

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**Vliv akutního stresu na zdravotnického záchranáře a následná
krizová intervence**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vedoucí práce: Mgr. Štěpán Klen

Autor: Bc. Vladimír Jiříšta

2012

Abstract

This thesis deals with problems of psychological stress sustained by paramedics working in rescue service, as well as mapping the possibilities of the crisis intervention in case of excess stress events in the practice of these workers.

The thesis is divided into two parts, theoretical and practical.

The theoretical part of the thesis defines the basic terms relating to rescue services and paramedics, the stress, stress levels and subsequent psychosocial care, crisis intervention and its history.

The practical part is focused on the level of mental stress found in paramedics in service, which was examined by the Meister questionnaire.

In addition, the respondents were asked about the possible symptoms of acute stress.

Another part of the questionnaire examined the awareness and possible experience of psychosocial assistance and crisis intervention among the paramedics of rescue services.

The survey was conducted by questionnaire method in two regions of the CR, the Hradec Králové Region and the Moravian-Silesian Region.

Keywords: Rescue services, paramedic, stress, psychical fatigue, psychosocial care, crisis intervention.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Vliv akutního stresu na zdravotnického záchranáře a následná krizová intervence“ vypracoval 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 diplomové 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 výsledky 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 21.5. 2012

Vladimír Jiríšta

.....

Poděkování

Tímto děkuji vedoucímu mé diplomové práce Mgr. Štěpánu Klenovi za pomoc, podněty a připomínky při tvorbě mé diplomové práce. Dále moje poděkování patří všem kteří se nezištně zúčastnili anonymního dotazníkového šetření.

OBSAH

ÚVOD	7
1. SOUČASNÝ STAV – teoretická část	9
1.1 Zdravotnická záchranná služba	9
1.1.1 Přednemocniční neodkladná péče	9
1.1.2 Zdravotnická záchranná služba zabezpečuje	10
1.1.3 Síť zdravotnické záchranné služby	11
1.1.4 Organizační členění zdravotnické záchranné služby	12
1.1.5 Právní normy vztahující se na pracovníky ZZS	13
1.1.6 Zdravotnický záchranář	14
1.2 Psychická zátěž a stres	17
1.2.1 Stres	18
1.2.2 Stresová událost	23
1.2.3 Faktory stresu	24
1.2.4 Reakce organismu na stres	25
1.2.5 Následky dlouhodobého působení stresu na jedince	27
1.2.6 Extrémní stres v pracovním prostředí	30
1.2.7 Posttraumatická porucha	32
1.3 Krizová událost	34
1.4 Psychosociální pomoc	36
1.4.1 Krizová intervence	38
1.4.2 KI a PIP ve vztahu ke zdravotnickému záchranáři	48
1.4.3 Historie KI v rámci IZS ČR	49
2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY – praktická část	55
2.1 Cíl práce	55
2.2 Hypotézy	55
2.3 Popis metodiky	56
2.4 Výzkumné otázky	57
2.5 Výzkumný soubor	59

2.6	Prezentace výsledků dotazníkové šetření	62
2.6.1	Krizová intervence na ZZS	62
2.6.2	Meisterův dotazník..	70
2.6.3	Hodnocení otázek týkajících se projevů akutního stresu u ZZ....	85
	DISKUSE	89
	ZÁVĚR	95
	ZDROJE	98
	KLÍČOVÁ SLOVA	104
	POUŽITÉ ZKRATKY	105
	PŘÍLOHY	106

ÚVOD

V laické i odborné společnosti jsou čím dál častěji probírány termíny jako je stres, psychická odolnost či pomoc v krizi. Poslední dobou se zvyšuje i zájem o problematiku psychické odolnosti záchranářů. Příkladem je nehoda belgického autobusu ve švýcarském kantonu Valais (2012), kde se záchranáři museli vyrovnat s emocemi, které u nich vyvolával pohled na mrtvá a zohavená těla dětí. Podobné případy se poslední dobou nevyhýbají střední Evropě, ani České republice, jako například nehoda vlaku na jihu Polska v dubnu 2012, nebo železniční nehoda vlaku ve Studénce v srpnu 2008.

Zdravotníci záchranáři se v rámci svého zaměstnání dostávají na místa a do situací, kterým by se zbytek obyvatelstva nejraději vyhnul. Jedná se o situace, při kterých jde o postižení zdraví, nebo přímo postižení životních funkcí, kdy by bez zásahu a rychlé pomoci mohlo dojít k trvalým následkům případně smrti postiženého. Tyto zásahy jsou pro záchranáře většinou v jim neznámém terénu a prostředí, během jakékoli části dne a při všech možných klimatických podmínkách. Převážnou většinu zásahů řeší záchranáři v již nacvičených rutinních postupech, bez většího psychického pohnutí. Ale když se k výše zmíněným podmínkám přidá hromadný výskyt raněných, zvláště traumatické poranění, mediálně sledovaný případ, zásah u dětského případně příbuzného pacienta, nehoda sanitního vozu kolegů, napadení posádky agresorem mohlo by v těchto případech vlivem stresu dojít k následkům na psychickém i fyzickém zdraví zasahujících záchranářů.

Pozice zdravotnických záchranářů na zdravotnických záchranných službách je v posledních letech stále posilována, z důvodu nedostatku lékařů v systému zdravotnických záchranných služeb jsou navyšovány počty posádek rychlé zdravotnické pomoci, kde je zdravotnický záchranář vedoucím posádky a musí dané situace řešit sám a právně za ně zodpovídat. Proto se tato diplomová práce věnuje pozici zdravotnického záchranáře na zdravotnické záchranné službě.

V teoretické části se věnuji vymezení pojmů a nastínění problematiky stresu u zdravotnických záchranářů. Dále je i vymezení psychosociální péče v rámci IZS i v rámci zdravotnických záchranných služeb.

V praktické části práce se věnuji dotazníkovému průzkumu mezi zdravotnickými záchranáři, kde se dotazuji na jejich vlastní vnímání náročnosti jejich práce a případnou zkušenost a informovanost o možnostech psychosociální pomoci a krizové intervence. Průzkum probíhal ve dvou krajích České republiky a to v kraji Moravskoslezském a kraji Královéhradeckém.

1. SOUČASNÝ STAV – teoretická část

1.1 Zdravotnická záchranná služba

Zdravotnická záchranná služba (dále jen ZZS) je zdravotní službou, která na základě tísňové výzvy poskytuje odbornou přednemocniční neodkladnou péči osobám se závažným postižením zdraví, nebo v přímém ohrožení života. To znamená, že zasahuje přímo na místě vzniku úrazu nebo akutního onemocnění a transportuje pacienta do zdravotnického zařízení k dalším vyšetřením. ZZS je příspěvková organizace zřizovaná krajem, tato služba je poskytována nepřetržitě. ZZS je základní složkou Integrovaného záchranného systému (dále jen IZS). ZZS je zřizována a podléhá právnímu předpisu – Zákon o zdravotnické záchranné službě č. 374/2011, účinný od 1. dubna 2012. Metodicky řídí činnost poskytovatelů ZZS ministerstvo zdravotnictví, také dohlíží na komunikaci příslušných orgánů ZZS s ostatními složkami IZS a orgány krizového řízení. Řídí přípravu a plánování ZZS v rámci připravenosti na řešení krizových situací a mimořádných událostí. [4]

1.1.1 Přednemocniční neodkladná péče (PNP)

Zahrnuje stavy, které:

- způsobují závažné postižení zdraví (náhle vzniklé onemocnění, bolest, úraz nebo jiné zhoršení zdravotního stavu), které vede bez poskytnutí přednemocniční neodkladné péče ke vzniku dlouhodobých nebo trvalých následků, případně až ke smrti pacienta.
- Náhle vzniklé změny chování a jednání, kterými postižený ohrožuje na zdraví a životě sebe nebo osoby ve svém okolí.
- Náhle vzniklé stavy, úrazy a onemocnění, které bez rychlé odborné pomoci vedou k selhání základních životních funkcí lidského organismu.

Do PNP zařazujeme i vyhodnocení tísňového volání na národní linku 155, nebo předanou výzvu od jiných složek IZS, případné vedení první pomoci po telefonu do příjezdu posádky ZZS na místo události. PNP je poskytována postiženému na tzv. místě události, kde došlo k náhlému postižení zdraví nebo ohrožení života postiženého, dále je PNP poskytována i během transportu do cílového zdravotnického zařízení. [4]

1.1.2 Zdravotnická záchranná služba zabezpečuje:

- Nepřetržitý a bezodkladný příjem hovorů na tísňovou linku ZZS – národní číslo 155. Hovory přijímají kvalifikovaní operátoři. Dále zajišťuje příjem výzev od ostatních složek IZS. Hovor je operátorem tísňové linky vyhodnocen, podle naléhavosti hovoru a stavu pacienta, operátor poskytuje instrukce k zajištění první pomoci do příjezdu posádky ZZS, dále operátor postupuje podle zásad operačního řízení a vysílá posádky ZZS podle potřeby.
- Řízení a organizaci zdravotnické části zásahu, spolupracuje s velitelem zásahu IZS.
- Spolupracuje s cílovým zdravotnickým zařízením.
- Na místě události zajišťuje PNP – vyšetření pacienta, provedení neodkladných výkonů k záchraně života, které se provádějí na místě události a měly by zajistit obnovení základních životních funkcí.
- Během transportu z místa události zajišťuje soustavnou zdravotní péči a nepřetržité sledování životních funkcí až do doby osobního předání odpovědnému pracovníkovi zdravotnického zařízení.
- V nutných a naléhavých případech přepravu letadlem (vrtulníkem) za soustavně poskytované PNP, tato přeprava se používá v případech, kdy hrozí nebezpečí z prodlení, nebo přepravu nelze zajistit jinak.
- V případech, kdy nelze zajistit přepravu jinak a hrozí nebezpečí z prodlení, zajišťuje se letadlem ZZS (vrtulníkem) přeprava tkání a orgánů k transplantaci.

- V důsledku mimořádných událostí a krizových situací třídí osoby postižené na zdraví podle odborných hledisek urgentní medicíny katastrof.
- ZZS zřizuje pro případ hromadných neštěstí traumatologický plán poskytovatele zdravotnické záchranné služby (dále jen traumatologický plán). Traumatologický plán zahrnuje postupy, kterými bude zabezpečena PNP v případě hromadného neštěstí. Do traumatologického plánu se zahrnují zdroje rizik, které mohou ohrozit životy a zdraví osob. [4]

1.1.3 Síť zdravotnické záchranné služby

Síť tvoří územní střediska se sídlem v každém kraji. Dostupnost ZZS v každém kraji podléhá plánu pokrytí výjezdovými základnami ZZS. V plánu pokrytí kraje výjezdovými posádkami ZZS je zohledněn topografický, demografický a rizikový faktor daného území tak, aby se posádka ZZS z nejbližšího výjezdového stanoviště dostala na místo události do dvaceti minut od přijetí tísňové výzvy. Dojezdová doba se počítá od okamžiku převzetí tísňové výzvy posádkou od operátora ZZS, dojezdová doba musí být dodržena, výjimkou jsou případy hodné zvláštního zřetele, kdy dojde k nenadálým dopravním nebo klimatickým komplikacím. Plán pokrytí území kraje posádkami ZZS je vydáván krajem a aktualizován nejméně jednou za dva roky. Před vydáním je plán konzultován s bezpečnostní radou kraje a je vyžadováno stanovisko ministerstva zdravotnictví. Plán a podklady k němu vytváří pro kraj ZZS daného kraje. [4]

1.1.4 Organizační členění zdravotnické záchranné služby

ZZS je příspěvkovou organizací kraje, je zřizována ve všech krajích České republiky a v hlavním městě Praze. Strukturu ZZS podle zákona o ZZS tvoří:

1. **Ředitelství** – centrální řídicí pracoviště poskytovatele ZZS, zajišťuje zejména činnosti provozního, ekonomického, organizačního a technického charakteru.
2. **Zdravotnické operační středisko (dále jen ZOS)** - je centrální středisko operačního řízení, přijímá a třídí tísňové volání, dává pokyny k výjezdu posádkám ZZS. Když dochází nebo může dojít k selhání životních funkcí, tak dispečer vysílá posádku RLP, RV nebo LZS (zkratky popsány dále). Výjezdů s touto indikací je však podstatně méně, zbytek stavů spadajících do PNP může ošetřit posádka RZP. ZOS komunikuje s operačními středisky ZZS jiných krajů a složek IZS, taktéž předává informace lůžkovým zdravotnickým zařízením.
3. **Výjezdové základny s výjezdovými skupinami** – Výjezdová základna je místo, odkud vyráží výjezdové skupiny na pokyn operačního střediska na výjezd. Výjezdové skupiny dělíme na:
 - RZP – rychlá zdravotnická pomoc – je složena většinou ze dvou členů: zdravotnického záchranáře a řidiče záchranáře.
 - RLP – rychlá lékařská pomoc – je složena většinou ze tří členů: lékaře, zdravotnického záchranáře a řidiče záchranáře.
 - RV – rendes wouz – posádka je většinou složena ze dvou členů: lékař a řidič záchranář. Pro tento druh posádek se používá osobní automobil pro rychlejší přesun lékaře na místo zásahu. Na místě události se setkává s posádkou RZP. Oba vozy mohou vyrážet z jiného stanoviště ZZS. Proto se tento systém nazývá setkávací.
 - LZS – letecká záchranná služba – zdravotnická část posádky je složena z lékaře a zdravotnického záchranáře.

4. Pracoviště krizové připravenosti

- Koordinuje úkoly zadané ZZS spojené s tvorbou krizového plánu kraje, havarijního plánování a dokumentace IZS.
- Je řídicím pracovištěm pro psychosociální intervenční službu zřízenou pro zaměstnance poskytovatele ZZS a jiné zdravotnické pracovníky při krizových situacích a mimořádných událostech, kdy bývají prováděny záchranné a likvidační práce.
- Zpracovává návrh traumatologického plánu.

5. Vzdělávací a výcvikové středisko

- Zajišťuje vzdělávání a výcvik zaměstnanců poskytovatele ZZS v problematice krizového řízení, urgentní medicíny a medicíny katastrof.
- Vzdělává ostatní složky IZS v poskytování neodkladné resuscitace. [4]

1.1.5 Právní normy vztahující se na pracovníky ZZS

ZZS se donedávna řídila vyhláškou MZ ČR o zdravotnické záchranné službě č. 434/1992 Sb. Od 1. dubna 2012 je v účinnosti Zákon o zdravotnické záchranné službě č. 374/2011 Sb. Pracovník ZZS musí před přijetím do pracovního poměru splňovat pouze odbornou způsobilost, která je specifikována v zákoně o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče č. 96/2004 Sb. U lékařů je podmínkou minimálně 1. atestace v oboru chirurgie, vnitřního lékařství, všeobecného lékařství, anesteziologie a resuscitace nebo pediatrie. Další podmínkou je projít vstupní prohlídkou u podnikového lékaře ZZS. Nová právní norma, která specifikuje ZZS – Zákon o ZZS upravuje práva a povinnosti členů výjezdových skupin následovně:

- Členové výjezdových skupin mohou za účelem poskytování PNP vstupovat na cizí pozemky a do soukromých objektů, pokud je tam podle dostupných

informací osoba, které je potřeba poskytnout PNP.

- Členové výjezdových skupin jsou oprávněni žádat pomoc a informace od osob nacházejících se v okolí místa události, jestli je to nutné pro poskytnutí PNP, pomáhající osoby nesmějí být při této pomoci vystaveny ohrožení života nebo zdraví.
- Členové výjezdových skupin jsou povinni vyrazit na výjezd do 2 minut po obdržení výzvy k výjezdu z operačního střediska.
- Vedoucí výjezdové skupiny je oprávněn rozhodnout o neposkytnutí PNP v případě ohrožení života a zdraví záchranné skupiny, nebo i v případech kdy není záchranná skupina k danému druhu záchrany vybavena dostatečnými ochrannými prostředky. Pokud se tak vedoucí výjezdové skupiny rozhodne, je povinen to neprodleně oznámit zdravotnickému operačnímu středisku. [4]

1.1.6 Zdravotnický záchranář

Pracovní pozice zdravotnického záchranáře má dnes již nezastupitelnou roli na ZZS. Zdravotničtí záchranáři pracují jako nelékařští zdravotničtí pracovníci v rámci celého zdravotnictví týkajícího se akutní péče o pacienta. To je specifikováno ve vyhlášce ministerstva zdravotnictví č. 55/2011 Sb., v §17 , podle které zdravotnický záchranář vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace poskytuje v rámci přednemocniční neodkladné péče, včetně letecké záchranné služby, a dále v rámci anesteziologicko-resuscitační péče a v rámci akutního příjmu specifickou ošetrovatelskou péči. Dle § 109 stejné vyhlášky bylo zřízeno specializační studium *Zdravotnický záchranář pro urgentní medicínu* – toto studium může studovat zdravotnický záchranář s ukončeným vzděláním na vysoké nebo vyšší odborné škole, toto specializační studium dále prohlubuje znalosti a pravomoci zdravotnického záchranáře, ale také zvyšuje jeho odpovědnost. Zdravotnický záchranář může pracovat

v ZZS v následujících pozicích:

- **dispečer zdravotnického operačního střediska** – kde přijímá tísňové hovory, vyhodnocuje jejich naléhavost a prioritu, podle nich vysílá výjezdové skupiny na místo události, v případě potřeby vysílá na místo události i složky jiných členů IZS. Vede telefonickou laickou první pomoc do příjezdu výjezdové skupiny ZZS.
- **Řidič - záchranář** – ve více krajích ČR jsou zdravotničtí záchranáři přijímáni na pozici řidičů – záchranářů, kdy zejména v posádkách RZP jsou oba členové výjezdové skupiny erudovaní odborníci v oboru. Tento pracovník při řízení dopravních prostředků na místo události využívá výstražných zvukových a světelných zařízení a to i v obtížných podmínkách jízdy.
- **Zdravotnický záchranář – člen posádky RLP** - jako NLZP (zkratka nebyla zavedena) se podílí na péči o pacienta, vedoucím této posádky je lékař.
- **Zdravotnický záchranář – člen posádky RZP** – je vedoucím posádky ve většinou dvoučlenném týmu, poskytuje odbornou zdravotnickou péči bez odborného dohledu.

Zdravotnická záchranná služba čelí v posledních letech nedostatku zájmu lékařů o práci u ZZS. Proto jsou přijímána opatření, které by se s tímto stavem měla vyrovnat. ZZS přecházejí ve výjezdových skupinách do režimu RV (rendes – wouz) a RZP tzv. setkávací systém. V tomto případě je jedna posádka osobního vozu RV s lékařem na palubě určena na 3 – 5 vozů RZP. Na méně závažné zásahy jsou vysílány jen posádky RZP, které jsou schopné tyto situace vyřešit, v případě potřeby si mohou lékaře ve voze RV přivolat na místo zásahu. Stejně tak v případě, pokud dispečer ZOS předpokládá, že transport pacienta do zdravotnického zařízení nebude nutný, vyšle na místo události jen osobní vůz RV s lékařem, který má pravomoc pacienta nechat v domácím ošetření.

Při závažných situacích vysílá dispečer ZOS obě posádky (RV, RZP) na místo události současně, přičemž nemusí obě vyjíždět ze stejného výjezdového stanoviště. V těchto závažných stavech bývá lékař přítomen i u transportu ve voze RZP a oba vozy jedou současně do zdravotnického zařízení. V případě že je pacient stabilizovaný a již nevyžaduje péči lékaře, může být pacient transportován pouze posádkou RZP a lékař v posádce RV je volný k dalším zásahům a může pokračovat k dalšímu výjezdu přímo z místa předešlé události.

Z výše uvedeného vyplývá, že stavy zaměstnanců u ZZS se zvyšují v kategorii zdravotnických záchranářů, posádky RZP musí zvládat větší počet výjezdů, přičemž se proti dřívějším dobám osvědčuje model dvou záchranářů v posádce RZP namísto posádky řidič a záchranář. Proto se naše práce věnuje právě této skupině pracovníků v rámci ZZS. Počty výjezdů posádek RZP se zvyšují i kvůli zrušení či přetížení tzv. pohotovostí – lékařské služby první pomoci. Veřejnost vyžaduje péči ZZS i v případech, kdy tento stav není naléhavý a dříve by ho řešil lékař služby první pomoci. Jedná se např. o horečky, vytažení klíštěte či chronické potíže. Většinu těchto výjezdů dnes nahrazují posádky RZP, které ve většině případu musí pacienta transportovat do zdravotnického zařízení. Pro posádky RZP přibývá i závažných výjezdů, kdy se mohou spolehnout jen samy na sebe. Z důvodu, že je jedna posádka RV určena až na 5 vozů RZP, dochází k situacím, kdy se lékař stará o pacienta s jednou posádkou RZP a ve stejnou dobu zasahuje jiná posádka RZP u závažného stavu. Lékař v tuto dobu není dostupný nebo je jeho dojezdová doba z jiné oblasti příliš dlouhá. Posádka RZP se v tuto dobu může spolehnout jen na telefonickou konzultaci s lékařem přes nahrávanou linku KZOS. Zvyšující se nároky na zdravotnické záchranáře působí nemalý tlak na jejich psychické zdraví. Zdravotnický záchranář pracuje v prostředí a situacích pro zbytek veřejnosti velmi stresujících. Zvyšující se hustota provozu přináší stresem vyhocené situace už během jízdy za zásahem. Na místě události je zdravotnický záchranář téměř pokaždé v sobě neznámém prostředí, musí se rychle a operativně rozhodovat a nést zodpovědnost za své rozhodnutí, všechny tyto aktivity probíhají pod dohledem rodinných příslušníků, laické veřejnosti, před objektivy kamer

a fotoaparátů. V těchto situacích by se neměl dopouštět chyb, protože v tomto oboru mají fatální následky. Všechny vzpomenuté skutečnosti mohou zanechat stopy v psychice záchranáře a vyústit v posttraumatický stav nebo syndrom vyhoření.

1.2 Psychická zátěž a stres

Psychická zátěž klade nároky na psychické pochody jedince, zejména na pozornost, paměť, představivost, myšlení a rozhodování, důležitým prvkem je i vědomí zvýšené zodpovědnosti. Psychickou zátěž můžeme dělit do několika druhů a forem. Obecně ji můžeme rozlišovat podle trvání, síly a působení. Psychická zátěž v pracovním prostředí patří v ČR mezi sledované a hodnocené faktory práce, které sleduje Státní zdravotní ústav. K hlavním sledovaným faktorům, které určují psychickou pracovní zátěž patří:

- časový tlak a intenzita práce,
- vnucené pracovní tempo,
- monotonie,
- nároky v oblasti komunikace,
- práce ve směnném režimu a noční práce,
- vlivy, které jsou schopné narušovat soustředění pracovníka,
- odpovědnost (hmotná, organizační, právní),
- riziko ohrožení vlastního života i života ostatních,
- místo vykonávání práce (dislokovaná pracoviště, sociální izolace),
- problémové vztahy na pracovišti (šikana, mobbing). [7]

Z těchto sledovaných faktorů můžeme v praxi zdravotnického záchranáře na ZZS aspoň částečně sledovat všechny faktory, monotonie a vnucené tempo se objevuje v praxi zdravotnických záchranářů méně. Intenzitu vnímání jednotlivých faktorů má každý jedinec na jiné úrovni, podle osobních zkušeností a vlastní osobnost jedince.

1.2.1 Stres

Slovo stres má původ v anglickém slovu „stress“, které můžeme kromě nám známého významu také překládat jako – napětí, namáhání, důležitost či tlak. Stres v dnešní době prožívá každý z nás. Společnost nás nutí stále vykonávat více činností v kratším čase, člověk vnímá všechny možné stresory, jak pozitivní, tak hlavně negativní. Hranice, kdy jedinec hodnotí událost jako stresovou, je u každého jiná, událost která je pro jednoho vysoce stresová může být pro druhého příjemným zážitkem. Zdravotnický záchranář si již při příchodu do práce přináší své problémy ze svého osobního života, nadále se musí vyrovnat i se stresujícími situacemi v rámci svého zaměstnání. Každý jedinec má míru odolávání stresu na jiné úrovni. Podle Atkinsonové můžeme stres obecně formulovat jako stav, kdy se lidé setkají s událostmi, jež vnímají jako ohrožení své tělesné nebo duševní pohody. Podle Selye (1978) je stres stav, který se projevuje specifickým syndromem, který se skládá ze všech nespecifických změn uvnitř biologického systému. Stres je stav daného organismu, který je vystaven nenadálým a mimořádným podmínkám a ty vyvolají obrannou reakci s cílem zachovat životaschopnost organismu.

Teorie stresu Waltera Cannona

Walter Cannon v roce 1914 zveřejnil svou teorii týkající se stresu. Díky pokusům na zvířatech v laboratorních podmínkách popsal strach, úzkost a vztek. Vyvolával zátěžové podněty, poplachové reakce a následnou tvorbu hormonů v dřeni nadledvin, která jedince připravuje na boj nebo útěk. Stejně tak upozornil na pojem homeostázy, což je stálost vnitřního prostředí, do kterého by se jedinec měl po stresové reakci navrátit. [10]

Teorie stresu Hanse Selyeho

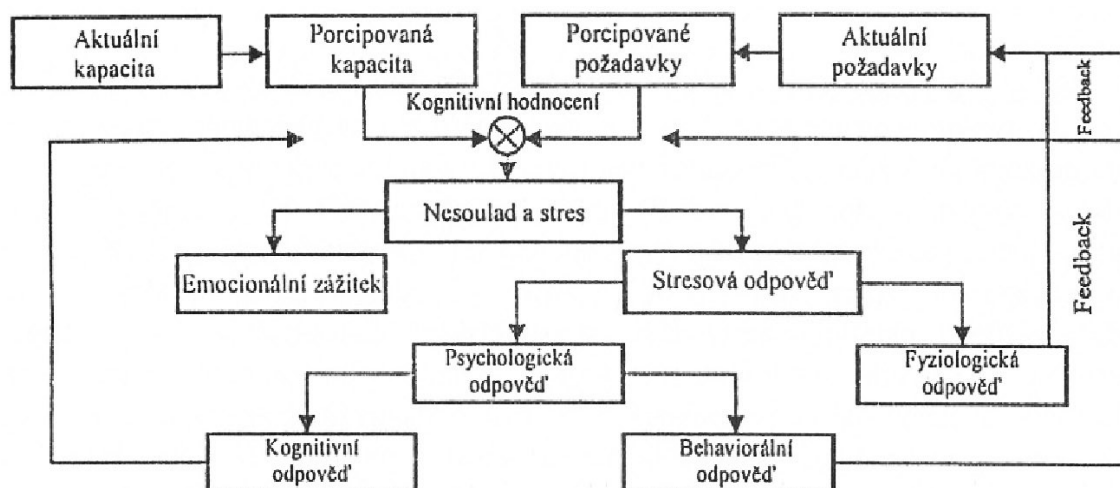
Hans Selye (1907 – 1982) vytvořil koncepci adaptačního syndromu, kdy popsal adaptaci organismu na neustupující tlak. Popisuje, že reakce je vždy stejná a nezáleží na původci stresoru, jen na jeho síle. Popisuje tři fáze adaptačního syndromu, kdy první je *poplachová fáze*, ve které dochází k již zmíněnému vyplavování adrenergních hormonů dřeně nadledvin, následuje *fáze rezistence a adaptace* na stres, kdy se organismus trvalému stresu přizpůsobuje dostupnými prostředky. Poslední je *fáze vyčerpání*, kdy došlo k vyčerpání energie daného jedince, nebo adaptace na stres byla nedostatečná. Takto vyčerpaný organismus umírá nebo je nenávratně poškozen. [9]

Teorie stresu Richarda Lazaruse

Richard Stanley Lazarus (1922-2002) popsal tzv. psychosociální stres a jeho zvládání. Je tedy rozlišena fyziologická a psychologická složka stresu. Psychická složka stresu je závislá na každém jedinci a jeho schopnosti zvládání zátěže a adaptace na stres. Vychází z předpokladu, že stres vnímáme až v okamžiku, kdy je situace vyhodnocena jako ohrožující a přesahující naše schopnosti. Udává, že hodnocení situace může být jak vědomé, tak i nevědomé. [10]

Coxova transakční teorie stresu

Tato teorie stresu navazuje na stresovou odpověď a přidává další stádia a následně uzavírá celý cyklus zase na začátek, představuje tedy cyklickou povahu stresu. Teorie je znázorněna na následujícím obrázku transakčního modelu stresu [Cox, 1978]



Obr. 1.1 (zdroj citace: [19] str.20)

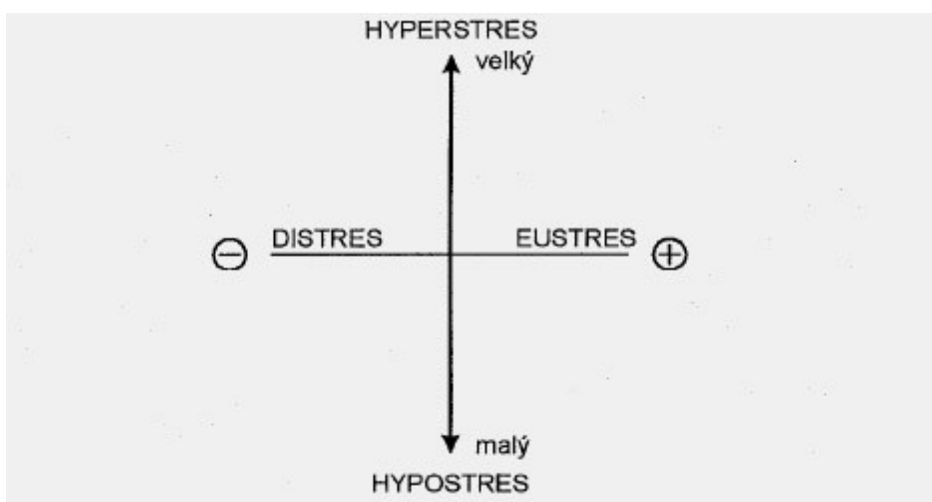
Stres dělíme na:

- **Eustres** – považujeme za pozitivní druh stresu, který organismus potřebuje pro lepší koncentraci, napomáhá jedincům k vyšším výkonům, lepší motivaci, přesnější práci atd. Tento stres přispívá k dlouhodobému přežití jedince i druhu během vývoje světa, kdy je díky tomuto stresu jedinec donucen řešit problémy rychle a operativně. Po tomto stresu musí přijít fáze uklidnění, kdy se organismus dostává do původní polohy a uvolnění či relaxace. Díky pozitivnímu stresu můžeme posunovat hranice vědění a kreativity lidstva.

- **Distres** – tímto termínem označujeme negativní stres, který má na organismus negativní vliv. Je to vysoká až nadměrná psychická i fyzická zátěž, která může poškozovat organismus a vést k nemoci až smrti organismu.

Oba druhy stresu spouští v organismu stejnou reakci, ale liší se rozsahem a intenzitou. Zatímco eustres vyvolává v jedinci mírné napětí a následně kladné pocity z dosažení cíle, u distresu chemická reakce pokračuje, jedinec ztrácí pocit jistoty a bezpečí a dochází ke všem negativním účinkům distresu na organismus. [9]

Stres můžeme také dělit podle jeho intenzity, jedná se o *hyperstres* a *hypostres*. Hypostres podle Křivohlavého nedosahuje velké intenzity a organismus se mu postupně přizpůsobuje a dokáže ho zvládat pomocí svého adaptačního režimu, zatímco hyperstres je náročnou zátěží pro organismus a překračuje adaptační hranice organismu. Organismus vyčerpá své možnosti a rezervy a hrouť se buď psychicky, nebo fyzicky. V obzvlášť závažných případech může dojít až ke smrti organismu. Základní rozměry stresu jsou rozděleny dle Křivohlavého (1994) na následujícím schématu. [8]



Obr. 2. zdroj citace: [8] str. 8

Další možnost členění stresu je dle časové posloupnosti, podle Matouška (2003) rozdělujeme stres podle doby a času působení následovně:

- **Akutní stres** – tento stres nastupuje okamžitě v průběhu traumatické události, objevuje se většinou při těch nejzávažnějších situacích, kdy jsou jedinec a jeho okolí ohroženi na životě. Jedná se o závažné havárie, války, zemětřesení, povodně, ale i pokusy o znásilnění či vraždu. Na rozdíl od chronického stresu je akutní stres způsoben jen krátkodobou událostí. Tento druh stresu se projevuje jak v psychické tak i fyzické stránce osobnosti. U zasažených jedinců se může objevovat stav strnutí, zúžené vědomí a pozornost, nechápání podnětů, dezorientace, ztráta paměti, zmatenost, může se dostavit agitace a hyperaktivita, útková reakce psychogenní šok díky poruchám krevního oběhu a snížené dodávce kyslíku do mozku i porucha vědomí v řádu dní po události se může dostavit i deprese, úzkost nebo zlost. Ke zvýšené náchylnosti k podlehnutí akutnímu stresu patří tyto faktory: stáří, vážné onemocnění a vyčerpání organismu.
- **Chronický stres** – působení tohoto druhu stresu na organismus je dlouhodobé. Jedinec ho může prožívat například v zaměstnání, při vypjatých mezilidských vztazích, při špatných pracovních podmínkách jako je noční práce, vysoká hluchnost pracovního prostředí nebo hrozba infekčního onemocnění nebo intenzivní sociální práce. Síla těchto stresorů v dlouhodobém výhledu může kolísat, ale úplně neustává. U postiženého jedince se mohou projevovat příznaky úzkostí, podrážděnost, napětí, nepřiměřené emoční reakce, nespavost, únava, bolest hlavy nebo poruchy příjmu potravy. Dlouhodobý stres také značně ovlivňuje pracovní výkonnost a kvalitu odvedené práce.
- **Posttraumatický stres** – je to následný stres po závažné stresové události, popisujeme ho jako opožděnou reakci na stres. Většinou se vyskytuje jen po těch nejzávažnějších stresových událostech popsanych v oblasti akutního stresu. Projevuje se pocity úzkosti, nervozitou, depresí, ztrátou sebedůvěry a obavami

z budoucnosti. [20]

1.2.2 Stresová událost

Stres vyvolává velká skupina podnětů - stresorů. Ty nejzávažnější způsobují podstatné změny v životě zasažených lidí. Řadíme sem události jako je válka, zemětřesení, povodně, ztráta blízké osoby nebo vlastní závažné onemocnění. Do stresových záležitostí zařazujeme i záležitosti, které prožívá jedinec každý den, např. spory s okolím, ztráta peněženky a osobních dokladů nebo zpoždění na domluvenou schůzku. Podle Atkinsonové dělíme stresové události do následujících kategorií:

- **Traumatická událost mimo běžnou lidskou zkušenost** – patří mezi nejzřejmější zdroje stresu. Zařazujeme sem katastrofy a hromadná neštěstí i silné vjemy jako znásilnění, pokusy o vraždu či válku. Na takto silné vjemy následuje řada reakcí jako je ohromení a omráčení, pasivita, úzkost, obavy, neschopnost se soustředit, deprese, strach a zneužívání návykových látek.
- **Neovlivnitelné události** – pokud jedinec vnímá situaci jako neovlivnitelnou a blízce se ho dotýká, tím vyšší je stresová zátěž. Do této kategorie řadíme smrt blízkého člověka, ztrátu zaměstnání nebo onemocnění závažnou nemocí. Do této kategorie patří i méně závažné situace, např. když přítel nechce přijmout naši omluvu. Tyto situace vnímá člověk stresově, protože nemůže danou situaci ovlivnit, mít pod kontrolou ani jí zabránit.
- **Nepředvídatelné události** – možnost předvídat a připravit se na stresovou událost obvykle snižuje intenzitu stresu. Pokud se jedinec může na příchod stresu připravit předem, vnímá tuto situaci jako přijatelnější a méně zátěžovou. Díky vysoké nepředvídatelnosti je práce záchranářů v rámci IZS, nebo zdravotníků vysoce stresující, záchranáři nemají možnost předvídat kdy a jak závažný zásah je během jejich pracovní směny čeká.
- **Události přesahující schopnosti jedince** – jedinec může vnímat situaci jako

značně stresovou, i když ji může předvídat a má možnost jí ovlivnit, stresová zátěž vzniká z důvodu překonání vlastních hranic a vlastního pohledu na svět.

- **Vnitřní konflikty** – Stres mohou navodit i vnitřní procesy jedince, ať už vědomě, tak i nevědomě. Vzniká, pokud se jedinec musí rozhodnout mezi dvěma možnostmi, které jsou neslučitelné. Tyto vnitřní konflikty řeší každý jedinec. Jedná se o situace, kdy musí dojít k rozhodnutí, např. mezi sportovní a studijní kariérou nebo volba závislost versus nezávislost na jiné osobě. [27]

Podle Hanse Selye můžeme dělit stresory do čtyř následujících skupin:

- **Fyzikální a chemické látky** – do této skupiny zařazujeme látky vyskytující se v okolním prostředí jedince. Jde především o látky, na které vzniká závislost (nikotin, alkohol, drogy, farmaka, cofein), ale také původci chorob, radiační záření, jedovaté plyny.
- **Povinnosti** - stresory spojené s povinnostmi, které musí jedinec splnit, úkoly za které má zodpovědnost. Svou roli zde hraje um a osobní schopnosti jedince.
- **Myšlenky** – stresory, které si jedinec vytváří sám podle vnímání sama sebe a okolního světa.
- **Vztahy** – vztahy jedince s okolím a jeho schopnost komunikace a vycházení s ostatními lidmi. Do této kategorie jsou provázány i předchozí stresory, protože hrají roli ve vnímání a schopnostech daného jedince vnímat okolní realitu. [9]

1.2.3 Faktory stresu

Podle Atkinsna nejdou všechny faktory stresu (stresory) vyjmenovat, ale zařazujeme sem všechny podněty, které vyvolávají stresovou reakci. Můžeme je dělit:

- **Psychické** – vysoká zodpovědnost, vysoké nároky zaměstnavatele,
- **Traumatické** – obtížné zásahy v zaměstnání (hromadné havárie, vraždy, úmrtí

dětských pacientů), přírodní katastrofy, fyzické útoky, úmrtí v rodině, rozvod, válka, ztráta zaměstnání a životní role,

- **Sociální** – problémy v oblasti osobních vztahů a nezodpovědné životosprávy,
- **Fyzikální** – nepříznivé podmínky k vykonávání zaměstnání (špatné počasí, nadměrný hluk, vysoká nebo nízká teplota vzduchu). [10]

1.2.4 Reakce organismu na stres

Reakce organismu na stres je rozdílná podle schopnosti jedinců odolávat stresu. Reakci organismu na stres dělíme na psychickou a fyzickou:

- **psychická reakce na stres** – rozsah reakce je od smíchu až po vztek, úzkost či depresi. Nejčastější reakcí je *ÚZKOST*. Většina lidí ji vnímá jako napětí, strach a starost. Další psychickou reakcí je *VZTEK*, který může kulminovat až v *AGRESI*. Ty se objevují, když je danému jedinci odepřeno dosažení cíle, o který usiloval. To vyvolává základní agresivní pudy. Další možnou psychickou reakcí na stres je *APATIE* až *DEPRESE*. Je to opačná reakce než agrese, ale také častá. Jedinec se uzavírá do sebe a je apatický. Pokud stresor působí příliš dlouho, může tento stav přerůst v depresi. Poslední možnou psychickou reakcí na stres je *OSLABENÍ KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ*. Pokud se jedinec setkal se silným stresorem, mohou nastat problémy se soustředěním a logickým myšlením, následně je nepružný a neschopný uvažovat o alternativním řešení dané situace. [10]
- **Fyziologická reakce na stres** – V lidském těle je naprogramován řetězec vrozených reakcí na ohrožení. Jestliže ohrožení ustalo, řetězec se zastaví. Pokud ne a stresor působí dál, lidské tělo se snaží vyrovnat stálému stresu a to je

doprovázeno řadou vnitřních reakcí. Základní fyziologickou reakcí na působení stresoru je *ÚTOK* nebo *ÚTĚK*. Náhlá reakce má vytvořit dostatek fyziologických rezerv pro útěk nebo boj. Spouští se zvýšená činnost vegetativního nervstva a to sympatiku. Je aktivována osa hypotalamus – hypofýza – nadledviny. Jsou vyplavovány stresové hormony glukokortikoidy a adrenalin a neuromediátor noradrenalin. Tyto hormony mají navodit v organismu zvýšené prokrvení svalů a orgánů, které budou podávat zvýšený výkon, naopak mají utlumit činnost např. trávicího ústrojí. Zvyšuje se činnost srdce pro zrychlení zásobování organismu živinami, do krve jsou uvolněny zásoby „rychlé energie“ v podobě glykogenu. Při spotřebování těchto zdrojů rychlé energie následuje uvolňování a spotřebovávání energie z tukových zásob. Celková obranná reakce je velmi náročná na spotřebu energie a organismus velmi vyčerpává. Když není příležitost regenerace, tak může reakce na stres vést ke vzniku patologických změn v organismu. [10]

Reakci na stres také můžeme dělit na behaviorální a emocionální:

- **Behaviorální příznaky stresu** – sem řadíme chování a jednání jedince ve stresu. Daný jedinec může být nerozhodný a vyjadřovat nerozumné nářky, mít zvýšenou náchylnost k onemocnění a pomalejší uzdravování po nemoci či úrazu. Může mít větší sklon k nepozornosti a nesoustředění, s čímž souvisí vyšší riziko úrazu a nehod. Může se projevit snížená kvalita odváděné práce, vyhýbání se důležitým úkolům či pokusy o podvádění. Zvyšuje se náklonnost ke kouření, alkoholu a drogám nebo utišujícím lékům. Dochází k poruchám příjmu potravy, buď jde o ztrátu chuti k jídlu nebo naopak přejídání. Může se změnit denní rytmus jedince, který má problémy s nespavostí a následně přes den trpí únavou. Výsledkem je menší množství a kvalita práce, což může mít v případě zdravotnického záchranáře fatální následky.

- **Emocionální příznaky stresu** – jedinec má prudké změny nálad. Věcem a událostem, které pro daného jedince dříve neměly velký význam, udává velkou důležitost a mohou ho hluboce emocionálně zasáhnout. Může dojít k neschopnosti vyjádření soucitu či nenávisti. Dochází k uzavření se do sebe, ke ztrátě potřeby udržování sociálních kontaktů. Může dojít ke zvýšené podrážděnosti, popudlivosti a úzkostnosti. [8]

1.2.5 Následky dlouhodobého působení stresu na jedince

Jak již bylo popsáno výše, krátkodobé působení stresu může působit na organizmus kladně a prospěšně. Zvyšuje fyziologickou odolnost organismu a podle Dinsbiera vede i k částečné stresové toleranci. Jestliže ale stres není aktivně řešen a přetrvává dlouhodobé zapojení sympatického a adrenokortikálního systému, v krvi je stále vysoká hladina stresových hormonů, dochází tím k celkovému oslabení jedince. Nastává poškození cév, snížení aktivity imunitního systému, vysoký krevní tlak, astma, žaludeční vředy a rozvoj srdečních chorob a také přímo ICHS. Podle Atkinsonové emoční stres hraje důležitou roli až u poloviny všech zdravotních potíží.

Vliv stresu na zdravotní stav postiženého posuzujeme podle škály dle Holmese a Rahea [Holmes a Rahe, 1967], která měří stres z hlediska životních změn. Škála zachycuje vztah mezi stresem a nemocí, zachycuje prožité události jedincem v uplynulém roce, sčítá se bodové skóre jednotlivých životních událostí. Následný výsledek dává hrubý odhad, jestli stres u daného jedince ovlivní zdraví. Když součet všech získaných bodů

přesáhne hranici 300, je u daného jedince riziko onemocnění spojené se stresovým zatížením, při hodnotě 150 – 299 bodů je riziko mírné (nižší o 30% než při vysokém zisku bodů). Pokud je hodnota získaných bodů do hranice 150, je riziko onemocnění spojené se stresovou zátěží nízké.

UDÁLOST	BODY
1. Smrt manžela nebo manželky	100
2. Rozvod	73
3. Rozpad manželství	65
4. Vězení	63
5. Smrt v rodině	63
6. Zranění nebo nemoc	53
7. Sňatek	50
8. Ztráta zaměstnání	47
9. Manželské problémy	45
10. Odchod do důchodu	44
11. Změna zdravotního stavu člena rodiny	44
12. Těhotenství	40
13. Sexuální problémy	39
14. Přírůstek do rodiny	39
15. Přizpůsobování se nové práci	39
16. Změna finanční situace	38
17. Smrt blízkého přítele	37
18. Změna v povolání	36
19. Manželské hádky	35
20. Velká půjčka	31
21. Zrušení půjčky	30
22. Změna pracovních povinností	29
23. Dítě opouštějící domov	29
24. Potíže s tchyní nebo s tchánem	29
25. Osobní úspěch	28
26. Manželka začne/přestane pracovat	26
27. Začátek nebo konec školy	26
28. Změna životních podmínek	25
29. Změna v osobních zvycích	24

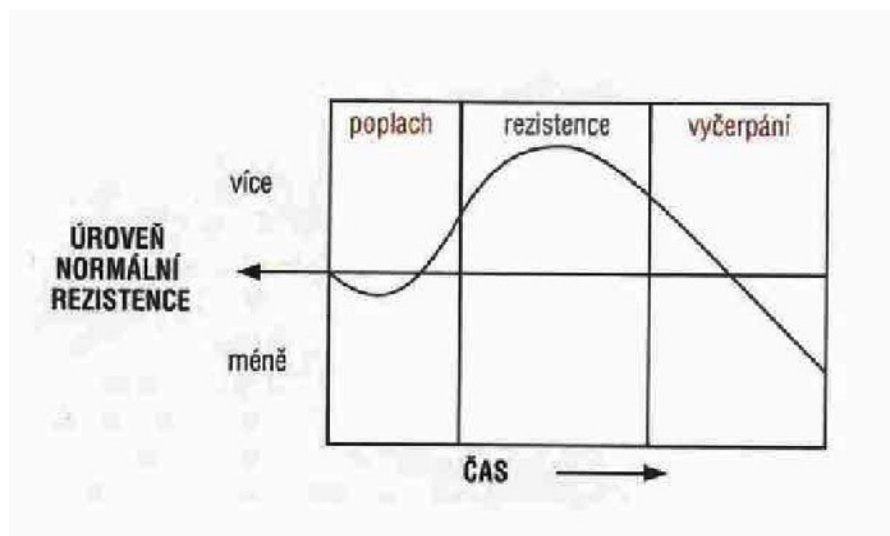
30. Potíže s nadřizenými	23
31. Změna bydliště	20
32. Změna pracovní doby nebo podmínek	20
33. Změna školy	20
34. Změna v rekreaci	19
35. Změna v náboženském životě	19
36. Změna ve společenském životě	18
37. Malá půjčka z banky	17
38. Změna v rutině spánku	16
39. Změna v rodinných vztazích	15
40. Změna stravy	15
41. Prázdniny	13
42. Vánoce	12
43. malé porušení zákona	11

Tab. [35, str. 213 - 21]

Podle Hanse Selyeje(1949) je adaptační syndrom na stres ve třech stádiích – následovně:

- *Poplachová reakce* – první fáze šoku a odpovědi na něj, aktivace sympatické nervové soustavy se zvýšením sekrece hormonů dřeně nadledvin, vytváření energetických rezerv pro boj nebo útěk.
- *Stav zvýšené rezistence* – pro tuto fázi je typická snaha o udržení vysoké adaptace na stres, organismus přivyká vysoké zátěži.
- *Stav exhausce* – stav vyčerpání, po dlouhodobém působení jednoho stresoru byly vyčerpány zdroje energie, organismus nadále není schopen udržet adaptační procesy. [9]

Obecný adaptační syndrom podle Hanse Selyeho:



Graf 1. (zdroj citace: [10] str. 497)

1.2.6 Extrémní stres v pracovním prostředí

Člověk se může ocitnout ve stresu při svém zaměstnání, když si uvědomí, že požadavky na něj kladené jsou neúměrně vyšší než prostředky, které má k dispozici. U zdravotnických záchranářů vyplývá vysoká stresová zátěž již z podstaty povolání, kdy každodenně zasahují v situacích, které jsou pro zbytek populace jedny z psychicky nejvíce náročných. I tak je zdravotnický záchranář jenom lidská bytost a tyto stresory na něho také působí. Schopnost každého jedince vyrovnat se s extrémním stresem je jiná. Z podstaty profesí v IZS, které se ve svém zaměstnání věnují katastrofám, nehodám a lidským tragédiím, vyplývá vysoké vystavení traumatickým situacím. Nahromaděný extrémní stres zvyšuje riziko nemocí z povolání, rozvodovost, syndrom vyhoření, abúzus alkoholu a drog, popřípadě až sebevražedné jednání. [12, 15]

Faktory ovlivňující stres v zaměstnání:

- nedostatek kontroly nad prací,
- nepřiměřené požadavky od nadřízených,
- nedostatek podpory od kolegů a nadřízených

Příznaky stresu při práci:

- zvýšená pracovní neschopnost, vysoká fluktuace zaměstnanců, chyby, úrazy, nedochvilnost, zvýšená podrážděnost, nízká soustředěnost. Může dojít až ke zvýšené konzumaci alkoholu a drog, oslabení imunity, výskytu peptických vředů.[12]

Šeblová a Kebza (2005) ve své studii uvádějí že: „Z teorie i praxe je zřejmé, že jistá míra zátěže a stresu k práci na záchranné služeb 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 stresor konkrétním jedincem vnímán a hodnocen především z hlediska jeho zvladatelnosti.“ [34, str.27]

V této studii Šeblová a Kebza (2005) uvádějí, že opakovaná expozice mimořádným událostem je v praxi zdravotnických záchranářů normální, u nepřivykklých jedinců může vzniknout akutní reakce na stres, zároveň ale uvádí, že u zdravotnických záchranářů je charakteristická zvýšená odolnost vůči zátěži a vlastní ochota podstoupit vyšší riziko než je běžné, tyto vlastnosti ke zvládnání nadlimitních událostí pozitivně přispívají. [34]

1.2.7 Posttraumatická porucha

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí WHO je podmínkou akutní reakce na stres „zdrucující traumatický zážitek zahrnující vážné ohrožení bezpečnosti nebo somatické integrity jedince nebo blízkých osob, nebo obvykle náhlá a ohrožující změna v sociálním postavení nebo v mezilidských vztazích jedince, například ztráta mnoha blízkých osob nebo požár v domácnosti.“ [1, s.13.]

Postrumatická porucha je reakce organismu na extrémní traumatickou událost, která převyšuje běžné lidské zkušenosti. Mezi ty se řadí válka, úmrtí, přepadení, znásilnění, zjištění závažné diagnózy, havárie, přírodní pohromy a jiné závažné situace nebo dlouhodobě působící stresová situace. V případě zdravotnických záchranářů se bude jednat hlavně o výjimečné případy během zaměstnání. Dle Šeblové je největším stresorem zaměstnanců ZZS neúspěšná resuscitace dítěte nebo havárie sanitního vozidla ať už je postižený v posádce havarovaného vozu nebo vyráží na pomoc kolegům po havárii. [11]

Při posttraumatické poruše dochází u postižených k neustálému se navracení k traumatické situaci v myšlenkách, snech a fantaziích, snaží se vyhýbat místům, kde k traumatické události došlo. Jestli tato porucha trvá dlouho, dochází k postižení zdraví, jak již bylo popsáno výše. Pokud je stresor dostatečně silný a intenzivní, vzniká stresová porucha i u odolných a adaptovaných jedinců.

Podle Baštecké řadíme do posttraumatických poruch :

- *Akutní stresovou poruchu* – může nastat již hodinu po prožitém traumatu nebo přijít kdykoli do období 4 týdnů od traumatu. Projevuje se zúžením pozornosti, panickou úzkostí, zmrtvením nebo únikovou reakcí. Fyzicky se projevuje pocením a bušením srdce, návaly horka nebo chladu, třesem, obtížným dýcháním, bolestmi svalů, břicha a hlavy. Akutní stresová porucha je

vymezována jako přechodná a měla by sama odeznít. Může však přecházet v posttraumatickou stresovou poruchu.

- *Posttraumatickou stresovou poruchu (PTSP)* – bývá uváděna jako prodloužená reakce na traumatizující událost. Začíná se projevovat do šesti měsíců od iniciální situace a trvá většinou minimálně jeden měsíc. Projevuje se jako *znovuprožívání* – záblesky traumatické události přes den nebo *vyhýbání* – jedinec se snaží vyhnout všemu, co by mu mohlo traumatickou událost připomenout. Posledním projevem je *zvýšená dráždivost* – podrážděnost, návaly hněvu, spánkové potíže. Pokud jedinec hodnotí svoje chování po traumatu negativně, zvyšuje se pravděpodobnost propuknutí PTSP. U zdravotnických záchranářů to může znamenat propuknutí PTSP po velmi náročných akcích, kdy hodnotí svoje působení v akci negativně. Podle Čírtkové mohou projevy odpovídající PTSP přijít až po návratu k běžné životní rutině (návrat do zaměstnání, opětovné výjezdy záchranářů na podobné výzvy k případům, které vyvolaly PTSP). Postižený záchranář může v tuto chvíli prožívat stavy úzkosti a jeho rozhodování by tímto mohlo být ovlivněno. [14]
- *přetrvávající změny osobnosti po traumatické zkušenosti* – do této kategorie se zařazují změny osobnosti trvající více než dva roky. Vzniká po působení těch nejsilnějších a dlouho působících stresorů, dochází k změně osobnosti daného jedince. Projevuje se zhoršováním mezilidských vztahů, snížením fungování ve společnosti a zaměstnání. U postiženého jedince se projevuje nedůvěra k lidem a světu. Takto silná stresová porucha nastává u lidí s velmi silným stresovým prožitkem (koncentrační tábory, zajetí, mučení, dlouhodobé vystavení život ohrožujícím situacím) [1]

Posttraumatické reakce by měly sloužit k poučení jedince a budoucímu přežití při podobné situaci, jen někdy přecházejí v poruchu.

1.3. Krizová událost

V anglických textech mluvíme o „critical incident“, tedy o nárazu událostí, kdy vznikají nepříznivé události jako nehody, katastrofy, neštěstí apod. V zákonné úpravě se hovoří o „mimořádné události“, při kterých mohou být vyhlášeny krizové stavy.

Traumatizující událost definujeme podle Mezinárodní klasifikace nemocí jako výjimečně nebezpečný nebo katastrofický charakter, který může vyvolat hluboké rozrušení téměř u kohokoli. [1]

Vymezení krizových událostí dle platné legislativy

Mimořádná událost je škodlivé působení sil a jevů vyvolaných činností člověka, přírodními vlivy, a také havárie, které ohrožují život, zdraví, majetek nebo životní prostředí a vyžadují provedení záchranných a likvidačních prací.

Mimořádné události dělíme dle způsobujících jevů na:

1. přírodní,
 - živelní pohromy
 - hromadné nákazy
2. antropogenní,
 - provozní havárie a havárie spojené s infrastrukturou
 - vnitrostátní společenské a ekonomické krize
3. kombinované.

Mimořádnou událost dělíme také dle časového úseku:

- krátkodobé – maximální rozsah v týdnech,
- střednědobé – v rozsahu měsíců až roků,
- dlouhodobé – v rozsahu let až desítek let. [3]

Mimořádnou událost můžeme dělit i podle velikosti. V těchto případech odborná literatura hovoří již o hromadném neštěstí, což je mimořádná událost většího rozsahu dělená podle velikosti do třech skupin:

- *Hromadné neštěstí omezené* – událost postihující maximálně deset osob, z nichž je alespoň jeden akutně ohrožen na životě. Tuto situaci by měly zvládnout základní složky IZS v běžném režimu.
- *Hromadné neštěstí rozsáhlé* – událost, při níž je postiženo více jak 10 osob, ale méně jak 50 postižených. Při události takového rozsahu jsou aktivovány poplachové, havarijní a traumatologické plány.
- *Katastrofa* – mimořádná událost velkého rozsahu, kdy je postiženo více jak 50 osob. [3]

Podle zákona č.239/2000 Sb., nesou zodpovědnost a plní úkoly v rámci svých kompetencí při mimořádných událostech ministerstva a jiné správní ústřední úřady, orgány kraje, za které plní úkoly HZS kraje, hejtman, obecní úřad, starosta obce, právnické osoby a podnikající fyzické osoby.

Dle znění zákona č. 240/2000 Sb., a následných změn krizového zákona č.430/2010Sb., přebírá organizaci a odpovědnost ochrany obyvatelstva stát, pokud rozsah a charakter události přesahuje možnosti IZS a je vyhlášen některý z krizových stavů. [3]

Mimořádná událost zasahuje tyto skupiny lidí:

- přímé oběti a pozůstalé
- přihlížející osoby
- rodinné příslušníky a kolegy zasažených osob
- profesionály, kteří se podílejí na záchranných a likvidačních pracích
- dobrovolné pracovníky

Všechny osoby zařazené do výše zmíněných skupin označujeme jako oběti nebo přeživší, přičemž se počítá i se sekundárním zasažením okolí a příbuzných přímých obětí, na každého přímo zasaženého je to dalších 10 osob. [15]

Kritická událost a reakce jedince

Při kritické události dochází u většiny zasažených jedinců k narušení psychické rovnováhy, dochází k selhání zvládacích mechanismů, které stačí k řešení běžných situací, začínají se objevovat projevy stresu. Kritická událost velkého rozsahu navozuje u jedince pocit bezmoci, strach o svůj život a ohrožení tělesné nebo duševní celistvosti, tato situace je pro jedince extrémně děsivá. Jedná se o normální reakci na nenormální situaci.[22]

1.4 Psychosociální pomoc

Psychosociální pomoc řadíme do mezioborových činností, kterou většinou řídí odborníci na duševní zdraví. V dnešní době se na ní již podílejí i členové pomáhajících profesí (duchovní, sociální pracovníci, policisté, hasiči, zdravotničtí záchranáři atd.). Podmínkou pro tuto činnost je odborné vyškolení těchto pracovníků. Psychosociální

pomoc by měla respektovat lidskou důstojnost, víru, etnickou příslušnost, pohlaví, věk, sociální zázemí a věk. Při zajišťování psychosociální pomoci v rámci organizací by se mělo dbát na to, aby tato pomoc byla kontinuální. Psychosociální pomoc se zaměřuje na osoby zasažené mimořádnou událostí, zajišťuje jejich základní potřeby nenaplněné od počátku mimořádné události, zároveň se je snaží aktivizovat, aby postižené osoby byly schopny řešit většinu svých problémů vlastními silami. Zdravotnický záchranář během svého zaměstnání zasahuje u velmi vypjatých situací. Velkou část zásahů, kterou zbytek populace považuje za velmi stresující, prožívá zdravotnický záchranář velmi rutinně, ale samozřejmě jsou i situace, které se dotknou i profesionálního záchranáře. Podle Šeblové (2010) řadíme do zatěžujících situací pro záchranáře například resuscitaci životních funkcí u dětí, zásah u vlastního rodinného příslušníka nebo zásah u havarovaného sanitního vozidla kolegů. Samozřejmě sem patří i zásahy u katastrof, kde je velký počet obětí. Takováto zátěž může zanechat v osobnosti záchranáře následky a následně ovlivnit i jeho pracovní výkon. Psychosociální péče má za úkol tyto situace řešit a pokud je to možné i napravovat. [11,15]

Psychosociální pomoc zajišťuje pro oběti postihnuté mimořádnou událostí:

- základní tělesné potřeby,
- bezpečí,
- informace,
- psychologickou podporu,
- spojení s rodinou,
- podporu při jednání s úřady a vyřizování formalit,
- podporu při truchlení a posledním rozloučení s blízkými. [15]

Podle Vymětala dělíme psychosociální pomoc do čtyř fází:

1. *fáze přípravy* – prevence a příprava na mimořádné události,
2. *fáze urgentní* – tato fáze se odehrává v průběhu události při záchranných pracích, zvláště při událostech s náhlým začátkem jako jsou dopravní nehody a teroristické útoky,
3. *fáze likvidačních prací* – proces nápravy do původního stavu,
4. *fáze dlouhodobá* – období, kdy se zasažení vyrovnávají s traumatizující událostí. Tato část je časově rozdílná podle odolnosti a hloubky zkušeností daného jedince. [15]

1.4.1 Krizová intervence (KI)

Krizová intervence podle Baštecké znamená doslovně „zásah v krizi“, používání technik a strategií u osob, které mají závažné pocity z prožitých situací, cílem je vrátit postiženému kontrolu nad sebou samým.

Zdravotnický záchranář se v rámci svého povolání setkává s traumatizujícími událostmi. Při takové události může vzniknout tzv. „duševní otřes“. Duševní otřes vzniká jako normální reakce na nenormální situaci. Základním úkolem KI je takto postiženému záchranáři poskytnout odbornou pomoc. Pomoc je poskytována buď jednotlivě nebo hromadně formou skupinové terapie. Při příznivém průběhu KI dochází ke snížení intenzity zátěže, která by mohla snížit výkonnost zdravotnického záchranáře. [18]

Krize – slovo pochází z řečtiny „krisis“, kterým se vyjadřovala rozhodná doba, nebo rozhodnutí či nesnáze. Dnes se vykládá jako – vyvrcholení, obrat ve vývoji, nebezpečný stav vývoje, těžká situace, potíže nebo zmatek. [13]

V problematice krizové intervence se pojem krize podle Caplana a Lindemanna vysvětluje jako *proces – průběh reakce na situaci*, kterou postižený jedinec nemůže vyřešit sám podle zažitých strategií vyrovnávání se se zátěží.

Krize může vzniknout v případech, kdy člověk při plnění svých životních cílů dojde k překážce, kterou není schopen vyřešit pomocí svých schopností. Přichází mnoho marných pokusů o řešení problému, je to období zmatků a dezorganizace.[6]

Intervence – podle slovníku cizích slov se jedná o zásah, zákrok v něčí prospěch, úřední zásah či vměšování se do vnitřních záležitostí jiného. [13]

Podle Špatenkové vymezujeme krizovou intervenci jako „specializovanou pomoc osobám, které se ocitly v krizi. Patří sem specifický druh pomoci, který se snaží jedinci navrátit jeho psychickou a duševní rovnováhu, která byla narušena kritickou životní událostí. Specifickým druhem pomoci je myšlena pomoc:

- *Psychologická* – časově omezený terapeutický kontakt se zaměřením na vyvolávající podnět, snížení všech příznaků krize a snaha o nastolení psychické rovnováhy.
- *Lékařská* – v těchto případech znamená většinou psychiatrickou intervenci a v případě potřeby i medikaci psychofarmaky, případně hospitalizaci
- *Sociální* – pomoc jedincům, kteří žijí v obtížných poměrech vyvolaných krizí.
- *Právní* – spadá do oblasti pomoci sociálně právní, je poskytována sociálními pracovníky, popřípadě právníky.

Dohromady se jedná o komplexní intenzivní pomoc, která se nazývá KRIZOVÁ INTERVENCE. KI je charakterizována individuálním přístupem k postiženým. Lidé reagují na krizové situace rozdílně a za stejných počátečních podmínek bude potřebovat každý „něco jiného“ [2]

Mezi typické znaky krizové intervence podle Špatenkové řadíme:

- *Okamžitou pomoc* – nejlépe ještě v místě události.
- *Redukce ohrožení* – zajištění základních lidských potřeb, emocionální podpory, zajištění pocitu bezpečí.
- *Koncentrace na problém „tady a teď“* - je potřebné se zaměřit na aktuální problém postiženého krizovou situací.
- *Časové ohraničení* – pravidelná setkání s postiženým až do 6 týdne od události.
- *Intenzivní kontakt* – krizový intervent se může s postiženým v potřebných případech setkávat každý den.
- *Strukturovaný, aktivní, někdy i direktivní přístup* – krizový intervent by měl být trpělivý a empatický, ale v případě možného ohrožení života (sebepoškozování, suicidiální pohnutky) postiženého by měl následovat direktivní zásah. [2]

Formy krizové intervence

Základní rozdělení forem KI podle kontaktu krizového intervenanta s postiženým:

- **Prezenční forma pomoci** se zabývá především ambulantní formou pomoci, hospitalizací a tou, která v případě zdravotnických záchranářů připadá nejvíce v úvahu, terénní a mobilní formu pomoci. V naší společnosti se nejčastěji můžeme setkat s ambulantní formou pomoci, která je směřovaná do tzv. „krizových center“, kde je specializovaná pomoc poskytována. Některá zařízení mají k dispozici i dočasná lůžka při potřebě akutní hospitalizace pro předejití možnosti sebepoškození postiženého. Distanční a mobilní forma pomoci je případ, kdy krizový intervent, nebo intervenční tým poskytuje pomoc přímo na místě krize.
- **Distanční forma pomoci** je forma KI vedené pomocí telefonu nebo cestou internetových komunikátorů. Tato forma pomoci může být pro postižené někdy přijatelnější, protože mají možnost zůstat v anonymitě. Jedná se zejména o různé

linky důvěry a internetové poradny.[2]

Poskytování KI může zajišťovat široké spektrum pracovníků, není důležitá kvalifikace, ale rozsah schopností samotného krizového intervenanta, které jsou jasně formulované. Proto mohou KI poskytovat i vyškolení laici, většinou příslušníci pomocných profesí. [14]

Postup při krizové intervenci

podle Čírtkové v dnešní době rozlišujeme tyto tři základní typy pokrizové pomoci:

1. **Demobilizace** – Probíhá ihned po ukončení zásahu, jedná se o snížení stresu spojeného s právě prožitou situací. Tímto by se měla zahájit obnova sil personálu. Rozhovor trvá 10 min. Potom by měl následovat krátký odpočinek, případně jídlo. Rozhovor může probíhat samostatně v rámci posádky, nebo ho vede peer.
2. **Defusing** – pochází z anglického názvu „defuse“ a je popisováno jako snížení nebezpečí, nebo učinit něco méně nebezpečným, zklidnění. Cílem defusingu je zmírnění dopadu právě prožité události, snížení emocionální zátěže, zmapování skupiny pro případnou potřebu debriefingu. Defusing vede peer a měl by začít do 8 hod. od krizové události. Délka trvání defusingu je kolem jedné hodiny.
3. **Debriefing** – Jedná se o řízené a kvalifikované opatření. Vést debriefing může i vyškolený laik. Můžeme jej nejčastěji vidět v praxi záchranných složek, kdy debriefing vede vyškolený kolega záchranář. Tato praxe většinou probíhá v rámci zhodnocení celé záchranné akce. Záchranáři nemají obavy vyjádřit i detaily ze záchranné operace a nemusí vysvětlovat systém záchranných postupů, což by museli u specialisty, ale zároveň laika ohledně záchranných systémů. Debriefing začíná do 72 hod. po krizové události, trvá 2-3 hod., zaměřuje se na zmírnění stresové reakce a zrychlení obnovy sil. Debriefing vedený kolegou se začal nejdříve používat v praxi záchranných složek v USA, dnes se již rozšiřuje i v Evropě.

4. **Samotná krizová intervence** (s možnou následnou krátkodobou terapií) – samostatný pojem KI zaštiťuje celý proces vyrovnání se se stresorem. V rámci postupu při KI ho můžeme brát jako poslední a dlouhodobější snahu o překódování kritického incidentu na únosnou mez. [14,23]

Načasování krizové intervence má podle Čírtkové rozhodující vliv na výsledek. KI má být poskytnuta tak rychle, jak je to jen možné. Zpracování myšlenek a emocí spojených s výjimečnou událostí má proběhnout co nejdříve. Stejně tak by místo poskytnutí KI mělo být co nejbližší místu incidentu. Toto místo vyvolává v postiženém negativní emoce spojené s incidentem. Cílem KI by mělo být přerušení vazby negativních emocí na dané místo. [14]

Podle Vymětala by měly veškeré činnosti spojené s KI probíhat následovně:

1. *Preventivní opatření* – analýza dopadů mimořádných událostí na obyvatelstvo a zasahující profese, snaha o odvrácení těchto dopadů, spoluúčast na tvorbě krizových plánů, příprava dotčených profesních skupin na zátěžové situace.
2. *Předkrizová příprava* – příprava dotčených profesních skupin (záchranáři IZS) přímo před zásahem, příprava na extrémní stres.
3. *Psychologická podpora řízení zásahu* – monitoring situace a příprava doporučení pro velení zásahu, kde by mohlo dojít k negativním jevům davového chování, eliminace panických reakcí atd. Konzultace s tiskovým mluvčím při poskytování informací médiím.
4. *Akutní psychologická první pomoc* – pomoc akutně zasaženým osobám, jak občanům, tak i členům výjezdových skupin IZS. Jedná se o přímou krizovou intervenci ještě na místě události, nebo během transportu, tak aby se docílilo psychické stabilizace zasažené osoby.

5. *Pozásahová opatření* – jedná se o snížení stresu u zasahujících výjezdových skupin, záchranáři se musí s extrémním stresem vyrovnat daleko rychleji než běžná populace, aby nebyla narušena jejich akceschopnost a profesionalita při dalších obtížných zásazích. V těchto případech bývá použita časná psychologická intervence, do které patří již výše zmíněné techniky *demobilizace, defusing a debriefing*.
 6. *Dlouhodobá psychologická pomoc* – u zasažených osob, kterým potíže přetrvávají v době týdnů až měsíců po ukončení traumatické události. Do této části terapie patří i léčba depresí, poruch osobnosti a závislostí (drogy, alkohol).
- [15]

Principy krizové intervence dle Šeblové:

- *Prevence* – ohrožení pracovníci by měli být informováni o rizicích které jim hrozí, uvědomění si rizik je první krok v prevenci PTSP a syndromu vyhoření.
- *Indikace provádění krizových intervencí* – provádění KI musí být podporováno vedením organizace.
- *Stupňovitý model péče:*
 - 1) psychosociální první pomoc – vyškolení laici – peeri,
 - 2) intervenční a screeningové služby profesionálů z oblasti psychologie a psychiatrie,
 - 3) identifikace osob, které potřebují sekundární odbornou péči.
- *Nenabízet psychosociální pomoc těm co ji nepotřebují.*

Cíle KI

Základním cílem nemusí být přímé odstranění symptomů, ale rozpoznání vyvolávajícího podnětu a jeho kontextu, rozpoznání a opatrná interpretace příznaků, návrh řešení problému, pomoc při duchovní očistě, pomoc při pokusech o návrat do normálního života, posilování důležitých dovedností, pokusit se vyřadit nezralé obranné mechanismy (vytěsnění, negace). Odstranění chronických úzkostí, přijetí traumatu a zařazení do životní historie. [6]

Zásady krizové intervence

- KI by měla následovat v co nejkratším čase po traumatickém vjemu, ještě ve vnímavé fázi.
- Měla by pokrýt všechny zasažené – např. partner, blízká rodina.
- KI je týmová práce, používat kombinované metody.
- KI provádět v přijatelném prostředí pro zasaženého.
- Roztřídění cílů a problémů, které jsou před postiženým.
- Poskytnutí informací postiženému, co bude následovat, na co se mají připravit, jaké reakce může očekávat.
- Naslouchat reakcím a vyjádřením postiženého, nechat prostor pro ventilaci afektivního napětí.
- Poskytnout empatické chování, porozumění.
- V případě potřeby zajistit navazující péči.
- Mlčenlivost – žádné zapisování a hlášení managementu.[6]

Krizový intervent by se měl vyvarovat následujících aktivit:

- vyslýchání postiženého,
- neudávat rady,
- neměl by přeceňovat možnosti KI,
- nebagatelizovat a nezobecňovat daný problém,
- neutěšovat,
- nesrovnávat s osudem jiných, nebo vlastním,
- nekritizovat,
- nedělat důležité rozhodnutí za postiženého, řešení problému musí najít postižený sám. [6]

Critical Incident Stress Management (CISM)

V oblasti krizové intervence v záchranných službách se používá model CISM, který byl prezentován Mitchellem v roce 1983 ještě jako CISD – Critical Incident Stress Debriefing a rozšířen Dyregrovem v roce 1989. Mitchell tvrdí, že tento systém sepsal již v roce 1974 a poprvé ho použil se záchranáři po letecké nehodě ve Washingtonu v roce 1982. Do podoby CISM ho rozšířili Mitchell a Everly v roce 2001, kdy je pomoc členěna kontinuálně podle času od události a také podle druhu zasažených osob (oběť, zasahující záchranář, veřejnost). Tento model byl vytvořen především pro členy pomáhajících profesí. Model se skládá z preventivních a intervenčních technik. Za cíl si klade udržení a navrácení k psychické rovnováze u profesionálů po náročném zásahu. Nedílnou součástí je i preventivní část, která profesionály má informovat o možných stavech jejich psychiky po náročných zásazích a dále také o možnosti využití služeb krizového intervanta z řad kolegů, případně profesionála z oblasti psychického zdraví. Působí preventivně v oblasti syndromu vyhoření. Má přesvědčit jednotlivce, že je v jeho osobním zájmu a zodpovědnosti péče o jeho duševní zdraví. Je dodržován postupný

model péče, kdy první psychosociální pomoc podávají vycvičení laici (v psychickém zdraví), jedná se o tzv. peer support – profesní kolegy, dále navazuje péče profesionálů z oblasti psychického zdraví. Ti mohou identifikovat mezi zasaženými jedince potřebující sekundární odbornou péči. [21,1]

Podle Šeblové (2010) by se měl optimální tým CISM skládat z:

- vedoucí týmu – vedení, kontrola, vzdělávání, výběr vhodných členů týmu,
- koordinátor CISM – organizace, výuka, vyhodnocování požadavků,
- tzv. „styčný důstojník“ - zajišťuje logistiku, sponzoring, techniku a prostory,
- odborníci na duševní zdraví
- pečeři – z řad profesních kolegů [21, 1]

Mitchekk a Everly (2001) sestavili časnou krizovou pomoc CISM následovně:

1. **Předkrizová příprava** – již výše zmíněná teoretická příprava, kdy by se profesionál měl připravit na kritické události a zvládání stresu při těchto událostech.
2. **Demobilizace** – provádí se u záchranářů po krizové události, nebo po konci směny, kdy tato událost proběhla. Úloha demobilizace je v uvolnění a informování.
3. **Instruktaž pro zvládání stresu** – je prováděna v civilních organizacích zasažených událostí, je zaměřena na zvládání stresu civilním obyvatelstvem.
4. **Defusing** – provádí se v malých skupinách, v brzké době po události – do 12. hodin. Úkolem je zmírnění události a její uzavření. Při defusingu by se měly zasažené osoby rozdělit do tzv. Zvládajících a ohrožených.
5. **Debriefing stresu pramenícího z krizové události** – probíhá v malých skupinách do deseti dnů od události, v případě velkých katastrof může být časová prodleva delší. Jsou probírány příznaky a samotná událost, usnadňuje

zasaženým psychické uzavření události a napomáhá k dalšímu třídění zasažených.

6. **KI s jednotlivci** – není časově omezena, jejím úkolem je zaměřením se na příznaky a událost. Popřípadě může být zasaženému nabídnuta navazující péče.
7. **Rodinné zvládání zátěže pramenící z mimořádné události**
8. **Poradenství pro organizace a obce** – dává oporu pro komunikaci, zmírňuje následky a příznaky, pomáhá uzavřít událost případně doporučit následnou péči.
9. **Pastorační krizová intervence** – počet lidí ve skupině není jasně stanoven, zaměřuje se na tzv. Krizi víry po mimořádné události.
10. **Následné sledování** – probíhá kdykoli po mimořádné události, bývá iniciováno některými příznaky, jde o posouzení stavu a případné zpřístupnění následné péče. [1, str.181]

Podle Šeblové (2010) řadíme do kritických událostí kdy je třeba využít KI cokoliv, co je jako kritické vnímáno. Mezi kritické události řadí:

- úmrtí nebo úraz člena posádky,
- sebevražda kolegy,
- napadení posádky agresivním pacientem, nebo jeho okolím,
- úmrtí nebo závažné poranění dítěte,
- dlouhotrvající zásahy s tragickým koncem,
- zásah u rodinného příslušníka,
- zásahy intenzivně sledované medií,
- hromadné neštěstí. [21]

Peer – slovo pocházející z angličtiny můžeme překládat jako *vrstevník*, ve vztahu ke KI na ZZS jej chápeme jako profesního kolegů (zdravotnický záchranář) vyškoleného i k psychosociální pomoci, který pozitivně a neformálně působí v zasažené skupině. Peer

jako profesní kolega je pro zdravotnické záchranáře přijatelnější z důvodu možného ztotožnění se se zasaženým. Profesionál z oblasti psychického zdraví nemusí dostatečně chápat detaily z profese či přímo zdravotnického zásahu zasažené osoby.

1.4.2 Krizová intervence a psychosociální péče ve vztahu k zdravotnickému záchranáři

Celá problematika psychosociální péče a krizové intervence je zaváděna do praxe ZZS především z preventivních důvodů za účelem zvýšení odolnosti pracovníků ZZS k psychické zátěži. Napomáhá k chápání celé problematiky reakce organismu a psychiky na stres a zátěžové situace. Měla by jedinci po závažné stresové situaci napomoci návratu do normálního životního fungování bez následků.

Na základě kladných zkušeností s psychosociální péčí a krizovou intervencí u základních složek IZS a to HZS a PČR je zaváděna i v rámci zdravotnických záchranných služeb. Systematická a dlouhodobá péče tohoto směru napomáhá zvládání stresu z pracovního zatížení, předchází posttraumatickým stresovým poruchám, selhání v rámci profese a také syndromu profesního vyhoření. Tato péče by měla být prospěšná pro zaměstnance, ale i pro zaměstnavatele protože snižuje velkou fluktuaci zaměstnanců z výše zmíněných důvodů, kdy zdravotnický záchranář může řešit svoje psychické problémy alkoholizmem, konzumací drog, popřípadě změnou zaměstnání či profese v důsledku syndromu vyhoření. Když se podaří v rámci psychosociální péče zaváděné na ZZS předcházet špatnému vlivu zátěžových situací, budou dostatečně vzdělání a zkušení záchranáři setrvávat na svých místech.

Práce na ZZS je velmi náročná jak po psychické, tak i po fyzické stránce. Posádky výjezdových týmů se při výjezdech setkávají s lidským utrpením, se smrtí, musí mnohdy čelit agresivním pacientům a jejich okolí pod vlivem alkoholu a drog, pracují v každé denní době. Musí se adaptovat na aktuální počasí včetně extrémních klimatických podmínek a být připraveni k zásahu v rozmanitých terénech např. staveniště, silnice se silným provozem, tovární haly, ale i v těžce přístupných přírodních

terénech. Rozmanité události během výjezdu jsou ukládány do podvědomí záchranáře a mohou se připomenout v nejméně vhodnou dobu. Veřejnost vidí profesionální záchranáře jako osoby, které musí všechny tyto situace zvládat bez psychického pohnutí a chyb. I záchranáři si často myslí, že nemohou vyjádřit své pocity, stres a obavy z důvodu zachování své profesionality. Takto potlačovaný stres může vyústit v již výše zmíněných psychických obtížích. Podle Zákona o zdravotnické záchranné službě č. 374/2011 Sb., jsou v rámci organizace zřízeny pracoviště krizové připravenosti, které mají na starosti mimo jiné i řízení psychosociální intervenční služby zřízené pro zaměstnance ZZS při krizových situacích a mimořádných událostech kde jsou prováděny záchranné a likvidační práce. Tato oddělení jdou většinou ve stopách ostatních základních složek IZS a zřizují mezi svými zaměstnanci funkci tzv. PEERŮ. Jedná se o profesní kolegy vyškolené v oblasti psychosociální péče a krizové intervence. Tito pracovníci získávají svojí odbornost ve specializačním studiu *Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům. Strategie zvládání psychicky náročných profesních situací* v Národním centru ošetřovatelství a nelékařských zdravotních oborů v Brně, tento kurz běží každoročně od roku 2010. Momentálně je na některých krajských ZZS těchto pracovníků nedostatek a možnost využití PEERA není mezi zaměstnanci dostatečně rozšířená.

1.4.3 Historie KI v rámci IZS ČR

Policie České republiky - První organizovaný systém psychosociální pomoci pro své zaměstnance započalo Ministerstvo vnitra v roce 1998. Jednalo se o systém posttraumatické intervenční péče pro policisty, který začal v praxi fungovat v roce 2001. Systém zastřešuje psychologická služba PČR, která se skládá ze sítě psychologických pracovišť, jež mají mimo jiné na starosti i psychologickou péči o policisty.

Tato služba zajišťuje:

- preventivní psychologické služby
- psychosociální servis
- poradenství v oblasti psychologických problémů
- posttraumatickou intervenční péči
- zajišťují profesní linku krizové pomoci, která je anonymní.

Ke zrodu této služby vedly zkušenosti ze zahraničí a zkušenosti z praxe PČR, kdy se stále zvyšovaly počty sebevražd u pracovníků policie. **Posttraumatickou intervenční péči u PČR** zřídil závazným pokynem policejní prezident 14.11.2001. Zřízeno bylo devět týmů posttraumatické intervenční péče, vyškoleni 140 zaměstnanců PČR (policisté, psychologové, duchovní). Na celém území státu je 9 koordinátorů, kteří řídí intervenční týmy. Teoreticky vychází z metody CISM (Critical Incident Stress Management). Tato služba je poskytována za přísných pravidel mlčenlivosti, měla by být rychlá a bezplatná, má na ní právo každý zaměstnanec policie. [15]

Hasičský záchranný sbor - Stejný systém začal v rámci stejného ministerstva fungovat i u Hasičského záchranného sboru ČR v roce 2003. Systém využívá jak psychologů, tak i vyškolených kolegů pro KI. V rámci HZS bylo vytvořeno 14 skupin posttraumatické péče. Zatím bylo vyškoleni 270 interventů. Psychologická služba HZS je tvořena třemi základními body:

- posttraumatická péče o hasiče a jejich rodiny,
- KI u civilních obětí při mimořádných událostech,
- zajišťování podkladů pro personální práci HZS.

Interventi PČR jsou primárně určeni k pomoci svým kolegům, zatímco intervenenti HZS jsou určeni jak k pomoci hasičům, tak i civilním obětem neštěstí. [15]

Historie KI v rámci Zdravotnických záchranných služeb - Podobná a centrálně řízená psychologická služba jako u PČR a HZS ČR v rámci všech krajských ZZS neexistovala. Dlouhodobější snaha o ochranu zaměstnanců ve směru psychosociální péče vedená z vlastní iniciativy ZZS dříve fungovala jen ve třech krajích ČR.

- **ZZS Moravskoslezského kraje** – v tomto kraji zavedl psychosociální péči PhDr. Lukáš Humpl, který pracuje u ZZS MSK. Jako psycholog a tiskový mluvčí má za sebou i dlouholetou praxi zdravotnického záchranáře. Jeho zkušenosti byly využity při hromadných neštěstích v Ostravě – Vřesině a ve Studénce. První aplikování PIP bylo během podzimu roku 2006, tuto péči prováděl PhDr. Lukáš Humpl. V roce 2011 bylo v rámci ZZS MSK poskytnuto zaměstnancům 40 KI. Od roku 2011 fungují v rámci PSP na ZZS MSK dva týmy složené z profesionálních záchranářů. První tým pracuje jako podpora vlastním zaměstnancům, tedy záchranářům. Tento tým je zapojen do celonárodního projektu psychosociální podpory zdravotnickým pracovníkům ministerstva zdravotnictví - Systému psychosociální intervenční služby (SPIS) a je složen z deseti peerů a je veden klinickým psychologem, který je také zaměstnancem ZZS. Druhý tým je složen z interventů kteří poskytují PIP směrem ven z organizace, to znamená zasaženým civilistům, členům rodiny obětí a podobně. Tato skupina první psychické pomoci v terénu zasahovala v roce 2011 u čtrnácti událostí. Tento tým je v rámci ZZS v ČR ojedinělý, další takové skupiny interventů mají jen další složky IZS jako policie a HZS. V případě potřeby specialisty na duševní zdraví má ZZS MSK dohodu s HZS MSK, kdy je oboustranná zastupitelnost psychologů u těchto organizací.(25)
- **ZZS Středočeského kraje** – iniciálním impulsem pro spuštění psychosociální péče o zaměstnance ZZS Středočeského kraje byl výzkum MUDr. Jany Šeblové Ph.D. v letech 2003-2006. Od roku 2004 jsou zaměstnanci školení v této problematice formou seminářů, zároveň je od roku 2006 prováděna supervize.

- **ZZS Hlavního města Prahy** – v roce 2008 ZZS HMP ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví, odborem krizové připravenosti, spustili společný projekt financovaný z prostředků ministerstva. Projekt s názvem *Poskytování preventivní psychosociální péče zaměstnancům ZZS HMP psychosociální intervenční skupinou* byl připraven z důvodu dlouhodobě připravovaného zákona o ZZS, kde se v návrhu §13 zřizuje pracoviště krizové připravenosti a jedním z jeho úkolů je zajištění psychosociální intervenční služby v rámci ZZS. V pilotním projektu se jednalo o prevenci akutní reakce na stres, posttraumatické stresové poruchy a syndromu vyhoření. Nejprve bylo v rámci projektu provedeno anonymní šetření psychického opotřebení (syndromu vyhoření) formou dotazníků. Dále byla vyškolená skupina interventů (peerů) z řad profesních kolegů ZZS HMP v kurzu CIMS (Critical Incident Stress Management), pro poskytování psychosociální intervenční péče. Tato služba je pro zaměstnance dostupná nonstop, peeri mají rozepsané služby na telefonu, v případě potřeby je možná i osobní setkání. Tato praxe by měla předcházet syndromu vyhoření, vysoké fluktuaci zaměstnanců. Peerů z řad kolegů lépe rozumí problematice ZZS a proto můžou být lépe přijímáni u postižených než privátní psycholog. [16]

Koncepce celého resortu zdravotnictví

Usnesením Bezpečnostní rady státu č. 9/2007 byla schválena koncepce krizové připravenosti zdravotnictví ČR. Ta se zabývala analýzou krizové připravenosti resortu zdravotnictví a připravila návrhy k jeho zlepšení. V této koncepci byla velká pozornost věnována péči o lidské zdroje, do které spadá i psychosociální péče o zdravotnické záchranáře zaměstnané na ZZS. Systém psychosociální intervenční služby je určen především profesionálům v urgentních oborech. Program by měl mít především preventivní charakter, zdravotníci by měli být především informováni o problematice

stresu, nadlimitních zátěžových situací a s tím souvisejícími riziky. Záchranáři jsou často vystavováni vypjatým situacím a to může mít dopad na jejich psychickou odolnost. Do této doby nebyla, na rozdíl od ostatních složek IZS, psychosociální péče pro zdravotnické záchranáře a ostatní zaměstnance ZZS systémově řešena a zajišťována. Hlavním zájmem této koncepce bylo nastavení postupů pro psychosociální péči včetně intervenční služby, také nastavení podmínek pro její poskytování. 4. listopadu 2010 převzalo Ministerstvo zdravotnictví záštitu nad tímto projektem. V každém kraji byl určen koordinátor tohoto projektu a péče, jeho odbornou činnost a činnost peerů garantuje Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof. Dohled nad celým systémem psychosociální intervenční služby zajišťuje Středisko medicíny katastrof při FN Brno – Bohunice. [26]

Na základě projektu *Poskytování preventivní psychosociální péče zaměstnancům ZZS HMP psychosociální intervenční skupinou* vytvořilo Ministerstvo zdravotnictví certifikovaný doškolovací kurz: *Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům. Strategie zvládání psychicky náročných profesních situací*. Tento doškolovací kurz je veden na katedře krizové připravenosti v Národním centru ošetřovatelství a nelékařských zdravotních oborů v Brně. Kurz je určen pro nelékařské pracovníky (všeobecná sestra, porodní asistentka, zdravotně-sociální pracovník, zdravotnický záchranář, klinický psycholog, odborný pracovník v ochraně a podpoře veřejného zdraví, zdravotnický asistent). V rámci kurzu jsou probírány:

- Zátěžové situace v životě jedince,
- komunikace a poruchy komunikace,
- psychohygiena a její místo v profesi pracovníka ve zdravotnictví,
- etické otázky náročných životních situací,
- vzájemná spolupráce rezortní a mezirezortní v oblasti péče o lidské zdroje,
- péče o sekundární oběti,
- organizace psychosociální pomoci ve zdravotnictví,

- krizové řízení a krizová připravenost ve zdravotnictví,
- nácvik technik na bázi řízeného rozhovoru,
- role peerů a odborníků na duševní zdraví,
- procvičování jednotlivých fází ovládacího procesu,
- zvládání mimořádných událostí,
- provázení a vedení,
- zásady práce se skupinou.

Časová dotace kurzu je 56 hodin teorie a 30 hodin praktických nácviků. [17]

Momentální struktura systému KI v rezortu zdravotnictví:

Ministerstvo zdravotnictví – Odbor bezpečnosti a krizového řízení FN Brno

|

V rámci každého kraje – krajský koordinátor.

|

Odborník na duševní zdraví.

|

Profesní kolegové – peeri + garanti péče. [24]

Jak bylo již výše zmíněno, byl 6.11.2011 přijat nový Zákon o zdravotnické záchranné službě č.374/2011 Sb. S účinností od 1.4.2012, tímto zákonem se na ZZS zřizují odbory krizové připravenosti, které mají na starosti i psychosociální péči o zaměstnance ZZS. Psychosociální péče by měla být tedy od data účinnosti tohoto zákona na ZZS dostupná všem pracovníkům ZZS v ČR.

2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY – praktická část

2.1. Cíl práce

Za hlavní cíl v mé diplomové práci jsem si uložil prozkoumání rozsahu stresu a psychické zátěže v práci zdravotnického záchranáře na ZZS, jež záchranáři sami na sobě pociťují a zda velký tlak způsobený krizovými událostmi, ke kterým se z pozice své profese často dostávají, nezanechává změny na jejich zdravotním a psychickém stavu. Nedílnou součástí tohoto cíle je i zjištění dostupnosti a informovanosti o možné pomoci zdravotnickým záchranářům při a po krizových událostech, které by mohli zanechat stopy v jejich psychice a profesním životě. Zhodnocením systému psychosociální pomoci na ZZS se budu zabývat v rámci dvou krajů ČR. Výsledkem této práce by měly být připomínky k případnému vylepšení stávajících systémů krizové intervence.

2.2 Hypotézy

V rámci sledovaných cílů jsem stanovil dvě následující hypotézy:

Hypotéza 1

Domníváme se, že psychická zátěž u zdravotnických záchranářů je vysoká.

Hypotéza 2

Krizová intervence je mezi zdravotnickými záchranáři využívána jen výjimečně.

2.3 Popis metodiky

Jako nejvhodnější metodu jsem zvolil kvantitativní výzkum pomocí dotazníků. K této metodě výzkumu jsem se rozhodl z důvodu možnosti oslovení většího počtu záchranářů a získání jejich zkušeností s KI a možných následků stresu na jejich osobnosti. Otázky do dotazníku byly vybrány podle sledovaných cílů diplomové práce. Jedná se o vlastní dotazník vytvořený z uzavřených otázek a to dichotomických, výběrových, filtračních a škálových. Do dotazníku byl zařazen i Meisterův dotazník k hodnocení psychické pracovní zátěže. Dotazník je složený z představení předkladatele dotazníku, ujištění o anonymitě respondentů a pokynů k vyplnění. Dále je složen ze čtyř neočíslovaných otázek, které se týkají zařazení, věku, pohlaví a praxe dotazovaného. Dalších 22. otázek se věnuje výzkumu pociťované psychické zátěže v praxi záchranáře, možnému vlivu na zdravotní stav záchranáře a následně informovanosti a zkušenosti s využitím krizové intervence po závažných zásazích. Kraje, v kterých byl dotazníkový průzkum proveden, byly vybrány záměrně z důvodu možného kontrastu zkušeností s psychosociální podporou zaměstnanců. Zatímco v Moravskoslezském kraji funguje psychosociální podpora zaměstnanců již od roku 2006, v kraji Královéhradeckém je zaváděna až díky projektu SPIS (Systém psychosociální intervenční služby) a platnosti nového zákona o ZZS, který tuto povinnost organizaci ukládá. Dotazník byl v elektronické podobě uložen na webové stránky a odkaz na dotazník byl distribuován elektronickou poštou. Obesláno bylo 250 služebních e-mailových adres, rovným dílem mezi oběma kraji. Dotazník byl rozeslán 19.3. 2012 a uzavřen 5.4. 2012. E-mailové adresy byly získány díky ochotě a loajalitě pracovníků obou ZZS.

Získané výsledky z dotazníků jsou zpracovány a prezentovány pomocí tabulek a grafů v absolutních i relativních hodnotách. Otázky z Meisterova dotazníku jsou zpracovány a prezentovány pomocí aritmetických průměrů, směrodatných odchylek, mediánů, kritických hodnot mediánu a hrubého skóru.

2.4 Výzkumné otázky

1. Setkali jste se někdy v zaměstnání s pojmem "posttraumatická intervenční péče" nebo "krizová intervence"?
2. Víte, že můžete po psychicky velmi náročných výjezdech využít služeb peera, případně specialisty na duševní zdraví?
3. Zažili jste někdy situaci, po které by bylo vhodné podle vašeho názoru využít krizovou intervenci? (pokud ano - pokračujte následující otázkou, pokud ne - přejděte na otázku č.6)
4. Došlo ke kontaktu s peerem nebo specialistou na psychické zdraví? (pokud ano - pokračujte následující otázkou, pokud ne - přejděte na otázku č.6)
5. Byla podle vašeho názoru tato pomoc smysluplná? Pomohla Vám?
6. Pokud byste v budoucnu chtěli využít služeb peera nebo specialisty na duševní zdraví, v jakém případě by to podle vás bylo nejpravděpodobnější?
7. Máte na Vašem pracovišti informace o projektu Ministerstva zdravotnictví - SPIS - Systém psychosociální intervenční služby?
8. V případě, že byste chtěli využít služeb psychologické intervenční péče, volili byste raději?
9. Jak často se v práci dostáváte do časové tísně?
10. Práce Vás neuspokojuje, chodím do ní nerad/a?
11. Zatěžuje Vás psychicky práce pro svou vysokou zodpovědnost?
12. Zdá se Vám, že práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující?
13. Máte v práci časté konflikty a problémy, od nichž se nemůžete odpoutat ani po skončení pracovní doby?
14. Zdá se Vám, že při práci udržíte jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje?

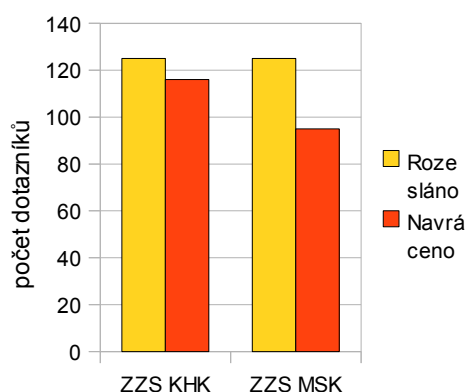
15. Zdá se Vám Vaše zaměstnání psychicky náročné natolik, že po několika hodinách pocítujete neklid a nervozitu?
16. Zdá se Vám, že máte po několika hodinách práce natolik dost, že byste chtěli dělat něco jiného?
17. Zdá se Vám práce psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítíte únavu a ochablost?
18. Zdá se Vám, že je vaše práce psychicky tak náročná, že ji nelze dělat po léta se stejnou výkonností?
19. Trpíte poruchami spánku?
20. Dostavil se u Vás někdy při náročném zásahu pocit strnutí nebo ztráty koncentrace?
21. Nemohli jste si někdy vzpomenout na detaily z průběhu náročných zásahů?
22. Dostavila se u Vás někdy po náročném zásahu deprese, úzkost nebo zlost?

2.5 Výzkumný soubor

Kvůli již výše zmíněným důvodům byli do dotazovaného souboru zařazeni jen nelékařští střednězdravotničtí pracovníci na ZZS Královéhradeckého a Moravskoslezského kraje. Do tohoto souboru patří několik specializovaných oborů splňujících podmínky zákona č.96/2004 Sb., který stanoví podmínky pro vykonávání funkce zdravotnického záchranáře, případně sestry specialistky na ZZS. Rozesláno bylo dohromady 250 dotazníků, rovným dílem do obou krajů. Navrátilo se 211 dotazníků. Díky použití uzavřeného dotazníku s vynucenou odpovědí nebylo potřeba vyřadit žádný z dotazníků. Navracených 211 dotazníků je 84,4% z celého souboru, a proto se domnívám, že můžeme považovat tento vzorek za reprezentativní.

	ZZS KHK		ZZS MSK		Celkem	
	Abs. hodnota	%	Abs. hodnota	%	Abs. hodnota	%
Rozesláno	125	50	125	50	250	100
Navraceno	116	46,4	95	38	211	84,4

Tab. 1. - distribuce dotazníků v rámci krajů



Graf. 2. - distribuce dotazníků v rámci krajů

Z celkového počtu 211 respondentů bylo 75 žen (35,5 %) a 136 mužů (64,5 %).



Graf 3. - Rozdělení zkoumaného souboru dle pohlaví respondentů

Respondenti, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření, zastupovali dle věku všechny kategorie produktivního věku. Nejmladšímu respondentovi bylo 23 let a nejstaršímu 57 let. Nejpočetnější skupina respondentů byla ve středním produktivním věku. Podle věku jsem respondenty roztřídil do třech kategorií:

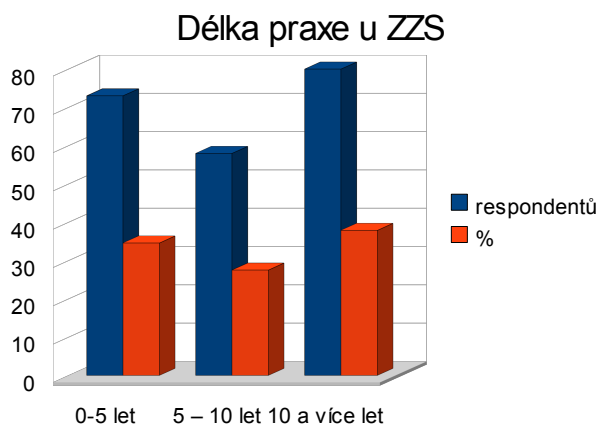
- 20-30 let (72 = 34,2%),
- 31-44 let (94 = 44,5%)
- 45 a více let (45 = 21,3%).



Graf 4. - Rozdělení zkoumaného souboru dle věku

Poslední otázka z první skupiny se dotazovala respondentů na délku praxe u ZZS. Skupina respondentů byla podle délky profesní praxe u ZZS roztržíděna do následujících kategorií:

- do 5 let,
- 5 – 10 let,
- 10 a více let.



Délka praxe	respondentů	%
0-5 let	73	34,6
5 – 10 let	58	27,5
10 a více let	80	37,9

Graf č. 5.; Tab. 2 - Rozdělení zkoumaného souboru respondentů podle délky praxe u ZZS.

2.6 Prezentace výsledků dotazníkového šetření

2.6.1 Krizová intervence na ZZS

Otázka č. 1. Setkali jste se někdy v zaměstnání s pojmem "posttraumatická intervenční péče" nebo "krizová intervence"?

a) ano

b) ne

Touto otázkou jsme sledovali orientaci respondentů v problematice posttraumatické intervenční péče. Jedná se o samostatnou znalost tohoto termínu, jestli se dotazovaný již s tímto termínem setkal. Z výsledků vyplývá, že většina respondentů se s tímto termínem již setkala - 88,2%, neznalost tohoto termínu udalo v Královéhradeckém kraji 22 respondentů, v kraji Moravskoslezském jen 3 respondenti.

Ot. č. 1	ANO		NE	
	absolutní četnost	relativní četnost (%)	absolutní četnost	relativní četnost (%)
Moravskoslezský kraj	92	43,7	3	1,4
Královéhradecký kraj	94	44,5	22	10,4
CELKEM	186	88,2	25	11,8

Tab. č. 3. - výsledky ot. č. 1.

Otázka č. 2. Víte, že můžete po psychicky velmi náročných výjezdech využít služeb peera, případně specialisty na duševní zdraví?

a) ano

b) ne

Informovanost respondentů o možnostech využití pomoci specializovaného personálu na duševní zdraví po výjimečných situacích je na vysoké úrovni. Kladně odpovědělo 177 respondentů, což je 83,9% z celého vzorku. O této možnosti nevěděli jen 4 respondenti z Moravskoslezského kraje, zatímco z kraje Královéhradeckého je to 30 respondentů, to je 14,2% z celého zkoumaného vzorku.

Ot. č. 2	ANO		NE	
	absolutní četnost	relativní četnost (%)	absolutní četnost	relativní četnost (%)
Moravskoslezský kraj	91	43,1	4	1,9
Královéhradecký kraj	86	40,8	30	14,2
CELKEM	177	83,9	34	16,1

Tab. č. 4. - výsledky k ot. č. 2

Otázka č. 3. Zažili jste někdy situaci, po které by bylo vhodné podle vašeho názoru využít krizovou intervenci?

a) ano

b) ne

Každý jedinec má jiné vnímání výjimečných situací, proto je otázka sestavena tak, aby respondent mohl zhodnotit sám, jestli zažil situaci kdy by potřeboval krizovou intervenci. Výsledek reprezentuje četnost situací, které by mohly zanechat následky na psychice či zdravotním stavu záchranářů. Z celého vzorku záchranářů přiznává výskyt

události s potřebou krizové intervence 74 respondentů, což je 35,1% z celého vzorku. Z toho je 43 respondentů z Moravskoslezského kraje a 31 z kraje Královéhradeckého. Tato otázka je rozřazovací, respondenti, kteří odpověděli NE, pokračovali rovnou na otázku č. 6, ostatní pokračovali následující otázkou.

Ot. č. 3	ANO		NE	
	absolutní četnost	relativní četnost (%)	absolutní četnost	relativní četnost (%)
Moravskoslezský kraj	43	20,4	52	24,6
Královéhradecký kraj	31	14,7	85	40,3
CELKEM	74	35,1	137	64,9

Tab. č. 5 – výsledky k ot. č. 3

Otázka č. 4. Došlo ke kontaktu s peerem nebo specialistou na psychické zdraví?

a) ano

b) ne

Respondenti, kteří zažili výjimečnou situaci, u které by podle jejich názoru bylo vhodné využití psychosociální podpory, pokračovali v dotazníku otázkou č. 4. Zde respondenti odpovídali, jestli po výjimečné situaci proběhla konzultace s peerem nebo specialistou na psychické zdraví. Z celkového vzorku 211 respondentů došlo ke kontaktu s peerem, nebo specialistou na duševní zdraví v 23 případech, což je 10,9% z celého výzkumného vzorku. Naopak v 51 případech se zasaženým mimořádnou událostí PIS nedostala, což je celých 24,2% z celého výzkumného vzorku. Rozdělení dle krajů je znázorněné v tabulce č. 6.

Vztáhneme – li hodnocení této otázky na skupinu záchranářů, kteří zažili mimořádnou událost, po níž by bylo vhodné využití PIS – 74 respondentů = 100% viz.tab. č. 7. Z tohoto počtu respondentů byla psychosociální intervenční služba u 31,1% zasažených

záchranářů, zatímco 68,9% zasažených záchranářů tuto péči nedostala. Díky vyššímu počtu zasažených respondentů v Moravskoslezském kraji je hodnota jak poskytnutých tak i neposkytnutých KI vyšší.

Otázka číslo 4. byla rozřazovací. Respondenti, kteří odpověděli na ot.č.4 kladně, pokračovali na další otázku. Ti, kteří odpověděli záporně, pokračovali otázkou č. 6.

Výsledek ot. č. 4. vztahující se k celému vzorku 211 respondentů.				
Ot. č. 4	ANO		NE	
	absolutní četnost	relativní četnost (%)	absolutní četnost	relativní četnost (%)
Moravskoslezský kraj	16	7,6	27	12,8
Královéhradecký kraj	7	3,3	24	11,4
CELKEM	23	10,9	51	24,2

Tab. č.6. Výsledky k ot. č. 4. - Vyjadřuje hodnoty respondentů vztahující se k celkovému počtu respondentů 211.

Výsledek ot. č. 4. vztahující se k části respondentů, kteří podle svého názoru potřebovali KI.				
Ot. č. 4	ANO		NE	
	absolutní četnost	relativní četnost (%)	absolutní četnost	relativní četnost (%)
Moravskoslezský kraj	16	21,6	27	36,5
Královéhradecký kraj	7	9,5	24	32,4
CELKEM	23	31,1	51	68,9

Tab. č. 7. - výsledky k ot. č. 4 - Vyjadřuje relativní hodnoty respondentů potřebujících podle svého názoru KI.

Otázka č. 5. Byla podle vašeho názoru tato pomoc smysluplná? Pomohla Vám?

a) ano

b) ne

V této otázce respondenti, kteří mají zkušenost s PIS odpovídali, zda podle jejich názoru byla proběhlá intervence přínosná, jestli napomohla k vyrovnání se se situací. Z celkového počtu 23 respondentů se 20 vyjádřilo, že proběhlá intervence byla podle jejich názoru přínosná a smysluplná. Zatímco 3 respondenti uvádějí, že jim tato intervence nepomohla. Z celkového počtu 23 proběhlých intervencí je tedy 87% úspěšných a 13% neúspěšných. V Moravskoslezském kraji odpověděl pouze jeden respondent, že mu PIS nepomohla nebo nepřípadala smysluplná zatímco 15 respondentům z tohoto kraje PIS pomohla. V kraji Královéhradeckém bylo ze sedmi proběhlých kontaktů s pracovníky PIS podle respondentů úspěšných 5 oproti 2 neúspěšným.

Výsledek ot. č. 5 vztahující se k respondentům, kteří mají zkušenost s PIS				
Ot. č. 5	ANO		NE	
	absolutní četnost	relativní četnost (%)	absolutní četnost	relativní četnost (%)
Moravskoslezský kraj	15	65,3	1	4,3
Královéhradecký kraj	5	21,7	2	8,7
CELKEM	20	87	3	13

Tab. č. 8. - výsledky k ot. č. 5 - Vyjadřuje hodnoty respondentů, kteří mají zkušenost s PIS (23 respondentů)

Otázka č. 6. Pokud byste v budoucnu chtěli využít služeb peera nebo specialisty na duševní zdraví, v jakém případě by to podle vás bylo nejpravděpodobnější?

- a) hromadné neštěstí
- b) nehoda sanitního vozidla kolegů
- c) závažný zásah u dětského pacienta
- d) napadení agresorem v rámci výjezdu
- e) soukromé a osobní důvody

V této otázce všichni respondenti vybírali z předem připravených pěti možností jednu variantu. Tu událost, po které by dle vlastního názoru v budoucnu chtěli využít služeb peera nebo specialisty na duševní zdraví. Jako emočně a stresově nejnáročnější zvolili respondenti *závažný zásah u dětského pacienta*, tuto možnost zvolilo 66 respondentů a to je 31,3% z celého zkoumaného vzorku. Jako druhou nejpravděpodobnější situaci pro využití PIS zvolili respondenti *hromadné neštěstí*, tuto variantu volilo 60 respondentů, což je 28,4%. Dále následovala odpověď *nehoda sanitního vozidla kolegů*, *soukromé a osobní důvody* a jako poslední zvolili respondenti možnost *napadení agresorem v rámci výjezdu*.

Ot. č. 6	Celkem (absolutní hodnota)	Celkem (relativní hodnota v %)
hromadné neštěstí	60	28,4
nehoda sanitního vozidla kolegů	42	19,9
závažný zásah u dětského pacienta	66	31,3
napadení agresorem v rámci výjezdu	19	9
soukromé a osobní důvody	24	11,4
celkem	211	100

Tab. č. 9. -výsledky k ot. č. 6.

Otázka č. 7. Máte na Vašem pracovišti informace o projektu Ministerstva zdravotnictví - SPIS - Systém psychosociální intervenční služby?

a) ano

b) ne

Touto otázkou sledujeme informovanost respondentů v oblasti PIS. Jestli v případě potřeby mohou sami požádat o intervenci z oblasti PIS, zda jejich zaměstnavatel informuje o této možnosti a nechává informační zdroje o této problematice na pracovišti. Z celkového počtu 211 respondentů má informace o SPIS na pracovišti 128 respondentů, to je 60,7%, zbytek uvádí, že tyto informace na pracovišti nemá. V Moravskoslezském kraji je informovanost mezi záchranáři daleko vyšší, z celkového počtu 95 respondentů v tomto kraji má na pracovišti informace o SPIS 75 respondentů což je 79% ze všech respondentů v tomto kraji. V kraji Královéhradeckém uvádí, že má informace o SPIS na pracovišti 53 respondentů, to je jenom 45,7% ze všech respondentů v tomto kraji. Informace o SPIS nemá tedy na pracovišti v Královéhradeckém kraji nadpoloviční většina pracovníků.

Ot. č. 7	ANO		NE	
	absolutní četnost	relativní četnost (%)	absolutní četnost	relativní četnost (%)
Moravskoslezský kraj	75	35,6	20	9,5
Královéhradecký kraj	53	25,1	63	29,8
CELKEM	128	60,7	83	39,3

Tab. č.10. - výsledky k ot. č. 7

Otázka č. 8. V případě, že byste chtěli využít služeb psychologické intervenční péče, volili by jste raději?

a) psychologa - specialistu na duševní zdraví

b) peera - vyškoleného profesního kolegu (zaměstnanec ZZS)

Touto otázkou se snažíme zjistit preference respondentů při potřebě PIP. Zajímalo nás, jestli respondenti dávají přednost při řešení řízení krizových událostí peerům nebo psychologům. To, v koho zasažení záchranáři mají důvěru, je důležité. Pro záchranáře je těžké přiznat, že zásah pro něho byl emočně velmi náročný, může to sám na své osobě pociťovat jako možné selhání. Z těchto důvodů je důležité, aby záchranář měl v pracovníka PIS důvěru a nebál se vyjádřit své obavy.

Celkem 127 záchranářů, tedy 60,2 % ze všech respondentů, vyjádřilo větší náklon k specialistovi na duševní zdraví, tedy k psychologovi, pro peera – profesního kolegu se vyjádřilo celkem 84 respondentů, to je 39,8% z celého zkoumaného vzorku. V obou krajích je nadpoloviční náklonnost spíše ke specialistům na duševní zdraví – psychologům.

Ot. č. 8	Peer		Psycholog	
	absolutní četnost	relativní četnost (%)	absolutní četnost	relativní četnost (%)
Moravskoslezský kraj	43	20,4	52	24,6
Královéhradecký kraj	41	19,4	75	35,6
CELKEM	84	39,8	127	60,2

Tab. č. 11. - výsledky k ot. č. 8.

2.6.2 Meisterův dotazník

Dotazník vytvořil W. Meister v r. 1975. Dále byl ověřen hygienickou službou v letech 1976 – 1984 a momentálně se využívá varianta z roku 1987.

Dotazník se skládá z deseti otázek, na které se odpovídá škálově: nikdy, zřídka, někdy, často a vždy. K těmto odpovědím je přiřazena číselná hodnota a následně zpracována, hodnocena a prezentována pomocí aritmetických průměrů, směrodatných odchylek, mediánů, kritických hodnot mediánu a hrubého skóru. Nejdříve prezentujeme výsledky jednotlivých otázek a následně vyhodnocení celku. (28, 29)

Otázka č. 9. Jak často se v práci dostáváte do časové tísně?

Otázka č. 9. Jak často se v práci dostáváte do časové tísně?						
	ženy		muži		absolutní četnost - celkem	relativní četnost - celkem (%)
	absolutní četnost	relativní četnost (%)	absolutní četnost	relativní četnost (%)		
vždy	1	0,5	2	0,95	3	1,45
často	30	14,2	40	18,8	70	33,2
někdy	35	16,5	79	37,5	114	54
zřídka	8	3,8	14	6,6	22	10,4
nikdy	1	0,5	1	0,5	2	0,95
CELKEM	75	35,5	136	64,5	211	100

Tab. č. 12

Tato otázka se zaměřuje na časovou tíseň v práci. Z celkového zkoumaného vzorku cítí časovou tíseň v práci *VŽDY* 3 respondenti, *ČASTO* se do časové tísně dostává 70 respondentů, střední volbu, tedy někdy zvolilo více než polovina ze všech respondentů – 114 a to je 54% z celého zkoumaného vzorku. *ZŘÍDKA* se do časové tísně dostává 22 respondentů a *NIKDY* jen 2 respondenti z celého zkoumaného vzorku.

Otázka č. 10. Uspokojuje Vás vaše práce, chodíte do ní rád/a?

Otázka č. 10. Práce Vás neuspokojuje, chodím do ní nerad/a?						
	ženy		muži		absolutní četnost celkem	relativní četnost celkem (%)
	absolutní četnost	relativní četnost (%)	absolutní četnost	relativní četnost (%)		
vždy	0	0	0	0	0	0
často	0	0	0	0	0	0
někdy	18	8,5	41	19,4	59	27,9
zřídka	37	17,5	64	30,4	101	47,9
nikdy	20	9,5	31	14,7	51	24,2
CELKEM	75	35,5	136	64,5	211	100

Tab. č. 13

Touto otázkou můžeme zjistit intenzitu spokojenosti se zaměstnáním. Z celého zkoumaného vzorku 211 respondentů žádný nezvolil možnost *NIKDY* a *ZŘÍDKA*, můžeme tedy říct, že respondenty účastníci se našeho výzkumu jejich práce aspoň částečně uspokojuje. Možnost *NEKDY* zvolilo 59 respondentů, což je 27,9% z celého vzorku. 101 respondentů jejich práce uspokojí *ČASTO*, to je 47,9% a 51 respondentů uvádí, že je jejich práce uspokojuje *vždy*, to je 24,2 % z celého zkoumaného vzorku.

Otázka č. 11. Zatěžuje Vás psychicky práce pro svou vysokou zodpovědnost?

Otázka č. 9. Jak často se v práci dostáváte do časové tísně?						
	ženy		muži		absolutní četnost - celkem	relativní četnost - celkem (%)
	absolutní četnost	relativní četnost (%)	absolutní četnost	relativní četnost (%)		
vždy	6	2,8	11	5,2	17	8
často	32	15,1	49	23,3	81	38,4
někdy	24	11,5	55	26	79	37,5
zřídka	13	6,1	21	10	34	16,1
nikdy	0	0	0	0	0	0
CELKEM	75	35,5	136	64,5	211	100

Tab. č. 14

Vysokou odpovědnost v profesi zdravotnického záchranáře cítí *VŽDY* 17 respondentů, což je 8 % z celého vzorku. *ČASTO* cítí vysokou zodpovědnost 81 respondentů a to je 38,4% z celého vzorku. Možnost *NĚKDY* zvolilo 79 respondentů a to je 37,5%. *ZŘÍDKA* cítí vysokou zodpovědnost 34 respondentů z našeho zkoumaného vzorku, to je 16,1%. Možnost *NIKDY* nezvolil nikdo ze zkoumané skupiny.

Otázka č. 12. Zdá se Vám, že práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující?

Otázka č. 12. Zdá se Vám Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující?						
	ženy		muži		absolutní četnost - celkem	relativní četnost - celkem (%)
	absolutní četnost	relativní četnost (%)	absolutní četnost	relativní četnost (%)		
vždy	0	0	0	0	0	0
často	1	0,5	1	0,5	2	1
někdy	8	3,8	20	9,5	28	13,3
zřídka	38	18	44	20,8	82	38,8
nikdy	28	13,2	71	33,7	99	46,9
CELKEM	75	35,5	136	64,5	211	100

Tab. č. 15

Tato otázka je zaměřena na míru vnímané otupující práce. Z celého vzorku neudal ani jeden respondent že by jeho práce byla otupující *VŽDY*. Možnost, že je práce *ČASTO* otupující, zvolili 2 respondenti, to je jedno necelé procento z celého zkoumaného vzorku. Práce zdravotnického záchranáře se zdá *NĚKDY* otupující 28 respondentům, což je 13,3%, *ZŘÍDKA* otupující uvádí 82 respondentů a že práce není *NIKDY* otupující uvádí 99 respondentů, to je 46,9% z celého zkoumaného vzorku.

Otázka č. 13 Máte v práci časté konflikty a problémy, od nichž se nemůžete odpoutat ani po skončení pracovní doby?

Otázka č. 13 Máte v práci časté konflikty a problémy, od nichž se nemůžete odpoutat ani po skončení pracovní doby?						
	ženy		muži		absolutní četnost - celkem	relativní četnost - celkem (%)
	absolutní četnost	relativní četnost (%)	absolutní četnost	relativní četnost (%)		
vždy	0	0	0	0	0	0
často	1	0,5	3	1,4	4	1,9
někdy	9	4,2	20	9,5	29	13,7
zřídka	31	14,7	57	27	88	41,7
nikdy	34	16,1	56	26,6	90	42,7
CELKEM	75	35,5	136	64,5	211	100

Tab. č. 16

Otázka věnující se míře problémů a konfliktů na pracovišti. Žádný z respondentů neudává, že by měl na pracovišti konflikty a problémy *VŽDY*. 4 respondenti udávají že na pracovišti zažívají konflikty a problémy *ČASTO*, to je 1,9% z celého zkoumaného vzorku. Střední možnost *NĚKDY* zvolilo 29 respondentů, což je 13,7% z celého vzorku. *ZŘÍDKA* zažívají konflikty a problémy na pracovišti 88 respondentů a to je 41,7% z celého zkoumaného vzorku. Volbu *NIKDY* zvolilo nejvíce respondentů – 90 což je 42,7% z celého zkoumaného vzorku.

Otázka č. 14. Zdá se Vám, že při práci udržíte jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje?

Otázka č. 14. Zdá se Vám že při práci udržíte jen s námahou pozornost,protože se po dlouhou dobu nic nového neděje?						
	ženy		muži		absolutní četnost - celkem	relativní četnost - celkem (%)
	absolutní četnost	relativní četnost (%)	absolutní četnost	relativní četnost (%)		
vždy	0	0	2	0,95	2	0,95
často	0	0	2	0,95	2	0,95
někdy	6	2,8	8	3,8	14	6,6
zřídka	21	9,9	47	22,3	68	32,2
nikdy	48	22,8	77	36,5	125	59,3
CELKEM	75	35,5	136	64,5	211	100

Tab. č. 17

Otázka věnující se míře monotonie na pracovišti. Silnou míru monotónnosti udávají 2 respondenti, zadali tedy možnost *VŽDY*, stejný počet respondentů cítí monotónnost *ČASTO*. *NĚKDY* monotónní přijde práce 14 respondentům, to je 6,6% z celého vzorku. Možnost *ZŘÍDKA* monotónní zvolilo 68 respondentů, což je 32,2% ze všech. Největší počet respondentů zvolil možnost, že jejich zaměstnání není monotónní *NIKDY*. Bylo jich 125 a to je 59,3% z celého zkoumaného vzorku.

Otázka č. 15. Zdá se Vám Vaše zaměstnání psychicky náročné natolik, že po několika hodinách pocítujete neklid a nervozitu?

Otázka č. 15. Zdá se Vám vaše zaměstnání psychicky náročné natolik, že po několika hodinách pocítujete neklid a nervozitu?						
	ženy		muži		absolutní četnost - celkem	relativní četnost - celkem (%)
	absolutní četnost	relativní četnost (%)	absolutní četnost	relativní četnost (%)		
vždy	0	0		0	0	0
často	0	0	3	1,4	3	1,4
někdy	24	11,4	29	13,7	53	25,1
zřídka	33	15,6	65	30,9	98	46,5
nikdy	18	8,5	39	18,5	57	27
CELKEM	75	35,5	136	64,5	211	100

Tab. č. 18

Tato otázka se věnuje míře nervozity v zaměstnání u respondentů. Volbu *VŽDY* nezvolil nikdo z respondentů. *ČASTO* cítí nervozitu v zaměstnání 3 respondenti, což je 1,4% z celého zkoumaného vzorku. Nervozita v zaměstnání se objevuje *NĚKDY* u 53 respondentů našeho výzkumu, to je 25,1% ze všech. *ZŘÍDKA* na sobě pocítuje nervozitu 98 respondentů, tedy 46,5% z celého zkoumaného vzorku. *NIKDY* v zaměstnání nepocítuje nervozitu 57 respondentů, 27% z celého zkoumaného vzorku.

Otázka č. 16. Zdá se Vám, že máte po několika hodinách práce natolik dost, že byste chtěli dělat něco jiného?

Otázka č. 16. Zdá se Vám, že máte po několika hodinách práce natolik dost, že byste chtěli dělat něco jiného?						
	ženy		muži		absolutní četnost - celkem	relativní četnost - celkem (%)
	absolutní četnost	relativní četnost (%)	absolutní četnost	relativní četnost (%)		
vždy	0	0	0	0	0	0
často	0	0	0	0	0	0
někdy	2	1	7	3,3	9	4,3
zřídka	13	6,2	41	19,4	54	25,6
nikdy	60	28,3	88	41,8	148	70,1
CELKEM	75	35,5	136	64,5	211	100

Tab. č. 19

Tato otázka se věnuje přesycení zaměstnáním. Možnost přesycení *VŽDY* a *ČASTO* nezvolil žádný z respondentů. Přesycení *NĚKDY* udává 9 respondentů, to je 4,3% z celého zkoumaného vzorku. Možnost *ZŘÍDKA* zvolilo 54 respondentů, což je 25,6%. Žádné přesycení zaměstnáním, tedy možnost *NIKDY* zvolilo 148 respondentů, tedy 70,1% z celého zkoumaného vzorku.

Otázka č 17. Zdá se Vám práce psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítíte únavu a ochablost?

Otázka č 17. Zdá se Vám práce psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítíte únavu a ochablost?						
	ženy		muži		absolutní četnost - celkem	relativní četnost - celkem (%)
	absolutní četnost	relativní četnost (%)	absolutní četnost	relativní četnost (%)		
vždy	1	0,5	7	3,3	8	3,8
často	11	5,1	25	11,9	36	17
někdy	33	15,6	60	28,4	93	44
zřídka	21	10	41	19,4	62	29,4
nikdy	7	3,3	5	2,5	12	5,8
CELKEM	75	35,5	136	64,5	211	100

Tab. č. 20

Otázka zaměřená na míru únavy v zaměstnání. Vysokou míru únavy kterou pociťují *VŽDY* udává 8 respondentů, což je 3,8% ze všech. Možnost *ČASTO* zadalo 36 respondentů, to je 17% z celku. *NĚKDY* pociťuje únavu v zaměstnání 93 respondentů, což je 44% z celého zkoumaného vzorku. Únavu v zaměstnání pociťuje *ZŘÍDKA* 62 respondentů, to je 29,4% z celého zkoumaného vzorku. *NIKDY* nepociťuje únavu v zaměstnání 12 respondentů, to je 5,8% ze všech respondentů.

Otázka č. 18. Zdá se Vám, že je Vaše práce psychicky tak náročná, že ji nelze dělat po léta se stejnou výkonností?

Otázka č. 18. Zdá se Vám že je vaše práce psychicky tak náročná, že ji nelze dělat po léta se stejnou výkonností?						
	ženy		muži		absolutní četnost - celkem	relativní četnost - celkem (%)
	absolutní četnost	relativní četnost (%)	absolutní četnost	relativní četnost (%)		
ano	15	7,1	26	12,3	41	19,4
spíše ano	10	4,7	12	5,7	22	10,4
částečně	16	7,5	20	9,5	36	17
spíše ne	16	7,5	39	18,5	55	26
ne	18	8,7	39	18,5	57	27,2
CELKEM	75	35,5	136	64,5	211	100

Tab. č. 21

Otázka zaměřená na názor respondentů o dlouhodobé únosnosti jejich profese. S tvrzením v otázce plně souhlasí 41 respondentů, to je 19,4% ze všech. Spíše souhlasí 22 respondentů. To je 10,4%. Částečně souhlasí 36 respondentů, to je 17% z celého výzkumného celku. S tímto tvrzením spíše nesouhlasí 55 respondentů, tedy 26% z celku. Plně nesouhlasí 57 respondentů, což je 27,2% z celého výzkumného vzorku.

Vyhodnocení Meisterova dotazníku podle faktorů

V tomto vyhodnocení se popisují tři faktory vztahující se k psychické zátěži v zaměstnání. Jsou to:

- I. Přetížení – do tohoto faktoru řadíme otázky č. 9, 11 a 13.
- II. Monotonie – do tohoto faktoru řadíme otázky č. 10, 12 a 14.
- III. Nespecifický faktor (stresová odezva) – do tohoto faktoru řadíme otázky č. 7, 8, 9 a 10.

Pro hodnocení celé skupiny použijeme aritmetické průměry sledovaných faktorů a hrubého skóru. Hodnocení vychází z hodnocení faktorových skóre. V tab. č. 22 jsou uvedeny normy a kritické hodnoty pro ženy i muže.

faktor	ženy			muži		
	$\bar{x}$	sm. odch.	Kritické hodnoty	$\bar{x}$	sm. odch.	Kritické hodnoty
I. přetížení	8,4	3,2	10	10,6	3,0	12
II. monotonie	7,6	3,0	9	6,4	3,2	8
III. Nespecifický faktor	11,7	4,4	14	10,3	4,1	12
Hrubý skór	25	8,1	29	22,9	6,4	26

Tab. č. 22

	ženy			muži		
	$\bar{x}$	sm. odch.	Kritické hodnoty	$\bar{x}$	sm. odch.	Kritické hodnoty
Norma I.	8,4	3,2	10	10,6	3,0	12
Faktor I.- přetížení	8,39	2,33	9,56	8,31	2,37	9,49
Norma II.	7,6	3,0	9	6,4	3,2	8
Faktor II. - monotonie	5,17	2,05	6,2	5,28	2,28	6,42
Norma III.	11,7	4,4	14	10,3	4,1	12
Nesp. Faktor III.	8,83	3,57	10,61	8,91	3,73	10,78
Norma H.S.	25	8,1	29	22,9	6,4	26
Hrubý skór	22,39	7,95	26,37	22,5	8,38	26,69

Tab. č. 23

Z uvedené tabulky vyplývá, že v I. faktoru, tedy v přetížení, se respondentky ženského pohlaví dostaly jednu setinu pod sledovanou normu (faktor I. - ženy $\bar{x} = 8,39$, norma - $\bar{x} = 8,4$). Můžeme tedy říct, že ženy samy na sobě pocítují přetížení, ale je v rámci norem a do budoucna nehrozí postižení zdraví. U skupiny respondentů mužského pohlaví byla hodnota $\bar{x} = 8,31$ a norma je 10,6 výsledná hodnota faktoru I. - přetížení nebyla překročena.

Faktor číslo II. Se týká monotonie u respondentů obou pohlaví nebylo dosaženo limitů daných normou, práce zdravotnických záchranářů by tedy neměla být jednotvárná a pro jedince v tomto směru zatěžující. Hodnota aritmetického průměru u žen je 5,17 a norma pro ženy 7,6. Hodnota pro faktor II. a respondenty mužského pohlaví je 5,28 oproti normě 6,4.

Nespecifický faktor III., který je označován také jako *dodatečné podmínky* nepřekročil u sledovaného vzorku normu ani u jednoho pohlaví. Získaná hodnota pro ženské pohlaví je 8,83 a norma 11,7, norma pro respondenty mužského pohlaví je 10,3 a získaná hodnota 8,91.

Při hodnocení hrubého skóru nebyla překročena norma u respondentek ženského pohlaví, získaná hodnota je 22,39 a norma 25. U respondentů mužského pohlaví byla překročena norma u hrubého skóru o 0,69 setin bodu, norma pro mužské pohlaví je 26 a získaná bodová hodnota hrubého skóru je 26,69.

Hodnocení Meisterova dotazníku podle jednotlivých otázek

Při hodnocení Meisterova dotazníku podle jednotlivých otázek jsou sledovány kritické hodnoty mediánu, jestliže je tato kritická hodnota překročena, respondenti hodnotí své zaměstnání negativně, naopak jestli tato kritická hodnota překročena není, hodnotí respondenti svoje zaměstnání kladně. Kritické hodnoty mediánu jsou znázorněny v tab. č. 23.

Číslo otázky z dotazníku	Zaměření otázky	Kritická hodnota mediánu	faktor
9	Časová tíseň	3,0	I.
10	Malé uspokojení	2,5	II.
11	Vysoká odpovědnost	3,0	I.
12	Otupující práce	2,5	II.
13	Problémy a konflikty	2,5	I.
14	Monotonie	2,5	II.
15	Nervozita	3,0	III.
16	Přesycení	3,0	III.
17	Únava	3,0	III.
18	Dlouhodobá únosnost	2,5	III.

Tab. č. 23.

Statistické hodnoty ke všem otázkám Meisterova dotazníku rozebrané pro celý soubor, ženy , muže, zaměstnance ZZS KHK a ZZS MSK jsou v tabulce č. 24. Tabulka obsahuje ke každé otázce a kategorii hodnotu získaného aritmetického průměru a mediánu, ten následně budeme porovnávat s kritickou hodnotou mediánu v tabulce č. 23.

Otázka č. 9. Jak často se v práci dostáváte do časové tísně?

Hodnota mediánu pro celý zkoumaný vzorek dosahuje stejné hodnoty jako je kritická hodnota mediánu z tab. č. 23, tato otázka je tedy celým zkoumaným vzorkem hodnocena negativně. Stejně tak je hodnocena negativně i při rozdělení respondentů podle pohlaví, či kraje zaměstnání, hodnota získaného mediánu je 3.

Otázka č. 10. Práce Vás neuspokojuje, chodím do ní nerad/a?

Kritická hodnota mediánu pro tuto otázku je 2,5, hodnota získaná pro celý zkoumaný vzorek je 2, otázka je tedy hodnocena pozitivně. Stejně tak u rozdělení zkoumaného vzorku do výše zmíněných skupin přicházíme k hodnotě medianu 2, je tedy hodnocena pozitivně a rozdíl v hodnocení otázky mezi kraji nebo pohlavími není.

Otázka č. 11. Zatěžuje Vás psychicky práce pro svou vysokou zodpovědnost?

Kritická hodnota mediánu je na hranici 3 bodů. Celý zkoumaný soubor dosáhl hodnoty 3, hodnotí tedy tuto otázku negativně. U rozdělení zkoumaného souboru dosáhly ženy na hodnotu 4, muži 3. Při rozdělení pracovníku podle kraje zaměstnání je hodnota mediánu stejná na úrovni 3.

Otázka č. 12. Zdá se Vám, že práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující?

Kritická hodnota mediánu pro tuto otázku je 2,5. celý zkoumaný soubor dosáhl hodnoty 2 , to znamená že hodnotí tuto otázku pozitivně. Při rozdělení zkoumaného souboru na muže a ženy dosáhli muži hodnoty 1 a ženy 2. Rozdělíme-li zkoumaný soubor podle kraje zaměstnání, má kraj Královéhradecký hodnotu 2 a kraj Moravskoslezský hodnotu 1.

Otázka č. 13. Máte v práci časté konflikty a problémy, od nichž se nemůžete odpoutat ani po skončení pracovní doby?

Hodnota kritického faktoru pro otázku č. 13. je 2,5. Celý zkoumaný soubor dosáhl u této otázky hodnoty medianu 2 , stejně tak při rozdělení zkoumaného souboru do výše zmíněných skupin je hodnota mediánu stejná jako u celého souboru. Hodnocení této otázky je tedy pozitivní.

Otázka č. 14. Zdá se Vám, že při práci udržíte jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje?

Hodnota kritického faktoru pro tuto otázku je 2,5. Získaná hodnota celého souboru je 1. Stejně tak při rozdělení zkoumaného souboru do výše zmíněných skupin je hodnota mediánu stejná jako u celého souboru. Hodnocení této otázky je tedy pozitivní.

Otázka č. 15. Zdá se Vám Vaše zaměstnání psychicky náročné natolik, že po několika hodinách pocítujete neklid a nervozitu?

Hodnota kritického faktoru pro tuto otázku je 3. Hodnota získaná celým souborem respondentů je 2 , hodnotí tedy otázku pozitivně. Při rozdělení zkoumaného souboru do skupin, které byly zmíněny výše docházíme ke stejnému výsledku.

Otázka č. 16. Zdá se Vám, že máte po několika hodinách práce natolik dost, že byste chtěli dělat něco jiného?

Hodnota kritického faktoru pro tuto otázku je 3. Otázka je zaměřena na přesycení. Celý soubor i jeho rozdělení do výše zmíněných skupin dosáhl hodnoty medianu 1 , hodnotí tedy tuto otázku pozitivně.

Otázka č. 17. Zdá se Vám práce psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítíte únavu a ochablost?

Hodnota kritického faktoru pro tuto otázku je 3. Otázka je zaměřena na únavu. Celý soubor i jeho rozdělení do výše zmíněných skupin dosáhl hodnoty medianu 1 , hodnotí tedy tuto otázku pozitivně.

Otázka č. 18. Zdá se Vám, že je vaše práce psychicky tak náročná, že ji nelze dělat po léta se stejnou výkonností?

Otázka je zaměřena na dlouhodobou únosnost. Hodnota kritického faktoru pro tuto otázku je 2,5. Celý soubor respondentů získal hodnotu 2. Hodnotí tedy otázku pozitivně. Při rozdělení zkoumaného souboru podle pohlaví, získaly ženy hodnotu 3 a muži hodnotu 2. Ženy hodnotí tuto otázku negativně a muži pozitivně. Při rozdělení respondentů podle kraje zaměstnání jsme dospěli ke stejné hodnotě 2, tedy kladnému hodnocení.

Hodnocení jednotlivých otázek												
č. ot.	Zaměření otázky	faktor	celkem		ženy		muži		KHK		MSK	
			$\bar{x}$	median	$\bar{x}$	median	$\bar{x}$	median	$\bar{x}$	median	$\bar{x}$	median
9	Časová tíseň	I.	3,24	3	3,29	3	3,21	3	3,21	3	3,27	3
10	Malé uspokojení	II.	2,04	2	1,97	2	2,07	2	2	2	2,08	2
11	Vysoká odpovědnost	I.	3,41	3	3,41	4	3,41	3	3,33	3	3,52	3
12	Otupující práce	II.	1,69	2	1,76	2	1,64	1	1,75	2	1,61	1
13	Problémy a konflikty	I.	1,75	2	1,69	2	1,78	2	1,72	2	1,79	2
14	Monotonie	II.	1,52	1	1,44	1	1,57	1	1,45	1	1,61	1
15	Nervozita	III.	2,01	2	2,08	2	2,97	2	1,97	2	2,05	2
16	Přesycení	III.	1,34	1	1,23	1	1,4	1	1,37	1	1,31	1
17	Únava	III.	2,84	3	2,68	3	2,93	3	2,79	3	2,89	3
18	Dlouhodobá únosnost	III.	2,69	2	2,84	3	2,61	2	2,74	2	2,63	2

Tab. č. 24.

Klasifikace zátěže podle Meisterova dotazníku

Podle metodiky pro klasifikaci Meisterova dotazníku pro celou skupinu (Hladký, Žídková, 1999) vycházíme z faktorových skóre. Při hodnocení se sčítají mediány jednotlivých faktorů – faktor I. (ot. č. 9,11 a 13), faktor II. (ot. č.10,12 a 14), faktor III. (ot. č. 15,16,17a 18).

Podle metodiky (Hladký, Žídková, 1999) jsme sečtením mediánu jednotlivých faktorů došli k výsledkům:

- faktor I. - 8,13
- faktor II. - 5,25
- faktor III – 8,87

Dále součet posuzujeme podle rozdílu výsledných hodnot. Rozdíl mez faktorem I. a II. je vyšší o dva body, proto podle metodiky sečteme faktor I. a III. a podle tab. č. 25. Provádíme výsledné hodnocení.

$$\text{Faktor I. (8,13) + Faktor III. (8,87) = 17}$$

součet	Stupeň zátěže	tendence
7 - 19	1	
20 - 24	2	k přetížení
25 - 35	3	k přetížení

Tab. č. 25.

Výsledek hodnocení pro celý zkoumaný vzorek můžeme zařadit do prvního stupně zátěže, který je podle Žídkové (2009) charakterizován jako:

„Psychická zátěž, při které není pravděpodobné ovlivnění zdraví, subjektivního stavu a výkonnosti (přitom je nutno odhlédnout od náhodných situačně podmíněných výkyvů v průběhu pracovní směny).“ (30; Žídková 2009, str.3)

2.6.3 Hodnocení otázek týkajících se projevů akutního stresu u zdravotnických záchranářů

Pro prokázání přítomnosti akutního stresu v zaměstnání zdravotnických záchranářů jsme zvolili formu vlastních škálových otázek. Dotazovali jsme se zdravotnických záchranářů na možné projevy akutního stresu při jejich zaměstnání. Výsledky jsou vyjádřeny v tabulkách pomocí absolutních a relativních hodnot, výzkumný soubor je rozdělen podle pohlaví, dále jsou prezentovány i výsledky za celý zkoumaný soubor.

Otázka č. 19. Trpíte poruchami spánku?

V této otázce jsme se dotazovali zdravotnických záchranářů na přítomnost nespavosti. Je to jeden z možných symptomů, který za sebou mohla zanechat mimořádná událost působící na psychickou rovnováhu zdravotnického záchranáře.

Trpíte poruchami spánku?						
	ženy		muži		absolutní četnost - celkem	relativní četnost - celkem (%)
	absolutní četnost	relativní četnost (%)	absolutní četnost	relativní četnost (%)		
vždy	0	0	1	0,5	1	0,5
často	2	0,95	13	6,15	15	7,1
někdy	31	14,7	40	18,8	71	33,7
zřídka	26	12,25	52	24,65	78	36,9
nikdy	16	7,6	30	14,2	46	21,8
CELKEM	75	35,5	136	64,5	211	100

Tab. č. 26.

Poruchou spánku má *VŽDY* pouze jeden respondent (muž) to je necelých 0,5% z celého zkoumaného vzorku. *ČASTO* prožívá poruchy spánku 17 respondentů (2 ženy, 15 mužů), což je 7,1% z celého zkoumaného vzorku. 33,7% respondentů udává poruchy spánku *NĚKDY*, což je 71 respondentů. *ZŘÍDKA* zažívá poruchy spánku 78 respondentů, relativní četnost 36,9% ze všech, tato skupina je u této otázky

nejpočetnější. *NIKDY* podle vlastního názoru nezažilo poruchy spánku 46 respondentů, to je 21,8% z celého zkoumaného vzorku.

Otázka č. 20. Dostavil se u Vás někdy při náročném zásahu pocit strnutí nebo ztráty koncentrace?

Touto otázkou jsme zjišťovali, jestli zdravotníci záchranáři zažili projev akutního stresu, který se může projevit během prožívání mimořádné události. Jedinec, na kterého působí mimořádná dávka emocí, s níž není schopen pracovat, může náhle ztratit koncentraci nebo ustrnout.

Dostavil se u Vás někdy při náročném zásahu pocit strnutí nebo ztráty koncentrace?						
	ženy		muži		absolutní četnost - celkem	relativní četnost - celkem (%)
	absolutní četnost	relativní četnost (%)	absolutní četnost	relativní četnost (%)		
vždy	0	0	0	0	0	0
často	1	0,5	1	0,5	2	0,95
někdy	16	7,6	38	18	54	25,6
zřídka	30	14,2	50	23,7	80	37,9
nikdy	28	13,2	47	22,3	75	35,5
CELKEM	75	35,5	136	64,5	211	100

Tab. č. 27.

Odpověď *VŽDY* ne zvolil žádný respondent. *ČASTO* při výjimečných událostech zažili ztrátu koncentrace nebo pocit strnutí dva respondenti, což je necelé 1 % z celého zkoumaného vzorku. *NĚKDY* tuto situaci zažilo 54 respondentů, to je 25,6% z celého zkoumaného vzorku. Pocit strnutí nebo ztráty koncentrace *ZŘÍDKA* zažilo 80 respondentů, tedy 37,9% z celého zkoumaného vzorku. *NIKDY* na sobě tuto situaci nepozorovalo 75 respondentů, což je 35,5% ze všech.

Otázka č. 21. Nemohli jste si někdy vzpomenout na detaily z průběhu náročných zásahů?

Touto otázkou sledujeme u respondentů možný výskyt dalšího projevu akutního stresu. Při mimořádných a emočně vypjatých situacích, kdy jedinec musí čelit velkému náporu stresu, může dojít k zpětnému vytěsnění události, tedy k možnému zapomenutí důležitých detailů z průběhu výjezdu.

Nemohli jste si někdy vzpomenout na detaily z průběhu náročných zásahů?						
	ženy		muži		absolutní četnost	relativní četnost
	absolutní četnost	relativní četnost (%)	absolutní četnost	relativní četnost (%)	- celkem	- celkem (%)
vždy	0	0	0	0	0	0
často	4	1,8	13	6,2	17	8
někdy	37	17,5	62	29,4	99	46,9
zřídka	24	11,4	44	20,9	68	32,1
nikdy	10	4,8	17	8	27	12,8
CELKEM	75	35,5	136	64,5	211	100

Tab. č. 28.

Volbu *VŽDY* ne zvolil žádný z respondentů. Zkušenost se zapomenutím detailů z výjezdu *ČASTO* má 17 respondentů, to je 8% ze všech respondentů. *NĚKDY* tuto situaci zažilo 99 respondentů, což je 46,9% z celého zkoumaného vzorku. Možnost *ZŘÍDKA* zvolilo 68 respondentů, to je 32,1% ze všech. *NIKDY* zapomenutí detailů z výjezdu nezažilo 27 respondentů, tedy 12,8% z celého zkoumaného vzorku.

Otázka č. 22. Dostavila se u Vás někdy po náročném zásahu deprese, úzkost nebo zlost?

Deprese nebo úzkost jsou dalším z možných příznaků akutního stresu. Po mimořádné události a velkém psychickém vypětí může následovat deprese, úzkost až zlost. V této otázce nás zajímalo, jakou mají respondenti s tímto zkušenost.

Dostavila se u Vás někdy po náročném zásahu deprese, úzkost nebo zlost?						
	ženy		muži		absolutní četnost	relativní četnost
	absolutní četnost	relativní četnost (%)	absolutní četnost	relativní četnost (%)	- celkem	- celkem (%)
vždy	1	0,5	0	0	1	0,5
často	10	4,7	9	4,3	19	9
někdy	43	20,4	79	37,4	122	57,8
zřídka	17	8	34	16,2	51	24,2
nikdy	4	1,9	14	6,6	18	8,5
CELKEM	75	35,5	136	64,5	211	100

Tab. č. 29.

Jeden respondent uvedl, že po náročném zásahu má depresi, úzkost nebo zlost *VŽDY*, to je 0,5% z celého zkoumaného vzorku. *ČASTO* má tyto příznaky po náročných zásazích 19 respondentů, což je 9% z celku. 122 respondentů udalo, že má po náročných výjezdech tyto příznaky *NĚKDY*, to je 57,8% ze všech respondentů. *ZŘÍDKA* zažívá tyto příznaky 51 respondentů, tedy 24,2% z celého zkoumaného vzorku. 18. respondentů uvádí že toto nikdy nezažilo, je to 8,5 % z celého zkoumaného vzorku.

DISKUSE

V praktické části diplomové práce jsme získali nazpět 211 plně vyplněných dotazníků, které byly vyplněny nelékařskými střednězdravotnickými pracovníky v rámci zdravotnických záchranných služeb. Soubor byl složen v poměru 64,5% (muži) oproti 34,5% (ženy). Výzkum byl proveden na dvou zdravotnických záchranných službách v České republice, a to ZZS Královéhradeckého kraje a ZZS Moravskoslezského kraje. Rozdělení respondentů mezi kraje bylo následující – ZZS KHK 116 respondentů (55%) a ZZS MSK 95 respondentů (45%). Dotazník byl složen celkem ze čtyř částí, kdy první byly otázky věnující se personalistice dotazníku, další část byla zaměřená na problematiku psychosociální péče na zdravotnické záchranné službě, třetí částí dotazníku byly otázky z Meisterova dotazníku zabývající se psychickou zátěží v zaměstnání a poslední část se dotazovala respondentů na přítomnost možných příznaků vyskytujících se při nadlimitním akutním stresu. Všichni respondenti se účastnili našeho výzkumu zcela dobrovolně. Možným důvodem vysoké návratnosti dotazníků byl krátký časový úsek potřebný k vyplnění dotazníku a nekomplikovanost použité elektronické formy vyplňování a odesílání dotazníků.

V části dotazníku věnující se krizové intervenci jsme se respondentů dotazovali na jejich informovanost, zkušenost a postoje k psychosociální péči v rámci zdravotnických záchranných služeb. Znalost termínu „krizová intervence nebo posttraumatická intervenční péče“ přiznalo dohromady 88,2% respondentů z celého zkoumaného vzorku. Z toho můžeme vyvozovat že o problematice psychosociální intervenční péče se v rámci zdravotnických záchranných služeb mluví. Může se jednat o preventivní semináře zaměstnavatele v rámci PIS, popřípadě o informování o PIS v rámci celoživotního vzdělávání zdravotníků, kde byla problematika v posledních letech zmiňována (např. Pelhřimovský podvečer 2011). Vyšší informovanost o této problematice je v Moravskoslezském kraji, kde PIS funguje již od roku 2006, pouze 3 respondenti z tohoto kraje uvedli, že se s danými termíny zatím nesetkali. Zatímco

v kraji Královéhradeckém se s daným termínem nesetkalo plných 22 respondentů. V tomto kraji funguje oficiálně PIS od 1.3.2012. V porovnání s výzkumem Hubové (2007) se informovanost o možnosti využití posttraumatické intervenční služby na ZZS v MSK zvýšila, Hubová udává že v roce 2007 znal tento termín jen jeden respondent z řad pracovníků ZZS MSK z celkových 21 respondentů. Informovanost respondentů o tom, že by mohly v případě potřeby využít služeb peera, nebo specialisty na duševní zdraví zkoumala další otázka. Informovanost mezi respondenty byla poměrně vysoká, o této možnosti vědělo celých 83,9 % respondentů z celého zkoumaného vzorku. V celkovém hodnocení o této možnosti poměrově vědělo víc záchranářů z Moravskoslezského kraje. V rámci šetření odpověděli 4 respondenti z MSK kraje a celých 30 z KHK kraje, že o dané možnosti nevěděli. Respondenti také hodnotili zkušenost nadlimitních stresových zážitku. Hranici, co je nadlimitní stresový zážitek, si musel každý respondent nastavit sám, protože každý jedinec má jiné vnímání stresu a emoční odezva na různé stresory je jiná podle zkušeností a psychické odolnosti jedince. Z celého zkoumaného vzorku zažilo nadlimitní událost, kdy by bylo vhodné využití krizové intervence celkem 74 respondentů, což je 35,1% z celého zkoumaného vzorku. Z respondentů skládajících se pouze z pracovníků Královéhradeckého kraje zažilo stresovou nadlimitní událost 31 respondentů, to je 26,7% ze všech respondentů v tomto kraji. V kraji Moravskoslezském zažilo podle svého názoru nadlimitní stresovou událost 43 respondentů, což je 45,3% respondentů v souboru složeném pouze z respondentů pracovníků v tomto kraji. Domníváme se, že vysoké procento respondentů v tomto kraji v posledních letech zasahovalo u mimořádných událostí, které se v minulých letech v tomto kraji staly. Z výzkumu Vladykové (2010) provedené na ZZS Zlínského kraje vyplývá, že v tamním kraji zažilo nadlimitní stresovou situaci 25% respondentů z řad zdravotnických záchranářů, tento výsledek je podobný tomu, jaký jsme získali v kraji Královéhradeckém. Pracovníkům, kteří zažili nadlimitní stresové události se dostalo možnosti využít psychosociální pomoc v 23 případech, zatímco 51 respondentů tuto zkušenost nemá. Díky delší době fungování služby psychosociální podpory na ZZS MSK je převaha respondentů se zkušeností

s využitím PIS v tomto kraji (16 respondentů v MSK). V kraji Královéhradeckém udalo využití PIS 7 respondentů. To znamená, že se našeho výzkumu v Královéhradeckém kraji zúčastnili všichni z tohoto kraje, kteří zatím využili PIS. Tato služba zde funguje od 1.3.2012 a v době psaní této diplomové práce byl proveden zatím jen jeden debriefing, kterého se zúčastnily dvě zasahující posádky a operátoři. Z 23 respondentů z celého zkoumaného vzorku, kteří využili služeb PIS uvádí 20 jedinců, že jim KI pomohla oproti 3 neúspěšným. Vyšší úspěšnost IS je v Moravskoslezském kraji, kde respondenti uvádějí že z 16 proběhnuvších intervencí byla neúspěšná pouze jedna. V kraji Královéhradeckém uvádí 5 respondentů, že jim PIS pomohla a 2 respondenti uvádějí neúspěšnost PIS. Vysokou úspěšnost PIS v MSK můžeme přisuzovat delším zkušenostem pracovníků PIS (psychologa i peerů). Za velmi podstatnou považujeme otázku, kdy respondenti vybírali nejpravděpodobnější možnost, kdy by podle svého názoru potřebovali a využili PIS. Tato otázka vyjadřuje, z jakého typu zásahu mají zdravotníci záchranáři největší strach případně respekt, kdy by na ně působil největší stres. Pro nejmenší počet respondentů byl nejvíce stresující zážitek „napadení agresorem v rámci výjezdu“. Tuto možnost vybralo z celého zkoumaného vzorku jen 9% respondentů, „soukromé a osobní důvody“ zvolilo 11,4 % respondentů. 19,9% respondentů zvolilo jako nejpravděpodobnější situaci, kdy by chtěli využít PIS „nehodu sanitního vozidla kolegů“. Jako druhý nepravděpodobnější důvod k využití PIS zvolili respondenti „hromadné neštěstí“ (28,4%) a jako nejpravděpodobnější byl „zásah u dětského pacienta“, který zvolilo 31,3% respondentů. Můžeme říct, že záchranáři hodnotí jako nejvíce stresující a emočně náročný zásah u dětského pacienta. Tento specifický druh zásahu bude nejvíce stresující pro záchranáře, kteří mají rodinu a malé děti, kdy vcítění do situace rodiny, u které zasahují může být emočně velmi vysilující a v podvědomí záchranáře může tato situace zanechat hluboké stopy. Podle Šeblové (2010) uvádějí záchranáři jako nejvíce zatěžující situaci neúspěšnou resuscitaci dětského pacienta, s tímto výsledkem výzkumu se můžeme v rámci této otázky ztotožnit. Hromadné neštěstí má pro záchranáře také velmi stresující význam, situace kdy záchranář zasahuje na místě s hromadným výskytem zraněných a mrtvých těl

v nízkém počtu personálu pro tak náročný zásah může způsobit velké emoční pohnutí a bez odborné pomoci by si zdravotnický záchranář s nadlimitní událostí nemusel poradit tím správným způsobem. Otázku, zda mají respondenti na pracovišti informace o PIS, jsme považovali za důležitou z důvodu zjištění, zda by v případě potřeby mohli sami zdravotničtí záchranáři vyžádat služby PIS. Ne vždy zachytí pracovníci PIS všechny možné nadlimitní zásahy, proto si myslíme, že by informace a hlavně kontakty na příslušné pracovníky PIS měly být na každém výjezdovém stanovišti. V našem výzkumu udalo 128 respondentů, že dané informace na pracovišti mají, je to více jak 60% z celého zkoumaného vzorku. Poměrově má na pracovišti informace o PIS více respondentů ze ZZS MSK, 75 respondentů na pracovišti informace má oproti 20 respondentům, kteří uvedli, že tyto informace na pracovišti nemají. Na ZZS KHK je situace opačná. Nadpoloviční většina respondentů z tohoto kraje uvádí, že na pracovišti tyto informace nemá. Toto můžeme přisuzovat krátké době fungování PIS v tomto kraji. Aktivita v tomto směru by měla být do budoucna výraznější, informovanost by se měla zvýšit v rámci předkrizové přípravy zaměstnanců ZZS. Jednou z nejdůležitějších otázek pro cíl této práce byla otázka o tom, komu respondenti v případě potřeby PIS dávají přednost, jestli peerovi z řad profesních kolegů nebo specialistovi na duševní zdraví, tedy psychologovi. Je důležité, komu zasažený pracovník dá přednost. Jedná se o velice citlivé záležitosti a respondent nemusí mít důvěru např. v psychologa, ale důvěřuje laikovi v PNP nebo mu naopak nemusí vyhovovat peer, v kterého z pracovního prostředí nemá důvěru. Respondenti v našem výzkumu dávají přednost specialistovi na duševní zdraví – psychologovi, tuto možnost zvolilo více jak 60% všech respondentů.

Z vyhodnocení Meisterova dotazníku vyplynulo, že respondenti, kteří se zúčastnili našeho výzkumu, spadají do první skupiny hodnocení. To znamená, že u jejich pracovní psychické zátěže by nemělo být pravděpodobné ovlivnění zdraví, subjektivního stavu a výkonnosti. Při tom je ale nutné přihlédnout k dílčím výsledkům. V hodnocení jednotlivých faktorů Meisterova dotazníku jsme dospěli k následujícím výsledkům. Ve faktoru č. I, který se týká přetížení, se u žen náš výsledek téměř vyrovnal normě stanovené hygienickou službou pro českou populaci (získaná hodnota –

8,39 oproti 8,4 norma). Respondentky ženského pohlaví cítí samy na sobě vysokou úroveň přetížení z vlastního zaměstnání, ale tato hodnota je stále v normě. U respondentů mužského pohlaví byla u získané hodnoty ještě dostatečná rezerva k normě, muži tedy necítí sami na sobě tak velké přetížení. Faktor č. II se zabývá monotonií v pracovním prostředí. U obou pohlaví byla u dosaženého výsledku výzkumu dostatečná rezerva oproti normě. Domníváme se, že práce zdravotnických záchranářů v rámci zdravotnických záchranných služeb není jednotvárná a ač se problémy pacientů opakují, zásah je pokaždé něčím jiný a práce zdravotnického záchranáře je různorodá. Nespecifický faktor č. III nepřekročil také ani u jednoho pohlaví normu pro tento faktor. Poslední část z hodnocení faktorů Meisterova dotazníku je hodnocení hrubého skóru, kde nedošlo k překročení zadaných norem u respondentek ženského pohlaví. U respondentů mužského pohlaví v hodnotách aritmetického průměru nedošlo k překročení normy, ale došlo k překročení kritických hodnot u hrubého skóru o 0,69 bodu. Z hodnocení jednotlivých otázek Meisterova dotazníku můžeme říct, že respondenti hodnotí časovou tíseň ve svém zaměstnání jako vysokou, ale zároveň cítí velké uspokojení ze svého zaměstnání. Vysokou odpovědnost v rámci svého zaměstnání cítí celý vzorek respondentů, ženy dokonce ještě o jeden stupeň více než muži. Respondenti uvedli, že jejich práce se jim nezdá otupující a kladné hodnocení získala i otázka týkající se konfliktů a problémů v zaměstnání. Míru monotonie hodnotí respondenti jako velmi nízkou. Respondenti udávají, že zažívají nízkou hladinu nervozity ve svém zaměstnání. Ani přesycení svým zaměstnáním není vysoké. Během svého zaměstnání respondenti podle svého názoru necítí únavu způsobenou psychickou zátěží. V poslední otázce Meisterova dotazníku hodnotili respondenti dlouhodobou únosnost svého zaměstnání, jestli jsou schopni vykonávat svou práci na stejné úrovni po dlouhá léta. Z výsledku za celý zkoumaný soubor vyplývá že to respondenti nepovažují za možné. P

ři rozdělení zkoumaného souboru na muže a ženy můžeme vidět rozdíl v hodnocení této otázky, ženy udávají že toto zaměstnání po léta na stejné úrovni vykonávat lze, muži naopak. Jako celkové hodnocení, které vyplývá z Meisterova dotazníku můžeme říct,

že zdravotničtí záchranáři podle svých subjektivních názorů nemají psychicky velmi náročnou práci a nejedná se podle nich o práci, která by díky stresu měla ovlivňovat jejich zdraví a výkonnost. Zároveň je potřeba říci, že podle našeho výzkumu zdravotničtí záchranáři zažívají ve svém zaměstnání velkou časovou tíseň a pociťují velmi vysokou odpovědnost, zároveň jim jejich práce přináší pocit uspokojení. Hodnocení psychické zátěže Meisterovým dotazníkem může být částečně zkreslené oproti jiným profesím z důvodu autoselekce pracovníků s vyšší odolností vůči stresu. [33]

Pro zhodnocení přítomnosti akutního stresu u zdravotnických záchranářů jsme zvolili otázky zkoumající přítomnost projevů či příznaků objevujících se při a nebo po akutním stresu. Poruchy spánku jsou jedním z nejčastějších příznaků po prožité nadlimitní stresové události. Pokaždé a často trpí nespavostí jen 7,6 % respondentů, třetina respondentů trpí nespavostí někdy a nadpoloviční část respondentů zažívá nespavost zřídka, nebo nikdy. Porucha koncentrace během závažného výjezdu se „někdy“ projevila u 25,6% respondentů, přes 70% respondentů tento příznak zažilo jen zřídka, nebo nikdy. Amnézie na dobu nadlimitní stresové události je dalším možným příznakem přítomnosti akutního stresu. V našem výzkumu udalo přítomnost tohoto příznaku u závažných výjezdů celých 8% respondentů, někdy ho zažilo téměř 47% respondentů, zbytek zřídka nebo nikdy. V poslední otázce našeho dotazníku jsme zkoumali možnou přítomnost deprese, úzkosti nebo zlosti po prožité nadlimitní stresové události. Často jeden z těchto příznaků prožívá 9% našich respondentů a někdy téměř 60% respondentů. Tyto hodnoty můžeme chápat jako možné příznaky přítomnosti nadlimitního akutního stresu u zdravotnických záchranářů.

ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývá problematikou psychické zátěže a krizové intervence u nelékařských střednězdravotnických pracovníků na ZZS. Je rozdělena do dvou částí a to teoretické a praktické. V teoretické části jsou rozebrány základní pojmy vztahující se k tématu diplomové práce. V praktické části je prezentován vlastní výzkum ke sledovaným cílům diplomové práce.

Cílem této diplomové práce bylo zjistit, jak je práce zdravotnických záchranářů náročná, jestli psychická zátěž a stres v rámci jejich zaměstnání může zanechat stopy na jejich psychice a profesním životě. Dále jsme si dali za cíl prozkoumat informovanost a dostupnost psychosociální podpory pro zaměstnance zdravotnických záchranných služeb na pozici zdravotnický záchranář.

Hypotéza č. 1. ve znění – Domníváme se že psychická zátěž u zdravotnických záchranářů je vysoká, nebyla potvrzena. Z výsledků vyplynulo, že psychická pracovní zátěž u zdravotnických záchranářů není na takové úrovni, aby bylo pravděpodobné ovlivnění jejich zdraví a výkonnosti. Je ale potřeba přihlédnout k tomu, že u pracovníků ZZS dochází podle Kožené (2006) k autoselekcí jedinců s vyšší odolností vůči stresu. Podle studie Šeblové (2005) dochází u pracovníků ZZS po opakovaném vystavení stresovým událostem k adaptaci těchto pracovníků na stresovou zátěž a ke snížení náročnosti této reakce. Proto může být subjektivní hodnocení psychické pracovní zátěže pomocí Meisterova dotazníku podhodnocené. V případě rozšíření této diplomové práce v budoucnu by bylo dobré do výzkumné metody zohlednit tento aspekt. Přítomnost akutního stresu v profesi zdravotnického záchranáře je velmi pravděpodobná, pro tento fakt hovoří přítomnost projevů tohoto stresu u námi oslovených záchranářů. Dále z výzkumu psychické pracovní zátěže vyplynulo, že zdravotníci záchranáři cítí ve svém zaměstnání vysokou odpovědnost a časovou tíseň, ale tato práce je dostatečně uspokojuje.

Hypotéza č. 2. ve znění - Krizová intervence je mezi zdravotnickými záchranáři využívána jen výjimečně. Tato hypotéza byla částečně potvrzena i vyvrácena.

Z celkového počtu všech respondentů má zkušenost s využitím krizové intervence 10,9% respondentů z celého zkoumaného vzorku. Tato hodnota podle nás není vysoká, protože nadlimitní stresovou situaci v zaměstnání zažilo 35,1% respondentů. Proto si myslíme, že krizová intervence je mezi záchranáři využívána již častěji než úplně výjimečně, ale zároveň tato praxe není ještě rutinní a zůstává stále hodně zasažených záchranářů bez odborné pomoci v oblasti nadlimitní stresové zátěže, s kterou by si zasažený jedinec nemusel správně poradit a mohl tuto situaci řešit únikem k závislostem, případně by se daná situace mohla projevit na jeho pracovním výkonu nebo zdravotním stavu. Naším výzkumem jsme také zjistili, že povědomost o krizové intervenci je mezi zdravotnickými záchranáři vysoká, ale nízká je informovanost o PIS přímo na pracovištích a to hlavně na ZZS KHK.

Do budoucna by se měli koordinátoři PIS v příslušných krajích zaměřit hlavně na informovanost zaměstnanců ZZS o možnostech využití PIS. Ne vždy se podaří příslušným pracovníkům zachytit zásah s možnou nadlimitní stresovou událostí, a proto by bylo podle našeho názoru vhodné rozšířit mezi zaměstnance informaci a kontakty na dostupné peery nebo přímo na psychology spolupracující se ZZS, aby si zasažený jedinec mohl říci o pomoc sám. Toto předávání informací by mělo probíhat osobní návštěvou kompetentního pracovníka přímo na stanovišti ZZS. Problematika PIS by měla být zaměstnancům vysvětlena, případně by měly být zodpovězeny jejich dotazy. Při této příležitosti by měl kompetentní pracovník na stanovišti zanechat tištěnou informaci o tom, v jakých případech a jak kontaktovat peera nebo specialistu na duševní zdraví. Šíření těchto informací elektronickou podobou nemá podle našeho názoru dostatečný efekt. Z vlastní zkušenosti vím, že ne každý záchranář důsledně studuje informace předávané od vedení organizace elektronickou formou. Potvrzením této myšlenky je fakt, že na ZZS KHK byla elektronickou formou distribuována informace o nově vzniklé PIS v rámci této organizace jeden den před spuštěním našeho výzkumu. Přesto uvedlo 54% respondentů z tohoto kraje že informace o PIS nemá. Hlavní rezervou a místem ke zlepšování systému psychosociální péče o pracovníky ZZS je podle našeho názoru schopnost zachycení nadlimitní stresové události během zásahu

a větší informovanost jednotlivých pracovníků.

ZDROJE

1. BAŠTECKÁ, B., et al.; *Terenní krizová práce : Psychosociální intervenční týmy*. Praha : Grada, 2005. 299 s.
2. ŠPATENKOVÁ, Naděžda, et al.; *Krizová intervence pro praxi*. Praha : Grada, 2004. 200 s., ISBN 80-247-0586-9.
3. ŠENOVSKÝ, M., ADAMEC, V.; *Základy krizového managementu*, Ostrava 2004, 2. doplněné vydání, Edice ISBN: 80-86634-44-8.
4. Česká republika. Zákon o zdravotnické záchranné službě. In: 374. Parlament České republiky, 2011, 131.
5. Doležal K. Lukáš F.; *Taktika řešení rizikových situací a základy sebeobrany*, Ostravská univerzita v Ostravě, 2005
6. ŠVARC, J.; Principy krizové intervence. *Psychiatrie pro praxi*. 2003, 2003(6), 277 – 279
7. BLAŽKOVÁ, V.; Psychická pracovní zátěž. *Http://www.szu.cz* [online]. 2008, 19.3.2008 [cit. 2012-02-09]. Dostupné z: HYPERLINK "<http://www.szu.cz/tema/pracovni-prostredi/psychicka-pracovni-zatez>"<http://www.szu.cz/tema/pracovni-prostredi/psychicka-pracovni-zatez>
8. KŘIVOHLAVÝ, J.; *Jak zvládat stres*. Praha: Grada Avicenum, 1994. ISBN 8071691216.

9. SELYE, H.; *Život a stres*, 1 vyd. Bratislava: Obzor, 1996. 453s. ISBN: 65-093-66 22.
10. ATKINSON, R. C. et al.; *Psychologie*. 2. Praha : Portál, 2003. 745 s.
11. ŠEBLOVÁ, J.; PREVENTIVNÍ A INTERVENČNÍ PSYCHOLOGICKÉ TECHNIKY PRO ZAMĚSTNANCE ZÁCHRANNÝCH SLUŽEB. *112* [online]. 2010, VIII., 3, [cit. 2011-11-18]. Dostupný z WWW: < HYPERLINK "<http://www.hzscr.cz/clanek/casopis-112-rocnik-viii-cislo-3-2010.aspx?q=Y2hudW09Ng%3D%3D>"<http://www.hzscr.cz/clanek/casopis-112-rocnik-viii-cislo-3-2010.aspx?q=Y2hudW09Ng%3D%3D>>.
12. *Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci* [online]. 2011 [cit. 2011-11-16]. [Http://osha.europa.eu](http://osha.europa.eu). Dostupné z WWW: < HYPERLINK "http://osha.europa.eu/cs/topics/stress/definitions_and_causes"http://osha.europa.eu/cs/topics/stress/definitions_and_causes>.
13. *ABZ slovník cizích slov* [online]. 2006 [cit. 2011-11-20]. Dostupné z WWW: < HYPERLINK "<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/>"<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/>>.
14. ČIRTKOVÁ, L.; SPURNÝ, J.; Péče o policisty po extrémních stresových situacích. *Kriminalistika : čtvrtletník pro kriminalistickou teorii a praxi* [online]. 2001, XXXIV, 3, [cit. 2011-11-21]. Dostupný z WWW: < HYPERLINK "http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/casopisy/kriminalistika/2001/01_03/cirtkova.html"http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/casopisy/kriminalistika/2001/01_03/cirtkova.html>.

15. VYMĚTAL, Š.; Poskytování psychosociální pomoci v mimořádných situacích. *112* [online]. 2007, 2, [cit. 2011-11-22]. Dostupný z WWW: < HYPERLINK "<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/casopisy/112/2007/unor/vymetal.html>"<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/casopisy/112/2007/unor/vymetal.html>>.
16. PRCHLÍK, I.; BURIÁNKOVÁ, H.; Poskytování preventivní psychosociální péče zaměstnancům ZZS HMP psychosociální intervenční skupinou. *ZZS HMP* [online]. 2008, [cit. 2011-11-23]. Dostupný z WWW: <<http://www.pmfhk.cz/WWW/KVZ/Konference%2008/Prevence.pdf>>.
17. [Http://www.nconzo.cz](http://www.nconzo.cz) [online]. 2009 [cit. 2011-11-23]. PEER PROGRAM . Dostupné z WWW: < HYPERLINK "http://www.nconzo.cz/web/vzdelavani/nabidka-akci-2011?p_p_id=RegistrationForm_WAR_IS_NCO_PORTAL_INSTANCE_FjBr&p_p_lifecycle=0&p_p_state=pop_up&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-2&p_p_col_pos=1&p_p_col_count=3&tplan-cisp=3494"http://www.nconzo.cz/web/vzdelavani/nabidka-akci-2011?p_p_id=RegistrationForm_WAR_IS_NCO_PORTAL_INSTANCE_FjBr&p_p_lifecycle=0&p_p_state=pop_up&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-2&p_p_col_pos=1&p_p_col_count=3&tplan-cisp=3494>.
18. Stolařová M.; *Posttraumatický intervenční tým HZS ČR*, Ministerstvo vnitra – Generální ředitelství hasičského záchranného sboru 2004
19. VAŠINA, B.; OSTRAVSKÁ UNIVERZITA OSTRAVA. *Psychologie zdraví*. Ostrava: Repronis, 1999. ISBN 80-7042-546-6.

20. MATOUŠEK, O. Pracovní stres a zdraví. 1. vyd. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce, 2003. 20 s. ISBN 80-903604-1-6.
21. ŠEBLOVÁ, J.; ČEPICKÁ, B.; Individuální a skupinové intervence v prostředí ZZS a role koordinátora CISM. *Http://www.pmfhk.cz/* [online]. 2010[cit. 2012-02-18]. Dostupné z: <http://www.pmfhk.cz/WWW/KVZ/2010/Seblova.pdf>
22. SUCHÁ, H.; Umíte si pomoci s bezmocí? (přednáška) Pelhřimov: Pelhřimovský podvečer 2011, 21.10. 2011
23. KUBIŠOVÁ, M.; Psychologická intervenční služba (PIS), (přednáška) Pelhřimov: Pelhřimovský podvečer 2011, 21.10. 2011
24. HUMPL, L.; Psychosociální péče o profesionály ve zdravotnictví, (přednáška) Pelhřimov: Pelhřimovský podvečer 2011, 21.10. 2011
25. HUMPL, L.; Psychosociální intervenční služba ÚSZS MSK. In: *Územní středisko záchranné služby Moravskoslezského kraje* [online]. 24.2.2012 [cit. 2012-04-11]. Dostupné z: HYPERLINK "<http://www.uszsmsk.cz/Default.aspx?clanek=20761>"<http://www.uszsmsk.cz/Default.aspx?clanek=20761>
26. HUMPL, L.; Systém psychosociální intervenční služby v ČR. In: *Územní středisko záchranné služby Moravskoslezského kraje* [online]. 24.2.2012 [cit. 2012-04-11]. Dostupné z: HYPERLINK "<http://www.uszsmsk.cz/Default.aspx?clanek=20361>"<http://www.uszsmsk.cz/Default.aspx?clanek=20361>

27. HORÁKOVÁ, M.; Výzkum strategií zvládnání stresu a jejich vztah k dalším charakteristikám u řidičů záchranné služby. *E - psychologie: elektronický časopis ČMPS*. 2009, roč. 3, 10.-21. Dostupné z: HYPERLINK "<http://e-psycholog.eu/pdf/horakova.pdf>"<http://e-psycholog.eu/pdf/horakova.pdf>
28. HLADKÝ, A.; *Zdravotní aspekty zátěže a stresu*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 1993 .s. 173. ISBN 80-7066-7784-2.
29. HLADKÝ, A.; ŽÍDKOVÁ, Z.; *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže: metodická příručka*. Praha : Karolínium, 1999. s. 78. ISBN 80-718-4890-5.
30. ŽÍDKOVÁ, Z.; *Meisteruv dotazník - návod k použití* [online]. 22.03.2009 [cit. 2012-04-16]. Dostupné z: www.psvz.cz/zidkova/subdir/metody.htm
31. HUBOVÁ, A.; *Analýza stresu a poskytování posttraumatické péče u základních složek IZS*. Ostrava, 30. dubna 2007. Bakalářská práce. Vysoká škola báňská. Vedoucí práce Michail Šenovský.
32. VLADYKOVÁ, I.; *Psychosociální intervence pro pracovníky Zdravotnické záchranné služby Zlínského kraje*. Zlín, 7. května 2007. Bakalářská práce. UTB ve Zlíně. Vedoucí práce Vlastimil Švec.
33. KOŽENÁ, L.; Kardiiovaskulární odpověď na stresové komponenty pracovní činnosti. *České pracovní lékařství*. 2006, č. 4.

34. ŠEBLOVÁ, J. KEBZA, V.; Zátěž a stres pracovníků záchranných služeb - výsledky první části studie. *Urgentní medicína*. 2005, č. 1, 27 - 29. Dostupné z: http://mediprax.cz/um/casopisy/UM_2005_01.pdf
35. HOLMES, T. a R. RAHE.; *Journal of Psychosomatic research: The social readjustment rating scale*. 1967. vyd. 1967. 11 (2).

KLÍČOVÁ SLOVA

1. Zdravotnická záchranná služba;
2. Zdravotnický záchranář;
3. Stres;
4. Psychická zátěž;
5. Psychosociální péče;
6. Krizová intervence.

POUŽITÉ ZKRATKY

CISM - Critical Incident Stress Management

ČR- Česká republika

FN – fakultní nemocnice

HMP – Hlavní město Praha

HZS – Hasičský záchranný sbor

IZS – integrovaný záchranný systém

KHK – Královéhradecký kraj

KI – krizová intervence

KZOS – krajské zdravotnické operační středisko

LZS – letecká záchranná služba

MSK – Moravskoslezský kraj

NLZP – nelékařský zdravotnický pracovník

PČR – Policie České republiky

PIP – psychosociální péče

PNP – přednemocniční péče

PTSP – posttraumatická stresová porucha

RLP – rychlá lékařská pomoc

RV - rendes wouz

RZP – rychlá zdravotnická pomoc

WHO - World Health Organization – Světová zdravotnická organizace

ZOS – Zdravotnické operační středisko

ZZS – zdravotnická záchranná služba

ZZ – zdravotnický záchranář

PŘÍLOHY

a) Dotazník

Akutní stres na ZZS a možná následná krizová intervence

Dobrý den, mé jméno je Vladimír Jiříšta a pracuji jako zdravotnický záchranář a řidič u ZZS KHK, jsem studentem kombinovaného navazujícího studia Civilní nouzová připravenost na ZSF Jihočeské univerzity. Tento dotazník je součástí výzkumu k mé diplomové práci na téma „Vliv akutního stresu na zdravotnického záchranáře a následná krizová intervence.“ Dotazník je zcela anonymní a měl by zmapovat Vaši náchylnost k akutnímu stresu, stresovou zátěž a Vaši zkušenost s krizovou intervencí. Dotazníkový výzkum probíhá ve dvou krajích ČR a je určen pro střední zdravotnický personál na ZZS (zdravotnické záchranáře, zdravotnické záchranáře - řidiče a sestry specialistiky) . Prosím, aby dotazník vyplňovali jen zaměstnanci ZZS v Královéhradeckém a Moravskoslezském kraji. Po vyplnění klikněte prosím na "odeslat" na konci dotazníku.

Jste zaměstnanec ZZS v kraji?

- a) Královéhradeckém
- b) Moravskoslezském

Kolik je Vám let? (zapište číslici)

Jak dlouhá je Vaše praxe na ZZS? (zapište číslici)

1. Setkali jste se někdy v zaměstnání s pojmem "posttraumatická intervenční péče" nebo "krizová intervence"?
 - a) ano
 - b) ne

2. Víte, že můžete po psychicky velmi náročných výjezdech využít služeb peera, případně specialisty na duševní zdraví?
 - a) ano
 - b) ne

3. Zažili jste někdy situaci, po které by bylo vhodné podle vašeho názoru využít krizovou intervenci? (pokud ano - pokračujte následující otázkou, pokud ne - přejděte na otázku č.6)
 - a) ano
 - b) ne

4. Došlo ke kontaktu s peerem nebo specialistou na psychické zdraví? (pokud ano - pokračujte následující otázkou, pokud ne - přejděte na otázku č.6)
 - a) ano
 - b) ne

5. Byla podle vašeho názoru tato pomoc smysluplná? Pomohla Vám?
 - a) ano
 - b) ne

6. Pokud byste v budoucnu chtěli využít služeb peera nebo specialisty na duševní zdraví, v jakém případě by to podle vás bylo nejpravděpodobnější?
- a) hromadné neštěstí
 - b) nehoda sanitního vozidla kolegů
 - c) závažný zásah u dětského pacienta
 - d) napadení agresorem v rámci výjezdu
 - e) soukromé a osobní důvody
7. Máte na Vašem pracovišti informace o projektu Ministerstva zdravotnictví - SPIS - Systém psychosociální intervenční služby?
- a) ano
 - b) ne
8. V případě, že byste chtěli využít služeb psychologické intervenční péče, volili byste raději?
- a) peera – profesního kolegu
 - b) psychologa – specialistu na duševní zdraví
9. Jak často se v práci dostáváte do časové tísně?
- a) vždy
 - b) často
 - c) někdy
 - d) zřídka
 - e) nikdy

10. Práce Vás neuspokojuje, chodím do ní nerad/a?

- a) vždy
- b) často
- c) někdy
- d) zřídka
- e) nikdy

11. Zatěžuje Vás psychicky práce pro svou vysokou zodpovědnost?

- a) vždy
- b) často
- c) někdy
- d) zřídka
- e) nikdy

12. Zdá se Vám, že práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující?

- a) vždy
- b) často
- c) někdy
- d) zřídka
- e) nikdy

13. Máte v práci časté konflikty a problémy, od nichž se nemůžete odpoutat ani po skončení pracovní doby?

- a) vždy
- b) často
- c) někdy
- d) zřídka
- e) nikdy

14. Zdá se Vám, že při práci udržíte jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje?

- a) vždy
- b) často
- c) někdy
- d) zřídka
- e) nikdy

15. Zdá se Vám Vaše zaměstnání psychicky náročné natolik, že po několika hodinách pocítíte neklid a nervozitu?

- a) vždy
- b) často
- c) někdy
- d) zřídka
- e) nikdy

16. Zdá se Vám, že máte po několika hodinách práce natolik dost, že byste chtěli dělat něco jiného?

- a) vždy
- b) často
- c) někdy
- d) zřídka
- e) nikdy

17. Zdá se Vám práce psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítíte únavu a ochablost?

- a) vždy
- b) často
- c) někdy
- d) zřídka
- e) nikdy

18. Zdá se Vám, že je vaše práce psychicky tak náročná, že ji nelze dělat po léta se stejnou výkonností?

- a) vždy
- b) často
- c) někdy
- d) zřídka
- e) nikdy

19. Trpíte poruchami spánku?

- a) vždy
- b) často
- c) někdy
- d) zřídka
- e) nikdy

20. Dostavil se u Vás někdy při náročném zásahu pocit strnutí nebo ztráty koncentrace?

- a) vždy
- b) často
- c) někdy
- d) zřídka
- e) nikdy

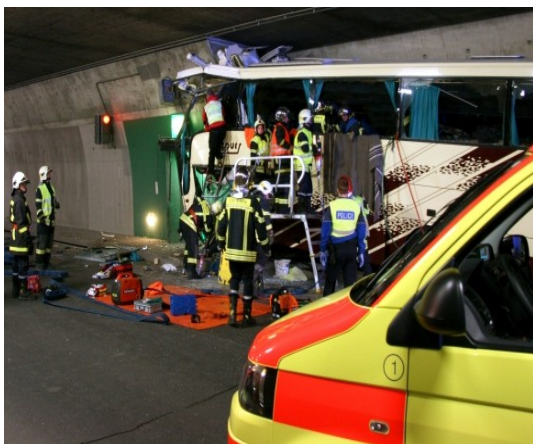
21. Nemohli jste si někdy vzpomenout na detaily z průběhu náročných zásahů?

- a) vždy
- b) často
- c) někdy
- d) zřídka
- e) nikdy

22. Dostavila se u Vás někdy po náročném zásahu deprese, úzkost nebo zlost?

- a) vždy
- b) často
- c) někdy
- d) zřídka
- e) nikdy

b) Fotografie z nadlimitních událostí v posledních letech



Obr. 1.



Obr. 2.



Obr.3.



Obr. 4



Obr. 5.



Obr.6.

Seznam obrazových příloh:

Obr. 1.[zdroj: blesk.cz] a **obr. 2.**[zdroj: pozary.cz] - ilustrační fotografie nadlimitní stresové události - nehoda belgického autobusu ve švýcarském kantonu Valais (2012).

Obr. 3.[zdroj: HZS ČR] a **obr. 4.**[zdroj: SDH Vratimov] - ilustrační fotografie nadlimitní stresové události – železniční nehoda – náraz vlaku do konstrukce zříceného mostu – Studénka (2008).

Obr. 5.[zdroj: lidovky.cz] a **obr. 6.**[zdroj: Sebastian Adamus] - ilustrační fotografie nadlimitní stresové události – železniční nehoda – srážka vlaků Polsko (2012).