

Alena Andršová

Psychologie a komunikace pro záchranáře

v praxi





Alena Andršová

Psychologie a komunikace pro záchranáře

v praxi

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.

PhDr. Alena Andršová, DiS.

**PSYCHOLOGIE A KOMUNIKACE PRO ZÁCHRANÁŘE
v praxi**

Recenze: PhDr. Lukáš Humpl

Vydání odborné knihy schválila

Vědecká redakce nakladatelství Grada Publishing, a.s.

© Grada Publishing, a.s., 2012

Ilustrace © Jakub Sagner, 2012

Cover Photo © fotobanka allphoto, 2012

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 4781. publikaci

Odpovědná redaktorka Mgr. Ivana Podmolíková

Sazba a zlom Karel Mikula

Počet stran 128

1. vydání, Praha 2012

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a. s.

Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění ale nevyplývají pro autory ani pro nakladatelství žádné právní důsledky.

ISBN 978-80-247-4119-2

ELEKTRONICKÉ PUBLIKACE:

ISBN 978-80-247-7975-1 ve formátu PDF

ISBN 978-80-247-7976-8 ve formátu EPUB

Obsah

Úvod	7
1 Osobnost záchranáře	9
1.1 Osobnostní charakteristiky záchranáře	9
1.2 Syndrom vyhoření	14
1.3 Osobnostní rozvoj	20
2 Pacient v PNP	26
2.1 Psychika pacienta v PNP	28
2.2 Postoj k nemoci	32
2.3 Pacienti v PNP – hromadné chování	35
3 Komunikace v PNP	40
3.1 Základní pojmy	42
3.2 Druhy komunikace v PNP	44
3.3 Specifické typy komunikace	51
4 Situační aspekty v PNP	59
4.1 Stres	60
4.1.1 Akutní reakce na stres (ARS)	65
4.1.2 Posttraumatická stresová porucha (PTSP)	66
4.2 Frustrace	67
4.3 Deprivace	68
4.4 Konflikt	69
4.5 Psychotrauma	70
4.6 Bolest	72
4.7 Strach a úzkost	75
4.8 Agrese	77
4.9 Setkání se smrtí	80
5 Krizová intervence	85
5.1 Psychologická první pomoc	85
5.2 Podpůrný rozhovor	88
5.3 Suicidium	91

6 Psychohygienu	97
6.1 Širší možnosti psychohygieny	99
6.2 Pomoz si sám aneb „soukromé“ antistresové programy	103
Bonus	108
Seznam použitých zdrojů	110
Seznam použitých zkratek	115
Rejstřík	116
Souhrn	119
Summary	120

Úvod

Hlavní motivací k sepsání této publikace byl prostý fakt, že na trhu neexistuje žádná obdobná. Přestože výuka psychologie a komunikace pro zdravotnické záchranáře prošla na vyšších odborných školách kýženou změnou – z jednosemestrové se stala v podstatě pětisemestrovou (tři semestry psychologie, dva semestry komunikace), chybí učebnice, která by komplexně shrnovala specifickou problematiku zdravotnické psychologie v přednemocniční neodkladné péči (dále jen PNP).

Mým cílem proto bylo sestavit učební text, který pomůže pochopit pochody, které se odehrávají v myslích pacientů i samotných záchranářů. Měl by být oporou a jakýmsi vodítkem nejenom studentům záchranářství a jejich pedagogům, ale nabízet prakticky využitelné informace vhodné pro zdravotníky v celé urgentní medicíně (ARO, JIP, urgentní příjmy) a částečně také pro všechny složky IZS.

Jsem si zcela vědoma velké šíře této problematiky. Proto bych chtěla poukázat na to, že učebnice shrnuje pouze určité fragmenty, o kterých se domnívám, že by měly patřit k základním znalostem záchranářů o fungování psychiky v podmínkách PNP. Nejedná se proto o prezentaci nových výzkumů a poznatků, spíše „sesbírání“ a (snahu) o ucelený průřez základy psychologie a komunikace pro záchranáře. Vyčerpávající přehled všech poznatků přesahuje rámec této práce. Pro hlubší studium jsou v přehledu použitých zdrojů odkazy na další možnou odbornou literaturu z oboru, která zájemce zasvětili detailněji do dané problematiky.

Vybrané kapitoly (okruhy) by měly reflektovat potřeby záchranářů – jedná se o výběr témat, která by měla být nejvíce upotřebena v jejich profesním životě. Témata byla volena částečně podle osnov psychologie a komunikace v PNP na vyšších odborných školách zdravotnických (obor diplomovaný zdravotnický záchranář), dále podle výpovědí záchranářů (malá, nepublikovaná anketa), v neposlední řadě podle mých zkušeností s výukou a školeními psychologie pro záchranáře a sestry a současně díky praxím na ZZS. Okrajově se práce dotýká i některých etických problémů urgentní medicíny.

Didaktická poznámka: Každá z kapitol je na konci doplněna dvěma typy otázek. První slouží k zopakování základních poznatků z dané problematiky. Tyto otázky představují jakousi zpětnou vazbu o tom, zda čtenář pochopil a zapamatoval si hlavní body kapitoly. Odpovědi

na ně lze nalézt v textu. Druhý typ otázek je zde uváděn bez odpovědí – ty v textu čtenář nikde nenajde. Nelze je nalézt ani v žádných jiných publikacích, ale pouze v myslích (a srdcích) čtenářů. Předkládám je jako možnost sebereflexe a osobního růstu. Zda (a jak hluboce) se nad nimi čtenář pozastaví a zamyslí, záleží jen a jen na něm.

Přeji Vám co nejpříjemnější dobu strávenou s touto publikací. Pokud se mi podaří, že podpoří „vznik“ spokojenějších záchranářů a pacientů, bude můj osobní cíl splněn.

Ráda odpovím na Vaše dotazy a připomínky a zároveň uvítám další podněty. Můžete je směřovat na adresu andrsova.a@email.cz.

Tuto knihu připisuji milovanému otci Miloslavu Andršovi (†) za vše, co mi do života dal.

Zároveň ji věnuji všem zdravotníkům, pacientům, ale i pedagogům a studentům, kteří mi byli inspirací a motivací.

Díky patří také ilustrátorovi Jakobovi Sagnerovi za jeho tolerantní přístup a vystižení humoru ve svých kresbách.

1 Osobnost záchranáře

Klíčové pojmy

Osobnost – profesní dovednosti – osobnostní rozvoj – syndrom vyhoření – syndrom pomahačů – osobnost typu A a B – obranné mechanismy ega – sebereflexe – introspekce

1.1 Osobnostní charakteristiky záchranáře

Profese záchranáře (nejenom zdravotnického) výrazně převyšuje rámec „normálního“ povolání. **Schopnost zvládat velkou psychickou zátěž** patří k nutné osobnostní výbavě každého záchranáře. Tato činnost předurčuje záchranáře k tomu, aby zdolávali náročné situace ohrožení lidského života, byli schopni pracovat v improvizovaných podmínkách, ovládali své emoce, byli svědky životních tragédií a spolurozhodovali o přežití či nepřežití pacientů. Zároveň nastupující záchranáři očekávají, že budou těmto situacím vystavováni často (co nejčastěji) – chtějí zachraňovat lidské životy a doufají, že budou v této činnosti úspěšní. Proto jsou tady – chtějí pomáhat lidem. Na druhou stranu se v praxi na místo toho setkávají s neakutními stavy pacientů, „notoricky intoxikovanými“ apod. Mnoho výjezdů se tak stává pouhou otázkou měření fyziologických funkcí, ordinace fyziologického roztoku a odvozu do spádové nemocnice. Otázkou tedy zůstává, jakými osobnostními charakteristikami by měl disponovat záchranář, aby byl schopen podávat „dobrý výkon“ v oblasti odborné, ale i psychosociální? A aby „ustál“ **rozdíl mezi očekáváním a realitou** a byl schopen zvládat všechny záležitosti této profese? A aby i po letech práce zůstal empatický, citlivý a ohleduplný k pacientovi i k sobě?

Vhodným úvodem do této problematiky může být zamyšlení Vy-mětala (2003), které sice hovoří pouze o lékařské profesi, nicméně ideálně ilustruje i současná očekávání populace od záchranářů: *„Lékař ještě před několika desítkami let byl tím, kdo ‚přinášel a obnovoval zdravé‘, vracel nemocného ‚od smrti zpátky k životu‘ a v představách lidí býval ‚pánem nad životem a smrtí‘, ‚dělal zázraky‘ a připisovala se mu až magická moc. Lidé od lékaře očekávají spíše dominanci,*

*rozhodnost a aktivitu, zároveň pro sebe pochopení a osobní zájem. Samozřejmě má rychle, a nejlépe bezbolestně, pomoci!.*¹

Ertlová a Mucha (2008) podávají přehled **dovedností**, jimiž by měl disponovat záchranář. Řadí k nim:

- Efektivní (neverbální i verbální) chování
- Vysokou míru sebekontroly
- Schopnost vzhledu do dané krizové situace

Také Sihelská (2007) se zamýšlí nad tím, jaký by vlastně měl být zdravotnický záchranář – nejen jako člověk, odborník, ale také jako manažer, kolega a pedagog, a dospívá k následujícím charakteristikám:

- Záchranář by si měl být vědom, že chce svoji práci dělat, že jí bude muset například obětovat svátky namísto slavení s rodinou.
- Záchranář by měl mít určité fyzické dispozice, jako obratnost, vytrvalost či schopnost sáhnout až na dno svých fyzických sil.



Obr. 1 Osobnost záchranáře

¹ Srovnejte s pojmem „vítězná medicína“, viz kapitola 4.9.

- Záchranář by měl dosáhnout odborné erudice v oboru – teoretické vědomosti a praktické zručnosti, celoživotní samostudium, soutěže, stáže. Měl by to být člověk vzdělaný, moudrý, náročný na sebe i druhé, sebevědomý, ctižádostivý, morálně zralý, který dokáže komunikovat a pedagogicky působit.
- Záchranář by měl být psychicky a sociálně zralá osobnost – dobrá orientace v prostoru, rozhodnost, obětavost, ochota pomáhat druhým, taktnost, přesnost, spolehlivost, pohotovost a tvořivost, nepodléhání panice, trpělivost, kolegiálnost, schopnost spolehnout se jeden na druhého, respekt k ostatním osobnostem, klidná a harmonická osobnost, zdravě sebevědomá, ne však pyšná či povýšená, se silnou vůlí. Vystupování by mělo být pohotové, rozvážné, vysoce erudované a eticky vyspělé. Postižený ztrácí důvěru, když je záchranář člověk bez upřímného zájmu pomoci, chladný, odměřený, bezohledný a podobně.

Dovoluji si k výše zmíněným charakteristikám „ideálního“ záchranáře podotknout, že **záchranář není superhrdina, nadčlověk ani superman**. Je to „pouze“ člověk, stejně jako je člověk jeho pacient – v dobrém i zlém. Záchranář se jako lidská bytost principiálně odlišuje od pacienta pouze vzděláním a snahou dodržet základní pravidla: „*Salus aegroti suprema lex*“ (Zdraví pacienta je nejvyšším zákonem) a „*Primum non nocere*“ (Především neškodit).

Ve výše zmíněném (obsažném) výčtu všech požadovaných charakteristik však absentuje důležitá rovina životního nadhledu a schopnosti neztratit životní optimizmus ani v těžkých situacích, po náročných výjezdech. Mluvíme o té nedefinovatelné vlastnosti, která ze záchranáře dělá člověka – „normálního smrtelníka“, tedy osobu mající vlastní emoce, problémy i slabiny, ale připravenou pomáhat a udělat vše, v čem byla vyškolená, aby odvedla co nejlepší práci. Součástí je také uvědomění si, **co na světě změnit lze a co nikoliv**.

Bydžovský (2008) uvádí, že základními požadavky na osobnost záchranáře jsou „**znalost, zkušenost, zručnost, rychlost a chladnokrevnost**“². Zároveň charakterizuje práci terénních záchranných týmů (ZZS, HZS, PČR):

2 Tyto vlastnosti mohou být klíčovými pro přežití pacienta, zcela zde však chybí rovina psychosociální. V tomto ohledu se jedná spíše o etický problém, nicméně rozvinuté sociální dovednosti záchranáře mohou výrazně zlepšit stav pacienta.

- Práce na delší směny, ve dne i v noci
- Poslání, sebeobětování se
- Hluk, špína, nepříznivé počasí (zima, déšť, sníh)
- Setkávání se s „lidmi v nejhorším“, ale také s „nejhoršími lidmi“
- Nepředvídatelnost – „takové věci se prostě stávají“, „všechno je možné“
- Nic nefunguje na 100 %, nutnost improvizace
- Během sekund změna z nudy na teror („záchranář leží, nebo běží“)
- Řešení kritických situací – záchrana života, emočně vypjaté situace
- Stravování i osobní hygiena ve spěchu a stresu
- Ohrožení, nebezpečí, případně nasazení života
- Práce v dvou- či tříčlenných týmech, sociální izolace
- Vždy cizí pracovní prostředí
- Lidé málokdy poděkují
- Odbourána kontrola, vysoká zodpovědnost jednotlivců
- Vysoké nároky na odbornost – teoretické znalosti i praktické schopnosti
- Vysoké nároky na charakter, psychickou stabilitu a efektivní chování

Zacharová a kol. (2007) uvádí následující osobnostní předpoklady zdravotnických pracovníků:

- Tvůrčí přístup
- Kritičnost a sebekritičnost
- Dávka empatie
- Porozumění problémům druhých
- Vystupování klidné, ne povýšené, s pohotovými reakcemi, rozvážené, přiměřeně sebevědomé
- Trpělivost, umění se ovládat a odpoutat se od svých zájmů a potřeb
- Smysl pro humor
- Hodnotová orientace
- Humánní vztah k nemocnému

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

- **Soubor profesně odborných předpokladů**, které je možno převážně objektivně doložit (u záchranářů by to mohly být doklady

o dosaženém vzdělání, řidičský průkaz, výsledky ze záchranářských soutěží, praxe, informace a znalosti z oboru aj.)

- **Soubor vlastností** charakterizovaných způsobu chování, **kteří mají vysoký podíl emoční složky** (empatie, sociální inteligence, ohleduplnost, starostlivost, trpělivost, ochota, milý přístup, laskavost aj.)
- **Soubor výkonových kompetencí** (výkon, pracovitost, rychlost, rozhodnost, zručnost, pružnost, spolehlivost, postup dle standardů, rychlá orientace v „terénu“, přizpůsobivost, kreativita, schopnost práce ve stresu, pod tlakem aj.)
- **Týmová spolupráce** (schopnost pracovat v týmu, snášenlivost aj.)

Šeblová a kol. (2009) uvádějí, že podle zahraničních studií patří mezi typické osobnostní charakteristiky záchranářů mimo jiné i **vysoká odolnost vůči zátěži, ochota podstoupit vysoké riziko a orientace na činnost** – tedy rysy, které ke zvládnutí vypjatých situací pozitivně přispívají. Zároveň jsou však osobnostní charakteristiky záchranářů následující: potřeba řídit, vysoká potřeba stimulace a okamžitého ocenění, neschopnost říkat ne. Mnoho výše uvedených vlastností odpovídá **osobnostnímu typu A³**, více ohroženému nejenom vznikem syndromu vyhoření, ale i psychosomatickými dopady stresu včetně zvýšené rizikovitosti infarktu myokardu!

Vzhledem k osobnosti zdravotníka bývá zmiňován tzv. „syndrom pomahačů, pomocníků“⁴ (z něm. „Helfer Syndrom“) (např. Schmidbauer, 2008; Vymětal, 2003; Venglářová, 2011). Syndrom postihuje osoby, které mají velice intenzivní potřebu se o někoho (kohokoliv) starat v profesním i soukromém životě – leckdy i přes možný odpor „oběti“. Lze předpokládat, že tak činí proto, aby se sami ve vlastních očích viděli lépe, měli ze sebe „dobrý pocit“, zbavili se výčitek a méněcennosti, které u nich vznikly v dětství pravděpodobně příliš přísnou výchovou.

-
- 3 Chování typu A je charakterizováno přívlastky: vysoké ambice, silné vyvinutý smysl pro povinnost, netrpělivost, agresivita, vznětlivost, podrážděnost, soutěživost, bojovnost, workoholizmus, egocentrismus. Osoby typu A jsou často samy původci svého stresu, stanovují si obtížné cíle a neumí odpočívat. Jsou výrazně náchylnější k poruchám srdeční činnosti a je u nich podstatně vyšší riziko infarktu. Naopak chování typu B se vyznačuje trpělivostí, klidem a vyrovnaností, vyšší tolerancí. Tyto osoby si ukládají rozumné cíle a lhůty, znají své hranice, jsou uvolnění, méně podléhají vášním a náhlým popudům, uvítají příležitost k uvolnění a relaxaci.
 - 4 Někdy také označován jako „syndrom Matky Terezy“, „syndrom spasitele“.

Pomáháním sytí potřeby, které u nich jinak nejsou v běžném životě uspokojovány. Motivací může být touha po uznání a lásce, přání mít moc nad pacienty či mít podíl na jejich životě. U těchto lidí je charakteristické, že jsou velice servilní, nápadně hodní, dělají vše jen „pro druhé“ a nerespektují vlastní city a potřeby. Povolání zdravotníka je pro ně útočištěm z jejich života. Jejich „pomáhání“ nepramení z čistého idealismu, spíše se snaží stabilizovat svoji „bezmocnou osobnost“. Někdy se můžeme také setkat v této souvislosti s osobami, které hledají v pomáhajících profesích spíše možnost mít moc (nad pacientem) a potřebu manipulovat druhým – tyto osoby pak zachovávají v každém případě paternalistický vztah k pacientům. Pokud je však zdravotnická či jiná profese zneužívána jako lék na vlastní problémy a nedostatečnost, je vysoce pravděpodobné, že se dotyčný bude trápit a zklamávat dále nejenom v osobním životě, ale i v tom profesním.

1.2 Syndrom vyhoření

U pomáhajících profesí hovoříme o syndromu vyhoření (také syndrom vypálení, vyprahnutí, **burn-out syndrom**). Syndrom vyhoření znamená **specifickou emoční únavu, stav citové vyčerpanosti**. Vyhoření nastupuje většinou v okamžiku, kdy dochází k **vyčerpání** určitých psychických **rezerv** z důsledku chronického stresu a zanedbáváním svých potřeb – tedy tehdy, kdy trvá dlouhodobá **nerovnováha mezi „výdejem“ a „příjmem“** = disbalance mezi fází zátěže a klidu, mezi aktivitou a odpočinkem. Na rozvoj vyhoření mají vliv nejenom vnější stresory – dlouhodobý stres (viz kapitola 4.1), ale podílejí se na něm výraznou měrou také **osobní charakteristiky jedince**: vysoké ambice, perfekcionismus, nabírání si více povinností, než je třeba – přetěžování se, potlačování vlastních zájmů, neschopnost asertivně jednat, workoholismus, přísná morálka vzhledem k sebehodnocení, typ chování A. Stock (2010) v této souvislosti uvádí mechanismy tzv. „vnitřních hlasů“, které nás motivují k vyšším výkonům, ale zároveň mohou intenzivně podporovat vyhoření. Máme je zvnitřněné v podobě jakýchsi pravidel. Jedná se o následující poháněcí mechanismy: *Musíš být silný! Buď rychlý! Zaber! Buď dokonalý! Buď se všemi zadobře! Všechno musíš zvládnout!* U většiny případů se podílejí na vyhoření oba vlivy – vnější i vnitřní.

U záchranářů může k rozvoji vyhoření docházet často. Je to logické vzhledem ke stresujícímu obsahu práce, vysoké zátěži, působení rušivých vlivů, možné frustraci, nedostatku uznání, malé zpětné vazbě či konfliktům s pacienty či kolegy. S takovýmto obsahem práce by však měli záchranáři dopředu počítat – na syndrom vyhoření je možné proto nazírat také jako na **nedodržování určitých psychohygienických pravidel, nedostatek péče o sebe a zanedbávání své psychické kondice či rovnováhy**. Šeblová a Kebza (2005) ve výsledcích studie stresu a syndromu vyhoření u ZZS uvádějí, že v rámci vyšetřeného souboru respondentů hrozí riziko rozvoje syndromu vyhoření zejména při delší době praxe na záchranné službě. Z profesních skupin jsou **nejohroženější skupinou pracovníci operačních středisek – dispečeri, dispečerky**. Náplň jejich práce je velice stresující – komunikují s lidmi v krizových situacích, musí od nich získat v krátkém časovém intervalu co nejvíce relevantních informací a podle těchto ne vždy kompletních informací se okamžitě rozhodnout, přitom mohou situaci ovlivnit pouze pomocí rad, nemají zpětnou vazbu o výsledcích a téměř žádné ocenění. Večeřová-Procházková (2005) hovoří při vyhoření o „fenoménu prvních let v zaměstnání“, kdy po vysokých očekáváním, entuziazmu a „profesní mytologii“ nastává zklamání, frustrace, bezmoc a rezignace.⁵

K hlavním **příznakům** syndromu vyhoření patří: **vyčerpání, odcizení, pokles výkonnosti**. Příznaky se projevují ve více rovinách:

- **Kognitivní rovina** – ztráta nadšení, pracovního nasazení, zodpovědnosti, nechuť a lhostejnost k práci, negativní postoj k sobě, práci, instituci, státu, životu, společnosti, únik do fantazie, potíže se zapomínáním, poruchy koncentrace a paměti, náchylnost k nehodám a profesnímu selhání (!)
- **Emocionální rovina** – sklíčenost, pocity bezmoci, beznaděje a prázdnoty, popudlivost, agresivita, nespokojenost se životem (vlastně téměř s ničím), pocity nedostatku uznání, subdepressivní či depresivní nálada, úzkostnost, nízká sebedůvěra, nekontrolovatelný pláč či výbuchy vzteku, strach, apatie, nedostatek sebevědomí a odvahy

5 Zatímco Šeblová vycházela ze studií prováděných na respondentech ze ZZS, Večeřová vycházela ze souboru, který se týkal lékařů standardních oddělení. Ona diskrepance mezi dobou vyhoření je možná zapříčiněna obsahem práce. Záchranáři díky variabilitě a akčnosti zaměstnání „vyhořívají“ déle.

- **Tělesné příznaky** – nedostatek energie, poruchy spánku, chuti k jídlu, náchylnost k nemocím, rychlá unavitelnost a stálá vyčerpanost, vysoký krevní tlak, vegetativní obtíže (srdce, dýchání, zažívání), poruchy spánku, sexuální poruchy, celkově celá řada somatických obtíží jako bolesti zad či hlavy, prodlužuje se doba nutná k regeneraci organismu, abúzus alkoholu a drog
- **Sociální vztahy** – odcizení, omezení kontaktu s klienty, kolegy i kamarády, přibývání konfliktů v soukromí i na pracovišti, minimalizace konverzace – vyhýbání se složitým tématům, nedostatečná příprava k výkonu práce, nezájem o další vzdělávání, nezájem vystoupit z rutiny, ztráta zájmů obecně, vnitřní rezignace, pasivita, cynismus, postupná ztráta idealismu, cílevědomosti a zájmu (Večeřová-Procházková, 2005; Stock, 2010)

Dochází ke zvýšené konzumaci alkoholu, kávy, tabáku, některých léků a případně i drog. Rozvoji předchází období výrazného pracovního vypětí. Následuje pokles výkonnosti a kreativity, dochází k emočním změnám (Beran, 2010).

Pojďme si ukázat na příkladu typický **vývoj syndromu vyhoření**. Jednotlivé fáze nemusí přesně vždy probíhat dle nastíněného vzorce. Vyhoření probíhá dlouhodobě, u každé fáze se může jednat o měsíce i roky.

Fáze nadšení: neefektivní výdej energie, nadprůměrné nasazení – záchranář si bere služby navíc, aktivně a s nadšením se účastní mnoha školení a seminářů, volný čas věnuje profesním povinnostem na úkor relaxace či aktivního odpočinku, dobrovolně se přepracovává, o práci má extrémní zájem, někdy hraničící až posedlostí. Vše se točí okolo práce, koníčky jsou vesměs také záchranářské, na ostatní nezbyvá tolik času. Další determinantou je idealistický přístup a nereálné požadavky kladené na sebe i okolí – zdravotník věří, že zachrání všechny pacienty, má sil na rozdávání a pevně věří, že když bude vysílat dobro, bude se mu vždy i vracet.

Fáze stagnace: nadšení dohasíná z mnohých příčin, dochází k přehodnocení ideálů vzhledem k realitě, práce již není tak zajímavá a vzrušující, u záchranáře nastupuje pocit, že nestíhá nic jiného, hlásí se resty z ostatních oblastí života, záchranáři začíná docházet, že existuje i oblast mimopracovní a že by měl být dostatečně finančně oceněn za tak

náročnou profesi – dříve opomíjené hodnoty začínají nabývat na významu. V této fázi nemusí ještě ani okolí, ani sám postižený vnímat příznaky vyhoření.

Fáze frustrace: nastupuje, když si záchranář uvědomí omezenost svých možností a skutečnosti, začíná pochybovat o smysluplnosti své profese. Roste jeho zklamání a pociťuje nedostatek uznání ze strany pacientů, kolegů, nadřízených. Může si klást otázky typu: „*Má to vůbec smysl, komu vůbec pomůže, když to budu dělat lépe, když to stejně dopadne špatně?*“ V této fázi jsou již problémy emocionální, možné hádky na pracovišti apod.

Fáze apatie: přichází vnitřní rezignace, trvalá nespokojenost v práci, pocit zklamání. Žádné vyhlídky na lepší budoucnost mají za následek, že záchranář vidí situaci jako: „*Nejlépe je zalézt do ulity, dělat jen rutinu, stereotypně, s co nejmenším výdejem emoční i fyzické energie,*“ nastupuje vzdorovitost – „*nemusím nic, já se za ty peníze nepředřu, paní, mně ten úsměv nikdo nezaplátí*“. K případům přistupuje zcela byrokraticky – infarkt, číslo, datum – neošetřuje osoby či pacienty (odcizení), neřáději by jen měřil a používal přístroje, než byl v kontaktu a vyptával se. Je skeptický, cynický, k pacientům až arogantní („*Paní, to mně nebudete vykládat*“, „*ale prosím Vás*“, „*no, to Vám určitě budu věřit*“, „*nechte mě dělat moji práci, na nic jsem se neptal*“). Objevují se závažnější problémy v rodině, konflikty na pracovišti i v partnerství, přecitlivělost, neustálá podrážděnost. Syndrom vyhoření je na vrcholu.

Fáze intervence: zde záleží na záchranáři, co si sám zvolí, jak na sobě bude chtít pracovat. Intervencí je zde totiž myšlen jakýkoliv krok, který „postižený“ udělá, aby přerušil bludný kruh syndromu vyhoření a našel opět efektivní způsoby práce, života apod. (změna práce, přátel, přestěhování, terapie, výcvik).

K rozvoji syndromu vyhoření přispívá pracovní stres, ale také naše osobnostní charakteristiky. **Syndromu vyhoření budeme pravděpodobně vystaveni více:**

- Když neumíme říct ne.
- Když na nás působí těžší tlaky, jež neumíme řešit.
- Když neumíme delegovat věci na druhé.
- Když se neumíme podělit o problémy.

- Když jsme příliš pracovití a důslední.
- Když se musíme mnohého vzdát, abychom mohli dělat svoji práci.
- Když neúspěch bereme jako osobní porážku.
- Když se snažíme umět vše perfektně, máme moc cílů po moc dlouhou dobu.
- Když máme pocit, že vše musí jít jako po másle – bez chyb a bez problémů, bereme si všechny kritiky moc osobně a moc k srdci.
- Když máme pocit, že jsme nepostradatelní.
- Když dáváme příliš velkou emocionální podporu po celou dobu.
- Když se nemáme kam obrátit s našimi problémy, kde se vypovídat.
- Když se neumíme oprostít od práce a věnovat se koníčkům.
- Když budeme toužit po nadměrném společenském uznání.
- Když budeme věřit myšlence, že vše musí jít snadno, vše se musí okamžitě uskutečnit.
- Když budeme klást důraz na věci, které nejsou důležité.
- Když si budeme brát vše osobně.
- Když netušíme, že bychom mohli být ohroženi syndromem vyhoření (Večeřová-Procházková, 2005; Venglářová, 2011).

Nejvhodnějším řešením syndromu vyhoření je jeho **prevence**. K možnostem prevence patří i následující rady, jak se bránit syndromu vyhoření (volně podle Špatenkové, 2008):

- **Nepropadejte syndromu mesiáše** – nejste zodpovědní za všechno, s čím se v praxi setkáváte; nemůžete odstranit všechnu bolest světa; nemůžete změnit nespravedlnost, nemůžete zemřelého vrátit do života či zachránit všechny pacienty. Nad některými věcmi nemáme kontrolu a nelze je změnit.
- **Obohaťte svoji práci** – dělejte také něco jiného než přímou záchranářskou práci (výuka první pomoci, zdravotník na akcích), pokuste se v životě o pestrost a různorodost.
- **Zorganizujte si dobře svoji práci** – nepřeceňujte se, zkuste si naplánovat nějaké volno, které si užijete podle svého. Služby navíc, domácí povinnosti, starost o rodinu – pokud je všeho stále moc bez možnosti relaxace, může tato situace vést až k syndromu vyhoření.
- **Užijte si dostatečně přestávky** – projděte se, protáhněte, dopřejte si něco dobrého k jídlu, relaxujte. U ZZS není často možné si přestávky naplánovat, je však možné zkusit využít volný čas jen a jen

pro vás. Pokuste se z každé volné chvíle „vytěžit“ co nejvíce – podle toho, co vás těší.

- **Vyvarujte se negativního myšlení** – i když se na vás valí bolest a beznadějí! Pochvalte se, zkuste najít nějaká pozitiva na své práci a na životě. Pokud vás ale přemůže smutek, klidně se vyplačte.
- **Předcházejte problémům s pacienty/kolegy** – používejte adekvátní techniky a metody, nevstupujte do konfliktů, nenechte se vyprovokovat, ohrozit. Nezbytná k této dovednosti je asertivita, emoční inteligence apod.
- **Pokuste se zachovat klid** – pomoci může meditace, antistresové programy, copingové strategie apod.
- **Vyhledávejte nové výzvy** – něco nového se uče, buďte otevření novým zkušenostem, vzdělávejte se, navštěvujte kurzy. Pracujte na svém profesním i osobnostním rozvoji.
- **Hleďte a získejte podporu** – od kolegů, přátel, známých. Udržujte pomocnou sociální síť, požádejte o radu v případě potřeby, konzultujte své problémy s kolegy, starosti si nenechávejte pro sebe, provádějte na pracovišti debriefing, pravidelně se účastněte supervizí.
- **Neodmívejte pomoc, naopak ji vyhledávejte** – jste jenom lidé, ne superhrdinové. U takto náročné práce je to téměř nutnost! To, že o pomoc požádáte, z vás nedělá slabochy nebo neschopné záchranáře, spíše naopak!
- **Žijte zdravě** – nepřepínejte se, věnujte se pravidelné tělesné aktivitě, dopřejte si zdravou stravu, dostatek spánku, doplňujte tekutiny. Minimalizujte přísun kofeinu, nikotinu, alkoholu či jiných drog.
- **Doplňujte pravidelně energii** – věnujte se dostatečně koníčkům a zálibám, odpočívejte, relaxujte, buďte s lidmi, se kterými je vám dobře, dělejte to, co vás naplňuje.
- **Pečujte o sebe** – užívejte si. Dělejte si radost (i maličkostmi). Dovolte si luxus. Vychutnávejte, že život může být příjemný a naplňující.

Pokud záchranář pociťuje sám na sobě příznaky syndromu vyhoření nebo je u něj postřehli jeho profesní kolegové, je nutností zasáhnout. Celkově by měl záchranáře podpořit i zaměstnavatel – nabídnout psychologickou pomoc a podporu. Je nutné změnit mnoho zaběhlých věcí i činností (v ideálním případě i pracovní pozici – alespoň na čas). Záchranář se musí svěřit do odborné péče a naučit se dbát určitých zásad. Klasickým problémem však zůstává stigmatizace lidí navštěvujících psychologa či jiné terapeutické služby.