocit naprostého vyčerpání. Myšlenky se zabývají bezprostřední minulostí, to znamená událostí a jejími předzvěstmi. Po prvních dnech se ustalují paměťové stopy, ve fázi časného zotavení se z prožité události stává událost duševní, je možno o ní vyprávět, získat od ní odstup, vyhodnotit ji. Ne vždy však jsou reakce člověka jen fyziologické. Posttraumatické poruchy zbavují člověka radosti ze života, omezují ho a různými způsoby invalidizují.

V rámci reakcí na traumatizující událost rozlišujeme akutní stresovou reakci, posttraumatickou stresovou poruchu a syndrom vyhoření.

5.2.1 Akutní stresová reakce

Dle Baštecké (2005) je to přechodná porucha, nastupující do jedné hodiny po události, která vzniká u jedince bez jakékoli zjevné duševní poruchy jako odpověď na výjimečný fyzický nebo duševní stres. Obvykle odeznívá během několika hodin nebo dnů. Stresorem může být zdrcující traumatický zážitek, zahrnující vážné ohrožení bezpečnosti nebo tělesné integrity jedince nebo blízkých osob (např. živelná pohroma, úraz, ozbrojený konflikt, přepadení, znásilnění), nebo neobvykle náhlá a ohrožující změna v sociálním prostředí anebo v mezilidských vztazích jedince, např. ztráta mnoha blízkých osob. Riziko rozvoje poruchy je větší, je-li též přítomno fyzické vyčerpání nebo organické faktory (např. stáří). Individuální zranitelnost a schopnost zvládat stres ovlivňují výskyt a závažnost akutních reakcí na stres. Příznaky mohou být různé. Příznaky ukazují smíšený nebo obvykle se měnící obraz (mimo to lze kromě počátečního stavu „omámení“ pozorovat depresi, úzkost, zlost, zoufalství, zvýšenou aktivitu nebo naopak stažení, ale žádný typ příznaků dlouho nepřetrvává). Velmi typicky se objevuje úvodní stav „ustrnutí“ se zúženým vědomím a pozorností, neschopností chápat podněty a dezorientací. Akutní reakce na stres je popisována v literatuře jako přechodná porucha, ale někdy může vyústit v posttraumatickou stresovou poruchu.

5.2.2 Posttraumatická stresová porucha

V souvislosti s dopady neštěstí bývá v současné době patrně nejčastěji zmiňována i zkoumána posttraumatická stresová porucha (dále jen PTSD) – déletrvající reakce na významné traumatizující událost. Dle odborné literatury jsou vznikem PTSD více ohroženi profesionální záchranáři než ti, se kterými pracují a kterým pomáhají. Nepřehlédnutelnou příčinou je zejména opakované a protahované vystavování zátěžovým situacím velké závažnosti. Jak uvádí Baštecká (2005, s. 48) „*PTSD je opožděnou a prodlouženou odpovědí na traumatizující podnět. Podle MKN-10 se diagnostikuje do šesti měsíců po události*“. Příznaky musí trvat nejméně měsíc. PTSD může mít průběh chronický (příznaky nikdy nevymizí), přerývaný (příznaky mizí a po nových spouštěčích se vracejí), s opožděným začátkem (příznaky se objeví v pozdním věku a mají souvislost s událostí, jež se odehrála dříve).

Typickými dvěma skupinami příznaků dle Kohoutka (2009, s. 23), které se objevují, jsou:

- „*intruze – neodbytné, vtíravé tendence znovuprožívat událost a její konsekvence ve formě živých vzpomínek, obrazů, snů,*

- *symptomy, které zahrnují tendenci k popření a vyhýbání se situacím, lidem, místům nebo činnostem, které události připomínají.*“

Obě skupiny příznaků se vyskytují společně a ve vzájemné souvislosti. K dalším často prožívaným symptomům u PTSD patří příznaky zvýšeného rozrušení, nadměrné aktivace poruchy spánku, koncentrace, podrážděnost) a změny v emočním prožívání (lhostejnost, pocity bezmoci, emoční oploštělost), anhedonie – neschopnost prožívat radost a pozitivní emoce. Jedním z největších problémů v tomto případě u záchranářů bývá, že postižení je neviditelné, a tak péče a projevy účasti nejsou poskytnuty, bývají určeny zjevněji postiženým. Ti, kteří se snaží existenci PTSD popírat nebo ji označkovat jako nedostatek morálky a charakteru, jen posilují předsudky a napomáhají většímu utrpení postižených. Zkušenost PTSD je pro jedince a jeho rodinu ohrožující, matoucí a potenciálně ničivá. Pomoc a pochopení vytvářejí určitý náhled, jehož prostřednictvím si postižený zkušenost zařadí do příslušného rámce jako normální reakci na nenormální událost a jsou mu poskytnuty podpůrné postupy dříve, než se symptomy vymknou kontrole.

5.2.3 Syndrom vyhoření

„Jedním z výrazných projevů syndromu vyhoření je odosobnění pracovníka ve smyslu dehumanizujícího postoje při práci s klienty. Vyhořelý pracovník ztrácí smysl svého povolání, což se projeví značnou nechutí ke své práci. Původně mnohdy nadšený jedinec očekává splnění svých nerealistických cílů, tvrdě konfrontuje svá očekávání s realitou. Čím je jeho původní nadšení vyšší, tím závažnější může být stav vyhoření“ (Špatenková, 2005, s. 45). Důvodem je pracovní stres, který vyžaduje mobilizaci prostředků sloužících k zachování psychické a fyzické rovnováhy. Nakumulování pracovního stresu, neúspěšné vyrovnání se se stresem, „vyčerpání“ z neustálé připravenosti a „nastavení“ pomáhat, malá pozitivní zpětná vazba. Vyhoření se však netýká začínajících pracovníků, ale i pracovníků zkušených, jejich pracovní činnost může přerůst do chronického stresu a syndromu vyhoření. Se syndromem vyhoření bývá dle Šeblové (2000) spojován **syndrom Johna Waynea aneb macho syndrom** - odsouvání či popírání problémů do té míry, že mechanismy způsobující příznaky syndromu vyhoření nebo posttraumatické stresové poruchy mohou nerušeně a dlouhodobě působit. Výsledkem bývá selhání v práci samotné, které někdy končí až odchodem zkušených pracovníků. Jindy se celá situace výrazně odráží na chování k pacientům (depersonalizace, redukce činnosti na rutinní postupy).

Projevy syndromu vyhoření Špatenková (2005) rozděluje na dvě úrovně:

- na úrovni **chování** „vyhořelého“ k druhým lidem, ke klientům a spolupracovníkům, ale i k osobám blízkým (cynismus, apatie, rigidita, podrážděnost, lhostejnost, celkové negativní postoje a odcizení vůči práci, snížená sociální komunikace)
- na úrovni **pocitů** „vyhořelého“ – patří především pocity bezmoci a beznaděje, ztráta nadšení, iluzí a naděje, snížení sebehodnocení, frustrace a úzkost, pocity selhání a viny, ztráta sebedůvěry, pocity vnitřní prázdnoty, obav, strachu a hlavně pocit vyčerpanosti a těžké únavy.

Jedinec, který se dostává do stavu vyhoření, prožívá pocity nespokojenosti s každodenními úkoly. Může se objevit trvalá nespokojenost vůbec se vším v sociálním okolí „vyhořelého“, která se přenáší na ostatní osoby kolem, čímž se vytváří napětí na pracovišti, ale může se přenést a narušit i rodinné klima či jiné privátní vztahy.

6 PSYCHOSOCIÁLNÍ POMOC ZÁCHRANÁŘŮM

Psychosociální péče se zaměřuje na uspokojení psychosociálních potřeb záchranářů. Jde vlastně o komplexní soubor metod a opatření, nejde jen o péči po nadlimitní zátěži při zá-sahu, ale hlavně o prevenci. Aby měli záchranáři dostatek informací o tom, co je to stres a jak se projevuje, aby věděli, že jejich reakce na zátěžovou situaci je normální reakce na nenormální situaci. A také, aby měli kolem sebe dostatek odborníků nebo vyškolených laiků, na které se můžou kdykoliv se svým problémem obrátit. Jak uvádí Baštecká (2005, s. 78): *„Pomoc pomáhajícím používá stejné prostředky jako pomoc obětem přímým. Obecně pomáhá dostatek spánku, sdílení, uznání, účastenství, pomáhá i sama pomáhající činnost, je-li možné ji ohraničit a „vystoupit“ z ní.“* Prvotní myšlenka zabývat se psychosociální podporou a péčí byla určena pacientům. *„Vždyť pacient nezná situaci, která je pro něj stresová, neví, co si počne, a tak by mu měl záchranář pečlivě, šetrně a trpělivě sdělovat, co se s ním teď bude dít. Jenže realita je jiná – jak může přívětivě podávat informace ten, kdo není přívětivý ani sám k sobě? Postupem času jsme zjistili, že nejprve musíme umět pomoci sami sobě jako záchranáři a tak se učit pomáhat druhým – nikoliv pouze péčí fyzickou, ale taktéž duševní“* (Buriánková, Ryba, in Urgentní medicína, 2009, s.35).

Zatímco ve složkách Ministerstva vnitra (Policie České republiky i Hasičský záchranný sbor České republiky) jsou psychologické podpůrné služby zavedeny v praxi již několik let, záchranné služby zůstaly v tomto ohledu velmi pozadu. Podílel se na tom jistě i odlišný systém bez centrálního řízení (okresní, později krajské uspořádání záchranných služeb), ale pravděpodobně i nevyslovený předpoklad, že zdravotníci pečující o druhé se přece automaticky umí postarat i o sebe a o svoji duševní vyrovnanost. Tento předpoklad je však velmi zavádějící.

6.1 Krizová intervence

6.1.1 Krize

Trauma, akutní reakce na stres, PTSD: tyto situace a stavy jsou vlastně krizí v životě člověka – záchranáře. Proto bych chtěla ještě vymezit samotný termínu krize, neboť krizová intervence znamená především vstoupit s krizí do kontaktu. Avšak i potom může být krize silnější než my, i potom jí můžeme podlehnout.

„O krizi hovoříme tehdy, když se člověk ocitne v zatěžující nerovnováze mezi subjektivním významem problému a možnostmi zvládnání, které má k dispozici. V krizi jedinec cítí ohrožení své identity, kompetence utvářet svůj vlastní život“ (Kastová, 2010, s.15).

Vágnerová (2008) popisuje psychickou krizi jako narušení psychické rovnováhy v důsledku vyhocení situace, dlouhodobé kumulace či situačního nárůstu problémů. Je typickým znakem selhání adaptačních mechanismů. Krize má svůj čas. Nelze ji předjímat, nelze ji přeskočit. Musí dozrát, stejně jako vše v životě. Nemusí vypadat jako katastrofa, může probíhat z vnějšího pohledu nenápadně, a přesto mít pro člověka rozhodující význam. Krize je vždy individuální a má subjektivní charakter. Pro každého z nás jsou vývojové úkoly připraveny na jiném místě životní cesty. O tom jestli člověk v krizi je nebo není, může rozhodnout jenom on sám a pro každého člověka to znamená něco jiného. Člověk v krizi se může projevovat nejrůznějším způsobem, který odpovídá jeho individualitě.

Řadu krizí v našem životě pochopitelně neřešíme krizovou intervencí v příslušném centru nebo spolu s terapeutem. Někdy se člověk s krizí vyrovná sám nebo mu pomůže dobrý přítel, kterému se může vypovídat. Existuje ale řada lidí, kteří se nedokážou v krizi otevřít – nedovedou v krizi oslovit druhého člověka. Krize může spontánně odeznít, může však vyvolat chronické psychické problémy, aniž by dále přetrvávala naléhavá situace, která způsobuje nepříjemný charakter krize, zároveň však v sobě obsahuje pozoruhodnou možnost průlomu. Jedná se o skutečnou mezní situaci, bez níž není možná žádná proměna.

Jak uvádí Kastová (2010), krize představuje v životě člověka takový stav, kdy se ukazuje, že navyklé způsoby prožívání a jednání již nejsou udržitelné a je třeba osvojit si nové.

6.1.2 Vymezení pojmu krizová intervence

„Krizová intervence je odborná metoda práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou, ohrožující. Krizová intervence pomáhá zřehlednit a strukturovat klientovo prožívání a zastavit ohrožující či jiné kontraproduktivní tendence v jeho chování. Krizová intervence se zaměřuje jen na ty prvky klientovy minulosti či budoucnosti, které bezprostředně souvisejí s jeho zátěžovou situací. Krizový pracovník klienta podporuje v jeho kompetenci řešit problém tak, aby dokázal aktivně a konstruktivně zapojit své vlastní síly a schopnosti využít potenciálu přirozených vztahů. Krizová intervence se odehrává v rovině řešení klientova problému a překonávání konkrétních překážek“ (Vodáčková, 2005, s. 60). „Intervence tedy znamená, že mezi jedince a jeho krizi vstoupí prostředník, že

ten, kdo se ocitl v krizi, od ní získá poněkud větší odstup, takže s ní bude schopen navázat kontakt – vývoj krizové situace se zastaví a je možné využít jeho potenciálu“ (Kastová, 2010, s. 15).

Je zajímavé, jak Kastová (2010) přirovnává člověka v krizi, který se nachází v pozici malého dítěte, které nyní spoléhá na pomáhající osobu – ta může a také má celou záležitost převzít. V tom však vězí první úskalí krizové intervence. Krizová intervence má nakonec přispět k tomu, aby si člověk dokázal pomoci sám. Má být pomocí ke svépomoci. Proto je třeba onu pozici malého dítěte, doufajícího v pomoc dospělého, naprosto akceptovat. Cílem krizové intervence je však umožnit, aby se dospělost v onom člověku během krizové intervence opět zaktualizovala – cíleným rozhovorem například připomeneme obtížné situace, které člověk prodělal, možná dokonce mistrovsky zvládl.

Krizová intervence spočívá jednak v uvolnění situace, jednak v rozpoznání psychodynamických souvislostí, které se za krizí skrývají. K vlastní krizové intervenci dochází, když dokážeme s člověkem navázat kontakt a porozumět tak ohrožení, které pociťuje. Již tím dosáhneme velmi mnoho. Často se stává, že lidé (a především záchranáři - ti jen těžko odkládají masku „tvrdomi“), kteří přicházejí na krizovou intervenci, nebyli dosud zvyklí hovořit o svých potížích, mnohdy poprvé zažívají pocit úlevy, který jim přináší rozhovor s druhými. *„Při navázání kontaktu je třeba označit krizi jako šanci“ (Kastová, 2010, s. 22).* Přesto je však třeba mít stále na paměti, že člověka v krizi přijímáme takového jaký je, musíme brát na vědomí jeho dobré i špatné vlastnosti a poskytnout mu podporu a útěchu.

6.1.3 Historie krizové intervence

První zkušenosti s kumulovaným stresem a práce s takto postiženými sahají již do doby 1. světové války. Mnoho vojáků bylo vyřazeno z boje nikoliv kvůli zranění, ale protože nebyli schopni zpracovat hrůzostrašné zážitky, se kterými se v zákopech setkali. K dalšímu posunu v oblasti posttraumatické stresové intervence dochází ve Spojených státech u policejních sborů. Zde byly položeny základy systému **Critical Incident Stress Management** (dále jen CISM). *„CISM je soubor technik, které jsou určeny profesionálním, zejména tísnovým složkám, jejichž cílem je prevence nadměrného působení stresu a následné psychologické morbidity, kam patří syndrom vyhoření, posttraumatická stresová porucha a případně další psychopatologické příznaky“ (Šeblová, in Urgentní medicína, 2004, s. 37).*

Jednotlivé techniky, které jsou v CISM obsaženy, jsou debriefing, defusing, demobilizace, podpora na místě události, preventivní přednášky, individuální debriefing, odložený debriefing, debriefing v případě rozsáhlé přírodní katastrofy, postihující celou komunitu. Je tedy zaměřen nikoli na oběti (těm jsou určeny jiné podpůrné psychologické služby), ale na osoby, vystavené kritické události v důsledku své profese, tedy mimo jiné i na záchranáře. Je to diskuse, proces, podpora, strukturované setkání po události, týkající se právě kritické události. Je to však i preventivní vzdělávání s cílem lépe čelit nárokům profese. Není to ani psychoterapie, ani psychologické poradenství nebo léčba. Jde o systém jednotlivých prvků a postupů, jejichž cílem je předcházet pozdější psychické morbiditě, ale i snížené výkonnosti v práci (Šeblová, 2004).

6.1.3.1 Historie v ČR

V České republice byl systém poskytování posttraumatické intervenční péče zaveden v roce 2001, o dva roky později, byl zaveden pro hasičský záchranný sbor. HZS zahájil školení členů týmů posttraumatické intervenční péče, vydali informační brožury pro nadřízené, zasažené, kolegy a životní partnery, týkající se akutní a posttraumatické stresové reakce. Zásadní pro vznik a rozvoj psychosociální pomoci lidem a obcím v ČR byly rozsáhlé povodně v roce 1997 a 2002. V roce 2004 se konala první konference „Víme o sobě“, kterou uspořádala Nadace ADRA, se první kurz technik CISM (s názvem „Zacházení se stresem v kritických situacích“) konal v roce 2004. Tady vznikla pracovní skupina psychosociální péče. V roce 2005 vytvořila tato pracovní skupina „Standardy psychosociální krizové pomoci lidem a obcím, organizacím zasaženým mimořádnou událostí nebo krizovou situací“

6.1.3.2 Zdravotnictví

V lednu 2003 zorganizovala PhDr. Blanka Čepická základní a pokročilý kurz technik CISM „Zacházení se stresem v kritických situacích“, který vedl americký lektor dr. Thomas Appel-Schumecher. Tento kurz byl určen pro psychology a Integrovaný záchranný systém. V roce 2008 zadalo Ministerstvo zdravotnictví ČR, odbor krizové připravenosti, Zdravotnické záchranné službě hlavního města Prahy pilotní projekt k realizaci s názvem „Poskytování preventivní psychosociální péče zaměstnancům ZZS HMP psychosociální intervenční skupinou“. V tomto projektu, který je určen pro všechny zaměstnance ZZS HMP –

ÚSZS, jde o prevenci akutní reakce na stres, posttraumatické stresové reakce, syndromu vyhoření a prevenci vyčerpání vlastních sil při řešení mimořádné události. Projekt byl zadán jako reakce na návrh zákona o záchranné službě v „§ 13 o zajišťování psychosociální intervenční služby pracovníkům ZZS a pro obyvatelstvo v případě mimořádné události a krizové situace.“ V rámci projektu proběhl kurz CISM, který připravil peery (osoby, většinou záchranáři, kteří jsou vyškoleni na poskytování první psychické pomoci kolegům) k poskytování psychosociální intervenční péče (Šeblová, 2009). V roce 2009 vznikla při odboru krizové připravenosti Ministerstva zdravotnictví pracovní skupina pro budování systému krizové intervence s cílem vytvořit metodické postupy této činnosti – Psychosociální intervenční služba – PIS. Tato služba má zajistit podmínky poskytování péče plošně v celé České republice. V současné době probíhá akreditovaný kurz, který pořádá NCO NZO Brno, kde jsou vyškoleni peerové z řad lékařů a záchranářů, kteří jsou schopni poskytnout psychosociální intervenci, a to jak ve spolupráci s psychologem tak samostatně. Na tento kurz pak navazují pracovní konference absolventů CISM (Vostál, 2010).

6.1.4 Techniky krizové intervence

Pro předcházení syndromu vyhoření a psychickému vyčerpání záchranářů je potřeba, aby měli možnost obrátit se bez pocitů selhání nebo viny na zkušený tým odborníků na duševní zdraví a peerů, vycvičených v poskytování první psychologické péče v rámci debriefingu nebo defusingu. Všichni by měli vědět, že je to standardní způsob zpracování náročných zážitků, který jim pomůže začlenit traumatizující zkušenost do své osobní historie. I hrůznou událost pak mohou vnímat jako součást svého života a budou schopni dále fungovat, zachraňovat a neopustit tak povolání, které mají rádi.

6.1.4.1 Podpora na místě události

Jde o krátkou, praktickou podporu určená jen k omezení působení stresu na místě události. Úkolem je stabilizace situace a chránit, mobilizovat zdroje, které by byly k dispozici osobám v ohrožení. Co nejrychleji obnovit fungování záchranáře.

6.1.4.2 Demobilizace

Úsporný zásah, jejímž cílem je vypnutí tzv. automatického pilota pracovníků na konci náročné směny nebo během rozsáhlých dlouhodobějších katastrof. Odcházející směna pra-

covníků se shromáždí, dostane se jim krátké, zhruba 10 minutové informace, a následuje asi 20 minutový odpočinek a relaxace.

6.1.4.3 *Debriefing*

Nejčastěji využívaná psychologická metoda v oblasti duševního zdraví, proto se jí věnují nejobsáhleji. Na počátku metod defusingu a debriefingu bylo v osmdesátých letech zjištění, že oběti katastrof jsou zaskočeny svými vlastními pocity, které do té doby nepoznaly. Mnozí pociťovaly stud, strach a reakcemi blízkého okolí byli ještě více zahanbováni. Ztráceli se lidem, kteří nic podobného neprožili. Dalším důvodem k vytvoření těchto technik dle Vodáčkové (2002) byla obava o výkonnost a duševní pohodu záchranářů. „*Debriefing je odborná institucionální kvalifikovaná pomoc v podobě specifického vedení rozhovoru po traumatické události eliminující rizika možné psychologizace nebo psychiatrizace v důsledku prožité traumatické události a jako prevence vzniku PTSD*“ (Vykopalová, 2000, s. 75). Dle Vodáčkové (2002) se debriefing doporučuje provádět s časovým odstupem asi 48h po události. Hranice dokdy nejpozději debriefing provádět, není stanovena, výsledky přináší debriefing i po měsících od události, pokud se zasažení jedinci neměli možnost o svoje zážitky s traumatem podělit. Debriefing může být individuální nebo skupinový. Svou stavbou umožňuje, aby zasažený sestoupil do zmatků svých vlastních reakcí a pocitů a zase se vrátil k jejich rozumovému zpracování, které ho vybavuje silami do budoucna. Emoce se obvykle projeví jako doprovod rozumového vyprávění. Osa debriefingu umožňuje se v pocitech neztratit (Vodáčková, 2002). Podstatné je uvědomit si, že na sezení podobného typu nepřicházejí klienti psychologických poraden s nějakou definovatelnou psychopatologickou diagnózou, ale profesionálové, byť po určitém stresujícím zásahu, často mnozí z nich s pocitem, co to zas na ně nadřizení vymysleli. V procesu se pracuje se vzpomínkami na nepříjemnou událost, s prožitky a myšlenkami, které vzpomínky vyvolávají. Cílem je, aby účastníci mluvili o svých reakcích, učili se navzájem, a aby přijali fakt, že to, co zažívají, je přirozená reakce na situaci, která překračuje běžnou zkušenost. Důležité je, aby se účastníci naučili sdílet zážitky a přijímat své vlastní reakce a rozumět sobě i reakcím okolí. Debriefing se zaměřuje na posilování zdravých coping strategií, na snižování hladiny stresu, podporuje proces zpracování mimořádných událostí, posiluje schopnost sdílení těžkých zážitků, zvyšuje týmovou sounáležitost a podporu. Má stabilizovat situaci a hlavně mobilizovat vlastní zdroje tak, aby pracovník byl schopen co nejdříve normálně fungovat.

Rozhovor mezi kolegy o mimořádné události či společný zpětný rozbor náročné situace může dát všem důležitý pocit sdílení, podpory, jistoty i důvěry. Pro debriefing platí určitá základní pravidla. Jedná se o strukturovanou řízenou diskuzi spojenou s edukací. Zúčastnit se ho mohou pouze lidé, kteří byli přítomni zásahu, o který jde, i když míra účasti může být u jednotlivých pracovníků odlišná. Někdy se účastní i dispečerky, které často špatně snášejí pocit, že nemohou pomoci na místě zásahu. Důležitá je i úprava místnosti. Je-li to možné, měli by všichni sedět v kruhu, na stejné úrovni s týmem, který provádí debriefing. Debriefing by měli vést nejméně dva lidé, je-li skupina více než dvanáctičlenná, pak více. Někdy je nutné si vzít jednoho či dva pracovníky stranou k osobní konzultaci. Důležitá je i tzv. řeč těla – jestliže ti, kteří provádí debriefing, nebudou působit přátelským, vstřícným dojmem, sezení se zablokuje. Když je ve skupině nadřízený, musí skupina s jeho účastí souhlasit. Pokud nesouhlasí, je poskytnut nadřízenému individuální debriefing. Při sezení jde v podstatě o „skládání puzzlí“ celé události. Důležité je poskládat do uceleného obrazu – neboť to co se nám uzavře, může odplynout. Vedoucí debriefingu je vždy odborník na duševní zdraví a má k sobě peera (počet peerů podle počtu klientů)

Fáze debriefingu

Fáze debriefingu se skládají z úvodu, fáze faktů, fáze myšlenek, reakcí, symptomů, učení a zakončení (Šeblová 2004).

Úvod

Když se všichni usadí, vedoucí debriefingu se představí, vysvětlí pravidla, seznámí účastníky s cílem sezení. A zdůrazní pravidlo mlčenlivosti. Vše, co bude řečeno, je důvěrné, účastníci jsou požádáni, aby setrvali až do konce, nikdo není nucen mluvit, ale každý má hovořit pouze sám za sebe. Není to vyšetřování, účastníci ani tým nevyslovují žádné soudy, každý je roven druhému, postavení ani služební věk nehrají žádnou roli.

Fáze faktů (hledání faktů)

Obvykle je užitečné poprosit hovořící osobu, aby se představila a popsala, jaké byly její povinnosti při zásahu. Tato fáze začíná vyprávěním osobního příběhu. Vedoucí debriefingu klade otázky typu: „Co se stalo?“, „Jaká byla vaše reakce na místě zásahu?“, „Co jste měl za úkol při zásahu?“ Vedoucí sezení se ptá, co který ze zúčastněných cítil a co dělal. Někdy je nutné použít některé z povzbuzujících frází, například: „Řekněte mi o tom více!“, nebo „Co to pro vás znamenalo?“. Ale hlavní úlohou týmu je naslouchat.

Tato fáze, jak uvádí Šeblová (2002), skutečně vyžaduje „aktivní naslouchání“, to znamená věnovat pozornost obsahu a pocitům, které zde byly vysloveny. Někdy musí naslouchající hovořícího povzbudit, opakovat jeho slova, shrnout vyslovené, aby bylo zřejmé, že skutečně vše pochopil. Toto je základem, a proto by lidé, kteří nemají schopnost empatie nebo sami hovoří příliš, nikdy neměli debriefing vést!

Fáze myšlenek – přechod z kognitivní do emocionální úrovně

Co byla první myšlenka zasaženého, když se „to“ stalo, jaké myšlenky mu během akce šly hlavou, co ho napadalo potom?

Otázky: „Co bylo vaší první myšlenkou po vypnutí „automatického pilota““?

Fáze reakcí

V této fázi se řeší, co byla pro účastníka nejhorší zkušenost při zásahu, kterou sekvenci události by z paměti nejráději vymazali

Otázky: „Co bylo pro vás na celé události nejhorší?“ („Co byste z filmu vystříhal?“)

Fáze symptomů

Shrnutí stresových projevů při zásahu a po něm. „Jaké to bylo po návratu na základnu?“, „Po návratu domů?“ Zde je důležité vysvětlit, že jelikož stres je normální součástí života, reakce na stres jsou též normální. Mnoha lidem opravdu pomůže, když zjistí, že s těmito reakcemi nejsou sami. Zdůraznit, že nejlepší léčbou stresu po traumatizujících zážitcích je hovořit o nich s někým tak, jak se to děje na sezeních debriefingu.

Fáze učení

Zabývá se hlavními stresovými projevy a učí účastníky způsoby, jak s nimi zacházet. Pokrývá základní techniky vypořádání se se stresem

Fáze zakončení

Konec sezení, dohoda, co bude dál.

Poslední otázka je pro všechny stejná: „Co budete dělat, až přijde další tíšňová výzva?“ Slouží ke cti pracovníkům, že téměř všichni vždy odpovídají, že vyjedou a budou dělat svou práci. Poté poděkovat všem za účast, za jejich otevřenost a upřímnost, nabídnutí další pomoci i individuální, poděkování, znova ujištění o diskrétnosti, pohoštění.

To nejtěžší, co musí odborník na duševní zdraví nebo vyškolený peer zvládnout při krizové intervenci a co obvykle nezvládá laická pomoc, je pocit vlastní bezmocnosti způsobit změnu v klientově životě nebo v jeho přáních. Při práci se zasaženými se vytváří prostor pro to,

aby ke změně mohlo dojít. Ten, kdo poskytuje intervenci, není nikdy tím, kdo změnu způsobí. Úkolem vedoucího debriefingu je provést klienta problémem, aby řešení našel sám. Změna, která nevychází z hloubi člověka, totiž nemá nikdy dlouhého trvání. Vedoucí debriefingu neradí, nepoučuje, nepoužívá klišé, nikdy neříká: „Já vím, jak se cítíte“. Věnuje také pozornost těm, kteří nemluví, nebo kteří u zásahu byli a nepřišli na debriefing a ověří si, že jsou s někým v kontaktu.

6.1.4.4 Defusing

Defusing je kratší verzí debriefingu, odehrává se bezprostředně po události (debriefing s latencí 24 hodin až do týdne po události). Je to spontánní rozhovor, zbavení se přílišného napětí a výbušnosti, praktikovaného v malých skupinách do 12 hodin po prožití události. Vede zkušený peer. Počet peerů je daný podle počtu pracovníků (1 peer na 1-2 lidí).

6.1.5 Peer

Anglicky peer znamená rovný, druh. Peer je osoba vyškolená pro první psychickou pomoc kolegům. Může jím být zdravotník, hasič, policista nebo voják. Podstatou je, aby peer byl ze stejného oboru jako skupina účastníků a mohl s nimi sdílet vlastní zkušenost a dodávat podporu a povzbuzení, vyplývající ze své praxe. V resortu zdravotnictví musí peer splňovat potřebné vzdělání absolvováním certifikovaného výcviku v rámci Národního centra ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (dále jen NCO NZO) Brno, který současné době probíhá. Nebo musí mít peer kurz CISM či na základě již proběhlého peer výcviku v rámci HZS. Na tyto kurz pak navazují pracovní konference absolventů CISM.

Absolvent Peer programu péče a podpory zdravotnickým pracovníkům probíhajícím na NCO NZO Brno by měl umět poskytovat specifickou kolegiální peer podporu zdravotnickým pracovníkům pracujících v náročných zdravotnických profesích, kteří prošli mimořádnou událostí. Absolvent by měl dále zkušeně vést preventivní programy zaměřené na zvládání zátěžových situací ve zdravotnictví, umět komunikovat a řešit problémy s jednotlivci i se skupinou, ovládat a používá poznatky z krizového řízení a připravenosti ve zdravotnictví. V neposlední řadě by měl vyškolený peer prezentovat programy psychosociální péče mezi zdravotnickými pracovníky. Dle Šeblové (2009) je síť peerů na dobrovolnické bázi nezbytným předpokladem rozvoje psychosociální péče, neboť jejich úloha je velmi významná. Dalším důležitým předpokladem je spolupráce s „odborníky na duševní

zdraví“ – může to být psycholog, psychiatr, ale i pedagog nebo sociální pracovník, podstatný je formalizovaný výcvik v technikách krizové intervence a znalost prostředí a specifik profese, které se určitá služba poskytuje. Peer není psycholog ani psychiatr, ale kolega, který má podobné zážitky a zkušenosti jako ostatní členové týmu, je proškolený pro poskytování podpory po prožití náročné situace, nehodnotí, nekritizuje, neradí. Především aktivně naslouchá a podporuje. Diskrétnost je samozřejmostí. Peer musí být empatický, mít trochu drzosti (aby se nebál druhého oslovit), měl by dbát o své „dobré jméno“ ve společnosti. A hlavně musí vědět, proč pomáhá, kdy pomáhá a za jakých podmínek. Peer nejenom pracuje s klientem, ale musí také pečovat sám o sebe. Oboje je velmi namáhavé a oboje je spolu provázané. Všechno souvisí se vším. Musí vědět, kde jsou hranice pomáhání - ať už směrem k samotnému klientovi, tak ve vztahu sama k sobě. Znat své hranice, kam až se může odvážit v pomáhání, a kde už jeho síly nestačí (odborně), ale i ve smyslu, aby sám peer se nevystavil nebezpečí vyčerpání pro druhé - což je kontraproduktivní. Pakliže peer bude totálně na dně, nemůže nikomu dalšímu pomoci. Musí mít na paměti, že pomáhání pomáhá. Vědět, proč peer dělá, co dělá - za jakým účelem a být si jist v tom co dělá a jakým způsobem to dělá. Peer by měl mít dostatek sebevědomí, aby si byl jist sám sebou. Čehož je možné dosáhnout pílí na sobě - vzděláváním se (teoretickým i praktickým).

I. PRAKTICKÁ ČÁST

7 VÝZKUM

7.1 Výzkumný problém

Utváření výzkumného problému a otázek s ním souvisejících se postupně formoval během let mé praxe na záchranné službě. Vůbec první zmínku o psychosociální péči pro záchranáře jsem slyšela na semináři Zlínské dny přednemocniční neodkladné péče 2009, kde měl na toto téma velmi poutavou přednášku psycholog Záchrané služby Moravskoslezského kraje. Již dříve jsem se zamýšlela nad tím, že tento článek u zdravotnických záchranářů chybí. Pokud se totiž s traumatizujícími zážitky nepracuje, postupně se hromadí, kumulují a ukládají se hluboko v naší mysli. Čekají jen na svou příležitost, aby nás v tu nejnevhodnější dobu ochromily a vyřadily z provozu. Je jednoduché vzít si prášek na spaní, zajít se opít a rozpustit stres v alkoholu. Ale možná je to ta správná chvíle něco změnit.

Problematika psychosociální péče u záchranářů mě natolik oslovila, že jsem se rozhodla ji zpracovat do bakalářské práce. Jelikož je to poměrně mladá záležitost, zajímalo mě, jak se k této pomoci staví samotní záchranáři. Rozhodla jsem se tedy oslovit své kolegy a zjistit jejich postoje, názory a zkušenosti s psychosociální péčí. Jestli ji oni sami vnímají jako přínosnou. Také je předmětem diskuzí, jestli má být peerem kolega ze stejného pracoviště nebo člověk odjinud – cizí, který zasaženého záchranáře vůbec nezná.

Proto hlavní výzkumná otázka, na kterou hledám odpověď, zní: *„Jak vnímají potřebnost psychosociální péče zdravotničtí záchranáři?“*

7.2 Cíle výzkumu

Jako obecný výzkumný cíl jsem si vymezila zjistit, jaké mají zdravotničtí záchranáři negativní zážitky a zkušenosti ze své letité praxe a jak pod vlivem zkušeností vnímají potřebnost psychosociální péče.

Stanovila jsem si tyto dílčí cíle:

1. Zjistit, jak zdravotničtí záchranáři vnímají svou profesi po letech.
2. Popsat, jaký je dopad náročné profese na jejich osobní život.
3. Pojmenovat nejvíce stresující profesní situace zdravotnických záchranářů.

4. Zmapovat informace zdravotnických záchranářů o psychosociální péči a zkušenost s ní.
5. Pokud by byl zjištěn negativní přístup k psychosociální péči, navrhnout jak s ním pracovat.

7.3 Výzkumné otázky

„Způsob, jakým si badatel klade výzkumnou otázku, je velmi důležitý, protože do značné míry určuje výzkumné metody“ (Strauss, Corbinová, 1999, s. 23).

Cíl a výzkumná otázka totiž určují směr celého významu výzkumné práce, která samozřejmě nemůže být samoučelná.

Hlavní výzkumná otázka zní: *„Jak vnímají potřebnost psychosociální péče zdravotničtí záchranáři?“*

Dílní výzkumné otázky jsou formulovány tak, aby zaznamenaly průběh pracovních let záchranářů, od výběru profese až po současný stav. Přišlo mně důležité zeptat se, proč si tuto profesi respondenti vybrali a jak ji vnímají po letech. Abych se mohla dotazovat na potřebnost psychosociální péče, bylo nutné zjistit, s jakými zátěžovými situacemi se setkávají v průběhu výkonu profese a jak je tyto nepříjemné situace ovlivňují.

Ve svém výzkumu jsem tedy hledala odpověď na tyto otázky:

1. Proč se zdravotničtí záchranáři rozhodli právě pro tuto profesi?
2. Jak vnímají zdravotničtí záchranáři svou profesi po letech praxe?
3. Které situace ve své profesi vnímají jako nejvíce zátěžové?
4. Ovlivňuje profese jejich soukromý život?
5. Jaké mají kompenzační mechanismy pracovní zátěže?
6. Jak dlouho a odkud ví záchranáři o psychosociální péči?
7. Jaké mají záchranáři informace o psychosociální péči?
8. A: Byla záchranářům již tato péče nabídnuta? V případě, že by jim psychosociální péče byla nabídnuta, využili by jí?

B: Za jakých okolností byla psychosociální péče záchranářům nabídnuta a kdo jim pomoc nabídnul?

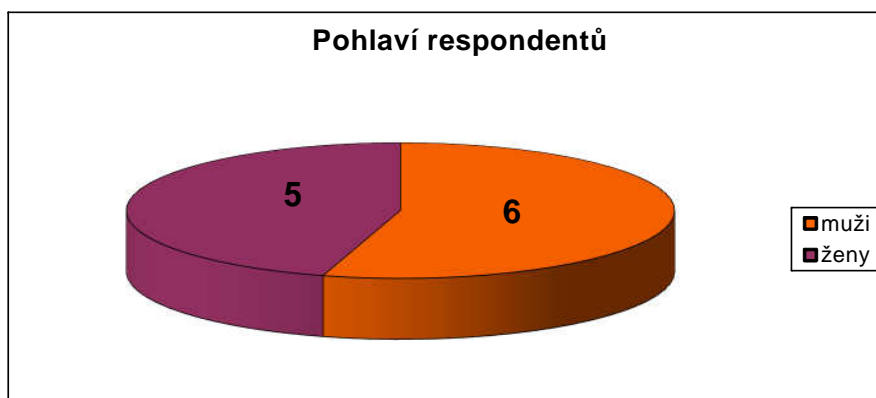
9. Hodnotí záchranáři intervenci jako přínosnou a dostatečnou?
10. Jak by měla psychosociální péče vypadat, aby ji využili i záchranáři s odmítavým postojem?
11. Měla by být psychosociální péče povinná nebo dobrovolná?
12. Měl by být peer kolega nebo cizí člověk?

7.4 Výzkumný vzorek

Při výběru výzkumného vzorku jsem použila metodu prostého záměrného účelového výběru. Tato metoda spočívá ve vybírání mezi potenciálními účastníky výzkumu toho, kdo s výzkumnou účastí souhlasí a zároveň je pro ni vhodný.

Je třeba uvést, že výzkumný vzorek tvořily dvě skupiny. Do první skupiny patří záchranáři, kteří již s psychosociální péčí mají zkušenost a do druhé skupiny naopak záchranáři, kteří tuto zkušenost nemají. Každá skupina je z jiného pracoviště, kde se s nimi jinak pracuje. Výzkumný vzorek tvořilo 11 respondentů pro rozhovor z toho 6 mužů a 5 žen. (Graf 1.) Vzorek doplnil 1 respondent pro kazuistiku. Pro moji práci bylo důležité, aby dotazovaní měli co nejvíce zkušeností ze své profese, proto jsem si vybírala zdravotnické záchranáře s minimální praxí 10 let.

Graf č. 1: Pohlaví respondentů



7.5 Metody výzkumu

Vzhledem ke zvolenému cíli a výzkumným otázkám jsem zvolila kvalitativní druh výzkumu, jehož posláním je, jak uvádí Disman (2002, s. 289) „porozumění lidem v sociálních situacích“. Tato metoda je podle mě pro sběr dat k tomuto tématu nejvhodnější, neboť tímto způsobem umožňuje respondentům otevřít se a vyjádřit své subjektivní pocity. Na rozdíl od kvantitativního výzkumu jde kvalitativní výzkum zkoumat do hloubky, což bylo hlavním předmětem mého zájmu. *Kvalitativní metody se užívají k odhalení a porozumění tomu, co je podstatou jevů, o kterých toho ještě moc nevíme. Mohou také být použity k získání nových a neotřelých názorů na jevy, o nichž už něco víme. V neposlední řadě mohou kvalitativní metody pomoci získat detailní informace, které se kvantitativními metodami obtížně podchycují* (Straus, Corbinová, 1999, s.11).

7.5.1 Techniky sběru dat

„Výběr metod sběru dat se v procesu kvalitativního výzkumu nachází až po stanovení cílů výzkumu, definování konceptuálního rámce, definování výzkumných otázek“ (Švaříček, Šedřová, 2007, s. 142).

Mezi nejběžnější techniky sběru dat v kvalitativním výzkumu patří rozhovor.

Já jsem se rozhodla ve své práci využít **rozhovoru polostrukturovaného**, který je jedním ze dvou typů hloubkového rozhovoru. Rozhodla jsem se pro něj z důvodu, že dával prostor mně i respondentovi ujasnit si nepřesné údaje, které by mohly být později špatně vyloženy, a také například přemýšlet nahlas.

Švaříček (2007) jej definuje jako nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu zpravidla jedním badatelem pomocí několika otevřených otázek. Prostřednictvím hloubkového rozhovoru jsou tedy zkoumáni členové určitého prostředí, určité specifické sociální skupiny s cílem získat stejné pochopení jednání událostí, jakým disponují členové dané skupiny. Pomocí otevřených otázek může badatel porozumět pohledu jiných lidí, aniž by pohled omezoval pomocí výběru položek v dotazníku. Hloubkový rozhovor umožňuje zachytit výpovědi a slova v jejich přirozené podobě, což je jeden ze základních principů kvalitativního výzkumu.

Rozhovory jsem doplnila kazuistikou pro jasnější uvedení do problému.

7.5.2 Technika analyzování dat

Barvení textu

Pro analýzu bylo použito dle Miovského (2006) technika úprav a příprav dat **barvením textu**. Text je při tomto zpracování mnohem přehlednější. Jde o barevné označování pasáží v textu, které se týkají určitých tematických celků (které odpovídají základním výzkumným otázkám). Například každému z hlavních témat se přiřadí jedna barva a následně pročítá text a barvami označuje všechna místa, která se jednotlivých tematických oblastí týkají. Takto připravený text, zejména pokud se jedná o větší množství přepisů nebo větší rozsah původních dokumentů, usnadňuje orientaci a urychluje analýzu.

Kódování

Kódování obecně představuje operace, pomocí nichž jsou údaje rozebrány, konceptualizovány a složeny novým způsobem. „*V obecném významu stojí na začátku procesu zpracování a třídění dat. Kódování je procesem, v němž neagregovaná data (prvotní, autentickou podobu záznamu dat) převádíme do datových segmentů (jednotek), s nimiž je možné dále pracovat. V tomto procesu identifikujeme nebo přiřazujeme těmto segmentům názvy*“

(Miovský, 2006, s. 211).

Kazuistika

Pro lepší ilustraci výzkumného problému byla použita forma jednopřípadové studie, která je dle Miovského (2006) nejjednodušším příkladem případové studie. Její nejznámější a nejvíce frekventovanou formou je kazuistika. Jedná se o podrobnou studii jedné osoby, kdy se zaměřujeme na různé oblasti jejího života a snažíme se sestavit celkový obraz daného případu v co nejširších souvislostech tak, aby tento obraz byl strukturován výzkumnou otázkou a cílem.

8 ANALYTICKÁ ČÁST

8.1 Průběh výzkumu

V první fázi jsem provedla předvýzkumný rozhovor s kolegou záchranářem, o kterém jsem věděla, že již má zkušenost s psychosociální pomocí. Tento rozhovor mi měl ujasnit výzkumný problém a cíl výzkumu. Také mi pomohl formulovat otázky pro polostrukturovaný rozhovor s respondenty.

V dalším plánu bylo získat data od respondentů pomocí audiozáznamu. Dotazovaní byli seznámeni s účelem výzkumu a ubezpečeni o veškeré anonymitě údajů, které byly prostřednictvím rozhovoru získány. Všichni oslovení s rozhovorem pro výzkumné účely souhlasili, na diktafon vzhledem k citlivosti informací však někteří odpovídat odmítli. Tato skutečnost byla respektována, a proto byly pouze 4 rozhovory zaznamenány na diktafon a pro zbývajících 7 rozhovorů byl tedy zvolen záznam rozhovoru na záznamový arch, který se jevil dotazovaným jako anonymnější.

Termín a místo rozhovorů si respondenti určili sami, všechny rozhovory se uskutečňovaly mimo jejich pracoviště, převážně v kavárnách. Rozhovory trvaly v délce 15 – 40 minut.

Poté došlo k přepisu rozhovorů. Díky přesnému přepisu sdělovaných informací byla uchována původní nasbíraná data. Při přepisu ze záznamového archu bylo nutné vzpomenout si na intonaci účastníka rozhovoru, na jeho zámlky, smích či ironii v hlase, na neverbální projevy.

Při přepisu dat byla použita technika zvaná anonymizace dat, která slouží k ochraně jmen účastníků a organizací, které respondenti nevědomě během rozhovorů používali. V průběhu výzkumu však vyvstaly další výzkumné otázky, zcela odlišné pro každou skupinu, proto jsou vyhodnocovány samostatně. Během vyhodnocování získaných dat vyplynuly ještě další otázky, na ty ale respondenti již odmítli odpovídat.

K přípravě analýzy dat byla použita technika barvení textu. Zabarvením textu vznikl přehledný materiál ke zpracování a interpretaci. Dále bylo použito ke zpracování a interpretaci dat kódování. Získané informace jsou zaznamenány do grafu a pojmových map.

8.2 Zpracování a interpretace dat

Jako úvod k tématu uvádím krátkou kazuistiku. Je to jeden z mnoha příběhů ze života zdravotnických záchranářů.

8.2.1 Kazuistika

Paní A., věk 36 let. Je rozvedená, bezdětná. Ve zdravotnictví pracuje celkem 17 let: 7 let na oddělení ARO a 10 let jako zdravotnický záchranář. Při zaměstnání vystudovala vysokou školu – bakaláře v oboru všeobecná sestra. Pro okolí byla vzorem zdravotní sestry.

Již od dětství chtěla pracovat ve zdravotnictví, byla aktivní členkou Českého červeného kříže, takže výběr střední školy byl jasný. Ihned po maturitě nastoupila na oddělení ARO, kde byla maximálně spokojena, ale stále pokukovala po kolezích ze záchranné služby. Když se tedy na záchranné službě uvolnilo místo, s rozhodováním neváhala a s velkým nadšením nastoupila

Zpočátku se jí takzvané těžké výjezdy vyhýbaly, ale pak měla období jednoho "špatného" výjezdu za druhým. V práci se snažila vypadat vyrovnaně, aby si kolegové nedomýšleli, že je slaboch a že to moc prožívá. O to víc své pocity a emoce ventilovala po příchodu domů. Všechny nehezké zážitky z výjezdu rozebírala se svým manželem, který neměl pro tyto výlevy moc pochopení. Byl z jiného oboru a záchranářství nerozuměl. Navíc neměl zdravotnické prostředí příliš v lásce a historky z výjezdů mu fyzicky nedělaly dobře. Pracovní témata, stejně jako 12-ti hodinové směny o víkendech i ve svátek a směny noční, byly častou příčinou manželské hádky. Po čase následoval rozvod. Jednou z hlavních příčin rozvodu bylo právě zaměstnání paní A.

Pak přišel zlom - zásah u autonehody s tragickými následky pro dospělé i dětské pasažéry. Jakákoliv psychosociální pomoc záchranářům v té době neexistovala, následkem tohoto traumatu paní A. okamžitě ukončila na záchranné službě pracovní poměr. Jinak se s tímto zážitkem nedovedla vyrovnat. Bylo pro ni v té době nepředstavitelné, že by ještě někdy sedla do sanitky.

Pak paní A. pracovala jako zdravotní sestra u zubaře, aby měla klid. Ale po čase se jí začalo stýskat po akutní medicíně a znova se vrátila do výjezdových skupin. Minulé negativní zkušenosti v sobě potlačila natolik, že se z ní spíše stala postupem času „ledová královna“. Po deseti letech "vykazovala" snad všechny známky syndromu vyhoření. Byl jí několikrát

nabídnut individuální debriefing, ale odmítla. Poslední rok zůstávala v tomto zaměstnání pouze kvůli dobrému finančnímu ohodnocení. Situaci vyřešila opět odchodem, ale tentokrát pryč ze zdravotnictví, do jiného oboru.

8.2.2 Polostrukturovaný rozhovor

Na základě analýzy odpovědí z polostrukturovaného rozhovoru byly vyhodnoceny odpovědi na výzkumné otázky. Jak je již výše uvedeno, data byla získávána od dvou skupin záchranářů, pro lepší orientaci je skupina zdravotnických záchranářů, kteří nemají zkušenost s psychosociální péčí, označena písmenem N (nemají). Druhá skupina dotazovaných, zdravotničtí záchranáři, kteří zkušenost již mají, byla označena písmenem M (mají). Respondenty označuji v analýze výzkumu písmenem R a číslem, které jsem jim náhodně přiřadila.

Záchranáři skupiny N mají čísla R1- R6 a záchranáři skupiny M mají čísla R7-R11.

8.3 Analýza výzkumu

V této části bych chtěla prezentovat abstrahované kategorie, které vyplynuly z analyzovaných rozhovorů:

8.3.1 Důvod výběru povolání zdravotnického záchranáře

- Pomoc lidem
- Pestrost práce, akčnost
- Vzor zdravotníka / záchranáře
- Jen příležitost změnit dosavadní nevyhovující zaměstnání
- Lepší finanční ohodnocení

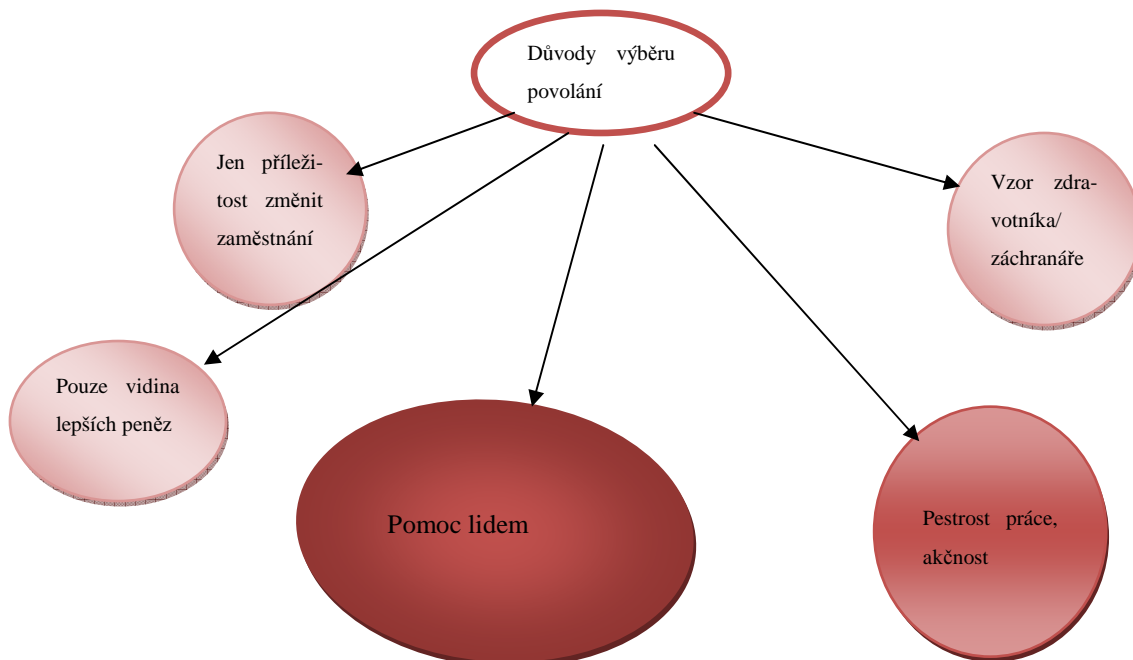
Výzkumná otázka č. 1 zněla: „Proč se zdravotničtí záchranáři rozhodli právě pro tuto profesi?“

Největší část respondentů (všichni ze skupiny M a polovina skupiny N) vedla k výběru povolání touha pomáhat lidem v krizových situacích a záchrana lidských životů. Například respondent **R4** uvádí: „Chtěl jsem pomáhat lidem v první linii.“ Podobné důvody výběru povolání měla i respondentka **R3**: „Vždycky jsem chtěla dělat akutní medicínu.“ I další

odpovědi jsou obdobné. **R6:** „*Chtěl jsem pomáhat lidem, být užitečný, být akční.*“, **R8:** „*Zdravotnictví mě vždycky lákalo jakýmsi tajemnem a práce záchranné služby fascinovala. Asi i touha zachránit, když jde o život.*“ **R9:** „*Možnost pomáhat lidem v kritických situacích, akční prvek povolání, různorodost.*“ **R11:** „*Záliba ve zdravotnictví od dětství, potřeba pomáhat lidem.*“ Další pozitivní, ale již méně zastoupené důvody výběru byly, že pro dotazované byli v dětství záchranáři a zdravotníci obecně velkým vzorem: **R7:** „*Pro profesi jsem se rozhodla na SZŠ, kdy spolupracovnice moji mámy, pracující na ARO, byla zároveň výjezdovou sestrou na záchrance. Její povídání o její práci bylo pro mne rozhodnutím.*“ Na záchranářské profesi dotazované také lákalo být akční a pestrost vykonávané práce, jak zmiňuje například respondent **R9** a **R10:** „*Akční prvek povolání, různorodost, pestrost práce, akčnost, zdravotnictví mě lákalo od mala.*“

Za méně pozitivní a hlavně z mého pohledu nevhodné důvody výběru povolání považuji ty, které se objevují u tří respondentů ve skupině N. V jejich případě byl důvod pracovat na záchranné službě pouze ten, že to byla možnost, jak změnit dosavadní neuspokojující zaměstnání a lepší finanční ohodnocení. Ilustrující je výrok respondentky **R1:** „*Přechod na rychlou byl v té době takový elegantní únik z ara. Už to tam prostě nebylo ono. Měla jsem pocit, že jsem tam dosáhla vrcholu, že už tam nebylo proč zůstat, co tam získat.*“ Velmi podobně odpověděla i respondentka **R5:** „*Chtěla jsem změnit pracovní místo a na ZZS jsem dostala nabídku.*“ Jako vůbec nejsmutnější se mi jeví odpověď respondenta **R2**, který uvádí: „*Ne z akčnosti, ale vidina lepších peněz.*“

Pojmová mapa č.1: Důvod výběru povolání zdravotnického záchranáře



8.3.2 Vnímání (pocity) profese po letech

Skupina N:

- Onuce, popelář, který vyklápí popelnice
- Jen výdělek na živobytí
- Rutina, stereotyp
- Profesní únava v důsledku vysokého počtu obyčejných výjezdů
- Stále stejně jako na počátku

Výzkumná otázka č.2: „*Jak vnímají zdravotničtí záchranáři svou profesi po letech praxe?*“

Pohled záchranářů na svou profesi po letech se různí. Převážná část záchranářů ze skupiny N vykazuje již známky syndromu vyhoření. Chodí do práce již jen kvůli zajímavému výdělků a klidu ve službě, pokud je málo výjezdů. Vyhoření je zřejmé hned z odpovědi respondentky **R1**, která před půl rokem odešla z výjezdových skupin na dispečink záchranné služby, protože už nemohla dál. „*Jsem tam přežívala nebo vyskytovala, dá se říct, chodila do práce prostě ne, že by to byla ztráta času, ale nenacházela jsem v tom smysl, pocit uspokojení žádný.*“ Nejvíce obtěžující byl pro ni zvyšující se počet výjezdů, které nejsou svým charakterem pro záchrannou službu. Své pocity přirovnávala k práci popeláře: „*Protože když to shrneš a podíváš se, k čemu jezdíš, je to, dá se říct, hrůza, to že jedeš k ožralcům, teďka bezdomovci přibyli, že, no a co, přijedeš, naložíš, odvezeš, žádná odborná práce, já jsem si začala připadat jak největší onuce, pomalu jsem to brala, jako když popeláři jezdí pro popelnice a vyklápí je, já už jsem tam pak opravdu chodila jen pro ty peníze a pro ten klid toho, že takovou práci už nikdy mít nebudu.*“ Podobné pocity má i respondentka **R3**, pro kterou je nárůst tzv. „obyčejných“ výjezdů nejvíce zatěžující při výkonu profese, cítí to tak, že se profese vyvíjí špatným směrem: „*Jdeme z kopce, protože jednak jsme byli mladí, byly nějaké ideály, že, ta situace byla jiná, všechno šlo dopředu, všechno se vyvíjelo, objevovaly se nové věci, směřovalo to k nějakému cíli, teď mám pocit, že po těch letech jsme už u cíle byli. Teď se mi nelíbí co se děje, ale spíše ze strany strukturální, jo, jak ten systém teď funguje. Čím dál víc to není využití pomoci, ale naprosto jasné zneužívání pomoci, je to problém populační, společenský, a to dřív nebyvalo, to zabíjí i ten*

profesní smysl, pro mě teda, to mě na tom vyčerpává nejvíc.“ Téměř stejně znějící odpovědi jsou i u respondentů **R2** a **R6**. Profese je i po letech baví stejně, už jen ale v okamžiku, kdy se něco děje. **R2**: *„Myslím, že pořád stejně, jen přibylo výjezdů – bohužel nyní je asi 80% obyčejných převozů a to mě nebaví, začíná to ztrácet smysl.“* **R6**: *„Baví mě to pořád, ale už jen, když se něco děje. V poslední době se jezdí převážně ke kravinám, lidé zneužívají záchranku, přibylo opilců, jsem otrávený, že dělám jen „převozovku“, ale pak přijde něco pořádného, a to mě zase nakopne.“* Profesní únava je znát i u respondenta **R4**: *„Asi mě to baví pořád stejně, já nejsem žádný akční hrdina, občas mě to nebaví, ale vyspím se z toho.“* Byla jsem překvapená, že ze skupiny N má po letech rád svou práci jako na začátku pouze jeden dotázaný: *„Pořád stejně. Je to nádherná práce, která má můj obdiv a uznání.“*

Skupina M:

- Pozitivnost, potřebnost, zajímavá práce
- Stále stejné uspokojení jako na začátku
- Normální zaměstnání s nedostatečným ohodnocením
- Profesní únava s myšlenkami na změnu zaměstnání

Skupina M vnímá převážně svou práci po letech velmi pozitivně. Ilustruji odpovědi:

R7: *„Pozitivně, jsem spokojená, moje profese mne baví a naplňuje.“* **R8**: *„Mám ji stále rád. Vidění věci se mi samozřejmě s lety dost změnilo, úvodní nadšení pominulo, ale stále si myslím, že dělat tuhle profesi stojí za to.“* **R9**: *„Vnímám ji stejně pozitivně jako na počátku kariéry.“* Respondent **R11** ji po letech vnímá taky jako stále potřebnou a zajímavou, ale cítí na sobě známky profesní únavy z rutinních výjezdů a jako živou vodu vnímá náročné výjezdy spojené s resuscitací a jiným ohrožením života pacientů. Tyto situace ho opět ujistí v tom, že má smysl tuto práci dělat: *„Stále jako potřebnou a velice zajímavou. Samozřejmě po 14 letech i často jako stereotypní s pocitem profesní únavy a myšlenkami na změnu profese. Na druhou stranu ale je to i živá voda do další práce, zajímavá resuscitace, exponované výjezdy mně i nakopávaly, že má život smysl, že má smysl ta práce, exponované výjezdy jsou paradoxně tím pro mě potřebným kořením mé práce, bez kterého bych už*

daleko dříve uvažoval o změně.“ Jen jeden ze záchranářů ze skupiny N je po letech ze své profese méně nadšený: **R10**: „*Nejsem natěšená na každý výjezd jako zpočátku. Už je to víc rutina. Práci vlastně vnímám jako normální zaměstnání, někdy fyzicky náročnější, nedostatečně placené.*“

8.3.3 Nejvíce zátěžové situace

- Úmrtí dětí a mladých lidí
- Těžké úrazy a nemoci dětí
- Nezaviněné tragédie
- Těžké dopravní nehody
- Úmrtí spolupracovníka
- Opilí pacienti
- Agresivní pacienti
- Bezmoc

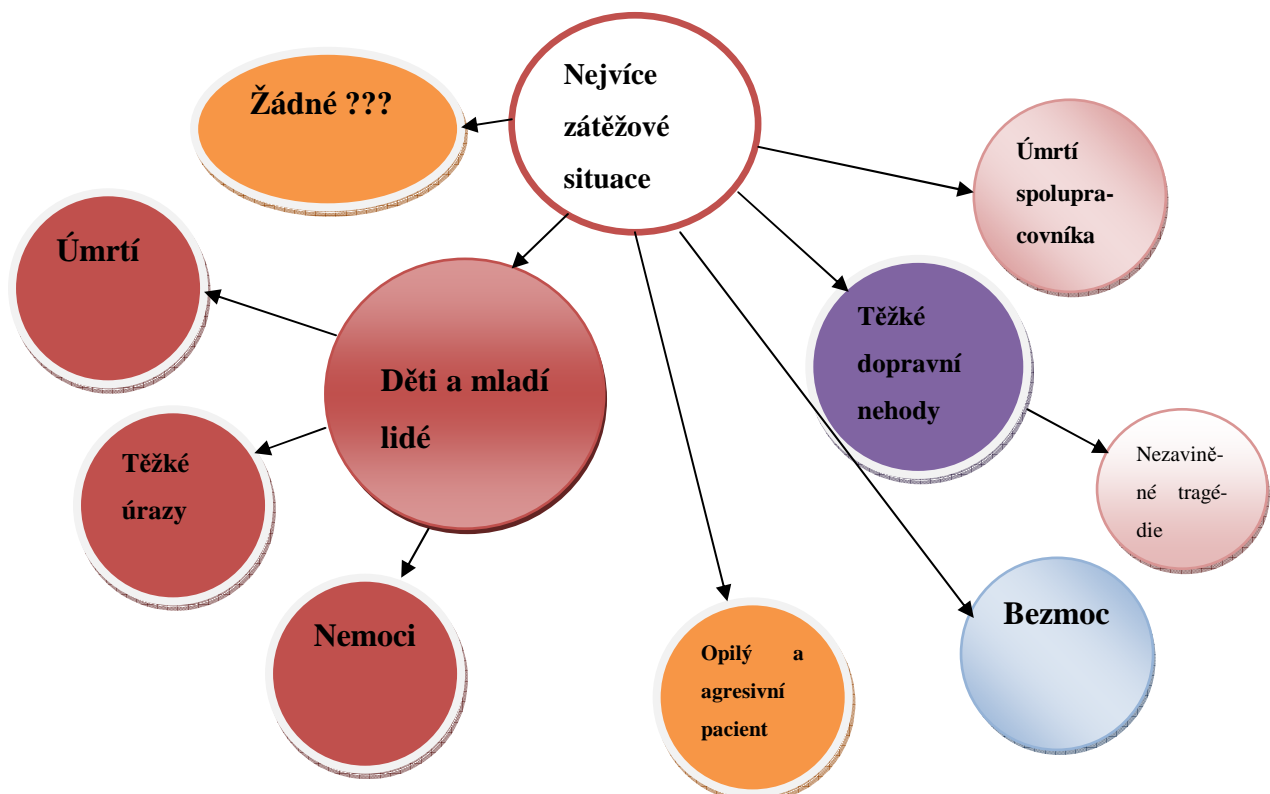
Výzkumná otázka č. 3: Které situace ve své profesi vnímají jako nejvíce zátěžové?

Ve skupině N se často objevuje popření jakýchkoliv stresujících situací v profesi, až po delším zamyšlení dodávají, že jsou to asi dětské pacienti. **R1**: „*Já to mám v sobě tak vysoko nastavené, že mně zle nedělá nic, ale kdybych se nad tím měla zamyslet, tak asi nejhorší ty děcka.*“ Respondent **R2** bere všechny zátěžové situace při své práci jako normální součást života: „*Nepamatuju se, že by mně něco vadilo nebo zlomilo, to je život, ale dobře mi asi nedělají děti.*“ Další respondent si vůbec nepřipouští, že by snad nějaké zátěžové situace existovaly, až po dlouhém zamyšlení si vzpomene na své malé děti: „*Asi nic, já to v sobě neřeším, je to rutina, ale no dobře, tak asi děti, určitě děti, sám mám 2 malé.*“ Respondenti **R3** a **R4** jednoznačně uvádí dětské pacienty: „*Pediatrické faly, ať je to cokoli, nehoda, febrilní křeče.*“ Také se v této skupině objevuje názor, že organizační problémy (zvyšující se kompetence, struktura) jsou více zatěžující než samotné faly na výjezdu: **R3**: „*Narůstající administrativa, zvyšující kompetence, vyšší odpovědnost, to je to, co mě otravuje a za-*

těžuje ještě víc než nějaký složitý výjezd.“ **R4:** „*Děti.*“ Respondentka **R5** považuje za nejvíce stresující situace, kdy nemůže pomoci a utěšit ty, kteří se spolu loučí: „*Všechny situace, kdy pláče dospělý člověk. Loučení partnerů, seniorů mi dokázalo nahnat slzy do očí nejdnou. Bezprostřední situace nabitá hysterií a strachem o nejbližší.*“

Dotazovaní záchranáři ze skupiny M uvádějí jako nejvíce zátěžové tyto situace: **R7:** „*Těžké dopravní nehody s více zraněnými, úmrtí malého dítěte, úmrtí spolupracovníka, výjezd k někomu z blízkých či známých.*“ **R8:** „*Náhlá úmrtí dětí s přítomností rodiny, potom také nehody s více oběťmi.*“ **R9:** „*Jednoznačně úmrtí dětí a mladých lidí z plného zdraví, náhle.*“ **R10:** „*Jako nejtěžší vnímám smrt dětí a nezaviněné tragédie. Kdy člověk je v nesprávnou dobu na nesprávném místě. Trochu jinak vnímám třeba vážný úraz nebo smrt z vyložené hlouposti.*“ Jako jediný dotazovaný uvádí jako zátěžový i kontakt s opilými a agresivními pacienty: „*Zátěžově ale vnímám i kontakt s opilci, nebo těmi, kteří se projeví agresivně. Několik kolegů již bylo napadeno i fyzicky.*“ **R11:** „*Konfrontace s těžce zraněnými či mrtvými dětmi, situace s převahou více zraněných, kde nejde pomoci hned najednou všem.*“

Pojmová mapa č. 2: Nejvíce zátěžové situace



8.3.4 Ovlivňování soukromého života profesí

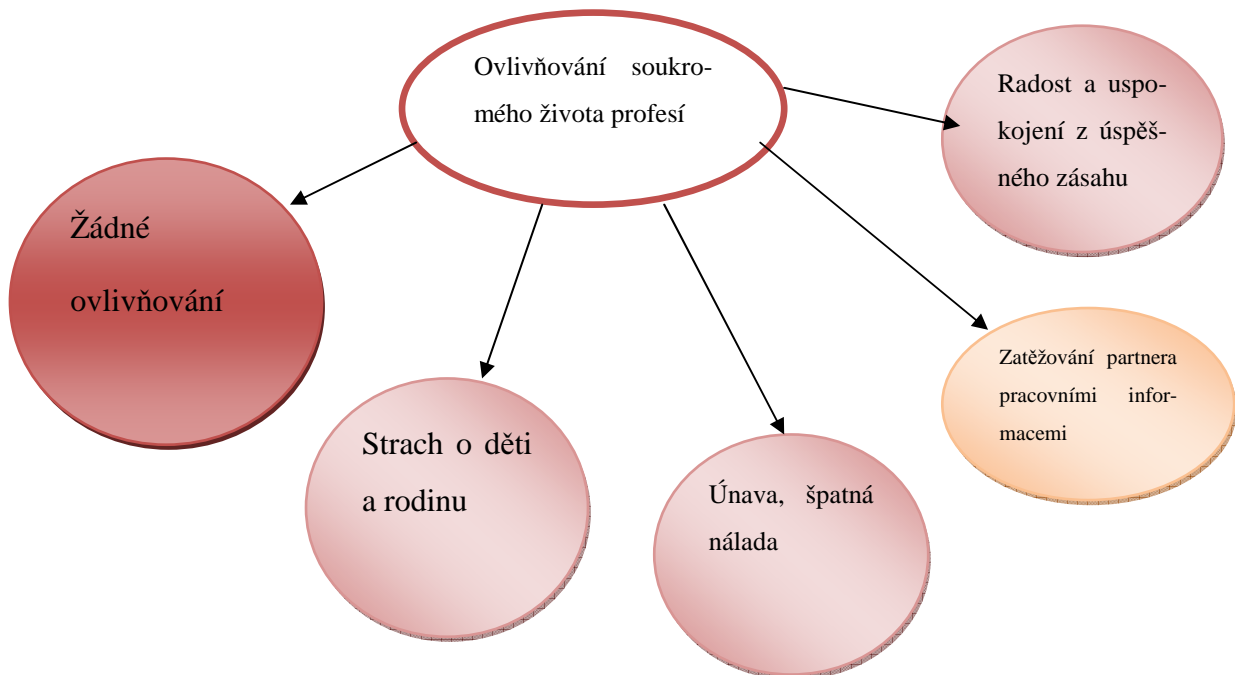
- Bez jakéhokoliv ovlivňování
- Strach o děti
- Strach o rodinu
- Nenálada, únava
- Zatěžování partnera informacemi z práce
- Podrážděnost
- Radost a uspokojení z úspěšného zásahu

Výzkumná otázka č. 4: Ovlivňuje profese jejich soukromý život?

Převážná část skupiny N vylučuje, že by profese jejich soukromý život nějakým způsobem ovlivňovala. Respondenka **R1** si vůbec nepřipouští, že si tzv. nosila práci domů, nebo se tím, co se během směny událo, nějak dál zabývala: „*Ne, vůbec ne. Já to úplně vyblokuju, já si to nenesu domů, já nad tím nepřemýšlím v autě, já už se snažím myslet na něco úplně jiného, já to tak nemám, abych nad tím bádala a já to hlavně ani nechci, nechápu, jak to může někdo nosit domů, jednou se nám to povede, jednou ne, vždyť jsme taky jenom lidi a máme na to právo, já to mám za ty roky tak nastavené, že já musím odejít s tím, že je konec (výjezdu) a já musím být schopna dál pracovat.*“ Respondenti **R2**, **R6** a **R4** odpovídají velmi podobně: **R2**: „*Ne, nikdy.*“ **R6**: „*Ne, vůbec.*“ **R. 4**: „*Vůbec, zavřu dveře a je to za mnou, nepřemýšlím nad tím, jestli jsem měl udělat něco jinak, v ten moment se rozhodnu tak, jak se rozhodnu, a hotovo.*“ Další dotazovaná vysvětluje, že se snaží doma po příchodu z práce nikoho neobtěžovat, ale drží to v sobě a pak samozřejmě její nejbližší na ní vidí, že není v pohodě: **R3**: „*Ovlivňuje v každém případě, no jasně, to se za tebou vleče, protože člověk se to snaží ustát, zavře ty dveře v té práci, což jako vždycky až tak úplně nejde. A nikdy neříkám, co se stalo, neřeším to, co bylo v práci, ale samozřejmě se musím přemáhat, samozřejmě je to na mně vidět a tím je to vyčerpávající, jo, že přijdeš domů a nechceš ty lidi s tím prudit.*“ A dodává, že sice nepříjemné zážitky a události s nikým nerozebírá, ale doma poučuje dítě, jak se má kde chovat a na co si dávat pozor: „*Událost samotná mě nemíjí, to tam samozřejmě je, já to nikde s nikým neprobírám, neřídím to, ale odráží se to na mě tím stylem, že přijdu domů a řeknu: Vždycky, když jdeš přes koleje, přes cestu se*

*zastavíš, rozhlídneš a teprve pak tam vstoupíš, atd., a dále ještě uvádí, že výjezdy ve snech se jí nikdy nevracely, ale občas si na ty nejexponovanější vzpomene, například když jede kolem místa události: „Situaci z výjezdů si v hlavě nepřehrávám, to ne, ale párkrát jsem si vzpomněla na to děcko na kolejích, ale ne, že by mě to budilo ze snu, jen že ta myšlenka proběhla nebo jak jedu kolem toho místa, kde se to stalo, nebrečím kvůli tomu, dá se s tím žít, ale vypustit úplně to nejde.“ Respondentka **R5** uvádí, že se snaží o to, aby oddělovala soukromý život od profesního, někdy to ale tak úplně nejde: „Ano, ovlivňují, přesto, že se mi téměř na 100 procent daří si práci domů nenosit. Než ukončím pracovní směnu, snažím se mít myšlenky v hlavě srovnané. Někdy o práci mluvím před partnerem, až je mu to nepříjemné.*

Skupina M se v této otázce jeví jako citlivější a všichni respondenti uvádí, že profese ovlivňuje jejich soukromý život. Mají větší strach o rodinu a děti. Ilustrují odpovědí **R11**: *„Nepřenášel jsem to do rodiny, snažil jsem se to nechávat v té práci, určitě ty náročné a zátěžové situace ovlivňují člověka v tom, že přemýšlí nad tím, co dělá, hlavně když přijdou děti, tak samozřejmě vidíš všude, co se těm dětem může stát, to znáš sama, ale nepouštěl jsem to tak daleko, že bych byl paranoidní a dětem všechno zakazoval.“* Další uvádí i únavu psychickou i fyzickou po náročném zásahu: **R7**: *„Asi ano, mám větší strach o svou rodinu, po každém náročném zásahu víc a víc, a taky únava po směně, kdy přijdu domů a nechci nikoho vidět.“* **R8**: *„Snažím se netahat práci domů, ale někdy to nejde, bývám unavený a podrážděný.“* V odpovědích se ale objevuje také velice zajímavý prvek, a tím je velká motivace k další práci, radost a uspokojení po úspěšném zásahu. **R10**: *„Ta únava po náročné službě, to bývám protivná, ale když se to povede, že někoho zachráníme, tak mám naopak radost, že má ta práce smysl.“*

Pojmová mapa č. 3: Ovlivňování soukromého života profesí**8.3.5 Kompenzační mechanismy**

- Sport
- Relaxace
- Kontakt s rodinou
- Fyzická práce
- Debata s kolegy, kamarády (pracovní / nepracovní témata)
- Alkohol
- Dobré jídlo a káva

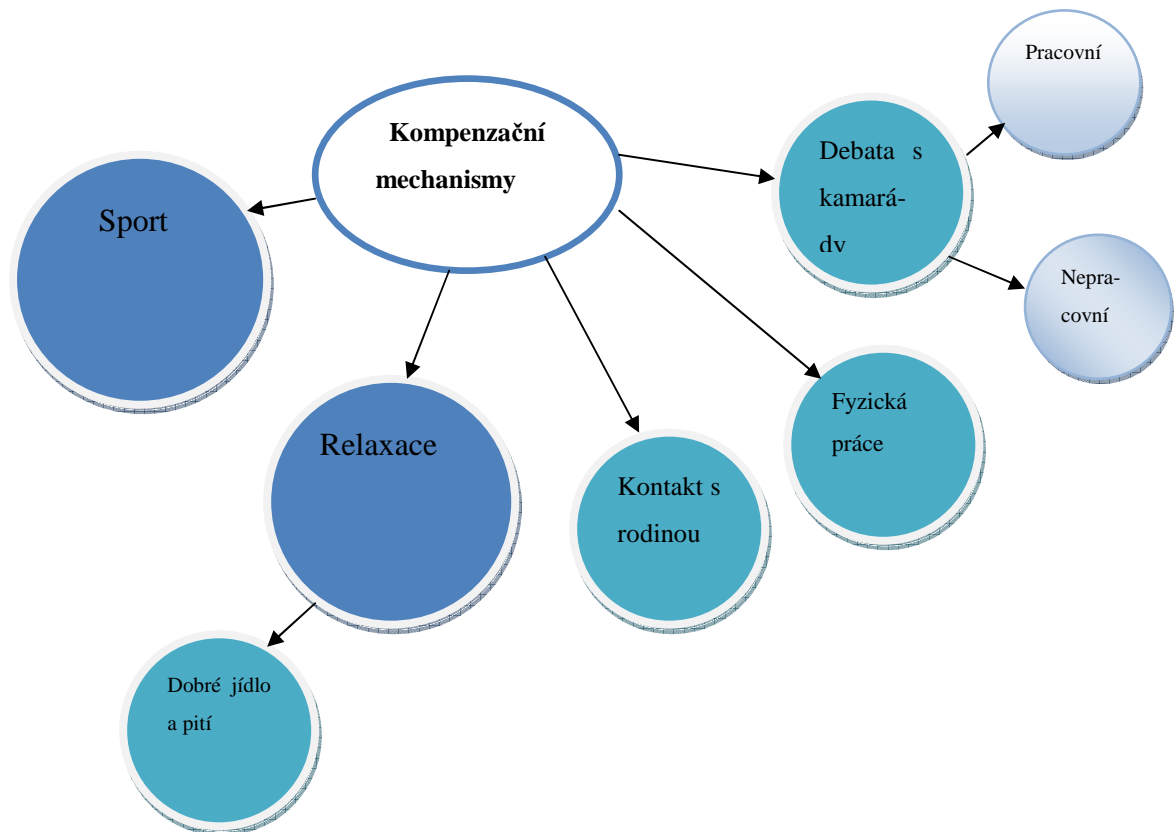
Výzkumná otázka č. 5: Jaké mají kompenzační mechanismy pracovní zátěže?

Polovina dotazovaných ze skupiny N uvádí, že kompenzační mechanismy potřebuje pouze k tomu, když jsou rozzlobení, že v práci nefunguje všechno tak jak má (např. spolupráce týmu, problémy při komunikaci s jiným zdravotnickým střediskem, zneužití záchranné služby, atd.) pak využívají kompenzačních mechanismů jako je sport, relaxace, povídání s kamarády o něčem jiném než pracovním tématu. Ilustruji na odpovědích **R1**: „Půjdu si zacvičit, zaplavat nebo za kamarády, můžu to před někým v kostce říct, ale spíš to říkám jenom proto, že jsem rozčilená, jak něco nefunguje jak má, a že to nemůžeš nijak změnit.“ **R2**: „Jdu na pivo, pokecám s kamarády, někdy pokecáme s kolegy, rozebereme výjezd, ale to je všechno, pak fyzická práce kolem domu, ale mně neleží v hlavě situace z výjezdů jako taková, jakože se stalo něco strašného, jsem nasraný kvůli tomu třeba, že to organizačně nefunguje jak to má, nebo když táhneme dva stokilového chlapa, tak jsem otrávený, nadřevný.“ **R4**: „Když už náhodou takový stav mám, že jsem rozladěný po službě (ale to spíše jsem nasraný na systém a organizační věci), tak pak je to kolo, nejedu z práce domů přímo, což je 20km, ale vezmu to přes kopec a dám si třeba 40km, někdy si zajdu na pivo, pokecat s kamarády, surf, lyže.“ Jeden z dotazovaných dodává, že žádné kompenzační mechanismy nepotřebuje, neboť nemá žádný stres: **R6**: „Nepotřebuju, nemám žádné, já žádný stres nemám.“ Pouze dvě záchranářky z této skupiny vyjadřují potřebu kompenzačních mechanismů: **R3**: „Ano, ztratit se, já musím ven, do prostoru, ukládám si těžkou fyzickou práci, nemůžu chlastat po takovém stresu, nevidět nikoho, pokud možno.“ **R5**: „Jakékoli vytržení ze všedních dnů. Počínaje bloumáním po kopcích, jízdou na kole či tancováním. Ráda si vyjeďdu někam jen tak na výlet, s partnerem na víkend. V mém případě myslím platí, že čím větší stres a trápení, tím odvážnější či náročnější výlety a sportovní výkony, bezstarostné dvouhodinové kafe s kamarádkou.“

Ve skupině M mají všichni potřebu kompenzačních mechanismů. Charakter těchto mechanismů je stejný jako u skupiny N. Patří mezi ně sport, relaxace, kontakt s rodinou, povídání s kamarády a kolegy. Viz odpovědi: **R7**: „Sauna, masáže, vířivka, cvičení, běžky, lyže, kolo, dobrá partička kamarádů u piva, či jen kamarád stavící se na kafčo, ale zaručeně bezprostředně hned mi zabírá horké přeslazené kakao, se kterým si zalezu do postele a zahřeje mne na těle i na duši.“ **R8**: „Kontakt s rodinou a svými dětmi, které mě obvykle odvedou od problému. Jinak horská turistika, jednou ročně pak bez rodiny týden v horách

v zahraničí. *Rekreačně hokej – vyřvu se, unavím a vyplavím spoustu adrenalinu. Sem tam při velké únavě jen pasivní odpočinek a spánek.*“ Mezi další patří debata s kamarády, partnerem, fyzická práce: **R9:** „*Debata s kamarády záchranáři, s manželkou. Aktivita se svými dětmi. Sport a relax prací na zahradě*“. Jeden kolega uvádí i alkohol po extrémně náročné směně: **R10:** „*Alkohol několikrát po hodně těžkých službách, ale určitě to není standard. Snažím se hýbat, i když mi to nevyhází pravidelně. Od myšlenek na práci mě spolehlivě odvedou děti. Taký pasivní relax – vířivka, sauna, občas masáž.*“

Pojmová mapa č. 4: Kompenzační mechanismy



8.3.6 Povědomí o psychosociální pomoci – jak dlouho a odkud

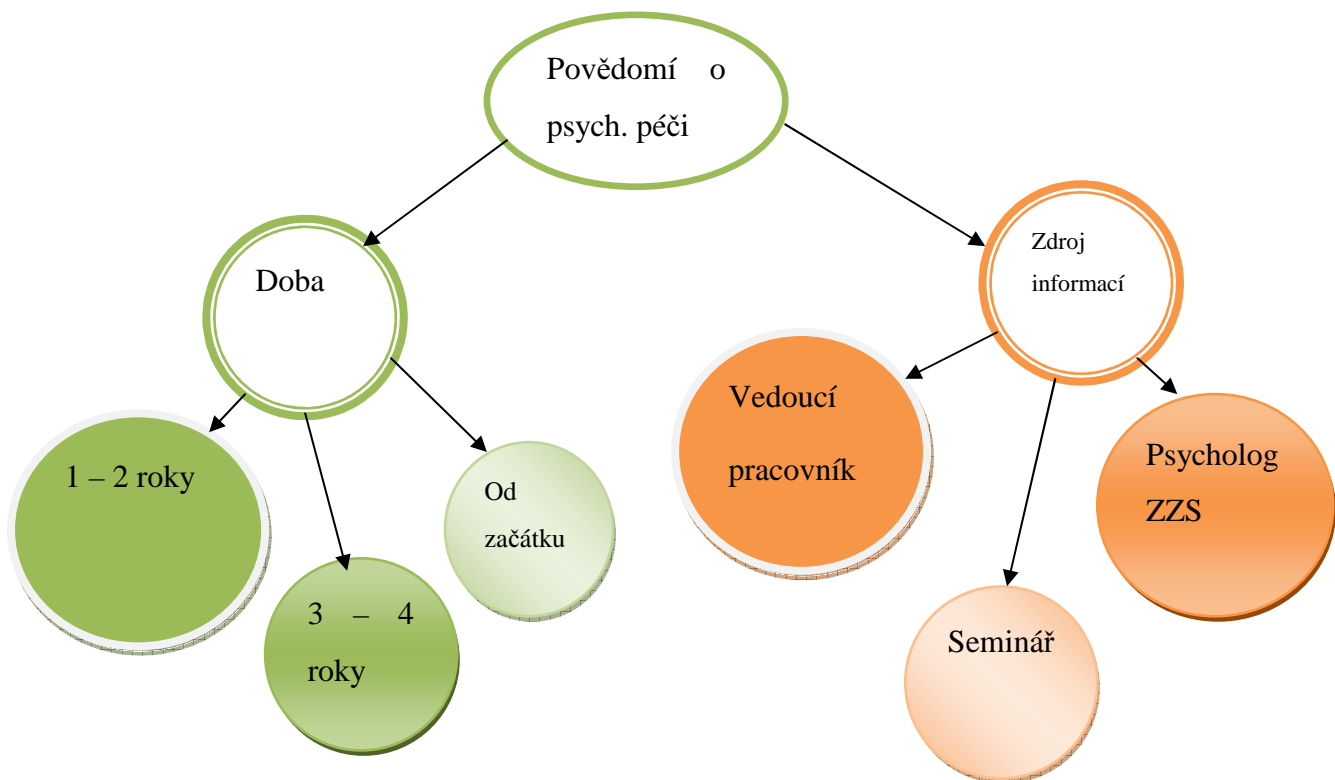
- 1 – 2 roky, od vedoucího pracovníka
- Hodně dlouho, od bratrance v armádě
- 3-5 let, na semináři
- Od vzniku programu psychosociální péče pro zdrav. záchranáře, od psychologa ZZS

Výzkumná otázka č. 6: Jak dlouho a odkud ví záchranáři o psychosociální péči?

Dotazovaní ze skupiny N mají povědomí o poskytování psychosociální péče zdravotnickým záchranářům asi 1 – 2 roky. Zdrojem informací pro ně byla vrchní sestra, tedy vedoucí pracovník, který prošel školením o psychosociální péči. **R1:** „*Ano, vím o ní. Asi 2 roky, vrchní sestra.*“ Jedna respondentka ví o této péči již mnoho let, díky rodinnému příslušníkovi, který slouží v armádě a této péče využívá: **R3:** „*Já o tom vím strašně dlouho, už jak to začínalo, já mám bratrance, který je vojenský pilot, bratranec v armádě, pak kolegové ve škole – ARIP (specializace k výkonu povolání zdravotnického záchranáře- pozn.).*“

Záchranáři ze skupiny M ví o poskytování psychosociální péče déle než skupina N a to asi 3 – 5 let. Je to proto, že mají hlavně informace od psychologa ZZS, který se sám zabývá psychosociální péčí pro zdravotnické záchranáře.: **R11:** „*Cca 4 roky, náš psycholog.*“ **R10:** „*Asi 3 nebo 4 roky. Náš psycholog v rámci provozních schůzí, jednou za čas přijede a přednáší o těchto věcech.*“ Respondent č. 8 se dozvěděl o této péči ze semináře na záchranné službě: „*Asi pět let, tvorba systému péče pak poslední rok. Ze semináře na záchranné službě, kterého jsem se zúčastnil. To bylo zjištění, že nějaká pomoc bude fungovat a v rámci organizace se buduje.*“ Respondent **R7** je peer, proto zná tuto problematiku od počátku: „*V podstatě od prvopočátku, jsem PEER a koordinátor SPIS pro MSK.*“ Informace mu před lety poskytnul: „*Psycholog jedné ZZS.*“

Pojmová mapa č. 5: Povědomí o psychosociální pomoci – jak dlouho a odkud



8.3.7 Obsah informací o psychosociální péči

U skupiny N se mi jevílo jako podstatné zjistit, jaké mají povědomí o tom, co obnáší psychosociální péče? Vzhledem, že skupina M již prošla intervencí, je zbytečné jim tuto otázku klást.

- S někým si promluvit
- Nějaké skupiny
- Omílání toho, co se stalo
- Setkání týmů po náročném zásahu
- Debriefing

Výzkumná otázka č. 7: Jaké mají záchranáři informace o psychosociální péči?

Polovina skupiny N sice ví o psychosociální péči, ale má velmi málo informací. Polovina z dotazovaných více informací ani nepotřebuje, protože je tato záležitost nezajímá. Zřetelně to vystihuje respondentka **R1**: „*Teoreticky nic moc: Že si s někým sednu a budu mu vykládat svůj problém a on bude poslouchat. Nějaké ty skupiny jak vznikají – já nechci říct, že mi to přijde zbytečné nebo směšné nebo nevím, jak bych to řekla, ale mně to přijde takové – pro mě, že by mi to nic nepřineslo, já tu potřebu totiž nemám.*“ Respondenti 2 a 4 mají názor stejný: **R2**: „*Je to nějaké sezení, omílání toho co se stalo.*“ **R4**: „*Něco jo, že se dělá nějaké sezení, ale nezajímá mě to, proto ani po informacích nepátrám.*“ Další z kolegů v této skupině má také pouze okrajové informace: **R6**: „*No že si můžu s někým promluvit, když něco nebudu zvládat v práci (v zamyšlení), no jsou nějaká sezení.*“ Dvě zbylé kolegyně mají informace dostatečné, tzv. „jsou nejvíce v obraze“, a to díky škole, ve které studovaly při zaměstnání a díky informacím od vedoucího pracovníka. Viz odpovědi: **R3**: „*Nezažila jsem to na vlastní kůži, ale vím o tom docela dost, díky škole v Brně. Je to setkání týmu po náročném zásahu, kde se ten výjezd rozebere, každý řekne svůj příběh – teda svůj pohled na věc a tím, jak si to vzájemně vyříkáme, mělo by nám to pomoci se vyrovnat s těžkým výjezdem.*“ **R5**: „*Myslím, že jsem informována poměrně dost, od vrchní sestry, jedná se o sezení po špatném výjezdu, kde se rozebírají pocity všech zúčastněných a má to vést k tomu, aby zasažení mohli opět dobře fungovat v práci, debriefing.*“

8.3.8 Nabídka a využití psychosociální pomoci

Výzkumná otázka č. 8 zněla pro obě skupiny rozdílně, přesto jsem se rozhodla vyhodnotit je společně. Z grafického znázornění jasně vyplývají důvody, proč zdravotničtí záchranáři již využili pomoci a kontrastem k tomu je negativní postoj záchranářů bez zkušeností s intervencí a jejich důvody, proč by nevyužili psychosociální pomoci.

Výzkumná otázka pro skupinu N zněla: *Byla záchranářům již tato péče nabídnuta? A v případě, že by jim psychosociální péče byla nabídnuta, využili by jí?*

Všichni respondenti ve skupině N odpověděli, že jim psychosociální pomoc zatím nabídnuta nebyla.

Důvody využití pomoci:

- Zvědavost
- Mělo by to být normální

Důvody nevyužití:

- Nemám potřebu
- Projev selhání
- Nejsem ten typ
- Neumím se svěřovat
- Zbytečnost

Převážná většina záchranářů ze skupiny N je přesvědčená, že by této pomoci nikdy nevyužila. respondentka **R1** uvádí, že nemá potřebu něčeho podobného: „*Ne, protože tu potřebu prostě nemám, já nevím, jestli tento stav, co já mám, je to ten stav vyhoření nebo co já to mám, nebo už je to tak nastavené téma rokama té praxe, já nevím, já fakt nevím, já to prostě takto mám a tím to pro mě končí a nemíním to nějak řešit.*“ Respondent **R2** říká, že není typ pro takovou péči a považuje za důkaz slabosti, pokud záchranář této péče využije: „*Nejsem ten typ, neumím se svěřovat. Nedokážu si představit, že by se sedělo a omílalo omlété dokola. Podle mě ten, kdo má tu potřebu této pomoci nemá na záchrance co dělat.*“ Další respondent odpovídá: **R4**: „*Zatím nebyla situace, kdy bych ji potřeboval a ani si nemyslím, že bych toho někdy využil, nejsem ten typ, neumím se svěřovat.*“ Poslední dotazovaný s negativním postojem uvádí hlavní důvod, proč by nevyužil této péče, že nemá důvěru se komukoliv svěřovat: **R6**: „*V žádném případě, nemám důvěru v to se někomu svěřovat, v psychotestech mi vyšlo, že jsem velmi uzavřený, nepustím k sobě nikoho, nesvěřuju se ani svým nejbližším, nevím, proč bych to měl dělat s někým cizím, já jsem sám sobě psychologem.*“ Dvě záchranářky z této skupiny by psychosociální pomoci využily: **R3**: „*Nikdy nevíme, jaké situace budou, ale kdyby nic jiného, tak já bych to při své povaze vyzkoušela.*“

podle mě se to má probrat, vyjádřit se k tomu, zhodnotit a tak nějak to zamést, ale spíš tak jako správným směrem, aby to mělo nějaký smysl pro tu budoucnost.“ R5: „Využila, proč ne. Nikdy jsem si nemyslela, že záchranáři musí být oceloví. Vůbec si nemyslím, že "kluci snesou víc než holky". Tak nějak obecně přibývá v životě každého z nás stresových situací, takže někdy pak stačí jen trochu nestandardní situace a je třeba najít pořádný ventil, aby se člověk postavil znovu na nohy. Je jasné, že pokud jsem spokojená a vyrovnaná, zátěžové situace zvládám daleko snáze a s větším nadhledem. Mělo by být normální a zcela přirozené, že si lidé promluví o tom, co bylo, co zažili. Nemusím řešit, že já jsem slaboch a neunesu tíhu svého povolání, když slyším, že i jiné něco trápí, prožívají osudy neznámých lidí.“

Výzkumná otázka pro skupinu M: *Za jakých okolností byla psychosociální péče záchranářům nabídnuta? A kdo jim pomoc nabídnul?*

Čtyřem dotazovaným záchranářům byla psychosociální pomoc nabídnuta, z toho třem byla nabídnuta psychologem ZZS a jednomu zaměstnavatelem. Poslední z dotazovaných vyhledala pomoc sama.

Formy využití psychosociální pomoci:

- Defusing
- Debriefing
- Individuální konzultace s psychologem ZZS

Okolnosti využití psychosociální pomoci:

- Havárie sanitního vozu cestou k zásahu
- Dopravní nehoda s úmrtím dítěte
- Dopravní nehoda s úmrtím čtyř mladých lidí
- Osobní problém na pracovišti

Okolnosti, díky kterým mají tito záchranáři již zkušenost s psychosociální pomocí, byly různé. Odpovědi uvádím bez komentáře, neboť se domnívám, že není potřeba:

R7: „Využila jsem debriefingu, coby operátorka vysílající sanitku k bezvědomí a ta havarovala cestou k pacientovi.“

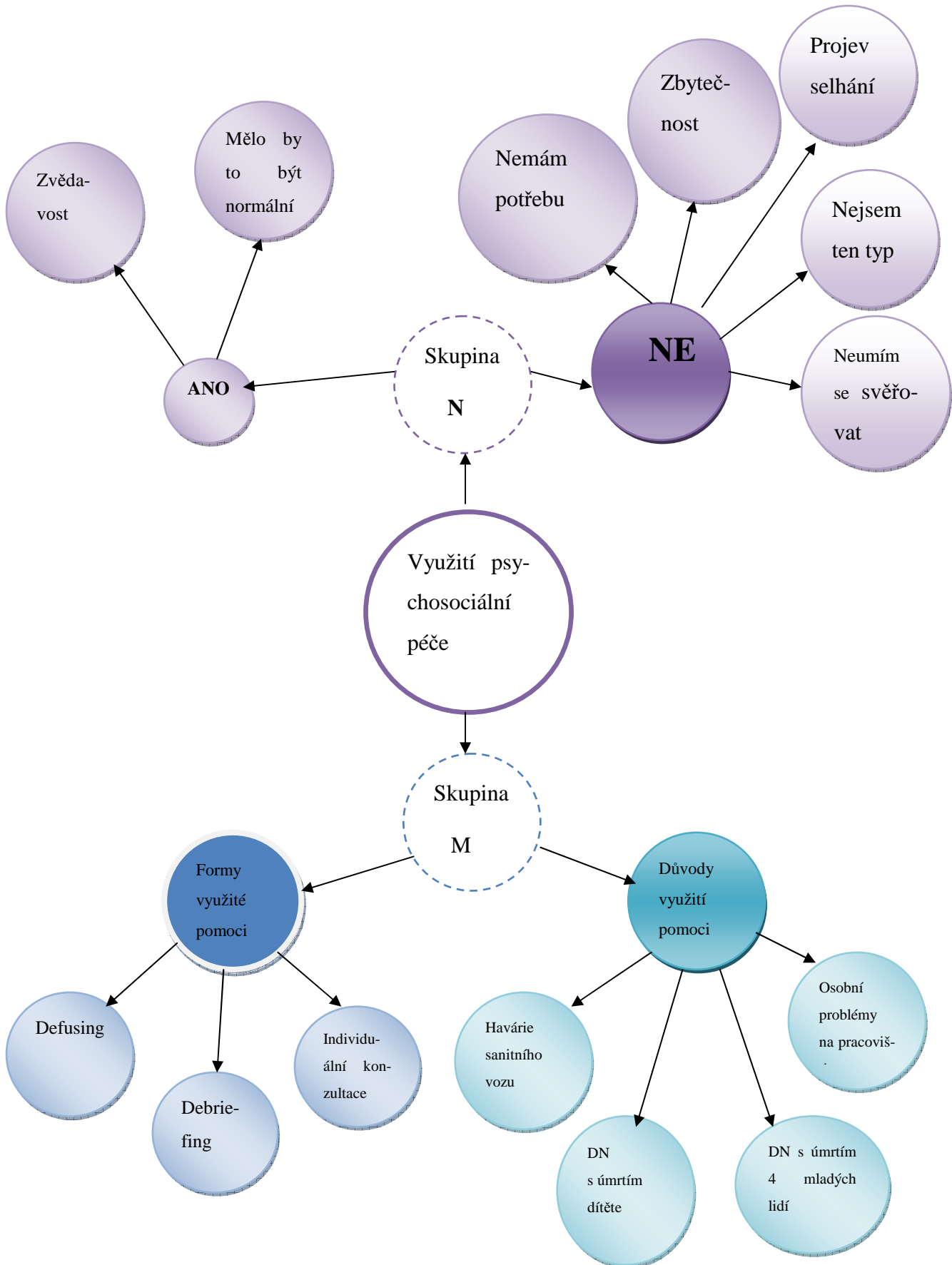
R8: „Využil jsem debriefingu. Účast ale nebyla povinná, což bylo fajn. Šlo o sezení po dopravní nehodě, při které zemřelo dítě. Devastace těla, přítomnost matky na místě, a další okolnosti. První dvě noci se mi vracel obrázek mrtvého, přišla nabídka, že bude sezení. Bylo tenkrát společné s hasiči, kteří u nehody také byli.“

R9: „Impulsem byla dopravní nehoda sanitního vozu- rychlé, při cestě k zásahu. Byl jsem jako záchranář na místě spolujezdce, po střetu se sloupem trolejového vedení jsem zůstal zaklíněn v sanitce asi 40 min. U nehody zemřel nevinný chodec, já jsem vyvázl se středně těžkými zraněními.“

R11: „Byl jsem na defusingu po těžké dopravní nehodě, s úmrtím 4 mladých lidí. Impulsem byl právě náš psycholog, který nám tuto možnost nabídl a zorganizoval. Byl to v tu dobu i první takový počín, takže tam hrála roli i určitá zvědavost.“

R10: „Využila jsem možnosti individuálního kontaktu. Šlo o velmi nepříjemnou situaci na pracovišti, která zasahovala do osobního života. Impulsem bylo, že jsem prostě nevěděla, co mám dál dělat.“

Pojmová mapa č. 6: Nabídka a využití psychosociální pomoci



8.3.9 Přínos krizové intervence

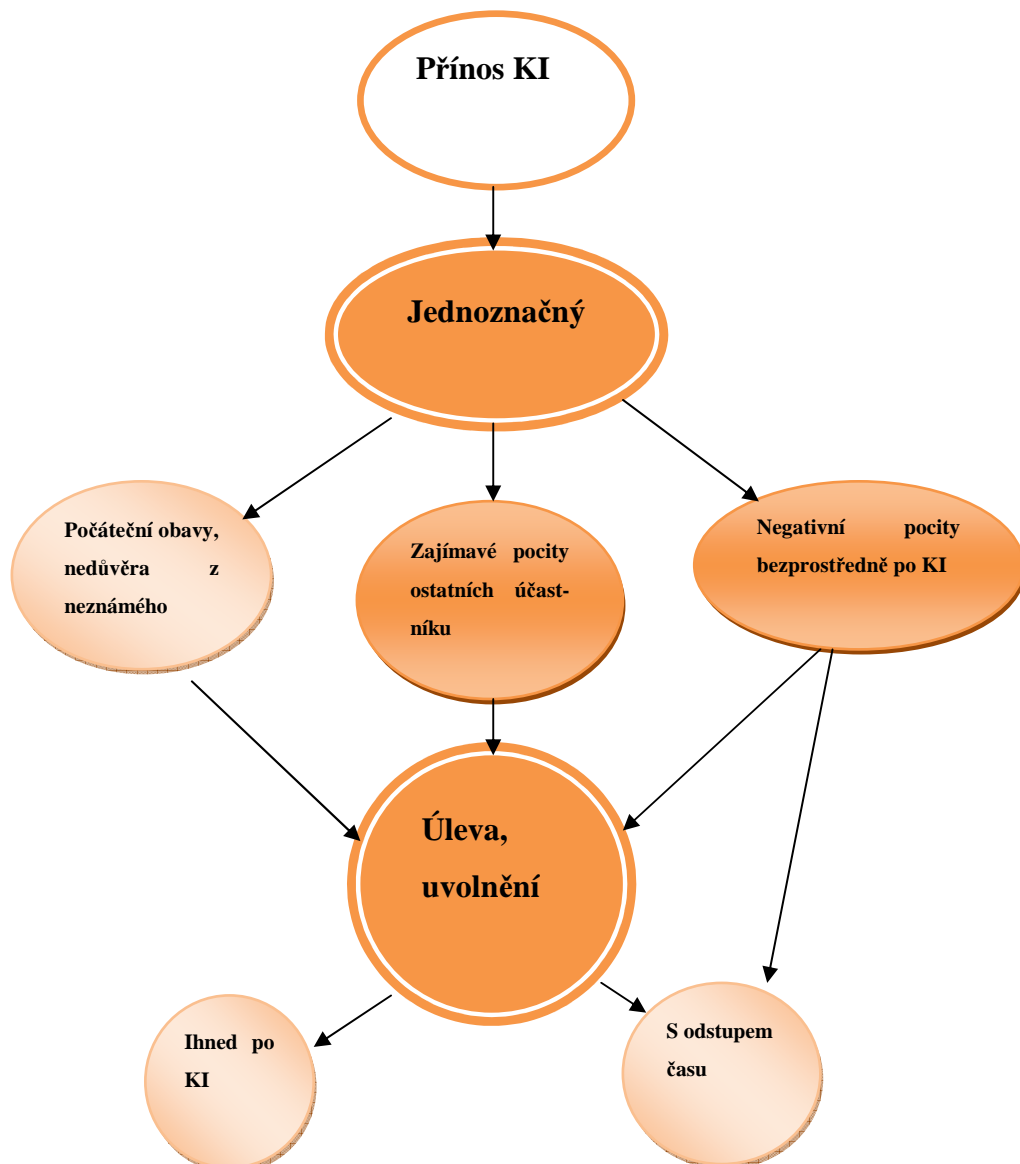
- Jednoznačný přínos
- Počáteční obavy, nedůvěra z neznámého
- Zajímavé pocity ostatních účastníků intervence
- Negativní pocity bezprostředně po intervenci
- Úleva, uvolnění ihned
- Úleva, uvolnění s odstupem času

Výzkumná otázka č.9: pouze pro skupinu M: „Hodnotí záchranáři intervenci jako přínosnou a dostatečnou?“

Všichni respondenti hodnotí krizovou intervenci jako přínosnou: **R7:** „*Hodnotím krizovou intervenci jako přínosnou, jelikož systém tehdy nebyl ještě ani ne v plenkách, možná jako chybějící bych označila nepřítomnost PEERů, ty jsme v té době ještě neměli.*“ **R8:** „*Bylo to dobré, popovídat si o události a cítit, že ji jako nepříjemnou vnímají i další, kteří byli na místě nehody. Trochu jsem si říkal, že psycholog by byl lepší ze záchranky (vedl to hasičský), ale jinak myslím, že dobré. Po setkání se mi to tak nějak usadilo a už jsem o tom nepotřeboval tolik přemýšlet*“ **R9:** „*V podstatě přínosná, situace rozebraná ve společném kruhu se všemi zasahujícími záchranáři.*“ Někteří zmiňují počáteční obavy z neznámé situace, nepříjemné pocity z toho, že se museli otevřít před kolegy: **R11:** „*S odstupem času ji hodnotím jako velmi přínosnou i když jsem neměl ten pocit bezprostředně po intervenci. Díky ní dnes vím, že nebudu mít problém v případě potřeby si o další intervenci požádat.*“ Dále popisuje tento respondent svoje pocity: „*Defusing, pro nás naprosto cizí slovo, my jsme vůbec netušili, o co jde, nicméně nás zpracoval a přesvědčil, že by to bylo fajn to udělat. Nakonec jsme kývli všichni. Všichni, co jsme se účastnili, jsme byli tím nepolíbeni, člověk měl k tomu takovou skepsi, přece jenom nerad vytahuju něco osobního před svými kolegy a podobně a vůbec jsem neznal žádná pravidla toho sezení a tak dále, bylo pro mě velmi zajímavé hlavně pocity kolegů, překvapily mě jejich pocity, každý vidíme ten výjezd z jiného pohledu a je výborné slyšet ty názory všechny.*“ Zajímavé je, že popisuje zklidnění situace, kvůli které podstoupil krizovou intervenci, až s odstupem času (tato odpověď je dlouhá, přesto se mi jeví jako výstižná): „*Ale pak jsem se setkal s takovou zvláštní věcí: do*

té doby jsem si po nějakém exponovaném výjezdu popovídal s kolegy a pak to samo odešlo, už jsem na to nikdy nemyslel, opravdu jsem neměl takové stavy, že by se mi něco vracelo, nebo o něčem zdálo, tak paradoxně po tom defusingu prvním jsem zhruba týden nebyl schopen myslet na nic jiného než na ten výjezd, tak jak jsem to nikdy neměl, tak jak se to oživilo v rámci toho defusingu, jak jsme tím všichni prošli, jak se ten obraz utvořil celý. Jak to prošlo mnou až do hloubky, a byl jsem na sebe strašně vnitřně zlý, že jsem tam šel, nicméně opravdu po tom týdnu, jako by jsi ustríhla film, a to skončilo, a ta situace pro mě skončila a dneska můžu říct, že ten výjezd je pro mě uzavřený, nemám problém o něm mluvit nemám problém kolem toho místa jezdit, myslím si, že je to úplně fajn.“ Stejně pocity popisuje i respondentka **R10**: „Situace byla docela složitá, trvalo několik týdnů, než si to začalo sedat. S intervencí jsem byla spokojená, protože po ní se začaly věci pomalu upravovat.“

Pojmová mapa č. 7: Přínos krizové intervence



8.3.10 Forma psychosociální péče pro záchranáře s odmítavým postojem.

- Nezájem o cokoliv
- Osoba stále přítomná na směně
- Osoba dostupná
- Okamžitá pomoc
- Bez vlastní iniciativy
- Profesionální psycholog se znalostí záchranářské profese
- Informace na konferencích, v odborném
- Čas na zvyknutí si
- Zapojení peerů – kamarádů
- Dobře vyškolený peer
- Pozitivní zkušenost kolegů

Výzkumná otázka č. 10: „*Jak by měla psychosociální péče vypadat, aby jí využívali záchranáři s odmítavým postojem?*“

Tato otázka vyvstala během mého výzkumu. Přišlo mi zajímavé, zeptat se samotných záchranářů, jak by podle nich měla vypadat psychosociální péče, aby jí využili i ti, kteří se k tomuto tématu staví negativně.

Skupina N:

Respondentka **R1** vysvětluje, za jakých okolností by této pomoci využila. Byla by pro ni vyhovující permanentní dostupnost osoby, která provádí krizovou intervenci, aby ji nemusela složitě shánět: „*Já jenom v tom případě, že by tady byl někdo hned teď, protože nikdo tě nevezme hned, že, to by fakt musel ten peer tady být pořád k dispozici, já kdybych musela někoho vytelefonovat a shánět, to vůbec, pak už je to odstup času a já mám pocit, že už je to pro mě vyprchané. I kdyby někdo přišel třeba za pár dní, že bude nějaké sezení, tak pro mě už je to pozdě, no a za týden za dva – to už je pro mě pozdě ve smyslu, že by mi to mělo pomoci. To je pro mě úplně pasé.*“ Podobně nad dotazem přemýšlí i respondentka **R3**: „*Abych byla ochotná se toho účastnit? Jednou se začít musí, jednou se to musí vyzkoušet,*

já osobně si myslím, že by měl existovat člověk, pro mě časově dosažitelný i celkově – co se týče vzdálenosti, o kterém bych měla vědět, že na to má nějaké to vzdělání, věděla bych, že n ví o mně, že já mám nějaký problém, abych to nemusela od těch nejmenších krůčků s ním domlouvat a vyhledávat nějak pracně, a pak bych to chtěla jednou zkusit a udělat z toho závěr.“ Dva dotazovaní nevědí, za jakých okolností by pomoc využili a ani je to nezajímá: **R2:** „*To vůbec nevím, mně to ani nezajímá.*“ **R6:** „*Nevím, ani mě to nezajímá, já bych to bral jako další protivnou povinnost.*“ U respondenta **R4** by měl váhu vzor vedení, když by viděl, že vedení této problematice věří: „*Asi vzor vedení, možná, ale to opravdu jen možná, kdyby to nařídil šéf (vedoucí lékař) nebo bych viděl, že tomu věří, pak bych asi šel, ovšem u nás je to pravý opak.*“ A dotazovaná **R5** by uvítala, kdyby tuto pomoc poskytoval profesionál, který ovšem v žádném případě nesmí být vedoucím pracovníkem: „*Tuto pomoc musí podle mého názoru poskytovat profesionál, odborník. Žádný přeškolený, doškolený či absolvent nějakého kurzu. Vlastně kurzu krizové intervence ano, ale lékař psycholog či psychiatr! Nabídnout KVALITNÍ pomoc v osobě erudovaného lékaře - tak nějak nevím, jak říct, že pokud by takovouto pomoc nabízel můj nadřízený, měla bych nepříjemný pocit, že se to někde odrazí.*“ Je podle ní špatně, že se z kolektivu vybere pro zaškolení někdo náhodně: „*Moc se kolem toho mluví a stejně se školí někdo, kdo se jen tak vybere z kolektivu či má zájem.*“

Skupina M

I u druhé skupiny mě zajímalo, jaký mají názor na tento problém. Doporučují více informovat kolegy záchranáře o této pomoci, prostřednictvím tisku, seminářů, atd. Viz odpovědi: **R11:** „*Určitě informovat, mluvit o její potřebě, neustále nevtíravě nabízet a především pozitivní ohlasy (pokud je mají opravdu pozitivní a chtějí o ní mluvit) těch co intervenci využili. Je to o víře, trpělivosti a času. Když se naučíme pomoc přijímat, když se naučíme procházet se tou intervencí a vyhledávat ji, že nám tu práci velmi usnadní a že vydržíme dýl v té práci a že bude dýl trvat, než vyhoříme. Určitě je obecně vnímána negativně.*“ Hlavně čas a trpělivost zvyknou si, že taková forma péče existuje, nenutit, ale nabízet, doporučuje i respondent **R8:** „*Podle mě je to nová věc a potřebuje čas, abychom si na ni zvykli. Někde možná o tuto činnost ani nestojí vedení, pak se bude těžko prosazovat. Možná i více o tomto v odborném tisku či na konferencích.*“ Další názor je, že by pomohlo větší zapojení kolegů, kamarádů – peerů, kteří by byli nablízku: **R9:** „*Pomohlo by zapojení Peeru – kteří jsou z místní základny, znají se, mají k peerovi důvěru, jsou aspoň částečně kamarádi.*“

R10: „Ten, kdo poskytuje intervenci, by měl být nablízku – myslím, že vyškolený peer může být někdy lepší než profesionální psycholog. Taky jsem si myslela, že se mi nic podobného nepříhoda. U nás na tuto pomoc mají záchranáři různý názor, ale je fakt, že je využívána opakovaně, pokud vím.“ Dle respondentky **R7** je naprosto nevhodný nácvik debriefingu. K tomu uvádí tyto důvody: „Nácvik debriefingu určitě ne, pokud si to na záchranáře razí-cího tohle rčení doslova nesáhne, nepomůže nácvik, ba naopak ještě více bagatelizují a zesměšňují, aspoň tedy z mých dosavadních chabých zkušeností při ražení našeho systé-mu.“

8.3.11 Povinnost psychosociální péče

Ano:

- Ale ve velkých městech (kde je více „těžkých“ výjezdů)
- Odbourání pocitu slabocha

Ne:

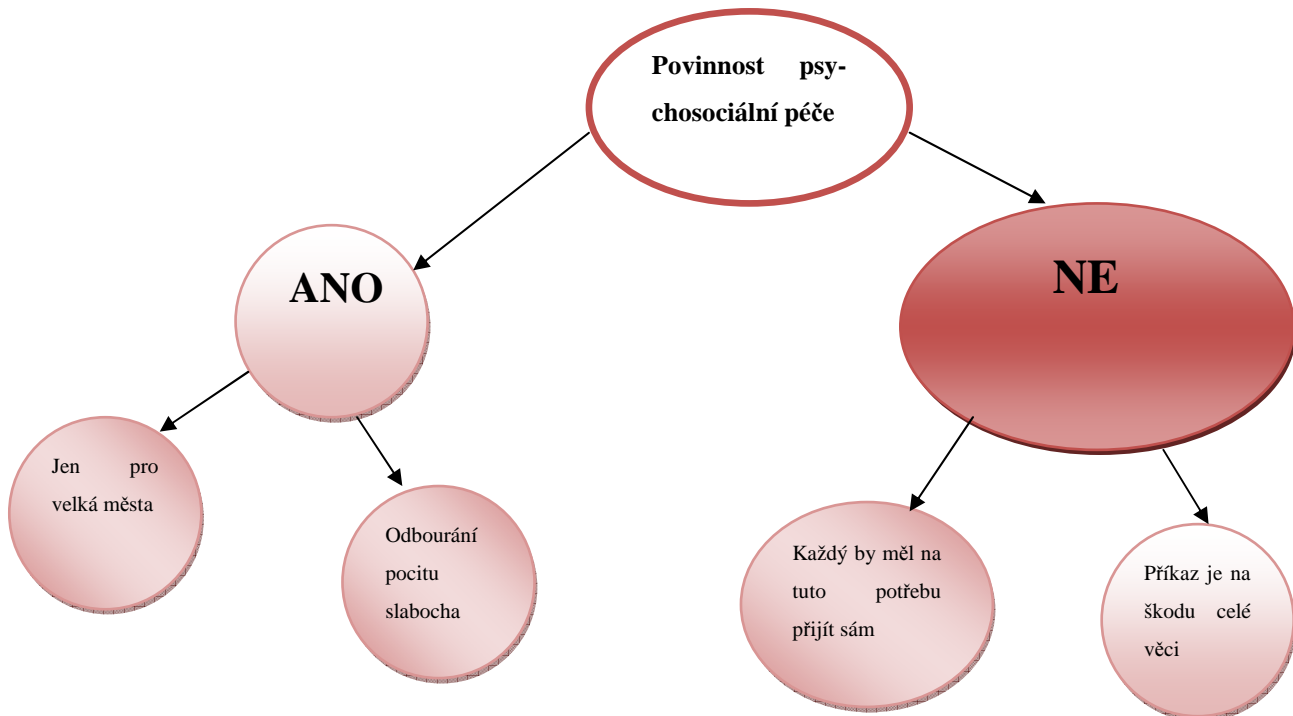
- Příkaz je na škodu celé záležitosti
- Každý na to musí přijít sám, že tuto pomoc potřebuje

Výzkumná otázka č. 11: „Měla by být psychosociální péče pro zdravotnické záchranáře povinná nebo dobrovolná?“

Pokládala jsem ještě za důležité zeptat se na názor záchranářů, jestli by měla být povinná, v tom smyslu, že by měl záchranář povinnost účastnit se intervence po každém exponovaném výjezdu nebo by měla být tato péče dobrovolná. Téměř většina skupiny N by byla proti tomu, aby se stala povinností. Respondentka **R1** už výše uvádí, že potřebu něčeho podobného absolutně nemá, nyní tedy jenom dodává, že: „Povinná? To bych teda nadšená vůbec nebyla.“ Respondenti **R2** a **R4** jsou také zásadně proti, neboť by to byl zásah do jejich volného času: „Povinnost, to určitě ne, že bych měl chodit si někde po práci nebo ve svém volnu si vykládat – to bych byl zásadně proti.“ **R4:** „Asi bych to nechal na té dobrovolnosti. Kdybych měl povinně někam po směně chodit a zdržovalo by mě to, že bych šel

domů později, tak by mě to pěkně sralo.“ Zajímavý je názor dalšího respondenta, který říká, že psychosociální péče by měla být povinná, ale jen pro záchranky ve velkých městech, kde jsou dálnice, atd., tedy podle něj, kde se pořád něco děje. V menších, klidnějších oblastech tolik výjezdů není, proto to není důležité. Ilustruji odpovědí: **R6:** *„To asi ano, ale povinná pro záchranky ve velkých městech, tam je toho hodně, u nás se neděje nic, tady ani není dálnice, tak nevím, k čemu by nám to bylo“* **R5:** *„Není to nic proti ničemu, zvládáme spoustu jiných povinností, tak nevím, proč bychom neměli zvládnout tady to, pokud to dostanu nařízené, já tady tu svou povinnost splním a hotovo, a pro ty lidi, kteří to odmítají to bude možná dobré v tom, že on ztratí pocit mindráku, že je měkký, že to nezvládl a musel vyhledat pomoc a pak se to někde proslechne a bude za toho slabocha co lítá za tím cvokařem. Myslím si, že pokud půjdeme proti tomu, půjdeme sami proti sobě. A možná na to časem přijdem, že když se nám to nebude líbit, tak toho nebudeme využívat. Systém se nám rozprskává na všechny strany, tak proč nechytit jeden světlý paprsek, který by k něčemu byl.“* Velmi zajímavý názor má respondentka **R3**, která se domnívá, že kdyby se psychosociální péče stala povinnou, odpadl by u spousty záchranářů pocit mindráku slabocha v případě, že by chtěl pomoc vyhledat sám: *„Není to nic proti ničemu. Zvládáme spoustu jiných povinností, tak nevím, proč bychom neměli zvládnout tady to, pokud to dostanu nařízené, já tady tu svou povinnost splním a hotovo a pro ty lidi, kteří to odmítají, to bude možná dobré v tom, že on ztratí pocit mindráku, že je měkký, že to nezvládl a musel vyhledat pomoc a pak se to někde proslechne a bude za toho slabocha co lítá za tím dokařem. Myslím si, že pokud půjdeme proti tomu, půjdeme sami proti sobě. A možná na to časem přijdem, že když se nám to nebude líbit, tak toho nebudeme využívat.“*

Záchranáři ve skupiny M jednoznačně shodují v tom, že by měla být psychosociální péče dobrovolná. Domnívají se, že by povinnost byla spíše na škodu celé věci. Za všechny odpovědi uvádím tuto: **R11:** *„Dát to příkazem, to je spíš na škodu té věci. Myslím, že každý na to musí přijít sám, že to potřebuje, každý k tomu musí dozrát, protože mi opravdu spoustu výjezdů vnímáme tak, že nám to nic nedělá, že nás to nezatěžuje, že ten výjezd je v pohodě i my jsme pořád v pohodě, nám samotným se to tak jeví. Dokud jsem si tím neprošel, byl jsem na tom stejně, ale teď vidím, jak moc je to potřeba.“*

Pojmová mapa č. 8: Povinnost psychosociální péče**8.3.12 Osoba peera**

- Cizí peer
 - strach z úniku svěřených informací
 - nedůvěra v peera vlastního
 - nestranný v případě osobních problémů
- Kolega z pracoviště
 - ne vedoucí pracovník
 - kterého si kolektiv vybere sám
 - bez jakýchkoliv podmínek

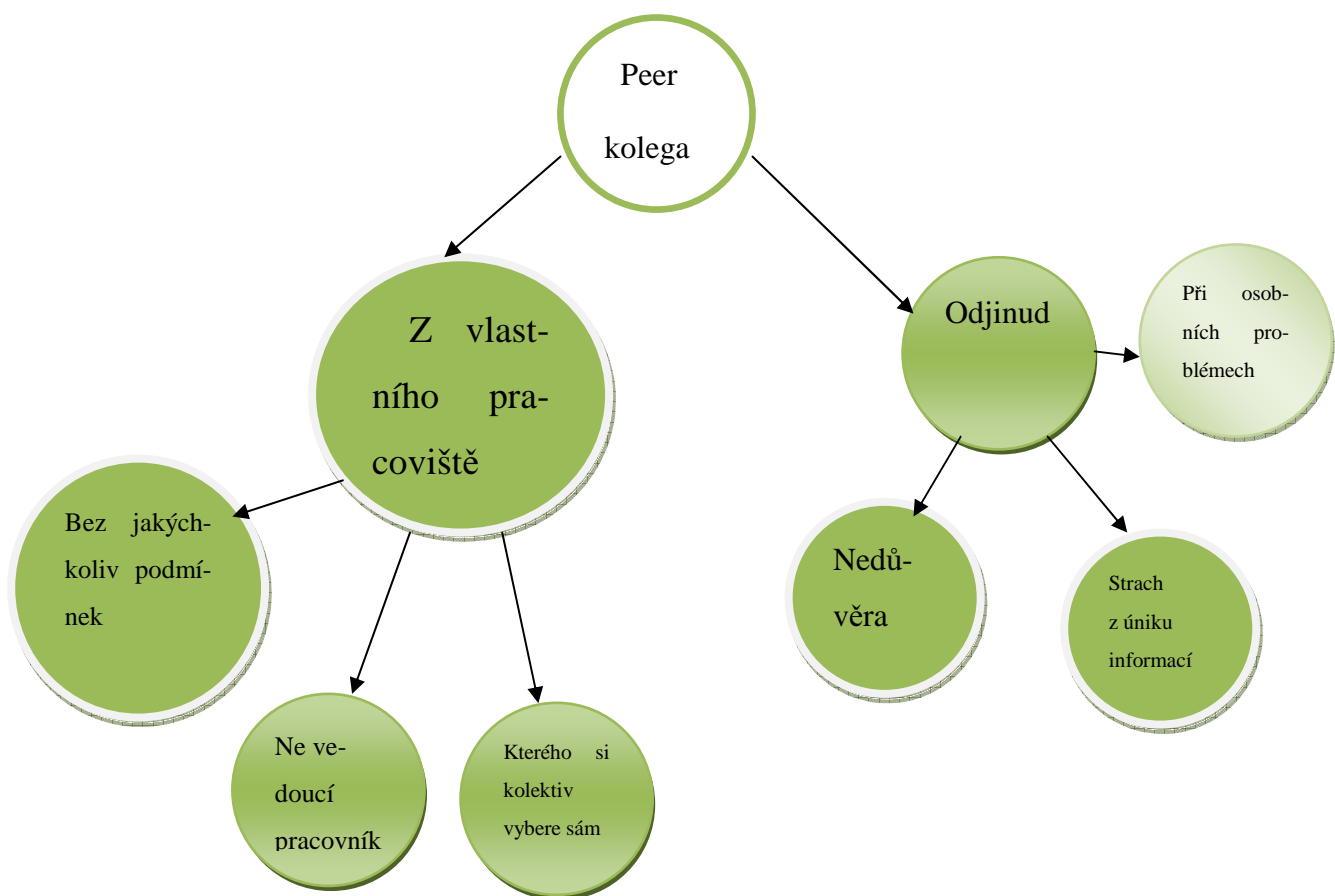
Výzkumná otázka č. 12 : „ Měl by být peer kolega nebo cizí člověk? “

Tady mě zajímalo, na koho by se v případě potřeby respondenti obrátili se svým problémem. Polovina dotazovaných ze skupiny N by chtěla určitě peera, kterého osobně neznají, mají obavy z úniku sdělených informací. **R2:** „*No, kdyby na to došlo, určitě někoho, koho osobně neznám, u nás bych měl strach, že to pak budou vědět všichni, že vedení se na mě bude dívat přes prsty.*“ **R6:** „*Určitě cizí peer, u nás bych měl strach, že se to prokecne a ani k tomu našemu nemám důvěru, pak by ještě toho byly nějaké postihy, že jsem slaboch a tak.*“ Respondentka **R3** také preferuje cizí osobu, ale zároveň i nastiňuje možnost mít vlastního peera, za předpokladu, že si ho kolektiv vybere sám: „*Určitě bych nestála o to, aby to byl někdo na pracovišti, už vůbec bych nechtěla, aby to byl někdo z vedoucích pracovníků, to je úplně špatně, to je cesta úplně mimo, ale kdyby to měl být nebo měla bych přistoupit, aby to byl někdo na pracovišti, tak potom (asi bychom se všichni nedomluvili), ale tady by to mělo být tak, že ten kolektiv by se měl domluvit a vybrat člověka, který by to měl dělat, který by s tím souhlasil, který by si na toto doplnil vzdělání, a pak by to mělo smysl a pak by za ním ti lidi chodili. Nejsem ochotná na pracovišti chodit za člověkem, kterého mi ukážou a řeknou, ten ti pomůže, to v žádném případě, pokud nám tu dušičku chtějí opravdu léčit, tak tam si člověk jen tak nikoho nepustí, takže by se měl najít člověk, kterému jsi schopen se otevřít, kterému důvěřuješ.*“ Další respondentka připouští, že by se obrátila na peera z domácího stanoviště záchranné služby, ale nesměl by to být nadřízený: **R5:** „*Kolega z mé ZZS není pro mě problém, pokud je to solidní člověk a hlavně pokud to není můj nadřízený. Takového peera bych určitě nevyhledala.*“ Respondent **R1** a **R4** by neměl problém jít za peerem s domácího stanoviště, byť je jím vedoucí pracovník: **R1:** „*Mně by to vůbec nevadilo ať je to tak nebo tak, já mám za ty roky dobrou vazbu a vztah s peerem u nás, takže klidně za ní, ale na druhou stranu mi dělá dobře, když mě ten člověk vůbec nezná, takže i tak by to bylo dobře.*“ **R4:** „*Čistě hypoteticky, šel bych za naší vrchní = kolega z mého výjezdového stanoviště, zná mě, já jeho, hlavně zná provozní problémy a ostatní kolegy, to by bylo asi jednodušší.*“

Záchranáři ve skupině M se shodli, že by svěřili svůj problém peerovi, kterého znají. Výhodou pro ně je, že tento peer zná důvěrně jejich pracovní prostředí i zaměstnance. Pouze jeden respondent doplňuje, že v případě osobních problémů využil raději peera odjinud, který by byl nestranný. Za všechny vybírám tyto dvě odpovědi: **R9:** „*Zvolil bych určitě kole-*

gu.“ **R8:** „Vybíral bych si asi podle situace. Asi bych vnímal jako lepší jít za někým, koho znám a věřím mu, ale pokud by byl nějaký problém třeba na pracovišti, chtěl bych někoho nestranného.“

Pojmová mapa č. 9: Osoba peera



8.4 Shrnutí výzkumu a diskuze

Na základě stanovených výzkumných otázek budu nyní prezentovat výzkumné závěry, ke kterým jsem dospěla prostřednictvím kvalitativní analýzy dat.

Hlavní výzkumná otázka zněla: „*Jak vnímají potřebnost psychosociální péče zdravotnických záchranářů?*“

Ve svém výzkumu jsem se snažila zmapovat potřebnost psychosociální péče zdravotnických záchranářů. Jak jsem již uvedla, bylo pro můj výzkum důležité, aby respondenti měli co nejvíce profesních zkušeností a proto jsem vybrala zdravotnické záchranáře s praxí na záchranné službě minimálně 10 let. Abych se mohla ptát na potřebu psychosociální péči, jevil se mi jako důležité zmapovat profesní dráhu dotazovaných zdravotnických záchranářů již od počátku jejich kariéry.

Proto první výzkumná otázka zněla: „*Proč se zdravotnickí záchranáři rozhodli právě pro tuto profesi?*“ Převážná většina dotazovaných odpověděla, že chtěla pomáhat lidem, což je ideální důvod k tomu vykonávat takto náročné povolání. Objevily se ale bohužel i z mého pohledu velmi nevhodné důvody výběru záchranářské profese a to pouze příležitost změnit dosavadní neuspokojivé zaměstnání a vyšší finanční ohodnocení. Lidé podle mě nemůžou v pomáhajících profesích pracovat jen kvůli penězům, ale hlavně ze svého vlastního přesvědčení.

Další výzkumná otázka, na kterou jsem hledala odpověď, zněla: „*Jak vnímají zdravotnickí záchranáři svou profesi po letech praxe?*“ Ve svých odpovědích převážná část záchranářů ze skupiny N vykazuje projevy syndromu vyhoření. Někteří dotazovaní uvádí, že je práce na záchranné službě baví už jen tehdy, pokud se něco děje. To znamená, pokud jde opravdu o záchranu života. Jiní záchranáři z této skupiny chodí do práce již jen kvůli výdělku a klidu ve službě, pokud je málo výjezdů. Téměř všichni se shodují na tom, že nejvíce ubíjející je narůstající počet výjezdů, které nejsou svých charakterem pro záchrannou službu. Uvádí, že stále více lidí zneužívá záchrannou službu, přibývá opilých a agresivních pacientů. Dále dle jejich názoru přispívají ke špatné náladě na pracovišti i různé organizační změny a narůstající administrativa. Domnívám se, že právě pro tyto záchranáře s projevy syndromu vyhoření je důležitá psychosociální péče. Ze své zkušenosti vím, že se převážně jedná o velmi zkušené profesionály, kteří bohužel buď po letech „vyhoří“ a jen v zaměstnání přežívají anebo z profese odejdou a je to velká škoda. Jsem přesvědčena, že

kdyby se naučili přijímat psychosociální péči, jistě by vydrželi déle a uměli by i projevy spojené se syndromem vyhoření lépe vnitřně zpracovávat. Respondenti ze skupiny M vnímají svou profesi po letech vesměs pozitivně, jen výjimečně zmiňují známky profesní únavy. Domnívám se, že rozdíl ve vnímání profese po letech u obou skupin je právě v poskytované psychosociální péči.

Třetí výzkumná otázka byla: „*Které situace ve své profesi vnímají jako nejvíce zátěžové?*“

V těchto odpovědích bylo nejvíce výrazné zasažení záchranářů v situaci, kdy zemře dítě nebo mladý člověk. Dále je to těžce nemocné či těžce zraněné dítě, dopravní nehoda s více zraněnými. K těmto velmi smutným případům se přidávají opět odpovědi, že nejvíc zátěžové jsou pro ně marné výjezdy, opilci a zvyšující se administrativa. Překvapily mě odpovědi některých respondentů ze skupiny N, kteří popírají, že by jim na výjezdech cokoliv vadilo. Smutné situace popsané výše berou jako součást života. Pokud je to výsledkem schopnosti a dovednosti vyrovnat se se zátěží bez nepřiměřených, maladaptivních reakcí, nezbyváá než jim závidět. Může jít v jejich případě o copingovou strategii zaměřenou na udržení přijatelné subjektivní pohody, na uchování psychické rovnováhy a redukci negativních zážitků. Tato strategie vychází z představy, že problém není možné řešit, a proto je nutné se s ním smířit. Smíření se situací nemusí být vždy negativním řešením. Spočívá ve změně postoje a v nalezení dostupné a přitom vyhovující interpretace a z toho vyplývajícího přístupu k problému a zátěži. Jejich odpovědi můžou ale také svědčit o obranných reakcích, jako je popření, potlačení a vytěsnění nebo rezignace.

Zabývala jsem se také otázkou: „*Ovlivňuje profese jejich soukromý život?*“ Ovlivňování soukromého života profesním popírá většina respondentů skupiny N. Udávají, že tzv. za sebou po směně zavřou dveře, ať se ve službě děje cokoliv, a jsou již myšlenkami jinde. Jedna z respondentek uvádí, že myšlenky spojené s výjezdem končí ukončením výjezdu. K výjezdu se vrací pouze, když někdo s kolegů na daný zásah ptá, ale i tak má zpětně problém si vybavit o co šlo. Zbytek dotazovaných záchranářů připouští, že práce ovlivňuje jejich soukromí v důsledku situacím, se kterými se na zásahu setkávají. Ať je to větší strach o rodinu a především děti, únava a špatná nálada po náročné službě. Udávají ale také naopak velmi dobrou náladu a chuť do života po úspěšném zásahu, kdy je zachráněn lidský život.

„Jaké mají zdravotničtí záchranáři kompenzační mechanismy pracovní zátěže?“ Tato

otázka v sobě předjímá nepopíratelný fakt, že každý člověk musí mít určité mechanismy, kterými odbourává stres a zátěž. Natož zdravotnický záchranář, který je se zátěžovými situacemi v kontaktu neustále. Záchranáři ze skupiny N hovoří o svých kompenzačních mechanismech v souvislosti s únavou po výjezdu nebo když jsou rozzlobení, že něco v systému nefunguje jak má. Skupina M vztahuje své kompenzační mechanismy přímo k událostem při zásahu. U obou skupin se jedná o kompenzační mechanismy běžné jako je to sport, relaxace, zábava, kontakt s rodinou, atd.

Druhá polovina otázek již směřovala k psychosociální péči. Otázka číslo 6 tedy zněla:

„Jak dlouho a odkud ví záchranáři o psychosociální pomoci?“ Záchranáři ze skupiny N ví o psychosociální péči zhruba 1-2 roky a to díky vedoucímu pracovníkovi, který byl vyškolen na peera a o této péči je informoval. Pouze jedna respondentka z této skupiny o této problematice mnoho let, neboť má v armádě rodinného příslušníka. Záchranáři ze skupiny M vědí o poskytování této péče zhruba 3 – 5 let, což je zhruba doba, kdy se začala tato pomoc pro zdravotnické záchranáře formovat. Delší doba povědomí této skupiny o poskytování psychosociální péče souvisí se spoluprací s psychologem jedné ZZS, který je spoluvůdčím systému poskytování psychosociální péče zdravotnickým záchranářům.

V návaznosti na otázku číslo 6 jsem pokládala za důležité dotázat se záchranářů ze skupiny N, tedy těch, kteří nemají zkušenost s jakoukoliv formou psychosociální péče: **„Jaké mají zdravotničtí záchranáři informace o psychosociální péči?“** Tak zněla otázka č. 7. Tady jsem zjistila, že převážná většina má informace okrajové, ví sice, že něco takového existuje, ale domnívají se, že je to jen nějaké sezení, v podstatě zbytečné. Omílání omletého a rozebírání něčeho, co nemá smysl. Neví a ani je nezajímá, jaký význam by to „sezení“ pro ně mělo mít. Pouze 2 respondentky mají přehled o co se jedná a znají i pojem deriefing. Další výzkumná otázka zněla pro obě skupiny rozdílně, ale jak již popisuji výše, rozhodla jsem se ji vyhodnotit společně.

Na první části výzkumné otázky č. 8: **„Byla záchranářům již tato péče nabídnuta?“** jsem ode všech respondentů ze skupiny N dostala zápornou odpověď. Druhá část otázky č. 8 proto zněla následovně:

„V případě, že by jim psychosociální péče byla nabídnuta, využili by jí?“ Na tuto otázku pouze dvě respondentky odpověděly kladně, jedna ovšem v podstatě jen ze zvědavosti

a druhá uvádí, že by tato forma poskytované péče pro záchranáře měla být normální a běžná. Převážná většina záchranářů ze skupiny N by dle svých slov nikdy této péče nevyužila, protože ji cítí jako projev selhání. Jsou přesvědčeni o tom, že kdo tuto péči potřebuje, nepatří na záchrannou službu a je slaboch. Další důvod je ten, že se neumí svěřovat, nemají důvěru k nikomu a mají strach z úniku svěřených informací.

Pro Skupinu M zněla osmá výzkumná otázka: „*Za jakých okolností byla psychosociální péče záchranářům nabídnuta? A kdo jim tuto pomoc nabídnul?*“. Záchranářům z této skupiny byla pomoc nabídnuta, až na jednu výjimku, kdy respondentka vyhledala pomoc sama. Důvodem využití psychosociální pomoci byli exponované výjezdy, které podrobně uvádím v analýze výzkumu a jeden důvod byl osobní. Tady jsem se zamyslela nad tím, jak je možné, že záchranáři z obou dotazovaných skupin se setkávají se stejnými zátěžovými situacemi při zásazích, mají všichni téměř stejný počet odpracovaných let a zkušeností z oboru a přesto někteří z nich mají potřebu psychosociální péče a jiní ne? Z výše uvedených odpovědí vyplývá, že největší vliv na záchranáře má množství informací, které o psychosociální péči mají a za druhé je to člověk, který jim tyto informace nabízí. Dle mého názoru nemají tyto informace prezentované vrchní sestrou takovou váhu jako stejné informace o tomto tématu erudovaným psychologem. Domnívám se, že kdyby se zapojili do výcviku peerů i lékaři záchranných služeb, potom by i záchranáři informace o psychosociální péči více respektovali. Přece jenom je stále ve společnosti vysokoškolsky vzdělaný lékař vnímán s větší vážností než středně zdravotnický pracovník.

Tento názor se koneckonců objevuje i v odpovědích záchranářů skupiny N na otázku č. 10: „*Jak by měla psychosociální péče vypadat, aby jí využívali záchranáři s odmítavým postojem?*“. Zde přímo respondenti uvádí, že by to měl být erudovaný vysokoškolsky vzdělaný člověk. Dále by tito záchranáři uvítali, kdyby byl člověk, který tuto péči poskytuje, permanentně k dispozici, znal problémy zdravotnického prostředí, který by sám zasažené vyhledal a co nejdříve po události. Neboť později, dle slov jedné z respondentek, to již nemá smysl.

Záchranáři ze skupiny M doporučují zvýšit povědomí záchranářů s odmítavým postojem o poskytování psychosociální péče, formou tisku, přednášek a hlavně předáváním pozitivních zkušeností kolegů, kteří již intervencí prošli. Záchranáři ze skupiny M totiž hodnotí zkušenost s intervencí jako jednoznačně přínosnou. Jak sdělují v odpovědích na otázku

č. 9: „*Hodnotí záchranáři krizovou intervenci jako přínosnou a dostatečnou*“? i přes počáteční obavy z neznámého, jsou velmi rádi, že touto formou pomoci prošli.

V předposlední otázce mě ještě v otázce č. 11 zajímalo: „*Měla by být psychosociální péče pro zdravotnické záchranáře povinná*? Devět z dotazovaných se shodlo na tom, že zcela určitě dobrovolná, neboť by si měl každý najít cestu k této pomoci sám. Záchranáři ze skupiny N by ji vnímali jako další protivnou povinnost. Velice zajímavý názor, se kterým souhlasím i já, měla respondentka ze skupiny N, že zavedení povinnosti této péče by měla pozitivní vliv na záchranáře, kteří vnímají využití psychosociální péče jako slabost. Dle jejího názoru by tím prostě museli projít všichni a nikdo by se na nikoho nedíval přes prsty.

Závěrečná otázka měla patřit samotným peerům. Zmínky o peerech se prolínají v několika odpovědích respondentů. Mě v této otázce ale zajímalo: „*Měl by být peer kolega nebo cizí člověk*“? Skupina M se jednoznačně shodla, že by to měl být kolega – kamarád ze stejného pracoviště, který zná místní problematiku. Pouze v osobních záležitostech na pracovišti je lepší peer nestranný. Skupina N by spíše preferovala peera cizího – člověka, kterého vůbec neznají. Mají nedůvěru k vlastním kolegům, strach o to, že by svěřené informace poskytovali někomu jinému. To podle mě nesvědčí o dobré atmosféře na pracovišti. Pokud by přece jenom to měl být člověk místní, tak potom v žádném případě vedoucí pracovník, neboť by se báli toho, že informace, které jim poskytnou, se můžou obrátit proti nim. Ještě se respondentka zamýšlí nad tím, že kdyby to měl být peer ze stejného pracoviště, pak v případě, že by si ho vybral kolektiv sám.

A jaká je tedy odpověď na hlavní výzkumnou otázku: „*Jak vnímají potřebnost psychosociální péče zdravotnickí záchranáři*“?

Ti **záchranáři, kteří již prošli intervencí**, se jednoznačně shodují na tom, že psychosociální péče o zdravotnické záchranáře **je potřebná**. Z odpovědí **záchranářů, kteří zkušenost s psychosociální péčí nemají**, vyplývá, že se spíše staví k této problematice negativně s nedůvěrou. Vnímají tedy psychosociální péči jako **nepotřebnou**. Z výzkumu mi vyplynulo, že hlavní důvody, proč psychosociální pomoc nechtějí je **nedostatek informací** o tomto systému a pocit **vlastního selhání při využití této péče**. Tito záchranáři by měli být častěji a více informováni prostřednictvím seminářů, provozních porad a podobně. Měli by vědět, že péče po výjezdu (sezení a mluvení), je jen jedna ze součástí systému poskytování psychosociální péče. Že psychosociální podpora a péče pro záchranáře je celý soubor opatření

a metod jak zacházet se stresem. Důležitá je primární prevence, aby záchranáři věděli, že nadlimitní zátěžová situace v jejich praxi občas přichází, aby věděli, jak je možné s ní pracovat, jak se stresem zacházet a to že, když cítí nějaké symptomy, že to neznamená, že jsou slabší, ale že je to normální reakce jejich psychiky, jejich tělesné schránky. Měli by vědět, že oni v očích toho systému péče o záchranáře nejsou klienti ani nejsou pacienti, ale profesionálové, kteří pouze prošli nadlimitní profesní situací, a teď je dobré, aby dokázali zpracovávat událost po události podpořit proto aby neměli „kostlivce ve skříni“ V západních zemích tato péče funguje již 20 let s pozitivním ohlasem u záchranářů. U nás je to teprve několik let, je třeba si přivyknout. Moje generace záchranářů byla vychovávána v duchu toho, že jsme profesionálové, kteří pomoc nepotřebují, a proto se domnívám, že záchranáře je třeba vychovávat již od doby přípravy na povolání, jak zmiňuji v teoretické části bakalářské práce. Vychovávat v tom smyslu, aby vnímali psychosociální pomoc jako samozřejmou součást své profese. Pak nebudou brát tuto pomoc jako projev vlastního selhání.

V neposlední řadě je také velmi důležité mít vedení na straně tohoto procesu. Poskytnout svým zaměstnancům psychologický servis by měl každý osvícený nadřízený. Je všeobecně známo, jak je důležitý lidský faktor. Bez schopných, vzdělaných a zkušených pracovníků a hlavně bez lidí, kteří jsou připraveni pomáhat druhým, bez známek vnitřní vyčerpanosti a duševní nepohody, by nefungoval žádný systém, ani integrovaný záchranný.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se pokusila zmapovat potřebnost psychosociální péče u záchranářů. Účelem teoretické části práce bylo popsat základní odborná východiska ke zvolenému tématu, na která bylo možné navázat v části praktické.

V části praktické jsem se snažila co nejvíce přiblížit zkušenosti zdravotnických záchranářů s nadlimitní pracovní zátěží, zkušenosti s psychosociální péčí a názory na její poskytování. Jak z celého výzkumu vyplynulo, prožívají záchranáři se zkušeností s psychosociální péčí i bez ní stejné zátěžové situace při zásahu, ale každá skupina ke zpracování této nadlimitní zátěže přistupuje odlišně. Záchranáři, kteří přijali psychosociální podporu a pomoc dokážou i po letech vnímat svou profesi pozitivně a stále je jejich profese naplňuje. Také se u nich neprojevuje syndrom vyhoření a profesní únava jako u záchranářů, kteří zkušenost s psychosociální péčí nemají, potažmo se jí vyhýbají. Jako hlavní příčinu odmítavého postoje záchranářů k psychosociální péči vidím nedostatek informací, které o poskytování této péče mají a jejich přesvědčení, že přijetí takovéto pomoci a podpory je projevem vlastního selhání. Jak již uvádím ve shrnutí výzkumu, u záchranáře s odmítavým postojem je důležitá primární prevence, tedy vědět, co je to nadlimitní zátěž, jaké má projevy a jak s ní zacházet. Důležitá je, dle mého názoru, pro ně autorita vedoucích pracovníků na pracovišti, kteří by poskytování psychosociální péče byli nakloněni. A také důvěra v kolegu, který by jim tuto podporu a pomoc nabízel.

Cest jak dojít k tomu, aby i záchranáři, kteří se k psychosociální péči staví odmítavě, svůj názor změnili, je víc. Buď se jejich ochranné hradby prolomí neustálým přísunem informací, anebo přijde situace, příležitost, která tyto hradby prolomí a která si to vyžádá tuto pomoc sama. Nepodceňovat možnost překonat chvíle, které jsou součástí náročné praxe záchranářů, kterým se sice nevyhnou, ale musí je zvládat a fungovat tak, aby opět mohli pomáhat a záchraňovat druhé.

„Odborné mistrovství týmové práce posádek záchranné služby je výsledkem dlouhodobé a namáhavé práce. Vedle absolutního zvládnutí medicínských, informačních a spojových technologií a náročnosti profese vyžaduje přerod osobností všech členů týmu. To se neobejde bez znalostí základů psychologie, fyziologie, sociologie, didaktiky a pedagogiky. Vyžaduje se navíc nezbytná morální a estetická úroveň a hluboce humanistický postoj s nemalou dávkou pokory a moudrosti spravedlivého a laskavého člověka. Celý proces

k mistrovské týmové práci je dlouhý, náročný a často bolestný. Výsledek může být nejistý a odměna spíše ideální.“ (Hlaváčková, in Urgentní medicína, 2000, s. 18)

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ATKINSON, Rita L. *Psychologie. 2.* Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-640-3.
- [2] BARTOŠÍKOVÁ, I. A KOL. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky.* Brno IDVZP 2000. ISBN 80-7013-288-4.
- [3] BAŠTECKÁ, B., *Terénní krizová práce.* Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0708-X.
- [4] BAŠTECKÁ, B. A KOL., *Klinická psychologie v praxi.* Praha: Portál 2003. ISBN 80-7178-735-3.
- [5] BYDŽOVSKÝ, J., *Akutní stavy v kontextu.* Triton 2008. ISBN 978-80-7254-815-6.
- [6] BURIÁNKOVÁ, H., RYBA, A. Psychosociální intervenční služby na Zdravotnické záchranné službě hl. m. Prahy – územního střediska záchranné služby. *Urgentní medicína*, 2009, č. 2, s. 35 – 37.
- [7] DISMAN, M., *Jak se vyrábí sociologická znalost.* Praha: Karolinum 2002. ISBN 80-246-0139-7.
- [8] HLAVÁČKOVÁ, D., Psychologické aspekty týmové práce v záchranné službě. *Urgentní medicína*, 2000, č. 2, s. 19 – 21.
- [9] KASTOVÁ, V. *Krize a tvořivý přístup k ní.* Praha Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-800-5.
- [10] KOHOUTEK, T., ČERMÁK, I., *Psychologie katastrofické události.* Praha: Academia 2009. ISBN 978-80-200-1816-8.
- [11] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres.* Praha: Grada avicenum, 1994. ISBN 80-7169-121-6.
- [12] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví. 2.* Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-774-4.
- [13] MIOVSKÝ, M., *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu.* Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
- [14] STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J., *Základy kvalitativního přístupu.* Boskovice: Albert, 1999. ISBN 80-85834-60-X.

- [15] ŠEBLOVÁ, J., Postraumatická stresová porucha. *Urgentní medicína*, 2000, č. 1, s. 33-35.
- [16] ŠEBLOVÁ, J., Critical Incident Stress Management. *Urgentní medicína*, 2004, č. 1, s. 37-38.
- [17] ŠEBLOVÁ, J., Preventivní a intervenční psychologické techniky pro zaměstnance záchranných služeb. *Urgentní medicína*, 2009, č. 1, s. 26 - 31.
- [18] ŠPATENKOVÁ, N., *Krizová intervence pro praxi*. Grada Publishing 2004. ISBN 80-247-0586-9.
- [19] ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĎOVÁ, K., *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
- [20] VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.
- [21] VODÁČKOVÁ, D., *Krizová intervence*. Praha: Portál 2002. ISBN 80-7178-696-9.
- [22] VOSTÁL, M., Vědět, být připraven a přežít! *Urgentní medicína*, 2010, č.3, s.32-33.
- [23] VYKOPALOVÁ, H., *Krize a psychosociální pomoc*, Zlín 2007. ISBN 978-80-7318-621-0.
- [24] Vyhláška č. 55/2011 Sb. ministerstva zdravotnictví České republiky ze dne 14. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků
- [25] Vyhláška č. 434/1992 Sb. ministerstva zdravotnictví České republiky ze dne 28. července 1992 o zdravotnické záchranné službě
- [26] Zákon č. 96/2004 Sb. ze dne 1. dubna 2004 o podmínkách uznávání a získávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ADRA	Adventistická nadace pro pomoc a rozvoj
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
CISM	Critical Incident Stress Management
ČR	Česká republika
DN	Dopravní nehoda
HZS	Hasičský záchranný sbor
IZS	Integrovaný záchranný systém
LZS	Letecká záchranná služba
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
NCONZO	Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
PIS	Psychosociální intervenční služba
PTSD	Posttraumatická stresová porucha
RLP	Rychlá lékařská pomoc
RZP	Rychlá zdravotnická pomoc
ÚSZS	Územní středisko záchranné služby
ZZS	Zdravotnická záchranná služba
ZZS HMP	Zdravotnická záchranná služba hlavního města Prahy

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Pohlaví respondentů

SEZNAM OBRÁZKŮ

Pojmová mapa č. 1: Důvod výběru povolání zdravotnického záchranáře.

Pojmová mapa č. 2: Nejvíce zátěžové situace

Pojmová mapa č. 3: Ovlivňování soukromého života profesí

Pojmová mapa č. 4: Kompenzační mechanismy

Pojmová mapa č. 5: Povědomí o psychosociální pomoci – jak dlouho a odkud

Pojmová mapa č. 6: Nabídka a využití psychosociální pomoci

Pojmová mapa č. 7: Přínos krizové intervence

Pojmová mapa č. 8: Povinnost psychosociální péče

Pojmová mapa č. 9: Osoba peera

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P1: Ukázka rozhovoru

PŘÍLOHA P2: PIS péče ve Zlínském kraji

PŘÍLOHA P3: Žádost o umožnění přístupu k informacím

PŘÍLOHA P I: UKÁZKA ROZHOVORU

„Dobrý den, jsem studentkou 3. ročníku oboru Sociální pedagogika ve Zlíně. V současné době pracuji na bakalářské práci s názvem „Potřeba psychosociální péče u záchranářů“.

Sama též pracuji několik let jako zdravotnický záchranář a zajímám se o téma psychosociální péče (krizová intervence, defusing, debriefing) v našich řadách. Zejména mě zajímá zkušenost kolegů s debriefingem.“

„Souhlasíte s rozhovorem pro účely mé bakalářské práce?“

„Ano.“

„Jak dlouho pracujete na ZZS?“

„10 roků, ve zdravotnictví celkem 27 let.“ (smích)

„Můžu se zeptat kolik je Vám let?“

„Jistě, proč ne, 45.“

„A ještě jedna osobní otázka – jaký je Váš rodinný stav?“

„Jsem rozvedená, žiju sama s téměř dospělou dcerou“

„Je hodně druhů povolání. Proč jste se rozhodl(a) právě pro profesi zdravotnického záchranáře?“

„Vždycky jsem chtěla dělat akutní medicínu.“

„Jednou z lidských vlastností je, že po čase začneme bilancovat. Můžete mi říct, jak vnímáte svou profesi dnes?“

„Jdeme z kopce, protože jednak jsme byli mladí, byli nějaké ideály, že, ta situace byla jiná, všechno šlo dopředu, všechno se vyvíjelo, objevovaly se nové věci, směřovalo to k nějakému cíli, teď mám pocit, že potěch letech jsme už u cíle byli, teď se mi to nelíbí, co se děje, ale spíše ze strany strukturální, jo, jak ten systém teď funguje, jak je to ekonomicky i v náplni práce je to taky od samého gruntu jinak. Samozřejmě je to pořád pacient – záchranář, ale je to už jinak v tom, jak se ty výjezdy odehrávají, jaké jsou výzvy, spolupráce s dispečinkem, s pacientem v terénu. Možná je to špatně, že si pamatuju, jak to bylo dřív, že to bývalo jin-

de, podle mě to mívalo jinší smysl, možná je to tím, že jsem toho zažila už strašně moc, mám pocit, že čím dál víc to není využití pomoci, ale naprosto jasné zneužívání pomoci, je to problém populační, společenský, to dřív nebyvalo a to mně na tom strašně vadí, to zabíjí i ten profesní smysl, pro mě teda, to mě na tom vyčerpává nejvíc. Naopak občas čerstvá voda, čerstvý vítr, nějaký dobrý výjezd, třeba že přivedeš na svět v terénu děcko, tak si říkáš, kdybych tam nebyla, kdoví, jak by to dopadlo.“

„Ve své bakalářské práci se věnuji psychickým zátěžovým situacím záchranářů a jak s těmito situacemi pracovat. Proto bych se vás ráda zeptala:

Ve Vaší profesi je mnoho zátěžových a stresujících situací. Podle Vás, které z nich pokládáte za nejtěžší?“

„Pediatrické faly, ať je to cokoliv, nehoda, febrilní křeče.

Narůstá stres, protože je blbější doprava, že je hustější provoz na cestách, jsme starší, máme o sebe větší strach, pak narůstající administrativa, zvyšující kompetence, vyšší odpovědnost, to je to co mě otravuje a zatěžuje ještě víc než nějaký složitý výjezd“

„Ovlivňují tyto situace Váš osobní život? (probíráte situace z výjezdů s partnerem, strach o děti, špatná nálada po náročné službě, atd.)“

„Událost samotná mě nemíjí, to tam samozřejmě je, já jsem typická tím, moje dítě by ti to klidně zopakovalo, že když jsem sbírala děcko na kolejích – já to nikde s nikým neprobírám, neředím to, ale odráží se to na mě tím stylem, že přijdu domů a řeknu: vždycky, když jdeš přes koleje, přes cestu se zastavíš, rozhlídneš a teprve pak tam vstoupíš, atd.

Ovlivňuje v každém případě, no jasně, to se za tebou vleče, protože člověk se to snaží ustát, zavře ty dveře v té práci, což jako vždycky až tak úplně nejde. A nikdy neříkám, co se stalo, neřeším to co bylo v práci, ale samozřejmě se musím přemáhat, samozřejmě je to na mě vidět, a tím je to vyčerpávající..jo, že přijdeš domů a nechceš ty lidi s tím prudit, “

„Stalo se, že by se Vám vracely stále myšlenky na nějaký výjezd?“

„Situace si nepřehrávám v hlavě z výjezdů, to ne, ale parkrát jsem si vzpomněla na to děcko na kolejích, ale ne. Že by mě to budilo ze sna, jen že ta myšlenka proběhla, nebo jak jedu kolem toho místa, kde se to stalo, nebrečím kvůli tomu, dá se s tím žít, ale vypustit úplně to nejde.“

„Každý z nás má své tzv. kompenzační mechanismy jak se vyrovnat s náročnou situací (sportování, vaření, přejídaní, alkohol). Můžete, prosím, uvést, jakých kompenzačních mechanismů využíváte Vy?“

„Ano, ztratit se, já musím ven, do prostoru, ukládat si těžkou fyzickou práci, proto já betonuju tu terasu, ryju zahradu, prostě nemůžu být v klidu, nemůžu číst, nemůžu studovat, nemůžu chlastat po takovém stresu a nemůžu být zavřená v prostoru, já z toho můžu profitovat, udělám hodně práce, nevidět u toho lidi, pokud možno.“

„V naší republice, byť v plenkách, je poskytována psychosociální pomoc záchranářům. Jak Vám tato skutečnost známa? Pokud ano, jak dlouho?“

„Jak to začínalo, já o tom vím strašně dlouho, už jak to začínalo, já mám bratrance, který je vojenský pilot, a tam to funguje už dávno, ti to musí mít, jezdí na takové ty povinné rekreační týdny, atd., pak o tom začali mluvit hasiči, pak policajti a my nic, u nás o tom vím tak 4 roky.“

„Kdo vám podal informace o této pomoci?“

„Bratranec v armádě, pak kolegové ve škole (ARIP)“

Co je Vám známo o této pomoci? Jak funguje, co obnáší?

„Nezažila jsem to na vlastní kůži, ale vím o tom docela dost, díky škole v Brně. Je to setkání týmu po náročném zásahu, kde se ten výjezd rozebere, každý řekne svůj příběh – teda svůj pohled na věc, a tím, jak si to vzájemně vyříkáme, mělo by nám to pomoci se vyrovnat s těžkým výjezdem.“

„Využil(a) byste psychosociální pomoci (defusing, debriefing), a proč?“

„Nikdy nevíme, jaké situace budou, ale kdyby nic jiného, tak já bych to při své povaze vyzkoušela. No tak určitě by mi to pomohlo tehdy po tom výjezdu jak jsem už zmiňovala – to děcko na kolejích, samozřejmě bych tehdy toho využila, já to i přes svou náтуру vidím tak, že od toho máme snad tu CNS, ty mluvidla a podobně, že všechno se má řešit a pokud je to aspoň trošku nenormální, (i o normálních věcech se dá mluvit) tak je to hodno nějaké zmínky, ať už se to někoho dotklo nebo nedotklo, ale bohužel je to tak, že lidi na to nejsou nastavení, lidi jsou různého charakteru, různého založení, tehdy to bylo tak, že nám vedoucí pracovníci nabídli, jestli chceme skončit a jít domů, a to bylo všechno a šli jsme uklízet sanitku a normálně dál pracovali na směně, vím, že to bylo špatně, byl to tehdy takový

trend, ale kdyby to bylo teďka, protože tím, že se o tom pobavíš, by se v tobě nezarylo tak hluboko, kdyby se k tomu vyjádřil každý, tak by se to tak rozměnilo a ještě větší smysl to má tam kde se třeba ještě na tom výjezdu něco dělalo (my jsme už jen konstatovali, nesmyslně jsme se tam pohybovali, jo já jsem tam vzala nějakou botičku a nesla jsem ji k tělu atd., ale jsou situace, kdy nejenom že přijdeš a vidíš to, kdy se už nedá nic dělat, ale jsou situace, kdy ještě u toho musíš dělat, musíš se toho účastnit, teď ještě ti běží myšlenka, žeš mohla udělat něco jinak, žeš pochybila, v tomto případě je sezení – debriefing, defusing na místě, podle mě se to má probrat, vyjádřit se k tomu, zhodnotit a tak nějak to zamést, ale spíš tak jako správným směrem, vytáhnout z toho třeba chyby, říct si, ano, mohli jsme to udělat jinak, ale stejně bychom to nezvrátili, aby to mělo nějaký smysl pro tu budoucnost, ale zase ať mě to sezení úplně nevyklektá, ať mě to posílí a můžu pracovat dál“

„Co by pro Vás bylo důležité nebo podstatné, abyste této pomoci využila?(informační letáky, přednášky, podpora vedení, pozitivní zkušenost kolegy.)“

„Abych byla ochotná se toho účastnit? Jednou se musí začít, jednou se to musí vyzkoušet, já osobně si myslím, že by měl existovat člověk, pro mě časově dosažitelný i celkově – co se týče vzdálenosti, o kterém bych měla vědět, že to má takové to nějaké vzdělání, věděla bych, že on ví o mně, že já mám nějaký problém, abych to nemusela úplně od těch nejmenších krůčků s ním domlouvat a vyhledávat nějak pracně, a pak bych to chtěla jednou zkusit a udělat z toho závěr.“

„Měla by tato péče povinná? Například být součástí připravovaného zákona o záchranné službě nebo zakotvena v kolektivní smlouvě? Nebo by tato péče měla být dobrovolná?“

„Není to nic proti ničemu, zvládneme spoustu jiných povinností, tak nevím, proč bychom neměli zvládnout tady to, pokud to dostanu nařízené, já tady tu svou povinnost splním a hotovo, a pro ty lidi, kteří to odmítají, to bude možná dobré v tom, že on ztratí pocit min-dráku, že je měkký, že to nezvládl a musel vyhledat pomoc a pak se to někde proslechne a bude za toho slabocha co lítá za tím cvokařem, myslím si, že pokud půjdeme proti tomu, půjdeme sami proti sobě. A možná na to časem přijdem, že když se nám to nebude líbit, tak toho nebudeme využívat. A co se stane – nic, a taky si myslím, že by se to na záchránkách vyselektovalo, že někdo tady chodí jen pro peníze, někomu to třeba víc ubližuje než dává, a myslím, že by se našlo takových pár lidí, kteří by se buď „vyléčili“ tímto způsobem ane-

bo by si našli tu cestu, to svoje místo jinde, tam kam patří, je tady spousta vyhořelých lidí, spousta je nás tady kvůli pracovní době, kvůli penězům atd., jakési poslání v této profesi ztrácí smysl, co si budeme povídat, určitě na tom mám svůj podíl, ale hlavně je to tím systémem, až tak mě nedrtí ta práce, jako ten systém, systém se nám rozprskává na všechny strany, tak proč nechytit jeden světlý paprsek, který by k něčemu byl.“

„A nakonec k roli peera. Vybral(a) byste si kolegu – peera, kterého znáte – z vašeho pracoviště nebo byste raději šel (šla) za kolegou peerem z jiné oblasti, kterého osobně neznáte?“

„Určitě bych nestála o to, aby to byl někdo na pracovišti, už vůbec bych nechtěla, aby to byl někdo z vedoucích pracovníků, to je úplně špatně, to je cesta úplně mimo, ale kdyby to měl být nebo měla bych přistoupit, aby to byl někdo na pracovišti, tak potom (asi bychom se všichni nedomluvili) ale tady by to mělo být tak, že ten kolektiv by se měl domluvit a vybrat člověka, který by to měl dělat, který by s tím souhlasil, který by si na toto doplnil vzdělání, a pak by to mělo smysl a pak by za ním ti lidi chodili, nejsem ochotná na pracovišti chodit za člověkem, kterého mi ukážou a řeknou, ten ti pomůže, to v žádném případě, s tím vůbec nesouhlasím a už vůbec ne, že je to vedoucí pracovník, na stáří nezáleží, ale já bych osobně chtěla, aby to byl člověk z oboru, z oboru řešení akutních stavů, nechtěla bych, aby to byl člověk, který o naší práci vůbec nic neví, nemusí to být záchranář, může to být i lékař i dispečerka možná – to je jedno, prostě někdo, kdo zažil, kdo se musel někdy v životě v nějaké akutní situaci ocitnout, sám se rozhodnout a prostě do těch hnusů se namočit a pak se z toho sám vyhrabat, ocenila bych tam vlastní zkušenost, abychom se naladili na tu stejnou vlnu, tak to mám já.

Tady by si měli uvědomit, že je to citlivé pole a že pokud nám tu dušičku chtějí opravdu léčit, tak tam si člověk jen tak nikoho nepustí, takže by se měl najít člověk, kterému jsi schopen se otevřít, kterému důvěřuješ. Vždycky se někdo v kolektivu najde, s kým bych šla na pivo, na kafe, pokecat.“

PŘÍLOHA 2: PIS PÉČE VE ZLÍNSKÉM KRAJI

Krajský koordinátor – Dana Vavříková

Odborník na duševní zdraví proškolený v CISM – Mgr. Soňa Pančochová, HZS Zlínského kraje

PhDr. Lukáš Humpl, ZZS Moravskoslezského kraje

Peer – Zlín 4, Valašské Meziříčí 1, Vsetín 1, Uherské Hradiště 1, Kroměříž 1

PŘÍLOHA P3: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Vážená paní
PhDr. Marie Zvoničková
SZŠ a VOŠZ
Příluky 372
Zlín 760 01

Ve Zlíně 7. 3. 2011

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Specializace v pedagogice, studijního oboru Sociální pedagogika.

Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště..

Jméno a příjmení studenta	Jana Katrušáková
Téma bakalářské práce	Potřebnost psychosociální péče u zdravotnických záchranářů

Děkujeme za pochopení a spolupráci

S pozdravem

za: 
Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.

ředitelka Ústavu pedagogických věd



Sířední zdravotnická škola a
Vyšší odborná škola zdravotnická
Zlín

