

Univerzita Karlova

Pedagogická fakulta

Katedra psychologie

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Copingové strategie využívané zdravotnickými záchranáři po konfrontaci
s úmrtím pacienta

Coping strategies used by paramedics after confronting a patient death

Eliška Valeria Rejšová

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Brémová

Studijní program: Psychologie (B7701)

Studijní obor: B PSRSP (7701R016)

2023

Odevzdáním této bakalářské práce na téma Copingové strategie využívané zdravotnickými záchranáři po konfrontaci s úmrtím pacienta potvrzují, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzují, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze 13. 4. 2023

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Veronice Brémové za její laskavý přístup, odborné vedení a cenné rady ukládané v průběhu zpracování této práce. Poděkování také patří všem respondentům, kteří mi věnovali svůj čas a dovolili nahlédnout do vlastních osobních zkušeností.

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce si klade za cíl zjistit, jaké copingové strategie využívají zdravotničtí záchranáři po konfrontaci s úmrtím pacienta. Zároveň nabízí vhled do problematiky úmrtí očima konkrétních záchranářů. Práce byla provedena především pomocí kvalitativního výzkumu a data sesbírána prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru. Tento výzkum byl taktéž doplněn o data získaná prostřednictvím dotazníku SVF 78. Výzkumný vzorek tvořilo šest respondentů, kteří jsou představeni v empirické části.

Výsledkem práce je představení několika copingových strategií, jež jsou zdravotnickými záchranáři využívány podle dvou typů pacientova úmrtí. Prvním typem je náhlá, nepředvídatelná smrt, která byla v rozhovorech s respondenty často asociována se smrtí dítěte či mladého člověka. Při tomto typu úmrtí se ukázalo obecně větší využití různých copingových strategií, včetně těch negativních. Druhým typem je smrt přirozená, respondenty často udávána do souvislosti se stářím. Konfrontace s takovýmto typem úmrtí nevyžadovala ze strany respondentů tolik strategií, jako tomu bylo u konfrontace prvního typu. Taktéž nebyla zjištěna žádná negativní copingová strategie, kterou by respondenti využívali při konfrontaci s úmrtím druhého typu.

KLÍČOVÁ SLOVA

Zvládání zátěžových situací, úmrtí pacienta, copingové strategie, zdravotničtí záchranáři, vnímání smrti.

ABSTRACT

This bachelor thesis aims to find out what coping strategies paramedics use after confronting a patient death. It also offers insight into the issue of death through the eyes of specific paramedics. The thesis was conducted primarily through qualitative research and data were collected through semi-structured interviews. This research was also supplemented with data collected through the SVF 78 questionnaire. The research sample consisted of six respondents who are presented in the empirical part.

The result of this bachelor thesis is the presentation of several coping strategies that are used by paramedics according to two types of patient's death. The first type is sudden, unpredictable death, which was frequently associated with the death of a child or a young person in interviews with respondents. This type of death is generally linked to a greater use of various coping strategies, including the negative ones. The second type is natural death, often associated with old age by respondents. Confronting this type of death did not require as many coping strategies from respondents as confronting the first type. Also, no negative coping strategies were found to be used by respondents when confronted with the second type of death.

KEYWORDS

Coping with stressful situations, patient death, coping strategies, paramedics, perception of death.

Obsah

Úvod.....	9
Teoretická část.....	10
1 Stres.....	10
1.1 Teoretická pojetí stresu.....	11
1.1.1 Biologické pojetí stresu.....	11
1.1.2 Psychologické pojetí stresu.....	12
1.2 Stresory.....	13
1.3 Příznaky stresu podle WHO	14
1.4 Odolnost vůči stresu	14
2 Coping.....	16
2.1 Copingové strategie	16
2.1.1 Druhy copingových strategií.....	17
2.1.2 Dělení copingových strategií dle SVF 78	18
2.2 Obranné mechanismy	19
3 Umírání a smrt	21
3.1 Tabuizace smrti.....	21
3.2 Smrt a zdravotnické prostředí.....	22
3.2.1 Způsob vyrovnání se zdravotníků se smrtí	22
4 Zdravotnická záchranná služba České republiky.....	24
4.1 Systém ZZS v ČR.....	24
4.2 Povolání zdravotnického záchranáře	25
4.3 Osobnost zdravotnického záchranáře	25
4.4 Psychická zátěž a stres v povolání záchranáře	27
4.4.1 Největší stresory zdravotnických záchranářů	28
4.4.2 Copingové strategie zdravotnických záchranářů	28

4.5	Psychosociální podpora pracovníků ZZS	29
4.5.1	System psychosociální intervenční služby.....	29
	Empirická část.....	31
5	Cíle a výzkumné otázky.....	31
6	Metody sběru dat.....	32
6.1	Sběr dat.....	33
6.2	Výzkumný vzorek.....	34
7	Metoda vyhodnocení dat.....	37
8	Prezentace a interpretace dat.....	38
8.1	Individuální profily respondentů	38
8.1.1	Respondent 1.....	39
8.1.2	Respondent 2.....	42
8.1.3	Respondent 3.....	45
8.1.4	Respondentka 4.....	47
8.1.5	Respondent 5.....	50
8.1.6	Respondentka 6.....	53
8.2	Vzniklé kategorie.....	56
8.2.1	Pozitivní copingové strategie dle SVF 78.....	56
8.2.2	Negativní copingové strategie dle SVF 78	58
8.2.3	Nové copingové strategie.....	58
8.2.4	Shrnutí.....	62
8.3	Volba strategie v závislosti na typu úmrtí	63
8.4	Vnímání smrti zdravotnickými záchranáři	65
9	Diskuse.....	67
	Závěr.....	71
	Seznam použitých zdrojů	72

Seznam příloh.....	77
--------------------	----

Úvod

Povolání zdravotnického záchranáře a obecně práce ve zdravotnictví s sebou přináší jistou psychickou zátěž, které je zdravotnický personál vystaven. Mezi takové zátěžové situace lze zařadit i úmrtí pacientů. Na tuto skutečnost poukazuje několik studií zabývajících se stresem u zdravotnických záchranářů. To mne přivedlo k prvotnímu impulzu sepsání rešerše na toto téma, kde jsem se na dané stresory více zaměřila. Výsledkem mi byl návrh výzkumného problému, který popíšu níže.

Za jednu z psychicky nejvíce zátěžových situací je zdravotnickými záchranáři vyhodnocena smrt dítěte či mladého člověka. Tato práce si klade za cíl zjistit, jaké copingové strategie jsou využívány zdravotnickými záchranáři po konfrontaci s úmrtím pacienta. Dále se bude zabývat jejich vnímáním smrti. Bakalářská práce tedy vychází nejen z výsledků studií, jež se zabývají stresem. Nosný podklad této práce tvoří i studie zaměřené na copingové strategie zdravotnických záchranářů.

Práce je rozdělena do dvou částí, a to na část teoretickou a část empirickou. Teoretická část se pokouší shrnout veškeré důležité informace, které umožňují lépe pochopit základní koncept této práce. Je rozčleněna do čtyř hlavních částí, které se zabývají stresem, copingem, umíráním a smrtí. Poslední část pojednává o zdravotnické záchranné službě České republiky. V každé této části jsem se snažila co nejlépe vystihnout to nejdůležitější z daného odvětví a zároveň dbát na přímou návaznost mého zamýšleného výzkumu. Empirická část je zaměřena na data sesbíraná především prostřednictvím rozhovoru. Tento kvalitativní design výzkumu je rovněž obohacen o data získaná pomocí standardizovaného dotazníku SVF 78, tedy dotazníku zaměřeného na copingové strategie. V jednotlivých kapitolách jsou tato data analyzována se snahou interpretovat je širší veřejnosti.

Teoretická část

1 Stres

Pod pojmem stres si většina z nás představí spíše negativně zabarvený činitel, který je však nedílnou součástí našich životů. Tento termín se rozvinul z latinského „stringere“, což lze přeložit jako „utahovat“ či „svírat“. Následně si termín propůjčila i anglická technická terminologie, která hovořila o tzv. *stresu* v souvislosti s mechanikou, a to v takovém případě, kdy byl materiál vystavován nějakému tlaku či zátěži (Janíček & Marek, 2013). Později se tento pojem začal přisuzovat nejen zátěži mechanické, ale také fyziologické, psychické, sociální či ekonomické (Křivohlavý, 1994).

Díky jeho popularizaci je termín často užíván i v běžné mluvě široké veřejnosti, načež Kebza (2005) reaguje jako na jistý problém. V důsledku nadužívání tohoto termínu laiky pak může dojít ke změně jeho významu, a to takové, že je stresem následně vyjadřována v podstatě jakákoliv zátěž, aniž by se dále specifikovalo, o jaký typ zátěže se přesně jedná. Stresem je v běžné mluvě označována těžká situace, celkový vnitřní stav, odpověď organismu na stresující činitele, nebo okolnost či nepříznivý faktor (stresor). Obecně proto můžeme stres definovat jako reakci organismu na nadměrnou zátěž (Hladký et al., 1993).

Existuje několik možných způsobů, jak stres dělit, a sice dle kvality, intenzity a délky trvání. Nejčastěji uváděným je dělení dle kvality, tedy na stres pozitivní (eustres) a stres negativní (distres). Distresem lze označit takový typ stresu, který je pro jedince nechtěný, ohrožující a prožívaný jako nepříjemný. Eustres je naproti distresu v podstatě příjemný. Vyznačuje se především zvýšenou hladinou optimální stimulace, v jejímž důsledku pak jedinec může podat dokonce vyšší nebo lepší výkon (Selye, 1983). Podle délky trvání lze stres rozdělit na akutní a chronický. Akutní stres je definován jako stav, ve kterém dochází k mobilizaci energetické rezervy pro „přežití“. Tento stav může trvat několik minut až hodin. Chronický stres oproti akutnímu trvá déle, a to několik týdnů, měsíců, ale i let. V takovém případě dochází k aktivaci dlouhodobějších nervových, imunologických a hormonálních mechanismů (Bartůňková, 2010).

Náročné životní situace, které lze charakterizovat jako situace přesahující únosnou míru zátěže pro člověka, mohou v jedinci vyvolat stres. Jelikož je tento jev součástí běžného fungování každé lidské bytosti, přitáhla tato problematika pozornost mnoha vědců. Ti se

snažili najít odpovědi na otázky týkající se například toho, jak lze takovou náročnou životní situaci přesně definovat či jaké jsou rozhodující faktory, které následně ovlivňují naši reakci na vzniklou situaci (Křivohlavý, 2009). Mezi první výzkumníky zabývající se stresem nepochybně patří významný kanadský lékař a biolog Hans Selye, dnes taktéž považován za otce moderního výzkumu stresu (Tan & Yip, 2018).

1.1 Teoretická pojetí stresu

Přestože je termín stres v dnešní době tak často užíván, jeho jednotnou definici nelze konstatovat. Mezi nejznámější však patří právě ta od Selyeho, který uvádí, že „*stres je nespécifická fyziologická reakce organismu na jakýkoli nárok na organismus kladený*“ (Selye, 1976, s. 15). Jeho biologické pojetí stresu budu blíže popisovat v kapitole viz níže.

Americký psycholog Richard S. Lazarus se Selyeho pojetím stresu v jistém ohledu nesoúhlasil, jelikož se dle jeho názoru nejedná o jakýkoli nárok kladený na organismus, ale o nárok přetěžující (Schreiber, 1992). Lazarus (citovaný v Schreiber, 1992, s. 11) proto původní definici vylepšil následovně: „*Stres je nárok na jednotlivce, který přesahuje jeho schopnost se s nárokem vyrovnat.*“. Křivohlavý (1994) popisuje stres jako vnitřní stav člověka, který je buď něčím přímo ohrožován, nebo je jedincem takové ohrožení očekáváno. Zároveň se domnívá, že jeho obrana proti nepříznivým vlivům není zdaleka postačující.

Ačkoliv každý z badatelů zabývající se problematikou stresu definuje tento termín odlišně, uvádí jej většina z nich do kontextu se situacemi obtížnými, pro naši duševní pohodu ohrožujícími či takovými situacemi, které narušují rovnováhu našeho organismu (Paulík, 2017).

1.1.1 Biologické pojetí stresu

Hans Selye, nejvýznamnější představitel biologického pojetí stresu, popisuje stres jako takový stav, který se objevuje při snaze organismu reagovat na náročné podněty a následně se s nimi vyrovnat. Selye obohatil výzkum stresu svou teorií obecného adaptačního syndromu (*general adaptation syndrom – GAS*). Tato nejvlivnější teorie pro biologické pojetí stresu poskytuje rámec pro porozumění tomu, jak organismus reaguje na stresové podněty, jež narušují homeostatický systém. GAS se skládá ze tří fází, kterými organismus

prochází v reakci na stres. Jsou jimi 1) fáze alarmu; 2) fáze odolnosti neboli rezistence a 3) fáze vyčerpání (Selye, 1983).

První fází tohoto syndromu je poplachová reakce, která je spuštěna na základě působení stresoru. Stresorem je v tomto případě vyhodnocen jakýkoli podnět, který může stres způsobit. Při obzvláště silné zátěži reaguje organismus nejprve šokem – ten se může objevit v podobě utlumení obranných reakcí. Poté se organismus začne adaptovat na vzniklou situaci, načež reaguje zvyšující se aktivací a obnovou obrany. Pokud se organismu podaří se stresem vyrovnat a na vzniklou situaci se adaptovat, dochází ve druhé fázi GAS k relativnímu zklidnění. V opačném případě zůstává organismus v pohotovosti a trvalém vypětí. Jakmile je působení stresoru příliš dlouhé a organismus již nedisponuje prostředky, díky nimž by byl schopen adaptace, dochází k jeho vyčerpání – tedy poslední fázi GAS. Za těchto okolností se u jedince mohou objevit fyzické i psychické problémy a organismus se může ocitnout v kritickém stavu (Paulík, 2017).

1.1.2 Psychologické pojetí stresu

Psychologické pojetí stresu klade důraz mj. také na vnímání a interpretaci těchto podnětů jednotlivcem. Právě takovým způsobem nahlížel na stres jeden z nejvýznamnějších představitelů tohoto pojetí stresu, Richard S. Lazarus. V 60. letech minulého století předložil základy tzv. transakčního přístupu, načež později spolu s Folkmanovou vytvořili stresovou teorii, která je založena na kognitivním vnímání dané situace. Lazarus si totiž uvědomil, že stres není pouze neurofyziologickou a biochemickou odezvou organismu při působení vnějších podnětů narušujících jeho rovnováhu. Jde také o komplexní procesy odehrávající se v naší mysli. V jaké míře se nás stres bude dotýkat závisí například na interpretaci významu situace a hodnocení míry potenciálního nebezpečí (Lazarus & Folkman, 1984).

Lazarus ve své koncepci stresu pracoval s pojmy jako kognitivní hodnocení (*cognitive appraisal*) a zvládání (*coping*). Kognitivní hodnocení ovlivňuje, zda jedinec vyhodnotí danou situaci jako stresující a jakým způsobem ji následně bude zvládat (Paulík, 2017). Toto kognitivní hodnocení rozdělil na dva typy: *primární*, které je rychlé, automatické, založené na předchozích zkušenostech a očekáváních. Jedinec pak v závislosti nato vyhodnocuje „stresovost“ situace. Dále typ *sekundární*, kdy jedinec posuzuje, zda ke zvládnutí situace disponuje dostatečnými zdroji a schopnostmi danou situaci zvládnout (Lazarus & Folkman, 1984). „Pokud je situace vyhodnocena jako ohrožující, následuje

mobilizace energetických zdrojů organismu a začnou se aktivizovat příslušné mechanismy k navození potřebné změny (návrat do rovnovážného stavu).“ (Paulík, 2017, s. 75).

Mezi další autory pojednávající o stresu z psychologického hlediska lze zařadit např. A. Steinberga a R. F. Ritzmanna či S. E. Hobfolla. Hobfoll tuto oblast obohatil modelem zachování zdrojů. Podle tohoto modelu lze stresovou situaci charakterizovat jako ztrátu zdrojů, které si jedinec snaží udržet a chránit, jelikož jsou pro něj hodnotné. Těmito zdroji jsou zdroje materiální, jimiž je definován sociální status člověka ve společnosti, dále zdroje diferencovaně dostupné (tj. podmínky), osobní zdroje (tj. schopnosti a dovednosti jedince) a osobní energetické zdroje (tj. znalosti, zkušenosti apod.) (Hobfoll, 1998).

1.2 Stresory

Každý jedinec vnímá „stresovost“ situace odlišně. Zda situaci vyhodnotí jako stresující závisí na tzv. stresorech, které jsou u každého člověka různé. Stresory lze dle Paulíka (2017) definovat jako takové podněty, které buďto výrazně přesahují naši odolnost, její kapacitu využívají pouze minimálně, nebo ji vůbec nevyužívají. Rozdělení stresorů může být různé, např. podle intenzity působení či původu stresového podnětu. Paulík (2017) rozlišuje stresory reálné a potenciální.

Reálné stresory jsou charakterizovány těmi faktory, které jsou v životě člověka aktuálně ohrožující a rušivě působící. Oproti tomu stresory potenciální definujeme jako faktory či situační aspekty, které by případně mohly vést k výskytu stresové reakce. Tyto faktory mohou být různého typu a jsou subjektivní povahy – záleží proto na individuálním vnímání jedince, zda tyto faktory vyhodnotí jako stresující. Paulík (2017) mezi ně řadí:

- interpretaci v souvislosti s individuálními hodnotami jedince;
- individuální osobnostní charakteristiky, jimiž jsou např. resilience, intelekt, míra neuroticismu, konstruktivní myšlení atp.;
- používaný způsob vyrovnávání se se zátěží;
- dosavadní zkušenosti jedince se stresem;
- přítomnost či nepřítomnost nepříznivých životních událostí jako jsou např. závažné životní změny či pouze drobné denní nepříjemnosti;

- sociální opora;
- sociální status.

Stresory mohou nabývat jak fyzikálního charakteru, tak i chemického, biologického či psychosociálního, přičemž samotným spouštěčem stresu nemusí být nutná souhra vícero stresorů, ale i působení pouze jednoho z nich (Bartůňková, 2010). Jejich zaktivování pak může záviset na již výše uvedených faktorech.

1.3 Příznaky stresu podle WHO

Stres může být v malých dávkách prospěšný např. při každodenních činnostech. Příliš mnoho stresu naopak může způsobit tělesné, psychické, ale i behaviorální problémy, které s sebou přináší mj. celou řadu negativních emocí. Mezi fyzické příznaky patří především únava, poruchy spánku, bolesti hlavy či jiné bolesti těla, snížení imunity spolu s větší náchylností k infekcím, zvýšený krevní tlak aj. Dále se mohou objevit i psychické příznaky, mezi něž patří především úzkost, podrážděnost, snížená schopnost koncentrace, nedostatek motivace, ztráta zájmu atp. Mezi behaviorálními příznaky lze zařadit zvýšenou konzumaci návykových a jiných látek, nadměrnou chuť k jídlu či její úplnou ztrátu, ale i izolaci od společnosti (World Health Organization, 2022).

1.4 Odolnost vůči stresu

Někteří lidé mohou disponovat větší odolností vůči stresu, zatímco jiní se mohou cítit pod velkým tlakem i při menších výzvách. Resilienci, kterou Křivohlavý (2009) překládá obecně jako nezdolnost, lze interpretovat jako „*schopnost zvládat různé stresy a flexibilně na ně reagovat*“ (Vágnerová, 2014, s. 44). Při obecném vymezení tohoto pojmu je v psychologii kladen důraz na plasticitu, pružnost a flexibilitu, jež umožňuje účinnou adaptaci na nepříznivé vlivy (Paulík, 2017).

Resilienci lze rozčlenit do dvou základních podob, a to podoby fyzické a psychické. Fyzickou resilienci lze chápat jako schopnost lidského organismu zvládat nároky na něj kladené, zatímco psychickou resilienci lze definovat jako schopnost nenechat se výrazněji vyvést z míry (Paulík, 2017). Jedinec vybavený vysokou mírou psychické resilience (tedy nezdolnosti, odolnosti) tak disponuje nejen schopností rychlého zotavení se ze stresové

události a opětovné stabilizace, ale i schopností si v tomto důsledku udržet příznivou úroveň svého well-beingu¹. Určitá míra resilience také závisí na vrozených předpokladech, aktuálním stavu, individuálních zkušenostech, ale i geneticky podmíněných protektivních faktorech (tj. emoční, ale i celková stabilita, flexibilita reagování na různé situace aj.) (Vágnerová, 2014).

¹ *Well-being*, možno přeložit jako blaho, lze definovat jako: „*Pozitivní stav, který prožívají jednotlivci či různé společnosti. Podobně jako zdraví je zdrojem pro každodenní život a je určován sociálními, ekonomickými a environmentálními podmínkami.*“ (World Health Organization, 2021, s. 10).

2 Coping

Termín coping je nejčastěji uváděn do souvislosti se zvládáním stresových situací. Hartl a Hartlová (2004, s. 88) popisují coping jako „*schopnost člověka vyrovnat se odpovídajícím způsobem s nároky, které jsou na něj kladeny, případně zvládat nadlimitní zátěž*“. Se zvládáním také souvisí termín adaptace, který je třeba s copingem nezaměňovat, neb se od sebe tyto dva termíny liší. Rozdíl mezi nimi tvoří míra zátěže. V případě copingu, tedy vyrovnání se se zátěží, je míra zátěže nadlimitní a jedinec tak překračuje svou schopnost se na situaci „pouze“ adaptovat. Tuto situaci musí následně řešit prostřednictvím copingových strategií. V případě adaptace je míra zátěže limitní, tudíž je jedinec schopen situaci zvládnout a vyrovnat se s ní (Křivohlavý, 1994). Zatímco coping je tedy možné definovat jako aktivní a vědomý způsob zvládání náročných či stresových situací, adaptaci lze vyložit jako přizpůsobení se takové zátěži, která je pro člověka relativně dobře zvládnutelná (Matějček & Dytrych, 1998).

Folkman et al. (1986, s. 572) blíže charakterizují coping jako „*behaviorální, kognitivní nebo sociální odpovědi související s úsilím osoby eliminovat, zvládat či tolerovat vnitřní nebo vnější tlaky a tenze pocházející z interakce osobnosti a prostředí*“.

Coping je tedy spojován s činnostmi prováděnými na vědomé úrovni, skrze něž se jedinec snaží ochránit před psychickým napětím (Pearlin & Schooler, 1978). Tím se coping ve své podstatě liší od ego-defenzivních mechanismů, které probíhají na úrovni nevědomí. Tyto obranné mechanismy ega budou blíže popsány v nadcházející kapitole.

2.1 Copingové strategie

Copingové strategie lze obecněji chápat jako takové postupy, které jsou situačně ovlivněny danými podmínkami. Jedná se o zvolený způsob chování v situaci, v níž je jedinec vystaven zátěži. Skrze tyto strategie pak usiluje o zmírnění nepříjemných myšlenek či pocitů odehrávajících se uvnitř něj (Paulík, 2017).

Je zcela individuální, jaké strategie jedinec využívá a při jaké události k jejich volbě dochází. To, jaké strategie si v průběhu života jedinec utvoří a jak s nimi následně pracuje, je ovlivněno různými determinantami. Jsou jimi např. výchova, vzdělání či interpersonální vztahy.

2.1.1 Druhy copingových strategií

Lazarus a Folkmanová (1984) definovali dvě základní obecné strategie copingu dle orientace – dnes by se dalo říci, že se jedná o nejznámější a nejvíce užívaný model copingu vůbec.

Prvním typem jsou strategie zaměřené na problém (*problem-focused coping*), příznačné jedincovým úsilím změnit situaci k lepšímu skrze úpravu okolností či vlastního chování. Tímto přímým působením na stresory se jedinec snaží o konstruktivní řešení nebo alespoň zmírnění dopadů stresové situace (Lazarus & Folkman, 1984).

Dle Černého (2006) volí jedinec strategie zaměřené na problém tehdy, pokud danou situaci vyhodnotí jako ovlivnitelnou. Do tohoto typu copingu dále řadí strategie jako:

- 1) přímá akce – tzn. podniknout přímou či specifickou činnost, která vede k vyřešení problému;
- 2) obracení se ke druhým – vyhledávání sociální opory, kterou může být pomoc od přátel, kolegů, rodiny atd.;
- 3) vyhledávání informací – které mohou být užitečné pro řešení problému.

Druhým typem jsou strategie zaměřené na emoce (*emotion-focused coping*), při kterém jedinec usiluje o držení vlastních emocí pod kontrolou, díky čemuž by mohl zamezit případnému narušení integrity či vztahů s lidmi v okolí. Východiskem je využití behaviorální strategie (např. užívání alkoholu, fyzické cvičení apod.) či strategie kognitivní vyznačující se upozaděním a odsunutím problému z vědomí (Lazarus & Folkman, 1984).

Černý (2006) uvádí, že tento druhý typ strategie je jedincem zvolen v takovém případě, kdy se pokouší zmírnit úzkost či napětí vyvolané zátěžovou situací (např. při úmrtí blízké osoby). Do těchto strategií zaměřených na emoce řadí:

- 1) rezignovanou akceptaci – tzn. přijetí takové situace, jaká je. Volba této strategie může být vhodná tehdy, pokud stresovou situaci již nelze nijak změnit (např. při ztrátě blízké osoby);
- 2) emoční vybití – exprese emocí či jiný způsob chování snižující tenzi pramenící ze stresu;
- 3) intrapsychické procesy – využití kognitivních strategií způsobující změnu pohledu na stresující situaci.

Dalším typem mohou být ale i strategie zaměřené na únik, tzv. vyhýbavé zvládání (*avoidance-oriented coping*). V takovém případě se jedinec pokouší o vyhnutí se problému např. denním sněním, užíváním omamných látek, nadměrným spánkem apod. (Baumgartner, 2001).

Ve své studii z roku 1986 popisují autoři Lazarus a Folkmanová osm základních zvládacích strategií, které jedinec využívá v případě zažívání životních těžkostí. Zde je výčet těchto strategií:

- 1) zvládání jako konfrontace;
- 2) snaha nalézt sociální oporu;
- 3) snaha nalézt řešení problému formou plánování;
- 4) sebekontrola;
- 5) určitý distanc od jádra problému;
- 6) hledání pozitivních faktorů;
- 7) přijetí své odpovědnosti v tíživé situaci;
- 8) vyhnutí se nepříjemné situaci, útek (Lazarus & Folkman, 1986).

2.1.2 Dělení copingových strategií dle SVF 78

Jelikož je výzkum této práce obohacen o data získaná prostřednictvím standardizovaného dotazníku SVF 78, považuji proto za nezbytné věnovat pozornost i copingovým strategiím, které jsou v tomto dotazníku rozpracovány.

Jak již bylo popsáno v předešlé kapitole pojednávající o copingu, zpracování stresu se promítá do vědomé volby strategie. Dle autorů dotazníku, Jankeho a Erdmannové, je proto možné se na strategie dotázat pomocí verbálních technik. V důsledku toho lze zachytit variabilitu způsobů, jež jedinec rozvíjí a uplatňuje při zpracování a zvládání zátěžových situací. V SVF 78 je definováno celkem 13 škál, které jsou dále rozděleny primárně do dvou kategorií. První z nich je kategorie zahrnující pozitivní copingové strategie, následně pak kategorie zahrnující strategie negativní (Janke & Erdmann, 2003).

Do kategorie pozitivních strategií lze zařadit celkem 7 škál, jimiž jsou: *podhodnocení, odmítání viny, odklon, náhradní uspokojení, kontrola situace, kontrola reakce a pozitivní sebeinstrukce*. Dále jsou to strategie negativní, kam spadají 4 škály, a to: *úniková tendence, perseverace, rezignace, sebeobviňování*. Zbývající dvě škály jako *potřeba*

sociální opory a vyhýbání se nejsou zařazeny ani do jednoho typu strategií. Podle autorů testu mohou být vyhodnoceny jako pozitivní, nebo negativní. Jejich vyhodnocení závisí na celkovém testovém profilu (Janke & Erdmann, 2003).

S uvedenými škálami budu operovat i v empirické části této práce. Považuji proto za vhodné popis těchto škál shrnout v tabulce, která zajistí jejich lepší přehlednost.

ČÍSLO SUBTESTU:	NÁZEV SUBTESTU:	CHARAKTERISTIKA:
1	Podhodnocení	Ve srovnání s ostatními si přisuzovat menší míru stresu
2	Odmítání viny	Zdůraznit, že nejde o vlastní odpovědnost
3	Odklon	Odklon od zátěžových aktivit/situací, případně příklon k situacím inkompatibilním se stresem
4	Náhradní uspokojení	Obrátit se k pozitivním aktivitám/situacím
5	Kontrola situace	Analyzovat situaci, plánovat a uskutečnit jednání za účelem kontroly a řešení problému
6	Kontrola reakcí	Zajistit nebo udržet kontrolu vlastních reakcí
7	Pozitivní sebeinstrukce	Přisuzovat sobě kompetenci a schopnost kontroly
8	Potřeba sociální opory	Přání zajistit si pohovor, sociální oporu a pomoc
9	Vyhýbání se	Předsevzetí zamezit zátěžím nebo se jim vyhnout
10	Úniková tendence	Tendence (rezignační) vyváznout ze zátěžové situace
11	Perseverace	Nedokázat se myšlenkově odpoutat, dlouho přemítat
12	Rezignace	Vzdát se s pocitem bezmoci, beznaděje
13	Sebeobviňování	Připisovat zátěže vlastnímu chybnému jednání

Tabulka 1 – Popis subtestů dotazníku SVF 78 (Janke & Erdmann, 2003, s. 10)

2.2 Obranné mechanismy

Přestože cílem této práce není zabývání se obrannými mechanismy, zdá se užitečné jim věnovat krátkou kapitulu. Určitá reakce na stres totiž nemusí být pouze vědomým zvolením dané strategie. Může se také jednat o nevědomou obranu mnohdy pramenící z nepřesného vnímání reality. Na tuto skutečnost v dotazníku SVF 78 není brán zřetel – škály nezahrnují přiléhavost dílčích reakcí na konkrétní situaci. Rozdíly mezi charakteristikami obranných a zvládacích reakcí jsou vyobrazeny v následující tabulce 2.

OBRANNÉ REAKCE:	ZVLÁDACÍ REAKCE:
Obsahují implicitní operace	Obsahují explicitní operace
Aktivovány intrapsychicky	Aktivovány prostředím, okolnostmi
Obtížněji pozorovatelné	Snadněji pozorovatelné
Jedinec si je neuvědomuje	Jedinec je ovládá vůlí
Determinovány osobnostními rysy	Determinovány jak osobnostně, tak situačně
Základem je instinktivní chování	Základem jsou kognitivní procesy
Nepředchází zhodnocení situace	Předchází zhodnocení situace i vlastních možností
Výsledkem je automatické chování	Výsledkem je promyšlené chování

Tabulka 2 - Charakteristiky obranných a zvládacích reakcí (Paulík, 2017, s. 117)

Obrannými mechanismy, které se mohou v případě náročných situací aktivovat, se podrobněji zabýval již Sigmund Freud (1926) a jeho dcera Anna Freudová (2006), ale i mnozí další. Smysl těchto mechanismů měl původně spočívat v obraně jedince ega (sebeúcty). Mnohdy lze však tyto mechanismy považovat za náhradní a neplnohodnotné způsoby, kterými se jedinec pouze adaptuje na zátěž (Paulík, 2017). Dnes bychom se mohli setkat přibližně se čtyřiceti popsánymi typy obranných mechanismů (Vašina & Strnadová, 2009).

3 Umírání a smrt

Smrt je poslední fází a zároveň nevyhnutelnou součástí každého životního cyklu. Některé kultury a náboženství ji ale nepokládají za úplný konec a věří, že i po smrti existuje jakási forma života. Smrtí jako takovou se rozumí nevratné zastavení všech životních funkcí organismu spojené s trvalou ztrátou vědomí. Taktéž s ní souvisí spousta biologických změn znemožňujících obnovení životních funkcí (Thorová, 2015).

Smrtí a jevy s ní spojenými se zabývá interdisciplinární vědní obor thanatologie, za jehož nejvýznamnější představitelku je považována Elisabeth Kübler-Ross. Definovala pět typických stadií charakteristických pro proces vyrovnání se s umíráním. Později byl tento model aplikován i na jakýkoli druh tragické osobní ztráty. Těmito stadii jsou:

- 1) popírání a izolace – lidé v této fázi zažívají šok a nechtějí přijmout skutečnost, že se jejich smrt jakkoliv týká (odmítají hovořit o smrti, ignorují symptomy s ní spojené atp.);
- 2) zlost – v tomto stadiu si již člověk začíná připouštět svou blížící se smrt, s čímž bývá spojován i pocit naštvání a frustrace;
- 3) smlouvání – lidé v tomto stadiu vyhledávají způsoby, které by jejich smrt mohly alespoň oddálit (často se také obrací k „vyšší moci“ s žádostí o delší život);
- 4) deprese – během této čtvrté fáze si jedinec začíná uvědomovat jistotu blížící se smrti. Tato skutečnost jej často přivádí k větší uzavřenosti, úzkosti, strachu či smutku;
- 5) akceptace – v tomto stadiu jedinec přijímá svou smrt jako součást života, díky čemuž se tak může lépe připravit na svůj odchod (Kübler-Ross, 2015).

3.1 Tabuizace smrti

V současné době se minimalizuje diskuse na téma smrti, a tak dochází k její tabuizaci. Jednou z příčin mohou být dnešní společenské hodnoty vycházející primárně ze západní kultury. Jsou jimi především mládí, krása, zdraví, ale i výkonnost. Taková smrt je považována za jejich pravý opak (Hamouzová, 2021). S tabuizací souvisí ale i další příčiny. V důsledku zvýšení lékařské kvality se snížila novorozenecká mortalita a úmrtnost vůbec. Díky tomuto rozvoji je také smrt přesouvána z domovů do nemocničního prostředí, což samo o sobě znamená menší kontakt pozůstalých se samotnou smrtí (Thorová, 2015). Na počátku 21. století se tak začíná hovořit o „odlidštění“ umírání (Kisvetrová & Kutnohorská, 2012).

3.2 Smrt a zdravotnické prostředí

Obzvláště u zdravotnického personálu, který je se smrtí konfrontován mnohem častěji, je důležité tento úděl každého člověka vědomě přijmout. Nejčastěji však bývá smrt popírána. „*Zavíráme oči před jistotou konečnosti naší existence a žijeme dále stylem, na který jsme zvyklí, jako bychom měli ještě nějakou jinou jistotu.*“ (Vymětal, 2003, s. 268).

Do zdravotnického povolání je tak díky problematice smrti a umírání vnesen výrazný etický rozměr. Záleží na zdravotníkovi, jaký postoj k tomuto fenoménu zaujme. Konfrontace se smrtí je často spojována se silnými emočními reakcemi. Může také vyvolat nepříjemné pocity v podobě úzkosti či ohrožení ve smyslu uvědomění si vlastní smrtelnosti. Na druhé straně pak může pomoci nahlížet na svět z jiné perspektivy (např. život jako „dar“). Konfrontace se smrtí však může vnést do života (nejen) zdravotníka i temné stránky, a to v podobě posttraumatické stresové poruchy. Ta může být způsobena například formou nepřírozené smrti, úmrtím dítěte, kolegy, ale také příbuzného (Andršová, 2012). V takových případech je zcela přirozené a více než vhodné, aby se jedinec obrátil na profesionální psychologickou pomoc.

V souvislosti s tímto fenoménem se často hovoří i o strachu ze smrti. Obzvláště pro zdravotnický personál představují umírání a smrt potenciální psychickou zátěž vycházející ze dvou hlavních zdrojů. Jsou jimi 1) vlastní smrtelnost a smrtelnost našich nejbližších a 2) pocit selhání ve spojení s bezmocností. „*Obecně platí, že klidněji a přiměřeněji snášíme to, co si pravdivě uvědomujeme a co se tak dostává pod naši rozumovou kontrolu.*“ (Vymětal, 2003, s. 272).

3.2.1 Způsob vyrovnání se zdravotníků se smrtí

Pokud zdravotník pociťuje například strach ze smrti, může se s ní, v případě její konfrontace, vypořádat prostřednictvím zvládacích strategií. Tyto strategie se mnohdy odráží v chování zdravotníka ve vztahu k umírajícím lidem. Nejčastějším způsobem je minimalizování a vyhýbání se kontaktu s umírajícím. V důsledku tohoto chování pak dochází k tzv. sociální smrti pacienta, tedy extrémní osamělosti až společenské deprivaci. Druhým způsobem tohoto copingu je objektivizace umírání. Ze strany zdravotnického personálu dochází v tomto případě k zacházení s umírajícím jako s věcí. Psychika umírajícího je zde zcela opomíjena. Za třetí, často využívanou strategii, lze považovat únik

do nadměrné činnosti – hyperaktivity. Zdravotník se v takovém případě může snažit o zachování pacientova života za každou cenu (Vymětal, 2003).

Vymětal (2003) také uvádí, že se lze se smrtí lépe vyrovnat prostřednictvím reflexe. K tomu mohou dobře posloužit supervizní či intervizní setkání. Za další možnou metodu copingu, skrze níž je možné se s umíráním lépe vyrovnávat, lze považovat i vizualizaci prováděnou pod odborným vedením.

4 Zdravotnická záchranná služba České republiky

Dle ustanovení § 2 odst. 1 zákona č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisů „Zdravotnická záchranná služba je zdravotní službou, v jejímž rámci je na základě tísňové výzvy, není-li dále stanoveno jinak, poskytována zejména přednemocniční neodkladná péče osobám se závažným postižením zdraví nebo v přímém ohrožení života.“ (Zákon o zdravotnické záchranné službě, 2011).

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (n.d.) na internetovém portálu Národní zdravotnický informační portál (nzip.cz) uvádí specifika zdravotnické záchranné služby (dále jen ZZS), která je součástí systému zdravotních služeb České republiky, ale také obecně integrovaného záchranného systému. Podstata ZZS tkví v poskytování přednemocniční neodkladné péče (dále jen PNP), a to v takových situacích, kdy u pacienta došlo k náhlému vzniku intenzivní bolesti, onemocnění, úrazu či jiného zhoršení zdravotního stavu. Dále v takových situacích, kdy její neposkytnutí může zapříčinit dlouhodobé či trvalé následky, případně selhání životních funkcí a náhlou smrt, nebo dále v situacích, kdy u jedince dojde k náhle vzniklé změně chování a jednání, které ohrožuje zdraví či život jeho vlastní osoby nebo osob druhých.

4.1 Systém ZZS v ČR

Franěk (n.d.) na nezávislém webu o zdravotnické záchranné službě (zachrannasluzba.cz) informuje o fungování systému ZZS. Každá příslušná krajská záchranná služba provozuje jedno krajské zdravotnické operační středisko, které zajišťuje jak příjem a vyhodnocování volání na tísňovou linku, tak i operační řízení výjezdových skupin. Síť celého systému tvoří výjezdové základny, které jsou v rámci každého kraje rozmístěny tak, aby byl příjezd výjezdové skupiny zajištěn do 20 minut. Ministerstvo zdravotnictví České republiky (n.d.) na internetovém portálu Národní zdravotnický informační portál tyto výjezdové skupiny záchranné služby rozděluje do čtyř skupin. Každá z nich je tvořena kvalifikovanými zdravotnickými pracovníky, kteří jsou vyškoleni v poskytování PNP. Pro lepší přehlednost je struktura výjezdových skupin zobrazena v následující tabulce 3.

TYP VÝJEZDOVÉ SKUPINY:	ČLENOVÉ POSÁDKY:
1) Rychlá lékařská pomoc (RLP)	<u>Velké sanitní vozidlo:</u> Lékař + zdravotnický záchranář/všeobecná sestra se specializací + řidič záchranář
2) Rychlá zdravotnická pomoc (RZP)	<u>Velké sanitní vozidlo:</u> Zdravotnický záchranář/všeobecná sestra se specializací + řidič záchranář
3) Skupina rendez-vous (RV)	<u>Malé zásahové vozidlo:</u> Lékař + zdravotnický záchranář/všeobecná sestra se specializací i jako řidič
4) Letecká záchranná služba (LZS)	<u>Vrtulník:</u> Lékař + zdravotnický záchranář + pilot

Tabulka 3 - Struktura výjezdových skupin

4.2 Povolání zdravotnického záchranáře

Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky (n.d.) v internetové databázi Národní soustava povolání (nsp.cz) charakterizuje povolání zdravotnického záchranáře následovně: „Zdravotnický záchranář vykonává činnosti v rámci specifické ošetrovatelské péče na úseku neodkladné, anesteziologicko-resuscitační, intenzivní péče a akutním příjmu, dále se podílí na neodkladné léčebné a diagnostické péči.“

4.3 Osobnost zdravotnického záchranáře

K výkonu jakéhokoliv zdravotnického povolání, včetně povolání zdravotnického záchranáře, jsou nezbytné, a také svým způsobem člověka k tomuto povolání předurčující, určité osobnostní předpoklady. Zacharová (2017) mezi tyto předpoklady řadí např. jistou dávku empatie, dostatek sebekritiky a kontroly vlastního jednání, tvůrčí přístup, vhodné vystupování, ale i smysl pro humor. Dále se zmiňuje o hodnotové orientaci a humánním vztahu k nemocnému. Šeblová et al. (2009) uvádí i některé osobnostní charakteristiky záchranářů vyplývající z výsledků zahraničních studií. Tyto charakteristiky zároveň vysoce

korelují s možným vznikem syndromu vyhoření či psychosomatickými dopady stresu na záchranáře. Jsou jimi především:

- ochota podstoupit vysoké riziko;
- vysoká potřeba stimulace a okamžitého ocenění;
- vysoká odolnost vůči zátěži;
- potřeba řídit;
- orientace na činnost;
- neschopnost říkat ne.

Mezi důležité požadavky na záchranářovu osobnost řadí Bydžovský (2008) i zručnost, rychlost, zkušenost, znalost, ale i chladnokrevnost. Co se týká další výbavy osobnosti záchranáře, nesmíme také opomenout jistou dávku resilience či aspekty týkající se psychosociální roviny, bez kterých by se práce v kterékoliv pomáhající profesi neměla obejít.

Studie *What it takes to be resilient: The views of disaster healthcare rescuers* poukazuje na klíčové aspekty resilience u záchranářů, jimiž jsou dle výsledků faktory jako hardiness², altruismus a optimismus. Výzkumníci se během této studie pokoušeli lépe pochopit, jak dochází k budování resilience u záchranářů po tragické události, kterou v tomto případě byla záchranná akce po zemětřesení. V údobí, kdy u těchto zdravotníků docházelo ke snižování úrovně stresu a řešení problémů během zásahu a po něm, vyhodnotili záchranáři klíčovým faktorem sociální oporu. Nejčastěji zmiňovanou formou, které zároveň mnozí záchranáři přisuzovali velkou váhu, byla podpora od ostatních kolegů, rodiny či blízkého okolí (Mao et al., 2019).

² *Hardiness*, možno přeložit jako nezdolnost, lze považovat za osobnostní strukturu chránící před negativním působením stresu. Zahrnuje tři základní složky: 1) kontrolu – jedinec je přesvědčen o vlastní schopnosti kontroly či ovlivnění události, kterou zažívá; 2) závazek – schopnost jedince cítit hluboké osobní zaujetí činnostmi, kterým se člověk věnuje; 3) výzvu – jedinec nahlíží na změnu jako na vzrušující výzvu vedoucí k dalšímu rozvoji (Kobasa, 1979).

4.4 Psychická zátěž a stres v povolání záchranáře

Práce zdravotnického záchranáře je, dalo by se říci, v jistých ohledech náročnější, než jako je tomu u jiné pomáhající profese. Tito zdravotníci musí mnohem častěji čelit některým nadlimitně zátěžovým událostem, tedy událostem přesahující běžnou zkušenost. Výčet těchto událostí uvádí Ministerstvo zdravotnictví České republiky (n.d.) ve svém *Metodickém doporučení pro poskytování psychosociální podpory ve zdravotnictví*. Jsou jimi např. péče o kriticky nemocného pacienta a kontakt s jeho příbuznými, neúspěšná kardiopulmonální resuscitace či záchrana mladého pacienta, úmrtí či vážné zranění kolegů nebo blízkých osob či nezdařený pokus o záchranu spojený s pocity bezmoci. Dále je to ale i péče o agresivního pacienta, profesní pochybení či selhání zdravotníka, sebevražda pacienta či pokus o ní, nehody s velkým množstvím obětí, tragické události, hromadná neštěstí, napadení zdravotníka při výkonu práce a kontakt s pozůstalými atd. Dalšími situacemi, které mohou přispět k prožívání dlouhodobého stresu, jsou např. vlastní pocit ohrožení, práce pod tlakem, konflikty se spolupracovníky, vysoká zodpovědnost, nestandardní podmínky, nízké finanční ohodnocení aj. (Andršová, 2012).

Pokud je působení výše zmíněných rizikových faktorů dlouhodobé a záchranář se není schopen s těmito typy zátěžových situací vyrovnat, může dojít nejen k ohrožení psychiky zdravotníků, ale i negativnímu ovlivnění péče o pacienty. Působící stresory tak nepochybně zvyšují riziko profesní chyby, která by s sebou v tomto případě mohla nést až fatální následky.

Granter et al. (2019) rozlišují čtyři dimenze zátěže, se kterou se zdravotničtí záchranáři ve své práci setkávají. První kategorií, jež reflektuje potřebnou rychlost zdravotnického záchranáře, je časová intenzita. Ta souvisí především s rychlými výjezdy, rozhodováním se pod tlakem a prováděním života zachraňujících úkonů. Druhou kategorií je fyzická intenzita. Ta se projevuje např. během manipulace s pacientem či zdravotnickým vybavením, a to v jakkoli náročném terénu, za různých podmínek a okolností. Další dimenzí intenzity je intenzita emocionální, která záchranáře provází při setkávání se s kritickými incidenty. Jedná se např. o ošetřování po tragické události, úmrtí pacienta atd. Poslední uvedenou kategorií je organizační intenzita, kterou může záchranář pociťovat např. při organizačních změnách, stanovených výkonnostních cílech atp.

Každý zdravotnický záchranář (a nejen jedinec vykonávající toto povolání) by se neměl obávat říct si o pomoc při pocítění nadměrné síly pramenící z některého negativního zážitku kladené na jeho psychiku.

4.4.1 Největší stresory zdravotnických záchranářů

Výsledky studie Šeblové a Kebzy z roku 2005 předkládají největší stresory v povolání zdravotnického záchranáře, které jsou vyvolány smrtí či kardiopulmonální resuscitací (dále jen KPR) dítěte nebo mladých lidí. Skutečnost, že úmrtí dítěte je vnímáno jako jeden z největších stresorů při výkonu tohoto zdravotnického povolání, potvrzuje např. i novější, australská studie *Morale, stress and coping strategies of staff working in the emergency department: A comparison of two different-sized departments*. Tato studie poukazuje i na další záležitost, kterou pracovníci zdravotnické záchranné služby vyhodnotili za nejvíce stresující, a sice zdravotníkovu konfrontaci se sexuálně zneužitým dítětem (Abraham et al. 2018).

Z evropského prostředí, konkrétně ze Slovenské republiky, výsledky studie *Coping strategies and post-traumatic growth in paramedics: Moderating effect of specific self-efficacy and positive/negative affectivity* taktéž poukazují na úmrtí dítěte či mladistvého jako na profesně nejvíce stresovou situaci. Zároveň potvrzují, že nenadálá smrt (náhodná, nepředvídatelná či hromadná) má ve srovnání s přirozenou smrtí závažné dopady na psychiku záchranářů, kteří se s ní musejí vypořádat. Na dalších příčkách, hned po úmrtí dítěte či mladistvého, se jako nejvíce stresové situace umístily i takové situace, ve kterých došlo k: 1) ohrožení zdravotnického záchranáře agresivním pacientem; 2) hromadnému neštěstí; 3) konfrontaci s obětí, se kterou měl záchranář osobní vztah; 4) sebevraždě či 5) KPR (Jurišová, 2016).

Mezi další významné stresové faktory zmíněné ve studii Šeblové a Kebzy (2005) lze řadit vztahy na pracovišti, zneužití zdravotnické záchranné služby, pracovní přetížení, ale i neochotu nemocnic převzít pacienta (Šeblová & Kebza, 2005).

4.4.2 Copingové strategie zdravotnických záchranářů

Ze studie *Stress in paramedics: relationships with coping strategies and personality traits* vyllynulo i několik výsledků ohledně copingových strategií zdravotnických

záchranářů. Tyto strategie byly zjišťovány prostřednictvím dotazníku SVF 78. Záchranáři vykazovali nižší skóre na škálách *odklon, vyhýbání se, úniková tendence, perseverace, rezignace a sebeobviňování*. Vyšší hodnoty se projeví na škálách *podhodnocení, kontrola situace, kontrola reakcí a pozitivní sebeinstrukce* (Duschek et al. 2020).

Obecně se ukázalo, že tito zdravotníci skórovali mnohem méně na škálách negativních copingových strategií, zato více na škálách pozitivních copingových strategií.

Výsledky studie Jurišové (2016) taktéž poukazují na několik copingových strategií využívanými zdravotnickými záchranáři. Je jím především aktivní coping, který zahrnuje plánování či vyhledávání sociální opory. Dále uvádí i náboženský coping či zaměření se na emoce a jejich ventilaci. Tyto strategie byly zjišťovány prostřednictvím multidimenzionálního inventáře copingových strategií COPE.

4.5 Psychosociální podpora pracovníků ZZS

Prostřednictvím systému psychosociální intervenční péče je pracovníkům zdravotnické záchranné služby nabízena individuální forma psychické podpory. Ta spočívá především ve snaze zmírnit akutní projevy stresu po náročné profesní události. O tuto psychickou podporu si mohou pracovníci ZZS zažádat i v případě obtížného životního období.

4.5.1 Systém psychosociální intervenční služby

Systém psychosociální intervenční služby (dále jen SPIS) je forma péče o pracovníky ZZS, která je etablována v resortu zdravotnictví. Samotná psychosociální podpora zdravotníků vychází z principů Critical Incident Stress Management (Asociace zdravotnických záchranných služeb, n.d.). *Metodické doporučení pro poskytování psychosociální podpory ve zdravotnictví* vydané Ministerstvem zdravotnictví České republiky shrnuje, jaký smysl poskytování této péče skýtá. SPIS je založen především na soustavě aktivních opatření, která podporují zvládnutí nadlimitně psychicky zátěžových situací zasahujících zdravotnického pracovníka, a to v souvislosti s výkonem jeho povolání. Tato služba poskytovaná za účelem podpory personální stabilizace zároveň slouží jako

prevence proti syndromu vyhoření. Obzvláště u zdravotnického personálu je tento syndrom diagnostikován mnohem častěji (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, n.d.).

Prostřednictvím zdravotnických peerů, jimiž jsou vyškolení zdravotníci či psychologové, je tato forma podpory poskytována všem zdravotnickým pracovníkům, kteří mají mj. k dispozici i zcela anonymní krizovou linku. Dále si o psychosociální podporu lze zažádat ze strany příbuzenstva těchto zdravotníků a svědků, u nichž v důsledku jejich přítomnosti u nečekaných a náhlých událostí došlo k psychické zátěži. Tuto formu podpory pak poskytují zdravotničtí interventi. V předešlém roce 2022 byla dostupnost podpory peer evidována na všech zdravotnických záchranných službách. Intervence blízkým a pozůstalým byla dostupná v rámci osmi ZZS (Humpl & Zubrová, n.d.).

Empirická část

5 Cíle a výzkumné otázky

Hlavním cílem bakalářské práce je prozkoumat, které copingové strategie využívají zdravotničtí záchranáři a záchranářky po konfrontaci s úmrtím pacienta. V rámci dalšího zacházení s tímto vzorkem jedinců bude z důvodu snazší manipulace s pojmy a taktéž lepší přehlednosti užíváno označení zdravotnický záchranář. Tento vzorek ale samozřejmě uvádí i zastoupení žen záchranářek.

Existuje několik studií zaměřujících se na copingové strategie zdravotnických záchranářů. Patří mezi ně například studie Jurišové (2016) či Duschka et al. (2020), které jsou v práci zmíněny. Doposud však nebylo prozkoumáno, jaké strategie bývají nejčastěji využívány v konkrétních situacích různého typu. V našem případě to jsou situace, během nichž je zdravotnický záchranář konfrontován s odlišnými typy úmrtí.

Výsledky mnoha studií zabývajících se stresem u zdravotnických záchranářů mj. deklarují typy situací, které jsou těmito zdravotníky subjektivně vyhodnocovány jako nejvíce stresující. Mezi nejčastěji uváděné patří především úmrtí dítěte či mladého člověka. Toto zjištění mne přivedlo k otázce, zda by byla v takovém případě záchranářova volba copingové strategie stejná, jako např. při konfrontaci s úmrtím seniora či pacienta v terminálním stadiu. Cílem práce je zároveň zjistit, jak zdravotničtí záchranáři vnímají smrt a jak k ní přistupují.

Výzkumné otázky:

1. Jaké copingové strategie volí zdravotničtí záchranáři po konfrontaci s úmrtím pacienta?
2. Jak vnímají zdravotničtí záchranáři smrt jako takovou?

6 Metody sběru dat

V rámci této práce byl zvolen kvalitativní design výzkumu, který nabízí hlubší nahlédnutí do problematiky copingových strategií a vnímání smrti zdravotnickými záchranáři. Zároveň mi tento design připadal vhodný z důvodu možnosti důkladnějšího popisu individuální zkušenosti a přístupu každého z respondentů. Kvalitativní design výzkumu je v rámci této práce rovněž obohacen o data sesbíraná prostřednictvím online dotazníku, který se zaměřoval na copingové strategie. K získání těchto dat byl použit standardizovaný dotazník SVF 78. Ačkoliv by se tímto mohlo zdát, že je výzkum kombinovaného designu, jeho pevný základ bude primárně tvořen daty získanými prostřednictvím rozhovorů. Data z dotazníku SVF 78 mohou sloužit pro případné porovnání.

Předmětem výzkumu byl jakýkoliv zdravotnický záchranář aktuálně působící u zdravotnické záchranné služby. Jedinou podmínkou byla zkušenost s úmrtím pacienta. U respondentů poskytujících rozhovor pak dále jejich subjektivně pocíťovaná osobní způsobilost pro rozhovor, a to z důvodu zabránění možné dekompenzace. Tento výzkumný vzorek nebyl limitován věkem, pohlavím, délkou praxe či místem působení.

Při tvorbě struktury rozhovoru bylo nutné brát na vědomí skutečnost, že se jedná o poměrně citlivé téma. Bylo důležité, aby se respondent během rozhovoru cítil co nejvíce komfortně. Z tohoto důvodu mu byla před začátkem rozhovoru nabídnuta možnost na otázku neodpovídat, případně rozhovor ukončit. Struktura rozhovoru se skládala z předem připravených otázek. Taktéž byl kladen důraz na vhodnou volbu samotných otázek a jejich následné uspořádání.

Osnova rozhovoru byla seskládána nejprve od otázek zjišťujících anamnestická data, trávení volného času, místa působení a vztahů na pracovišti, motivaci k tomuto povolání, až po otázky zaměřující se na psychickou zátěž, zkušenost s úmrtím pacientů a samotné vnímání smrti jako takové. Závěrem byli respondenti vyzváni k doplnění případných poznámek či doporučení pro budoucí zdravotnické záchranáře. Původní struktura rozhovoru byla díky zajímavým výpovědím respondentů obohacena o další mé otázky vyplývající z daného kontextu. Výsledkem mi poté byl polostrukturovaný rozhovor.

6.1 Sběr dat

Respondenti byli vyhledáváni nejprve skrze zasláný online dotazník. Pro jeho tvorbu byla využita platforma Google Forms. V posledním poli dotazníku na sebe respondent mohl zanechat kontakt k případnému poskytnutí rozhovoru. Tento dotazník byl spolu s prosbou o jeho vyplnění rozeslán mezi zdravotnické záchranné služby různých krajů České republiky. Snahou bylo dosáhnout co nejrovnoměrnějšího zastoupení v každém kraji. Ne vždy se však podařilo dotazník mezi zdravotnické záchranáře rozdistribučovat. Ze strany vedení některých zdravotnických záchranných služeb byl z důvodu velkého množství otázek zamítnut. Dotazník byl následně spolu s prosbou o jeho vyplnění rozdistribučován i mezi některé oblastní spolky Českého červeného kříže, jelikož jsem si byla vědoma skutečnosti, že se mezi jeho dobrovolníky či členy mohou tito potenciální respondenti taktéž nacházet. Dále byli respondenti oslovováni skrze sociální sítě, a to konkrétně Instagram, Facebook a profesní síť LinkedIn. Rozesílání odkazu na online dotazník bylo zahájeno koncem léta roku 2022 a jeho uzavření lze datovat k první polovině měsíce března roku 2023.

Dotazník, který je dostupný v příloze této práce, byl složen z celkového počtu 90 otázek. Prvních 5 otázek se zaměřovalo na sběr anamnestických údajů zjišťující pohlaví, věk, dosažený stupeň vzdělání, délku praxe a místo působení. Následovalo dalších 5 širěji zaměřených otázek na duševní zdraví, a sice zda se respondent momentálně nachází v terapeutické péči, zda absolvoval některý z kurzů či výcviků dotýkající se oblasti duševního zdraví (pokud ano, byl požádán o upřesnění) a dále zda respondent nějakým způsobem pečuje o své duševní zdraví (pokud ano, byl požádán o upřesnění). Otázka č. 11 ověřovala, zda se respondent během své praxe setkal s úmrtím pacienta. Následovalo 78 otázek převzatých z dotazníku SVF 78, tedy dotazníku zaměřujícího se na copingové strategie. V otázce č. 90, tedy poslední otázce v online dotazníku, byl ponechán prostor pro možné zanechání kontaktu v případě poskytnutí rozhovoru.

Dotazník byl vyplněn celkem 75 respondenty, z čehož 11 respondentů na sebe zanechalo kontakt a 6 z nich se mnou následně provedlo rozhovor. Ten se konal online formou, nebo byl uskutečněn při osobním setkání. Využita byla i metoda sněhové koule, díky níž se mi následně podařilo získat rozhovor od jednoho ze šesti zmiňovaných respondentů.

Všech 6 rozhovorů proběhlo v prvních týdnech roku 2023. Většina z nich se uskutečnila přes platformu Microsoft Teams, tedy v online prostředí. V případě technického

problému, který se během online rozhovoru párkrát vyskytl, byl hovor přeměrován na klasický hovor přes mobilní telefon. Online prostředí bylo zvoleno především z důvodu rozdílných bydlišť respondentů, pouze jeden rozhovor byl z důvodu respondentovy nabídky proveden osobně. Zapnutí kamerového záznamu v případě online rozhovoru bylo ponecháno na respondentově uvážení. Vzhledem k citlivému tématu bylo důležité, aby se respondent během rozhovoru cítil, pokud možno, co nejkomfortněji. Délka trvání všech rozhovorů činila od 35 minut až po 1 hodinu a 30 minut. Všechny rozhovory byly s informovaným souhlasem všech respondentů nahrány na nahrávací zařízení a přepsány do textového procesoru Microsoft Word.

6.2 Výzkumný vzorek

Tato kapitola reflektuje popis šesti respondentů. Každý z nich vyplnil online dotazník a následně se mnou provedl rozhovor. Zde jsou shrnuty všechny podmínky, na jejichž základě se rozhovor mohl uskutečnit:

- 1) respondent aktuálně působí u zdravotnické záchranné služby na pozici zdravotnický záchranář;
- 2) respondent má zkušenost s úmrtím pacienta;
- 3) respondent vyplnil online dotazník zjišťující jeho copingové strategie.

Respondent 1

Respondent 1 je muž ve věku 25 let. Nejvyšší dosažené vzdělání uvedl jako bakalářské. Již přes rok a čtvrt působí jako zdravotnický záchranář na záchranné zdravotnické službě v Moravskoslezském kraji, kde je zaměstnán na hlavní pracovní poměr. V nemocničním prostředí se pohyboval už dříve, konkrétně na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, kde také rok pracoval.

Respondent 2

Respondent 2 je muž ve věku 30 let s magisterským stupněm vzdělání a osmiletou praxí zdravotnického záchranáře. Na plný úvazek působí v Ústeckém kraji a „na dohodu“ i v kraji Plzeňském. Za prací tedy i navzdory vzdálenosti občas dojíždí. V rámci svého zaměstnání absolvoval čtyřicetihodinový kurz krizové intervence.

Respondent 3

Respondent 3 je muž ve věku 26 let s bakalářským stupněm vzdělání. Prvním rokem působí jako zdravotnický záchranář na zdravotnické záchranné službě v Ústeckém kraji, a to na plný úvazek. Délka jeho praxe, jakožto zdravotnického záchranáře, činí celkem 4 roky. Před nástupem na zdravotnickou záchrannou službu pracoval na jednotce intenzivní péče, kde si doteď udržuje zkrácený pracovní úvazek.

Respondentka 4

Respondentka 4 je žena ve věku 51 let se středoškolským vzděláním a specializovanou způsobilostí všeobecné sestry v oboru intenzivní péče (dříve ARIP). Již 22 let působí jako zdravotnická záchranářka na zdravotnické záchranné službě v Ústeckém kraji, a to na plný úvazek. Zpočátku své zdravotnické kariéry však pracovala jako dětská sestra, poté si na 8 let vyzkoušela i práci na chirurgické jednotce intenzivní péče.

Respondent 5

Respondent 5 je muž ve věku 36 let s bakalářským stupněm vzdělání. Jako zdravotnický záchranář pracuje na zdravotnické záchranné službě v Ústeckém kraji. Toto zaměstnání vykonává již třetím rokem na poloviční úvazek. Dále je osmým rokem, taktéž na poloviční úvazek, zaměstnán v Praze, konkrétně na kardiologické jednotce intenzivní péče. Za prací tedy, i přes delší vzdálenost, dojíždí.

Respondentka 6

Respondentka 6 je žena ve věku 25 let s vyšším odborným vzděláním. Krátce po dostudování byla zaměstnána na operačním středisku, poté si vyzkoušela i práci na jednotce intenzivní péče a urgentním příjmu. Ve zdravotnictví se pohybuje již čtvrtým rokem. Povolání zdravotnické záchranářky vykonává druhým rokem „na dohodu“, a to na zdravotnické záchranné službě v Královéhradeckém kraji, kde zatím čeká na umístění. Působí také v Systému psychosociální intervenční služby, kde absolvovala výcvik psychické pomoci pro sekundárně zasažené a výcvik kolegiální peer podpory.

V tabulce 4 je vyobrazena stručná charakteristika respondentů pro jejich snadné porovnání.

	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Délka praxe u ZZS	Místo působení	V terapeutické péči	Kurz/výcvik z oblasti duševního zdraví
Resp. 1	Muž	25	VŠ (Bc.)	1 rok	Moravskoslezský kraj	NE	NE
Resp. 2	Muž	30	VŠ (Mgr.)	8 let	Ústecký kraj	NE	Kurz krizové intervence
Resp. 3	Muž	26	VŠ (Bc.)	1 rok	Ústecký kraj	NE	NE
Resp. 4	Žena	51	SŠ	22 let	Ústecký kraj	NE	NE
Resp. 5	Muž	36	VŠ (Bc.)	3 roky	Ústecký kraj	NE	NE
Resp. 6	Žena	25	VOŠ	2 roky	Královéhradecký kraj	ANO	2 kurzy v rámci SPIS

Tabulka 4 - Charakteristika respondentů

7 Metoda vyhodnocení dat

Veškeré rozhovory byly zaznamenány na nahrávací zařízení a poté přepsány do textového procesoru Microsoft Word. Rozhovory byly vytisknuty, několikrát přečteny a jejich jednotlivé sekvence následně opoznámkovány. Tyto poznámky byly redukovány na stručná klíčová slova, díky čemuž se pak lépe začala vynořovat významná témata. K jednotlivým tématům byl přiřazen příslušný kód pro copingovou strategii. Takto byl vytvořen seznam nadřazených témat, tedy druhů copingových strategií, které z rozhovorů vplynuly jako významné. Pro účely této práce byla zpracována pouze ta témata, která se týkala stanovených výzkumných otázek.

Pro analýzu dat byla zvolena interpretativní fenomenologická analýza (*interpretative phenomenological analysis*), jejímž výzkumným záměrem je porozumění žité zkušenosti člověka. Konkrétně se jedná se o snahu porozumět jedinečnému úhlu pohledu daného jedince se zájmem poznat, jaký význam tento jedinec přisuzuje své zkušenosti v určitém kontextu a čase (Willing, 2001). V perspektivě interpretativní fenomenologické analýzy je důležité, aby si výzkumník během prozkoumávání zkušenosti konkrétního jedince uvědomil svou vlastní zkušenost a pohled na svět, stejně tak i interakce mezi ním a participantem. Díky vlivu výzkumníkových zkušeností je pak schopen lépe porozumět žité zkušenosti jiného člověka (Shinebourne, 2011).

Každý z těchto respondentů prostřednictvím Google Forms vyplnil dotazník, jehož součástí byl i dotazník SVF 78. Data byla následně převedena do tabulkového softwaru Microsoft Excel a jednotlivé odpovědi roztřizeny podle příslušných kategorií otázek. Odpovědi na otázky z SVF 78 byly zaznamenány do předem připravené vyhodnocovací tabulky s veškerými škálami. Po sečtení hrubých skóre jednotlivých škál byly skóre žen a mužů převedeny zvlášť na příslušné T-skóre. Následovalo samotné sestavení grafů.

8 Prezentace a interpretace dat

Tato kapitola je rozdělena do čtyř částí. První z nich se bude zabývat individuálními profily respondentů. Druhá část reflektuje vzniklé copingové strategie a jejich rozřazení do dvou kategorií. V třetí části budou shrnuty nejčastější volby strategií v závislosti na typu úmrtí. Poslední část je věnována popisu vnímání smrti respondentů.

8.1 Individuální profily respondentů

V této kapitole je vymezen prostor pro popis copingových strategií, které jednotliví respondenti nejčastěji využívají při konfrontaci s úmrtím pacienta. K představení samotných strategií jsou užívány přímé citace dotazovaných respondentů, které slouží jako příklad pro dokreslení uvedené strategie. Nejedná se o kompletní výpovědi a také neuvádím všechny reakce respondentů, jelikož se mnohé reakce ve svém jádru shodovaly. Tento výběr zastupujících výpovědí je v každé tabulce uveden pod příslušným kódem copingové strategie. U každého respondenta je popsáno jeho subjektivní vnímání smrti, které je taktéž spolu se strategiemi zaznamenáno v tabulce.

Součástí jednotlivých profilů je graf znázorňující vyhodnocení dotazníku SVF 78. Jako dodatek je u jednotlivých profilů uvedeno respondentovo doporučení.

8.1.1 Respondent 1

Respondent 1 se z hlediska copingových strategií využívaných po konfrontaci s úmrtím pacienta nejvíce projevuje v *potřebě sociální opory*. Další využití daných copingových strategií respondenta 1 závisí na daném typu úmrtí. Pokud dojde např. k úmrtí člověka, který zemřel tzv. „na věk“, tedy na stáří, dle respondentových slov: „...*je to smutné, ale člověk to nějakým způsobem jako bere líp.*“. V takovém případě respondent hovoří o smrti jako o „přirozeném ději“ či „osvobození“ od případného trápení, pokud byl daný člověk velmi starý a nemocný. Po konfrontaci s takovým typem úmrtí respondentovi postačí komunikace s kolegy záchranáři či partnerkou, která taktéž pracuje ve zdravotnictví. Respondent přikládá větší váhu tomu, pokud své pracovní zkušenosti může sdílet s někým, kdo má rovněž praxi ve zdravotnictví. Z rozhovoru vyplývá, že respondent necítí potřebu se k takovým případům nikterak vracet ve svých myšlenkách, ani využívat jiné zvládací strategie.

Skutečnost, kdy dojde k úmrtí dítěte či mladého člověka „z plného zdraví“, považuje respondent za tragédii. Dále dodává: „*Tak je tam určitě smutek a cítění s tou rodinou. Určitě smutek. I my to bereme jako smutně a jsme z toho takoví nějací... To si myslím, že asi všichni.*“. V takovém případě si respondent o události taktéž pohovoří s partnerkou či kolegy.

Nad tímto typem situací přemítá ve smyslu, zda postupoval správně. K přemítání se často vrací (v tabulce vyznačeno jako *perseverace*). Stále ale přichází dle jeho slov: „...*k tomu samému, tam nebyl nějaký jiný závěr, který by rozporoval.*“ – v tabulce zohledněno jako *pozitivní sebeinstrukce*.

V takové situaci, kdy je na místo zásahu dovolán i lékař, se respondent přichází ujistit, zda bylo vše v pořádku a zda případně mohl udělat ještě něco navíc. Tato strategie je v tabulce zaznamenána jako *zvýšení úrovně znalostí*.

Dále se respondent zmiňuje i o využití sportu (konkrétně jízdě na kole do a ze svého zaměstnání) jako možném úniku od reality. Dle mého zhodnocení ale cyklistiku spíše využívá k přemítání nad danou situací. Tato má domněnka pramení z respondentova výroku: „...*protože na tom kole, když člověk jede sám, tak vlastně tam je jenom on a má čas na ty všelijaké myšlenky, takový ty pochody...Můžu si to tam v klidu probrat...*“. Z tohoto důvodu tedy kategorie *náhradní uspokojení*, kam by byl sport přiřazen, není zahrnuta v následující tabulce.

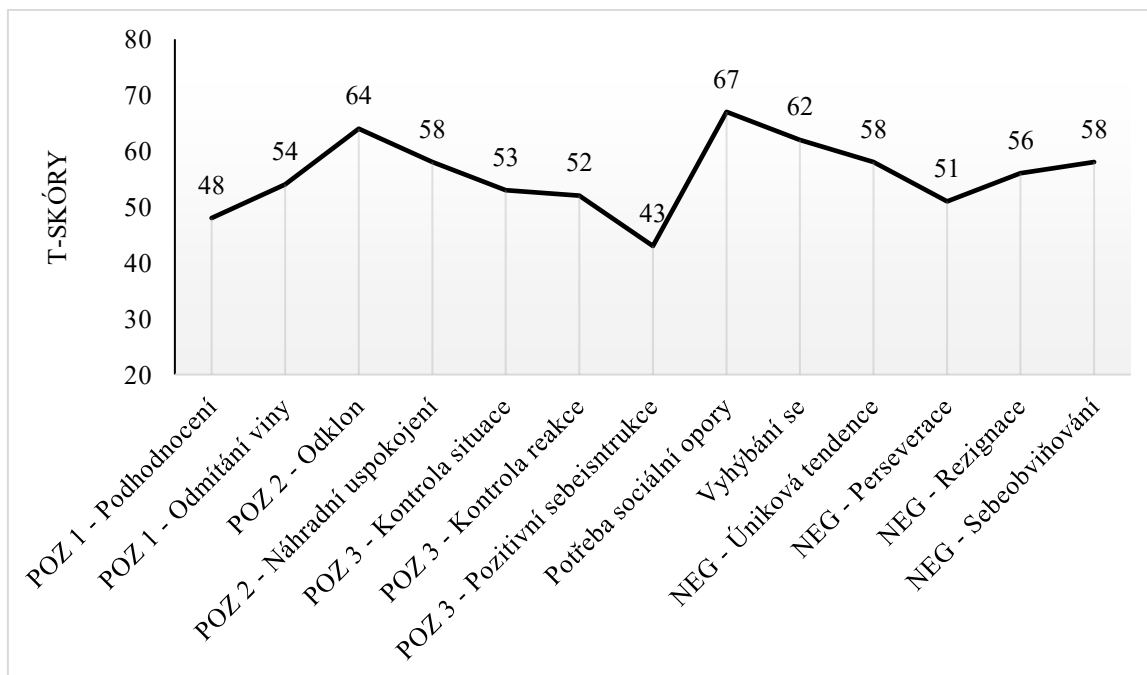
Respondent se také v rozhovoru zmiňuje o víře v posmrtný život: „*Určitě si myslím, že něco po smrti je, ale co, to nevím. To asi zjistíme, až se tam dostaneme. Ale určitě něco je, protože takhle by to skončit nemělo...*“. Také udává, že jej tato představa svým způsobem uklidňuje. Domnívám se, že by tento postoj ke smrti mohl být ovlivněn respondentovou zkušeností s úmrtím jeho sestry v mladším věku. Respondent není nábožensky založený.

V následující tabulce 5 jsou uvedeny nejčastější volby copingových strategií respondenta 1. Dále rovněž předkládá respondentovo vnímání smrti.

COPINGOVÉ STRATEGIE		VNÍMÁNÍ SMRTI		
ÚMRTÍ DĚTÍ, MLADÝCH LIDÍ	ÚMRTÍ „NA VĚK“	DĚTI, MLADÍ LIDÉ	SENIORŮ	OBECNĚ
Pozitivní sebeinstrukce	-	Tragédie	Přirozený děj	Víra v nespécifickou formu posmrtného života
Perseverace			„Osvobození“	
Zvýšení úrovně znalostí				
Potřeba sociální opory		Negativní emoce		Přirozená věc, pokud jde o úmrtí starého člověka
Víra v posmrtný život				

Tabulka 5 - Copingové strategie a vnímání smrti (R1)

V následujícím grafu jsou zobrazeny výsledky dotazníku SVF 78 vyplněným respondentem 1. Nejvyšší skóre lze pozorovat na škálách *potřeba sociální opory* a *odklon*. Strategii *potřeba sociální opory* respondent rovněž přikládal velkou váhu i v průběhu rozhovoru. Jak si lze povšimnout, ostatní výsledky copingových strategií zjišťovaných prostřednictvím rozhovoru a dotazníku, se od sebe značně liší. Vysvětlují si to tím, jelikož dotazník SVF 78 zjišťuje copingové strategie respondenta na obecnější rovině. V rozhovoru byly otázky zjišťující tyto strategie vztahovány k přesně specifikovanému tématu – tedy konfrontaci s úmrtím pacienta.



Graf 1 - Vyhodnocení dotazníku SVF 78 (R1)

Doporučení respondenta 1:

Výzkumník: „Co bys vzkázal budoucím záchranářům, kteří se s takto náročnými situacemi ve své praxi teprve setkají?“

Resp.: „Aby to neřešili sami tím, že se zavrou doma a budou o tom přemýšlet, ale aby si našli nějaký ventil jako třeba povykládání s nějakým blízkým, který třeba má podobnou práci a těm problémům rozumí.“

8.1.2 Respondent 2

Respondent 2 se z hlediska copingových strategií projevuje odlišně při střetu s různými typy úmrtí. Při úmrtí těžce nemocných či starších pacientů respondent udává: „...*tak já na to v podstatě nereaguji nikterak negativně... Že by to svým způsobem ve mně vyvolávalo emoce, ve smyslu smutku, nebo tak něco, co bych připodobnil k tomu dítěti... V tomhle směru, nevím, jestli úplně patologicky, jsem ovlivněn tak, že mě to nikterak nevzrušuje. S tím jsem do téhle práce šel.*“. Z těchto výroků lze usuzovat na respondentovu možnou tendenci podhodnocovat vlastní reakce nebo je hodnotit mnohem příznivěji. Tato strategie je v tabulce vyznačena jako *podhodnocení*. V průběhu analýzy přepsaného rozhovoru nebyly zjištěny žádné další potenciální copingové strategie využívané při tomto typu úmrtí.

V případě, kdy byl vystaven nezdárné záchraně pětiletého chlapce, se respondent vyjadřuje k události následovně: „*Záchrana života se nepodařila, chlapec v podstatě nakonec umírá. Nicméně taková, svým způsobem pozitivní informace, je, že chlapec byl postoupen na darování orgánů. Takže svým způsobem taková sice malá záplata, ale je to jako příjemný.*“. K tomuto výroku byl přiřazen kód *hledání pozitivního na negativním*. V tomto případě se respondent často zmiňuje o *potřebě sociální opory*, kterou mu poskytují přátelé ze zdravotnictví či jeho matka, která ve zdravotnictví rovněž pracuje.

V případě nezdárné záchrany malého chlapce dodává: „*Zvednul jsem telefon, zavolal jsem mamce, protože tím, že je zdravotní sestra, by mně mohla pomoci rozumět... A u otevřený flašky jsem jí to tak jako celý převyprávěl.*“. Respondent také udává, že pokud by se podobná událost opakovala, zvolil by pravděpodobně tuto strategii znovu. V tabulce je tato strategie zohledněna jako *úniková tendence*.

V případě takového úmrtí pacienta, které by jej mohlo zasáhnout, dále respondent hovoří o procházce se sluchátky v uších jako o způsobu odreagování se – v tabulce vyznačeno jako *náhradní uspokojení*.

Dále se respondent zmiňuje o přemítání nad situací, ale z hlediska odborné stránky: „*Protože je to takový jako zajímavý a svým způsobem jde o prohloubení znalostí. Když se s tím člověk setká podruhé, aby trochu věděl, kterým směrem jít.*“. Tento výrok nebyl uveden v souvislosti s úmrtím pacienta, ale jinými událostmi, které respondentovi utkvěly v paměti více než některé jiné. Není proto zřejmé, zda respondent využívá strategii *zvýšení úrovně*

znalostí při konfrontaci s úmrtím dětského pacienta. Jelikož tuto možnost nelze zcela vyloučit, je proto zahrnuta v tabulce.

Respondent 2 vnímá smrt obecně jako součást života. Uvádí, že není čistý ateista. Věří v posmrtný život a rozmýšlí o něm v těchto třech rovinách – reinkarnace, nebe versus peklo, přítomnost duše i po smrti člověka. Domnívá se, že mu tato představa pomohla ke zdolání strachu ze smrti. *Víra v posmrtný život* byla taktéž vyhodnocena jako copingová strategie.

V následující tabulce 6 jsou uvedeny nejčastější volby copingových strategií respondenta 2. Dále rovněž předkládá respondentovo vnímání smrti.

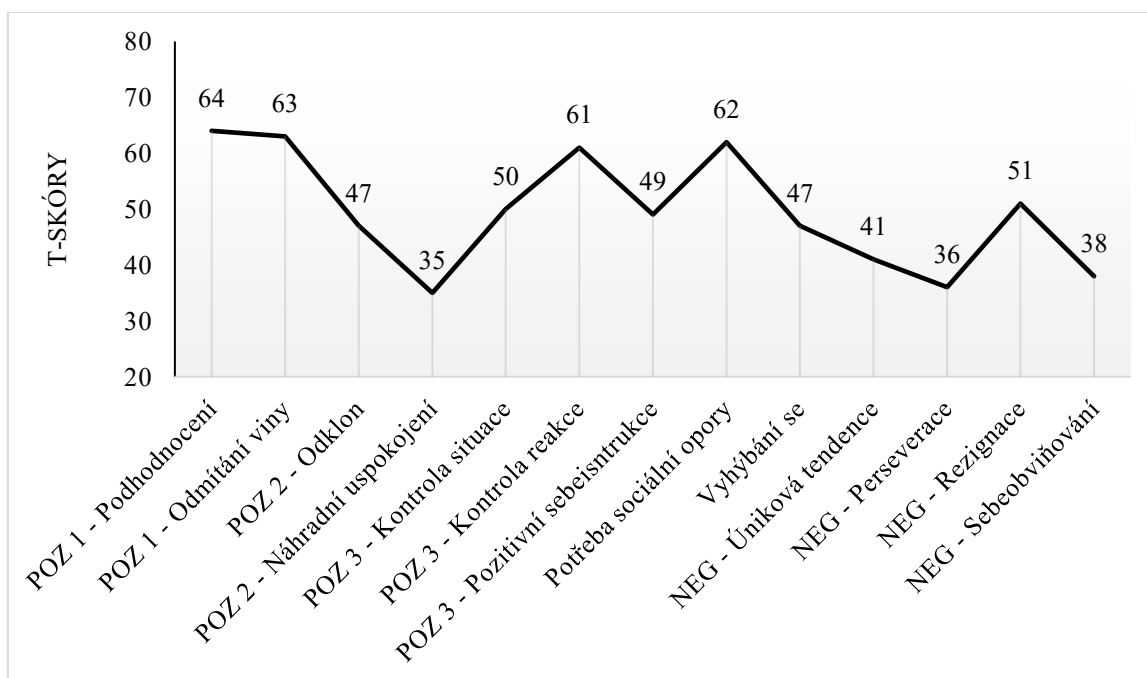
COPINGOVÉ STRATEGIE		VNÍMÁNÍ SMRTI		
ÚMRTÍ DÍTĚTE	ÚMRTÍ „NA VĚK“/ TĚŽCE NEMOCNÝCH	DĚTI	SENIOŘI	OBECNĚ
Potřeba sociální opory	Podhodnocení	Negativní pocity a emoce	Spíše nevyvolává emoce	„Normální součást života“ Posmrtný život v podobě: 1) Reinkarnace 2) Nebe a pekla 3) Přítomnosti duše
Úniková tendence				
Hledání pozitivního na negativním				
Náhradní uspokojení				
Zvýšení úrovně znalostí				
Víra v posmrtný život				

Tabulka 6 - Copingové strategie a vnímání smrti (R2)

V následujícím grafu jsou zobrazeny výsledky dotazníku SVF 78 vyplněným respondentem 2. Nejvyšší skóre udávají škály *podhodnocení* a *odmítání viny*. Ty hodnotí Janke a Erdmannová (2003) jako strategie přehodnocení a devalvace (v grafu označeny též jako POZ 1). Tyto strategie se vyznačují snahou přehodnotit či snižovat závažnost stresoru, prožívání stresu nebo stresové reakce. V důsledku vysokého skórování na škále *podhodnocení* pak snáze dochází k záporné korelaci se subtesty přiřazenými k negativním

strategiím. Tato skutečnost se projevila i ve vyhodnoceném dotazníku respondenta 2. Strategie *podhodnocení* se taktéž vynořila v průběhu analýzy rozhovoru. Data z dotazníku odhalují vyšší skórování na škále *potřeba sociální opory*. I tato strategie se vynořila při analýze rozhovoru.

Opět si lze povšimnout rozdílu mezi výsledky copingových strategií, které byly odhaleny prostřednictvím rozhovoru a strategiemi zjištěnými prostřednictvím dotazníku. Příkladem je strategie *úniková tendence*, které respondent v dotazníku nepřikládá přílišnou váhu. V případě úmrtí dětského pacienta by ale tuto copingovou strategii zvolil mezi prvními.



Graf 2 - Vyhodnocení dotazníku SVF 78 (R2)

Doporučení respondenta 2:

„Přijměme smrt jako součást života a nebojme se jí. A teď je to teda hrozně vztažený k té práci, ale když na to přijde, nechme ty lidi důstojně odcházet.“

8.1.3 Respondent 3

Nejvyužívanější zvládací strategií po konfrontaci s úmrtím pacienta je u respondenta 3 *potřeba sociální opory*. Během rozhovoru se o ní zmiňuje nejen v kontextu úmrtí pacientů, ale také různých náročných situacích. O takových událostech běžně pohovoří s kolegy záchranáři či jeho partnerkou.

Pokud se jedná o výjezd k dětským pacientům či nehodám, kde došlo k úmrtí „z plného zdraví“, respondent uvádí, že zpětně přemýšlí nad svými schopnostmi a možnostmi. Dodává: „*Je to spíš, že člověk potom přemejšlí, co mohl udělat jinak, co mohl udělat líp, ač teda to byl opravdu stav nebo úraz, kterej nebyl nikterak řešitelný, kdybychom tam byli sebedřív. Ani tak naštvání, nebo smutek, spíš jako takovej pocit bezmoci, že člověk ví, že už nemůže nějak pomoci, i když by se sebevíc snažil.*“. Z rozhovoru vyplynulo, že nad těmito situacemi dlouhodobě nepřemítá, ale snadno dochází k závěru, že udělal, co bylo v jeho silách. V tabulce je tato strategie zohledněna jako *pozitivní sebeinstrukce*.

Jak se respondent cítí, když se setká s úmrtím pacienta, popsal následovně: „*Už si to tolik neberu. Už to tak neprožívám a беру to tak jako... No, tak stalo se, tak se to stát mělo a jako jdeme dál.*“. Tato strategie je v tabulce vyznačena jako *odmítání viny*.

Jako další strategie zvládnutí při konfrontaci s úmrtím pacienta se z analýzy rozhovoru vynořila *kontrola situace*. Respondent uvádí, že v dané situaci promyslí následující kroky, které spolu s kolegy záchranáři podniknou a dále promyslí, co bude následovat i poté. Celé to končí pohovořením si o události s kolegou cestou zpět na základnu.

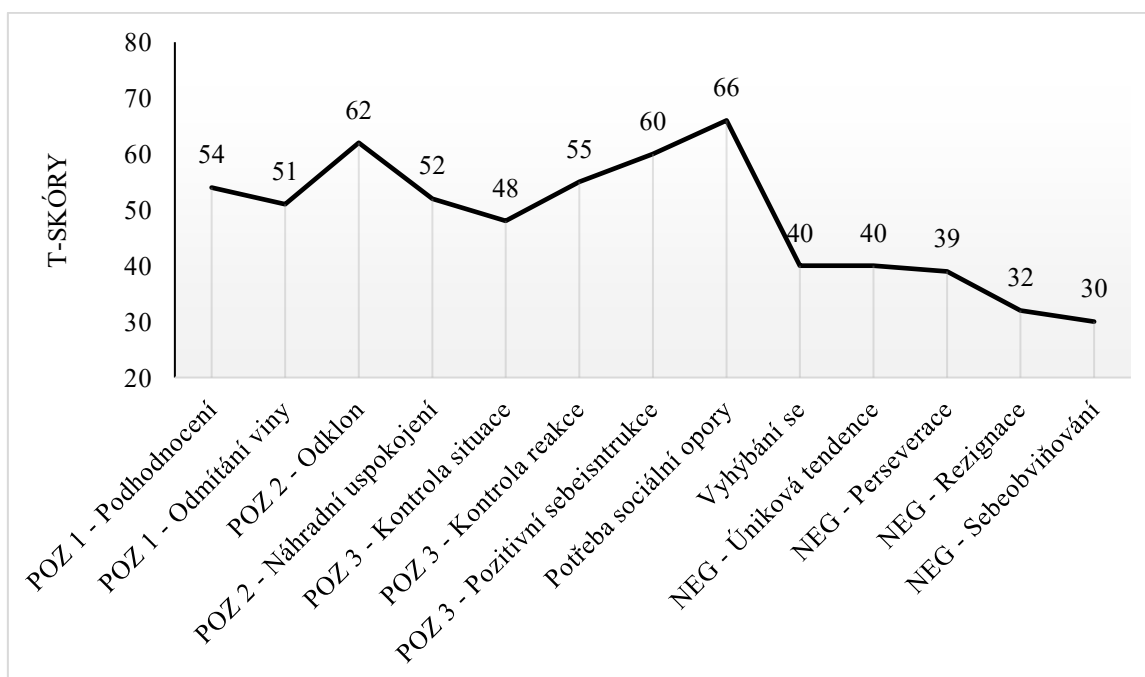
Ohledně vnímání smrti jako takové se respondent 3 vyjádřil následovně: „*Je to prostě součást života, nevyhnutelná.*“.

V následující tabulce 7 jsou uvedeny nejčastější volby copingových strategií respondenta 3. Dále rovněž předkládá respondentovo vnímání smrti.

COPINGOVÉ STRATEGIE		VNÍMÁNÍ SMRTI
ÚMRTÍ DĚTÍ/JEDINCŮ „Z PLNÉHO ZDRAVÍ“	ÚMRTÍ „NA VĚK“	OBECNĚ
Pozitivní sebeinstrukce	-	„Nevyhnutelná součást života“
Kontrola situace		
Odmítání viny		
Potřeba sociální opory		

Tabulka 7 - Copingové strategie a vnímání smrti (R3)

V následujícím grafu jsou zobrazeny výsledky dotazníku SVF 78 vyplněným respondentem 3. Respondent nejvíce skóroval na škále *potřeba sociální opory*. Tato strategie se několikrát objevuje i během analýzy rozhovoru. Mezi strategiemi odhalenými analýzou rozhovoru a strategiemi zjištěnými prostřednictvím dotazníku lze pozorovat mírné rozdíly.



Graf 3 - Vyhodnocení dotazníku SVF 78 (R3)

Doporučení respondenta 3:

„Nebojte se říct si o pomoc a nebojte se říct, že se na to necejtíte.“

8.1.4 Respondentka 4

Nejvyužívanější zvládací strategií po konfrontaci s úmrtím pacienta je u respondentky 4 *potřeba sociální opory*. Z hlediska copingových strategií se respondentka projevuje odlišně při střetu s různými typy úmrtí. Na své práci považuje za nejtěžší a nejvíce stresující výjezdy k dětským pacientům a dále obecně k „mladým životům“, jejichž záchrana je nezdárná. Dodává: „*To je jiný odcházení než u lidí starších, nemocných.*“. Pokud se jedná o předpokládané úmrtí (starých, nemocných či imobilních pacientů), respondentka uvádí, že: „*...je to pro ty lidi osvobození.*“. U takových případů se respondentka zmiňuje pouze o pohovoření si o události se svými kolegy ze zdravotnictví.

V případě konfrontace s úmrtím dítěte či mladého člověka respondentka potvrzuje časté přemítání nad událostí. Dále dodává: „*Říkám no, u těch mladejch lidí si člověk přehrává tu situaci... Rekapitulování, jestli všechno bylo v pořádku a jestli se všechno udělalo dobře...*“. V tabulce je tato strategie zaznamenána jako *perseverace*.

Respondentka při přemítání dochází k závěru, že v dané situaci udělala vše potřebné. Dodává: „*Když jsem se vrátila domů, tak jsem měla jen ten pocit, že člověk nic víc nemohl.*“. Zde se objevuje náznak *pozitivní sebeinstrukce*.

V případě hromadné nehody, během níž došlo k úmrtí několika lidí „z plného zdraví“, cítí respondentka potřebu odreagování se v podobě fyzické aktivity: „*Mně třeba pomáhalo jít běhat, nebo si sednout na kolo a dostat to ze sebe.*“. V tabulce je tato strategie vyznačena jako *náhradní uspokojení*.

O téměř všech typech výjezdů pak respondentka hovoří se svými kolegy záchranáři. Dodává: „*Řekla bych, že je to takovej nejlepší psycholog, když člověk přijede z jakéhokoliv výjezdu a vyventiluje to... Není to o tom, že by člověk chtěl něco předávat dál, nějakou informaci, ale je to o tom se vyventilovat. Všichni to takhle vnímaj, že to tak je a že nám to strašně pomáhá.*“. Tato strategie je v tabulce zaznamenána jako *potřeba sociální opory*.

Ke vnímání smrti dodává: „*Smrt má strašně hodně podob. Jestli je to smrt nenadálá tím úrazem, nespravedlivá, když jsou to ty děti, když se člověk rozhodne odejít sám. Je to těžký... Když se řekne smrt, tak si představuji starýho člověka, jak přirozeně skoná, což je pro mě přirozená věc. Tak v tom by byla smrt ulevující. Ten zbytek už ne.*“.

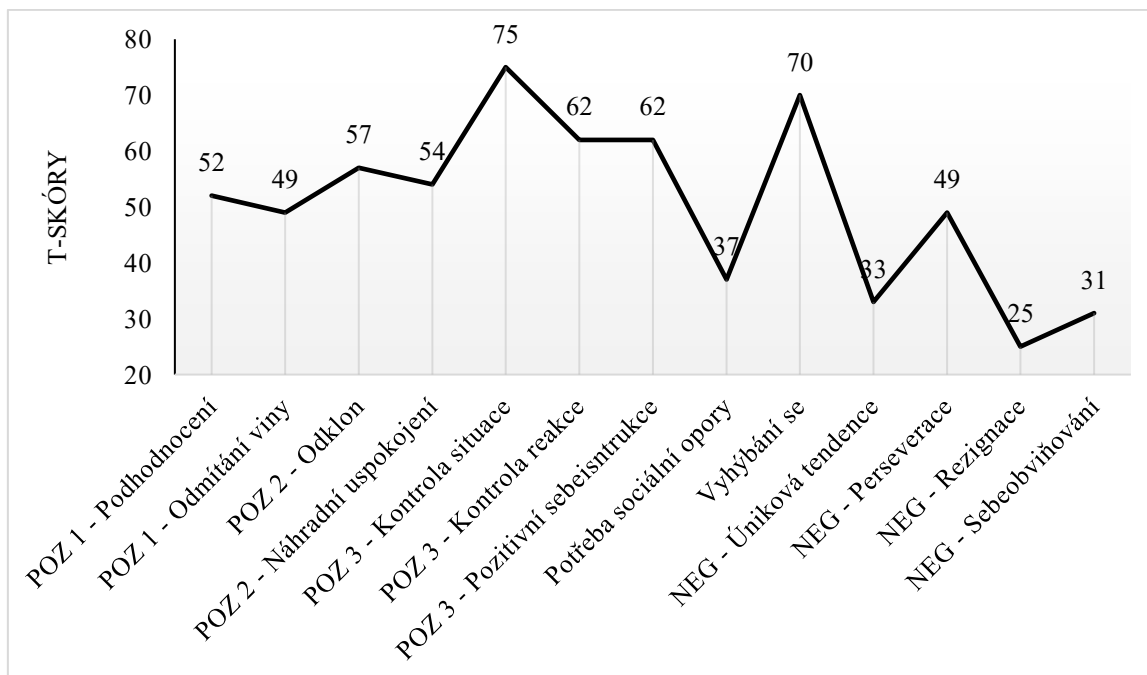
V následující tabulce 8 jsou uvedeny nejčastější volby copingových strategií respondentky 4. Dále rovněž předkládá respondentčino vnímání smrti.

COPINGOVÉ STRATEGIE		VNÍMÁNÍ SMRTI		
ÚMRTÍ DĚTÍ, MLADÝCH LIDÍ/JEDINCŮ „Z PLNÉHO ZDRAVÍ“	ÚMRTÍ „NA VĚK“	DĚTI, MLADÍ LIDÉ	SENIOŘI	OBECNĚ
Perseverace	-	Negativní pocity a emoce	Přirozený děj	Přirozená věc, pokud se jedná o úmrtí starého člověka
Pozitivní sebeinstrukce				
Náhradní uspokojení		Tragédie	„Osvobození“	
Potřeba sociální opory				

Tabulka 8 - Copingové strategie a vnímání smrti (R4)

V následujícím grafu jsou zobrazeny výsledky dotazníku SVF 78 vyplněným respondentkou 4. Nejvíce skórovala na škále *kontrola situace*. Tato strategie z analýzy rozhovoru nevyplývala. To platí i o strategii *vyhýbání se*, jejíž T-skór je taktéž poměrně vysoký.

Strategie *vyhýbání se* je charakterizována snahou zamezit další konfrontaci se zátěžovou situací. Tato strategie se v rozhovoru pravděpodobně neobjevila z toho důvodu, jelikož se zátěžovým situacím (v podobě např. úmrtí dětského pacienta či mladého člověka) při takovém povolání zkrátka nelze vyhnout. Právě na takový typ zátěžové situace bylo téma rozhovoru zaměřeno. Z analýzy rozhovoru vyplývaly i další strategie předkládající zjištění, že jejich volba závisí na daném typu zátěžové situace.



Graf 4 - Vyhodnocení dotazníku SVF 78 (R4)

Doporučení respondentky 4:

Výzkumník: „Je něco, co byste vzkázala budoucím záchranářům, kteří se setkají s takto náročnými situacemi?“

Resp.: „Aby tu svoji práci nepřestali mít rádi.“

8.1.5 Respondent 5

Respondent 5 se z hlediska copingových strategií projevuje odlišně při střetu s různými typy úmrtí. Úmrtí mladého člověka respondent přirovnává k určité „tragičnosti“. Pokud se jedná o úmrtí „mladého života“, stává se, že se k takovým událostem vrací ve svých myšlenkách. V rozhovoru se respondent zmiňoval o úmrtí jedinců, kteří mu byli věkově blíže. Utkvění takových případů v paměti respondenta a následné přemítání nad případy lze prisuzovat právě věkové blízkosti mezi záchranářem a pacientem. V tabulce je tato strategie vyznačena jako *perseverance*.

V takových případech dále respondentovi pomáhá dobře promyslet postup: „*V té situaci se mi osvědčilo, jak jsem už popisoval. Nějaká systematicčnost, kontrola sama sebe...*“. Tato strategie je v tabulce znázorněna jako *kontrola situace*.

V případě úmrtí jedinců „z plného zdraví“ např. při hromadné nehodě či nezdárné resuscitaci uvádí: „*...když vím, že jsem pro něj udělal 150 % a udělal jsem to profesionálně s plným nasazením a mně umřel, prostě to nedal... Bůh to tak nechtěl, nebo nevím, příroda to tak nechtěla. Tak já si to nenesu dál, pro mě je to vyřešený.*“. Dodává: „*Ale ono to musí být, protože byste nemohla jít do další akce, nemohla byste počítat s tím, že vám umře dalších deset pod rukama. Nemohla byste jim věnovat tu péči znova, protože vy byste furt musela myslet na toho prvního, že vám není jedno – tak to se zacyklíte... Prostě musí ten člověk jít pryč, pryč z hlavy. Je mrtvej, nedalo se víc udělat.*“. Na základě těchto výroků usuzuji na tři copingové strategie, jež se navzájem prolínají. Jsou jimi *pozitivní sebeinstrukce* a *náboženství*, o které se respondent v rozhovoru také později zmiňuje.

Vynořuje se i *potřeba sociální opory*. Respondent ji však neudává do souvislosti se specifickým typem úmrtí pacienta. Dodává: „*Mě se o práci baví bavít. To bych řekl, že člověk se trochu vyvětrá, že si retrospektivně řekne, co si zažil na těch výjezdech a slyší, co zažili jiní. Doma občas, když ženu zajímá, co bylo třeba za výjezdy, tak to řeknu.*“.

Smrt jako taková vyvolává v respondentovi určitý respekt. Udává jej do souvislosti se strachem ze smrti. Příčinou tohoto strachu ze smrti byl počátek covidové pandemie v roce 2020 a následně i propuknutí války na Ukrajině dne 24. února roku 2022. Dodává: „*Mám z ní respekt jakoby, ale zároveň ji beru jako něco, co asi beru, no. Beru to, že to může přijít...*“.

Respondent se na otázku, zda je nábožensky založený, vyjádřil následovně: „*Hele, asi trochu jo... Já věřím, že nějaký bůh existuje. Dovedu se k němu pomodlit, nebo nějak poprosit, poděkovat... Mám k tomu nějaký respekt a pokoru.*“. Praktikující prý ale není.

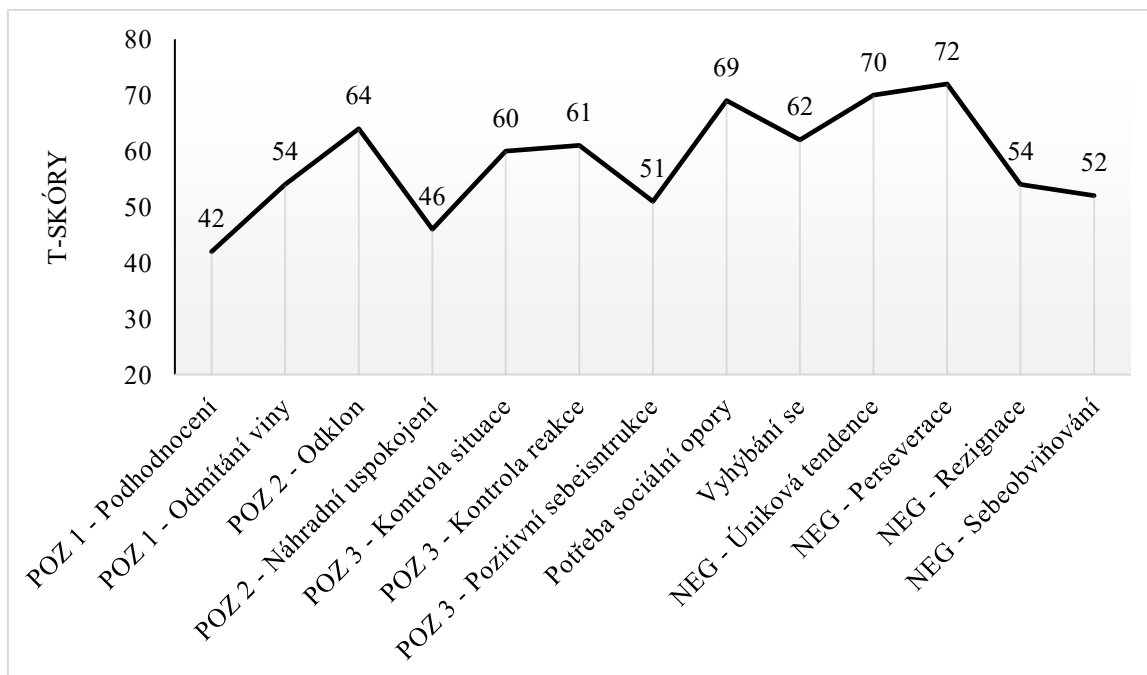
V následující tabulce 9 jsou uvedeny nejčastější volby copingových strategií respondenta 5. Dále rovněž předkládá respondentovo vnímání smrti.

COPINGOVÉ STRATEGIE		VNÍMÁNÍ SMRTI		
ÚMRTÍ MLADÝCH LIDÍ/JEDINCŮ „Z PLNÉHO ZDRAVÍ“	ÚMRTÍ „NA VĚK“	DĚTI, MLADÍ LIDÉ	SENIORI	OBEČNĚ
Perseverace	-	Tragédie	Přirozený děj	Nábožensky založený, ale neprojektující
Kontrola situace				Respekt ze smrti
Pozitivní sebeinstrukce				Součást života – „jednou to přijde“
Náboženství				
Potřeba sociální opory				

Tabulka 9 - Copingové strategie a vnímání smrti (R5)

V následujícím grafu jsou zobrazeny výsledky dotazníku SVF 78 vyplněným respondentem 5. Nejvyšší skóre náleží strategiím vyhodnoceným jako negativní. Jedna z těchto strategií, a sice *perseverace*, vyplynula taktéž z analýzy rozhovoru. To platí dále i o strategii *potřeba sociální opory*, jejíž T-skór je také poměrně vysoký.

Obecně lze upozorovat rozdíly mezi strategiemi, které byly zjištěny prostřednictvím tohoto dotazníku a strategiemi, jež vyplynuly z analýzy rozhovoru.



Graf 5 - Vyhodnocení dotazníku SVF 78 (R5)

Doporučení respondenta 5:

„Musí to jít dělat člověk, kterej to fakt chce dělat... Ať to jde dělat člověk, kterej chce opravdu pomáhat lidem, pro něhož je životním posláním určitá nelhostejnost k okolí a lidem. Člověk, kterej má v krvi to, že i na ulici v civilním životě kouká kolem sebe a když někdo upadne, tak ho prostě ho zaujme, jestli vstal, nebo nevstal. Musíte to mít trošku v sobě celej život – ať jste v civilu, nebo ve službě.“

8.1.6 Respondentka 6

Respondentka 6 se z hlediska copingových strategií projevuje odlišně při střetu s různými typy úmrtí. O úmrtí dětí či mladých lidí hovoří jako o tragédii. Úmrtí seniorů prožívá jako něco přirozeného – „...*už přišel jeho čas...*“. Tato skutečnost se odráží v následné volbě copingových strategií.

V případě náročné situace v podobě úmrtí dětského či mladého pacienta respondentce pomáhá strategie *kontrola situace*. Ta se projevuje v podobě vydýchání se a plánováním následujících kroků.

Po nezdárné záchraně mladého člověka respondentka vyhledává fyzickou aktivitu, která jí pomáhá k lepšímu zvládnutí. Tato strategie je v tabulce vyznačena jako *náhradní uspokojení*.

O takto náročných událostech si pohovoří se svými kolegy nebo partnerkou, která je taktéž zaměstnána ve zdravotnictví. Kromě *potřeby sociální opory* se zde objevuje i *zvýšení úrovně znalostí* – „*Tak se o tom často bavíme a rozebíráme, kdo by co udělal, proč a jak... A pak jsme se o tom bavily ještě jednou, když jsme zjistily výsledky z pitvy, na co vlastně zemřel. Ale to už bylo fakt jako na odborný strážce... Spíš jsme to tak jako probraly, abychom si to odborně uzavřely.*“.

Respondentce pomáhají lépe zvládat úmrtí (nejen) pacientů specifické *rituály*. Ty provádí v podobě „kreslení křížků“ na čelo pacienta, čímž jim dává své sbohem. V nemocnici pak, pokud je to možné, otevírá okno – „...*aby ty duše mohly odejít, jak říkají babičky.*“. Dodává: „*Necháme je prostě chvíli v klidu, zavřu jim oči, snažím se, aby leželi v nějaký důstojný poloze...*“.

Dále se respondentka sama zmiňuje o černém humoru jako kompenzační pomůcce. Přestože ji neuvádí do přímé souvislosti s úmrtím pacienta, lze usuzovat na její využití i v takovýchto situacích. Uvádí: „...*většina zdravotníků jako takovou kompenzační pomůcku využívá černej humor, což je jako fakt. A ten náš černej humor je fakt jako hustej, ty nezdravotníci to úplně nechápou, protože jim to nepřijde vtipný.*“. Tato strategie je v tabulce znázorněna jako *černý humor*.

Na otázku, zda respondentka věří v posmrtný život, odpovídá: „*No... Věřím jako v nadpřirozeno. Já třeba mám pocit, že u nás v bytě je prostě duše paní, která tady zemřela... Ale asi i věřím v to, že třeba nějaký ty naši příbuzní na nás dávají pozor. Člověk si tak jako*

obhájí spoustu věcí a má komu poděkovat, takže asi jo, v tomhle případě.“. Jelikož by se dalo říci, že respondentka věří v posmrtný život v podobě přítomnosti duše, je tato skutečnost zaznamenána v tabulce i jako potenciální copingová strategie.

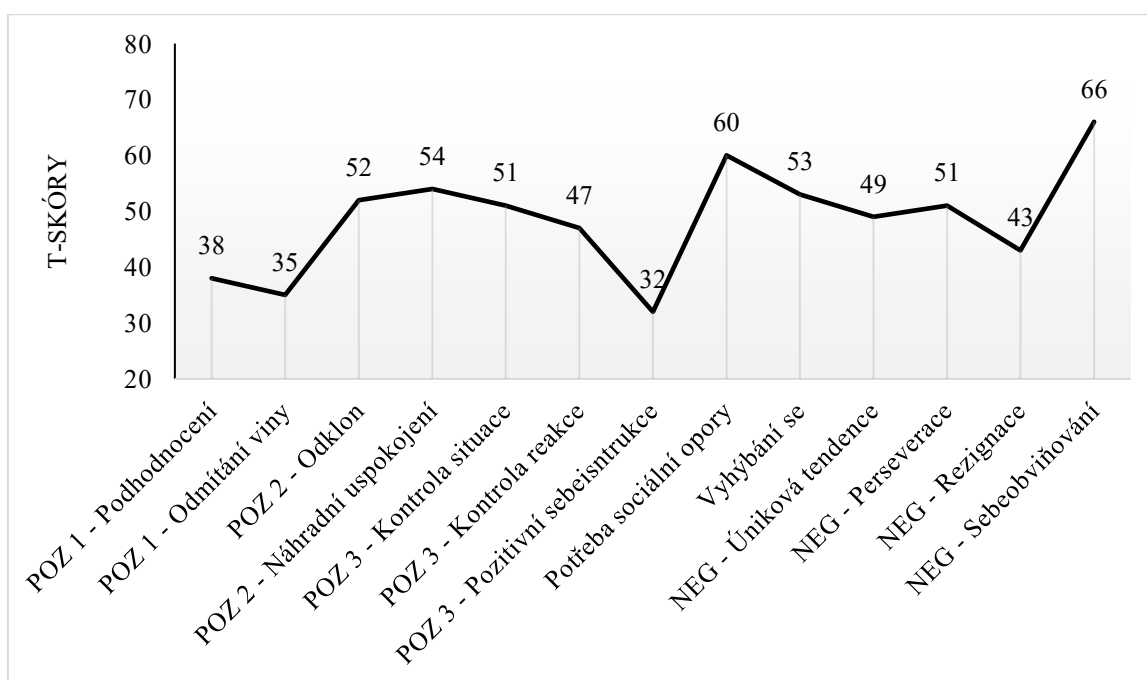
V následující tabulce 10 jsou uvedeny nejčastější volby copingových strategií respondentky 6. Dále rovněž předkládá respondentčino vnímání smrti.

COPINGOVÉ STRATEGIE		VNÍMÁNÍ SMRTI		
ÚMRTÍ DĚTÍ, MLADÝCH LIDÍ	ÚMRTÍ „NA VĚK“	DĚTI, MLADÍ LIDÉ	SENIORŮ	OBEČNĚ
Kontrola situace	-	Tragédie	Přirozený děj	Posmrtný život v podobě stálé přítomnosti duše
Náhradní uspokojení				
Potřeba sociální opory				
Zvýšení úrovně znalostí				
Rituály				
Černý humor				
Víra v posmrtný život				

Tabulka 10 - Copingové strategie a vnímání smrti (R6)

V následujícím grafu jsou zobrazeny výsledky dotazníku SVF 78 vyplněným respondentkou 6. Respondentka nejvíce skórovala na škálách *sebeobviňování* a *potřeba sociální opory*. Byť se strategie *sebeobviňování* v průběhu analýzy rozhovoru objevila, do tabulky 15 nebyla zahrnuta. Bylo tak učiněno z toho důvodu, jelikož se tyto výroky vztahovaly k tehdejšímu zaměstnání respondentky na operačním středisku ZZS. Dále také z toho důvodu, že byla potenciální strategie *sebeobviňování* vyhodnocena jako neaktuální. Respondentka v rozhovoru uvedla: „...tak jsem si to hodně vyčítala a doted' na to často myslím a mám to spíš jako takovej varovnej signál pro sebe... Spíš jsem se tak jako z té fáze ,vyčítám si to' dostala do fáze ,ponaučilo mě to a teď si na to dávám pozor'. Tak asi tímhle způsobem, že to člověk tak jako přetransformuje ne do svého selhání, ale do ponaučení.“.

Další strategií, v níž respondentka skórovala výše než u jiných, je *potřeba sociální opory*. Této strategii byla respondentkou přisuzována velká váha i v průběhu rozhovoru. Při analýze rozhovoru se volba této strategie jevila jako jedna z prvních, která by byla respondentkou vybrána po konfrontaci s úmrtím pacienta. To může, dle mého názoru, souviset i s tím, že je respondentčina partnerka zároveň lékařkou a taktéž i kolegyní v zaměstnání. Dodává: „*Myslím si, že kdyby nebyla i ve stejném oboru – že bysme obě nebyly v urgentní medicíně, tak by to bylo jiné, protože ty světy jsou tak strašně rozdílný...*“.



Graf 6 - Vyhodnocení dotazníku SVF 78 (R6)

Doporučení respondentky 6:

„*Mít emoce není špatný a není to známka slabosti nebo neprofesionality. Mají nárok ty emoce projevit, mají nárok na to je řešit, říct emoci nahlas a nenechat se strhnout svejma kolegama – nenechat se strhnout tím, že když projeví emoce, tak jsem slaboch a neumím dělat svojí práci dobře. Zároveň aby se naučili o sebe pečovat a netahali si to dál ve svý práci...*“

8.2 Vzniklé kategorie

V průběhu analýzy přepsaných rozhovorů se vynořovala určitá schémata, která byla následně rozdělena do odpovídajících škál z dotazníku SVF 78. Tyto škály lze dle Jankeho a Erdmannové (2003) rozdělit do dvou kategorií – kategorie pozitivních a negativních copingových strategií.

Nejprve budou představeny škály převzaté z dotazníku SVF 78, které se vynořily během analýzy přepsaných rozhovorů. Pro lepší orientaci jsou tyto škály rozděleny do dvou příslušných kategorií. Dále byly sestaveny některé vlastní škály. Tyto škály byly pro jejich specifičnost ponechány samostatně. Následně mi byl inspirací model Jankeho a Erdmannové (2003), kdy jsem tyto vlastní škály opět rozřadila do kategorií pozitivních či negativních copingových strategií.

8.2.1 Pozitivní copingové strategie dle SVF 78

Každý popis škály je doplněn o úryvek některého z rozhovorů, který danou škálu vystihuje. Z důvodu častého opakování se podobných výroků je vždy představen pouze jeden příklad.

Kontrola situace

Tato strategie je charakteristická snahou získat kontrolu nad zátěžovou situací prostřednictvím tří kroků. Jedná se o analýzu situace a jejího vzniku, plánování opatření vedoucí ke zlepšení a aktivní zásah do situace, tedy řešení problému (Janke & Erdmann, 2003). Tato strategie se projevila u čtyř respondentů.

Příkladem je respondent 3: „*Promyslet si další kroky, co se bude dít. Rozmyslet si, co dál uděláme, co bude následovat.*“.

Náhradní uspokojení

Strategie se vyznačuje tendencí zaměřit se na kladné city či pozitivní aktivity. Jedinec tak posiluje své vnitřní vyladění (Janke & Erdmann, 2003). Tato strategie se projevila u tří respondentů.

Příkladem je respondentka 4: „*Mně třeba pomáhalo jít běhat nebo si sednout na kolo a dostat to ze sebe.*“.

Odmítání viny

Jedná se o strategii vyznačující se jedincovým vyhýbáním se neoprávněným pocitům viny (Janke & Erdmann, 2003). Tato strategie se projevila pouze u respondenta 3: „... *no, tak stalo se, tak se to stát mělo a jako jdeme dál.*“.

Podhodnocení

Jedná se o strategii, kdy jedinec hodnotí vlastní reakce mnohem příznivěji. Tyto reakce má také tendenci, ve srovnání s jinými osobami, podhodnocovat (Janke & Erdmann, 2003).

Tato strategie se projevila pouze u respondenta 2: „...*tak já na to v podstatě nereaguji nikterak negativně... Že by to svým způsobem ve mně vyvolávalo emoce, ve smyslu smutku, nebo tak něco, co bych připodobnil k tomu dítěti... V tomhle směru, nevím, jestli úplně patologicky, jsem ovlivněn tak, že mě to nikterak nevzrušuje.*“.

Potřeba sociální opory

Potřeba sociální opory je charakteristická jedincovou potřebou navázání kontaktu s druhými lidmi za účelem získání opory. *Potřeba sociální opory* byla zařazena do kategorie pozitivních strategií z toho důvodu, jelikož se každý z respondentů v této strategii projevil aktivně. Interpretace této strategie byla provedena v kontextu celého profilu každého respondenta. Tato strategie byla zvolena všemi respondenty a je tedy nejvyužívanější copingovou strategií.

Příkladem je respondentka 4: „*Bavíme se hodně o výjezdech, skoro o každém. Řekla bych, že je to takovej nejlepší psycholog, když člověk přijede z jakéhokoliv výjezdu a vyventiluje to už nehledě na to, že třeba slyší různý názory. Není to o tom, že by člověk chtěl něco předávat dál, nějakou informaci, ale je to o tom se vyventilovat. Všichni to takhle vnímaj, že to tak je a že nám to strašně pomáhá.*“.

Pozitivní sebeinstrukce

Jedná se o strategii vyznačující se jedincovým sklonem přisuzování si odpovědnosti za vzniklou situaci. Jedinec si dodává odvalu a zvyšuje svou sebedůvěru (Janke & Erdmann, 2003). Tato strategie se projevila u čtyř respondentů.

Příkladem je respondent 5: „...*když vím, že jsem pro něj udělal 150 % a udělal jsem to profesionálně s plným nasazením a mně umřel, prostě to nedal... Tak já si to nenesu dál, pro mě je to vyřešený.*“.

8.2.2 Negativní copingové strategie dle SVF 78

Perseverace

Jedinec se častěji vrací k dané události ve svých myšlenkách. Tyto negativní představy a myšlenky o zátěžové situaci ztěžují obnovení výchozího stavu (Janke & Erdmann, 2003). Strategie se projevila u tří respondentů.

Příkladem je respondentka 4: „*To se stává často, že člověk rekapituluje... Říkám no, u těch mladejch lidí si člověk přehrává tu situaci... Rekapitulování, jestli všechno bylo v pořádku a jestli se všechno udělalo dobře...*“.

Úniková tendence

Jedná se o rezignační tendenci, která se projevuje sníženou schopností čelit vzniklé situaci. Jedinec se snaží uniknout z prožívané zátěže ať už fyzicky či pomyslně, a to např. prostřednictvím užití návykových látek (Janke & Erdmann, 2003). Tato strategie se projevila pouze u respondenta 2: „...*a u otevřený flašky jsem jí to tak jako celý převyprávěl.*“.

8.2.3 Nové copingové strategie

Z rozhovorů se vynořily i některé strategie, které úmyslně nebyly zařazeny pod škály z dotazníku SVF 78. Pro jejich specifickou by byly ponechány samostatně. Pro rozřazení těchto nových copingových strategií do dvou ústředních kategorií (kategorie pozitivních a negativních copingových strategií) mi jako inspirace posloužily jednotlivé charakteristiky škál dotazníku SVF 78 od Jankeho a Erdmannové (2003). Rozřazení některých strategií bylo učiněno na základě vlastního vyhodnocení. Toto vyhodnocení bylo provedeno v kontextu výpovědi respondenta, ale i celého jeho profilu.

Černý humor

Tento specifický druh humoru se objevuje jako copingová strategie pouze u respondentky 6. Uvádí: „...*většina zdravotníků jako takovou kompenzační pomůcku využívá*“.

černej humor, což je jako fakt. A ten náš černej humor je fakt jako hustej, ty nezdravotníci to úplně nechápou, protože jim to nepříjde vtipný.“

Dle Watsona (2011) může humor napomoci uzavřít téma, které se týká již neřešitelné situace. „*Smrt a humor tvoří natolik absurdní spojení, že už jen z podstaty své paradoxní existence má moc uvolňovat tenzi a snižovat úzkost, i když někdy jen na pár vteřin.*“ (Thorová, 2015, s. 487).

Černý humor lze taktéž považovat za formu emočního vybití, kterou Černý (2006) řadí mezi strategie zaměřené na emoce. Pokud daná událost v jedinci vyvolává úzkost či napětí a již ji nelze nikterak změnit, považují volbu této strategie za vhodnou. Aby tato strategie mohla být vyhodnocena jako pozitivní, pokládám za nutné, aby si byl jedinec této skutečnosti plně vědom – v případě úmrtí musí být jedinec se smrtí druhého již smířen.

Po následné interpretaci této strategie v kontextu celého profilu respondentky 6 byla tato strategie vyhodnocena jako pozitivní. Bylo tak učiněno i z toho důvodu, že se respondentka zmiňovala o jiných strategiích, které primárně využívá.

Hledání pozitivního na negativním

Tato strategie se vynořila pouze u respondenta 2. K lepšímu zvládnutí situace mu pomáhá nahlížet na událost z jiného úhlu pohledu.

Respondent 2: „*Nebo takhle, ono záleží na úhlu pohledu, jo. Záchrana života se nepodařila, chlapec v podstatě nakonec umírá. Nicméně taková, svým způsobem pozitivní informace, je, že chlapec byl postoupen na darování orgánů. Takže svým způsobem taková sice malá záplata, ale je to jako příjemný.*“

V některých ohledech se tato strategie jeví obdobně jako škála *odklonu* z dotazníku SVF 78. Smyslem odklonu je navození si takových psychických stavů, které zmírňují pociťovaný stres (Janke & Erdmann, 2003). Respondent 2 hledá pozitivní vlastnosti na negativní situaci. Podobně jako u odklonu se jedinec snaží o přesunutí pozornosti k příjemnější činnosti, v našem případě k příjemnějším myšlenkám. Strategii vyhodnocuji jako pozitivní.

Rituály

Tato strategie zvládnání v podobě rituálů spojených s úmrtím (nejen) pacientů se projevila pouze u respondentky 6.

Respondentka 6: „...tak jim kreslím křížek na čelo a v podstatě jim řeknu sbohem. Snažíme se otevírat okna... Takže spíš vytvoření nějakých těch rituálů k tomu úmrtí, ač to pro mě jsou cizí lidi a nemám k tomu žádnou svoji emoční záležitost, tak spíš z takovýho respektu k těm zemřelejm... Věřím v ty odcházející rituály a mám i takový vlastní pro naši rodinu...“.

V případě úmrtí lze takový rituál považovat i jako formu rozloučení se zesnulým. Taktéž může pomoci se s úmrtím daného člověka lépe smířit. Tuto strategii copingu v kontextu celého respondentčina profilu subjektivně vyhodnocuji jako pozitivní.

Náboženství

I náboženství může jedinci usnadňovat zvládání takových zátěžových situací, které se týkají otázek života a smrti. Přestože se v rozhovoru neobjevuje explicitní výrok, který by vyznávání náboženství udával do souvislosti s lepším zvládáním zátěžových situací, nelze tuto skutečnost zcela vyloučit. Tato strategie se projevila pouze u respondenta 5.

Respondent 5: „*Bůh to tak nechtěl, nebo nevím, příroda to tak nechtěla... Já věřím, že nějak bůh existuje. Dovedu se k němu pomodlit, nebo nějak poprosit, poděkovat... Mám k tomu nějaký respekt a pokoru.*“.

K náboženskému copingu se vyjadřuje například Jianbin (2016). Hovoří o něm jako o „dvousečném meči“, jelikož jej lze považovat za komplexní aplikované odvětví s možnými pozitivními, ale i negativními aspekty. Respondent se o náboženství jakožto copingové strategii sám napřímo nezmínil. Tato strategie byla vyhodnocena pouze jako možnost lepšího vyrovnání se s úmrtím pacientů. Volba této strategie taktéž nebyla vyhodnocena jako primární. V kontextu celého profilu respondenta ji lze považovat jako pozitivní strategii.

Víra v posmrtný život

V situaci, kdy je jedinec konfrontován s některým úmrtím, je možné usuzovat na lepší zvládnutí takové zátěžové situace díky víře v posmrtný život. Proto je zde *víra v posmrtný život* považována za specifický druh copingové strategie, která se váže především na zátěžové situace týkající se smrti a umírání. Ne každý respondent, který potvrdil svou víru v posmrtný život, byl rovněž nábožensky založený. Tato strategie se projevila u tří respondentů.

Příkladem je respondent 1: „*Určitě si myslím, že něco po smrti je, ale co, to nevím. To asi zjistíme, až se tam dostaneme. Ale určitě něco je, protože takhle by to skončit nemělo...*“.

Tato strategie je velmi podobná strategii *hledání pozitivního na negativním* a taktéž strategii *odklonu*. Jedinec se snaží o přesunutí pozornosti k příjemnějším myšlenkám, čímž může redukovat prožívaný stres. Při konfrontaci jedince s úmrtím se toto přesunutí může projevit v podobě víry v možný život po smrti, a to v jakékoliv podobě. Strategie je vyhodnocena jako pozitivní.

Zvýšení úrovně znalostí

Tato strategie se v rozhovorech projevuje jedincovým zaměřením na daný problém s následnou snahou problém řešit. Nejčastěji se tak objevuje v podobě zajištění si informací o daném problému či v podobě konzultace s dalším odborníkem (lékařem). Tato strategie se projevila u tří respondentů.

Příkladem je respondentka 6: „*Tak se o tom často bavíme a rozebíráme, kdo by co udělal, proč a jak... A pak jsme se o tom bavily ještě jednou, když jsme zjistily výsledky z pitvy, na co vlastně zemřel. Ale to už bylo fakt jako na odborný strážce... Spíš jsme to tak jako probraly, abychom si to odborně uzavřely.*“.

Strategie *zvýšení úrovně znalostí* se svým charakterem v jisté míře shoduje se škálou z dotazníku SVF 78 – *kontrolou situace*. Obě předložené strategie mají společný cíl, jímž je vyřešení daného problému prostřednictvím aktivních kroků. Tato strategie je proto vyhodnocena jako pozitivní.

8.2.4 Shrnutí

V této kapitole jsou shrnuty všechny copingové strategie, které respondenti využívají po konfrontaci s úmrtím pacienta. Jedná se o strategie zjišťované prostřednictvím rozhovoru. Kapitola taktéž pojednává o výběru copingových strategií zdravotnickými záchranáři při odlišných typech úmrtí pacientů.

Během analýzy přepsaných rozhovorů se vynořila schémata copingových strategií. Některá tato schémata bylo možné rozřadit do škál z dotazníku SVF 78. Škály z dotazníku SVF 78 mi byly inspirací pro tvorbu copingových strategií i z toho důvodu, jelikož byl tento dotazník rovněž vyplněn respondenty. Strategie, které se u respondenta vynořily během rozhovoru, lze pak snáze porovnat s daty z dotazníku. Zbylá schémata vyjadřující možné copingové strategie byla v prvním kroku pro svou specifickou ponechána samostatně.

Jednotlivé škály vycházející z dotazníku SVF 78 byly rozděleny do dvou příslušných kategorií. V první kategorii jsou obsaženy pozitivní copingové strategie a v kategorii druhé naopak strategie negativní. Zbylá schémata vyjadřující možné copingové strategie byla taktéž rozřazena do těchto dvou kategorií. Úsudek, na jehož základě bylo rozřazení těchto zbylých schémat učiněno, vyplynul z rozboru jednotlivých škál dotazníku SVF 78 a jeho dvou ústředních kategorií.

V následující tabulce 11 jsou zobrazeny všechny strategie, které se projevily během analýzy rozhovoru. Tabulka rovněž vyobrazuje jejich rozdělení do dvou kategorií. Nově přidané strategie, jež nebyly součástí dotazníku SVF 78, jsou vyznačeny podtržením. Tabulka rovněž zobrazuje výběr konkrétní strategie jednotlivými respondenty. Ti jsou v následujících tabulkách označeni pouze jako „R“ s přidruženým číslem respondenta.

Obecně lze říci, že se respondenti výrazně projevili ve využívání pozitivních copingových strategií. Nejvyužívanější z nich se stala *potřeba sociální opory*, která se projevila u všech respondentů. Další nejvyužívanější strategií se ukázala *pozitivní sebeinstrukce*.

POZITIVNÍ COPINGOVÉ STRATEGIE	RESPONDENTI VYKAZUJÍCÍ STRATEGII	NEGATIVNÍ COPINGOVÉ STRATEGIE	RESPONDENTI VYKAZUJÍCÍ STRATEGII
Černý humor	R6	Perseverace	R1; R4; R5
<u>Hledání pozitivního na negativním</u>	R2	Úniková tendence	R2
Kontrola situace	R3; R5; R6	-	-
<u>Náboženství</u>	R5	-	-
Náhradní uspokojení	R2; R4; R6	-	-
Odmítání viny	R3	-	-
Podhodnocení	R2	-	-
Potřeba sociální opory	R1; R2; R3; R4; R5; R6	-	-
Pozitivní sebeinstrukce	R1; R3; R4; R5	-	-
<u>Rituály</u>	R6	-	-
<u>Víra v posmrtný život</u>	R1; R2; R6	-	-
<u>Zvýšení úrovně znalostí</u>	R1; R2; R6	-	-

Tabulka 11 - Tabulka zobrazující copingové strategie jednotlivých respondentů

8.3 Volba strategie v závislosti na typu úmrtí

Z rozhovorů s respondenty vyplynulo hned několik informací o využití copingových strategií po konfrontaci s úmrtím pacienta. Téměř všichni respondenti prožívají úmrtí dětských či mladých pacientů rozdílně v porovnání s úmrtím seniorů. Dle výsledků studie Šeblové a Kebzy (2005) je to především smrt dítěte a následně i mladých lidí, která je zdravotnickými záchranáři vnímána jako jeden z největších stresorů tohoto povolání vůbec.

Tento výzkum odhalil rozdíly ve volbě copingových strategií zdravotnických záchranářů po střetu s odlišnými typy úmrtí pacientů. Respondenti při konfrontaci s úmrtím dětského či mladého pacienta projeví obecně mnohem více copingových strategií než při úmrtí pacienta v seniorském věku. Úmrtí dítěte často popisovali jako tragédii, zatímco úmrtí seniora přirovnávali spíše k něčemu přirozenému.

Následující tabulka 12 předkládá respondentovu volbu copingové strategie v případě úmrtí dítěte či mladého člověka a úmrtí seniora. Zelenou barvou jsou vyznačeny strategie, které byly vyhodnoceny jako pozitivní. Červenou barvou jsou vyznačeny strategie vyhodnocené jako negativní. Podtrženy jsou nově přidané strategie, které nebyly součástí škál dotazníku SVF 78.

COPINGOVÁ STRATEGIE	ÚMRTÍ DĚTSKÉHO/MLADÉHO PACIENTA	ÚMRTÍ SENIORA
Černý humor	R6	R6
<u>Hledání pozitivního na negativním</u>	R2	-
Kontrola situace	R3; R5; R6	-
<u>Náboženství</u>	R5	-
Náhradní uspokojení	R2; R4; R6	-
Odmítání viny	R3	R3
Podhodnocení	-	R2
Potřeba sociální opory	R1; R2; R3; R4; R5; R6	R1; R3; R4; R5
Pozitivní sebeinstrukce	R1; R3; R4; R5	-
Perseverace	R1; R4; R5	-
<u>Rituály</u>	R6	R6
Úniková tendence	R2	-
<u>Víra v posmrtný život</u>	R1; R2; R6	R1; R2; R6
<u>Zvýšení úrovně znalostí</u>	R1; R2; R6	-

Tabulka 12 - Volba strategie v závislosti na typu úmrtí

V tabulce 12 si lze povšimnout nerovnoměrného zastoupení zvolených copingových strategií. Respondenti se z většiny přikláněli k výběru pozitivních strategií. Při úmrtí dětského či mladého pacienta bylo respondenty voleno mnohem více strategií nežli při úmrtí seniora. Žádný z respondentů při konfrontaci s úmrtím seniora nevykázal negativní copingovou strategii.

8.4 Vnímání smrti zdravotnickými záchranáři

Tato kapitola byla vytvořena pouze pro lepší přehlednost vnímání smrti uvedenými respondenty. Neklade si za cíl nikterak reflektovat výroky respondentů spojené s tímto tématem, zabývá se pouze souhrnným popisem. Bližší informace ohledně vnímání smrti jednotlivými respondenty lze nalézt v kapitole 8.1 Individuální profily respondentů.

V průběhu analýzy přepsaných rozhovorů se téměř u každého respondenta vydělily tři kategorie vnímání smrti. Jsou jimi:

- 1) vnímání smrti dětí/mladých lidí;
- 2) vnímání smrti seniorů;
- 3) vnímání smrti jako takové.

Úmrtí dětského či mladého pacienta bylo čtyřmi respondenty popsáno jako tragédie. Tři respondenti se zmínili o negativních pocitech či emocích, které v nich tato událost vyvolává. Z rozhovorů se záchranáři a záchranářkami také vyplynulo jejich vnímání smrti seniorů. Čtyřmi respondenty byla tato událost popsána jako přirozený děj. V případě těžkých nemocí, které mohou se stářím souviset, pokládali smrt jako možné „osvobození“. Obecně pak byla smrt nejčastěji vnímána jako součást života – tedy jako prostý fakt. Tři respondenti během rozhovoru uvedli víru v posmrtný život, a to v různých podobách.

Následující tabulka 13 zobrazuje vnímání smrti zdravotnickými záchranáři. Ne každý se z těchto respondentů vyjádřil k vnímání smrti dětí či mladých lidí a vnímání smrti seniorů. Tuto skutečnost si vysvětlují možnou tabuizací smrti, která zasahuje naši společnost. Tabulka předkládá pouze nejčastěji vyskytující se témata, která se v průběhu rozhovoru vynořila.

VNÍMÁNÍ SMRTI	SMRT DĚTÍ/MLADÝCH LIDÍ		SMRT SENIORA	SMRT OBECNĚ	
	Tragédie	Negativní pocity či emoce	Přirozený děj/osvobození	Součást života	Víra v posmrtný život
UVEDENO CELKEM	4x	3x	4x	5x	3x

Tabulka 13 - Vnímání smrti zdravotnickými záchranáři

Jak již bylo zmíněno v předešlé kapitole, žádný z respondentů při konfrontaci s úmrtím seniora nevykázal negativní copingovou strategii. Smrt seniora byla respondenty nejčastěji vnímána jako přirozený děj. Zde lze zpozorovat kongruentní vztah mezi respondentovým vnímáním smrti seniorů a jeho volbou strategie v případě seniorova úmrtí.

9 Diskuse

Tato výzkumná studie si kladla za cíl hlouběji proniknout do problematiky copingových strategií využívaných zdravotnickými záchranáři po konfrontaci s úmrtím pacienta. Výsledky mého zjištění se pokusím co nejdůležitěji shrnout v následujících několika odstavcích. Na úvod budou popsány informace, na jejichž základě byl výzkum realizován.

Práce zdravotnického záchranáře je bezesporu považována za psychicky velmi náročnou. Záchranáři se během svých výjezdů k pacientům setkávají i s mnoha zátěžovými situacemi. Tato skutečnost mne vedla k provedení rešerše na toto téma. Například výsledky studie Šeblové a Kebzy (2005) poukazují na situace, které byly zdravotnickými záchranáři vyhodnoceny jako profesně nejvíce stresové. Jsou jimi především smrt či kardiopulmonální resuscitace dětí či mladých lidí. Tyto výsledky taktéž dokládá australská studie od Abrahama et al. (2018) či studie Jurišové (2016) ze Slovenské republiky, ale i další. Výsledky studie Jurišové (2016) také potvrzují rozdíly v prožívání dvou typů úmrtí. Prvním je náhlá či nepředvídatelná smrt, která má na psychiku záchranáře mnohem závažnější dopady. Druhým typem je smrt přirozená, která je záchranáři hodnocena jako méně stresující. Toto zjištění mne přivedlo ke dvěma výzkumným otázkám, jež budou popsány níže.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké copingové strategie jsou využívány zdravotnickými záchranáři po konfrontaci s úmrtím pacienta. Výzkum se zabýval i vnímáním smrti těmito zdravotníky.

Výzkumný soubor byl původně tvořen 75 respondenty. Tito respondenti vyplnili online dotazník, který se skládal z celkového počtu 90 otázek. Prvních 11 otázek zjišťovalo anamnestická data a některé další informace, které by mohly být v rámci výzkumu případně využity. Následovalo 78 otázek z dotazníku zaměřeného na copingové strategie. Pro zjištění těchto strategií byl využit standardizovaný dotazník SVF 78. Poslední pole v dotazníku poskytovalo prostor pro zanechání kontaktu v případě účasti na rozhovoru. Toto pole bylo vyplněno jedenácti respondenty, přičemž šest z nich se mnou následně provedlo rozhovor. Počet záchranářů a záchranářek byl nevyvážený, rozhovoru se účastnili čtyři muži a dvě ženy.

V bakalářské práci bylo ze zmiňovaných 75 vyplněných dotazníků použito pouze 6 z nich. Každý z těchto dotazníků byl přiřazen danému respondentovi, který se mnou provedl

rozhovor. Zbylé dotazníky nebyly do práce zahrnuty z důvodu, jelikož se v souvislosti s výzkumem nejevily jako kongruentní – v dotazníku SVF 78 byly zkoumány copingové strategie využívané při různých formách zátěže, tedy na obecnější rovině. Rozhovor byl ale zaměřen především na jednu z nich, a sice konfrontaci s úmrtím pacienta.

Sesbírané a nevyužité dotazníky by případně mohly posloužit pro další výzkum, který by bylo vhodné provést na větším vzorku respondentů. Zjištěním by mohla být případná korelace vzorku, který se setkal s daným typem úmrtí (např. úmrtím dítěte) s volbou copingových strategií specifických pro tuto zátěžovou situaci. Zajímavé výsledky by také mohl přinést výzkum, který by se zabýval porovnáním copingových strategií pracovníků zdravotnické záchranné služby a jejich spokojeností se Systémem psychosociální intervenční služby. Respondenti by nejprve subjektivně vyhodnotili funkčnost a jejich spokojenost se Systémem psychosociální intervenční služby daného kraje, ve kterém působí. Tyto výsledky by byly porovnávány s copingovými strategiemi, které již byly sesbírány prostřednictvím dotazníků zahrnující otázky z SVF 78.

Rozhovor mi taktéž umožnil lépe zmapovat vnímání smrti zdravotnických záchranářů. Výsledkem mi byly celkem tři kategorie v nahlížení na smrt, přičemž u dvou z těchto kategorií se projevilo rozdílné využití copingových strategií. Toto zjištění potvrdilo přílišnou univerzalitu dotazníku SVF 78 a také volbu různých copingových strategií v závislosti na daném typu psychické zátěže, které jedinec čelí.

Jak již bylo naznačeno výše, výzkum odhalil rozdíly ve využití copingových strategií v závislosti na typu zátěžové situace, v našem případě na daném typu úmrtí. Má premisa byla taková, že se respondenti v rozhovoru sami zmíní o dvou typech úmrtí, a sice úmrtí náhlém a nepředvídatelném a úmrtí přirozeném. První typ byl respondenty často asociován s úmrtím dětí či mladých lidí. Úmrtí těchto jedinců prožívali intenzivněji, než tomu bylo u smrti seniorů, čímž se dostáváme k druhému typu úmrtí. O takovém typu úmrtí respondenti často hovořili jako o přirozeném ději, zatímco smrt dětí a mladých lidí nejčastěji označovali jako tragédii. Mezi volbou copingových strategií po konfrontaci se smrtí a vnímáním smrti samotné byla prokázána souvislost.

Výsledky této studie týkající se vnímání smrti korespondují především s výsledky Jurišové (2016). Potvrzují, že úmrtí dítěte či mladého člověka obecně (tedy nejen mladistvého) má na záchranářovu psychiku mnohem výraznější dopady než úmrtí jedince v seniorském věku. U tří ze šesti respondentů v souvislosti s úmrtím dítěte či mladého

člověka zazněly negativní pocity či emoce, které je při takové události doprovázely. Na obecné rovině pak byla smrt zdravotnickými záchranáři nejčastěji vnímána zkrátka jako součást života. Tři respondenti také uvedli víru v posmrtný život. Tato skutečnost byla vyhodnocena jako copingová strategie, která respondentům může napomoci k lepšímu zvládnutí úmrtí svých pacientů.

Z analýzy rozhovorů vyplynulo několik copingových strategií. Při interpretaci těchto dat jsem vycházela především z dotazníku SVF 78, jehož škály mi z velké části posloužily jako inspirace pro jejich vyhodnocení. Všechny copingové strategie, které se u respondentů projeví, byly rozřazeny do dvou hlavních kategorií. První kategorie zahrnovala pozitivní copingové strategie, druhá naopak strategie negativní.

Výsledky mnou realizovaného výzkumu hovoří tak, že všichni respondenti vykazali při konfrontaci s úmrtím dítěte či mladého člověka více copingových strategií, než tomu bylo v případě úmrtí seniora. Každý z respondentů projevil při prvním typu úmrtí celkem čtyři až sedm různých druhů copingových strategií. V případě úmrtí druhého typu, tedy úmrtí seniora, respondenti volili minimálně jednu a maximálně až tři copingové strategie. Využití více copingových strategií v případě prvního typu úmrtí si vysvětlují tím, jelikož se člověk s úmrtím dítěte či mladého člověka neseťkává příliš často. Taková ztráta většinou bývá spíše náhlá a nepředvídatelná a jedince tak může o to více zasáhnout. Domnívám se, že v důsledku toho pak jedinec volí více copingových strategií, prostřednictvím nichž se snaží s takovou událostí vyrovnat.

V případě prvního typu úmrtí byla všemi respondenty prokázána copingová strategie *potřeba sociální opory*. Každý z respondentů přisuzoval značnou důležitost si o takové tragické události s někým pohovořit. Nejčastěji to bývali kolegové ze zdravotnické záchranné služby, ale i partner či partnerka. Respondenti také uvedli, že považují za obecně lepší tyto typy výjezdů prodiskutovat s někým, kdo má zkušenosti ze stejného oboru. Další nejčastěji volenou strategií byla *pozitivní sebeinstrukce*. Ta se v případě prvního typu úmrtí objevila celkem u čtyř respondentů. Objevily se také negativní copingové strategie, a to celkem u čtyř respondentů. Nejčastěji uváděnou byla strategie *perseverace*. Tyto negativní strategie byly uvedeny pouze v souvislosti s prvním typem úmrtí.

Dushek et al. (2020) ve své studii předkládají výsledky copingových strategií zdravotnických záchranářů zjišťovaných prostřednictvím dotazníku SVF 78. Ukázalo se, že tito zdravotníci vykazovali obecně nižší skóre v kategorii negativních copingových strategií.

Vyšší hodnoty se projevily na škálách *podhodnocení, kontrola situace, kontrola reakcí a pozitivní sebeinstrukce*. Lze tedy konstatovat, že se respondenti tohoto výzkumu více projeví v kategorii pozitivních strategií. I v mnou provedeném výzkumu se ukázalo, že tito zdravotníci skórovali obecně mnohem méně na škálách negativních copingových strategií, zato více na škálách pozitivních copingových strategií. V tomto ohledu se výsledky mnou provedené studie a studie výše zmíněné poměrně shodují. V mnou provedeném výzkumu lze ale zpozorovat rozdíly ve volbě copingových strategií na základě daného typu úmrtí. Skutečnost, že se copingové strategie mohou v různých typech stresových situací lišit, nebere výše zmíněná studie v úvahu.

V případě druhého typu úmrtí, tedy úmrtí seniora, se žádný z respondentů neprojevil v kategorii negativních copingových strategií. Je samozřejmě možné, že jsem některou ze strategií spadající pod tuto kategorii mohla při analýze rozhovorů přehlédnout, ba dokonce špatně interpretovat. Vzhledem k pozitivnímu vnímání smrti přirozené, tedy smrti seniora, usuzuji na možný soulad mezi volbou copingové strategie a konfrontací s takovýmto typem úmrtí. Nejčastěji uváděnou strategií v případě úmrtí seniora byla *potřeba sociální opory*. Z výsledků studie Jurišové (2016) se tato strategie taktéž jeví jako jedna z nejvyužívanějších, nehledě na specifický typ zátěžové situace.

Na základě výsledků mého výzkumu se domnívám, že existuje souvislost mezi vnímáním smrti a volbou copingových strategií v případě, kdy je člověk vystaven tomuto typu psychické zátěže. Důležitým aspektem ovlivňující volbu strategie je také typ úmrtí.

Mezi délkou praxe, pohlavím, věkem respondenta a volbou copingových strategií nebyly zpozorovány významné rozdíly. To může poukazovat na nedostatek mého výzkumu, jímž byl malý počet respondentů. Pro další výzkum považuji za více než vhodné zajistit větší výzkumný vzorek. Respondenti by také měli, pro lepší porovnání, disponovat rozmanitou délkou praxe. Taktéž by mohlo být vyváženější zastoupení genderových kategorií. Údělem kvalitativního výzkumu je také subjektivní vyhodnocení dat, na jehož základě může dojít k chybné interpretaci. Tuto skutečnost považuji v mém výzkumu za potenciální hrozbu.

Závěr

Konfrontace se smrtí může být pro většinu z nás psychicky velmi náročná. Každý jedinec má s tímto fenoménem odlišnou zkušenost. V důsledku neustále se zlepšující lékařské péče a rozvoje medicíny lze říci, že se lidé v dnešní době nesetkávají tvář v tvář smrti tolik, jako tomu bylo dříve. Díky tomuto rozvoji se smrt přesouvá především do nemocničního prostředí. Zdravotničtí záchranáři (a nejen tito zdravotníci) se s fenoménem smrti a umírání setkávají mnohem častěji než ti, kteří ve zdravotnictví nepracují. Výsledky několika studií, mezi něž patří např. studie Šeblové a Kebzy (2005) či studie Abrahama et al. (2018) předkládají největší stresory v povolání zdravotnického záchranáře. Je jím právě ona smrt či kardiopulmonální resuscitace dětí či mladých lidí. V návaznosti na tuto skutečnost byl proveden výzkum, který se zabýval copingovými strategiemi zdravotnických záchranářů po konfrontaci s úmrtím pacienta.

Teoretická část mé práce se zabývala několika ústředními kapitolami. Jsou jimi stres, coping, umírání a smrt. Poslední kapitola teoretické části pojednává o zdravotnické záchranné službě České republiky. Empirická práce vycházela z mnou realizovaného výzkumu. Hlavní metodou sběru dat byl rozhovor doplněný o data získaná prostřednictvím dotazníku SVF 78. Určité výsledky práce jsou v souladu s dříve realizovanými výzkumy (např. Duschek et al., 2020), které se taktéž zabývaly výzkumem copingových strategií zdravotnických záchranářů. Byla nalezena shoda v obecně větším využití pozitivních copingových strategií.

Výsledky tohoto výzkumu dokládají rozdíly ve volbě copingových strategií zdravotnických záchranářů při konfrontaci s úmrtím pacienta. Důležitým aspektem, který ovlivňuje volbu strategie, je také typ úmrtí a vnímání tohoto typu úmrtí jedincem. Pokud se jedinec vztahuje k náhlému úmrtí jako k tragédii, jeho postoj se může odrazit i ve volbě copingové strategie, která bude velmi pravděpodobně negativní. Taková smrt, která je jedinci vnímána jako přirozený děj či osvobození, pak může snáze zapříčinit volbu pozitivních copingových strategií. Lze tedy usuzovat na jistou souvislost mezi vnímáním smrti a volbou copingových strategií při takové události.

Seznam použitých zdrojů

- Abraham, L. J., Thom, O., Greenslade, J. H., Wallis, M., Johnston, A. N. B., Carlström, E., Mills, D., & Crilly, J. (2018). Morale, stress and coping strategies of staff working in the emergency department: A comparison of two different-sized departments. *Emergency Medicine Australasia*, 30(3), 375-381. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.12895>
- Andršová, A. (2012). *Psychologie a komunikace pro záchranáře*. Grada.
- Asociace zdravotnických záchranných služeb České republiky (n.d.). *Systém psychosociální intervenční podpory (SPIS)*. Dostupné 16. 2. 2022 z <https://www.azzs.cz/spis>
- Bartůňková, S. (2010). *Stres a jeho mechanismy*. Karolinum.
- Baumgartner, F. (2001). Zvládání stresu – coping. In J. Výrost & I. Slaměník, *Aplikovaná sociální psychologie II*. Grada Publishing.
- Bydžovský, J. (2008). *Akutní stavy v kontextu*. Triton
- Černý, V. (2006). *Jak překonat stres: testy a cvičení* (Vyd. 3). Computer Press.
- Duschek, S., Bair, A., Haux, S., Garrido, A., & Janka, A. (2020). Stress in paramedics: relationships with coping strategies and personality traits. *International Journal Of Emergency Services*, 9(2), 203-216. <https://doi.org/10.1108/IJES-06-2019-0029>
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J. & Delongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571–579.
- Franěk, O. (n.d.). *Systém zdravotnické záchranné služby v ČR*. Zachrannasluzba.cz: Nezávislý Web O Zdravotnické Záchranné Službě. Dostupné 4. 2. 2023 z <https://zachrannasluzba.cz/system-zzs-v-cr/>
- Freud, S. (1926). *Hemmung, Symptom und Angst*. *Gesammelte Werke*, Band 14. London: Imago Publishing, 111–205.
- Freudová, A. (2006). *Já a obranné mechanismy*. Portál.
- Goldstein, D. S. (1995). *Stress, catecholamines, and cardiovascular disease*. New York: Oxford University Press.

- Granter, E., Wankhade, P., McCann, L., Hassard, J., & Hyde, P. (2019). Multiple Dimensions of Work Intensity: Ambulance Work as Edgework. *Work, Employment and Society*, 33(2), 280–297. <https://doi.org/10.1177/0950017018759207>
- Hamouzová, B. (2021). *Smrt se stává tématem, o kterém se nemluví*. Praha: 2. LF UK.
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2010). Velký psychologický slovník. Portál.
- Hladký, A., Matoušek, O., Židková, Z., Vašina, B., Franc, Z., Hyška, P., Dabrowská, L., & Šperlingová, I. (1993). *Zdravotní aspekty zátěže a stresu: skripta pro posluchače Filozofické fakulty Univerzity Karlovy*. Karolinum.
- Hobfoll, S. E. (1998). *Stress, Culture and Community*. New York: Plenum Press.
- Humpl, L. & Zubrová, E. (n.d.). *Zpráva o činnosti SPIS 2022*. Mzcr.cz. <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2023/02/Zprava-o-cinnosti-SPIS-za-rok-2022.pdf>
- Janíček, P., & Marek, J. (2013). *Expertní inženýrství v systémovém pojetí*. Grada.
- Janke, W. & Erdmann, G. (2003). *Strategie zvládání stresu – SVF 78* (1.vyd.). Testcentrum s.r.o.
- Jianbin, X. (2016). Pargament's theory of religious coping: implications for spiritually sensitive social work practice. *British Journal of Social Work*, 46(5), 1394-1410. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcv080>
- Jurišová, E. (2016). Coping strategies and post-traumatic growth in paramedics: Moderating effect of specific self-efficacy and positive/negative affectivity. *Studia Psychologica*, 58(4), 259-275. <https://doi.org/10.21909/sp.2016.04.722>
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Academia.
- Kisvetrová, H., & Kutnohorská, J. (2012). Umírání a smrt v historickém vývoji. *Kontakt*, 12(2), 212-219. <https://doi.org/10.32725/kont.2010.029>
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *Journal of personality and social psychology*, 37(1), 1-11.
- Křivohlavý, J. (1994). *Jak zvládat stres*. Grada Avicenum.
- Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Portál.

- Kübler-Ross, E. (2015). *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Portál.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Psychological stress and the coping process*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Mao, X., Loke, A. Y., Fung, O. W. M., & Hu, X. (2019). What it takes to be resilient: The views of disaster healthcare rescuers. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 36. <https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2019.101112>
- Matějček, Z., & Dytrych, Z. (1998). *Československá psychologie: Časopis pro psychologickou teorii a praxi* (Roč. 42). Academia. <https://www.digitalniknihovna.cz/knav/view/uuid:5b63df68-420f-11e1-1431-001143e3f55c?page=uuid:5b63df69-420f-11e1-1431-001143e3f55c>
- Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky (n.d.). *Zdravotnický záchranář*. Národní Soustava Povolání. Dostupné 6. 2. 2023 z <https://nsp.cz/jednotka-prace/zdravotnicky-zachranar-bac5>
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky (n.d.). *Metodické doporučení pro poskytování psychosociální podpory ve zdravotnictví*. Mzcr.cz. Dostupné 25. 2. 2023 z <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/17753/38443/MD%20SPIS.pdf>
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky (n.d.). *Střediska zdravotnické záchranné služby*. Národní Zdravotnický Informační Portál. Dostupné 5. 2. 2023 z <https://www.nzip.cz/clanek/214-strediska-zdravotnicke-zachranne-sluzby>
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky (n.d.). *Zdravotnická záchranná služba – tísňová linka 155 nebo 112*. Národní Zdravotnický Informační Portál. Dostupné 5. 2. 2023 z <https://www.nzip.cz/clanek/205-zdravotnicka-zachranna-sluzba>
- Paulík, K. (2017). *Psychologie lidské odolnosti* (2., přepracované a doplněné vydání). Grada.
- Pearlin, L., & Schooler, C. (1978). The Structure of Coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19(1). doi: 10.2307/2136319
- Říčan, P. (2004). *Cesta životem*. Portál.
- Selye, H. (1976). *Stress in Health and Disease*. Boston: Buitenworth.

- Selye, H. (1983). The stress concept: Past, present and future. In Cooper, C. L. (Ed.), *Stress research*. New York: J. Wiley & Sons, 1–20.
- Shinebourne, P. (2011). The theoretical underpinnings of Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). *Existential Analysis*, 22(1), 16–31.
- Schreiber, V. (1992). *Lidský stres*. Academia.
- Šeblová, J., & Kebza, V. (2005). Zátěž a stres pracovníků záchranných služeb – výsledky první části studie. *Urgentní medicína: Časopis Pro Neodkladnou Lékařskou Péči*, 8(1), 27–29. https://urgentnimedcina.cz/casopisy/UM_2005_01.pdf
- Šeblová, J. (2007). *Zátěž a stres pracovníků záchranné služby s potenciálním vyústěním v burnout syndrom – možnosti včasné diagnózy, terapie a prevence* [Disertační práce, Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta]. <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/13664>
- Šeblová, J., Kebza, V., Vignerová, J., & Čepická, B. (2009). Preventivní a intervenční psychologické techniky pro zaměstnance záchranných služeb. *Urgentní medicína: Časopis Pro Neodkladnou Lékařskou Péči*, 12(1), 26–31. https://urgentnimedcina.cz/casopisy/UM_2009_01.pdf
- Tan, S. Y., & Yip, A. (2018). *Hans Selye (1907–1982): Founder of the stress theory*. Singapore Medical Journal, 59(4), 170–171. <https://doi.org/10.11622/smedj.2018043>
- Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Portál.
- Vašina, L., & Strnadová, V. (2009). *Psychologie osobnosti I* (3. vyd). Hradec Králové: Gaudeamus.
- Vágnerová, M. (2017). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál.
- Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie* (3., aktualiz. vyd.). Portál.
- World Health Organization (2021). *Health promotion glossary of terms 2021*. Dostupné 3. 2. 2023 z <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>
- World Health Organization (2023). *Stress*. Dostupné 2. 2. 2023 z <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/stress>
- Zacharová, E. (2017). *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení* (2., aktualizované a doplněné vydání). Grada Publishing.

Zákon č. 374/2011 Sb., *Zákon o zdravotnické záchranné službě* (2011).
<https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2011&typeLaw=zakon&What=Rok&stranka=4>

Watson, K. (2011). Gallows humor in medicine. *The Hastings Center Report*, 41(5), 37–45.

Willig, C. (2001). *Introducing qualitative research in psychology: adventures in theory and method*. Philadelphia, PA: Open University Press.

Seznam příloh

Příloha 1 – Dotazník

Příloha 2 – Přepis rozhovorů