

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA PEDAGOGICKÁ
Katedra psychologie

**STRES U VYBRANÝCH SLOŽEK
INTEGROVANÉHO
ZÁCHRANNÉHO SYSTÉMU**

Bakalářská práce

Zuzana Budačová

Psychologie se zaměřením na vzdělávání (2009-2012)

Vedoucí práce: PhDr. Alexandra Aišmanová

Plzeň, červen 2012

Prohlašuji, že jsem předloženou závěrečnou práci vypracoval(a) samostatně s použitím zdrojů informací a literárních pramenů, které uvádím v přiloženém seznamu literatury.

V Plzni dne 31. března 2012

.....
Vlastnoruční podpis

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat zejména paní PhDr. Alexandře Aišmanové, za cenné rady, připomínky a veškerou poskytnutou pomoc při psaní této práce.

Dále bych chtěla poděkovat všem záchranářům, kteří mi věnovali svůj čas a otevřeli se mi při vyplňování dotazníku pro praktickou část této bakalářské práce.

Mé díky patří samozřejmě také všem blízkým, kteří mě po celou dobu studia podporovali a snažili se mi co nejvíce pomoci.

Zuzana Budačová

OBSAH

ÚVOD	7
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 STRES	10
1.1 Teoretické vymezení stresu a jeho neurofyzologie.....	10
1.2 Příčiny a projevy stresu.....	14
1.3 Důsledky stresu a jeho prevence	17
2 OBDOBÍ DOSPĚLOSTI	22
2.1 Fyzická oblast.....	22
2.2 Psychická oblast	23
2.3 Sociální oblast	24
3 INTEGROVANÝ ZÁCHRANNÝ SYSTÉM	26
3.1 Historie vzniku integrovaného záchranného systému v České republice	27
3.2 Základní složky integrovaného záchranného systému.....	28
4 ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA	31
4.1 Systém a struktura zdravotnické záchranné služby.....	31
4.2 Specifika práce zdravotnických záchranářů.....	32
4.3 Stresové faktory u zdravotnických záchranářů	34
4.4 Následky stresu u zdravotnických záchranářů	38
4.5 Psychohygiena zdravotnických záchranářů	41
PRAKTICKÁ ČÁST	44
1 CÍLE VÝZKUMU	45
2 METODIKA VÝZKUMU	46
3 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	47

4 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ.....	48
4.1 Vyhodnocení jednotlivých rovin stresové reakce	48
4.1.1 Kognitivní rovina	48
4.1.2 Emocionální rovina	50
4.1.3 Tělesná rovina	52
4.1.4 Sociální rovina.....	55
4.2 Shrnutí výsledků	57
ZÁVĚR	60
RESUMÉ	62
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	63
SEZNAM PŘÍLOH.....	66
PŘÍLOHY.....	67

ÚVOD

André Maurois kdysi pronesl tato slova: *Nemoc je zlá, ale horší je hrůza vyvolaná pohledem na nemoc druhých.* Všichni víme, jak je pro nás zdraví důležité, většina z nás se snaží nemocem vyhnout, například zdravým životním stylem, a pokud se již stane to, že nás nějaká nemoc či úraz naneštěstí postihne, automaticky se vydáme k lékaři pro pomoc. Ale málokdy by nás napadlo přemýšlet nad situací tak, jako André Maurois. Přiznejme se, že ve chvíli, kdy je nám špatně, nikdo z nás nepřemýšlí nad tím, jak se asi cítí zdravotníci, do jejichž rukou vkládáme své zdraví, mnohdy dokonce životy. Jak asi může být člověku, který pociťuje nejen onu „hrůzu“ vyvolanou pohledem na nemoc druhého, ale který by dokonce měl druhému pomoci a uklidnit ho, protože to je jeho práce a přesně to se od něj očekává. A jak se asi takový člověk cítí ve chvíli, kdy jeho snaha nijak nezabírá a on už neví, co víc by mohl pro daného pacienta udělat? Zvládnout takový pocit bezmoci ve chvíli, kdy ve vás někdo upírá veškerou svou naději, musí být velmi náročné.

Práce lékařů a dalších zdravotníků musí být dle mého názoru velmi vyčerpávající a náročná jak z fyzického, tak zejména z psychického hlediska. A právě z toho důvodu, že toto téma není v naší společnosti příliš časté a rozebírané, jsem se rozhodla tímto směrem zaměřit svou bakalářskou práci. Konkrétně se práce bude věnovat zdravotnickým záchranářům a jejich stresové zátěži, neboť se domnívám, že zejména v jejich profesi, kdy musí být na místě jako první a právě jejich včasné zásah a správný postup rozhoduje o životě zraněných, je stres velmi výrazným faktorem.

Ve své bakalářské práci se nejprve pokusím o vymezení teoretických východisek stresu, charakteristiku nejrůznějších stresorů, projevů vyvolaných působením stresu, následkům, které mohou při dlouhodobé zátěži vzniknout, a také technikám, pomocí nichž se můžeme negativnímu působení stresu bránit. Další část práce bude věnována teoretickým poznatkům z vývojové psychologie, konkrétně období dospělosti, vzhledem k tomu, že cílovou skupinou jsou dospělí aktivně pracující jedinci. Poté přistoupím k vymezení integrovaného záchranného systému, jeho struktury, historii, náplni práce a charakteristice hlavních složek. Poslední kapitolu teoretické části bude představovat charakteristika vybrané složky integrovaného záchranného systému, a to tedy zdravotnické záchranné služby. Zde se budu podrobněji zabývat náplní práce záchranářů, specifiky

jejich profese a konkrétními stresory, které na ně během výkonu povolání působí. Dále budou zmíněny důsledky, které může stres vyvolat a možné metody, pomocí nichž se mohou zdravotníci záchranáři bránit stresu, nebo alespoň eliminovat jeho možné dopady. Konečnou míru zasažení zdravotnických záchranářů v praxi se pokusím určit pomocí dotazníkového šetření provedeného u vybraného vzorku respondentů.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Stres

Stres je základním pojmem, se kterým bude tato práce pracovat a o který se bude opírat. Stres, ať již přímo, či nepřímo, bude provázet téměř každou kapitolu, neboť právě stres, jeho příčiny, důsledky a okolnosti vzniku představují hlavní náplň celé práce. Proto je nezbytné hned na začátku vysvětlit, co to vlastně stres je, zmínit jeho základní definice, objasnit fyziologickou podstatu stresu. Dále také popsat projevy stresové zátěže a následky, které může nadměrná psychická zátěž způsobit. Se stresem můžeme bojovat, můžeme posilovat svou odolnost vůči němu, popřípadě se snažit zmírnit jeho následky, proto bude část kapitoly věnována také duševní hygieně.

1.1 Teoretické vymezení stresu a jeho neurofyziologie

S pojmem stres se v dnešní době setkáme velmi často a to nejen od odborníků, ale také laiků. Používá se ve všech možných situacích, ať již oprávněně, nebo někdy také poněkud neprávem.

Za zakladatele teorie stresu je považován Hans Selye. V mládí studoval na Německé univerzitě v Praze a později strávil zbytek života v Kanadě. Při výzkumech na kryších zjistil, že v důsledku nevhodného chování, se u nich rozvinou stejné fyziologické reakce jako peptický vřed, zvětšená nadledvina a atrofie brzlíku. Na základě svých pozorování určil jako příčinu těchto reakcí „stres“. Zjistil, že v různých situacích působí různé stresory a to nejen na zvířata, ale také na lidi. Později svou teorii stresu ještě více rozvinul a vypracoval koncepci obecného adaptačního syndromu. Na Selyeho koncepci stresu navázalo mnoho dalších. Každý přinášel nové definice a různá pojetí. (Bartůňková, 2010)

V současné době tak existuje mnoho definic stresu, přičemž každá je trochu odlišná, podle toho, jak vlastně její autoři stres chápou. Stres můžeme chápat jako soubor vlivů a tlaků, které na nás v určité situaci působí. Zároveň však stres můžeme chápat jako stav, ve kterém se jedinec vystavený těmto tlakům nachází. Většina odborníků chápe pod pojmem stres oba zmíněné jevy. Také proto je poměrně těžké vytvořit obecně platnou definici stresu. První definice pochází od samotného zakladatele nauky o stresu Hanse Selyeho. Prvotní definici formuloval ještě před druhou světovou válkou a následně ji

upravoval a přepracovával. Jedna z těch, kterou považoval za nejužitečnější, zní takto: „*Stres je stav projevující se ve formě specifického syndromu, který představuje souhrn všech nespecificky vyvolaných změn v rámci daného biologického systému.*“ (Selye, 1966, s. 82) Tato definice byla mnohými odborníky považována za příliš obecnou a tak později vytvořil Lazarus definici novou. Lazarusova definice zní takto: „*Stres je nárok na jednotlivce, který přesahuje jeho schopnost se s nárokem vypořádat, bez problémů mu čelit.*“ (Schreiber, 2000, s. 16).

Někteří jiní badatelé se naopak snažili vytvořit definici vycházející z fyziologických vlastností stresu a proto např. Ganongova definice stresu, založená na předpokladu, že každá stresová situace vyvolává v organismu stejnou fyziologickou odezvu, zní takto: „*Stres je takový vliv na člověka, který vede k prodloužené hormonální reakci kůry nadledvin.*“ (Schreiber, 2000, s. 17). V tomto případě je ovšem kůra nadledvin považována za druhou hlavní stresovou žlázu, hned po dřeni nadledvin společně s hypofýzou. V dnešní době však většina odborníků všeobecnou stresovou reakci odmítá a předpokládá, že různé stresové vlivy mohou vyvolávat různé reakce organismu. Mezi nejnovější definice patří kupříkladu definice Schreiberova: „*Stres je jakýkoliv vliv životního prostředí (fyzikální, chemický, sociální, psychologický, politický), který ohrožuje zdraví některých citlivých jedinců*“ (Schreiber, 2000, s. 17). Tuto definici považuji za dostatečně jasnou a výstižnou a proto se o ni budu opírat i ve své práci.

Dalším úskalím pro vytvoření obecně platné definice stresu, jak i částečně vyplývá ze zmíněných definic, je jeho individualita ve vztahu k danému jedinci. Každý člověk vnímá jiné podněty a situace jinak stresově. V některých případech jsou dokonce individuální rozdíly mezi lidmi tak velké, že to, co někdo vnímá jako relaxaci (např. oslava narozenin), může jiný člověk považovat za nepříjemnou, dokonce stresující situaci.

Stresu se v průběhu života nevyhneme. Naopak jistá míra stresu je dokonce zdravá a potřebná. Náročné situace nás vedou k tomu, abychom překonávali překážky, zdolávali obtíže a tím se rozvíjeli. Učíme se novým strategiím a zvyšujeme tím svou osobní odolnost vůči zátěži neboli resilienci. Někteří autoři tento potřebný, zdravý prospěšný stres nazývají eustres. Kdyby na nás v životě žádný tlak nepůsobil, nesetkali jsme se s žádnými nesnázemi, naše odolnost by byla téměř nulová. Při sebemenším problému bychom se hroutili. Neuměli bychom obtíže řešit, hledat nové možnosti a stagnoval by i celkový rozvoj osobnosti.

Škodlivý stres, tedy takový, kdy je tlak příliš velký, že ho sami nedokážeme vyřešit, nebo je překážek příliš mnoho současně bývá nazýván distres. Distres většinou nastává ve chvíli, kdy stresory, tedy požadavky, které jsou na člověka kladeny, převáží salutory, tedy všechny mechanismy a prvky, které člověku pomáhají stres zvládat. (Křivohlavý, 2010) Takový stres už člověk sám překonává velmi těžko a má na člověka mnoho negativních účinků narušujících všechny složky osobnosti.

Hans Selye se při svých výzkumech snažil nalézt znaky, které jsou při všech stresových reakcích shodné, a vytvořil teorii obecného stresového syndromu. Vzhledem k tomu, že za hlavní cíl celého procesu považuje snahu organismu o adaptaci na stres a následné zvýšení odolnosti, nazval ho **obecný (generální) adaptační syndrom (GAS)**. Celý syndrom se vyvíjí ve třech po sobě následujících fázích, během kterých dochází k určitým konkrétním změnám organismu.

První fáze se nazývá poplachová reakce. Poplachová reakce je první odpovědí organismu na stres. Je řízena velmi starými neurobiologickými centry a jejím cílem je připravit organismus na boj, nebo útěk a tím zajistit přežití v kritické situaci. V této fázi se aktivuje sympatikus, do těla se vylučuje adrenalin a noradrenalin. Dochází ke zvýšenému svalovému napětí, zvýší se krevní oběh a tedy i krevní tlak, takže jedinec může cítit bušení srdce, třesou se mu ruce a zvyšuje se pocení. (Schreiber, 2000)

Pokud je stres dlouhodobý a nepomine po první akutní fázi, přechází do fáze druhé, a to fáze adaptace neboli také rezistence. V této fázi má hlavní funkci hypofýza a adenohipofýza, které zvyšují vylučování hormonu adrenokortikotropinu (ACTH). ACTH poté ovlivňuje vylučování dalších hormonů, které pomáhají jedinci adaptovat se na stres. Typickým projevem je snížení prahu bolesti a zvýšený výdej energie. Mizí příznaky, které převládaly v prvním stadiu. Organismus se pomocí zvýšené hladiny ACTH snaží uvést zpět do rovnováhy. Zvýšená hladina ACTH může mít i negativní účinky, snižuje tvorbu bílých krvinek a tím i imunitu organismu. V této fázi se stres dokonce může stát do jisté míry návykový. Např. tělo sportovce si na zvýšenou hladinu hormonů zvykne natolik, že ji potřebuje ke své duševní pohodě. V případě, že daný sport provozovat nemůže, kupříkladu z důvodu úrazu, nastávají různé problémy v psychické i fyzické rovině. (Schreiber, 2000)

Adaptační reakce nemůže probíhat neustále. Pokud stres stále trvá, organismu se zcela vyčerpá a nastane poslední fáze, fáze vyčerpání. Organismus již není dále schopen odolávat stresu a produkovat zvýšené množství hormonů. Opět se objevují příznaky, které

převládaly v prvním stadiu. Pokud nedojde k přerušení působení stresoru, může dojít i ke smrti. Pro adaptační syndrom platí, že pokud dojde k adaptaci na jeden intenzivní stresor, zvýší se odolnost jedince vůči němu. Zároveň se však úměrně tomu sníží odolnost vůči stresorům jiným. (Míček, 1984)

V dnešní době se poznatky o stresu a neurobiologii lidského těla významně rozšířili a proto mnoho odborníků Selyeho obecný adaptační systém neuznává v jeho původním znění nebo ve všech detailech, které popsal. V hlavních bodech jsou však zásady obecného adaptačního syndromu stále považovány za platné a opírá se o ně mnoho dalších koncepcí.

Současné pojetí biologického základu stresové reakce se však celkově více opírá o poznatky z neurofyziologie, působení hormonů a činnosti mozku. Bartůňková (2010) vykládá neurofyziologii stresových reakcí organismu takto. **Neurobiologický základ** stresových reakcí tvoří jak periferní nervový systém, tak především řada struktur centrální nervové soustavy. Periferní nervový systém zajišťuje příjmovou a výkonovou složku celé stresové reakce, proto je tvořen velkým množstvím receptorů, aferentních a eferentních drah. Při alarmové reakci na stres se projevuje zejména sympatická složka autonomního nervového systému. Úloha parasimpatiku se projevuje spíše při chronickém stresu a to v podobě zvýšené hladiny HCl (kyseliny chlorovodíkové), pepsinu, gastrinu a také sníženého svalového tonu, tedy celkově ochablého těla. Tyto reakce jsou také typické pro deprese, které chronický stres často provází.

Z hlediska centrální nervové soustavy má řídicí roli zejména hypotalamus a ostatní části limbického systému (hipokampus, přední talamus, septum, amygdala a část bazálních ganglií). Na stresové reakci se významně podílí i autonomní a endokrinní systém, přičemž oba jsou řízeni právě hypotalamem. Z toho vyplývá, že stresová reakce je automatická a odehrává se zejména na podkorových strukturách. Neokortex, tedy kůra mozková se na automatické stresové reakci přímo nepodílí. Stresové reakce se účastní až s mírným odstupem při vyhodnocování celé události. Kůra mozková má však ve stresové reakci ještě jedno specifické postavení, neboť myšlenky, které právě zde vznikají, mohou sami o sobě na jedince působit jako silné stresory.

Celá stresová reakce se tedy zjednodušeně odehrává tak, že receptory přijmou podněty a vyšlou je do mozku, který je zpracuje. Limbický systém na podněty reaguje okamžitě a vyšle signál endokrinnímu systému, který dle potřeby zvýší či sníží tvorbu určitých hormonů. Mezi nejvýznamnější patří adrenalin a noradrenalin,

adrenokortikotropní hormon, kortizol, kortizon, tyroxin, dopamin a serotonin. Díky vyloučení potřebného množství daných hormonů a reakci autonomního systému, je pak organismus schopen reagovat na danou stresovou situaci, např. dojde k nabuzení organismu, zvýšenému svalovému napětí, zvýšenému pocení, rozšířeným rozníciím, zvýšené pozornosti a ostražitosti, zrychlí se tep nebo naopak dojde k útlumu, snížení dechové frekvence, zpomalení tepu, zpomalení svalových reakcí a svalovému uvolnění. Konkrétní reakce je závislá na specifické stresové situaci, zda se jedinec potřebuje bránit, rychle reagovat, utéct apod. či nikoliv. K nabuzení organismu dochází spíše při akutním stresu, útlum je typický pro stres dlouhodobý až chronický.

1.2 Příčiny a projevy stresu

Stres může být vyvolán obrovským množstvím faktorů. To, zda v nás konkrétní situace vyvolává stres, není dáno pouze její povahou, ale také osobností každého jedince, jeho předchozími zkušenostmi, osobními charakteristikami a jeho odolností. Určité situace na každého z nás působí jinak, nejen, že u někoho mohou vyvolávat stres a jiného ne, ale také mohou vyvolávat rozdílnou intenzitu stresu. Konečná míra stresovosti situace tedy závisí na tom, jak je konkrétním jedincem celá událost subjektivně vnímána.

Faktory, které v nás stres vyvolávají, obecně označujeme jako stresory. Původní Selyeho definice stresoru říká, „...že každý faktor je více či méně stresor, v té míře, v jaké je schopný vyvolat stres,...“ (Selye, 1966, s. 94) Jednodušší, avšak jasnější vysvětlení stresoru nalezneme u Křivohlavého (2010), který stresory chápe jako požadavky, které jsou na jednotlivce kladeny. Stresorem tedy může být jakákoliv situace či nároky, které jsou na nás kladeny a jsou tolik zatěžující a náročné, že jejich zvládnutí nás stojí zvýšené úsilí, nebo je sami ani vyřešit nedokážeme.

Mnozí autoři se pokoušejí o vytvoření různých klasifikací stresorů. Některé jsou založeny na tom, jakou oblast člověka postihují, jiné naopak na tom, jaké je jejich podstata.

Hošek (2003) uvádí několik klasifikací stresorů. Jako nejjednodušší zmiňuje dělení na stresory tělesné a duševní. Fyzickým stresorem může být úraz nebo nemoc. Za psychický stresor bychom mohly považovat těžkou zkoušku, ztrátu zaměstnání, úmrtí blízké osoby. Takovéto dělení nemůžeme brát ale striktně odděleně. Fyzické stresory většinou přinášejí i psychickou odezvu a naopak psychický stres může mít somatické důsledky.

Další dělení, které Hošek uvádí, je o něco širší. Stresory zde dělí na základě své vnitřní podstaty. V rámci tohoto dělení můžeme vyčlenit stresory chemické, fyzikální, biologické a psychické. Chemické stresory mohou představovat velmi širokou oblast, kterou si ani neuvědomujeme. Zařadit sem můžeme složení vzduchu, prach v prostředí a další cizorodé látky. Fyzikální stresory opět představují široké spektrum. Fyzikálními stresory mohou být atmosférické vlivy, jako je tlak prostředí, sluneční záření, hustota vzduchu, gravitační vlivy. Patří sem ale i vlivy, které jsou nám bližší a můžeme je spíše ovlivnit, např. teplota prostředí, v němž se pohybujeme, světlost místností, hluk, vibrace. Biologické stresory většinou představují nějaký nedostatek nebo neuspokojení v oblasti biologických potřeb. Takovým stresorem potom může být hlad, žízeň, únava, bolest, fyzické vyčerpání. Psychické stresory zahrnují stejné události jako v předchozím dělení. Jsou to tedy jevy, které ovlivňují naši psychickou pohodu a zdraví. Kromě výše zmíněných sem můžeme zařadit také konflikty na pracovišti, partnerské neshody, nemoc blízkého člověka, atd.

Hladký (1993) naopak klasifikaci stresorů vytvořil tak, aby zahrnovala celého jedince v rámci sociálního prostředí, v němž se pohybuje. Stresory rozčlenil na pracovní, osobní faktory a biologické faktory. Pracovním stresorem může být samotná profese, náplň práce, přístup nadřízeného či podřízených, pracovní úkoly, prostředí, v němž pracujeme a mnoho dalších. Osobní faktory vyplývají z našich povahových vlastností a charakterových rysů. Stresorem může být cílevědomost, pečlivost, ctižádostivost, komunikační dovednosti, stydlivost, introverze. Biologické faktory jsou shodné s pojetím biologických stresorů u Hoška.

Velmi častým, obecně rozšířeným dělením stresorů je členění na vnitřní a vnější. Vnější stresory jsou takové, které vycházejí z našeho okolí, prostředí, v kterém pohybujeme. Často sem spadají události, které můžeme jen těžko ovlivnit jako je bouřka, autonehoda, nemoc blízké osoby. Kromě toho vnějším stresorem může být i tlak, který na nás vyvíjí okolí, například nadřízení, rodiče, konflikty s okolím. Do kategorie vnějších stresorů spadá i hluk, vibrace, prašnost prostředí a mnoho dalších. Vnitřní stresory vznikají na základě naší osobnosti. Jsou tedy ve své podstatě shodné s kategorií osobních faktorů, kterou vyčleňuje Hladký. Kromě výše uvedených může být vnitřním stresorem přehnaná úzkost, zvýšené obavy, nízké sebevědomí, neopodstatněné očekávání špatných událostí.

Jak již bylo zmíněno, prožívání stresu je velmi subjektivní a závislé na mnoha faktorech. Proto není možné jednoznačné určení toho, jakou zátěž konkrétní stresor

vyvolává. Přibližně však můžeme určit, které události působí jako extrémně silné stresory, které vyvolávají vysokou zátěž u všech jedinců. Extrémně silným stresorem může být přírodní katastrofa, smrt blízké osoby, vážná nemoc či úraz, v současné době se sem řadí také ztráta zaměstnání. (Vykopalová, 2003) Většina lidí se během svého života s takto silnými stresory setkává jen zřídka a častěji jsou vystaveni méně silným, avšak dlouhodobým stresorům. V některých profesích jsou však lidé často vystaveni i působení stresorů extrémních.

Reakce na stres můžeme dělit buď z hlediska toho, v jaké rovině se projevují – fyziologické, kognitivní, emocionální a behaviorální, nebo z hlediska toho, zda se jedná o bezprostřední, aktuální reakci na daný stresor, či o reakci dlouhodobějšího charakteru.

Fyziologickými příznaky stresové stavu mohou být bolesti hlavy, bolesti a svírání na hrudi. Stres zasahuje i svaly, objevují se křeče, třes rukou či celého těla, zvýšené svalové napětí, zejména v oblasti krční páteře, šíje a ramen. Ovlivněn může být i příjem potravy a trávicí systém. Jedinci trpí nechutenstvím, bolestmi žaludku, střevními potížemi. Velmi častý je pocit sucha v hrdle, pocit sevření krku a neschopnost mluvit. Většinou dochází ke zvýšenému pocení a návalům horka či zimy nezávisle na teplotě prostředí. Při dlouhodobějším působení stresu bývají poznamenány i ostatní funkce a potřeby. Dochází k narušení spánku, ztrátě sexuální apetence, či dokonce k narušení reprodukčních schopností. Celkově se také zvyšuje náchylnost k nemocem a jejich výskyt.

Výrazně se stres může projevit v kognitivní, neboli poznávací oblasti. Nejtypičtějším příznakem je ztráta koncentrace a pozornosti. Jedinec nevydrží delší dobu vykonávat určitou činnost, nebo se na ni nevydrží soustředit. Díky neschopnosti soustředit se, výrazně narůstá počet chyb, které udělá. Zhoršená koncentrace částečně souvisí i se sníženou pamětí. Jedinec je roztržitý, a tak si ani není schopen události a fakta dobře zapamatovat. Problémy se vyskytují i v rovině myšlení, zhoršuje se schopnost analýzy a správné interpretace. Myšlení je nesouvislé, chaotické, chybí logické uvažování a obvyklé vzorce. Celkově se myšlenkové operace zpomalují, situace, které vyžadují rychlou, spontánní reakci bývají řešeny nelogicky a nepředvídatelně.

Stres se v emocionální rovině jednoznačně projevuje převládáním negativních emocí. Jedinec bývá netrpělivý, neklidný, nervózní, popudlivý, snadno se rozčílí. Ztrácí se schopnost sebeovládání, což s sebou přináší výbuchy vzteku a agrese. Chybí schopnost empatie. Člověk se jeví jako netolerantní, autoritářský a bezohledný vůči svému okolí.

Někdy mívají emoce spíše opačný ráz, člověk je smutný, sklíčený, nedokáže se z ničeho radovat. Navenek může působit ustrašeně, neprůbojně. Typická je neschopnost plnohodnotného odpočinku, jak fyzického, tak psychického. I když dotyčný nevykonával žádnou náročnou činnost, je velmi unavený a vyčerpaný. Výrazně se zvyšují obavy, zejména o vlastní zdravotní stav, což může vyústit až v hypochondrii. Při dlouhodobějším nebo intenzivnějším stresu se objevují deprese a komplexy méněcennosti.

Behaviorální rovina v sobě zahrnuje chování jedince a vztahy s okolím. Některými autory je označována jako oblast sociální. V chování jedince se stres projevuje mnoha příznaky. Zasažena bývá řeč, kdy jedinec ztrácí schopnost plynulého slovního projevu, zejména před více lidmi. Řečový projev je celkově narušen koktáním, zadrháváním, ztrátou hlasu, chrapotem. V chování se objevuje nerozhodnost a vytrácí se nadšení. Člověk ztrácí zájem a dříve oblíbené aktivity a koníčky, až se jim postupně zcela přestane věnovat. V souvislosti s tím roste i nechuť ke všem ostatním aktivitám a povinnostem. Zvyšují se absence v zaměstnání či ve škole. Celkově se snižuje energie, roste únava a vyčerpání, přesto ale narůstá nespavost a neschopnost usnout. Narušeny jsou vztahy s okolím a blízkými. Jedinec je podezíravý, obviňuje druhé, přenáší na ně zodpovědnost za své chyby. Narůstá inklinace k návykovým látkám, jako je káva, tabák, alkohol a drogy. V chování se objevují neobvyklé pohyby, tiky a zvláštní reakce, které se dříve nevyskytovaly. Nejhorší změnou chování, která může nastat, je pokus o sebevraždu, nebo dokonce její uskutečnění.

Za bezprostřední reakci na stres můžeme považovat aktuální únavu, rozladění, agresivní, hysterickou reakci či zkratovitě jednání. Reakce trvalejšího charakteru v sobě zahrnují více projevů stresu a převládají po delší časové období, jako např. pracovní nespokojenost, poruchy přizpůsobení, posttraumatická stresová porucha či syndrom vyhoření. (Bartůňková, 2010)

1.3 Důsledky stresu a jeho prevence

Pojem důsledky stresu nemusí označovat pouze výše zmíněné reakce organismu na stres v jednotlivých rovinách, jako je špatná nálada, nechuť k jídlu či vyhýbání se ostatním lidem. Při dlouhodobém nebo extrémně silném působení určitého stresoru či kombinaci více stresorů, může mít stres závažné důsledky, které v sobě výše zmíněné projevy obsahují a negativně ovlivňují psychickou, fyzickou i sociální oblast jedince. Mezi

nejvýznamnější a nejčastější můžeme zařadit Posttraumatickou stresovou poruchu a Syndrom vyhoření.

Posttraumatická stresová porucha (PSTP) je reakcí na extrémní traumatickou událost. Extrémní traumatickou událostí jsou myšleny takové události, které jedince ohrožují na životě, zdraví, na tělesné integritě či důležitých hodnotách. Konkrétně se jedná o válečné zážitky, mučení, násilné přepadení, přírodní pohromy, různé havárie ale i zjištění smrtelné diagnózy. PSTP se nemusí nutně rozvinout u každého, kdo takovou událost prožil. Důležitou roli zde hrají zejména individuální biologické a psychosociální faktory a také události, které se odehrály po prožití traumatické situace. (Praško, 2005 [online])

Hlavními příznaky typickými pro PSTP jsou, tendence postižených vyhýbat se událostem, které by traumatickou událost připomínali či všem vzpomínkám, které s ní souvisí. To se však většinou jedinci nedaří a dochází k intenzivnímu znovuprožívání traumatické události. Objevují se vtíravé myšlenky, noční můry, zpětné záblesky. Typickým příznakem je nadměrná vzrušivost, zvýšená bdělost, ostražitost, stálé napětí a lekavost. Brzy nastupují deprese, úzkost, pocit citové vyhořelosti, chladu. Časté jsou pocity viny. Pokud se příznaky objeví krátce po traumatu, brzy odezní a více se neobjeví, dalo by se říci, že je dotyčný zdravý a PSTP se vlastně v plné míře nerozvinul. Může však dojít k tomu, že po krátké fázi odeznění se příznaky objeví znovu a porucha přejde do chronického stadia. Může se také stát, že příznaky nevymizí a PSTP se plynule rozvíjí po celou dobu od prožití traumatu. (Bartůňková, 2010)

Pokud se PSTP ještě plně nerozvinul, obvykle pomůže projevení emoční podpory, povzbuzení, vyslechnutí postiženého, vyjádření emocí a pochopení. To většinou postačí k tomu, aby jedinec dokázal událost zpracovat a PSTP se plně nerozvinul. Pokud však dojde k plnému rozvoji PSTP, je nutná cílená léčba pomocí psychoterapie a často je nutný i zásah pomocí farmakoterapie. (Praško, 2005 [online])

Syndrom vyhoření neboli „burnout“ představuje soubor tělesných a duševních příznaků, které se projevují v chování jedince. Syndrom vyhoření se nejčastěji vyskytuje u tzv. pomáhajících profesí a osob pracujících s druhými lidmi. Je úzce spojen s pracovním prostředím a vykonávanou profesí, neboť ono vyhoření představuje vyhoření zejména z hlediska pracovního. Stejně jako míra zasažení jedince stresem nezávisí pouze na stresových faktorech a působící zátěži, ale úzce souvisí i s osobností jedince, hraje osobnost jedince důležitou roli i u syndromu vyhoření. Někteří lidé jsou odolnější, lépe

snázejí zklamání, mají více zájmů, mezi které rozloží svou aktivitu, umí se radovat z dílčích úspěchů. Jiní jsou naopak k syndromu vyhoření náchylnější, bývají často silně upnuti na práci, nemají jiné zájmy, neumí relaxovat, jsou pečliví až puntičkářští. (Koudela, 2006) Rozvoj syndromu vyhoření je tedy podmíněn mnoha faktory. Zmíněn byl již druh vykonávané profese a osobnost jedince. Dalšími významnými faktory jsou faktory sociální, jaké na pracovišti panuje klima, jaké jsou vztahy s kolegy, zda má jedinec oporu nejen u kolegů, ale i nadřízených a samozřejmě i v osobním životě.

Syndrom vyhoření obvykle přichází pozvolna, příznaky jsou nenápadné a podobají se únavě, momentálnímu přetížení a náladovosti. Postupně se stupňuje únava a vyčerpání přechází do chronického stadia. Většina postižených původně projevovala velké nadšení do práce, až upnutí k práci, v zaměstnání trávili více času, než bylo nezbytně nutné, snažili se o nejlepší výkony, různé inovace, zlepšení. Postupně nadšení opadávalo. Práce nepřinášela dostatečné uspokojení, naopak se začala objevovat nechuť chodit do práce, pocit nesmyslnosti a bezvýznamnosti vykonávané profese. Zájem opadáva i o jakékoliv koníčky. Jedinec se přestává vídat s přáteli, provozovat volnočasové aktivity, kterým se dříve věnoval. Cítí se velmi unavený na vykonávání i běžných činností. Pokud nemá člověk silné rodinné zázemí, přenášejí se problémy i do osobního života. V prvotních, méně závažných fázích syndromu vyhoření pomůže, pokud se dotyčný má komu vypovídat, jsou přesně dány jeho pracovní povinnosti a je podporován i dobrým pracovním klimatem. Důležité je nezapomínat na aktivní a pasivní odpočinek. Pokud již ale syndrom vyhoření naplno propukl, všechny zmíněné techniky jsou důležité, ale již situaci nezachrání. V takovém případě je nutné, aby se dotyčnému dlouhodobě věnoval odborník a pokud možno postižený podstoupil psychoterapeutickou léčbu. (Kallwass, 2007)

Působení stresu na lidskou psychiku se v životě nevyhneme. Svým způsobem je i nezbytným předpokladem pro rozvoj osobnosti jedince. Zároveň však příliš mnoho stresu našemu organismu škodí. Proto je důležité, aby se každý jedinec sám snažil posilovat vlastní odolnost organismu vůči stresu, dbal na duševní hygienu a udržování duševního zdraví. Libor Míček (1984, s. 9) ve své knize definuje duševní hygienu jako: „...*system vědecky propracovaných pravidel, a rad sloužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví, duševní rovnováhy.*“ Onen systém, se stále vyvíjí, v dnešní době existuje velké množství metod, které můžeme využít, od těch nejjednodušších až po náročné a dlouhodobé techniky.

Duševní zdraví definuje Míček (1984, s. 21) jako: „...žádoucí stav, jež je výsledkem vědomého nebo nevědomého dodržování zásad duševní hygieny.“ Obsáhlejší definici nalezneme u Prokūpka, který říká, že duševní zdraví je, „stav, kdy všechny duševní pochody probíhají optimálním způsobem, harmonicky, umožňují správně odrážet zevní realitu, přiměřeně a pohotově reagovat na všechny podněty a řešit běžné i nenadálé úkoly, stále se zdokonalovat a mít pocit uspokojení ze své činnosti.“ (Míček, 1984, s. 22) Stav absolutního duševního zdraví, tedy trvalý stav pohody bez jakýchkoliv výkyvů, ve své podstatě neexistuje. Přesto bychom všemi možnými prostředky duševní hygieny měli usilovat o to, se mu co nejvíce přiblížit. Posouzení míry duševního zdraví je poměrně náročné, protože ho nemůžeme jednoduše změřit pomocí přístrojů. Mnozí autoři se tak pokoušeli o vytvoření různých technik a posuzovacích škál, pomocí nichž by bylo možné určit míru duševního zdraví. Jahodová definovala šest základních kritérií, které představují stěžejní předpoklady duševního zdraví. Jsou jimi:

- postoj vůči sobě samému,
- růst, vývoj a sebeuskutečňování,
- integrace
- autonomie, nezávislost a sebeurčení
- adekvátní percepce reality
- zvládnutí svého prostředí.

Základem, který je pro duševní hygienu nezbytný, je dodržování správné životosprávy a změna myšlení. Jedinec by se měl naučit myslet pozitivně a také tak přistupovat k událostem ve svém životě. Z hlediska správné životosprávy je důležité mít dostatek kvalitního spánku. Dodržovat správné stravovací návyky, jako je pravidelná vyvážená strava. Důležitým prvkem je i zařazení odpočinku a to jak pasivního, v podobě pouhého sledování televize, četby, atd., tak aktivního v podobě různých sportů a pohybových aktivit. Další obecnou zásadou, která se uvádí v souvislosti se stresem je snaha o odstranění zlovyků a plánování povinností. Člověk musí mít i dostatečné sociální zázemí, někoho, komu se se svými problémy může svěřit, promluvit si s ním o nich, vypovídat se mu. (Míček, 1984)

Správná životospráva ale obvykle nestačí, proto bychom měli do svého života zařadit i cílené techniky podporující duševní zdraví a odolnost. Základem je relaxace, která může probíhat v nejrůznějších podobách. Pojem relaxace znamená stav, kdy se člověk uklidní,

uvolní. Cílem je uvolnit napětí ve svalech, které se přenáší do mozku a tím neblaze přispívá ke stresu. Svalové uvolnění se tudíž, stejně jako napětí, přenáší i do mozku. Pomocí relaxace můžeme docílit k uvolnění obou zmíněných systémů. K tomu se využívají nejrůznější cviky a jejich soustavy. Celkový efekt lze umocnit a podpořit pomocí správného dýchání nebo vhodné hudby. (Schreiber, 2000)

Pojem relaxace se dnes nepoužívá pouze v podobě svalového uvolnění pomocí cviků, ale obecně v podobě jakékoliv formy tělesného a duševního uvolnění. Odborníci doporučují různé metody a stejně tak každému vyhovuje jiný druh činnosti. Mezi nejběžnější techniky můžeme zařadit dechová cvičení, procházky v přírodě, jógu, tanec, autogenní trénink, meditaci. Pro všechny relaxační techniky platí, že bychom je měli provádět pravidelně, beze spěchu, např. u procházky nejde o to, dojít co nejdále. Důležité je, abychom se snažili zapomenout na starosti, soustředit se jen na danou aktivitu a vnímat pouze pozitivní emoce, které nám to přináší.

2 Období dospělosti

Období dospělosti je z hlediska vývojové psychologie méně prozkoumaným stadiem života, než dětství a dospívání. Přesto je pro pochopení celého lidského vývoje stejně důležité jako ostatní etapy života. Dospělost se vyznačuje méně dynamickým vývojem než ostatní období. Psychické funkce zůstávají přibližně na stejné úrovni, příliš se dále nerozvíjejí, ale zatím ještě ani razantně neklesají. Z hlediska sociálních vztahů však toto období představuje velmi důležitou část života.

Období dospělosti představuje v životě jedince dlouhé období, kde se i přes pomalejší vývoj, oproti ostatním obdobím, odehrává mnoho významných změn. Většina autorů jej proto dělí ještě dále na jednotlivé vývojové etapy. Nejčastěji je děleno na tři etapy, časnou někdy také ranou, střední a pozdní dospělost. Časná dospělost se většinou uvádí v rozmezí 20 až 30 let, střední 30 až 45 let a pozdní 45 až 60-65 let.

2.1 Fyzická oblast

Z hlediska fyzického vývoje dochází okolo 20. roku života k vyvrcholení růstu, ustálí se tedy výška, zvětší se váha kostí a svalů. Člověk postupně dosáhne největší svalové síly a zralosti mozku, přibližně ve 25 letech. Vyvíjí se i hormonální systém, opět okolo 25 let dochází k ustálení funkce štítné žlázy a postupně k jejímu slábnutí. Naopak od 20 do 29 let se zvyšuje aktivita pohlavních žláz, což vede ke zvýšení pohlavní aktivity v tomto období. Postupně, již od rané dospělosti, dochází ke stárnutí smyslových orgánů, slábne sluch, snižuje se pružnost čočky, ubývá počet hmatových tělísek.

V období střední dospělosti se začínají objevovat první známky stárnutí. Okolo 35. roku dosahuje hypofýza, která se podílí zejména na regulaci vody v organismu, krevním tlaku, a šedivění vlasů, své maximální velikosti. Kůže ztrácí svou pružnost a objevují se první vrásky. Snižuje se funkce pohlavních žláz, což vede i k poklesu sexuálních funkcí. Zhoršuje se pružnost kloubů a tím i kvalita pohybu. Zpomalují se tělesné pochody, člověk se snáze unaví, klesá odolnost vůči infekcím a objevují se první chronické nemoci.

S nástupem pozdní dospělosti dochází k převládnutí involučních (sestupných) procesů nad těmi růstovými. U žen se objevuje menopauza, která kromě ztráty reprodukční schopnosti přináší i fyzické změny a psychické obtíže. Objevují se návaly horka, nespavost, celková hormonální nerovnováha. U mužů nelze období klimakteria bezpečně

doložit, doprovázeno by však mělo být obdobnými obtížemi jako u žen. U obou pohlaví dochází k výraznému zpomalení metabolismu, tudíž i celého organismu a úbytku energie. Díky tomu se zvyšuje tělesná váha. Výška těla je menší. Kvalita vlasů se stále zhoršuje, dochází k jejich vypadávání, na kůži se objevují hluboké vrásky a ztrácí svou svěží barvu, jakoby šedne.

Z hlediska fyzické stránky tedy v období dospělosti dochází k výrazným změnám. Organismus se postupně dostává na vrchol svého růstu, maximum sil a poté postupně klesá a zpomaluje se, ubývá energie, objevují se první výrazné známky stárnutí.

2.2 Psychická oblast

Stejně jako dochází v rané dospělosti k vrcholu fyzického růstu, dochází i k vrcholu psychických funkcí. Zdokonalují se poznávací činnosti mozku. Zlepšuje se orientace v čase a prostoru, schopnosti analýzy a diferenciaci. Intelektuální operace se zrychlují, zdokonaluje se koncentrace. Jedinec je schopen lépe aplikovat poznatky a zkušenosti do praxe. V souvislosti s vývojem těchto funkcí dochází i k rozvoji tvořivosti, roste vynalézavost, originalita, pružnost při řešení problémů. Paměť se sice výše nezvyšuje, přesto nastává vrchol ve schopnosti učení. Dochází k vytváření vlastních názorů a jejich ustálení na základě zkušeností. Emoce se zklidňují, dostávají se do harmonie a rovnováhy. Zvyšuje se rozumová kontrola emocí, tedy i vyšší schopnost sebeovládání a uvědomování si citů.

S příchodem střední dospělosti stále přetrvávají velmi dobré psychické schopnosti. Jedinec podává dobré paměťové i intelektuální výkony. Myšlení člověka je již plně vyzrálé, vrcholí tvořivost a produktivita v mentální oblasti. Velmi dobrá je také schopnost sebekontroly, ovládní. Mírně klesá schopnost učení. Emoce se stabilizují a diferencují, s čímž souvisí větší schopnost regulovat emoce rozumem. Oproti předchozímu období jsou ale méně intenzivní a hluboké, a to kvůli stereotypní povaze života, která je pro toto období typická. S přibývajícím věkem dochází k poklesu psychické odolnosti, jedinec není schopen čelit zátěžovým situacím tak dobře, jako dříve. Zvyšuje se mimo jiné i počet různých psychických potíží a onemocnění.

Pro pozdní dospělost jsou opět typické spíše sestupné tendence. V závislosti na období klimakteria se vyskytuje psychická labilita, změny nálad, podrážděnost, rozladěnost. Jinak jsou emoce spíše mírnější, méně impulzivní. U jedinců převládá spíše

introvertnost. S obrácením do sebe souvisí i tendence k sebezpozorování. Schopnost odolnosti oproti předchozímu období opět klesá. Zvyšuje se sklon k depresím a různým neurózám.

V psychické oblasti můžeme celkově pozorovat podobný vývoj jako v oblasti fyzické. Jedinec se nejprve dostává na vrchol svého vývoje, ustálení a stabilizaci psychických funkcí. Poté dochází ke zlomu a po určitém období na vrcholu začne docházet k poklesu psychických funkcí a schopností.

2.3 Sociální oblast

Sociální oblast v období rané dospělosti úzce souvisí s emocionálním zráním jedince. Zpočátku je časté střídání partnerů, které stále ještě souvisí s nezralostí osobnosti. Spíše životního partnera, hledáme protějšek pro dočasné uspokojení. Později, s plnou zralostí, převládají hluboké monogamní vztahy. Významným mezníkem je uzavření manželství a založení rodiny. Oba kroky jsou v životě velmi zásadní, pro správné fungování manželského vztahu a plnění rodičovských povinností je nutná plná psychická, fyzická i sociální zralost. Dalším významným prvkem je dosažení společenského a pracovního uplatnění. Jedinec si získává stabilní místo v pracovním procesu, pracuje na sobě, získává zkušenosti, zdokonaluje se, dochází ke kariérenímu růstu.

Ve střední dospělosti již většina jedinců žije v rodině. Vztahy by měli být poměrně stabilní, život má podobu stereotypnosti. V této fázi se ale objevuje druhá manželská krize, děti se pomalu začínají osamostatňovat a rodiče bilancují nad dosavadním průběhem života. V profesní oblasti by se měl jedinec nacházet na vrcholu kariéry, svých schopností a dovedností. Po 40. roce se ale objevují i zde problémy. Dochází ke konfrontaci s mladšími kolegy, fyzické síly ubývají, psychické dovednosti se pomalu začínají horšit. Mnoho jedinců i přes to nalézá v tomto období největší pracovní uspokojení a rozvoj.

V pozdní dospělosti stále převládá pracovní aktivita. Díky získaným zkušenostem dochází ke zvýšení sebevědomí a společenskému uznání. Rodinné poměry jsou spíše stabilní. Děti se již naplno osamostatnili, ale výchovné tendence a potřeby lásky jsou naplňovány přes novou roli prarodiče. V závěru pozdní dospělosti dochází k ukončení profesního života a odchodu do důchodu. Mnoho jedinců není však na tuto roli dostatečně připraveno a nejsou schopni ji přijmout. V takovém případě pozitivně pomáhá pevné rodinné zázemí, udržování kontaktů s bývalými kolegy, přáteli a pěstování různých zájmů.

Jednotlivé složky vývoje jedince jsou samozřejmě navzájem úzce provázené a vzájemně se ovlivňují. Období dospělosti představuje významný mezník zejména v utváření zralé, zodpovědné osobnosti. Jedinec musí být schopen utvářet vlastní názory, dokázat se osamostatnit, založit fungující rodinu. Dovršit proces profesionalizace, začlenit se do společenského systému a najít si v něm své místo. V rámci celého životního vývoje sice představuje méně dynamické období, přesto jedinec v jeho průběhu musí splnit řadu náročných vývojových úkolů a projít si značným počtem změn.

3 Integrovaný záchranný systém

Integrovaný záchranný systém (IZS) a jeho vybraná složka, jak již vyplývá z názvu této práce, představují jeden ze základních pojmů, kterými se práce zabývá. Proto je důležité i jemu věnovat samostatnou kapitolu. V této části práce bude podrobněji definován a charakterizován integrovaný záchranný systém, bude zde objasněna hlavní náplň a cíle práce integrovaného záchranného systému a jeho složek. Vzhledem k poměrně složitému vývoji integrovaného systému a jeho nedlouhé existenci bude pozornost věnována i jeho historii a počátkům vzniku. Společně s charakteristikou systému bude podrobnější pozornost věnována hlavním složkám integrovaného záchranného systému a zmíněny budou i ostatní pomocné složky.

Dle základní definice vymezené zákonem č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému, se tedy IZS rozumí právně vymezený, otevřený a koordinovaný postup spolupráce všech složek IZS, základních i pomocných, při likvidaci každodenních událostí, přírodních a antropogenních katastrof. Jako takový spadá IZS do systému vnitřní bezpečnosti státu vymezeného ústavou. (Kroupa - Říha, 2011) Integrovaný záchranný systém tedy sám o sobě nevytváří žádnou trvalou instituci, je to pouze systém spolupráce jeho jednotlivých složek. O IZS můžeme hovořit v případě, že dojde k mimořádné události, na jejímž řešení se podílí alespoň dvě složky IZS.

Integrovaný záchranný systém se skládá ze základních a pomocných složek. Základní složky tvoří:

- Hasičský záchranný sbor České republiky a jednotky požární ochrany zařazené do plošného pokrytí kraje jednotkami požární ochrany,
- zdravotnická záchranná služba,
- Policie České republiky.

Pomocné složky integrovaného záchranného systému tvoří:

- Vyčleněné síly a prostředky ozbrojených sil (Armáda České republiky),
- ostatní záchranné sbory (např. Báňská záchranná služba),
- ostatní ozbrojené bezpečnostní sbory (např. obecní policie),
- orgány ochrany veřejného zdraví (např. hygienické stanice),

- havarijní, pohotovostní, odborné a jiné služby (např. komunální služby a havarijní služby v energetice),
- zařízení civilní ochrany,
- neziskové organizace a sdružení občanů (které lze využít k záchranným a likvidačním pracím),
- v době krizového stavu se stávají dalšími složkami IZS také odborná zdravotnická zařízení na úrovni fakultativních nemocnic.

Specifikem pro zařazení ostatních složek do systému IZS je jejich schopnost na požádání poskytovat plánovanou pomoc při záchranných a likvidačních pracích. (Martínek - Tvrdek, 2010)

Jak již bylo zmíněno, integrovaný záchranný systém se uplatňuje při řešení mimořádných událostí. Tyto události můžeme rozdělit do tří kategorií na každodenní události, katastrofy a krizové (nouzové) situace a nakonec ozbrojené konflikty, popř. válka.

Každodenní události jsou takové, kdy se jedná o malý počet zraněných či mrtvých, hmotné škody jsou relativně malé a mají minimální dopad na infrastrukturu společnosti. Patří sem požáry, dopravní nehody, havárie v železniční dopravě, zřícení staveb, záchrana osob při náhlém zhoršení zdravotního stavu, ztracení v horách, tonoucí osoby, atd.

Druhou skupinu, tedy katastrofy a krizové situace, představují události, během nichž dochází ke zranění či smrti velkého počtu osob, velkým hmotným škodám a rozsáhlému narušení infrastruktury či životního prostředí. Můžeme sem zařadit např. rozsáhlé záplavy, zemětřesení, plošné požáry, průmyslové havárie, únik nebezpečných látek. V posledním případě, válečném střetu je hlavním úkolem IZS civilní ochrana obyvatel. (Martínek - Tvrdek, 2010)

3.1 Historie vzniku integrovaného záchranného systému v České republice

O vzniku integrovaného záchranného systému se začalo uvažovat teprve na počátku devadesátých let 20. století. Myšlenka potřeby záchranného systému vznikla z důvodu vzrůstajícího počtu a náročnosti především každodenních mimořádných událostí. Základními kroky bylo vytvoření aktuální legislativy, která by systém IZS zaštiťovala a výběr jednoho ze dvou přístupů, které byly prosazovány.

První přístup byl založen na budování záchranného systému, jehož jádro by tvořily stálé instituce v podobě vojenských štábů Civilní obrany, které tehdy fungovaly ve 40 krajích po celé ČR. Tento přístup byl prosazován zejména armádou. Vzhledem k mnoha negativům, jako například dlouhé lhůty potřebné k uvedení do pohotovosti a k vykonání zásahu, byl přístup zamítnut. Upřednostněn byl tedy druhý přístup, který lépe vyhovoval potřebám okamžitého zásahu. Druhý přístup, který u nás funguje do současnosti, je založen na úzké vzájemné spolupráci tří základních složek, hasiči, policie a zdravotníci. (Martínek - Tvrdek, 2010)

Základním dokumentem, který byl schválen a vedl k vytvoření zásad IZS tak, jak funguje v současné době, je Usnesení vlády ČR č. 246/1993 ze dne 19.5.1993 k návrhu zásad integrovaného záchranného systému. Dokument uvádí hlavní zásady a úkoly IZS, jako například:

- IZS byl vytvořen k provádění záchranných a likvidačních prací při živelných pohromách a jiných mimořádných událostech.
- Náplní jeho činnosti je eliminace bezprostředního vlivu havárie na osoby a životní prostředí.
- IZS je součástí státem garantovaného systému vnitřní bezpečnosti státu.

Tyto zásady byly aplikovány do zákona č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému, který tvoří hlavní legislativní rámec IZS. (Martínek - Tvrdek, 2010)

3.2 Základní složky integrovaného záchranného systému

Hasičské sbory mají v České republice dlouholetou tradici. První profesionální hasičský sbor vznikl v Praze již v roce 1853. Od té doby se u nás rozvinul systém profesionálních i neprofesionálních hasičských sborů, které pokrývají území celé České republiky. Až do roku 1995 existoval na našem území Sbor požární ochrany, který byl na základě novely zákona č. 133/1985 Sb. o požární ochraně zrušen a nahrazen hasičským záchranným sborem, který na našem území působí dodnes. (Martínek - Tvrdek, 2010)

Náplň práce hasičského záchranného sboru se v současné době nevztahuje pouze na hašení požárů, ale rozrostla se o celé spektrum dalších úkolů. Hasiči pomáhají při dopravních nehodách, haváriích spojených s únikem nebezpečných látek, ekologických

haváriích, živelných pohromách jako jsou povodně, sesuvy půdy, sněhové kalamity. Hasiči mají také specializované jednotky potápěčů a letecké záchranáře. (Smetana - Kratochvílová, 2007) Součástí hasičského záchranného sboru jsou dvě oddělení, která přímo souvisí s jeho zařazením do IZS, jedná se oddělení IZS a o operační a informační středisko.

Policie České republiky vznikla v roce 1991 na základě zákona č. 283/1991 Sb. o Policii České republiky, který byl sepsán v rámci reorganizační činnosti Ministerstva vnitra. Svou působností tak nahradila Státní národní bezpečnost (SNB), která byla zrušena v roce 1989. (Smetana - Kratochvílová, 2007)

Hlavní náplní práce Policie ČR je především chránit bezpečnost a pořádek ve společnosti, dohlížet na dodržování zákona, chránit práva a svobody osob a preventivně působit proti trestné činnosti a potírat ji. K dalším úkolům policie patří např. boj proti terorismu či organizovanému zločinu.

V rámci integrovaného záchranného systému má Policie ČR do jisté míry specifické postavení oproti ostatním složkám. Policie totiž i přes jasnou definici IZS, která říká, že hlavním posláním jednotlivých složek je provádění záchranných a likvidačních prací při mimořádných událostech, tyto práce neprovádí. Primárním úkolem policie v rámci IZS je zabezpečení veřejného pořádku a bezpečnosti v dopravě tak, aby bylo umožněno ostatním složkám provádět záchranné práce efektivně a bezpečně. Neznamená to však, že se policie do záchranných prací zapojit nesmí. Ve zvláštních případech, jako jsou hromadné havárie či rozsáhlé živelné pohromy se záchranných prací účastní speciální složky policie, a to zásahové jednotky pořádkové policie, letecká služba, potápěčské oddíly a kynologická složka policie. (Smetana - Kratochvílová, 2007)

Zdravotnická záchranná služba (ZZS) v České republice nevznikala jednotně. První pracoviště zdravotnické záchranné služby vznikala již v 80. letech minulého století a to především ve velkých městech jako Praha, Brno, Plzeň. V této době však ještě nemůžeme hovořit o ZZS v pravém slova smyslu. Systém ZZS tak, jak jej známe dnes, začal na celém území České republiky vznikat až v roce 1992 na základě vyhlášky ministerstva vnitra o zdravotnické záchranné službě.

ZZS je složka integrovaného záchranného systému, jejímž hlavním posláním je poskytovat neodkladnou přednemocniční péči. To znamená, že postiženému poskytne péči na místě vzniku úrazu nebo náhlého onemocnění a během přepravy k dalšímu odbornému

ošetření ve zdravotnickém zařízení. Konkrétní stavy, při kterých je přednemocniční neodkladná péče poskytována, to znamená, že při nich zasahuje zdravotnická záchranná služba, jsou:

- stavy bezprostředně ohrožující život postiženého,
- stavy při nichž dochází k prohlubování chorobných změn, které mohou vést až k náhlé smrti,
- stavy, kdy by bez poskytnutí odborné první pomoci došlo k trvalým chorobným změnám,
- stavy, které postiženému působí náhlé utrpení a náhlou bolest
- a takové stavy, při nichž dochází ke změně chování postiženého, v jejímž důsledku ohrožuje sám sebe či své okolí. (Smetana - Kratochvílová, 2007)

Zmíněné stavy vyplývají z povinností ZZS stanovených Zákonem č. 374/2011 Sb. , o zdravotnické záchranné službě. V praxi však posádka záchranné služby musí ověřit každou závažnou výzvu, která je operačnímu středisku nahlášena.

ZZS se skládá z krajských výjezdových stanovišť, přičemž každé krajské stanoviště musí provozovat operační středisko pro příjem telefonátů. Na základě nutnosti zabezpečit pomoc nejdéle do 20 minut od nahlášení výzvy krajskému dispečinku zřizují krajská střediska ještě menší výjezdová stanoviště.

4 Zdravotnická záchranná služba

Následující kapitola se bude věnovat hlavnímu bodu práce a tedy zdravotnické záchranné službě jako vybrané složce integrovaného záchranného systému a stresové zátěži, která na její členy působí. V kapitole budou vysvětleny základní struktury a systém záchranné služby, náplň práce zdravotnických záchranářů a její specifika s ohledem na stresovou zátěž, kterou mohou vyvolávat. Podrobně budou rozebrány jednotlivé stresory, které na záchranáře působí a reakce, které psychický tlak vyvolává. V závěru bude věnována pozornost psychohygieně, pomocí níž je možné náročné situace lépe zvládat a předcházet závažnějším následkům psychického tlaku.

4.1 Systém a struktura zdravotnické záchranné služby

Zdravotnická záchranná služba je tvořena čtrnácti územními středisky, která pokrývají všechny kraje České republiky a Prahu, a dále dílčími okresními středisky, v rámci nichž jsou zřizovány ještě menší střediska. Jednotlivá střediska tvoří hustou síť po celém území České republiky, neboť musí být zřízena tak, aby v případě mimořádné události mohla posádka dorazit na dané místo a poskytnout potřebnou pomoc nejdéle do 20 minut od nahlášení události operačnímu středisku. Z tohoto důvodu je vytvořen důsledný systém operačních středisek. Každý kraj České republiky má vytvořen hlavní dispečink, kam jsou směrovány telefonáty na tísňovou linku 155 z dané oblasti. Dispečink funguje nepřetržitě, jeho zaměstnanci musí být kvalifikovaní zdravotní záchranáři, neboť oni jako první vyhodnocují situaci, určují, které výjezdové stanoviště bude k události posláno a poskytují jeho posádce potřebné informace, jako např. počet postižených osob, zdravotní obtíže, naléhavost, atd. (Kroupa - Říha, 2011)

Zdravotnická záchranná služba jako jediná složka integrovaného záchranného systému nemá jednotné centrální řízení, ale je řízena kraji, které jsou jejími zřizovateli a podílí se na jejím spolufinancování. Zdravotnická záchranná služba by z hlediska právních norem měla být finančně nezávislá, neboť její výkony jsou hrazeny zdravotními pojišťovnami. V praxi však platby zdravotních pojišťoven nejsou dostačující a proto musí být zdravotnické záchranné služby částečně dotovány svými zřizovateli, tedy kraji. (Kroupa - Říha, 2011)

Výjezdové skupiny, které působí na stanovištích, se dělí do dvou základních kategorií, na rychlou lékařskou pomoc (RLP) a rychlou zdravotnickou pomoc (RZP). Za jistých okolností bychom mohli ještě vyčlenit třetí kategorii, do níž by spadala letecká záchranná služba. Základní rozdíl mezi rychlou lékařskou a rychlou zdravotnickou pomocí je složení výjezdové posádky. V případě rychlé lékařské pomoci na místo zásahu vyjíždí kompletní posádka ve složení lékař, záchranář a řidič, a to v plně vybaveném sanitním voze, což znamená, že ve voze je k dispozici defibrilátor, přístroj pro monitoraci EKG, pulsní oximetr, léčiva atd. Rychlá zdravotnická pomoc, někdy také nazývána jako systém „Rendez-vous“ se při výjezdu dělí na dva relativně samostatné vozy. V sanitním, opět plně vybaveném voze je přítomen pouze řidič a záchranář. Lékař na místo zásahu dojíždí v případě potřeby samostatně osobním vozem, přičemž posádku v tomto případě tvoří lékař a řidič-záchranář. Osobní vůz není plně vybaven léčivy a speciálními přístroji. (Smetana - Kratochvílová, 2007) Systém „Rendez-vous“ se u nás objevuje až v posledních několika letech a jeho zavedením by mělo dojít ke zkrácení dojezdového času, šetření prostředků a lepšímu využití práce a času lékařů.

Letecká zdravotnická záchranná služba (LZZS) má stejné poslání jako výjezdové posádky zdravotnické záchranné služby. Složení posádky je stejné a vrtulníky, které ke své činnosti využívá, jsou také vybaveny léčivy a speciálními přístroji. Hlavní výhodou je rychlost přepravy zraněných a také využití ve špatně přístupných, např. horských terénech. Určitou nevýhodou je nutnost dobrých povětrnostních podmínek a vysoká finanční nákladnost provozu, proto je využívána jen ve vážných případech. V současné době se u nás nachází 10 pracovišť, které poskytují leteckou zdravotnickou záchrannou službu. Stanoviště LZZS se většinou nachází v krajských zařízeních zdravotnické záchranné služby. V rámci České republiky jsou rozmístěny tak, aby stejně jako pozemní výjezdová stanoviště mohla poskytnout pomoc vždy do 20 minut od oznámení výzvy hlavnímu dispečinku. (Smetana - Kratochvílová, 2007)

4.2 Specifika práce zdravotnických záchranářů

Zdravotnický záchranář je sice zdravotnický pracovník jako každý jiný, přesto má práce zdravotnického záchranáře oproti ostatnímu zdravotnickému personálu (zaměstnanci nemocnic, lékařských ordinací) jistá specifika, která je od ostatních zdravotnických pracovníků odlišují. Tyto specifika jsou nedílnou součástí pracovní náplně záchranářů a

v jejich zaměstnání je každodenně provázejí. Většinou také tyto specifika představují významné zátěžové faktory, a proto je důležité se o nich zmínit.

Základním prvkem, který je charakteristický pro práci záchranáře, je práce v terénu. Záchranáři vyjíždí do terénu, který většinou neznají a často také k ne zcela specifikované indikaci zraněného. Někdy se také stává, že zraněný se nachází v místech, do kterých nelze dojet sanitním vozem, a proto musí záchranáři ke zraněnému pěšky. Taková vzdálenost může být i okolo 2 km. Nemožnost dostat se ke zraněnému sanitkou znamená, že s sebou záchranáři nemohou vzít veškeré potřebné vybavení a musí se rozhodnout jen pro to nejnnutnější.

V situacích, kdy jde zraněnému o život, je samozřejmě velmi důležitý čas. Záchranáři se musí snažit dostat ke zraněnému, i přes úskalí terénu, co nejrychleji. V kritických stavech má poskytnutí neodkladné přednemocniční péče naději na úspěch pouze tehdy, pokud byla poskytnuta včas a na odpovídající odborné úrovni. Při převozu pacienta je posádka omezena nedostatkem prostoru, vibracemi či změnami směru jízdy. To vše vede k tomu, že i léčebná opatření, kterými by záchranáři mohli zasáhnout, jsou omezena. (Pokorný, 2004)

Práce v terénu s sebou přináší i mnoho dalších úskalí. *„Výjezdová skupina je vystavena nepřízní počasí, psychickému tlaku okolí na poskytnutí co nejintenzivnější péče, agresivnímu chování postiženého nebo jeho okolí, musí okamžitě učinit základní diagnostickou rozvahu, provést účinná léčebná opatření, rozhodnout o zahájení nebo nezahájení neodkladné resuscitace, případně o jejím ukončení.“* (Pokorný, 2004, s. 9)

Ze všech uvedených faktorů vyplývá druhé hlavní specifikum práce zdravotnických záchranářů a to je práce pod tlakem. Samotné vědomí toho, že musí na místo dorazit v co nejkratším čase, ze zákona do 20 minut, je stresujícím faktorem, který provází každý výjezd. Záchranáři musí co nejrychleji stanovit správnou diagnózu a zahájit potřebnou léčbu, přičemž v případě špatného postupu, by mohlo dojít ke zhoršení zdravotního stavu, nevratnému poškození, či dokonce smrti pacienta. V dnešní době bohužel dochází i k agresivnímu jednání a napadání záchranářů, jak samotným zraněným, kterého původně přijeli zachránit, tak také jeho okolím. Výjimkou není ani dotěrné jednání ze strany přihlížejících.

Zmíněná specifika práce zdravotnických záchranářů představují pouze několik nejvýznačnějších bodů. Jako další bychom mohly jmenovat absenci zpětné vazby.

Záchranář po předání pacienta do nemocniční péče již nemá žádné informace o pacientově stavu. Významnou roli hraje i technické zázemí, které je záchranářům k dispozici, přes snahu o co nejlepší vybavení sanitních vozů mají jen omezené vybavení a mohou provádět pouze určité úkony. Práce zdravotnického záchranáře se tedy významně liší od pracovní náplně ostatního zdravotnického personálu. Všechna specifika, která byla uvedena, nepředstavují jen jakousi odlišnost, ale mohou také působit jako silné zátěžové faktory.

4.3 Stresové faktory u zdravotnických záchranářů

Práce zdravotnických záchranářů je psychicky i fyzicky náročná. Zároveň jsou to stejně jako ostatní jen „normální“ lidé, kteří kromě práce mají i svůj osobní život, kde na ně doléhají běžné situace a zatěžující, stresující faktory stejně jako na všechny ostatní. Nároky, které na ně jejich zaměstnání klade, jsou vysoké. Práce zdravotnického záchranáře je tedy z hlediska psychické zátěže velmi riziková. Vzhledem k zaměření této práce, která si klade za cíl zmapovat stresovou zátěž záchranářů, je nezbytné zabývat se právě stresovými faktory, které mohou mít na zdravotnické záchranáře vliv.

Stresových faktorů, které na záchranáře působí je mnoho. Se samotnou náplní práce jsou neodmyslitelně spjaty dva pojmy, a to vědomí odpovědnosti a nutnost rozhodování. Oba představují poměrně silné stresové faktory, zároveň však méně důležité. Vědomí odpovědnosti za zdraví nebo dokonce životy jiných lidí a nutnost rozhodovat o úkonech, které buď povedou ke zlepšení či zhoršení zdravotního stavu musí být sami o sobě velmi stresující. Přesto tyto faktory v životě záchranářů nepředstavují hlavní faktory zátěže. Záchranáři s nimi totiž počítají již ve chvíli, kdy se rozhodnou věnovat tomuto oboru. Podle výzkumů dokonce mnoho z nich právě v oné „moci“ nad zdravím druhých vidí motivaci, proč se stát záchranářem. Vytvoří si idylickou představu, v níž se pasují do role novodobých hrdinů. Proto horší, než zodpovědnost a nutnost rozhodování, bývá setkání s reálnou praxí, které vede k rozplynutí vysněných ideálů. (Pokorný, 2004; Měrtlová, 2011)

Mezi další základní stresové faktory se řadí již zmíněná práce v terénu. Záchranáři jsou vystaveni vlivům počasí, nemají s sebou všechno potřebné vybavení, nemohou provádět náročnější úkony. Jejich práci často komplikují zvědaví přihlížející a oni musí dotyčnému poskytnout pomoc včas.

Čas je dalším stresujícím faktorem. Záchranáři musí na místo dorazit co nejrychleji, dostatečně rychle zraněného ošetřit a stejně tak ho převézt do nemocnice a předat do nemocniční péče. Časový tlak ale neovlivňuje záchranáře pouze na výjezdu. Rozložení pracovního výkonu během celé směny je velmi nevyrovnané. Několik hodin nemusí přijít žádná výzva a záchranáři se mohou věnovat jiným aktivitám jako např. úklid sanitky, doplňování léků, ale i sledování televize, vzdělávání či jiným rozličným činnostem. Jindy se zase celý den nezastaví a během směny mají několik náročných výjezdů. Záchranáři tak vlastně pracují celý den pod časovým tlakem, nikdy neví, kdy přijde nějaká výzva a oni budou muset vyrazit na výjezd. I základní úkony jako jídlo či hygiena se odehrávají pod tlakem a neustálou vidinou, že mohou být okamžitě odvoláni k případu. (Bydžovský, 2009 [online])

K nerovnoměrnému rozložení intenzity pracovního výkonu se velmi úzce váže i problematika přesčasové práce. Výzva k výjezdu může přijít půl hodiny před koncem pracovní doby a záchranář na výjezd musí vyjet bez ohledu na to, zda se stihne za oněch 30 minut vrátit, či zda výjezd potrvá dvě hodiny. K přesčasové práci vyvolané tímto faktem dochází poměrně často. Přičte-li se k přesčasové práci a časovému tlaku ještě práce na směny (zejména noční provoz) může docházet, sice spíše k nižší míře zátěže, za to ale dlouhodobé, která má negativní vliv na spánkový vzorec jedinců a také osobní a sociální život. (Šeblová, 2007 [online])

Práce zdravotnických záchranářů je práce v týmu. Každý prvek týmu má své specifické úkoly. Tým musí fungovat jako celek, homogenní organismus, aby mohl řešit složité a rozmanité úkoly, s kterými se setkává. Proto by měl být kladen velký důraz na výběr vedoucího týmu, ale i na celkovou atmosféru. Pokud záchranný tým nefunguje tak, jak má a jsou narušeny vztahy mezi členy, tým nemůže plnohodnotně plnit své úkoly. (Pechová, 2009) V práci zdravotníků to znamená, že péče o pacienta se neodehrává tak, jak má. Neschopnost spolupráce dokonce může pacientovo zdraví vážně ohrozit. Nefunkčnost týmu nemá vliv pouze na pacienta, ale i na psychiku členů týmu, a to jako poměrně výrazný stresor. Nepřátelské klima ovlivňuje celý pracovní průběh, vyvolává nechuť k zaměstnání, obavy z práce, snahu vyhýbat se práci.

Obecně nejčastěji zmiňovaným a pravděpodobně i nejzávažnějším stresovým faktorem, který na záchranáře působí a s nímž se setkávají je smrt, smrt těch, které přijedou zachránit. „*Smrt je v jejich práci tichým avšak věrným společníkem. Jde ruku v ruce se všemi, kdo se podílí na profesionální zdravotnické péči.*“ (Měrtlková, 2011, s. 18) Smrt

záchranáře provází v různých podobách, při autonehodách, úrazech či jako následek nemoci. Mezi psychicky nejnáročnější patří stavy, kdy se záchranáři marně pokoušejí zachránit dotyčného doma, před zraky jeho blízkých musí dokázat potlačit vlastní emoce, zachovat klidnou hlavu a zároveň blízkým neúspěch své snahy oznámit s dostatečnou empatií. Vůbec nejhorší je pro záchranáře setkání se smrtí u dítěte nebo mladého člověka, jak také vyplývá z výzkumu MUDr. Šeblové a PhDr. Kebzy, CSc. v němž se právě smrt či resuscitace dítěte umístila na prvním místě mezi možnými stresovými faktory a to jak z hlediska četnosti, tak také možné intenzity. Dalším neméně závažným faktorem, který se ve zmíněném výzkumu umístil na druhém místě, jsou hromadné a závažné dopravní nehody. (Šeblová – Kebza, 2005)

Za hromadné neštěstí je považována mimořádná událost, při které dojde ke zranění pěti a více osob. Právě velký počet zraněných představuje onu náročnost. Záchranáři nemohou pomoci všem zraněným najednou tak, jak by bylo optimální. Musí rychle zjistit, jaký je stav pokud možno všech zraněných a poté provést třídění a určit priority a pořadí v jakém budou zranění ošetřováni a transportováni do nemocniční péče. V současné době existují propracované manuály zabývající se tříděním zraněných při hromadných neštěstích. Každá situace je však jiná a vždy záleží zejména na schopnostech a úsudku záchranářů. (Bydžovský, 2009 [online])

Psychická zátěž působící na záchranáře není spjata pouze s osobou pacienta, o kterého se musí postarat, ale i s jejich osobní bezpečností. V poslední době se téměř geometrickou řadou zvyšuje počet napadených záchranářů, a to jak psychicky, tak fyzicky. Záchranáři se často setkávají s agresí a výpady jak těch, které původně přijeli zachránit, tak i jejich okolí, které je u situace přítomno. Podle výsledků výzkumu MUDr. Šeblové a PhDr. Kebzy, CSc. se s napadením setkala již 53% účastníků výzkumu a považují ho za závažný faktor ohrožující jejich práci i osobní bezpečí. Druhým nejčastějším faktorem ohrožujícím zdraví záchranářů je nehoda sanitního vozu. Ve snaze dostat se na místo co nejrychleji záchranáři-řidiči často riskují vlastní zdraví. Na místo se tak nakonec vlastně vůbec nemusí dostat a ještě si sami mohou přivodit vážná zranění. Ve zmíněném výzkumu zažila takovou nehodu celá třetina zkoumaného vzorku. Zapomenout nesmíme ani na možnost přenosu nákazy z pacienta na záchranáře. I přes povinnost používat ochranné pomůcky záchranář nikdy neví, ke komu jede a s čím přesně se setká. Některá onemocnění se šíří velmi snadno a záchranář se i při vši opatrnosti může sám nakazit.

Dalšími faktory, které mohou dlouhodobě ovlivňovat psychiku záchranářů a nakonec i přispět např. k rozvoji syndromu vyhoření, jsou nutnost potlačovat emoce a absence zpětné vazby. Záchranář na sobě nesmí nechat znát paniku, strach o sebe, o pacienta, nebo o to, že nezvládne situaci. Pokud tyto emoce nedokáže zpracovat a ventilovat, dochází k jejich dlouhodobému potlačování, což se může negativně projevit na psychice jedince. Absencí zpětné vazby se rozumí fakt, že záchranáři po předání pacienta do nemocniční péče nemají dále žádné informace o vývoji pacientova stavu. Záchranáři často při snaze o záchranu pacientova života, nebo snaze o eliminaci následků zranění vynaloží značné úsilí a dělají vše, co je v jejich silách. Výsledky své práce, ať pozitivní či negativní již ale z perspektivy delší, než je transport do příslušné nemocniční péče nevidí. Nevidí úspěchy svého snažení, což může být do značné míry demotivující a frustrující. (Koudela, 2007)

Mezi léty 2003-2005 probíhal výzkum MUDr. Šeblové a PhDr. Kebzy, CSc., který se mimo jiné zabýval stresovými faktory, které na záchranáře působí a také mírou intenzity, jak jsou faktory samotnými záchranáři vnímány. Na prvním místě, a to jak v četnosti, tak také v intenzitě působení byla podle očekávání již výše zmíněná smrt dítěte nebo mladého člověka, jako druhý nejčastější záchranáři uváděli hromadné nehody. Zajímavé je obsazení třetí příčky a to vztahy na pracovišti a pracovním přetížením. Vysokou pozici obsadila také rizika práce, konkrétně napadení záchranářů, s kterým se již setkalo celým 53% z nich. Další příčky patřili těmto aspektům, zneužití záchranné služby pacienty, finanční ohodnocení, společenská prestiž, vysoká míra odpovědnosti. Záchranáři měli možnost vyjádřit se i k pozitivním hlediskům své práce, kdy nejčastěji jmenovaná byla pomoc lidem, zajímavost a pestrost práce, kolektiv na pracovišti. (Šeblová – Kebza, 2005)

Náročných situací a stresujících faktorů, které musí záchranáři řešit je mnoho. V podstatě na každém kroku je nějaký takový jev provází. Proto je jejich práce velmi náročná. Stresové faktory ale sami o sobě nejsou tak důležité, jak by se mohlo zdát. Možná ještě důležitější roli v tom, jak se stres na psychice záchranáře podepíše, hraje jeho vlastní osobnost. To, jak je jedinec vůči různým událostem odolný, jak byla samotná situace právě jím subjektivně vnímána, jak silné emoce v něm vzbuzovala a jak je dokázal zpracovat.

4.4 Následky stresu u zdravotnických záchranářů

Psychickou zátěž a stres nelze obecně považovat za špatný a škodlivý jev. Jistá míra stresu je velmi důležitá pro správný vývoj organismu. Překonávání překážek patří k životu každého jedince, vede k utužování organismu po všech stránkách a k jeho adaptaci, buď přizpůsobením se, nebo přetvářením a přizpůsobováním si okolí. Překonávání překážek je zdrojem uspokojení, sebevědomí jedince a jeho víry ve vlastní síly a schopnosti.

Ve chvíli, kdy se ale překážky a obtíže stanou neúměrně velkými vzhledem k možnostem a silám konkrétního jedince, může se adaptační systém hroutit. Na jedince působí „negativní“ stres, který má nepříznivé účinky na chování jedince, jeho prožívání a zdravotní stav. Jaké překážky, či jaká míra náročných situací je ještě únosná a jaká je již škodlivá nelze jednoznačně říci. Vždy záleží na osobnosti, zkušenostech konkrétního jedince a jeho míře odolnosti vůči zátěži. (Jobánková a kol., 1996)

Jak vyplývá ze zahraničních studií, právě pro osobnost záchranářů jsou typické rysy, které pozitivně přispívají ke zvládnutí vypjatých situací. Mezi osobnostní charakteristiky záchranářů, se totiž řadí vysoká odolnost vůči zátěži, ochota podstoupit vysoké riziko a silná orientace na činnost. Díky opakovanému vystavení zátěžovým situacím a jejich úspěšnému zvládnutí postupně dochází ke snížení náročnosti stresové situace a následné efektivní adaptaci. Přesto se ani záchranářům negativní následky stresu a náročných situací nevyhnu. Problém velmi často nastává ve chvíli, kdy se postupně nakumulují účinky stresu z různých oblastí života, pracovní stres, rodinné problémy, ekonomická situace, atd. (Šeblová – Kebza, 2005)

Pokud se budeme zabývat reakcemi na stres z hlediska jejich délky. Platí pro zdravotnické záchranáře, že problém většinou nenastává v rovině krátkodobých, akutních reakcí. Díky svým osobnostním charakteristikám, odbornému výcviku a předchozím zkušenostem mají vyvinuté dobré mechanismy, jak akutnímu stresu čelit. Častějším a závažnějším jevem jsou reakce na dlouhodobý stres. Problém se zvládnutím náročných situací nastává zejména v době, kdy záchranář danou situaci neumí vyřešit, popřípadě se náročných situací nahromadí větší množství, než je obvyklé a než může záchranář zvládnout. Kromě dříve zmíněných reakcí jako je nechů chodit do práce, ztráta zájmu, únava a vyčerpání se může u záchranářů rozvinout několik dalších reakcí. Tyto reakce představují již poměrně závažné reakce na stres a neúměrnou zátěž a zahrnují v sobě dopady ve všech složkách osobnosti.

Jednou z dlouhodobých reakcí na stres je tzv. **neproduktivní chování**. Typickým rysem neproduktivního chování je nezáměrnost. Záchranáři si toto své chování často neuvědomují a velmi neradi ho u sebe připouští. Neproduktivní chování je takové, které pacientovi přímo neublíží, svou povahou však vytváří prostředí, které u pacienta může pomoci rozvoji psychického poškození či zpomalit nebo zhoršit průběh léčby. Charakteristickými rysy jsou podávání polopravdivých či nepravdivých informací, zejména za účelem usnadnění si práce, dále pak neochota ke spolupráci, ať již s kolegy či samotným pacientem, projevy nepřátelství, škodolibost, nesdílnost a uzavřenost, neproduktivní utěšování, úřední tón a strohá věcnost. (Jobánková a kol., 1996) Zpočátku záchranáři obvykle takto přistupují k pacientům, kteří jsou nějakým způsobem problémový, nesympatičtí, nepříjemní. Pokud však nedojde k vyřešení záchranářových problémů, stres se prohlubuje a neproduktivní chování je uplatňováno vůči všem pacientům.

Další stav, který se u záchranářů může ve vážných případech rozvinout, je **posttraumatická stresová porucha (PSTP)**. Jak již bylo zmíněno dříve, jedná se o duševní poruchu, která vzniká po silných traumatických událostech, které ohrožují život či integritu jedince. Postižený mohl být jak přímým účastníkem události, tak pouze přihlížejícím. (Praško, 2005 [online]) Hromadné neštěstí, dopravní nehoda či další katastrofy, které patří k hlavním příčinám rozvoje PSTP patří k práci záchranářů, a proto se s nimi setkávají častěji než ostatní. Při takové události se navíc nemohou spoléhat, že jim někdo pomůže, protože právě oni jsou ti, kdo mají pomáhat ostatním. Pokud se u záchranáře PSTP rozvine, je to závažný důsledek nejen z hlediska jeho osobního zdraví, které je silně narušeno a musí podstoupit dlouhodobou náročnou léčbu, ale také z hlediska povolání, které vykonává. Pokud se u něj PSTP vyvíjí, ale dosud nebyl odhalen, záchranář může svým chováním ohrozit i zdraví pacienta. V důsledku toho, že sám není v pořádku, může zanedbat léčbu, podat špatné léky, neprovést patřičné úkony, nesoustředit se na výkon povolání, atd. Přesto, že z hlediska osobnostních dispozic záchranáři představují velmi silné a odolné jedince, i u nich je důležité mít na paměti možnost rozvoje PSTP a snažit se jim různými technikami pomoci prožité situace lépe zvládat a čelit jim.

Nejvíce diskutovaným, nejrozšířenějším a také nejzávažnějším důsledkem nadměrné psychické zátěže, který postihuje záchranáře je **syndrom vyhoření**. Syndrom vyhoření se nejčastěji vyskytuje u tzv. pomáhajících profesí a osob pracujících s druhými lidmi, proto jsou právě záchranáři natolik ohroženi jeho hrozbou. Na rozvoji syndromu

vyhoření se podílí nejen druh vykonávané profese, ale i osobnost jedince a sociální faktory. (Koudela, 2006) Jak již bylo mnohokrát uvedeno, z hlediska osobnosti jsou záchranáři vůči stresu a jeho důsledkům odolní, z hlediska povolání naopak představují skupinu rizikovou. Proto je v jejich případě nutné nezapomínat na sociální faktory jako je klima na pracovišti, opora od nadřízených a kolegů, zájem i o jiné než pracovní povinnosti, pěstování různých sportů a dalších zájmů.

Syndrom vyhoření se často rozvíjí již v několika prvních letech výkonu povolání. Přičemž první roky jsou z hlediska práce záchranáře nejnáročnější a nejrizikovější. Záchranářství je pro mladé lidi atraktivním oborem. Již při studiích se situují do rolí novodobých hrdinů. Představují si povolání záchranáře jako jeden velký adrenalin, neustálou akci, při které zachraňují životy druhých v těch nejnapínavějších situacích. O to větší je potom zklamání, když zjistí, že realita je jiná. Většina výjezdů záchranných služeb směřuje ke starým nemocným lidem nebo k méně závažným případům. Nedochozí tak k naplnění představ, které mají, práce jim připadá nudná, až zbytečná. (Měrtllová, 2011) V takové chvíli může i silná osobnost dojít na pokraj svých sil a tzv. „vyhořet“. Zejména pokud se k aktuálnímu stavu jedince přidají další stresory a tlaky, rozvíjí se syndrom vyhoření velmi snadno.

Syndrom vyhoření je nejdiskutovanější a možná nejzávažnějším možným následkem stresu u záchranářů. Jeho závažnost spočívá zejména v tom, že z jedné strany je narušeno psychické zdraví záchranářů, které vede ke změnám chování a může ohrozit i zdraví fyzické. Z druhé strany je natolik závažný proto, že v jeho důsledku mohou být ohroženi i pacienti, s kterými se záchranáři dostávají do styku. Apatie, únava a nechť k práci může vést k zanedbání povinností a tím např. nesprávné diagnóze, špatně provedeným léčebným úkonům, neprovedení léčebných úkonů, narušení vztahů s kolegy, což má za následek stupňování nechuti chodit do práce. Syndrom vyhoření v takto pokročilých fázích vyžaduje dlouhodobou odbornou psychoterapeutickou léčbu. Postižený se musí naučit pracovat sám se sebou, umět odpočívat a relaxovat, musí znovu najít ztracenou chuť do života a k práci. Ve vážných případech, kdy není možný návrat dotyčného zpět do náročného zaměstnání, se také doporučuje změnit profesi za nějakou méně exponovanou.

Zasažení pracovníků zdravotnické záchranné služby syndromem vyhoření vyplývá i z výzkumu doktorky Šeblové a jejích kolegů. Výzkum probíhal v několika fázích od roku 2003 do roku 2007. Zkoumaný vzorek respondentů se skládal ze všech 4 složek

pracovníků záchranných služeb, lékaři, záchranáři, řidiči a dispečeri. Syndromem vyhoření se zabývala první a třetí fáze výzkumu. Z celkových výsledků vyplývá, že syndromem vyhoření je zasaženo 19% zkoumaného vzorku. Z toho 15,4 procent trpí počínajícím fází a 3,2% vykazovalo již plně vyvinutý syndrom. Zajímavým bylo zjištění, že nejvíce zasaženou složkou jsou dispečeri. Právě z hlediska velkého procenta zasažených počínajícím syndromem považují autoři výzkumu za důležité zavedení preventivních kurzů a přednášek, aby nedošlo k rozvoji hlubších fází syndromu a tedy i závažnějším následkům. (Šeblová a kol., 2009)

4.5 Psychohygienu zdravotnických záchranářů

Urgentní medicína je obor náročný na psychiku záchranářů. Zhroucený, nešťastný, úzkostný, rozladěný či vyhořelý záchranář nedokáže pacientům pomoci tak, jak by bylo potřeba. Proto by měl být kladen důraz i na péči o vlastní duši. Záchranář musí po celý život rozvíjet prosociální postoje, učit se úctě ke každé lidské bytosti, rozšiřovat své profesionální znalosti. Zároveň ale nemůže pouze rozdávat, musí pečovat i o vlastní duševní zdraví. Potřebuje mít kvalitní zázemí, dobré mezilidské vztahy, umět odpočívat, k tomu mu musí být vlastní také kus zdravého sobectví. (Šimek, 2008)

Péči o psychiku záchranářů bychom mohli rozdělit do dvou kategorií. Do první kategorie spadají techniky, které jsou běžné, a měl by takto o sebe ve své podstatě pečovat každý jedinec. Zařadit bychom sem mohli např. různé relaxační metody, autogenní trénink, koníčky, pozitivní myšlení. Druhou kategorií, jsou techniky přímo spojené s profesí záchranáře, jako např. CISM systém.

Při snaze bojovat se stresem, odolávat mu, by měly být strategie zaměřené jak na snahu snížit míru stresové zátěže, tak také na posílení jedince, zvýšení jeho odolnosti vůči stresu neboli resilienci. Vzhledem k tomu, že v práci záchranáře vychází největší stresová zátěž přímo z charakteristiky samotné profese a náplně práce, můžeme psychickou zátěž eliminovat jen minimálně, proto se zaměříme zejména na techniky vedoucí k posílení odolnosti jedince.

Relaxace je základní metodou, kterou můžeme uvolňovat jakékoliv každodenní napětí. Má mnoho podob. Relaxovat můžeme procházkou v přírodě, neúčinnější je procházka v lese mimo civilizaci. Pokud tato možnost není, postačí i procházka ve městě v parku. Nejdůležitější je, aby člověk na nic nemyslel, vnímal jen ticho a klid přírody, její

krásy a harmonii. Jedinec by si neměl dávat žádné cíle, kam až musí dojít, v jakém časovém intervalu. Spíše by měl jít klidnou chůzí, kam se mu bude chtít. Procházka by měla trvat alespoň třicet minut. Ještě účinnější bude v případě, že se stane pravidelnou součástí života a ne jen výjimečnou aktivitou. Při procházce, ale i jindy můžeme relaxaci stupňovat pomocí dýchání. Soustředit se na jednotlivé nádechy a výdechy, dýchat zhluboka a využívat nejen dýchání hrudní, ale i brániční a klíčkové.

Existují i propracovanější relaxační techniky jako autogenní relaxační trénink profesora Schultze, který je založena na postupném uvolňování celého těla a vnitřní sugesci, uvolňování částí těla podle profesora Reicha nebo Jacobsonova progresivní relaxace. Tyto metody jsou však mnohem náročnější a vyžadují dlouhodobý nácvik. Relaxaci a uvolnění přináší i jakákoliv jiná pohybová aktivita, kterou provozujeme dobrovolně a s radostí. Proto je tolik důležité věnovat se i osobním zálibám, koníčkům a provozovat různé sporty.

V posledních letech zavádí některé zdravotnické záchranné služby pro své zaměstnance různé preventivní techniky. Z USA se k nám pomalu rozšiřuje tzv. CISM systém. Je to systém preventivních a relaxačních technik, zejména tzv. defusingu a debriefingu. Nejjednodušší technikou, která nemusí být ani nijak profesionálně vedena je „defusing“ neboli uvolňovací rozhovor. Jedná se o neformální techniku, kdy skupina účastníků nějaké traumatické situace společně vede rozhovor. Sdělují si své dojmy, emoce, zkušenosti. Jeho cílem je projevení emocí a tím jejich uvolnění a lepší zpracování. „Debriefing“ je již technika vedená odborníkem. Uskutečňuje se po náročné zásahové akci. Specialista vede s účastníky řízený rozhovor, který se skládá z přesně daných kroků. Cílem je pomoci zúčastněným zpracovat prožitou událost a nahromaděné emoce, čímž předchází vzniku posttraumatické stresové poruchy. Je považován za jednu z nejefektivnějších metod, která pomáhá předcházet různým traumatům a psychickým poruchám. (Vykopalová, 2003)

Nejdůležitějším a nejpřínosnějším rysem obou technik, je snaha o zpracování, uvolnění nahromaděných emocí po náročné zkušenosti, neboť právě tlak emocí je jednou z nejzávažnějších příčin vzniku vnitřního vypětí a následně rozvoje psychických poškození spojených se stresem.

MUDr. Šeblová společně se svými kolegy, MUDr. Vignerovou, MUDr. Čepickou a MUDr. Kebzou patří mezi první, kteří u nás systém CISM a preventivní techniky

syndromu vyhoření a dalších následků stresu zavádějí. V rámci svého, již výše zmíněného, výzkumu, takto reagovali na výsledky vysoké míry zasažení syndromem vyhoření. Nejprve byly přednášky a kurzy pořádány pouze v rámci Středočeského kraje. Přesto, že se účast na přednáškách a kurzech ve výzkumu na míře zasažení stresem příliš neprojevila, většina účastníků tyto aktivity hodnotila velmi pozitivně a považují je za důležité a přínosné. Pravděpodobné je, že preventivní techniky se projeví až v dlouhodobém časovém měřítku.

Tak jako je nezpochybnitelná vysoká exponovanost profese záchranářů a její psychická náročnost, jsou důležité i všechny techniky a snahy, které záchranářům pomáhají se s náročnými situacemi vyrovnat a udržet si psychické zdraví a pohodu. Relaxační, preventivní i intervenční techniky jsou důležité pro samotné záchranáře také proto, aby si vůbec uvědomili, že mají možnost, jak zvyšovat svou odolnost, vyrovnat se se stresem a také jeho příznaky včas rozpoznat. Duševní zdraví a pohoda je důležitá nejen pro samotné záchranáře, ale i pro jejich kolegy a pacienty, neboť představují nezbytný předpoklad pro správný výkon této profese.

PRAKTICKÁ ČÁST

1 Cíle výzkumu

Cílem dotazníkového šetření bylo zjistit míru stresové zátěže, která působí na pracovníky zdravotnické záchranné služby. Hlavní pozornost byla věnována otázce, zda se u této skupiny, vzhledem ke zvýšeným rizikům stresové zátěže, opravdu vyšší míra zasažení stresu vyskytuje. Dále byla pozornost věnována tomu, v jakých rovinách jsou záchranáři zasaženi, popřípadě ohroženi nejvíce. V rámci těchto základních otázek byly také sledovány rozdíly mezi muži a ženami a mezi jednotlivými věkovými kategoriemi. Cílem toho bylo zjistit, zda existují mezi pohlavími a mezi jednotlivými věkovými skupinami rozdíly, a tudíž zda jsou muži nebo ženy více náchylnější ke stresu, či jedinci mladší nebo starší.

2 Metodika výzkumu

Výzkum byl prováděn pomocí dotazníku převzatého z knihy Kellera a Henniga: Antistresový program pro učitele. Dotazník je vytvořen s ohledem na projevy stresu v jednotlivých oblastech člověka, kognitivní, emocionální, tělesné a sociální. Jako nejvhodnější byl vybrán právě proto, že zohledňuje všechny oblasti a umožňuje jejich jednotlivé vyhodnocení.

Vzhledem k tomu, že dotazník byl vytvořen pro učitele, byly jednotlivé otázky upraveny pro potřeby tohoto výzkumu a pro zkoumaný vzorek zdravotnických záchranářů.

Dotazník byl uzavřený. Skládal se z 24 výroků, přičemž respondenti měli vždy na výběr pět možných odpovědí. Možnosti byly stále stejné a označovaly, do jaké míry respondent souhlasí s daným výrokem. Na výběr byly odpovědi: *vždy*, *často*, *někdy*, *zřídka*, *nikdy*. Podle toho do archu zaznamenávali jednotlivé hodnoty „body“ které odpovídaly zvolené odpovědi, např. odpovědi *vždy* odpovídalo číslo 5, odpovědi *často* 4, *někdy* 3, *zřídka* 2 a *nikdy* 1.

Navíc byly do dotazníku ještě přidány otázky na pohlaví jedince a jeho věk, aby bylo možné porovnávat výsledné hodnoty stresové zátěže mezi pohlavími a také sledovat případné změny u jednotlivých věkových kategorií.

3 Charakteristika zkoumaného vzorku

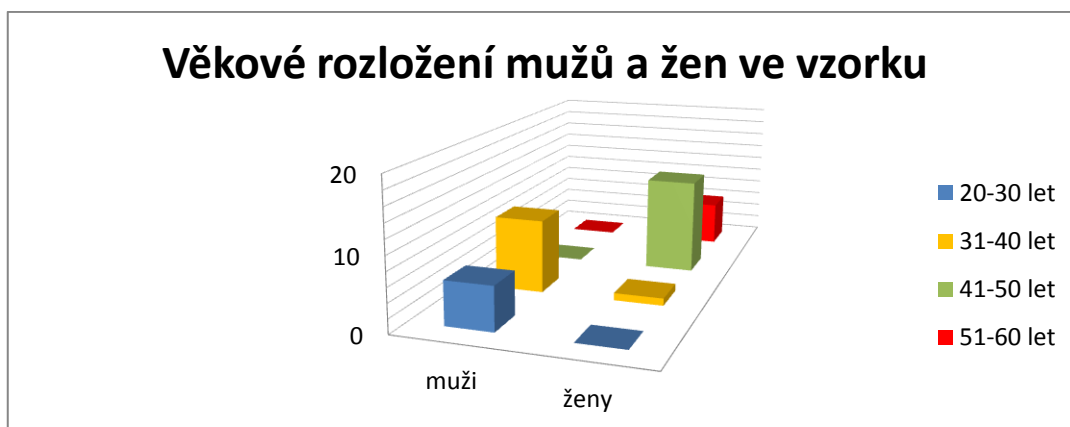
Výzkumu se zúčastnilo celkem 36 respondentů. Všichni respondenti pracují u zdravotnické záchranné služby na plný úvazek více než 1 rok a pracují na pozicích záchranář/ka, řidič nebo řidič-záchranář. Výzkumu se zúčastnilo celkem 20 žen a 16 mužů. Zajímavý efekt nastal ve věkovém rozložení. Ve vzorku se totiž projevil trend záchranných služeb. Muži dříve o práci u zdravotnické záchranné služby neměli zájem. Přijímány tak byly téměř výhradně ženy. V dnešní době se však pro muže jeví pozice u záchranné služby mnohem lákavější. Vedení záchranných služeb navíc muže, vzhledem k fyzické náročnosti profese, preferuje. Proto došlo k tomu, že věkovou kategorií 20-40 let tvoří muži a věkovou kategorií 41-60 let ženy, jedinou výjimkou je jedna žena, která spadá do kategorie 31-40 let.

Zkoumaný vzorek tvořili zaměstnanci Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje, a to zejména z jejích oblastních středisek ve Strakonících a Blatné. Vzhledem k tomu, že někdy dochází ke střídání zaměstnanců na různých výjezdových stanovištích, není možné konkrétní oblastní střediska, na nichž respondenti působí, blíže specifikovat.

Věkové rozložení respondentů

	Muži	Ženy	Celkem	Celkem %
20-30 let	6	0	6	17%
31-40 let	10	1	11	30%
41-50 let	0	13	13	36%
51-60 let	0	6	6	17%
			36	100%

Zdroj: vlastní zpracování



Zdroj: vlastní zpracování

4 Interpretace výsledků

4.1 Vyhodnocení jednotlivých rovin stresové reakce

4.1.1 Kognitivní rovina

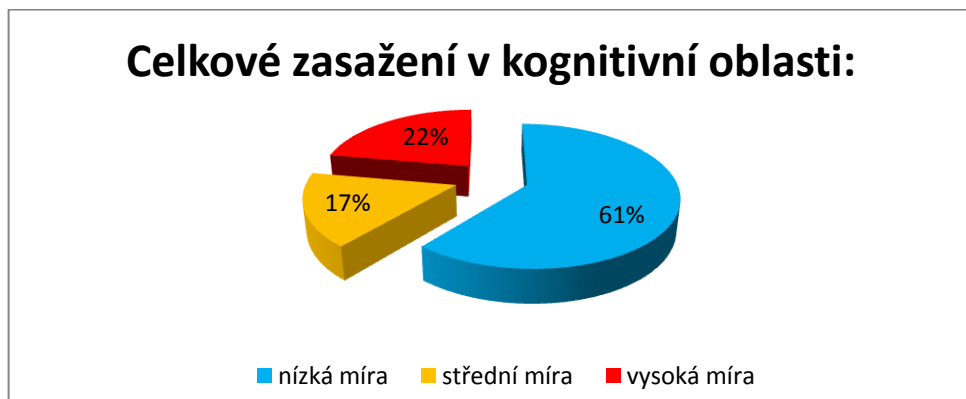
Kognitivní rovinou se zabývaly výroky číslo:

1. *Obtížně se soustřeďuji.*
5. *Pochybuji o svých profesionálních schopnostech.*
9. *Jsem zapomnětlivý/á.*
13. *Můj odborný růst a zájem o obor zaostává.*
17. *Aktivitu v zaměstnání omezují pouze na plnění nutných povinností.*
21. *Hrozí mi nebezpečí, že ztratím zájem o dění v oboru.*

Celkové zasažení v kognitivní oblasti

Míra zasažení	Počet
nízká míra	22
střední míra	6
vysoká míra	8

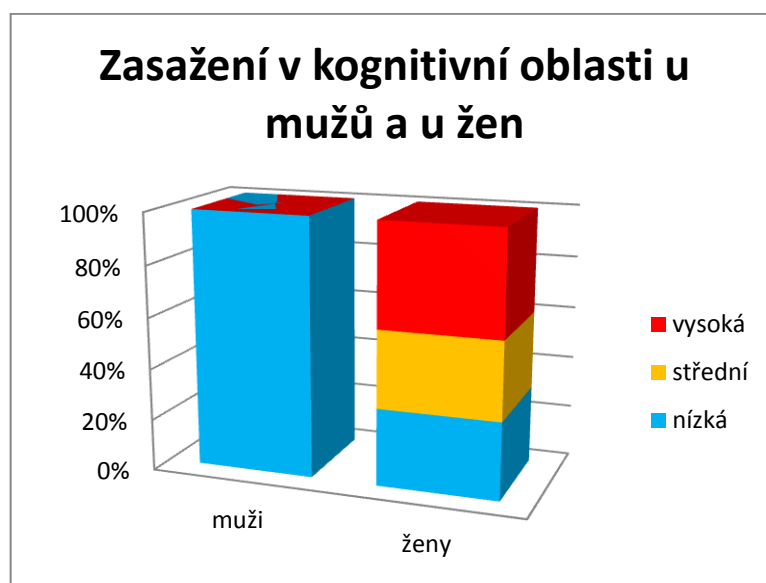
Zdroj: vlastní zpracování



Zdroj: vlastní zpracování

Kognitivní oblast		
Míra zasažení	Muži	Ženy
nízká	16	6
střední	0	6
vysoká	0	8

Zdroj: vlastní zpracování



Zdroj: vlastní zpracování

Kognitivní oblast v sobě zahrnuje zejména myšlení, paměť a představy. Proto se stres v této rovině projevuje zhoršenou koncentrací, ztrátou pozornosti. Narušená je i paměť. V myšlení se stres projevuje problémy při řešení úkolů, narůstají chyby v řešení problémů a při vykonávání určitých činností. Celkově se snižuje schopnost analyzovat a správně hodnotit danou situaci.

Z celkového počtu respondentů je více jak polovina, 61%, zasažena stresem jen mírně, což by se mohlo jevit jako pozitivní. Při detailnějším pohledu na výsledky je vidět, že natolik příznivé nejsou. Téměř čtvrtina respondentů, 22%, se totiž nachází v kategorii vysokého zasažení stresem. Což je číslo poměrně alarmující.

Výrazné rozdíly lze pozorovat mezi výsledky u mužů a u žen. 100% mužů nevykazuje téměř žádné zasažení stresem. Mírné projevy stresu můžeme pozorovat pouze

u sníženého sebevědomí a drobného narušení paměti. Přibližně 10% respondentů pocítuje pochybnosti o svých profesionálních dovednostech a u přibližně 60% se objevila občasná zapomnětlivost.

Ženy jsou v kognitivní oblasti stresem narušeny více než muži. Jednotlivé fáze zasažení jsou téměř vyrovnané. Převládá ale vysoká míra zasažení, což je alarmující zjištění. Ženy mají stejně jako muži největší problémy se zapomnětlivostí a sníženým sebevědomím v profesionální oblasti. Oproti mužům jsou však u žen tyto projevy výraznější. Navíc se u žen vyskytují problémy s koncentrací a celkově snížená aktivita, zejména u pracovních povinností.

4.1.2 Emocionální rovina

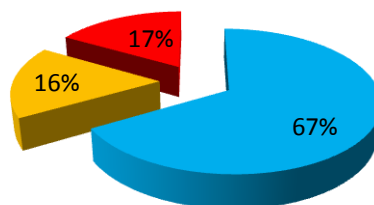
Na zhodnocení emocionální roviny byly zaměřeny tvrzení číslo:

- 2. Nedokážu se radovat ze své práce.*
- 6. Jsem sklíčený/á.*
- 10. V konfliktních situacích na pracovišti se cítím bezmocný.*
- 14. Jsem vnitřně neklidný/á, nervózní.*
- 18. Trpím nedostatkem uznání a ocenění.*
- 22. Cítím se ustrašený/á*

<u>Celkové zasažení v emocionální oblasti</u>	
Míra zasažení	Počet
nízká míra	24
střední míra	6
vysoká míra	6

Zdroj: vlastní zpracování

Celkové zasažení v emocionální oblasti



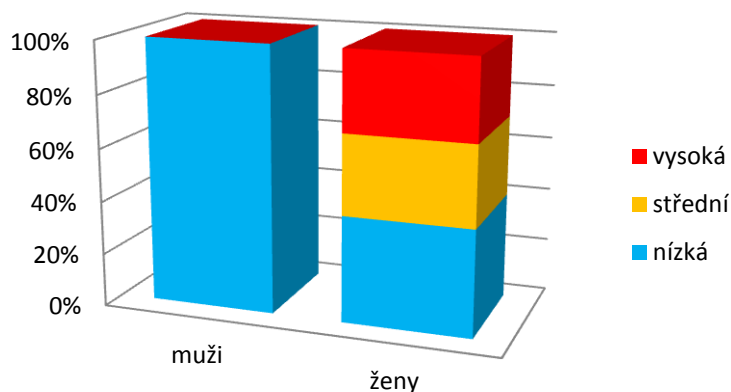
■ nízká míra ■ střední míra ■ vysoká míra

Zdroj: vlastní zpracování

<u>Emocionální oblast</u>		
Míra zasažení	Muži	Ženy
nízká	16	8
střední	0	6
vysoká	0	6

Zdroj: vlastní zpracování

Zasažení v emocionální oblasti u mužů a u žen



Zdroj: vlastní zpracování

V emocionální rovině se stres projevuje především převládáním negativních pocitů, skleslostí, sklíčeností, rozmrzelostí, změnami nálad, strachem. Častá je netrpělivost, nervozita. Mohou se objevovat až deprese a komplexy méněcennosti. Jedinci mají problém s duševním i tělesným odpočinkem, který se většinou nedaří a úleva nepřichází.

V emocionální rovině můžeme pozorovat celkově menší míru zasažení stresem a jeho projevů, než u předchozí, kognitivní roviny. Rozdíly však nejsou nijak výrazné. Mírnou stresovou zátěží je postiženo téměř 70 % respondentů. Rozložení u střední a vysoké úrovně zasažení stresem je téměř shodné, 16 % a 17 %. V emocionální rovině tak můžeme pozorovat, že u jedinců se opět projevuje vyšší výskyt příznaků stresu. Jejich závažnost je však o něco menší, než v rovině kognitivní.

Zajímavé rozdíly nalezneme, pokud porovnáme muže a ženy. Zjistíme, že u mužů se zvýšené příznaky stresu téměř nevyskytují. Všichni muži se nacházejí v rovině nízkého zasažení stresem. Mírně zvýšené projevy stresu můžeme pozorovat v pocitech nechuti k práci a neschopnosti se ze své práce radovat. Přesto, že příznaky jsou opravdu jen mírné, neměly by být zanedbány, neboť nechuť k práci a neschopnost se z ní radovat úzce souvisí s rizikem syndromu vyhoření. Zajímavým poznatkem byl pocit nedostatečného uznání a ocenění vykonané práce, který se objevil téměř u 80 % mužů.

U žen se na rozdíl od mužů výrazně projevilo zasažení stresem. Pouze přibližně třetina žen je zasažena jen mírně, zatímco dvě třetiny jsou zasaženy středně až velmi výrazně. Ženy, se tak jeví mnohem náchylnější ke stresu, než muži. Nejvýraznější projevy stresu nacházíme stejně jako u mužů v pocitech nechuti k práci, ztrátě radosti z profese, nedostatku uznání a ocenění. Opět jsou zde projevy závažnější a negativní emoce silnější, než u mužů. Ženy navíc pociťují silný neklid, nervozitu a dokonce se u většiny objevuje i bezmoc, zejména při konfliktních situacích.

4.1.3 Tělesná rovina

Tělesnou oblast mapovaly výroky č.:

3. Připadám si fyzicky „vyždímaný/á“

7. Jsem náchylný/á k nemocem

11. Mám problémy se srdcem, dýcháním apod.

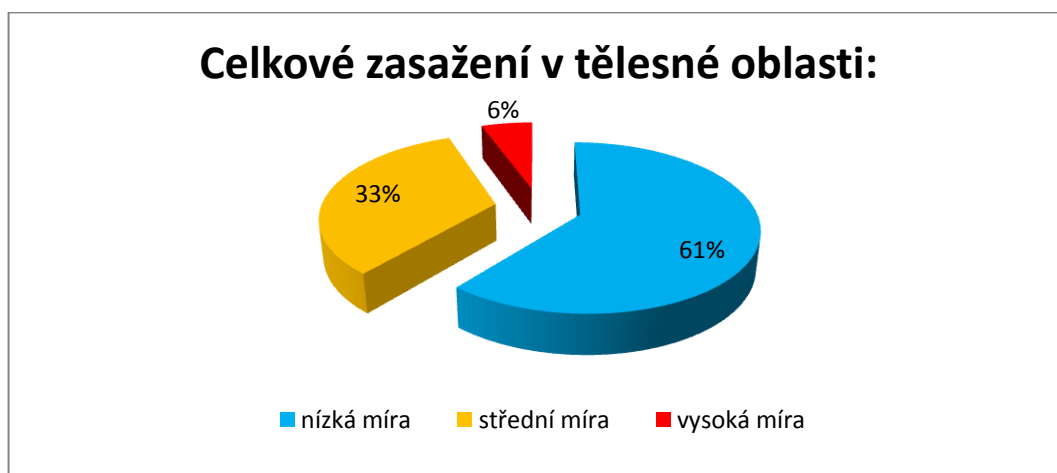
15. Cítím tělesné napětí

19. Trápí mě poruchy spánku

23. Trpím bolestmi hlavy.

Celkové zasažení v tělesné oblasti	
Míra zasažení	Počet
nízká míra	22
střední míra	12
vysoká míra	2

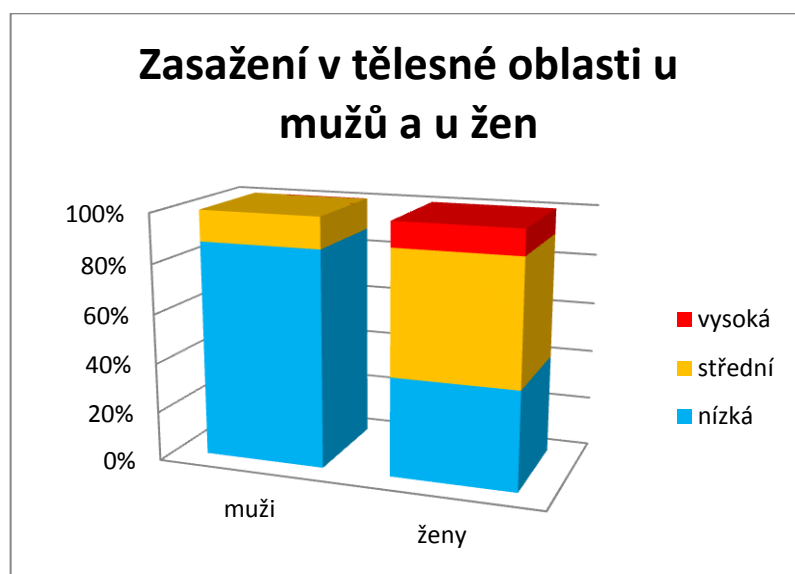
Zdroj: vlastní zpracování



Zdroj: vlastní zpracování

Tělesná oblast		
Míra zasažení	Muži	Ženy
nízká	14	8
střední	2	10
vysoká	0	2

Zdroj: vlastní zpracování



Zdroj: vlastní zpracování

V tělesné oblasti můžeme projevy stresu pozorovat na mnoha symptomech. Nejvýraznější bývá výskyt psychosomatických onemocnění, problémy se spánkem, větší náchylnost k nemocem, zvýšený krevní tlak, bušení srdce. Častá je nadměrná únava, bolesti zad, ztuhlost šije. Obvykle se vyskytují i střevní potíže, bolesti žaludku.

V tělesné oblasti byly přibližně u poloviny respondentů pozorovány minimální projevy stresu, tedy nízká úroveň zasažení. Výraznější změny můžeme pozorovat ve vyšších stupních zasažení. Předchozí, kognitivní a emocionální oblast, byly ve vyšších stupních zasažení stresem přibližně vyrovnané. U tělesné oblasti tomu tak není. Zde můžeme pozorovat větší počet jedinců středně zasažených a pouze malé procento jedinců s nejvýraznějšími a nejhoršími příznaky.

Ke změnám dochází i při porovnání mužů a žen. U necelých 20% mužů se objevuje střední úroveň zasažení stresem. Ve fyzické oblasti jsou tedy muži více zasaženi, než v předchozích oblastech. U žen naopak zasažení mírně klesá. Nejvíce se vyskytuje střední míra zasažení stresem. Vysokou zátěž můžeme pozorovat jen u velmi malého procenta žen. Možnou příčinou nárůstu projevů stresu a mužů a naopak poklesu u žen, by mohlo být vnímání této roviny u obou pohlaví. Muži přikládají tělesné rovině větší váhu, zatímco ženy jsou zaměřeny spíše emocionálně.

Nejvýraznější projevy stresu můžeme u mužů pozorovat na tělesné kondici, 70% respondentů si připadá unavených, až zcela vyčerpaných. Ve větší míře se vyskytují bolesti hlavy. Bolesti hlavy se ve zvýšené míře vyskytují i u žen. Oproti mužům není tolik výrazný pocit fyzického vyčerpání. Převládají spíše pocity vnitřního tělesného napětí a také problémy se spánkem.

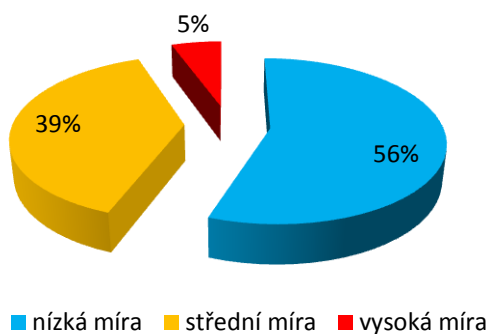
4.1.4 Sociální rovina

Poslední kategorií byla oblast sociální. Projevy stresu v této oblasti byly vyhodnocovány na základě výroků č.:

- 4. Nemám chuť pomáhat problémovým pacientům*
- 8. Pokud je to možné, vyhýbám se odborným rozhovorům s kolegy.*
- 12. Frustrace z práce narušuje mé soukromé vztahy.*
- 16. Vyjadřuji se posměšně o pacientech.*
- 20. Můj zájem o pěstování ušlechtilých koníčků zaostává.*
- 24. Pokud je to možné, vyhýbám se rozhovorům s kolegy.*

<u>Celkové zasažení v sociální oblasti</u>	
Míra zasažení	Počet
nízká míra	20
střední míra	14
vysoká míra	2
Zdroj: vlastní zpracování	

Celkové zasažení v sociální oblasti:

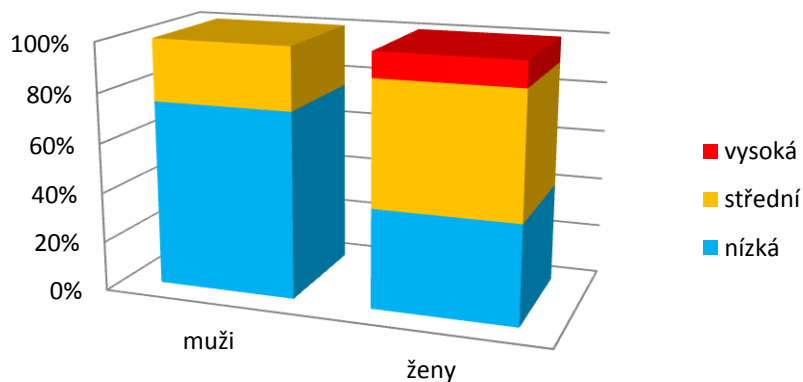


Zdroj: vlastní zpracování

<u>Sociální oblast</u>		
Míra zasažení	Muži	Ženy
Nízká	12	8
Střední	4	10
Vysoká	0	2

Zdroj: vlastní zpracování

Zasažení v sociální oblasti u mužů a u žen



Zdroj: vlastní zpracování

Narušení sociální oblasti se projevuje zejména v chování a poškozených vztazích s okolím. Narůstají konflikty, mizí veškeré nadšení pro kontakt s druhými, které může vést až k vyhýbání se druhým. S tím souvisí i vyšší pracovní absence. Vyskytují se problémy v komunikaci, jako je zadržávání, neschopnost souvislého projevu. Jedinci mívají sklony k podezírání a obviňování druhých.

V celkových výsledcích můžeme sledovat podobný vývoj jako v tělesné oblasti. Nejvyšší podíl jedinců zahrnuje oblast jen nízkého zasažení stresem. Minimální procento se nachází v oblasti vysokého zasažení stresem. Výrazná je ale skupina projevující známky střední míry zátěže, kterou tvoří téměř 40% všech respondentů.

Sociální oblast je nejvíce zasaženou rovinou u mužů. Přesto, že většina známky zvýšené stresové zátěže téměř nevykazuje. Celá ¼ vykazuje známky středního zasažení stresem, což je oproti ostatním rovinám poměrně výrazný nárůst. Nejvýraznější projevy stresu můžeme pozorovat v oblastech, které úzce souvisí s profesionalitou jedinců. Velká část mužů uvádí nechuť pomáhat problémovým pacientům, u některých se dokonce objevuje i posměšné vyjadřování o pacientech. Stres u mužů se projevuje i v oblasti osobních zájmů. Zájmy a koníčky ustupují a je jim věnována stále menší část volného času.

U žen můžeme pozorovat podobné rozložení výskytu stresu jako u mužů. Nejvíce žen je zasaženo střední mírou stresu. Na rozdíl od mužů však přibližně 10% žen vykazuje známky vysokého zasažení stresem. U žen se vyskytují jiné projevy stresu než u mužů. Mnohem výraznější je omezování kontaktů s okolím, vyhýbání se ostatním lidem a omezování rozhovorů na pracovišti, ať již odborných či neoborných. U přibližně 40% žen se dokonce objevilo narušení osobních vztahů z důvodu frustrace vyvolané pracovními povinnostmi. Takovéto výrazné projevy by mohly evokovat i možný výskyt či počáteční stadia syndromu vyhoření.

4.2 Shrnutí výsledků

Na základě celkových výsledků lze říci, že skupina zdravotnických záchranářů není tak extrémně zasažena stresem, jak by mohlo být předpokládáno na základě stresových faktorů, které na ně působí. Zdravotničtí záchranáři se tak jeví jako jedinci se zvýšenou odolností vůči stresu a osobnostními charakteristikami, které zvýšenou odolnost podporují.

Výsledky výzkumu se tak shodují s předpoklady některých autorů, kteří se tímto problémem zabývají.

Přesto míra stresové zátěže není zanedbatelná. Oproti výsledkům ostatních, méně exponovaných skupin, je stresová zátěž o dost vyšší a tím i vyšší riziko syndromu vyhoření. Ve všech oblastech se u přibližně poloviny respondentů jeví známky střední až vysoké stresové zátěže. Nejhuře jsou zasaženy oblasti kognitivní a emotivní. Obě oblasti úzce souvisí s nejnáročnějšími aspekty povolání záchranáře. Na záchranáře jsou kladeny vysoké požadavky z hlediska ovládnutí emocí a jejich prožívání. Vysokou zátěž také představuje nutnost rychlého rozhodování a řešení náročných, neustále se měnících situací. Třetí nejvíce zasaženou oblastí byla sociální rovina, což opět koresponduje s faktem, že záchranář pracuje s lidmi, zejména s těmi, kteří se nachází ve špatném zdravotním stavu.

Pokud se zaměříme zvláště na muže a ženy, muži se jeví jednoznačně méně zasaženi stresem než ženy. U mužů se vůbec nevyskytla vysoká míra stresové zátěže. Střední míra zátěže se vyskytla pouze v tělesné a sociální oblasti. V sociální oblasti závažnější projevy stresu vykazuje celá čtvrtina mužů. V oblasti kognitivní a emotivní se všichni muži nacházejí v rovině nízké míry zátěže, což je poměrně překvapující jev. Vzhledem k charakteristice pracovní náplně a povaze stresorů, které na jedince působí, se očekávalo, že právě emotivní oblast bude nejrizikovější a jedinci by právě zde měli vykazovat nejvyšší míru zátěže.

U žen se naopak ve všech oblastech vyskytovaly všechny stupně stresové zátěže. Největší míra zátěže se vyskytovala v kognitivní oblasti. U celých 40% žen se vyskytují znaky vysoké zátěže, a u 30% žen zátěže střední, což jsou velmi vysoká čísla. Druhou nejvíce zasaženou oblastí byla rovina emotivní, jak bylo také očekáváno. Střední a vysokou mírou stresu je zasaženo shodně 30% žen. V oblasti sociální a tělesné nejsou již výsledky tolik alarmující, přesto se většina žen pohybuje mimo mírnou zátěž. Ženy jsou tak oproti mužům zasaženy velmi výrazně. Stresové projevy jsou závažnější a na základě výsledků lze předpokládat, že některé z nich by mohly být zasaženy syndromem vyhoření.

Míra stresové zátěže, která byla zjištěna, odpovídá spíše předpokládaným výsledkům v kategorii žen. Vzhledem k tomu, že práce záchranáře je hodnocena jako velmi náročná, předpokládaly jsme také zvýšenou míru zátěže, která se v kategorii žen jasně projevila. Zajímavým zjištěním jsou však výrazné rozdíly v míře zátěže u mužů a

žen. Poměrně nízké zasažení mužů a naopak vysoké zasažení žen může být způsobeno několika faktory.

Prvním z nich je, že kategorie mužů je tvořena mladšími jedinci než kategorie žen. Ženy jsou tak působení stresu vystaveny po delší období, a proto se stres nyní může více projevovat. Další faktor, který musíme brát v potaz, je možnost ne zcela objektivních odpovědí respondentů. Muži mají obecně tendenci působit statečněji a méně projevovat slabost, proto lze předpokládat, že i zde byly jejich odpovědi podmíněné těmito tendencemi. Ženy jsou založeny více emocionálně než muži. Většina se u pacienta nedokáže naplno oprostít od svých emocí a soucitem s ním, proto si i případy, s nimiž se setkávají, více připouštějí. Muži jsou založeni více pragmaticky. Pacienta dokážou chápat jako případ, který se musí řešit a dokážou se lépe oprostít od emocí a soucitu. Každý nový případ chápou jako výzvu, možnost naučit se něco nového. Proto na ně stres z kritické situace tolik nedoléhá jako na ženy. Samozřejmě je také možné, že někteří muži jsou skutečně odolnější a méně zasaženi stresem než ženy. S největší pravděpodobností zde svou roli sehrály všechny zmíněné faktory. V závěru lze tedy říci, že práce zdravotnických záchranářů je velmi náročná z hlediska celé osobnosti jedince. Lidé, kteří tuto profesi vykonávají, jsou více osobnostně odolní než ostatní, přesto jsou stresem poměrně značně ohroženi. V práci zdravotnického záchranáře je zasažení stresu a případný syndrom vyhoření a to horší, že neohrožuje jen psychické a fyzické zdraví samotného záchranáře, ale i pacienta. Větší riziko zasažení stresu se vyskytuje u žen a jedinců nad 40 let. Proto je důležité, aby sami záchranáři dbali na své duševní zdraví a také aby měli dostatečné opory a možnosti jak odbourávat stres i ve svém zaměstnání.

ZÁVĚR

Cílem této práce bylo hlubší nahlédnutí do problematiky stresové zátěže u zdravotnických záchranářů. Záchranáři jsou bohužel v dnešní době stále ještě považováni za jakési „hrdiny“, kterých se stres nedotýká. Tato práce se proto snaží upozornit na to, že i oni mohou pociťovat stres a být jím zasaženi.

Záchranáři jsou silně stresováni samotnou náplní profese, pro kterou se rozhodli. V celkovém měřítku se však ukázalo, že specifika, která profese obnáší, nepředstavují tak extrémní stresory a rizika, jak by se dalo očekávat. To, že záchranáři tyto stresory velmi dobře snášejí, má několik vysvětlení. Jedním z nich je fakt, že záchranáři se pro tuto profesi sami rozhodli a svým způsobem ji chápou jako „poslání“ a pomoc lidem. Dalším důvodem, proč tomu tak je, je fakt, že s rostoucí zkušeností zdravotnického záchranáře částečně klesá i míra stresovosti dané situace. Poslední zdůvodnění musíme hledat v osobnostních charakteristikách těch, kteří profesi záchranáře vykonávají. Obecně to jsou totiž lidé, kteří disponují vlastnostmi přispívajícími ke zvýšení psychické odolnosti vůči zátěži.

Přesto z práce vyplývá, že jsou záchranáři stresem výrazně ohroženi a bohužel také zasaženi. Přibližně polovina respondentů, kteří se zúčastnili výzkumu, vykazuje zvýšené projevy stresové zátěže. U některých lze dokonce na základě výsledků předpokládat i výskyt syndromu vyhoření. Zvýšená míra stresové zátěže se tedy u zdravotnických záchranářů prokazatelně vyskytuje a má neblahý vliv na psychické i fyzické zdraví záchranářů. Hlavní faktory, které zátěž vyvolávají, ale nemůžeme příliš eliminovat, proto je nutné klást zvýšený důraz na preventivní techniky a duševní hygienu záchranářů. A právě péče o duševní zdraví, která je natolik důležitá, představuje v současné době hlavní problém. Pokud záchranář o své duševní zdraví nedbá sám, neexistuje pro něj v systému zdravotnické záchranné služby téměř žádná opora. Jen několik málo pracovišť v současné době zavádí preventivní a podpůrné techniky. Psychologové působí pouze v rámci hlavního krajského střediska a to jen omezeně. Sami záchranáři by velmi uvítali, kdyby v rámci každého výjezdového stanoviště pracoval psycholog, na kterého by se mohli obrátit. Rozšířit by se měli i kurzy a preventivní techniky, které záchranáře učí bojovat se stresem. Učí je zpracovat emoce spojené s prožitými tragediemi a pečovat o své duševní zdraví.

Péče o duševní zdraví záchranářů je opravdu velmi důležitá a dle mého názoru představuje z hlediska postižení záchranářů stresem hlavní problém, kterým je nutné se zabývat. V závěru tedy nezbývá než doufat, že záchranáři nebudou jako riziková skupina z hlediska stresové zátěže dále opomíjeni. Bude jim věnována taková péče, zejména o jejich duševní zdraví, jakou oni věnují pacientům, kterým zachraňují životy.

Resumé

Bakalářská práce se zabývá stresovou zátěží pracovníků integrovaného záchranného systému, konkrétně zdravotnických záchranářů. V práci jsou objasněny základní termíny z oblasti stresu, faktory, které stres vyvolávají a neurofyzilogické reakce organismu na stres. Definován je pojem duševní zdraví. Dále je charakterizováno období dospělosti z hlediska vývojové psychologie, neboť věkovou kategorií, kterou se práce zabývá, jsou právě dospělí, profesně aktivní jedinci. V práci je také charakterizován integrovaný záchranný systém, přičemž zvýšená pozornost je věnována zdravotnické záchranné službě. Podrobně jsou popsány specifika práce zdravotnických záchranářů a stresory, které s nimi souvisí. Praktická část je založena na dotazníkovém šetření u vzorku zdravotnických záchranářů. Výsledkem výzkumu je zmapování stresové zátěže, která na zdravotnické záchranáře působí, přičemž podrobněji jsou rozebrány jednotlivé oblasti, v kterých se může projevovat.

Summary

This bachelor thesis deals with stress in the workers of the Integrated rescue system, especially the medical rescue workers. In this paper, special terms of stress and factors causing stress and neurophysiologic reactions of the organism to it are clarified. The term of mental health is analyzed. Further, period of adulthood is analyzed from the point of view of the developmental psychology, since the age category of the adult professionally active individuals is in focus of this work. The Integrated rescue system is also characterized in this paper; special attention is paid to the Medical rescue service. Details of work of the medical rescuers and related stressors are specified. The practical part is based on a questionnaire investigating a sample of medical workers. The investigation aimed to plot the stress factors under influence of which the rescuers are. Particular areas and situations in which the stress can occur are analyzed.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Použitá literatura

- 1) BARTŮŇKOVÁ, Staša. *Stres a jeho mechanismy*. 1. vyd. Praha : Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2010, 137 s. ISBN 978-802-4618-746.
- 2) CUNGI, Charly. *Jak zvládnout stres*. 1. vyd. Praha : Portál, 2001, 205 s. ISBN 80-7178-465-6.
- 3) HENNIG, Claudius, KELLER Gustav. *Antistresový program pro učitele: projevy, příčiny a způsoby překonání stresu z povolání*. 1. vyd. Praha : Portál, 1996, 99 s. ISBN 80-717-8093-6.
- 4) HLADKÝ, Aleš. *Zdravotní aspekty zátěže a stresu*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 1993, 173 s.
- 5) HOŠEK, Václav. *Psychologie odolnosti*. 2. vyd. Praha : Karolinum, 2003, 70 s. ISBN 80-718-4889-1.
- 6) JOBÁNKOVÁ, Marta, BOUCHAL Milan, HÁJKOVÁ Jiřina, ŠOPEK Jan. *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*. 3. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví BRNO, 1996, 215 s. ISBN 80-7013-209-4.
- 7) KALLWASS, Angelika. *Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě*. 1. vyd. Praha : Portál, 2007, 139 s. ISBN 978-807-3672-997.
- 8) KOUDELA, Ondřej. *Syndrom vyhoření u pracovníků zdravotnické záchranné služby*. Praha, 2006. Bakalářská práce. Univerzita Karlova. Fakulta sociálních věd. Vedoucí práce Jiří Remr.
- 9) KOUDELA, Ondřej. *Záchranář a jeho práce I.: Stadia vývoje záchranáře v průběhu zaměstnanecké kariéry* Praha. 2007. Absolventská práce. Vyšší odborná škola zdravotnická 5.května Praha.
- 10) KROUPA, Miroslav, ŘÍHA Milan. *Integrovaný záchranný systém*. 4. aktualizované vydání. Praha : ARMEX PUBLISHING s.r.o, 2011, 118 s. ISBN 978-80-87451-01-4.
- 11) KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2010, 119 s. ISBN 978-802-4731-490.

- 12) LANGMEIER, Josef, KREJČÍŘOVÁ Dana. *Vývojová psychologie*. 4. aktualizované vyd. Praha : Grada, 2006, 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
- 13) LAZARUS, Arnold A., LAZARUS Clifford N. *101 strategií jak se nezbláznit v šíleném světě*. 1 vyd. Praha : Portál, 2004, 175 s. ISBN 80-717-8834-1.
- 14) MARTÍNEK, Bohumír, TVRDEK Jan. *Základy integrovaného záchranného systému*. 1. vyd. Praha : Policejní akademie České republiky v Praze, 2010, 169 s. ISBN 978-807-2513-383.
- 15) MĚRTLOVÁ, Taťána. *Psychika zdravotníků na záchranné službě*. Jihlava, 2011. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Vedoucí práce Jana Číhalová.
- 16) MÍČEK, Libor. *Duševní hygiena*. Praha : SPN, 1984, 207 s.
- 17) NOVOTNÁ, Lenka, HŘÍCHOVÁ Miloslava, MIŇHOVÁ Jana. *Vývojová psychologie*. 3. vyd. Plzeň : Západočeská univerzita, 2004, 82 s. ISBN 80-704-3281-0.
- 18) PECHOVÁ, Simona. *PTSD u záchranářů*. Plzeň, 2009. Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni. Vedoucí práce Blanka Šestáková.
- 19) POKORNÝ, Jiří. *Urgentní medicína*. 1. vyd. Praha : Galén, 2004, 547 s. ISBN 80-726-2259-5.
- 20) SELYE, Hans. *Život a stres*. Bratislava : Obzor, 1966, 453 s.
- 21) SCHREIBER, Vratislav. *Lidský stres*. 2., upravené vyd. Praha : Academia, 2000, 106 s. ISBN 80-200-0240-5.
- 22) SMETANA, Marek, KRATOCHVÍLOVÁ Dana. *Integrovaný záchranný systém a jeho složky*. 1. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2007, 134 s. ISBN 978-807-3683-375.
- 23) ŠEBLOVÁ, Jana, KEBZA Vladimír. *Zátěž a stres pracovníků záchranných služeb - výsledky první části studie*. *Urgentní medicína : Časopis pro neodkladnou lékařskou péči*. České Budějovice: MEDIPRAX CB, 2005, č. 1, s. 27-29. ISSN 1212-1924.
- 24) ŠEBLOVÁ, Jana, KEBZA Vladimír, VIGNEROVÁ Jana, ČEPICKÁ Blanka. *Preventivní a intervenční psychologické techniky pro zaměstnance záchranných služeb*. *Urgentní medicína : Časopis pro neodkladnou lékařskou péči*. 2009, 1/2009, s. 26-31. ISSN 1212-1924.
- 25) ŠIMEK, Jiří. *Etické problémy urgentní medicíny*. *Urgentní medicína : Časopis pro neodkladnou lékařskou péči*. 2008, 2008/4, s. 31-33. ISSN 1212-1924.

- 26) VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří*. 1. vyd. Praha : Portál, 2000, 522 s. ISBN 80-717-8308-0.
- 27) VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. 1. vyd Praha : Karolinum, 2007, 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
- 28) VAŠINA, Bohumil. *Psychologie zdraví*. 1.vyd. Ostrava : Ostravská univerzita, Filozofická fakulta, 1999, 84 s. ISBN 80-704-2546-6.
- 29) VYKOPALOVÁ, Hana. *Základy psychosociální přípravy Humanitárních jednotek ČČK*. Praha : Úřad Českého červeného kříže, 2003, s. 69.

Internetové zdroje

- 1) BYDŽOVSKÝ, Jan. Stres zdravotníků a základy lékařské psychologie. [online]. 2009 [cit.11.2.2012]. Dostupné z: <http://www.streszachranaru.cz/>
- 2) PRAŠKO, Ján. Posttraumatická stresová porucha. *Postgraduální medicína* [online]. 4.2.2005 [cit. 2012-03-17]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/posttraumaticka-stresova-porucha-165282>
- 3) ŠEBLOVÁ, Jana. Zátěž a stres pracovníků zdravotnických záchranných služeb. [online]. 4.5.2007 [cit. 11.2.2012]. Dostupné z: http://www.bozpinfo.cz/utf/knihovna-bozp/citarna/clanky/ochrana_zdravi/stres_zachranari.html

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Dotazník

Příloha č. 2 – Ukázka vyplněného dotazníku – muž

Příloha č. 3 – Ukázka vyplněného dotazníku – žena

Příloha č. 4 – Znak Zdravotnické záchranné služby

Příloha č. 5 – Znak Policie ČR

Příloha č. 6 – Znak Hasičského záchranného sboru

ČR

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Dotazník

Dobrý den,

prosím Vás o vyplnění následujícího dotazníku. Dotazník je naprosto anonymní a týká se míry stresové zátěže u IZS. Dotazník bude použit výhradně pro účely bakalářské práce, kterou zpracovávám na Západočeské univerzitě v Plzni.

Prosím o vyplnění následujícím způsobem: Do tabulky označené čísly otázek 1-24 prosím vpisujte jednotlivé hodnoty, které odpovídají vaší odpovědi. např. 1 = nikdy, 2 = zřídka,... viz tabulka.

Dotazník Vám nezabere mnoho času.

Děkuji za vaši ochotu a spolupráci Zuzana Budačová

Škála možných odpovědí:

Vždy	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
5	4	3	2	1

Otázka číslo:

1	5	9	13	17	21
2	6	10	14	18	22
3	7	11	15	19	23
4	8	12	16	20	24

1. Obtížně se soustřeďuji
2. Nedokážu se radovat ze své práce
3. Připadám si fyzicky „vyždímaný(á)“
4. Nemám chuť pomáhat problémovým pacientům
5. Pochybuji o svých profesionálních schopnostech
6. Jsem sklíčený(á)
7. Jsem náchylný(á) k nemocem

8. Pokud je to možné, vyhýbám se odborným rozhovorům s kolegy
9. Jsem zapomnětlivý(á)
10. V konfliktních situacích na pracovišti se cítím bezmocný(á)
11. Mám problémy se srdcem, dýcháním, apod.
12. Frustrace z práce narušuje mé soukromé vztahy
13. Můj odborný růst a zájem o obor zaostává
14. Jsem vnitřně neklidný(á) a nervózní
15. Cítím tělesné napětí
16. Vyjadřuji se posměšně o pacientech
17. Aktivitu v zaměstnání omezují pouze na plnění nutných povinností
18. Trpím nedostatkem uznání a ocenění
19. Trápí mě poruchy spánku
20. Můj zájem o pěstování ušlechtilých koníčků zaostává
21. Hrozí mi nebezpečí, že ztratím přehled o dění v oboru
22. Cítím se ustrašený
23. Trpím bolestmi hlavy
24. Pokud je to možné, vyhýbám se rozhovorům s kolegy

Pohlaví: *žena / muž*

Věk:

Pracovní pozice u ZZS:

Příloha č. 2 – Ukázka vyplněného dotazníku – muž

Dobrý den,

prosím Vás o vyplnění následujícího dotazníku. Dotazník je naprosto anonymní a týká se míry stresové zátěže u IZŽS. Dotazník bude použit výhradně pro účely bakalářské práce, kterou zpracovávám na Západočeské univerzitě v Plzni.

Prosím o vyplnění následujícím způsobem: Do tabulky označené čísla otázek 1-24 vpisujte jednotlivé hodnoty, které odpovídají vaší odpovědi. např. 1 = nikdy, 2 = zřídka, ... viz tabulka.

Dotazník Vám nezabere mnoho času.

Děkuji za vaši ochotu a spolupráci Zuzana Budačová

Škála možných odpovědí:

Vždy	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
5	4	3	2	1

Otázka číslo:

1	1	5	3	9	1	13	1	17	2	21	1
2	1	6	2	10	2	14	2	18	2	22	1
3	1	7	1	11	1	15	1	19	2	23	1
4	1	8	1	12	1	16	1	20	2	24	1

1. Obtížně se soustřeďuji
2. Nedokážu se radovat ze své práce
3. Připadám si fyzicky „vyždímaný(á)“
4. Nemám chuť pomáhat problémovým pacientům
5. Pochybuji o svých profesionálních schopnostech
6. Jsem sklíčený(á)
7. Jsem náchylný(á) k nemocem
8. Pokud je to možné, vyhýbám se odborným rozhovorům s kolegy
9. Jsem zapomnětlivý(á)
10. V konfliktních situacích na pracovišti se cítím bezmocný(á)
11. Mám problémy se srdcem, dýcháním, apod.
12. Frustrace z práce narušuje mé soukromé vztahy
13. Můj odborný růst a zájem o obor zaostává
14. Jsem vnitřně neklidný(á) a nervózní
15. Cítím tělesné napětí
16. Vyjadřuji se posměšně o pacientech
17. Aktivitu v zaměstnání omezují pouze na plnění nutných povinností
18. Trpím nedostatkem uznání a ocenění
19. Trápí mě poruchy spánku
20. Můj zájem o pěstování ušlechtilých koníčků zaostává
21. Hrozí mi nebezpečí, že ztratím přehled o dění v oboru
22. Cítím se ustrašený
23. Trpím bolestmi hlavy
24. Pokud je to možné, vyhýbám se rozhovorům s kolegy

Pohlaví: žena / muž

Věk: 30

Pracovní pozice u ZZS: ZÁCHRANÁŘ

Příloha č. 3 – Ukázka vyplněného dotazníku – žena

Dobrý den,

prosím Vás o vyplnění následujícího dotazníku. Dotazník je naprosto anonymní a týká se míry stresové zátěže u IZŽS. Dotazník bude použit výhradně pro účely bakalářské práce, kterou zpracovávám na Západočeské univerzitě v Plzni.

Prosím o vyplnění následujícím způsobem: Do tabulky označené čísla otázek 1-24 vpisujte jednotlivé hodnoty, které odpovídají vaší odpovědi. např. 1 = nikdy, 2 = zřídka, ... viz tabulka.

Dotazník Vám nezabere mnoho času.

Děkuji za vaši ochotu a spolupráci Zuzana Budačová

Škála možných odpovědí:

Vždy	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
5	4	3	2	1

Otázka číslo:

1	3	5	4	9	2	13	4	17	4	21	3	20
2	4	6	3	10	3	14	4	18	4	22	2	20
3	4	7	2	11	1	15	3	19	3	23	1	14
4	2	8	3	12	3	16	1	20	3	24	3	15

1. Obtížně se soustřeďuji
2. Nedokážu se radovat ze své práce
3. Připadám si fyzicky „vyždímaný(á)“
4. Nemám chuť pomáhat problémovým pacientům
5. Pochybuji o svých profesionálních schopnostech
6. Jsem sklíčený(á)
7. Jsem náchylný(á) k nemocem
8. Pokud je to možné, vyhýbám se odborným rozhovorům s kolegy
9. Jsem zapomnětlivý(á)
10. V konfliktních situacích na pracovišti se cítím bezmocný(á)
11. Mám problémy se srdcem, dýcháním, apod.
12. Frustrace z práce narušuje mé soukromé vztahy
13. Můj odborný růst a zájem o obor zaostává
14. Jsem vnitřně neklidný(á) a nervózní
15. Cítím tělesné napětí
16. Vyjadřuji se posměšně o pacientech
17. Aktivitu v zaměstnání omezují pouze na plnění nutných povinností
18. Trpím nedostatkem uznání a ocenění
19. Trápí mě poruchy spánku
20. Můj zájem o pěstování ušlechtilých koníčků zaostává
21. Hrozí mi nebezpečí, že ztratím přehled o dění v oboru
22. Cítím se ustrašený
23. Trpím bolestmi hlavy
24. Pokud je to možné, vyhýbám se rozhovorům s kolegy

Pohlaví: žena / muž

Věk: 50

Pracovní pozice u ZZS: PEJIRA ZÁCHRANÁŘ

Příloha č. 4 – Znak zdravotnické záchranné služby



Zdroj: www.rescue112.cz

Příloha č. 5 – Znak Policie ČR



Zdroj: www.rescue112.cz

Příloha č. 6 – Znak Hasičského záchranného sboru ČR



Zdroj: www.rescue112.cz