



ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE

Fakulta biomedicínského inženýrství Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

Psychická zátěž nelékařského zdravotnického personálu na záchranné službě

Psychological overload of paramedical staff at the rescue service

Bakalářská práce

Studijní program: Ochrana obyvatelstva

Studijní obor: Plánování a řízení krizových situací

Vedoucí práce: MUDr. Smetana Jiří

Eva Dvořáková

Kladno, květen 2016

Z a d á n í b a k a l á ř s k é p r á c e

Student: **Eva Dvořáková**
Obor: Plánování a řízení krizových situací
Téma: **Psychická zátěž nelékařského zdravotnického personálu na záchranné službě**
Téma anglicky: Psychological Stress of Paramedical Personnel at the Rescue Service

Zásady pro vypracování:

Bakalářská práce se bude zabývat psychologickými aspekty a zátěží zdravotnického záchranáře při výkonu svého povolání. V teoretické části bude nastíněna odborná terminologie dané problematiky a popsány zátěžové faktory, se kterými se v přednemocniční péči nelékařský zdravotnický personál setkává. Dále bude popsáno, jakým způsobem ovlivňuje záchranáře postupně zaváděný systém Rendez vous a současná mění se podoba cílových zdravotnických zařízení. Cílem práce bude analyzovat zdroje stresu a zjistit, jak významně ovlivňuje vývoj situace ve zdravotnictví poskytování přednemocniční péče na úrovni nelékařského zdravotnického personálu. Cílem práce bude rovněž potvrzení nebo vyvrácení stanovených hypotéz a dle zjištěných výsledků navrženo doporučení vedoucí ke zmírnění psychické zátěže záchranáře. Podklady pro zpracování empirické části budou získány pomocí anonymního nestandardizovaného dotazníkového šetření, v rámci kterého budou osloveni zdravotničtí záchranáři v minimálním počtu 50 respondentů.

Seznam odborné literatury:

- [1] BAŠTECKÁ, Bohumila a kol. , Terénní krizová práce, ed. 1., Praha: Grada publishing a.s. , 2005, 299 s., ISBN 80-247-0708-X
[2] RAMEŠ, Roman, TRNOVSKÁ Silvia a kol. , Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny, ed. 1., Praha: Grada publishing a.s. , 2013, 240 s., ISBN 978-80-247-4530-5
[3] ANDRŠOVÁ, Alena, Psychologie a komunikace pro záchranáře v praxi, ed. 1., Praha: Grada publishing a.s. , 2012, 120 s., ISBN 978-80-247-4119-2

zadání platné do: 11.09.2017
Vedoucí: MUDr. Jiří Smetana

.....
vedoucí katedry / pracoviště

.....
děkan

V Kladně dne 23.02.2016

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „*Psychická zátěž nelékařského zdravotnického personálu na záchranné službě*“ vypracovala samostatně. Veškerou použitou literaturu a podkladové materiály uvádím v příloženém seznamu literatury.

Nemám závažný důvod proti užití tohoto školního díla ve smyslu §60 Zákona č.121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon).

V Kladně 16. 5. 2016

.....

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych ráda poděkovala MUDr. Jiřímu Smetanovi za vedení bakalářské práce, jeho cenné rady, potřebné odborné podklady, vstřícnost, ochotu a především obětavost při konzultacích. Dále bych ráda poděkovala MUDr. et Bc. Daně Hlaváčkové, Bc. Jakobovi Holeňovi, Dis. a všem dalším, kteří mi nějakým způsobem pomohli při psaní bakalářské práce.

Název bakalářské práce:

Psychická zátěž nelékařského zdravotnického personálu na záchranné službě

Abstrakt:

Bakalářská práce je věnována psychické zátěži nelékařských zdravotnických pracovníků, se kterou se musí během své práce na záchranné službě vyrovnávat. Teoretická část obsahuje poznatky a informace, které byly načerpány z dostupné literatury. Je zde nastíněna problematika fungování Rendez vous systému a nelékařského zdravotnického pracovníka, jako jeho nezbytné součásti.

Hlavní pozornost je věnována osobnosti záchranáře a různým typům zátěže, se kterými je během výkonu svého povolání konfrontován a které mají nejvýraznější vliv na jeho psychiku a výkon při práci. Dále jsou zde popsány patologické jevy, ke kterým může u záchranáře v důsledku přetížení, nebo z důvodu nedostatečné péče o jeho duševní a fyzické zdraví, dojít. Je zde nastíněna psychosociální pomoc a intervence věnovaná právě zasaženým zdravotníkům.

V praktické části budeme pomocí nestrukturovaného dotazníku zjišťovat, jak se psychická zátěž u samotných záchranářů projevuje, která část výjezdu k pacientovi je pro ně nejvíce stresující a jaký typ výjezdu hodnotí jako psychicky nejnáročnější. Dále budeme zjišťovat způsob, jakým se záchranáři s nepříjemnými emocemi vyrovnávají a zda mají povědomí o psychosociální pomoci poskytované zaměstnavatelem. Dotazníkové šetření bude prováděno u nelékařských pracovníků ve výjezdových skupinách záchranné služby ve Středočeském kraji.

Klíčová slova:

Intervence, osobnostní předpoklady, psychická zátěž, stres, záchranář

Master's Thesis title:

Psychological overload of paramedical staff at the rescue service

Abstract:

This bachelor thesis deals with the psychological overload of the paramedical staff which they have to deal with during their work at the rescue service unit. The theoretical part contains findings and information from the accessible literature. The issues of Rendez vous system and paramedical staff as its indispensable component are described. Main attention is paid to the personality of a paramedic and to various types of overload which they are confronted with in their job and which have the biggest influence on their psyche and performance at work. The pathological events are also described here which the paramedic can suffer as a consequence of insufficient care for mental and physical health. The psychosocial help and intervention to the affected individuals are outlined here too.

In the practical part we will try to find out, by means of a non-structured questionnaire, how the psychological stress of the paramedics is manifested, which part of the ambulance transport is the most stressful and which type of event they perceive as the most psychologically demanding. Further, we will also investigate the way how the paramedics deal with unpleasant emotions and whether they are aware of the psychosocial help provided by the employer. The questionnaire investigation will be carried out at the rescue service units in the region of central Bohemia.

Key words:

Intervention, personality preconditions, psychological overload, stress, paramedic

Obsah

ÚVOD.....	9
1 ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA (ZZS).....	11
1.1 Historický vývoj ZZS.....	11
1.2 Činnosti ZZS v současné době.....	11
1.3 Personální zajištění výjezdových skupin ZZS	13
1.3.1 Rendez vous systém (RV).....	13
1.3.2 RV systém používaný v zahraničí	14
1.4 Nelékařský zdravotnický personál	14
1.4.1 Osobnostní charakteristiky záchranáře	15
2 PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ A STRES	17
2.1 Druhy psychické zátěže.....	17
2.1.1 Zátěže emocionální, sociální.....	18
2.1.2 Zátěže fyzikální, chemické a fyzické.....	20
2.1.3 Ostatní ovlivňující faktory	20
2.2 Stres a jeho projevy	21
2.3 Reakce organismu na zátěž	22
2.3.1 Akutní reakce na stres (ARS)	24
2.3.2 Posttraumatická stresová porucha (PTSP).....	25
2.4 Syndrom vyhoření a jeho projevy	25
2.4.1 Fáze syndromu vyhoření.....	27
2.4.2 Prevence syndromu vyhoření.....	28
3 KRIZOVÁ INTERVENCE	30
3.1 Krize.....	30
3.2 Krizová intervence	30
3.2.1 Cíle a zásady krizové intervence	32
3.2.2 Krizový intervent	33
3.3 Systém psychosociální intervenční služby (SPIS).....	33
3.3.1 Formy pomoci poskytované SPISem.....	35
3.3.2 SPIS a intervence poskytované Zdravotnickou záchrannou službou Středočeského kraje	36
3.3.3 Co pro sebe můžeme udělat sami	37

4	METODY	39
5	CÍLE A HYPOTÉZY	41
6	VÝSLEDKY	43
6.1	Popis výzkumného šetření.....	43
6.2	Výzkumný nástroj	43
6.3	Prezentace výsledků dotazníku	44
6.3.1	Vyhodnocení údajů z dotazníku	44
6.4	Vyhodnocení cílů	77
6.5	Vyhodnocení hypotéz.....	78
7	DISKUSE.....	81
	ZÁVĚR	88
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	89
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	90
	ELEKTRONICKÉ ZDROJE	92
	SEZNAM POUŽITÝCH GRAFU	93
	SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK.....	95
	SEZNAM PŘÍLOH.....	97

ÚVOD

V poslední době jsme svědky výrazných změn ve zdravotnictví obecně. Pozitivní změny se týkají nových vyšetřovacích metod, léků, léčebných postupů, je kladen důraz na profesionální přístup a vyšší vzdělávání samotných zdravotníků. Naopak zvyšující se nedostatek kvalifikovaného zdravotnického personálu, snižující se počty lůžek a omezování rozsahu péče pro pacienty ve zdravotnických zařízeních, jsou změnou negativní. Pacient i zdravotnický personál jsou těmito změnami konfrontováni v sektoru ambulantní, lůžkové, ale již přednemocniční péče. To je oblast, kterou se chci ve své práci zabývat podrobněji. Zdravotní sestry a záchranáři, kteří věnují svůj profesní život poskytování přednemocniční neodkladné péče (dále jen PNP) a pracují na záchranné službě (dále jen ZS), jsou vystavováni specifickým stresovým situacím, které jsou odlišné od těch, se kterými se setkává nelékařský zdravotnický pracovník v jiných oborech zdravotnictví. Jsou velmi často konfrontováni se smrtí, utrpením a bolestí, ztrátou ale také s agresivitou a napadáním nejen na verbální úrovni. Umístění a předávání pacienta posádkou záchranné služby do cílového zdravotnického zařízení, se v současné době stává dalším stresujícím faktorem, kterým jsou záchranáři během výkonu svého povolání ovlivňováni. Nepříjemné pocity jako marnost, bezmoc, frustrace a jiné negativní emoce, se stávají každodenními společníky v jejich práci. Chtěla bych zjistit, jakým způsobem ovlivňuje nelékařského zdravotnického pracovníka záchranné služby postupně zaváděný Rendez vous systém a mění se podoba cílových zdravotnických pracovišť.

Na základě svého profesního oboru, zájmu a životních zkušeností jsem si pro svou bakalářskou práci vybrala téma „*Psychická zátěž nelékařského zdravotnického personálu na záchranné službě*“. Chtěla bych analyzovat zdroje stresu v současné době a zjistit jaká je míra psychické zátěže, kterou jsou záchranáři ochotni podstupovat při výkonu svého povolání. Dále mě zajímá, jak se stres u nich projevuje a jaký způsob používají k jeho odbourávání a vyrovnávání se s ním. Chtěla bych si ověřit, zda jsou mé domněnky o dané problematice správné, zda to, co pozoruji u sebe či u svých kolegů hodnotím objektivně.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA (ZZS)

1.1 Historický vývoj ZZS

Nejstarší organizací svého druhu v Evropě a zároveň u nás nejdéle provozovaná záchranná služba je na území hlavního města Prahy a to od roku 1857. V minulém století, přibližně od 70. let, vykonávali službu lékařské rychlé pomoci lékaři oddělení anesteziologicko-resuscitačního a chirurgie v rámci své práce na oddělení v nemocnici. Výjezdy probíhaly tak, že operátorka kontaktovala určeného lékaře, který společně se sestrou vyjel na místo sanitním vozem. K osamostatnění záchranné služby došlo roku 1993 a vytvořila se územní střediska ZS, která se postupně organizovala po jednotlivých okresech ČR. Od 1. 1. 2004 dochází k transformaci ZZS pod vedením nově vzniklých krajů a začíná fungovat 14 samostatných krajských středisek záchranné služby. Proto můžeme vidět rozdílnost v barevném provedení sanitních vozů nebo pracovních uniforem mezi jednotlivými kraji. Na Slovensku v současné době vedle státních subjektů zajišťuje přednemocniční péči na základě vydaných licencí také řada soukromých společností. Všechny subjekty jsou řízeny centrálně Operačním střediskem ZZS Slovenské republiky, které je zřizováno Ministerstvem vnitra SR. Na území České republiky jsou tedy v současné době zřizovatelem zdravotnických záchranných služeb jednotlivé kraje a hlavní město Praha. Tyto samosprávné orgány ZZS zřizují formou příspěvkových organizací a nesou nejvyšší podíl na jejich financování. Každá ze 14 totožně organizovaných záchranných služeb má své krajské operační středisko, na které navazují další oblastní střediska a výjezdové základny (REMEŠ, TRNOVSKÁ a kol., 2013).

1.2 Činnosti ZZS v současné době

Zdravotnická záchranná služba je formou zdravotní péče, která je poskytována na základě tísňové výzvy a jedná se zejména o poskytování neodkladné péče v přednemocniční oblasti. Tato péče je poskytována osobám se závažným postižením zdraví nebo v přímém ohrožení života (REMEŠ, TRNOVSKÁ a kol., 2013).

Činnosti ZZS jsou definovány v zákoně č.374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisů.

Mezi tyto činnosti patří:

a) nepřetržitý kvalifikovaný bezodkladný příjem volání na národní číslo tísňového volání 155 a výzev předaných operačním střediskem jiné základní složky integrovaného záchranného systému operátorem zdravotnického operačního střediska nebo pomocného operačního střediska

b) vyhodnocování stupně naléhavosti tísňového volání, rozhodování o nejvhodnějším okamžitém řešení tísňové výzvy podle zdravotního stavu pacienta, rozhodování o vyslání výjezdové skupiny, rozhodování o přesměrování výjezdové skupiny a operační řízení výjezdových skupin

c) řízení a organizace přednemocniční neodkladné péče na místě události a spolupráce s velitelem zásahu složek integrovaného záchranného systému

d) spolupráce s cílovým poskytovatelem akutní lůžkové péče

e) poskytování instrukcí k zajištění první pomoci prostřednictvím sítě elektronických komunikací v případě, že je nezbytné poskytnout první pomoc do příjezdu výjezdové skupiny na místo události

f) vyšetření pacienta a poskytnutí zdravotní péče, včetně případných neodkladných výkonů k záchraně života, provedené na místě události, které směřují k obnovení nebo stabilizaci základních životních funkcí pacienta

g) soustavná zdravotní péče a nepřetržitě sledování ukazatelů základních životních funkcí pacienta během jeho přepravy k cílovému poskytovateli akutní lůžkové péče, a to až do okamžiku osobního předání pacienta zdravotnickému pracovníkovi cílového poskytovatele akutní lůžkové péče

h) přeprava pacienta letadlem mezi poskytovateli akutní lůžkové péče za podmínek soustavného poskytování neodkladné péče během přepravy, hrozí-li nebezpečí z prodlení a nelze-li přepravu zajistit jinak

i) přeprava tkání a orgánů k transplantaci letadlem, hrozí-li nebezpečí z prodlení a nelze-li přepravu zajistit jinak

j) třídění osob postižených na zdraví podle odborných hledisek urgentní medicíny při hromadném postižení osob v důsledku mimořádných událostí nebo krizových situací

1.3 Personální zajištění výjezdových skupin ZZS

Přednemocniční neodkladná péče je poskytována různými typy výjezdových skupin.

RZP rychlá zdravotnická pomoc ve složení záchranář a řidič v sanitním voze

RLP rychlá lékařská pomoc ve složení lékař, záchranář a řidič v sanitním voze

RV Rendez vous (setkávací systém) s lékařem a záchranářem v osobním voze, které slouží pouze k přepravě zdravotnických pracovníků na místo události, ale neslouží k přepravě pacienta, protože nedisponuje transportními prostředky sloužícími pro transport pacienta do zdravotnického zařízení. Při nutnosti tohoto transportu je přivolána posádka RZP. Na základě vyhodnocení stavu pacienta lékař může doprovázet pacienta během transportu, anebo do zdravotnického zařízení doprovázet nemusí. Pokud je transport pacienta realizován pouze posádkou RZP, výjezdová skupina s lékařem RV se okamžitě stává dostupnou pro další tísňovou výzvu.

LZS letecká záchranná služba

Nejen v České republice je lékař součástí výjezdových posádek ZZS. Stejně tak je tomu na Slovensku, v Belgii, Chorvatsku, Německu, Itálii, Rakousku, Slovinsku, Francii, Finsku, Polsku, Portugalsku, Švédsku a Švýcarsku. Naopak v USA nebo ve Velké Británii funguje v praxi systém paramediků (záchranářů), kdy lékař pracuje na urgentním příjmu nemocnice a v případě nutné konzultace se s ním záchranář spojí (REMEŠ, TRNOVSKÁ a kol., 2013).

1.3.1 Rendez vous systém (RV)

Je systém setkávací, kdy se na místo zásahu sjíždějí dvě posádky, jak lékařská, tak zdravotnická. Posádky mohou, ale nemusí být ze stejného stanoviště. Podle toho, která posádka je momentálně připravena k výjezdu a je k místu zásahu v danou chvíli nejbližší, je dispečinkem vyslána. Posádka, která dorazí na místo zásahu jako první, zahajuje činnost dle svých kompetencí, druhá posádka se přidává po dosažení místa výjezdu. Konají společně, následně připravují pacienta k transportu, pokud to jeho zdravotní stav vyžaduje.

Tento systém je nutností v lokalitách s nedostatečným počtem lékařů a je výhodný v hustě osídlených aglomeracích s větším počtem výjezdových stanovišť a dostatečným počtem zdravotnických posádek. Posádka RZP, která je vyslána k zásahu samostatně, si podle situace na místě může vyžádat výjezd lékařské posádky.

Naopak posádka RV, která je vyslána na výjezd, může posádku RZP odvolat v případě, kdy není nutný transport pacienta do zdravotnického zařízení, nebo není na místě zásahu nikdo nalezen.

1.3.2 RV systém používaný v zahraničí

Jedná se o tzv. **Franko-Německý systém**, který je fungováním podobný našemu setkávacímu systému. Lékař přijíždí za pacientem do domácího ošetřování, ale na rozdíl od našeho systému jsou více do ošetřování v terénu zapojováni i praktičtí lékaři. Paramedici (NLZP) mají rozšířené kompetence, zejména v podávání léků a zajišťování dýchacích cest. Pacient se do zdravotnických zařízení netransportuje, pokud to jeho zdravotní stav nevyžaduje a ponechává se v domácím ošetřování.

Anglo-Americký systém se liší hlavně tím, že základní vyšetření a zajištění fyziologických funkcí pacienta na místě provádí pouze paramedici, lékaře mohou požádat o telefonickou konzultaci. Pacient se transportuje vždy, s lékařem se setkává až ve zdravotnickém zařízení (DICK, 2003).

1.4 Nelékařský zdravotnický personál

Pozice zdravotnických záchranářů je v posledních letech stále posilována z důvodu nedostatku lékařů v systému zdravotnických záchranných služeb. Jsou navyšovány počty posádek rychlé zdravotnické pomoci, kde je vedoucím posádky zdravotnický záchranář, musí dané situace řešit sám a právně za ně zodpovídat. Činnost ve výjezdové skupině RZP nejčastěji vykonává zdravotnický záchranář nebo sestra pro intenzivní péči, oba způsobilí k výkonu povolání bez odborného dohledu. Způsobilost k výkonu povolání pro jednotlivé obory NLZP stanovuje zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče. Zdravotnickým záchranářem se tedy rozumí diplomovaný specialista nebo absolvent vysokoškolského bakalářského studia v oboru záchranář. Tyto studijní obory připravují absolventy pro činnosti v oblasti neodkladné péče v souvislosti s poskytováním zdravotnické odborné první pomoci, pro vykonávání život zachraňujících úkonů, k organizaci řešení hromadných neštěstí a v rámci kompetencí k rozhodování o naléhavosti poskytování neodkladné péče. Kompetence zdravotnických záchranářů jako nelékařských zdravotnických pracovníků upravuje vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných pracovníků. Na záchranné službě dále pracují i všeobecné zdravotní sestry, ale to jen v případě, že mají specializaci v oboru

anestezie, resuscitace a intenzivní péče (dále jen ARIP) nebo jsou diplomovaní specialisté v oboru intenzivní péče. Je tomu tak, protože mezi základní činnosti nelékařského zdravotnického personálu patří i mimo jiné monitorování a hodnocení vitálních funkcí, včetně snímání a vyhodnocování elektrokardiografického záznamu. Dále mezi jejich pracovní činnosti patří zajišťování periferního žilního vstupu pro aplikaci roztoků a léčiv, provádějí první ošetření ran, včetně zástavy krvácení. Musí umět 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. Zajišťují nebo provádějí bezpečné vyproštění, polohování, imobilizaci, bezpečný transport pacientů. Provádějí neodkladné výkony v rámci probíhajícího porodu, v případě potřeby zajišťují péči o tělo zemřelého. Dále musí umět provádět orientační laboratorní vyšetření určená pro urgentní medicínu a orientačně je posuzovat (REMEŠ, TRNOVSKÁ a kol., 2013).

Přejímají, evidují a ukládají léčivé přípravky, zdravotnické prostředky a prádlo, manipulují s nimi, zajišťují jejich desinfekci a sterilizaci, udržují jejich dostatečnou zásobu. A v neposlední řadě zahajují a provádějí kardiopulmonální resuscitaci s použitím ručních křísících vaků, včetně defibrilace srdce elektrickým výbojem po provedení záznamu elektrokardiogramu. Všechny tyto činnosti jsou stanoveny vyhláškou. Vyhláška č.55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (REMEŠ, TRNOVSKÁ a kol., 2013).

1.4.1 Osobnostní charakteristiky záchranáře

Pro kvalitní poskytování přednemocniční péče je důležitá duševní vyrovnanost, sebeovládání, čestné jednání, schopnost rychlého rozhodování a objektivního hodnocení situace. Neméně důležitá pro tuto práci je schopnost komunikace, zdravá míra sebevědomí, psychická odolnost a ctižádostivost. Záchranáři by měli při vykonávání své profese používat ty vlastnosti, které jim při práci pomáhají. Jedná se zejména o obětavost, spolehlivost, přesnost a ochotu pomáhat druhým. Samozřejmostí by pak měla být schopnost spolehnout se nejen sám na sebe, ale také jeden na druhého, dále pak vysoce erudované vystupování a především etické jednání (VÁGNEROVÁ, 1999).

Tato profese, výrazně převyšuje rámec běžného povolání, protože k nutné výbavě záchranáře patří schopnost zvládat velkou psychickou zátěž. Při této činnosti musí zvládat náročné situace ohrožení života, pracuje v improvizovaných podmínkách.

Je nucen mít pod kontrolou a ovládat svoje emoce, protože je často svědkem životních tragédií a spolurozhoduje o přežití či nepřežití pacientů (ANDRŠOVÁ, 2012).

Záchranáři očekávají, že budou těmto situacím často vystavováni. Chtějí pomáhat lidem a tak doufají, že budou v této činnosti úspěšní, proto tady jsou. Na druhou stranu se místo toho v praxi nezdědka setkávají s neakutními stavy pacientů, nebo s opakovanými výjezdy k notoricky známým bezdomovcům, intoxikovaným i psychicky nemocným pacientům. Jakými osobnostními charakteristikami by měl záchranář disponovat, aby zvládl rozdíl mezi očekáváním a realitou? Aby byl schopen podávat očekávající výkon v oblasti odborné i psychosociální a zároveň i po letech práce zůstal empatický, citlivý a ohleduplný k pacientovi i k sobě?

Asi nejlépe rozdělily profesní kompetence zdravotníků Králová a Plevová (2006, in ŠPATENKOVÁ, KRÁLOVÁ, 2009):

- **Soubor profesně odborných předpokladů**, které je možno objektivně doložit (doklady o dosaženém vzdělání, řidičský průkaz, praxe, účast na záchranářských soutěžích, informace a znalosti z oboru aj.)
- **Soubor vlastností** projevovaných způsobů chování, které mají vysoký podíl emoční složky (empatie, ohleduplnost, starostlivost, laskavost, ochota, sociální inteligence, milé vystupování atd.)
- **Soubor výkonových kompetencí** (schopnost pracovat ve stresu, pracovitost, rychlost, rozhodnost, zručnost, spolehlivost, pružnost, postup dle standardů, aj.)
- **Týmová spolupráce**, schopnost pracovat v týmu, snášenlivost

„Záchranář není superhrdina, nadčlověk ani superman. Je to pouze člověk, stejně jako je člověk jeho pacient - v dobrém i zlém. Záchranář se jako lidská bytost principiálně odlišuje od pacienta pouze vzděláním a snahou dodržet základní pravidla: Salus aegroti suprema lex (Zdraví pacienta je nejvyšším zákonem) a Primum non nocere (Především neškodit)“ (ANDRŠOVÁ 2012, str. 11).

2 PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ A STRES

Nelékařský zdravotnický pracovník patří mezi jedno z nejnáročnějších povolání, protože je spojeno s větším výskytem stresových situací, než je tomu u většiny jiných profesí. Lidé pracující ve zdravotnictví a zejména pak v oblasti urgentní medicíny, jsou téměř denně vystavováni zátěžovým situacím, které mohou vyústit až v nežádoucí stresor. Stresorem rozumíme zátěž, která je nepřiměřená a v lidském organismu tak svým pravidelným působením může vyvolávat pocity strachu a ohrožení, pocit, že situaci nemusíme zvládnout a ztrácíme nad sebou kontrolu, nebo že se něco stane. Uvádíme zde nejčastější druhy pracovní zátěže, které jsou typické pro NLZP vykonávající službu na ZS.

2.1 Druhy psychické zátěže

Psychická zátěž je velice individuální záležitost, druhy psychické zátěže lze rozdělit následně:

Běžná psychická zátěž

Je taková psychická zátěž, která svým působením na psychiku jedince nevyvolává žádné obtíže, protože pro její zvládnání je vybaven jasnými postoji, znalostmi, dovednostmi a návyky. Při tomto druhu zátěže nedochází ke zvrátům a výkyvům, jedinec může uplatnit osvojené interakce. Běžná psychická zátěž má významnou roli při stabilizaci osobnosti.

Optimální psychická zátěž

Optimální psychická zátěž je zátěž, při které dochází ke změně navykklých standardních přístupů a interakčních aktivit, a to jednorázově i dlouhodobě. Pokud dojde k dlouhodobé změně přístupů, dojde zároveň k aktualizaci psychické zátěže. Následkem toho dochází k novému rozvoji osobnosti, k sebeaktualizaci a přetváření životní reality za pomoci poznání, nových metod smýšlení, postojů, dovedností a návyků, jednání a chování. Tyto změny jsou žádoucího rozvoj psychiky jedince a nedochází tedy k negativním důsledkům na lidskou psychiku.

Pesimální psychická zátěž

Tento druh zátěže je opakem psychické zátěže optimální. Je charakterizovaná nízkými nebo naopak vysokými nároky na psychiku, a to jak délkou trvání, tak i intenzitou. Nízké nároky nepodněcují rozvoj osobnosti po psychické stránce, naopak díky vysokým nárokům se jedinec s celou situací vyrovnává velmi těžko, což často vede k desintegraci osobnosti.

Hraniční psychická zátěž

Při této zátěži dochází k hraničnímu limitu přijatelnosti na úrovni lidské psychiky. Člověk se s touto zátěží vyrovnává s vypětím sil a se značným rozkolísáním některých funkcí, které je doprovázeno reakcemi vedoucími k zachování integrity osobnosti a rozvíjením kompenzačních, únikových a obranných mechanismů. Jde o překonávání schopností jedince, který je zvládne díky zmíněným mechanismům situaci řešit.

Extrémní psychická zátěž

Je taková míra psychické zátěže, kterou jedinec není schopen po psychické stránce zvládnout. Není zde účinná jakákoliv obrana nebo kompenzace. Reakcí mohou být malaadaptivní mechanismy, které se dále rozvíjí v selhávání psychiky (MIKŠÍK, 2007).

2.1.1 Zátěže emocionální, sociální

Při výkonu tohoto povolání dochází k opakovaným expozicím kritickým událostem, jako jsou například závažné dopravní nehody, resuscitace dítěte nebo mladého člověka, traumatická smrt dítěte, smrt jako taková. Nezřídka kdy je záchranář svědkem zranění svého kolegy při práci a nejen v těchto situacích je nucen potlačit své emoce v zájmu bezchybného zvládnutí pracovních povinností na místě zásahu. Očekává se od něj plná koncentrace a bezchybné poskytnutí přednemocniční péče v různých podmínkách, terénu a za proměnlivých okolností. Velká míra zodpovědnosti, schopnost rychlého rozhodování, nejen to je nucen NLZP při svém pracovním nasazení uplatňovat. Psychickou zátěží je právě vysoká míra požadavků kladených na jeho osobu v kombinaci malé míry možností běh dění ovlivnit. I přes maximální snahu a veškerou možnou péči, kterou pacientovi během zásahu zdravotník poskytuje, někdy dojde k úmrtí. Při těchto situacích je člověk velmi zranitelný, musí se takové okamžiky svého povolání snažit vnímat jako jeho nezbytnou součást, ne jako své selhání. Lidská psychika je v takto náročných situacích pod velkým tlakem a záleží pak významnou měrou na osobnosti jedince a na způsobech, jakými odbourává stres a psychické napětí.

Vykonávání práce za současného nedostatku potřebného času je další faktor, který velmi výrazně ovlivňuje lidskou psychiku. Protože právě čas hraje v urgentní medicíně jednu ze zásadních rolí. Je to určitý ukazatel efektivnosti a kvality poskytované péče.

Je nezbytně nutné včas rozpoznat a identifikovat problém, rozhodnout se a řešit danou situaci včas, bez prodlení a bez možnosti dlouhodobějšího rozvažování (SAHELSKÁ, 2007).

Další zátěží, které mnozí NLZP nevěnují příliš mnoho pozornosti, je nerovnoměrné rozložení výkonu práce během pracovní směny. Dochází zde ke střídání stavu maximálního nasazení, koncentrace a stavu odpočinku, kdy se připravuje na další výjezd. Při přijetí výzvy dalšího výjezdu je záchranář vytržen z určitého psychického a fyzického klidu a musí být schopen během několika málo minut plného soustředění a následného podání očekávaného, ale hlavně bezchybného výkonu. Během nočních hodin, se náročnost zvyšuje, protože zde působí větší měrou faktor únavy a lidský organismus přechází do útlumu. Tento nárazový způsob práce nevyhovuje každému, je pro něho dalším zdrojem stresu (JANÍČEK, 2006).

Neoddělitelnou skutečností při práci na záchranné službě je zátěž spojená s přítomností nepříjemných podnětů, jako jsou exkrementy, otevřené rány, zápach, deformity, atd. Vysoké nároky jsou kladeny na pozornost při zásahu, pečlivé sledování stavu pacienta, přístrojů, pokynů lékaře a ostatní posádky. Je potřeba pružně reagovat na různorodé změny a požadavky. Záchranář je nucen se samostatně rozhodovat, respektovat přitom daná pravidla a zároveň nést velkou zodpovědnost za výsledky své práce. Schopnost rychlého rozhodování a účelného jednání při nedostatku informací, improvizace při ošetřování pacienta v nepřístupném terénu.

NZLP se opakovaně setkává s lidmi v těžkých emočních stavech, je neustále konfrontován s utrpením, bolestí i smrtí, zvláště pak je velmi psychicky náročné setkání se smrtí dítěte. Smrt je nezvratným, ale přirozeným koncem lidského bytí, úmrtí dítěte je však něco nepřírozeného a jen těžko pochopitelného. Konfrontace s takovou situací zanechává v paměti jedince nesmazatelné stopy. Člověk je nucen přemýšlet o svém životě, o životě svých blízkých, o svých hodnotách i postojích o vlastní zranitelnosti. Není proto nic výjimečného, když pracovníci na záchranných službách přehodnotí svůj žebříček hodnot a do popředí dávají zdraví svoje a své rodiny, protože vědí z praxe velice dobře jak moc křehká a proměnlivá záležitost našeho zdraví je.

Vývoj současného zdravotnictví, stejně jako i vývoj přednemocniční péče a jejího poskytování, klade vyšší nároky na zdravotnický personál, který je tak nucen se neustále

vzdělávat, doplňovat si odborné znalosti a osvojovat si praktické dovednosti po celou dobu vykonávání svého povolání (VODÁČKOVÁ, 2007).

2.1.2 Zátěže fyzikální, chemické a fyzické

Při práci v terénu se záchranáři často setkávají s nepříznivými meteorologickými podmínkami jako jsou déšť, mráz, vysoké teploty nebo teplotní výkyvy.

Jsou v kontaktu s léky a dezinfekčními prostředky, ale zároveň jsou vystaveni nemalému riziku infekce. Zátěž páteře i kloubů při zvedání a transportu pacientů, nošení přístrojů a zdravotnického vybavení při zásahu je častější než u NLZP ve zdravotnických zařízeních. Z toho vyplývají i zvýšené nároky na fyzickou zdatnost a kondici. Další negativní stránkou pracovního režimu na ZS je nedostatek klidu a času na pravidelnou stravu a dodržování dostatečného pitného režimu. Nepříznivým faktorem tohoto zaměstnání je také narušení spánkového rytmu při směnném provozu (ČÍRTKOVÁ, SPURNÝ, 2001).

2.1.3 Ostatní ovlivňující faktory

Negativní stránkou vývoje ve zdravotnictví je měnící se podoba cílových zdravotnických zařízení, tedy těch zařízení kam NLZP pacienta předává do nemocniční péče k dalšímu vyšetření nebo k hospitalizaci. Změny se týkají zejména rozsahu poskytované péče ve zdravotnických zařízeních, personálního zajištění a počtu nemocničních lůžek. Tyto změny velmi výrazně ovlivňují rozhodování NLZP o tom, do kterého cílového zdravotnické zařízení pacienta předat, protože ne všechna zařízení v každou denní dobu jsou schopna zajistit a poskytnout potřebný soubor vyšetření a metod, která vyžaduje pacientův zdravotní stav. V letech 2010-2013 došlo ve středočeském kraji při stejném počtu 25 nemocnic, ke snížení celkového počtu lůžek o 471, z toho o 274 lůžek nemocničních, tento trend pokračuje i nadále. Důvodem je zejména nedostatek kvalifikovaného zdravotnického personálu. Zkrátila se průměrná doba hospitalizace pacienta téměř o třetinu a to na 6,4 od roku 2010 (ÚZIS 2013).

Dnes již není běžné, že by výjezdová skupina ZZS s ošetřeným pacientem směřovala automaticky do nejbližšího zdravotnického zařízení, které se dříve označovalo jako spádové. Dispečink ZZS musí nejprve telefonicky ověřit, zda je kapacita cílového zdravotnického zařízení taková, aby bylo schopno se o pacienta postarat. Poměrně často dochází v nemocnicích k tzv. „stop stavu“. To je situace kdy zařízení nemá volné požadované lůžko, tudíž není schopno pacienta k hospitalizaci přijmout.

Kapacitní důvody jsou tedy velmi častou příčinou, kdy se uskuteční transport akutního pacienta do jiného zdravotnického zařízení, které je schopno adekvátní péči pacientovi poskytnout. V takovém případě cílové zařízení není současně tím nejbližším a to může mít vliv na pacientovy šance do budoucna (MLYNÁŘOVÁ, 2016).

Transportem pacienta do jiného ZZ se zároveň komplikuje situace jeho rodině, která se již o změně cílového pracoviště, kam byl pacient předán ani nemusí dozvědět.

Zároveň se tím prodlužuje doba výjezdu dané posádky, která pak nemůže být k dispozici pro další výjezd v dané oblasti a musí ji v případě potřeby zastoupit posádka z oblasti jiné. Pak může dojít k situaci, kdy lze jen velmi obtížně dodržet zákonem stanovenou dojezdovou dobu, obzvláště za nepříznivých povětrnostních podmínek nebo při větším počtu současně volajících pacientů. Není také výjimkou, že se pacient veze v den propuštění z nemocnice znovu se stejnými potížemi zpět do ZZ. Důvodem jsou nejen omezení lůžek a zkrácená doba hospitalizace, ale i dlouhé čekací lhůty na jednotlivá vyšetření. Kdy je pacient propuštěn do domácího ošetřování, aniž by byl kompletně vyšetřen (MLYNÁŘOVÁ, 2016).

2.2 Stres a jeho projevy

Stres pochází z anglického slova stress – zátěž a vzniká tehdy, když na člověka působí nadměrně silný podnět. Je to stav organismu, vyvolaný nějakou situací nebo podnětem- stresorem. Obrannou reakcí organismu je stresová reakce. Psychická zátěž a stres mají za následek nadměrné vzrušení. Organismus odpovídá následně poplachovou reakcí, která po určité fázi rezistence přechází v pokus o adaptaci, který když se nepodaří, přejde ve vyčerpání (VODÁČKOVÁ a kol., 2002).

Stres vzniká působením sociálních vlivů nebo působením přírodních podmínek. Za stresující považujeme obvykle ty podmínky, které již překračují možnosti jedince se na ně adaptovat. Stres, který této hranice ještě nedosáhl, neohrožuje tedy stabilitu osobnosti a organismu, bývá označován jako **hypostres**. Naopak stres, který přesahuje možnosti adaptability, označujeme jako **hyperstres**.

Zátěž sama o sobě nemusí znamenat jen negativní ovlivnění fyziologických a psychických funkcí. Rozlišujeme též **eustres**, tedy stres působící spíše pozitivně ve vztahu k psychice například při narození dítěte, při svatbě, výhře, oslavě.

Lidé se do hraničních situací, co se rizika týká, dostávají i z vlastní iniciativy, zejména při sportovních výkonech, automobilových závodech či cestování.

Opakem je **distres**, kdy se jedná o výrazné negativní vlivy až ohrožení jedince. Tyto okolnosti vyvolávají v organismu řadu změn (ANDRŠOVÁ, 2012).

Fyziologické změny se v organismu projevují nechutenstvím, palpitací, poruchami sexuálních aktivit nebo menstruačního cyklu, kožními projevy, zvýšením svalového tonu až svalovými křečemi.

Psychické změny se projevují zejména v oblasti emocionální, kognitivní a spirituální, též se mohou projevit změnou chování. Emocionální změny se projevují výkyvem nálad, citovým ochladnutím, pocitem vyčerpání až chronickou únavou. Při změně spirituální dojde například, když věřící matka přijde o dítě, pociťuje vztek na Boha. Změna v oblasti kognitivní se může projevit narušením úsudku, poruchami poznávání nebo zkreslením percepce. Změny v chování jedince se budou projevovat například snížením množství a kvality výkonu, změnou chování ve vztazích, dále ztrátou chuti k jídlu nebo naopak přejídáním. Na jednotlivých úrovních fungování jedince pak můžeme pozorovat řadu příznaků, kterými mohou být vystupňovaná myšlenková aktivita a fantazie, či extrémní nečinnost. Mezi tyto příznaky dále patří zesílená motivace, pohybový neklid, mnohmluvnost, nespavost, dezorganizace poznávacích procesů, úzkost, grimasy, nejistota a další (HOŠEK, 2003).

2.3 Reakce organismu na zátěž

„Druhy činnosti, včetně myšlení a cítění, jejichž účelem je odvést pozornost a povědomí o nepříjemném či zahanbujícím faktu nebo skutečnosti, která vzbuzuje úzkost. Ohrožena přitom může být sebeúcta, sebevědomí, sebehodnocení, vlastní jádro našeho já.“(KŘIVOLAKÝ, 1994, s. 60).

Obranné mechanismy ega, mají za úkol ochránit jeho pozitivní hodnotu - pozitivní vnímání sebe sama. Jedná se o nevědomé dynamické reakce a způsoby odpovědí na náročné, nepříjemné situace. Každý z nás inklinuje k jiným obranným mechanismům, pro rozvoj a pochopení struktury osobnosti je vhodné se s těmito termíny seznámit a pokusit se svoje regulační mechanismy rozpoznat a v sobě objevit (ANDRŠOVÁ, 2012).

Racionalizace - jedinec si na místo úzkostí a obav vysvětlí nežádoucí způsoby chování, motivy a postoje přijatelnými důvody.

Nenapíchl jsem žilu ne proto, že bych to neuměla a byla nešikovná, ale proto, že to byly blbě kanyly.

Regrese - jedinec se vrací k projevům již prodělaného stupně vývoje, k méně zralé formě a způsobům chování, jakými jsou například okusování nehtů, útěk po hádce k rodičům, pomočování, rozbití nefunkčního přístroje obdobně jako v dětství.

Agrese - je projevena přímo nebo přeneseně, verbálně či fyzicky, kdy se jedinec mstí za porážku. Může se jednat též o manipulativní chování, pomluvy, násilí nebo poškozování majetku.

Záchranář se po nepovedeném zásahu později doma vykřičí na rodinu. Pacient, který způsobil dopravní nehodu se po příjezdu ZS vrhne na příchozí záchranáře.

Únik - jedná se o reálný fyzický ústup ze situace, která by mohla vyústit v konflikt nebo frustraci, jedinec se snaží uniknout ze skutečnosti někam, do nemoci, filmu, drogy, knihy, kde může prožívat uspokojení.

Záchranář se po neúspěšné resuscitaci jde opít do němoty. Sestra nespokojená s hodnocením sní o tom, jaké by to bylo, kdyby se stala vrchní sestrou.

Opačné reagování – se projevuje zcela odlišným, protikladným jednáním v rozporu s tím, co jedinec skutečně cítí.

Záchranář, který má sám problémy s alkoholem, bude veřejně vystupovat a propagovat abstinenci.

Rezignace, apatie - jedinec ustupuje od původního záměru, může být přerušen kontakt s okolím, dochází k omezení osobní a emoční účasti na problému.

Represe - jedná se o potlačení negativně prožívané situace a jejích dopadů. Jedinec se snaží tyto nepříjemné situace vytěsnit mimo oblast vědomí, záměrně nevědomě zapomenout.

Záchranář si nepamatuje svoji chybu. Jindy zapomene odeslat nepříjemnou zprávu.

Projekce - jedinec promítá některé své nežádoucí tužby, přání a vlastnosti do cizí osoby.

Záchranář přisuzuje své negativní, nepřijatelné vlastnosti ostatním kolegům „Ten je ale neschopný!“

Sebeobviňování - projevuje se agresivitou obrácenou dovnitř. Jedinec se obviňuje a trestá sám. Zabraňuje vlastně tomu, aby to učinili ostatní.

Záchranář se stále za něco obviňuje a dožaduje se tak lítosti druhých.

Kompenzace - jedinec se snaží nalézt jiný cíl než ten, ve kterém selhává.

Záchranář není schopen pracovat v terénu, stane se proto velice angažovaným v kancelářské (nevýjezdové) práci či ve zcela jiné oblasti.

Vzdor, odmítání - tento postoj se projevuje aktivním či pasivním odporem.

Záchranář, který byl proti své vůli vyslán na školení, bude dělat „naschvály“ a „sabotovat“ výuku.

Identifikace - následkem tohoto procesu je ztotožnění se s nějakou osobou, podílí se na úspěších druhého tím, že zvnitřňuje jeho hodnoty a názory.

Záchranář napodobuje jednání, gesta, či názory svého úspěšnějšího profesního kolegy.

Fixace - jedinec udržuje určitou reakci i přesto, že se ukazuje opakovaně jako neúčinná (NAKONEČNÝ, 1997).

2.3.1 Akutní reakce na stres (ARS)

ARS je definována jako „přechodná porucha významné závažnosti, která vzniká jako odpověď na výjimečný duševní nebo fyzický stres, s typickým zúžením vědomí a pozornosti a desorientací v počátku, nenásleduje stažení až stupor nebo agitace a hyperaktivita, bývá amnézie“ (ŠEBLOVÁ, 2000, str.,33-35).

Je normální mít nenormální reakci na nenormální věci. Když se organismus setká s něčím vážným, výrazně nás oslovujícím, může odpovídat zvýšenou reakcí. Jedná-li se o prohloubenou, patologickou reakci, je nazývána akutní reakcí na stres. Je to závažná porucha přechodného trvání, která vznikla u jedince bez jakékoli předcházející psychické poruchy jako bezprostřední reakce na výjimečný fyzický nebo psychický stres. Nástup reakce je většinou od jedné hodiny a odezní obvykle během několika hodin až dnů. Spouštěčem je většinou traumatický zážitek, který vážně ohrozil bezpečnost anebo somatickou integritu jedince či blízkých osob, například během živelné pohromy, úrazu, ozbrojeného konfliktu, přepadení, znásilnění, nebo náhlá změna v sociálním postavení,

jako je úmrtí blízké osoby. Projevuje se fyzickou i psychickou ochablostí jedince, neschopností reagovat na podněty vnějšího prostředí a desorientací. Opačnou reakcí může být naopak zvýšená reaktivita, hyperaktivita, zmatenost agitace (ANDRŠOVÁ, 2012)

2.3.2 Posttraumatická stresová porucha (PTSP)

PTST je definována jako „*odložená a (nebo) protrahovaná odezva na stresovou událost nebo neobvykle hrozivého nebo katastrofického rázu*“ (ŠEBLOVÁ, 2000, str., 33-35).

Obdobně jako u akutní reakce na stres se jedná o následek vysoce traumatického zážitku, situací, jakou jsou hromadná neštěstí, pohromy a války. Jeho přítomnost byla známá po 1. a 2. světové válce, nejvýrazněji po návratu amerických vojáků z války z Vietnamu. U vojáků často docházelo k opětovnému vybavování některých nepříjemných situací, špatnému spánku, depresím, zneužívání návykových látek nebo sebevražedným tendencím. Typická pro toto onemocnění bývá zpožděná reakce, nenastává bezprostředně, ale s odstupem času po působení škodlivého faktoru, kterým mohla být kriminální činnost, například nepatřičný sexuální zážitek nebo vystavení mrtvým tělům, jakákoliv událost mimo normální lidskou zkušenost. Posttraumatická stresová reakce je normální reakce na abnormální událost (ANDRŠOVÁ, 2012).

Typickými projevy jsou pocity otupělosti, pocity odcizení, celkové změny v emočním prožívání až **adhedonie**- neschopnost prožívat radost a pozitivní emoce obecně. Opakované prožívání traumatu ve snech nebo ve vzpomínkách- **flashbacky/intruze** – vtíravé a neodbytné tendence. Dostavuje se úzkost, úlekové reakce, poruchy spánku, koncentrace a pozornosti, nadměrná ostražitost.

Projevuje se **popření a vyhýbání se** situacím, lidem a místům nebo činnostem události připomínající (KOHOUTEK, ČERMÁK, 2009).

2.4 Syndrom vyhoření a jeho projevy

Postihuje nejen NLZP, ale obecně pracovníky všech pomáhajících profesí. Syndrom vyhoření, také syndrom vypálení, vyprahnutí, **burn – out syndrom**, znamená stav citové vyčerpanosti, emoční únavu. Tento stav se objevuje v okamžiku, kdy dojde k vyčerpání určitých psychických rezerv, následkem dlouhodobě trvající nerovnováhy mezi příjmem a výdejem.

Syndrom vyhoření nemá jednotnou definici, jedná se o dlouhodobý efekt nahromadění emocionálně náročných situací, který dosáhne úrovně nad limity jedince. Zahrnuje pocity emocionálního vyčerpání, pocity bezmoci a neschopnosti něco změnit či prosadit (PHELPS et al., 2009).

Je disbalancí mezi fází zátěže a klidu, mezi aktivitou a odpočinkem, ke které dojde v důsledku chronického stresu a zanedbáváním vlastních potřeb. Na rozvoj syndromu vyhoření mají krom vnějších stresorů vliv také osobní charakteristiky jedince, jako jsou například vysoké ambice, nabírání si více povinností než je třeba, perfekcionismus, potlačování vlastních zájmů, přetěžování se, neschopnost jednat asertivně, workoholismus nebo přísná morálka vzhledem k sebehodnocení.

U záchranářů k rozvoji vyhoření dochází velmi často a to v důsledku vysoké zátěže, stresujícímu obsahu práce, působením rušivých vlivů, nedostatku uznání, možné frustrace, malé zpětné vazby či konfliktům s pacienty nebo kolegy. S takovým obsahem pracovních okolností by však záchranáři měli předem počítat, je tedy možné nazírat na syndrom vyhoření jako na nedodržování určitých psychohygienických pravidel, nedostatek péče o sebe a zanedbávání své psychické kondice či rovnováhy (ANDRŠOVÁ, 2012).

Mezi hlavní projevy tohoto syndromu patří vyčerpání, odcizení, pokles výkonnosti, ale příznaky se mohou projevit ve více rovinách a to:

Kognitivní rovina

Pro tuto rovinu je typická ztráta nadšení, pracovního nasazení, zodpovědnosti, nechuti a lhostejnosti k práci. Dále se může projevovat negativním postojem k sobě, společnosti, státu, práci, poruchou koncentrace a paměti, únikem do fantazie, potížemi se zapomínáním, náchylnostem k profesnímu selhání a nehodám, poklesu až ztrátě zájmu o problematiku profese.

Emocionální rovina

Problémy v této rovině se projevují sklíčeností, pocity bezmoci, beznadějí a prázdnotou, popudlivostí a agresivitou, nespokojeností se životem, nespokojeností obecně, pocity nedostatku uznání, depresivní náladou, nekontrolovatelným pláčem či výbuchy vzteku, strachem a apatií, nedostatkem sebevědomí a odvahy. Objevuje se přesvědčení o vlastní postradatelnosti až bezcennosti.

Tělesné příznaky

Projevují se nedostatkem energie, poruchou spánku a chuti k jídlu, rychlou unavitelností a stálou vyčerpaností, vysokým krevním tlakem, vegetativními obtížemi. Dále se může projevovat celou řadou somatických obtíží jako například bolestí zad nebo hlavy, zároveň se prodlužuje doba nezbytná pro regeneraci organismu, dále abúzem alkoholu a drog.

Sociální vztahy

Mohou být narušeny, protože dochází k odcizení, omezení kontaktu s klienty, kolegy i kamarády, nezájmu o hodnocení ze strany druhých lidí. Dotyčný se vyhýbá složitým tématům, nejeví zájem o další vzdělávání, nepřipravuje se dostatečně k výkonu práce, ztrácí zájem obecně. Dochází často k pasivnímu chování, vnitřní rezignaci, postupně ztrátě idealismu cílevědomosti a zájmu, nárůst konfliktů často na podkladě nezájmu a lhostejnosti (VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2005).

K rozvoji syndromu vyhoření nepřispívá jen pracovní stres, ale také naše osobnostní charakteristiky.

Budou mu pravděpodobně více vystaveni jedinci, kteří například:

- neumí říct ne
- neumí delegovat věci na druhé
- neumí se podělit o problémy, nebo se nemají kam obrátit při jejich řešení
- jsou příliš pracovití
- berou neúspěch jako osobní porážku
- mají pocit nepostradatelnosti a touží po nadměrném společenském uznání
- kladou důraz na věci, které nejsou důležité
- neumí se oprostít od práce, nevěnují se koníčkům
- myslí si, že vše půjde snadno, bez překážek, bez chyb a problémů
- netuší, že by syndromem vyhoření mohli být ohroženi

(VENGLÁŘOVÁ, 2011)

2.4.1 Fáze syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření má svůj vývoj, vyhoření probíhá dlouhodobě a prochází několika fázemi, může se jednat o měsíce i roky.

Fáze nadšení:

Jedinec neefektivně zachází s energií, má nadprůměrné nasazení, bere si služby navíc. Účastní se mnoha školení a seminářů, profesním povinností věnuje veškerý volný čas i na úkor relaxace a pracovního odpočinku, projevuje o práci extrémní zájem, který hraničí až s posedlostí. Zdravotník má idealistický přístup, věří, že zachrání všechny pacienty a když bude vysálat jen dobro, bude se mu také jen dobro vracet, má sil na rozdávání.

Fáze stagnace:

Dochází k přehodnocení některých ideálů vzhledem k realitě, nadšení dohasíná, práce se již nejeví tak zajímavá a vzrušující. Hlásí se resty i z ostatních oblastí života záchranáře a dochází mu, že existuje i mimopracovní oblast, dříve opomíjené hodnoty začínají nabývat na významu. Tato fáze ještě nemusí být jak záchranářem, tak ani okolím vnímána jako příznak vyhoření.

Fáze apatie:

Dostavuje se trvalá nespokojenost v práci, pocit zklamání, a zároveň přichází pocit vnitřní rezignace. Záchranář ztratil vyhlídky na lepší budoucnost a práci vnímá jen jako rutinu a stereotyp. K jednotlivým případům přistupuje byrokraticky, s co nejmenším výdejem energie v rovině fyzické i emoční. Nastupuje vzdor, skeptičnost, cynismus arogantní chování k pacientovi. Syndrom vyhoření je na vrcholu, objevují se problémy v rodině, na pracovišti i v partnerství.

Fáze intervence:

V této fázi záleží především na záchranáři, jaký sám zvolí způsob a jak na sobě bude chtít pracovat. Intervencí se rozumí jakýkoliv krok z bludného kruhu syndromu vyhoření, který je „postížený“ ochoten udělat proto, aby opět našel efektivní způsob práce a spokojenost v osobní rovině (ANDRŠOVÁ, 2012).

2.4.2 Prevence syndromu vyhoření

Prevence je nejvhodnějším způsobem řešení syndromu vyhoření. Pomocí následujících rad je možné se mu vyhnout úplně, nebo se proti vzniku tohoto syndromu efektivně bránit. Mezi tyto rady patří:

- **nepropadejme syndromu mesiáše**, protože nejsme odpovědni za vše, s čím se v praxi setkáváme, některé věci změnit nelze a nemáme kontrolu nad vším
- **dobře si zorganizujeme svou práci**, plánujme volno strávené dle svých představ, nepřeceňujme se
- **svoji práci si obohatíme**, zabývejme se i něčím jiným než je záchranná práce, např. výukou první pomoci, zdravotnickým dozorem na akcích
- **vyvarujme se negativního myšlení**, je užitečné se umět pochválit, hledat si pozitiva na své práci a na životě, bolest a smutek je vhodné ventilovat pláčem
- **předcházejme problémy s kolegy**, zapojte při jednání s kolegy asertivitu a emoční inteligenci, nenechte se vyprovokovat, ohrozit ani vtáhnout do konfliktů
- **hledejme a získávejme podporu**, požádejme o radu, udržujme pomocnou sociální síť, konzultujme své problémy, provádějte debriefing na pracovišti a účastněme se supervizí, v případě potřeby vyhledejme podporu peera
- **pokusme se zachovat klid**, osvojme si antistresové programy, používejme meditaci
- **neodmítejme pomoc, ale vyhledejme ji**, nejsme superhrdinové, ale obyčejní lidé, u této náročné práce je nutností umět o pomoc požádat a nebrat to jako projev slabosti
- **doplňujme pravidelně energii**, čas věnovaný koníčkům a zálibám, které nás naplňují, je stejně důležitý, jako být s lidmi se kterými je nám dobře
- **žijme zdravě a pečujme o sebe**, je vhodné věnovat se tělesným aktivitám a nepřepínat se, mít dostatek spánku, dopřávat si zdravou pestrou stravu a dostatek tekutin, dělat si radost a vychutnávat život
- **vyhledávejme nové výzvy**, je důležité pracovat na svém profesním i osobním rozvoji, učit se novým věcem, vzdělávat se a být otevřený novým zkušenostem (ŠPATENKOVÁ, 2008).

3 KRIZOVÁ INTERVENCE

3.1 Krize

Nečekané události a jejich nakupení mohou představovat takovou míru zátěže, při které se organismus ocitá na pomezí vlastních rezerv (úmrtí partnera, rozvod, rozchod, ztráta zaměstnání, změna finanční situace, osobní konflikty na pracovišti, problémy s vedoucím, změny v širší rodině). U záchranářů může být spouštěčem krize například zranění či úmrtí kolegy a zároveň přítele, kterému je záchranář přítomen, ošetřování svých blízkých a spatření jich v život ohrožujícím stavu, konflikt na pracovišti, který mění jeho postavení na pracovišti, několik traumatických událostí za sebou, které neměl čas zpracovat.

Krize má subjektivní charakter a často se týká celého rodinného systému, krize je definována jedincem, krize je životní situace, která přesahuje obvyklý rozsah vyrovnávacích strategií.

„Stav psychické krize je doprovázen negativními citovými prožitky, narušením pocitu bezpečí, objevuje se silná tenze beznadějí.“ (VÁGNEROVÁ, 2004, str. 50)

Svůj svět a okolí, vnímáme každý odlišně a pro jiného mohou mít stejné události zcela odlišný význam než pro nás. To, co je pro jednoho bezvýznamná epizoda, se pro druhého může stát příčinou desintegrace osobnosti. S většinou životních situací si prostřednictvím svých vrozených, získaných či naučených zvládacích strategií jedinec dokáže pomoci sám. Další pomocí na laické úrovni a zároveň nejpřirozenější podporou v krizi jsou blízké osoby, příbuzní, partneři, přátelé a kolegové. Krize a její zvládnutí je prověrkou nejen vlastních adaptačních programů, ale i zvládacích schopností blízkého sociálního okolí (BAŠTECKÁ a kol., 2005).

3.2 Krizová intervence

„Krizová intervence znamená „zásah v krizi“. Pojem používáme v užším a širším slova smyslu. V užším znamená techniky a strategie při zacházení s člověkem, který zažívá úzkost a jiné přemáhající pocity ze situace, do níž se dostal. Jde o „tahy selektivně užívané při práci s lidmi, kteří nejsou nápomocni, nýbrž se ocitnou v krizi“ (Brown, Pullen, Scott, 1992 v Baštecká, 2005, str. 163).

Krizová intervence je odborná metoda práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou, ohrožující. Krizová intervence pomáhá zpřehlednit 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 krizovou situací“ (VODÁČKOVÁ, 2002, str. 60).

Krizovou intervenci můžeme vymezit jako „specializovanou pomoc osobám, které se ocitly v krizi“. Je to odborná pomoc a přichází na řadu ve chvíli, kdy selhaly metody pomoci laické. Tvoří ji různé formy pomoci, jejichž úkolem je navrátit jedinci psychickou rovnováhu, kterou narušila kritická životní situace. Do této pomoci řadíme pomoc psychologickou, sociální, právní a lékařskou. (ŠPATENKOVÁ, 2004, str. 15).

Krizová intervence je proces, jehož základem je navázání komunikace mezi klientem a krizovým pracovníkem. Z dostupné literatury jednoznačně vyplývá, že krizová intervence má několik etap, od prvotního navázání kontaktu až do vyřešení a zhodnocení intervence. Zde se autoři liší nejen v počtu fází, ale zejména v popsání jednotlivých etap. Krizová intervence podle Baštecké znamená doslovně „zásah v krizi“, používání technik a strategií u osob, které mají závažné pocity z prožitých situací, a hlavním cílem je vrátit postiženému kontrolu nad sebou samým.

S druhým termínem, s nímž se můžeme v rámci poskytování KI setkat, je **první psychická pomoc**. Jedná se o pomoc člověku v krizi v podobě jednorázového zásahu prostřednictvím rozhovoru. Tato pomoc v sobě zahrnuje okamžitou reakci na psychosociální potřeby klienta. Klientem však nemusí být jen oběť mimořádné události například, ale může se jím stát sám záchranář, který se v rámci svého povolání setkává s traumatizujícími událostmi. Při takové události může vzniknout tzv. „duševní otřes“. Duševní otřes vzniká jako normální reakce na nenormální situaci. Základním úkolem První psychické pomoci ve zdravotnictví je takto postiženému záchranáři poskytnout odbornou pomoc. Pomoc je poskytována buď jednotlivě, nebo hromadně formou skupinové terapie. Při příznivém průběhu KI dochází ke snížení intenzity zátěže, která by mohla snížit výkonnost zdravotnického záchranáře.

3.2.1 Cíle a zásady krizové intervence

„Cílem krizové intervence je, aby daný člověk získal znovu nad sebou vládu. Krizová intervence v širším slova smyslu představuje metodu - uspořádání a návaznost postupů, které si kladou za cíl vyřešení současné situace a obnovu člověkových sil v rozpětí:

- *od nejmenšího cíle (psychologické řešení okamžité krize a obnova zvládacích mechanismů přinejmenším do úrovně, která existovala před propuknutím krize), tj. návrat na předkrizovou úroveň*
- *k největšímu cíli (umožnit člověku, aby prošel změnou, po níž je zralejší, víc toho ví či umí, než před krizí), tj. pokrizový růst“ (BAŠTECKÁ, 2005, str. 170).*

Prvním cílem je KI je stabilizovat stav zasaženého a snažit se zajistit jeho fungování alespoň na takové úrovni, jako byla před začátkem krize. Dalším cílem není jen přímé odstranění symptomů, ale také probírání otázek a úkolů v blízké budoucnosti a vedení k možnostem řešení. Důležité je i zmapování vyvolávajícího podnětu a jeho kontextu, rozpoznání a opatrná interpretace příznaků a návrh řešení problému.

Neméně důležité jsou i pomoc při duchovní očistě, pomoc při pokusech o návrat do normálního života, posilování důležitých dovedností, pokus o vyřazení nezralých obranných mechanismů, odstranění chronických úzkostí, přijetí traumatu a zařazení do životní historie (VODÁČKOVÁ, 2002).

Zásady krizové intervence:

- KI by měla následovat v co nejkratším čase po traumatickém vjemu
- měla by pokrýt všechny zasažené – např. partner, blízká rodina
- KI je týmová práce, je vhodné používat kombinované metody
- KI provádět v přijatelném prostředí pro zasaženého
- roztřídit cíle a problémy, které jsou před postiženým
- poskytnout dostatek informací postiženému, co bude následovat, na co se má připravit
- upozornit na reakce, které může postižený očekávat
- naslouchat reakcím a vyjádřením postiženého, nechat prostor pro ventilaci afektivního napětí
- poskytnout empatické chování a porozumění

- v případě potřeby zajistit navazující péči
- zachovat mlčenlivost, bez dokumentace a hlášení managementu

Cílem preventivních intervenčních technik je předcházet posttraumatické reakci a zvyšovat odolnost organismu na působení psychického traumatu. Intervenční techniky umožňují osobní ventilaci prožitků a učí jedince, jakým vhodným způsobem se stresem zacházet.

3.2.2 Krizový intervent

Pracovník krizové intervence může být laik, který absolvoval specializovaný výcvik krizové intervence, nebo profesionál z řad psychologů, lékařů, sociálních pracovníků či pedagogů. Na záchranné službě tuto službu poskytuje tzv. PEER, což je profesní kolega vycvičený ke strategii zvládnání psychicky náročných situací. U zmíněných pomáhajících profesí je jedním z hlavních pracovních nástrojů jejich osobnost, předpokládá se, že pracovník bude zvládat mimořádně náročné zátěžové situace, kterým je pravidelně vystavován. U těchto pracovníků se předpokládá dovednost navazovat kontakt s klientem a kontakt udržet tak dlouho, dokud je potřeba. Dále schopnost učinit první odhad situace a její posouzení. Další předpokládanou schopností je rozhodovat se pod časovým tlakem a brát na sebe odpovědnost za svá rozhodnutí. Pracovník na pozici krizového intervenanta dále musí být schopen vlastní motivace a bezpodmínečně disponovat nadprůměrnou odolností vůči pracovnímu stresu. Měl by být empatický, ale zároveň aktivní a v případě potřeby i direktivní.

3.3 Systém psychosociální intervenční služby (SPIS)

„První psychická pomoc je soubor jednoduchých postupů, jejichž cílem je stabilizace psychického stavu zasažené osoby tak, aby se její situace již nezhoršovala, zajištění základních lidských potřeb včetně podpory pocitu bezpečí a předání do další péče. Postupné kroky v první psychické pomoci jsou uvedeny v příloze č. 1, tato pomoc se poskytuje v rámci záchranných a likvidačních prací na místě zásahu“ (Typová činnost STČ 12/ IZS při poskytování psychosociální pomoci, 2011).

CISM (Critical Incident Stress Management) vznikl jako systém preventivní psychologické péče pro lidi s potenciálním psychotraumatem a je zaměřen nikoli na oběti, ale na osoby, vystavené kritické události v důsledku své profese, tedy mimo jiné tísňové složky i na záchranáře. Pomoc zasaženým záchranářům probíhá prostřednictvím diskuze, procesu, podpory, strukturovaných setkání po události, ale i preventivním vzděláváním

s cílem lépe čelit nárokům profese. Nikoli formou psychoterapie, ani psychologického poradenství nebo léčby. CSIM tvoří ucelený systém preventivních a intervenčních technik, jejichž cílem je udržení, případně obnova psychické rovnováhy profesionálů po náročných zásazích a zároveň tak předcházet pozdější psychologické morbiditě a snížené výkonnosti v práci (ANDRŠOVÁ, 2012).

V České republice je již několik let oficiálně v činnosti Systém psychosociální intervenční služby (SPIS), kterému zahraniční CISM položil základy. Nabízí psychosociální podporu zdravotníkům, především pracujícím v oboru urgentní medicíny.

Nabytím účinnosti Zákona č.374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě došlo ve SPIS k významné změně. Organizace je povinna tuto službu pro zaměstnance zajistit, v případě mimořádné události i pro jiné zdravotníky. Záštitu a podporu SPIS poskytla Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR. Za celou službu zodpovídají odborní garanti, kterými jsou kliničtí psychologové s praxí ve zdravotnictví, kteří prošli stejným výcvikem jako všechny osoby zapojené v systému. V jednotlivých krajích jsou tzv. krajsí koordinátoři, kteří zajišťují dostupnost péče a organizují činnost SPIS na svěřeném území. Do tohoto projektu je v současné době zapojena většina ZS. Systém má především preventivní charakter a napomáhá k vytvoření odolnosti proti psychické zátěži, vede k pochopení a přijetí reakce na náročnou situaci, přispívá také k normalizaci stresové reakce. Tento systém dále seznamuje s vhodnými způsoby adaptace na stres a psychickou zátěž, přináší také setkání a sdílení, což umožňuje rychlejší zpracování a uzavření nadlimitní situace, kterou zdravotník prošel. Mezi nadlimitní situace patří hromadná neštěstí, kontakt s oběťmi pozůstalých, událost s velkou pozorností médií, vlastní ohrožení života či zdraví, úmrtí nebo zranění člena týmu, sebevražda kolegy nebo pokus o ni, neúspěšná záchrana kolegy a jiné události, které mají příliš silný emoční dopad. Systém lze využít také v případě, když je obtížné situaci vystaven při poskytování první psychické pomoci samotný zasahující intervent. Úkolem této péče je prožité události uzavřít, aby se nepřipomínaly v situacích, kdy budou komplikovat práci (www.spiscr.info).

SPIS je postaven zejména na tzv. PEER podpoře, základní linií jsou vyškolení kolegové – zdravotníci pracující většinou na záchranných službách nebo v jiných oborech urgentní medicíny, disponující znalostí problematiky zasaženého. PEER je proškolen tak, aby dokázal podpořit zdravotníky při vyrovnávání se s následky profesně náročných

situací. Umí nejen naslouchat a edukovat, ale zároveň poskytnout první psychickou pomoc, protože sám zažívá podobné situace jako jeho kolegové.

PEER nekritizuje, nehodnotí, ani nevnučuje, naopak je diskrétní, zachovává mlčenlivost, sdílí, podporuje a provádí edukaci vhodných strategií při zvládání stresu. Ze setkání nejsou vedeny žádné záznamy, služba zůstává anonymní a je bezplatná (HUMPL, PROKOP, TOBIÁŠOVÁ, 2013).

Je to systém, který se neustále vyvíjí, je používán v podobné míře i ostatními složkami IZS, jako HZS i PČR. Velmi podobný systém je budován i v zahraničí. Šetří totiž to nejcennější, čím můžeme disponovat, vyškolenou kvalitní sílu. Protože očištění se po zátěži, pomáhá profesionálním záchranářům zpět k návratu do pracovního procesu (SHUMACHER in HUMPL, PROKOP, TOBIÁŠOVÁ, 2013).

3.3.1 Formy pomoci poskytované SPISem

Záchranáři všech kategorií jsou vůči psychickému stresu velmi odolní, pokud se vyskytne nějaká skutečně náročná situace, kolega jim porozumí lépe, než běžný klinický psycholog. Využití této nabídky neznamena, že záchranář není schopen dostát nárokům profese, ale naopak, že je schopen v případě nadlimitní zátěže požádat o pomoc a negativní zkušenost zpracovat tak, aby svoje zaměstnání mohl i nadále vykonávat co nejlépe. Nabídka podpory je různá, od pohovoru s peerem osobně, telefonem, emailovou komunikací nebo jakkoli jinak přes skupinovou intervenci, pokud se zásah týkal celého týmu až po zprostředkování individuální konzultace s psychologem, který zná prostředí záchranných služeb (www.spiscr.info).

Demobilizace

Provádí se ihned po přesunu z akce v délce 10 až 20 minut, je nejkratší formou intervenční pomoci. Jejím cílem je informovat, uvolnit a zprostředkovat návazné služby. Měla by být provedena na konci služby, následuje krátký odpočinek, případně jídlo. Rozhovor může probíhat samostatně v rámci posádky, nebo ho vede peer.

Defusing

Je kratší formou debriefingu a je načasován bezprostředně nebo do osmi hodin od kritické události. Cílem je zmírnění dopadu této události, zmírnění emocionální zátěže, zmapování skupiny, eventuálně zhodnocení potřeby debriefingu. Defusing vede peer, jako kratší strukturovaný skupinový rozhovor, který trvá přibližně hodinu.

Debriefing

Jedná se o řízené a kvalifikované opatření, které podporuje proces zpracování mimořádných událostí, posiluje schopnost sdílení těžkých zážitků a zvyšuje týmovou soudržnost a podporu. Nejčastěji se s ním setkáváme v praxi záchranných složek, kdy debriefing vede vyškolený kolega záchranář. Tato praxe většinou probíhá v rámci zhodnocení celé záchranné akce. Záchranáři nemají obavy vyjádřit i detaily ze záchranné operace a nemusí tak vysvětlovat systém záchranných postupů, což by u specialisty museli. Cílem je, aby zúčastnění mluvili o svých reakcích a dokázali přijmout fakt, že to, co zažívají, je přirozená reakce na situaci, která překračuje běžnou zkušenost. Debriefing začíná 48-72 hod. po krizové události, trvá 2-3 hod., zaměřuje se na zmírnění stresové reakce a zrychlení obnovy sil jednotlivce i zasahující skupiny. Po ukončení debriefingu jsou možné individuální konzultace (ANDRŠOVÁ, 2012).

3.3.2 SPIS a intervence poskytované Zdravotnickou záchrannou službou Středočeského kraje

K dnešnímu dni disponuje Zdravotnická záchranná služba Středočeského kraje (dále jen ZZS SČK) 28. vyškolenými krizovými interventy. Ti jsou vyškoleni pro poskytování první psychologické pomoci na místě MU u osob, které byly zasaženy kritickou událostí v souvislosti s poskytováním PNP. ZZS SČK zahájila poskytování KI ke dni 1. 1. 2014. Krizoví interventy jsou z řad lékařů i nelékařských zdravotnických pracovníků pracujících jako záchranáři, operátoři, či řidiči.

Peerové jsou též profesní kolegové, kteří prošli výcvikem pro poskytování intervencí. Aby mohli v systému fungovat, mají povinnost se vzdělávat i nadále. Jejich činnosti, stejně jako činnost ostatních poskytovatelů v systému podléhá etickému kodexu.

SPIS je v současné době pro organizace záchranné služby povinná, ZZS SČK začala s jeho činností už podstatně dříve, intervence skupinové či individuální jsou zaměstnancům poskytovány od roku 2006. Od roku 2007 je poskytování intervencí

součástí Kolektivní smlouvy v části péče o zaměstnance. Tuto možnost využilo již celkem již přes 100 zaměstnanců po bezmála 50 událostech, které vnímali jako kritické. Nejčastěji se jednalo o dopravní nehody sanitních vozidel se zraněním někoho ze záchranářů, neúspěšné resuscitace dětí, nebo náhlé a nečekané úmrtí někoho z kolegů. Většinu z těchto intervencí provedli peeri, tedy vyškolení profesní kolegové, kteří jsou znalí samotnou profesí i prostředím. V současné době poskytuje ve Středních Čechách podporu v rámci SPISu 6 peerů (www.intranet.cz).

V případě požadavku na intervenci je možné se obrátit na koordinátora mailem nebo telefonem. Další možností je nahlásit požadavek přes operační středisko, nebo se obrátit přímo na peera, kterého znáte. Proto jsou s jejich souhlasem zveřejněny kontaktní údaje, ale je možné se také obrátit na někoho z jiných krajů. Kontakty za celou ČR jsou k nalezení na stránkách SPIS.

Zásadou jakékoliv intervence je dobrovolnost a zachování důvěrnosti. Nikdo není informován o obsahu, kolegové ani nadřízení. Od loňského roku je celostátní evidence elektronická a bez informování koordinátora. Každý peer má své přístupové údaje a vyplňuje pouze anonymní informace o datu, typu a obecně předdefinovaného důvodu intervence. Celý systém funguje skutečně pro zaměstnance, zejména proto, aby byly s podporou schopni zvládnout to, co by se jim v myšlenkách a představách mohlo vracet a negativně tak ovlivňovat jejich další profesní život (www.intranet.cz).

3.3.3 Co pro sebe můžeme udělat sami

Abychom se mohli starat o druhé, musíme se naučit starat i o sebe samotné. Vyhořelý zdravotník, peer a stejně tak i intervent nepomůže, ale naopak může uškodit. Nesou-li si záchranáři nakumulovaná traumata dále životem, může se u nich postupně vyvíjet nejen syndrom vyhoření, pak také není daleko k pochybení a poškození těch, kterým pomáhají.

1. Být k sobě vlídný, mírný a laskavý.
2. Uvědomovat si, že našim úkolem je druhým lidem jen pomáhat, ne je měnit.
3. Najít si své „útočiště“, kde je možné uchýlit se do klidu a samoty v případě potřeby se uklidnit.
4. Být oporou a povzbuzením pro druhé lidi, spolupracovníky i vedení. Nebát se pochválit i třeba jen malou zásluhu.

5. Připustit si myšlenku a uvědomovat si, že je přirozené cítit se bezbranně a bezmocně tváří v tvář utrpení, kterému jsme často svědky.
6. Snažit se měnit způsoby, jak to či ono dělat. Hledat jiné způsoby.
7. Zkusit poznat rozdíl mezi dvěma druhy nařikání, tím co i tak těžkou situaci jen zhoršuje, a tím, které bolest a utrpení tiší.
8. Soustředit se cestou z práce na něco pěkného a dobrého, co se dnes podařilo v práci udělat.
9. Snažit se neustále sám sebe povzbuzovat a posilovat. Jak? Například se z vlastní iniciativy pokusit o tvořivé řešení, nejen práci vykonávat ryze technicky.
10. Pravidelně využívat povzbuzujícího vlivu přátel a pracovního kolektivu, jako zdroje jistoty, sociální opory a pozitivního směřování v životě.
11. Odpočívat s tím, že se bude hovořit o „neslužebních“ věcech. Vyhýbat se ve styku se svými kolegy ve chvílích volna a přestávek rozhovorům o úředních věcech a problémech v zaměstnání.
12. Plánovat si předem chvíle „útěku“ během týdne. Nenechat si ničím tuto radost překazit.
13. Naučit se říkat raději „rozhodl jsem se“ než „musím“, nebo „mám povinnost“ než měl bych.
14. Naučit se říkat nejen „ano“, ale i „ne“. Když neřekneš nikdy „ne“, jakou má pak hodnotu tvé „ano“?
15. Netečnost a rezervovanost vůči druhým lidem, je nebezpečnější a větší zlo, než si připustit skutečnost, že jsme udělali již maximum.
16. Rád a často se radovat a smát.

(HUMPL, PROKOP, TOBIÁŠOVÁ., 2013)

4 METODY

Teoretická část práce je vypracována pomocí odborné literatury, včetně elektronických zdrojů, které mají souvislost s danou problematikou. Praktická část je vytvořena za pomoci nestandardizovaného anonymního dotazníku, který byl distribuován elektronickou formou všem vrchním sestřám jednotlivých oblastí ZZS SČK, následně byl elektronický odkaz rozeslán na jednotlivá stanoviště a vyplněn nelékařskými zdravotnickými pracovníky v celém Středočeském kraji.

Data, ke kterým jsme pomocí analýzy odpovědí od oslovených respondentů dospěli, byla pro lepší přehlednost zpracována do přehledných grafů a tabulek. Podle výsledků jsou následně potvrzeny, nebo vyvraceny námi stanovené hypotézy.

PRAKTICKÁ ČÁST

5 CÍLE A HYPOTÉZY

Cíle práce:

Základním cílem teoretické části bakalářské práce je vytvoření uceleného náhledu na profesi nelékařského pracovníka zdravotnické záchranné služby a na různé druhy zátěže, se kterými je záchranář během výkonu svého povolání konfrontován.

V praktické části je hlavním cílem potvrzení či vyvrácení námi navržených hypotéz. Při tom budeme vycházet z výsledků nestandardizovaného anonymního dotazníku, který byl distribuován elektronicky mezi nelékařskými pracovníky záchranných služeb ve Středočeském kraji. Dotazník byl zaměřen na zjištění míry psychické zátěže u respondentů v různých typech výjezdů a zároveň mapoval jaké změny přinesl pro záchranáře systém Rendez vous.

Cíle práce:

- přinést ucelený náhled na problematiku psychické zátěže NLZP
- zjistit způsoby jakými se respondenti s psychickou zátěží sami vyrovnávají a co by pomohlo stresující situace v jejich práci omezit či zmírnit
- zmapovat zájem respondentů o psychosociální krizovou intervenci
- potvrdit či vyvrátit naformulované hypotézy, které se zaměřují na psychicky zatěžující momenty při práci nelékařského zdravotnického pracovníka na ZS

Hypotézy:

HYPOTÉZA 1

Předpokládáme, že více než 75% respondentů hodnotí tu část výjezdu, kdy předává pacienta do zdravotnického zařízení vyšší měrou psychické zátěže.

HYPOTÉZA 2

Předpokládáme, že více než 50% respondentů vnímá, že nejvýraznější změnou po zavedení RV systému došlo k navýšení počtu výjezdů v režimu RZP, kdy se posádky bez lékaře musí častěji spolehnout na své dovednosti v rámci svých kompetencí a rozhodovat se samostatně.

HYPOTÉZA 3

Předpokládáme, že více než 50% respondentů by jako hlavní prostředek ke zmírnění stresových situací ve své práci uvítala větší počet školicích akcí, než je povinných 12 hodin ročně a to zejména v oblasti nácviku součinnosti složek IZS při mimořádné události.

HYPOTÉZA 4

Předpokládáme, že přestože více než 50% respondentů ví, kde hledat po psychicky náročném výjezdu psychologickou pomoc v rámci organizace, této možnosti nevyužili a řešili problém na této úrovni jiným způsobem.

HYPOTÉZA 5

Předpokládáme, že pro více než 75% respondentů je nejvíce psychicky zatěžující typ výjezdu odpovídající mimořádné události, tedy s větším počtem zraněných osob.

6 VÝSLEDKY

6.1 Popis výzkumného šetření

V této bakalářské práci jsme zvolili metodu formou nestandardizovaného anonymního dotazníku (příloha 1), který byl distribuován v elektronické podobě. Šetření probíhalo u nelékařského zdravotnického personálu ZS v celém Středočeském kraji. Výzkumné šetření bylo zahájeno 10. 1. 2016 a ukončeno 15. 4. 2016.

6.2 Výzkumný nástroj

Výzkumným nástrojem byl dotazník vlastní tvorby, skládající se ze dvou částí, anamnestické a vlastní. Otázky do dotazníku byly vytvořeny se souladem s vlastními cíli práce a předem stanovenými hypotézami. V anamnestické části dotazníku bylo zjišťováno pohlaví, věk, délka praxe, dosažené vzdělání a pracovní zařazení dotazovaných respondentů. Tato část obsahuje 5 otázek. Vlastní část dotazníku se skládá z 10 otázek, zde jsme zjišťovali míru a projevy psychické zátěže u respondentů v různých situacích a typech výjezdů. Zároveň jsme se snažili zmapovat, jaké změny přinesl pro záchranáře systém Rendez vous.

Dotazník tvořilo 5 uzavřených otázek, u kterých dotazování respondenti označili vždy pouze jednu možnou z předem definovaných odpovědí a 10 otázek otevřených, kdy dotazování mohli odpověď vyjádřit dle svého uvážení a pracovních zkušeností.

6.3 Prezentace výsledků dotazníku

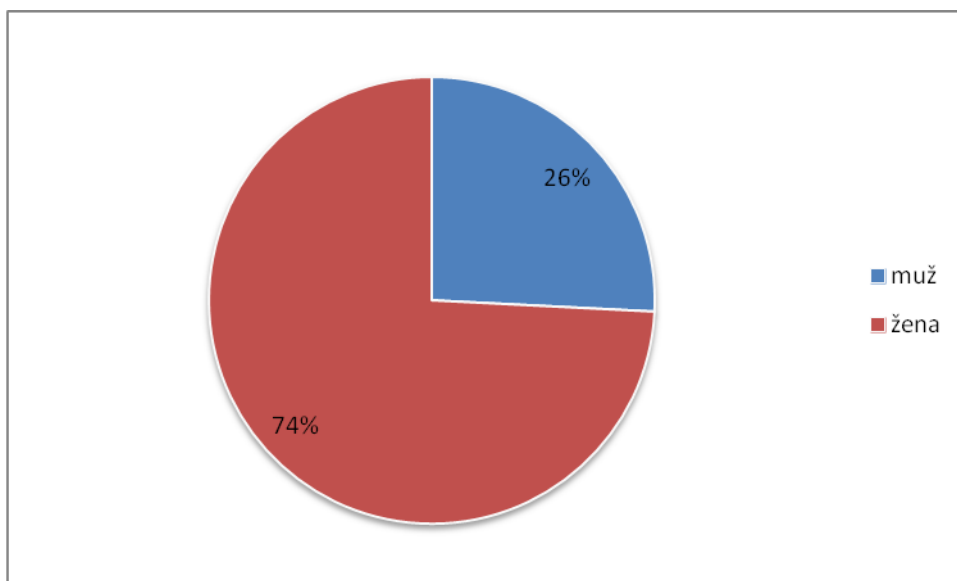
6.3.1 Vyhodnocení údajů z dotazníku

Otázka 1. Pohlaví respondentů

- Muž
- Žena

Tabulka 1- Pohlaví respondentů

Vaše pohlaví	absolutní četnost	relativní četnost
Muž	40	26%
Žena	115	74%
Celkový součet	155	100%



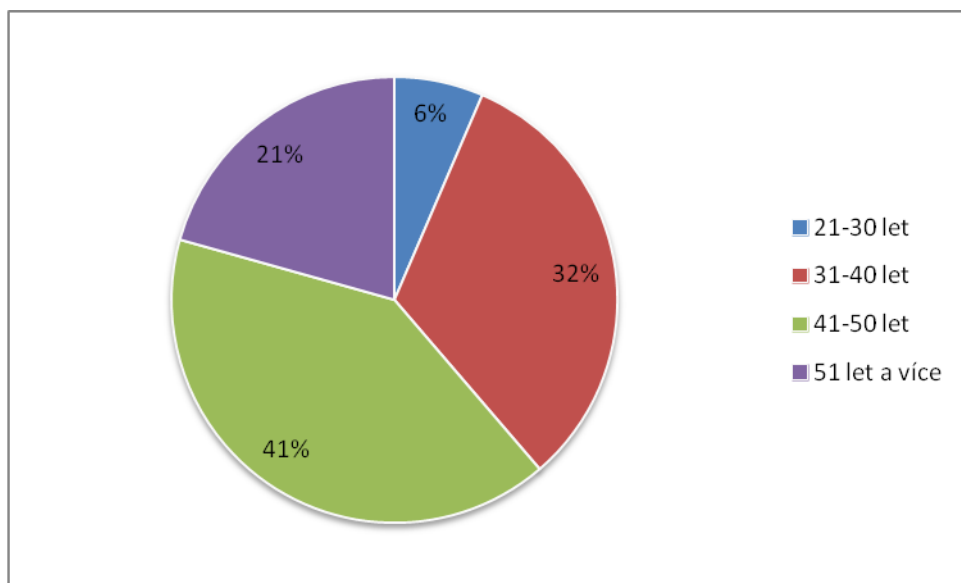
Graf 1- Pohlaví respondentů

Otázka 2 . Do jaké věkové kategorie patříte?

- 21-30 let
- 31-40 let
- 41-50 let
- 50 let a více

Tabulka 2 - Věková kategorie respondentů

Do jaké věkové kategorie patříte?	absolutní četnost	relativní četnost
21-30 let	10	6%
31-40 let	50	32%
41-50 let	63	41%
51 let a více	32	21%
Celkový součet	155	100%



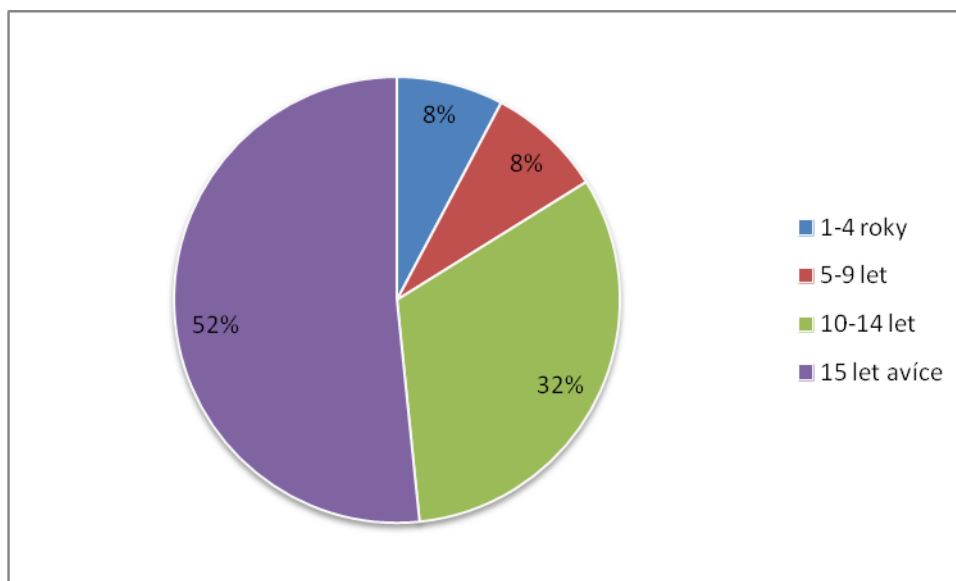
Graf 2 - Věková kategorie respondentů

Otázka 3. Jak dlouho pracujete na ZS?

- 1-4 roky
- 5-9 let
- 10-14 let
- 15 let a více

Tabulka 3 - Délka praxe na ZS

Jak dlouho na ZS pracujete?	absolutní četnost	relativní četnost
1-4 roky	12	8%
5-9 let	13	8%
10-14 let	50	32%
15 let a více	80	52%
Celkový součet	155	100%



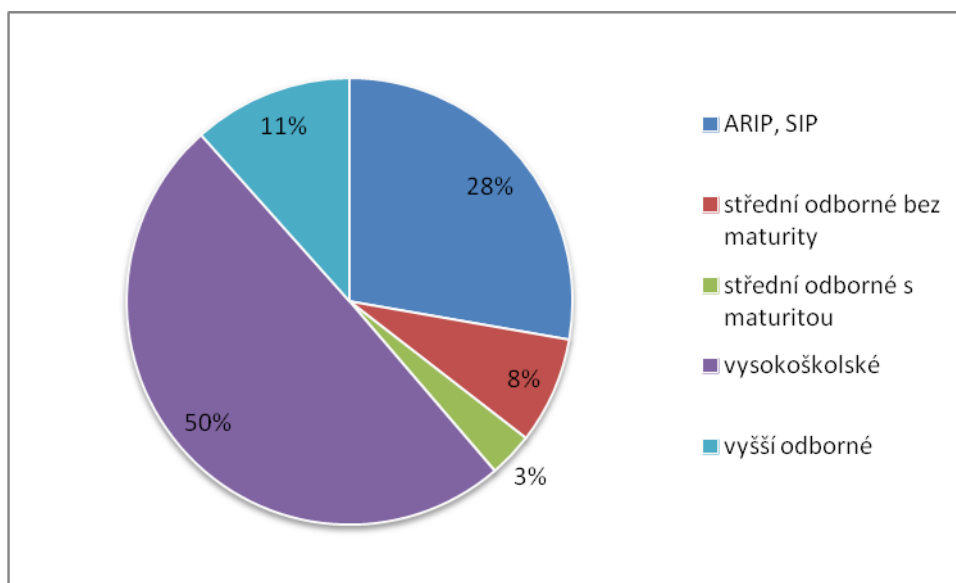
Graf 3- Délka praxe na ZS

Otázka č.4 Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- střední odborné bez maturity
- střední odborné s maturitou
- ARIP, SIP
- vyšší odborné
- vysokoškolské

Tabulka 4 - Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Vaše nejvyšší dosažení vzdělání	absolutní četnost	relativní četnost
ARIP, SIP	43	28%
střední odborné bez maturity	12	8%
střední odborné s maturitou	5	3%
vysokoškolské	77	50%
vyšší odborné	18	11%
Celkový součet	155	100%



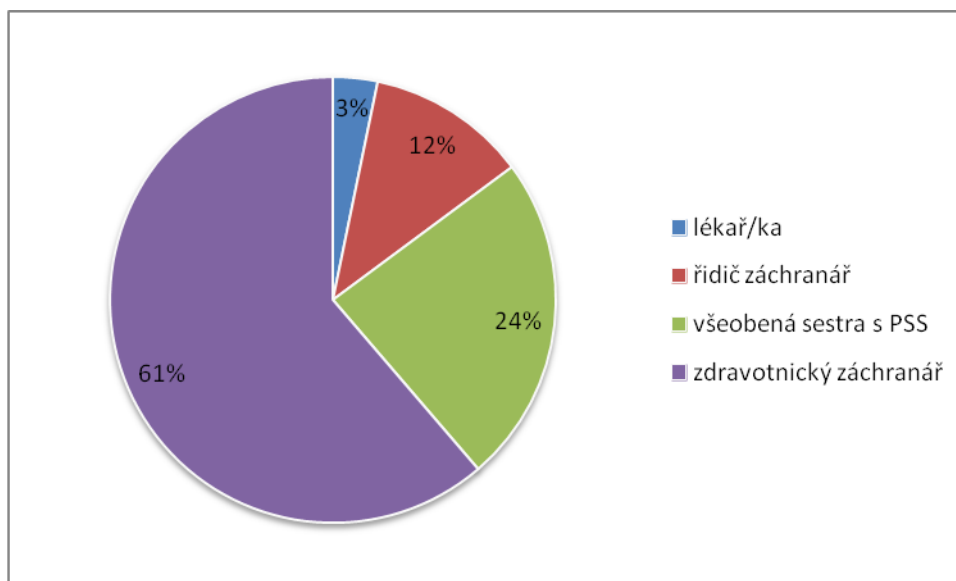
Graf 4 - Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Otázka č.5 Jaké je vaše pracovní zařazení ve výjezdové skupině?

- řidič záchranář
- všeobecná sestra s PSS
- zdravotnický záchranář
- lékař/ka

Tabulka 5 - Pracovní zařazení respondentů ve výjezdové skupině

Vaše pracovní zařazení ve výjezdové skupině	absolutní četnost	relativní četnost
lékař/ka	5	3%
řidič záchranář	18	12%
všeobecná sestra s PSS	37	24%
zdravotnický záchranář	95	61%
Celkový součet	155	100%



Graf 5 - Pracovní zařazení respondentů ve výjezdové skupině

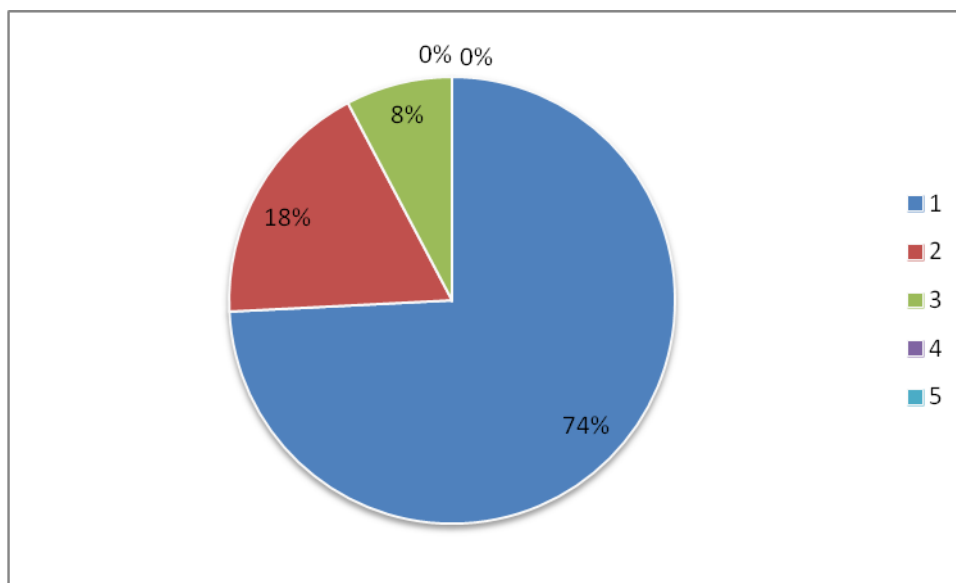
Otázka č.6 Co vnímáte jako psychicky zatěžující při práci na ZS?

Ohodnoťte body 1-5, kdy 1 znamená minimální zátěž, 5 zátěž maximální

a) čekání na práci

Tabulka 6a - Psychická zátěž respondentů na ZS- čekání na práci

Co vnímáte jako psychicky zatěžující při práci na ZS? [čekání na práci]	absolutní četnost	relativní četnost
1	115	74%
2	28	18%
3	12	8%
4	0	0%
5	0	0%
Celkový součet	155	100%



Graf 6a - Psychická zátěž respondentů na ZS

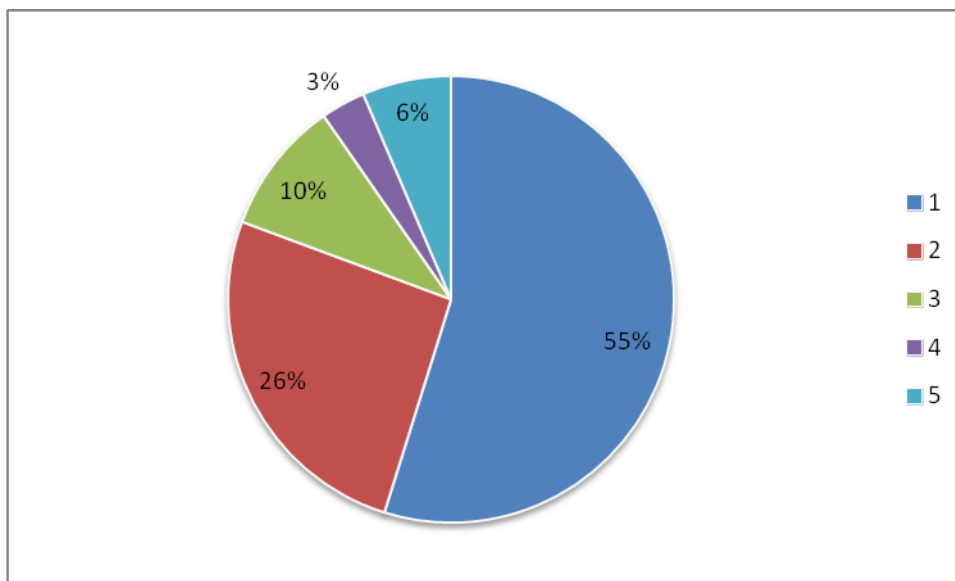
Otázka č.6 Co vnímáte jako psychicky zatěžující při práci na ZS?

Ohodnoťte body 1-5, kdy 1 znamená minimální zátěž, 5 zátěž maximální

b) nedostatek sociálních vazeb na pracovišti

Tabulka 6b - Psychická zátěž na ZS – nedostatek sociálních vazeb na pracovišti

Co vnímáte jako psychicky zatěžující při práci na ZS? [nedostatek sociálních vazeb na pracovišti]	absolutní četnost	relativní četnost
1	85	55%
2	40	26%
3	15	10%
4	5	3%
5	10	6%
Celkový součet	155	100%



Graf 6b - Psychická zátěž na ZS – nedostatek sociálních vazeb na pracovišti

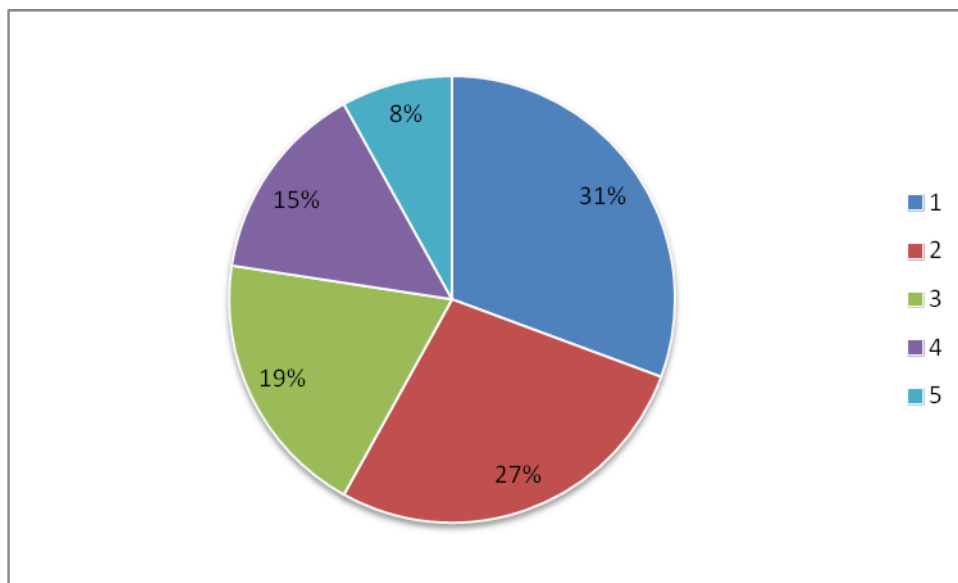
Otázka č.6 Co vnímáte jako psychicky zatěžující při práci na ZS?

Ohodnoťte body 1-5, kdy 1 znamená minimální zátěž, 5 zátěž maximální

c) selhávající komunikace v organizaci

Tabulka 6c – Psychická zátěž na ZS – selhávající komunikace na pracovišti

Co vnímáte jako psychicky zatěžující při práci na ZS? [selhávající komunikace na pracovišti]	absolutní četnost	relativní četnost
1	48	31%
2	42	27%
3	30	19%
4	23	15%
5	12	8%
Celkový součet	155	100%



Graf 6c - Psychická zátěž na ZS - selhávající komunikace na pracovišti

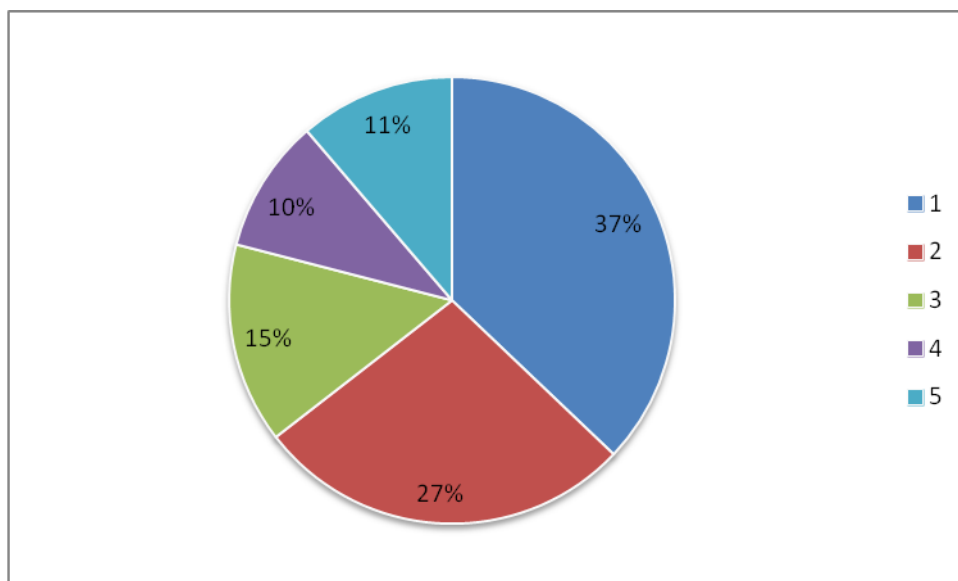
Otázka č.6 Co vnímáte jako psychicky zatěžující při práci na ZS?

Ohodnoťte body 1-5, kdy 1 znamená minimální zátěž, 5 zátěž maximální

d) změna způsobu vedení (nařízení, změny, zákazy, postihy,...)

Tabulka 6d – Psychická zátěž na ZS – změna způsobu vedení

Co vnímáte jako psychicky zatěžující při práci na ZS? [změna způsobu vedení (nařízení, změny, zákazy, postihy,...)]	absolutní četnost	relativní četnost
1	58	37%
2	42	27%
3	23	15%
4	15	10%
5	17	11%
Celkový součet	155	100%



Graf 6d – Psychická zátěž na ZS- změna způsobu vedení

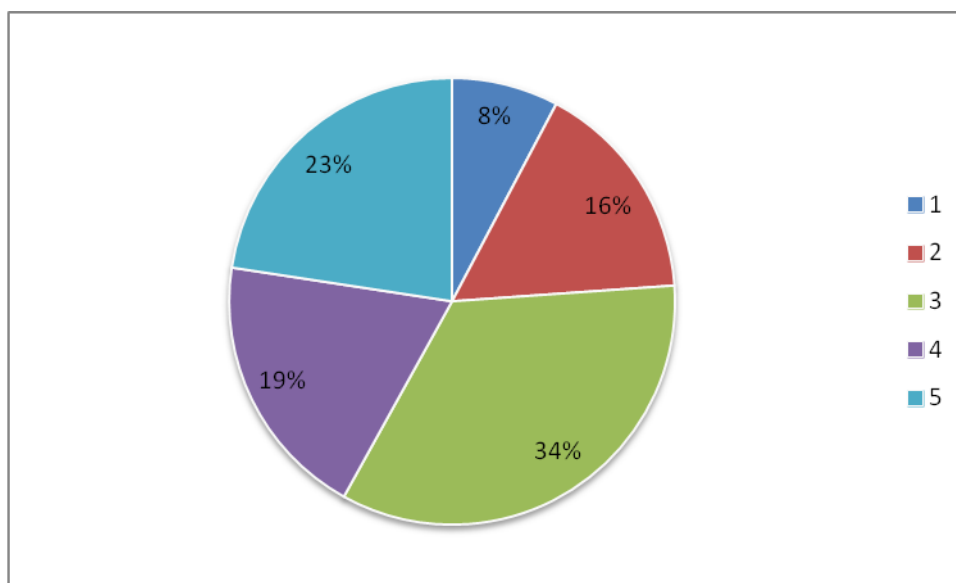
Otázka č.6 Co vnímáte jako psychicky zatěžující při práci na ZS?

Ohodnoťte body 1-5, kdy 1 znamená minimální zátěž, 5 zátěž maximální

e) vysoká míra zodpovědnosti

Tabulka 6e – Psychická zátěž na ZS- vysoká míra zodpovědnosti

Co vnímáte jako psychicky zatěžující při práci na ZS? [vysoká míra zodpovědnosti]	absolutní četnost	relativní četnost
1	12	8%
2	25	16%
3	53	34%
4	30	19%
5	35	23%
Celkový součet	155	100%



Graf 6e – Psychická zátěž na ZS- vysoká míra zodpovědnosti

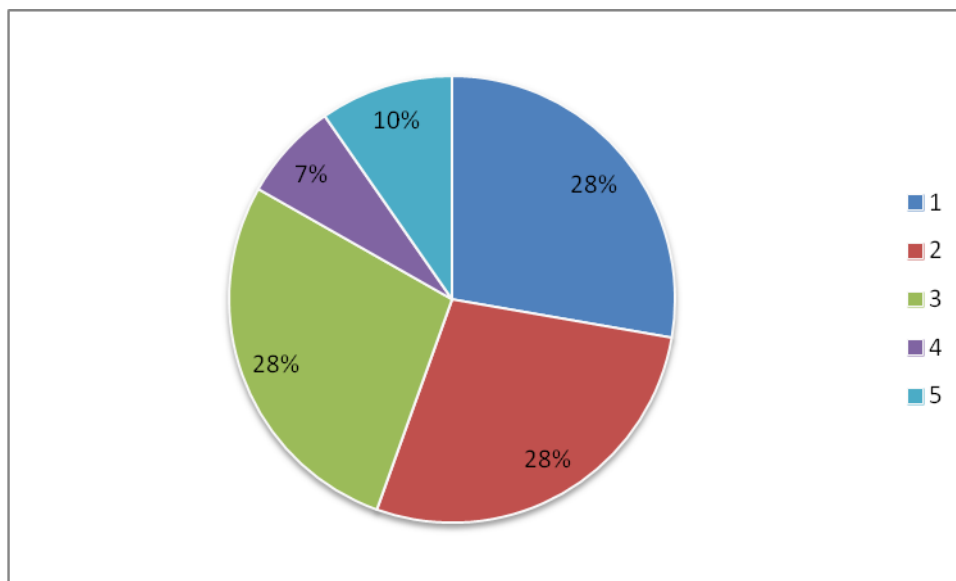
Otázka č.6 Co vnímáte jako psychicky zatěžující při práci na ZS?

Ohodnoťte body 1-5, kdy 1 znamená minimální zátěž, 5 zátěž maximální

f) práce v nepříznivých podmínkách

Tabulka 6f – Psychická zátěž na ZS – práce v nepříznivých podmínkách

Co vnímáte jako psychicky zatěžující při práci na ZS? [práce v nepříznivých podmínkách]	absolutní četnost	relativní četnost
1	43	28%
2	43	28%
3	43	28%
4	11	7%
5	15	10%
Celkový součet	155	100%



Graf 6f – Psychická zátěž na ZS – práce v nepříznivých podmínkách

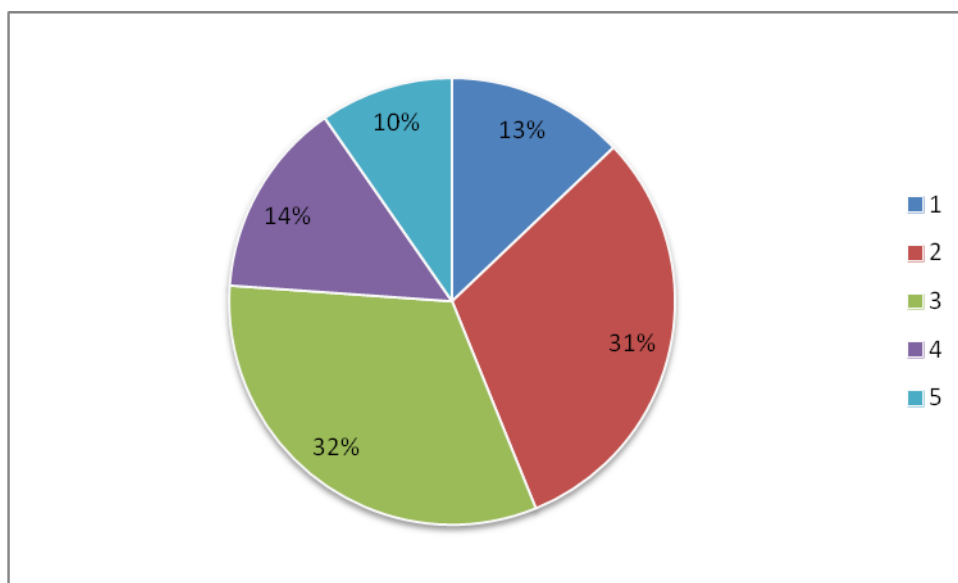
Otázka č.6 Co vnímáte jako psychicky zatěžující při práci na ZS?

Ohodnoťte body 1-5, kdy 1 znamená minimální zátěž, 5 zátěž maximální

g) riziko vlastního ohrožení

Tabulka 6g – Psychická zátěž na ZS – riziko vlastního ohrožení

Co vnímáte jako psychicky zatěžující při práci na ZS? [riziko vlastního ohrožení]	absolutní četnost	relativní četnost
1	20	13%
2	48	31%
3	50	32%
4	22	14%
5	15	10%
Celkový součet	155	100%



Graf 6g – Psychická zátěž na ZS – riziko vlastního ohrožení

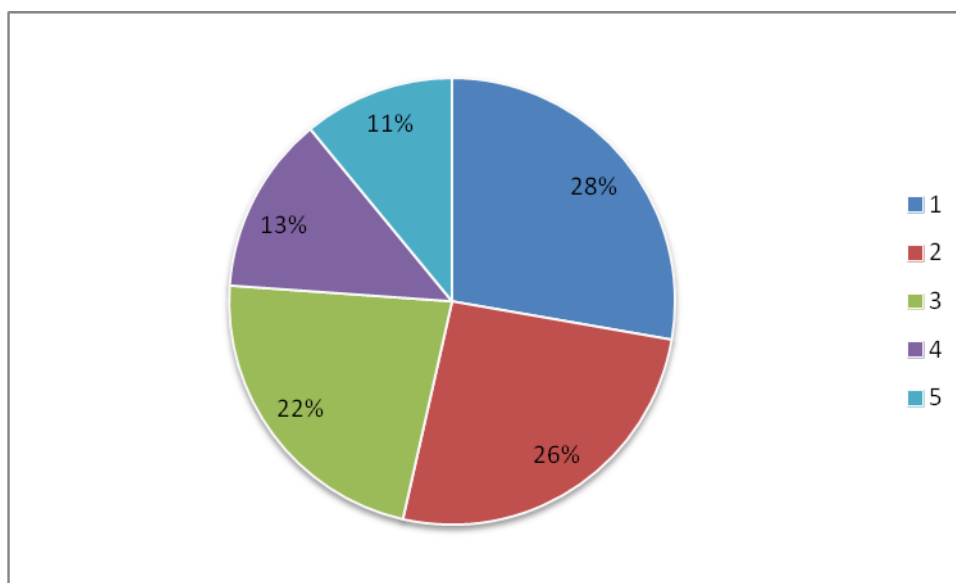
Otázka č.6 Co vnímáte jako psychicky zatěžující při práci na ZS?

Ohodnoťte body 1-5, kdy 1 znamená minimální zátěž, 5 zátěž maximální

h) nedostatek pochvaly a uznání

Tabulka 6h – Psychická zátěž na ZS – nedostatek pochvaly a uznání

Co vnímáte jako psychicky zatěžující při práci na ZS? [nedostatek pochvaly a uznání]	absolutní četnost	relativní četnost
1	43	28%
2	40	26%
3	35	23%
4	20	13%
5	17	11%
Celkový součet	155	100%



Graf 6h – Psychická zátěž na ZS – nedostatek pochvaly a uznání

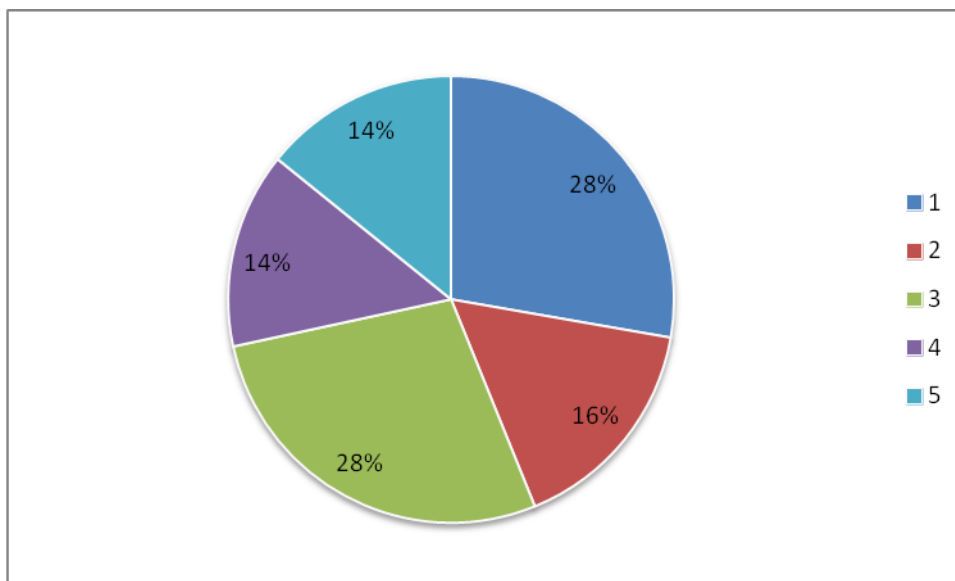
Otázka č.6 Co vnímáte jako psychicky zatěžující při práci na ZS?

Ohodnoťte body 1-5, kdy 1 znamená minimální zátěž, 5 zátěž maximální

i) nedostatečné finanční ohodnocení

Tabulka 6i – Psychická zátěž na ZS – nedostatečné finanční ohodnocení

Co vnímáte jako psychicky zatěžující při práci na ZS? [nedostatečné finanční ohodnocení]	absolutní četnost	relativní četnost
1	43	28%
2	25	16%
3	43	28%
4	22	14%
5	22	14%
Celkový součet	155	100%



Graf 6i – Psychická zátěž na ZS – nedostatečné finanční ohodnocení

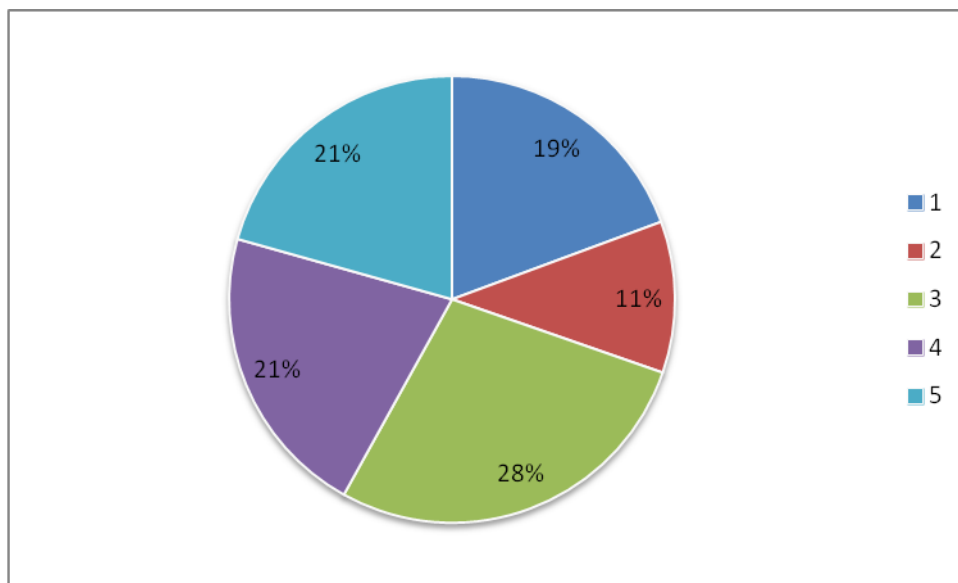
Otázka č.6 Co vnímáte jako psychicky zatěžující při práci na ZS?

Ohodnoťte body 1-5, kdy 1 znamená minimální zátěž, 5 zátěž maximální

j) opakované výjezdy s minimální urgencí

Tabulka 6j – Psychická zátěž na ZS- opakované výjezdy s minimální urgencí

Co vnímáte jako psychicky zatěžující při práci na ZS? [opakované výjezdy s minimální urgencí]	absolutní četnost	relativní četnost
1	30	19%
2	17	11%
3	43	28%
4	33	21%
5	32	21%
Celkový součet	155	100%



Graf 6j – Psychická zátěž na ZS - opakované výjezdy s minimální urgencí

Vyšší mírou zátěže tedy body 4 a 5, hodnotilo 65 respondentů (42%) shodně vysokou míru odpovědnosti a opakované výjezdy s minimální urgencí. Nedostatečné finanční ohodnocení vnímá jako psychicky zatěžující 44 respondentů (28%). 37 respondentů (24%) označilo vyšší mírou zátěže pocit vlastního ohrožení společně s nedostatkem pochvaly a uznání. Selhávající komunikaci na pracovišti hodnotí jako vyšší míru psychické zátěže 35 respondentů (23%). Změna způsobu vedení psychicky zatěžuje

32 respondentů (21%). Práci v nepříznivých podmínkách jako vyšší míru zátěže ohodnotilo 26 respondentů (17%). 15 respondentů (9%) vnímá vyšší mírou zátěže nedostatek sociálních vazeb na pracovišti. Žádný z respondentů nevnímá jako psychickou zátěž čekání na práci.

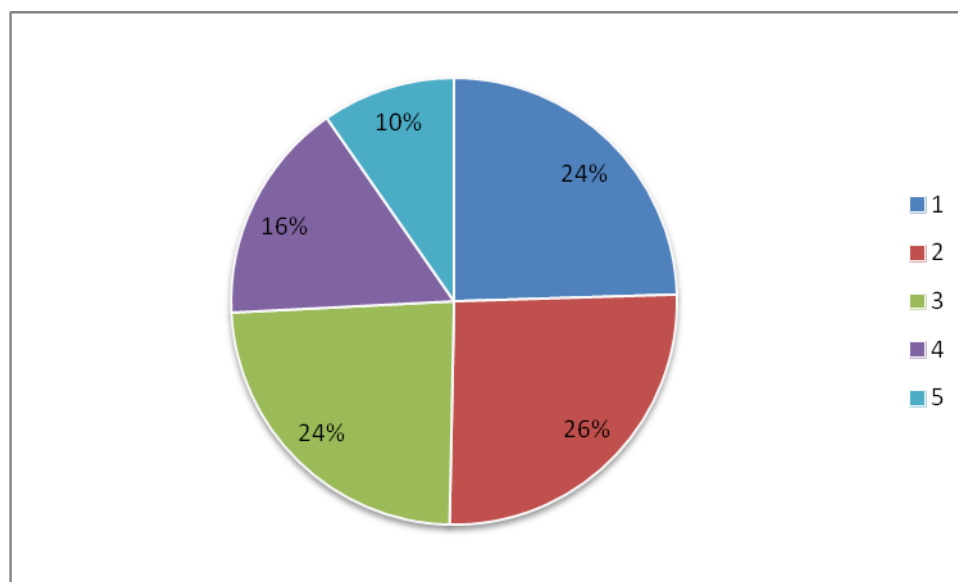
Otázka č.7 Jaký typ výjezdu psychicky zatěžující při práci na ZS?

Ohodnoťte body 1-5, kdy 1 znamená minimální zátěž, 5 zátěž maximální

a) událost s velkým zájmem médií

Tabulka 7a – Psychicky zatěžující typ výjezdu- událost s velkým zájmem médií

Jaký typ výjezdu považujete za psychicky zatěžující? [událost s velkým zájmem médií]	absolutní četnost	relativní četnost
1	38	24%
2	40	26%
3	37	24%
4	25	16%
5	15	10%
Celkový součet	155	100%



Graf 7a – Psychicky zatěžující typ výjezdu - událost s velkým zájmem médií

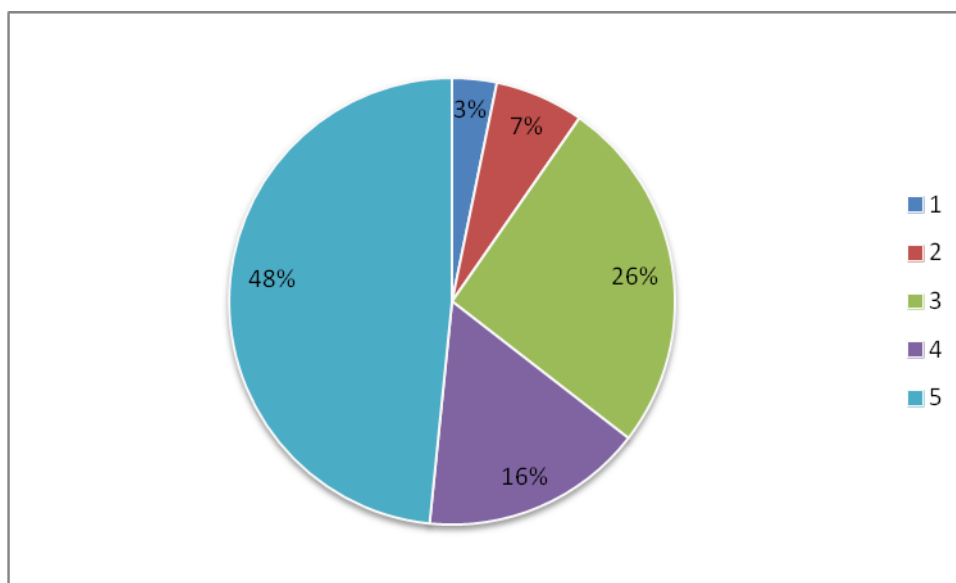
Otázka č.7 Jaký typ výjezdu psychicky zatěžující při práci na ZS?

Ohodnoťte body 1-5, kdy 1 znamená minimální zátěž, 5 zátěž maximální

b) hromadné postižení osob

Tabulka 7b – Psychicky zatěžující typ výjezdu – hromadné postižení osob

Jaký typ výjezdu považujete za psychicky zatěžující? [hromadné postižení osob]	absolutní četnost	relativní četnost
1	5	3%
2	10	7%
3	40	26%
4	25	16%
5	75	48%
Celkový součet	155	100%



Graf 7b – Psychicky zatěžující typ výjezdu – hromadné postižení osob

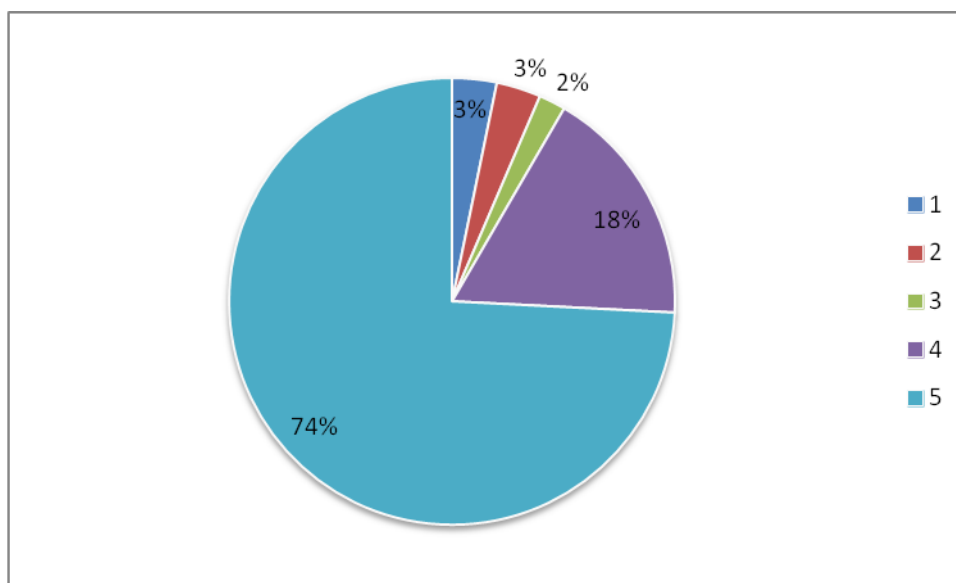
Otázka č.7 Jaký typ výjezdu psychicky zatěžující při práci na ZS?

Ohodnoťte body 1-5, kdy 1 znamená minimální zátěž, 5 zátěž maximální

c) resuscitace dítěte

Tabulka 7c – Psychicky zatěžující typ výjezdu – resuscitace dítěte

Jaký typ výjezdu považujete za psychicky zatěžující? [resuscitace dítěte]	absolutní četnost	relativní četnost
1	5	3%
2	5	3%
3	3	2%
4	27	18%
5	115	74%
Celkový součet	155	100%



Graf 7c – Psychicky zatěžující typ výjezdu – resuscitace dítěte

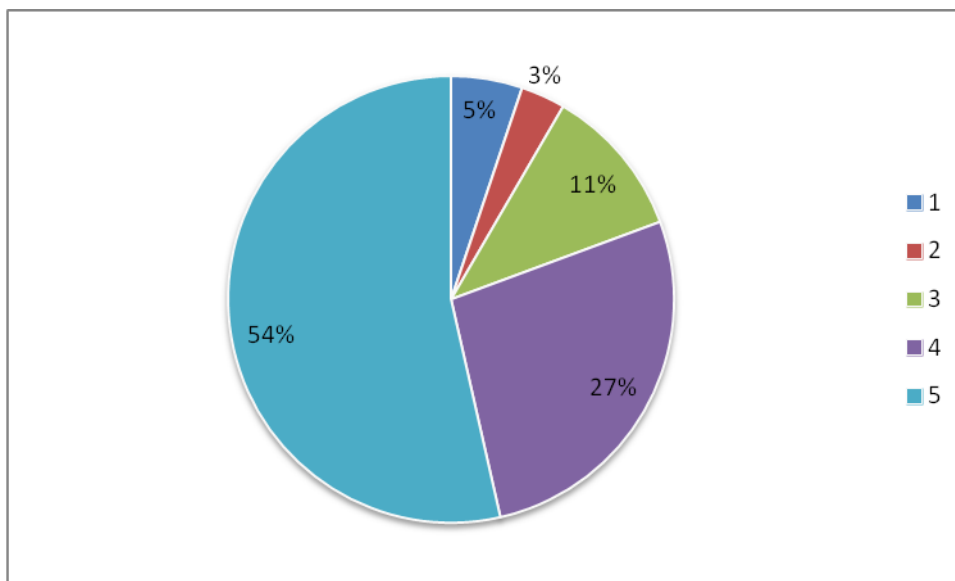
Otázka č.7 Jaký typ výjezdu psychicky zatěžující při práci na ZS?

Ohodnoťte body 1-5, kdy 1 znamená minimální zátěž, 5 zátěž maximální

d) vážné zranění během výkonu služby (vlastní nebo kolegy)

Tabulka 7d – Psychicky zatěžující typ výjezdu – zranění během výkonu služby (vlastní nebo kolegy)

Jaký typ výjezdu považujete za psychicky zatěžující? [vážné zranění během výkonu služby (vlastní nebo kolegy)]	absolutní četnost	relativní četnost
1	8	5%
2	5	3%
3	17	11%
4	42	27%
5	83	54%
Celkový součet	155	100%



Graf 7d – Psychicky zatěžující typ výjezdu – zranění během výkonu služby (vlastní nebo kolegy)

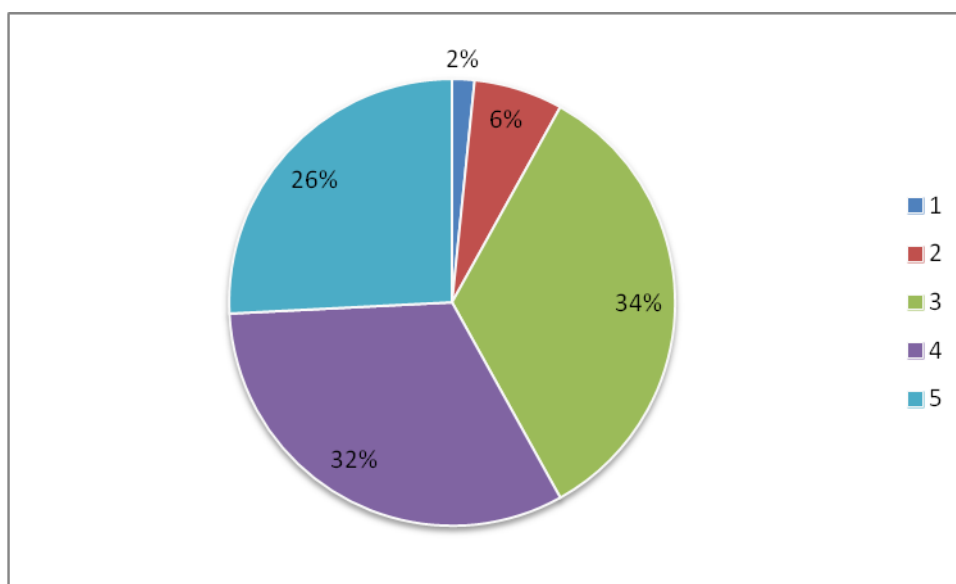
Otázka č.7 Jaký typ výjezdu psychicky zatěžující při práci na ZS?

Ohodnoťte body 1-5, kdy 1 znamená minimální zátěž, 5 zátěž maximální

e) ošetřování příbuzné, nebo známé osoby

Tabulka 7e – Psychicky zatěžující typ výjezdu – ošetřování příbuzné nebo známé osoby

Jaký typ výjezdu považujete za psychicky zatěžující? [ošetřování příbuzné nebo známé osoby]	absolutní četnost	relativní četnost
1	2,5	2%
2	10	6%
3	52,5	34%
4	50	32%
5	40	26%
Celkový součet	155	100%



Graf 7e – Psychicky zatěžující typ výjezdu – ošetřování příbuzné nebo známé osoby

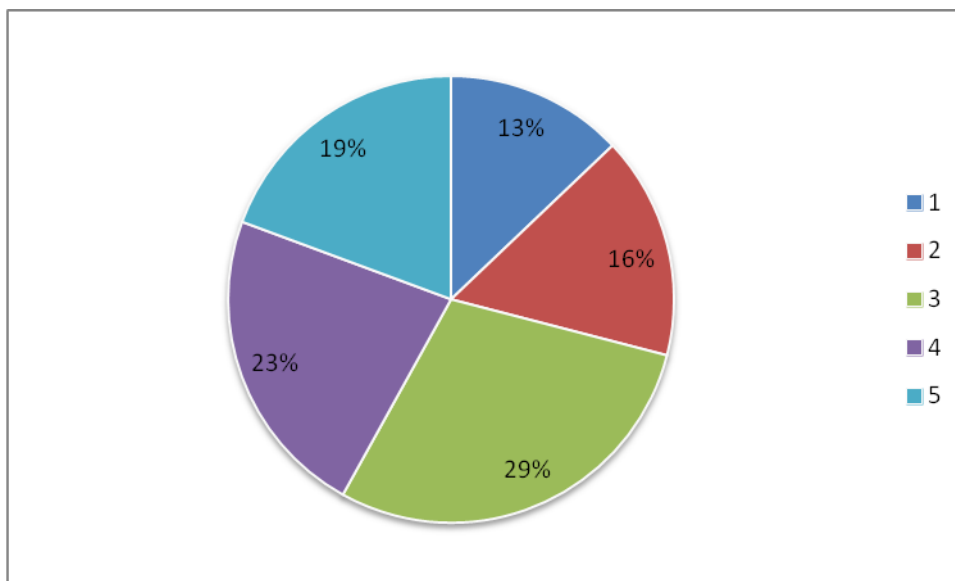
Otázka č.7 Jaký typ výjezdu psychicky zatěžující při práci na ZS?

Ohodnoťte body 1-5, kdy 1 znamená minimální zátěž, 5 zátěž maximální

f) ošetření kritického popáleninového traumatu

Tabulka 7f – Psychicky zatěžující typ výjezdu – ošetování kritického popáleninového traumatu

Jaký typ výjezdu považujete za psychicky zatěžující? [ošetření kritického popáleninového traumatu]	absolutní četnost	relativní četnost
1	20	13%
2	25	16%
3	45	29%
4	35	23%
5	30	19%
Celkový součet	155	100%



Graf 7f – Psychicky zatěžující typ výjezdu – ošetování kritického popáleninového traumatu

Resuscitaci dítěte hodnotilo 142 respondentů (92%) jako typ výjezdu s vyšší mírou zátěže (body 4-5) nejčastěji. 125 respondentů (81%) uvedlo zranění během výkonu služby vlastní, nebo kolegy. Třetím nejvíce hodnoceným typem výjezdu s vysokou mírou zátěže bylo u 100 respondentů (64%) hromadné postižení osob. 90 respondentů (58%) hodnotilo vyšší mírou zátěže typ výjezdu ošetřování příbuzné nebo známé osoby.

Ošetření kritického popáleninového traumatu vyhodnotilo jako psychicky zatěžující 65 respondentů (42%). Nejnižší počet respondentů hodnotilo jako psychicky zatěžující událost s velkým zájmem médií a to 4 respondentů (26%).

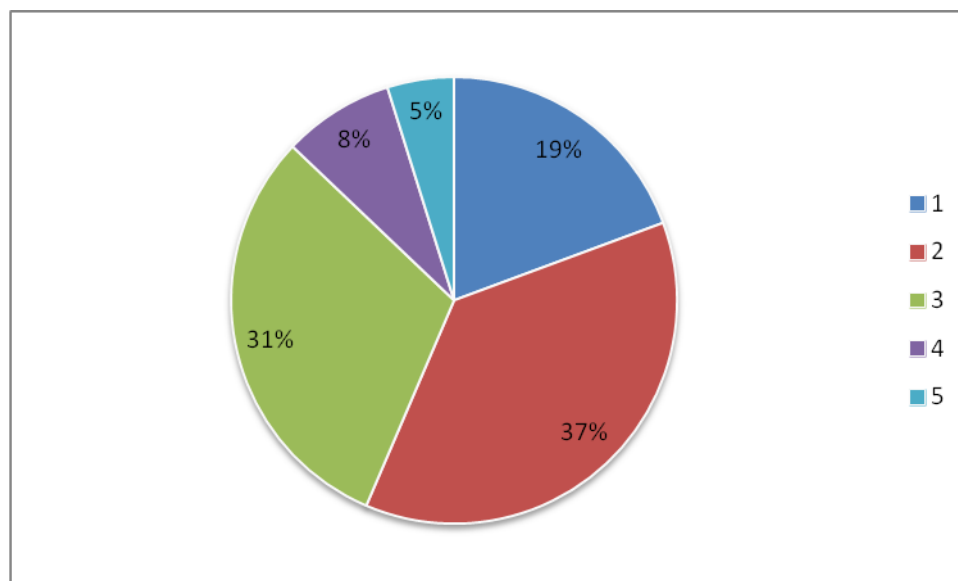
Otázka č.8 Která situace v průběhu výjezdu je pro vás stresující?

Ohodnoťte body 1-5, kdy 1 znamená minimální zátěž, 5 zátěž maximální

a) výjezd s nejasnými okolnostmi, nevíte co na místě očekávat

Tabulka 8a – Stresující situace v průběhu výjezdu – výjezd s nejasnými okolnostmi, nevíte co na místě očekávat

Která situace v průběhu výjezdu je pro vás stresující? [výjezd s nejasnými okolnostmi, nevíte co na místě očekávat (tzv. info z třetí ruky)]	absolutní četnost	relativní četnost
1	30	19%
2	57,5	37%
3	47,5	31%
4	12,5	8%
5	7,5	5%
Celkový součet	155	100%



Graf 8a – Stresující situace v průběhu výjezdu – výjezd s nejasnými okolnostmi, nevíte co na místě očekávat

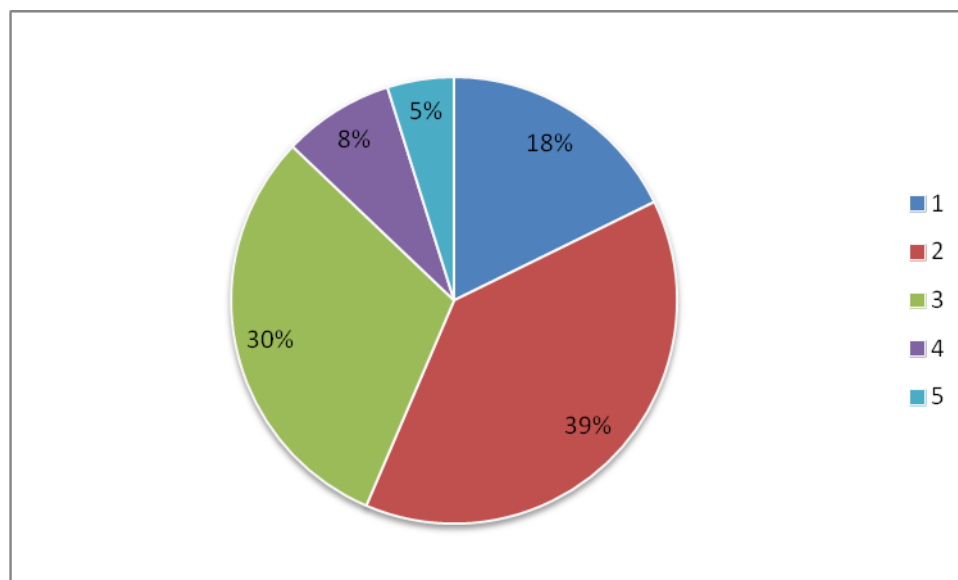
Otázka č.8 Která situace v průběhu výjezdu je pro vás stresující?

Ohodnoťte body 1-5, kdy 1 znamená minimální zátěž, 5 zátěž maximální

- b) situace na místě výjezdu, zjišťování okolností, chování rodiny nebo svědků v okolí pacienta

Tabulka 8b - Stresující situace v průběhu výjezdu – situace na místě výjezdu, zjišťování okolností, chování rodiny nebo svědků v okolí pacienta

Která situace v průběhu výjezdu je pro vás stresující? [situace na místě výjezdu, zjišťování okolností, chování rodiny nebo svědků v okolí pacienta]	absolutní četnost	relativní četnost
1	27,5	18%
2	60	39%
3	47,5	31%
4	12,5	8%
5	7,5	5%
Celkový součet	155	100%



Graf 8b - Stresující situace v průběhu výjezdu – situace na místě výjezdu, zjišťování okolností, chování rodiny nebo svědků v okolí pacienta

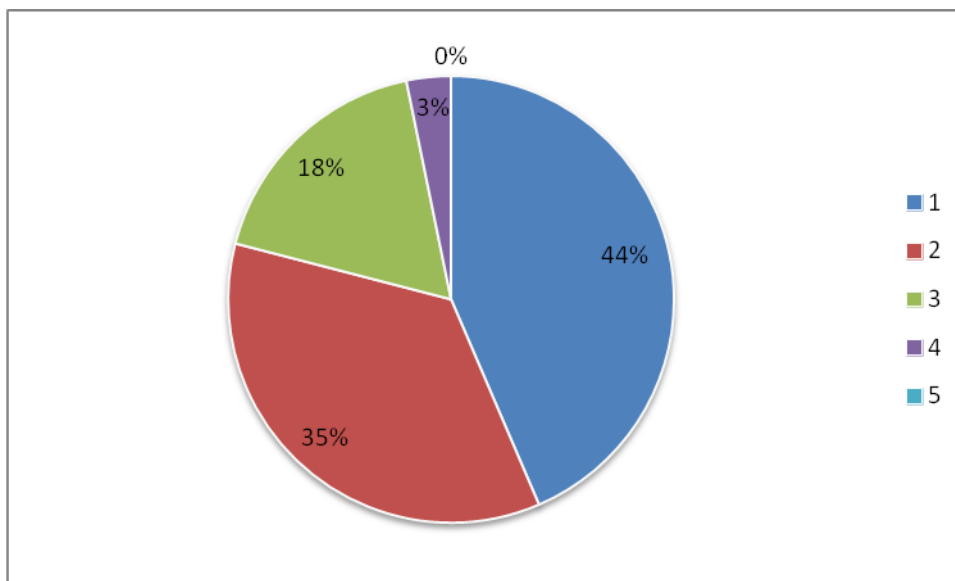
Otázka č.8 Která situace v průběhu výjezdu je pro vás stresující?

Ohodnoťte body 1-5, kdy 1 znamená minimální zátěž, 5 zátěž maximální

c) samotné ošetřování pacienta, zajišťování vitálních funkcí

Tabulka 8c - Stresující situace v průběhu výjezdu – samotné ošetřování pacienta, zajišťování vitálních funkcí

Která situace v průběhu výjezdu je pro vás stresující? [samotné ošetřování pacienta, zajišťování vitálních funkcí pacienta]	absolutní četnost	relativní četnost
1	67,5	44%
2	55	35%
3	27,5	18%
4	5	3%
5	0	0%
Celkový součet	155	100%



Graf 8c - Stresující situace v průběhu výjezdu – samotné ošetřování pacienta, zajišťování vitálních funkcí

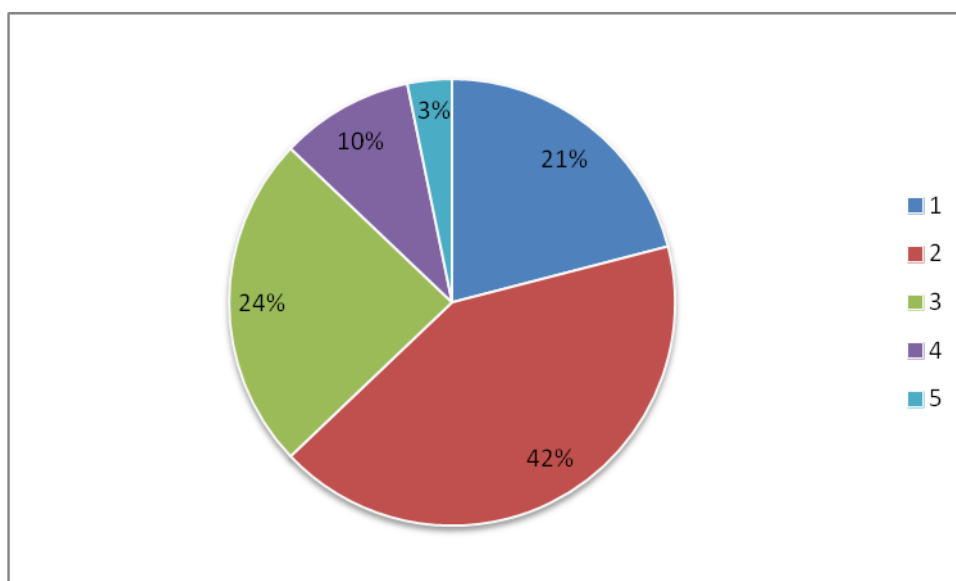
Otázka č.8 Která situace v průběhu výjezdu je pro vás stresující?

Ohodnoťte body 1-5, kdy 1 znamená minimální zátěž, 5 zátěž maximální

d) rozhodování o umístění pacienta do cílového zdravotnického zařízení

Tabulka 8d - Stresující situace v průběhu výjezdu – rozhodování o umístění pacienta do ZZ

Která situace v průběhu výjezdu je pro vás stresující? [rozhodování o umístění pacienta do cílového zdravotnického zařízení]	absolutní četnost	relativní četnost
1	32,5	21%
2	65	42%
3	37,5	24%
4	15	10%
5	5	3%
Celkový součet	155	100%



Graf 8d - Stresující situace v průběhu výjezdu – rozhodování o umístění pacienta do ZZ

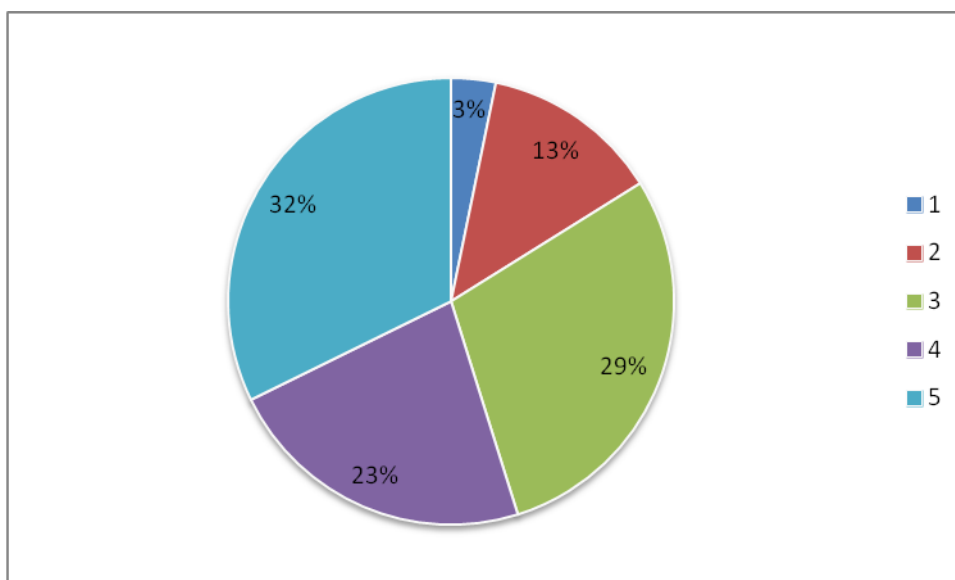
Otázka č.8 Která situace v průběhu výjezdu je pro vás stresující?

Ohodnoťte body 1-5, kdy 1 znamená minimální zátěž, 5 zátěž maximální

- e) předávání pacienta v ZZ, případné odmítnutí, směrování pacienta jinam, dohadování se s personálem ZZ v přítomnosti pacienta

Tabulka 8e - Stresující situace v průběhu výjezdu - předávání pacienta v ZZ, případné odmítnutí, směrování pacienta jinam, dohadování se s personálem ZZ v přítomnosti pacienta

Která situace v průběhu výjezdu je pro vás stresující? [předávání pacienta ve zdravotnickém zařízení, případné odmítnutí, směrování pacienta jinam, dohadování se s personálem ZZ v přítomnosti pacienta]	absolutní četnost	relativní četnost
1	5	3%
2	20	13%
3	45	29%
4	35	23%
5	50	32%
Celkový součet	155	100%



Graf 8e - Stresující situace v průběhu výjezdu - předávání pacienta v ZZ, případné odmítnutí, směrování pacienta jinam, dohadování se s personálem ZZ v přítomnosti pacienta

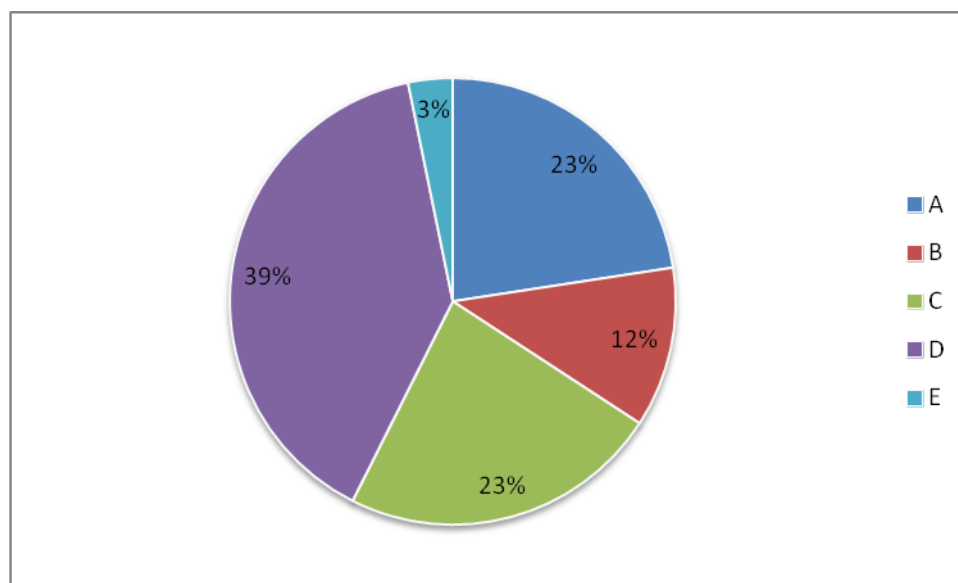
Předávání pacienta ve zdravotnickém zařízení, případné odmítnutí nebo směrování pacienta jinam, dohadování se s personálem ZZ v přítomnosti pacienta vnímalo jako nejvyšší míru zátěže v průběhu výjezdu 85 respondentů (55%). Shodně 20 respondentů (13%) hodnotilo vyšší mírou psychické zátěže tu část výjezdu, kdy se jedná o nejasné okolnosti výjezdu, samotnou situaci na místě i rozhodování o umístění pacienta do ZZ. Samotné ošetřování pacienta vnímá jako stresující pouze 5 respondentů (3%).

Otázka č.9 Zavedením systému Rendez vouse došlo u vás k těmto zásadním změnám?

- nárůst výjezdů v režimu RZP
- členové posádky RZP jsou více vystaveni stresu z důvodu omezených kompetencí
- členové RZP posádky se musí častěji rozhodovat samostatně a více se na sebe spolehnout
- členové RZP posádky jsou více vystaveni konfliktním situacím při předávání pacienta v ZZ, protože lékař RV často pacienta do ZZ nedoprovází
- RV u vás nebylo zavedeno, nebo nic z uvedeného

Tabulka 9 – Zásadní změny vzniklé zavedením RV systému

Zavedením systému Rendez vouse došlo u vás k těmto zásadním změnám?	absolutní četnost	relativní četnost
A/ nárůst výjezdů v režimu RZP	35	23%
B/ členové RZP posádky jsou více vystaveni stresu z důvodu omezených kompetencí	18	12%
C/ členové RZP posádky se musí častěji rozhodovat samostatně a více se na sebe spolehnout	36	23%
D/ členové RZP posádky jsou více vystaveni konfliktním situacím při předávání pacienta v ZZ, protože lékař RV často pacienta do ZZ nedoprovází	61	39%
E/ RV u nás nebylo zavedeno, nebo nic z výše uvedeného	5	3%
Celkový součet	155	100%



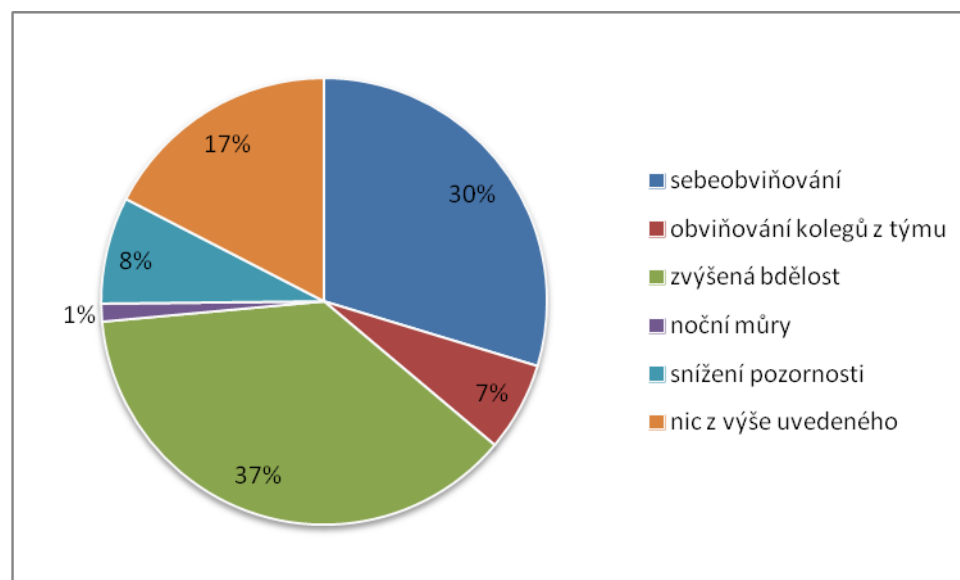
Graf 9 – Zásadní změny vzniklé zavedením RV systému

Otázka č.10 Po psychicky náročném výjezdu se u vás projevuje?

- sebeobviňování
- obviňování kolegů z týmu
- zvýšená bdělost
- noční můry
- snížení pozornosti
- nic z uvedeného

Tabulka 10 – Projevy po psychicky náročném výjezdu

Po psychicky náročném výjezdu se u vás projevuje?	absolutní četnost	relativní četnost
sebeobviňování	46	30%
obviňování kolegů z týmu	10	6%
zvýšená bdělost	58	37%
noční můry	2	1%
snížení pozornosti	12	8%
nic z výše uvedeného	27	17%
Celkový součet	155	100%



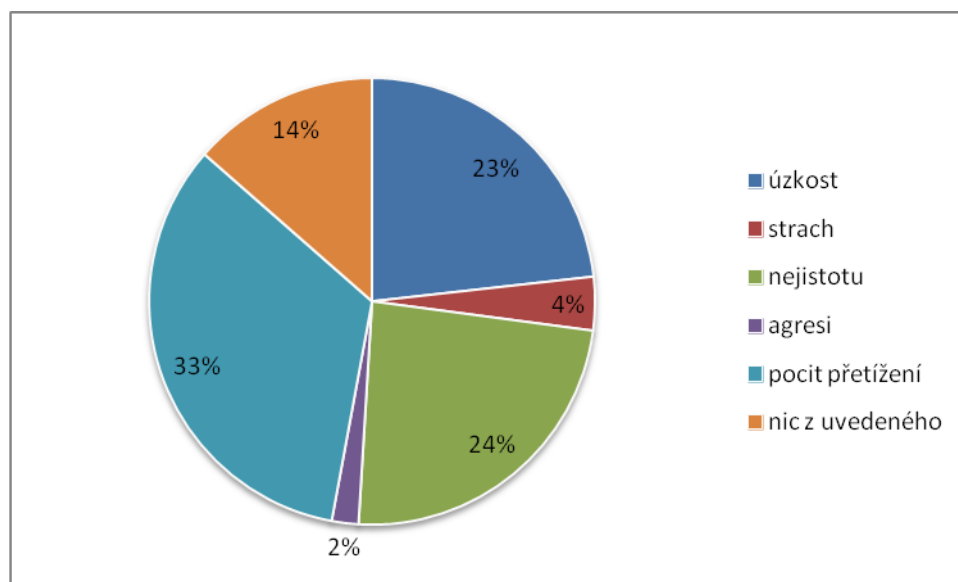
Graf 10 – Projevy po psychicky náročném výjezdu

Otázka č.11 Po psychicky náročném výjezdu u sebe pozorujete?

- úzkost
- strach
- nejistotu
- agresi
- pocit přetížení
- nic z uvedeného

Tabulka 11 – Pozorované projevy po psychicky náročném výjezdu

Po psychicky náročném výjezdu u sebe pozorujete?	absolutní četnost	relativní četnost
úzkost	36	23%
strach	6	4%
nejistotu	37	24%
agresi	3	2%
pocit přetížení	52	34%
nic z uvedeného	21	14%
Celkový součet	155	100%



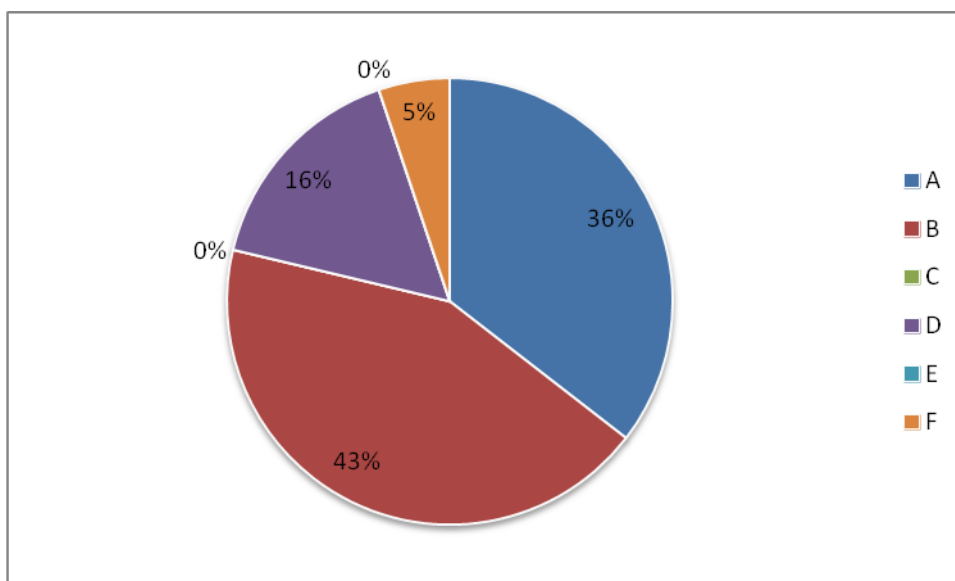
Graf 11 – Pozorované projevy po psychicky náročném výjezdu

Otázka č.12 Jak se zbavujete nepříjemných emocí a projevů po psychicky náročném výjezdu?

- vyrovnávám se s nepříjemnými emocemi a projevy tohoto druhu sám
- psychicky náročný výjezd proberu s kolegy, kterým důvěřuji, ve volném čase mimo pracoviště
- vyhledám odbornou pomoc
- nemám nepříjemné emoce ani projevy z psychicky náročných výjezdů
- rád/a bych vyhledala odbornou pomoc v rámci organizace, ale nevím kam se obrátit
- k řešení zmíněného problému využiji pomoci peera

Tabulka 12 - Způsob zbavování se nepříjemných emocí a projevů z psychicky náročného výjezdu

Jakým způsobem se zbavujete nepříjemných emocí a projevů z psychicky náročného výjezdu?	absolutní četnost	relativní četnost
A/ vyrovnávám se s nepříjemnými emocemi a projevy tohoto druhu sám/sama	55	35%
B/ psychicky náročný výjezd proberu s kolegy, kterým důvěřuji, ve volném čase mimo pracoviště	67	43%
C/ vyhledám odbornou pomoc	0	0%
D/ nemám nepříjemné emoce ani projevy z psychicky náročných výjezdů	25	16%
E/ rád/a bych vyhledal/a odbornou pomoc v rámci organizace, ale nevím kam se obrátit	0	0%
F/ k řešení zmíněného problému využiji pomoci peera	8	5%
Celkový součet	155	100%



Graf 12- Způsob zbavování se nepříjemných emocí a projevů z psychicky náročného výjezdu

Otázka č.13 Stručně popište váš způsob odbourávání stresu a jiných nepříjemných emocí z práce. Respondenti odpovídali dle vlastního uvážení a zkušeností, neměli možnost výběru otázek.

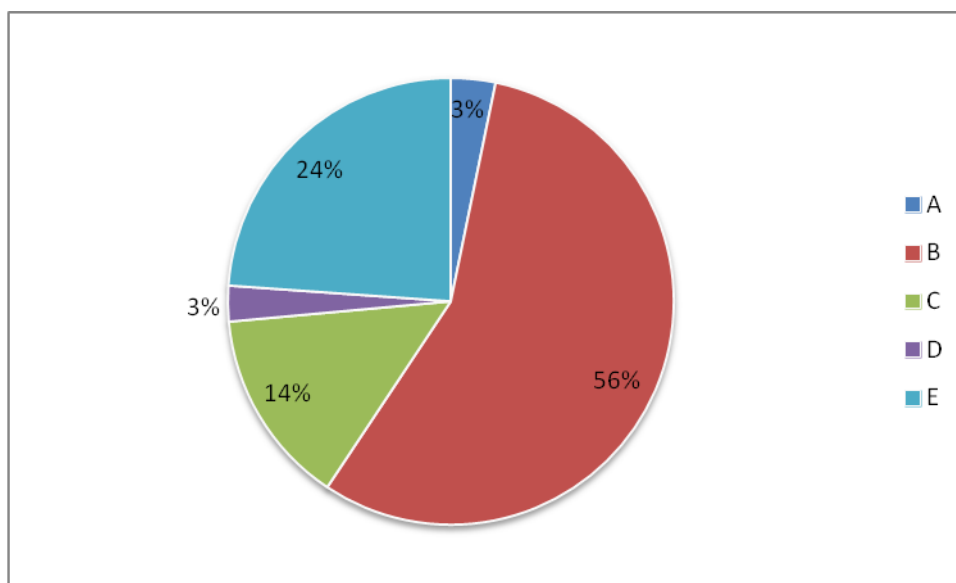
Způsob odbourávání stresu, který respondenti uváděli nejčastěji, byl čas strávený s rodinou nebo přáteli. Dalším častým ventilem stresu je pro respondenty sport a pohyb venku obecně. Mezi další frekventované odpovědi patřily koníčky, hudba, aktivity s dětmi, práce na zahradě nebo rozhovor s kolegou.

Otázka č.14 Znáte možnosti odborné psychologické pomoci pro zaměstnance v rámci organizace?

- neznám
- znám, ale nikdy jsem tuto pomoc v rámci organizace nevyužil/a
- znám a tuto pomoc jsem v rámci organizace využil/a
- znám, ale využil/a jsem odbornou pomoc mimo organizaci
- dosud jsem neměl/a potřebu tento druh pomoci vyhledat

Tabulka 13 – Znalost možností odborné psychologické pomoci pro zaměstnance v rámci organizace

Znáte možnosti odborné psychologické pomoci pro zaměstnance v rámci organizace?	absolutní četnost	relativní četnost
A/ neznám	5	3%
B/ znám, ale nikdy jsem tuto pomoc v rámci organizace nevyužil/a	87	56%
C/ znám a tuto pomoc jsem v rámci organizace využil/a	22	14%
D/ znám, ale využil/a jsem odbornou psychologickou pomoc mimo organizaci	4	3%
E/ dosud jsem neměl/a potřebu tento druh pomoci vyhledat	37	24%
Celkový součet	155	100%



Graf 13 – Znalost možností odborné psychologické pomoci pro zaměstnance v rámci organizace

Otázka č.15 Máte nějaký návrh, jak v rámci organizace zvýšit psychickou odolnost zaměstnanců, nebo jak zlepšit poskytování psychologické pomoci zaměstnanců v rámci ZZS?

Respondenti odpovídali dle vlastního uvážení bez možnosti výběru odpovědi.

Na tuto otázku respondenti odpovídali dle svého uvážení, nejčastěji, v nadpoloviční většině, uváděli jako návrh na zvýšení psychické odolnosti zaměstnanecké výhody v podobě pravidelných lázeňských pobyků (stejně jako u členů HZS). Druhým nejčastějším návrhem, cca 30(%) na zvýšení psychické odolnosti zaměstnanců bylo navýšit počet cvičení součinnosti složek IZS při MU a podobné školicí akce. 12 hodin ročně povinných odborných školení hrazených zaměstnavatelem, respondenti považují za nedostačující. V nemalé míře dále uváděli navýšení společných sportovních, kulturních nebo jiných teambuildingových akcí. Dále bylo respondenty navrhováno navýšit počet peerů a zlepšit jejich dostupnost, do maximálně 48 hodin po psychicky náročném zásahu. Možnost pravidelného debriefingu nebo supervize, bylo pátým nejčastějším návrhem cca 10%.

6.4 Vyhodnocení cílů

V bakalářské práci jsme si stanovili několik cílů. Prvním cílem bylo přinést ucelený náhled na problematiku psychické zátěže NLZP, čemuž byla podrobně věnována teoretická část práce.

Druhým cílem bylo zmapovat způsoby, jakými se respondenti s psychickou zátěží vyrovnávají sami a co by pomohlo dle názoru respondentů stresující situace při jejich práci na ZS omezit či zmírnit.

Třetí cíl se týkal zmapování zájmu respondentů o psychosociální krizovou intervenci po psychicky náročných výjezdech, která je poskytována zaměstnavatelem. Respondenti byli tázáni pomocí otevřené otázky v dotazníku a jejich odpovědi budou zmapovány v hypotéze, která s tímto cílem souvisí.

Posledním, čtvrtým cílem bylo, potvrzení či vyvrácení naformulovaných hypotéz, které se zaměřují na psychické zatěžující momenty, kterými je nelékařský zdravotnický pracovník při práci na ZS konfrontován . V práci jsme vytvořili celkem 5 hypotéz, které jsme díky odpovědím z anonymního nestandardizovaného dotazníku potvrdili, nebo vyvrátili.

6.5 Vyhodnocení hypotéz

HYPOTÉZA 1

Předpokládáme, že více než 50% respondentů hodnotí tu část výjezdu, kdy předává pacienta do zdravotnického zařízení vyšší měrou psychické zátěže.

K hypotéze č.1 se vztahovala otázka 8.

V otázce číslo 8 jsme zjišťovali, která část v průběhu výjezdu, je pro respondenty nejvíce psychicky zatěžující. 85 respondentů (55%) ohodnotilo vyšší mírou zátěže předávání pacienta ve zdravotnickém zařízení, případné odmítnutí a směřování pacienta jinam, dohadování se s personálem ZZ v přítomnosti pacienta. 20 respondentů (13%) odpovědělo shodně a ohodnotilo vyšší mírou zátěže výjezd s nejasnými, okolnostmi, situací na místě i rozhodování o umístění pacienta. Poslední část výjezdu, samotné ošetřování pacienta, hodnotilo jako zatěžující 5 respondentů (3%). (viz Tabulky 8a, 8b, 8c, 8d, 8e – Stresující situace v průběhu výjezdu)

HYPOTÉZA Č. 1 BYLA POTVRZENA

HYPOTÉZA 2

„Předpokládáme, že více než 50% respondentů vnímá, že nejvýraznější změnou po zavedení RV systému bylo navýšení počtu výjezdů v režimu RZP, kdy se posádky bez lékaře musí častěji spolehnout na své dovednosti v rámci svých kompetencí a rozhodovat se samostatně.

K hypotéze 2 se vztahovala otázka 9.

V otázce 9 jsme zjišťovali, k jakým změnám u respondentů došlo zavedením Rendez vous systému. 61 respondentů (39%) zhodnotilo změnu, vzniklou zavedením RV systému, jako nárůst konfliktních situací při předávání pacienta v zdravotnickém zařízení, protože lékař RV často pacienta do ZZ nedoprovází. 36 respondentů (23%) po zavedení RV systému vnímalo změny ve smyslu častějšího samostatného rozhodování a nutnosti se více na sebe spolehnout. 35 respondentů (23%) zhodnotilo změny po zavedení RV systému nárůstem výjezdů v režimu RZP. 18 respondentů (12%) vnímalo zavedení RV systému z důvodu omezených kompetencí RZP posádek, že jsou více vystaveni stresu. U 5 respondentů (3%) k žádným zásadním změnám nedošlo, nebo systém RV dosud nebyl zaveden. (viz tabulka 9 - Zásadní změny vzniklé zavedením RV systému).

HYPOTÉZA Č. 2 NEBYLA POTVRZENA

HYPOTÉZA 3

Předpokládáme, že více než 50% respondentů by jako hlavní prostředek ke zmírnění stresových situací ve své práci uvítala větší počet školicích akcí, než je povinných 12 hodin ročně a to zejména v oblasti nácviku součinnosti složek IZS při mimořádné události.

K Hypotéze 3 se vztahovala otázka 15.

Otázkou č. 15 jsme chtěli zjistit, zda mají respondenti nějaký návrh, jak v rámci organizace zvýšit psychickou odolnost zaměstnanců, nebo jak zlepšit poskytování psychologické pomoci zaměstnanců v rámci ZZS. Respondenti odpovídali dle svého uvážení bez možnosti výběru. V nadpoloviční většině uváděli jako návrh na zvýšení psychické odolnosti zaměstnanecké výhody v podobě pravidelných lázeňských pobytů (stejně jako u členů HZS). Druhým nejčastějším návrhem, cca 30(%) na zvýšení psychické odolnosti zaměstnanců bylo navýšit počet cvičení součinnosti složek IZS při MU a podobné školicí akce. 12 hodin ročně povinných odborných školení hrazených zaměstnavatelem, respondenti považují za nedostačující.

HYPOTÉZA Č. 3 NEBYLA POTVRZENA

HYPOTÉZA 4

Předpokládáme, že přestože více než 50% respondentů ví, kde hledat po psychicky náročném výjezdu psychologickou pomoc v rámci organizace, této možnosti nevyužili nebo řešili problém na této úrovni jiným způsobem.

K Hypotéze 4 se vztahovala otázka 14.

Otázkou č.14 jsme zjišťovali, zda respondenti znají možnosti odborné psychologické pomoci v rámci organizace. Nejčastější odpovědí 87 respondentů (56%) bylo, že odbornou pomoc v rámci organizace zná, ale dosud ji nevyužili. 37 respondentů (24%) dosud nemělo potřebu tento druh pomoci vyhledat. 22 (14%) respondentů tento druh psychologické pomoci pro zaměstnance ZZS zná a využil ji. Neznalost psychologické pomoci v rámci organizace potvrdilo 5 respondentů (3%) a 4 respondenti (3%) tuto podporu pro zaměstnance zná, ale využilo odborné psychologické pomoci mimo

organizaci ZZS. (viz Tabulka 14 - Znalost možností odborné psychologické pomoci pro zaměstnance v rámci organizace)

HYPOTÉZA Č. 4 BYLA POTVRZENA

HYPOTÉZA 5

Předpokládáme, že pro více než 75% respondentů je nejvíce psychicky zatěžující typ výjezdu odpovídající mimořádné události, tedy s větším počtem zraněných osob.

K Hypotéze 5 se vztahovala otázka 7.

V otázce č.7 jsme zjišťovali, který typ výjezdu respondenti považují za psychicky zatěžující. Hodnotily různé typy výjezdů bodovou škálou 1-5, kdy 1 znamená mírnou zátěž a 5 nejvyšší míru psychické zátěže. Hodnocení body 4 a 5 jsme považovali jako kritérium pro zjištění vysoké míry psychicky zátěže. Resuscitaci dítěte hodnotilo 142 respondentů (92%) jako typ výjezdu s vyšší mírou psychické zátěže nejčastěji.

125 respondentů (81%) uvedlo zranění během výkonu služby vlastní, nebo kolegy. Třetím nejčastěji hodnoceným typem výjezdu 100 respondenty (64%), byl hodnocen výjezd s hromadným postižením osob. 90 respondentů (58%) hodnotilo vyšší mírou zátěže typ výjezdu ošetřování příbuzné nebo známé osoby. Ošetření kritického popáleninového traumatu vyhodnotilo jako psychicky zatěžující 65 respondentů (42%). Nejnižší počet respondentů hodnotilo jako psychicky zatěžující událost s velkým zájmem médií a to 40 respondentů (26%). (viz Tabulky 7a, 7b, 7c, 7d, 7e, 7f - Psychicky zatěžující typ výjezdu)

HYPOTÉZA Č. 5 NEBYLA POTVRZENA

7 DISKUSE

V této kapitole bakalářské práce bychom se zaměřili na prezentaci provedené analýzy výzkumných dat a zhodnocení jednotlivých částí práce. Bude se jednat především o vyhodnocení praktické části práce s provedením komparace výsledků této s jinými pracemi a odbornou literaturou, kde bylo výzkumné šetření zaměřeno na obdobná témata.

Na úvod kapitoly Diskuze bychom chtěli ozřejmit důvod volby tématu této práce a výzkumné problematiky. Důvodem k výběru daného tématu byla skutečnost, že každý nelékařský zdravotnický pracovník, včetně autorky práce, se v rámci své práce na ZZS setkává s velkým množstvím nadlimitních situací. Tyto situace v různé míře ovlivňují jeho psychický i fyzický stav a mají nemalý vliv nejen na jeho pracovní výkon. Motivací k volbě tématu bylo to, že se jedná o velmi zajímavou oblast, které bych se ráda v budoucnu profesně věnovala. V rámci své praxe NLZP se opakovaně setkávám na výjezdech ZZS s rozmanitými příběhy, které mě a většinu mých kolegů ovlivnily v mnoha oblastech. Psychosociální intervence poskytovaná záchranářům po náročných výjezdech je nejen proto důležitou oblastí, která se neustále vyvíjí a jednoznačně patří k ZZS. Bohužel není zatím, dle uvedených výsledků, využívána dostatečně.

Jak uvádí Andršová „*nezbytným prvkem pro přežití v pomáhajících profesích je schopnost sebereflexe a práce na sobě samém. V osobnostní výbavě každého záchranáře by měla být snaha o celoživotní rozvoj osobnosti a sebeřízení*“ (ANDRŠOVÁ, 2012, str., 20). Práce ve zdravotnictví obecně vyžaduje velkou míru psychické odolnosti, i přesto mají některé situace spojené s prací na ZZS vliv na jejich psychickou vyrovnanost, jak uvádí např. Humpl. Dle Šeblové a Kebzy, jsou profese záchranáře i intervenanta psychicky náročné zejména proto, že přinášejí události znamenající kontakt s různými formami utrpení či smrti pacientů, zoufalstvím jejich blízkých, ale třeba pocit i vlastního ohrožení (ŠEBLOVÁ, KEBZA, 2005).

V rámci teoretické části bakalářské práce jsme se zaměřili na definování základních pojmů týkajících se problematiky fungování ZZS a nelékařského zdravotnického personálu, jako jeho nedílné součásti. Důležitou součástí teoretické části je oblast, která je věnována popisu různých typů zátěží, kterými je NLZP při své práci na ZS konfrontován. Jedná se zejména o zátěž psychickou, fyzickou, sociální a emocionální.

V neposlední řadě psychiku zdravotníka při jeho práci negativně ovlivňuje současný vývoj ve zdravotnictví a postupně zaváděný RV systém na ZZS.

Jak se tyto zátěže mohou u NLZP projevit, jak na lidský organismus působí stres, jak snadno se dopracujeme k syndromu vyhoření, dále pak akutní reakce na stres i posttraumatická stresová porucha jsou popisovány ve druhé kapitole. Poslední kapitolou teoretické části je kapitola, která se věnuje tématu psychosociální krizové intervence, jejímu vzniku a co je jejím hlavním cílem. Důležitou podkapitolou z hlediska tématu bakalářské práce je ta, která se týká krizové intervence, která je poskytována a zajišťována Zdravotnickou záchrannou službou Středočeského kraje. Zde je věnován prostor popisu různých forem, které SPIS pro zasažené záchranáře poskytuje, tak i možné způsoby aktivace peera a jejich dostupnost. Aktuálně bylo zjištěno, že ZZS Středočeského kraje disponuje 28 interventy, kteří jsou vyškoleni k poskytování PPP obětem na místě zásahu a 6 vyškolenými peery, kteří poskytují psychologickou pomoc zaměstnancům v rámci ZZS.

Krizoví interventi i peeri jsou nejčastěji z řad zdravotnických profesionálů (lékaři, záchranáři apod.). Dosud tuto možnost psychosociální intervence využilo již přes 100 zaměstnanců středočeské ZZS, po bezmála 50 událostech, které vnímali jako kritické. Nejčastěji se jednalo o dopravní nehody sanitních vozidel se zraněním někoho ze záchranářů, neúspěšné resuscitace dětí, nebo náhlé a nečekané úmrtí někoho z kolegů. Andršová podotýká, „ *že záchranář není superhrdina, ani nadčlověk ani superman. Je to pouze člověk, stejně jako jeho pacient*“ (ANDRŠOVÁ, 2012, str. 11). Vyrovnat se psychicky s výše uvedenými typy výjezdů tak, aby neovlivňovaly náš další profesní, ani osobní život rozhodně není snadné. Co pro sebe můžeme udělat sami, jak zmírnit nadlimitní psychickou zátěž a předcházet tak syndromu vyhoření či jiným patologickým projevům v rámci vlastní psychiky, jsme dle doporučení Humpla popsali v závěru teoretické části (HUMPL, PROKOP, TOBIÁŠOVÁ, 2013).

Hlavní část bakalářské práce tvoří praktická část, kde je popsáno provedení výzkumného šetření. Výzkumné šetření bylo realizováno za využití nestandardizovaného anonymního dotazníku, který byl vytvořen autorem bakalářské práce. Distribuce nestandardizovaného anonymního dotazníku probíhala výhradně elektronickou formou, kdy byl dotazník rozeslán všem vrchním sestřám ZZS SČK, které elektronický odkaz

s možností vyplnění dotazníku následně rozeslaly na jednotlivá stanoviště ve Středočeském kraji. Oslovenými respondenty v případě naší práce byli záchranáři z řad NLZP.

Dotazník se zaměřoval na zjištění míry jejich psychické zátěže v různých situacích a typech výjezdů na ZS a také mapoval jejich povědomí o možnosti využití pomoci poskytované SPISem v rámci ZZS SČK.

Hlavním cílem dotazníkového šetření bylo potvrzení či vyvrácení, námi definovaných hypotéz. Uvedených hypotéz celkem bylo zvoleno 5.

Následně budou definované hypotézy rozebrány podrobněji a obhájeny v souvislosti se zjištěnými daty, která byla získána prostřednictvím realizovaného výzkumného šetření.

Hypotéza 1 „*Předpokládáme, že více než 50% respondentů hodnotí tu část výjezdu, kdy předává pacienta do zdravotnického zařízení vyšší měrou psychické zátěže*“ **byla potvrzena** a to na základě získaných dat prostřednictvím otázky 8 v použitém nestandardizovaném dotazníku. Touto otázkou jsme zjišťovali, která část v průběhu výjezdu, je pro respondenty nejvíce psychicky zatěžující. 85 respondentů (55%) ohodnotilo vyšší mírou zátěže předávání pacienta ve zdravotnickém zařízení, případné odmítnutí a směrování pacienta jinam, dohadování se s personálem ZZ v přítomnosti pacienta. 20 respondentů (13%) odpovědělo shodně a ohodnotilo vyšší mírou zátěže výjezd s nejasnými, okolnostmi, situací na místě i rozhodování o umístění pacienta. Poslední část výjezdu, samotné ošetřování pacienta, hodnotilo jako zatěžující 5 respondentů (3%). Dosažené výsledky nebylo možné porovnat, s jinými dosaženými, protože výsledky, kterými by byla zkoumána psychická zátěž NLZP v různých fázích výjezdu nalezeny nebyly. Souvisí to zřejmě s tím, že předávání pacienta NLZP v ZZ se stává stresujícím až v poslední době. Zdravotnická zařízení se ve velké míře potýkají s nedostatkem zdravotnického personálu, zejména nelékařského a také nedisponují dostatečným počtem lůžek z důvodů neustálého snižování jejich počtu.

Jsme tedy často při předávání pacienta ve zdravotnickém zařízení svědky velmi nedůstojného a neprofesionálního chování personálu typu „*co to zase vezete*“, nebo „*kam je máme asi dávat*“ a nejčastěji „*proč to vezete sem*“. To vše se odehrává za přítomnosti pacienta, který v tuto chvíli očekává odbornou i profesionální pomoc, ale hlavně úlevu od svých potíží. Vzniklé situace jsou stresující jak pro personál ZS, tak pro samotného pacienta a jsou příčinou řady konfliktů zdravotnického personálu.

Hypotéza 2 „*Předpokládáme, že více než 50% respondentů vnímá, že nejvýraznější změnou po zavedení RV systému došlo k navýšení počtu výjezdů v režimu RZP, kdy se posádky bez lékaře musí častěji spolehnout na své dovednosti v rámci svých kompetencí a rozhodovat se samostatně*“ **potvrzena nebyla** a to na základě otázky 9 z použitého dotazníku, kde jsme zjišťovali, k jakým změnám u respondentů došlo zavedením Rendez vouse systému. Bylo zjištěno, že 61 respondentů (39%) zhodnotilo změnu, vzniklou zavedením RV systému, která přinesla nárůst konfliktních situací při předávání pacienta v zdravotnickém zařízení, protože lékař RV často pacienta do ZZ nedoprovází. 36 respondentů (23%) po zavedení RV systému vnímalo změny ve smyslu častějšího samostatného rozhodování a nutnosti se více na sebe spolehnout. Podobným tématem se zabývá ve své práci Sittová a hodnotí „*Výjezdová sestra i záchranář rovněž pracují pod neustálým psychickým tlakem. Je na ně kladena velká zodpovědnost, často musí pracovat samostatně bez kontroly lékaře. Není čas, místo ani prostor na nápravu případné chyby*“. Dále uvádí, že „*Tato skutečnost vyžaduje nemalé teoretické znalosti a řadu praktických dovedností, které sestry v nemocnicích často nemají, ale ani nemusí mít, neboť vždy je někde nějaký lékař nablízku. Stres zvyšuje i to, že sestra všeobecně tráví více času s pacientem, jejichž duševní a tělesné problémy se jí tudíž více dotýkají*“ (SITTOVÁ, 2010, str., 14). 35 respondentů (23%) zhodnotilo změny po zavedení RV systému nárůstem výjezdů v režimu RZP. 18 respondentů (12%) vnímalo zavedení RV systému z důvodu omezených kompetencí RZP posádek, že jsou více vystaveni stresu. U 5 respondentů (3%) k žádným zásadním změnám nedošlo, nebo systém RV dosud nebyl zaveden.

Hypotéza 3 „*Předpokládáme, že více než 50% respondentů by jako hlavní prostředek ke zmírnění stresových situací ve své práci uvítala větší počet školicích akcí, než je povinných 12 hodin ročně a to zejména v oblasti nácviku součinnosti složek IZS při mimořádné události*“ **nebyla potvrzena** a to na základě otázky č. 15. Touto otázkou jsme chtěli zjistit, zda mají respondenti nějaký návrh, jak v rámci organizace zvýšit psychickou odolnost zaměstnanců, nebo jak zlepšit poskytování psychologické pomoci zaměstnanců v rámci ZZS. Respondenti odpovídali dle svého uvážení bez možnosti výběru.

V nadpoloviční většině respondenti uváděli jako návrh na zvýšení psychické odolnosti zaměstnanecké výhody v podobě pravidelných lázeňských pobytů (stejně jako u členů HZS). Druhým nejčastějším návrhem, cca 30(%) na zvýšení psychické odolnosti zaměstnanců bylo navýšit počet cvičení součinnosti složek IZS při MU a podobné školicí akce. 12 hodin ročně povinných odborných školení hrazených zaměstnavatelem,

respondenti považují za nedostačující. V nemalé míře dále uváděli navýšení společných sportovních, kulturních nebo jiných teambuildingových akcí.

Dále bylo respondenty navrhováno navýšit počet peerů a zlepšit jejich dostupnost, do maximálně 48 hodin po psychicky náročném zásahu. Možnost pravidelného debriefingu nebo supervize, bylo pátým nejčastějším návrhem cca 10%.

Hulíková ve své práci shodně uvedla, že „*Zaměstnancům pomáhá eliminovat negativní stresové dopady hlavně sport, ideálně spojený s relaxací v přírodě. Jejich sociální síť a sociální okolí jsou pro ně velice důležité a to nejen rodina, či blízcí přátelé, ale právě i pracovní kolektiv, který zároveň funguje i jako jakýsi způsob kolegiální supervize. Jako jediné doporučení pro zaměstnavatele, jak jim lépe pomáhat při zvládnutí náročného povolání na psychiku, je co nejširší nabídka příležitostí, jak utužovat a prohlubovat vazby v pracovním kolektivu, především za pomoci společenských a teambuildingových akcí*“ (HULÍKOVÁ, 2010, str., 65). Jednou z dalších možností, jak zmírnit stres při práci na ZS je pravidelná účast na odborných konferencích nebo na záchrannářských soutěžích, které probíhají v průběhu celého roku. Jedná se například o Dostálovy dny, Dny urgentní medicíny v Olomouci, Pelhřimovský podvečer, Brněnské dny urgentní medicíny nebo Medicína katastrof v Hradci. Soutěže posádek ZZS národních i mezinárodních mají v ČR i na Slovensku velkou tradici. Mezi nejznámější patří Rallye Rejvíz, Jablonecká Rescue Ski, Záchrana, Rozkoš Rescue a Lesnica Rescue. Plnění připravených úkolů a situací s následnou diskusí o správném postupu s rozhodčími soutěže, má velký edukační přínos pro reálnou práci na záchranné službě (REMEŠ, TRNOVSKÁ a kol., 2013).

Hypotéza 4 „*Předpokládáme, že přestože více než 50% respondentů ví, kde hledat po psychicky náročném výjezdu psychologickou pomoc v rámci organizace, této možnosti nevyužili nebo řešili problém na této úrovni jiným způsobem*“ **byla potvrzena** a to na základě výsledků otázky č. 14 z použitého dotazníku. V této otázce jsme zjišťovali, zda respondenti znají možnosti odborné psychologické pomoci v rámci organizace. Nejčastější odpovědí 87 respondentů (56%) bylo, že odbornou pomoc v rámci organizace zná, ale dosud ji nevyužili. 37 respondentů (24%) dosud nemělo potřebu tento druh pomoci vyhledat. Jiříšta ve své práci uvádí že, „*krizová intervence je mezi záchrannáři využívána již častěji než úplně výjimečně, ale zároveň tato praxe není ještě rutinní a zůstává stále hodně zasažených záchrannářů bez odborné pomoci v oblasti nadlimitní stresové zátěže, s kterou*

by si zasažený jedinec nemusel správně poradit a mohl tuto situaci řešit únikem k závislostem, případně by se daná situace mohla projevit na jeho pracovním výkonu nebo zdravotním stavu“ (JIŘIŠTA, 2012, str., 96). Při vyhodnocování výsledků své práce Sittová vnímala radostný pocit při zjištění, že obě skupiny respondentů vědí, kdo je peer. Je tedy zřejmé, že informovanost o možné pomoci peera v podvědomí nelékařských zdravotnických pracovníků i lékařů zdravotnických záchranných služeb panuje (SITTOVÁ, 2012). 22 (14%) respondentů tento druh psychologické pomoci pro zaměstnance ZZS zná a využil ji. Neznalost psychologické pomoci v rámci organizace potvrdilo 5 respondentů (3%) a 4 respondenti (3%) tuto podporu pro zaměstnance zná, ale využilo odborné psychologické pomoci mimo organizaci ZZS. Dle získaných výsledků dále Jiříšta do budoucna doporučuje koordinátorům PIS v příslušných krajích se zaměřit hlavně na informovanost zaměstnanců ZZS o možnostech využití PIS. Protože ne vždy se podaří příslušným pracovníkům zachytit zásah s možnou nadlimitní stresovou událostí. Proto by bylo vhodné rozšířit mezi zaměstnance kontakty na dostupné peery nebo přímo na psychology spolupracující se ZZS, aby si zasažený jedinec mohl říci o pomoc sám (JIŘIŠTA, 2012).

Hypotéza 5 “*Předpokládáme, že pro více než 75% respondentů je nejvíce psychicky zatěžující typ výjezdu odpovídající mimořádné události, tedy s větším počtem zraněných osob*“ **hypotéza se nepotvrdila** a to na základě odpovědí k otázce 7 v našem dotazníku. Cílem této otázky jsme chtěli zjistit, který typ výjezdu respondenti považují za psychicky zatěžující. Hodnotily různé typy výjezdů bodovou škálou 1-5, kdy 1 znamená mírnou zátěž a 5 nejvyšší míru psychické zátěže. Hodnocení body 4 a 5 jsme považovali jako kritérium pro zjištění vysoké míry psychické zátěže. Resuscitaci dítěte hodnotilo 142 respondentů (92%) jako typ výjezdu s vyšší mírou psychické zátěže nejčastěji. 125 respondentů (81%) uvedlo zranění během výkonu služby vlastní, nebo kolegy. Podobné výsledky vyplývají z výzkumného šetření Šeblové a Kebzy (2005), že jako nejvíce zátěžové výjezdy jsou udávány, smrt či KPR dítěte nebo mladých lidí, hromadné a závažné dopravní nehody (ŠEBLOVÁ, KEBZA, 2005). Třetím nejčastěji hodnoceným typem výjezdu 100 respondenty (64%), byl hodnocen výjezd s hromadným postižením osob. 90 respondentů (58%) hodnotilo vyšší mírou zátěže typ výjezdu ošetřování příbuzné nebo známé osoby. Ošetření kritického popáleninového traumatu vyhodnotilo jako psychicky zatěžující 65 respondentů (42%). Nejnižší počet respondentů hodnotilo jako psychicky zatěžující událost s velkým zájmem médií a to 4 respondentů (26%).

Z výzkumného šetření jasně vyplývá, že NLZP je ve své práci na ZS výrazně psychicky zatěžován a potřebuje péči jak ze strany samotného jedince (psychohygiena), tak i ze strany zaměstnavatele, který je v současné době schopen i ochoten jedinci poskytnout adekvátní a efektivní formu psychosociální podpory. Z výsledků šetření je ale patrné, že respondenti dosud využívali péči PEERa pouze v malé míře. Profese záchranáře je velmi specifická a valná většina záchranářů si nepřipouští úskalí své práce, která mohou zanechat stopy na jejich duševním a později i fyzickém zdraví. Většina z nich, z nás, bere svou práci jako poslání a vykonává ji zodpovědně dle svého nejlepšího vědomí a svědomí, ale nemělo by se tak dít na úkor vlastního zdraví.

ZÁVĚR

Úvodní kapitola teoretické části bakalářské práce stručně popisuje záchrannou službu v ČR. Popisuje její vznik od prvopočátku až po činnost v současné době. Vysvětluje její působení, rozsah činností, systém provozu a organizaci. Hlavním tématem je však osobnost nelékařského zdravotnického pracovníka a zátěžové faktory, které působí na jeho psychiku během výkonu povolání. Vysvětlení pojmů psychická zátěž, stres a syndrom vyhoření, jejich působení na lidský organismus v teoretické části doplňuje potřebné informace, abychom si vytvořili ucelený obraz o tom, jak psychicky náročné je povolání záchranáře či všeobecné zdravotní sestry pracující u ZZS.

Praktická část obsahuje šetření, jehož cílem bylo zjistit faktory, které záchranáři při své práci vnímají jako stresující a zatěžují jejich psychiku nejvýrazněji. Analýza dat ukázala, že resuscitace dětí, ošetřování zraněného kolegy, či mimořádná událost s velkým počtem zasažených osob, jsou pro záchranáře stále psychicky nejnáročnějšími výjezdy. Dalším zajímavým zjištěním bylo, že předávání pacienta ve zdravotnickém zařízení, se v poslední době stává nejvíce psychicky zatěžujícím momentem v průběhu výjezdu u nadpoloviční většiny dotazovaných záchranářů. Přispěl k tomu rovněž zaváděný RV systém, protože ve většině případů lékař pacienta do ZZ nedoprovází. NLZP, který pacienta předává, je v nerovném postavení vůči přijímajícímu lékaři ZZ.

Cílem praktické části bylo potvrzení, či vyvrácení stanovených hypotéz pomocí námi definovaného nestandardizovaného dotazníku, který byl distribuován mezi nelékařské zdravotnické pracovníky ZZS SČK. Jednou z hypotéz bylo zjištění, že poskytování psychosociální intervence zaměstnavatelem po náročných výjezdech, je věnováno čím dál více pozornosti. Bohužel i přes snadnou dostupnost NLZP v současnosti příliš využívána není.

Nadlimitních situací přibývá a my jsme nuceni se s nimi vyrovnat, zvládnout je a být připraveni pomáhat dalším pacientům, kteří naši péči potřebují. Tato bakalářská práce představuje čtenářům ucelený náhled na psychickou zátěž NLZP při práci na ZS a současně na systém psychosociální intervence, kterou Zdravotnická záchranná služba ve Středočeském kraji svým zaměstnancům poskytuje.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ARIP	Anesteziologie resuscitace a intenzivní péče
ASR	Akutní stresová reakce
CISM	Critical Incident Stress Management
HZS	Hasičský záchranný sbor
IZS	Integrovaný záchranný systém
KI	Krizová intervence
LZS	Letecká záchranná služba
MU	Mimořádná událost
NLZP	Nelékařský zdravotnický pracovník
PČR	Policie České republiky
PNP	Přednemocniční neodkladná péče
PPP	První psychologická pomoc
PTSP	Posttraumatická stresová porucha
RLP	Rychlá lékařská pomoc
RV	Rendez vous
RZP	Rychlá zdravotnická pomoc
SPIS	Systém psychosociální intervenční služby
ZZS SČK	Zdravotnická záchranná služba Středočeského kraje
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ANDRŠOVÁ, A. Psychologie a komunikace pro záchranáře v praxi. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. 128 s., ISBN 978-80-247-4119-2.

BAŠTECKÁ, B. Terénní krizová práce. Praha: Grada Publishing, 2005, 300 s., ISBN 80247-0708-X .

ČÍRTKOVÁ, L., SPURNÝ J. Péče o policisty po extrémních stressových situacích, Kriminallistika, 3/2001, ISSN 1210-9150.

DICK, W., F., "Anglo-American vs. Franco-German Emergency Medical Services System". Cambridge Journal Prehospital and Disaster Medicine, 3/2013, ISSN

HOŠEK, V. Psychologie odolnosti. 2. vydání. Praha: Karolinum, 2003, 69 s., ISBN 80-7184-889-1.

HULÍKOVÁ, M. Stres, jeho zvládnutí a prevence u pracovníků Záchrané služby, Zlín, 2010. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce Mgr. Helena Řeháčková.

HUMPL, L.; Psychosociální péče o profesionály ve zdravotnictví, (přednáška) Pelhřimov: Pelhřimovský podvečer 2011, 21. 10. 2011.

HUMPL, L., PROKOP, J. M., TOBIÁŠOVÁ, A. První psychická pomoc ve zdravotnictví. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013, 134 s., ISBN 97880-7013-562-4.

JANÍČEK, J. Bolest 155 mýtů, Rescue Report, 2/2006, ISSN 1212-0456.

JIŘIŠTA, V. Vliv akutního stresu na záchranáře a následná krizová intervence, České Budějovice, 2012. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Mgr. Štěpán Klen.

KAFKOVÁ, M. Dis. Psychická zátěž nelékařského zdravotnického personálu na letecké záchrané službě, Plzeň, 2012. Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni. Vedoucí práce Mgr. et Bc. Josef Baxa.

KATALOGOVÝ SOUBOR TYPOVÉ ČINNOSTI, STČ – 12/IZS, Společný list složek integrovaného záchraného systému Ministerstvo vnitra GŘ HZS ČR, Číslo jednací: MV- . 604/PO-IZS-2011, Typová činnost složek IZS při poskytování psychosociální pomoci.

- KOHOUTEK, T., ČERMÁK, I., a kol. Psychologie katastrofické události. Praha: Academia, 2009, 364 s., ISBN 978-80-200-1816-8.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat stres*. 1. vydání. Praha: Grada Avicenum, 1994. 190 s., ISBN 80-7169-121-6.
- MIKŠÍK, O. Psychologická charakteristika osobnosti. Praha: Karolinum, 2007, 273 s., ISBN 80-7169-551-3.
- MLYNÁŘOVÁ, D. Akutní pacienti v ohrožení, *Tempus Medicorum*, 3/2016, ISSN 1214-7524.
- NAKONEČNÝ, M. Encyklopedie obecné psychologie. 2. vydání, Praha: Academia, 1997, 437 s., ISBN 80-200-0625-7.
- PHELPS, A., LLOYD, D., CREAMER, M., FORBES, D. Caring for Carers in the Aftermath of Trauma. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 2009, ISSN 10926771.
- RAPČÍKOVÁ, T. Etický rozmer práce zdravotnického záchranára, *Urgentní medicína*, 2/2007, ISSN 1212-1924.
- REMEŠ, R., TRNOVSKÁ, S., a kol. Praktická příručka přednemocniční medicíny. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013, 240 s., ISBN
- SAHELSKÁ, D. Zdravotnický záchranár-profesionál, osobnost, *Urgentní medicína*, 2/2007, ISSN 1212-1924.
- SITTOVÁ, S. Možnosti psychologické intervence u lékařů a nelékařů zdravotnických záchranných služeb, Plzeň, 2012. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Vedoucí práce MUDr. Pavel Hrdlička.
- ŠEBLOVÁ, J.; KEBZA, V. Zátěž a stres pracovníků záchranných služeb – výsledky první části studie. *Urgentní medicína*. 2005, ISSN 1212-1924.
- ŠPATENKOVÁ, N. Krizová intervence pro praxi. 2. aktual. vydání, Praha: Grada Publishing, 2004, 200 s., ISBN 80-247-0586-9.
- ŠPATENKOVÁ, N. Poradenství pro pozůstalé. Praha: Grada Publishing, 2008, 144 s., ISBN 978-80-2247-1740-1.

ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J. Základní otázky komunikace- komunikace (nejen) pro sestry. Praha: Galén, 2009, 135 s., ISBN 978-80-7262-599-4.

VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004, 872 s., ISBN 80-7178-802-3.

VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. Syndrom vyhoření jako důsledek zanedbávání péče o sebe u lékařů a zdravotníků, Urgentní Medicína, 2/2005, ISSN 1212-1924.

VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. Sestry v nouzi. Praha: Grada Publishing, 2011, 192 s., ISBN 978-80-247-3174-2.

VODÁČKOVÁ, D. a kol. Krizová intervence. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. 544 s., ISBN 978-80-7367-342-0.

VODÁČKOVÁ, D. Krizová intervence. 3. vyd., Praha: Portál, 2002, 544s., ISBN 978-80-262-0212-7.

ELEKTRONICKÉ ZDROJE

INTRANET ZZS SčK, interní stránky pouze pro zaměstnance dostupné z:

<https://intranet.zachranka.cz/index.php?mid=156&msid=118>

SPIS informativní stránky dostupné z: <http://docplayer.cz/3397285-Spis-peer-pece-a-prvni-psychicka-pomoc-ve-zdravotnictvi-2013-phdr-lukas-humpl-mgr-marie-markova-phd-hana-vraspirova.html>

ÚZIS 2013 dostupné z: <http://www.uzis.cz/en/cze-regions/regions/region-stredocesky>

SEZNAM POUŽITÝCH GRAFŮ

Graf 1- Pohlaví respondentů

Graf 2 - Věková kategorie respondentů

Graf 3- Délka praxe na ZS

Graf 4 - Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Graf 5 - Pracovní zařazení respondentů ve výjezdové skupině

Graf 6a - Psychická zátěž respondentů na ZS

Graf 6b - Psychická zátěž na ZS – nedostatek sociálních vazeb na pracovišti

Graf 6c - Psychická zátěž na ZS - selhávající komunikace na pracovišti

Graf 6d – Psychická zátěž na ZS- změna způsobu vedení

Graf 6e – Psychická zátěž na ZS- vysoká míra zodpovědnosti

Graf 6f – Psychická zátěž na ZS – práce v nepříznivých podmínkách

Graf 6g – Psychická zátěž na ZS – riziko vlastního ohrožení

Graf 6h – Psychická zátěž na ZS – nedostatek pochvaly a uznání

Graf 6i – Psychická zátěž na ZS – nedostatečné finanční ohodnocení

Graf 6j – Psychická zátěž na ZS - opakované výjezdy s minimální urgencí

Graf 7a – Psychicky zatěžující typ výjezdu - událost s velkým zájmem médií

Graf 7b – Psychicky zatěžující typ výjezdu – hromadné postižení osob

Graf 7c – Psychicky zatěžující typ výjezdu – resuscitace dítěte

Graf 7d – Psychicky zatěžující typ výjezdu – zranění během výkonu služby (vlastní nebo kolegy)

Graf 7e – Psychicky zatěžující typ výjezdu – ošetřování příbuzné nebo známé osoby

Graf 7f – Psychicky zatěžující typ výjezdu – ošetování kritického popáleninového traumatu

Graf 8a – Stresující situace v průběhu výjezdu – výjezd s nejasnými okolnostmi, nevíte co na místě očekávat

Graf 8b - Stresující situace v průběhu výjezdu – situace na místě výjezdu, zjišťování okolností, chování rodiny nebo svědků v okolí pacienta

Graf 8c - Stresující situace v průběhu výjezdu – samotné ošetřování pacienta, zajišťování vitálních funkcí

Graf 8d - Stresující situace v průběhu výjezdu – rozhodování o umístění pacienta do ZZ

Graf 8e - Stresující situace v průběhu výjezdu - předávání pacienta v ZZ, případné odmítnutí, směřování pacienta jinam, dohadování se s personálem ZZ v přítomnosti pacienta

Graf 9 – Zásadní změny vzniklé zavedením RV systému

Graf 10 – Projevy po psychicky náročném výjezdu

Graf 11 – Pozorované projevy po psychicky náročném výjezdu

Graf 12- Způsob zbavování se nepříjemných emocí a projevů z psychicky náročného výjezdu

Graf 13 – Znalost možností odborné psychologické pomoci pro zaměstnance v rámci organizace

SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK

Tabulka 1- Pohlaví respondentů

Tabulka 2 - Věková kategorie respondentů

Tabulka 3 - Délka praxe na ZS

Tabulka 4 - Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Tabulka 5 - Pracovní zařazení respondentů ve výjezdové skupině

Tabulka 6a - Psychická zátěž respondentů na ZS- čekání na práci

Tabulka 6b - Psychická zátěž na ZS – nedostatek sociálních vazeb na pracovišti

Tabulka 6c – Psychická zátěž na ZS – selhávající komunikace na pracovišti

Tabulka 6d – Psychická zátěž na ZS – změna způsobu vedení

Tabulka 6e – Psychická zátěž na ZS- vysoká míra zodpovědnosti

Tabulka 6f – Psychická zátěž na ZS – práce v nepříznivých podmínkách

Tabulka 6g – Psychická zátěž na ZS – riziko vlastního ohrožení

Tabulka 6h – Psychická zátěž na ZS – nedostatek pochvaly a uznání

Tabulka 6i – Psychická zátěž na ZS – nedostatečné finanční ohodnocení

Tabulka 6j – Psychická zátěž na ZS- opakované výjezdy s minimální urgencí

Tabulka 7a – Psychicky zatěžující typ výjezdu- událost s velkým zájmem médií

Tabulka 7b – Psychicky zatěžující typ výjezdu – hromadné postižení osob

Tabulka 7c – Psychicky zatěžující typ výjezdu – resuscitace dítěte

Tabulka 7d – Psychicky zatěžující typ výjezdu – zranění během výkonu služby (vlastní nebo kolegy)

Tabulka 7e – Psychicky zatěžující typ výjezdu – ošetřování příbuzné nebo známé osoby

Tabulka 7f – Psychicky zatěžující typ výjezdu – ošetřování kritického popáleninového traumatu

Tabulka 8a – Stresující situace v průběhu výjezdu – výjezd s nejasnými okolnostmi, nevíte co na místě očekávat

Tabulka 8b - Stresující situace v průběhu výjezdu – situace na místě výjezdu, zjišťování okolností, chování rodiny nebo svědků v okolí pacienta

Tabulka 8c - Stresující situace v průběhu výjezdu – samotné ošetřování pacienta, zajišťování vitálních funkcí

Tabulka 8d - Stresující situace v průběhu výjezdu – rozhodování o umístění pacienta do ZZ

Tabulka 8e - Stresující situace v průběhu výjezdu - předávání pacienta v ZZ, případné odmítnutí, směřování pacienta jinam, dohadování se s personálem ZZ v přítomnosti pacienta

Tabulka 9 – Zásadní změny vzniklé zavedením RV systému

Tabulka 10 – Projevy po psychicky náročném výjezdu

Tabulka 11 – Pozorované projevy po psychicky náročném výjezdu

Tabulka 12 - Způsob zbavování se nepříjemných emocí a projevů z psychicky náročného výjezdu

Tabulka 13 – Znalost možností odborné psychologické pomoci pro zaměstnance v rámci organizace

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Dotazník

Příloha 2: Informační leták SPIS o možnostech poskytování psychosociální intervenční služby

Příloha 1

Vážení kolegové,

Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění anonymního dotazníku, který je zaměřen na psychickou zátěž nelékařského zdravotnického personálu na záchranné službě. Jsem studentkou 3. ročníku oboru „Plánování a řízení krizových situací“ na FBMI ČVUT. Výsledků dotazníku bude využito v praktické části mé bakalářské práce.

Věnujte prosím vyplňování dotazníku dostatek pozornosti a času, odpovězte na jednotlivé otázky tak, jak popsane situace při práci na ZS vnímáte a pociťujete.

Děkuji za vaši spolupráci, ochotu a čas.

Dvořáková Eva výjezdová sestra ZZS Mělník

Návod na vyplnění dotazníku naleznete u každé otázky.

Prosím o vyplnění základních dat, sloužících ke kategorizaci respondentů. Správnou odpověď označte.

1. Pohlaví?

- a) muž
- b) žena

2. Do jaké věkové kategorie patříte?

- a) 21-30
- b) 31-40
- c) 41-50
- d) 51 a více

3. Jak dlouho na ZZS pracujete?

- a) 1-4 roky
- b) 5-9 let
- c) 10-14 let
- d) 15let a více

4. Vaše dosažené vzdělání?

- a) střední odborné bez maturity
- b) střední odborné s maturitou
- c) ARIP, SIP
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

5. Vaše pracovní zařazení ve výjezdové skupině?

- a) řidič záchranář
- b) zdravotnický záchranář
- c) všeobecná sestra s PSS

6. Co vnímáte jako stresující při práci na ZS?

Ohodnoťte body 1-5, kdy 1 znamená minimální zátěž, 5 zátěž maximální

- a) čekání na práci
- b) nedostatek sociálních vazeb na pracovišti
- c) selhávající komunikace v organizaci
- d) změna způsobu vedení (nařízení, změny, zákazy, postihy,...)
- e) vysoká míra zodpovědnosti
- f) práce v nepříznivých podmínkách
- g) riziko vlastního ohrožení

- h) nedostatek pochvaly a uznání
- i) nedostatečné finanční ohodnocení
- j) opakované výjezdy s minimální urgencí

7. Jaký typ výjezdu považujete za psychicky zatěžující?

Ohodnoťte body 1-5, kdy 1 znamená minimální zátěž, 5 zátěž maximální

- a) hromadné postižení osob
- b) událost s velkým zájmem médií
- c) resuscitace dítěte
- d) vážné zranění během výkonu služby (vlastní nebo kolegy)
- e) ošetřování příbuzného nebo známé osoby
- f) ošetření kritického popáleninového traumatu

8. Která část výjezdu je pro vás stresující?

Ohodnoťte body 1-5, kdy 1 znamená minimální zátěž, 5 zátěž maximální

- a) výjezd s nejasnými okolnostmi, nevíte co na místě očekávat
- b) situace na místě výjezdu, zjišťování okolností, chování rodiny nebo svědků v okolí pacienta
- c) samotné ošetřování pacienta, zajišťování vitálních funkcí pacienta
- d) rozhodování o umístění pacienta do cílového zdravotnického zařízení
- e) předávání pacienta ve zdravotnickém zařízení, případné odmítnutí, směrování pacienta jinam, dohadování s personálem ZZ v přítomnosti pacienta

9. Zavedením systému Rendez vous došlo u vás k těmto zásadním změnám?

- a) nárůst výjezdů v režimu RZP
- b) členové posádky RZP jsou více vystaveni stresu z důvodu omezených kompetencí
- c) členové RZP posádky se musí častěji rozhodovat samostatně a více se na sebe spolehnout
- d) členové RZP posádky jsou více vystaveni konfliktním situacím při předávání pacienta v ZZ, protože lékař RV často pacienta do ZZ nedoprovází
- e) RV u vás nebylo zavedeno, nebo nic z uvedeného

10. Po psychicky náročném výjezdu se u Vás projevuje?

Označte pro vás výstižnou odpověď, je možné označit více odpovědí.

- a) obviňování sebe
- b) obviňování někoho z týmu kolegů
- c) zvýšená bdělost
- d) noční můry
- e) nic z uvedeného

11. Po psychicky náročném výjezdu u sebe pozorujete?

Označte pro vás výstižnou odpověď

- a) úzkost
- b) strach
- c) nejistota
- d) agrese
- e) pocit přetížení
- f) nic z uvedeného

12. Jak se zbavujete nepříjemných emocí a projevů po psychicky náročném výjezdu?

Označte pro vás výstižnou odpověď

- a) vyrovnávám se s nepříjemnými emocemi a projevy tohoto druhu sám
- b) psychicky náročný výjezd proberu s kolegy, kterým důvěřuji, ve volném čase mimo pracoviště
- c) vyhledám odbornou pomoc
- d) nemám nepříjemné emoce ani projevy z psychicky náročných výjezdů
- e) rád/a bych vyhledala odbornou pomoc v rámci organizace, ale nevím kam se obrátit
- f) k řešení zmíněného problému využiji pomoci peera

13. Stručně popište váš způsob odbourávání stresu a jiných nepříjemných emocí z práce.

.....

.....

.....

14. Znáte možnosti odborné psychologické pomoci v rámci organizace?

Označte pro Vás výstižnou odpověď.

- a) neznám
- b) znám, ale nikdy jsem tuto pomoc v rámci organizace nevyužil
- c) znám a tuto pomoc jsem v rámci organizace využil
- d) znám, ale využil jsem odbornou psychologickou pomoc mimo organizaci
- e) dosud jsem tento druh pomoci nepotřeboval

15. Máte nějaký návrh, jak v rámci organizace zvýšit psychickou odolnost zaměstnanců, nebo jak zlepšit poskytování psychologické pomoci zaměstnanců v rámci ZZS?

Stručně popište, co by podle Vás pomohlo zlepšit poskytování psychologické pomoci v rámci organizace.

.....

.....

.....

Příloha 2 - Informační leták SPIS o možnostech poskytování psychosociální intervenční služby

KDO SLUŽBU ORGANIZUJE?

Záštitu a podporu SPIS poskytl Asociace zdravotnických záchranářských služeb ČR.

Za celou službu zodpovídají odborní garanti – kliničtí psychologové s praxí ve zdravotnictví, kteří prošli stejným výcvikem jako všechny osoby zapojené v systému. garanti@spiscr.info

V jednotlivých krajích jsou tzv. krajsí koordinátoři. Ti zajišťují dostupnost péče a organizují činnost SPIS na svěřeném území.

KDYŽ CHCI ZŮSTAT ANONYMNÍ...

O obsahu uskutečněného setkání zaměstnavatel ani nadřízený žádnou zprávu nedostává.

SPIS ZARUČUJE:

- Profesionální přístup.
- Mícnost a diskretnost.
- Bezpečné prostředí pro sdělování.
- Přizpůsobení se potřebám uživatele.

KOHO POŽÁDAT O TUTO SLUŽBU?

- Kteréhokoliv peera ve Vašem okolí.
- Peera nebo krajského koordinátora na webových stránkách www.spiscr.info/cs/kontakty/t1002/
- Peera uvedeného níže.

KONTAKT NA PEERA



S NÁROČNOU PROFESNÍ ZKUŠENOSTÍ NEMUSÍTE ZŮSTÁVAT SAMI!







Zdravotničtí pracovníci jsou jako běžící na dlouhých tratích. Chceme-li, aby běželi dobře a nepadli na trati vysíláním, musíme se o ně starat.

www.spiscr.info

SPIS je služba orientovaná na podporu všech zdravotníků, kteří prožívají profesně náročné a někdy i nadlimitně zátěžové situace.

Systém zahrnuje jak poskytování intervencí služeb, tak i preventivní opatření – informuje a provádí edukaci vhodných strategií při zvládání stresu.

CO PROGRAM NABÍZÍ?

- Pomáhá obnovit duševní rovnováhu po prožití nadlimitní profesní situace.
- Vede k pochopení reakce na nadlimitní událost.
- Podporuje hledání vlastních zdrojů zvládání psychické zátěže.
- Slouží jako prevence vzniku a rozvoje:
 - syndromu profesního vyhoření,
 - závislosti na psychotropních látkách,
 - posttraumatické stresové poruchy,
 - psychosomatických onemocnění.
- Snižuje riziko profesního selhání.

V systému jsou zapojeni vyskolení peeri, kliničtí psychologové a psychiatři, kteří mají pracovní zkušenosti s nadlimitními situacemi a jejich zvládáním.

Služba je pro uživatele, který ji vyhledá, bezplatná.

KDO JE TO PEER?

Peer je profesní kolega, tedy např. lékař, zdravotnický záchranář, zdravotní sestra, operátor nebo řídicí-záchranář, který absolvoval specifický výcvik a získal dovednost pro poskytování podpory při zvládání psychicky náročných profesních situací.

V případě potřeby je k dispozici svým kolegům a kolegům, zdravotníkům.

ZDRAVOTNÍCI JSOU PROFESIONÁLOVÉ, PROČ POTŘEBUJÍ PSYCHOSOCIÁLNÍ PODPORU?

Zdravotníci jsou také „jen“ lidé, proto na ně mohou dopadat vlivy prožitých traumatických událostí úplně stejně, jako na přímo zasažené.

Nesu-li si tato nakumulovaná traumata dále životem, může se u nich plíživě rozvíjet syndrom vyhoření, což může vést až k pochybení a poškození těch, kterým pomáhají.

Úkolem této péče je prožité události uzavřít, aby se nepřipomínaly v situacích, kdy budou komplikovat práci.



JAK PROBÍHAJÍ INTERVENCE?

- Individuálně – pouze s peerem.
- Skupinově – účastní se členové týmu, kteří prošli nadlimitní profesní situací.

CO MŮŽE BÝT NADLIMITNÍ UDÁLOST NEBO SITUACE?

- Úmrtí nebo zranění člena týmu.
- Sebevražda kolegy nebo pokus o ni.
- Ohrožení vlastního života či zdraví.
- Neúspěšná záchrana kolegy.
- Hromadná neštěstí.
- Kontakt s oběťmi a pozůstalými.
- Nezdarovaný pokus o záchranu pacienta.
- Zásah s úmrtím nebo poraněním dítěte.
- Událost s velkou pozorností médií.
- Jakékoliv jiné události, které mají příliš silný dopad...

Zdravotník má právo na péči o své duševní zdraví, což podporuje i zákon č. 374/2011 Sb. paragraf 16, ods. b.

