



UNIVERZITA KARLOVA  
I. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví  
Studijní obor: Intenzivní péče

**Bc. Petra, Kukelková**

Postoje zdravotníků na jednotce intenzivní péče k pacientům po sebevražedném pokusu

Attitudes of health care professionals in intensive care to patients after suicide attempt

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Václav, Kukol  
Konzultant: Mgr. Denisa, Dokulilová

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 9. 6. 2016

PETRA KUKELKOVÁ

.....

### **Identifikační záznam**

KUKELKOVÁ, Petra. Postoje zdravotníků na jednotce intenzivní péče k pacientům po sebevražedném pokusu. [Attitudes of health care professionals in intensive care to patients after suicide attempt]. Praha, 2016. 109 s., 4 příl. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Kukol, Václav.

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce pojednává o postojích zdravotníků na jednotce intenzivní péče k pacientům po sebevražedném pokusu. Úvodní kapitoly se detailně věnují suicidální problematice, nastiňují zdroje emočních problémů a zátěže, se kterými se mohou zdravotníci při výkonu svého povolání setkávat. Následující kapitola hovoří o syndromu vyhoření. Výzkumná část práce mapuje postoje zdravotníků k pacientům po suicidálním pokusu, zjišťuje úroveň a efektivitu informovanosti zdravotníků v psychiatrické a psychologické problematice a její vliv na jejich postoj, posuzuje povědomí o syndromu vyhoření a případné vlastní zkušenosti respondentů s tímto stavem a dále hodnotí míru psychické a emoční náročnosti při péči o pacienta po sebevražedném pokusu. Kvalitativního výzkumu formou semistrukturovaných rozhovorů se zúčastnilo 20 respondentů. Shledali jsme, že postoje zdravotníků k pacientům po suicidálním pokusu jsou spíše pozitivní. Překvapivým zjištěním bylo, že 70 % respondentů neabsolvovalo žádný seminář či kurz zaměřený na výše uvedená témata, a že se žádný z nich aktivně nezajímá o konkrétní problematiku intenzivní péče o psychiatrického nemocného se somatickým onemocněním a ani o problematiku suicidií. Znepokojivým zjištěním bylo, že na sobě 85 % respondentů za dobu své praxe pozorovalo nějaké příznaky syndromu vyhoření, 60 % v minulosti a 25 % je jimi dokonce postiženo v současné době. Šetření dále prokázalo nesporný vliv syndromu vyhoření respondentů na jejich postoj k pacientům po suicidálním pokusu. Na 30 % respondentů klade péče o tuto skupinu pacientů vyšší psychické nároky.

### ***klíčová slova:***

sebevražedný pokus, postoj, zdravotnický pracovník, syndrom vyhoření

## **ABSTRACT**

The thesis focuses on the attitudes of health care professionals in intensive care to patients after a suicide attempt. First chapter deals with suicide issues in detail, outlines sources of emotional problems and stress which can health care professionals encounter. The next chapter talks about burnout syndrome. The research part surveys the attitudes of healthcare professionals to suicidal patients, investigates the level and effectiveness of the awareness of health care professionals in the psychiatric and psychological issues and its impact on their attitudes, assesses awareness of burnout syndrome and eventual respondent's own experiences with this condition and evaluates the degree of mental and emotional demands of care of suicidal patients. On the qualitative research in the form of semi-structured interviews participated 20 respondents. We found that the attitudes of health care professionals to patients after a suicide attempt are rather positive. A surprising finding was that 70 % of respondents didn't receive any seminar or course focused on topics mentioned above, and that none of them are actively interested in the specific issue of psychiatric intensive care of patients with somatic disease and neither the issue of suicides. A disturbing finding was that 85 % of respondents observed some symptoms of burnout during their practice, 60 % in the past, and 25 % are affected by them even today. The investigation further showed undoubted influence of burnout syndrome on the respondent's attitudes to patients after a suicide attempt. 30 % of all respondents says that the care of this kind of patients is more mentally demanding.

### ***keywords:***

suicide attempt, attitude, health care worker, burnout syndrome

## **Poděkování**

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucímu práce Mgr. Václavu Kukolovi a Mgr. Denise Dokulilové za odborné vedení, cenné rady, připomínky a drahocenný čas, který mi v průběhu zpracování mé práce věnovali.

# Obsah

<b>1 Úvod.....</b>	<b>9</b>
<b>2 Současný stav poznání .....</b>	<b>10</b>
<b>3 Sebevražda.....</b>	<b>13</b>
3.1 Definice sebevraždy .....	13
3.1.1 Historie.....	14
3.2 Epidemiologie.....	14
3.3 Druhy sebevražd.....	15
3.3.1 Parasuicidium.....	15
3.3.2 Biická sebevražda .....	16
3.3.3 Patická sebevražda.....	16
3.4 Suicidální vývoj.....	16
3.5 Rizikové faktory sebevražedného jednání.....	17
3.5.1 Věk a pohlaví.....	17
3.6 Způsoby provedení sebevraždy .....	18
3.7 Prevence.....	19
3.8 Léčba .....	19
3.8.1 Farmakoterapie .....	20
3.8.2 Psychoterapie .....	20
3.9 Legislativa .....	20
3.10 Náboženské hledisko .....	21
3.11 Sebevražednost v Česku .....	21
3.12 Péče o pacienta po suicidálním pokusu .....	21
<b>4 Psychologie zdravotníka .....</b>	<b>23</b>
4.1 Osobnost zdravotníka .....	23
4.1.1 Profesionální chování zdravotníků .....	23
4.1.2 Profesionální adaptace a deformace .....	24
4.2 Zdroje emočních problémů a zátěže zdravotníků.....	24
4.2.1 Příčiny emocionálního stresu.....	25
4.2.2 Autoregulace emocí .....	25
<b>5 Syndrom vyhoření.....</b>	<b>26</b>
5.1 Definice pojmu .....	26
5.2 Rizikové faktory vzniku syndromu vyhoření .....	27
5.2.1 Přehled profesí s rizikem vzniku syndromu vyhoření .....	27
5.2.2 Profesní a osobnostní rizikové faktory .....	28
5.3 Fáze syndromu vyhoření .....	28
5.4 Příznaky syndromu vyhoření.....	29
5.5 Diferenciální diagnostika syndromu vyhoření .....	29
5.6 Diagnostika syndromu vyhoření.....	30
5.7 Důsledky syndromu vyhoření.....	30
5.8 Prevence syndromu vyhoření .....	30
5.8.1 Duševní hygiena .....	31

5.9	Léčba .....	31
<b>6</b>	<b>Metodologie a výsledky .....</b>	<b>33</b>
6.1	Cíle diplomové práce .....	33
6.2	Charakteristika zkoumaného vzorku .....	33
6.2.1	Kritéria pro výběr respondentů .....	33
6.2.2	Výběr respondentů .....	33
6.2.3	Zkoumaný soubor .....	34
6.3	Postup při tvorbě rozhovorů .....	34
6.3.1	Sběr dat .....	35
6.4	Analýza dat .....	36
6.4.1	Věk .....	36
6.4.2	Nejvyšší dosažené vzdělání .....	37
6.4.3	Délka praxe .....	38
6.4.4	Motivace k volbě zdravotnického povolání .....	39
6.4.5	Naplnění zdravotnickým povoláním a úvahy o změně .....	41
6.4.6	Vzdělávání v oblasti psychologie, psychiatrie, syndromu vyhoření .....	43
6.4.7	Zájem o témata z oblasti psychiatrie a psychologie .....	45
6.4.8	Přínos získaných informací pro praxi .....	47
6.4.9	Znalost pojmu syndrom vyhoření .....	49
6.4.10	Postupy odraťování od pracovního stresu a duševní hygiena .....	51
6.4.11	Syndrom vyhoření u respondentů .....	53
6.4.12	Povědomí o možnostech psychologické pomoci .....	55
6.4.13	Využití psychologické pomoci .....	57
6.4.14	Soukromá zkušenost s vážně psychiatricky nemocným člověkem .....	59
6.4.15	Postoj k vážně psychiatricky nemocným pacientům .....	60
6.4.16	Zkušenosti s pacienty po sebevražedném pokusu .....	62
6.4.17	Emoční a psychická náročnost péče o pacienta po suicidálním pokusu ..	66
6.4.18	Dojmy při péči o pacienta po sebevražedném pokusu .....	68
6.4.19	Volba pacienta .....	70
6.4.20	Okolnosti ovlivňující postoj k pacientům po suicidálním pokusu .....	72
6.4.21	Vývoj postoje k pacientům po suicidálním pokusu .....	75
6.4.22	Vliv konkrétní životní zkušenosti na postoj k pacientům po suicidálním pokusu či na přístup k práci .....	77
6.4.23	Názor na finanční zátěž zdravotnického systému .....	79
6.4.24	Poznatky a připomínky .....	81
<b>7</b>	<b>Diskuse .....</b>	<b>84</b>
<b>8</b>	<b>Závěr a doporučení pro praxi .....</b>	<b>96</b>
<b>9</b>	<b>Seznam použité literatury .....</b>	<b>98</b>
	<b>Přílohy .....</b>	<b>103</b>



# 1 Úvod

Suicidalita a suicidium jsou významným celosvětovým společenským i medicínským problémem. V posledních letech došlo v České republice k mírnému nárůstu incidence sebevražd. V současné době se dle dostupných zdrojů sebevraždy podílejí na celkovém počtu úmrtí v důsledku vnějších příčin ve 26 % (Český statistický úřad: Sebevraždy, 2015). Také v naší praxi se bohužel stále častěji setkáváme s pacienty po suicidálním pokusu. Kontakt s jedincem, jenž vážně přemýšlí o smrti či se o ni již pokusil, v nás může podněcovat nejen silný pocit neodkladnosti a nutnosti kontroly, ale i úzkost, zlobu či pocit bezmoci. Je třeba si vůči němu uchovat respekt, být trpělivý a určitým způsobem i umírněný v pomáhání (Petr & Marková, 2014). Opakovaně jsme svědkem dilemat, která péči o tyto pacienty provázejí, ať už se jedná o pocit marnosti poskytované péče či potřebu pochopit čin, který ho k nám přivedl. Bojujeme o životy pacientů po rozsáhlých operačních výkonech, po vážných úrazech či s onkologickým onemocněním. Často tak v nás, zdravotnicích, vzniká vnitřní konflikt v případě, že si jiný chce vzít život dobrovolně a my mu v tom svou péčí vlastně bráníme. Sebevraždě jednající člověk je často považován za slabého, neschopného, nebezpečného a duševně nemocného. Nejlepší zbraní proti stigmatizaci těchto pacientů je dostatečná osvěta zdravotnického personálu o duševních chorobách vedoucí k jejich hlubšímu pochopení a neodsuzování.

Úvodní kapitola diplomové práce poskytuje náhled na suicidální problematiku, věnuje se rizikovým faktorům, věkovým a pohlavním rozdílům, prevenci a léčbě, informuje o sebevraždě v České republice a péči o pacienta po suicidálním pokusu. Následující část charakterizuje osobnost a profesionální chování zdravotníka, nastiňuje zdroje emočních problémů a zátěže, se kterými se mohou zdravotníci při výkonu povolání setkávat. Péče o pacienta po suicidálním pokusu mnohdy klade na ošetřující personál vyšší emocionální nároky a nejednou ji provází řada dilemat. Tyto okolnosti mohou u zdravotníků zvyšovat riziko vzniku syndromu vyhoření. Z těchto důvodů byla do diplomové práce zařazena kapitola, jež vymezuje pojem syndrom vyhoření, jeho současná pojetí a definice, dále informuje o možných rizikových faktorech a profesích, jež jsou tímto stavem více ohroženy. Popisuje fáze a příznaky syndromu vyhoření, diagnostiku, nastiňuje důsledky a v neposlední řadě se věnuje možnostem jeho prevence a léčby.

Ve výzkumné části práce se zabýváme zpracováním výsledků z vlastního kvalitativního výzkumu realizovaného formou semistrukturovaných rozhovorů. Interview jsme zachytili záznamovou technikou. Získaná data jsme analyzovali a zpracovali metodou otevřeného kódování. Hlavním cílem diplomové práce bylo zmapování postojů zdravotníků k pacientům po sebevraždě pokusu. Dílčími cíli bylo zjištění úrovně a efektivity informovanosti zdravotníků v psychiatrické a psychologické problematice a její vliv na postoj zdravotníků k pacientům po sebevraždě pokusu. Dále posouzení povědomí o syndromu vyhoření a případných vlastních zkušeností respondentů s tímto stavem a v neposlední řadě zmapování možné vyšší psychické a emoční náročnosti, jež může zdravotníky při péči o pacienta po suicidálním pokusu provázet.

## 2 Současný stav poznání

V české odborné literatuře dosud nebyla tématu postojů zdravotnických pracovníků k pacientům po sebevražedném pokusu věnovaná žádná pozornost, z tohoto důvodu jsme při tvorbě diplomové práce čerpali především ze zahraničních zdrojů zaměřených na tuto problematiku. Výběru relevantních tematických zdrojů předcházela systematická rešeršní analýza za použití těchto klíčových slov: sebevražedný pokus, zdravotnický pracovník, deprese, postoj, syndrom vyhoření a zvládání stresu. Na jaře 2015 jsme prohledali elektronické databáze dostupné na Ústavu vědeckých informací, především BMČ, PubMed a Embase. Dále jsme zažádali o vypracování rešerší v NLK a ve vědecké knihovně nemocnice, v níž probíhalo naše výzkumné šetření, kde byly využity zejména databáze MEDLINE a CINAHL Complete. Vyhledávání zdrojů jsme vymezili na jazyk anglický, německý a český a léta 2005-2015. Po celou dobu tvorby diplomové práce jsme sledovali relevantní aktuality nejen v českých odborných časopisech a pomocí výše uvedených databází dohledávali primární zdroje. Z celkového počtu 98 nalezených zdrojů jsme po důkladném prozkoumání použili 61 pramenů vztahujících se k tématu práce. Snažili jsme se použít co nejaktuálnější literaturu, k problematice syndromu vyhoření jsme si však dovolili použít bibliografii J. Krivohlavého z roku 1998, jednoho z nejvýznamnějších českých psychologů, kteří se věnují této problematice, neboť je tato publikace z našeho pohledu nepřekonaná. Veškeré literární zdroje, které byly v diplomové práci použity, jsme citovali prostřednictvím citační normy APA.

V následujícím přehledu uvádíme zahraniční studie týkající se tématu syndromu vyhoření a postojů zdravotníku k pacientům po sebevražedném pokusu, s nimiž jsme diskutovali naše výsledky. Studie jsme rozčlenili podle tématu a let, v nichž byly uveřejněny.

### *Syndrom vyhoření*

V letech 2012-2014 proběhla v Polsku kvantitativní studie mapující prevalenci syndromu vyhoření v řadách anesteziologů. Data byla shromážděna pomocí španělského dotazníku (Spanish Burnout Inventory). Celkem bylo rozesláno 600 dotazníků, návratnost tvořila 66 %. Výzkumný vzorek se skládal z 373 polských anesteziologů, 57,6 % žen a 42,4 % mužů, průměrného věku 42 let. U téměř 70 % respondentů studie odhalila střední až vysoké riziko vzniku syndromu vyhoření. Velmi vysoké riziko vyhoření bylo vyhodnoceno u 18 % účastníků. Klinické známky vyhoření byly zjištěny u 5,9 % respondentů (Misiołek, Gorczyca, Misiołek, & Gierlotka, 2014).

V roce 2014 byla provedena srovnávací studie zkoumající syndrom vyhoření u sester pracujících na psychiatrických odděleních městských a venkovských oblastí Austrálie. K výzkumnému šetření, jehož se zúčastnilo 319 respondentů, byl použit MBI a demografický dotazník. Byla zjištěna vyšší míra odosobnění i emocionálního vyčerpání u respondentů ve věku do 30 let. V incidenci syndromu vyhoření mezi venkovskými a městskými zdravotnickými zařízeními nebyly prokázány zásadní rozdíly (Singh, Cross, & Jackson, 2015).

V roce 2015 tým autorů uveřejnil systematický přehled 17 empirických kvantitativních studií o syndromu vyhoření zdravotních sester pracujících na odděleních Emergency publikovaných v letech 1989-2014. Šetření ukázalo, že vyhořením trpí 26 % sester pracujících na Emergency (Adriaenssens, De Gucht, & Maesc, 2015).

V téže roce probíhala na portugalských jednotkách intenzivní a paliativní péče srovnávací studie, z níž vyplynulo, že noční směny jsou jedním z vysoce rizikových pracovních faktorů. Kvantitativního výzkumu s použitím dotazníku MBI se účastnilo 355 respondentů. Bylo zjištěno, že 27 % respondentů trpí syndromem vyhoření, nebo vykazují vysoké riziko vzniku tohoto fenoménu (Teixeira, Pereira, Hernández-Marrero, & Carvalho, 2015).

V Íránu bylo v roce 2015 provedeno šetření, jehož cílem bylo porovnání vlivu stálých a střídavých směnných plánů na vznik syndromu vyhoření zdravotních sester na pracovištích intenzivní péče. Srovnávací studie se zúčastnilo 130 zdravotních sester se střídavým směnným plánem a 130 se stálým harmonogramem směn z 6 univerzitních nemocnic. Respondenti byli vybráni nahodile, většina účastníků byla z řad žen (62,7 %), mezi 22-29 lety, vdané (59,2 %) a s titulem Bc. (86,9 %). Ke sběru dat byl použit MBI dotazník. Autoři zjistili, že střídavý směnný provoz má pozitivní vliv na psychickou pohodu a pracovní spokojenost sester, dále že sestry intenzivní péče se stálým směnným plánem vykazují vyšší úroveň emocionálního vyčerpání a příznaky syndromu vyhoření v porovnání s těmi, které pracují ve střídavém směnném provozu (Shamali, Shahriari, Babaii, & Abbasinia, 2015).

#### *Postoje zdravotníků k pacientům po sebevražedném pokusu*

V roce 2006 byla zveřejněna studie, jež mapovala postoje sester k pacientům po sebevražedném pokusu a zjišťovala, zda věk zdravotních sester, délka praxe nebo další vzdělávání ovlivňují jejich postoje. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 43 registrovaných zdravotních sester oddělení Emergency hlavní městské nemocnice v Austrálii. Většina zdravotních sester neabsolvovala žádnou vzdělávací přípravu k péči o suicidální pacienty. Bylo zjištěno, že zdravotní sestry, které se zúčastnily dalšího vzdělávání v dané problematice, měly pozitivnější postoje než ty nezúčastněné, a že starší a zkušenější sestry měly pozitivnější postoje než ty mladší a méně zkušené (McCann, Clark, McConnachie, & Harvey, 2006).

Cílem kvantitativní studie provedené v roce 2007 bylo zhodnotit postoje 155 úrazových zdravotních sester k pacientům po sebevražedném pokusu a identifikovat faktory, které jejich postoje ovlivňují. Výzkum byl zaměřen na 7 velkých nemocnic v centru Tchaj-wanu. Byly prokázány pozitivnější postoje u sester s vyšší úrovní vzdělávání v této problematice a zkušenostmi s péčí o 1-10 pacientů po sebevražedném pokusu (Sun, Long, & Boore, 2007).

V roce 2009 byla ve Velké Británii publikována studie zkoumající znalosti a postoje ošetřujícího personálu k úmyslnému sebepoškozování pacientů. Výzkumného šetření se zúčastnilo 76 sester, kvalifikovaných i nekvalifikovaných, pečujících o dospívající nebo

dospělé hospitalizované pacienty v zabezpečených lůžkových zařízeních v rámci jedné organizace. Nekvalifikovaný ošetřující personál popisoval více negativních postojů a obav než kvalifikovaný personál. Dále bylo zjištěno, že ti zaměstnanci, kteří k této skupině pacientů zaujímalí negativnější postoj, měli větší obavy s nimi pracovat (Wheatley & Austin-Payne, 2009).

Finská studie porovnávala postoje zaměstnanců k pacientům po suicidálním pokusu na pohotovosti mezi 2 všeobecnými nemocnicemi. Dotazníkového šetření se zúčastnilo všech 115 pracovníků pohotovosti Nemocnice Jorvi a Nemocnice Malmi. Studie odhalila rozdíly v postojích zaměstnanců mezi výše uvedenými zařízeními. Pozitivnější postoje byly spojeny s ženským pohlavím, vyšším věkem respondentů a prací v Nemocnici Malmi. Překvapivým zjištěním pro autory bylo, že jen práce v Nemocnici Jorvi byla spojena s negativnějšími postoji (Suominen, Suokas, & Lönnqvist, 2009).

Cílem řecké kvantitativní studie z roku 2013 bylo prozkoumat postoje k sebevražednému pokusu u zdravotních sester pracujících na odděleních chirurgie, ortopedie, Emergency a JIP. Šetření, jehož se zúčastnilo 255 registrovaných a pomocných zdravotních sester pracujících ve 4 všeobecných nemocnicích, prokázalo, že mladší sestry, dále ty s méně zkušenostmi s pacienty po suicidálním pokusu, se specializací v ošetřovatelství a zejména sestry s magisterským titulem v oboru Ošetřovatelství, měly k těmto pacientům pozitivnější postoj. Nejméně pozitivní postoje měly sestry pracující na odděleních JIP (Ouzouni & Nakakis, 2013).

V témže roce byla v New Yorku uveřejněna srovnávací studie hodnotící emocionální reakce lékařů k výše uvedené skupině pacientů. Bylo zjištěno, že lékaři měli k pacientům po sebevražedném pokusu méně pozitivních postojů než vůči nesebevražedným pacientům (Yaseen et al., 2013).

Tým portugalských autorů se v roce 2014 věnoval těžkostem, s nimiž se zdravotníci potýkají při péči o pacienty se sebevražedným chováním. Kvantitativního šetření se zúčastnilo 196 respondentů. Byly odhaleny rozdíly mezi respondenty, kteří neabsolvovali seminář o sebevraždě, mezi profesními skupinami a v množství zkušeností s pacienty po sebevražedném pokusu. Dle autorů je specifické vzdělávání v suicidální problematice zásadní (Rothes, Henriques, Leal, & Lemos, 2014).

### 3 Sebevražda

Suicidalita a suicidium jsou významným celosvětovým společenským i medicínským problémem. Již konverzace na toto téma v zúčastněných mnohdy vzbuzuje úzkost a stres. Tyto pocity mohou souviset i s nedostatečným vyrovnáním se s faktem vlastní smrtelnosti.

První kapitola popisuje definici sebevraždy a historický náhled na suicidální jednání, informuje o druzích sebevražd a suicidálním vývoji. Další oddíly této kapitoly se věnují rizikovým faktorům, věkovým a pohlavním rozdílům a nejčastějším způsobům provedení sebevraždy. Poskytuje náhled na možnosti prevence a léčby pacientů po suicidálním pokusu, nastiňuje mezinárodní právní pohled a náboženské hledisko na toto jednání a v neposlední řadě informuje o sebevražednosti v České republice a péči o pacienta po suicidálním pokusu.

#### 3.1 Definice sebevraždy

Existuje celá řada definic sebevražedného jednání. Pro vývoj v pohledu společnosti na tento čin jich zde pro zajímavost uvádíme hned několik.

*„Sebevražda je činem člověka, jenž si sáhne na život ve stavu pomatenosti. Všichni kandidáti sebevraždy jsou pomatení“* (Durkheim, 1897, in Monestier, 2003, p. 14).

*„Jako sebevraždu označujeme smrt, která je přímo či individuálně důsledkem pozitivního či negativního činu spáchaného samotnou obětí, jež přitom ví, že důsledkem tohoto činu bude smrt“* (Halbach, 1930, in Monestier, 2003, p. 14).

*„Jako sebevraždu označujeme všechny smrtelné případy, jež jsou důsledkem činu spáchaného přímo obětí s úmyslem nebo s cílem se zabít, pokud nejde o obětování“* (Achille Delmas, 1932, in Monestier, 2003, p. 14).

*„Sebevražda je akt, jímž si přivodí smrt člověk zcela při smyslech, který, ač by si mohl vybrat život, raději zemře, přestože k tomu není nucen žádnými etickými závazky“* (Dehaies, 1947, in Monestier, 2003, p. 14).

*„Sebevražedný čin je útok proti vlastní osobě s různým stupněm úmyslu zemřít. Sebevražda je sebezničující čin s fatálním výsledkem“* (Světová zdravotnická organizace, 1968, in Monestier, 2003, p. 14).

*„Sebevražda je čin, jímž si člověk, obvykle vědomě, přivodí smrt, kterou pokládá za prostředek nebo konec“* (Baechler, 1975, in Monestier, 2003, p. 14).

*„Sebevražda je takový způsob autoagresivního jednání, který zřetelně vyjadřuje úmysl jedince vědomě ukončit život a cílevědomou snahu zvolit si k tomuto účelu prostředky, u nichž je možno předpokládat, že k zániku vlastního života povedou“* (Viewegh, 1978, in Procházková, 2002).

*„Suicidium (sebevražda) je vědomé a úmyslné ukončení života“* (Marková, Venglářová, & Babiaková, 2006, p. 279).

Papežová (2014) uvádí, že suicidium je nejen aktem vědomého a úmyslného ukončení života, ale zejména projevem narušeného pudu sebezáchovy.

Autoři Doubek a Hons zdůrazňují, že suicidalita není nemocí, nýbrž behaviorálním příznakem řady duševních chorob, například deprese, schizofrenie, bipolární poruchy, alkoholismu, narkomanie aj. (Papežová, 2014). 80 až 90 % suicidálních pacientů splňuje kritéria psychického onemocnění, což jen potvrzuje fakt, že je suicidalita převážně psychiatrickým problémem. Část pacientů přijatých k hospitalizaci na psychiatrická oddělení tvoří jedinci po sebevražděném pokusu. Suicidálnímu chování u pacientů trpících úzkostnými poruchami by měla být věnována náležitá pozornost, neboť „*jeho nedostatečná detekce a léčba může vést ke zbytečným ztrátám na životech, případně při neúspěšných pokusech vést ke zvýšené sebestigmatizaci i stigmatizaci*“ (Kamarádová, Praško, & Látalová, 2015, p. 156). Sebevražda má dlouhodobý dopad na členy rodiny, přátele a kolegy z práce zesnulého. Gilliland & James (2013) uvádějí, že pouze 15 až 40 % sebevrahů zanechává dopis na rozloučenou.

### 3.1.1 Historie

V dobách starověkého Řecka a Říma byla sebevražda považována za odpovídající akt vyrovnání se s vojenskou porážkou. Přestože byl zprvu dobrovolný odchod ze života ve starověkém Římě dovolen, později byl kvůli vysokým nákladům na pohřeb, jenž musel stát hradit, pokládán za zločin proti státu. V Aténách nebyl člověku, který spáchal sebevraždu bez povolení státu, dovolen pohřeb s náležitými poctami. Zemřelý byl pohřben na okraji města, osamoceně, v neoznačeném hrobě. Roku 1670 byl francouzským králem Ludvíkem XIV. vydán trestní výnos, jenž ukládal přísné potrestání sebevražděného jednání. Tělo zemřelého bylo vláčeno ulicemi tváří dolů, následně oběšeno nebo pohozeno na smetišti. Veškerý majetek mrtvého byl zkonfiskován, v některých případech museli dokonce pozůstalí zaplatit za zesnulého pokutu za hanbu, kterou na rodinu sebevraždou uvalil (Maris, Berman, Silverman, & Bongar, 2000). Křesťanské náboženství považuje sebevraždu za těžký hřích. Ti, kteří se pokusili o sebevraždu, byli exkomunikováni. Sebevražda byla v Evropě dříve chápána jako čin zaviněný hřichem, v 19. století na ni bylo nahlíženo jako na důsledek nepřičetnosti (McLaughlin, 2007).

Od 19. století se objevují první pokusy o vypracování teorie sebevraždy. Lékaři Dominiq Esquirol a Moreau de Toure na počátku 19. století předpokládali, že sebevrazi jsou duševně nemocní lidé. Teorie Maurice Haldwacha spojuje dobrovolnou smrt s duševními problémy, které vyplývaly ze sociálního klimatu. Zakladatel moderní sociologie Emil Durkheim na konci 19. století připustil, že i duševně zdraví lidé mohou spáchat sebevraždu, často z důvodů, které znali jen oni sami. „*Sebevražda se stávala výhradně sociologickým jevem*“ (Monestier, 2003, p. 14).

### 3.2 Epidemiologie

Světová zdravotnická organizace (dále jen „WHO“) sleduje a zkoumá mechanismy sebevraždy v celosvětovém měřítku již od roku 1950. WHO shromažďuje údaje o úmrtí v důsledku sebevražděného jednání z více než sta zemí a podílí se tak na utváření

celosvětové databáze. Dle odhadů WHO zemřelo v roce 2012 následkem sebevraždy 800 tisíc až milion lidí, což činí 1,4 % ze všech úmrtí na celém světě. Sebevražda je dle statistik WHO za rok 2012 15. nejčastější příčinou úmrtí a 2. nejčastější příčinou smrti ve věku mezi 15 až 29 lety (Mental health: Suicide data, 2012). Celosvětový průměr incidence dokončených sebevražd se odhaduje na 11,6 na 100 tisíc obyvatel. Ze získaných dat vyplývá, že se během posledních 50 let problém sebevražedné mortality přesouvá ze západní do východní Evropy a Asie. Podle WHO zaujímají přední pozice v četnosti sebevražd Litva s nejvyšší mírou sebevražednosti (34,1 na 100 tisíc obyvatel), Japonsko a Maďarsko. Významnými přispěvateli do celosvětových statistik sebevražd jsou i Čína a Indie, v průběhu posledních 15 let zaznamenala významný nárůst počtu sebevražd také Jižní Korea. Čína je pokládána za jedinou zemi, kde je vyšší míra incidence sebevražd u žen než u mužů. Významnou roli zde hrají kulturní faktory a regionální rozdíly v socioekonomické situaci (Várník, 2012).

Suicidální jednání je v mnoha zemích řazeno mezi prvních 10 příčin úmrtí napříč všemi věkovými kategoriemi (Hadjipapanicolaou, Kališová, Kozelek, Žukov, & Glaser, 2014). V Evropské unii se ze všech úmrtí způsobených externími faktory podílí smrt následkem sebevražedného jednání v 24,4 %. I přesto, že prevalence sebevražedného chování klesá, umírá v Evropě následkem sebevražedného jednání přibližně 10 až 15 ze 100 tisíc obyvatel ročně. V současné době nezaujímá žádná západoevropská země přední místo ve světové 10 v sebevražedné mortalitě. Na rozdíl od západní Evropy je míra sebevražednosti ve východní Evropě až 2x vyšší (Kamarádová, Praško, & Látalová, 2015).

### 3.3 Druhy sebevražd

Přibližně 25 % lidí zemřelých dokonanou sebevraždou učinilo v minulosti nejméně 1 suicidální pokus. Tímto pokusem se rozumí vědomý úmysl jedince zemřít, ten však přes své snahy život ukončit zůstává naživu. Ženy v České republice (dále jen „ČR“) páchají sebevražedné pokusy 3x častěji než muži (Český statistický úřad: Sebevraždy, 2015). Procházková (2002) uvádí, že nejvyšší riziko dokonané sebevraždy hrozí v prvních 3 měsících po suicidálním pokusu. Autorky Marková, Venglářová, & Babiaková (2006) charakterizují sebevražedný pokus jako impulzivní jednání a varují, že nejvyšší riziko opakovaného suicidálního pokusu hrozí v prvních 6 měsících po předchozím pokusu. Až 20 % osob do roka zopakuje další pokus a až 10 % jedinců zemře do 10 let na dokonanou sebevraždu.

#### 3.3.1 Parasuicidium

Parasuicidium, dříve nazývané demonstrativní sebevraždou, je sebepoškozující jednání, jež je „*spjato s přáním dočasně uniknout ze zdánlivě neřešitelné situace nebo se snahou vynutit si jiný postoj okolí k vlastní osobě*“ (Procházková, 2002, p. 33). Lze říci, že je voláním o pomoc, jež signalizuje neschopnost jedince komunikovat o své situaci jiným způsobem. Smrt není prvotním přáním jedince, jestliže k ní dojde, tak většinou nešťastnou shodou náhod. Toto jednání, jež je častější u žen a adolescentů, je obvykle impulzivní, bez předchozí přípravy (Petr & Marková, 2014).

### 3.3.2 Biická sebevražda

Bilanční sebevražda a sebeobětování jsou druhy biické sebevraždy, jejíž motivy zpravidla vycházejí z reality. Bilanční sebevraždu páchá jedinec po posouzení své současné nepříznivé životní situace, kdy se domnívá, že pro něj i jeho okolí bude jeho smrt nejlepším řešením. Častěji se objevuje spíše u starších lidí. Sebeobětováním se rozumí sebevražedná aktivita, jež není provázená touhou po vlastní smrti, ale s cílem prospět tímto činem někomu jinému (Marková, Venglářová, & Babiaková, 2006, Petr & Marková, 2014).

### 3.3.3 Patická sebevražda

Patická sebevražda je jednáním, jež je zapříčiněno psychopatologií, nejčastěji depresí, panickými poruchami, závislostmi, schizofrenií a poruchami osobnosti (Marková, Venglářová, & Babiaková, 2006).

## 3.4 Suicidální vývoj

V počátku suicidálního vývoje můžeme pozorovat soubor příznaků, jež předcházejí sebevražednému jednání a které byly popsány vídeňským profesorem E. Ringelem, tzv. Ringelův presuicidální syndrom. V prvotní fázi dochází k *zúžení osobního prostoru*, jedinec se cítí jako v pasti, uvědomuje si, že svou situaci nezvládá, trpí úzkostí, beznadějí, bezmocí až zoufalstvím, ztrácí kontrolu nad svými emocemi. Stahuje se do sebe, ztrácí schopnost se radovat a uzavírá se před okolním světem. Následují *projevy zablokované či proti sobě obrácené agrese*, jedinec znevažuje sám sebe, nenávidí se a tento hněv obrací proti sobě. Objevují se *naléhavé suicidální fantazie*, člověk se těmito myšlenkám zpočátku snaží bránit, považuje je za špatné. Jedinec se postupně přestává těmito myšlenkám bránit, fantazie se však postupně stávají naléhavějšími, přinášejí obraz úlevy a ukončení trápení. Sebevražda se zdá být jediným východiskem situace, člověk si promýšlí nejvhodnější způsob jejího provedení (Petr & Marková, 2014).

Suicidální chování se vyvíjí postupně. Zpočátku se objevují *sebevražedné myšlenky*, které nemají konkrétní obraz, člověk se jim brání, zapuzuje je, mohou se projevovat jako únava životem. Dalším stadiem jsou *sebevražedné tendence*, kterým se jedinec již nebrání, ale zatím k nim zaujímá pasivní a nejednoznačný postoj. V dalším vývoji se objevují *sebevražedné úvahy*, kdy si jedinec začíná promýšlet nejvhodnější postup a ztotožňuje se s myšlenkami o ukončení vlastního života. Následuje rozhodnutí o realizaci sebevraždy, které může v jedinci vyvolat zklidnění a v jeho okolí utvářet zdánlivé zlepšení stavu. Jedinec pak vyčkává na vhodnou chvíli k realizaci sebevraždy. Existuje však riziko náhlého sebevražedného aktu v rámci impulzivního nebo zkratovitého jednání (Procházková, 2002, Marková, Venglářová, & Babiaková, 2006).



### 3.5 Rizikové faktory sebevražedného jednání

Suicidalita se jako symptom může objevit u všech psychiatrických onemocnění, ale i nezávisle na psychiatrickém onemocnění ve vážných životních krizích. Z psychických poruch na suicidální tendence musíme myslet zejména u deprese, psychózy, agitovanosti, u těžkých úzkostných poruch, posttraumatické stresové poruchy, hypochondrické poruchy a u hraniční poruchy osobnosti (Praško, 2006).

Rizikovými faktory sebevraždy jsou psychiatrické poruchy, narkomanie, různé psychické stavy, předchozí pokusy o sebevraždu, traumatické poranění mozku, kulturní, rodinné a společenské situace, snadná dostupnost prostředků k jejímu spáchání (Hawton, Saunders, & O'Connor, 2012) a genetická dispozice. Studie potvrzují podíl genetiky přibližně u 38 % až 55 % případů sebevražedného chování (Brent & Melhelm, 2008). Dalšími vlivy, které mohou myšlenky na sebevraždu vyvolat, jsou socioekonomické faktory - nezaměstnanost, chudoba, diskriminace a bezdomovectví. Autoři Kamarádová, Praško, & Látalová (2015) považují za nejčastější rizikové faktory suicidality deprese, úzkostné poruchy (panické poruchy, posttraumatické stresové poruchy) a abúzus alkoholu. „*Depresivní porucha je spojená nejen s vysokým rizikem suicidálního chování, ale i vysokým počtem dokonaných suicidií*“ (Papežová, 2014, p. 273). Další skupinou, která je ohrožena vyšším rizikem sebevraždy, mnohdy v důsledku psychických onemocnění a zdravotních problémů souvisejících s válkou, jsou váleční veteráni (Rožanov & Carli, 2012). Existují také určité souvislosti mezi suicidalitou a zdravotními problémy. Pro osoby trpící chronickou bolestí, invaliditou, zhoubným nádorovým onemocněním, HIV infekcí, systémovým lupem erythematosem či traumatickým poraněním mozku může být jejich onemocnění hlavním důvodem sebevraždy (Manthorpe & Iliffe, 2010).

#### 3.5.1 Věk a pohlaví

Statistiky dokazují, že v západním světě umírá v důsledku sebevraždy 3x až 4x více mužů než žen, a to i přes to, že ženy se o sebevraždu pokoušejí až 4x častěji než muži. Toto je často zapříčiněno skutečností, že muži používají k ukončení života mnohem nebezpečnější prostředky než ženy. Rozdíly mezi pohlavími jsou mnohem významnější ve věkové kategorii nad 65 let, kdy se uvádí, že až 10x více mužů než žen spáchá sebevraždu (Chang, Gitlin, & Patel, 2011). V mnoha zemích je nejvyšší incidence sebevražd u osob středního věku a u starších lidí. Sebevražda je 2. nejčastější příčinou smrti u adolescentů a mladých mužů ve věku mezi 15 až 29 lety. Hlavní příčinou úmrtí výše uvedené věkové skupiny je smrt následkem nehody. Největší rozdíly mezi pohlavími jsou odhadovány na evropském kontinentu, kdy se uvádí, že muži zmírají sebevraždou 4x častěji než ženy. Naopak nejmenší rozdíly mezi pohlavími jsou hlášeny z regionu východního Středomoří (Mental health: Suicide data, 2012).

Nejvyšší počet sebevražd u žen je pozorován v Jižní Koreji, v průměru 22 sebevražd na 100 tisíc obyvatel. Také Čína uvádí jeden z nejvyšších počtů sebevražd žen na světě, v současnosti je jedinou zemí světa, kde je sebevražda u žen častější než u mužů (Weiyuan, 2009). Na rozdíl od jiných světových oblastí uvádí jihovýchodní Asie vysoký počet sebevražd mladých žen ve věku 15 až 29 let oproti ženám vyššího věku. V oblasti

západního Tichomoří je hlášena vysoká míra sebevraždy u žen nad 45 let. U mužů ve věku 15 až 29 let je nejvyšší počet sebevražd hlášen z asijského regionu Jihovýchod, ve věkové skupině 45 až 59 let u evropských mužů a ve věku nad 60 let z regionu západního Pacifiku. V oblasti východního Středomoří je rozdíl v počtu sebevražd u mužů a žen minimální (Várník, 2012). Spojené státy hlásí nejvyšší počet dokonaných sebevražd ve skupině mužů europoidní rasy starších 80 let (Mental health: Suicide data, 2012).

V ČR měli vždy významně vyšší tendence k sebevraždě muži než ženy, ve 2. polovině 20. století byl počet sebevražd mužů oproti ženám dvojnásobný. Od 90. let se tyto rozdíly ještě postupně prohloubily. Dle zjištění Českého statistického úřadu z let 2010 až 2014 připadá na 1 sebevraždu ženy 4,7 sebevražd mužů. Nejvyšší počet sebevražd u mužů je ve věku 50 až 54 let, tj. v průměru 2,8 sebevražd na 100 tisíc obyvatel. U žen dosahuje sebevražd nejvyšší míry ve věkové skupině 45 až 49 a 50 až 54 let, v průměru 0,6 sebevražd na 100 tisíc obyvatel (Český statistický úřad: Sebevraždy, 2015).

### 3.6 Způsoby provedení sebevraždy

Mezi nejběžnější způsoby provedení sebevraždy, jež se v různých zemích liší, patří oběšení (60-85 %), otrava pesticidy (6-75 %), použití střelné zbraně (80-90 %), utonutí (65-80 %), otrava výfukovými plyny (40-60 %), sebevražedný skok (35-60 %), úmyslná otrava oxidem uhelnatým (40-50 %) a předávkování léky (1,5-4 %) (Ajdacic-Gross, 2008, Mental health: Suicide data, 2012). Mladí muži upřednostňují sebevraždu oběšením a střelnou zbraní v zemích s vysokými příjmy, v Indii otravu pesticidy a ve východní Asii otravu oxidem uhelnatým (Pitman, Krysinska, Osborn, & King, 2012). Ve Spojených státech stojí za přibližně 40 % sebevražd smrt použitím střelné zbraně, oběšením u mužů a otravami u žen (Chang, Gitlin, & Patel, 2011). V ČR jsou otravy žen 2. nejčastějším provedením dokonané sebevraždy (21 %) (Český statistický úřad: Sebevraždy, 2015). Přesné informace o preferovaných způsobech provedení sebevraždy jsou důležité zejména pro vytváření strategií a programů k jejich prevenci (Mental health: Suicide data, 2012).

Studie potvrzují, že je sebevražda pomocí střelné zbraně častější v zemích, kde jsou střelné zbraně běžně dostupné v soukromých domácnostech (Ajdacic-Gross, 2008). V USA je až 57 % sebevražd vykonáno použitím střelné zbraně, tento způsob provedení je obvyklejší u mužů než u žen (Chang, Gitlin, & Patel, 2011). Zastřelení je v současnosti v ČR 2. nejčastější formou dokonané sebevraždy u mužů (13 %), u žen je méně častá (2 %) (Český statistický úřad: Sebevraždy, 2015). Oproti tomu ve Švýcarsku, kde střelnou zbraň vlastní téměř každý, je stejně jako v Japonsku nejpočetnějším způsobem sebevraždy oběšení (Mental health: Suicide data, 2012). V ČR volí oběšení jako způsob dobrovolné smrti nejvíce lidí, více než 60 % mužů a 40-45 % žen (Český statistický úřad: Sebevraždy, 2015).

Statistiky dále uvádějí, že až 30 % sebevražd na celém světě je vykonáno za použití pesticidů, existují však významné regionální rozdíly. V Evropě je uváděna 4% četnost využití tohoto postupu, v Tichomoří a Latinské Americe dokonce více než 50%, především díky snadné dostupnosti v zemědělských oblastech (Gunnell, Eddleston, Phillips, & Konradsen, 2007). Statistiky WHO uvádějí jako nejčastější způsob sebevraždy v Číně

právě otravu pesticidy (Mental health: Suicide data, 2012). V Indii je sebevraždou nejvíce ohrožena skupina obyvatelstva pracující v zemědělství. Autoři Dogra & Srivastava (2012) uvádějí, že hlavní příčinou současné „epidemie“ sebevražd u indických farmářů je národní agrární krize a s ní související finanční situace. Dle místních statistik spáchá až 79 % zemědělců sebevraždu konzumací pesticidů. Skutečné počty obětí sebevraždy však mohou být podhodnoceny, protože toto jednání je v Indii nezákonné.

Sebevražda prostřednictvím úmyslného předávkování léky je v řadě zemí příčinou úmrtí u téměř 60 % žen a 30 % mužů, v rozvojových zemích souvisí až s 85 % sebevražděných pokusů (Mental health: Suicide data, 2012). Sebevraždu skokem z výše v ČR spáchá přibližně 18 % žen a 7 % mužů (Český statistický úřad: Sebevraždy, 2015).

### 3.7 Prevence

Cílem prevence suicidálního jednání je především snaha o snížení výskytu suicidálního chování v populaci a snaha o zabránění opakovaných sebevražděných pokusů. Preventivní postupy jsou obvykle členěny do 3 oblastí - primární, sekundární a terciální. Primární prevence se zaměřuje na výskyt suicidálního jednání v populaci, jejím cílem je eliminovat příčiny a rizikové faktory podmiňující vznik sebevražděného chování. Základním prvkem primární prevence je podpora duševního zdraví a pěstování zdravého sebevědomí. Úkolem sekundární prevence je vyhledávání již nemocných jedinců a zajištění jejich včasné léčby. Krizová intervence a pečlivé posouzení chování a projevů jedince jsou nedílnou součástí sekundární prevence. Snížením následků sebevražděného pokusu na co nejnižší míru a snahou o zabránění recidiv tohoto jednání se zabývá prevence terciální (Petr & Marková, 2014).

Koncept prevence sebevraždy zahrnuje především kolektivní snahy o snížení počtu sebevražd prostřednictvím preventivních opatření, například snížením přístupu ke střelným zbraním či jedům, použitím bariér na mostech a ve stanicích metra (Yip et al., 2012). Terapie deprese, závislosti na drogách a alkoholu, léčba osob, jež se v minulosti o sebevraždu již pokusily, mohou u těchto jedinců snížit riziko dalšího sebevražděného jednání (Mental health: Suicide data, 2012).

### 3.8 Léčba

Praško (2006) upozorňuje, že je třeba věnovat pozornost každé pacientově zmínce o suicidiu. „*První pomoc spočívá v krizové intervenci, identifikaci stresorů, navázání kontaktu a vytvoření terapeutického vztahu*“ (Praško, 2006, p. 191). Jedinec, u něhož je vyhodnoceno vysoké riziko sebevraždy, a který sám nad sebou pozbývá kontroly, musí být pod zevní kontrolou či hospitalizován. Před zvolením způsobu intervence je výhodné zmapovat pacientovy motivy k sebevražděnému jednání.

### 3.8.1 Farmakoterapie

Praško (2006) uvádí, že čím je akutnější a reálnější nebezpečí sebevražedného jednání, tím důležitější je použití sedativní farmakoterapie. Autoři, podrobně se zabývající vztahy mezi sebevraždou a úzkostnými poruchami, popisují efektivitu léčby antidepresivy u pacientů se suicidálním rizikem. Uvádějí, že užívání „*antidepresiv snižuje suicidalitu nepřímo, prostřednictvím snížením úzkostné a případné depresivní symptomatologie. Přímý antisuicidální efekt antidepresiv nebyl dosud prokázán*“ (Kamarádová, Praško, & Látalová, 2015, p. 159). Upozorňují také na úskalí spojená s užíváním antidepresiv ze skupiny selektivních inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), kdy v případě antipsychotik užívaných jako podpůrná terapie u farmakorezistentních pacientů, může být riziko sebevraždy zvýšeno přítomností nežádoucích účinků - dysforií a psychomotorickým neklidem.

### 3.8.2 Psychoterapie

Psychoterapie patří k základním přístupům v léčebné intervenci suicidálních pacientů. Pocit nepochopení může pacienta posunout blíže k sebevraždě, proto by se terapeut měl ze všech sil snažit o empatii k pacientovým pocitům. Terapeut pomáhá pacientovi prostřednictvím empatie a citlivých otázek uvědomit si a pochopit vlastní emoce, ujasnit si pomocí verbalizace problémy, jež ho sužují. V případě, že se podařilo vytvořit důvěryhodný vztah mezi pacientem a terapeutem a lze často monitorovat jeho stav, je možné pacienta s lehčími suicidálními tendencemi vést ambulantně. Další variantou pomoci je vytvoření podpůrného systému v rodině či v kruhu přátel (Praško, 2006). Kamarádová, Praško, & Látalová (2015) hodnotí, že kognitivně-behaviorální terapie je účinná zejména v léčbě úzkostných poruch, deprese a hraničních poruch osobnosti, kdy zmírňuje pocity bezmoci a beznaděje. Upozorňují, že suicidalita ohrožuje pacienta na životě, proto je třeba prioritně pracovat s jeho suicidálními rozladami.

## 3.9 Legislativa

V žádné evropské zemi již v současné době nejsou sebevražda ani pokus o ni považovány za trestný čin, ačkoliv tomu tak v mnoha oblastech od dob středověku až do konce 19. století bylo. V Anglii byl po celé 19. století pokus o sebevraždu vnímán stejně jako pokus o vraždu a příležitostně potrestán oběšením. Jako přestupek se podle zákona trestal až do roku 1961. Velká Británie i Wales dekriminalizovali sebevraždu a pokus o ni přijetím Zákona o sebevraždě z roku 1961. Irská republika byla poslední evropskou zemí, která až do roku 1993 považovala sebevraždu za trestný čin. Toho roku přijala změny v trestním zákoně a sebevraždu také dekriminalizovala. Ve Spojených státech není sebevražda protiprávní, v některých jednotlivých státech však mohou být za pokus o ni uvaleny sankce (McLaughlin, 2007). V řadě islámských států je stále pokládána za zločin (Lester, 2006). V Indii je sebevražedné jednání nezákonné, přeživší členové rodiny mohou čelit významným právním a sociálním dopadům v důsledku sebevraždy jejich blízkého (Dogra & Srivastava, 2012).

### 3.10 Náboženské hledisko

Mnohá náboženství zauímají k sebevraždě negativní postoj. Aktivní víra jedince a podpora společenství věřících mohou riziko sebevraždy snížit. Křesťanské náboženství pokládá sebevraždu za hřích a porušení 6. přikázání „nezabiješ“. Jedinci, kteří se pokusili o sebevraždu, bývají považováni za hříšníky, již mohou být vyloučeni z církve. Postoj katolické církve k sebevraždě se zakládá na přesvědčení, že život je darem od Boha, proto by neměl být zavrhován (McLaughlin, 2007).

Islámské náboženství sebevraždu nedovoluje (Lester, 2006). Hinduismus na sebevraždu nahlíží s opovržením, srovnává ji s vraždou jiného příslušníka hinduistické společnosti. Hinduismus však umožňuje jedinci právo ukončit svůj život způsobem nazývaným *prayopavesa*. Jedná se o nenásilnou smrt vyhladověním, postupný proces, který dává člověku dostatek času na to připravit sebe i své okolí na jeho smrt. Na rozdíl od sebevraždy, jež je často provázena pocity frustrace a deprese, je *prayopavesa* spojena s pocity klidu. Takto ukončit svůj život mohou jen lidé, kteří už nemají chuť, ambice ani žádné povinnosti či zodpovědnost, aby zůstali v tomto životě (Hinduism: Euthanasia and Suicide, 2009).

### 3.11 Sebevražednost v Česku

Český statistický úřad (dále jen „ČSÚ“) disponuje údaji o počtu sebevražd na území dnešní ČR za období od roku 1876, údaje z let 1917, 1918 a 1938–1945 však nejsou zcela validní. Informace o sebevraždách získává ČSÚ z Listu o prohlídce zemřelého, jenž vyplňuje lékař provádějící ohledání, případně pitvu zemřelého. Nejvyšší počet úmrtí sebevraždou byl v poválečném období 60. a 70. let 20. století, s maximem v roce 1970 s 2824 zesnulými. Dosud nejnižší počet takto zemřelých byl zaznamenán v letech 2006–2008, kdy svůj život svévolně ukončilo přibližně 1 400 osob/ rok. V posledních letech se počet sebevražd mírně zvýšil, v roce 2014 takto zemřelo 1 488 lidí. V současné době se na celkovém počtu úmrtí v důsledku vnějších příčin podílejí sebevraždy ve 26 %. Nejvyšší počet úmrtí sebevraždou je kolem 50. roku věku. Na 1 sebevraždu ženy připadalo v letech 2010–2014 4 až 5 sebevražd mužů. Statistiky ČSÚ dále uvádějí, že prosinec je měsícem s nejmenším počtem sebevražd, oproti tomu nejvyšší počty evidují v březnu a dubnu (Český statistický úřad: Sebevraždy, 2015). Papežová (2014) ve své knize označuje pondělí za nejrizikovější den v týdnu a 1. leden jako jednoznačně nejrizikovějším den v roce.

### 3.12 Péče o pacienta po suicidálním pokusu

Kontakt s jedincem, jenž vážně přemýšlí o smrti či se o ni již pokusil, může ve zdravotnících podněcovat nejen silný pocit neodkladnosti a nutnosti kontroly, ale i jejich vlastní úzkost, zlobu či pocity bezmoci. Je třeba si vůči pacientovi uchovat respekt, být trpělivý a jistým způsobem i umírněný v pomáhání (Petr & Marková, 2014).

Raboch & Laňková (2008) upozorňují, že jsou-li u pacienta přítomny suicidální sklony, je nezbytné ho předat do specializované péče. Dále uvádějí, že pokud nemocný bezprostředně neohrožuje sebe či své okolí, jsme povinni respektovat jeho svobodnou vůli, což ale může

také znamenat, že se pacienta nemusí podařit získat ke spolupráci a potřebné psychiatrické léčbě. V takovém případě je třeba mít od pacienta podepsaný revers a oznámit jeho případ spádovému psychiatrickému oddělení, chráníme se tak před obviněním ze zanedbání povinné péče. Přesto musí být pacient pod dohledem, jeho blízcí jsou informováni o hrozícím riziku, jsou předány kontakty na specializované pracoviště, zvýšena četnost kontrol a dle možností je pacientovi nabídnuta dosažitelnost pomoci na telefonu i mimo ordináční dobu. Jestliže nemocný přímo ohrožuje život svůj nebo někoho druhého, je indikován převoz na specializované pracoviště bez jeho souhlasu a za účasti policie.

Někteří psychiatricky nemocní pacienti mají tak narušenou psychiku, že mohou vážně ohrožovat sebe i své okolí. Zdravotníci se při péči o duševně nemocné setkávají s vážnými riziky, například agresivitou, sebepoškozováním, zanedbáváním sebepečce či suicidálním jednáním. Petr (2011) uvádí, že se zdravotníkům nemusí vždy podařit včas odhadnout potenciální rizika a odvrátit tak vznik nežádoucích událostí, které mohou vést k poškození pacienta, zdravotníka či jiných osob. Zdravotnická zařízení jsou povinna přijmout taková opatření, aby počet nežádoucích událostí minimalizovala. Je třeba si uvědomit, že se od zdravotníků očekává, že budou pacientům poskytovat kvalitní, bezpečnou a odbornou péči. *„Sebepoškození pacienta v průběhu hospitalizace je velmi často vnímáno jako vážné selhání zdravotnického zařízení a projev nedostatečné péče“* (Petr, 2011, p. 107).

## 4 Psychologie zdravotníka

Zdravotnické povolání patří jak z hlediska odborné přípravy, tak i konkrétního profesionálního výkonu, mezi náročná povolání. Při práci zdravotníka je kladen důraz na dodržování žádoucích forem jednání ve vztahu k nemocným i k spolupracovníkům. Očekává se od nich, že budou perfektně zvládat pracovní zátěž (fyzickou, psychickou i emoční), směnný provoz, práci s moderní technikou, že dokáží ovlivnit a vést prožívání a jednání nemocných správným směrem, a v neposlední řadě že jsou schopni se vypořádat s vlastními pracovními a rodinnými problémy. Výše uvedené předpoklady kladou na osobnost, profesionální přípravu, styl práce, způsob života i duševní stabilitu člověka vysoké nároky (Zacharová, Hermanová, & Šrámková, 2007).

Tato kapitola se věnuje osobnosti a profesionálnímu chování zdravotníka, nastiňuje zdroje emočních problémů a zátěže, se kterými se mohou zdravotníci při výkonu povolání setkávat.

### 4.1 Osobnost zdravotníka

Jen těžko můžeme profesionálně vykonávat povolání zdravotníka, pokud jsme si již od dětství nevytvořili pozitivní vztah k lidem. Je dokázáno, že rodina má na utváření osobnosti dítěte prvotní a velmi silný vliv. Dítě si v příznivém rodinném prostředí vytváří pozitivní vztah k rodičům, ostatním členům rodiny i k lidem ve svém okolí. Rozvíjí se jeho sebevědomí, sebekontrola a formují se kladné charakterové vlastnosti. Naopak chladný a odmítavý postoj rodičů je pro dítě náročnou životní situací, vlivnou a dlouhodobou zátěží, která významně ovlivňuje příznivý vývoj jeho osobnosti. Dítě se stává úzkostným, bázlivým a obtížně si k lidem utváří vztah. Dobré výsledky ve škole či v zaměstnání mohou tyto nepříznivé rodinné podmínky částečně vynahradiť. Za optimální situaci je považován kladný citový vztah rodičů, kteří kladou na dítě přiměřené požadavky, náležitou kontrolu a poskytují mu přiměřenou volnost. Vliv na utváření osobnosti má i skupina vrstevníků, která vyžaduje respektování určitých pravidel a norem, spolupráci, poskytnutí pomoci druhému a také schopnost pomoc přijmout. Ve skupině vrstevníků se naučíme jednat s lidmi různých povah, prosadit svůj názor, přijímat mínění druhých, řešit konflikty, hájit se, vyrovnávat se s neúspěchem i s nespravedlností (Čechová & Rozsypalová, 2005). Člověk si sám volí, co je pro něho důležité a pro co bude žít. Volba zdravotnického povolání vypovídá o naší potřebě pomáhat ostatním. Při hledání životních cílů je třeba se zaměřit i na kolektiv, ve kterém žijeme (Kelnarová & Matějková, 2014).

#### 4.1.1 Profesionální chování zdravotníků

Profesionální chování zdravotníků, sester i lékařů, se odvíjí od jejich charakterových vlastností. Charakterem se rozumí morální profil člověka, psychické vlastnosti, které se projevují v jeho chování i jednání. Mezi významné charakterové rysy jsou řazeny vlastnosti mravní (např. pravdomluvnost, čestnost, ale i prolhanost či zákeřnost), světonázorové (smysl života a bytí), pracovní (svědomitost či lenivost), společenské (schopnost týmové práce, přátelskost) a vztah k sobě samému (sebeúcta, sebedůvěra,

sebekritičnost či domýšlivost). Vliv na profesionální chování zdravotníka má jeho morální osobností profil (čestnost, obětavost, mravní síla, kladné vlastnosti, moudrost a zkušenosti), vzdělání, znalost práv a povinností pacientů a zdravotnických pracovníků, evalvace (úcta, slušné a zdvořilé chování k druhým lidem), altruismus (dokázat se obětovat, mít rád lidi), asertivita a empatie. Společenská prestiž zdravotnického povolání a atraktivní pracovní prostředí, které vytváří nejen moderní technika, schopní manažeři, týmová práce, možnost kariérního růstu, zahraničních stáží a finančního ocenění, může do zdravotnictví přivést „lidi nejen vzdělané, ale i lidi s vysokou morální kulturou“ (Kelnarová & Matějková, 2014, p. 54).

#### **4.1.2 Profesionální adaptace a deformace**

Profesionální adaptace je předpokladem úspěchu a spokojenosti při výkonu zdravotnického povolání. Touto adaptací se rozumí zvládnutí vlastních emocí při péči o nemocné, nemohoucí či zemřelé, motivace pro volbu a výkon povolání, znalosti o psychologii nemocných a schopnost relaxace.

Mezi projevy profesionální deformace zdravotníka bezesporu náleží devalvace, kdy jsou při komunikaci s pacientem přítomny projevy neúcty, nemocný se stává diagnózou a chybí psychologický přístup personálu. Dalšími známkami deformace jsou egoismus (ztráta zájmu o pacientovy potřeby, citová otupělost), vyhýbání se kontaktu, neochota komunikovat s nemocným či prosazování si moci nad pacientem. Dochází ke ztrátě motivace k sebevzdělávání, nezájmu o kariérní růst a v některých případech až k vzniku syndromu vyhoření (Kelnarová & Matějková, 2014).

#### **4.2 Zdroje emočních problémů a zátěže zdravotníků**

Péče o těžce či nevléčitelně nemocné a umírající může být za určitých okolností velmi zatěžující. Vypjaté emoční reakce, které mohou provázet péči o umírajícího pacienta i komunikace s jeho rodinnými příslušníky, jsou okamžiky extrémní zátěže. Je dokázáno, že se pacienti lépe uzdravují, jsou-li v dobré psychické pohodě. Zdravotníci tuto pohodu ovlivňují nejen svým chováním a přístupem k nemocnému, ale i tím, jak se k sobě chovají navzájem. Přátelství či naopak nevraživost nebo dokonce šikana, vytvářejí odpovídající atmosféru na pracovišti. I proto narůstá zájem společnosti o osobnost zdravotníka jako o lidskou bytost s nejistotami, úzkostmi, úspěchy, ale i nezdary (Kelnarová & Matějková, 2014).

Faktory, jež naopak mohou zdravotníky při výkonu povolání motivovat a dodávat jim energii, jsou velmi individuální. Můžeme mezi ně zařadit například výkon povolání v soudržném, přátelském a funkčním kolektivu, pozitivní zpětnou vazbu od pacienta či jeho příbuzných (zlepšení zdravotního stavu v důsledku poskytované péče, poděkování za péči), vlastní schopnost seberegulace (rozpoznání vlastního stresu a přijetí opatření k jeho zmírnění či odstranění), volnočasové aktivity a v neposlední řadě rodinný život.



#### **4.2.1 Příčiny emocionálního stresu**

Příčinami emocionálního stresu mohou být například těžká onemocnění spojená s vysokou úmrtností, rozhodování o životě a smrti, terminální péče, konflikty mezi zaměstnanci nebo třetími osobami (např. příbuzní, přátelé pacienta), zvládání suicidiálních myšlenek pacientů a uvědomění si, že léčba může být také zdrojem bolesti a utrpení pacienta. Z hlediska stupně zátěže patří péče o umírajícího pacienta k nejvýznamnějším. Prověřuje odolnost zdravotníků a jejich schopnost zvládat mezní situace. Úmrtí pacienta mohou lékaři vnímat jako vlastní neúspěch. Zvláště těžkou ztrátu mohou pocítit, zemře-li pacient, ke kterému si vytvořili užší citový vztah. S narůstající intenzitou prožívané zátěže sester se podle Kupky (2008) setkáváme zejména při péči o pacienty, jejichž stav se rapidně zhoršuje. Problematika umírání a smrti se samozřejmě promítá do mezilidských vztahů na pracovišti. Narůstající zátěž a napětí vedou k nespokojenosti, konfliktům až fluktuaci. Tyto problémy se také promítají do osobních životů zdravotníků, mohou vyvolávat konflikty a vést ke snížení subjektivní spokojenosti s vlastní kvalitou života. Podstatou úspěšné adaptace je především vyrovnání se s faktem vlastní smrtelnosti.

#### **4.2.2 Autoregulace emocí**

Autoregulací emocí rozumíme naši schopnost zvládat pocity, tzv. frustrační toleranci, která určuje míru odolnosti vůči stresu. Nácvik relaxačních technik, efektivní mezilidské komunikace, nácvik zvládání emocí a zlosti, racionálních řešení konfliktních situací, odstranění obav a pocitů méněcennosti, pomáhají zdravotníkům naučit se nepřenášet osobní negativní emoce nejen na pacienty (Kelnarová & Matějková, 2014).

## 5 Syndrom vyhoření

V současné uspěchané době, jež klade na každého vysoké nároky, je syndrom vyhoření často zmiňovaným a zkoumaným tématem jak u nás, tak v zahraničí. V posledních letech byla provedena řada srovnávacích studií napříč celým světem, na různých oborových pracovištích, v řadách sester i lékařů.

Péče o pacienta po suicidálním pokusu mnohdy klade na ošetřující personál vyšší emocionální nároky a nejednou ji provází řada dilemat. Tyto okolnosti mohou u zdravotníků zvyšovat riziko vzniku syndromu vyhoření. Z těchto důvodů byla do diplomové práce zařazena následující kapitola, jež vymezuje pojem syndrom vyhoření, jeho současná pojetí a definice, informuje o možných rizikových faktorech a profesích, jež jsou tímto jevem více ohroženy. Další oddíly této kapitoly se věnují fázím a nejčastějším příznakům syndromu vyhoření, jeho diagnostice, nastiňuje důsledky a v neposlední řadě se věnuje možnostem prevence a léčby syndromu vyhoření.

### 5.1 Definice pojmu

*Syndrom vyhoření (Burnout)* je psychický stav, který je charakterizován ztrátou profesionálního zájmu, osobního zaujetí u příslušníka pomáhajících profesí. Je také popisován jako vyhoření v důsledku intenzivního zaujetí určitým úkolem či ideou při ztrátě nadšení. Syndrom vyhoření, jako odborný psychologický a psychoterapeutický termín, byl poprvé popsán v roce 1974 v časopise „Journal of Social Issues“ Hendrichem Freudenbergerem v článku "Staff burnout". Přestože je syndrom vyhoření předmětem zájmu a výzkumů již několik 10 let, nebyl dosud jednoznačně definován (Křivohlavý, 1998).

Zahraněčí literatura věnuje pozornost syndromu vyhoření více než 40 let. Pinesová & Aronson, autoři knihy *Career Burnout*, popisují syndrom vyhoření jako stav tělesného a duševního vyčerpání, jehož příčinou je časté prožívání emočně náročných situací. Velká očekávání a časté stresové situace podle autorů směřují k tělesnému zhroucení, pocitům beznaděje a bezmoci, ke ztrátě iluzí, přístup k práci i k životu samotnému se zhoršuje (1988, in Křivohlavý, 1998). Vlachovská (2011) ve své diplomové práci uvádí definici autorů Maslacha & Jacksona (1997), kteří charakterizují syndrom vyhoření jako stav citového vyčerpání, depersonalizace a snížení výkonu u jedinců vykonávajících pomáhající profesi. Vyhoření se projevuje fyzickým vyčerpáním, snížením kvality práce, fluktuací či absencí v zaměstnání, objevují se problémy ve vztazích a roste riziko vzniku závislostí (např. alkohol). Rush (2003) popisuje syndrom vyhoření jako jistý druh stresu a emocionální únavy, vyčerpání a frustrace, jejichž příčinou jsou nenaplněná očekávání v profesním i osobním životě. Tento stav obvykle postihuje velmi výkonné, cílevědomé lidi, toužící po úspěchu.

Jedním z nejvýznamnějších českých psychologů, kteří se věnují této problematice, je Jaro Křivohlavý (1998). Kupka (2008) definuje syndrom vyhoření jako reakci na pracovní stres. Vysoké nároky na kvalitu, odpovědnost a nasazení zaměstnance při současné nízké

autonomii pracovní činnosti jsou rysy vysoce stresogenního povolání. Autoři popisují syndrom vyhoření jako stav, „který se projevuje po letech terénní, emočně vyčerpávající práce ztrátou profesionálního zájmu nebo osobního zaujetí a týká se zejména tzv. pomáhajících profesí, je spojen se ztrátou čínorodosti a poslání, s pocity zklamání, hořkosti, ztrátou zájmu o práci, nastupuje každodenní stereotyp, rutina, snaha přežít a nemít problémy“ (Hartl & Hartlová, 2010, p. 575).

Venglářová (2011) uvádí, že jsou syndromem vyhoření nejvíce ohroženi právě ti jedinci, kteří neumějí odmítat požadavky druhých, jsou velmi zapálení pro svoji práci, kterou vykonávají příliš usilovně, cítí se být nepostradatelnými, těžce nesou vlastní nezdary, dále ti, kteří kvůli své profesi museli mnohé obětovat a v neposlední řadě právě ti, kteří si nepřipouštějí, že by sami mohli „vyhořet“. Burnout syndrom vzniká nejčastěji působením chronické zátěže, stresu. Je tvořen řadou symptomů v oblasti psychické, fyzické i sociální. Projevuje se specifickou emoční únavou, podrážděností a dlouhodobým subdepresivním laděním. Nejvíce jsou tímto syndromem ohroženi lidé vykonávající pomáhající profesi, osoby vysoce motivované ke své práci a s vysokými ambicemi, jako důsledek nerovnováhy mezi profesní realitou a očekáváním, mezi skutečností a ideály. Zdravotník postižený syndromem vyhoření se na pacienta jen obtížně soustřeďuje a ztrácí o něho zájem. Trpí pocity zatrpklosti, nezdaru a ztráty smysluplnosti jeho práce, přestává se v zaměstnání angažovat a jeho výkony jsou spíše formální. V extrémních případech mohou vést k rozvoji drogové závislosti či sebevražednému pokusu (Kupka, 2008). V posledních letech také narůstá počet autorů, kteří se věnují syndromu vyhoření, jak v odborných studiích, tak v závěrečných pracích bakalářských a magisterských oborů (Kelnarová & Matějková, 2014).

## **5.2 Rizikové faktory vzniku syndromu vyhoření**

V odborné literatuře můžeme nalézt celou škálu faktorů iniciujících vznik syndromu vyhoření. Za nejvýznamnější vlivy lze označit *působení chronického pracovního stresu*, *osobnost* jedince, zejména jeho odolnost vůči negativním účinkům stresu, a *sociální oporu*, kterou člověk sám poskytuje či přijímá (Kupka, 2008).

### **5.2.1 Přehled profesí s rizikem vzniku syndromu vyhoření**

Syndrom vyhoření byl nejdříve popisován u těch profesí, kde byly hlavní příčinou vyhoření nadměrné psychické a emoční nároky, zejména u lékařů, zdravotních sester, učitelů a policistů. Podle většiny autorů se zpravidla jedná o pomáhající profese či o profese, kde zaměstnanci přicházejí do kontaktu s jinými lidmi a intenzivně se zabývají jejich problémy. Výskyt syndromu vyhoření u jiných zaměstnaneckých kategorií se prokázal až později, např. u sociálních či vězeňských pracovníků a advokátů.

Z výzkumů a studií zabývajících se problematikou vyhoření lze odvodit nejčastější povolání, u kterých můžeme předpokládat vznik syndromu vyhoření. Mezi ně řadíme lékaře (zejména v oboru onkologie, chirurgie, intenzivní péče, paliativní péče, urgentní medicíny, vnitřního lékařství, psychiatrie, gynekologie a při léčbě dlouhodobě nemocných), zdravotní sestry a jiné zdravotnické pracovníky (např. sanitáře, laboranty),

psychology a psychoterapeuty, pedagogy, sociální pracovníky, zaměstnance pošty, dispečery, policisty, pracovníky věznic, právníky, politiky, manažery, poradce a informátory, úředníky, duchovní a řádové sestry. Incidence syndromu vyhoření ve společnosti narůstá zejména kvůli zvýšenému životnímu tempu, rostoucím požadavkům spotřebně orientované společnosti na ekonomické, sociální a emoční zdroje člověka (Křivohlavý, 1998, Kebza & Šolcová, 2003).

### 5.2.2 Profesní a osobnostní rizikové faktory

Petr poukazuje na zvláště náročné skupiny pacientů, kteří kladou vysoké nároky na sebeovládání sestry. Za příklad uvádí pacienty s poruchou osobnosti s asociálními rysy. Upozorňuje, že se při péči o tuto skupinu pacientů mohou příznaky syndromu vyhoření u personálu projevit již v relativně krátké době (Marková, Venglářová, & Babiaková, 2006). Kupka (2008) mezi rizikovými faktory uvádí nejen vliv chronického stresu, profesionální práci s lidmi, původní vysoké pracovní nadšení, vysoké požadavky na výkon při současně nízké autonomii při výkonu profese, chování typu A, ale upozorňuje i na rizikovost osamoceního života jednotlivce v současné společnosti, která klade na člověka vysoké nároky a neustále zrychluje životní tempo. Věk, inteligenci, nejvyšší dosažené vzdělání, délku praxe v oboru a v současné pracovní pozici řadí k faktorům spíše neutrálním.

Christian Stock (2010) ve své publikaci dělí rizikové faktory na profesní a osobnostní. Mezi rizikové faktory v zaměstnání řadí zvýšenou pracovní zátěž, nedostatek nezávislosti a uznání, nesoudržný až nepřátelský kolektiv, v kterém se projevuje rivalita, soutěživost, šikana, nespravedlivé ohodnocování pracovníků (protekce), konflikty hodnot, ke kterým dochází v případech, kdy zaměstnavatel vydává taková nařízení, která jsou v rozporu s přesvědčením a vnitřními hodnotami zaměstnance. Osobnostními riziky jsou vzorce chování, které předurčují naše chování a cítění v konkrétních situacích, vnitřní hlas či nízká odolnost jedince (psychická, emocionální, povahová či fyzická).

### 5.3 Fáze syndromu vyhoření

Maslach & Goldberg navrhli členění míry vyhoření do čtyř fází. První fázi provází prvotní nadšení a zaujetí pro věc spojené s déle trvajícím přetěžováním. Ve druhé fázi se objevuje psychické a v menší míře i fyzické vyčerpání. Dehumanizovaná percepce okolí, sloužící jako obranný mechanismus před dalším vyčerpáním, je charakteristickým znakem třetí fáze vyhasnutí. Čtvrtou fází definují jako stav totálního vyčerpání, negativismu, nezájmu o okolí a lhostejnosti (Maslach & Goldberg, 1998, in Kelnarová & Matějková, 2014).

Kraska-Lüdecke (2007) popisují první fázi syndromu vyhoření jako *nadšení*, kdy je člověk velmi zapálený, kreativní, věří, že jeho práce má smysl, pracuje přesčas, což má za následek jeho přetěžování. Následuje období *stagnace*, ve kterém postupně slábne prvotní nadšení, často vlivem okolí, které není nakloněno změnám. Člověk začíná slevovat ze svých cílů. *Frustrace* je etapou bilancování nad vlastní prací, provázená úvahami o jejím smyslu a efektivitě. Objevují se pocity zklamání a osamělosti. Dochází k *apatii*, slábne zájem o práci, jedinec vykonává jen to nejnnutnější, odmítá se vzdělávat, straní se

konverzace, pociťuje bezmoc a beznaděj. Poslední fází je *vyhoření*, které se projevuje negativním sebepojetím, ztrátou pocitu zodpovědnosti, straněním se pracovních povinností, únavou, netrpělivostí, vyčerpáním a agresivitou (in Kelnarová & Matějková, 2014).

Kupka (2008) hovoří o syndromu vyhoření jako o stále se vyvíjejícím procesu. Pro *iniciační* fázi je typické původní nadšení a výrazná emoční angažovanost pro věc. V další fázi dochází k *náhledu*, objevuje se vystřízlivění, uvědomění si, že původní cíle nejsou plně realizovatelné. Poté nastává období první *frustrace*, zklamání, objevují se příznaky neurózy (např. úzkost) spolu s pocitem, že jedinec musí stále něco dělat, ale výsledkem je jen chaotické jednání. Nastupuje *apatie* a propuká plná hostilita<sup>1</sup>. Poslední fází je stádium úplného vyčerpání a *vyhaslosti*, provázené cynismem, negativismem a odosobněním. Syndrom vyhoření bývá také charakterizován jako „*neustále se vyvíjející proces, který trvá několik měsíců až let*“ (Venglářová, 2011, p. 29).

#### 5.4 Příznaky syndromu vyhoření

Jednotlivé příznaky syndromu vyhoření lze rozdělit do tří úrovní, v nichž se projevují. Na psychické úrovni pozorujeme pocity dlouhodobého neefektivního snažení, marného úsilí, celkového duševního vyčerpání, snížení až ztrátu motivace, pokles celkové aktivity, redukci spontaneity, iniciativy, beznaděj, deprese, úzkost, pocity vlastní postradatelnosti a bezcennosti, negativismus, cynismus, sebelítost, pokles až ztrátu zájmu o profesi, omezení činností na rutinní postupy až hostilitu. Celková únava, apatie, vegetativní potíže (poruchy srdečního rytmu, dýchací a zažívací obtíže), nespecifické bolesti hlavy, poruchy krevního tlaku, celkové napětí, poruchy spánku, paměti a soustředění, zvyšování rizika vzniku závislosti jakéhokoliv druhu jsou fyzickými příznaky syndromu vyhoření. Na úrovni sociálních vztahů dochází k útlumu sociability, nezájmu o hodnocení ze strany druhých osob, nechuti k vykonávané profesi, poklesu empatie, omezení kontaktu s pacienty, kolegy, lidmi majícími vztah k profesi, narůstání konfliktů, často v důsledku lhostejnosti, nezájmu, apatie ve vztahu k okolí (Kupka, 2008).

#### 5.5 Diferenciální diagnostika syndromu vyhoření

Při diagnostice syndromu vyhoření nesmíme zapomínat na skutečnost, že některé psychické poruchy či choroby se mu mohou svými symptomy značně podobat. Mezi taková onemocnění patří například deprese, alexithymie<sup>2</sup>, neurózy, únavový syndrom, „manager diseases“, syndrom chronické únavy aj. Syndrom vyhoření se od výše jmenovaných negativních psychických stavů liší právě svou vazbou na zaměstnání (Kebza & Šolcová, 2003).

---

<sup>1</sup> „Hostilita (z lat. *hostilis*, nepřátelský) je dlouhodobý emoční stav pacienta, který se projevuje agresivním či nepřátelským jednáním vůči druhým lidem. Podstatným rysem hostility je hněvivé odmítání druhých, vědomá touha a snaha uškodit“ („Hostilita“, 2013).

<sup>2</sup> „Alexithymie představuje deficit ve schopnosti identifikovat a vyjadřovat emoce, nedostatek fantazie a externě orientovaný kognitivní styl“ (Uher, Bob, & Ptáček, 2010).

## 5.6 Diagnostika syndromu vyhoření

Mezi nejčastější diagnostické metody patří *dotazníková šetření, pozorování* jednotlivých symptomů v chování osob, u nichž se vyhoření začíná projevovat, a speciální psychologické metody. I přes prokazatelně nepříznivý vliv na pracovní výkon nebyl syndrom vyhoření doposud klasifikován jako nemoc z povolání (Kebza, 2005). Dle Mezinárodní klasifikace nemocí je syndrom vyhoření zařazen pod číselnou diagnózou *Z73 Problémy spojené s obtížemi při vedení života*, konkrétně *Z73.0 Vyhasnutí (Vyhoření)* (Anon, 2009).

Nejpoužívanějšími dotazníky, založenými na posuzovacích škálách, jsou *Maslach Burnout Inventory* (dále jen „MBI“) Ch. Maslachové a S. Jacksonové a *Burnout Measure* A. Pinesové, E. Aronsona a D. Kafryho (Kebza & Šolcová, 2003). Nejvyužívanější metodou k posouzení úrovně vyhoření je dotazník MBI, který byl poprvé uveden již v roce 1981. Zkoumá rozsah emocionálního vyčerpání (emotional exhaustion, dále jen „EE“), odosobnění (depersonalisation, dále jen „DP“, stav, kdy se člověk snaží odpoutat od druhých lidí, uchyluje se do samoty) a snížené osobní výkonnosti (personal accomplishment, dále jen „PA“). Výzkumná šetření potvrzují, že emocionální vyčerpání a depersonalizace mají negativní vliv na výkonnost jedince (Křivohlavý, 1998).

## 5.7 Důsledky syndromu vyhoření

V důsledku syndromu vyhoření dochází ke ztrátě smyslu života a pozitivního vnímání sebe sama, objevují se pocity osamělosti, zloby, hořkosti a beznaděje, které mohou vést k problémům v zaměstnání i osobním životě. Bartošíková uvádí, že *„syndrom vyhoření vede k dehumanizaci postojů k pacientovi, zdravotník plní už jen ty nejnnutnější úkoly, které vyplývají z náplně jeho práce. Zdravotník přestává být empatický a v jeho práci se začínají objevovat prvky devalvace“* (Bartošíková, 2006 in Kelnarová & Matějková, 2014, p. 66). Devalvační chování zdravotníka negativně ovlivňuje nejen pacienty, se kterými přichází do styku, ale i celý pracovní kolektiv (Kelnarová & Matějková, 2014).

## 5.8 Prevence syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření vzniká v důsledku působení chronického stresu, proto jsou v prevenci stěžejními právě nácvik relaxace a technik zvládání stresu. Existuje celá řada preventivních doporučení, např. vyhýbat se stresu, nepřenášet pracovní problémy do soukromého života a naučit se po práci „vypnout“ (tzv. „nenosit si práci domů“), věnovat se pravidelným pohybovým aktivitám (sport, vycházky aj.), dbát na správnou životosprávu a osvojit si relaxační techniky (Kebza & Šolcová, 2003). Šnýdrová (2006) upozorňuje na důležitost pravidelného odpočinku a dostatek kvalitního spánku, jež napomáhají fyzické i psychické regeneraci. Dále zdůrazňuje, že by se člověk neměl přetěžovat a odpočívat až když je na pokraji sil. Křivohlavý (1998) ve své monografii uvádí téměř šedesát způsobů, které nás mohou chránit před stresem, distresem a vyhaslostí. Vyzdvihuje význam humoru, zájmových aktivit, relaxace, doporučuje krátká cvičení/ relaxace v průběhu pracovního dne a změnu stereotypu.

Autoři Kebza & Šolcová (2003) uvádějí jako příčinu vzniku syndromu vyhoření nerovnováhu mezi profesním očekáváním a realitou. Za významné preventivní faktory považují optimismus, dostatečnou asertivitu, osvojení si metod hodnotících stresogenní situace a techniky zvládnání stresu, relaxaci, vhodnou organizaci času, pracovní autonomii a rozmanitost, sebedůvěru při zvládnání situací, dostatečné společenské a ekonomické uznání i ohodnocení. Syndrom vyhoření se promítá také v postojích i způsobech chování jedince v souvislosti s pracovním výkonem (např. snížení pracovní spokojenosti a výkonnosti, častější nepřítomnost v zaměstnání, fluktuaci), což má své ekonomické důsledky. Vzhledem k výše uvedeným skutečnostem by mělo být v zájmu každého zaměstnavatele, aby se prevencí syndromu vyhoření zabýval. Na prevenci se mohou podílet rozvojem programů zaměřených na osobní rozvoj, pracovním poradenstvím, výcvikem profesních dovedností, týmové spolupráci, transformací organizace (např. zvýšením podílu pracovníků na řízení) a kultury pracoviště. Těž sociální opora, především ze strany rodiny, spolupracovníků, přátel a dobrých známých, má v prevenci syndromu vyhoření nezastupitelné místo.

Preventivní programy včetně terapeutické intervence, týmová i individuální supervize, sezení týmu a bálintovské skupiny na pracovištích s vyšší mírou zátěže nacházejí své uplatnění stále častěji (Marková, Venglářová, & Babiaková, 2006). Kupka uvádí mezi faktory snižujícími riziko vzniku syndromu vyhoření chování typu B, dostatečnou asertivitu, vhodnou relaxaci, správnou organizaci času, pracovní proměnlivost a autonomii, houževnatou osobnost, sebedůvěru k zvládnutí obtížných situací, sociální oporu, odpovídající společenské i ekonomické uznání a hodnocení, „*pocit osobní pohody, životní spokojenost, pozitivní emoce štěstí*“ (Kupka, 2008, p. 32).

### **5.8.1 Duševní hygiena**

Duševní hygiena je oborem, který se zabývá rozvojem a podporou duševního zdraví, prevencí duševních poruch a nemocí, se zaměřením na životosprávu, zdravotní výchovu a poradenství. Jedná se o snahu zmírnit či úplně odstranit problémy, se kterými se setkávají i jinak duševně zdraví lidé - psychózy, deprese a neurózy (Hartl & Hartlová, 2010). Míček charakterizuje pojem *duševní hygiena* jako „*systém vědecky propracovaných pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví, duševní rovnováhy*“ (1984, in Kelnarová & Matějková, 2014, p. 59). U pomáhajících profesí je podstatné vytvoření si určitého odstupů od klientů/ pacientů.

## **5.9 Léčba**

Autoři Kebza & Šolcová upozorňují, že „*je snazší negativním důsledkům pracovního stresu předcházet, než je odstraňovat*“ (2003, p. 18). Včasné zahájení léčby syndromu vyhoření je stejně tak důležité, jako u jiných chorob. Nesmíme opomenout fakt, že vyhoření je plíživý proces, člověk si tak nemusí včas uvědomit, že je jím ohrožen. Terapie syndromu vyhoření se odvíjí od fáze vyhoření, v níž je postižený jedinec nachází. Za nejlépe řešitelnou je považována fáze stagnace. Odpočinek a dočasné odložení

vysilujících úkolů mohou pomoci v prvotních fázích vyhoření, jsou-li však příznaky vážné, potřebuje postižený pomoc druhého.

Bartošíková (2006) navrhuje jako možnou pomoc *rozhovor* s člověkem, který má s vyhořením vlastní zkušenost. Nejen že díky vlastní zkušenosti postiženého lépe pochopí, ale může mu poskytnout i praktické rady, jak tuto situaci zvládnout. V případě závažného stavu je nezbytné vyhledat psychiatrickou pomoc. Mezi preventivní a terapeutické strategie, uplatňované v léčbě syndromu vyhoření, náleží logoterapie<sup>3</sup>, behaviorální či kognitivně-behaviorální terapie. Terapeutický postup je obvykle zvolen po vzájemné domluvě terapeuta a pacienta. Pro jedince ve finálním stadiu syndromu vyhoření, kterému se právě zhroutil celý svět a jeho život ztratit smysl, může mít tato pomoc zásadní význam. Ozdravení životního stylu, posílení mezilidských vztahů a získání realističtějšího postoje k práci jsou stěžejními cíli terapie. Zaměstnavatel může přispět k úzdavě svého zaměstnance postiženého vyhořením například vytvořením nesoutěživého prostředí na pracovišti, úpravou pracovních povinností či změnou pracovní pozice.

---

<sup>3</sup> *Logoterapie* podporuje jedince „v nalezení smyslu života objevováním a naplňováním hodnot“ a napomáhá při hledání řešení v situacích existenciální frustrace (Kebza & Šolcová, 2003, p. 19).



## **6 Metodologie a výsledky**

Pro zhodnocení postojů zdravotníků na jednotce intenzivní péče k pacientům po sebevražedném pokusu jsme použili metodu kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaných rozhovorů.

### **6.1 Cíle diplomové práce**

Hlavním cílem diplomové práce bylo zmapování postojů zdravotníků k pacientům po sebevražedném pokusu.

Dále byly stanoveny tyto tři dílčí cíle:

1. Zjištění úrovně a efektivity informovanosti zdravotníků v psychiatrické a psychologické problematice a její vliv na postoj zdravotníků k pacientům po sebevražedném pokusu.
2. Posouzení povědomí o syndromu vyhoření a případných vlastních zkušeností respondentů s tímto stavem.
3. Zmapování možné vyšší psychické a emoční náročnosti pro zdravotníky při péči o pacienta po suicidálním pokusu.

### **6.2 Charakteristika zkoumaného vzorku**

Výzkumné šetření probíhalo na základě kladně vyřízené žádosti o povolení výzkumného šetření v nemocničním zařízení na 3 pracovištích kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (dále jen „KARIM“). V rámci zachování anonymity zdravotnického zařízení je tato žádost k dispozici u autora.

#### **6.2.1 Kritéria pro výběr respondentů**

- Zdravotničtí pracovníci, lékaři (50 %) a sestry (50 %), muži (50 %) a ženy (50 %), zaměstnaní na KARIM.
- Zkušenosti s péčí o pacienta po sebevražedném pokusu.
- Souhlas s účastí na výzkumném šetření.

#### **6.2.2 Výběr respondentů**

Výběr respondentů probíhal na základě výše uvedených kritérií. Respondenty jsme osobně kontaktovali v průběhu jejich pracovní doby na pracovišti a požádali je o souhlas k výzkumnému šetření, rozhovoru. Ubezpečili jsme je o naprostém zachování jejich anonymity. Současně jsme je informovali o nahrávání rozhovoru na diktafon, následném přepisu rozhovorů a o prezentaci získaných informací v naší diplomové práci. Toto poučení a souhlas s účastí na výzkumu respondenti stvrdili podpisem informovaného

souhlasu, jehož předloha je součástí této práce a je uvedena jako příloha č. 3. Potvrzené informované souhlasy jsou uloženy u autora.

Volba respondentů byla účelová v případě kritéria pohlaví, kdy bylo osloveno 10 mužů a 15 žen, dokud nebylo dosaženo celkového počtu 20 dotazovaných. Důvodem pro stejnoměrné rozdělení dle pohlaví byla naše domněnka, že postoj k sebevraždě u mužů a žen může být odlišný. V případě dalších kritérií pro výběr respondentů byl jejich výběr čistě nahodilý.

Všichni oslovení lékaři souhlasili s účastí na výzkumném šetření. 3 sestry účast na výzkumu odmítly z důvodu obav z rozhovoru, měly subjektivní pocit nedostatku znalostí k dané problematice a nerady se zúčastňují výzkumných šetření, 2 potenciální respondentky byly vyloučeny z šetření pro dosavadní nezkušenost s péčí o pacienta po suicidálním pokusu.

### **6.2.3 Zkoumaný soubor**

Výzkumný vzorek tvořili lékaři a sestry oddělení intenzivní péče výše uvedeného pracoviště. Celkem bylo osloveno 25 respondentů, zkoumaný vzorek tvořilo 20 respondentů, 80 % z celkového počtu oslovených. Výzkumného šetření se zúčastnilo 10 lékařů (50 %) z celkového počtu 20 lékařů, kteří v období, kdy bylo prováděno výzkumné šetření, pečovali o pacienty na lůžkových odděleních intenzivní péče a 10 sester z 50 (20 %), které pracují na lůžkových odděleních intenzivní péče, a které mají zkušenosti s péčí o pacienta po sebevražedném pokusu.

## **6.3 Postup při tvorbě rozhovorů**

Otázky k rozhovoru jsme vytvořili samostatně. K jejich tvorbě nás inspirovaly nejen získané informace a zájem o problematiku syndromu vyhoření a suicidií, ale především vlastní zkušenosti s péčí o pacienty po sebevražedném pokusu v oboru intenzivní a resuscitační péče. Posloupnost otázek byla stanovena tak, aby byl respondent hloubkou tématu sebevraždy zatěžován postupně a byl tak ve své odpovědi více otevřený.

Rozhovor byl strukturován do několika částí tak, aby zmapoval všechny zkoumané oblasti. Dotazy 1-3 byly zaměřeny na sběr demografických dat, otázky 4 a 5 zjišťovaly motivaci k výběru a výkonu zdravotnického povolání. Oblast vzdělávání zkoumaly dotazy 6-8. Otázky 9-13 se zaměřily na problematiku syndromu vyhoření a duševní hygieny respondentů a jejich postoje k pacientům po suicidálním pokusu zjišťovaly dotazy 14-22. Otázka 23 zkoumala názor dotazovaných na finanční zátěž pro zdravotnický systém v souvislosti s péčí o pacienty po opakovaném suicidálním pokusu. Dotaz 24 byl otázkou nezařazenou, jež umožňovala respondentům doplnit interview o poznatky, které nebyly ve výše uvedených otázkách obsaženy, nebo o kterých byli schopni či ochotni hovořit až v závěru rozhovoru. Poznatky ve výpovědích, které se přímo týkaly tématu předchozích dotazů, byly přerazeny a zpracovány v příslušné otázce (č. 7, č. 16, č. 20 a č. 22). Otázky k rozhovoru jsou v závěrečné práci uvedeny jako příloha č. 4.

Interview byla zachycena záznamovou technikou, následně zpracována pomocí doslovné a komentované transkripce. Získaná data byla analyzována a zpracována metodou otevřeného kódování<sup>4,5</sup>.

Celková délka interview činila přes 6 hodin (369 minut), nejkratší rozhovor trval 10:08 minut a nejdelší 25:50 minut. V průběhu interview jsme byli nuceni některým respondentům dovysvětlit znění otázky, motivovat je k odpovědi, případně pokládat doplňující otázky k upřesnění jejich odpovědi.

### **6.3.1 Sběr dat**

Sběr dat probíhal v únoru 2016. Rozhovory probíhaly v nemocničním zařízení na KARIM v soukromí, na inspekčních pokojích a v klidných částech oddělení, v rámci pracovní doby účastníků.

---

<sup>4</sup> Kódování je definováno jako „rozčleňování množin a souborů údajů na dílčí celky, segmenty a jejich následné pojmenování a třídění, případné klasifikování a kategorizování“ (Reichel, 2010, p. 165).

<sup>5</sup> Otevřené kódování „se provádí při prvních analýzách údajů. Odhaluje určitá témata a člení je, třídí, kombinuje atp., tvoří prvotní kategorie, které charakterizuje, tj. identifikuje jejich základní vlastnosti“ (Reichel, 2010, p. 167).

## 6.4 Analýza dat

### 6.4.1 Věk

Věk účastníků zjišťovala otázka č. 1: *Kolik je Vám let?* (viz Tab. 1).

Tabulka 1 – Věk

<b>Průměrný věk</b>	<b>Celkem</b>	37
	<b>Muži</b>	40,4
	<b>Ženy</b>	33,6

#### **Komentář:**

Výzkumný vzorek tvořilo celkem 20 respondentů, 10 mužů a 10 žen.

Průměrný věk účastníků byl 37 let.

Průměrný věk dotazovaných mužů byl 40,4 let, průměrný věk dotazovaných žen činil 33,6 let.

#### 6.4.2 Nejvyšší dosažené vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání účastníků zkoumal dotaz č. 2: *Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?* (viz Tab. 2).

Tabulka 2 – Nejvyšší dosažené vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání	Počet účastníků
Středoškolské	2
Středoškolské, ARIP	4
Vyšší odborné	1
Vysokoškolské Bc.	1
Vysokoškolské Mgr.	2
Vysokoškolské MUDr.	10

#### Komentář:

Všichni mužští respondenti uvedli jako své nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské studium. Nejvyšší dosažené vzdělání ženských účastníků výzkumu bylo rozmanité, od středoškolského až po vysokoškolské.

### 6.4.3 Délka praxe

Celkovou délku praxe ve zdravotnictví a délku praxe v intenzivní péči respondentů zjišťovala otázka č. 3: *Jak dlouho již pracujete ve zdravotnictví? A kolik let v intenzivní péči?* (viz Tab. 3).

Tabulka 3 – Délka praxe

	<b>Délka praxe ve zdravotnictví</b> (v letech)	<b>Délka praxe v intenzivní péči</b> (v letech)
<b>Průměr celkový</b>	15,5	13,3
<b>Průměr muži</b>	17,6	14,3
<b>Průměr ženy</b>	12,5	12,3

#### **Komentář:**

##### *Délka praxe ve zdravotnictví*

Průměrná délka praxe respondentů ve zdravotnickém oboru dosáhla 15,5 roku, pohybuje se v rozmezí od 4 do 46 let, u mužů 17,6 roku a u žen 12,5 roku.

##### *Délka praxe v intenzivní péči*

Průměrná délka praxe respondentů v oboru intenzivní péče činila 13,3 roku, u mužů 14,3 roku a u žen 12,3 roku. Délka praxe se pohybuje v rozmezí od 4 do 35 let. 5 mužů a 1 žena uvedli, že v oboru intenzivní péče nepracují po celou dobu výkonu zdravotnického povolání.

#### 6.4.4 Motivace k volbě zdravotnického povolání

Motivaci účastníků k volbě zdravotnického povolání zkoumal dotaz č. 4: *Co Vás vedlo k volbě Vašeho povolání?* (viz Tab. 4).

Tabulka 4 – Motivace k volbě zdravotnického povolání

<b>Respondent</b>	<b>Motivace k volbě zdravotnického povolání</b>
1	Bez jasné motivace, výběr od základní školy.
2	Bez jasné motivace, nebavilo předchozí studium.
3	Bez jasné motivace, postupné vylučování jiných profesí, zbyla medicína, zdravotníci v rodině.
4	Bez jasné motivace, zájem o biologii člověka.
5	Zájem o zdravotnickou profesi, zdravotníci v rodině.
6	Bez jasné motivace, zdravotníci v rodině.
7	Zdravotníci v rodině, iluze, nyní zklamané, o náplni zdravotnického povolání, pomáhat lidem.
8	Dětský sen.
9	Zájem o zdravotnickou profesi, snaha pomoci.
10	Pomáhat lidem.
11	Zdravotníci v rodině.
12	Zdravotník v rodině.
13	Zdravotníci v rodině, tradice.
14	Bez jasné motivace, původně úvaha o jiném oboru.
15	Zájem o zdravotnickou profesi.
16	Zájem o sesterskou profesi, původně úvaha o jiném oboru, atraktivita sesterského povolání v médiích.
17	Zdravotník v rodině, nechť' dojíždět za jinou profesí mimo město.
18	Zdravotníci v rodině, zájem o přírodní vědy.
19	Bez jasné motivace, zbyla medicína, bez zájmu o jiné profese.
20	Zájem o zdravotnickou profesi.

### **Komentář:**

9 respondentů vypovědělo, že jejich motivace pro výkon zdravotnického povolání vychází ze skutečnosti, že členové jejich rodiny jsou zdravotníky. Lékaři se stali ti, kteří pocházejí z doktorských rodin, 2 respondentky také motivovala k povolání sestry profese rodinného příslušníka. Pro 6 respondentů byla tradice zdravotnického povolání v rodině hlavním motivem k volbě jejich profese.

Bez jasné prvotní motivace vykonává zdravotnické povolání 7 dotázaných, mezi vedlejšími motivy například uvedli vyloučení jiných profesí či nezájem o ně, nenaplnění předchozím studiem, zájem o biologii nebo přítomnost zdravotníka v rodině.

Zájem o zdravotnickou profesi byl hlavním motivem pro 5 respondentů, kdy pro 2 byla motivací jedinou, u dalších byla podpořena přítomností zdravotníka v rodině, snahou pomáhat či atraktivitou sesterského povolání v médiích.

3 dotazovaní uvedli jako motivaci k volbě povolání potřebu pomáhat lidem, pro 1 respondentku byla hlavním motivem.

Pro 1 dotázanou bylo povolání sestry dětským snem.



#### 6.4.5 Naplnění zdravotnickým povoláním a úvahy o změně

Pocit naplnění zdravotnickým povoláním a uvažování respondentů o změně zjišťovala otázka č. 5: *Naplňuje Vás práce ve zdravotnictví? A uvažujete o změně?* (viz Tab. 5).

Tabulka 5 – Naplnění zdravotnickým povoláním a úvahy o změně

Respondent	Naplnění povoláním	Úvahy o změně
1	Ano.	Nyní ne, dříve ano, mateřská a snížení pracovního úvazku ideální.
2	Ano.	Změna pracoviště ano, odchod ze zdravotnictví ne.
3	Částečně, „pouze práce“.	Ne.
4	Ano.	Změna pracoviště ano, odchod ze zdravotnictví ne.
5	Ano.	Ne.
6	Ne.	Ne.
7	Jak kdy, klesající tendence.	Změna pracoviště ano, odchod ze zdravotnictví ne.
8	Ano.	Změna pracoviště občas ano, odchod ze zdravotnictví ne.
9	Ano.	Ne.
10	Ano.	Změna pracoviště občas ano, odchod ze zdravotnictví ne.
11	Jak kdy, v trendu ano.	Odchod ze zdravotnictví občas ano.
12	Ano.	Ne.
13	Ano.	Změna pracoviště ano, odchod ze zdravotnictví ne.
14	Ano.	Ne.
15	Ano.	Ne.
16	Spíše ano, dle charakteru pracovních podmínek.	Změna pracoviště ano, odchod ze zdravotnictví ne.
17	Jak kdy, klesající tendence.	Ne.
18	Ano.	Ne.
19	Ne, zejména obor ne.	Ano, na změnu oboru je „starý“.
20	Ano.	Ne.

## **Komentář:**

### *Naplnění zdravotnickým povoláním*

13 respondentů uvedlo, že je práce ve zdravotnictví naplňuje. 2 dotazovaní vypověděli, že „*jak kdy*“, kdy popisují spíše klesající tendence naplnění, 1 respondent uvedl, že „*jak kdy*“, ale v trendu ano, 1 dotázaná popsala, že spíše ano, ale závisí na charakteru aktuálních pracovních podmínek. 2 respondenti uvedli, že je práce ve zdravotnictví nenaplňuje.

### *Úvahy o změně*

10 dotazovaných vypovědělo, že o změně pracoviště ani oboru neuvažují, 5 respondentů zvažuje změnu pracoviště a 2 dotázaní pomýšlí na změnu pracoviště jen občas. 1 respondentka uvedla, že o změně nyní nepřemýšlí, dřívější úvahy vyřešila mateřskou dovolenou a snížením pracovního úvazku, tento stav nyní považuje za ideální. 1 respondent občas uvažuje o změně profese, chtěl by se stát horským vůdcem. 1 dotázaný, jehož práce ve zdravotnictví a zejména zvolený obor nenaplňuje, pomýšlí na změnu, ale domnívá se, že je ve svém věku na změnu oboru již „*starý*“.

#### 6.4.6 Vzdělávání v oblasti psychologie, psychiatrie, syndromu vyhoření

Míru vzdělávání v oblasti psychologie, psychiatrie či na téma syndrom vyhoření zjišťoval dotaz č. 6: *Jaké semináře/ kurzy, popř. jiné formy vzdělávání, z oblasti psychologie a psychiatrie či k tématu syndromu vyhoření jste absolvoval/a?* (viz Tab. 6).

Tabulka 6 – Vzdělávání v oblasti psychologie, psychiatrie či na téma syndrom vyhoření

Respondent	Vzdělávání v oblasti psychologie, psychiatrie, syndromu vyhoření
1	Nějaké semináře absolvovala, nepamatuje si jaké, déle než 10 let.
2	Zvládání agresivních pacientů, před 10 lety.
3	Žádné.
4	Kurz „ <i>Sdělování nepříznivé zprávy</i> “, seminář o syndromu vyhoření součástí kurzu.
5	Žádné.
6	Žádné.
7	Kurz „ <i>Sdělování nepříznivé zprávy</i> “, seminář o syndromu vyhoření součástí kurzu.
8	Žádné.
9	Žádné.
10	Žádné.
11	Žádné.
12	Žádné.
13	Kurz „ <i>Sdělování nepříznivé zprávy</i> “, seminář o syndromu vyhoření součástí kurzu.
14	Žádné.
15	Žádné.
16	Žádné.
17	Seminář o syndromu vyhoření, kurz „ <i>Pozitivní argumentace</i> “.
18	Žádné.
19	Žádné.
20	Žádné.

**Komentář:**

14 respondentů sdělilo, že neabsolvovali žádný seminář z oblasti psychologie, psychiatrie či na téma syndrom vyhoření.

3 respondenti absolvovali kurz „*Sdělování nepříznivé zprávy*“, seminář o syndromu vyhoření byl součástí tohoto kurzu.

1 respondentka absolvovala seminář o syndromu vyhoření a kurz „*Pozitivní argumentace*“, který byl zaměřený na komunikaci nejen s problémovými lidmi, ale i podřízenými, spolupracovníky a pacienty. 1 dotazovaná před 10 lety navštívila kurz zvládání agresivních pacientů. 1 respondentka uvedla, že nějaké semináře z oblasti psychologie či psychiatrie absolvovala, bohužel si nepamatuje jaké, je to již déle než 10 let.

#### 6.4.7 Zájem o témata z oblasti psychiatrie a psychologie

Zájem respondentů o témata z oblasti psychiatrie a psychologie zkoumala otázka č. 7: *Jaká témata z oblasti psychiatrie a psychologie Vás zajímají?* (viz Tab. 7).

Tabulka 7 – Zájem o témata z oblasti psychiatrie a psychologie

Respondent	Zájem o témata z oblasti psychiatrie a psychologie
1	Setkání s novým stavem/ nemocí motivuje k získání nových poznatků.
2	Deprese.
3	Deliria, poruchy spánku.
4	Deliria, hypnóza, patofyziologické mechanismy duševních chorob (mimo osobnostních a vývojových poruch).
5	Žádná.
6	Žádná.
7	Vyhledává informace o stavech postihujících naše pacienty, deprese, schizoidní poruchy, organické poruchy následkem traumatu.
8	Žádná. <sup>6</sup> Zájem o pravidelná psychologická cvičení/ sezení, pouze v pracovní době, ve skupině, témata péče o pacienty nejen se sebevražedným sklonem, správná komunikace a přístup.
9	Deprese.
10	Syndrom vyhoření, gerontopsychiatrie – péče a přístup k pacientům.
11	Akutní psychózy, psychoterapeutické techniky.
12	Deprese.
13	Žádná.
14	Deprese.
15	Žádná.
16	Deprese.
17	Zvládání mimopracovních stresových situací.
18	Žádná.
19	Žádná.
20	Žádná.

### **Komentář:**

8 respondentů vypovědělo, že se nezajímají o žádná témata z oblasti psychiatrie a psychologie. Deprese jsou v popředí zájmu 5 dotázaných. 2 respondenti se zajímají o problematiku delirií, poruchy spánku, 1 z nich se zajímá o hypnózu a o patofyziologické mechanismy řady duševních chorob. 1 respondentka uvedla, že ji setkání s novým stavem/nemocí motivuje k získání nových poznatků. 1 dotázaný si vyhledává informace o stavech, které postihující pacienty hospitalizované na jeho pracovišti, zejména o depresích, schizoidních poruchách a organických poruchách vzniklých v důsledku traumatu. 1 respondentka se zajímá o problematiku syndromu vyhoření a o poznatky v péči a přístupu ke gerontopsychiatrickým pacientům. 1 dotázaný se aktivně věnuje problematice akutních psychóz a psychoterapeutickým technikám. 1 respondentka se zajímá o techniky zvládání stresových situací v osobním životě.

1 dotázaná <sup>6</sup> dále uvedla, že by měla zájem o pravidelná psychologická cvičení/ sezení, ale pouze v pracovní době a nejlépe ve skupině. Je si vědoma organizační náročnosti pro pracoviště. Měla by zájem o témata péče o pacienty nejen se sebevražedným sklonem, správné komunikaci a přístupu.

---

<sup>6</sup> Převzeno z otázky č. 24, dodatečně rozšířená výpověď.

#### 6.4.8 Přínos získaných informací pro praxi

Zhodnocení přínosu získaných informací ze vzdělávacích akcí a samostudia v oblasti psychiatrie a psychologie pro praxi respondentů zjišťovala otázka č. 8: *Jak byste ohodnotil/a přínos získaných informací pro Vaši praxi?* (viz Tab. 8).

Tabulka 8 – Přínos získaných informací pro praxi

Respondent	Přínos získaných informací pro praxi
1	Zlepšení komunikace a přístupu k pacientovi.
2	Přínos minimální, dosud málo informací, nezájem o další vzdělávání v psychologické a psychiatrické problematice.
3	Přínos minimální, dosud málo informací.
4	Přínos kurzu „ <i>Sdělení nepříznivé zprávy</i> “ – získání jiného pohledu na pacienta, změna vlastního chování/ přístupu, snaha o implementaci získaných informací do praxe.
5	Bez přínosu z důvodu nezájmu o danou problematiku.
6	Bez přínosu z důvodu nezájmu o danou problematiku.
7	Přínos není veliký, důvodem jsou „ <i>knižní</i> “ semináře, které se odklánějí od reality.
8	Bez přínosu z důvodu nezájmu o danou problematiku.
9	Poznání, že deprese je závažné onemocnění, nyní více pochopení.
10	Snaha o aplikaci do praxe, která se májí účinkem, pocit, že to nezvládá a že některé situace přesto neumí řešit správně.
11	Snaha o implementaci získaných informací do praxe.
12	Snaha o implementaci získaných informací do praxe.
13	Přínos kurzu „ <i>Sdělení nepříznivé zprávy</i> “ – jednoznačná změna pohledu na problematiku krajních situací/ mezí v lidském životě, získání nového pohledu na psychiatrického pacienta.
14	Snaha o další implementaci zkušeností/ poznatků získaných v praxi.
15	Bez přínosu z důvodu nezájmu o danou problematiku.
16	Přínos zkušeností s nemocí u rodinného příslušníka, získání většího přehledu o možných prožitcích pacienta.

17	Přínos kurzu „ <i>Pozitivní argumentace</i> “, uplatnění poznatků v řídicí funkci (komunikace s lidmi, management změn), návrh a zájem o povinný kurz z oblasti psychiatrické problematiky.
18	Přínos kurzu „ <i>Sdělení nepříznivé zprávy</i> “, snaha o implementaci získaných poznatků v praxi.
19	Bez přínosu z důvodu nezájmu o danou problematiku.
20	Bez přínosu z důvodu nezájmu o danou problematiku.

### **Komentář:**

U 6 respondentů nebyl zjištěn žádný přínos pro praxi, a to z důvodu nezájmu o psychiatrickou a psychiatrickou problematiku. 2 dotázaní vyhodnotili přínos získaných informací pro praxi jako minimální, uvádějí, že mají doposud málo poznatků o dané problematice, 1 z nich dokonce vyjádřil nezájem o další vzdělávání v psychologické a psychiatrické problematice. 1 respondent uvedl, že nepovažuje přínos informací za významný, dále uvádí, že důvodem je skutečnost, že jsou tyto semináře „*dělány knižně*“ a značně se odklánějí od reality. Snahu o aplikaci do praxe, která se však míjí účinkem, pocity, že to nezvládá a že některé situace neumí řešit správně, popsala 1 dotázaná.

Zásadní přínos kurzu „*Sdělení nepříznivé zprávy*“ a snahu o implementaci získaných poznatků v praxi uvedli 3 respondenti, popsali například změnu pohledu na pacienta, na problematiku krajních situací/ mezí v lidském životě či vlastního chování/ přístupu k pacientům/ jejich příbuzným. 2 dotazovaní dále vyjádřili snahu o implementaci získaných informací do praxe a 1 respondentka uvedla snahu dále využívat zkušenosti/ poznatky, které získala v praxi. Přínos kurzu „*Pozitivní argumentace*“ a uplatnění získaných poznatků ve vedoucí pozici (v komunikaci s lidmi, managementu změn) popsala 1 respondentka, která navrhla a současně projevila zájem o povinný interaktivní kurz z oblasti psychiatrické problematiky zaměřené na pacienta a řešení vzniklých situací. 1 dotazovaná považuje za přínosnou zkušenost s nemocí u rodinného příslušníka, která vedla k získání většího přehledu o možných prožitcích takto postiženého pacienta. Poznání, že deprese je závažným onemocněním, pro které má nyní více pochopení, uvedl 1 respondent. Zlepšení komunikace a přístupu k psychiatrickému pacientovi v důsledku získaných informací popsala 1 dotázaná.



#### 6.4.9 Znalost pojmu syndrom vyhoření

Povědomí o syndromu vyhoření a konkrétní představy respondentů o tomto jevu zkoumala otázka č. 9: *Setkal/a jste se s pojmem syndrom vyhoření? Co si pod ním konkrétně představujete?* (viz Tab. 9).

Tabulka 9 – Znalost pojmu syndrom vyhoření

<b>Respondent</b>	<b>Setkání s pojmem</b>	<b>Konkrétní představa respondenta o syndromu vyhoření</b>
1	Ano.	Dlouholetá práce s lidmi, dlouhý čas na jednom pracovišti při plném pracovním úvazku, úvahy o odchodu, pocit přetížení, úvahy o změně, negativismus až hostilita ve vztahu k pacientům.
2	Ano.	Ztráta profesního zájmu, nespokojenost, plačtivost, až odpor k práci.
3	Ano.	Ztráta motivace, pocitu naplnění, ztráta profesního zájmu, vykonávání pouze základních činností, přenos symptomů do osobního života.
4	Ano.	Ztráta profesního zájmu, pocitu naplnění, nesoustředěnost, únava, znechucení, lhostejnost vůči osudům pacientů, přenos emoční nestability do osobního života, její negativní vliv na běžný život.
5	Ano.	Ztráta motivace, poruchy nálady, deprese.
6	Ano.	Ztráta motivace.
7	Ano.	Ztráta radosti z práce, nechut' ráno vstát a jít do práce.
8	Ano.	Ztráta profesního zájmu, pocitu naplnění, nespokojenost, konflikty.
9	Ano.	Ztráta profesního zájmu, trubicovité vidění zastíňující to, co by člověk za normálních okolností viděl.
10	Ano.	Ztráta profesního zájmu, pocitu naplnění v důsledku dlouhodobé práce na jednom pracovišti či výkonu stereotypní práce, negativismus až hostilita ve vztahu k pacientům.
11	Ano.	Únava, ztráta motivace, pocitu naplnění a smysluplnosti práce, bagatelizace v přístupu k pacientům.
12	Ano.	Podrážděnost, nechut' jít do práce, ztráta profesního zájmu, o sebevzdělávání, o nové přístroje/ techniku, neplnění standardů, lhostejnost vůči pacientům.

13	Ano.	Lhostejnost v přístupu k pacientům, ztráta radosti z práce, nechuť jít do práce, negativismus až hostilita ve vztahu k pacientům, autoritám, ztráta profesního zájmu, vykonávání pouze základních činností.
14	Ano.	Negativismus, konflikty, podrážděnost, nervozita, neochota, nepříjemné chování.
15	Ano.	Konflikty, vykonávání základních činností až lhostejnost k práci a v přístupu k pacientům.
16	Ano.	Ztráta motivace, pocitu naplnění a smysluplnosti práce.
17	Ano.	Ztráta profesního zájmu, neprofesionální přístup k pacientům, ztráta pocitu naplnění v pracovním i osobním životě, ztráta zájmu, úvahy o změně.
18	Ano.	Ztráta profesního zájmu, pocitu naplnění.
19	Ano.	Ztráta profesního zájmu, pocitu naplnění, motivace, lhostejnost v přístupu k pacientům, podrážděnost, konflikty, nesnaží se na sobě pracovat, být lepším.
20	Ano.	Ztráta profesního zájmu, nespokojenost, pedantství.

### **Komentář:**

#### *Znalost pojmu syndrom vyhoření*

Všichni dotázaní vypověděli, že se s pojmem syndrom vyhoření setkali.

#### *Konkrétní představa respondenta o syndromu vyhoření*

Respondenti jmenovali mezi nejčastějšími konkrétními představami o syndromu vyhoření ztrátu profesního zájmu (13 dotázaných), ztrátu pocitu naplnění (9 dotázaných) a motivace (6 dotázaných), konflikty (4 dotázaní), negativismus až hostilitu ve vztahu k pacientům (4 dotázaní), lhostejnost vůči pacientům (4 dotázaní), nespokojenost v zaměstnání (3 dotázaní), podrážděnost (3 respondenti), vykonávání výlučně základních činností (3 dotázaní), nechuť jít do práce (3 dotázaní), ztrátu radosti z práce (2 dotázaní), úvahy o změně pracoviště (2 dotázaní) a únavu (2 dotázaní).

Dalšími představami byli dlouholetá práce s lidmi, dlouhý čas strávený na jednom pracovišti při plném pracovním úvazku, úvahy o odchodu, pocit přetížení, plačtivost, odpor k práci, nesoustředěnost, znechucení, lhostejnost, přenos emoční nestability do osobního života a její negativní vliv na běžný život, poruchy nálady až deprese, trubicovité vidění zastihující to, co by člověk za normálních okolností viděl, ztráta pozitivního vztahu k práci a její smysluplnosti, bagatelizaci v přístupu k pacientům, nervozitu, neochotu, nepříjemné chování, neprofesionální přístup k pacientům a pedantství.

#### 6.4.10 Postupy odreagování od pracovního stresu a duševní hygiena

Metody odreagování od pracovního stresu a možnosti duševní hygieny, jež respondenti využívají, zjišťoval dotaz č. 10: *Jaké postupy odreagování od pracovního stresu a možnosti duševní hygieny využíváte?* (viz Tab. 10).

Tabulka 10 – Postupy odreagování od pracovního stresu a duševní hygiena

<b>Respondent</b>	<b>Postupy odreagování od pracovního stresu a možnosti duševní hygieny</b>
1	Rodina, práci si nenosí domů, sport, četba.
2	Práci si nenosí domů.
3	Práci si nenosí domů.
4	Aktivní odpočinek, sport, rodina.
5	Sport, ženy.
6	Fyzická práce, rybolov.
7	Sport.
8	Práci si nenosí domů, rodina, sport, kultura, vycházky do přírody.
9	Práci si nenosí domů, sport, rodina, četba.
10	Sport, kultura, četba, přátelé.
11	Sport, fyzická práce.
12	Spánek.
13	Sport.
14	Přátelé, vycházky do přírody, snaha nenosit si práci domů.
15	Sport, turistika.
16	Přátelé, sport, snaha nenosit si práci domů.
17	Cestování, kultura, přátelé, rodina, pes, kocour.
18	Práce s pozitivní energií, hudba.
19	Sport.
20	Přátelé, kultura, četba, vycházky do přírody.

**Komentář:**

Mezi nejčastějšími postupy odreagování od pracovního stresu a duševní hygieny označilo 12 respondentů sport. 5 dotázaných uvedlo, že si práci nenosí domů, a 2 respondenti sdělili, že se o tento postup snaží. Rodinu a přátele jmenovalo 5 dotázaných. Kulturu vyhledávají 4 respondenti, vycházky do přírody 3 dotázaní, četbu 2 respondenti a fyzická práce na chatě pomáhá 2 dotázaným.

Dalšími postupy, jež respondenti uvedli, jsou aktivní odpočinek, rybolov, turistika, cestování, pes, kocour, práce s pozitivní energií, hudba, ženy apod.

#### 6.4.11 Syndrom vyhoření u respondentů

Přítomnost a charakter příznaků syndromu vyhoření u respondentů a popis řešení vzniklé situace zkoumala otázka č. 11: *Pozoroval/a jste na sobě někdy nějaké příznaky syndromu vyhoření? Pokud ano, jaké? Jak jste tuto situaci řešil/a?* (viz Tab. 11).

Tabulka 11 – Syndrom vyhoření u respondentů

<b>Přítomnost příznaků syndromu vyhoření</b>	<b>Počet účastníků</b>
Ano, v minulosti	12
Ano, v současnosti	5
Ne	3

#### **Komentář:**

##### *Přítomnost příznaků*

Na otázku, zda na sobě respondenti pozorovali někdy nějaké příznaky syndromu vyhoření, odpovědělo 17 respondentů, že ano, z toho 12 dotázaných v minulosti a 5 respondentů je na sobě pociťuje v současné době. 3 dotázaní uvedli, že na sobě příznaky syndromu vyhoření dosud nikdy nepozorovali.

##### *Projevy*

Nejčtenějšími projevy, které na sobě respondenti pozorovali/ pozorují, jsou ztráta potěšení z práce (9 respondentů), podrážděnost (8 dotázaných), únava (7 respondentů), ztráta motivace (4 dotázaní), nechut' jít do práce (4 respondenti), ztráta pocitu naplnění (3 dotázaní), konflikty (3 respondenti), vykonávání nezbytných činností (2 dotázaní), podceňování řešených případů (2 respondenti) a neprofesionální chování vůči pacientům (2 dotázaní). Dalšími uvedenými symptomy jsou zhoršené chování vůči pacientům, snaha řešit pracovní úkoly velmi rychle a s minimálním množstvím energie, úbytek trpělivosti, ztráta smysluplnosti práce, nechut' podílet se na odborných výkonech, pokles pracovní aktivity a nadšení, nechut' začínat nové projekty, touha po odchodu, po změně, celková ztráta zájmu, depresivní ladění, nesoustředěnost, negativismus, přenos emoční nestability do osobního života, vztahovačnost, smutek, deziluze ze života, znechucení a nespavost.

##### *Řešení situace*

Účastníci výzkumu řeší tuto situaci dovolenou (5 respondentů), změnou pracoviště (4 dotázaní), sportem, rozebráním situace s druhou osobou, otěhotněním a mateřskou dovolenou a uvědoměním si problému. Dále účastníci uvedli, že jim pomohla podpora rodiny a odpočinek. Další 2 respondenti sdělili, že svůj stav nijak neřeší, kdy 1 uvedl, že „*musí chodit do práce, aby dostával peníze a že je na změnu oboru již starý*“, 2., že „*to nechává plout a odpočítává roky do důchodu*“. U 2 dotázaných došlo ke spontánní úpravě stavu. Dalšími uvedenými možnostmi řešení syndromu vyhoření respondentů jsou například vystoupení z rutiny, nové podněty v práci, přehodnocení pracovních cílů, snížení

pracovního zatížení, změna směnného plánu, podpora kolegy, podání výpovědi a její následné stažení, relaxace, fyzická aktivita, rybolov, mimopracovní aktivity, vyřešení osobní situace, návštěva kina, výlet apod.

#### 6.4.12 Povědomí o možnostech psychologické pomoci

Povědomí respondentů o možnostech psychologické pomoci pro personál nemocnice, v níž probíhalo výzkumné šetření, zjišťovala otázka č. 12: *Jaké znáte možnosti psychologické pomoci pro zaměstnance naší nemocnice?* (viz Tab. 12).

Tabulka 12 – Povědomí o možnostech psychologické pomoci

<b>Respondent</b>	<b>Povědomí o možnostech psychologické pomoci</b>
1	Psycholog, kaplan.
2	Psycholog, psychologické kurzy.
3	Žádné, bez zájmu.
4	Psycholog, krizová pomoc pro zaměstnance, psychologické a psychiatrické oddělení.
5	Žádné, bez zájmu.
6	Psychologické kurzy.
7	Psychologické a psychiatrické oddělení, relaxace.
8	Psycholog, psychologické kurzy, relaxace.
9	Psychologické oddělení.
10	Psycholog, podpora vedoucích pracovníků, relaxace, masáže.
11	Psychologické oddělení, kaplan, psycholog, relaxace.
12	Relaxace.
13	Psycholog, krizová pomoc pro zaměstnance.
14	Psycholog.
15	Psycholog, krizová pomoc pro zaměstnance.
16	Psycholog, sportovní aktivity, psychologické kurzy.
17	Psycholog, relaxace, krizová pomoc pro zaměstnance.
18	Psychologické oddělení, krizová pomoc pro zaměstnance.
19	Psychologické a psychiatrické oddělení, psycholog.
20	Žádné, v případě potřeby dohledání informací na „intranetu“.

### **Komentář:**

Dotazovaní jmenovali mezi možnostmi psychologické pomoci pro zaměstnance nemocnice přítomnost klinického psychologa (12 respondentů), relaxační cvičení (6 dotázaných), psychologické oddělení (6 respondentů), krizovou pomoc pro zaměstnance (5 dotázaných), pořádání psychologických kurzů (4 respondenti), psychiatrické oddělení (3 respondenti) a možnost pohovoru s kaplanem (2 dotázaní). Dále uvedli například podporu vedoucích pracovníků, sportovní aktivity organizované managementem nemocnice či masáže.

2 respondenti neznají žádné možnosti psychologické pomoci, nezajímají se o ně. Také 1 dotázaná uvedla, že žádné nezná, ale že by si v případě potřeby dokázala potřebné informace dohledat na „*intranetu*“.



### 6.4.13 Využití psychologické pomoci

Schopnost a ochotu využít psychologickou pomoc zkoumal dotaz č. 13: *Kdybyste se ocitl/a v situaci, kdybyste takovou pomoc potřeboval/a, dokázal/a byste ji využít?* (viz Tab. 13).

Tabulka 13 – Využití psychologické pomoci

<b>Respondent</b>	<b>Využití psychologické pomoci</b>
1	Neví, řeší sama, s přáteli, psycholog až jako poslední možnost.
2	Ano.
3	Ne, řeší v soukromí.
4	Ano, řeší s rodinou.
5	Ano, řeší s rodinou, s přáteli, výběr odborníka na doporučení.
6	Ano.
7	Ano, upřednostnění jiného zdravotnického zařízení.
8	Ano, řeší s rodinou, s přáteli, psycholog jako poslední možnost.
9	Ano, upřednostnění jiného zdravotnického zařízení.
10	Ano, již využila.
11	Ano.
12	Ano.
13	Ano, již využil, upřednostnění jiného zdravotnického zařízení.
14	Ano, již využila.
15	Ano, upřednostnění jiného zdravotnického zařízení.
16	Ano.
17	Ano.
18	Neví, skepse, řeší sám, s přáteli.
19	Ne, řeší sám.
20	Ano.

**Komentář:**

16 respondentů odpovědělo, že kdyby se ocitli v situaci, kdy by potřebovali psychologickou pomoc, dokázali by ji využít, 3 z nich ji dokonce již využili. 4 dotázaní by raději upřednostnili pomoc v jiném zdravotnickém zařízení. 4 respondenti uvedli, že své problémy řeší s přáteli a 3 dotázaní s rodinou. 2 respondenti by zvolili pomoc psychologa až jako poslední možnost. 1 dotázaný by si zvolil odborníka podle doporučení.

2 respondenti nevědí, zda by vyhledali odbornou pomoc, raději své problémy řeší sami se sebou, případně s přáteli. 2 dotázaní uvedli, že by odbornou pomoc nevyhledali.

#### 6.4.14 Soukromá zkušenost s vážně psychiatricky nemocným člověkem

Přítomnost soukromé zkušenosti s vážně psychiatricky nemocným člověkem zjišťovala otázka č. 14: *Setkal/a jste se ve svém okolí, například v rodině či mezi přáteli, s vážně psychiatricky nemocným člověkem?* (viz Tab. 14).

Tabulka 14 – Soukromá zkušenost s vážně psychiatricky nemocným člověkem

Respondent	Soukromá zkušenost s vážně psychiatricky nemocným člověkem
1	Ne.
2	Ne.
3	Ne.
4	Ne.
5	Ne.
6	Ne.
7	Ano, drogová závislost, maniodepresivní porucha.
8	Ano, deprese.
9	Ano, deprese.
10	Ano, maniodepresivní porucha.
11	Ano, bipolární afektivní porucha.
12	Ano, deprese.
13	Ano, závislost na alkoholu.
14	Ano, maniodepresivní porucha.
15	Ano, schizofrenie.
16	Ano, maniodepresivní porucha.
17	Ne.
18	Ano, poruchy nálad, poruchy osobnosti.
19	Ne.
20	Ne.

#### Komentář:

11 respondentů vypovědělo, že se ve svém okolí setkali s vážně psychiatricky nemocným člověkem. Popsali zkušenosti s maniodepresivní poruchou (4 dotázaní), depresí (3 respondenti), dále s poruchami nálad a osobnosti, schizofrenií, bipolární afektivní poruchou, závislostí na alkoholu a drogách. Negativní odpověď uvedlo 9 respondentů.

#### 6.4.15 Postoj k vážně psychiatricky nemocným pacientům

Postoje respondentů k vážně psychiatricky nemocným zkoumal dotaz č. 15: *Jaký je Váš postoj k vážně psychiatricky nemocným pacientům?* (viz Tab. 15).

Tabulka 15 – Postoj k vážně psychiatricky nemocným pacientům

<b>Respondent</b>	<b>Postoj k vážně psychiatricky nemocným pacientům</b>
1	Nemocní lidé, kteří za spoustu věcí nemohou, tolerance, empatie.
2	Zamyšlení se nad přístupem k pacientovi, ohleduplnost, opatrnost v komunikaci.
3	Neodlišuje od jiných pacientů, spolupráce s psychiatrem, důležitost včasné psychiatrické a psychologické léčby.
4	Neodlišuje od jiných pacientů, nemocní lidé, kteří za spoustu věcí nemohou.
5	Neodlišuje od jiných pacientů.
6	Neodlišuje od jiných pacientů, stigmatizace společností.
7	Záleží na diagnóze, strach z agresivních pacientů.
8	Neodlišuje od jiných pacientů, empatie, snaha o udržení si profesionálního přístupu při péči o neklidného pacienta.
9	Tolerance, respekt k tíži onemocnění.
10	Raději pečuje o pacienty dodržující léčebný režim, snaha získat informace o dané chorobě, empatie.
11	Záleží na diagnóze, spolupráce s psychiatrem, stigmatizace společností, závažné invalidizující onemocnění, lítost.
12	Ohleduplnost, opatrnost v komunikaci, strach z agresivních pacientů.
13	Neodlišuje od jiných pacientů, očekávání komplikovanější péče.
14	Ohleduplnost, opatrnost v komunikaci.
15	Neodlišuje od jiných pacientů, opatrnost v komunikaci.
16	Pochopení zátěže pro rodinu a okolí psychiatrického pacienta - osobní zkušenost, někdy porozumění motivu suicidálního jednání pacienta.
17	Předpojatost, očekávání komplikovanější péče.
18	Závažné invalidizující onemocnění, celoživotní handicap.
19	Odsuzování, nesnášenlivost závislých, absence smysluplnosti poskytované péče, spolupráce s psychiatrem.
20	Ohleduplnost, opatrnost v komunikaci.

### **Komentář:**

Postoj k vážně psychiatricky nemocným pacientům se u 7 respondentů nijak neliší od postoje k pacientům trpících jiným onemocněním. Jistou opatrnost v komunikaci uvedlo 5 dotázaných, ohleduplnost 4 respondenti a empatii 3 dotázaní. 3 respondenti aktivně spolupracují při léčbě nemocného s psychiatrem, 2 dotázaní se domnívají, že jsou psychiatrickí pacienti společensky stigmatizovaní a 2 respondenti označili tyto choroby za závažná invalidizující onemocnění. Za nemocné lidi, kteří za spoustu věcí nemohou, považují tyto pacienty 2 dotázaní, vyšší míru tolerance uvádějí 2 respondenti. Typ psychiatrického onemocnění pacienta je stěžejní pro 2 dotázané, 2 respondenti očekávají komplikovanější péči a 2 dotázaní pociťují strach z agresivních pacientů.

Dále respondenti jmenovali například zamyšlení se nad přístupem k pacientovi, důležitost včasné psychiatrické a psychologické léčby, snahu o udržení profesionálního přístupu při péči o neklidného pacienta, pochopení zátěže pro rodinu a okolí psychiatrického pacienta či možné porozumění motivu suicidálního jednání pacienta, snahu získat informace o dané chorobě, respekt k tíži onemocnění či lítost. 1 dotázaná raději pečuje o pacienty dodržující léčebný režim, 1 respondent pokládá psychiatrické onemocnění za celoživotní handicap.

Mezi výpověďmi respondentů se ojediněle objevují také negativní postoje, kupříkladu předpojatost, odsuzování až nesnášenlivost závislých na drogách či alkoholu a s ní související absence smysluplnosti poskytované péče.

#### 6.4.16 Zkušenosti s pacienty po sebevražedném pokusu

Zkušenosti respondentů s pacienty po sebevražedném pokusu zjišťovala otázka č. 16: *Jaké jsou Vaše zkušenosti s pacienty po sebevražedném pokusu?* (viz Tab. 16).

Tabulka 16 – Zkušenosti s pacienty po sebevražedném pokusu

Respondent	Zkušenosti s pacienty po sebevražedném pokusu
1	Péče náročnější, rozlišuje podle typu sebevraždy, snaha je pochopit, úvahy nad důvodem jednání.
2	Postupné opadání zábran v komunikaci, stud a lítost pacientů za své jednání. <sup>7</sup> V rámci studia zkušenost s pacientem po opakovaném sebevražedném pokusu. Víra v přehodnocení pacientova stanoviska k sebevraždě a životu. Bez pocitu zbytečné péče.
3	Bez rozdílu, péče stejná jako o jiné pacienty.
4	Bez rozdílu, péče stejná jako o jiné pacienty. <sup>8</sup> Zkušenost s pacienty po sebevražedném pokusu s kraniotraumatem, amnézie, jiný pohled na svět, restart. Významné zklidnění, pokud učinili rozhodnutí.
5	Snaha nerozlišovat, objevují se otázky typu „ <i>jestli to má cenu</i> “, ale nerozvíjí je, v případě opakovaných pokusů refrakterních na léčbu a známé anamnézy nastává etický problém nenavyšování péče.
6	Rozlišuje podle typu sebevraždy, pro bilanční sebevraždu maximální pochopení, lítost, „ <i>i přes to, že to jejich řešení by bylo asi to nejsprávnější</i> “, předání pacientů po demonstrativní sebevraždě do péče psychiatrům. <sup>9</sup> Zkušenost s pacientem po opakovaném sebevražedném pokusu, trvalé následky (kvadruplegie).
7	Rozlišuje podle typu sebevraždy, nerad pečuje o demonstrativní sebevrahy, rozčilují ho, pocit marné péče, u bilanční sebevraždy lítost.
8	Obavy, zvláštní pocit, snaha nerozlišovat, úvahy nad důvodem jednání, neodsuzuje.
9	V první fázi bez rozdílu, později pocitu marné péče.

10	Rozlišuje podle typu sebevraždy, u demonstrativní sebevraždy pozastavuje se nad jejich motivací a odhodláním, nahlížení svrchu, nepochopení jednání; při péči o pacienty po nezdařené bilanční sebevraždě zvláštní pocit, snaha o nestrannost, považuje je za „sobce“. <sup>10</sup> Zkušenost s pacientkou po demonstrativním sebevražedném pokusu, časně propuštěnou do domácího léčení. Nesouhlas se zvoleným postupem, očekávání hospitalizace na uzavřeném oddělení.
11	Rozlišuje podle typu sebevraždy, „každý má právo naložit se svým životem jak chce“, u bilanční sebevraždy nemá právo pacientovi zabráňovat, respektuje jeho rozhodnutí, demonstrativním sebevrahům pomoci překlenout to těžké období, psychologickou pomoc zajistit hned od začátku, bez rozdílu v péči, neodsuzuje.
12	Bez rozdílu, péče stejná jako o jiné pacienty, spíše negativní zkušenosti, často agresivní pacienti nebo zemřeli.
13	Rozlišuje podle typu sebevraždy, úvahy o motivaci k činu, pro bilanční sebevraždu pochopení, neodsuzuje, nemá právo hodnotit správnost pacientova rozhodnutí, respekt ke svobodné vůli pacienta ukončit život.
14	Bez rozdílu, péče stejná jako o jiné pacienty, zkušenost s demonstrativními pokusy.
15	Spíše negativní zkušenosti, často agresivní pacienti, péče náročná.
16	Snaha o mírný přístup, povzbuzení pacienta, v případě hrozících opakovaných pokusů pocit beznaděje, smutek, snaha pomoci.
17	Četné zkušenosti, časté úvahy pacientů o dalším pokusu, bez pozitivních myšlenek na budoucnost. Názor, že je na pracovišti nedostatečná psychologická péče, návrh kontaktovat psychologa ihned a jeho provázení pacienta od počátku hospitalizace. Respekt ke svobodné vůli pacienta ukončit život. Často bez pocitu smysluplnosti práce, opakovaně pocit marné péče.
18	Názor, že je na pracovišti nedostatečná psychologická péče.
19	Rozlišuje podle typu sebevraždy, „nerad pečuje o demonstrativní sebevrahy“, spolupráce s psychiatrem. Chybí motivace, důvod s těmi pacienty nějak pracovat, omezená komunikace, nezáměr.
20	Bez rozdílu, péče stejná jako o jiné pacienty, zkušenosti s demonstrativními pokusy.

## Komentář:

Typ sebevražedného pokusu je určující pro přístup k pacientovi u 7 respondentů, bez rozdílu v přístupu oproti jiným pacientům pečuje 6 dotázaných. Pocit marné péče popisují 3 respondenti. 3 dotázaní uvedli, že pacienty za jejich jednání neodsuzují. 2 respondenti jsou toho názoru, že na jejich pracovišti není pacientům poskytována dostatečná psychologická péče. 2 respondenti uvažují o pacientově motivaci k činu a 2 dotázaní přemýšlejí nad důvodem jeho jednání. 2 respondenti respektují pacientovu svobodnou vůli zemřít a 2 respondenti uvedli, že se snaží mezi typy sebevražedného jednání nerozlišovat. Pro 2 dotázané je péče o pacienta po suicidálním pokusu náročnější, než u jiných pacientů. 2 respondenti vyjádřili své pochopení a lítost v případě nezdařeného pokusu o bilanční sebevraždu.

Zkušenosti s pacienty po demonstrativním pokusu popisují 2 dotázaní, 2 respondenti přiznali, že o tyto pacienty pečují neradi, 2 dotázaní líčí spíše negativní zkušenosti, častěji se setkávají s agresivními pacienty po suicidálním pokusu a 2 respondenti uvedli, že „pacienty po demonstrativní sebevraždě s chutí předávají do péče psychiatrům“. V souvislosti s péčí o tyto pacienty dotázaní dále uvedli například pozastavení se nad jejich motivací a odhodláním, nepochopení jejich jednání, rozčilení či nahlížení svrchu. Jiný se jim snaží pomoci překlenout to těžké období a zajistit psychologickou pomoc hned od začátku.

Ve výpovědích respondentů se dále objevují obavy, zvláštní pocity, otázky typu „*jestli to má cenu*“ či etické problémy v případě opakovaných pokusů refrakterních na léčbu a známé anamnézy. 1 dotázaná popisuje snahu o mírný přístup, povzbuzení pacienta, v případě hrozících opakovaných pokusů udává pocit beznaděje a smutek. 1 respondentka uvedla, že má při péči o pacienty po nezdařené bilanční sebevraždě zvláštní pocit, snaží se být nestranná, považuje je však za sobce. 1 dotázaná hovořila o četných zkušenostech s pacienty po suicidálním pokusu bez pozitivních myšlenek na budoucnost a častými úvahami o dalším pokusu, jež vedou ke ztrátě pocitu smysluplnosti vykonané práce. 1 respondent popsal, že „*postrádá motivaci, důvod s těmi pacienty nějak pracovat, a že s nimi omezuje komunikaci*“.

4 respondenti <sup>7,8,9,10</sup> rozšířili v otázce č. 24 svoji výpověď o poznatky týkající se tématu zkušenosti s pacienty po sebevražedném pokusu, z tohoto důvodu byly jejich odpovědi přeřazeny a zpracovány v otázce č. 16.

<sup>7</sup> 1 dotázaná uvedla zkušenost s pacientem po opakovaném sebevražedném pokusu z dob studia. „*Věřím tomu, že si ten člověk může uvědomit nerozumnost svého jednání, že to není východisko a s pomocí psychologa nebo psychiatra nalezne řešení. Nemám pocit zbytečné péče. Myslím si ale, že pokud to ti lidé opravdu chtějí, tak ten čin dokonají*“.

<sup>8</sup> 1 respondent popsal zkušenost z praxe, že pacienti s kraniotraumatem v důsledku sebevražedného pokusu jsou pak paradoxně „šťastnější“, nic si nepamatují. „*Není třeba k nim přistupovat tak, že spáchali sebevraždu, pro ně je to nový svět, restart*“.

<sup>9</sup> Zkušenost s pacientem po opakovaném suicidálním pokusu, který vyskočil ze 7. patra a vážně si poranil páteř (kvadruplegie), popsal 1 dotázaný: „*Pacient při kontrolách uvedl,*



*že teprve teď je to utrpení, protože v tomto stavu už té sebevraždy vlastně není schopen. Své deprese vždy řešil pokusem o sebevraždu a doufal, že mu to jednou vyjde. Ale že to nebylo vůbec žádné utrpení oproti tomu, co prožívá teď, kdy trpí a nemůže s tím nic udělat“.*

<sup>10</sup> 1 respondentka vylicila zážitek s pacientkou po demonstrativním sebevražedném pokusu. Respondentka očekávala následnou hospitalizaci pacientky na psychiatrii, na uzavřeném oddělení, avšak po zaručení přítele pacientky byla tato propuštěná z Anesteziologicko-resuscitačního oddělení (dále jen „ARO“) domů. Je toho názoru, že „*to nebylo správné rozhodnutí, poměrně brzké návraty domů, do reality, nejsou prospěšné*“.

---

<sup>7, 8, 9, 10</sup> Převzeno z otázky č. 24, dodatečně rozšířená výpověď.

#### 6.4.17 Emoční a psychická náročnost péče o pacienta po suicidálním pokusu

Míru emoční a psychické náročnosti péče o pacienta po suicidálním pokusu zkoumal dotaz č. 17: *Domníváte se, že na Vás péče o pacienta po sebevražedném pokusu klade vyšší nároky na emoce a psychiku, než při péči o pacienty hospitalizované pro jinou diagnózu?* (viz Tab. 17).

Tabulka 17 – Emoční a psychická náročnost péče o pacienta po suicidálním pokusu

Respondent	Emoční a psychická náročnost péče o pacienta po suicidálním pokusu
1	Ano, volba slov v komunikaci, aby se pacienta nedotkl.
2	Ne.
3	Ne.
4	Ne, citlivý přístup.
5	Ne.
6	Ne.
7	Ano, přetrvávající sklony, deprese, komunikace s pacientem a pomoc překlenout ho přes toto období bez jeho spolupráce je velmi obtížné.
8	Ne.
9	Ne.
10	Ne, nedávat najevo a nepřipomínat proč jsou v nemocnici, citlivý přístup, podpora, do ničeho je nenutit.
11	Ne, v individuálních případech lítost.
12	Ano, volba slov v komunikaci, aby se pacienta nedotkl.
13	Ne.
14	Ano, volba slov v komunikaci, aby se pacienta nedotkl, úvahy nad motivy.
15	Ano, někdy motivy k jednání pacienta vzbuzují lítost.
16	Ne.
17	Ne, volba slov v komunikaci, aby se pacienta nedotkl, závisí na chování pacienta k personálu - negativismus, zloba.
18	Ne.
19	Ne.
20	Ano, více se snažit, více je hlídat, děláme jim „bachaře“, prevence dalšího pokusu.

### **Komentář:**

14 respondentů se domnívá, že na ně péče o pacienta po sebevražedném pokusu neklade vyšší nároky na emoce a psychiku, než při péči o pacienty hospitalizované pro jinou diagnózu. 2 dotázaní uvedli, že mají vůči nemocným citlivý přístup, dále že není třeba jim dávat najevo a připomínat, proč jsou v nemocnici, ale naopak je podpořit a do ničeho nenutit. 1 respondent pociťuje v individuálních případech lítost. 1 dotázaná uvedla, že volí slova v komunikaci s pacientem tak, aby se ho nedotkla, její přístup ale mnohdy závisí na chování pacienta k personálu (projevy negativismu či zloby).

Oproti tomu 6 dotázaných považuje péči o tyto pacienty z níže uvedených důvodů za náročnější. Nutnost volit slova v komunikaci tak, aby se pacienta nedotkli, uvedli 3 respondenti, dále se objevují úvahy nad motivy jednání pacienta, které u 1 dotázaného občas vzbuzují lítost. 1 respondent uvedl, že *„komunikace a snaha překlenout pacienta přes toto období bez jeho spolupráce, při přetrvávajících sebevražedných sklonech a depresi, je velmi obtížné“*. Pro 1 dotázanou činí péči náročnější to, že se musí více snažit, více pacienty hlídat, nutnost prevence dalšího pokusu, má pocit, že jim dělá *„bachaře“*. Uvádí, že *„pokud to mysleli vážně, rozhodně nechtěli skončit v nemocnici“*.

#### 6.4.18 Dojmy při péči o pacienta po sebevražedném pokusu

Dojmy respondentů provázející péči o pacienta po sebevražedném pokusu zjišťovala otázka č. 18: *Když jste poprvé pečoval/a o pacienta po sebevražedném pokusu, jaké to ve Vás vyvolávalo pocity/ myšlenky?* (viz Tab. 18).

Tabulka 18 – Dojmy při péči o pacienta po sebevražedném pokusu

Respondent	Dojmy při péči o pacienta po sebevražedném pokusu
1	Lítost.
2	Obavy z neznámého.
3	Nic zvláštního, bez rozdílu oproti jiným pacientům.
4	Vědomí, že jim stejně nepomůže, nepřemýšlí nad jejich motivy, nabídne jim speciální péči, po demonstračním pokusu opravdu potřebují pomoci, mají problém, chtějí na něho upozornit, <i>„při bilanční sebevraždě jsou pevně rozhodnutí se zabít, pokud se to nepovedlo, tak něco selhalo a oni se o tom s vámi stejně bavit nebudou. Nikdo tomu nemůže zabránit, pokud to nechtějí někomu říct a nechtějí pomoci“</i> .
5	Neúplné pochopení situace, za kterou si ten člověk může vlastně sám a chtěně, většina pacientů za to ale nemůže. Lítost. <i>„Pokud o tom člověk nic neví, neumí to rozlišit, proto pocity typu odsuzování, rozsudku, uvažování o péči nebo jejím odnímání nejsou na místě“</i> .
6	Nic zvláštního, bez rozdílu oproti jiným pacientům. Lítost u imobilní pacientky, které rodina přivolala pomoc.
7	Pacienti po demonstrativním pokusu ho rozčilují, po nevydařené bilanční sebevraždě cítí lítost.
8	Zamyšlení se nad motivem sebevraždy.
9	Prvního pacienta si nepamatuje, zkušenost s mladými pacienty po vážně myšlené sebevraždě utvrzuje v tom, že člověk musí mít k tomu činu vážný důvod. Úvahy nad motivem, nad budoucností pacienta, jak bude se svým životem nakládat dál, pokud se z toho dostane. Pakliže se pokusí o sebevraždu znovu, pocit marné práce.
10	Prvního pacienta si nepamatuje. Rozpačitost.
11	Dilema, že zachraňuješ někoho, kdo si zachránit nepřál. Lítost v případě demonstrativního pokusu, po kterém vznikly vážné trvalé následky.
12	Nic zvláštního, bez rozdílu oproti jiným pacientům.
13	Nic zvláštního, bez rozdílu oproti jiným pacientům.

14	Neznalost, zamyšlení se nad motivem sebevraždy, nad tím, že tito lidé nepřemýšlí nad tím, že tím ublíží i rodině či někomu z okolí.
15	Prvního pacienta si nepamatuje. Zkušenost s agresivní pacientkou, obtížná komunikace, vysoké nároky na sebekontrolu personálu, obavy z fyzického útoku.
16	Prvního pacienta si nepamatuje. Smutek, lítost u konkrétního pacienta, že už nemá důvod, proč žít.
17	Prvního pacienta si nepamatuje. Zkušenost s pacientem po opakovaném pokusu, s použitím drastických metod, dodnes si pamatuje, jak byl znetvořený. „Člověka až mrazí, kam až ten člověk může s té nemoci dojít, co si sám může způsobit“.
18	Dilema, že zachraňuješ někoho, kdo si zachránit nepřál. Úvahy o svéprávnosti pacienta, jestli se k tomu činu rozhodl zodpovědně.
19	Nic zvláštního, bez rozdílu oproti jiným pacientům.
20	Nic zvláštního, bez rozdílu oproti jiným pacientům.

#### **Komentář:**

6 dotázaných uvedlo, že když poprvé pečovali o pacienta po sebevražedném pokusu, nevyvolávalo to v nich oproti jiným pacientům žádné zvláštní pocity ani myšlenky, 1 respondent zmínil, že „*pociťoval lítost v případě imobilní pacientky, které rodina ‚včas‘ přivolala pomoc*“. 5 dotázaných si svoji první zkušenost s pacientem po suicidálním pokusu nepamatuje. 5 respondentů pociťují lítost, 1 dotázaný v případě nevydařené bilanční sebevraždy, 1 respondent v situaci, kdy po demonstrativním pokusu vznikly vážné trvalé následky a 1 dotázaná u konkrétního pacienta, který již neměl důvod, proč žít. 2 dotázaní se uvažují nad motivem sebevraždy a 2 respondenti popisují dilemata v případech, „*kdy zachraňují někoho, kdo si vlastně zachránit nepřál*“.

1 dotázaný se domnívá, „*že těmto pacientům nemůže pomoci, nepřemýšlí nad jejich motivy, nabízí jim speciální péči*“. 1 respondent vypověděl, že „*pokud člověk o této problematice nic neví, neumí to rozlišit, proto pocity typu odsuzování, rozsudku, uvažování o péči nebo jejím odnímání nejsou na místě*“. Pacienti po demonstrativním pokusu rozčilují 1 dotázaného. 1 respondenta utvrzuje zkušenost s mladými pacienty po vážně myšlené sebevraždě v tom, že k tomuto činu museli mít opravdu vážný důvod. Uvažuje nad motivem, nad budoucností pacienta, v případě, že se pokusí o sebevraždu znovu, dostavuje se pocit marné práce. 1 dotázaná uvažuje nad tím, že tito lidé neberou žádné ohledy na svou rodinu a blízké. Zkušenost s agresivní pacientkou spojenou s obtížnou komunikací, vysokými nároky na sebekontrolu personálu a obavami z fyzického útoku popsala 1 respondentka. Zážitek s pacientem po opakovaném sebevražedném pokusu s použitím drastických metod si dodnes vybavuje 1 dotázaná. Úvaha o svéprávnosti pacienta a správnosti poskytované péče uvedl 1 respondent.

#### 6.4.19 Volba pacienta

Eventuální potřebu volby pacienta zjišťovala otázka č. 19: *Kdybyste si mohl/a zvolit, pečoval/a byste raději o jiného pacienta?* (viz Tab. 19).

Tabulka 19 – Volba pacienta

<b>Respondent</b>	<b>Volba pacienta</b>
1	Ne.
2	Asi ano, důvodem opatrnost, aby se pacienta nijak nedotkla.
3	Asi ne, upřednostnění pouze závažnějšího stavu.
4	Ne.
5	Ne.
6	Ne.
7	Ano.
8	Ne.
9	Ano, důvodem větší smysluplnost práce.
10	Ne.
11	Ne.
12	Ne.
13	Ne.
14	Ne.
15	Asi ano, v případě agresivního, nespolupracujícího pacienta.
16	Ne.
17	Asi ano, v případě negativistického, nepříjemného pacienta odmítajícího péči.
18	Ne.
19	Ano.
20	Asi ne, upřednostnění pouze závažnějšího stavu.

**Komentář:**

12 respondentů uvedlo, že by neupřednostnili péči o „nesuicidálního“ pacienta. 3 dotázaní by raději pečovali o jiného nemocného. 3 respondenti odpověděli, že by si asi zvolili jiného pacienta, pro 1 dotazovanou by důvodem byla opatrnost, aby se pacienta nijak nedotkla, 1 respondentka by raději pečovala o neagresivního, spolupracujícího pacienta a 1 dotazovaná by tak učinila v případě negativistického, nepříjemného pacienta odmítajícího péči. 2 respondenti uvedli, že by asi nevolili jiného pacienta, „*upřednostnili by pouze závažnější stav*“.

#### 6.4.20 Okolnosti ovlivňující postoj k pacientům po suicidálním pokusu

Možné okolnosti ovlivňující postoj respondentů k pacientům po suicidálním pokusu zkoumala otázka č. 20: *Jaké okolnosti, např. opakovaný pokus, přidružené onkologické onemocnění, ovlivňují Váš postoj k pacientům po sebevražedném pokusu?* (viz Tab. 20).

Tabulka 20 – Okolnosti ovlivňující postoj k pacientům po suicidálním pokusu

Respondent	Okolnosti ovlivňující postoj k pacientům po suicidálním pokusu
1	Pochopení pro bilanční sebevraždu ze zdravotních důvodů, „ <i>demonstrativní pokus je zbytečným aktem, není to fér vůči ostatním</i> “.
2	Pochopení pro bilanční sebevraždu.
3	Péče bez rozdílu, řádné předání informací a vyzdvižení prevence dalších pokusů při překladau pacienta.
4	Pochopení pro bilanční sebevraždu.
5	Vymezení resuscitační péče o onkologické onemocnění v terminálním stádiu guidelines, zaměření na paliativní péči. U opakovaných pokusů důležitost motivu pacientova jednání, efektivity léčby, „ <i>nadstandartní úkony nemají smysl</i> “.
6	Pochopení pro bilanční sebevraždu.
7	Opakované demonstrativní pokusy ho rozčilují. Pochopení pro bilanční sebevraždu, lítost nad nezdařeným pokusem.
8	U opakovaných pokusů pocit marné péče.
9	Bez zásadního vlivu na postoj či péči. Pochopení pro bilanční sebevraždu ze zdravotních důvodů, lítost nad nezdařeným pokusem. <sup>11</sup> V případě opakovaného pokusu maximální racionalizace terapie. Respekt k rozhodnutí pacienta. Podvědomé tendence neřešit zásadní komplikace či mezní situace, určité nerozšiřování terapie.
10	Pochopení pro bilanční sebevraždu ze zdravotních důvodů. Pozastavení se nad opakovanými pokusy, zlehčování, úvahy o marné péči, pocit nenaplnění z práce, soucit s jejich okolím.
11	Pochopení všech bez rozdílu, snaha pomoci, nabídnutí alternativy léčby, psychická opora, motivace k životu, respekt k jejich rozhodnutí.
12	Opakovanými demonstrativními pokusy týrají zejména své blízké. Pochopení pro bilanční sebevraždu ze zdravotních důvodů.
13	U pokusu o bilanční sebevraždu pro neřešitelnou onkologickou diagnózu nebude intervence k léčení asi tak vehementní, jako v případě zkratového jednání nebo demonstrativní sebevraždy, kde se bude snažit vrátit ho do života za každou cenu.



14	Pochopení pro bilanční sebevraždu ze zdravotních důvodů. Pacienty po demonstrativním pokusu bere s hodně velkou rezervou, nelituje je. Více pochopí opakovaný pokus, pokud se to napoprvé z nějakého důvodu nepovedlo.
15	Pochopení pro bilanční sebevraždu.
16	Péče bez rozdílu.
17	U opakovaných sebevražd domněnka, že není správně nastavená léčba. Pochopení pro bilanční sebevraždu ze zdravotních důvodů.
18	Snaha nad tím nepřemýšlet, péče bez rozdílu, po stabilizaci stavu překládá na specializované oddělení.
19	Pochopení pro bilanční sebevraždu ze zdravotních důvodů, neporozumění tomu, že ho někdo zachraňoval a nenechal svobodně zemřít. Opakované demonstrativní pokusy ho rozčilují, buď špatně nastavená psychiatrická léčba, nebo typ člověka. Zatěžuje svým jednáním rodinu i zdravotní systém.
20	Opakovanými pokusy týrají především své blízké.

### **Komentář:**

Pochopení pro bilanční sebevraždu vyjádřilo celkem 12 respondentů, z nichž 7 dotázaných upřesnilo, že především ze zdravotních důvodů a 2 respondenti vyjádřili lítost nad nezdařeným pokusem. 1 dotázaný uvedl, že se při poskytování resuscitační péče pacientům s onkologickým onemocněním v terminálním stádiu řídí guidelines, jež se zaměřují především na paliativní péči. 1 respondent vypověděl, že při péči o nemocného po pokusu o bilanční sebevraždu pro neřešitelnou onkologickou diagnózu nebude jeho intervence k léčení asi tak vehementní, jako v případě zkratového jednání či demonstrativní sebevraždy, kde se bude snažit vrátit pacienta do života za každou cenu.

3 dotázaní uvedli, že poskytují péči pacientům po suicidálním pokusu bez rozdílu, kdy 1 respondent navíc klade důraz na řádné předání informací a vyzdvižení prevence dalších pokusů při překládání pacienta. 1 dotázaný vypověděl, že „žádné okolnosti nemají zásadní vliv na jeho postoj či péči“. Pochopení všech bez rozdílu, respekt k jejich rozhodnutí, snahu pomoci, nabídnutí alternativy léčby, psychické opory a motivace k životu uvedl 1 respondent. 1 dotázaná „bere pacienty po demonstrativním pokusu s hodně velkou rezervou, nelituje je, více by pochopila opakovaný pokus v případě, když by se to napoprvé z nějakého důvodu nepovedlo“. 1 respondent se snaží nad okolnostmi jejich jednání nepřemýšlet a po stabilizaci stavu pacienty časně přeložit na specializované oddělení. Neporozumění skutečnosti, proč někdo zachraňuje těžce nemocného člověka, který se svobodně rozhodl zemřít, vyjádřil 1 dotázaný.

4 respondenti se domnívají, že „*pacienti svým opakovaným sebevražedným jednáním trýzní zejména své blízké*“. 3 dotázaní v souvislosti s vlivem na postoj k pacientům po opakovaném sebevražedném pokusu uvedli, že „*mají pochybnosti o efektivitě jejich dosavadní léčby*“. 3 respondenti popsali, že je tyto pacienti „*rozčilují*“. Ve výpovědích 2 dotázaných se objevily úvahy/ pocity marné péče. 1 dotázaná považuje demonstrativní pokus za „*zbytečný akt, který není fér vůči ostatním*“.

Další okolností, ovlivňující postoj respondentů, je důležitost motivu pacientova jednání. Dotázaní se například pozastavují nad opakovanými pokusy, domnívají se, že nadstandardní úkony v péči o tyto pacienty nemají smysl, anebo celou situaci zlehčují.

1 dotázaný <sup>11</sup> uvedl, že v případě opakovaného pokusu zcela legitimně pomyslí na maximální racionalizaci terapie a nepokouší se léčit za každou cenu všechny komplikace. Respektuje rozhodnutí pacienta. Popsal podvědomé tendence neřešit zásadní komplikace nebo mezní situace u těchto pacientů, určité nerozšiřování terapie, nikoliv však omezování péče.

---

<sup>11</sup> Převzeno z otázky č. 24, dodatečně rozšířená výpověď.

#### 6.4.21 Vývoj postoje k pacientům po suicidálním pokusu

Možný vývoj postojů respondentů k pacientům po suicidálním pokusu zjišťoval dotaz č. 21: *Došlo ke změně Vašeho postoje k pacientům po sebevražedném pokusu v průběhu let a s nabytím zkušeností?* (viz Tab. 21).

Tabulka 21 – Vývoj postoje k pacientům po suicidálním pokusu

<b>Respondent</b>	<b>Vývoj postoje k pacientům po suicidálním pokusu</b>
1	Ano, větší porozumění, více informací.
2	Ano, větší zkušeností, více informací.
3	Ne, bez zásadní změny.
4	Ano, více respektuje přání pacienta.
5	Ano, nesoudí je.
6	Ne, bez zásadní změny.
7	Ne, bez zásadní změny.
8	Ne, bez zásadní změny.
9	Ano, větší porozumění.
10	<i>Ano, „čím častěji se s nimi setkává, tím více je považuje za sobce“.</i>
11	Ano, více nad tím přemýšlí, větší porozumění, nesoudí je.
12	Ne, bez zásadní změny.
13	Ano, hodně přemýšlí o vlastním životě, změna pohledu na černobílou vítěznou medicínu, kterou viděl na začátku. Úvahy nad motivy pacienta a větší porozumění.
14	Ano, více informací. Strach více porozumět a brát si to více k srdci, chrání tím sama sebe.
15	Ano, úvahy nad motivy pacienta a větší porozumění.
16	Ne, bez zásadní změny.
17	Ano, pocit marné práce v případě opakovaných pokusů.
18	Ne, bez zásadní změny.
19	Ne, bez zásadní změny.
20	Ne, bez zásadní změny.

### **Komentář:**

11 respondentů uvedlo, že došlo ke změně jejich postoje k pacientům po sebevražedném pokusu v průběhu let a s nabytím zkušeností. Ve výpovědích dotázaných se objevuje větší porozumění (5 respondentů), vyšší informovanost o problematice (3 respondenti), úvahy nad motivy pacienta (2 respondenti) a nesouzení (2 respondenti). Respondenti dále uvedli například získání zkušeností, větší respekt k přání pacienta a uvažování nad tématem. 1 dotázaný více přemýšlí o vlastním životě, změnil pohled na černobílou vítěznou medicínu, kterou viděl na začátku své praxe. 1 respondentka vyjádřila obavy více porozumět problematice a brát si to k srdci, chrání tím tak sama sebe.

2 dotázané popsaly spíše záporné změny, kdy 1 respondentka uvedla, že *„čím častěji se s těmito pacienty setkává, tím více je považuje za sobce“* a 1 dotázaná pociťuje *„marnost práce v případě opakovaných sebevražedných pokusů“*.

U 9 respondentů nedošlo v jejich postoji k žádné zásadní změně.

#### 6.4.22 Vliv konkrétní životní zkušenosti na postoj k pacientům po suicidálním pokusu či na přístup k práci

Možný vliv konkrétní životní zkušenosti na postoj k pacientům po suicidálním pokusu nebo na přístup k práci zkoumala otázka č. 22: *Ovlivnila nějaká konkrétní životní zkušenost Váš postoj k pacientům po sebevražděm pokusu anebo Váš přístup k práci?* (viz Tab. 22).

Tabulka 22 – Vliv konkrétní životní zkušenosti na postoj k pacientům po suicidálním pokusu či na přístup k práci

Respondent	Vliv konkrétní životní zkušenosti na postoj k pacientům po suicidálním pokusu či na přístup k práci
1	Ano, na prvním pracovišti zkušenost se sebevraždou hospitalizovaného pacienta. Zhroucení kolegyně, „úleva, že není na jejím místě“. Poučení, že musí dávat v práci velký pozor, pečlivě monitorovat.
2	Ano, zkušenost se zkratovitým jednáním u známého. Strach, zloba, prodiskutování situace a její následné pochopení.
3	Ne. „U blízkých či příbuzných člověk nemůže mít dopředu rozmyšlené, jak bude v takové situaci jednat. U cizích je skálopevně přesvědčený o určitém postupu, u příbuzných či blízkých by tento postup 100 % nedodržel“.
4	Ano, vliv zkušeností z praxe, změna hodnot. Absolvováním kurzů došlo ke změně přístupu v komunikaci s pacienty. „Dávám si pozor na to, jak se to říká, kde se to říká, dříve jsem to nedělal“.
5	Ne.
6	Ne.
7	Ne.
8	Ne.
9	Ano, zkušenost s psychiatrickou nemocí u rodinných příslušníků, kteří mu dovolili nahlédnout do hloubky problému. Větší pochopení, tolerance.
10	Ano, sebevražda bratra kamarádky utvrdila v tom, že „tito lidé jsou sobci“. Zloba, je těžké těmto lidem odpustit. V práci se snaží přistupovat nezaujatě.
11	Ne.
12	Ne. Sebevraždu považuje za „hloupý čin, mrhání životem“.

13	Ano, přemýšlení nad pacienty v dlouhodobém horizontu. <sup>12</sup> Změnu v pohledu na svět v rámci dlouhodobé péče o umírající a těžce nemocné pacienty. Úvahy nad vývojem pohledu na aplikaci medicíny, kterou se naučil, a realitou života.
14	Ne.
15	Ne.
16	Ne.
17	Ano, sebevražda kolegyně z práce, úvahy nad tím, proč nebyla schopna její problém identifikovat, lítost.
18	Ano, sebevražedný pokus kamarádky. Úvahy nad tím, proč nebyl schopen její problém identifikovat.
19	Ne.
20	Ne.

#### **Komentář:**

Vliv konkrétní životní zkušenosti na jejich postoj k pacientům po sebevražedném pokusu či na jejich přístup k práci vyvrátilo 12 respondentů.

8 dotázaných prožilo nějakou zkušenost, jež ovlivnila jejich postoj k pacientům či přístup k práci. 1 respondentku zasáhla sebevražda kolegyně z práce, cítí hlubokou lítost, a 1 dotázaný hovořil o sebevražedném pokusu kamarádky. Oba uvažují nad tím, proč nebyli schopni problémy svých známých identifikovat. 1 respondentka popsala zkušenost se sebevraždou hospitalizovaného pacienta a následné zhroucení kolegyně, jež měla tenkrát službu. Cítila jistou „úlevu, že není na jejím místě“. Zkušenost se zkratovitým jednáním známého provázenou strachem, zlobou, prodiskutováním a následným pochopením celé situace vylíčila 1 dotázaná. Vliv zkušeností z praxe, z absolvovaných kurzů, které vedly ke změně hodnot i přístupu v komunikaci s pacienty, uvedl 1 respondent. Zkušenost s psychiatrickou nemocí u rodinných příslušníků, kteří mu dovolili nahlédnout do hloubky problému, a která vedla k většímu pochopení a toleranci, popsal 1 dotázaný. 1 účastník <sup>12</sup> uvažuje nad pacienty v dlouhodobém horizontu, zásadní vliv na jeho postoj a přístup k práci měla změna jeho pracovní pozice. Dále uvedl, že *„nejvýznamnější vliv na změnu v jeho pohledu na svět získal praxí, kdy si uvědomil křehkost bytí a nebytí vlastní osoby a blízkých. Rozmýšlel o tom, co člověk vnímá, když vystuduje medicínu a rozhodne se aplikovat vítěznou medicínu, co se naučil, a pak, když to porovná s realitou života, tak zjistí, že spoustu věcí neumí ovlivnit“*.

<sup>12</sup> Převzeno z otázky č. 24, dodatečně rozšířená výpověď.

### 6.4.23 Názor na finanční zátěž zdravotnického systému

Názor respondentů na finanční zátěž pro zdravotnický systém zjišťovala otázka č. 23: *Co si myslíte o finanční zátěži pro zdravotnický systém v souvislosti s péčí o pacienta po opakovaném sebevražedném pokusu?* (viz Tab. 23).

Tabulka 23 – Názor na finanční zátěž zdravotnického systému

Respondent	Názor na finanční zátěž zdravotnického systému
1	Důraz na prevenci, ambulantní péči, stabilizaci medikací. Opakované demonstrativní sebevraždy zatěžují zdravotnický systém.
2	Důraz na prevenci.
3	Nezatěžují systém více, důraz na prevenci.
4	Nepřemýšlí nad tím, kolik co stojí ve zdravotnictví. Přístupovat k těmto lidem na základě toho, že je to pro systém drahé, je nebezpečné.
5	Nezatěžují systém více, důraz na prevenci. Zdravotní problémy spojené s užíváním návykových látek zatěžují systém více.
6	Je třeba o ně pečovat, přesto, že je všechny nelze zachránit.
7	Zatěžují zdravotnický systém. Důraz na prevenci a všeobecnou osvětu o duševních onemocněních. Problémem je odmítání prevence a léčby samotnými pacienty.
8	Nezatěžují systém více.
9	Nezatěžují systém více. Zdravotní problémy spojené s užíváním návykových látek zatěžují systém více.
10	Důraz na prevenci, zintenzívnění léčby, dlouhodobá hospitalizace na psychiatrii, pravidelné kontroly, přísnější režim.
11	Celkové zatížení systému „ <i>recidivisty</i> “, např. alkoholiky. Páchá-li někdo sebevraždu opakovaně, tak selháváme my, jako zdravotníci. Opakované pokusy jsou voláním o pomoc.
12	Nespravedlivé poskytování péče.
13	Nezatěžují systém více.
14	Zatěžují zdravotnický systém.
15	Zatěžují zdravotnický systém.
16	Zatěžují zdravotnický systém stejně jako lidé, kteří se dobrovolně sebepoškozují rizikovým chováním. Problémem je odmítání prevence a léčby samotnými pacienty. Pravděpodobně špatně zvolená dosavadní léčba. Riziko, že neublíží jen sobě, ale i jiným lidem.

17	Důraz na prevenci.
18	Nezatěžují systém více.
19	Zatěžují zdravotnický systém. Problémem je odmítání prevence a léčby samotnými pacienty.
20	Zatěžují zdravotnický systém stejně jako lidé, kteří se dobrovolně sebepoškozují rizikovým chováním.

### **Komentář:**

7 respondentů uvedlo, že je v souvislosti s péčí o pacienta po opakovaném sebevražedném pokusu a finanční zátěži zdravotnického systému nezbytné klást větší důraz na prevenci dalšího jednání. 6 dotázaných se domnívá, že tito nemocní nezatěžují systém více, než jiné skupiny pacientů. O vyšší zátěži zdravotnického systému hovořilo 5 respondentů. Problém odmítání prevence a léčby samotnými pacienty zmínili 3 dotázaní. 2 respondenti jsou toho názoru, že zdravotní problémy spojené s užíváním návykových látek zatěžují zdravotnický systém více a 2 dotázaní uvedli, že je tato zátěž srovnatelná s náklady na pacienty dobrovolně se poškozující rizikovým chováním.

Ve svých výpovědích respondenti kladou důraz například na všeobecnou osvětu o duševních chorobách, na zintenzívnění léčby, dlouhodobou hospitalizaci na psychiatrii, pravidelné kontroly a přísnější režim. 1 dotázaný nepřemýšlí nad tím, kolik co ve zdravotnictví stojí. Domnívá se, že přistupovat k těmto jedincům na základě toho, že je to pro systém drahé, je nebezpečné. 1 respondent uvedl, že je třeba o tyto pacienty pečovat, přestože je všechny nelze zachránit. 1 dotázaný poukazuje na celkové zatížení zdravotního systému „*recidivisty, například alkoholiky*“. Uvádí, že páchá-li někdo sebevraždu opakovaně, tak selháváme my, jako zdravotníci. Opakované pokusy jsou voláním o pomoc. 1 dotázaná hovořila o nespravedlivém poskytování zdravotní péče, například v souvislosti s bezplatnou dostupností pomůcek pro diabetiky. Pravděpodobnost špatně zvolené dosavadní léčby a riziko, že nemocný neublíží pouze sobě, ale i jiným lidem, zmínila 1 respondentka.



#### 6.4.24 Poznatky a připomínky

Poznatky a připomínky respondentů související s tématem práce zjišťovala otázka č. 24: *Napadá Vás nějaký poznatek, připomínka či událost, vztahující se k tématu, na kterou jsem se Vás nezeptala?* (viz Tab. 24).

Tabulka 24 – Poznatky a připomínky

Respondent	Poznatky a připomínky
1	Žádné.
2	Vzpomínka z dětství na sebevraždu kamarádova otce, zvláštní pocit. Vadí jí „zaškatulkování, odměřenost a neprofesionální chování některých kolegů k pacientům po suicidálním pokusu“. <sup>7</sup> Převáděno do otázky č. 16.
3	V rámci celkové zátěže a psychického náporu na nemocniční personál je nejnáročnější péče o děti a mladé lidi.
4	<sup>8</sup> Převáděno do otázky č. 16.
5	Názor, že „péče o psychiatrické pacienty pro sestry více zatěžující než pro lékaře, sestra je s pacientem v intenzivnějším kontaktu“. Motivací k práci je zlepšení stavu pacienta, jeho vděčnost za pomoc. Agresivní, nespoupráce, úvahy o dalším pokusu vedou k hledání smyslu poskytované péče.
6	<sup>9</sup> Převáděno do otázky č. 16.
7	Žádné.
8	Zdravotnická profese, práce na ARO, psychická náročnost z důvodu věku a celkového stavu pacientů, typů diagnóz, obtížné komunikace s příbuznými umírajících pacientů. <sup>6</sup> Převáděno do otázky č. 7.
9	<sup>11</sup> Převáděno do otázky č. 20.
10	Zná ve svém okolí lidi, kteří se opakovaně pokusili o sebevraždu, i přes dispenzarizaci je evidentní nedostatečnost léčby. Malá přísnost systému. <sup>10</sup> Převáděno do otázky č. 16.
11	Žádné.
12	Žádné.
13	<sup>12</sup> Převáděno do otázky č. 22.
14	Žádné.

15	Žádné.
16	Žádné.
17	Poznání, že ty pacienty neznají často ani jejich příbuzní, může se to stát i v rodině s dobrými vztahy. „ <i>Nikdo nikdy nemůže říct, že toho druhého zná</i> “.
18	Vyjádření obdivu lidem, kteří našli jakousi obrovskou vnitřní sílu pro to, aby ve vážných situacích bojovali dál. Sebevraždu zásadně neodsuzuje, rozhodně neschvaluje, neobdivuje.
19	„ <i>Rozhodně nevyhledává psychiatrické pacienty a sebevražedné už vůbec ne</i> “.
20	Žádné.

### **Komentář:**

8 respondentů uvedlo, že je nenapadá žádný další poznatek, připomínka či událost vztahující se k tématu.

3 respondenti vyjádřili svůj názor týkající se profesní zátěže zdravotníků. 1 dotázaný se domnívá, že „*v rámci celkové zátěže a psychického náporu na nemocniční personál je nejnáročnější právě péče o děti a mladé lidi*“. 1 respondent je toho názoru, že „*péče o psychiatrické a suicidální pacienty je více zatěžující pro sestry než pro lékaře, především z důvodu intenzivnějšího kontaktu s pacientem*“. Uvedl, že „*motivací k práci je zejména zlepšení stavu pacienta či jeho vděčnost za pomoc. Naopak jsou-li agresivní, nespolupracují či uvažují o dalším pokusu, pak člověk hledá smysl té péče*“. Psychickou náročnost zdravotnické profese, zejména práce na ARO, vyplývající často z nízkého věku a celkového stavu pacientů, typů diagnóz, z leckdy obtížné komunikace s příbuznými umírajících pacientů, zmínila 1 dotázaná.

1 dotázaná si vybavila zážitek z dětství, kdy otec jejího kamaráda spáchal sebevraždu, měla z toho zvláštní pocit. Dále jí „*vadí zaškatulkování, odměřenost a neprofesionální chování některých kolegů k pacientům po sebevražedném pokusu*“. Uvedla, že „*se vždy nemusí jednat o suicidium, nýbrž o nešťastnou náhodu, která je nesprávně vyhodnocena*“.

1 respondentka uvedla, že „*má ve svém okolí lidi, kteří se opakovaně pokusili o vážně myšlenou sebevraždu, ale vždy jim někdo v poslední chvíli pomohl. Jsou dispenzarizováni u psychiatra, ale dle jejich stavu, chování a podle názoru jejich příbuzných, je evidentní nedostatečnost léčby. Myslí si, že je systém málo přísný*“.

1 respondentka hovořila o poznání, že „*ty pacienty, kteří se pokusili o sebevraždu, neznají mnohdy ani jejich příbuzní, a že se to může stát i v rodině s dobrými vztahy, že se třeba jen se svým problémem nesvěřili*“. Tvrdí, že „*nikdo nikdy nemůže s jistotou říct, že toho druhého člověka zná, a že si je jistý, že by to nikdy neudělal*“.

1 dotázaný se vyjádřil, že „spousta lidí v sobě dokáže najít jakousi obrovskou vnitřní sílu pro to, aby ve vážných situacích bojovali dál. Sebevraždu nijak zásadně neodsuzuje, ale rozhodně ji neschvaluje ani neobdivuje. Jsou lidé, kteří se vyrovnají s neuvěřitelnými situacemi, nejen zdravotními, ale jmenoval kupříkladu přežití koncentračních táborů či zajetí teroristy. Spousta těchto lidí bojuje, třeba se jim podaří uprchnout, následně se s tím traumatem nějak vyrovnávají dál a prostě žijí. Musí si najít nějakou radost v životě a vyrovnat se s tím. Tyto lidi velmi obdivuje“.

1 respondent opětovně uvedl, že „rozhodně nevyhledává psychiatrické pacienty a sebevražedné už vůbec ne“.

4 dotázaní <sup>7,8,9,10</sup> rozšířili v této otázce svoji výpověď o poznatky týkající se tématu zkušenosti s pacienty po sebevražedném pokusu. Jejich odpovědi byly přerazeny a zpracovány v otázce č. 16.

Odpověď 1 respondentky <sup>6</sup> byla přerazena k otázce č. 7.

Výpověď 1 dotázaného <sup>11</sup> byla přiřazena k otázce č. 20.

Odpověď 1 respondenta <sup>12</sup> byla přerazena k otázce č. 22.

## 7 Diskuse

K účasti na výzkumném kvalitativním šetření bylo osloveno celkem 25 respondentů, zúčastnilo se ho 20 respondentů. 3 respondentky účast na výzkumu odmítly a 2 byly z šetření vyloučeny pro dosavadní nezkušenost s péčí o pacienta po suicidálním pokusu. Výzkumný vzorek tvořilo celkem 10 mužů a 10 žen. Všichni respondenti pracovali v době výzkumného šetření v nemocnici na lůžkových odděleních KARIM. Průměrný věk respondentů činil 37 let. Průměrný věk dotazovaných mužů byl 40,4 let a průměrný věk ženských respondentů byl 33,6 let.

Nejpočetnější skupinu tvořili respondenti s vysokoškolským vzděláním, celkem 65 % dotazovaných. Všichni mužští respondenti uvedli jako své nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské studium. Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek bylo rozmanité, od středoškolského až po vysokoškolské. Celkem 60 % respondentek uvedlo jako nejvyšší ukončené vzdělání středoškolské v oboru Všeobecná sestra, 4 z nich si navýšily kvalifikaci o specializační studium ARIP. 3 dotazované měly vysokoškolské vzdělání (Bc., Mgr.) a 1 vyšší odborné vzdělání (Dis.).

Průměrná délka praxe respondentů ve zdravotnickém oboru dosáhla 15,5 roku, kdy průměrná délka praxe u mužů činila 17,6 roku a u žen 12,5 roku. Průměrná délka praxe respondentů v oboru Intenzivní péče činila 13,3 roku, u mužů 14,3 roku a u žen 12,3 roku. 30 % respondentů uvedlo, že nepracují v oboru Intenzivní péče po celou dobu výkonu zdravotnického povolání.

Bylo zjištěno, že pro 45 % respondentů byla motivací pro výkon zdravotnického povolání skutečnost, že členové jejich rodin jsou zdravotníky. Pro 30 % respondentů byla tradice zdravotnického povolání v rodině hlavním motivem při volbě jejich profese. Bez jasné prvotní motivace vykonává zdravotnické povolání 35 % dotázaných. Zájem o zdravotnickou profesi byl hlavním motivem pro 25 % respondentů. Potřeba pomáhat lidem byla motivační pro 15 % respondentů. Ze zjištěných poznatků vyplývá, že přítomnost zdravotníka v rodině či jistá tradice má zásadní význam pro výběr profese především v lékařských rodinách.

Na otázku, zda práce ve zdravotnictví dotazované naplňuje, jich 65 % odpovědělo souhlasně. 15 % respondentů uvedlo, že „*jak kdy*“ (spíše klesající tendence). 10 % dotázaných práce ve zdravotnictví nenaplňuje, tento fakt odůvodnili dlouholetou praxí a nenaplněním oborem Intenzivní péče. Oba tyto respondenti v rozhovoru uvedli, že na sobě pozorují příznaky syndromu vyhoření, což koresponduje s nedostatečným pocitem naplnění. V porovnání s délkou praxe všech dotázaných nelze jednoznačně říci, že by tato délka měla na pocit naplnění u respondentů bezprostřední vliv. Na změnu pracoviště či oboru nepomýšlí 50 % dotazovaných. O změně pracoviště uvažuje 25 % respondentů a 10 % pomýšlí na tuto změnu občas. Ze získaných poznatků vyplývá, že 45 % respondentů není na svém stávajícím pracovišti zcela spokojeno a uvažují o odchodu. Toto zjištění považujeme vzhledem k velikosti výzkumného vzorku za významné, neboť celková nespokojenost personálu může mít negativní vliv nejen na atmosféru pracovního prostředí, ale zejména na kvalitu poskytované péče. Z vlastního pozorování můžeme říci,

že personál svoji nespokojenost ventiluje především mezi sebou navzájem, směrem k managementu pouze v individuálních případech. Důvodem jisté nespokojenosti jsou zejména mezilidské vztahy, skladba pacientů, poměrně časté změny v organizaci provozu, nedostatek personálního zajištění a pocit nedostatečné odezvy na připomínky ze strany managementu. Domníváme se, že přístup každého jednotlivce je stěžejní, zda má zájem je aktivně ovlivnit a situaci zlepšit. Vždyť pracovní prostředí si utváříme zejména my sami, jsme jeho nedílnou součástí.

Domnívali jsme se, že znalost psychiatricko-psychologické problematiky může mít vliv na postoj zdravotníků k pacientům po suicidálním pokusu, proto jsme se v našem šetření zaměřili na zmapování aktivního vzdělávání respondentů v této oblasti a na zhodnocení přínosu získaných informací pro praxi. Zajímavým zjištěním byla skutečnost, že 70 % respondentů neabsolvovalo žádný seminář či kurz zaměřený na téma syndrom vyhoření či z psychiatricko-psychologické oblasti. 15 % respondentů absolvovalo kurz „*Sdělování nepříznivé zprávy*“ ve spolupráci s transplantačním centrem, jehož součástí byl i seminář o syndromu vyhoření. Všichni se shodli na zásadním přínosu tohoto kurzu a popsali snahu o implementaci získaných poznatků v praxi. Uvedli například změnu pohledu na pacienta, na problematiku mezních situací v lidském životě či změnu vlastního chování a přístupu k pacientům i k jejich blízkým. 1 respondentka absolvovala seminář o syndromu vyhoření a kurz „*Pozitivní argumentace*“, který byl zaměřený na komunikaci nejen s problémovými lidmi, ale i podřízenými, spolupracovníky a pacienty. Tento kurz pokládá za přínosný, získané poznatky uplatnila ve vedoucí pozici v komunikaci s lidmi a v managementu změn. Překvapivým zjištěním bylo, že se 40 % respondentů nezajímá o žádná témata z výše uvedených oblastí. K podobným závěrům dospěly také autorky kvantitativní studie, zabývající se zátěžovými faktory a prevencí syndromu vyhoření u sester na odděleních intenzivní péče. Zjistily, že více než 70 % respondentů vnímá edukaci v této problematice spíše negativně a nejeví o tyto aktivity zájem (Blažková, Krátká, & Kramaříková, 2011). V popředí zájmu našich respondentů jsou deprese (25 %) a deliria (10 %). V odpovědích dále zazněly například schizoidní poruchy, organické poruchy vzniklé v důsledku traumatu, poruchy spánku, hypnóza, patofyziologické mechanismy duševních chorob, akutní psychózy a psychoterapeutické techniky. U 30 % dotazovaných nebyl zjištěn, z důvodu nezájmu o psychiatrickou a psychiatrickou problematiku, žádný přínos získaných informací pro praxi. 10 % respondentů považuje přínos pro praxi za minimální pro dosud malé množství poznatků v dané problematice, 1 z nich dokonce vyjádřil nezájem o další vzdělávání z této oblasti. Pokládáme za zajímavé, že žádný z respondentů neprojevil zájem o konkrétní problematiku intenzivní péče u psychiatrického nemocného se somatickým onemocněním, a to i přes to, že v několika výpovědích zazněla nejistota a jistá opatrnost v komunikaci s těmito pacienty. Sdílíme názor autorek, že zvýšení informovanosti závisí především na iniciativě nejen každého zdravotníka, ale i jeho zaměstnavatele, proto doporučují vytváření různých interaktivních výukových programů (Blažková, Krátká, & Kramaříková, 2011). Domníváme se, že by tato forma kurzů mohla být pro zdravotníky atraktivní a mohla by tak zvýšit i jejich zájem o výše zmiňovanou problematiku. V našem výzkumu o tomto typ vzdělávání projevily zájem 2 respondentky, jejich názory se ale rozcházely v požadavcích

na organizaci těchto kurzů. Domníváme se, a vlastní zkušenost nás v našem názoru utvrzuje, že vyšší informovanost v oblasti duševních chorob, komunikaci s psychiatrickými pacienty, o prevenci a léčbě syndromu vyhoření, by byla pro respondenty přínosem nejen k objasnění této problematiky, profesionálnímu zvládnání situací spojených s péčí o psychiatricky nemocné, ale i ve vztahu k pacientovi jako prevence jeho stigmatizace. Myslíme si, že vyšší informovanost vede k větší sebejistotě a sebekontrolě při poskytování zdravotní péče, a tím i ke zlepšení psychické pohody zdravotníka.

V rámci šetření bylo zjištěno, že se všichni dotázaní setkali s pojmem syndrom vyhoření. Respondenti uvedli ve svých představách o příznacích tohoto fenoménu symptomy na úrovni psychické, fyzické i sociální. Nejčastěji zazněli ztráta profesního zájmu (65 %), ztráta pocitu naplnění (45 %) a motivace (30 %), konflikty (20 %), negativismus až hostilita (20 %) a lhostejnost ve vztahu k pacientům (20 %), nespokojenost v zaměstnání (15 %), podrážděnost (15 %), vykonávání výlučně základních činností (15 %), nechut jít do práce (15 %), ztráta radosti z práce (10 %), úvahy o změně pracoviště (10 %) a únava (10 %). Zjišťovali jsme, jaké metody odreagování od pracovního stresu a duševní hygieny respondenti využívají. Nejčastější odpovědí byl sport (60 %), „*nenosit si práci domů*“ (25 %) a snahu o tento postup vyjádřilo 10 % respondentů. Dále jmenovali rodinu a přátele (25 %), kulturu (20 %), vycházky do přírody (15 %), četbu (10 %) a fyzickou práci na chatě (10 %). U 10 % respondentů zazněl v odpovědi alkohol.

Dále jsme hodnotili přítomnost a charakter příznaků syndromu vyhoření u našich respondentů včetně metod řešení vzniklé situace. Alarmujícím zjištěním byla skutečnost, že na sobě 85 % respondentů, 9 mužů a 8 žen, za dobu své kariéry pozorovalo nějaké příznaky syndromu vyhoření, z toho 60 % v minulosti a 25 % respondentů je na sobě pozoruje v současné době. Otázkou zůstává, proč je tato incidence tak vysoká. Souvisí s nezájmem o vzdělávání se v této oblasti, s náročností pracoviště, s mezilidskými vztahy a pocitem nenaplnění při výkonu povolání u 45 % respondentů? Nebo jsou tyto projevy již důsledkem syndromu vyhoření? K prokázání těchto domněnek by bylo zapotřebí provést nové šetření věnující se výhradně této problematice.<sup>13</sup> V roce 2014 byla v Austrálii provedena srovnávací studie zkoumající syndrom vyhoření u sester pracujících na psychiatrických odděleních. Tato studie odhalila 3 hlavní faktory, jež vedly k vyšší úrovni DP - mužské pohlaví, kvalifikovanost sester a věk do 30 let (Singh, Cross, & Jackson, 2015). Průměrný věk našich respondentů s klinickými projevy syndromu vyhoření činil 37,8 let, u mužů 41,3 let a u žen 33,8 let. Rozdíl v incidenci mezi pohlavími nebyl v našem vzorku významný, můžeme také s jistotou říci, že nebyla zjištěna přímá souvislost mezi délkou praxe a syndromem vyhoření. Pouze 15 % respondentů, 1 muž a 2 ženy, uvedlo, že na sobě dosud nikdy nepozorovali žádné příznaky syndromu vyhoření.

---

<sup>13</sup> Byla zjištěna vyšší míra DP i EE u respondentů ve věku do 30 let. V incidenci syndromu vyhoření mezi zdravotnickými zařízeními nebyly prokázány podstatné rozdíly (Singh, Cross, & Jackson, 2015).

<sup>14</sup> V letech 2012-2014 proběhla v Polsku studie, jejímž cílem bylo zjistit prevalenci syndromu vyhoření u anesteziologů. Autory studie inspirovala k provedení studie skutečnost, že lékařské povolání zaujímá 10. místo ze 100 nejvíce stresujících povolání. Klinické známky vyhoření byly zjištěny u 5,9 % respondentů (Misiołek, Gorczyca, Misiołek, & Gierlotka, 2014). V našem šetření potvrdilo přítomnost klinických příznaků vyhoření 45 % respondentů lékařů, 20 % jím bylo postiženo v minulosti, v současnosti ho prožívá 25 %. V roce 2015 uveřejnil tým autorů Adriaenssens, De Gucht, & Maesc (2015) systematický přehled 17 empirických kvantitativních studií o syndromu vyhoření zdravotních sester pracujících na odděleních Emergency, publikovaných v letech 1989 až 2014. Syndrom vyhoření vnímají jako významný problém zdravotnických pracovníků, spojený s poklesem pracovní pohody, zvýšením absence, nemoci a fluktuace personálu. Příznaky tohoto fenoménu byly zjištěny u 26 % respondentů. V našem šetření uvedlo 40 % respondentek sester, že v minulosti trpěly klinickými známkami syndromu vyhoření, 25 % z nich neuvažuje o změně pracoviště a 10 % pomýšlí na změnu jen občas. Srovnáme-li vztah mezi incidencí syndromu vyhoření a úvahami o změně pracoviště, jsou názory respondentů lékařů a sester téměř identické. Z 9 mužských respondentů s osobní zkušeností s vyhořením jich o změně pracoviště uvažuje 20 % a 25 % dotazovaných na změnu v současnosti vůbec nepomýšlí.

Nejčtenějšími projevy, které na sobě respondenti pozorovali či v současnosti pozorují, jsou ztráta potěšení z práce (45 %), podrážděnost (40 %), únava (35 %), ztráta motivace (20 %), nechť jít do práce (20 %), ztráta pocitu naplnění (15 %), konflikty (15 %), vykonávání nezbytných činností (10 %), podceňování řešených případů (10 %) a neprofesionální chování vůči pacientům (10 %). Vzniklou situaci řeší nejčastěji dovolenou (25 %), změnou pracoviště (20 %), sportem (15 %), rozebráním situace s druhou osobou (15 %), otehotněním a mateřskou dovolenou (10 %) či uvědoměním si problému (10 %). 10 % dotazovaných uvedlo, že jim pomohla podpora rodiny a odpočinek. Další 2 respondenti sdělili, že svůj stav nijak neřeší, kdy 1. uvedl, že „*musí chodit do práce, aby dostával peníze a že je na změnu oboru již starý*“ a 2. „*to nechává plout a odpočítává roky do důchodu*“. U 10 % dotázaných došlo ke spontánní úpravě stavu. Dalšími uvedenými možnostmi řešení syndromu vyhoření byli například vystoupení z rutiny, přehodnocení pracovních cílů, snížení pracovního zatížení či změna směnného plánu. <sup>15</sup> V roce 2015 probíhala na portugalských jednotkách intenzivní a paliativní péče srovnávací studie, z níž vyplynulo, že noční směny jsou jedním z vysoce rizikových pracovních faktorů (Teixeira, Pereira, Hernández-Marrero, & Carvalho, 2015). I přes četné studie věnující se této problematice stále existují nesrovnalosti o vztahu mezi prací na směny a vyčerpáním sester

---

<sup>14</sup> U téměř 70 % respondentů studie odhalila střední až vysoké riziko vzniku syndromu vyhoření. Velmi vysoké riziko vyhoření bylo vyhodnoceno u 18 % účastníků (Misiołek, Gorczyca, Misiołek, & Gierlotka, 2014).

<sup>15</sup> Bylo zjištěno, že 27 % respondentů trpí syndromem vyhoření nebo vykazují vysoké riziko vzniku tohoto fenoménu. Konflikty na pracovišti, přechod na paliativní terapii a péče o pacienty v terminálním stádiu jsou vysoce rizikovými pracovními faktory. Tyto poznatky naznačují, že týmová spolupráce a řízení konfliktů jsou rozhodující při plánování strategií a programů zaměřených na prevenci či minimalizaci syndromu vyhoření (Teixeira, Pereira, Hernández-Marrero, & Carvalho, 2015).

pracujících v prostředí intenzivní péče. Práce ve směnném provozu je jedním z vyvolávajících faktorů syndromu vyhoření. 1 respondentka v rozhovoru uvedla, že z důvodu vyhoření a s ním spojené značné únavy zejména z nočních směn, byla těmito okolnostmi nucena změnit střídavý směnný plán za stálou ranní směnu.<sup>16</sup> V Íránu se tým autorů věnoval studii, jejímž cílem bylo právě porovnání vlivu stálých a střídavých směnných plánů na vznik syndromu vyhoření zdravotních sester na pracovištích intenzivní péče. Zjistili, že střídavý směnný provoz má pozitivní vliv na psychickou pohodu a pracovní spokojenost sester. (Shamali, Shahriari, Babaii, & Abbasinia, 2015).

Zjišťovali jsme míru povědomí respondentů o možnostech psychologické pomoci pro zaměstnance nemocnice. Uvedli přítomnost klinického psychologa (60 %), relaxační cvičení (30 %), psychologické oddělení (30 %), krizovou pomoc pro zaměstnance (25 %), pořádání psychologických kurzů (20 %), psychiatrické oddělení (15 %) a možnost pohovoru s kaplanem (10 %). 15 % respondentů neznalo žádné možnosti psychologické pomoci, nezajímají se o ně. Můžeme říci, že informovanost respondentů je v této oblasti dostatečná. Psychologickou pomoc by v případě potřeby vyhledalo 80 % respondentů, 15 % z nich ji dokonce v minulosti již využilo. 20 % dotazovaných by tuto pomoc raději vyhledalo v jiném zdravotnickém zařízení. 20 % respondentů si své problémy řeší spíše s přáteli a 15 % s rodinou. 10 % dotazovaných by zvolilo pomoc psychologa až jako poslední možnost. 10 % respondentů neví, zda by vyhledali odbornou pomoc, raději své problémy řeší sami se sebou, případně s přáteli a dalších 10 % jich uvedlo, že by odbornou pomoc nevyhledali. Pro srovnání uvádíme výčet možností psychologické péče, jež nám místní psychologické oddělení dalo k dispozici. Nemocnice v rámci péče o své zaměstnance zajišťuje krizovou pomoc, poradnu pro personál, kurzy pro nelékařské profese (Syndrom vyhoření, Práce s agresí, Techniky práce s tělem a Výcvikový kurz sociálně-psychologických dovedností), edukační činnost, relaxační techniky, individuální či skupinové tréninky kognitivních funkcí. Tyto informace jsou zaměstnancům předávány v průběhu adaptačního procesu, při kontaktu s personálem na lůžkových odděleních nemocnice či prostřednictvím informativních letáků a webových stránek. Dle statistiky psychologického oddělení za rok 2014 využilo poradnu pro personál 57 zaměstnanců, 3 % z celkového počtu pracovníků nemocnice.

---

<sup>16</sup> Výsledky této studie ukázaly, že sestry intenzivní péče se stálým směnným plánem vykazují vyšší úroveň EE a příznaky syndromu vyhoření v porovnání s těmi, které pracují ve střídavém směnném provozu. Mezi oběma skupinami nebyl v PA a DP prokázán významný rozdíl. Autoři dále zkoumali rozdíl v incidenci vyhoření u sester se stálou ranní a stálou noční směnou, podstatný rozdíl však nezjistili. Vysokou úroveň vyhoření zdravotních sester se stálými nočními směnami přičítali skutečností, že na noční směně pracuje méně sester, a že sestry pečují o více pacientů než při ranní směně. Na druhé straně byla zjištěna vysoká míra vyhoření sester ve stálém ranním provozu, kterou připisovali skutečnosti, že se většina ošetrovatelských výkonů a lékařských vyšetření provádí v dopoledních hodinách, a s tím souvisí i vyšší pracovní zatížení sester v dopoledních směnách. Tato studie poukazuje na vyšší průměrné skóre EE u mladších sester a těch, které měly méně pracovních zkušeností. Dále bylo zjištěno, že práce přesčas zvyšuje u sester na intenzivní péče skóre EE, DP i PA, a že by další prodloužení pracovní doby a zvýšení pracovní zátěže vedlo k vyhoření (Shamali, Shahriari, Babaii, & Abbasinia, 2015).



Zajímalo nás, zda má osobní zkušenost s duševní chorobou vliv na postoj respondentů k psychiatrickým pacientům, proto jsme zjišťovali, zda se respondenti setkali ve svém okolí s vážně psychiatricky nemocným člověkem. 55 % respondentů uvedlo, že se ve svém okolí setkali s vážně psychiatricky nemocným člověkem. Popsali zkušenosti s maniodepresivní poruchou (20 %), depresí (15 %), dále s poruchami nálad a osobnosti, schizofrenií, bipolární afektivní poruchou, závislostí na alkoholu a drogách. Negativní odpověď uvedlo 45 % respondentů. Dospěli jsme k závěru, že tato zkušenost ovlivnila pouze 10 % respondentů, příjemným zjištěním však bylo, že pozitivním směrem. U 1. vedla k vyšší toleranci a respektu k tíži onemocnění a u 2. došlo k pochopení zátěže pro rodinu a okolí psychiatrického pacienta. Postoj k vážně psychiatricky nemocným pacientům se u 35 % respondentů nijak nelišil od postoje k pacientům postižených jiným onemocněním. Jistou opatrnost v komunikaci uvedlo 25 % dotázaných, ohleduplnost 20 % a empatii 15 % respondentů. 15 % dotazovaných aktivně spolupracuje při léčbě nemocného s psychiatrem, dalších 10 % se domnívá, že jsou psychiatři pacienti společensky stigmatizovaní a 10 % označilo tyto choroby za závažná invalidizující onemocnění. Za nemocné lidi, kteří za spoustu věcí nemohou, považují tyto pacienty 10 % dotázaných, vyšší míru tolerance uvádí 10 % respondentů. Typ psychiatrického onemocnění je stěžejní pro 10 % dotázaných, dalších 10 % očekává komplikovanější péči a 10 % respondentů pociťuje strach z agresivních pacientů. Ve výpovědích 10 % respondentů se objevily negativní postoje k těmto pacientům, například předpojatost, odsuzování až nesnášenlivost závislých na drogách či alkoholu a s ní související absence smysluplnosti poskytované péče. Nelze však zcela vyloučit vliv syndromu vyhoření na jejich postoj, 1. ho prožil v minulosti a u 2. tento stav dokonce v současnosti probíhá.

Dále jsme zjišťovali zkušenosti respondentů s pacienty po sebevražedném pokusu. 35 % respondentů uvedlo, že pro jejich přístup k pacientovi je určující typ sebevražedného pokusu. 10 % se snaží mezi typy sebevražedného jednání nerozlišovat. Bez rozdílu v přístupu oproti jiným pacientům péči poskytuje 30 % dotázaných. 15 % respondentů popsalo při péči o suicidální pacienty pocity marné péče, oproti tomu 15 % dotázaných uvedlo, že pacienty za jejich jednání neodsuzují. 10 % respondentů uvažuje o pacientově motivaci k činu a dalších 10 % přemýšlí nad důvodem jeho jednání. Pro 10 % dotázaných je péče o pacienta po suicidálním pokusu náročnější než o jiné pacienty. 10 % respondentů se domnívají, že na jejich pracovišti není pacientům věnována dostatečná psychologická péče. 10 % dotazovaných respektuje pacientovu svobodnou vůli zemřít a 10 % vyjádřilo své pochopení a lítost v případě nezdařeného pokusu o bilanční sebevraždu. Zkušenosti s pacienty po demonstrativním pokusu popsalo 10 % respondentů, 10 % přiznalo, že o tyto pacienty pečují neradi, 10 % líčilo spíše negativní zkušenosti, kdy se častěji setkávají s agresivními pacienty po suicidálním pokusu, a 10 % dotázaných uvedlo, že „pacienty po demonstrativní sebevraždě s chutí předávají do péče psychiatrům“. Dále se ve výpovědích objevilo například nepochopení jejich jednání, rozčilení či nahlížení svrchu. Jiný se jim snaží pomoci překlenout toto těžké období a zajistit psychologickou pomoc hned od začátku. V souvislosti s péčí o pacienty po opakovaném sebevražedném pokusu se ve výpovědích respondentů objevovaly obavy, otázky typu „jestli to má cenu“ či etické problémy v případě opakovaných pokusů refrakterních na léčbu. 20 % respondentů

rozšířilo svoji výpověď o poznatky týkající se tématu zkušenosti s pacienty po sebevražedném pokusu až v doplňující otázce. Myslíme si, že je to do jisté míry ovlivněno náročností tématu. Názory respondentů k této problematice jsou nejednotné. Domníváme se, že je to jak vlivem jejich osobnostních předpokladů a názorů na smrt, tak vlivem jejich zkušeností z praxe. Přestože někteří respondenti uvádějí v rozhovoru pojem demonstrativní sebevražda, psychologové ani psychiatři s tímto termínem fakticky nepracují. Nepřístupují k žádnému pacientovi s tím, že byl jeho pokus demonstrativní. Každý pokus o sebevraždu považují za závažný a snaží se s těmito pacienty pracovat jako s lidmi, kteří potřebují pomoc. Tito lidé si často o pomoc neumějí říci jinak, proto volí právě tento způsob – „demonstrativní“ pokus o sebevraždu (tzv. parasuicidium).

Zkoumali jsme, zda péče o pacienta po sebevražedném pokusu klade vyšší nároky na emoce a psychiku respondentů, než při péči o pacienty hospitalizované pro jinou diagnózu. Překvapivým zjištěním, vzhledem k častým dilematům uvedeným v předchozí otázce, bylo, že se 70 % respondentů domnívá, že tyto nároky na ně nejsou vyšší. Oproti tomu 30 % dotázaných považuje péči o tyto pacienty za náročnější. Uvedenými důvody byla nutnost volit slova v komunikaci tak, aby se pacienta nedotkli (15 %) či úvahy nad motivy suicidálního jednání. V roce 2013 byla v New Yorku provedena srovnávací studie hodnotící emocionální reakce lékařů k pacientům se sebevražednými sklony. Těmto reakcím, přestože jsou považovány za významný faktor, jenž může mít vliv na výsledek léčby, je v literatuře prozatím věnována malá pozornost a dosud nebyly zveřejněny ani žádné další kvantitativní studie. Autoři zjistili, že lékaři měli k pacientům po sebevražedném pokusu méně pozitivních postojů než vůči nesebevražedným pacientům. Cítili se značně přetížení, zoufalí a do určité míry se jim vyhýbali, přesto však pociťovali při jejich léčbě vyšší naději. Dále zjistili, že specifická paradoxní kombinace naděje a tísně či vyhýbání, byla významným diskriminačním faktorem mezi sebevražednými pacienty a těmi, kteří zemřeli náhlou nesebevražednou smrtí (Yaseen et al., 2013). V porovnání s našimi zjištěními je zřejmé, že péče o suicidální pacienty s sebou nese vyšší nároky na emoce a psychiku ošetřujícího personálu a často ji provází množství dilemat.

Dále nás zajímalo, jaké pocity či myšlenky provázely naše respondenty při péči o pacienty po sebevražedném pokusu. 30 % dotázaných uvedlo, že když o takového pacienta pečovali poprvé, nevyvolávalo to v nich oproti jiným pacientům žádné zvláštní pocity ani myšlenky. 25 % dotázaných si svoji první zkušenost s pacientem po suicidálním pokusu nepamatuje. 25 % respondentů pociťovalo lítost (v případě nevydařené bilanční sebevraždy, v situaci, kdy po demonstrativním pokusu vznikly vážné trvalé následky apod.), 10 % uvažovalo nad motivem sebevraždy a 10 % popsalo dilemata v případech, kdy vlastně zachraňují někoho, kdo si zachránit nepřál. 1 respondent je toho názoru, že „pokud člověk o této problematice nic neví, neumí to rozlišit, a proto pocity typu odsuzování, rozsudku, uvažování o péči nebo jejím odnímání, nejsou na místě“.<sup>17</sup> V roce 2009 byla ve Velké Británii uveřejněna studie zkoumající znalosti a postoje ošetřujícího personálu k úmyslnému sebepoškození

---

<sup>17</sup> Nekvalifikovaný ošetřující personál vykazoval více negativních postojů a obav než kvalifikovaný personál (Wheatley & Austin-Payne, 2009).

u dospělých a dospívajících. Bylo zjištěno, že ti zaměstnanci, kteří k této skupině pacientů zaujímali více negativní postoj, měli také větší obavy s nimi pracovat. Dále bylo zjištěno, že ani pohlaví, ani množství pracovních zkušeností nebyly významnými faktory (Wheatley & Austin-Payne, 2009). Z odpovědí našich respondentů je patrné, že mnohé z nich péče o tuto skupinu pacientů vede k zamyšlení a klade na ně vyšší emocionální nároky.

Zjišťovali jsme, zda by respondenti pečovali raději o „nesuicidálního“ pacienta. 60 % dotázaných by si v případě možného výběru nezvolilo jiného nemocného. 10 % respondentů by „asi“ nevolilo jiného pacienta, upřednostnili by pouze nemocného v závažnějším stavu. 15 % by raději pečovalo o jiného pacienta. Dalších 15 % odpovědělo, že by si „asi“ zvolilo jiného pacienta, jako důvod uvedli například opatrnost, upřednostnění neagresivního, spolupracujícího pacienta. Všemi respondenty, kteří by raději pečovali o jiného nemocného, byli muži ve věku 36-47 let, s délkou praxe 16-21 let. 2 z nich na sobě v současnosti pociťují klinické známky syndromu vyhoření a 3., který tyto známky pozoroval v minulosti, uvedl jako důvod své volby „větší smysluplnost práce“. Všichni 3 v otázce č. 16 vyjádřili spíše negativní postoj k těmto pacientům, provázený pocitem marné péče. Respondenty, kteří odpověděli „asi ano“, byly ženy ve věku 33-35 let, s délkou praxe 13-19 let. 2 z nich postihl syndrom vyhoření v minulosti, 3. na sobě tyto příznaky dosud nikdy nepozorovala. Shrňeme-li tyto poznatky, lze říci, že věk respondentů ani délka praxe nejsou významnými faktory při „výběru“ pacienta, oproti tomu vliv syndromu vyhoření na respondentovu volbu pacienta je nesporný. Zákrok u pacienta po sebevražedném pokusu je považován za jeden z nejtěžších úkolů klinické praxe, přesto se jen málo ví o vnímání potíží zdravotnických pracovníků spojených s péčí o tyto pacienty.<sup>18</sup> Těžkostem, se kterými se zdravotníci potýkají při péči o pacienty se sebevražedným chováním, se v roce 2014 věnoval tým portugalských autorů. Objevili rozdíly mezi respondenty, kteří neabsolvovali školení o sebevraždě, mezi profesními skupinami a v množství zkušeností s pacienty po sebevražedném pokusu. Uvedli, že specifické vzdělávání v této problematice je zásadní (Rothes, Henriques, Leal, & Lemos, 2014). Pro srovnání rekapitulujeme naše výsledky, kdy 70 % respondentů neabsolvovalo žádné vzdělávací aktivity z oblasti psychologie a psychiatrie, 40 % o tuto oblast neprojevovalo žádný zájem a o konkrétní problematiku suicidů se nezajímal žádný respondent. Nezáměr o vzdělávání v této oblasti je v porovnání s výše uvedenou studií více než zřetelný, uvědomujeme si však rozdíly ve velikosti souboru.

Zkoumali jsme, jaké okolnosti ovlivňují postoj respondentů k pacientům po suicidálním pokusu. 60 % respondentů vyjádřilo pochopení pro bilanční sebevraždu, 35 % z nich svoji výpověď upřesnilo, že především ze zdravotních důvodů a 10 % vyjádřilo svoji lítost v případě nezdařeného pokusu. 15 % dotázaných uvedlo, že poskytují péči pacientům po suicidálním pokusu bez rozdílu, kdy 1 z nich navíc klade důraz na řádné předání informací a vyzdvižení prevence dalších pokusů při překladech tohoto pacienta.

---

<sup>18</sup> 60 % účastníků vyjádřilo osobní potřebu proškolení a 85 % považovalo uskutečnění výcvikových plánů zaměřených na zdravotníky za zásadní. Autoři studie navrhuji použití zážitkových a aktivních technik vzdělávání (Rothes, Henriques, Leal, & Lemos, 2014).

20 % respondentů se domnívá, že pacienti svým opakovaným sebevražedným jednáním trýzní zejména své blízké. Dalších 15 % v souvislosti s vlivem na postoj k pacientům po opakovaném sebevražedném pokusu uvedlo, že mají pochybnosti o efektivitě jejich dosavadní léčby. 15 % popsalo, že je tito pacienti rozčilují. Ve výpovědích 10 % dotázaných se objevily úvahy/ pocity marné péče. Shrňeme-li výše uvedené poznatky, potvrdila se nám naše domněnka, že typ sebevraždy ovlivňuje postoj zdravotníků k pacientům po suicidálním pokusu. Respondenti mají pozitivnější postoj k bilanční sebevraždě, a to zejména ze zdravotních důvodů. Demonstrativní a zvláště opakované demonstrativní pokusy podněcují u zdravotníků spíše negativní postoj, provázený pocitem rozčilení a marné péče. Domníváme se, že by lepší osvěta v psychologicko-psychiatrické problematice mohla vést k hlubšímu pochopení těchto pacientů a k jejich neodsuzování. Řada zahraničních studií prokázala spíše negativní postoj zdravotních sester k pacientům po suicidálním pokusu. Tyto postoje mohou mít negativní vliv jak na kvalitu péče o pacienta, tak na prevenci jeho budoucích sebevražedných pokusů.<sup>19</sup> Postoje zdravotních sester k suicidálnímu pokusu byly také předmětem zájmu kvantitativní studie uveřejněné v Řecku v roce 2013. Z šetření vyplynulo, že jejich postoje k sebevraždě jsou relativně negativní. Respondenti uvedli řadu smíšených pocitů, negativních i pozitivních, při péči o suicidální pacienty, oproti ostatním pacientům je ale nediskriminovali (Ouzouni & Nakakis, 2013). Uvědomujeme si rozdílnost ve velikosti výzkumného vzorku, v dané problematice jsou prováděna především kvantitativní šetření, proto nelze naše výsledky zcela objektivně porovnat s jinými výzkumy. Naše zjištění se však od výše uvedených studií nijak zásadně neodlišují.

Předpokládali jsme, že se postoj respondentů k pacientům po suicidálním pokusu vlivem délky praxe a nabytých zkušeností vyvíjí. Naši domněnku potvrdilo 55 % respondentů, v jejich výpovědích se objevilo větší porozumění (25 %), vyšší informovanost o problematice (15 %), úvahy nad motivy pacienta (10 %), nesouzení (10 %) a větší respekt k přání pacienta. 2 respondentky popsaly spíše negativní vývoj, kdy 1. uvedla, že *„čím častěji se s těmito pacienty setkává, tím více je považuje za sobce“* a 2. pociťuje marnost práce v případech opakovaných suicidálních pokusů.<sup>20</sup> V roce 2007 byla v Tchajwanu provedena kvantitativní studie, jejímž cílem bylo zhodnotit postoje úrazových zdravotních sester k pacientům po sebevražedném pokusu a identifikovat faktory, které jejich postoje ovlivňují. Bylo zjištěno, že respondenti měli vůči těmto pacientům kladný postoj. Autoři identifikovali tyto 3 statisticky významné rozdíly: čím vyšší byla úroveň vzdělávání sester, tím pozitivnější byl jejich postoj, nevěřící sestry měly pozitivnější postoj k sebevražednému chování, než ty, které vyznávaly nějaké náboženství a dále že ty sestry, které měly zkušenosti s 1-10 pacienty po sebevražedném pokusu měly kladnější postoje

---

<sup>19</sup> Pozitivnější postoje vyjádřily mladší zdravotní sestry, s méně zkušenostmi s pacienty po suicidálním pokusu, dále ty se specializací v ošetrovatelství a zejména sestry s magisterským titulem v oboru Ošetrovatelství. Nejméně pozitivní postoje měly sestry pracující na odděleních JIP (Ouzouni & Nakakis, 2013).

<sup>20</sup> Výsledky šetření ukázaly, že je třeba dalšího vzdělávání a školení sester na téma sebevraždy pro podporu pozitivních postojů sester k této skupině pacientů (Sun, Long, & Boore, 2007).

než ty sestry, které se staraly o více než 10 suicidálních pacientů (Sun, Long, & Boore, 2007). Vývoj postoje pozitivnějším směrem potvrdilo 5 mužů, jejichž průměrný věk činil 36,4 let (32-36 let), s průměrnou délkou praxe ve zdravotnictví 14,2 roku a průměrnou délkou praxe v oboru Intenzivní péče 12,8 roku, a 3 ženy (15 %) průměrného věku 35,6 roku (33-39 let), s průměrnou délkou praxe ve zdravotnictví i v oboru Intenzivní péče 15,6 roku. Spíše negativní postoj vyjádřily respondentky v průměrném věku 33,5 roku (30-37 let), s průměrnou délkou praxe ve zdravotnictví i v oboru Intenzivní péče 14,5 roku (10-19 let). U 9 respondentů (45 %), 5 mužů v průměrném věku 44,4 roku (35-61 let), s průměrnou délkou praxe ve zdravotnictví 21 let a průměrnou délkou praxe v oboru Intenzivní péče 15,8 roku, a u 4 žen průměrného věku 33 let (29-40 let), s průměrnou délkou praxe ve zdravotnictví 9,5 roku (4-22 let) a s průměrnou délkou v oboru Intenzivní péče 9 let (4-20 let) nedošlo k žádné zásadní změně v jejich postoji. Shrneme-li výše uvedená fakta, lze říci, že věk respondentů ani délka praxe nemá u mužů zásadní vliv na změnu jejich postoje. U 3 žen, u kterých dosud nedošlo k žádnému vývoji v jejich postoji, byl ve srovnání s ostatními respondenty průměrný věk (33 let) i délka praxe v Intenzivní péči (9 let) nejnižší. Je pravděpodobné, že se v průběhu let bude jejich postoj dále vyvíjet. Negativní postoj 2 respondentek je ovlivněn četnými zkušenostmi s pacienty po suicidálním pokusu, lze připustit i vliv syndromu vyhoření, jímž byly obě ženy v minulosti postiženy.<sup>21</sup> Postoje sester na oddělení Emergency mapovala také australská studie uveřejněná v roce 2006. Zkoumala, zda věk zdravotních sester, délka praxe nebo další vzdělávání ovlivňují jejich postoje. Bylo zjištěno, že starší a zkušenější zdravotní sestry měly pozitivnější postoje než ty mladší a méně zkušené (McCann, Clark, McConnachie, & Harvey, 2006).<sup>22</sup> Pro srovnání uvádíme také finskou studii, jejímž cílem bylo porovnat postoje zaměstnanců pohotovosti mezi 2 nemocnicemi k pacientům po suicidálním pokusu. Ženské pohlaví a vyšší věk byly spojeny s pozitivnějšími postoji vůči této skupině pacientů (Suominen, Suokas, & Lönnqvist, 2009).

Zajímali jsme se, zda nějaká konkrétní životní zkušenost ovlivnila postoj respondentů k pacientům po sebevražedném pokusu či jejich přístup k práci. 12 respondentů (60 %) vyvrátilo existenci takové zkušenosti. 1 z nich však uvedl, že „u blízkých lidí nebo příbuzných člověk nemůže mít dopředu rozmyšlené, jakým způsobem se k takovým věcem bude stavět a jak bude jednat. I když je skálopevně přesvědčený u cizích nebo u dalších pacientů o nějakém svém postupu, tak by v rámci příbuzných nebo blízkých lidí ten postup na 100 % nedodržel“. Myslím si, že v takové situaci, jakou tento respondent popisuje, by

---

<sup>21</sup> Dotazníkového šetření se zúčastnilo 43 registrovaných zdravotních sester oddělení Emergency hlavní městské nemocnice v Austrálii. Většina zdravotních sester neabsolvovala žádnou vzdělávací přípravu k péči o suicidální pacienty. Bylo zjištěno, že zdravotní sestry, které se zúčastnily dalšího vzdělávání v dané problematice, měly více pozitivní postoje než ty nezúčastněné (McCann, Clark, McConnachie, & Harvey, 2006).

<sup>22</sup> Výzkumné šetření probíhalo na pohotovosti Nemocnice Jorvi (ve městě Espoo, s rutinní psychiatrickou konzultací) a Nemocnice Malmi (ve městě Helsinky, bez rutinní psychiatrické konzultace). Byly zjištěny rozdíly v postojích respondentů pracujících v různých nemocnicích, zaměstnanci Nemocnice Malmi vykazovali vůči této skupině pacientů pozitivnější postoje. Překvapivým zjištěním bylo, že jen práce v Nemocnici Jorvi byla spojena s negativnějšími postoji (Suominen, Suokas, & Lönnqvist, 2009).

si jen těžko každý z nás dokázal udržet profesionální odstup a zvládnout své emoce. 40 % dotázaných prožilo nějakou zkušenost (viz Tab. 22), jež ovlivnila jejich postoj k pacientům či přístup k práci. Při rozhovorech bylo patrné, že je tato otázka velmi osobní, pro některé respondenty citlivá až nepříjemná, domníváme se, že z těchto důvodů nám někteří svoji zkušenost ani nesdělili. 1 dotázaný například rozvedl svoji odpověď na tuto otázku až v závěru rozhovoru.

Dále jsme zjišťovali, co si naši respondenti myslí o finanční zátěži pro zdravotnický systém v souvislosti s péčí o pacienty po opakovaném sebevraždě. Obávali jsme se, že by tato otázka mohla na respondenty působit rušivě, avšak během rozhovorů byla u většiny z nich patrná úleva, že již opouštíme hloubku tématu sebevraždy a jejich postojů k této skupině pacientů. 30 % dotázaných se domnívá, že tito nemocní nezatěžují zdravotnický systém více, než jiné skupiny pacientů, oproti tomu 25 % respondentů považuje tuto zátěž za vyšší. 35 % respondentů uvedlo, že je v souvislosti s péčí o tyto pacienty nezbytné klást větší důraz na prevenci dalšího jednání. Problém odmítání prevence a léčby samotnými pacienty zmínilo 15 % dotázaných. 10 % respondentů je toho názoru, že zdravotní problémy spojené s užíváním návykových látek zatěžují zdravotnický systém více a 10 % uvedlo, že je tato zátěž srovnatelná s náklady na pacienty dobrovolně se poškozující rizikovým chováním (kouření, alkohol, drogy aj.). Ve svých výpovědích respondenti kladou důraz například na všeobecnou osvětu o duševních chorobách, na zintenzívnění psychiatrické léčby, dlouhodobou hospitalizaci na psychiatrii, pravidelné kontroly a přísnější režim. 1 dotázaný nepřemýšlí nad tím, kolik co ve zdravotnictví stojí, domnívá se, že přistupovat k těmto jedincům na základě toho, že je to pro systém drahé, je nebezpečné. 1 respondent poukázal na to, že „*páchá-li někdo sebevraždu opakovaně, tak selháváme my zdravotníci, protože opakované pokusy jsou voláním o pomoc*“.

Byli jsme si vědomi, že téma sebevraždy a umírání, ale i vlastní zkušenosti se syndromem vyhoření, jsou citlivými tématy, proto jsme v závěru rozhovoru položili respondentům otevřenou otázku, zda je nenapadá nějaký poznatek, připomínka či událost vztahující se k tématu, na kterou jsme se dosud nezeptali. 40 % respondentů uvedlo, že je žádný další poznatek nenapadá, u několika z nich byla zřejmá úleva, že je náš rozhovor u konce a viditelně z nich opadala nervozita a napětí. Můžeme říci, že tato otázka splnila naše očekávání, 60 % respondentů se otevřelo ke svým odpovědím až v závěru rozhovoru, díky čemuž jsme mohli získat další cenné informace o jejich postoji k suicidální problematice. 15 % respondentů vyjádřilo svůj názor týkající se profesní zátěže zdravotníků. 20 % dotázaných v této otázce hovořilo k předešlým tématům, z tohoto důvodu jsme si pro jejich komplexnost dovolili tyto odpovědi přesunout k těmto otázkám (viz Tab. 24).

Hlavním cílem diplomové práce bylo zmapování postojů zdravotníků k pacientům po sebevraždě, cíl byl splněn. Ve výpovědích respondentů se objevovali oba názory, po zhodnocení všech poznatků však můžeme říci, že jsou spíše pozitivní. Zjistili jsme, že pro postoj 35 % respondentů je určující druh sebevražděného pokusu, 60 % vyjádřilo pochopení pro bilanční sebevraždu a 15 % má k pacientům po suicidálním pokusu spíše negativní postoj.

V rámci našeho šetření byly stanoveny 3 dílčí cíle, jež se nám podařilo splnit. 1. z nich bylo zjištění úrovně a efektivity informovanosti zdravotníků v psychiatrické a psychologické problematice a zhodnocení jejího vlivu na postoj respondentů k pacientům po sebevražedném pokusu. Zjistili jsme, že 70 % respondentů neabsolvovalo žádný seminář či kurz zaměřený na výše uvedená témata a 40 % se o ně nijak nezajímá. U 30 % nebyl z důvodu nezájmu o tuto problematiku zjištěn žádný přínos získaných informací pro praxi. 15 % dotazovaných považuje přínos získaných informací pro praxi za minimální, oproti tomu 20 % vyjádřilo snahu o implementaci nabytých poznatků do své praxe. Efektivitu kurzu „*Sdělování nepříznivé zprávy*“ popsalo 15 % respondentů a přínos kurzu „*Pozitivní argumentace*“ 1 respondentka. Žádný z respondentů se aktivně nezajímá o konkrétní problematiku intenzivní péče u psychiatrického nemocného se somatickým onemocněním a ani o problematiku suicidií.

2. cílem bylo posouzení povědomí respondentů o syndromu vyhoření a jejich vlastních zkušeností s tímto stavem. Zjistili jsme, že se všichni respondenti setkali s pojmem syndrom vyhoření. Ve svých představách o příznacích vyhoření jmenovali symptomy ze všech úrovní, psychické, fyzické i sociální. Metody odreagování od pracovního stresu a duševní hygieny, jež respondenti využívají, odpovídaly empirickým zkušenostem. Při hodnocení přítomnosti a charakteru příznaků syndromu vyhoření jsme zjistili, že 85 % respondentů na sobě za dobu své praxe pozorovalo nějaké příznaky syndromu vyhoření, 60 % v minulosti a 25 % je jimi postiženo v současné době. Nejistili jsme podstatný rozdíl v incidenci mezi pohlavími ani přímou souvislost mezi délkou praxe a syndromem vyhoření. Šetření však prokázalo nesporný vliv syndromu vyhoření respondentů na jejich postoj k pacientům po suicidálním pokusu.

Posledním cílem bylo zmapování možné vyšší psychické a emoční náročnosti pro zdravotníky při péči o pacienta po suicidálním pokusu. 70 % respondentů se domnívá, že tyto nároky na ně nejsou vyšší, a to i přes to, že mnozí popsali poměrně častá dilemata, jež péči o tyto pacienty provází. Oproti tomu 30 % považuje péči o tuto skupinu pacientů za psychicky náročnější, vede je k zamyšlení a klade na ně vyšší emocionální nároky.

## 8 Závěr a doporučení pro praxi

Diplomová práce pojednává o postojích zdravotníků pracujících na jednotce intenzivní péče k pacientům po sebevražedném pokusu. K volbě tématu nás inspirovala vlastní zkušenost s péčí o tyto pacienty, opakovaná dilemata, jež se při poskytování péče mnohdy objevují, dále osobní zájem o suicidální problematiku a příležitost si tímto způsobem rozšířit znalosti z dané oblasti.

Úvodní část diplomové práce se zabývá teoretickým vymezením suicidální problematiky, věnuje se rizikovým faktorům, prevenci a léčbě, informuje o sebevražednosti v ČR a péči o pacienta po suicidálním pokusu. Následující kapitola charakterizuje osobnost a profesionální chování zdravotníka, nastiňuje zdroje emočních problémů a zátěže, se kterými se mohou zdravotníci při výkonu povolání setkávat. Další kapitola vymezuje pojem syndrom vyhoření, jeho současná pojetí a definice, informuje o možných rizikových faktorech a profesích, jež jsou tímto stavem více ohroženy. Popisuje fáze a příznaky tohoto fenoménu, diagnostiku a možnosti prevence a léčby.

Hlavním cílem diplomové práce bylo zmapování postojů zdravotníků k pacientům po sebevražedném pokusu. Dílčími cíli bylo zjištění úrovně a efektivity informovanosti zdravotníků v psychiatrické a psychologické problematice a její vliv na postoj zdravotníků k pacientům po suicidálním pokusu. Dále posouzení povědomí o syndromu vyhoření a případných vlastních zkušeností respondentů s tímto stavem a v neposlední řadě zmapování možné vyšší psychické a emoční náročnosti, jež může zdravotníky při péči o pacienta po sebevražedném pokusu provázet. Všechny cíle se nám podařilo splnit. Výzkumné šetření přineslo hned několik zajímavých zjištění. Postoje zdravotníků k pacientům po suicidálním pokusu jsou spíše pozitivní. Zjistili jsme, že pro postoj 35 % respondentů je určující druh sebevražedného pokusu a 60 % vyjádřilo pochopení pro bilanční sebevraždu. 15 % respondentů má k pacientům po suicidálním pokusu spíše negativní postoj. Při zjišťování úrovně a efektivity informovanosti zdravotníků ve výše uvedené problematice jsme došli k překvapivému zjištění, a to že 70 % respondentů neabsolvovalo žádný seminář či kurz zaměřený na výše uvedená témata a 40 % o ně nejeví žádný zájem. Dalším neočekávaným zjištěním bylo, že se žádný z respondentů aktivně nezajímá o konkrétní problematiku intenzivní péče o psychiatrického nemocného se somatickým onemocněním a ani o problematiku suicidií. Domníváme se, že vyšší informovanost v této oblasti, o komunikaci s psychiatrickými pacienty, o prevenci a léčbě syndromu vyhoření, by byla pro respondenty přínosem nejen k objasnění této problematiky, profesionálnímu zvládnutí situací spojených s péčí o psychiatricky nemocné, ale i ve vztahu k pacientovi jako prevence jeho stigmatizace. Myslíme si, že vyšší informovanost vede k větší sebejistotě a sebekontrolě při poskytování zdravotní péče, a tím i ke zlepšení psychické pohody zdravotníka, proto bychom chtěli doporučit všem zdravotníkům, aby se v této problematice vzdělávali, využili nabídky kurzů, jež jim zaměstnavatel popřípadě i jiná zdravotnická zařízení nabízejí. Organizátorům těchto programů bychom si dovolili navrhnout, aby připravovali spíše interaktivní výukové programy, které budou pro účastníky jistě atraktivnější a mohly by tak zvýšit i jejich účast na těchto kurzech a zejména zájem o výše zmiňovanou problematiku.



Při posuzování povědomí respondentů o syndromu vyhoření a jejich vlastních zkušeností s tímto stavem jsme zjistili, že všichni z nich mají o tomto stavu náležité povědomí. Znepokojivým zjištěním však bylo, že 85 % respondentů na sobě za dobu své praxe pozorovalo nějaké příznaky syndromu vyhoření, 60 % v minulosti a 25 % je jimi dokonce postiženo v současné době. Nabízí se otázka, proč je tato incidence tak vysoká, zda souvisí s nezájmem o vzdělávání se v této oblasti, s náročností pracoviště, s mezilidskými vztahy a pocitem nenaplnění při výkonu povolání, anebo jsou tyto projevy již důsledkem syndromu vyhoření? K prokázání těchto domněnek by bylo zapotřebí provést nové šetření věnující se této problematice podrobněji. Nejistili jsme podstatný rozdíl v incidenci mezi pohlavími ani přímou souvislost mezi délkou praxe a syndromem vyhoření. Šetření však prokázalo nesporný vliv syndromu vyhoření respondentů na jejich postoj k pacientům po suicidálním pokusu. Posledním cílem této práce bylo zmapování míry psychické a emoční náročnosti pro zdravotníky při péči o pacienta po suicidálním pokusu. Dospěli jsme k závěru, že pro 30 % respondentů je péče o tuto skupinu pacientů psychicky náročnější, vede je k zamyšlení a klade na ně vyšší emocionální nároky.

Apelujeme na zdravotníky, aby více dbali na svoji duševní hygienu, více se zajímali o relaxační techniky a postupy zvládnání stresu, v případě potřeby využili možnosti psychologického poradenství a krizové pomoci, jež jim zaměstnavatel nabízí. Jde především o Vaši psychickou kondici a Vaše zdraví. Nezapomínejte, že Váš přístup k pacientům, nejen po suicidálním pokusu, ovlivňuje jejich psychický stav a možná i jejich náhled na budoucnost. Bilancují-li, jak se svým životem po sebevražedném pokusu dál naložit, Váš přístup a postoj k nim může mít na jejich rozhodnutí nemalý vliv.

## 9 Seznam použité literatury

1. Adriaenssens, J., De Gucht, V., & Maesc, S. (2015). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: A systematic review of 25 years of research [Online]. *International Journal Of Nursing Studies*, 52(2), 649–661. Retrieved from <http://doi.org/doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.11.004>
2. Ajdacic-Gross, V. (2008). Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database [Online]. *Bulletin Of The World Health Organization*, 86(9), 726-732. Retrieved from <http://doi.org/10.2471/BLT.07.043489>
3. Anon (2009). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10*. Praha: Bomton Agency.
4. Bartošíková, I. (2006). *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.
5. Blažková, M., Krátká, A., & Kramaříková, L. (2011). Zátěžové faktory a prevence syndromu vyhoření u sester na odděleních intenzivní péče. In *Jihlavské zdravotnické dny 2011* (pp. 44-50). Retrieved from [https://most.vspj.cz/files/16/jihlavske\\_zdravotnicke\\_dny\\_2011-sbornik.pdf](https://most.vspj.cz/files/16/jihlavske_zdravotnicke_dny_2011-sbornik.pdf)
6. Brent, D. A., & Melhelm, N. (2008). Familial transmission of suicidal behavior [Online]. *The Psychiatric Clinics Of North America*, 31(2), 157–77. Retrieved from <http://doi.org/10.1016/j.psc.2008.02.001>
7. Čechová, V., & Rozsypalová, M. (2005) *Obecná psychologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.
8. Český statistický úřad: Sebevraždy. (2015). Český statistický úřad: Sebevraždy [Online]. Retrieved March 04, 2016, from [https://www.czso.cz/csu/czso/sebevrazdy\\_zaj](https://www.czso.cz/csu/czso/sebevrazdy_zaj)
9. Dogra, N., & Srivastava, S. (2012). Climate change and disease dynamics in India [Online]. New Delhi: The Energy and Resources Institute. Retrieved from <https://books.google.ca/books?id=UGrUgX-nKTIC&pg=PA256#v=onepage&q&f=false>
10. Gilliland, B. E., & James, R. K. (2013). Crisis intervention strategies [Online] (Seventh edition.). Belmont, CA: Brooks/Cole, Cengage Learning. Retrieved from <https://books.google.ca/books?id=E2sKf-sexZwC&pg=PA215#v=onepage&q&f=false>
11. Gunnell, D., Eddleston, M., Phillips, M. R., & Konradsen, F. (2007). The global distribution of fatal pesticide self-poisoning: Systematic review [Online]. *Bmc Public Health*, 7(1), 357. Retrieved from <http://doi.org/10.1186/1471-2458-7-357>
12. Hadjipapanicolaou, D., Kališová, L., Kozelek, P., Žukov, I., & Glaser, T. (2014). Schizofrenie a sebevražedné jednání [Online]. *Česká A Slovenská Psychiatrie*, 110(3), 158-164. Retrieved from <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=958>

13. Hartl, P., & Hartlová H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.
14. Hawton, K., Saunders, K. E. A., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents [Online]. *The Lancet*, 379(9834), 2373-2382. Retrieved from [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5)
15. Hinduism: Euthanasia and Suicide. (2009). Hinduism: Euthanasia and Suicide [Online]. Retrieved March 08, 2016, from <http://www.bbc.co.uk/religion/religions/hinduism/hinduethics/euthanasia.shtml>
16. Hostilita. (2013). Hostilita [Online]. In *Wikipedia: the free encyclopedia*. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation. Retrieved from <https://www.cs.wikipedia.org/wiki/Hostilita>
17. Chang, B., Gitlin, D., & Patel, R. (2011). The depressed patient and suicidal patient in the emergency department: evidence-based management and treatment strategies [Online]. *Emergency Medicine Practice*, 13(9), 1-23. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22164363>
18. Kamarádová, D., Praško, J., & Látalová, K. (2015). Sebevražednost a úzkostné poruchy [Online]. *Česká A Slovenská Psychiatrie*, 111(3), 155-160. Retrieved from <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=1018>
19. Kebza, V., & Šolcová, I. (2003). *Syndrom vyhoření*. Praha.
20. Kelnarová, J., & Matějková, E. (2014). *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada.
21. Křivohlavý, J. (1998). *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada Publishing.
22. Kupka, M. (2008). Paliativní péče a riziko syndromu vyhoření [Online]. *E-psychologie*, 2(1), 23–35. Retrieved from <http://e-psycholog.eu/clanek/11>
23. Lester, D. (2006). Suicide and Islam [Online]. *Archives Of Suicide Research*, 10(1), 77-97. Retrieved from <http://doi.org/10.1080/13811110500318489>
24. Manthorpe, J., & Iliffe, S. (2010). Suicide in later life: public health and practitioner perspectives [Online]. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 25(12), 1230-1238. Retrieved from <http://doi.org/10.1002/gps.2473>
25. Maris, R. W., Berman, A. L., Silverman, M. M., & Bongar, B. M. (2000). Comprehensive textbook of suicidology [Online]. New York: Guilford Press. Retrieved from <https://books.google.ca/books?id=Zi-xoFAPnPMC&pg=PA97#v=onepage&q&f=false>
26. Marková, E., Venglářová, M., & Babiaková, M. (2006). *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada.
27. McCann, T., Clark, E., McConnachie, S., & Harvey, I. (2006). Accident and emergency nurses' attitudes towards patients who self-harm [Online]. *Accident And Emergency Nursing*, 14(1), 4-10. <http://doi.org/10.1016/j.aen.2005.10.005>

28. McLaughlin, C. (2007). Suicide-related behaviour understanding, caring and therapeutic responses [Online]. Chichester, England: John Wiley & Sons. Retrieved from <https://books.google.ca/books?id=I2FJRbekdC8C&pg=PA24&hl=en#v=onepage&q&f=false>
29. Mental health: Suicide data. (2012). Mental health: Suicide data [Online]. Retrieved March 04, 2016, from [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/en/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/en/)
30. Misiołek, A., Gorczyca, P., Misiołek, H., & Gierlotka, Z. (2014). The prevalence of burnout syndrome in Polish anaesthesiologists [Online]. *Anaesthesiology Intensive Therapy*, 46(3), 155–161. Retrieved from <http://doi.org/10.5603/AIT.2014.0028>
31. Monestier, M. (2003). *Dějiny sebevražd: dějiny, techniky a zvláštnosti dobrovolné smrti*. Praha: Dybbuk.
32. Ouzouni, C., & Nakakis, K. (2013). Nurses' attitudes towards attempted suicide [Online]. *Health Science Journal*, 7(1), 119-134. Retrieved from <http://www.hsj.gr/medicine/nurses-attitudes-towards-attempted-suicide.php?aid=3054>
33. Papežová, H. (2014). *Naléhavé stavy v psychiatrii*. Praha: Maxdorf.
34. Petr, T. (2011). Řízení rizik na psychiatrických odděleních [Online]. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 107(2), 106-109. Retrieved from <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=699>
35. Petr, T., & Marková, E. (2014). *Ošetřovatelství v psychiatrii* (1. vyd.). Praha: Grada.
36. Pines, A. M., & Aronson, E. (1988). *Career burnout: causes and cures*. New York: Free Press.
37. Pitman, A., Krysinska, K., Osborn, D., & King, M. (2012). Suicide in young men [Online]. *The Lancet*, 379(9834), 2383-2392. Retrieved from [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60731-4](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60731-4)
38. Praško, J. (2006). Péče o suicidálního pacienta [Online]. *Psychiatrie pro praxi*, 4, 191-195. Retrieved from <http://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200604-0011.php>
39. Procházková, A. (2002). Suicidální pacient [Online]. *Urgentní Medicína*, V(4), 33-35. Retrieved from [http://urgentnimedicina.cz/casopisy/UM\\_2002\\_04.pdf](http://urgentnimedicina.cz/casopisy/UM_2002_04.pdf)
40. Raboch, J., & Laňková, J. (2008). *Deprese: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP.
41. Reichel, J. (2010). *Úvod do sociálního výzkumu* (1. vyd.). Praha: Mowshe pro Katedru andragogiky a personálního řízení Filozofické fakulty Univerzity Karlovy v Praze.
42. Rothes, I. A., Henriques, M. R., Leal, J. B., & Lemos, M. S. (2014). Facing a Patient Who Seeks Help After a Suicide Attempt [Online]. *Crisis*, 35(2), 110-122. Retrieved from <http://doi.org/10.1027/0227-5910/a000242>

43. Rozanov, V., & Carli, V. (2012). Suicide among War Veterans [Online]. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 9(12), 2504-2519. Retrieved from <http://doi.org/10.3390/ijerph9072504>
44. Rush, M. D. (2003). *Syndrom vyhoření*. Praha: Návrat domů.
45. Shamali, M., Shahriari, M., Babaii, A., & Abbasinia, M. (2015). Comparative Study of Job Burnout Among Critical Care Nurses With Fixed and Rotating Shift Schedules [Online]. *Nurs Midwifery Stud*, 4(3). Retrieved from <http://doi.org/10.17795/nmsjournal27766>
46. Singh, C., Cross, W., & Jackson, D. (2015). Staff Burnout – a Comparative Study of Metropolitan and Rural Mental Health Nurses within Australia [Online]. *Issues Ment Health Nurs*, 36(7), 528-537. doi:10.3109/01612840.2014.996838
47. Stock, C. (2010). *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada.
48. Sun, F. -K., Long, A., & Boore, J. (2007). The attitudes of casualty nurses in Taiwan to patients who have attempted suicide [Online]. *Journal Of Clinical Nursing*, 16(2), 255-263. Retrieved from <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01479.x>
49. Suominen, K., Suokas, J., & Lönnqvist, J. (2009). Attitudes of general hospital emergency room personnel towards attempted suicide patients [Online]. *Nordic Journal Of Psychiatry*, 61(5), 387-392. Retrieved from <http://doi.org/10.1080/08039480701643381>
50. Syndrom vyhoření (2015). Retrieved November 17, 2015 from [https://www.cs.wikipedia.org/wiki/Syndrom\\_vyhoření](https://www.cs.wikipedia.org/wiki/Syndrom_vyhoření)
51. Šnýdrová, I. (2006). *Manažerka a stres*. Praha: Grada.
52. Teixeira, C., Pereira, S. M., Hernández-Marrero, P., & Carvalho, A. S. (2015). Work-related experiences in intensive and palliative care units and their relation to burnout [Online]. *Intensive Care Medicine Experimental*, 3(1), 3-7. Retrieved from <http://doi.org/10.1186/2197-425X-3-S1-A649>
53. Uher, T., Bob, P., & Ptáček, R. (2010). Alexithymie a psychosomatická onemocnění [Online]. *Československá Psychologie*, 54(5), 496-504. Retrieved from <http://cspych.psu.cas.cz/result.php?from=682&to=682>
54. Várník, P (2012). Suicide in the world [Online]. *International journal of environmental research and public health*, 9(3), 760–71. doi:10.3390/ijerph9030760
55. Venglářová, M. (2011). *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada.
56. Vlachovská, B. (2011). Syndrom vyhoření – diagnostické metody. (Diploma thesis, Charles University, Praha, Czech Republic). Retrieved from <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/91456/?lang=cs>

57. Weiyuan, C. (2009). Women and suicide in rural China [Online]. *Bulletin Of The World Health Organization*, 87(12), 888-889. Retrieved from <http://doi.org/10.2471/BLT.09.011209>
58. Wheatley, M., & Austin-Payne, H. (2009). Nursing Staff Knowledge and Attitudes Towards Deliberate Self-Harm in Adults and Adolescents in an Inpatient Setting [Online]. *Behavioural And Cognitive Psychotherapy*, 37(03), 293. Retrieved from <http://doi.org/10.1017/S1352465809005268>
59. Yaseen, Z. S., Briggs, J., Kopeykina, I., Orchard, K. M., Silberlicht, J., Bhingradia, H., & Galynker, I. I. (2013). Distinctive emotional responses of clinicians to suicide-attempting patients - a comparative study [Online]. *Bmc Psychiatry*, 13(1), 230. Retrieved from <http://doi.org/10.1186/1471-244X-13-230>
60. Yip, P. S. F., Caine, E., Yousuf, S., Chang, S. -S., Wu, K. C. -C., & Chen, Y. -Y. (2012). Means restriction for suicide prevention [Online]. *The Lancet*, 379(9834), 2393-2399. Retrieved from [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60521-2](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60521-2)
61. Zacharová, E., Hermanová, M., & Šrámková, J. (2007). *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení. Praha: Grada.*

## **Přílohy**

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1 Seznam použitých zkratek .....	105
Příloha č. 2 Seznam tabulek.....	106
Příloha č. 3 Informovaný souhlas .....	107
Příloha č. 4 Otázky k rozhovoru .....	108



## **Příloha č. 1: Seznam použitých zkratk**

ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
DP	Odosobnění (depersonalisation)
EE	Emocionální vyčerpání (emotional exhaustion)
KARIM	Klinika anestezie, resuscitace a intenzivní medicíny
MBI	Maslach burnout inventory
PA	Snížení osobní výkonnosti (personal accomplishment)
WHO	Světová zdravotnická organizace

## **Příloha č. 2: Seznam tabulek**

Tabulka č. 1 Věk.....	36
Tabulka č. 2 Nejvyšší dosažené vzdělání .....	37
Tabulka č. 3 Délka praxe .....	38
Tabulka č. 4 Motivace k volbě zdravotnického povolání.....	39
Tabulka č. 5 Naplnění zdravotnickým povoláním a úvahy o změně.....	41
Tabulka č. 6 Vzdělávání v oblasti psychologie, psychiatrie, syndromu vyhoření.....	43
Tabulka č. 7 Zájem o témata z oblasti psychiatrie a psychologie.....	45
Tabulka č. 8 Přínos získaných informací pro praxi .....	47
Tabulka č. 9 Znalost pojmu syndrom vyhoření .....	49
Tabulka č. 10 Postupy odreagování od pracovního stresu a duševní hygiena.....	51
Tabulka č. 11 Syndrom vyhoření u respondentů .....	53
Tabulka č. 12 Povědomí o možnostech psychologické pomoci .....	55
Tabulka č. 13 Využití psychologické pomoci .....	57
Tabulka č. 14 Soukromá zkušenost s vážně psychiatricky nemocným člověkem.....	59
Tabulka č. 15 Postoj k vážně psychiatricky nemocným pacientům .....	60
Tabulka č. 16 Zkušenosti s pacienty po sebevražedném pokusu.....	62
Tabulka č. 17 Emoční a psychická náročnost péče o pacienta po suicidálním pokusu.....	66
Tabulka č. 18 Dojmy při péči o pacienta po sebevražedném pokusu.....	68
Tabulka č. 19 Volba pacienta .....	70
Tabulka č. 20 Okolnosti ovlivňující postoj k pacientům po suicidálním pokusu.....	72
Tabulka č. 21 Vývoj postoje k pacientům po suicidálním pokusu .....	75
Tabulka č. 22 Vliv konkrétní životní zkušenosti na postoj k pacientům po suicidálním pokusu či na přístup k práci .....	77
Tabulka č. 23 Názor na finanční zátěž zdravotnického systému .....	79
Tabulka č. 24 Poznatky a připomínky .....	81

### **Příloha č. 3: Informovaný souhlas**

## **INFORMOVANÝ SOUHLAS SE ZÁZNAMEM, ZPRACOVÁNÍM A PUBLIKACÍ ROZHOVORU**

**Řešitel výzkumu:** Bc. Petra Kukulková - studentka 1. LF UK, NMgr. obor Intenzivní péče

**Období realizace:** leden 2016 – březen 2016

Vážená kolegyně/ Vážený kolego,

obracím se na Vás s žádostí o spolupráci na výzkumu, jehož cílem je zmapovat postoje zdravotníků na jednotce intenzivní péče k pacientům po sebevražedném pokusu.

Kvalitativní výzkum bude probíhat formou polostrukturovaných rozhovorů. Interview budou zachycena záznamovou technikou. Získaná data budou analyzována, zpracována metodou otevřeného kódování. Získané poznatky budou součástí závěrečné diplomové práce.

Informace a data získaná při našem rozhovoru považuji za citlivé údaje. Ujišťuji Vás, že výsledky jsou zcela anonymní a slouží pouze pro potřebu výše uvedeného výzkumu.

Pokud s účastí na výzkumu souhlasíte, připojte prosím podpis, kterým vyslovujete souhlas s níže uvedeným prohlášením.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Řešitelka šetření mne informovala o podstatě výzkumu a seznámila mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány, použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány. Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se řešitelky zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží účastník výzkumu a druhý řešitel výzkumu.

**Jméno, příjmení a podpis řešitele výzkumu:**

**V Praze dne:**

**Jméno, příjmení a podpis účastníka výzkumu:**

**V Praze dne:**

#### **Příloha č. 4: Otázky k rozhovoru**

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jak dlouho již pracujete ve zdravotnictví? A kolik let v intenzivní péči?
4. Co Vás vedlo k volbě Vašeho povolání?
5. Naplňuje Vás práce ve zdravotnictví? A uvažujete o změně?
6. Jaké semináře/ kurzy, popř. jiné formy vzdělávání, z oblasti psychologie a psychiatrie či k tématu syndromu vyhoření jste absolvoval/a?
7. Jaká témata z oblasti psychiatrie a psychologie Vás zajímají?
8. Jak byste ohodnotil/a přínos získaných informací pro Vaši praxi?
9. Setkal/a jste se s pojmem syndrom vyhoření? Co si pod ním konkrétně představujete?
10. Jaké postupy odreagování od pracovního stresu a možnosti duševní hygieny využíváte?
11. Pozoroval/a jste na sobě někdy nějaké příznaky syndromu vyhoření? Pokud ano, jaké? Jak jste tuto situaci řešil/a?
12. Jaké znáte možnosti psychologické pomoci pro zaměstnance naší nemocnice?
13. Kdybyste se ocitl/a v situaci, kdybyste takovou pomoc potřeboval/a, dokázal/a byste ji využít?
14. Setkal/a jste se ve svém okolí, například v rodině či mezi přáteli, s vážně psychiatricky nemocným člověkem?
15. Jaký je Váš postoj k vážně psychiatricky nemocným pacientům?
16. Jaké jsou Vaše zkušenosti s pacienty po sebevražedném pokusu?
17. Domníváte se, že na Vás péče o pacienta po sebevražedném pokusu klade vyšší nároky na emoce a psychiku, než při péči o pacienty hospitalizované pro jinou diagnózu?
18. Když jste poprvé pečoval/a o pacienta po sebevražedném pokusu, jaké to ve Vás vyvolávalo pocity/ myšlenky?
19. Kdybyste si mohl/a zvolit, pečoval/a byste raději o jiného pacienta?
20. Jaké okolnosti, např. opakovaný pokus, přidružené onkologické onemocnění, ovlivňují Váš postoj k pacientům po sebevražedném pokusu?
21. Došlo ke změně Vašeho postoje k pacientům po sebevražedném pokusu v průběhu let a s nabytím zkušeností?
22. Ovlivnila nějaká konkrétní životní zkušenost Váš postoj k pacientům po sebevražedném pokusu anebo Váš přístup k práci?
23. Co si myslíte o finanční zátěži pro zdravotnický systém v souvislosti s péčí o pacienta po opakovaném sebevražedném pokusu?
24. Napadá Vás nějaký poznatek, připomínka či událost, vztahující se k tématu, na kterou jsem se Vás nezeptala?

