

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Problematika umírání a smrti z pohledu pracovníků
zdravotnické záchranné služby**

Bakalářská práce

Autor práce: Jana Malčicová
Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Zdravotnický záchranář
Vedoucí práce: Mgr. Robert Havlíček
Datum odevzdání práce: 3. 5. 2012

ABSTRAKT

Problematika umírání a smrti z pohledu pracovníků zdravotnické záchranné služby

V této bakalářské práci je předkládána tematizace umírání a smrti z pohledu pracovníků zdravotnických záchranných služeb. Teoretická část zahrnuje nejen otázky umírání a smrti, ale také etiku v přednemocniční neodkladné péči. Podrobně jsou zde také popsány činnosti zdravotnické záchranné služby a některé metody psychologické intervence. Samostatnou kapitolu v teoretické části tvoří problematika stresu, posttraumatické stresové poruchy a syndromu vyhoření.

Praktickou částí práce je kvalitativní výzkum prováděný metodou polostrukturovaného rozhovoru s 8 pracovníky zdravotnické záchranné služby. Respondenti byli vybráni z Jihočeského, Jihomoravského a Středočeského kraje; jeden respondent je zaměstnancem zdravotnické záchranné služby v zahraničí (Rakousko).

Cílem výzkumu bylo zjistit, jakým způsobem se pracovníci zdravotnických záchranných služeb vyrovnávají s krizovými situacemi jako je právě umírání a smrt pacienta, do jaké míry jsou ovlivněni touto profesí a také zjistit míru připravenosti budoucích pracovníků zdravotnické záchranné služby na toto povolání.

Smyslem této bakalářské práce bylo poukázat na nezbytnost psychologické intervence u zaměstnanců zdravotnických záchranných služeb, která v České republice ještě stále není standardem.

Klíčová slova:

Posttraumatická stresová porucha, přednemocniční neodkladná péče, psychologická intervence, smrt, stres, syndrom vyhoření, umírání, zdravotnická záchranná služba

ABSTRACT

Dying and death from the perspective of emergency medical personnel

This bachelor thesis deals with the perception of dying and death by emergency medical personnel. The theoretical part includes not only issues of dying and death, but also the ethics of pre-hospital emergency care. The activities of emergency medical services and some methods of psychological intervention are also described here in detail. The theoretical part is amended by a chapter about stress and the related post-traumatic stress disorder and burnout.

The practical part of this thesis is a qualitative research carried out by semi-structured interview with 8 emergency medical workers. The respondents were selected from the South Bohemian, the Central Bohemian and the South Moravian Region; one respondent is employed by emergency medical services abroad (Austria).

The research objective was to determine how the medical personnel of emergency services copes with critical situations such as dying and death of a patient, to what extent they are influenced by their profession and to determine the level of readiness of future emergency medical personnel for this occupation.

The purpose of this bachelor thesis was to point out the need for psychological intervention for emergency medical services personnel, which is still insufficient in the Czech Republic.

Keywords:

Post-traumatic stress disorder, pre-hospital emergency care, psychological intervention, death, stress, burnout, dying, emergency medical services

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě Zdravotně sociální fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích 3. 5. 2012

.....

Podpis studenta

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala panu Mgr. Robertovi Havlíčkovi za odborné vedení, trpělivost a pomoc při zpracování této bakalářské práce. Také bych ráda poděkovala Mgr. Petře Černínové za jazykovou korekci.

OBSAH

ÚVOD.....	9
1 SOUČASNÝ STAV.....	10
1.1 UMÍRÁNÍ A SMRT.....	10
1.1.1 <i>Odmítání proher/tabuizace smrti.....</i>	<i>10</i>
1.1.2 <i>Dystanázie – zadržaná smrt.....</i>	<i>11</i>
1.1.3 <i>Fáze umírání.....</i>	<i>12</i>
1.2 PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÁ PÉČE.....	13
1.3 ETIKA V PROFESI PRACOVNÍKŮ ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY.....	15
1.4 STRES V PROFESI PRACOVNÍKŮ ZDRAVOTNICKÝCH ZÁCHRANNÝCH SLUŽEB.....	16
1.4.1 <i>Fáze reakce na stres.....</i>	<i>17</i>
1.4.2 <i>Projevy stresu.....</i>	<i>17</i>
1.4.3 <i>Obranné mechanismy.....</i>	<i>18</i>
1.5 MOŽNOSTI PSYCHOLOGICKÉ PÉČE PRO PRACOVNÍKY ZZS.....	20
1.5.1 <i>Krizová intervence.....</i>	<i>21</i>
1.5.2 <i>Debriefing.....</i>	<i>22</i>
1.5.3 <i>Supervize.....</i>	<i>23</i>
1.6 SYNDROM VYHOŘENÍ („BURN-OUT“).....	24
1.7 POSTTRAUMATICKÉ PORUCHY.....	26
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	29
2.1 CÍLE PRÁCE.....	29
2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	29
3 METODIKA.....	30
3.1 METODIKA PRÁCE.....	30
3.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU.....	30
4 VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	31
4.1 PŘEPIS ROZHOVORŮ.....	31

4.1.1	<i>Zdravotnický záchranář č. 1</i>	31
4.1.2	<i>Zdravotnický záchranář č. 2</i>	34
4.1.3	<i>Všeobecná sestra č. 1</i>	38
4.1.4	<i>Všeobecná sestra č. 2</i>	41
4.1.5	<i>Řidič č. 1</i>	45
4.1.6	<i>Řidič č. 2</i>	48
4.1.7	<i>Lékař č. 1</i>	51
4.1.8	<i>Lékař č. 2</i>	53
4.2	TABULKY VÝSLEDKŮ ROZHOVORŮ	57
5	DISKUZE	63
6	ZÁVĚR	66
7	SEZNAM ZDROJŮ	68
8	KLÍČOVÁ SLOVA	72

Seznam použitých zkratk

ARS = akutní reakce na stres

PTSP = posttraumatická stresová porucha

ZZS = zdravotnická záchranná služba

RLP = rychlá lékařská pomoc

RZP = rychlá zdravotnická pomoc

RV = Rendez – Vous

ÚVOD

Téma Problematika umírání a smrti z pohledu pracovníků zdravotnické záchranné služby jsem si vybrala hned z několika důvodů. Mnozí by mohli namítnout, že na dané téma bylo napsáno již tolik, že jakákoli další práce zabývající se touto problematikou je zbytečná. Umírání a smrt budou však vždy stále aktuální témata, před kterými bychom neměli zavírat oči. Současná medicína a také i společnost velmi často vnímají umírání a smrt jako něco nepřirozeného - jako prohru. Je třeba, aby se každý z nás naučil přijímat tuto skutečnost jako běžnou součást našeho života. Domnívám se, že správnou cestou není ignorovat existenci smrti, ale naučit se ji akceptovat a vyrovnat se s ní.

Cílem této bakalářské práce bylo obeznámit se s přístupem zdravotnických pracovníků k umírání a smrti. Zajímaly nás způsoby, jakým se jednotliví členové posádky vyrovnávají s těmito situacemi a do jaké míry zanechává tato profese stopu na jejich osobním životě.

Naše bakalářská práce se zabývá nejen tématem umírání a smrti, ale také stresem, kterému jsou zdravotničtí pracovníci v rámci svého povolání velmi často vystavováni. Za důležitou část této práce považujeme kapitolu týkající se možností psychologické intervenční péče. Jak vyplývá z výzkumného šetření, které jsme provedli, tato péče není poskytována všem pracovníkům zdravotnických záchranných služeb, ačkoliv by všichni dotazovaní tuto pomoc uvítali. Téměř každodenně jsou členové posádky vystaveni zátěžovým situacím. Tato skutečnost má zajisté nemalý vliv na každého z nich. Při nesprávném řešení těchto situací se zvyšuje riziko vzniku syndromu vyhoření, případně postraumatické stresové poruchy. Právě z tohoto důvodu by byla možnost psychologické péče na zdravotnických záchranných službách velkým přínosem. Na jednotlivé posádky se neustále zvyšují nároky, i proto se domnívám, že v budoucnu bude tato péče nutností, ne pouhým nadstandardem, jak je tomu dnes. Jen tehdy, kdy se zdravotnický personál dokáže vyrovnávat s náročnými situacemi, které jdou ruku v ruce s jejich povoláním, dokáží plnohodnotně poskytovat potřebnou péči.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Umírání a smrt

„Umírání je fáze života, na jehož konci je smrt“ (8 s. 61).

Umírání a smrt nepatří mezi populární témata, jsou to však témata stále velmi aktuální. Je důležité, aby si lidé neustále připomínali konečnost svého žití a dokázali tak odpovědně zacházet s časem, který jim byl na světě dán ⁽⁷⁾. Z biologického hlediska je smrt zastavení životně důležitých funkcí v organismu, při kterém dochází k nezvratným změnám, jež brání obnovení vitálních funkcí. Smrt diagnostikujeme tehdy, jestliže mozek vykazuje poškození, která jsou neslučitelná s možností oživení. Jedná se o tzv. smrt mozku. K poškození funkcí mozku dochází již po pěti minutách, během nichž je mozek bez přísunu kyslíku. Klinická smrt je charakterizována zástavou činnosti srdce a dechu. Tyto funkce je možno v některých případech obnovit, a to pomocí okamžité resuscitace. Nezvratný zánik činnosti buněk, orgánů a systémů představuje biologická smrt ⁽⁸⁾. Umírání a smrt jsou stálými tématy filozofie, etiky, sociologie, psychologie a samozřejmě také medicíny ⁽⁴⁾. Smrt je vnímána jako stav ohrožení doprovázený úzkostí a strachem. Janáčková uvádí tři možné způsoby psychických mechanismů k celkovému pojetí vlastní smrti. Jedná se racionalizaci, popření a akceptaci ⁽⁸⁾.

1.1.1 Odmítání proher/tabuizace smrti

Současná medicína se vyznačuje obrovskou snahou zachránit každý lidský život. Tato skutečnost je zajisté obdivuhodná, ale otázkou je, jestli také za každých okolností potřebná. Snaha zachránit život vždy a za všech okolností vedla k postupnému tabuizování smrti. Většina laické i odborné veřejnosti dospěla k názoru, že smrt se v podstatě do našeho úspěšného života nehodí. V dnešní moderní době je přeci samozřejmé žít dlouho, šťastně a mít jen samé úspěchy. Lidé začali spoléhat na medicínu, od které mnohdy očekávají zázraky ⁽⁷⁾. *„Zvykli jsme si totiž umírat „na něco“, nikoliv proto, že jsme smrtelní“ (16 s. 72).* Všichni víme, že jednou musíme

zemřít. Ve společnosti však přetrvává představa, že smrt by měla nastat tehdy, kdy se nám to zrovna hodí. Nejlépe po dlouhé a úspěšné cestě životem, a to rychle a hlavně bezbolestně. Není divu, že jsou pak lidé rozčarováni, když se realita od jejich představ liší. Současným trendem je jisté skrývání smrti a mlčení o ní, ujišťování sebe sama, že medicína je natolik vyspělá, že zvítězí nad všemi příčinami úmrtí. Stačí však, aby vážně onemocněl někdo z našich blízkých, a my jsme opět postaveni tváří tvář realitě. V případě umírání nejsou pocity viny a prohry na místě. Stejně jako zrození, i smrt patří do koloběhu života ⁽⁷⁾.

1.1.2 Dystanázie – zadržaná smrt

„Nesamozřejmost života byla vystřídána nesamozřejmostí smrti“ ^(7 s. 32).

Zejména po druhé světové válce došlo k výraznému rozvoji medicíny, jež opakovaně prokázala své přednosti. Došlo tak k prodloužení střední délky života a ke zkvalitnění života. Smrt byla odsunuta někam do pozadí a umírání začalo být chápáno jako něco nevhodného a předčasného. V dřívějších dobách se lidé dožívali relativně nízkého věku, byla vysoká kojenecká a dětská úmrtnost. Zranění, neléčitelné infekce a v neposlední řadě také špatná výživa snižovaly reálné šance dožít se dospělosti. Objev nových léků, především antibiotik způsobil v medicíně dramatický posun. V průběhu 20. století došlo k velkým úspěchům v léčbě infekčních onemocnění a také k mnohem lepšímu zvládnutí maligních onemocnění. Snaha o prodloužení života je zajisté ušlechtilý čin, ale je třeba, abychom neustále brali na vědomí konečnost našeho bytí ⁽⁷⁾.

Bohužel, ne vždy jsou v souboji s těžkou nemocí zohledněny potřeby člověka. Dochází tak k rozčarování rodiny nad tím, že záchrana jejich blízkého není možná, a ještě k tomu se mu nedostává toho, co by potřeboval. I umírající jsou stavěni do těžké situace. Stále doufají v zázrak a mají pocit, že je lékaři zradili. Ne vždy si zdravotníci pracovníci uvědomují, že boj s nemocí není vždy vítězný. Snaží se udělat maximum pro přežití pacienta, ačkoliv život nezadržitelně končí a nenechají člověka v klidu

zemřít. Místo uspokojení aktuálních potřeb, porozumění a empatie, se pacientům dostává napojení na nejrůznější přístroje, které mají o něco prodloužit jejich boj s nemocí^(4, 7).

Termín dystanázie odborníci používají v případě, kdy smrt je neodvratná, ale přesto je stále všemožnými způsoby oddalována. Moderní medicína by měla být rozvážnější. Jejím úkolem není učinit lidi nesmrtelnými, ale pomoci jim čas, který jim byl na tomto světě určen, prožít co nejzdravěji^(4, 7).

1.1.3 Fáze umírání

K tomu, abychom mohli umírajícího doprovodit na jeho poslední cestě, je třeba znát jednotlivé fáze procesu umírání. Elisabeth Kübler–Ross pracovala přes 30 let s umírajícími a povšimla si, že umírající se vyjadřují pomocí symbolů. Každý člověk reaguje na těžké životní situace jinak, ale určitá zákonitost zde funguje. Elisabeth Kübler–Ross tyto zákonitosti popsala v jednotlivých fázích⁽¹⁶⁾.

První fáze (negace, šok, popírání) je charakterizována odmítáním nemocného vzít fakt smrtelnosti na vědomí. Člověk je šokován sdělením nepříznivé diagnózy, je zmatený, nemusí vůbec chápat, co se kolem něj děje. Jakmile šok odezní, objeví se popírání skutečnosti. Lidé si nechtějí připustit nepříznivost situace. Vybírají si pouze ty informace, které zapadají do jejich scénáře. Velmi často přesvědčují sami sebe, že se jich to netýká, došlo přeci k omylu. Pacienti se postupně začínají stahovat do ústraní, aby se mohli s touto těžkou situací vyrovnat^(4, 5, 16).

Následuje druhá fáze – agrese, kdy nemocný, plný negativních emocí, jen těžce ovládá své chování. Má pocit hněvu na všechno a na všechny. Velmi často hledá viníka, objevují se pocity viny a otázky typu: „Proč zrovna já?“ V této fázi je velmi důležité, abychom nemocnému umožnili mluvit o jeho emocích. Velmi důležitá je také podpora okolí^(5, 16).

Ve třetí fázi - smlouvání - si již nemocný uvědomuje nezvratnost dané situace. Začíná uvažovat nad smyslem života, přemýšlí, jak nejlépe naplnit čas, který mu ještě

zbývá. Charakteristické je smlouvání o čas, kdy si nemocný přeje zažít ještě nějakou událost, například svatbu dcery, promoci, dožít se vnuka apod. Pro doprovázející osobu je důležité, aby pomáhala nemocnému stanovovat krátkodobé cíle ^(5, 16).

Deprese je neodvratitelnou čtvrtou fází, kdy dochází ke zhoršování stavu nemocného. Již není pochyb o tom, že se jeho život chýlí ke konci. Přichází velká únava a smutek. Stejně jako v ostatních fázích i zde je důležitá přítomnost člověka, který bude nemocnému oporou ^(5, 16).

Poslední fází je smíření. Člověk dokázal přijmout skutečnost, akceptuje ji. Jedná se o období klidu a vnitřního míru. Do této fáze se nemusí dostat zdaleka každý. Fází smíření je třeba umět odlišit od rezignace ^(5, 16).

Ačkoliv jsou jednotlivé fáze seřazeny za sebou, tak jak obvykle přicházejí, tato posloupnost nemusí být vždy zachována. Některé fáze se vracejí a některé mohou naopak zcela chybět ⁽⁵⁾.

1.2 Přednemocniční neodkladná péče

Přednemocniční neodkladná péče je dle Zákona č. 374/2011 Sb. definována jako odborná zdravotní péče o postižené na místě události, v průběhu transportu k dalšímu ošetření a během předání do zdravotnického zařízení. Jedná se o odbornou a profesionální péči, která je poskytována profesionálními zdravotnickými pracovníky. V České republice poskytování přednemocniční neodkladné péče zajišťují specializovaná zařízení – zdravotnické záchranné služby ⁽³²⁾.

Zdravotnická záchranná služba poskytuje přednemocniční neodkladnou péči osobám se závažným postižením zdravotního stavu nebo v případě jeho přímého ohrožení. Závažným postižením zdraví se rozumí náhle vzniklé onemocnění, případně úraz, kdy je vysoké riziko prohlubování chorobných změn a bez okamžitého poskytnutí odborné první pomoci je postižený ohrožen dlouhodobými nebo trvalými následky případně až náhlou smrtí. Dále poskytuje pomoc při náhle vzniklé intenzivní bolesti,

při změnách chování jedince, kdy ohrožuje nejen zdraví a život sebe samého, ale také jiných lidí^(31, 33).

Zdravotnická záchranná služba zajišťuje nepřetržitý kvalifikovaný příjem tísňového volání prostřednictvím národní linky 155 a dále také příjem výzev od operačních středisek ostatních složek integrovaného záchranného systému. O tom, zda tato péče bude či nebude poskytnuta a jakou formou, rozhoduje operátor linky tísňového volání. Zdravotnická záchranná služba se také podílí na řízení a organizaci přednemocniční neodkladné péče na místě události, spolupracuje s velitelem zásahu složek integrovaného záchranného systému a s cílovými poskytovateli akutní lůžkové péče. Poskytuje instrukce k zajištění první pomoci prostřednictvím telefonu, jestliže je tato pomoc nezbytná, do příjezdu posádky zdravotnické záchranné služby. V neposlední řadě zajišťuje vyšetření pacienta a poskytnutí odborné péče, a to včetně potřebných neodkladných výkonů k záchraně života, kontinuální monitorování základních životních funkcí pacienta během transportu do nemocnice, až do chvíle osobního předání pacienta zdravotnickému pracovníkovi. Zdravotnická záchranná služba zajišťuje přepravu pacientů letadlem mezi poskytovateli lůžkové péče v případě nutnosti neustálého poskytování neodkladné péče během transportu, přepravu tkání a orgánů k transplantaci, jestliže hrozí nebezpečí z prodlení a přepravu není možno zajistit jiným způsobem. Mezi hlavní činnosti patří také třídění raněných osob dle odborných hledisek urgentní medicíny při hromadném postižení v souvislosti s mimořádnou událostí či krizovou situací^(31, 32).

Je důležité, aby v urgentní péči na sebe jednotlivé fáze plynule navazovaly a dostalo se tak co nejvčasnější pomoci postiženým. Po rychlém zpracování tísňové výzvy a zhodnocení, zdali je či není péče potřebná, dochází k vyslání zdravotnické posádky, rychlé diagnostice zdravotního problému pacienta a dle potřeby provedení nezbytných léčebných opatření. V mnoha případech je nutná spolupráce s nezdravotnickými složkami, jako je hasičský záchranný sbor, Policie České republiky, případně horská služba. V přednemocniční neodkladné péči by se neměla podceňovat volba zdravotnického zařízení, do kterého budeme pacienta směřovat. Dříve byli

pacienti transportováni do nejbližší nemocnice. V současné době je trend směřovat pacienty na pracoviště, kde je možno poskytnout odpovídající péči a pokud je to možné, tak i definitivní léčbu ⁽³²⁾.

1.3 Etika v profesi pracovníků zdravotnické záchranné služby

Etika (z řeckého slova „ethos“ neboli „zvyk, mrav, obyčej“) je filozofická disciplína, jejímž objektem zkoumání je mravnost. Etika je souhrn pravidel chování v určité společnosti. Jedná se o základní pravidla slušného chování. Pravidla práce jednotlivých profesí upravuje dokument, tzv. *etický kodex* ^(12, 16, 29).

V případě zdravotnictví se jedná o etický kodex České lékařské komory, ve kterém jsou uvedeny zásady lékařské etiky. Právně ošetřeny jsou pouze nejzákladnější etické povinnosti lékaře, jako je poskytování péče lege artis, povinnost poskytnout první pomoc, převzetí mimořádných zdravotnických úkolů v případě mimořádných událostí a povinná mlčenlivost ⁽¹⁸⁾.

Pracovníci zdravotnické záchranné služby jsou vystavováni specifickým situacím, které jejich profesi přináší. V urgentní medicíně není možné vždy zcela respektovat a zachovat všechna práva pacientů (např. informovaný souhlas). V případě ohrožení života musí být vše podřízeno požadavkům záchrany v co nejvyšší kvalitě. I z tohoto důvodu se setkáváme velmi často s nadřazeným postojem zdravotníků vůči pacientům. V současné době by měl být trendem spíše vztah partnerský, a to jak u výjezdových posádek, tak i u pracovníků na operačním středisku. Velmi často je také diskutováno o tématu odmítnutí poskytnutí první pomoci členy ZZS z důvodu ohrožení jejich vlastního života či zdraví. Hranice, zdali bylo toto rozhodnutí etické či neetické, právní či protiprávní, je velmi tenká. Další etickou otázkou je poskytování první pomoci při mimořádných událostech, kdy se používá systém třídění raněných dle závažnosti stavu. Je třeba zdůraznit, že ani tato opatření nesmějí zahrnovat postup non lege artis. I v takové situaci je třeba dbát na co největší benefit raněných. Velmi náročnou situací

nejen z etického hlediska, je rozhodování lékaře o zahájení a ukončení neodkladné resuscitace a konstatování smrti ^(18, 21).

Záchrana lidského života je bezesporu činnost, na kterou musí být člověk připraven nejen fyzicky, ale také psychicky a morálně. V případě záchrany lidských životů není možné etická rozhodnutí brát jako pevně daná. Vždy je třeba postupovat individuálně dle konkrétní situace a našeho nejlepšího svědomí ⁽²¹⁾.

1.4 Stres v profesi pracovníků zdravotnických záchranných služeb

Pojem stres je v literatuře definován mnoha způsoby. Vágnerová ⁽²⁶⁾ jej definuje jako stav nadměrného zatížení či ohrožení. Rozlišujeme dva druhy stresu, tzv. distres a eustres. Jakmile zátěžová situace výrazně přesahuje možnosti člověka, mluvíme o distresu. Distres je nazýván také negativním stresem. I u eustresu dochází k přetížení jedince, ale v tomto případě je pro něj situace vítaná. Mluvíme o tzv. kladném stresu, se kterým se setkáváme, když očekáváme něco příjemného. Distres i eustres vyvolají v těle naprosto stejnou reakci. Rozdíl je v délce působení na aktivační systém, který trvá u eustresu o něco kratší dobu ^(14, 15, 26).

V souvislosti se stresem je třeba se také zmínit o stresorech a salutorech. Stresory jsou nepříznivé vlivy, které vyvíjí tlak na jedince. Vlivem stresorů dochází k nadměrným požadavkům na člověka, ať už v oblasti tělesné či duševní. Rozlišujeme stresory fyzikální, chemické, biologické a psychosociální. Každý z nás se setkává s mnoha náročnými situacemi, při kterých na nás nezdědka působí více stresorů. Druh stresoru, jeho intenzita, rozsah i délka působení hraje významnou roli v tom, zda bude daná situace vyhodnocena jako stresová. Oproti tomu salutory jsou určitým obranným mechanismem, který umožňuje každému z nás bojovat s těmito těžkostmi. Nedílnou součástí profese zdravotnické záchranné služby jsou právě stresogenní situace. Setkávání se s lidmi v nelehkých životních situacích, vysoké nároky na pozornost a schopnost rychle se rozhodovat, to všechno je jen část psychosociálních stresorů, se kterými se každý zdravotnický pracovník setkává. Ze stresorů fyzických, chemických a

fyzikálních se jedná o zatížení pohybového aparátu, nepravidelný životní rytmus, neustálé vystavování se rizikům infekce a mnohé další^(13, 17, 26).

1.4.1 Fáze reakce na stres

Reakce na stres je proces probíhající ve třech fázích. V jednotlivých etapách dochází k postupnému zvládnání zátěžové situace⁽²⁶⁾.

V první fázi dochází k zahájení obranných reakcí. Jedná se o reflexní děj, při kterých se na základě podráždění sympatiku do krevního oběhu vyplaví katecholaminy (adrenalin, noradrenalin). Následně se zvýší krevní tlak, srdeční frekvence, krevní oběh se soustředí do vitálně nejdůležitějších orgánů. energii získává organismus z cukrů a bílkovin a nakonec i z tuků. V oblasti psychiky dominuje úzkost, napětí, nervozita, která může přerůst až v agresi. V případě pocitu neřešitelnosti situace se objevuje smutek až deprese a následná rezignace. Co se týče kognitivních funkcí, zátěžová reakce způsobí zhoršení pozornosti, uvažování i jednání může být zkratkové^(19, 26).

Druhá fáze je charakterizována hledáním strategií, pomocí kterých by mohlo dojít ke zvládnutí, popřípadě zmírnění stresu. V případě adaptace jedince na stres dochází k úpravě fyziologických i psychických funkcí do normálního stavu. Jestliže jedinec nedokáže dlouhodobě zátěž zvládat, přechází do další fáze⁽²⁶⁾.

Ve třetí fázi dochází ke zhroucení obranných mechanismů. Akutní potíže se mění v problémy trvalejšího a závažnějšího charakteru. Vlivem nahromaděné energie a stresových hormonů vznikají psychosomatická onemocnění jako např. bolesti hlavy, chronická únava a vyčerpanost⁽²⁶⁾.

1.4.2 Projevy stresu

K manifestaci stresu dochází v duševní, sociální, tělesné oblasti a také v chování jedince⁽¹⁴⁾.

Mezi příznaky stresu v duševní oblasti patří náhlé změny nálad a zvýšená podrážděnost. Lidé se cítí unaveni, hůře udrží pozornost. Jedním z hlavních projevů je pocit úzkosti, pokles celkové psychické výkonnosti, pesimismus, apatie až rezignace^(14, 25).

V sociální oblasti si můžeme povšimnout narušení sociálních vazeb a komunikace. Tyto projevy mají dopad jak na pracovní, tak na osobní život jedince⁽²⁵⁾.

Typickými somatickými příznaky jsou silné bolesti hlavy a bušení srdce. Často se vyskytuje nechutenství, zvracení a průjem. Vlivem dlouhodobého stresu tak dochází k psychosomatickým onemocněním^(14, 25).

1.4.3 Obranné mechanismy

Obranné reakce vychází z vývojově starých mechanismů a jsou jimi útok a únik. Cílem těchto reakcí je znovunalezení duševní pohody a rovnováhy⁽²⁶⁾.

Aktivní variantou obranné reakce je útok, kdy se uplatňuje boj s nepříznivou situací. Projevy agrese mohou být zaměřeny přímo na zdroj ohrožení nebo také vůči sobě samému a to buď v podobě sebeobviňování, anebo v krajních případech až v podobě sebevražedných sklonů. Agrese nemusí být vnímána pouze negativně. Asertivita je určitou pozitivní agresi, kdy se člověk snaží prosadit sám sebe a uspokojit tak své potřeby⁽²⁶⁾.

V případě zdání, že je situace neřešitelná, volí lidé únik. Může se jednat o rezignaci na daný problém, nebo také přenesení odpovědnosti na druhou osobu. Typickou únikovou reakcí je ignorace problému, kdy se lidé tváří, jako by neexistoval⁽²⁶⁾.

Dalším způsobem zvládnání zátěžové situace je volba strategie, tzv. *coping*. Cílem copingu je zlepšení situace prostřednictvím změny postoje člověka k problémové situaci, případně změna hodnocení a prožívání náročné situace. Vágnerová uvádí dva přístupy k řešení. Prvním z nich je coping, který se zaměřuje na řešení problému. V tomto případě jedinec vychází z předpokladu, že problém je možno řešit, a že

dosažení toho cíle je reálné. Cílem nemusí být úplné vyřešení situace, ale také snaha zlepšit situaci, ve které se jedinec aktuálně nachází. Druhým způsobem je coping zaměřený na udržení přijatelné subjektivní pohody. Cílem je udržení duševní rovnováhy a co největší redukce negativních pocitů. K tomuto druhu copingu dochází tehdy, jestliže není možné danou situaci vyřešit. K tomu, aby byla tato metoda úspěšná, je nutné smíření člověka s danou situací, schopnost naučit se s ní žít. Tato strategie se velmi často vyskytuje u úzkostných lidí. Ne vždy je však toto řešení špatné ⁽²⁶⁾.

Křivohlavý uvádí další druhy obranných mechanismů, které neplnohodnotným způsobem zvládají stresové situace. Ze začátku se jeví jako vhodné, ale po nějakém čase se z nich stává překážka ve zvládnání těžkostí ⁽¹⁴⁾.

Racionalizace je právě jedním z neefektivních způsobů zvládnání stresu. Lidé si snaží racionálně zdůvodnit své jednání i přesto, že není moudré. Jako příklad může posloužit výrok kuřáka: „Na něco zemřít musím“ ⁽¹⁴⁾.

Obviňování druhých lidí je také poměrně častým jevem. Lidé se snaží svádět vinu na druhého člověka, ačkoliv sami vědí, že právě oni něco zanedbali. V tomto případě nám může jako příklad posloužit pacientka s karcinomem prsu, která zanedbala prevenci a k lékaři se dostavila až v pokročilém stádiu onemocnění. Ona sama ovšem tvrdí, že za její onemocnění může její praktický lékař, protože měl dovolenou, když k němu s potížemi přišla ⁽²⁶⁾.

Nezřídkou se také můžeme setkat s lidmi, kteří obviňují sami sebe ze vzniku situace, jež nastala, ačkoliv je to absolutně nelogické. K sebeobviňování dochází často u dětí, které dávají vinu samy sobě za rozchod svých rodičů, protože je moc zlobily ⁽¹⁴⁾.

Popírání je stavění se k problému, jako kdyby neexistoval. V případě, že se začne o problému hovořit, lidé se k němu odmítají jakkoli vyjadřovat ⁽¹⁴⁾.

Ztotožnění neboli identifikace může mít jak kladný, tak záporný efekt. Příkladem může být ztotožnění jednoho pacienta s druhým. Oba dva mají stejnou diagnózu, jeden

absolvoval léčbu a cítí se již mnohem lépe. Identifikace sehrává negativní roli tehdy, když se pacient ztotožní s pacientem, který zemřel ⁽¹⁷⁾.

Projekce znamená přenášení vlastních obav a názorů do jednání ostatních. Jedná se o přisuzování našich vlastních chyb ostatním, kdy očekáváme od druhých stejné chování, ke kterému máme sklony my sami ⁽²⁶⁾.

Naopak introjekce je tendence vnímat pocity jiných jako své vlastní. U zdravotnických pracovníků je empatie velmi důležitá, ale nic nesmí překročit hranice. V případě, že budeme bolesti nemocných pociťovat jako své vlastní, budeme tak neustále překračovat určitou hranici únosnosti ⁽¹⁴⁾.

Ve zdravotnictví se můžeme velmi často setkat a vytvářením opačných reakcí. Nemocní lidé těžce snáší své onemocnění, ale navenek se přesto snaží tvářit, že se nic neděje, a že mají vše pod kontrolou ⁽¹⁴⁾.

Typickým příkladem převráceného chování, což je další obranná reakce, je až přehnaně přátelské chování k někomu, koho ve skutečnosti nemáme vůbec rádi ⁽¹⁴⁾.

V boji se stresem se jedná o dvě základní činnosti, a to o odstraňování toho, co nás stresuje a o posilování naší osobnosti, abychom dokázali lépe stresu odolávat. Nejprve se musím rozhodnout, jakým způsobem budeme postupovat, tzn. zvolit správnou strategii (únik, útok aj.). Především bychom se měli snažit stresu předcházet, alespoň tomu nadměrnému, negativnímu. Neměli bychom zapomínat na pravidelný odpočinek, relaxaci a dostatek fyzické aktivity ⁽¹⁴⁾.

1.5 Možnosti psychologické péče pro pracovníky ZZS

Pracovníci zdravotnické záchranné služby jsou opakovaně vystavováni krizovým situacím a chronickým stresorům. Tyto situace mohou u některých jedinců vyústit v psychologickou morbiditu související s jejich zaměstnáním. Dalšími negativními faktory je nepravidelnost pracovního režimu, vysoká zodpovědnost, nutnost rychlého rozhodování a mnohdy také častá přesčasová práce. Pro pracovníky záchranných služeb

jsou charakteristické také jiné druhy kritických událostí, jako je zranění v souvislosti se zaměstnáním, ohrožení vlastního zdraví, úmrtí kolegy, smrt dítěte a také hromadné dopravní nehody. Předpoklad, že profesionálního záchranáře nemůže žádná situace zasáhnout natolik, aby měl potřebu ji probrat, je mylná. Je velmi důležité, aby každý profesionál měl možnost obrátit se na odborníky, a to bez sebemenšího pocitu viny či profesního selhání^(23, 27).

1.5.1 Krizová intervence

Krizová intervence je definována jako specializovaná pomoc pro osoby, které prožívají nadměrně zátěžovou situaci. Cílem krizové intervence je zpřehlednění klientova prožívání a navrácení psychické rovnováhy, která byla narušena kritickou událostí. Tato metoda se uplatňuje nejen tváří v tvář klientovi (komunitě, rodině), ale také prostřednictvím tzv. krizového telefonu, neboli linky důvěry^(24, 28, 2).

Gerald Caplan a Eric Lindemann v 60. letech 20. století na základě svých prací vymezili krizi jako průběh reakcí na stresující situaci, s níž se není jedinec schopen vypořádat běžnými strategiemi. Příčinou krize bývá nejčastěji ztráta blízké osoby, zaměstnání či vážné ohrožení zdraví. Lidé prožívající krizi se vyznačují vysokou úzkostí, případně až depresí. Mají pocit, že se s nastalou situací nedokážou vyrovnat a ve svém okolí nenachází dostatečnou pomoc. Krize nemá vždy jen negativní dopad na člověka, v některých situacích napomáhá jeho růstu a zrání. Úkolem krizového pracovníka je pomáhat klientovi vyrovnat se s náročnou životní situací, pomoci mu posílit jeho vlastní adaptační schopnosti a navrátit jej tak na předkrizovou úroveň nebo také dosáhnout pokrizového růstu⁽²⁴⁾.

Krizová intervence může být poskytována mnoha způsoby. Rozlišujeme prezenční a distanční formu pomoci⁽²⁴⁾.

Prezenční formu zastupuje ambulantní forma pomoci, v rámci níž klient přichází do poradny, ambulance krizového centra, případně psychiatrické ambulance, ordinace klinického psychologa apod. Hospitalizace se využívá v případě, kdy klientův stav

neumožňuje pobyt v domácím prostředí. Jedná se například o týrané osoby či klienty ohrožené suicidálním jednáním. Terénní a mobilní služby se využívají v případech, jestliže je potřeba přenést pomoc přímo na místo, kde se postižená osoba nachází, například na místo neštěstí či katastrofy ⁽²⁴⁾.

Distanční forma pomoci bývá velmi často devalvována, a to především některými pracovníky pomáhajících profesí, kteří se domnívají, že proto, aby byla pomoc účinná, je nutný přímý kontakt s klientem. V některých případech je tato forma pomoci však vhodnější, než osobní setkání intervenanta s klientem. Telefonickou pomoc představují u nás linky důvěry, které nabízí své služby prostřednictvím telefonu. Stále více lidí volí krizové poradenství prostřednictvím internetu. Velkým kladem této služby je především anonymita ⁽²⁴⁾.

1.5.2 Debriefing

Debriefing (z angl. debrief – vyslechnout hlášení) se stal v posledních letech velmi častou vyhledávanou psychologickou metodou v oblasti duševního zdraví. Tato metoda je součástí Critical Incident Stress Management, což je světově uznávaný systém posttraumatické stresové péče, který se využívá právě u záchranářů, pracovníků policie, armády či hasičů. Pracovníci zdravotnických záchranných služeb jsou mnohdy vystavováni zátěžovým situacím, které jsou doprovázeny silnými emočními reakcemi, které ovlivní zdravé fungování organismu, a to i po skončení této situace. Traumatická událost vyvolá psychické i fyzické projevy, které s postupem času odeznívají. Přesto se může někdy stát, že lidé, kteří byli přítomni extrémně stresové situaci, tyto projevy zažívají dále. Patří mezi ně například strach, úzkost, poruchy spánku, psychická labilita a jiné ⁽²⁷⁾.

V současné době se debriefing uplatňuje především v preventivní a posttraumatické péči o záchranáře. Tato psychologická metoda pozitivně ovlivňuje zpracování zátěže a celkové zvládnutí mimořádných událostí. Mezi další klady debriefingu patří posílení

zdravých coping strategií a následné snížení stresu, posílení schopnosti dělit se o nelehké situace, zlepšení týmové spolupráce a sounáležitosti ^(2,27).

Metoda debriefingu se využívá v krátkém časovém odstupu mimořádné události, nejčastěji v rozmezí 48 - 72 hodin. Jedná se o práci se skupinou, která je složena z lidí, jež prošli stejnou traumatizující událostí, či tvoří jeden tým. Tuto skupinu nejčastěji vede psycholog, popřípadě proškolený lékař, kterým pomáhají taktéž vyškolení odborníci, tzv. *peeři*. Během procesu se pracuje se vzpomínkami na nepříjemnou událost, sleduje se, jaké má člověk myšlenky a prožitky při vzpomínkách na událost. Úkolem debriefingu je, aby se účastníci naučili hovořit o svých zážitcích a byli schopni přijímat své vlastní reakce a také reakce okolí. Je důležité, aby každý dokázal mluvit sám za sebe, avšak nebyl do ničeho nucen ⁽²⁷⁾.

Debriefing je metoda je využívána v rámci celého integrovaného záchranného systému. Policie České republiky i hasičský záchranný sbor mají svůj tým posttraumatické stresové péče. V současné době dochází i k proškolení záchranářů zdravotníků. Poskytování psychologické péče pro zaměstnance je velmi potřebné. Jen tehdy, když dokážeme plnohodnotně překonávat náročné situace spojené se zdravotnickou profesí, budeme schopni v plné míře poskytovat potřebnou pomoc druhým ⁽²⁷⁾.

1.5.3 Supervize

„Supervize je podle Evropské školy supervize definována jako činnost, při které prostřednictvím zaměřeného pozorování a cílených otázek uvažujeme nad úrovní péče o klienta a zvyšujeme pracovníkovu schopnost reflexe vlastní práce a sebereflexe“ ^(9 s. 1).

Supervize má tři funkce: vzdělávací, řídicí a podpůrnou. Cílem vzdělávací funkce je rozvoj dovedností a profesionálních kompetencí pracovníků. Oproti tomu řídicí funkce je chápána jako kontrola kvality, zaměřuje se na sledování a hodnocení správnosti provedení jednotlivých činností. A nakonec podpůrná funkce supervize podporuje odborný i osobní růst a rozvoj jedinců, vytváří bezpečné prostředí pro řešení

problémů, učí nás realisticky hodnotit své možnosti a především také podporuje interakci v týmu ⁽⁹⁾.

Supervizi může provádět supervizor, který není zaměstnancem organizace, v tom případě se jedná o externí supervizi. Interní supervize je prováděna samotnými zaměstnanci (supervizory) organizace. Jak externí, tak i interní supervize může probíhat individuální, skupinovou či týmovou formou ⁽³⁾.

Zvláštní formou skupinové supervize je tzv. balintovská skupina. Zakladatelem této metody je lékař – psychoanalytik Michail Balint, který se dlouhodobě zabýval vztahy mezi lékařem a jeho pacienty. V České republice byla tato skupina poprvé uvedena v roce 1980. Balintovská skupina se zaměřuje na vztah mezi pracovníky pomáhajících profesí a klienty. Klasická balintovská skupina se skládá z 10 – 12 lékařů, popřípadě jiných zdravotníků. Každý z přítomných navrhne svůj případ, který popíše jednou až třemi větami. Následně proběhne hlasování a je vybrán případ, který se bude důkladněji probírat. Následuje fáze expozice, při níž člen skupiny, jehož případ byl vybrán, všem přiblíží podrobnosti. Ostatní zúčastnění mohou klást další dotazy k upřesnění. Nejcennější fází je fantazie, kdy má každý ze skupiny právo říct, jak se na vztah lékaře, případně jiného zdravotnického pracovníka a jeho klienta, dívá. Následují praktické náměty na řešení, při nichž každý z přítomných sdělí, co by dělal na místě onoho pracovníka. Reflexe je poslední fází, kdy referující vybírá názory pro něj přijatelné a odmítá ty, které mu jako vhodné nepřišly. Doba trvání balintovské skupiny je 90 minut ⁽⁷⁾.

Velký význam má supervize s nezávislým externím odborníkem, který nám pomáhá vidět problémy jinýma očima. Doporučuje se udržovat pravidelnou frekvenci supervizí a to například jedenkrát měsíčně ⁽³⁾.

1.6 Syndrom vyhoření („burn-out“)

V průběhu šedesátých let minulého století došlo vlivem techniky k velkému rozvoji medicíny. Téměř žádný úkol se nejevil jako nesplnitelný, došlo tak k posunu hranice

mezi životem a smrtí. Lidé začali vkládat velké naděje do moderních postupů a o to víc byli poté zaskočeni, když nedošlo ke splnění cílů. Vlivem těchto skutečností docházelo k frustraci nejen pacientů a jejich blízních, ale také lékařů a dalších zdravotnických pracovníků. Pečující personál začal být vystavován mnohem vyšší úrovni stresu ⁽⁸⁾.

Syndrom vyhoření se objevuje v profesích, které se vyznačují vysokou pracovní náročností, velmi častým a intenzivním kontaktem s lidmi a nezřídka také nedostačujícím ohodnocením pracovníků. Výše uvedenými charakteristikami se vyznačuje právě zdravotnická profese. Míra zatížení, jak fyzického tak i psychického, je u zdravotnických pracovníků velká. Tato profese spočívá v intenzivní pomoci druhým lidem, a proto může dojít poměrně snadno k vyčerpání. Mnohdy je velmi těžké odhadnout hranice svých možností a velmi rychle tak dochází k zahlcení úkoly, které jsme si na sebe dobrovolně vzali, což se pochopitelně projevuje na zdravotním stavu jedince ^(11, 1).

Vyhoření je syndrom, projevuje se tedy celou řadou projevů, jak v oblasti tělesné, emocionální, tak i sociální. U každého jedince jsou projevy vyhoření individuální. K projevům tělesného vyčerpání patří především chronická únava, svalová bolest, výrazný úbytek energie a mohou se také objevovat poruchy spánku. Mezi emocionální příznaky řadíme citovou vyprahlost, ztrátu citlivosti, trpělivosti, empatie. Objevuje se podrážděnost, nepřátelskost, pesimismus, negativismus, cynismus a ztráta radosti z práce a nakonec i ze života. V oblasti sociální dochází k omezování sociálních kontaktů, kdy se jedinec snaží vyhýbat kontaktu s pacienty, izolovat se od spolupracovníků. Člověk je lhostejný, apatický, nejeví zájem o věci kolem sebe. Dochází k nárůstu podrážděnosti a konfliktů ^(1, 17, 30).

Syndrom vyhoření je vnímán jako dlouhodobý proces, nikoliv jako stav. Literatura nejčastěji uvádí čtyřfázový model dle Maslachové. Postižený nemusí jednotlivými fázemi procházet postupně, může dojít k přeskočení některé z nich ^(17, 22).

První fáze je nazývána jako „fáze nadšení“, kdy má jedinec své představy, mnohdy nerealistická očekávání, velké množství energie a nápadů. Jedinec zpočátku pracuje

s nadprůměrným nasazením, práce ho uspokojuje a mnohdy se stává nejdůležitější aktivitou jeho života. V této fázi jsou lidé ochotni věnovat téměř veškerý čas své práci, rodina i koníčky jsou odsunuty na vedlejší kolej. Ve druhé fázi („fáze vystřízlivění, stagnace“) dochází k úbytku nadšení, pocitu nevděku, neúspěchu a bezmoci. Postižený zjišťuje, že v mnoha případech musí slevit ze svých očekávání. Práce se stává všední záležitostí a nestojí již dále v centru jeho zájmu. Následuje třetí fáze neboli „fáze frustrace“, která je charakteristická pochybováním o smyslu svého snažení, výsledku a významu své práce. Objevuje se zklamání, tělesné i psychické obtíže. Ve čtvrté fázi „fáze apatie“ postižený dělá jen to, co je nezbytně nutné. Vyhýbá se kontaktu jak se svými spolupracovníky, tak s pacienty. Prvotní nadšení se zcela vytratilo. Objevují se pocity zoufalství a rezignace^(11, 17, 22).

Překonání syndromu vyhoření samozřejmě není jednoduchá záležitost. V první řadě by si měl člověk, který se dostane do této situace, uvědomit, že se jedná o stav vážný, který je třeba řešit. Velmi důležitým faktorem v boji se syndromem vyhoření je bezesporu podpora rodiny a také zaměstnavatele a kolegů. Je důležité, aby si každý jedinec uvědomil smysluplnost vlastního života a práce, kterou vykonává. Práce by pro nás neměla být to jediné, co má být náplní našeho života. Lidé postižení syndromem vyhoření by se neměli obávat vyhledat odbornou pomoc, ať už formou psychologického poradenství či psychoterapie⁽⁶⁾.

1.7 Posttraumatické poruchy

Posttraumatické poruchy jsou reakce na jednorázovou traumatizující událost nebo na stresovou situaci, která trvala delší dobu. Charakterizovány jsou především opakovaným znovuprožíváním traumatu, pocitem bezmoci, velmi intenzivním pocitem strachu a hrůzy. Posttraumatickými poruchami trpí statisíce lidí na celém světě, kteří přežili nejrůznější živelné pohromy, teroristické útoky, války, znásilnění apod. Tito lidé mají tendence vyhýbat se podnětům, spojeným s událostí, která je traumatizovala^(10, 26).

Traumatické situace se vyznačují nečekaností, náhlostí a především pocitem silného ohrožení. Může se jednat o jednorázovou traumatizující událost nebo o událost dlouhodobějšího charakteru. Rozlišujeme dva typy posttraumatických stresových poruch, a to akutní reakci na stres (ARS) a posttraumatickou stresovou poruchu (PTSP). Tyto dva typy poruch se od sebe liší dle délky přetrvávání potíží, které vyvolala stresující událost ⁽²⁶⁾.

Vnější vlivy jsou hlavní příčinou vzniku posttraumatické poruchy. Jedná se o extrémní situace, na které není člověk schopen adekvátně reagovat z důvodu chybění obranných mechanismů. Záleží na jedinci, do jaké míry je schopen se s danou událostí vyrovnat. Důležitou roli zde hrají také biologické, psychické a sociální faktory ⁽²⁶⁾.

Akutní reakce na stres (ARS) je definována jako přechodné narušení tělesných i psychických funkcí. Závažnost této poruchy závisí na tom, do jaké míry byl člověk ohrožen událostí, na odolnosti daného jedince a především na poskytnutí sociální podpory. Vlivem traumatizující události dochází ke zkolabování adaptačních mechanismů a neschopnosti postiženého jedince orientovat se v nastalé situaci. Pro akutní reakci na stres jsou typické emoční příznaky, poruchy kognitivních funkcí a změny v chování. Mezi emoční příznaky patří dočasná neschopnost jakkoliv emocionálně reagovat, což se projevuje otupělostí, neúčastí. V některých případech může naopak docházet k bouřlivým afektivním reakcím, které bývají doprovázeny např. pocením, zrychlením srdeční činnosti a třesem. Postižení jedinci pociťují úzkost, mají zesílené úlekové reakce i na naprosto banální podněty. Dále se také může objevovat deprese a vztek jako aktivizace obranných reakcí. V oblasti kognitivních funkcí dochází k narušení aktuálního vnímání a prožívání. U postižených jedinců většinou dochází k zúžení vědomí a strnutí. Objevují se projevy derealizace a depersonalizace. Často dochází také ke snaze vytěsnit traumatizující zážitek, což se projevuje amnézií. Traumatický zážitek se pak objevuje v podobě neovladatelných vtíravých vzpomínek a myšlenek. To, jakým způsobem bude člověk reagovat na stresující událost, závisí na interpretaci dané situace a na tom, jaký způsobem ji byl člověk schopen zpracovat. Výše uvedené příznaky vznikají ihned po události a

odeznívají během několika hodin nebo dnů. Člověk postižen akutní reakcí na stres si nemusí tyto příznaky pamatovat ^(2, 26).

„Posttraumatická stresová porucha (PTSP) je prodlouženou nebo oddálenou reakcí, resp. projevem nedostatečného zpracování závažné traumatické zkušenosti, která se projevuje přetrváváním psychických i somatických potíží“ ^(26 s. 431).

Chronická úzkost, vnitřní napětí i zvýšená přecitlivělost a podrážděnost jsou zcela typické příznaky pro posttraumatickou stresovou poruchu. Lidé postižení touto poruchou trpí nepřiměřenými úlekovými reakcemi. Tyto reakce mohou být vyvolány podněty, které se podobají stresové události, ale také podněty, které s traumatizující událostí nemají nic společného. Nezřídka se u osob postižených touto poruchou vyskytují deprese a někdy také suicidální tendence. Posttraumatická stresová porucha je charakteristická znovuprožíváním traumatizující události (noční můry, flashbacky přes den), vyhýbáním se čemukoli, co s událostí souvisí nebo co ji připomíná, zvýšenou dráždivostí (hněv, lekavost apod.). Mezi somatické příznaky patří poruchy spánku, únava až vyčerpání, pocity nevolnosti, třes, tachykardie, hyperventilace a další. Tito lidé mají často tendence k závislosti na alkoholu a jiných drogách ^(2, 10, 26).

Diagnostika posttraumatické stresové poruchy vyžaduje zkušeného lékaře. Je důležité si uvědomit, že v případě posttraumatické stresové poruchy, se příznaky neobjeví ihned po prožití události. V žádném případě není vhodné bagatelizovat stav jedince. Léčba posttraumatické poruchy spočívá v psychoterapii v kombinaci s farmakologickou léčbou. Při medikamentózní léčbě se využívají antidepresiva a anxiolytika. Psychoterapie je nejdůležitějším článkem léčby. Oproti farmakologické léčbě je její efekt trvalejší. Cílem psychoterapie je naučit postiženého vnímat traumatickou událost jako součást své minulosti. Využívá se individuální, skupinová a také kognitivně-behaviorální terapie ^(2, 10, 20, 26).

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

1. Zjistit způsoby vyrovnávání se pracovníků ZZS s krizovými situacemi jako je právě umírání a smrt pacienta.
2. Zjistit úroveň přípravy budoucích zdravotnických pracovníků na tyto krizové situace.
3. Zjistit, do jaké míry jsou pracovníci ZZS ovlivněni výkonem jejich povolání.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1

Jak často se pracovníci ZZS setkávají se smrtí v souvislosti s výkonem své profese?

Výzkumná otázka 2

Jakým způsobem se mění postoj pracovníků ZZS k umírání po setkání se smrtí?

Výzkumná otázka 3

Jaké pocity vnímají pracovníci ZZS při setkání se smrtí?

Výzkumná otázka 4

Jakým způsobem se pracovníci ZZS vyrovnávají se smrtí pacientů/klientů?

3 METODIKA

3.1 Metodika práce

Pro naši bakalářskou práci jsme si zvolili kvalitativní výzkum formou polostrukturovaných rozhovorů. U všech rozhovorů byla zachována anonymita. Z identifikačních údajů jsou uvedeny pouze věk respondentů, délka praxe, úvazek a pozice, na které dotazovaní u zdravotnické záchranné služby pracují. Dále se rozhovor skládal z 16 otázek, které se týkaly subjektivního vnímání umírání a smrti, míry vlivu povolání na soukromý život, a také zhodnocení stupně ohrožení syndromem vyhoření a posttraumatickou stresovou poruchou.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Skupina respondentů je tvořena 8 pracovníky zdravotnických záchranných služeb. Dotázaní zastupují Jihočeský, Jihomoravský a Středočeský kraj. V jednom případě se jedná o pracovníka ze zdravotnické záchranné služby v zahraničí (Vídeň, Rakousko). Výzkumný soubor je sestaven z lékařů, zdravotnických záchranářů, všeobecných sester a řidičů. Délka praxe respondentů se pohybuje od 1 roku do 10 let, zastoupeno je jak mužské, tak ženské pohlaví. Všichni dotazovaní s provedením výzkumu souhlasili. Rozhovory jsou přepsány v kapitole 4 Výsledky výzkumu, podkapitole 4.1 Přepis rozhovorů. Získané výsledky jsou dále zpracovány v kapitole 4.2 Tabulky výsledků rozhovorů.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

4.1 Přepis rozhovorů

4.1.1 Zdravotnický záchranář č. 1

Žena, 26 let, zaměstnancem ZZS je 1 rok (plný úvazek).

- *Setkal/a jste se v souvislosti s výkonem svého povolání se smrtí, která na Vás nechala stopu?*

Ano, u dopravních nehod v rámci resuscitací.

- *Vzpomenete si, jaké pocity jste v ten moment cítil/a?*

Záleží na situaci, která úmrtí předcházela. Na příbuzných nebo lidech, kteří jsou v bezprostřední blízkosti a zasahují do situace. Svého prvního nebožtíka jsem potkala při smrtelné dopravní nehodě, kdy osobní auto vlétlo pod nákladňák a srazilo se při tom s osobním autem, kde byli ještě dvě malé děti v autosedačkách, které se rozlomily. Dětem ani rodičům se nic nestalo. Řidič pod nákladňákem byl na místě mrtvý. Měl zlomený vaz a celý byl tak nějak zapasovaný ve svém autě. Jinak, co se týká smrti, záleží i hodně na věku. S dítětem jsem se naštěstí nikdy nesetkala, a ani setkat nechci. Většinou se to v mé situaci týkalo starých lidí, nebo lidí ve středním věku. Vždycky se snažím soustředit se pouze na práci a neuvědomovat si pocity, jinak bych nebyla schopna nic udělat.

- *Pocit'ujete rozdíly mezi vnímáním umírání a smrti na začátku výkonu Vaší profese a v současnosti? Jestliže ano, tak jaké?*

U ZZS pracuji krátkou dobu na to, abych mohla srovnávat. Přeci jen k úmrtí se nedostane záchranář v posádce RZP každý den, někdy se k tomu nemusí dostat ani za celý měsíc.

- ***Vnímáte odlišně smrt dítěte/mladého člověka a starší osoby? Pokud ano, tak proč?***

Samozřejmě je v tom velký rozdíl. Smrt patří ke starým lidem, ne k malým dětem a ne k lidem středního věku, kteří mají například rodinu – děti, manželku. U starších lidí se s úmrtím již dá počítat, kolikrát nikoho ani nemají, kdo by se o ně staral, bývají těžce nemocní. Kolikrát to bývá pro ně i vysvobození. Člověk, a hlavně záchranář, to musí brát tak, že smrt k životu patří. Ale se smrtí malého dítěte se i tak smířit nelze.

- ***Jak často se setkáváte v souvislosti se svou profesí s umíráním a se smrtí?***

Zhruba tak jednou do měsíce. Někdy skoro vůbec. Máme u nás systém RV (Rendez - Vous). Na ohledání či případy, které vypadají, že nedopadnou, vyjíždí pouze malé auto, které si pak případně dovolává velké auto na odvoz.

- ***Do jaké míry je pro Vás setkávání se s umíráním a se smrtí stresující?***

Musí se vypouštět z hlavy, jinak by brzy nastal syndrom vyhoření. Vždy sice záleží na okolnostech, ale co nejdřív musíte začít myslet na něco jiného, pozitivnějšího, nejlépe ještě před tím, než půjdete domů za rodinou, jinak byste tuto práci, podle mě, moc dlouho dělat nemohli. Ale stresující to je dost. Naštěstí nikdy nejste v této situaci sám a v rámci ZZS si o tom můžete s kolegy popovídat a probrat, co bylo či nebylo dobře, zda šlo nebo nešlo udělat víc, to hodně pomáhá.

- ***Co cítíte, když zachraňujete člověka, kterému již s největší pravděpodobností nemůžete pomoci?***

Mám pocit, že to přeci musí jít, že nemůže jen tak umřít - ale může.

- ***Dokázal/a byste popsat pocity, které vnímáte při oznamování úmrtí rodině pacienta?***

Úmrtí naštěstí oznamujeme v rámci ZZS málo kdy, je to v kompetencích PČR, ale když už musíme, dělá to lékař, ale vždy je to nepříjemné.

- ***Vaše profese je velmi fyzicky i psychicky náročná, jakým způsobem se vyrovnáváte s těmito nelehkými situacemi?***

Psychická zátěž je daleko horší než fyzická. Pokud potřebujeme pomoci manuálně, přivoláváme si policii nebo hasiče, popřípadě nám hodně vypomáhají rodinní příslušníci. V psychice si pomáháme sami mezi sebou, ale i to je dobré. Jak jsem zmínila, je vždy dobré si celý výjezd probrat s lidmi, kteří tam byli s vámi a popřípadě s lékařem, co by dělal na vašem místě, když na daném výjezdu nebyl. Hodně také pomáhá sport, alespoň mně.

- ***Myslíte si, že jsou pracovníci ZZS dostatečně připravení čelit těmto stresovým situacím?***

Záleží asi na škole, kde se vzdělávají, a hlavně na jejich vlastním přístupu k práci. Ale vzhledem k tomu, že každý výjezd je jiný a vždy se může přihodit něco, s čím jste se ještě nikdy nesetkali, připravení na sto procent nemůžete být nikdy.

- ***Do jaké míry se cítíte být ohrožen/a syndromem vyhoření, posttraumatickou stresovou poruchou?***

Vzhledem k délce zaměstnání se nebojím, že by mě něco takového mohlo potkat, i když občas jsem si říkala, že už toho mám plné zuby, ale pak přijdou dny, kdy bych neměnila za nic na světě.

- ***Máte možnosti psychologické pomoci v souvislosti s vaším povoláním?***

Ano, v rámci ZZS Středočeského kraje působí psycholog, se kterým se můžeme kdykoliv spojit.

- ***Myslíte si, že je tato pomoc pro pracovníky ZZS potřebná, přínosná?***

Určitě. Ne každý si chce o svém „průšvih“ povídat s kolegy v práci.

- ***Jste ochoten/na tuto pomoc v případě potřeby vyhledat?***
Pokud bych danou situaci dlouhodobě nezvládala, pak určitě. Jenom nevím, zda bych vyhledala zrovna našeho psychologa, protože je na druhé straně kraje, ale psychologa asi ano.
- ***Jak Vás Vaše profese ovlivnila/ovlivňuje v osobním životě?***
Čekám miminko s partnerem, který také pracuje na ZZS, takže dost. Jinak si myslím, že mě jen tak něco nepřekvapí, spousty věcí jsem přestala řešit, uklidnila jsem se.
- ***Přemýšlel/a jste někdy nad ukončením své profese?***
Ne. I mateřská mě malinko mrzí.
- ***Jste věřící (ve smyslu náboženství)?***
Nejsem, ale občas Pána Boha prosím o radu či pomoc.

4.1.2 Zdravotnický záchranář č. 2

Muž, 29 let, zaměstnancem ZZS je 4 roky (plný úvazek).

- ***Setkal/a jste se v souvislosti s výkonem svého povolání se smrtí, která na Vás nechala stopu?***
Určitě jsem se setkal. Asi to byly dva případy, které mám v hlavě a nezapomenu je. V jednom případě to byla smrt muže středního věku, kdy se jednalo o devastující poranění obličeje, to bylo opravdu nepříjemné a velmi stresující. Druhý případ byla vražda ženy.
- ***Vzpomenete si, jaké pocity jste v ten moment cítil/a?***
Soustředíte se absolutně jen na toho člověka. Pokud se bojuje o jeho život, tak jsem vždycky jak v tunelu. Vnímám jen toho člověka a nic kolem.

- ***Pocítujete rozdíly mezi vnímáním umírání a smrti na začátku výkonu Vaší profese a v současnosti? Jestliže ano, tak jaké?***

Když poprvé vidíte smrt, tak samozřejmě, že to vnímáte daleko intenzivněji. Když vezmu resuscitaci, tak se mě to už nedotýká tolik, jako na začátku. Dříve jsem byl víc rozrušený, ale to taky záleží na situaci.

- ***Vnímáte odlišně smrt dítěte/mladého člověka a starší osoby? Pokud ano, tak proč?***

Rozhodně je u mě ten rozdíl značný. Smrt dítěte jsem nezažil, ale rozhodně mě to víc zasáhne, když vím, že to je mladý člověk, než když to je starší člověk, který byl ještě nemocný. Když resuscitujeme tyto staré lidi, tak s tím moc nesouhlasím. Ten člověk zkrátka došel na konec své cesty a nepříjde mi moc úctyhodné, když tam po nich „skáčeme“. Aspoň já to tak vnímám.

- ***Jak často se setkáváte v souvislosti se svou profesí s umíráním a se smrtí?***

Tak na tuto otázku nelze jednoznačně odpovědět. V poslední době to bylo zhruba dvakrát za měsíc.

- ***Do jaké míry je pro Vás setkávání se s umíráním a se smrtí stresující?***

Až tak moc mě to nestresuje. Když to vezmu na resuscitaci, tak většinou přijedeme a ti lidé jsou v bezvědomí. Asi horší by to bylo, kdyby ti lidé normálně komunikovali a začali se náhle zhoršovat a pak upadli do bezvědomí a zemřeli. Tuto situaci jsem ale ještě nezažil.

- ***Co cítíte, když zachraňujete člověka, kterému již s největší pravděpodobností nemůžete pomoci?***

Určitě bezmoc. Pokud by to byl nějaký úraz, tak rozhodně to je bezmoc. Když vidíte, že to nikam nevede, že poranění jsou tak rozsáhlá, že ten člověk stejně zemře, tak určitě cítím smutek a není mi moc dobře. Rozhodně se mě to velmi dotýká.

- ***Dokázal/a byste popsat pocity, které vnímáte při oznamování úmrtí rodinně pacienta?***

Je to jedna z nepříjemných věcí, je to strašně citlivé. Velmi mě to bolí při pohledu na tu rodinu, nedělá mi to dobře. Člověk se snaží být lidský a přijít za těmi lidmi a alespoň jim popřát upřímnou soustrast, případně obejmout, podle toho, jak to vycítím. Je to hodně nepříjemná věc.

- ***Vaše profese je velmi fyzicky i psychicky náročná, jakým způsobem se vyrovnáváte s těmito nelehkými situacemi?***

Tak mám svoje aktivity, hodně sportuji, rád chodím na procházky. Cvičím jógu a Tai-Chi. Práci si domů netahám. Myslím si, že dokážu oddělit pracovní a soukromý život.

- ***Myslíte si, že jsou pracovníci ZZS dostatečně připravení čelit těmto stresovým situacím?***

Tak většinou kdo dělá toto povolání, tak se pro to asi narodí. Musí vykazovat nějakou psychickou odolnost a myslím, že ti lidé to mají. Asi to není práce pro každého. Člověk se s tím asi narodí, že to má v sobě a zvládá to. Samozřejmě, že jsme hozeni do vody. Nevíme, co nás čeká, nejde se na to připravit, to se musí zažít. Nikdo se s vámi nemaže, vy se s tím musíte umět poprat.

- ***Do jaké míry se cítíte být ohrožen/a syndromem vyhoření, posttraumatickou stresovou poruchou?***

Myslím si, že ta hrozba tady je vždy, když člověk pracuje s lidmi. Budu končit čtvrtý rok a před půl rokem jsem měl docela velkou krizi, kdy mě práce netěšila. Netěšil jsem se na ty lidi, hodně mě to unavovalo. Byl jsem z toho docela v šoku. Ale nějak jsem to zvládl s pomocí přátel a rodiny překonat. Teď už je to zase dobrý.

○ ***Máte možnosti psychologické pomoci v souvislosti s vaším povoláním?***

Já jsem jezdil právě na školení peerů, takže ty kontakty mám a věděl bych, na koho se obrátit. Zatím jsem to řešil tak, že když se něco dělo, tak jsem to zvládl sám. Když to je problém horšího rázu, tak se to řekne v kolektivu v práci, celá situace se probere, jak to kdo viděl, vnímal a to si myslím, že je dobrá věc. Přímo psycholog u nás v práci není. Tu psychologickou pomoc dělám já (peer), ale zatím to nikdo nevyužil.

○ ***Myslíte si, že je tato pomoc pro pracovníky ZZS potřebná, přínosná?***

Já si myslím, že ano. Ve světě je to už dávno nastartováno. Tady se na to hledí tak, že záchranář zachraňuje a sám nepotřebuje pomoc, ale to je velká mýlka. Právě že potřebuje a lidi tady na to nejsou naučení se někomu svěřit. A já si myslím, že se to bude těmi roky kupit a pak se to lidem bude vracet. Určitě si myslím, že ten psycholog by měl být po ruce přesně tak, jak to mají hasiči.

○ ***Jste ochoten/na tuto pomoc v případě potřeby vyhledat?***

Kdyby mi to přerostlo přes hlavu a neuměl bych to vyřešit sám, tak určitě ano.

○ ***Jak Vás Vaše profese ovlivnila/ovlivňuje v osobním životě?***

Všichni jsme určitě do jisté míry tímto povoláním nemocní. Když někam jedu, mám lékárničku, myslím na to už dopředu, co by se mohlo stát. Bojím se o své přátele. Často předvídám, co by se mohlo stát.

○ ***Přemýšlel/a jste někdy nad ukončením své profese?***

Přemýšlel asi před tím půl rokem, kdy jsem měl tu krizi. Teď po čtyřech letech přemýšlím o přerušení tohoto povolání a chtěl bych vycestovat někam do zahraničí. Myslím si, že je vhodné po nějakém cyklu práci obměnit.

○ ***Jste věřící (ve smyslu náboženství)?***

Nehlásím se k žádnému náboženství, ale věřím podle sebe.

4.1.3 Všeobecná sestra č. 1

Žena, 24 let, zaměstnancem ZZS je 1 rok (plný úvazek)

- ***Setkal/a jste se v souvislosti s výkonem svého povolání se smrtí, která na Vás nechala stopu?***

Ano, asi každá zanechá. Ale nejvíce mě poznamená smrt dětí, anebo třeba naprosto nečekaná smrt zdravých lidí (př. autonehody, sražení chodci nebo mladí dospělí, kteří z ničeho nic zkolabují a následně zemřou z důvodu skrytých vad).

- ***Vzpomenete si, jaké pocity jste v ten moment cítil/a?***

Hlavně překvapení, že smrt může být tak rychlá – v jednu chvíli s vámi váš pacient mluví a za pět minut má zástavu a vy ho resuscitujete. Taky cítím nejistotu (co dělat, jak se chovat – ne profesně, ale lidsky) a zároveň jistotu, že se to stane všem i mně, uvědomění si vlastní smrtelnosti.

- ***Pocitujete rozdíly mezi vnímáním umírání a smrti na začátku výkonu Vaší profese a v současnosti? Jestliže ano, tak jaké?***

Nemám pocit, že by se můj náhled na smrt změnil od prvního do (zatím) posledního pacienta, který mi při práci zemřel.

- ***Vnímáte odlišně smrt dítěte/mladého člověka a starší osoby? Pokud ano, tak proč?***

Ano, rozdíl tady samozřejmě vnímám - u starších lidí (a zejména ještě pokud jsou nemocní) se smrt tak nějak „očekává“, všichni vědí, že staří lidé mají ke smrti blíž, že síly organismu se postupně vytrácí. U dětí je to přesně naopak, děti mají na síle nabývat, učit se, poznávat, a pokud v této fázi dojde k úmrtí, je to nečekané, rána, protože smrt dětí je vždy předčasná.

- ***Jak často se setkáváte v souvislosti se svou profesí s umíráním a se smrtí?***
To je strašně nárazové. Někdy se setkám s několika úmrtími za měsíc a někdy za čtvrt roku ani jednou. To se nedá paušalizovat. Minulý měsíc, pokud si dobře vzpomínám, se jednalo o jedno úmrtí.
- ***Do jaké míry je pro Vás setkávání se s umíráním a se smrtí stresující?***
No, vědomě nemám pocit, že by mě to příliš stresovalo, ale pravdou je, že záleží na okolnostech – jestli umírá mladý nebo starý člověk, jestli umírá klidně, nebo má bolesti, jestli je to smrt očekávaná, nebo nikoliv. Ale obecně myslím můžu říct, že necítím stres. To bych potom tuto práci asi nemohla dlouho dělat.
- ***Co cítíte, když zachraňujete člověka, kterému již s největší pravděpodobností nemůžete pomoci?***
Asi hlavně bezmoc. Dnešní medicína je na skvělé úrovni, ale pořád se nám nedaří zachránit všechny pacienty, protože někdy to prostě opravdu nejde. Taky cítím nejistotu, protože mě pak napadají myšlenky, jestli se třeba ještě opravdu nedalo něco udělat, jestli jsme udělali opravdu vše, co jsme mohli. Lidský organismus je natolik nevyzpytatelný, že mám někdy pocit, že kdybychom udělali třeba o jeden úkon navíc, že třeba by to byl právě on, který by toho pacienta nakonec zachránil. Ale to nikdy nevíme, možná by byl, možná ne. Takže asi hlavní pocit je nejistota.
- ***Dokázal/a byste popsat pocity, které vnímáte při oznamování úmrtí rodině pacienta?***
To je jeden z důvodů, pro které si někdy říkám, že jsem ráda, že nejsem lékař. Musí to být neuvěřitelně stresující situace a já sama bych nejhůře snášela situace, kdy bych se stala terčem obvinění ze smrti jejich blízkého. Je to běžná reakce, že po oznámení tak závažné skutečnosti si příbuzní hledají viníky a záminky koho obvinít a většinou si v té „akutní“ době nenechají racionálně vysvětlit situaci a nechtějí slyšet naše vysvětlení a za viníky jsme označeni my.

Toto obviňování by mě nejvíce stresovalo a vyčerpávalo. Naštěstí nejsem lékař, a tedy nemám v kompetenci úmrtí oznamovat. Když ale u takového situace jsem přítomna třeba jako svědek, cítím především jakousi bezradnost, nevím, jak volit slova, co v té chvíli nejvíce pomůže a jak můžu vhodně zasáhnout a rodině pomoci toto oznámení vstřebat. Je to velmi stresující situace a naprosto chápu, proč většina sester a lékařů z této situace rychle „utíká“.

- ***Vaše profese je velmi fyzicky i psychicky náročná, jakým způsobem se vyrovnáváte s těmito nelehkými situacemi?***

Asi nejvíce mi pomůže o těchto situacích mluvit, diskutovat, probírat možnosti a třeba slyšet ujištění, že jsme udělali vše správně. Nejlépe s lidmi, kteří danou situaci zažili se mnou, nebo se alespoň pohybují v prostředí zdravotnictví. Také mi třeba pomáhá, když si lékař zpětně zjišťuje diagnózu a vím, jestli naše úvaha v terénu byla správná.

- ***Myslíte si, že jsou pracovníci ZZS dostatečně připraveni čelit těmto stresovým situacím?***

Nejsou žádným způsobem připraveni na zvládnání zátěže, hodina psychologie týdně na zdravotní škole, kde se nejvíce probírá především teorie a nikoliv zvládnání zátěžových situací, je naprosto k ničemu. Každý si svoje obranné mechanismy musí vytvořit sám a ne vždycky si vytvoří správné, a rozhodně by si všichni zdravotníci zasloužili mít možnost pravidelných konzultací s psychologem.

- ***Do jaké míry se cítíte být ohrožen/a syndromem vyhoření, posttraumatickou stresovou poruchou?***

Zatím se ohrožena necítím, myslím, že si dokážu udržovat zdravý odstup od situací, které zažívám. Navíc na záchranné službě se přece jen tak často jako třeba na interních odděleních, v hospicích a LDN nesetkáváme.

- ***Máte možnosti psychologické pomoci v souvislosti s vaším povoláním?***
Samozřejmě že mám, ovšem pouze „svépomocí“. Pro zaměstnavatele není tato oblast prioritou a musím říct, že se o ni nijak nezajímá. Takže pokud chci psychologickou pomoc, supervizi, nebo jiný způsob k vyrovnávání se se svou prací, musím si ji najít sama a samozřejmě většinou taky zaplatit. Ideální volbou by byl nasmlouvaný psycholog, který by na nějaký částečný úvazek poskytoval psychologickou pomoc právě zaměstnancům ZZS.
- ***Myslíte si, že je tato pomoc pro pracovníky ZZS potřebná, přínosná?***
Byla by přínosná. Kdyby existovala.
- ***Jste ochoten/na tuto pomoc v případě potřeby vyhledat?***
Jednoznačně ano. Nemusí to být často, stačí pravidelně třeba jednou za měsíc nebo čtvrt roku. A samozřejmě bychom měli mít možnost pomoc vyhledat kdykoliv po nějaké vysoce zátěžové situaci.
- ***Jak Vás Vaše profese ovlivnila/ovlivňuje v osobním životě?***
Vlastní rodinu zatím nemám, takže zatím mě příliš neovlivňuje. Čas zabírá stejně, jako kterékoli jiné povolání.
- ***Přemýšlel/a jste někdy nad ukončením své profese?***
Ano, ale ne nijak příliš vážně a ne kvůli psychické nebo fyzické zátěži, ale pouze kvůli nedostatečnému finančnímu ohodnocení.
- ***Jste věřící (ve smyslu náboženství)?***
Nejsem věřící.

4.1.4 Všeobecná sestra č. 2

Muž, 35 let, zaměstnancem ZZS je 8 let (plný úvazek)

- ***Setkal/a jste se v souvislosti s výkonem svého povolání se smrtí, která na Vás nechala stopu?***

Lehce zformulovaná otázka, těžká odpověď. Určitě, jsou to úmrtí malých dětí. Nebo také úmrtí způsobená z nedbalosti vlastního okolí, to je potom velmi smutné.

○ ***Vzpomenete si, jaké pocity jste v ten moment cítil/a?***

Vesměs spousta úmrtí, myslím tím tragická úmrtí, jsou způsobena vždycky nějakou hloupostí. Člověk si tak uvědomí, že to je otázka vlastního respektu, člověk si to bere za své. Jestli mluvíte o stesku a o tom, jestli to člověk takhle vnímá. Ano, je to beznaděj, ale snažím si to nepřipouštět, jinak bych se zbláznil.

○ ***Pocít'ujete rozdíly mezi vnímáním umírání a smrti na začátku výkonu Vaší profese a v současnosti? Jestliže ano, tak jaké?***

Člověk víc otupí. Nebo možná si to spíš nepřipouští. Ze začátku to bylo něco nového, nová zkušenost. Já to beru tak, že takový je život. Lidé se rodí a taky umírají. Někdo dřív, někdo později. Tak to zkrátka je. Smrt je součástí života.

○ ***Vnímáte odlišně smrt dítěte/mladého člověka a starší osoby? Pokud ano, tak proč?***

To asi ano. U starších lidí to člověk očekává. Obzvláště, pokud jsou nemocní. Okolí má šanci se s touto situací vyrovnat, rozloučit se s tím člověkem. Ale pokud to je náhlá smrt u mladého člověka, u dítěte, tak je to situace velmi obtížná, zanechává to stopu na okolí daleko větší. Je těžké vyrovnat se s úmrtím a se stresem ostatních kolem. Je to vždycky velmi nepříjemná situace, jak profesně, tak lidsky.

○ ***Jak často se setkáváte v souvislosti se svou profesí s umíráním a se smrtí?***

V rámci posádky RZP nejsou tyto typy výjezdů tak časté. Dejme tomu zhruba dvakrát do měsíce. Ale někdy samozřejmě i častěji.

○ ***Do jaké míry je pro Vás setkávání se s umíráním a se smrtí stresující?***

Od doby, co dělám na ZZS, tak tyto situace nevnímám jako stresující.

- ***Co cítíte, když zachraňujete člověka, kterému již s největší pravděpodobností nemůžete pomoci?***

Někdy je to beznaděj, je to těžké říci. Je to směsice pocitů. Někdy si myslím, že umělé prodlužování života je na překážku. Myslím si, že umělé prodlužování života, který stejně vede k nezvratnému konci, je na překážku. Je to velmi těžká otázka, na kterou není snadné odpovědět. Občas mě napadá, jestli má smysl zachraňovat člověka, který stejně za dva tři dny v nemocnici zemře.

- ***Dokázal/a byste popsat pocity, které vnímáte při oznamování úmrtí rodině pacienta?***

Soucit, lítost. Samozřejmě je úmrtí a úmrtí a reakce lidí a reakce lidí. Za ta léta už poznám, jestli jsou to reakce hrané. Mnohokrát rodina o dotyčného vůbec nejeví zájem, a když jim zemře, tak pak jej teatrálně oplakávají, což je faleš. Ale pokud to je opravdové, tak mi to je opravdu velmi líto. Obzvláště pokud to je smrt zbytečná, z nedbalosti a podobně. Ale to si myslím, že je zcela přirozené.

- ***Vaše profese je velmi fyzicky i psychicky náročná, jakým způsobem se vyrovnáváte s těmito nelehkými situacemi?***

Já říkám, práce jako každá jiná. Člověk si to prostě nechce připustit. Dělal jsem i jinou práci, ocelové konstrukce. Pracoval jsem jako projektant. Třeba si řeknete, že to jen malujete, malujete, ale ta zodpovědnost, když nám spadl barák chybou technologického postupu, ta je taky velká. Tímto nechci práci u ZZS nějak snižovat. Zodpovědnost nad lidským životem je samozřejmě daleko větší, než nad nějakým materiálem. Ale člověk to tak asi nesmí brát, jinak by se musel zbláznit. Člověk by měl být natolik soudný, aby věděl, že když už to nejde dál, tak musí odejít. Mně pomáhá velmi rodina, relaxace, koníčky. Člověk by měl být psychicky zralý, aby byl schopen tuto zátěž odfiltrvat, jinak tuhle práci nemůže dělat.

- ***Myslíte si, že jsou pracovníci ZZS dostatečně připravení čelit těmto stresovým situacím?***

Jak kdo. Nechci rýpat do kolegů řidičů. Určitě lékaři a sestry tím studiem, praxí, než nastoupí k ZZS ano. U řidičů bych o tom pochyboval. Řidiči si udělají roční kurz, absolvují 3 až 4 stáže, kdo ví, za jakých okolností, a pak nastoupí do tohoto provozu. Určitě jsou ale individuality. Jsou lidé, kteří to dokážou, a kteří ne. Znam spoustu kolegů, co po měsíci odešli. Určitým způsobem je to nenaplňovalo. Nevadil jim ten stres, zkrátka je to nenaplňovalo. Co si budeme povídat, v dnešní době 80 % výjezdů neodpovídá tomu, jak by to mělo být. Ale člověk by měl být na těch 20% stále připraven. Člověk nikdy neví, co ho čeká.

- ***Do jaké míry se cítíte být ohrožen/a syndromem vyhoření, posttraumatickou stresovou poruchou?***

Syndrom vyhoření může být někdy už i pouhá beznaděj. Jezdíte na typy výjezdů, které vás nenaplňují a je to pořád o tom stejném. Systém to bohužel nedokáže zvládnout. Tak potom ta myšlenka tam je, ale člověk tomu nesmí propadnout. Pokud se tím začne užírat, tak to je potom konec. Někteří kolegové trpí syndromem vyhoření, opravdu už trpí. I když si to třeba nechtějí připustit.

- ***Máte možnosti psychologické pomoci v souvislosti s vaším povoláním?***

Ne, bohužel ne. Není ani žádný doporučený postup při potížích psychického rázu.

- ***Myslíte si, že je tato pomoc pro pracovníky ZZS potřebná, přínosná?***

Potřebné ano, přínosné těžko říct, když jsme to tu nezažili. Ale myslím si, že ta alternativa by měla být.

- ***Jste ochoten/na tuto pomoc v případě potřeby vyhledat?***

Asi ano. Člověk by měl být soudný. Ublížíte pak jen sám sobě a okolí vůbec nepomáhá. Ono se to lehce říká, hůř činí, ale asi ano.

- ***Jak Vás Vaše profese ovlivnila/ovlivňuje v osobním životě?***

Myslím, že lidé v okolí s tím počítají. Když jedu někam s kamarády, tak si říkají, že to je dobrý. Kdyby se něco stalo, že tam jsem. Jsem pro ně takový „bezpečnostní prvek“.

- ***Přemýšlel/a jste někdy nad ukončením své profese?***

Zatím ne. Ale hledám možnost alternativ, kdybych o tuhle práci přišel, jaké bych měl jiné uplatnění. Počítám s tím, že to není práce napořád. Mám ji rád, nechtěl bych ji ukončit, ale až do důchodu ji dělat určitě nebudu.

- ***Jste věřící (ve smyslu náboženství)?***

Nejsem.

4.1.5 Řidič č. 1

Muž, 24 let, zaměstnancem ZZS je 1,5 roku (plný úvazek)

- ***Setkal/a jste se v souvislosti s výkonem svého povolání se smrtí, která na Vás nechala stopu?***

Ano, bylo to 3 měsíce po mém nástupu k ZZS. Jednalo se o resuscitaci u dvouletého dítěte, kdy jsme bohužel po 40 minutách museli resuscitaci ukončit a konstatovat smrt.

- ***Vzpomenete si, jaké pocity jste v ten moment cítil/a?***

Hrozná bezmoc. To je soustava pocitů, které z duše nesnáším. Jsem nevrlý, nervózní, když jsem bezmocný. Člověk by tak moc chtěl pomoci, obzvlášť u malého dítěte, ale ono to nejde.

- ***Pocít'ujete rozdíly mezi vnímáním umírání a smrti na začátku výkonu Vaší profese a v současnosti? Jestliže ano, tak jaké?***

Člověk se to naučí nějak podvědomě nevnímat. Nevnímat to tak intenzivně. Nemůžu říct, že mi smrt nevádí. Záleží taky na situaci. Snažím se to zkrátka nějak překonat a jít dál.

- ***Vnímáte odlišně smrt dítěte/mladého člověka a starší osoby? Pokud ano, tak proč?***

Malé dítě určitě. U mladého člověka to bývají zbytečná úmrtí. Ale stejně u starých lidí, kdy je to smrt nečeká, tak je to smutné. Něco jiného je u dlouhodobě nemocných, kdy už se to očekává a je to spíše vysvobození. Když jdou ale z plného zdraví a rodina netuší, proč se tak stalo, tak je to těžké.

- ***Jak často se setkáváte v souvislosti se svou profesí s umíráním a se smrtí?***

Jako řidič se k těmto situacím dostávám poměrně často, jelikož jezdím i v posádce s lékařem. V poslední době to je snad každou službu.

- ***Do jaké míry je pro Vás setkávání se s umíráním a se smrtí stresující?***

Svým způsobem to je stresující vždycky. Ale zase záleží na té situaci. Ale nemáme na výběr, zkrátka se s tím musíme naučit žít.

- ***Co cítíte, když zachraňujete člověka, kterému již s největší pravděpodobností nemůžete pomoci?***

V poslední době jsme jezdili hodně k plicním emboliím. Přijeli jsme na místo, ti lidé byli pobledlí, ale komunikovali s námi. A z toho šli najednou do zástavy. Resuscituje se a nic. To je samozřejmě hrozná bezmoc. Ale člověk do toho s tím jde a musí se s tím nějak poprat.

- ***Dokázal/a byste popsat pocity, které vnímáte při oznamování úmrtí rodině pacienta?***

Určitě je to zase bezmoc, pocit zmaru, zbytečně odvedené práce. Důležitá je ale empatie k těm pozůstalým. Najednou Vás přepadne lítost. Ale zase záleží na situaci, jestli to je smrt očekávaná, nebo ne.

- ***Vaše profese je velmi fyzicky i psychicky náročná, jakým způsobem se vyrovnáváte s těmito nelehkými situacemi?***

Hraju hokej. S kolegy z naší party chodíme na pívko, zajdeme do bazénu, do vířivky. Popovídáme si, uděláme nějakou tu srandu a to je hrozně fajn. Jinak rád modeluju. U toho si dokážu asi nejvíc pročistit hlavu.

- ***Myslíte si, že jsou pracovníci ZZS dostatečně připraveni čelit těmto stresovým situacím?***

Já jsem určitě připraven nebyl. Nejprve jsem jezdil jako stážista a za tu dobu jsem vůbec neresuscitoval. U první resuscitace jsem si ale uvědomil, že je lepší dělat všechno v klidu, ale pořádně. Co se týče umírání, tak na to vás nikdo nepřipraví. Dokud si to nezažijete na vlastní kůži, tak nevíte. Můžete si vyslechnout tisíc historek, ale až se to týká přímo vás, tak teprve zjistíte, jestli na to máte, nebo ne.

- ***Do jaké míry se cítíte být ohrožen/a syndromem vyhoření, posttraumatickou stresovou poruchou?***

Nevím, dokud mě to nepotká, nejsem schopen říct. Já mám takovou klidnou povahu, takže mě ani ty „zbytečné“ výjezdy nevytočí. Ale samozřejmě, může se stát cokoli. A ve chvíli, kdy to přijde, pak budu moci odpovědět.

- ***Máte možnosti psychologické pomoci v souvislosti s vaším povoláním?***

Přímo naše hlavní sestra má kurz krizové intervence. Takže nám bylo řečeno, že kdykoliv budeme potřebovat, můžeme přijít. Všechno je samozřejmě anonymní.

- ***Myslíte si, že je tato pomoc pro pracovníky ZZS potřebná, přínosná?***

Určitě ano.

- ***Jste ochoten/na tuto pomoc v případě potřeby vyhledat?***

To nikdo nemůže vědět. Těžko říct, jak bych se zachoval.

- ***Jak Vás Vaše profese ovlivnila/ovlivňuje v osobním životě?***

Na ZZS máme hokejový tým, takže jsem začal hrát hokej. Změnil jsem pohled na svět, nedělám si těžkou hlavu z různých problémů jako dřív. Je to takové uvolňující. Naučil jsem se, že každý problém má vždycky nějaké řešení.

- ***Přemýšlel/a jste někdy nad ukončením své profese?***

Ano, jednou jsem tak seděl doma, udělal jsem si kávu, zapálil jsem si a říkal jsem si, jestli tohle mám zapotřebí. Co se týče finančního ohodnocení, tak to žádná sláva není. Ale na druhou stranou jsem si za touhle prací šel hodně dlouho. Ale ty pochybnosti tam byly. Potom ale přijdou zase ty lepší výjezdy a člověka ta práce zase baví.

- ***Jste věřící (ve smyslu náboženství)?***

Do kostela nechodím. Ale věřím, že tam někde něco je.

4.1.6 Řidič č. 2

Muž, 33 let, zaměstnancem ZZS je 10 let (plný úvazek).

- ***Setkal/a jste se v souvislosti s výkonem svého povolání se smrtí, která na Vás nechala stopu?***

Vzpomínám si na jedno úmrtí, kdy se jednalo o vraždu. Tělo zemřelého jsme našli na dvorku v otřesném stavu. To opravdu nebyl hezký pohled. Už je to pár let zpět, ale doteď toho člověka vidím před očima.

- ***Vzpomenete si, jaké pocity jste v ten moment cítil/a?***

Byl jsem v šoku, že někdo dokáže něco takového udělat. Z pocitů to byla určitě lítost, soucit s rodinou.

- ***Pocít'ujete rozdíly mezi vnímáním umírání a smrti na začátku výkonu Vaší profese a v současnosti? Jestliže ano, tak jaké?***

Určitě ano. Nyní vnímám úmrtí jako běžnou součást své práce.

- ***Vnímáte odlišně smrt dítěte/mladého člověka a starší osoby? Pokud ano, tak proč?***

Určitě vnímám odlišně smrt dítěte. Ale to je, myslím si, normální. Naštěstí tyto situace nejsou tak časté. Úmrtí mladého člověka je taky smutná záležitost, ale to dítě, to je asi nejhorší.

- ***Jak často se setkáváte v souvislosti se svou profesí s umíráním a se smrtí?***

Když jezdím s posádkou RLP tak téměř každou službu. V rámci posádky RZP je výskyt úmrtí o něco nižší, řekl bych.

- ***Do jaké míry je pro Vás setkávání se s umíráním a se smrtí stresující?***

V současné době mě to nijak nestresuje. Určitě záleží na situaci, ale jak jsem řekl, umírání a smrt beru jako běžnou součást své práce.

- ***Co cítíte, když zachraňujete člověka, kterému již s největší pravděpodobností nemůžete pomoci?***

Tak určitě bezmoc. I když kolikrát je to nadměrné snažení o záchranu víc na škodu, takže si říkám, že to tak zkrátka má asi být.

- ***Dokázal/a byste popsat pocity, které vnímáte při oznamování úmrtí rodině pacienta?***

Jsem rád, že jsem spíše vedlejším účastníkem této události. Kolikrát bych skutečně nechtěl být v kůži lékaře. Já jsem se už naučil nepřipouštět si tyto negativní emoce k tělu. Samozřejmě, ne vždy to sto procent jde, ale ve většině případů s tím nemám problém.

- ***Vaše profese je velmi fyzicky i psychicky náročná, jakým způsobem se vyrovnáváte s těmito nelehkými situacemi?***

Snažím se sportovat, protože to je pro mě opravdu relaxace. Občas zajdeme s kamarády na pivo, pokecáme. A velkou oporou je samozřejmě rodina.

- ***Myslíte si, že jsou pracovníci ZZS dostatečně připravení čelit těmto stresovým situacím?***
Myslím si, že nejsou. Tohle si musí každý sám vyzkoušet a pak to nějak zpracovat. A buď to jde, nebo ne.
- ***Do jaké míry se cítíte být ohrožen/a syndromem vyhoření, posttraumatickou stresovou poruchou?***
Nic takového si nepřipouštím.
- ***Máte možnosti psychologické pomoci v souvislosti s vaším povoláním?***
Ano, máme. Já osobně jsem ji ale nikdy nevyhledával.
- ***Myslíte si, že je tato pomoc pro pracovníky ZZS potřebná, přínosná?***
To záleží na člověku. Pro někoho přínosná je, pro někoho ne. Každý zpracováváme problémy jinými způsoby.
- ***Jste ochoten/na tuto pomoc v případě potřeby vyhledat?***
Já osobně bych ji nevyhledával. Zatím jsem si vždycky se vším poradil sám s pomocí rodiny a kamarádů. Ale nikdy neříkej nikdy.
- ***Jak Vás Vaše profese ovlivnila/ovlivňuje v osobním životě?***
Člověk tak nějak upraví svůj životní styl. Za ty roky jsem se ale s prací natolik sžil, že už mi nepřijde, že bych byl nějak výrazně ovlivňován. Mám pocit, že spoustu věcí řeším s větším nadhledem.
- ***Přemýšlel/a jste někdy nad ukončením své profese?***
Nějak vážně asi ne. Samozřejmě, že ta myšlenka mě napadla. Ale mám tuto práci rád, i když to není často zrovna jednoduché.
- ***Jste věřící (ve smyslu náboženství)?***
Nejsem.

4.1.7 Lékař č. 1

Muž, 35 let, zaměstnancem ZZS je 4 roky (plný úvazek).

- ***Setkal/a jste se v souvislosti s výkonem svého povolání se smrtí, která na Vás nechala stopu?***

Ano. Určitě to bylo první úmrtí, to poznamená každého. Potom se od toho člověk musí oprostit, jinak by tu práci nemohl dělat.

- ***Vzpomenete si, jaké pocity jste v ten moment cítil/a?***

Nejistotu, možná trochu strach, pocit zmaru. Jinak nic zvláštního.

- ***Pocit'ujete rozdíly mezi vnímáním umírání a smrti na začátku výkonu Vaší profese a v současnosti? Jestliže ano, tak jaké?***

Rozhodně. Teď to je běžná součást práce, teď to vůbec neřeším. Nepřijde mi to nic zvláštního. Ze začátku to bylo těžší.

- ***Vnímáte odlišně smrt dítěte/mladého člověka a starší osoby? Pokud ano, tak proč?***

Rozhodně. U starého člověk to беру tak, že to je pokračování stáří, patří to k životu a je to přirozený konec. Kdežto u mladých lidí a dětí to беру jako násilné přerušování života, který měl ještě dál pokračovat.

- ***Jak často se setkáváte v souvislosti se svou profesí s umíráním a se smrtí?***

Snad každou službu. Jezdíme hodně na otvírání bytu, takže ten výskyt je opravdu vysoký.

- ***Do jaké míry je pro Vás setkávání se s umíráním a se smrtí stresující?***

Momentálně vůbec, je to běžná součást práce.

- ***Co cítíte, když zachraňujete člověka, kterému již s největší pravděpodobností nemůžete pomoci?***

Snažím se udělat maximum, když to nejde, tak to nejde. Standardní pracovní postupy, které probíhají standardně, někdy to vyjde, někdy ne. Neřeším to.

Žádné pocity nevnímám, zaměřuji se pouze na tu profesionální stránku, jinak si myslím, že bych za chvíli vyhořel.

- ***Dokázal/a byste popsat pocity, které vnímáte při oznamování úmrtí rodině pacienta?***

Momentálně snaha o plně profesionální přístup, s minimalizováním emocí. Je to zkrátka součást práce, nepřipouštím si to k tělu.

- ***Vaše profese je velmi fyzicky i psychicky náročná, jakým způsobem se vyrovnáváte s těmito nelehkými situacemi?***

Fyzicky náročná mi nepřijde. Kompenzace určitě koníčky, rodina. Striktně odděluji profesní a osobní život.

- ***Myslíte si, že jsou pracovníci ZZS dostatečně připraveni čelit těmto stresovým situacím?***

Já jsem nevěděl, co mě čeká, ve škole mě na to nikdo nepřipravil a myslím si, že se na to ani připravit nejde. Zkrátka se v tom musí každý vymáchat, a buď to pak snese a bude tu práci moci dělat, nebo ne.

- ***Do jaké míry se cítíte být ohrožen/a syndromem vyhoření, posttraumatickou stresovou poruchou?***

Tak nějaké riziko tam je, ale vzhledem k tomu, že snažím udržet si ten odstup, tak momentálně se nijak zvlášť ohrožen necítím.

- ***Máte možnosti psychologické pomoci v souvislosti s vaším povoláním?***

Ano, máme. Každý individuálně může zkontaktovat psychologa, který je k dispozici jak pro pacienty, tak pro nás, a to ihned po výjezdu.

- ***Myslíte si, že je tato pomoc pro pracovníky ZZS potřebná, přínosná?***

Určitě je potřebná i přínosná.

- ***Jste ochoten/na tuto pomoc v případě potřeby vyhledat?***

Určitě ano.

- ***Jak Vás Vaše profese ovlivnila/ovlivňuje v osobním životě?***

U mě dominuje ta snaha oddělit osobní a profesní život. Ale určitě mě ovlivňuje. Víc si vážím podstatných věcí, neřeším nesmysly, snažím se je neřešit.

- ***Přemýšlel/a jste někdy nad ukončením své profese?***

Jasně, často. Ale nějak vážně to zase málokdy.

- ***Jste věřící (ve smyslu náboženství)?***

Jsem věřící.

4.1.8 Lékař č. 2

Žena, 34 let, zaměstnancem ZZS je 7 let (5 služeb v měsíci).

- ***Setkal/a jste se v souvislosti s výkonem svého povolání se smrtí, která na Vás nechala stopu?***

Ano, jednalo se o smrt těhotné ženy po autonehodě nebo smrt známého člověka.

- ***Vzpomenete si, jaké pocity jste v ten moment cítil/a?***

Pocit bezmoci a smutku.

- ***Pocit'ujete rozdíly mezi vnímáním umírání a smrti na začátku výkonu Vaší profese a v současnosti? Jestliže ano, tak jaké?***

Zcela určitě, nyní vnímám smrt jako součást mé profese a života obecně.

- ***Vnímáte odlišně smrt dítěte/mladého člověka a starší osoby? Pokud ano, tak proč?***

To je normální, vnímat rozdílně smrt dítěte, zvláště pro mne jako pro ženu a nastávající matku.

- ***Jak často se setkáváte v souvislosti se svou profesí s umíráním a se smrtí?***
V rámci zdravotnické záchranné služby se setkávám se smrtí u traumat, díky letecké záchranné službě, asi častěji než ostatní. Vzhledem k suplování obvodních lékařů dost často jezdíme k ohledání mrtvého do domácí péče nebo do domovů důchodců. Nejhorší je ale smrt mladších pacientů, v nejhorších případech dětí, v domácím prostředí, ale těchto případů není naštěstí tolik.
- ***Do jaké míry je pro Vás setkávání se s umíráním a se smrtí stresující?***
Stresující je a bude vždy, ale jistá forma obrany je nejen v získaných profesních zkušenostech, ale i třeba v komunikaci s ostatními kolegy.
- ***Co cítíte, když zachraňujete člověka, kterému již s největší pravděpodobností nemůžete pomoci?***
Vždy je důležité zvážit benefit pro pacienta, ať už krátkodobé zlepšení stavu, nebo jenom poskytnutí analgezie. Naopak velmi kladně vnímám snahy o sjednocení postupů a standardů v režimu DNR. Bezmoc ale cítím, když se setkávám s pacienty v terminálních stavech, bez dostatečně zajištěného fyzického a psychického komfortu, např. nedostatečné analgezie.
- ***Dokázal/a byste popsat pocity, které vnímáte při oznamování úmrtí rodině pacienta?***
Existují speciální kurzy komunikace s rodinami zemřelých, zvláště pokud zvažujete transplantační program apod. Bohužel velmi často máte málo času poznat nejbližší a zvolit vhodnou formu oznámení špatné zprávy. Je to stresující okamžik.
- ***Vaše profese je velmi fyzicky i psychicky náročná, jakým způsobem se vyrovnáváte s těmito nelehkými situacemi?***
Bude to znít jako fráze, ale relaxací v domácím prostředí, přáteli, sportem. Důležité je v naší profesi dobrý kolektiv a komunikace s ostatními lékaři a sestrami.

- ***Myslíte si, že jsou pracovníci ZZS dostatečně připravení čelit těmto stresovým situacím?***

Každý člověk je individuum a zvládá stresovou zátěž různě. Pravdou je, že máme z důvodu pracovní vytíženosti málo času pro komunikaci s pacientem a rodinou, chybí funkční sociální pracovníci, dokonce i prostory k odpočinku příbuzných a sdělování nepříjemných zpráv. A samozřejmě málo času na svoji vlastní duševní hygienu.

- ***Do jaké míry se cítíte být ohrožen/a syndromem vyhoření, posttraumatickou stresovou poruchou?***

Po určité době ve zdravotnictví bez větší pauzy se každý setká s tímto syndromem. Proto je důležité dbát na pravidelné dovolené, odpočinek.

- ***Máte možnosti psychologické pomoci v souvislosti s vaším povoláním?***

Ne, nemáme. Sama jsem zatím o této pomoci nepřemýšlela. Bohužel jsem v tomto směru mírně skeptická, upřímně, zatím jsem se nesetkala s kvalitním psychologem. Mezi přáteli mám psychiatry a komunikace s nimi je součástí mé duševní hygieny. Stejně jako naopak trávení času s přáteli ne-zdravotníky.

- ***Myslíte si, že je tato pomoc pro pracovníky ZZS potřebná, přínosná?***

Je vhodné o této pomoci vědět. Pravda je, že psychosociální intervence i z řad našich kolegů, je aktuální otázka. Jsou vyškolení peer pracovníci, budoucnost ukáže, zda je to krok správným směrem.

- ***Jste ochoten/na tuto pomoc v případě potřeby vyhledat?***

V případě akutní situace asi ano. Určitě záleží na osobnosti a erudici člověka, kterého bych o pomoc požádala.

- ***Jak Vás Vaše profese ovlivnila/ovlivňuje v osobním životě?***

Pokud trávíte ve zdravotních zařízeních průměrně 250 hod měsíčně, pak vás vaše profese ovlivní hodně, a nejen vás, ale i celou rodinu a přátele. Na jedné

straně je člověk v osobním životě racionálnější, na druhé straně se o své blízké velmi bojím s uvědoměním si všech možných zdravotních rizik.

○ ***Přemýšlel/a jste někdy nad ukončením své profese?***

Ne. Práce mě baví a naplňuje. Samozřejmě ale chápu přerušení nebo změnu této náročné práce na dobu určitou, ať už formou dlouhodobější dovolené, stáže, nebo i náhradního volna.

○ ***Jste věřící (ve smyslu náboženství)?***

Nejsem.

4.2 Tabulky výsledků rozhovorů

Tabulka 1: Pohlaví respondentů

Pohlaví	Četnost	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Žena	3	1		1					1
Muž	5		1		1	1	1	1	
Celkem	8	1	1	1	1	1	1	1	1

Celkem bylo dotazováno 8 pracovníků ZZS, z toho bylo 5 respondentů mužského pohlaví a 3 respondenti pohlaví ženského.

Tabulka 2: Pracovní pozice u zdravotnické záchranné služby

Pozice	Četnost	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Lékař	2							1	1
Zdravotnický záchranář	2	1	1						
Všeobecná sestra	2			1	1				
Řidič	2					1	1		
Celkem	8	1	1	1	1	1	1	1	1

Výzkumného šetření se zúčastnilo 8 pracovníků zdravotnické záchranné služby, z toho 2 lékaři, 2 zdravotničtí záchranáři, 2 všeobecné sestry a 2 řidiči.

Tabulka 3: Délka praxe u zdravotnické záchranné služby

Praxe v letech	Četnost	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
1 – 3	3	1		1		1			
4 – 6	2		1					1	
7 – 10	3				1		1		1
Celkem	8	1	1	1	1	1	1	1	1

Tabulka zobrazuje délku praxe u zdravotnické záchranné služby. Do kategorie 1 - 3 roky délky praxe byli zařazeni 3 respondenti. Další 2 respondenti spadají do kategorie 4 - 6 let a v kategorii 7 - 10 let byli umístěni 3 respondenti.

Tabulka 4: Věk respondentů

Věk	Četnost	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
20 – 24	2			1		1			
25 – 29	2	1	1						
30 – 34	2						1		1
35 – 39	2				1			1	
Celkem	8	1	1	1	1	1	1	1	1

V této tabulce byli respondenti zařazeni do věkové kategorie. V nejnižší věkové skupině 20 - 24 let jsou zařazeni 2 respondenti. Stejně tak v kategorie 25 - 29 let, 30 - 34 let a 35 - 39 let bylo umístěno po dvou respondentech.

Tabulka 5: **Pracovní úvazek**

Úvazek	Četnost	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Částečný	2			1					1
Plný	6	1	1		1	1	1	1	
Celkem	8	1	1	1	1	1	1	1	1

V tabulce 5 jsou uvedeny pracovní úvazky respondentů. Na částečný úvazek jsou zaměstnání u zdravotnické záchranné služby 2 dotazovaní. Zbýlých 6 respondentů pracuje u zdravotnické záchranné služby na plný úvazek.

Tabulka 6: **Způsoby vyrovnávání se smrtí**

Způsob vyrovnání se smrtí	Četnost	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Sport	5	1	1			1	1		1
Komunikace s kolegy	4	1		1		1			1
Rodina, přátelé	4				1		1	1	1
Relaxace	2				1				1
Koníčky	3				1	1		1	
Striktní oddělení profesního a soukromého života	2		1					1	
Celkem	20	2	2	1	3	3	2	3	4

Výše uvedená tabulka zobrazuje způsoby, jimiž se pracovníci zdravotnické záchranné služby vyrovnávají se smrtí. Celkem 5 respondentů upřednostňuje sport. Jako neméně důležitou uvádí respondenti také komunikaci s kolegy, uspokojivé rodinné a přátelské

vztahy, relaxaci a pěstování koníčků. 2 respondenti se domnívají, že dokáží striktně oddělit profesní a soukromý život.

Tabulka 7: Pocity při setkání s umíráním a se smrtí

Pocit	Četnost	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Smutek	2		1						1
Lítost, soucit	1						1		
Nervozita, nevrlost	1					1			
Marnost	2				1			1	
Uvědomění vlastní smrtelnosti	1			1					
Nejistota	2			1				1	
Šok, překvapení	2			1			1		
Bezmoc	7	1	1	1	1	1	1		1
Smíšené pocity	2				1	1			
Celkem	20	1	2	4	3	3	3	2	2

Tato tabulka prezentuje druhy pocitů, které pracovníci zdravotnické záchranné služby vnímají při setkání se s umíráním a se smrtí. Nejčastěji respondenti uvedli bezmoc (7 z 8), dále převládá nejistota, marnost, překvapení až šok, smutek. Někteří respondenti uvádí těžce definovatelnou směsici pocitů, nervozitu, lítost a především také uvědomění si vlastní smrtelnosti.

Tabulka 8: Změna postoje k umírání a smrti

Změna	Četnost	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Ano	6		1		1	1	1	1	1
Ne	2	1		1					
Celkem	8	1	1	1	1	1	1	1	1

Výše uvedená tabulka zobrazuje v kategorizované formě změnu postoje pracovníků zdravotnické záchranné služby k umírání po setkání se smrtí. Celkem 6 respondentů udává změnu postoje k umírání, 2 respondenti nikoli.

Tabulka 9: Jak často se setkáváte se smrtí v rámci ZZS

Úmrtí	Četnost	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Téměř každou službu	4					1	1	1	1
1krát týdně	0								
1 – 2krát do měsíce	3		1	1	1				
Méně než jednou do měsíce	1	1							
Celkem	8	1	1	1	1	1	1	1	1

Četnost úmrtí v rámci zdravotnické záchranné služby, byla náplní další tabulky. Odpověď na tuto otázku nebyla jednoznačná. I z tohoto důvodu byly vypracovány

kategorie, do kterých byly odpovědi respondentů dále zaznamenávány. Do kontaktu se smrtí přichází 4 respondenti téměř každou službu. 3 respondenti uvedli setkání se smrtí 1 - 2krát do měsíce a 1 dotazovaný uvedl setkání se smrtí méně než jednou do měsíce.

5 DISKUZE

V naší bakalářské práci na téma Problematika umírání a smrti z pohledu pracovníků zdravotnické záchranné služby jsme se snažili pomocí výzkumného šetření zjistit, jakými způsoby se pracovníci vyrovnávají s krizovými situacemi, mezi něž patří umírání a smrt pacienta. Dále jsme se zaměřili na úroveň přípravy zdravotnických pracovníků na výkon jejich profese a zjišťovali jsme také míru ovlivnění členů posádky výkonem jejich profese.

Cílem 1 bylo zjistit způsoby vyrovnávání se pracovníků zdravotnické záchranné služby s krizovými situacemi jako je právě umírání a smrt pacienta. Tento cíl nám pomohl najít odpověď na výzkumnou otázku 4, jakým způsobem se pracovníci záchranných služeb vyrovnávají se smrtí pacientů. Jak je patrné z tabulky 6, většina pracovníků (5 z 8) se s psychickou náročností své profese vyrovnává pomocí sportu. Respondenti také zdůraznili důležitost komunikace s ostatními kolegy, uspokojivé rodinné vztahy a setkávání se s přáteli. Pozitivní vliv na psychiku, dle provedených rozhovorů, má také relaxace a věnování se svým koníčkům. Dva respondenti se domnívají, že dokáží striktně oddělit profesní život od soukromého. Křivohlavý ⁽¹⁴⁾ ve své publikaci zdůrazňuje nutnost předcházení negativnímu stresu, a to pomocí pravidelného odpočinku, relaxace a dostatku fyzické aktivity. Stejně tak Hanzlovský ⁽⁶⁾ uvádí jako důležitý faktor v předcházení či v boji se syndromem vyhoření podporu rodiny, zaměstnavatele a kolegů.

Jako cíl 2 jsme si stanovili zjistit úroveň přípravy budoucích zdravotnických pracovníků na výše uvedené krizové situace. V souvislosti s tímto cílem bych uvedla výzkumnou otázku 3, která se zabývala pocity pracovníků zdravotnických záchranných služeb při setkání se smrtí. Domnívám se, že míra připravenosti a především také úroveň vyzrálosti jedince, velmi ovlivňuje vnímání smrti. V rozhovoru byli jedinci dotazováni na pocity při setkání se smrtí a především také na pocity, které vnímají v případě, kdy zachraňují člověka a pravděpodobnost jeho záchrany je mizivá. Odpovědi na tyto otázky jsou shrnuty v tabulce 7. Nejčastějším pocitem vyskytujícím se

v těchto situacích je bezmoc (uvedlo 7 respondentů). Nejvíce mne zaujalo, že pouze jeden respondent si v tento okamžik uvědomuje svou vlastní smrtelnost. Haškovcová ⁽⁷⁾ se ve své publikaci zmiňuje o tzv. tabuizaci smrti. Jisté popření vlastní smrtelnosti snad nejlépe vystihla ve své publikaci Kutnohorská ⁽¹⁶⁾ a to jako obecně přijímaný fakt, že lidé umírají z nějakého důvodu (nemoci), nikoliv proto, že jsou smrtelní. V rozhovoru byla obsažena otázka, jestli si respondenti myslí, že jsou (byli) připraveni na náročné situace, které se pojí s jejich povoláním. Všichni respondenti se shodli na tom, že 100% příprava není reálná. Dle jejich výpovědí není možné se na tyto situace připravit, až v praxi každý zjistí, zdali tuto profesi dokáže vykonávat či ne. S mírou připravenosti souvisí také schopnost zpracovávat krizové situace. V rozhovoru jsem se respondentů dotazovala, zdali mají možnost psychologické péče poskytovanou jejich zaměstnavatelem. Z výzkumného šetření vyplynulo, že zdaleka ne všichni členové mají stejné informace o této pomoci, ačkoliv se jednalo o pracovníky v rámci jednoho výjezdového stanoviště. Všichni respondenti by však tuto pomoc uvítali a hodnotí ji jako potřebnou a přínosnou. Každý člen posádky je mnohdy vystaven nadměrné zátěži. V některých případech může dojít k propuknutí syndromu vyhoření či k posttraumatické stresové poruše. Je důležité, aby každý jedinec měl možnost odborné pomoci ^(23, 27).

Na základě výzkumné otázky 3 nám vzešla hypotéza 1: Zdravotničtí pracovníci nejsou připraveni na krizové situace související s výkonem jejich profese.

Cílem 3 bylo zjistit, do jaké míry jsou pracovníci zdravotnické záchranné služby ovlivněni jejich povoláním. S tímto cílem souvisí výzkumná otázka 2, která se týká změny postoje členů posádky k umírání a smrti. Celkem 75 % respondentů pociťuje změny ve vnímání těchto událostí. Odpovědi na tuto výzkumnou otázku jsou zahrnuty v tabulce 8. Respondenti (6,7,8) udávají, že nyní vnímají umírání a smrt jako běžnou součást jejich profesního života. Dále je udáváno určité otupení vůči těmto situacím (respondent 4, 5). Pouze respondent 1 a 3 neudávají změnu postoje, avšak přisuzují to jejich krátké praxi u zdravotnické záchranné služby.

V rámci vyhodnocení výzkumné otázky 2 jsme vyvodili následující hypotézu 2: Postoj pracovníků zdravotnické záchranné služby k umírání a smrti se mění v závislosti na délce jejich praxe.

Na výzkumnou otázku 1, jak často se pracovníci zdravotnické záchranné služby setkávají se smrtí v souvislosti s výkonem své profese, nebylo možné nalézt jednoznačnou odpověď. Četnost úmrtí v rámci výjezdů zdravotnické záchranné služby je dána především druhem výjezdové posádky. Dle našeho výzkumu se nejčastěji se smrtí setkávají lékaři a řidiči v rámci posádky RLP (rychlé lékařské pomoci) a RV (Rendez-Vous). O něco méně se s úmrtím setkávají členové posádky RZP (rychlé zdravotnické pomoci), čili zdravotničtí záchranáři a všeobecné sestry. Odpovědi na tuto výzkumnou otázku jsou uvedeny v tabulce 9.

Sběr dat pro výzkumnou část této bakalářské práce probíhal bez větších problémů. Všichni respondenti ochotně odpovídali na otázky a vyslovili také zájem o výsledky výzkumného šetření. Pro mě osobně bylo velmi zajímavé zjišťovat názory jednotlivých respondentů na danou problematiku. Byla bych ráda, kdyby tato bakalářská práce mohla přispět k nastartování diskuze ohledně zavedení psychologické intervenční péče v rámci zdravotnické záchranné služby a snad i stálé psychologické péče, která by se měla stát samozřejmostí, stejně jako u jiných složek IZS.

6 ZÁVĚR

Tématem této bakalářské práce je Problematika umírání a smrti z pohledu pracovníků zdravotnické záchranné služby. Stanovili jsme si 3 cíle, pomocí kterých jsme se snažili zjistit způsoby vyrovnávání se pracovníků zdravotnické záchranné služby s krizovými situacemi, mezi něž patří umírání a smrt pacienta. Dále nás zajímala míra připravenosti budoucích zdravotnických pracovníků na tyto krizové situace a také míra ovlivnění pracovníků zdravotnické záchranné služby výkonem jejich povolání. Stanovili jsme si 4 výzkumné otázky, na které jsme se snažili najít odpověď pomocí rozhovorů s pracovníky zdravotnické záchranné služby.

Výzkumná otázka 1 se týkala častosti setkání zdravotnických pracovníků se smrtí v souvislosti s výkonem jejich profese. Na tuto otázku nebylo možné jednoznačně odpovědět. Četnost úmrtí je nárazovou záležitostí, v tomto případě neexistuje žádné pravidlo. Odpovědi respondentů jsou tedy pouze orientační.

Předmětem výzkumné otázky 2 bylo, jakým způsobem se mění postoj pracovníků zdravotnické záchranné služby k umírání po setkání se smrtí. Z našeho výzkumného šetření je zřejmé, že postoj respondentů k umírání se za dobu výkonu jejich profese skutečně změnil. Nejčastěji je uváděno přijetí umírání a smrti jako běžné součásti práce a běžného života vůbec. Dále respondenti uvedli jisté otupení vůči těmto situacím. Pouze dva respondenti, kteří spadají svou délkou praxe do kategorie 1 - 3 let, nepocítují žádné změny ve vnímání výše uvedených jevů. Z této výzkumné otázky nám vzešla hypotéza 2: Postoj pracovníků zdravotnické záchranné služby k umírání a smrti se mění v závislosti na délce jejich praxe.

Na výzkumnou otázku 3, jaké pocity mají pracovníci zdravotnických záchranných služeb při setkání se smrtí, bylo odpovězeno pomocí dvou otázek v rozhovoru se zdravotníky. Téměř všichni respondenti uvedli, že v těchto chvílích pocítují bezmoc. Mezi dále zmíněnými pocity byla lítost, nejistota a marnost. Podrobnější výsledky jsou uvedeny v tabulce 7.

Výzkumná otázka 4, jakým způsobem se pracovníci záchranných služeb vyrovnávají se smrtí pacientů/klientů, byla rovněž zodpovězena v rozhovorech. Jak je patrné z výzkumného šetření, které jsme provedli, sport je nejčastějším prostředkem, pomocí kterého se zaměstnanci zdravotnické záchranné služby vyrovnávají s psychickou zátěží. Pozitivní vliv na duševní hygienu zaměstnanců mají přátelé a rodina. Za důležitý faktor při zvládnutí stresových situací respondenti považují relaxaci (např. četba knih apod.) a pěstování koníčků (modelování - uvedl respondent 5). Výsledky jsou uvedeny v tabulce 6.

Cíle naší bakalářské práce byly splněny. Stejně tak i na všechny výzkumné otázky byly nalezeny odpovědi, a to pomocí rozhovorů s pracovníky zdravotnické záchranné služby. Z našeho výzkumného šetření je zřejmé, že všichni členové posádek považují psychologickou péči za užitečnou a přínosnou. Z výzkumu rovněž vyplynulo, že zdravotničtí pracovníci nejsou psychicky dostatečně připraveni na toto povolání.

Psychologická intervenční péče v rámci zdravotnických záchranných služeb je spíše výjimkou. V posledních letech dochází k zlepšení této situace, avšak současný stav stále není uspokojivý. Potřebnost této péče je i v dnešní době spíše devalvována. Počty výjezdů u zdravotnických záchranných služeb se zvyšují a paralelně s nimi roste i psychická zátěž členů posádek. Domníváme se, že do budoucna je tato služba v rámci zdravotnické záchranné služby nejen přínosná, ale především také nutná a nezastupitelná. Jsme přesvědčeni o tom, že příchod této služby je nevyhnutelný.

Výsledky této bakalářské práce bych ráda shrnula a publikovala jako stať v některém z odborných časopisů. Tímto bych chtěla iniciovat diskusi mezi odbornou veřejností o zavedení psychologické intervence na zdravotnických záchranných službách.

7 SEZNAM ZDROJŮ

1. BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-439-9.
2. BAŠTECKÁ, B., a kol. *Terénní krizová práce: Psychosociální intervenční týmy*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005. 300s. ISBN 80-247-0708-X.
3. BEDNÁŘOVÁ, J. Supervize ano, či ne?. *Sestra* [online]. 2010, č. 3 [cit. 2012-15-04]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/supervize-ano-ci-ne-450423>.
4. DUBCOVÁ, I. Etika umírání a smrti. *Časopis Sestra*, 2011, roč. 11, č. 10, s. 44-46, ISSN 1210-0404.
5. *Fáze vyrovnávání se s nemocí* [online]. [cit. 2012-03-29]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/faze-vyrovnvani-se-s-nemoci.html>.
6. HANZLOVSKÝ, M. *Syndrom vyhoření* [online]. 8. 2. 2011 [cit. 2011-12-16]. Dostupné z: <http://www.celostnimedicina.cz/syndrom-vyhoreni.htm>.
7. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. 2. vydání. Praha: Galén, 2007. 243 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
8. JANÁČKOVÁ, L. *Základy zdravotnické psychologie*. 1. vydání. Praha: Triton, 2008. 100 s. ISBN 80-7387-179-3.
9. JIČÍNSKÁ, K. *Supervize jako forma podpory duševního zdraví sestry* [online]. [cit. 2012-03-31]. Dostupné z: http://www.ped.muni.cz/z21/sbornik_06/pdf/029.pdf.
10. JUDIČÁKOVÁ, M., IŠTOŇOVÁ, M. Posttraumatická stresová porucha. *Sestra a lékař v praxi*. 2010, roč. 9, 7 - 8, s. 39 - 40. ISSN 1335-9444.

11. KLEVETOVÁ, D. Supervize jako prevence syndromu vyhoření. *Sestra*. 2011, roč. 2011, č. 10, s. 20 - 22. ISSN 1210-0404.
12. KOPECKÁ, K., KORCOVÁ, M., a kol. *Zdravotnícká etika*. 2. vydání. Martin: Osveta, 2008. 119 s. ISBN 978-80-8063-276-2.
13. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 3. vydání. Praha: Portál, 2009. 279 s. ISBN 80-7367-568-4.
14. KŘIVOHLAVÝ, J. *Sestra a stres: Příručka pro duševní pohodu*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
15. KŘIVOHLAVÝ, J., *Jak zvládat stres*. 1. Vydání. Praha: Grada Avicenum, 1994. 190 s. ISBN 80-7169-121-6.
16. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
17. MINIBERGOVÁ, L, JIČÍNSKÁ, K. *Vybrané kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. 78 s. ISBN 80-7013-513-1.
18. MUCHA, J. Etika zdravotníka v přednemocniční neodkladné péči. *Urgentní medicína*. 2000, roč. 3, č. 2, 21 - 22. ISSN 1212 - 1924.
19. NAKONEČNÝ, M. *Psychologie téměř pro každého*. 1. vydání. Praha: Academia, 2004. 318 s. ISBN 80-200-1198-6.
20. PRAŠKO, J., a kol. *Stop traumatickým vzpomínkám: Jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. 184 s. ISBN 80-7178.811-2.
21. RAPČÍKOVÁ, T. Etický rozmer práce zdravotníckeho záchranára. *Urgentní medicína*. 2007, roč. 10, č. 2, 26 - 30. ISSN 1212 - 1924.

22. STOCK, Ch. *Burnout: Erkennen und verhindern*. 1.Auflage. Freiburg: Haufe - Lexware, 2010. 127 s. ISBN 34-4810-145-1.
23. ŠEBLOVÁ, J., KEBZA, V., VIGNEROVÁ, J., ČEPICKÁ, B. Preventivní a intervenční psychologické techniky pro zaměstnance záchranných služeb. *Urgentní medicína*. 2009, roč. 12, č. 1, 26 – 31. ISSN 1212 - 1924.
24. ŠPATENKOVÁ, N., a kol. *Krizová intervence pro praxi*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2011. 200 s. ISBN 978-80-247-2624-3.
25. ŠVINGALOVÁ, D. *Stres a "vyhoření" u profesionálů pracujících s lidmi*. 1. vydání. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2006. 82 s. ISBN 80-7372-105-8.
26. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vydání. Praha: Portál, 2004. 872s. ISBN 80-7178-802-3.
27. VLÁŠKOVÁ, L., KOLÁŘOVÁ, V. Psychologická metoda „debriefing“ a její praktická aplikace u záchranářů v rámci Rallye - Rejvíz 2009. *Urgentní medicína*. 2009, roč. 12, č. 2, 23 - 25. ISSN 1212 - 1924.
28. VODÁČKOVÁ, D., a kol. *Krizová intervence*. 2. vydání. Praha: Portál, 2002. 543 s. ISBN 80-7178-696-9.
29. VŠEOBECNÁ ETICKÁ TEORIE A PROFESNÍ ETIKA ZÁCHRANÁŘE [online]. Dostupné z <http://www.paskola.cz/pasoptik/etika/rybar.htm> [cit 2012-03-28].
30. WEBER, Z. *Syndrom vyhoření* [online]. [cit. 2011-12-16]. Dostupné z: <http://www.zdenekweber.cz/terapie/syndrom-vyhoreni/>.
31. www.mzcr.cz [online]. [cit. 2012-03-31]. Dostupné z: http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=75502&l_nr=374~2F2011~20Sb.&l_name=o~20zdravotnick~C3~A9~20z~C3~A1chrann~C3~A9~20slu~C5~BEb~C4~9B&fulltext=&nr=374~2F2011&part=&name=&rpp=15

32. *Www.rescue112.cz* [online]. 19. 12. 2011 [cit. 2012-03-31]. Dostupné z:
http://www.rescue112.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=2080:pednemocnini-neodkladna-pee-pnp&catid=51:urgentni-medicina-&Itemid=55.
33. *Www.zzskhk.cz* [online]. [cit. 2012-03-31]. Dostupné z:
<http://www.zzskhk.cz/prednemocnicni-pece.html>.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Posttraumatická stresová porucha

Přednemocniční neodkladná péče

Psychologická intervence

Smrt

Stres

Syndrom vyhoření

Umírání

Zdravotnická záchranná služba