

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ DISPEČERŮ ZDRAVOTNICKÉ  
ZÁCHRANNÉ SLUŽBY**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Autor: Karolína Hudečková

Vedoucí práce: Bc. Pavlína Picková

Datum odevzdání práce: 16. 8. 2010

## **Abstrakt**

Bakalářská práce se zabývá psychickou zátěží dispečerů zdravotnických záchranných služeb. Zaměřila jsem se v ní na postižení této problematiky, její následnou analýzu a popis na základě výzkumu. Prvním cílem bylo zmapování názorů dispečerů operačních středisek na psychickou náročnost jejich práce. Druhým pak jejich mínění o otázce - zda počet dispečerů ve službě jedné směny má vliv na jejich psychickou zátěž. Výzkum vychází z dotazníkového šetření a výzkumným objektem bylo 40 pracovníků operačních středisek v celém jihočeském kraji. (Pozn. Celorepublikový výzkum by byl technicky těžko proveditelný vzhledem k nepravděpodobné návratnosti rozeslaných dotazníků).

V úvodních kapitolách stručně popisuji operační středisko, činnosti, které dispečerů každodenně vykonávají a snažím se formulovat zásady správné komunikace, jež by měla být vedena během hovoru s volajícím na tísňové lince. Popisuji také obecné znaky stresu, faktory, které k němu vedou a stavy, propukající při jeho dlouhodobém působení na člověka. Konkrétně v práci popisuji posttraumatickou stresovou poruchu, syndrom vyhoření a zmiňuji se také o prevenci, jak se těmto rizikovým faktorům bránit.

V druhé části práce jsem se zaměřila na výsledky výzkumu, který byl proveden kvantitativní technikou, rozděním 45 dotazníků, z nichž bylo zpětně zpracováno 40. Výzkum a výsledky tvoří podstatnou část práce a přináší důkazy o tom, že pracovníci operačních středisek prožívají psychickou zátěž, na níž má vliv mnoho faktorů, z nichž některé jsou do jisté míry ovlivnitelné, a s jejich uvědoměním lze alespoň částečně tuto zátěž snížit. Práce využívá rovněž komparační metody s možností porovnání psychické zátěže mezi jednotlivými dispečery. V neposlední řadě obsahuje také inspiraci k zamyšlení nad touto problematikou a osobní návrhy, jak by bylo možno pozitivně přispět ke snížení této zátěže a vůbec k dalšímu rozvoji řešení tohoto problému.

## **Abstract**

This bachelor thesis deals with mental strain in dispatchers of medical emergency services. I focused on covering these questions, the follow-up analysis and description, on the basis of research. The first objective was to survey opinions of operations centre dispatchers of the mental strain in their work. The next objective was their opinion of the question whether the number of dispatchers on duty in one shift influences their mental strain. My research is based on questionnaire surveying, and the research object covered 40 employees in operational centres all over the Region of South Bohemia. (Note: a nationwide research would be technically hardly realisable, as it is improbable that the questionnaires sent in would be returned).

The introductory chapters contain a brief description of the operations centre and activities that the dispatchers perform every day, and I try to formulate the principles of the correct communication that should be led in the conversation with the callers on the distress line. I also describe general features of stress, the factors that lead to it, and the states breaking out as a result of its long-term effect on people. Specifically in this thesis, I describe post-traumatic stress disorder and the burn-out syndrome, and I also mention prevention to defend oneself against these risk factors.

The second part of the thesis focuses on the results of the research conducted by quantitative technique, by handing out 45 questionnaires, 40 of which were processed after they were sent back. The research and results make up an essential part of the thesis and bring proofs of the fact that employees of operations centres undergo mental strain influenced by a number of factors. Some of these factors can be influenced, and becoming aware of these factors, this strain may be at least partially reduced. The thesis also uses the comparative method with the possibility of comparison of the mental strain between individual dispatchers. Last but not least, it contains inspiration for considering these questions, and personal proposals for a positive contribution to lowering this strain and a further development of this problem in general.

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

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

V Českých Budějovicích 16. 08. 2010

.....

Karolina Hudečková

Děkuji Bc. Pavlíně Pickové za odborné vedení mé práce, konzultace, užitečné rady a připomínky, MUDr. Ondřeji Fraňkovi za poskytnutí důležitého materiálu k této práci a Bc. Jiřímu Majstrovi za užitečnou konzultaci.

## **Obsah:**

Úvod	7
1. Současný stav	8
1.1 Historie zdravotnické záchranné služby	8
1.1.1 Historie operačního střediska zdravotnické záchranné služby	8
1.2. Současnost operačního střediska zdravotnické záchranné služby	10
1.2.1 Úkoly zdravotnického operačního střediska	11
1.2.2 Vzdělání dispečerů	11
1.3 Operační řízení	12
1.3.1 Pracovní náplň dispečerů zdravotnického operačního střediska	13
1.3.2 Výjezdové posádky zdravotnické záchranné služby pro potřeby OS	14
1.3.3 Komunikace dispečerů OS ZZS	15
1.3.4 Základní povinná dokumentace a archivace operačního střediska	16
1.4 Kapacitní dimenzování ZOS	17
1.4.1 Minimální a optimální počet dispečerů	17
1.4.2 Výpočet dispečerů v závislosti na zatížení ZOS	19
1.5 Komunikace s volajícím během příjmu tísňové výzvy	21
1.5.1 Volání z první, druhé a třetí ruky	22
1.5.2 Cizinci a jazyková bariéra	23
1.6 Stres pracovníka ZOS a volajícího	24
1.6.1 Stres volajícího a jeho příčiny	26
1.6.2 Metody komunikace s nekomunikativním volajícím ve stresu	27
1.6.3 Stres dispečera OS ZZS a jeho příčiny	29
1.6.4 Prevence a boj se stresem dispečera	30
1.6.5 Posttraumatická stresová porucha	31
1.6.6 Syndrom vyhoření – burn out syndrom	32
2 Cíl práce a hypotézy	37
2.1 Cíl práce	37
2.2 Hypotézy	37
3 Metodika	38

4	Výsledky	39
5	Diskuze	52
6	Závěr	62
7	Seznam použitých zdrojů	63
8	Klíčová slova	65
9	Přílohy	66

## Úvod

Záchranná služba, dobrý den. Jednoduchá věta, jednoduché představení. Denně prolétne éterem v naší zemi v průměru 6637 krát a pro většinu volajících je úpěnlivě očekávaná. Znamená rozhybání laviny pomoci. Je to věta, kterou se představují pracovníci operačních středisek záchranných služeb do telefonu tísňové linky 155. Psychická zátěž dispečerů operačních středisek ZZS je často vyčerpávající. Kdo si tuto práci nevyzkoušel, jen těžko může pochopit někdy velmi úporné boje s časem. Většina veřejnosti si pod pojmem záchranná služba představí pouze sanitní vozy s posádkami. Téměř nikoho však nenapadne, že mozkem, který vše řídí, je dispečer operačního střediska. Touto prací bych chtěla poukázat na skrytou psychickou zátěž dispečerů, jejich často naprostou vyčerpanost z dobře odvedené práce a v neposlední řadě na nedostatečný sociálně-rehabilitační program této složky integrovaného záchranného systému (dále jen IZS)<sup>1</sup>.

V prvních dvou kapitolách se věnuji historii záchranné služby a zdravotnického operačního střediska i současnému stavu, úkolům, které operační středisko vykonává a zmiňuji se o vzdělání dispečerů. Ve třetí kapitole jsem se soustředila na operační řízení, každodenní pracovní náplň dispečerů, na základní povinnou dokumentaci operačního střediska a popisuji také činnost výjezdové posádky zdravotnické záchranné služby. Čtvrtá je věnovaná optimálnímu dimenzování zdravotnického operačního střediska. Pátá pojednává o komunikaci, jejích zásadách, a způsobech vedení hovoru s volajícím během tísňového volání tak, aby docházelo k co nejmenšímu stresu na obou stranách. Šestá analyzuje stres dispečera, zkoumá jeho příčiny a zabývá se způsoby, jak mu čelit. Zmiňuji se také o posttraumatické stresové poruše a syndromu vyhoření, které mohou vzniknout jako důsledek dlouhodobějšího stresu. Pojednávám o zákulisí tohoto fenoménu v důvěře a naději, že tato práce může přinést ředitelům zdravotnických záchranných služeb a vedoucím operačních středisek jistou inspiraci k zamyšlení, příp. využití k dalšímu rozvoji vlastní organizace.

---

<sup>1</sup> Bradna, J. „Záchranná služba, dobrý den.“ [online] [cit.25.5.2010] Dostupné z URL: <<http://www.bradna.blog.idnes.cz/>>



# 1 Současný stav

## 1.1 Historie zdravotnické záchranné služby

Polní nouzová péče byla poskytována v různých formách od samého počátku historie. Během středověku Maltézští rytíři pomáhali svým zraněným druhům a začali pozvolna tvořit základ moderního sboru Maltézských rytířů a činnosti ambulance St. John. První dochovaný záznam o použití ambulance při nehodě je znám z roku 1487 z doby vlády španělské královny Isabelly. Španělská armáda byla svého času velmi dobře konstituována a hlásili se do ní dobrovolníci z celého světa, z nichž se následně začaly vymezovat skupiny, které měly později zásluhu o vytvoření první vojenské nemocnice, známé také pod názvem „ambulancias“. Zranění vojáci ale nebyli zvednuti z bojiště dříve než po skončení bitvy, proto stále mnoho životů bylo zmařeno již na bitevním poli. Během bitev byli zranění z bojiště odnášeni. K pokroku došlo až za doby francouzského chirurga Jeana Dominique Larreyho (1766 – 1842), kdy byli zranění odnášeni z bojiště již během bitvy a který je dnes považován za „otce“ přednemocniční neodkladné péče. Ten zavedl tzv. „létající ambulanci“, která měla poskytovat chirurgickou pomoc v blízkosti bojišť, kdy v návaznosti byli zranění sváženi do tehdejších lazaretů až po primárním ošetření. Zasloužil se také o vznik nosítek, které se začaly využívat pro přenášení raněných. Larrey také věděl, že je nutné vždy nejdříve zastavit krvácení a rány musejí být překryty čistým obvazem kvůli bezprostředně hrozící ranné infekci s prognózou fatálního konce. Jeho mobilní ambulance se začaly později postupně zavádět ve všech moderních armádách, takže můžeme konstatovat, že válečná chirurgie položila vlastně základy dnešní urgentní medicíny<sup>2</sup>.

### 1.1.1 Historie operačního střediska zdravotnické záchranné služby

Činnost záchranné služby si nelze představit bez jejího hlavního řídicího centra, kterým je zdravotnické operační středisko neboli dispečink. Lze říci, že operační středisko je tzv. „mozkem“ záchranné služby: přijímá tísňové výzvy, předává je jednotlivým vozům a poskytuje jejich posádkám veškerou informační podporu. V další řadě také podává mnoho informací volajícím na linku 155, od instrukcí

---

2 Vavrová, L. Záchraná služba [online] [cit. 26.2.2010] Dostupné z URL: <<http://www.soc.nidm.cz/archiv/getWork/hash/40K06LV200990A>>

k poskytnutí první pomoci postiženému do příjezdu sanitky, podává tzv. resuscitací po telefonu, k pomoci a spolupráci při hledání nezvěstných osob. První doložené záznamy o „dispečinku“ dostupném ne jinak než osobní žádostí o pomoc pocházejí z dvacátých a třicátých let dvacátého století. V těchto letech existovala stanice Ochranného sboru, která měla sídlo v bývalé mincovně na Staroměstském náměstí 11 a byla k dispozici s telefonní linkou s číslem 60727. Od roku 1938 byly již k dispozici linky dvě. Pro další zlepšení dostupnosti této služby a lepší využití vozů měly posádky za povinnost hlásit předání pacienta v nemocnici. Díky přítomnosti zástupce dopravního podniku v představenstvu „sboru“ se pro jednotlivá hlášení začalo zavádět používání dispečerských stojanů dopravního podniku. V této etapě byly tehdy položeny základy pro budoucí dispečerské linky a operativní řízení celé záchranné služby. Začaly postupně vznikat také přímé linky do většiny pražských nemocnic, které obcházely tehdy ne moc spolehlivou a málo kapacitní telefonní sít' pro veřejnost. V roce 1945 při Všesokolském sletu byl švýcarskou firmou BBC představen radiotelefon, který umožňoval spojení řídicího centra přímo s posádkou ve voze. „První praktické zkoušky v sanitních vozech však proběhly až v roce 1952. Tehdejší radiový systém byl ovšem značně nedokonalý vzhledem k členitosti terénu v Praze a měl také řadu hluchých míst“<sup>3</sup>.

Zanedlouho pak záchranná služba získala pro své účely nové prostory v ulici Dukelských hrdinů v Holešovicích. Vydržela v nich téměř do konce století a dočkala se tam svého největšího rozkvětu (Pozn. Natáčel se tam také později známý seriál Sanitka). Tamější operační středisko mělo již k dispozici čtyři pracoviště, a to tři příjmové a jedno řídicí. V roce 1964 byl uveden do provozu již výrazně modernější radiový systém, který byl schopen pracovat již s několika základnovými radiostanicemi. Vzhledem k tomu, že začínalo docházet k celkovému nárůstu jednotlivých zásahů, byl zvýšen počet dispečerských pracovišť na osm a oddělila se rychlá záchranka od převozové služby. K rozvoji komunikace došlo v roce 1977, kdy byl uveden do provozu zcela nový radiový systém pracující v tzv. semiduplexním provozu na kmitočtovém pásmu 83 MHz. Tento systém dovozoval mimo jiné adresné volání

---

3 ZZShmp, územní středisko záchranné služby. [online] [cit. 10.3.2010] Dostupné z URL: <<http://www.zzshmp.cz/zdravotnicka-zachranna-sluzba/historie/>>

vozu a záchranné službě zpřístupňoval pět kanálů, které mohly být použity současně. V té době se dispečink přesunul do lepších prostor, kde bylo k dispozici již 10 pracovišť, na kterých se denně realizovalo až 1200 výzev. Na počátku devadesátých let však i tento tehdejší poměrně dobrý systém technicky i morálně zastaral a bylo zřejmé, že jej bude nutné zásadně technicky inovovat. S postupným rozvojem nových IT technologií se začaly nabízet široké oblasti využití moderní výpočetní techniky, mobilního operatérství, včetně satelitní navigace (dále jen GPS). „Úvahy o zásadním vylepšení technologií katalyzovala restituce objektu v Holešovicích a výsledkem bylo rozhodnutí o vybudování nového operačního střediska záchranné služby v Praze“<sup>4</sup>.

V roce 1990 bylo po několika letech příprav, stavebních úprav, vývoje a instalace nejmodernějšího zařízení uvedeno nové operační středisko do zkušebního provozu v nových prostorách v Korunní ulici č. 98 na Vinohradech. Zpočátku bylo provozováno jen pro převozovou službu a po určitém čase i pro veškeré zásahy záchranné služby hlavního města Prahy. V současnosti má pražská záchranná služba k dispozici osm pracovišť, která jsou vybavena nejmodernějšími IT technologiemi. Každý den v těchto prostorách přijímá 5 až 8 pracovníků průměrně 1000 telefonátů, z nichž jde o 250 až 300 naléhavých zásahů, z toho přibližně 60 s nutností účasti lékaře<sup>5</sup>.

## ***1.2 Současnost operačního střediska zdravotnické záchranné služby***

Operační středisko (dále jen OS) je centrálním řídicím pracovištěm územního střediska nebo okresního střediska zdravotnické záchranné služby, na které jsou napojena stanoviště výjezdových skupin. Tato stanoviště, včetně jednotlivé výjezdových skupin, jsou operačnímu středisku podřízena - pokud jsou součástí jednoho právního subjektu nebo na základě smluvního vztahu mezi OS řídicího se vyhláškou Ministerstva zdravotnictví České Republiky (dále jen MZ ČR) č. 434/1992 Sb., o zdravotnické záchranné službě zřizované státem či subjektem, který provozuje výjezdová stanoviště s výjezdovými skupinami. Operační středisko je budováno

---

<sup>4</sup> ZZShmp, územní středisko záchranné služby. [online] [cit. 10.3.2010] Dostupné z URL: <<http://www.zzshmp.cz/zdravotnicka-zachranna-sluzba/historie/>>

<sup>5</sup> Tamtéž

buď jako čistě zdravotnické, které plní své specializované úkoly, nebo v součinnosti s integrovaným záchranným systémem jako součást integrovaného operačního střediska, v rámci kterého je však povinno vykonávat a plnit specializované zdravotnické úkoly. Provoz operačních středisek zdravotnické záchranné služby zajišťují operátorky a operátoři se středním zdravotnickým vzděláním, oborem zdravotní sestra zakončeném maturitou, či diplomovaný zdravotnický záchranář<sup>6</sup>.

### ***1. 2. 1 Úkoly zdravotnického operačního střediska***

Základní úkoly zdravotnického operačního střediska lze definovat jako: příjem tísňové výzvy, též nazýváno „call-talking“, neboli získání a vyhodnocení dostupných informací a na jejich základě stanovení naléhavosti události a potřebného typu výjezdové skupiny. Patří sem také operační řízení neboli vyslání a koordinace činnosti výjezdových skupin, a to jak vzájemně, tak s ostatními zasahujícími subjekty a zdravotnickými zařízeními. Řadíme sem také informační služby zajišťující přístup výjezdových skupin, informování veřejnosti o zdravotnických službách, případně poskytování odborných rad a instrukcí, nazývaných též telemedicina<sup>7</sup>.

### ***1. 2. 2 Vzdělání dispečerů operačního střediska Zdravotnické záchranné služby***

Operátor, který pracuje na dispečinku zdravotnické záchranné služby musí vzhledem k vykonávané práci být na výši nejen odborně, ale měl by mít také dostatečnou praxi. Současným odborným kritériem pro výkon tohoto povolání je ukončená střední zdravotnická škola a pomaturitní specializační studium v oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče. Další alternativou je pomaturitní studium v oboru diplomovaný zdravotnický záchranář na vyšších a vysokých školách<sup>8</sup>.

Tísňové linky zpravidla obsluhují pracovníci, kteří mají praxi v urgentních oborech, pracovali na jednotkách intenzivní péče či anesteziologicko-resuscitačních

---

<sup>6</sup> Kalík, Č., Tomek, P., Pokorný J. *Standarta léčebného plánu a intervencí v PNP a urgentní medicíně*, II. Část – Okresní operační středisko ZZS, Základní organizační standart., ZZS Příbram, 1999

<sup>7</sup> Franěk, O. *Manuál dispečera Zdravotnického operačního střediska*. 2. opravené a doplněné vydání, Computer Press a.s. Brno, 2010. 230 s.

<sup>8</sup> Dvořák, B. *Zdravotnické operační středisko a jeho úskalí*. Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2002. Dostupné z URL: <<http://www.apra.ipvz.cz/download/>>

odděleních. Řada z nichž má rovněž zkušenost s prací ve výjezdových skupinách záchranné služby<sup>9</sup>.

Vzdělání dispečerů a zdravotnických záchranářů stanoví zákon MZČR č. 96/2004 Sb., v platném znění o nelékařských zdravotnických povolání a navazujících předpisech – vyhláška MZČR č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků<sup>10</sup>.

### **1.3 Operační řízení**

Důležitým okamžikem pro rozhodování v rámci operačního řízení je *vyhodnocení* příjmu tísňové výzvy. Spadá sem celková situace na daném území, konfigurace komunikací v terénu a situace ve zdravotnických zařízeních. Hlavním cílem aktivního operačního řízení je optimalizace fungování systému jako celku. Operační řízení je efektivní činností zejména tehdy, pokud je v dané lokalitě k dispozici více zdrojů. Většinou se jedná o několik výjezdových skupin různého zaměření rovnoměrně lokalizovaných na řízeném území. Poté začíná hrát důležitou úlohu snaha o optimalizaci fungování systému. Další součástí operačního řízení je také vzájemná souhra jednotlivých činností výjezdových skupin a koordinace s ostatními zasahující složkami integrovaného záchranného systému, případně dalšími subjekty dle potřeby, včetně spolupráce mezi jednotlivými regiony. V některých systémech zprostředkovává zdravotnické operační středisko také zpětnou vazbu mezi posádkami a cílovým zdravotnickým zařízením. Dopředu informuje o příjezdu pacienta, případně poskytuje přehled o volných lůžkách na odděleních intenzivní péče. V mnoha případech tyto činnosti vykonávají posádky samy. Předpokladem je, aby měly k dispozici potřebné informace - například počet volných lůžek, kontakty, přičemž s těmito informacemi může cílové zdravotnické zařízení na jejich komunikaci aktivně reagovat. Existuje tedy nejméně jedno kompetentní komunikační místo s nepřetržitým provozem, jímž bývá zpravidla pracoviště, které je součástí oddělení urgentního příjmu, tzv. „emergency“<sup>11</sup>.

---

<sup>9</sup> Humpal, L. Operační střediska [online][cit.16.6.2010] Dostupné z URL: <<http://www.uszsmsk.cz/Default.aspx?subhref=operStrediska>>

<sup>10</sup> Střední a vyšší odborná zdravotnická škola E. Pottinga Olomouc. Vzdělávací program Diplomovaný zdravotnický záchranář [online][cit.25.8.2010]Dostupné z URL: <<http://www.epol.cz/Download.ashx?Id=f5b393aa-de2c-4aa5-b485...>>

<sup>11</sup> Franěk, O. *Manuál dispečera Zdravotnického operačního střediska*. 2. opravené a doplněné vydání, Computer Press a.s. Brno, 2010.

Emergency v anglickém jazyce znamenající nouzový či naléhavý je centrální oddělení urgentního příjmu. Jeho úkolem je zajistit rychlou a účinnou pomoc pro pacienty s akutním problémem. Dříve tuto funkci plnily ambulance jednotlivých specializací. Emergency má však oproti nim řadu výhod a dává lékařům v boji o život mocný trumf, kterým je efektivněji a v kratším čase ošetřit pacienta<sup>12</sup>.

### **1. 3. 1 Pracovní náplň dispečerů operačního střediska zdravotnické záchranné služby**

„Řečeno s trochou básnické licence, hlavním úkolem ZOS je: použít správné zdroje ve správný čas na správném místě“<sup>13</sup>. Jedním z nejdůležitějších úkolů každého operačního střediska je *příjem* tísňové výzvy na lince s číslem 155. Mohou být ale také přijaty předané tísňové výzvy od Hasičského záchranného sboru s číslem telefonní linky 150, Policie České republiky s číslem 158 či tísňová výzva na jiné státní lince. V praxi se lze setkat i s jinými způsoby, např. radiovou relací z vozu dopravy raněných, nemocných a rodiček (dále jen DRNR), nebo od Lékařské služby první pomoci (dále jen LSPP) na koordinačních zdravotnických kmitočtech. Lze též přijímat předané výzvy od jiných zdravotnických zařízení jako je okolní ZZS, LSPP či obvodní lékař. Při příjmu tísňové výzvy operátor zjišťuje základní osobní údaje o pacientovi: příjmení, jméno, věk, datum narození, údaje o jeho zdravotním stavu, případně nachází-li se na místě více postižených osob, údaje o místě zásahu, rozsahu hlášené události, potřebě součinnosti v rámci integrovaného záchranného systému (dále jen IZS), údaje o volajícím. Avšak ne vždy lze všechny tyto údaje od volajícího získat<sup>14</sup>.

Po přijetí tísňové výzvy zajišťuje operační středisko její *předání* výjezdovým skupinám příslušného výjezdového stanoviště zdravotnické záchranné služby nebo OS jiné ZZS. V rámci součinnosti v IZS lze výzvu předat hasičskému záchrannému sboru (dále HZS), Policii, středisku Územní záchranné služby pro zásah letecké záchranné služby (dále jen LZS). Také předává výzvy, které nejsou vyhodnoceny jako tísňové,

---

<sup>12</sup> Časopis Komfort 5/2005. Emergency: rychlá a efektivní pomoc [online][cit.8.4.2010] Dostupné z URL: <<http://www.linnet.cz/zdravotnicka-technika/o-spolecnosti/casopis-komfort/komfort-5-2005/27391/emergency-rychla-a-efektivni-pomoc>>

<sup>13</sup> Franěk, O. *Manuál dispečera Zdravotnického operačního střediska*. 2. opravené a doplněné vydání, Computer Press a.S. Brno, 2010. s. 12

<sup>14</sup> Franěk, O. *Manuál dispečera Zdravotnického operačního střediska*. 2. opravené a doplněné vydání, Computer Press a.S. Brno, 2010.

ostatním zdravotnickým subjektům, to znamená lékařské službě první pomoci, obvodnímu lékaři či dopravě raněných, nemocných a rodiček<sup>15</sup>.

U hromadného neštěstí operační středisko aktivuje složky dle traumatického plánu řídící se vyhláškou 328/2001 Sb., o některých podrobnostech zabezpečení integrovaného záchranného systému. Traumatický plán spočívá v nastartování všech dostupných sil a prostředků z vyplývající situace<sup>16</sup>.

### **1. 3. 2 Výjezdové posádky zdravotnické záchranné služby**

Podle zjištěných skutečností a v souladu s indikačním seznamem dispečer ZOS rozhoduje o předání výzvy k zásahu jednotlivým typům posádek. Jde o posádku rychlé lékařské pomoci (dále jen RLP), rychlé zdravotnické pomoci (dále jen RZP), posádku v systému rendez-vous (dále jen RV), Leteckou záchrannou službu (dále jen LZS), LSPP, sousední ZZS, DRNR, a o případnou aktivaci traumatologického plánu ZZS<sup>17</sup>.

Posádka RLP je tvořena řidičem, atestovaným lékařem a záchranářem. Posádku RZP tvoří řidič a zdravotnický záchranář. Systém RV neboli setkávací systém je složen z osobního vozu, tj. řidič a atestovaný lékař, který zaléčí, rozhodne o dalším transportu a případně poté na místo dojíždí posádka RZP, která pacienta transportuje do příslušného zdravotnického zařízení. Zkracují se tak dojezdové časy a zvyšuje se dostupnost lékaře. Posádka LZS se skládá ze dvou pilotů, atestovaného lékaře a sestry nebo zdravotnického záchranáře. Typ posádky DRNR bývá záložní kapacitou pro případ vzniku mimořádné události. Lze se setkat též s názvem dopravní zdravotnická služba (dále jen DZS). V rámci pozemní záchranné služby se obecně uplatňují dva základní přístupy v závislosti na stavu pacienta a následně dosažení zdravotnického zařízení. „Stay and play“ - je prioritou ošetření na místě s následným transportem a „load and go“, kdy je provedeno pouze nejnutnější vyšetření a ošetření

---

<sup>15</sup> Franěk, O. *Manuál dispečera Zdravotnického operačního střediska*. 2. opravené a doplněné vydání, Computer Press a.S. Brno, 2010.

<sup>16</sup> OT 15. Integrovaný záchranný systém [online][cit.23.4.2010] Dostupné z URL: <<http://www.streetsurvival.cz/files/IZS.doc>>

<sup>17</sup> Kalík, Č., Tomek, P., Pokorný J. *Standarta léčebného plánu a intervencí v PNP a urgentní medicíně*, II. Část – Okresní operační středisko ZZS, Základní organizační standart., ZZS Příbram, 1999

na místě s upřednostněním rychlého transportu. Tento přístup je vhodný zejména pro kritické stavy, které vyžadují další rychlou intervenci, např. chirurgickou<sup>18</sup>.

Dispečer OS vysílá posádku ze stanoviště, které je nejbližší místu zásahu. Na základě příjmu další tísňové výzvy však může být před dosažením místa zásahu přesměrována k jinému zásahu, pokud je indikace naléhavější a prvotní zásah je vyřešen jiným způsobem. Vše upravuje vyhláška Ministerstva zdravotnictví České Republiky č.434/1992 Sb., o zdravotnické záchranné službě ve znění pozdějších úprav, § 1, odst. 2, body a-e). Jakmile je však už pacient posádkou transportován, nemůže operační středisko tuto výjezdovou skupinu aktivovat k jinému zásahu na základě další tísňové výzvy. Posádka může být aktivována operačním střediskem k dalšímu zásahu až po předání pacienta do zdravotnického zařízení<sup>19</sup>.

### ***1. 3. 3 Komunikace dispečerů OS ZZS***

Operátoři komunikují pomocí základnové radiostanice s posádkami v mobilních prostředcích a s jednotlivými záchranáři, kteří jsou vybaveni ručními radiostanicemi na přidělených zdravotnických kmitočtech. Operační střediska záchranné služby jsou povinně vybavena těmito kmitočty: kmitočtem okresním a celostátním koordinačním. Mimo to mohou mít povolen pro provoz záchranné služby vlastní kmitočty. Radiostanice musí být schopny sledovat provoz na všech kmitočtech. A rozdělují se dle typů pracovišť záchranné služby. Operační středisko a výjezdová stanoviště jsou základnovými radiostanicemi, sanitní vozy mobilními a jednotliví záchranáři disponují ručními. Tyto údaje jsou součástí projektové dokumentace příslušné radiové sítě. K provozování radiové sítě si musí zdravotnická záchranná služba vyžádat povolení ke zřízení a provozování vysílacích radiových stanic pohyblivé pozemní služby a pevné služby, které vydává Český telekomunikační úřad<sup>20</sup>.

---

<sup>18</sup> Bydžovský, J. *Akutní stavy v kontextu*. Triton, 2008. 450 s.

<sup>19</sup> Kalík, Č., Tomek, P., Pokorný J. *Standarta léčebného plánu a intervencí v PNP a urgentní medicíně*, II. Část – Okresní operační středisko ZZS, Základní organizační standart., ZZS Příbram, 1999

<sup>20</sup> Tamtéž



### **1. 3. 4 Základní povinná dokumentace a archivace operačního střediska**

Mezi základní písemnou dokumentaci každého operačního střediska patří písemný záznam přijaté tísňové výzvy neboli Dispečerský záznam, dále základní evidence zásahů záchranné služby s názvem Kniha výjezdů, evidence předaných výzev jiným zdravotnickým subjektům a složkám integrovaného záchranného systému pod názvem Kniha předaných výzev a evidence požadavků na mezinemocniční transporty. Dále pod tuto dokumentaci spadá zápis o průběhu a předání služby na operačním středisku neboli Provozní deník operačního střediska ZZS, zápis požadavků na transport krve nazývaný Přeprava krve, evidence volných lůžkových kapacit ve vybraných odděleních nemocnic, které se nacházejí ve spádovém území záchranné služby a písemný příkaz k sekundárnímu, taktéž mezinemocničnímu transportu, který je dokumentován jako list s názvem Příkaz k transportu pacienta<sup>21</sup>.

Další důležitou součástí základní dokumentace operačního střediska je Provozní deník základnové radiostanice, který nemusí být veden, pokud je radiový provoz zaznamenáván na záznamovém zařízení a archivován. Řadíme sem také evidenci vydaných výpisů z dokumentace operačního střediska orgánům činným v trestním řízení na základě předložené žádosti, žádosti zdravotnického zařízení, které pacienta léčí apod., jež najdeme na operačním středisku pod názvem Vydaná dokumentace. Hlavní součástí je také Traumatologický plán ZZS. Velmi důležitou součástí celkové dokumentace zdravotnického operačního střediska je dokumentace pomocí výpočetní techniky, kam patří především informační systém ZZS, obsahující zápis dat z provozu operačního střediska, z provozu jednotlivých výjezdových skupin, registrace pacientů, zásahů, data pro zdravotní pojišťovny, traumatologický plán, geoinformační systém (dále GIS) a digitální mapy<sup>22</sup>.

Nalezneme zde také záznamové zařízení, nejlépe digitální, které nám poskytuje povinný zvukový záznam z výzev na linkách tísňového volání. Vhodné je podchytit a uchovat i ostatní státní telefonické hovory, povinný je záznam radiového provozu, kde musí být zaznamenány všechny relace mezi operačním střediskem a jednotlivými

---

<sup>21</sup> Kalík, Č., Tomek, P., Pokorný J. *Standarta léčebného plánu a intervencí v PNP a urgentní medicíně*, II. Část – Okresní operační středisko ZZS, Základní organizační standart., ZZS Příbram, 1999

<sup>22</sup> Tamtéž

výjezdovými skupinami. Zdravotnické operační středisko má též povinnost dokumentaci a data archivovat, a to po dobu různě dlouhou dle důležitosti každé písemnosti. Mezi základní dokumentací najdeme Knihu výjezdů s povinností uchování po dobu deseti let, jednotlivé písemnosti jako je dispečerský záznam, výjezdové záznamy RLP, RZP, RV, LSPP s nutností uchování po dobu pěti let. U archivace dat z činnosti operačního střediska pořízených v informačním systému výpočetní technikou není stanoven žádný časový interval. Tento interval také není stanoven u archivace dat z činnosti výjezdových skupin pořízených podobným způsobem. Nutností je však archivace zvukových záznamů ze záznamového zařízení, a to po dobu jednoho roku, vzhledem ke smlouvám se zdravotními pojišťovnami. Platná vyhláška MZ ČR č.434/1992 Sb., o zdravotnické záchranné službě ve znění pozdějších úprav, vyžaduje základní dokumentaci v písemné podobě<sup>23</sup>.

#### ***1. 4 Kapacitní dimenzování Zdravotnického operačního střediska***

##### ***1. 4. 1 Minimální a optimální počet dispečerů***

„Kapacitní dimenzování operačního střediska je jedním z klíčových parametrů, definující kapacitu a propustnost systému jako celku a personální obsazení dispečinků je jedním z nejužších míst řady systémů zdravotnických záchranných služeb“<sup>24</sup>.

Z mnoha příčin platí, že žádné samostatně stojící pracoviště by nemělo být obsazeno pouze jedním pracovníkem. Mimo nutnost plnění zákonných požadavků na pracovní dobu včetně přestávek na jídlo a oddech se jedná zejména o funkční důvody, jako je například udržení pozornosti a rychlost v rozhodování. Pokud je operační středisko personálně poddimenzované může jakýkoliv případ, který vyžaduje rozsáhlejší spolupráci Zdravotnického operačního střediska (dále jen ZOS) na jeho řešení (např. koordinace zásahu více posádek a/nebo nemocnic, avizování cílového zdravotnického zařízení) představovat pro fungování systému kritické riziko.<sup>25</sup>

---

<sup>23</sup> Kalík, Č., Tomek, P., Pokorný J. *Standarta léčebného plánu a intervencí v PNP a urgentní medicíně*, II. Část – Okresní operační středisko ZZS, Základní organizační standart., ZZS Příbram, 1999

<sup>24</sup> Franěk, O. *Manuál dispečera Zdravotnického operačního střediska*. 2. opravené a doplněné vydání, Computer Press a.S. Brno, 2010. s. 31.

<sup>25</sup> Tamtéž

Středisko může být často doslova paralyzováno plněním ostatních úkolů, zejména příjmem dalších tísňových výzev. Přetížený dispečer, který je zahlcený množstvím úkolů se navíc dostává do stresu, což potencionálně vytváří ty „nejlepší“ podmínky pro vznik špatných rozhodnutí. Velmi důležité je podotknout, že za tato rozhodnutí nese konečnou odpovědnost vlastní chybující dispečer, nikoliv vedoucí pracovník, který vznik těchto „podmínek“ připustil. Jsou-li ve směně již dva operační pracovníci, představují „kapacitu“ technicky schopnou zvládnout i poměrně náročný provoz střediska na „menší krajské“ úrovni, nadále však chybí rezerva v případě vzniku mimořádných událostí či řešení nenadálých provozních nebo organizačních problémů<sup>26</sup>.

Z těchto důvodů by mělo být každé operační středisko obsazeno ještě dalším pracovníkem, vedoucím směny, tzv. supervizorem, který by řešil situace nevztahující se přímo k příjmu a zpracování tísňové výzvy, kontrole práce dispečerů, ale samozřejmě v případě mimořádného nárůstu počtu požadavků by měl být schopen vykonávat i běžnou práci dispečerů. Za minimální obsazení každého samostatně stojícího operačního střediska lze tedy považovat sestavu 2 + 1. Je pochopitelné, že takové personální obsazení je velmi obtížně řešitelné u malých organizací a zůstává tedy otázkou, zda dát přednost malým ZOS s dobrou znalostí místních reálií, ale s výrazně nižším prahem zahlcení či spíše centralizovaným, velkým, kde mohou být potíže se znalostí místních specifik, ale jehož kapacita umožňuje dostatečně a kvalitně zvládnout i události s větším rozsahem, aniž by byla paralyzována dostupnost přednemocniční neodkladné péče pro ostatní obyvatele<sup>27</sup>.

Nabízejí se i další řešení, např. funkční sdružování operačních středisek více složek integrovaného záchranného systému nebo koncept distribuovaného operačního střediska územního celku, kraje, na němž jsou jednotlivá místní pracoviště technicky, funkčně i organizačně napojena a jsou tedy vzájemně zastupitelná, přestože jsou od něj fyzicky oddělena a ponechána na oblastní úrovni, případně na úrovni bývalých okresních měst, obdobně jako je tomu např. v systému linky 112<sup>28</sup>.

---

<sup>26</sup> Franěk, O. *Manuál dispečera Zdravotnického operačního střediska*. 2. opravené a doplněné vydání, Computer press a.s. Brno, 2010.

<sup>27</sup> Tamtéž

<sup>28</sup> Tamtéž

#### 1. 4. 2 Výpočet dispečerů v závislosti na zatížení ZOS

„Požadavek na minimální obsazení dvěma dispečery vychází převážně z jiných, než kapacitních důvodů. Na tuto úvahu ale logicky navazuje otázka, jaké vlastně zatížení jsou dva dispečeré schopni bezpečně zvládnout a kdy a jak je potřeba rozšířit jejich počet“<sup>29</sup>.

V minulých letech se objevily pokusy standardizovat obsazení operačních středisek na základě počtu obyvatel v obsluhované oblasti. Tato myšlenka sice vychází ze správného předpokladu, že celkový počet generovaných tísňových volání je v zásadě lineárně závislý na počtu obyvatel daného území, ale bohužel i z nesprávné úvahy, že k obslužení  $n$ -násobku hovorů je potřeba  $n$ -násobek dispečerů. To zůstává ovšem pravdou jen ve velmi specifickém případě, a to při 100% vytížení normální příchozí linky<sup>30</sup>.

U tísňových linek výše uvedené samozřejmě neplatí, na nich se naopak a zcela logicky vytížení pohybuje často na zcela opačném pólu v řádu jednotek, nejvýše desítek procent. Tato metoda navíc vůbec nepočítá s rozdílnou dobou zpracování příchozích volání v různých systémech práce a také nebere v úvahu jakékoliv funkční požadavky. Pochopitelný rozdíl nastane, budeme-li chtít vybudovat systém, v němž připustíme několikaminutové čekání na spojení jako je „hotline“ mobilního operátora a proti tomu systém, kde požadujeme statisticky velmi pravděpodobné spojení do několika sekund. Samozřejmě při srovnatelném počtu a délce hovorů. Zde již do hry vstupuje také teorie pravděpodobnosti<sup>31</sup>.

Základními závislostmi kapacity systémů na počet míst obsluhy, délce obsluhy jednoho telefonického vstupu, požadované průchodnosti systému a mnohými dalšími parametry se zabývá tzv. teorie hromadné obsluhy, známá také pod názvem „teorie front“. Tato metoda bývá běžně používaná pro výpočet kapacity a struktury výrobních nebo zpracovatelských linek, ale také třeba pro výpočet pokladen v supermarketech. Chceme-li matematicky modelovat nějaký systém, je nezbytné o něm zjistit jeho

---

<sup>29</sup> Franěk, O. *Manuál dispečera Zdravotnického operačního střediska*. 2. opravené a doplněné vydání, Computer Press a.s. Brno, 2010. s. 31

<sup>30</sup> Tamtéž, s. 31.

<sup>31</sup> Tamtéž, s. 32.

rozhodující parametry a následně je popsat. V případě tísňové linky je třeba zmapovat počet míst obsluhy, tj. počet linek, počet dispečerů zabývajících se obsluhou těchto linek, počet vstupů za jednotku času (zpravidla hodinu) a počet příchozích volání na linku 155, případně další obsluhované linky. Dále musíme brát v úvahu průměrnou délku obsluhy jednoho vstupu, čili průměrné zaneprázdnění dispečera hovorem a spolu s tím související další navazující činnosti. Důležitým momentem, který je třeba brát do úvahy, je maximální přípustná doba čekání na obsluhu (tj. jak dlouhé čekání považujeme u volajícího za přijatelné) a s tím související pravděpodobnost překročení maximální přípustné doby čekání. Podstatnou roli hraje také riziko maximální přípustné pravděpodobnosti toho, že se volající na tísňovou linku nedovolá. „Pokud jde o počet příchozích volání, je třeba znát rozložení počtu příchozích volání v čase a výpočet provádět pro nejexponovanější časovou jednotku, zpravidla hodinu. Z důvodu bezpečnosti a pokrytí nárazových požadavků je běžné uvažovat dvojnásobek průměru v dané hodině, to je tzv. „bezpečnostní násobek = 2“<sup>32</sup>.

„Maximální přípustná doba čekání na obsluhu a pravděpodobnost jejího překročení je v platném Doporučeném postupu ČLS JEP, spol. UM a MK č.11 definovaná tak, že 90% volání by mělo být obslouženo do deseti sekund<sup>33</sup>.“ Celkový čas, který by měl obsluhující dispečer strávit nad jedním tísňovým voláním by se měl pohybovat nejvýše mezi 50 až 70 sekundami, v závislosti na metodice daného zdravotního operačního střediska. Velmi důležitý parametr v této problematice je průměrná délka obsluhy jednoho příchozího vstupu. Tím samozřejmě není pouze délka vlastního hovoru s volajícím. Na jedné straně je nutné připočítat administrativní zpracování a další související činnosti včetně operačního řízení výjezdové skupiny reagující na toto volání, ale na druhé straně musíme samozřejmě započítat všechna volání, nejen ta týkající se tísňových výzev, ale bohužel i zpravidla velmi krátká nepatřičná a zlomyslná volání<sup>34</sup>.

---

<sup>32</sup> Franěk, O. *Manuál dispečera Zdravotnického operačního střediska*. 2. opravené a doplněné vydání, Computer Press a.s. Brno, 2010. s. 32

<sup>33</sup> Správná praxe zdravotnického operačního střediska. Doporučený postup č.11 ČSL JEP – spol. UM a MK., [online] [cit. 11.4.2010]. Dostupné z URL: <<http://www.urgmed.cz>>

<sup>34</sup> Franěk, O. *Manuál dispečera Zdravotnického operačního střediska*. 2. opravené a doplněné vydání, Computer Press a.s. Brno, 2010.

### **1. 5 Komunikace s volajícím během příjmu tísňové výzvy**

Výměna informací s ostatními lidmi, s okolím, též definována jako komunikace, je faktor, který odlišuje živé organismy od neživých. Mezi žádnými jinými tvory nenajdeme to, co u člověka, a to je - rozdíl mezi dobře a špatně komunikující osobou, rozdíl v životní úrovni, pohodě, míře rozvoje každé osobnosti či v celkové kvalitě života. Znalost komunikace posiluje, podtrhuje a znásobuje vše ostatní, co známe<sup>35</sup>.

Lidská komunikace je složitý mnohvrstevný proces závislý na individuální psychice každého člověka, jeho inteligenci, vzdělání, i sociálních zkušenostech. Jako příklad lze uvést schopnost reflektovat zvykové (dobové) konvence a kulturní tradice. Patří tedy k základní bio-sociální výbavě člověka, ale individuálně se liší svou vyvinutostí, vycvičeností, dědičnými dispozicemi, rozvojem komunikačních dovedností, výchovou v rodině i způsobem, jímž je realizována. Cílem komunikace je co nejúčinněji a s co pokud možno největším efektem něco sdělit, zjistit, pobavit, přesvědčit, ohradit... Její zvláštností je, že ve své mluvené podobě neexistuje mimo konkrétní účastníky, že probíhá vždy a jen v určitém čase a prostředí, v jedinečných, někdy obtížně opakovatelných situacích a má převážně dialogický charakter<sup>36</sup>.

Soubor zásad správné diskuse je komunikační pozitivní pomůcka pro nekonfliktní rozhovory. Mezi hlavní zásady rozvíjející kvalitní a dobrou komunikaci patří především jasnost, srozumitelnost, stručnost, názornost, správná volba hlasitosti, umění vcítit se do volajících, jasná zřetelnost, shoda se skutečností, správné tempo řeči, správný rytmus a modulace řeči, konzistence, integrita, postup od známého k neznámému, postup od jednoduššího příkazu ke složitějšímu, a od konkrétního k abstraktnímu a zpět. Důležitou roli hraje také přesvědčivý projev, který má svou formální a obsahovou stránku. Ve formální stránce je třeba věnovat pozornost zejména vlastnostem a parametrům hlasu, snaze o potlačování řečnických zlovyků, zvládnutí případné trémy, parametrům místa a času projevu, a schopnosti přizpůsobit se problematickým posluchačům, volajícím. V obsahové stránce je třeba věnovat pozornost tzv. úvodnímu prolomení ledu, vlastním argumentům, jejich řazení,

---

<sup>35</sup> Gruber, D. *Zlatá kniha komunikace*. 2.rozš.vyd. Gruber TDP, 2007. 249 s.

<sup>36</sup> Linhartová, V. *Praktická komunikace v medicíně*. Grada Publishing, a.s., 2007. 152 s.

protiargumentům neboli protikladu, důležité je dávat přirovnání k příkladům, závěru a výzvě<sup>37</sup>.

Velkým kladným faktorem je týmová spolupráce. Jedinec nestačí na všechno sám, a proto potřebuje kolem sebe skupinu lidí stejných nebo velmi podobných cílů, lidí vyznávajících stejný rámec co se týče prostředků pro dosahování těchto cílů, tzv. rámec právní, kulturní, kterým je tým. Pozitivem práce týmu oproti práci jedince je vzájemná *potenciace*. Jako obecný příklad lze uvést poradu týmu o nějakém problému. Jeden z členů vysloví nápad a návrh řešení. Tento nápad motivuje dalšího člena k jinému nápadu, polemice, apod., který by jinak bez prvotního nápadu v hlavě nikdy nevznikl. A čím více tvořivých lidí, tím více vznikne nápadů na řešení jednotlivých problémů. Negativem práce týmu je vzájemná závislost jeho členů, kteří by měli být schopni se na sebe spolehnout. A protože člověk není stroj, někdy to spolehnutí nevyjde, selže. Vzájemná závislost je tedy ekonomicky i silově vyšším stupněm než závislost jednoho člověka. Má ale i své nevýhody, je těžší na dosažení, křehčí na udržení, a nese také větší rizika. Aby tým dobře fungoval, je třeba respektovat ego každého člena týmu. Ego vnímané jako potřeba seberealizace a posilování nebo aspoň neoslabování vlastní důležitosti mají všichni, ale každý jinde. Tým by měl mít společný strategický plán při vizi hlavního cíle a v možnostech jeho dosažení. Komunikace mezi členy týmu má být pravidelná, opakovaná, jinak řečeno návyková, a co je návykové, to se zvládá s minimem energie. Pro dobré fungování týmu jsou také velmi nezbytné alespoň základní vzájemné sympatie v lidské rovině. Členové se musí mít navzájem aspoň trochu rádi, a netrpět averzí vůči nějakému členu svého kolektivu. K tomuto pocitu kladně přispívá, zažijí-li členové týmu své společné vítězství nad společným nepřítelem<sup>38</sup>. V případě pracovníků zdravotnických operačních středisek je to vítězství v boji nad smrtí.

### ***1. 5 .1 Volání z první, druhé a třetí ruky***

Hovory z první ruky jsou situace, kdy je v tísní sám člověk. Zde se můžeme poměrně dobře spolehnout na informace o jeho zdravotním stavu. Přesto je nezbytné

---

<sup>37</sup> Gruber, D. : *Zlatá kniha komunikace*. 2.rozš.vyd. Gruber TDP, 2007.

<sup>38</sup> Tamtéž

mít vždy na mysli, že volající může být na místě sám, a zpravidla tomu také tak je. Pro případ kolapsu během telefonátu je životně důležité, aby dispečer co nejdříve získal adresu místa zásahu. Ze stejného důvodu je nejpodstatnější instrukcí na závěr prosba o zjednání přístupové cesty, bude-li to potřebné, např. odemčení bytu. Hovory z druhé ruky jsou situace, kdy volající se nachází na místě události. Také informace takového volajícího lze považovat vcelku za relativně spolehlivé, nicméně zde můžeme častěji narazit na odpověď „nevím“, případně na další zkreslené údaje. Tyto hovory jsou typické pro události v bytech a na pracovištích. Hovory z druhé ruky je na ZOS hlášeny průměrně 75% událostí. Poměrně velký problém představují tísňová volání z třetí ruky, kdy se volající osoba nenachází na místě události. Do této skupiny řadíme také případy předávané z jiných operačních středisek IZS, z dispečinků dopravců, či taxislužby. Často se jedná o volání příbuzných nebo přátel pacientů, kterým pacient předtím sám volal. Dispečer v těchto situacích dostává neúplné, někdy matoucí a vysoce nepřesné informace. Přesto jsou tyto hovory „denním chlebem“ všech pracovníků operačních středisek. Je tedy potřeba umět s nimi zacházet a vědět, jak na ně co nejefektivněji reagovat<sup>39</sup>.

### ***1. 5. 2 Cizinci a jazyková bariéra***

Postupy ZOS by měly být připraveny i na situaci, kdy vznikne mezi volajícím a dispečerem jazyková bariéra. Tyto situace se vyskytují relativně zřídka, neboť trvale žijících cizinců není v naší zemi zatím příliš velký počet a nevznikne-li událost přímo v bytě, je prakticky vždy na blízku osoba schopná komunikovat v českém jazyce. Pokud se jedná o hovor z rozšířených jazyků jako je angličtina, němčina, francouzština či italština, bývá zpravidla k dispozici alternativa sestavit konferenční hovor s Telefonním centrem tísňového volání 112 (dále jen TCTV 112), kde by měl být k dispozici dispečer schopný hovořit jedním z těchto jazyků. Největším problémem nejen u nás, ale i v rámci celé Evropy, jsou hovory příslušníků uzavřených přistěhovaleckých komunit, hovořících exotickými jazyky. Překvapivě mohou být výborným tzv. „komunikačním mostem“ především děti, které navštěvují místní

---

<sup>39</sup> Franěk, O. *Manuál dispečera Zdravotnického operačního střediska*. 2. opravené a doplněné vydání, Computer Press a.s. Brno, 2010.



školy a zpravidla rychle si osvojující nový jazyk. Další možností, jak tento problém řešit, jsou firmy, zabývající se tlumočením fungující na komerční bázi. Tato služba ale bývá zpravidla ekonomicky často poměrně náročná<sup>40</sup>.

### **1. 6 *Stres pracovníků zdravotnického operačního střediska a jeho příčiny***

Z teorie i praxe je zřejmé, že jistá míra zátěže a stresu k práci na záchranné službě nedílně patří. Opakované vystavení zátěžové situaci s následným zvládnutím této zátěže vede většinou postupně ke snížení náročnosti stresové reakce a stresové odpovědi a dochází tak k efektivnější adaptaci. Stresová reakce nezáleží ani tak na objektivní charakteristice stresoru, ale spíše na tom, jak byl konkrétním jedincem vnímán a hodnocen především z hlediska jeho zvladatelnosti<sup>41</sup>.

Práce na operačních střediscích ZZS bývá jak samotnými pracovníky tak i veřejností obecně vnímána jako náročná a stresující. Nepřirozenost smrti, tedy smrt náhlá, náhodná, nepředvídatelná či dokonce hromadná ve vztahu ke smrti přirozené, má závažnější dopady na psychiku pracovníka, kteří se s ní skoro denně setkávají<sup>42</sup>.

V běžném hovoru bývá jako stres označováno vše, co nás nějak tlačí, přetěžuje nás a co je nepříjemné. Přesněji se však zatěžující věci, které působí zvenčí, nazývají stresory. Po vystavení těmto situacím může naše tělo i duše zažívat stresovou reakci. Pod slovem stres rozumíme reakci organismu na nadměrnou zátěž. Stresová odpověď se často projevuje po stresorech v mezilidských vztazích, i když zpravidla nejde o život. Nelze však říci, že by stres byl jenom škodlivý. Určitá míra stresu je potřebná. Bez ní bychom měli nedostatek podnětů k překonávání překážek. Rozlišujeme však mezi přijatelným stresem, kterému se říká eustres, a negativním stresem, s označením distres. Eustres je spojen s překonáváním překážek, s příjemným očekáváním, např. při sledování detektivky. Je tedy všude tam, kde máme situaci pod dobrou kontrolou. Distres se objevuje v situacích, kdy věci přestáváme zvládat, cítíme se přetížení, ztrácíme jistotu a nadhled. Eustres i distres se tělesně projevují podobně.

---

<sup>40</sup> Franěk, O. *Manuál dispečera Zdravotnického operačního střediska*. 2. opravené a doplněné vydání, Computer Press a.s. Brno, 2010.

<sup>41</sup> Šeblová, J., Kebza, V. *Zátěž a stres pracovníků záchranných služeb*. Časopis Urgentní medicína, 2005, roč.8, č.1, s.27.

<sup>42</sup> Šeblová, J. *Zátěž a stres pracovníků zdravotnických záchranných služeb*. [online] 112, č. 3, [cit.5.2.2010] Dostupné z: URL: <[http://www.bozpinfo.cz/knihovna-bozpcitarna/clanky/ochrana\\_zdravi/stres\\_zachranari.html](http://www.bozpinfo.cz/knihovna-bozpcitarna/clanky/ochrana_zdravi/stres_zachranari.html)>

Ze zdravotního hlediska jde spíše o míru stresu a o to, jak často se objevuje. Škodlivým se pak stává překročení určité individuální hranice v tom, jak silný stres člověk prožívá a jak často. Dobré komunikační dovednosti pomáhají snížit stres. Předně tím, že jsou dobrou prevencí sociální úzkosti. Účinný způsob komunikace může zabránit stresujícím situacím a konfliktům již v zárodku. Navíc, pokud jsme schopni své pocity a potřeby vyjádřit, dostáváme je „před sebe“. Můžeme je pak lépe kontrolovat. To brání pocitům bezmoci. Pokud se můžeme podělit o stresující situace s někým jiným, kdo nás chápe, zažijeme pocit úlevy a bezpečí<sup>43</sup>.

Pro práci na záchranné službě je na jedné straně charakteristická opakovaná expozice kritických událostí, které u nepřivklého jedince mohou vyvolat akutní reakci na stres, na druhé straně mezi typické osobní charakteristiky záchranářů podle zahraničních studií patří mimo jiné i vysoká odolnost vůči zátěži, ochota podstoupit vysoké riziko a orientace na činnost, tedy rysy, které ke zvládnutí vypjatých situací pozitivně přispívají. Z hlediska psychologické morbidity jsou pracovníci záchranářských profesí včetně zdravotnické záchranné služby ohroženi nejen akutní reakcí na stres, ale také posttraumatickou stresovou poruchou a syndromem vyhoření<sup>44</sup>. Rozložení výkonu během celkové práce je nerovnoměrné, mezi profesemi jsou jednotlivé rozdíly, a to nejen v charakteru práce, ale zejména hlavně co se týče zodpovědnosti. Také práce v jednotlivých směnách ovlivňuje negativně pracovní výkon, spánkový vzorec, ale i rodinný a sociální život<sup>45</sup>.

Rozvoji těchto poruch se dá předcházet na mnoha úrovních, od otázek organizace práce, vztahů na pracovišti a přístupu managementu přes preventivní programy, které mají za cíl upozornit na problém a naučit pracovníky pozitivním technikám a opatřením, jak stresové reakce rozpoznat a jak se s nimi užitím pozitivních technik vypořádat, až po zavedení intervenčních programů pro expozici kritickým událostem s cílem zabránit následné psychologické morbiditě<sup>46</sup>.

---

<sup>43</sup> Praško, J., Prašková, H. *Aservitivou proti stresu*. 2. přepracované a doplněné vyd. Grada Publishing, a.s., 2007.

<sup>44</sup> Šeblová, J., Kebza, V. *Zátěž a stres pracovníků záchranných služeb*. Časopis Urgentní medicína, 2005, roč.8, č.1, s.27.

<sup>45</sup> Šeblová, J. *Zátěž a stres pracovníků zdravotnických záchranných služeb*. [online] 112, č. 3, [cit.5.2.2010] Dostupné z: URL: <[http://www.bozpinfo.cz/knihovna-bozp/citama/clanky/ochrana\\_zdravi/stres\\_zachranari.html](http://www.bozpinfo.cz/knihovna-bozp/citama/clanky/ochrana_zdravi/stres_zachranari.html)>

<sup>46</sup> Šeblová, J., Kebza, V. *Zátěž a stres pracovníků záchranných služeb*. Časopis Urgentní medicína, 2005, roč.8, č.1, s.27.

Dispečeri na jednotlivých operačních střediscích záchranných služeb musí mít nejen trvalý přehled o situaci v daném spádovém území, ale i o fázi výjezdů všech posádek, musí zvládat komunikovat s osobami, které jsou ve stresu, organizovat umístění pacientů ve zdravotnických zařízeních a v posledních letech jsou vedeni i k poskytování první pomoci po telefonu. Výchova a výcvik pracovníků proto trvá léta, je tedy i v zájmu celé společnosti, aby takto kvalifikovaní zaměstnanci byli schopni vykonávat svoji profesi co nejdéle<sup>47</sup>.

### ***1. 6. 1 Stres volajícího a jeho příčiny***

Obecné tvrzení o tom, že volající pokud se nachází v situaci, kde jde o život ohrožující stav, jedná zpravidla rozrušeně a nekomunikativně, tudíž hystericky, se nezakládá na pravdě. Nebereme-li na toto tvrzení ohled, lze říci, že volající s hysterickými projevy existují a dispečer musí být připraven zvládnout s nimi komunikaci. Odmyslíme-li si některá škodolibá volání a legrácky, ať už ze strany dětí či někdy dospělých, vždy je volání na tísňovou linku projevem toho, že volající, resp. jeho okolí má potíže, které potřebuje nezbytně a pokud možno v rychlém čase vyřešit. Tímto problémem mohou být nejen zdravotní problémy, ale i jiná tíživá situace jako je pátrání po příbuzném apod. Pravdou samozřejmě zůstává, že ne zdaleka všechny zdravotní problémy představují pro pacienta reálné riziko ohrožení. Někdy se setkáváme s problémy skutečně zcela banálními<sup>48</sup>.

Vycházíme-li z toho, že pro volajícího se subjektivně o problém jedná a očekává od dispečera, že mu nabídne řešení, prvním úkolem dispečera je dešifrovat příčinu hovoru. Volající je zpravidla sám o sobě ve stresu a jeho častým a logickým požadavkem je okamžité vyslání maximální dostupné pomoci. Dotazy dispečera připadají některým volajícím „zbytečné a zdržující“ a pokud se hovor z nějakého důvodu protahuje, volající se nezdědka uchylují i k poměrně dosti nestandardním způsobům komunikace. Přitom si volající, který se nachází momentálně ve stresu není schopen vybavit zcela základní a potřebné údaje jako je vlastní adresa nebo číslo svého

---

<sup>47</sup> Šeblova, J. *Zátěž a stres pracovníků zdravotnických záchranných služeb*. [online] 112, č. 3, [cit.5.2.2010] Dostupné z: [URL: <http://www.bozpinfo.cz/knihovna-bozp/citarna/clanky/ochrana\\_zdravi/stres\\_zachranari.html>](http://www.bozpinfo.cz/knihovna-bozp/citarna/clanky/ochrana_zdravi/stres_zachranari.html)

<sup>48</sup> Franěk, O. *Manuál dispečera Zdravotnického operačního střediska*. 2. opravené a doplněné vydání, Computer Press a.s. Brno, 2010.

telefonu. Ačkoli se to většinou nezdá, je „hysterie“ volajícího v zásadě lidský projev vůle někomu pomoci. Jde jen o to umět této vůli využít ve prospěch dané situace. V žádném případě by se neměl nechat dispečer vyprovokovat k nepřiměřené reakci, jako je vystupňování použitých výrazových prostředků, tempo řeči a zvýšení hlasitosti na úroveň rozrušeného volajícího. Křičením na volajícího větami typu: „Uklidněte se!!!,“ či „Nebud'te hysterický!!! apod.,“ je vcelku spolehlivá cesta, jak definitivně ztratit naději na uklidnění a racionalizaci hovoru<sup>49</sup>.

### ***1. 6. 2 Metody komunikace na tísňové lince s volajícím ve stresu***

U dispečera během komunikace při tísňové výzvě jsou na prvním místě ruce a oči. V případě, že mezi volajícím a dispečerem vznikne již z nějakého důvodu tenze, měl by mít snahu o to, aby nepřišel o svůj jediný zdroj informací<sup>50</sup>. Zdravotník by měl mít schopnost a dovednost komunikovat s volajícím/pacientem jako součást profesního vybavení<sup>51</sup>.

Je zde na místě projevit empatii, snažit se pochopit volajícího, situaci zklidnit, získat volajícího na svou stranu, včetně pokud možno všech potřebných informací. Volající by měl z hlasu a obsahu komunikace dispečera vycítit, že se dovolal na místo, kde mu bude poskytnuta profesionální pomoc. Z projevu dispečera by mělo být zřetelné, že ví, co dělá, že to dělá účelně, v klidu a pro dobro pacienta. Více než kdy jindy je právě v rozhovoru s hysterickým volajícím nutné znát a přesně dodržet předepsaný postup pro příjem tísňové výzvy a nenechat se svést či odpoutat pozornost od faktů<sup>52</sup>.

Komunikace by také měla probíhat přiměřeně schopnostem volajícího. Můžeme se pokusit oslovit volajícího jménem, pokud je nám známo. Zejména děti může tato jednoduchá „finta“ významně uklidnit a nahrát tak situaci v náš prospěch. Pozitivní informace jsou pro volajícího velmi důležité a mohou vést situaci k postupnému zklidnění. Je-li to možné, je dobré volajícího s citem ale pravdivě neprodleně

---

<sup>49</sup> Franěk, O. *Manuál dispečera Zdravotnického operačního střediska*. 2. opravené a doplněné vydání, Computer Press a.s. Brno, 2010.

<sup>50</sup> Tamtéž

<sup>51</sup> Zacharová, E., Šimíčková-Čížková, J. *Psychologie pro zdravotnické obory*. Ostravská Univerzita, Ostrava, 2007.

<sup>52</sup> Franěk, O. *Manuál dispečera Zdravotnického operačního střediska*. 2. opravené a doplněné vydání, Computer Press a.s. Brno, 2010.

informovat o stavu zpracování „jeho“ případu, zejména mu podotknout, že pomoc je již na cestě, a pokud to technické vybavení operačního střediska umožňuje, i o očekávaném času příjezdu výjezdové skupiny k postiženému. Odpověď na otázku týkající se očekávaného příjezdu záchranné služby typu: „Vím já? Musí tam dojet! nebo „až tam budou tak tam budou! působí jako „vynikající“ rozbuška a spouštěcí mechanismus pro ztrátu sebekontroly volajícího, nemluvě o tom, že nesvědčí zrovna o dobrém stavu operačního řízení<sup>53</sup>.

V případě setkání s negativisticky laděným volajícím, který nespolupracuje nebo je dokonce konfliktní či agresivní, bývá hovor završen obrazně řečeno „prásknutím telefonu“, tj. neúplným přijetím výzvy, čili tím nejhorším možným způsobem zakončení. Tento nesprávný postup může mít závažné důsledky pro dispečera. Ani neadekvátní jednání volajícího není v takové situaci omluvou. V žádném případě také nepoužíváme agresivní „nadstavbové“ poznámky typu „Takhle se ničeho nedobereme“, „S vámi je to těžký“, „Mlčte už“, „Neječte tam“ apod. V případě, že se situace z jakéhokoliv důvodu dostává mimo zónu racionálního uvažování, je nanejvýš žádoucí zabránit další eskalaci napětí. I na základě relativně málo významného spouštěcího mechanismu může napětí exponenciálně gradovat a výsledkem je závažný komunikační problém, který lze nejjednodušeji vyřešit metodou předání případu k vyřízení jinému dispečerovi<sup>54</sup>.

Pouze tehdy, pokud je situace zcela neudržitelná a volající zcela nekomunikativní, je v některých případech účinné ukončení hovoru a zpětné volání za několik desítek sekund, během kterých má volající a koneckonců i dispečer, možnost vypadnout z komunikační „slepé uličky“. V každém případě je nutné všechny informace podstatné pro vyslání pomoci získat během prvního hovoru. Druhý hovor má význam pro jejich upřesnění a především pro předání instrukcí k první pomoci<sup>55</sup>. Oběma stranám dávají tyto metody určitý prostor k tomu, aby mohly zklidnit vnitřní napětí a společně „začít znova“ řešit daný problém. Podle obecných poznatků platí,

---

<sup>53</sup> Franěk, O. *Manuál dispečera Zdravotnického operačního střediska*. 2. opravené a doplněné vydání, Computer Press a.s. Brno, 2010.

<sup>54</sup> Tamtéž, s. 56.

<sup>55</sup> Franěk, O. *Manuál dispečera Zdravotnického operačního střediska*. 2. opravené a doplněné vydání, Computer Press a.s. Brno, 2010. s. 56

že na úspěšné komunikaci se z 85 % podílí empatické chování, aktivní přístup a nabídka možnosti reálného řešení, zatímco vlastní medicínská odbornost zde má zásluhu pouze 15 %<sup>56</sup>.

### **1. 6. 3 *Stres dispečera OS ZZS a jeho příčiny***

Velmi důležitý faktor, který negativně působí na práci dispečera, je jeho vlastní stres. Ten vzniká zejména tehdy, pokud se člověk dostává do situace, kterou není schopen řešit a je nucen improvizovat, a to často pod tlakem času a zodpovědnosti. Mezi nejobecnější příčiny stresu vznikajícího u dispečerů patří neustále hrozící riziko fatální chyby, resp. dostane-li se situace do nečekaného vývoje, z kterého by mohly vzejít závažné důsledky. Často pak již není možnost opravy dojde-li k chybnému rozhodnutí, na němž se podílí i špatná organizace práce a nedostatečné pracovní podmínky jako je například špatná slyšitelnost telefonu či nečitelnost monitoru. Mezi další související faktory lze zařadit nedostatečný nebo dokonce žádný výcvik a z toho plynoucí nejistota a tápání při rozhodování. Významnou úlohu může mít i systémová chyba v profesní přípravě, kdy stávající střední zdravotničtí pracovníci, resp. zdravotničtí záchranáři jsou systematicky školeni především k tomu pracovat na pokyn a pod dohledem lékaře. Z toho plyne nepřipravenost na plnění samostatné práce a zejména neschopnost nést za svoje rozhodování faktickou odpovědnost<sup>57</sup>.

Mezi další rizikový faktor spouštějící stres je pocit bezmocnosti z vědomí kritické situace postiženého, kterému dispečer není schopen podat okamžitou aktivní pomoc. Optimální výkon systému zajistí jenom klidný, věcně komunikující dispečer. Stresu nepřispívá ani trvalé nedocnění práce operačních středisek, pocit „zanedbávané popelky“, které zpravidla poděkuje jen málokdo a která se, na rozdíl od členů výjezdových skupin, při mediálně zajímavých případech nevyhřívá v záři reflektorů<sup>58</sup>.

---

<sup>56</sup> Tamtéž

<sup>57</sup> Tamtéž

<sup>58</sup> Franěk, O. *Manuál dispečera Zdravotnického operačního střediska*. 2. opravené a doplněné vydání, Computer Press a.s. Brno, 2010.

#### ***1. 6. 4 Prevence a boj se stresem dispečera***

Z mnoha důvodů je hlavním cílem udržet dispečera v duševní pohodě, ve které je schopen s klidem a přehledem řešit rychle a přesně situace a úkoly, které před něj staví práce na zdravotnickém operačním středisku. Pro dosažení tohoto cíle je několik důležitých prostředků, jako je adekvátní výcvik a odborná příprava spolu s nácvikem komunikace s volajícím v krizi. To je zcela zásadní, ale velmi často také zcela opomíjená podmínka „stres-free“ při práci na zdravotnickém operačním středisku. Také stanovení co možná nejpřesnějších pravidel pro práci dispečera snižuje nutnost improvizace a následného stresu z pochyb o správnosti svého rozhodnutí. Tato pravidla musí dispečer znát a řídit se jimi. To znamená důkladné školení při vstupu do zaměstnání, soustavné opakovací kurzy, tréninky a v neposlední řadě také systematickou kontrolu včetně rozborů o dodržování postupů hodnocených na konkrétních případech, a to jak pozitivních, tak i negativních. Pokud tato pravidla znají i členové výjezdových skupin, lze předejít řadě sporů, jejichž řešení není úkolem dispečerů, protože rozptyluje a zdržuje. Mimořádně významná je opora ze strany vedení organizace. To ovšem neznamená, že by chyby měly být lidově řečeno „zametány pod kobereček“, ale dispečer by si měl být jistý, že bude-li pracovat v souladu s platnými pokyny, vedení se za něj v případě sporu postaví. To platí nejen ve vztahu k pacientům, ale i některým členům výjezdových skupin, kteří někdy velmi hlasitě dávají najevo své názory na to, jak by mělo operační středisko pracovat. Velmi stresujícím faktorem jsou zkratkovité vstupy vedoucích pracovníků do procesu práce operačního střediska, a to zejména jedná-li se o krizovou situaci. Jen málokdy má vedoucí pracovník, trvale nepřítomný na operačním středisku, více informací a lepší přehled o situaci, než samotný personál. Proto rozkazy a příkazy vydávané „mezi dveřmi“ nebo dokonce telefonicky, případné problémy často spíše prohloubí než vyřeší. Součástí boje se stresem by měly být optimální pracovní podmínky. V případě dlouhodobých potíží je zcela na místě zásah profesionálního pracovního psychologa,

který může dispečerovi pomoci s analýzou příčin spolu s radami, jak tyto kritické momenty profesní kariéry překonat<sup>59</sup>.

### **1. 6. 5 Posttraumatická stresová porucha**

Traumatické poruchy jsou reakcí na traumatizující zážitek nebo déle trávající stresovou situaci. Bývají charakteristické znovuprožíváním a přetrváváním této události ve vědomí, často spojené s intenzivním strachem, pocity bezmoci, hrůzy a potřebou vyhnout se podnětům, které mohou být s touto zkušeností spojeny<sup>60</sup>.

Traumata a katastrofy sestávající se z komplexů pocitů, myšlenek a chování, jež jsou u někoho pouze přechodné, u jiného přetrvávají ještě dlouho poté, co událost odezněla či se vynořujícími v paměti nejrůznějšími spouštěči příp. novými zážitky, které fungují jako připomínka traumatu z minulosti. Pokud bychom tyto psychologické účinky nebrali v úvahu, mohly by jejich důsledky ochromit dostupné vnitřní zdroje sebeuzdravování a zvenku poskytované podpůrné služby, a vyčerpávaly by jak záchranáře, tak i oběti. Jedincem je situace vnímána jako ohrožující, a není to vždy jen zjevná katastrofa nebo trauma, co posttraumatický stres vyvolá - i jiné podněty mohou být vnímány jako stejným způsobem oslabující. Posttraumatická stresová porucha není jedinou poruchou, kterou může traumatizující událost vyvolat, i depresivní reakce, generalizovaná úzkostná porucha a tendence ke zneužívání návykových látek (drogy, alkohol, tabák) jsou po traumatizujícím zážitku často popisovány. Nicméně pro diagnózu posttraumatické stresové poruchy musí příznaky jako vyhýbání se podobným situacím či únik do hyperaktivity trvat nejméně měsíc. Jedním z nejspolehlivějších prediktorů bývá závažnost incidentu. Velmi často bývají pomáhající osoby, záchranáři, pracovníci záchranných služeb či ozbrojených složek skrytými oběťmi katastrof a traumat, jelikož jsou opakovaně vystaveni kontaktu se znetvořenými těly, smrtí, násilím, a zároveň musí v daném okamžiku vykonávat fyzicky namáhavou práci, která sama o sobě je zdrojem únavy, spánkového deficitu a často ohrožuje i vlastní život záchranáře. Tyto osoby mohou být významně ovlivněny

---

<sup>59</sup> Franěk, O. *Manuál dispečera Zdravotnického operačního střediska*. 2. opravené a doplněné vydání, Computer Press a.s. Brno 2010.

<sup>60</sup> Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozšířené a přepracované vydání, Portál, 2004.



tím, že je zahlť míra závažnosti a neočekávanost neštěstí současně s pocitem bezmocnosti<sup>61</sup>.

Dalším faktorem, o kterém musíme v této souvislosti uvažovat, je *práce na směny*. Ze všech těchto důvodů jsou jejich životy narušeny opětovným vybavováním minulých událostí. Jedním z největších problémů bývá, že postižení touto poruchou je neviditelné, a tak péče a projevy účasti nejsou poskytnuty, bývají určeny obětem zjevněji postiženým. Ti, kteří se snaží posttraumatickou stresovou poruchu popírat nebo ji označkovat jako nedostatek morálky a charakteru, jen posilují předsudky a napomáhají k většímu utrpení postižených. Zkušenost posttraumatické stresové poruchy je pro jedince a jeho/její rodinu ohrožující, matoucí a potencionálně ničivá. Pomoc a pochopení vytvářejí určitý náhled, jehož prostřednictvím si postižený skutečnost zařadí do příslušného rámce (jako normální reakci na nenormální událost) a jsou mu poskytnuty podpůrné postupy dříve, než se symptomy vymknou kontrole<sup>62</sup>.

#### **1. 6. 6 Syndrom vyhoření - burn out syndrom**

Syndrom vyhoření může být důsledkem zanedbávání péče o sebe zejména u lékařů a dalších zdravotníků. Jeho důsledkem je mnohostranné narušení pohody psychické, fyzické, pohody ve vztazích a pracovní výkonnosti. Rovněž může vést k rozvoji závažného depresivního onemocnění. Zdravotničtí pracovníci jsou všeobecně oproti běžné populaci více ohroženi suicidem (sebevraždou), protože pracují pod stálým psychosociálním tlakem<sup>63</sup>.

Dlouhodobý stres a syndrom vyhoření se projevuje tělesným a emocionálním vyčerpáním, depresemi, negativním a cynickým postojem nejen k vlastní práci, ale i ke klientům. Často bývá v této souvislosti zmiňován tzv. "syndrom pomáhající profese", kdy se člověk prostřednictvím pomoci druhým snaží zakrýt a odvrátit vlastní emocionální bezmoc. Mnoho autorů však za hlavní příčinu vyhoření považuje podmínky pracoviště, okruh pracovníků a sociologické faktory. Dalším zdrojem stresu

---

<sup>61</sup> James A., překlad Šeblová J., *Posttraumatická stresová porucha u personálu zdravotnických záchranných služeb*, časopis Urgentní medicína, 2000, roč.3, č.2, s.18.

<sup>62</sup> Tamtéž

<sup>63</sup> Večeřová – Procházková A., *Syndrom vyhoření jako důsledek zanedbávání péče o sebe u lékařů a zdravotníků*. časopis Urgentní medicína, 2005, roč.8, č.2.

zdravotnických pracovníků je i nutnost trvale se vzdělávat, a být informován o nových trendech v oboru, taktéž nutnost, ale ne vždy spojená s ochotou k týmové spolupráci specialistů nad konkrétními případy. Burn out syndrom, neboli syndrom vyhoření, se od stresu odlišuje tím, že pro svůj vznik vyžaduje konstantní přítomnost stresujících faktorů. Je úzce svázán s denním prováděním péče v přímém kontaktu s pacienty. Symptomy zahrnují příznaky několika okruhů. Patří sem psychické příznaky na kognitivní rovině (poznávací a rozumové) jako je ztráta nadšení, schopnosti pracovního nasazení, zodpovědnosti, nechuť, lhostejnost k práci, negativní postoj k sobě, k práci, k instituci, ke společnosti, k životu, únik do fantazie, potíže se soustředěním a zapomínání. Tento problém se dotýká také roviny emocionální, kdy můžeme na dotyčné osobě pozorovat sklíčenost, pocity bezmoci, popudlivost, agresivitu, nespokojenost a pocity nedostatku uznání. Z tělesných příznaků si lze povšimnout poruch spánku, poruch chuti k jídlu, větší náchylnosti k nemocím, či vegetativní obtíže (srdce, dýchání, zažívání), rychlou unavitelnost, vyčerpanost, svalové napětí a vysoký krevní tlak. Důležitým symptomem jsou také rozvíjející se patologické sociální vztahy, kdy dochází k ubývání angažovanosti, snahy pomáhat problémovým klientům spolu s omezením kontaktu pobývat s nimi a jejich příbuznými i omezení kontaktů s kolegy, přibývání konfliktů v oblasti soukromí a nedostatečná příprava k výkonu práce<sup>64</sup>.

Příznaky syndromu vyhoření provázejí nejen jednotlivce samého, ale i kvalitu jeho práce, postižení bývají častěji nemocní a v nemoci déle setrvávají. Nejčastěji se syndrom vyhoření spojuje se ztrátou činnosti a smyslu práce, neschopností uřídit pracovní aktivitu, projevuje se pocity zklamání, hořkosti při hodnocení minulosti, postižený ztrácí zájem o svou práci, spokojuje se s každodenním stereotypem a rutinou, nevidí důvod pro další sebevzdělávání a osobní růst, snaží se pouze přežít a nemít problémy. Z dalších důvodů je významný pocit nedostatku péče a zájmu ze strany supervizorů, nadřazených a ambivalence v pomáhající roli. V dynamice průběhu procesu vyhoření lze u většiny případů rozlišit pět stádií. Na počátku bývá *nadšení*. Po nástupu do zaměstnání práce velmi často přináší vysoké uspokojení. Jedinec by chtěl

---

<sup>64</sup> Večeřová – Procházková A., *Syndrom vyhoření jako důsledek zanedbávání péče o sebe u lékařů a zdravotníků*. časopis Urgentní medicína, 2005, roč.8, č.2.

pracovat co nejlépe a touží po úspěchu. Největším nebezpečím tohoto stadia je identifikace s klienty a neefektivní vydávání energie, které se často pojí s dobrovolným přepracováním<sup>65</sup>.

Dalším stadiem je *stagnace*. Počáteční nadšení už dohasíná, práce už není tak přitažlivá, aby zastínila všechno ostatní. Objevuje se pocit, že pracovník nestíhá, je v časové nouzi, jeho práce začíná ztrácet systém. V mnohém byl realitou donucen slevit ze svých očekávání a začíná mít pocit, že by kromě práce bylo pěkné mít také volný čas a být sociálně zabezpečen přiměřeně vynaložené energii. Stagnace pomalu přechází do stadia *frustrace*, charakteristického otázkami po efektivitě vlastní práce a smyslu práce jako takové. Objevuje se výskyt běžných symptomů neurózy, provázený pocitem, že něco musí pořádkem dělat, výsledkem je ale chaos. Typické otázky v tomto období jsou: Jaký smysl má pomáhat lidem, kteří nespolupracují nebo nedělají pokroky? Má vůbec smysl pokoušet se pomáhat lidem, když mi to byrokracie znemožňuje? V této fázi se mohou objevit emocionální a fyzické obtíže. Vyskytují se i problémy ve vztazích na pracovišti, např. s nadřízenými. Nejčastější a přirozenou reakcí na výše popsanou frustraci a dalším vývojovým stadiem syndromu vyhoření je *apatie*. Objevuje se v situaci, kdy je člověk při práci trvale nespokojený, nemá ale možnost tuto situaci změnit a zároveň tuto práci potřebuje, neboť je na ni závislý jako na zdroji obživy. Pocit "musím" se ztrácí a obrací ve vzdor "nemusím nic". Apatie se projevuje například tím, že pracovník dělá pouze to, co má v náplni práce a pracuje do výše svého platu. Vyhýbá se novým úkolům, někdy také klientům a kolegům, naskytne-li se mu k tomu příležitost. Dominuje snaha udržet si jisté místo a příliš se nenamáhat. Své klienty často vidí jako stereotypně se opakující "případy", cítí se bezmocně, přestává být ke klientům tolerantní a uchyluje se k cynismu. Sociálně bývá apatie provázena stažením se do izolace a její podhoubí může vyvěrat i z aktivních agresivních projevů. Výsledkem bývá neproduktivní sebelítost nebo autoagresivní

---

<sup>65</sup> Večeřová – Procházková A., *Syndrom vyhoření jako důsledek zanedbávání péče o sebe u lékařů a zdravotníků*. časopis Urgentní medicína, 2005, roč.8, č.2.

postoje a vytvoření předpokladů pro prohloubení situace až do obrazu depresivní poruchy<sup>66</sup>.

Vyhoření má škodlivé následky nejen pro své oběti, ale způsobuje i zhoršení kvality poskytovaných služeb. Zážitek vyhoření ovšem nemá za následek jen negativní postoj k sobě samému a ke klientům, jimž se má pomáhat, ale ovlivňuje také postoj ke kolegům, přátelům a rodinným příslušníkům. Syndrom vyhoření může být příčinou partnerských konfliktů. Jedinec, jehož potřeby nejsou dostatečně uspokojovány v zaměstnání, obvykle očekává o to více od partnera a blízkých přátel. Přitom bývá precitlivělý a podrážděný. Neustálý tlak přehnaných a neoprávněných požadavků z jeho strany však vydrží málokterý vztah. Posledním stadiem je stadium *intervence*. Intervence je jakýkoli krok, který je reakcí na vyhoření a vede k přerušení koloběhu zklamání. Intervence znamená nalezení efektivního způsobu chování, a vede k tomu, že si jedinec udělá víc času na soukromý život, odjede na dovolenou, najde si nové přátele nebo se přestěhuje. Pracovník se může znovu začít vzdělávat, ať už proto, aby získal lepší místo nebo proto, aby uspokojil touhu po poznání a rozvíjení sebe samého. Intervence především znamená nově definovat svůj vztah k práci, ke klientům, spolupracovníkům a přátelům<sup>67</sup>.

Řada strategií chování, které umožňují burn out přežít a zvládnout, ale nepřinášejí řešení. Neměli bychom si je proto plést s efektivními způsoby změny, přestože mohou přinést krátkodobou úlevu. Mezi méně efektivní způsoby zvládání burn out syndromu patří například odchod ze zaměstnání a rekvalifikace, která s sebou přinese opakování téhož koloběhu v jiných kulisách. Dalším řešením je změna zaměstnání v rámci oboru. Přináší sice úlevu, ale většinou jen dočasnou, protože díky tomu, že přinášejí s sebou své způsoby řešení situace, jsou často i na novém pracovišti konfrontováni se stejnými problémy. Lidé, kteří tímto způsobem vystřídají několik zaměstnání, mohou získat chronický pocit beznaděje a selhání. Jinou strategií, častou především ve velkých organizacích, je útěk do vyšší pozice, kde už nehrozí obávaný

---

<sup>66</sup> Večeřová – Procházková A., *Syndrom vyhoření jako důsledek zanedbávání péče o sebe u lékařů a zdravotníků*. časopis Urgentní medicína, 2005, roč.8, č.2.

<sup>67</sup> Tamtéž

kontakt s klienty či pacienty. Ačkoliv se toto řešení může jevit jako rozumné, jeho nebezpečím je, že svým postojem ovlivní a poškodí podřízené, kteří s lidmi pracují<sup>68</sup>.

Dále ještě existuje možnost nepodniknout nic. Vedení touhou po sociální jistotě zaměstnání zůstávají někteří léta na místě, které jim nepřináší nic kromě jistoty a peněz. Stávají se tak rutinéry bez zájmu a náhledu. Mezi neúčelné strategie přinášející pouze přechodnou úlevu patří také samoléčení, které zejména u zdravotníků překračuje běžně zneužívané prostředky jako je kofein, nikotin, alkohol, lehké drogy, protože pro tuto skupinu je dostupná celá paleta psychofarmakologických léků vedoucích většinou rychle k závislosti, zejména anxiolytik nebo stimulačních látek. Nežádoucí účinky takové samoléčby přináší další problémy a bludná spirála se zaškrcuje. Pro řadu lidí je anxiolytikem i jídlo, zejména sladkosti a mezi nimi čokoláda<sup>69</sup>.

Oběti burn out syndromu bývají především lidé, kteří se do svého poslání vrhli s nespílitelnými ideály, nadměrným očekáváním, které při kritickém rozboru neobstojí v konfrontaci s realitou. Touha po dokonalosti je nespílitelnou fikcí. Kritická sebereflexe a realistické nastavení požadavků na sebe i ostatní je tedy prvním preventivním opatřením proti možnému vyhoření. Proto vedoucí zátěžových pracovišť přibírají k týmové spolupráci psychology nebo psychiatry s psychoterapeutickou erudicí, nejen k sycení psychosociálních potřeb, ale také kvůli personálu, k pomoci nastavení dobrého klimatu v mezilidských vztazích na pracovišti. V tomto zadání má takový odborník především naučit ostatní najít správnou míru sebeoceny ve vztahu k náročnosti úkolů. K účelným strategiím zvládnutí patří vyčištění interpersonální situace a dobré sociální kontakty, jak na pracovišti, tak zejména v rodině. Pro dosažení cílů musí každý začít sám u sebe a zaujmout k sobě kladný postoj. Nejde přitom o rozmazlování sebe samého, ale o naplnění skutečné potřeby. Nejen teď a tady, ale i ve vztahu k budoucnosti<sup>70</sup>.

---

<sup>68</sup> Večeřová – Procházková A., *Syndrom vyhoření jako důsledek zanedbávání péče o sebe u lékařů a zdravotníků*. časopis Urgentní medicína, 2005, roč.8, č.2.

<sup>69</sup> Tamtéž

<sup>70</sup> Tamtéž

## **2 Cíl práce a hypotézy**

### **2.1 Cíl práce**

Cíl 1: Zmapovat názory dispečerů OS ZZS na psychickou náročnost jejich práce.

Cíl 2: Zmapovat názory dispečerů OS ZZS, zda jejich počet ve službě jedné směny má vliv na psychickou zátěž.

### **2.2 Hypotézy**

H 1: Se zvyšujícím se věkem a délkou praxe dispečerů OS ZZS se zvyšuje i míra jejich psychické zátěže.

H 2: Dispečeréi trvale pracující na OS ZZS jsou psychicky více zatíženi než dispečeréi, kteří pracují i ve výjezdových skupinách.

H 3: Psychická zátěž dispečerů se snižuje s vyšším počtem dispečerů ve službě.

## **3 Metodika**

### ***3.1 Použité metody***

Ke zpracování praktické části bakalářské práce bylo použito kvantitativního šetření. Technikou sběru dat byl použit dotazník pro zdravotnické záchranáře-dispečery. Dotazník obsahoval celkem 24 otázek. Úvodní otázky č. 1, 2, 3, 5 byly zaměřeny na věk, pohlaví, vzdělání a délku praxe. Dispečerům dále bylo položeno 21 otázek polouzavřených a 3 uzavřených.

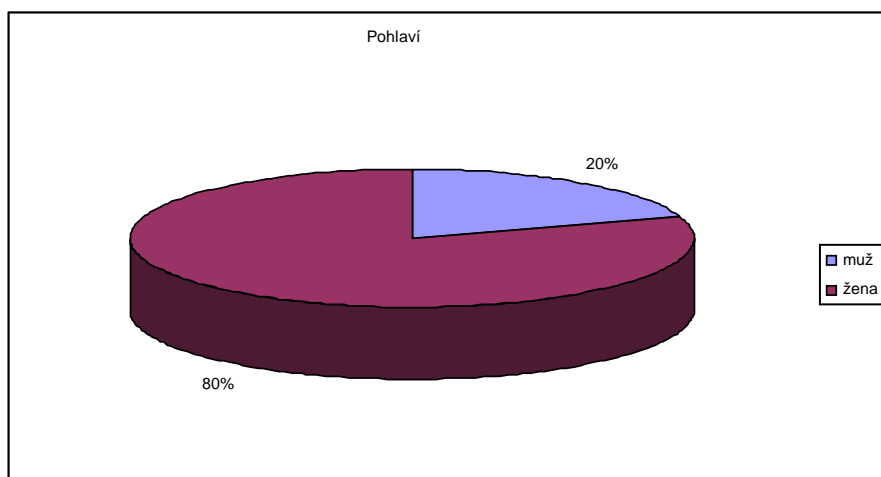
### ***3.2 Charakteristika zkoumaného souboru***

Téma bylo zpracováno na základě dostupné odborné literatury a informací získaných formou dotazníků. Výzkumný soubor tvořili pracovníci Územního střediska zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje pracující na operačních střediscích v Českých Budějovicích, Písku, Táboře a Prachaticích. Výzkumné šetření probíhalo během měsíce dubna roku 2010. Oblastní střediska ÚS ZZS JčK v Českém Krumlově a Jindřichově Hradci nemají operační střediska a jsou řízena centrálně prostřednictvím Českých Budějovic, proto zde dotazníky nebyly rozdány.

Celkem bylo rozdáno 45 dotazníků (100%). Následně vráceno a vyplněno bylo 42 (93,3%), chybně vyplněny byly 2 (4,3%), které byly z výzkumného souboru následně vyřazeny. Celkový výzkumný soubor tedy tvoří 40 dotazníků. K vyhodnocení výsledků kvantitativního šetření byl použit program Microsoft Office Excel.

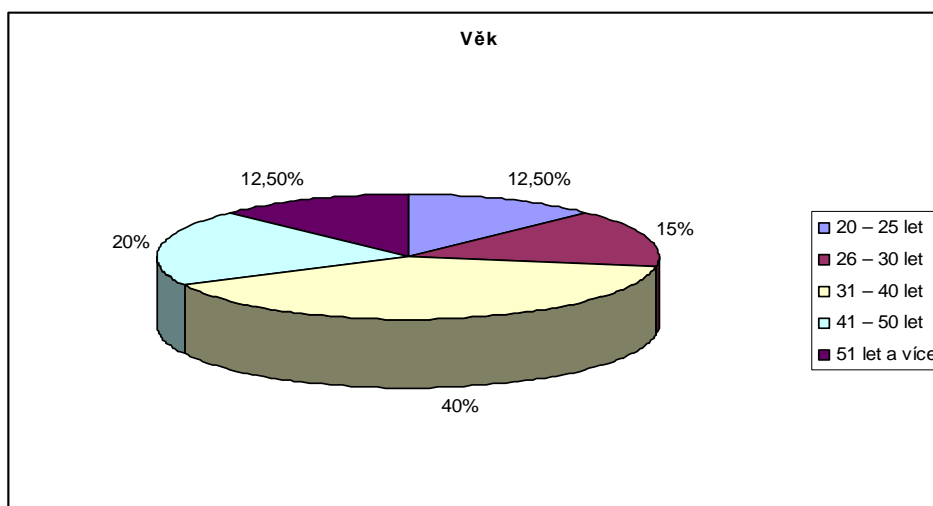
## 4 Výsledky

Graf 1



Z celkového počtu 40 respondentů (100%) odpovídalo 8 (20%) mužů a 32 (80%) žen.

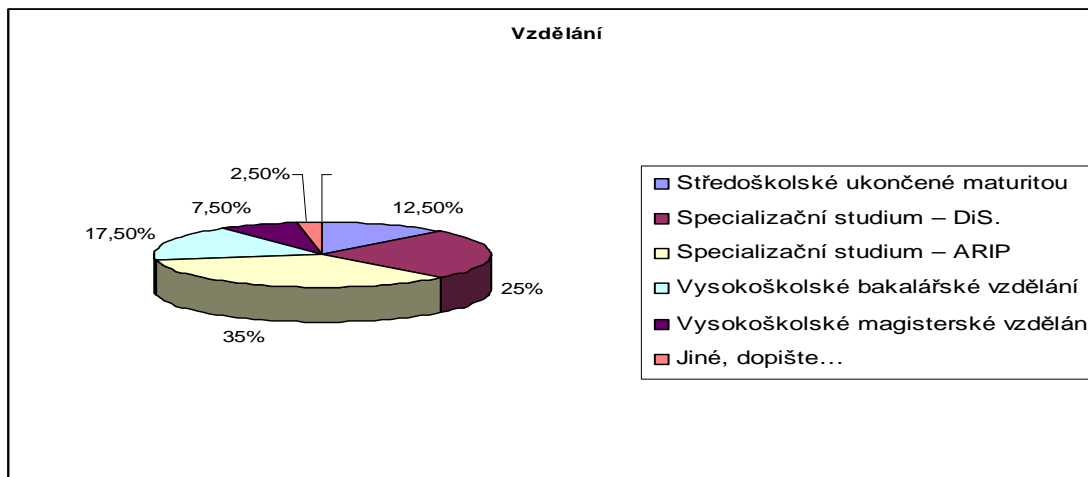
Graf 2



Z celkového počtu 40 respondentů (100%) odpovídalo 5 dispečerů (12,5 %) ve věku 20 – 25 let, 6 (15%) ve věku 26 – 30 let, 16 (40%) ve věku 31 – 40 let, 8 (20%) ve věku 41 – 50 let a 5 (12,5%) ve věku 51 let a více.

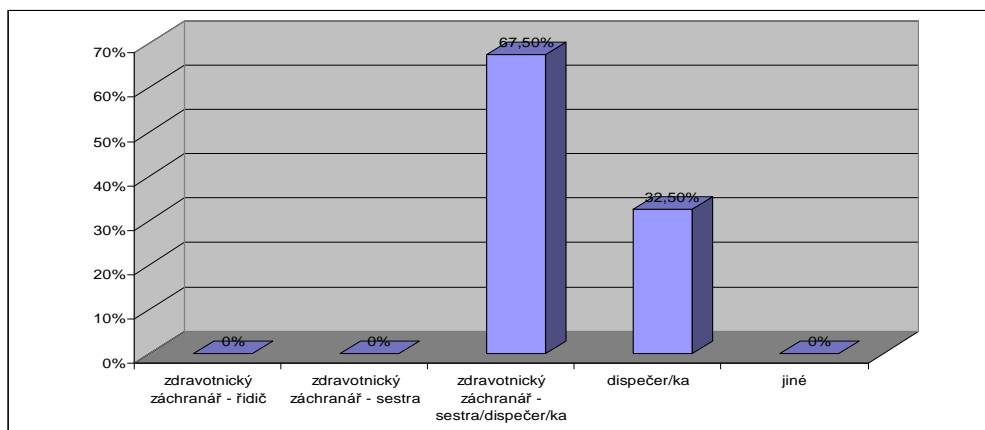


**Graf 3**



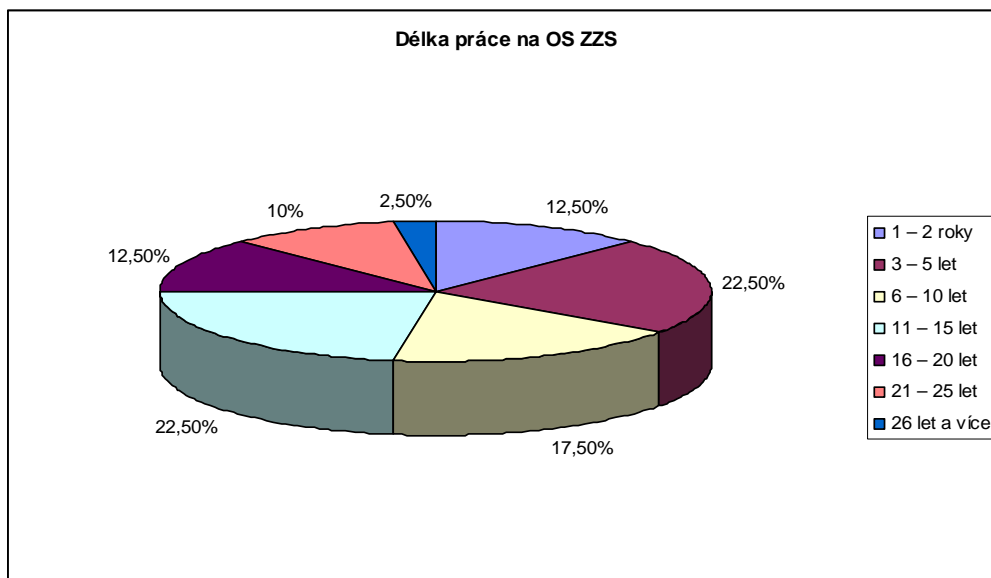
Z celkového počtu 40 respondentů (100%) má 5 (12,5%) středoškolské ukončené maturitou, 10 (25%) specializační studium DiS., 14 (35%) specializační studium ARIP, 7 (17,5%) vysokoškolské bakalářské vzdělání, 3 (7,5%) vysokoškolské magisterské vzdělání a 1 (2,5%) jiné.

**Graf 4 Jaké je Vaše pracovní zařazení?**



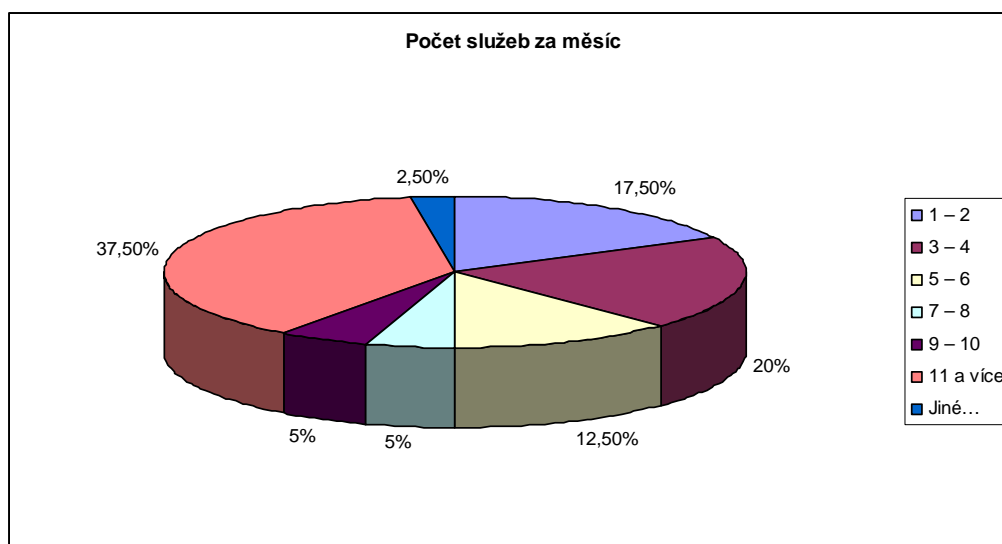
Z celkového počtu 40 respondentů (100%) odpovídalo 0 (0%) zdravotnický záchranář – řidič, 0 (0%) zdravotnický záchranář – sestra, 27 (67,5%) zdravotnický záchranář sestra/dispečer/ka, 13 (32,5%) dispečer/ka, 0 (0%) jiné.

**Graf 5**



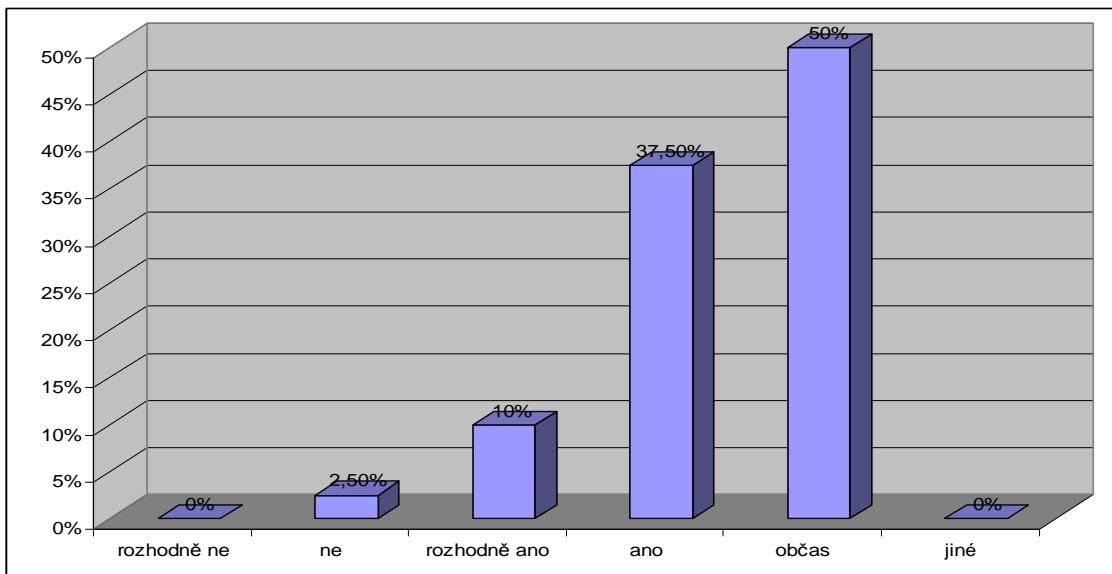
Z celkového počtu 40 respondentů (100%) odpovídalo 5 (12,5%) 1 – 2 roky, 9 (22,5%) 3 – 5 let, 7 (17,5%) 6 – 10 let, 9 (22,5%) 11 – 15 let, 5 (12,5%) 16 – 20 let, 4 (10%) 21 – 25 let a 1 (2,5 %) 26 let a více.

**Graf 6**



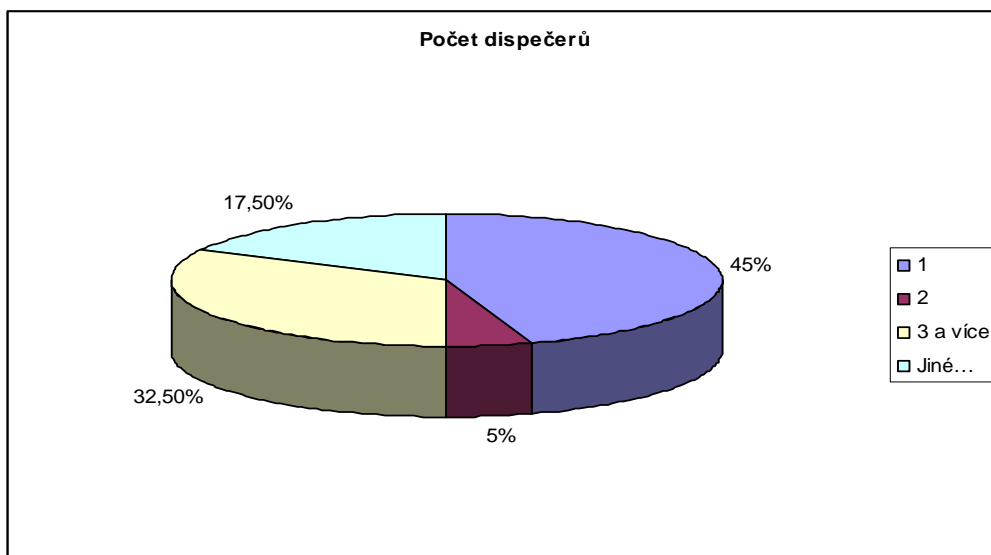
Z celkového počtu 40 respondentů (100%) odpovídalo 7 (17,5%) 1 – 2 služby, 8 (20%) 3 – 4 služby, 5 (12,5%) 5 – 6 služeb, 2 (5%) 7 – 8 služeb, 2 (5%) 9 – 10 služeb, 15 (37,5%) 11 a více služeb a 1 (2,5 %) jiné.

**Graf 7 Je pro Vás práce na operačním středisku stresující?**



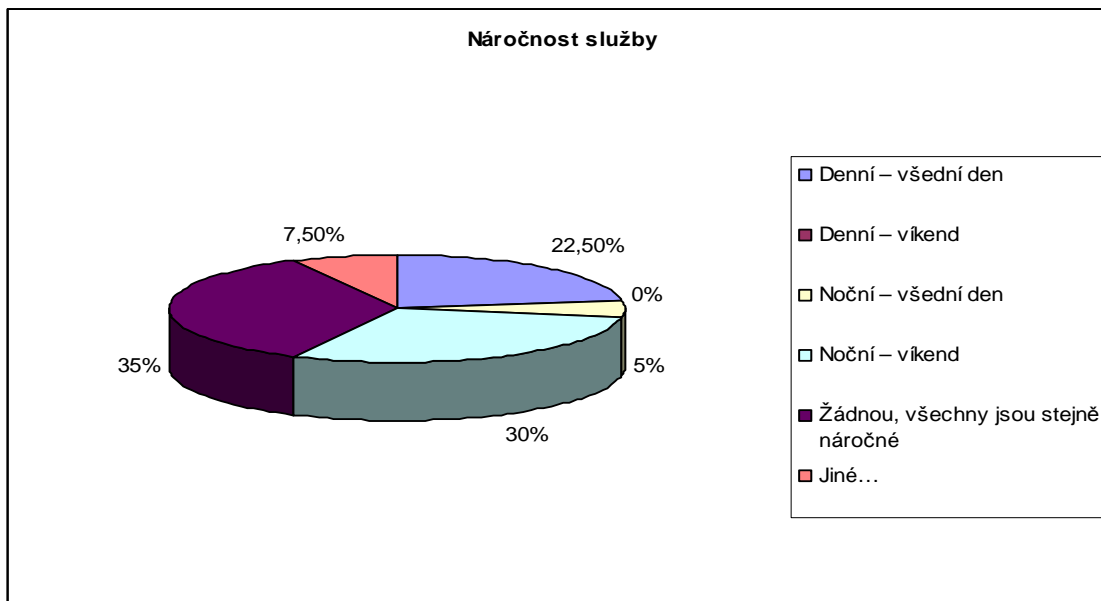
Z celkového počtu 40 respondentů (100%) odpovídalo 0 (0%) rozhodně ne, 1 (2,5 %) ne, 4 (10%) rozhodně ano, 15 (37,5%) ano, 20 (50%) občas a 0 (0%) jiné.

**Graf 8 Počet dispečerů v jedné směně**



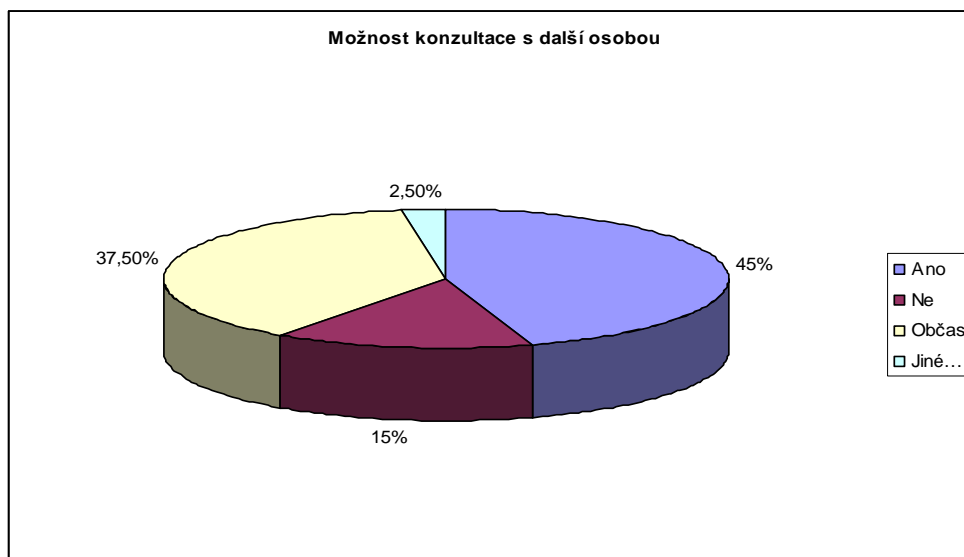
Z celkového počtu 40 respondentů (100%) odpovídalo 18 (45%) 1 dispečer, 2 (5%) 2 dispečeri, 13 (32,5%) možnost 3 a více dispečerů, 7 (17,5%) jiné.

**Graf 9**



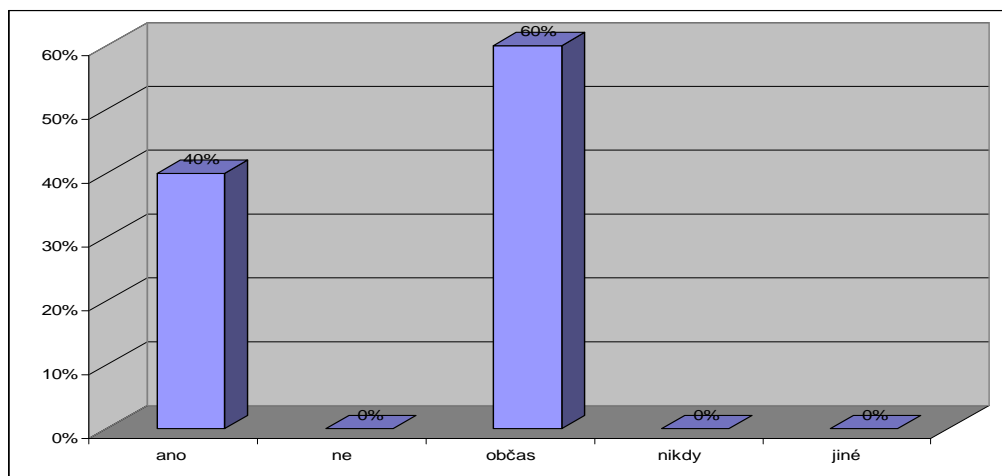
Z celkového počtu 40 respondentů (100%) odpovídalo 9 (22,5%) denní – všední den, 0 (0%) denní – víkend, 2 (5%) noční – všední den, 12 (30%) noční – víkend, 14 (35%) žádnou, všechny jsou stejně náročné, 3 (7,5%) jiné.

**Graf 10**



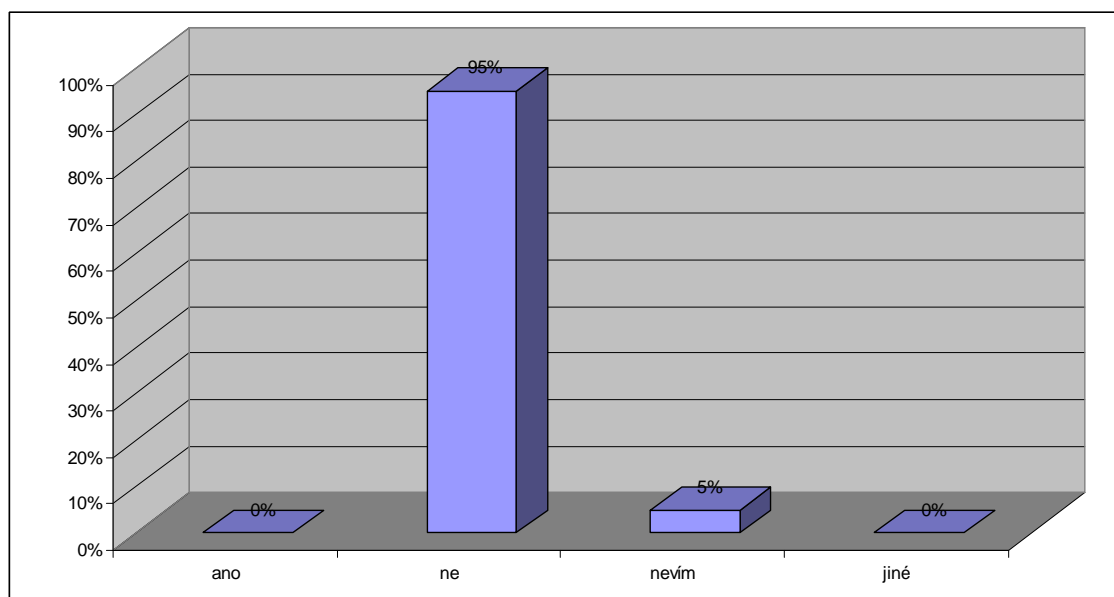
Z celkového počtu 40 respondentů (100%) odpovídalo 18 (45%) ano, 6 (15%) ne, 15 (37,5%) občas a 1 (2,5%) jiné.

**Graf 11 Je práce na OS psychicky náročná?**



Z celkového počtu 40 respondentů (100%) odpovídalo 16 (40%) ano, 0 (0%) ne, 24 (60%) občas, 0 (0%) nikdy a 0 (0%) jiné.

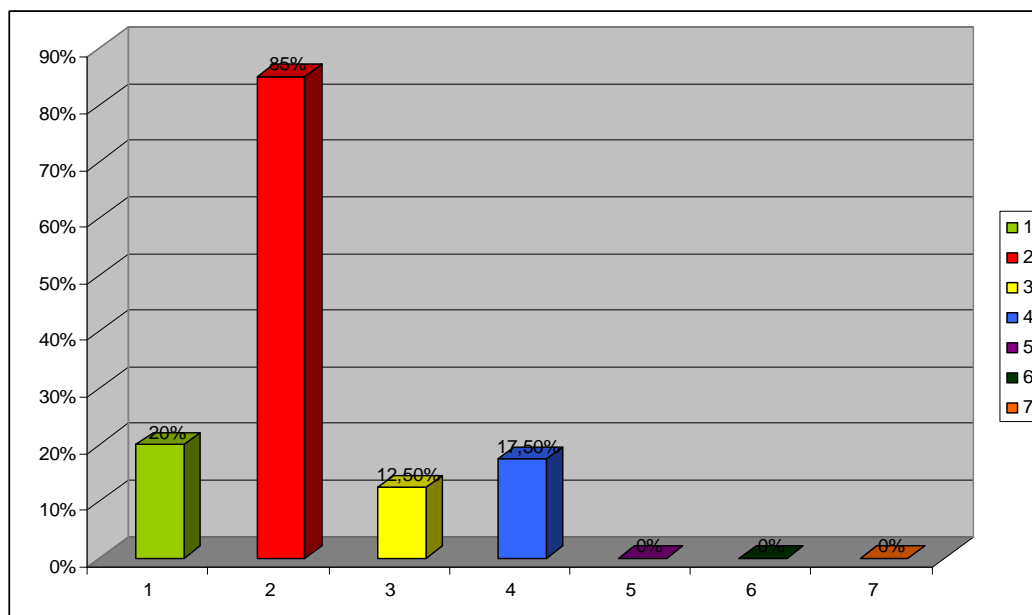
**Graf 12 Souhlas s připravovaným zákonem o ZZS?.**



Z celkového počtu 40 respondentů (100%) odpovídalo 0 (0%) ano, 38 (95%) ne, 2 (2,5%) nevím, 0 (0%) jiné.

### Graf 13 Proč nesouhlasíte s připravovaným zákonem o ZZS?

(možnost zaškrtnout více odpovědí)



**1** = Dispečer je nejvíce zodpovědný za poskytnutí správné TANR i TAPP, proto má mít první nárok na výhody. Odpovídalo z celkového počtu 40 (100%) 8 (20%) respondentů.

**2** = Dispečer je součástí ZZS stejně jako ostatní členové posádek a jeho práce je stejně náročná, někdy i náročnější a proto má minimálně stejný, ne-li větší nárok na výhody. Odpovídalo z celkového počtu 40 (100%) 34 (85%) respondentů.

**3** = Nikdo si nezaslouží zvýhodnění ve smyslu připravovaného zákona o ZZS víc než dispečer, kdo nezkusil, nemůže nikdy pochopit. Odpovídalo z celkového počtu 40 (100%) 5 (12,5%) respondentů.

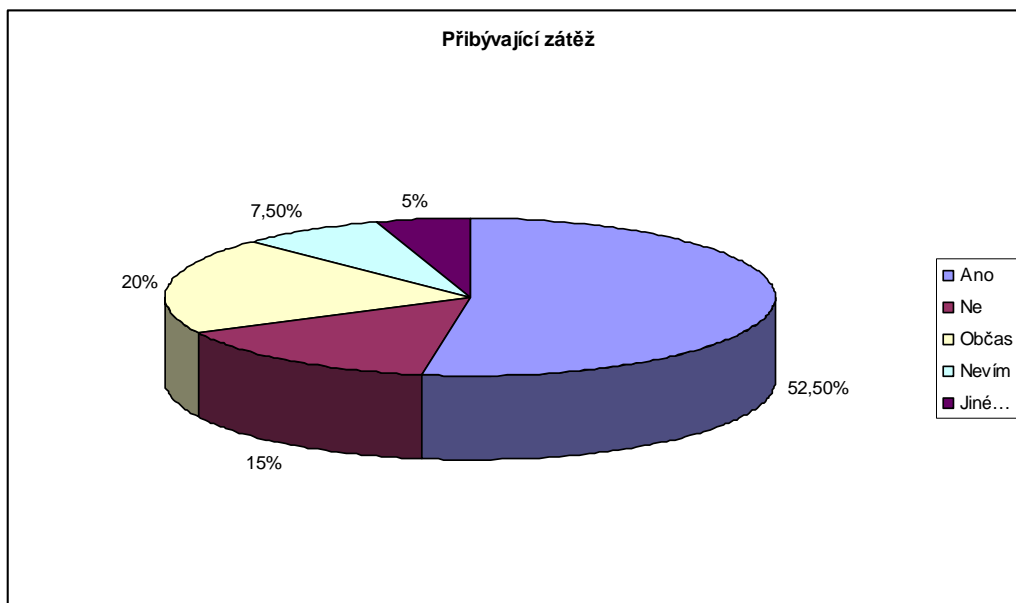
**4** = Je to psychicky náročné povolání, které si zaslouží za léta dřiny uznání, nejen slovní, ale i celoživotní. Odpovídalo z celkového počtu 40 (100%) 7 (17,5%) respondentů.

**5** = Není třeba zákona o ZZS, máme dost. Odpovídalo z celkového počtu 40 (100%) 0 (0%) respondentů.

**6** = Dispečer nepotřebuje zvýhodnit, stačí, že v zimě nemusí do terénu jako ostatní členové ZZS, což je jeho výhodou již dnes. Odpovídalo z celkového počtu 40 (100%) 0 (0%) respondentů.

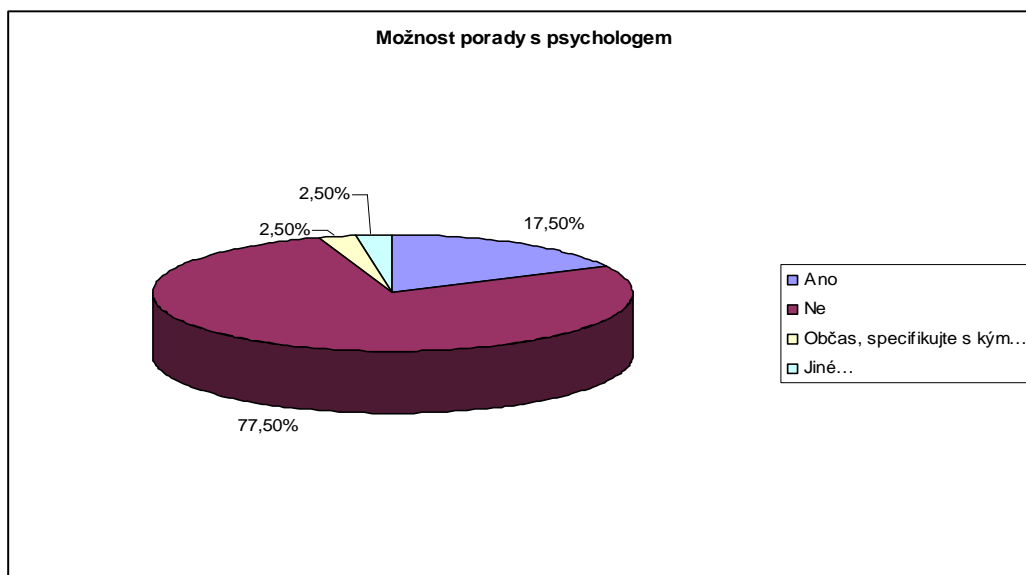
**7** = jiné... Odpovídalo z celkového počtu 40 (100%) 0 (0%) respondentů.

**Graf 14** Pociťujete s přibývajícím věkem na OS psychickou zátěž?



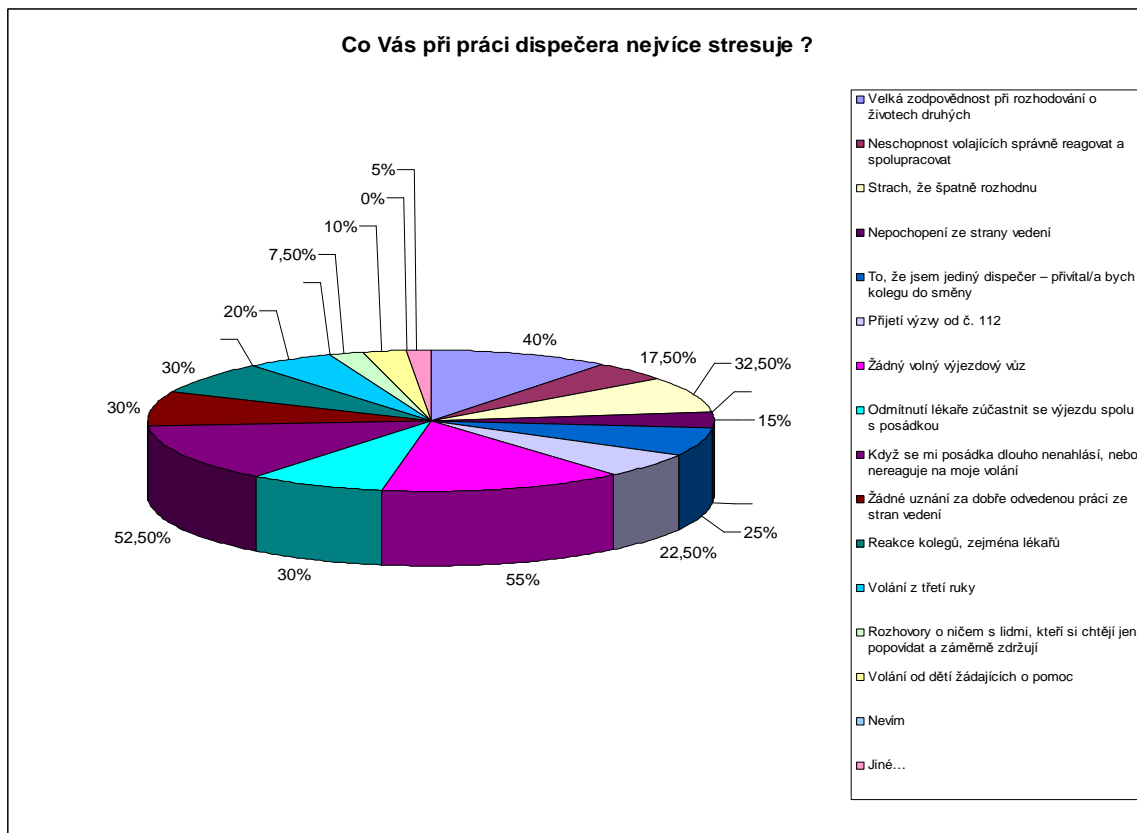
Z celkového počtu 40 respondentů (100%) odpovídalo 21 (52,5%) ano, 6 (15%) ne, 8 (20%) občas, 3 (7,5%) nevím, 2 (5%) jiné.

**Graf 15**



Z celkového počtu 40 respondentů (100%) odpovídalo 7 (17,5%) ano, 31 (77,5%) ne, 1 (2,5%) volil možnost občas, specifikujte s kým, a uvádí kolegové, nadřízené, a 1 (2,5%) jiné.

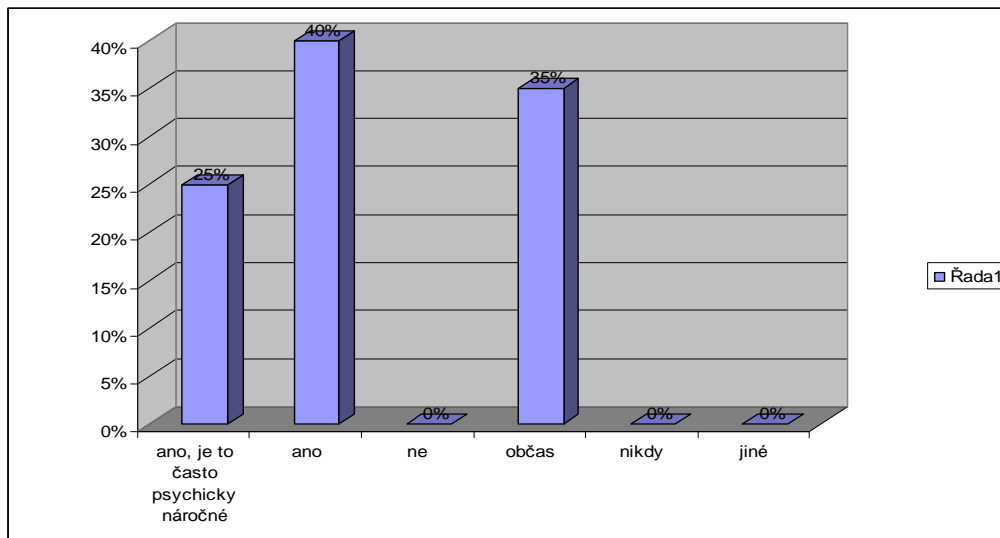
**Graf 16** (možnost zaškrtnout více odpovědí)



Z celkového počtu 40 respondentů (100%) odpovídalo 16 (40%) velká zodpovědnost při rozhodování o životech druhých, 7 (17,5%) neschopnost volajících správně reagovat a spolupracovat, 13 (32,5%) strach, že špatně rozhodnu, 6 (15%) nepochopení ze strany vedení, 10 (25%) to, že jsem jediný dispečer – přivítal/a bych kolegu do směny, 9 (22,5%) přijetí výzvy od č. 112, 22 (55%) žádný volný výjezdový vůz, 12 (30%) odmítnutí lékaře zúčastnit se výjezdu spolu s posádkou, 21 (52,5%) když se mi posádka dlouho nehlásí nebo nereaguje na moje volání, 12 (30%) žádné uznání za dobře odvedenou práci ze strany vedení, 12 (30%) reakce kolegů, zejména lékařů, 8 (20%) volání u třetí ruky, 3 (7,5%) rozhovory o ničem s lidmi, kteří si chtějí jen popovídat a záměrně zdržují, 4 (10%) volání od dětí žádajících o pomoc, 0 (0%) nevím a 2 (5%) jiné.

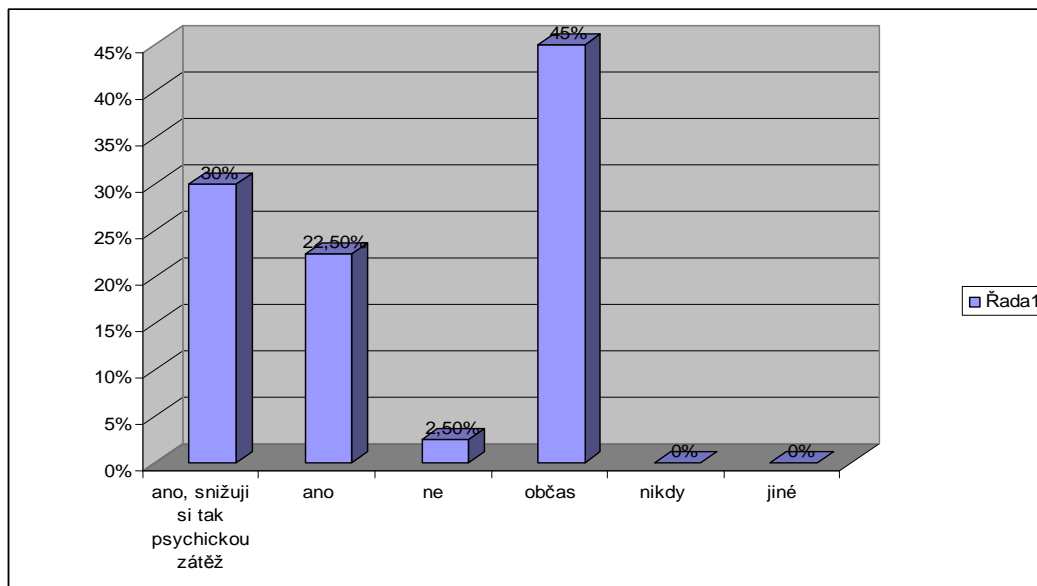


**Graf 17 Přemýšlíte zpětně o Vámi zvoleném postupu na OS?**



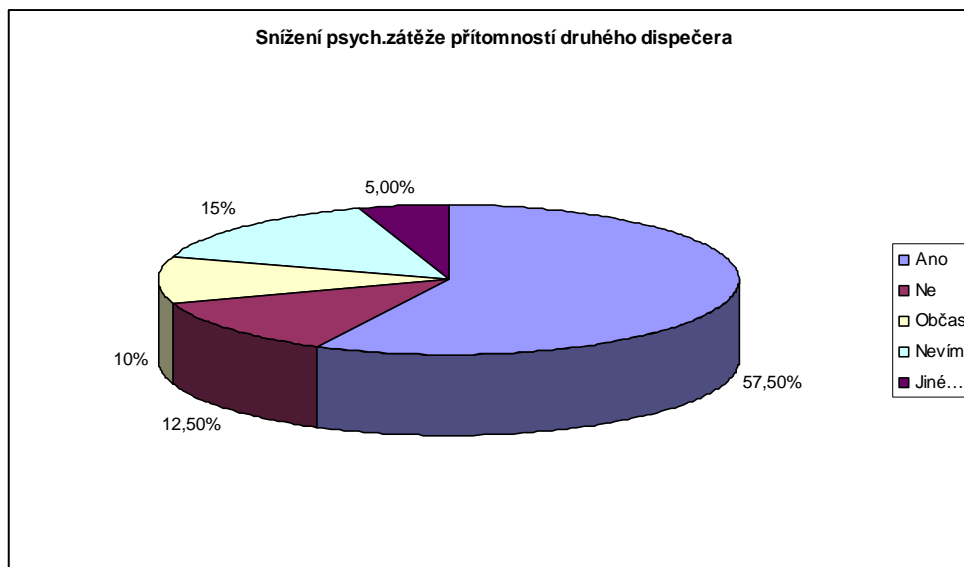
Z celkového počtu 40 respondentů (100%) odpovídalo 10 (25%) ano, je to často psychicky náročné, 16 (40%) ano, 0 (0%) ne, 14 (35%) občas, 0 (0%) nikdy, 0 (0%) jiné.

**Graf 18 Konzultujete Vámi zvolený postup s jinými kolegy?**



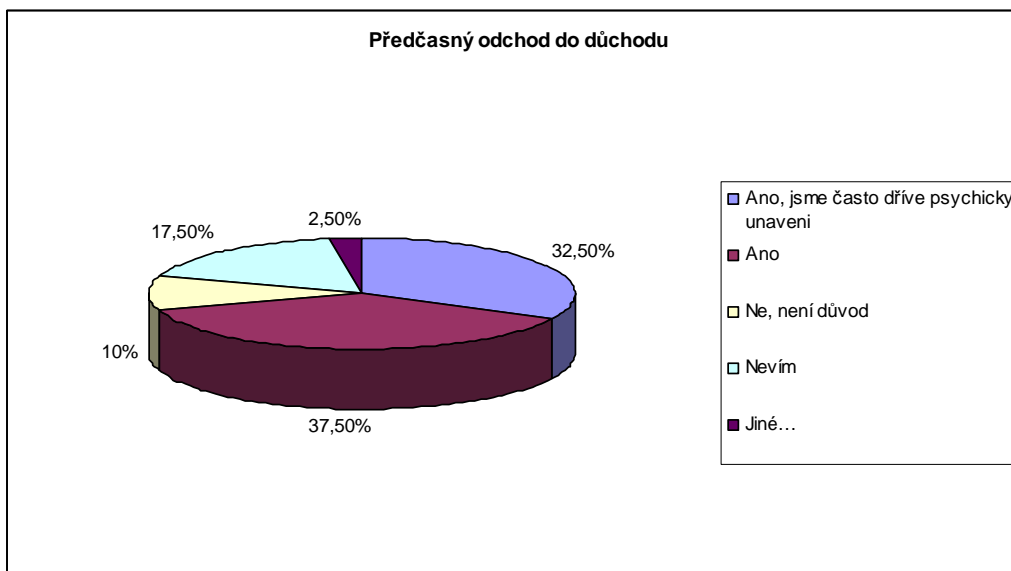
Z celkového počtu 40 respondentů (100%) odpovídalo 12 (30%) ano, snižuji si tak psychickou zátěž, 9 (22,5%) ano, 1 (2,5%) ne, 18 (45%) občas, 0 (0%) nikdy, 0 (0%) jiné.

**Graf 19**



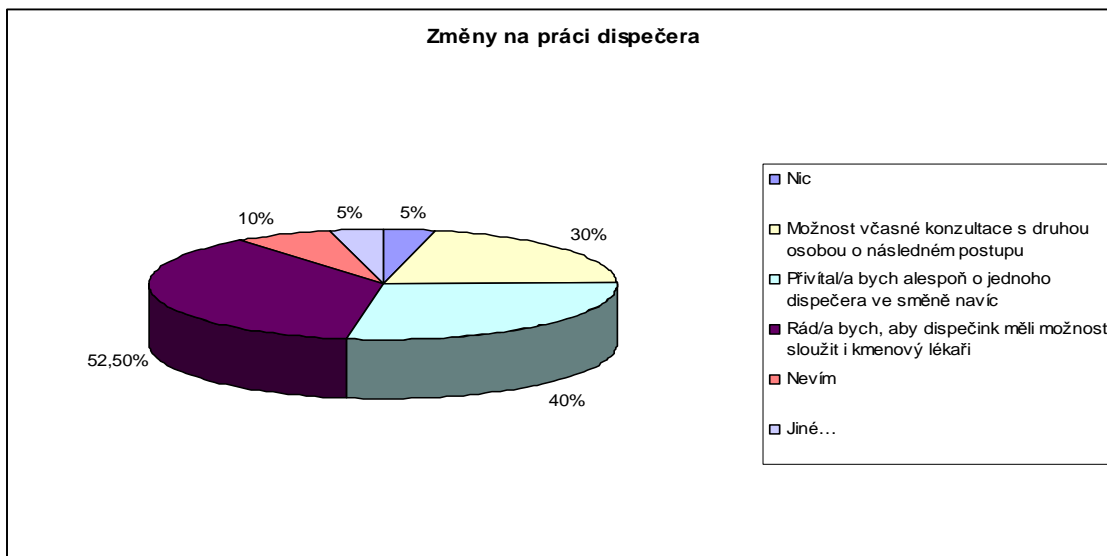
Z celkového počtu 40 respondentů (100%) odpovídalo 23 (57,5%) ano, 5 (12,5%) ne, 4 (10%) občas, 6 (15%) nevím, 2 (5%) jiné.

**Graf 20**



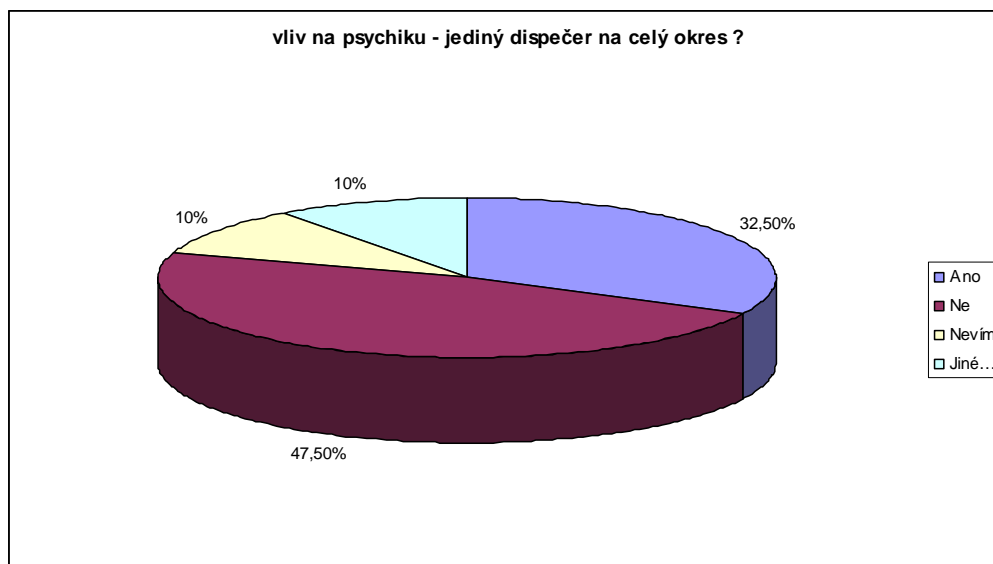
Z celkového počtu 40 respondentů (100%) odpovídalo 13 (32,5%) ano, jsme často dříve psychicky unaveni, 15 (37,5%) ano, 4 (10%) ne, není důvod, 7 (17,5%) nevím, 1 (2,5%) jiné.

**Graf 21** (možnost označit více odpovědí)



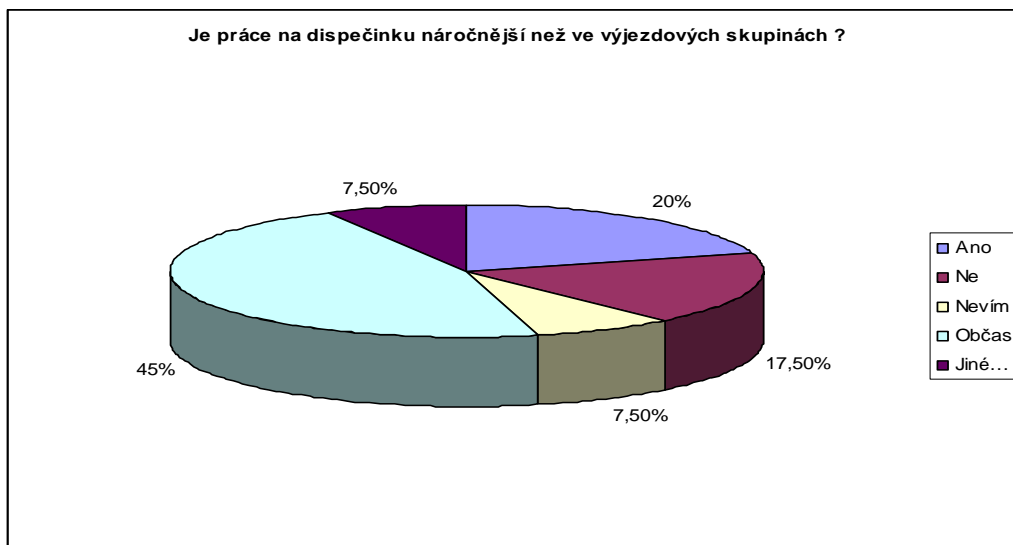
Z celkového počtu 40 respondentů (100%) odpovídalo 2 (5%) nic, 12 (30%) možnost včasné konzultace s druhou osobou o následném postupu, 16 (40%) přivítal/a bych alespoň o jednoho dispečera ve směně navíc, 21 (52,5%) rád/a bych, aby dispečink měli možnost sloužit i kmenový lékaři, 4 (10%) nevím, 2 (5%) jiné.

**Graf 22**



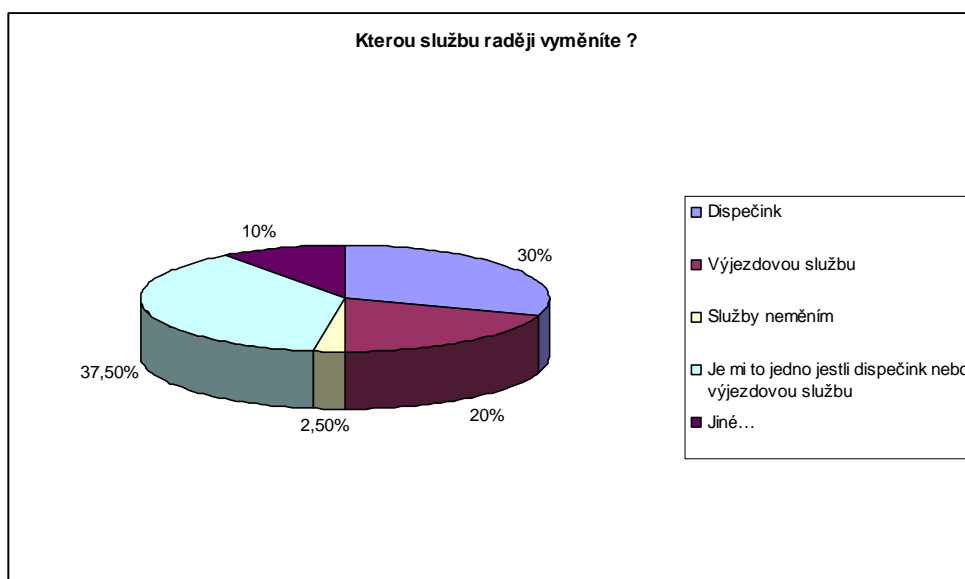
Z celkového počtu 40 respondentů (100%) odpovídalo 13 (32,5%) ano, 19 (47,5%) ne, 4 (10%) nevím, 4 (10%) jiné.

**Graf 23**



Z celkového počtu 40 respondentů (100%) odpovídalo 8 (20%) ano, 7 (17,5%) ne, 3 (7,5%) nevím, 18 (45%) občas, 3 (7,5%) jiné.

**Graf 24**



Z celkového počtu 40 respondentů (100%) odpovídalo 12 (30%) dispečink, 8 (20%) výjezdovou službu, 1 (2,5%) služby neměním, 15 (37,5%) je mi to jedno, jestli dispečink nebo výjezdovou službu, 4 (10%) jiné.

## 5 Diskuze

Na dotazník týkající se psychické zátěže u pracovníků operačních středisek zdravotnické záchranné služby jihočeského kraje odpovídalo celkem 40 respondentů (100%).

Na otázku č. 1 ohledně pohlaví odpovídalo 8 mužů (20 %) a 32 žen (80 %). Toto obsazení lze při návštěvách operačních středisek pozorovat okamžitě, což mohu potvrdit z vlastní zkušenosti, neboť během mé studijní praxe na dispečinku jsem málokdy narazila na mužské pohlaví. Snad proto, že ženy jsou odolnější, více vydrží a jsou schopny zvládat lépe více věcí najednou.

Otázka č. 2 se týkala věku respondentů. Nejpočetněji zastoupenou skupinou jsou dispečerů ve věkovém rozmezí 31-40 let a to 16 (40 %). Nejméně početnou věkovou skupinou s počtem 5 (12,5 %) jsou dispečerů ve věku 51 let a výše. Dle mého vlastního pozorování a z výsledků výzkumu vyplývá, že na dispečincích ZZS pracují spíše mladší lidé. Tuto skutečnost lze pozorovat nejen na dispečinku OS, ale i ve výjezdových posádkách.

Na otázku č. 3 zkoumající nejvyšší dosažené vzdělání jednotlivých dispečerů, byly odpovědi následující: nejvíce 14 (35 %) respondentů má vystudované specializační studium ARIP, 10 (25 %) specializační studium DiS., 7 (17,5 %) vysokoškolské bakalářské vzdělání, 5 (12,5 %) středoškolské ukončené maturitou, 3 (7,5 %) vysokoškolské magisterské vzdělání a 1 respondent (2,5 %) specifikuje speciální studium SIP. V tomto bodě se výsledek mého výzkumu jednoznačně shoduje s výsledkem výzkumu L. Humpla, který uvádí v internetovém článku, že současným odborným kritériem pro výkon povolání dispečera ZZS je ukončená střední zdravotnická škola a pomaturitní specializační studium v oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče. Jako další alternativu uvádí pomaturitní studium v oboru diplomovaný zdravotnický záchranář na vyšších a vysokých školách.

Otázka č. 4 se týkala pracovního zařazení dispečerů. Nejvíce pracovníků – 27 (67,5%) je zařazeno jako zdravotnický záchranář/sestra/dispečer/ka, ostatní – 13 (32,5%) pouze jako dispečeri. Podle dalšího podrobnějšího průzkumu a grafu č. 4 lze zjistit, že lidé pracující pouze jako operátoři jsou spíše staršího věku, naopak lidé pracující nejen jako operátoři, ale i současně jezdící v záchranných posádkách jsou spíše mladšího věku.

Otázka č. 5, Jak dlouho pracujete na ZZS?, zkoumala délku praxe. 9 (22,5 %) respondentů uvádí 3 až 5 let, též 9 (22,5 %) respondentů uvádí 11 až 15 let, dále 7 (17,5 %) zde pracuje 6 až 10 let, 5 (12,5 %) 16 až 20 let, dalších 5 (12,5 %) krátce 1 až 2 roky, 4 (10 %) odpovídá 21 až 25 let a 1 respondent, tj. 2,5 % pracuje na ZZS 26 let a více.

Otázka č. 6 zjišťovala Kolik služeb na dispečinku mají jednotliví pracovníci operačních středisek za měsíc? 15 dispečerů (37,5 %) odpovědělo, že mají 11 a více služeb, 8 (20 %) má 3 až 4 služby, 7 (17,5 %) má 1 až 2 za měsíc, 5 (12,5 %) 5 až 6, 2 (5 %) 7 až 8 či 9 až 10, a 1 respondent (2,5 %) uvádí jiné a specifikuje 20 až 22 služeb.

Na otázku č. 7 zda Je pro Vás práce na operačním středisku stresující? Uvedlo 20 respondentů (50 %) odpověď občas, 15 (37,5 %) ano, 4 (10 %) rozhodně ano a 1 odpověď ne (2,5 %). Z velké většiny jsou operátoři na dispečinku vystavováni stresovým situacím a faktorům pro jeho vznik. O. Franěk uvádí ve své publikaci Manuál operátora zdravotního operačního střediska na straně 56, že stres vzniká tehdy, dostane-li se člověk do situace, kterou neumí řešit, je nucen improvizovat, a to často pod tlakem času a odpovědnosti. U pracovníka operačního střediska je evidentní především neustále hrozící riziko fatální chyby, nemožnost opravy, pocit bezmocnosti, nedocení této práce či nedostatečný výcvik apod. Tato fakta potvrdily také výsledky mého výzkumu, které podchycuje graf č. 7.

Otázkou s č. 8 jsem se ptala Kolik dispečerů je na Vašem OS v jedné pracovní směně? 18 (45 %) odpovědělo jeden, 13 (32,5 %) uvádí tři a více dispečerů, 2 (5 %) uvádí dva a 7 (17,5 %) odpovídalo jiné, z toho respondenti č. 21 a 24 uvádějí počet 4, který bych zařadila k 32,5 % procentům a k tomu patřící odpověď 3 a více dispečerů. Ostatní dispečeri specifikují rozdělení dnů, kdy ve všední den do 15.00 hodin vykonávají službu dva dispečeri a od 15.00 hodin poté pouze jeden. Též zde uvádějí přítomnost pouze jednoho dispečera na noční službě a o víkendu, což je podchyceno grafem č. 8. Franěk uvádí ve své publikaci Manuál dispečera Zdravotnického operačního střediska, že za minimální obsazení jakéhokoliv samostatného ZOS lze považovat sestavu „2 + 1“ Domnívám se, že takováto sestava je jistě optimální, pomůže určitě psychice dispečerů, kteří poté mají šanci se při vzniklém problému s někým poradit a v neposlední řadě si také třeba v klidu dojit na toaletu. Na mnoha místech však tohoto stavu není dosaženo a ve skutečnosti jediný dispečer ve směně musí všechno zvládat sám.

U otázky č. 9 Jakou službu považujete za náročnější? byla uváděna nejčastější odpověď „žádnou, všechny jsou stejně náročné“ u 14 respondentů (35 %), 12 (30 %) uvádí služby o nočních víkendech, 9 (22,5 %) denní ve všední den, 3 (7,5 %) odpovídají jiné, z toho respondenti č. 1 a 14 blíže popisují, že je pro ně nejnáročnější páteční noční provoz, což by se ovšem dle mého úsudku dalo zařadit k odpovědím v dotazníku noční – všední den, a respondent č. 28 píše „podle situace, někdy jsou náročné i denní – všední den“, a též uvádí jako náročné noční víkendy. Z vlastní praxe bych se přiklonila k názoru, že všechny služby mohou být náročné, domnívám se, že hlavně záleží na počtu výjezdů, jejich závažnosti a rovněž na momentálních individuálních dispozicích jednotlivých pracovníků.

K otázce č. 10, Máte možnost konzultace s další osobou v případě nejasností či problému?, se vyjádřilo 18 dotázaných (45 %) že ano, 15 (37,5 %) občas, 6 (15 %) uvedlo ne, a 1 (2,5 %) jiné, kde je blíže popsána konzultace možná ve všední den

od 7.00 do 15.00 hodin na oddělení ARO. Z těchto odpovědí vyplývá, že možnosti konzultací běžně či občas využívá většina dotázaných.

Otázka č. 11 kladla důraz na to, zda Je pro Vás práce na zdravotnickém operačním středisku psychicky náročná? 24 - 60 % výzkumného souboru odpovědělo občas, a 16 (40 %) ano. Tuto otázku potvrzuje graf č. 11 a je ji také možno porovnat s otázkou č. 7, která je podobného zaměření. Z toho vyplývá, že práce na dispečinku je více či méně psychicky náročná pro každého pracovníka.

Otázka č. 12 znějící: V návrhu zákona o ZZS jsou dispečeři OS vyjmuti z výhod pro výjezdové posádky, protože psychická zátěž u nich není oprávněná. Souhlasíte s připravovaným zákonem? Na tuto otázku byla nejčastější odpověď ne – u 38 dotazovaných (95 %), a 2 (5 %) uvedlo odpověď nevím, jak dokládá graf č. 12. Zcela se ztotožňují s názorem převážné většiny respondentů, že u pracovníků operačního střediska je psychická zátěž evidentní. Při každodenním plnění povinností dispečera ZOS se dříve nebo později u většiny psychické přetížení nějakým způsobem projevuje, ať už lehčí nebo těžší. Proto myslím, že by práce dispečera měla být náležitým způsobem oceněna.

Otázku č. 13, která byla navazující na otázku č. 12 Proč nesouhlasíte s připravovaným zákonem o ZZS? měl vyplnit pouze ten, kdo v otázce č. 12 zaškrtnl odpověď ne, a nadále bylo možno vybrat z více odpovědí (proto jsou procenta u této otázky počítána zvlášť za každou odpověď, nikoli otázka jako celek). Nejvíce dotazovaných - 34 (85 %) se domnívá, že: „Dispečer je součástí ZZS stejně jako ostatní členové posádek a jeho práce je stejně náročná, někdy i náročnější a proto má mít minimálně stejný, ne-li větší nárok na výhody“. S tímto tvrzením souhlasím i já, jakožto student tohoto oboru. Myslím, že je to rovnocenná součást ZZS a měla by být měřena stejným dílem. Dále odpovídalo 8 respondentů (20 %): „Dispečer je nejvíce zodpovědný za poskytnutí správné TANR (telefonická asistovaná neodkladná resuscitace) i TAPP (telefonická asistovaná první pomoc), proto má mít první nárok



na výhody“. 7 respondentů (17,5 %) uvedlo odpověď: „Je to psychicky náročné povolání, které si zaslouží za léta dřiny uznání, nejen slovní, ale celoživotní“. A 5 (12,5 %) uvádí odpověď: „Nikdo si nezaslouží zvýhodnění ve smyslu připravovaného zákona o ZZS víc než dispečer, kdo nezkusil, nemůže nikdy pochopit“. Tato otázka navazuje na předešlý názor, zda dispečeré souhlasí s připravovaným zákonem, co se týká jejich práce a jejího hodnocení.

Otázka č. 14 zjišťující názor na to, zda dispečer pociťuje s přibývajícím věkem práci na zdravotnickém operačním středisku psychickou zátěž? 21 tázaných (52,5 %) uvádí odpověď ano, 8 (20 %) ji pociťuje občas, 6 (15 %) ne, 3 (7,5 %) se vyjádřilo slovem „nevím“ a 5 % píše jiné, z toho respondent č. 22 uvedl: „zatím pracuji jen 2 roky“. Z toho plyne, že ještě není schopen kompetentně posoudit tuto otázku. Respondent č. 12 podrobněji píše: „Čím déle pracuji, tím mám více zkušeností a náročnější situace zvládám lépe než mladší kolegové“. Odpovědi jednoznačně potvrzují vzrůstající psychickou zátěž s přibývajícím věkem.

Na otázku č. 15 Máte možnost zpětně hovořit o problému spojeném s prací na zdravotnickém operačním středisku s psychologem nebo jinou kompetentní osobou? 31 (77,5 %) odpovídá ne, 7 (17,5 %) ano, 1 (2,5 %) respondent zaškrtnul odpověď občas, specifikujte s kým. Dopisuje zde: „kolegové, nadřízení“. Též 1 (2,5 %) odpovídá jiné a dopisuje: „nevím o tom“, jak potvrzuje graf č. 15. Z vlastního pohledu myslím, že je určitě prospěšné mít možnost mimo službu zajít za někým, kdo dispečera vyslechne, pochopí ho a případně mu také poradí. Jistě tím dochází také ke snížení psychické zátěže. Bohužel jsem se během mé studijní praxe s tím zatím nesetkala.

U otázky č. 16 Co Vás při práci dispečera nejvíce stresuje? bylo možné opět zaškrtnout více odpovědí, proto jsou procenta počítána zvlášť u každé odpovědi, nikoliv jako jednoho celku. Pro 22 (55 %) odpovídajících je největší stresem situace, kdy není volný žádný výjezdový vůz, 21 (52,5 %) má velký stres při situaci, kdy se jim posádka dlouho nehlásí a nereaguje na volání. 16 (40 %) uvádí, že je pro ně stresující velká

zodpovědnost při rozhodování o životech druhých. 13 (32,5 %) jich prožívá stres z toho, že špatně rozhodnou, 12 (30 %) ze situace, odmítne-li se lékař zúčastnit výjezdu spolu s posádkou, též 12 (30 %) uvádí důvod, nedostává-li se jim žádné uznání za dobře odvedenou práci ze strany vedení.

Domnívám se, že jednou z podstatných věcí je, aby se za kvalitně odvedenou práci dostalo pracovníkům odměny, byť jen slovní. Jistě to přispěje ke zklidnění psychického vypětí a určitě je to také motivace pro to, jak pracovat co nejlépe dle schopností a možností každého dispečera. 12 (30 %) z nich uvedlo, že jsou pro ně stresujícím faktorem reakce kolegů, zejména lékařů. Toto mohu potvrdit i ze svých zkušeností z povinné studijní praxe, kdy jsem se dostala do několika situací, které přesto, že se netýkaly mě osobně, ale kolegů, byly pro mě velice překvapující až zarážející. Proto, aby mohl kolektiv dobře fungovat je třeba mít nastavenou určitou míru tolerance a ohleduplnosti, být schopen adekvátně komunikovat a respektovat určitým způsobem názor druhého. To funguje málo kde, spíše jsem se zatím setkala s hrubým, v některých případech až dokonce sprostým vyjadřováním a vystupováním, a to jak ze strany lékařů tak i záchranářů nejen mezi sebou, ale i k pacientům, což je dle mého názoru snad úplně nejhorší a těžko přijatelné.

Dalších 10 respondentů (25 %) pokládá za stresující faktor skutečnost, že jsou ve službě sami a rádi by přivítali dalšího kolegu do směny. 9 (22,5 %) uvádí, že je pro ně psychickou zátěží přijetí výzvy od telefonní linky č. 112. 8 (20 %) pracovníků operačního střediska stresuje volání z třetí ruky. Věřím, že částečné, někdy pouze jen minimální či skoro žádné informace o tom, kde se co stalo, kam poslat pomoc, jakou posádku vyslat, kolik je postižených osob, apod., se musí na psychice dispečera jistě „podepsat“. Z dalších odpovědí je pro 7 (17,5 %) stresem neschopnost volajících správně reagovat a spolupracovat. Toto je taky problém, který náleží pouze dispečerovi, zda dokáže vynervovaného volajícího vhodným způsobem zklidnit a „přehrát“ si ho na svou stranu, ovlivnit ho, aby s ním dokázal spolupracovat. Z dalších možností odpovědí 6 respondentů (15 %) také zaškrťává, že je pro ně velmi psychicky zatěžující nepochopení ze strany vedení. K tomu, aby mohl tým bezproblémově fungovat, je potřeba poskytnutí jistoty a bezpečnosti bezprostředně nadřízeným, který

by měl být schopen adekvátně posoudit, jak každý dispečer pracuje, zda se nedopouští, ať už vědomě či nevědomě, nějakých chyb, v případě potřeby se za něj postavit a umět ho adekvátně ohodnotit. Mnohdy stačí jen slovní uznání.

Možnost, že zátěž a nervy vyvolává volání dětí žádajících o pomoc uváděli 4 respondenti (10 %). Jistě není lehké dítěti, které pláče nad svým příbuzným či kamarádem, podat radu, která by ho uklidnila a zároveň mu vysvětlila, jak má poskytnout první pomoc. 3 (7,5 %) uvádí, že je nervově zatěžují rozhovory „o ničem“ s lidmi, kteří si chtějí jen popovídat a záměrně zdržují. To jsou všeobecně časté problémy. Mnoho lidí si vymýšlí tzv. „pseudoproblémy“, nejčastěji lidé staršího věku, kteří si nemají s kým popovídat a komu si postěžovat, a tak volají linku 155. Pak je čistě na dispečerovi, aby posoudil závažnost stavu a co nejrychleji dotyčnému „pacientovi“ vysvětlil, že volá a blokuje tísňovou linku, která se zabývá stavy ohrožujícími život, nikoli psychologickou poradnou, jak si řada volajících myslí, či že má případně dotyčný (není-li jeho stav nijak závažný) navštívit svého obvodního lékaře a zároveň může podotknout, že možná právě teď potřebuje někdo rychlou pomoc, přičemž volající mu v tom překáží a zdržuje.

5 % zkoumaného souboru – 2 dotazovaní k téže otázce uvádí odpověď jiné, respondent č. 4 píše: „upřesnění místa zásahu“ a respondent č. 16 uvádí: „nemožnost opustit vyhrazený prostor dispečinku, nemožnost na chvíli vypnout a dojít si třeba v klidu na WC“. Musí být velmi nepříjemné být na toaletě a dostat se do situace, kdy začne vyzvánět telefon. Také představa neustále sedět na židli, maximálně se postavit, protáhnout se a projít se po místnosti maximálně dva metry od telefonu je jistě náročná. Proto se domnívám, že by bylo určitě vhodné, aby na každém dispečinku seděli alespoň dva dispečeré. U této otázky každý respondent zaškrtoval průměrně 5 – 6 odpovědí.

Na otázku č. 17 Přemýšlíte zpětně o Vámi zvoleném postupu na OS? Odpovídá 16 dispečerů (40 %) ano, 14 (35 %) občas a 10 (25 %) ano, je to často psychicky náročné.

Otázka č. 18 Konzultujete Vámi zvolený postup s jinými kolegy? byla hodnocena 18 dispečery (45 %) typem odpovědi občas, 12 (30 %) odpovědělo ano, snižují si tak psychickou zátěž, 9 (22,5 %) ano, a 1 respondent (2,5 %) uvedl že ne. Osobně si myslím, že je dobré konzultovat v rámci svého duševního zdraví svá rozhodnutí s kolegou, i když je třeba z výjezdové skupiny a nesedí za dispečerským stolem. Vzájemná komunikace mezi kolegy je určitě přínosná.

U otázky č. 19 Sníží přítomnost druhého dispečera ve směně Vaši psychickou zátěž? 23 (57,5 %) pociťuje snížení při přítomnosti druhého dispečera, jak dokládá graf č. 19, 6 (15 %) neví a nedokáže se k této otázce vyjádřit, 5 (12,5 %) odpovídá ne, 4 (10 %) uvádí občas a 2 (5 %) možnost jiné, z toho respondent č. 31 odpovídá: „jsem sama“, a respondent č. 10 píše: „určitě by to zátěž snížilo, kdyby bylo možné sedět ve dvou, jsem tu sama“. Odpovědi opět potvrzují důležitost vzájemné komunikace.

Na otázku č. 20 Zaslouží si dispečeri možnost předčasného odchodu do důchodu s rentou? 15 respondentů (37,5 %) se domnívá, že ano. 13 (32,5 %) uvedlo ano, jsme často dříve psychicky unaveni, 7 (17,5 %) uvedlo odpověď nevím a nedokáží tuto otázku posoudit, 4 (10 %) zaškrtnuli odpověď ne, není důvod, a 1 respondent (2,5 %) uvádí možnost jiné, kde píše: „ano, nejen dispečerů“.

Na otázku č. 21 Co byste na práci dispečera změnili? bylo opět možno označit více odpovědí a procenta jsou také počítána za každou odpověď, nikoli jako celek. Nejvíce výzkumného souboru 21 dotazovaných (52,5 %) uvedlo, že by byli rádi, kdyby na dispečinku měli možnost sloužit i kmenový lékaři, 16 (40 %) respondentů by přivítalo alespoň o jednoho dispečera ve směně navíc, 12 (30 %) by mělo rádo možnost včasné konzultace s druhou osobou o následném postupu při rozhodování, 4 (10 %) se vyjádřili odpovědí nevím, 2 (5 %) by na práci dispečera neměnili nic, a 2 (5%) uvádí jiné, z toho respondent č. 15 uvedl: „přesná, jednotná, vynutitelná pravidla“, a respondent č. 4 píše: „možná konzultace s lékařem o výjezdu“.

Otázka č. 22 Ovlivní Vaši psychiku to, že jste jediný dispečer na celý okres? 19 dispečerů (47,5 %) uvádí odpověď ne, 13 (32,5 %) odpověď ano, 4 (10 %) nevím, nedokáží posoudit, a 4 (10 %) možnost jiné, z toho respondent č. 25. odpovídá: „nejsem jediný“. Tuto odpověď bych zařadila do skupiny ne. Respondent č. 28 uvádí stejnou odpověď, resp.: „nikdy nejsem jediný dispečer ve směně“, opět podobně odpovídá i respondent č. 21, a to: „nikdy nejsem na pracovišti sama“. Respondent č. 8 odpovídá na tuto otázku slovem: „občas“.

U otázky č. 23, Je práce na dispečinku náročnější na psychiku více než ve výjezdových skupinách?, bylo nejvíce odpovědí – od 18 dotazovaných (45 %) na možnost občas, 8 (20 %) procent uvedlo ano, 7 (17,5 %) se domnívá že ne, 3 (7,5 %) nedokáží zhodnotit a posoudit a odpovídají možností nevím, a 3 (7,5 %) odpovídají možností jiné, z toho respondent č. 26 píše: „Nejsem schopen porovnat“. Tuto odpověď bych zařadila do skupiny s možností nevím. Respondent č. 12 odpověděl: „Na výjezdových posádkách nesloužím, ale myslím, že je to stejné“. A respondent č. 6 se vyjádřil: „Jedná se o jiné psychické zatížení, nelze porovnávat“.

Domnívám se, že je lepší kombinace operačního střediska a terénu. Jde o změnu, která by měla být vítána. Během mé studijní praxe na operačním středisku, kterou jsem absolvovala na dvou různých místech, jsem se většinou setkala s nespokojeností dispečerů, kteří často podotýkali, někdy i velice ostře, že nemají chvilku odpočinek, bolí je celé tělo a v neposlední řadě ani čas si dojít v klidu na toaletu. Tyto problémy potvrzuje O. Franěk ve své publikaci Manuál dispečera Zdravotního operačního střediska, kde na straně 31 píše: „Z řady důvodů platí, že žádné samostatné dispečerské pracoviště by nemělo být obsazeno jenom jedním pracovníkem: vedle nutnosti naplnit zákonné požadavky na pracovní dobu včetně přestávek na jídlo a oddech jde především o funkční důvody“.

Otázka č. 24 Kterou službu v případě potřeby vyměníte kolegovi raději? uvedlo 15 dotazovaných (37,5 %) je mi to jedno, jestli dispečink nebo výjezdovou službu, 12 (30 %) volilo možnost dispečink, 8 (20 %) výjezdovou službu, 1 (2,5 %) uvedl

služby neměním, a 4 (10 %) odpovídali možností jiné, z toho respondenti č. 28, 22, 23, a 26 uvádějí, že slouží pouze na dispečinku. Zde tedy hlavně záleží na individualitě jednotlivých pracovníků.

K vyhodnocení předem stanovených hypotéz lze říci:

Hypotézu č. 1, že se zvyšujícím se věkem a délkou praxe dispečerů OS ZZS se zvyšuje i míra jejich psychické zátěže se povedlo potvrdit v otázkách č.: 5, 6, 7, 10, 11, 14, 17, 22. S výskytem psychické zátěže u pracovníků operačních středisek tedy souvisí mnoho vyčerpávajících faktorů, které se s přibývajícími lety *stupňují*. Hypotéza č. 1 byla potvrzena.

Hypotéza č. 2, že dispečerů trvale pracujících na OS ZZS jsou více zatíženi než dispečerů, kteří pracují i ve výjezdových skupinách, se nepotvrdila, jak vyplývá z otázky č. 7 a 23. Jednoznačně se v tomto smyslu vyjádřilo jen 20% dotázaných, 45% uvedlo občas, zbytek odpovídal ne nebo nedokázal posoudit. U tohoto zkoumaného fenoménu zjevně záleží na individualitě každého člověka, jeho odolnosti vůči stresu a na zaměření, které je mu bližší. Hypotéza č. 2 tedy nebyla průkazně potvrzena.

Hypotéza č. 3, že psychická zátěž dispečerů se snižuje s vyšším počtem dispečerů ve službě, se potvrdila odpověďmi na otázku č. 8, 10, 19. Platí přímá úměrnost uvedená v této hypotéze, jež dokazuje nutnost vzájemné podpory a spolupráce mezi pracovníky Zdravotnického operačního střediska. Hypotéza č. 3 byla výzkumem potvrzena.

## 6 Závěr

Tato práce se zaměřila na zmapování existence výskytu psychické zátěže u pracovníků operačních středisek Jihočeského kraje. Výsledky dokládají náročnost práce na operačním středisku. Domnívám se, že výsledek výzkumu není nijak překvapující, dispečeri jsou jakýmsi „řídícím mozkiem“ záchranné služby, jsou na ně tedy kladeny velké nároky a očekávání, a to se může individuálně psychicky odrážet na každém z nich.

Cílem práce bylo zmapovat názory pracovníků zdravotnických operačních středisek na psychickou zátěž jejich práce a vliv počtu dispečerů v jedné pracovní směně na jejich psychické zatížení. Jak dokázal absolvovaný dotazník, oba cíle byly splněny a všechny tři hypotézy, které byly stanoveny v začátku práce se povedlo také verifikovat, alespoň v rozsahu pracovníků jihočeského kraje. Z výsledků výzkumu jednoznačně vyplývá, že s výskytem psychické zátěže u pracovníků operačních středisek se setkáváme a budeme dále setkávat. Většina dispečerů prožívá spíše občasné než trvalé stresy, přičemž někteří respondenti neměli možnost porovnání, jelikož pracují pouze na dispečítku.

Ukazuje se, že jednou z hlavních příčin stresu dispečerů je jednak nemožnost konzultace případných problémů s psychologem, který by měl být již preventivně k dispozici, a jeho velká zodpovědnost při rozhodování, stejně jako stresující stav v optimální reakci na neočekávaný dotaz. Jde o psychicky velmi vyčerpávající práci a není divu, že se vnímaná zátěž s přibývajícím lety stupňuje.

Zjištěné výsledky jasně hovoří o tom, že pracovníci OS ZZS jsou psychicky zatěžováni stejně jako členové výjezdové posádky. Proto si myslím, že by k nim mělo být přistupováno citlivě a s velkým ohledem na nervovou zátěž, které jsou každodenně vystaveni.

Studium psychologické literatury a operačního střediska mi dalo nahlédnout do osudů mnoha dispečerů, do jejich práce a rozhodování, vzájemných vazeb operačního střediska a probudilo můj další zájem o tuto problematiku. Práci jsem zpracovávala se zaujetím, neboť mi umožnila rozšířit znalosti o širší psychologicko-pracovní souvislosti.

## 7 Seznam použitých zdrojů

- 1) BYDŽOVSKÝ, J.: Akutní stavy v kontextu. Triton, 2008. 450 s.  
ISBN 978-80-7254-815-6.
- 2) FRANĚK, O.: Manuál dispečera Zdravotnického operačního střediska. 2. opravené a doplněné vydání, Computer Press a.s. Brno, 2010. 230 s. ISBN 978- 80- 254-5910- 2
- 3) GRUBER, D.: Zlatá kniha komunikace. 2.rozš.vyd. Gruber TDP, 2007. 249 s.  
ISBN 80-85624-23-0
- 4) LINHARTOVÁ, V.: Praktická komunikace v medicíně. Grada Publishing, a.s., 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5
- 5) PRAŠKO, J., MUDr. PRAŠKOVÁ, H.: Asertivitou proti stresu. 2. přepracované a doplněné vyd. Grada Publishing, a.s., 2007. 276 s. ISBN 978-80-247-1697-8
- 6) PRAŠKO, J., VYSKOČILOVÁ, J., PRAŠKOVÁ, J.: Úzkost a obavy. 1.vyd. Praha: Portál, 2006. 226 s. ISBN 80-7367-079-8
- 7) RUSH, M.: Syndrom vyhoření. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 2003. 129 s.  
ISBN 80-7255-074-8
- 8) VÁGNEROVÁ, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. 3. rozšířené a přepracované vydání, Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
- 9) ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J.: Psychologie pro zdravotnické obory. Ostravská Univerzita, Ostrava 2007, 191s. ISBN 978-80-7368-334-4.
- 10) JAMES, A., překlad ŠEBLOVÁ, J.,: Posttraumatická stresová porucha u personálu zdravotnických záchranných služeb. Časopis Urgentní medicína, 2000, roč. 3, č. 2, s. 18. ISSN 1212 – 1924.
- 11) ŠEBLOVÁ, J., KEBZA, V.: Zátěž a stres pracovníků zdravotnických záchranných služeb. Časopis Urgentní medicína, 2005, roč. 8, č. 1, s. 27. ISSN 1212 – 1924.
- 12) VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A.: Syndrom vyhoření jako důsledek zanedbávání péče o sebe u lékařů a zdravotníků. Časopis Urgentní medicína, 2005, roč. 8, č. 2. ISSN 1212 – 1924.
- 13) BRADNA, J.: „Záchranná služba, dobrý den.“ 2008. Dostupné z URL: <<http://www.bradna.blog.idnes.cz>>



- 14) DVOŘÁK, B.: Zdravotnické operační středisko a jeho úskalí. Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2002. Dostupné z URL:  
<<http://www.apra.ipvz.cz/download>>
- 15) HUMPL, L.: Operační střediska [online] Dostupné z URL:  
<<http://www.uszsmsk.cz/Default.aspx?subhref=operStrediska>>
- 16) KALÍK, Č., TOMEK, P.: Standarta léčebného plánu a intervencí v PNP a urgentní medicíně, II. Část – Okresní operační středisko, Základní organizační standart, ZZS [online] Dostupné z URL: <[http://www.pomamed.cz/index.php?stat=14&id\\_rub=8](http://www.pomamed.cz/index.php?stat=14&id_rub=8)>
- 17) Kategorizace prací [online] Dostupné z URL:  
<http://www.odbory-online.cz/kategorizace-praci/710-3/kategoriace-praci>
- 18) Kategorizace prací z hlediska hygieny práce [online] Dostupné z URL:  
<<http://www.bozpo.cz/index.php?link=kategorizaceprací.html>>
- 19) KOTINGOVÁ, L.: Prevence chorob z povolání. [online] Dostupné z URL:  
<<http://www.lfhk.cuni.cz/hygiena/Ko-kategorizace-prevence.ppt>>
- 20) Správná praxe operačního střediska. Doporučený postup č. 11 ČSL JEP – spol. UM a MK, [online]. Dostupné z URL: <<http://www.urgmed.cz>>
- 21) Střední a vyšší odborná zdravotnická škola E. Pottinga Olomouc. Vzdělávací program Diplomovaný zdravotnický záchranář [online] Dostupné z URL:  
<<http://www.epol.cz/Download.ashx?Id=f5b393aa-de2c-4aa5-b485...>>
- 22) ŠEBLOVÁ, J.: Zátěž a stres pracovníků zdravotnických záchranných služeb. [online] 112, č. 3, Dostupné z: URL: [www.bozpinfo.cz/knihovna-bozpcitarna/clanky/ochrana\\_zdravi/stres\\_zachranari.html](http://www.bozpinfo.cz/knihovna-bozpcitarna/clanky/ochrana_zdravi/stres_zachranari.html)
- 23) VAVROVÁ, L.: Záchranná služba [online] Dostupné z:  
URL: [www.soc.nidm.cz/archiv/getWork/hash/40K06LV200990A](http://www.soc.nidm.cz/archiv/getWork/hash/40K06LV200990A)
- 24) ZZShmp, územní středisko záchranné služby [online] Dostupné z URL:  
<<http://www.zzshmp.cz/zdravotnicka-zachranna-sluzba/historie/>>

## **8 Klíčová slova**

Operační řízení

Operační středisko

Psychický stres

Tísňová výzva

Zdravotnická záchranná služba

## 9 Přílohy

### 9.1 Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Karolina Hudečková a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích oboru zdravotnický záchranář. Ráda bych Vás požádala o spolupráci při vyplňování anonymního dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma: „ Psychická zátěž dispečerů zdravotnické záchranné služby.“ Chtěla bych znát Váš názor na psychickou náročnost při výkonu povolání dispečera operačního střediska ZZS. Výsledky budou uveřejněny v odborných časopisech Rescue a Urgentní medicína.

Pokyny k vyplnění dotazníku:

U každé otázky zakroužkujte jednu odpověď, nebude-li určeno jinak. Tam, kde je třeba, napište svůj vlastní názor.

Děkuji za spolupráci.

Hudečková Karolína

1. Pohlaví:  Muž  Žena

2. Věk:  20-25 let  26-30 let  35-40 let  45-50 let  55 a více let

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Středoškolské ukončené maturitou
- Specializační studium - Dis
- Specializační studium - ARIP
- Vysokoškolské bakalářské vzdělání
- Vysokoškolské magisterské vzdělání
- Jiné, dopište .....

**4. Jaké je Vaše pracovní zařazení?**

Zdravotnický záchranář - řidič

- Zdravotnický záchranář-sestra
- Zdravotnický záchranář-sestra, dispečer/ka
- Dispečer/ka
- Jiné,.....

**5. Jak dlouho pracujete na ZZS?**

- 1-2 roky     3-5 let     6-10 let     11-15 let     16-20 let
- 21-25 let                       26 a více let

**6. Kolik služeb na dispečinku máte za měsíc?**

- 1-2             3-4             5-6                                       7-8
- 9-10         11 a více     jiné,.....

**7. Je pro Vás práce na operačním středisku ZZS stresující?**

- rozhodně ne                       rozhodně ano                       ano
- ne                                       občas
- jiné,.....

**8. Kolik dispečerů je na Vašem OS v jedné pracovní směně?**

- 1     2     3 a více     jiné,.....

**9. Jakou službu na OS považujete za náročnější?**

- Denní- všední den             Denní – víkend
- Noční - všední den             Noční – víkend
- Žádnou, všechny jsou stejně náročné
- Jiné,.....



**14. Pociťujete s přibývajícím lety práce na OS psychickou zátěž?**

- Ano  Ne  Občas  Nevím
- Jiné,.....

**15. Máte možnost zpětně hovořit o problému spojeném s prací na OS s psychologem, nebo jinou kompetentní osobou?**

- Ano
- Ne
- Občas,specifikujte s kým,.....
- Jiné,.....

**16. Co Vás při práci dispečera nejvíce stresuje? (lze více odpovědí)**

- Velká zodpovědnost při rozhodování o životech druhých
- Neschopnost volajících správně reagovat a spolupracovat
- Strach, že špatně rozhodnu
- Nepochopení ze strany vedení
- To, že jsem jediný dispečer - přivítal/a bych kolegu do směny
- Přijetí výzvy od č. 112
- Žádný volný výjezdový vůz
- Odmítnutí lékaře zúčastnit se výjezdu spolu s posádkou
- Když se mi posádka dlouho nenahlásí, nebo nereaguje na moje volání
- Žádné uznání za dobře odvedenou práci ze stran vedení
- Reakce kolegů, zejména lékařů
- Volání z třetí ruky
- Rozhovory o ničem s lidmi, kteří si chtějí jen povídat a záměrně zdržují
- Volání od dětí žádajících o pomoc
- Nevím
- Jiné,.....

**17. Přemýšlíte zpětně o Vámi zvoleném postupu na OS?**

- Ano, je to často psychicky náročné     Ano     Ne     Nikdy  
 Občas     Jiné,.....

**18. Konzultujete Vámi zvolený postup s jinými kolegy?**

- Ano, snižuji si tak psychickou zátěž     Ano     Ne     Nikdy  
 Občas     Jiné,.....

**19. Sníží přítomnost druhého dispečera ve směně Vaši psychickou zátěž?**

- Ano     Ne     Občas     Nevím  
 Jiné,.....

**20. Zaslouží si dispečeři možnost předčasného odchodu do důchodu s rentou ?**

- Ano, jsme často dříve psychicky unaveni     Ne, není důvod  
 Ano     Nevím  
 Jiné,.....

**21. Co by jste na práci dispečera změnili?(lze označit více odpovědí)**

- Nic  
 Možnost včasné konzultace s druhou osobou o následném postupu  
 Přivítal/a bych alespoň o jednoho dispečera ve směně navíc  
 Rád/a bych, aby dispečink měli možnost sloužit i kmenový lékaři  
 Nevím  
 Jiné,.....

**22. Ovlivní Vaši psychiku to, že jste jediný dispečer na celý okres?**

- Ano     Ne     Nevím     Jiné,.....

**23. Je práce na dispečinku náročnější na psychiku více než ve výjezdových skupinách?**

Ano  Ne  Nevím  Občas

Jiné,.....

**24. Kterou službu v případě potřeby vyměníte kolegovi raději ?**

dispečink  výjezdovou službu  služby neměním

je mi to jedno jestli dispečink nebo výjezdovou službu

jiné,.....



**9. 2 Vyhláška 434/1992 sb. ministerstva zdravotnictví České republiky ze dne 28. července 1992 o zdravotnické záchranné službě**

§ 5 Zdravotnické operační středisko

(1) Zdravotnické operační středisko nepřetržitě a bezprostředně řídí činnost výjezdových skupin zdravotnické záchranné služby a integruje činnost všech článků přednemocniční neodkladné péče v určené spádové oblasti v nepřetržitém provozu. Činnost zdravotnického operačního střediska zajišťují zdravotničtí pracovníci.

(2) Zdravotnické operační středisko

- a) přijímá nepřetržitě tísňové výzvy k poskytnutí přednemocniční neodkladné péče, které vyhodnocuje a podle stupně naléhavosti a závažnosti stavu rozhoduje o nejvhodnějším způsobu poskytnutí přednemocniční neodkladné péče; při přijímání tísňových výzev se řídí Základním spojovacím řádem uvedeným v příloze č. 1, která je součástí této vyhlášky,
- b) ukládá po vyhodnocení tísňové výzvy podle stupně naléhavosti a konkrétní provozní situace úkoly jednotlivým výjezdovým skupinám zdravotnické záchranné služby, popřípadě žurnálním nebo praktickým lékařům, lékařské službě první pomoci nebo dopravní zdravotnické službě, které jsou trvale zálohou zdravotnické záchranné služby,
- c) soustřeďuje informace o volných lůžkách na odděleních neodkladné péče, která podle potřeby vyzývá k přijetí postiženého,
- d) shromažďuje a vyhodnocuje údaje o výkonu přednemocniční neodkladné péče ve spádové oblasti a vede o své činnosti předepsanou dokumentaci podle přílohy č. 2,
- e) organizuje a řídí k zajištění potřeb přednemocniční neodkladné péče v příslušné spádové oblasti dopravní zdravotnickou službu,
- f) koordinuje a zabezpečuje realizaci přepravních činností v rámci transplantačního programu, přepravu léků, krve a jejích derivátů nebo odborníků potřebných k poskytování neodkladné péče,
- g) zabezpečuje při likvidaci zdravotních následků hromadného neštěstí nebo katastrofy

svolání určených pracovníků, udržuje spojení se všemi zúčastněnými, organizuje rychlý výjezd potřebných sil a prostředků, vyzývá oddělení nemocnic k připravenosti na příjem většího počtu postižených, aktivuje v případě potřeby havarijní plán příslušného území, vyžaduje součinnost zdravotnických zařízení, zdravotnické služby civilní obrany, policie a hasičských sborů, vyhodnocuje všechny související informace, zabezpečuje jejich předání a realizaci potřebných opatření.

(3) Zdravotnické operační středisko územního střediska plní kromě úkolů uvedených odstavci 1 a odstavci 2 písm. a) až g) tyto úkoly:

- a) řídí v součinnosti se zdravotnickým operačním střediskem okresního střediska nasazení letecké záchranné služby,
- b) organizuje ve spádovém území některé specializované činnosti zejména sekundární výkony, dopravu nemocných a raněných v podmínkách přednemocniční neodkladné péče ze zahraničí do České republiky a vyžaduje součinnost při hromadných neštěstích a katastrofách podle § 5 odst. 2 písm. g).

(4) Zdravotnické operační středisko okresního střediska kromě úkolů uvedených v odstavcích 1 a 2 informuje bezodkladně příslušné zdravotnické operační středisko územního střediska o situaci s hromadným výskytem stavů podle § 1 odst. 2 ve svém spádovém území.

(5) Při likvidaci zdravotních následků hromadného neštěstí nebo katastrofy podle odstavce 2 písm. g) se stává lékař rychlé lékařské pomoci, který se jako první dostaví na místo hromadného neštěstí nebo katastrofy, vedoucím lékařem záchranné akce. Dostaví-li se na místo hromadného neštěstí nebo katastrofy lékař nadřízený vedoucímu lékaři záchranné akce, převezme vedení záchranné akce.

### 9.3 Mapa rozmístění zdravotnické záchranné služby v Jihočeském kraji

Rozmístění stanovišť ZZS v Jihočeském kraji - po dovybudování sítě

