



ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE

Fakulta biomedicínského inženýrství

Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

Stres a jeho dopad na pracovníky v přednemocniční neodkladné péči

Stress and its Impact on Prehospital Emergency Care Workers

Bakalářská práce

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Zdravotnický záchranář

Vedoucí práce: Mgr. Eva Veverková

Vít Ďurďa

Kladno, 2018

Zadání bakalářské práce

Student: **Vít Ďurďa**
Obor: Zdravotnický záchranář
Téma: **Stres a jeho dopad na pracovníky v přednemocniční neodkladné péči**
Téma anglicky: Stress and its Impact on Prehospital Emergency Care Workers

Zásady pro vypracování:

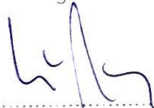
Cílem této bakalářské práce bude zjistit, jak velký počet pracovníků v přednemocniční péči trpí stresem a do jaké míry se u nich projevuje. V teoretické části se bude pojednávat o příčinách vzniku stresu, jeho projevech a dopadech na jedince. V praktické části bude provedena analýza počtu zdravotnických záchranářů trpících stresem. Pro zpracování analýzy bude provedeno šetření pomocí kvantitativní metody sběru dat formou nestandardizovaného anonymního osobního dotazníku u nejméně 150 respondentů pracujících na stanovištích zdravotnické záchranné služby. Výsledkem práce by mělo být kolik pracovníků trpí stresem; zda stres ovlivňuje efektivitu jejich práce a zda znají a aplikují metody k jeho odstraňování.

Seznam odborné literatury:

- [1] JANAČKOVÁ, Laura a Petr WEISS, Komunikace ve zdravotnické péči, ed. 1., Praha: Portál, 2008, 134 s., ISBN 978-80-7367-477-9
- [2] VODAČKOVÁ Daniela a kol., Krizová intervence, ed. 3., Praha: Portál, 2012, 543 s., ISBN 978-80-262-0212-7
- [3] KRÍVOHLAVÝ Jaro, Sestra a stres, ed. 1., Praha: Grada, 2010, 119 s., ISBN 978-80-247-3149-0
- [4] LEYDEN-RUBENSTEIN Lon, The Stress Management Handbook, ed. 1., McGraw Hill Professional, 1999, 208 s., ISBN 9780071392983

Zadání platné do: 11.09.2018

Vedoucí: Mgr. Eva Veverková



vedoucí katedry / pracoviště



děkan

V Kladně dne 23.02.2017

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci s názvem vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů, které uvádím v seznamu bibliografických odkazů.

Nemám závažný důvod proti užití tohoto školního díla ve smyslu § 60 zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon).

V Kladně dne 18. 5. 2018

.....
podpis

Poděkování

Tímto bych velmi rád poděkoval své vedoucí práce Mgr. Evě Veverkové za její čas, ochotu, velmi vstřícné jednání a konstruktivní kritiku během vypracovávání této bakalářské práce. Zároveň jsem chtěl poděkovat své rodině za podporu během celého studia.

Abstrakt

Bakalářská práce pojednává o stresu, práci s ním a používání postupů k jeho eliminaci. Poté se zabývá dalšími poruchami, které samotný stres může způsobovat. Činnost všech pracovníků v přednemocniční neodkladné péči se sama o sobě bere jako stresující a právě proto je tohle téma vždy aktuální.

Teoretická část ujasňuje základní pojmy týkající se stresu, dále jeho dělení, účinky na jedince a způsoby prevence a práce se stresem. Dále vymezuje základní znalosti ohledně zdravotnické záchranné služby a v neposlední řadě se zabývá přímo účinky stresu na pracovníky PNP.

Praktická část byla zhotovena díky výsledkům sesbíraných formou nestandardizovaného anonymního osobního dotazníku. Dotazníky byly vyplněny všemi typy pracovníků v přednemocniční neodkladné péči, tj. řidiči ZZS, zdravotnickými záchranáři, lékaři i operátory ZOS. Cílem práce je snaha zjistit, jak velké množství pracovníků trpí při své činnosti stresem, zda ovlivňuje jejich výkonnost a zda provádí dostatečnou duševní hygienu. Diskuze hodnotí naše výsledky a dále je srovnává s výsledky jiných tvůrců.

Klíčová slova

stres; přednemocniční neodkladná péče; syndrom vyhoření; zdravotnická záchranná služba; krizová intervence

Abstract

This bachelor thesis is concerned in concept of stress, dealing with stress and practices used for stress elimination. Furthermore, this work is engaged in certain disorders which might be caused by stress factor. Since the profession of pre-hospital emergency care is considered particularly stressful, this topic will always be up to date.

The theoretical part clarifies basics about stress factor, it's allocation, influence on individuals, potential prevention of stress and subsequently practices engaged in working with stress. In addition, it specifies emergency medical service and last but not least it deals with stress effects particularly on pre-hospital emergency care workers.

The practical part was completed thanks to data collected through anonymous non-standardized questionnaires. All questionnaires were answered by different kinds of pre-hospital emergency care workers, i.e. ambulance drivers, paramedics, doctors and emergency dispatchers. The main aim of this work is to discover the number of workers suffering from stress, whether the stress factor affects their productivity and whether they improve their mental health in any way. Discussion evaluates the main results of this work and compares them with the results from other studies.

Key words

stress; Prehospital Emergency Care; Burnout syndrome; Emergency Medical Service; crisis intervention

OBSAH

1 ÚVOD	8
2 STRES	9
2.1 Stres a jeho definice	9
2.2 Dělení stresu	12
2.3 Stresory	15
2.4 Účinky stresu na člověka	15
2.5 Prevence, zvládání a léčba stresu	17
2.6 Syndrom vyhoření	22
2.7 Krize a krizová intervence	24
3 ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA	26
3.1 Přednemocniční neodkladná péče	26
3.2 Typy výjezdových skupin a výjezdů	27
3.3 Personální zajištění výjezdových skupin a ZOS	28
4 STRES U PRACOVNÍKŮ PNP	30
5 CÍL A HYPOTÉZY PRÁCE	32
6 METODIKA VÝZKUMU	33
7 VÝSLEDKY VÝZKUMU	35
8 DISKUZE	57
9 ZÁVĚR	63
10 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	64
11 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	65
12 PŘÍLOHY	69

1 ÚVOD

Rozhodl jsem se napsat svou bakalářskou práci na toto téma, protože stres může mít obrovský vliv na pracovníky v přednemocniční neodkladné péči a je potřeba s ním umět nakládat. Mnohdy se dostávají do situací, které jsou velmi psychicky náročné a ovlivňují jak činnost pracovníků zdravotnické záchranné služby jako takovou, tak se to může projevovat dále projevovat i na jejich osobním životě. Právě proto je nutné, aby byli členové ZZS dobře připraveni na stresové situace, uměli se stresem pracovat a vypořádat se s ním.

Každý zdravotnický záchranář, lékař, řidič či operátor zdravotnického operačního střediska si vždy nacvičují všechny úkony v relativně klidném prostředí. Valná většina z nich se ale během své kariéry dostane do situací, které vůbec nepřispívají okolnostem a jsou nuceni se ihned a správně rozhodovat. K těmto stavům bych zmínil například místa mimořádné události s hromadným postižením osob, zranění, u kterého je nutná rychlá pomoc jinak by mohlo dojít k trvalým poškozením nebo dokonce smrti pacienta, zranění svých kolegů při autonehodě sanity či neodkladná resuscitace dětí a novorozenců.

Cílem této bakalářské práce je zjistit jak velký počet pracovníků ZZS trpí stresem, jak se u nich projevuje a jak s ním pracují. V teoretické části se budu zabývat stresem jako takovým, o příčinách vzniku stresu, jeho projevech na člověka, jeho léčením a dále o zdravotnické záchranné službě a krizové intervenci. V praktické části provedu vyhodnocení dotazníků, které byly vyplněny, a pokusím se analyzovat, jaké procento ZZS bojuje se stresem.

2 STRES

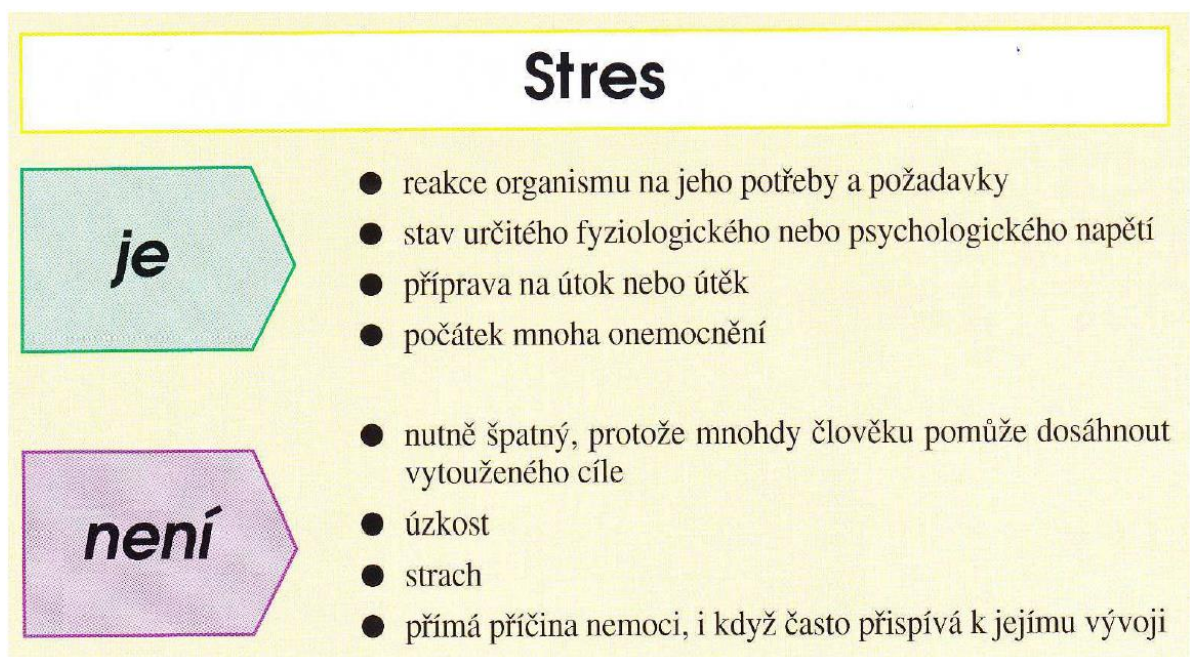
2.1 Stres a jeho definice

Slovo stres nejspíše vzniklo z latinského slova *stringere*, což může znamenat poškodit, otrhat nebo škrábnout. Později se přibližně od 15. století začalo slovo *stress* používat v anglosaských zemích, kde už pomalu začínalo nabývat významu, jak ho teď mnohdy zná a používá dnešní společnost. Nejčastěji právě vyjadřoval stavy útrap, těžkostí, duševního napětí, obtížných situací, neštěstí či dokonce nepřízně osudu (*adversity*). Přibližně o tři sta let později během anglické průmyslové revoluce slovo stres začalo nabývat i dalších významů, převážně ale k popisu působení fyzikálních sil, napětí či tlaku. (Baštecká, 2009)

„Stres je stav organismu, který je celkovou odezvou na subjektivně prožívanou zátěž. Organismus tak reaguje na zátěžový podnět z prostředí, který ohrožuje jeho individuální vnitřní stabilitu. Tento podnět se nazývá stresorem.“ (Baštecká, 2009 str. 382) V dnešní době ale slovo stres už zlidovělo a mnozí ho užívají zaměněno za zátěž. Častokrát je ale stres přímou odpovědí na zátěž jako takovou. Tyto dva pojmy mnohdy splývají v jedno a vede to k nadužívání a špatné interpretaci stresu. Všeobecně se stres řadí do hlavních prvků ovlivňujících všechno živé i jejich evoluci. Jeho působení nutí jedince se umět vypořádat s faktory negativně působící na jeho vnitřní stabilitu, tudíž schopnost kompenzace těchto negativních prvků má kritický význam pro adaptaci a přežití. (Melgosa, 2001; Baštecká, 2009)

V dějinách se první začaly objevovat první zmínky o novodobé teorii stresu někdy během konce 19. století. Mezi zakladatele této teorie patří hlavně

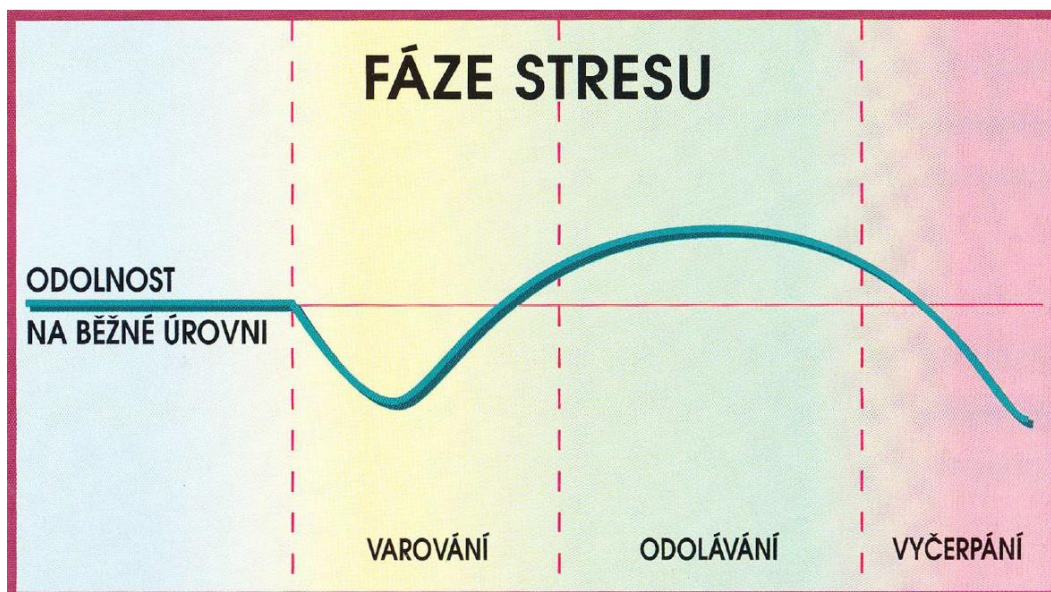
fyziolog Walter Bradford Cannon, endokrinolog Hans Selye či psycholog Richard Stanley Lazarus. Jako první se tomuto tématu věnoval právě W. B. Cannon (1871-1945), který ve své knize *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage* (1915) popsal důležitost a význam sympatoadrenálního systému během obranné reakce organismu. Tato reakce má dvě fáze, útok nebo útek. Tuto odpověď mají všechny živé organismy sdílenou. Jeho myšlenka byla prostá, záleží vždy na „síle“ stresoru. Pokud jedinec zhodnotí onu sílu stresoru jako vysokou, nastupuje fáze útěku. Kdežto při rozhodnutí, že je stresor zvladatelný, přichází druhá fáze a to fáze útoku – pokus o zkrocení stresoru vlastní silou. (Baštecká, 2009), „Zformuloval a v knize *Moudrost těla* (1932) zpopularizoval koncepci homeostázy, adaptačního mechanismu fyziologického systému organismu, který aktivně udržuje vnitřní rovnováhu za měnících se vnějších podmínek.“ (Baštecká, 2009 str. 382-383)



Obr. 1 – Stres (Melgosa, 2001)

Kanadský endokrinolog H. Selye (1907-1982) bral stres jako přímou odpověď na ohrožení stálosti vnitřního prostředí – homeostázy. Touto problematikou se zabýval už od svých studijních let a ve svých 29 letech popsal podle poznatků ze svého výzkumu na krysách obecný adaptační syndrom (GAS – General Adaptation Syndrome) jako „*biologickou reakci organismu na utrpěný a neochabující tlak (poškození, ohrožení)*“ (Baštecká, 2009 str. 383) Obecný adaptační syndrom, rovněž znám pod názvem stresová reakce, nastupuje postupně ve třech fázích:

- Fáze poplachová, kde se spouští obranná reakce na stresor a jedinec se nachází v tzv. stresovém šoku. V této části se spouští obranné mechanismy a člověk se snaží stres zvládnout;
- Fáze rezistence, odporu. Zde se jedinec začíná pomalu vyrovnávat se situací a přizpůsobovat se jí, stresový šok pomalu mizí díky dobře fungujícím obranným mechanismům;
- Fáze vyčerpání trvá týdny až roky a je konečnou fází obecného adaptačního syndromu. Jedinec není schopen udržet nápor stresu a dochází k absolutnímu vyčerpání energetických zdrojů v těle, což může mít za následek nevratná poškození těla až smrt. (Melgosa 2001; Baštecká 2009)



Obr. 2 – Fáze stresu (Melgosa, 2001)

R. S. Lazarus se stresem zabýval hlavně v souvislosti s kognitivními funkcemi. Svou teorii si zakládal na faktu, že lidská centrální nervová soustava je daleko vyspělejší než u jiných tvorů a tudíž je schopen reagovat na stresové podněty rychleji a daleko efektivněji. „Při prvotním ohodnocení (*primary appraisal*) zjišťuje: Ohrožuje mě daný podnět? Pokud ano, druhotné hodnocení odpovídá na otázku: Zvládnou to? A jak? Z toho pak vychází – v rovině řešení situace i v rovině emoční – způsob reakce na stresor. Třetí úroveň hodnocení se týká účinnosti zvoleného postupu zvládnání: Zvládl jsem to dobře? Mohl/a jsem udělat něco jiného nějak jinak?“ (Baštecká, 2009 str. 383) Tyto myšlenky amerického psychologa odstartovaly další výzkumy spojitostí mezi stresem, motivací, kognicí a emocí.

2.2 Dělení stresu

V různých publikacích můžeme najít rozdílná dělení stresu, ale mezi hlavní a základní rozdělení stresu bychom mohli použít například eustres –

distres, hypostres – hyperstres či akutní, chronický nebo posttraumatický stres. Proto bychom si mohli stres rozdělit do skupin následovně:

Podle účinku:

- Stres negativně působící na lidský organismus, způsobující člověku nepříjemné pocity, pocit nejistoty a strachu se nazývá distres. Může mít i negativní dopad na jeho fyzické a duševní zdraví;
- Opakem distresu je eustres, který má naopak na lidský organismus pozitivní vliv. Mnohdy člověka vede k lepším výkonům tím, že stimuluje jeho vnímání a výkonnost. (Paulík, 2017)

Podle intenzity:

- Méně závažnou formou je hypostres. Tento typ stresu je jedinec schopen sám eliminovat svými obrannými a adaptabilními mechanismy, avšak při dlouhodobém působení může dojít i k fyzickým či duševním poruchám;
- Závažnějším stavem je tzv. hyperstres. Tady stres působí v takové míře, že jsou překročeny hranice adaptability, což může mít za následek vyčerpání organismu a následné psychické nebo fyzické zhroucení. (Křivohlavý, 1994)

Podle délky trvání a nástupu:

- Akutní stres vzniká náhle jako okamžitá odpověď na traumatickou událost. Projevuje se okamžitě, na krátkou dobu a ve většině případů bývá člověk během situace ohrožen na životě. Do příčin způsobující akutní stres můžeme řadit různé katastrofy a pohromy (záplavy, požáry,

zemětřesení), fyzické či sexuální násilí, ztrátu partnera nebo účast při hromadné dopravní nehodě. Tato porucha je přechodná. Projevu se hlavně úzkostí, hněvem, záchvaty zoufalství, zmateností, amnézií a až šokové stavy, kdy je snížen přísun kyslíku do centrální nervové soustavy, kde jedinci hrozí smrt;

- Chronický stres vzniká dlouhodobým působením stresorů na člověka. Jejich síla může být někdy větší, někdy nižší a mohou se i vyskytovat nepravidelně. V kategorii chronických stresorů můžeme zmínit například špatnou pracovní atmosféru (mezilidské vztahy, režim práce, časový útlak), práce v hlučném a prašném prostředí, dokonce i styk se sociálně nepřizpůsobivými osobami. Mezi nejčastější příznaky můžeme řadit napětí, úzkost, nespavost, podrážděnost, zvýšení krevního tlaku, nadměrné bušení srdce, závratě nebo bolesti hlavy. V návaznosti na působení chronických stresorů se zhoršuje pracovní výkonnost a s ní související úrazy na pracovišti nebo časté onemocnění;
- Posttraumatická stresová porucha vzniká později z akutního stresu. Odpověď je opožděná a trvá déle. Vyvolávající příčiny jsou stejné jako u akutního stresu, tudíž i jeho prvotní projevy. Dále nastupují epizody, kde lidé „znovuprožívají“ traumatické události, živé vzpomínky či sny. Může nastat i tzv. flashback, což znamená, že se oběť traumatické události chová stejně jako by se situace opakovala. Na jedinci se to trvale projevuje poruchami spánku a koncentrace, lhostejností, neschopností znovu prožívat radost nebo citovou otupělostí. (Matoušek, 2003; Vobořilová, 2015)

2.3 Stresory

„Stresor chápeme jako činitel působící nadměrnou zátěží, jako podnět, který je považován jedincem za ohrožující a vyvolává stresovou reakci.“ (Baštecká, 2009 str. 384) Stresory se rovněž mohou dělit do více skupin, níže je vypsáno základní rozdělení.

- Stresory fyzikální – příliš nízká nebo vysoká teplota, okolní nadměrný hluk, vydýchaný vzduch;
- Stresory fyziologické – sem řadíme stresory, které mají velikou pravděpodobnost výskytu téměř u všech jedinců, například porod nebo dlouhodobá zvýšená fyzická námaha;
- Stresory psychologické – do této skupiny patří strach, frustrace, nenaplňování všech druhů psychologických potřeb;
- Stresory sociální (psychosociální) – tato kategorie se nejčastěji váže s mezilidskými vztahy, všeobecně problémy s kolegy na pracovišti, šikana, atp. (Baštecká, 2009)

2.4 Účinky stresu na člověka

Pokud se nejedná o eustres, tak jsou účinky stresu na jedince vždy negativní. Příznaky se hlavně projevují fyziologicky, emočně a na chování člověka. Do těchto tří skupin je i můžeme dělit podle Křivohlavého (1994):

- Fyziologické projevy patří pro jedince trpící stresem do prvních, které zaregistrují. Tyto symptomy se ještě mohou dále rozdělovat podle toho, zda jsou projevem krátkodobého nebo dlouhodobého stresu. *„Působí-li na nás stres, dochází k vylučování stresových hormonů adrenalinu a kortizolu a ke zvýšené aktivitě nervové soustavy. To uvádí do chodu řetězovou reakci: dech*

se zrychluje, srdce a krevní oběh pracují intenzivněji, krevní tlak stoupá, obranyschopnost organismu klesá.“ (Vobořilová, 2015 str. 44) Lidé zároveň pociťují sevření za sternem, palpitace, sucho v ústech, nevolnost, nucení k močení či na stolicí, plynatost nebo průjem. Působení dlouhodobého stresu na člověka s sebou nese ale mnohem závažnější rizika. Ovlivňuje přímo krevní tlak nejprve postupně, ale po nějaké době nastane trvalá hypertenze, což s sebou přináší riziko vzniku ischemické choroby srdeční. Dále CNS zvyšuje viskozitu krve, což je predisponující faktor ke vzniku aterosklerózy. Neprojevuje se to pouze na oběhovém systému člověka, nýbrž skoro na všech. Působením na muskuloskeletální aparát mohou vznikat bolesti v oblasti páteře, šíje a ramen, dochází k nadměrnému zvýšení svalového tonu a vlivem tohoto dochází k zatěžování kloubů. K dalším projevům patří bolesti žaludku, žaludeční „stresový“ vřed (v důsledku nedostatečného prokrvování žaludeční stěny) a jiné gastrointestinální poruchy. Může způsobovat i různá onemocnění štítné žlázy, migrény, bolesti hlavy, exantém v obličeji, diplopii či ztížené soustředění pohledu na jeden bod, tzv. fokusaci;

- Emocionální projevy stresu nepostihují přímo tělo člověka, ale též jsou velmi nebezpečné. Podle Vobořilové (2015) je můžeme rozdělit na akutní a chronické. Do akutních můžeme řadit nervozitu, rychlé a intenzivní změny nálad nesoustředěnost nebo negativní myšlenky. Z chronických příznaků bychom mohli jmenovat například deprese, pocity méněcennosti, dlouhodobé poruchy koncentrace, pocity strachu a úzkosti, zvýšenou podrážděnost nebo omezení kontaktu s ostatními lidmi;
- Do oblastí behaviorálních projevů stresu řadíme nervózní chování, zvýšenou konzumaci alkoholických nápojů, kouření, nechůť k jídlu,

přejídání, vzteklost, nebezpečnou jízdu v autě, svádění viny na druhé, kousání nehtů, závislost na drogách, sníženou efektivitu práce, narušení denního rytmu, plačtivost, zvýšená absence v práci/škole či výmluvy. (Křivohlavý, 1994; Vobořilová 2015)

2.5 Prevence, zvládání a léčba stresu

Základním předpokladem pro zdravého, nestresovaného člověka je zdravý životní styl. Tato myšlenka se hlavně pojí se správnou stravou. Životní styl se ale netýká pouze naší výživy, patří sem další prvky, jako je způsob trávení našeho volného času, délka spánku, míra sportovní aktivity, osobní hygiena, konzumace alkoholických nápojů a jiných omamných látek či kouření. *„Zdravý životní styl je takový způsob života, který podporuje zdraví člověka a respektuje všechny základní principy racionálního přístupu k životu. Zdravým životním stylem se zabývá podpora veřejného zdraví a jejím cílem je umožnit lidem kontrolu nad svým zdravím a svým životním stylem a zlepšovat své vlastní zdraví.“* (Vobořilová, 2015 str. 77) Adekvátní stravou se rozumí nejen její složení, ale i množství jednotlivých pokrmů, kolikrát denně se jedinec stravuje, jak je jeho potrava pestrá a dokonce její způsob přípravy. V ideálním případě by člověk měl jíst menší porce jídel a častěji, uvádí se, že každé dvě až tři hodiny. Prvním krokem pro zajištění optimální výživy je hlavně konzumace ovoce a zeleniny, luštěnin a obilovin. Tyto suroviny dále v kombinaci s rýží, brambory, těstovinami, mléčnými výrobky, rybami a jiným libovým masem tvoří ideální kombinaci pro zaručení správné stravy. V neposlední řadě nesmíme zapomenout na pitný režim. Nápoje jsou nedílnou součástí lidské výživy a v každý dospělý člověk by měl denně vypít dva až tři litry tekutin denně. Pitná a pramenitá voda je spolu s čaji, čerstvými ovocnými a zeleninovými šťávami nejideálnějším způsobem přísunu tekutin. (Vobořilová, 2015)

Dalším významným aspektem je právě pohybová aktivita. Však již sám Hippokrates říká, že: „*Orgán, který je určen k funkci, ji musí vykonávat, jinak umírá.*“ Nedostatek pohybu může mít za následek mnoho onemocnění. Jedná se hlavně o onemocnění o koronárních tepen a tepen srdce, dále o zvýšenou tělesnou hmotnost až obezitu, aterosklerózu nebo diabetes mellitus. Pokud se pravidelně věnujeme sportu a cvičení, rapidně snižujeme riziko těchto onemocnění a zároveň posilujeme naše tělo. Cvičení má pozitivní vliv na muskuloskeletální aparát ve smyslu jeho zesílení, zabraňuje vzniku osteoporózy, redukuje tělesnou hmotnost, má pozitivní vliv na cévy, dechové ústrojí, zároveň zvyšuje rezistenci vůči stresu a eliminuje psychickou únavu. Nesmíme ale zapomínat, že pokud vyvíjíme fyzickou aktivitu, tak pro regeneraci celého těla je velmi důležitý pravidelný a vydatný odpočinek. (Vobořilová, 2015)

Prevence a zvládnání stresu ovšem nezávisí pouze na kvalitní stravě a cvičení. Řadíme sem široké spektrum ostatních aktivit sloužících k odreagování a samostatné pozitivní myšlení. Je potřeba mít dostatečné sebevědomí, uvědomování si rizik a reality takové, jaká je. Mezi další důležité schopnosti patří rozpoznání stresoru a umět s ním pracovat, umět ovládat své emoce, určit si dosažitelné cíle a v neposlední řadě být schopen přijmout vinu i zodpovědnost za své činy. Co se týče ostatních preventivních opatření, je nezbytné, aby jedinec vykonával svou volnočasovou aktivitu tak, jak je v jeho nejlepším zájmu. Každý má svůj koníček, a pokud si na něj člověk najde dostatek času, bude to mít rozhodně pozitivní vliv na jeho psychiku. Zároveň jsou podstatné sociální interakce s ostatními lidmi. Pokud trávíme čas s blízkými a přáteli, tak nám to bezpochyby poskytuje další formu odreagování. Rovněž se své rodině a přátelům můžeme svěřit se všemi našimi problémy a strastmi a mnohdy se nám uleví. Mezi ostatní důležité prvky patří schopnost

řešení nadcházejících konfliktů v klidu a s rozmyslem, nahrazení negativních myšlenek a agresivního chování, optimismus, umět respektovat názory ostatních a zhodnotit situaci a rozhodně sem patří i humor a smích. Ty totiž odstraňují konflikty, neshody, nepřátelství a napětí. Všechny výše zmíněné postupy bychom mohli nazvat jako behaviorální zásady prevence stresu. (Bartůňková, 2010; Vobořilová, 2015)

Nutnost zvládnání stresu nastává v situaci, že jsme již vystaveni nějaké stresové, zátěžové situaci, buď po krátkou dobu, nebo dlouhodobě. *„Zvládnání zátěžových situací být v zásadě založeno na eliminaci stresorů (včetně vyhýbání se jim nebo jejich popírání či přeznačení), na získávání, zpřístupňování či mobilizaci vnějších zdrojů nebo posilování vlastních vnitřních zdrojů (kapacity zvládnání) tréninkem, otužováním, očkováním atd.“* (Paulík, 2017 str. 115) Do vnějších zdrojů řadíme například sociální oporu nebo finance, do vnitřních naše vlastní dovednosti, schopnosti a naší osobnost. Lidská schopnost přizpůsobení se na pocitově nepříjemná fakta je hlavně zajištěna tzv. obrannými mechanismy. Tyto mechanismy jsou někdy vědomé a někdy nevědomé. Jako úplně základní nevědomý obranný mechanismus bereme vytěsnění (represe). Jedná se o eliminaci nepříjemných pocitů a myšlenek z našeho vědomí. Na rozdíl od represe zde máme potlačení. Tento vědomý čin spočívá v úplném vzdání se dané aktivity nebo jen její oddálení na pozdější dobu. Tyto dva elementární mechanismy, a spolu s nimi několik dalších, se řadí k jednomu z nejpřínosnějších poznatků rakouského psychologa Sigmunda Freuda. Dále tedy můžeme jmenovat:

- Regrese – reakce na situaci jako by byl dotyčný v mladším věku;
- Inverze – úplná změna chování, například z nepřátelského na příliš milé;
- Introjekce – jedinec si přebírá pocity ostatních na sebe;

- Bagatelizace – zlehčování, podceňování dané situace;
- Racionalizace – dávání logického vysvětlení nelogickým věcem a činům;
- Sebeobviňování – přisuzování si viny za věci, za které nemůžeme nebo jsme nemohli;
- Projekce – opakem introjekce, tudíž promítání svých pocitů do ostatních;
- Odčinění – nutková až obsesivní potřeba jedince něco odčinit;
- Obviňování druhých – neschopnost přiznat si své činy;
- Sociální izolace – člověk se uzavře do své „schránky“ a eliminuje kontakty s ostatními (Paulík, 2017)

Obranných mechanismů můžeme v různých publikacích najít i mnohem více a byly snahy tyto rozdělení zjednodušit. Jednou z používaných interpretací je dílo dvojice Gleser a Ihilevich pojmenované DMI (Defense Mechanism Inventory). Ti rozdělují obranné mechanismy do pěti následujících tříd:

- Nepřiměřené či přehnaně agresivní a hostilní reakce;
- Sebeobviňující reakce;
- Projekce;
- Vytěsňování a popírání;
- Intelektualizace a racionalizace

S tím, co o obranných mechanismech víme, jsou bez pochyby neadekvátní odpovědi na zátěžové a stresové situace. Mnohdy jsou totiž nerealistické pro danou skutečnost a jedinec si může vytvářet klamné iluze o realitě. (Paulík, 2017; Křivohlavý, 1994)

S vyrovnáváním se s těžkými životními situacemi a stresem se úzce váží další dva v psychologii nesmírně důležité pojmy, adaptace a coping. Adaptací

se rozumí schopnost jedince se přizpůsobit se situaci, která je v poměrně zvládnutelných mezích. Takto řešíme stavy, kdy i sami víme nebo tušíme, jak je řešit. Může se například jednat o změnu zaměstnání, bydliště, školy, řešení smutku nebo těžších onemocnění. Coping se na druhou stranu užívá v případech, kdy je situace mnohem náročnější (nadlimitní) ve vztahu k odolnosti jedince. Dle působnosti copingu ho můžeme dělit na dva typy. Je to buď coping zaměřený na problém, kde se svou vlastní aktivitou a úsilím snažíme změnit okolnosti nebo chování, a nebo coping zaměřený na emoce, při kterém člověk krotí své emoce a zabraňuje narušování celistvosti a vztahů v okolí. Rovněž se můžeme setkat s tzv. copingem reaktivním (anticipačním) a copingem proaktivním (preventivním). Reaktivní coping eliminuje bezprostřední hrozby a pracuje se stresem, který už nastal, kdežto proaktivní coping bere v potaz možné hrozby a stresové situace. (Paulík, 2017)

Poslední součástí zvládnání stresu jsou přímo antistresové aktivity. Mimo výše zmíněný sport či humor sem dále řadíme antistresové relaxační techniky, jejichž základní princip leží v kompletním fyzickém i duševním uvolnění, antistresové aktivity v emoční oblasti, kam můžeme zařadit snahu o nadvládu nad negativními pocity (strach, zlost, úzkost), antistresové aktivity v oblasti myšlení, týkající se kontroly toku svých vlastních myšlenek a převést své vlastní myšlení na pozitivní stranu. K dalším aktivitám řadíme dechová cvičení, snahu směnit své vlastní chování, různé potravinové doplňky (vitaminy, vápník, hořčík), tzv. focusing, který se zabývá snahou se zaměřit na tělesné ohnisko prožívání a pokusy porozumění prožívanému stavu, a autogenní trénink, který přímo neovlivňuje příčiny stresu, ale jeho příznaky. Autogenní trénink se provádí ve dvou stupních. Nižší stupeň má za úkol cíleně si navodit různé pocity, jako jsou tíha v končetinách, teplo v končetinách, klidný dech či pravidelná srdeční akce. Vyšší stupeň se poté zabývá představováním si

nejprve jednoduchých a posléze komplexnějších prožitků, jako jsou představa barvy, představa sebe sama v zrcadle apod. Léky proti stresu někdy mohou být nápomocné v těžkých životních situacích, ovšem při jejich užívání opět nedochází k eliminaci vyvolávacích příčin stresu jedince. (Křivohlavý, 2009; Vobořilová, 2015)

2.6 Syndrom vyhoření

„Syndrom vyhoření je psychologický konstrukt, který označuje komplexní, procesuálně utvářený stav a prožitek únavy, vyčerpání, ztráty zájmu, zklamání a demotivace, vztahující se k vykonávané profesi, navozený v důsledku součinnosti několika okolností, zvláštních vlivů chronického stresu, rezignace, přesvědčení, že ačkoli do vykonávané činnosti bylo vkládáno značné úsilí, očekávaný výsledek se nedostavil a není možné jej dosáhnout.“ (Baštecká, 2009 str. 432) První zmínky o tomto syndromu byly publikovány v 80. letech dvacátého století klinickým psychologem H. J. Freudenbergerem. Do anglického jazyka je syndrom vyhoření přeložen jako burnout syndrom. Z anglického burn (hořet), poté v konjugaci se slovem out znamená dohořet, vyhasnout. Toto je přesné přenesené pojmenování, jehož význam lze pochopit z následujícího stupňovitého rozdělení syndromu vyhoření:

- První fází je nadšení – jedinec má jasný cíl, své ideály a motivace;
- Druhou fází je stagnace – původní nadšení pomalu mizí, člověk slevuje na svých ideálech;
- Třetí fáze se nazývá frustrace – zde začínají pochyby o svém povolání a pocit nenaplněnosti;
- Apatie je fází čtvrtou – jedinec své povolání vykonává už z „povinnosti“, neudělá nic navíc, jen to nejnutnější;

- Poslední fází je samostatné vyhoření – člověk je vyčerpaný jak fyzicky, tak psychicky, je lhostejný, odmítá pracovat (Baštecká, 2009)

Syndromem vyhoření nejčastěji trpí pracovníci ve zdravotnictví. Zpočátku se vyskytoval nejčastěji ve třech oblastech zdravotnictví. Zdravotní sestry v hospicích poskytující převážně paliativní péči, dále pracovníci na onkologických odděleních a v neposlední řadě zdravotníci pracující na jednotkách intenzivní péče nebo anesteziologicko – resuscitačních oddělení. Postupem času se ovšem ukázalo, že touto poruchou mohou trpět pracovníci jakéhokoliv jiného oddělení. Je jednoznačně dokázáno, že tato porucha je jedním z nejčastějších důvodů úplné změny zaměstnání. Nejedná se ale pouze o zdravotníky, kteří trpí syndromem vyhoření. Další sféry, kde se vyskytuje, jsou sociální péče a služby, školství, hospodářství, administrativa či dokonce přímo v rodině. (Křivohlavý, 2012)

Mezi základní symptomy syndromu vyhoření jsou pocity zklamání, marnosti, slabosti, fyzické i duševní vyčerpání, pesimistické smýšlení, nechuf k jakékoliv činnosti, pochybování o sobě samotném, vymizí všechna kreativita a nápaditost. Zároveň působí i na sociální život člověka v negativním smyslu, člověk se stává lhostejným, méně empatickým, omezuje kontakty s ostatními osobami a stoupá u něj konfliktnost. Abychom správně diagnostikovali syndrom vyhoření, byly zhotoveny různé typy speciálních dotazníků, mnohdy i rozdělené pro konkrétní typy profesí. Jedním ze známějších dotazníků je dotazník BM (Burnout Measure = míra vyhoření) zhotovený A. M. Pinesovou a E. Aronsonem. Ti zde na základě odpovědí hodnotí tři důležité faktory syndromu vyhoření. První částí jsou pocity fyzického vyčerpání (únava, slabost, ztráta sil), druhou částí pocity emocionálního vyčerpání (deprese, bezvýchodnost) a třetí částí pocity psychického vyčerpání (pocity marnosti,

bezcecnosti). Intervence lidí trpících syndromem vyhoření spočívá hlavně v uvědomění si své situace. Velmi často bývá účinná kolegiální podpora a pocit že za námi někdo stojí, pokud se jedná o personální vyhoření spíše než o pracovní či sociální mnohdy bývá doporučována psychoterapie. Abychom předešli syndromu vyhoření, je důležité umět separovat pracovní stres od jiných činností, dostatečně se socializovat s lidmi a oprostít se od pracovních povinností, poznávat nové věci, získávat nové zkušenosti a často pomůže i prostá pochvala od jiných za dobře vykonanou práci. (Baštecká, 2009; Křivohlavý, 2012)

2.7 Krize a krizová intervence

Člověk se nachází v krizi, pokud nastane stav, který nezná, neřešil ho a je obvykle spojen s negativními pocity. Podle aktuálního stavu jedinec nenachází východisko, jak situaci vyřešit. Pokud chceme provádět účinnou krizovou intervenci, musíme na základě definice krize rozeznat základní složky, kde musíme brát v potaz, jak přesně jedinec danou situaci vnímá. Nastává daná spouštěcí událost, kterou člověk pocítuje jako sobě nebezpečnou, ohrožující a pokud jeho obvyklé způsoby zvládnání takovýchto událostí selže, ocitá se v krizi. Je důležité si uvědomit, že pro vyřešení není až tak podstatné co se skutečně stalo, jako zjistit komu se to stalo a jak tuto událost jedinec pocítuje. Krize se dá buď vyřešit svépomocí obrannými mechanismy, dále neformální psychosociální pomocí například za pomoci členů rodiny, přátel, kolegů a známých. Tyto typy pomoci jsou někdy účinné, ale mnohdy přinášejí více škody než užitku. Laici kolikrát použijí věty a otřepané fráze typu „Já vím, jak se cítíš.“, „Vzchop se!“, které mohou v postiženém prohloubit jeho už tak zhoršený stav nebo dokonce vyvolat agresivní chování. (Špatenková, 2017)

„Krizová intervence jako formální (institucionalizovaná) pomoc v krizi se dostává ke slovu zpravidla až tehdy, když neformální zdroje pomoci selhávají, jsou nedostatečné nebo z různých důvodů nedostupné.“ (Špatenková, 2017 str. 42)

Zároveň může být pro jedince daleko lehčí mluvit o vážných problémech s profesionálním krizovým interventem, než se svou vlastní rodinou. Krizové intervence nejsou myšleny tak, aby postiženého člověka krize zbavili, ale aby mu jí pomohli rozebrat, ujasnit si fakta a navrhnout možné postupy řešení situací. Základním „stavebním“ kamenem krizové intervence je rychlost a dobrá dostupnost. Prvotní zahájení krizové intervence je kritické. Jedná se o navázání kontaktu s intervencí s klientem, vzájemné získávání důvěry a vytvoření u klienta pocitu bezpečí. Poté následuje druhá fáze, kdy je potřeba zjistit všechny potřebné informace (tzv. mapování). Intervencí nezajímají ale pouze informace o příčinách krize, ale zároveň i nynější psychický stav, přijetí pomoci, ptá se na minulost a jiné krize, a zda správně chápe celou vzniklou situaci. Spolu s touto částí krizové intervence pomalu vzniká plán jak danou krizi vyřešit. Důležitým faktorem je zde možnost klientovy další sociální opory, což se odrazí na délce trvání a míře krize. Po probrání všech zásadních témat by už měl být klient připraven na zvládnutí krizové situace jak sám, tak ale častěji ještě s pomocí ostatních. Všechny kroky postupně vedou k ukončení intervence, které nastane, pokud si klient uvědomuje všechny příčiny vzniku krize, jak krizi řešit a jeho stav je stabilizován. (Vodáčková, 2012; Špatenková, 2017)

3 ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA

Zdravotnická záchranná služba (ZZS), je speciální typ zdravotní péče, která na základě tísňové výzvy poskytuje především přednemocniční neodkladnou péči lidem s vážným postižením jejich zdraví nebo osobám v přímém ohrožení života. Poskytovatelem ZZS je kraj a podle zákona č. 239/2000 Sb., Zákon o integrovaném záchranném systému, patří do základních složek IZS. Samostatná činnost ZZS je upravena v zákoně č. 374/2011 Sb., Zákon o zdravotnické záchranné službě. Mezi základní činnosti ZZS patří zejména nepřerušovaný provoz a příjem volání přijatých na zdravotnické operační středisko kraje (ZOS), správné zhodnocení stupně naléhavosti tísňového volání, spolupráce se zdravotnickými zařízeními a s veliteli ostatních složek IZS na místě zásahu, instruktáž první pomoci, podrobné vyšetření pacienta a kompletní poskytnutí všech úkonů vedoucích ke stabilizaci pacienta, nepřetržitý monitoring pacienta až do předání v nemocničním zařízení, přeprava pacientů letadlem, tkání a orgánů letadlem (vrtulníkem) z důvodu neschopnosti zajistit přepravu jiným způsobem či triage pacientů v místě s hromadným postižením osob při mimořádné události. (Remeš, 2013; Šín 2017)

3.1 Přednemocniční neodkladná péče

Tato péče je definována v knize Přednemocniční neodkladná péče (2003) jako „*péče o postižené na místě vzniku jejich úrazu nebo náhlého onemocnění, během jejich dopravy k dalšímu odbornému ošetření a při jejich předání do zdravotnického zařízení.*“ (Ertlová, Mucha, 2003 str. 16) Situace, které vedou k neprodlenému poskytnutí PNP jsou zejména stavy přímo ohrožující pacienta na životě, stavy vedoucí k zhoršování chorobných změn k náhlé smrti, stavy vytvářející náhlou bolest a utrpení, stavy způsobující bez neprodleného poskytnutí zdravotnické

pomoci trvalé patologické změny a situace vedoucí ke změně chování jedince, přičemž se stává nebezpečným pro své okolí a sebe. Právě tyto situace jsou přímou indikací k aktivaci výjezdové skupiny ZZS. (Ertlová, Mucha, 2003)

3.2 Typy výjezdových skupin a výjezdů

Přednemocniční neodkladnou péči zajišťují především čtyřmi typy výjezdových skupin. Patří sem:

- Rychlá zdravotnická pomoc (RZP) – posádka je tvořena řidičem a řidičem nebo dvěma samotnými záchranáři, z nichž je ale pouze jeden vedoucím výjezdu. Pozice zdravotnického záchranáře může být nahrazena specializovanou sestrou pro intenzivní péči. Mohou vykonávat činnosti podle svých kompetencí v souladu s vyhláškou 55/2011 Sb.;
- Rychlá lékařská pomoc (RLP) – tato posádka sanitního vozu se skládá ze tří členů. Jedná se o řidiče, zdravotnického záchranáře (sestra pro intenzivní péči) a lékaře. Zde je vždy vedoucím výjezdu lékař;
- Rendez Vous (RV) – do češtiny přeloženo jako setkávací systém, jedná se o posádku tvořenou lékařem a zdravotnickým záchranářem, popřípadě řidičem. Jelikož se jedná o osobní auto, nejsou zde k dispozici pomůcky pro přepravu pacienta z místa přímo do nemocničního zařízení. Může nastat situace, kdy lékař nemusí být přítomen při transportu zajištěného pacienta do nemocnice, a posádka RV je opět volná k dalšímu výjezdu;
- Letecká záchranná služba – posádka tvoří za technickou část pilot a za zdravotnickou část lékař spolu se zdravotnickým záchranářem. (Remeš, 2013; Šín 2017)

Základní typy výjezdů posádek ZZS jsou dva, primární a sekundární. V primárních výjezdech je přednemocniční neodkladná péče poskytována přímo na místě vzniku události. Do primárního výjezdu se počítá doba od výjezdu ze základny až po opětovný návrat zpět. Sekundárními výjezdy se myslí převážně transport nemocných mezi nemocnicemi, u kterých je nutný téměř nepřetržitý zdravotní dohled a nemůže ho zprostředkovat doprava rodiček a nemocných (DRN). V souvislosti s typy výjezdu ještě souvisí tzv. marný výjezd. Jedná se o situaci, kdy je během cesty na místo události posádka odvolána zpět na svou stanici. V praxi se může jednat například o transport raněného jiným vozidlem. S marným výjezdem se váže ještě zneužití výjezdu. Jedná se o výjezd, kde byly podány záměrně falešné informace zdravotnickému operačnímu středisku. (Ertlová, Mucha, 2003)

3.3 Personální zajištění výjezdových skupin a ZOS

- Zdravotníci záchranáři – tvoří podstatnou část výjezdových skupin, protože se nachází v každé z nich. Pro výkon činnosti je podmínkou, aby měl jedinec dokončené středoškolské vzdělání a zároveň úspěšně absolvované studium diplomovaného specialisty (DiS.) na vyšší odborné škole nebo bakalářské studium (Bc.) na škole vysoké;
- Lékaři – v historii se na pozici lékaře ZZS dosazovali hlavně anesteziologičtí či traumatologičtí lékaři. V současné době se mimo těchto dvou specializací můžeme setkat navíc s kardiology, internisty, neurology, pediatry, chirurgy i praktickými lékaři. Činnost na ZZS mohou ale vykonávat až po splnění specializací ve výše zmíněných oborech. Nově vzniklý obor specializace urgentní medicína lze absolvovat až po splnění jednoho ze základních oborů;

- Řidiči – podmínka pro udělení oprávnění řízení vozů ZZS je absolvování 600 hodinového studia v rozsahu alespoň jednoho roku. Během této doby řidič získá dostatečné teoretické i praktické znalosti pro danou problematiku. Zároveň je třeba mít dokončené středoškolské studium a vlastnit řidičský průkaz typu C;
- Operátoři – na ZOS jako operátoři mohou pracovat zdravotničtí záchranáři, sestry pro intenzivní medicínu a všeobecné sestry po absolvování speciálního certifikovaného kurzu. Vyhodnocují tísňovou výzvu, poskytují telefonicky asistovanou první pomoc (TAPP) a telefonicky asistovanou neodkladnou resuscitaci (TANR), koordinují složky IZS na operační úrovni a komunikují se zdravotnickými zařízeními. Spolu s operátory je na ZOS i lékař, který musí být neustále dostupný pro telefonickou pomoc a připraven na výjezd v dojezdové do dvaceti minut od vyžádání. (Brůha, 2011; Remeš, 2013)

4 STRES U PRACOVNÍKŮ PNP

Činnost těchto pracovníků se řadí velmi rizikové a stresující profese. O jejich výkonech se automaticky předpokládá, že budou bezchybné, mnohdy pracují v časovém presu a ve ztížených podmínkách. Tyto aspekty a mnoho dalších přispívají ke stresovanosti a pracovní morálce. Denně se potýkají se všemi druhy výjezdů a pacientů, proto je na místě, aby byli pokaždé maximálně soustředění, oprostili se od negativních myšlenek a emocí a mohli se každému věnovat na profesionální úrovni. K pozitivnímu efektu rozhodně přispívá dostatečná sebekontrola. (Vasková, Holevová, 2015)

Do stresujících událostí ale nepatří pouze samostatné situace přímo na výjezdu. Pracovníky PNP mohou zatěžovat i interní záležitosti, jako může být vedení stanice ZZS, neshody s kolegy na pracovišti, nedostatečná zpětná vazba na svou práci (kladná i záporná), nedostatečné finanční ohodnocení nebo nevyhovující směnný provoz. Co se týče nejčastěji zmiňovaných stresorů pro pracovníky PNP, tak sem řadíme hlavně všeobecnou pestrost výjezdů, mohou se dostat opravdu k jakémukoliv případu a z toho plyne nutnost být připravený na vše, mimořádná událost s hromadným postižením osob, zranění či dokonce úmrtí kolegy, zodpovědnost za život pacienta a s tím související trestní odpovědnost, mnohdy výskyt v situacích a místech ohrožující samotné záchránce, nedostatek technických i materiálních vybavení, tzv. staří známí, což bývají nejčastěji pacienti s přidruženým psychickým onemocněním, nedostatek odpočinku při náročných směnách nebo naopak příliš dlouhá doba čekání na další výjezd. (Svobodová, Brečka, 2016; Vasková, Holevová, 2015)

Zvládání stresu a krizových situací začíná nejprve u samotných pracovníků. Ti by zaprvé měli trávit svůj volný čas aktivitami slyšet od nich

jejich vlastní názor a nezačít se utápět ve svých vlastních myšlenkách. Dalším krokem může být potlačení emocí, což je ale diskutabilní, neboť právě potlačování bývá často příčinou vzniku posttraumatické stresové poruchy. Ovšem musíme brát v úvahu, že profesionální pracovník by neměl dávat na místě události najevo své emoce. Jedním z nejvíce uváděných následků působení stresu je právě ona posttraumatická stresová porucha. Při nedostatečné intervenci způsobuje u pracovníků PNP hlavně deprese, nechť pracovat, psychické i fyzické vyčerpání či bolesti hlavy. Dalším významným prvkem je nespavost. Směnný provoz a časté přesčasny mohou mít za důsledek vážné poruchy spánku. Syndrom vyhoření je u pracovníků známý jev. Projevuje se nejčastěji ztrátou energie, frustrací, stagnací nebo apatií. Tito pracovníci ztrácejí původní nadšení k práci, nenaplňuje je a vážně se to projeví na jejich zdraví i chování. (Ralbovská, 2016) předcházejícím stresu (sport, koníčky, humor). Rozhodně přispívá si o daných problémech a situacích pohovořit s kolegy,

Pokud všechny neformální způsoby zvládnání stresu selžou, je na místě krizová intervence. *„V rámci Zdravotnické záchranné služby je od roku 2012 Systém psychosociální intervenční služby (dále jen SPIS) zakotven v zákoně č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě.“* (D. R. Ralbovská, D. Ralbovská, R. Šín, 2017) Tuto službu mohou ale využívat nejen pracovníci PNP a urgentních příjmů, ale i všichni ostatní nehledě na typ oddělení. Rozhodně nejdůležitějšími částmi SPIS je prevence vzniku krize, pomoc utvořit rezistenci vůči zátěži, zvládnání samotných stresových situací a krizí, snaha o nalezení řešení krizové události a navrácení zpět do normálního života. V centrech krizové intervence se rovněž zabývají styly jak se přizpůsobit na různé typy krizových situací. (D. R. Ralbovská, D. Ralbovská, R. Šín, 2017)

5 CÍL A HYPOTÉZY PRÁCE

Cíl 1 Cílem této bakalářské práce je zjistit, jak velký počet pracovníků v přednemocniční péči trpí stresem a do jaké míry se u nich projevuje.

Cíl 2 V tomto cíli budeme zkoumat, kolik respondentů podstoupilo krizovou intervenci.

Hypotéza 1 Předpokládáme, že alespoň polovina pracovníků PNP cítí ve své práci stresovaná.

Hypotéza 2 Předpokládáme, že bude větší procento pracovníků, kteří se snaží se stresem pracovat a aplikují postupy k jeho eliminaci.

Hypotéza 3 Předpokládáme, že alespoň 25% respondentů absolvovalo krizovou intervenci.

6 METODIKA VÝZKUMU

V této práci byla použita metoda kvantitativního průzkumu formou nestandardizovaného anonymního dotazníku. Dotazník byl předán pracovníkům přednemocniční neodkladné péče, kteří jej vyhodnocovali ve svém volném čase. Skládá se z celkového počtu 22 uzavřených otázek dichotomických, trichotomických a výběrových. Respondenti zaškrtovali pouze jednu odpověď. Z celkového počtu 182 respondentů bylo použito ke zpracování dat 168 (97,31%) vyplněných dotazníků, zbylých 14 (7,69%) bylo vyřazeno pro neúplnost nebo irelevantnost odpovědí. Všechny otázky byly vytvořeny, aby korespondovaly s cílem práce a hypotézami.

První tři otázky dotazníku pouze zjišťují základní informace o respondentech, jako je jejich pohlaví, délka praxe v oboru a pozice, na které pracují v PNP. Na dotazník odpovídalo celkem 94 mužů a 74 žen. Co se týče doby působení v přednemocniční neodkladné péči, se respondenti rozdělili následovně: v období do dvou let odpovídalo 50 pracovníků, od dvou do pěti let odpovědělo 26 pracovníků, od pěti do deseti let jsme získali 52 odpovědí a nakonec s délkou praxe více jak deset let odpovídalo 40 respondentů. Jednoznačně nejvíce odpovědí bylo sesbíráno od zdravotnických záchranářů, kterých bylo 98. V menším zastoupení jsme získali odpovědi od řidičů zdravotnické záchranné služby, a to o počtu 38. Počet lékařů a operátorů zdravotnického operačního střediska byl stejný a dohromady tvoří zbylých 32 pracovníků.

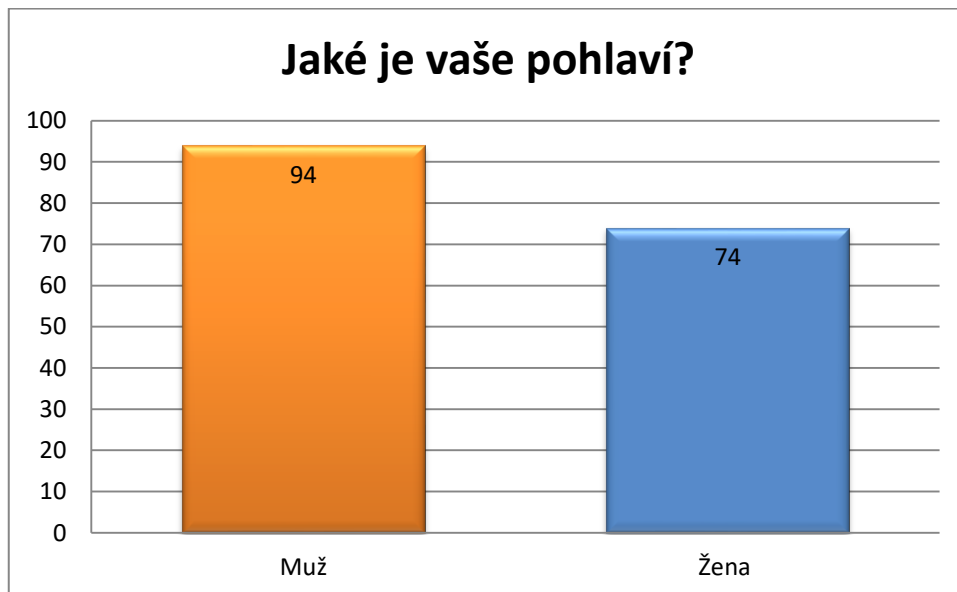
Otázky č. 5, 8, 17 a 21 se týkaly znalosti pojmů souvisejících se stresem a jeho řešení. Všechny zbylé otázky řešily subjektivní názory a pocity respondentů týkajících se stresu na pracovišti a schopností pracovníků se se

stresem vypořádat. Otázky č. 4, 10, 11, 16 a 19 byly hodnoceny na Likertově škále, abychom získali co nejpřesnější výsledek od respondentů.

Dotazník byl rozeslán v elektronické podobě pomocí internetového portálu (www.survio.com) všem respondentům, aby byly výsledky co nejkompaktnější a přicházely z více krajů České republiky. Všechny výsledky byly vyhodnoceny a uvedeny ve formě grafů vytvořených v programu MS Excel. Šetření probíhalo v době od 15. 1. 2018 do 20. 4. 2018.

7 VÝSLEDKY VÝZKUMU

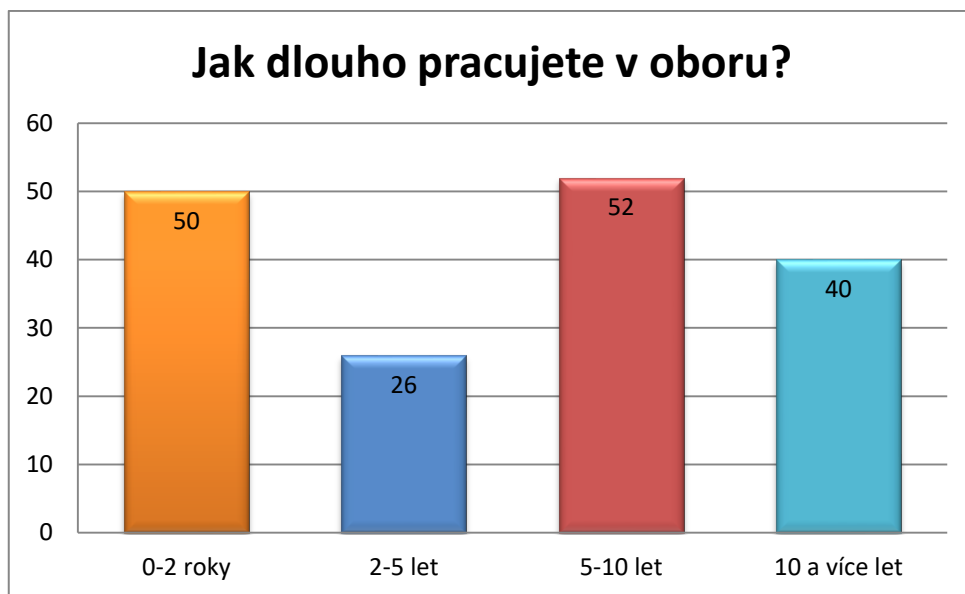
Otázka 1



Graf 1 Pohlaví dotázaných pracovníků PNP

Z celkového počtu 168 respondentů vyšlo, že 94 (55,95%) jsou muži a 74 (44,05%) jsou ženy. Díky tomuto výsledku vidíme, že většina pracovníků jsou v mužském zastoupení.

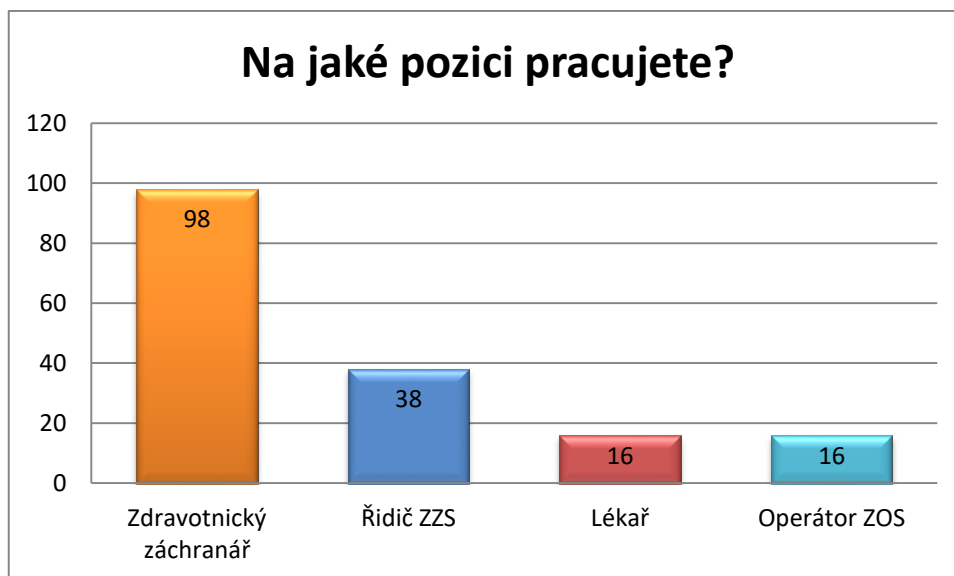
Otázka 2



Graf 2 Délka pracovní činnosti v PNP

Na základě odpovědí na tuto otázku vidíme, že největší procento zastupuje 52 (30,95%) pracovníků s délkou praxe 5-10 let. Těsně za nimi jsou lidé pracující v PNP do dvou let, kterých je rovných 50 (29,76%). V oboru nad deset let praxe se pohybuje 40 (23,81%) respondentů. V období dvou až pěti let jsme celkem získali data od 26 (15,48%) respondentů.

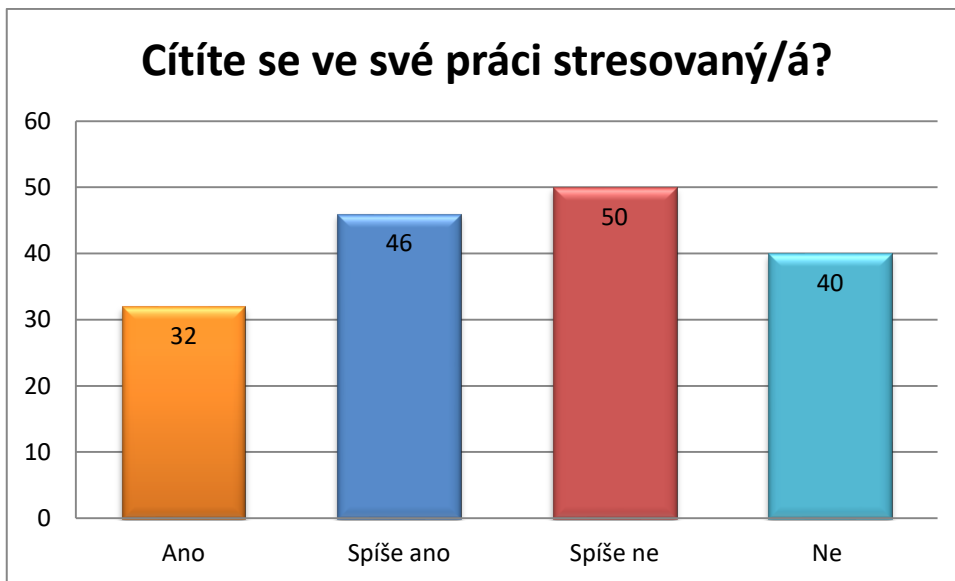
Otázka 3



Graf 3 Profesní odbornost

Valná většina respondentů se ukázala jako zdravotničtí záchranáři. Ti tvořili celých 98 z nich (58,33%). 38 pracovníků (22,62%) tvoří řidiči zdravotnické záchranné služby. Zbýlých 32 respondentů se rovnoměrně rozdělilo na lékaře a operátory zdravotnického operačního střediska, tudíž v každé skupině bylo 16 lidí (9,52%).

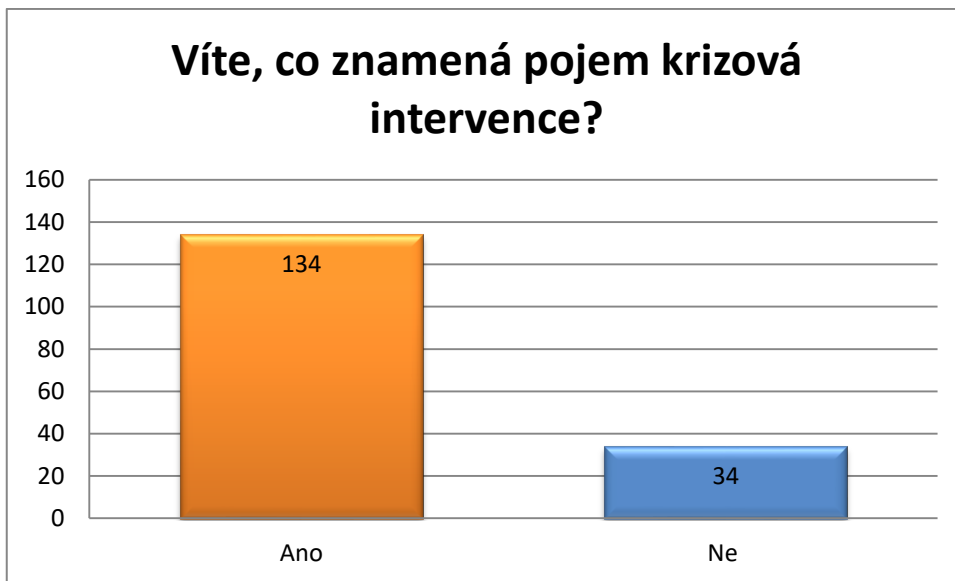
Otázka 4



Graf 4 Míra stresovanosti

V této otázce jsme zjišťovali subjektivní názor pracovníků na to, zda berou svou práci za stresující nebo ne. Dvaatřicet (19,05%) respondentů uvádí, že práce na ZZS je jednoznačně stresující. Dalších 46 (27,38%) z nich bere činnost ZZS jako spíše stresující než ostatních 50 (29,76%), kteří naopak uvádí, že práce spíše stresující není. Zbýlých čtyřicet (23,81%) respondentů si nemyslí o práci na zdravotnické záchranné službě či operačním středisku že je stresující.

Otázka 5



Graf 5 Krizová intervence

Tato otázka se ptala respondentů, zda ví, co je krizová intervence. Rozhodně větší část tvrdí, že ano a tvoří ji skupina 134 (79,76%) respondentů. Zbýlých 34 (20,24%) z nich neví, co krizová intervence znamená.

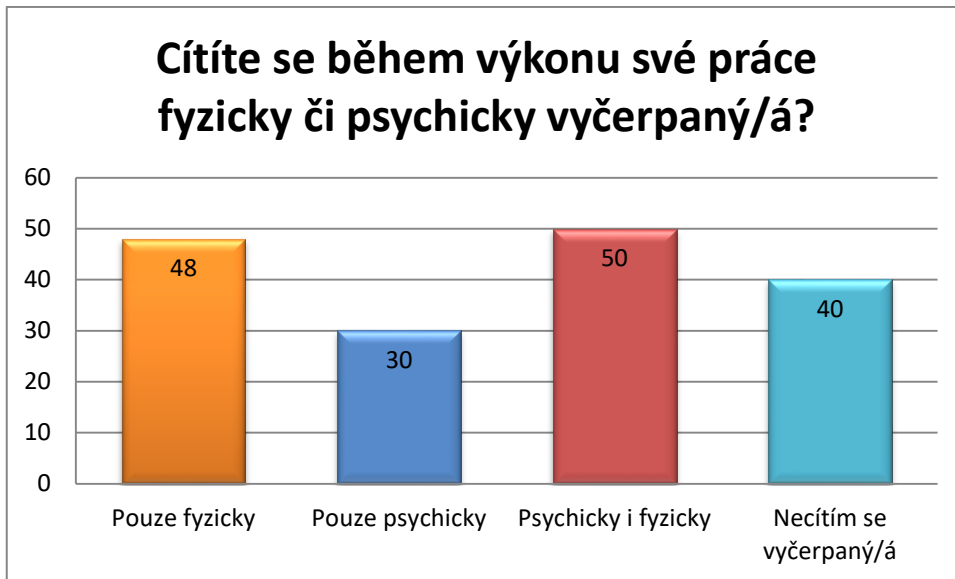
Otázka 6



Graf 6 Absolvování intervence

V této otázce zjišťujeme od respondentů, zda se již během své činnosti zúčastnili krizové intervence. Přibližně čtvrtina tvořící skupinu 45 (26,79%) tázaných už alespoň jednou podstoupila krizovou intervenci. 123 (73,21%) respondentů ještě s touto intervencí nemá během své působnosti zkušenosti.

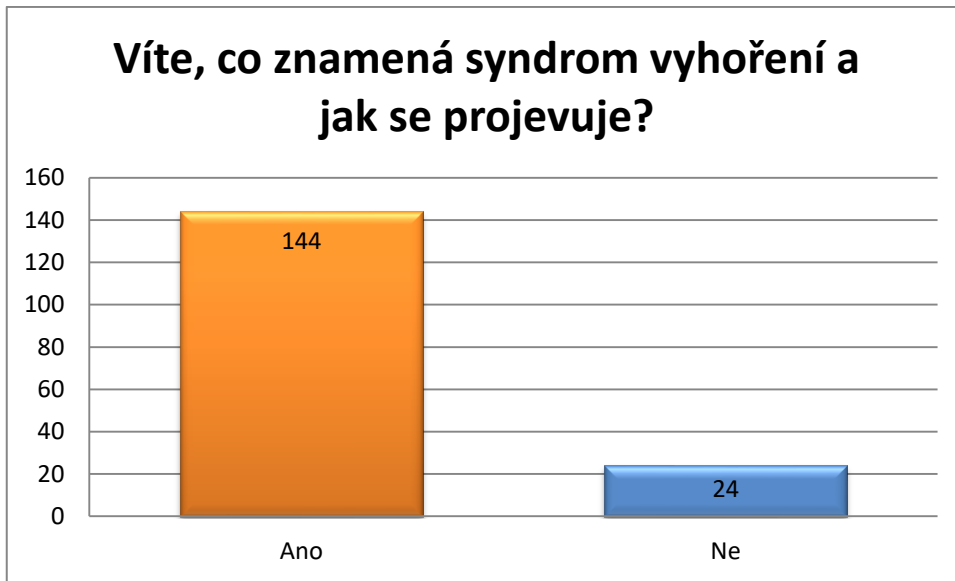
Otázka 7



Graf 7 Typy vyčerpání

V této otázce se respondentů ptáme, zda pocíují jisté typy únavy. Čistě fyzickou únavu trápí 48 (28,57%) respondentů, kdežto psychickou únavu zatěžuje pouhých 30 (17,86%) pracovníků. Největší počet z této skupiny zauímají pracovníci (50; 29,76%), kteří se cítí vyčerpání jak psychicky, tak fyzicky. Oproti tomu posledních 40 (23,81%) respondentů žádný typ únavy neudává.

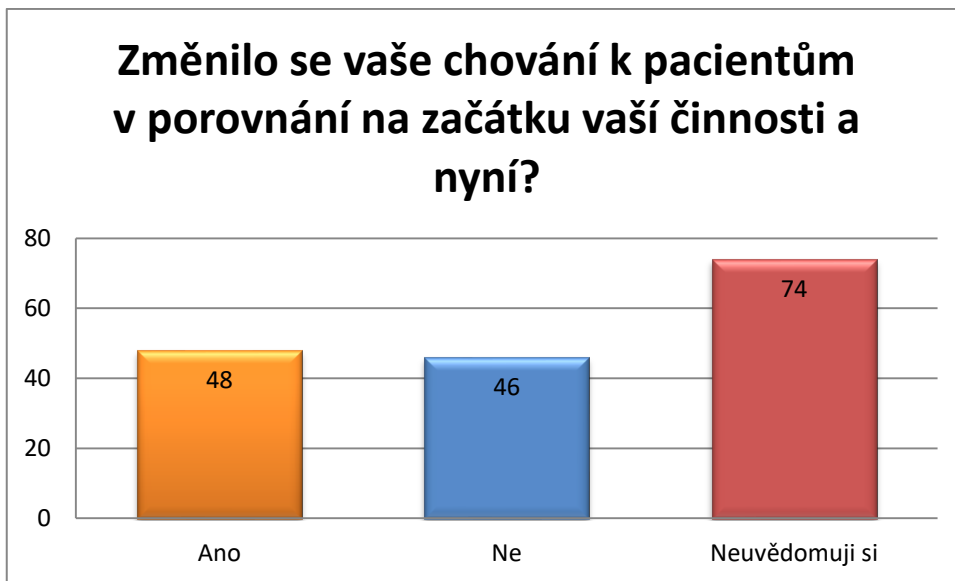
Otázka 8



Graf 8 Syndrom vyhoření

Zde se ptáme na základní znalosti o syndromu vyhoření. Rozhodně valná většina zaměstnanců má v povědomí syndrom vyhoření. Tvoří ji celá skupina 144 (85,71%) lidí. Zbytek pracovníků o počtu 24 (14,29%) odpověděl negativně.

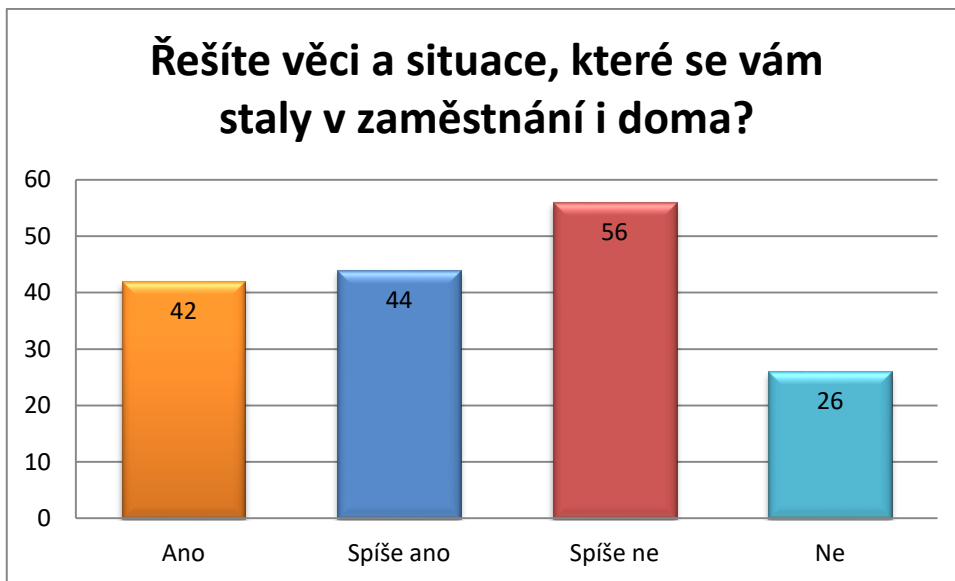
Otázka 9



Graf 9 Změny chování

Otázka měla zjistit, jestli si respondenti na sobě všimli změnu přístupu k pacientům za dobu jejich působnosti v PNP. 48 (28,57%) z nich si jisté změny všimlo. Pouze o dva pracovníky méně (46; 27,38%) odpovědělo opačně. Posledních 74 (44,05%) uvádí, že si však žádnou změnu neuvědomují.

Otázka 10



Graf 10 Práce a domov

Tato otázka se ptá, zda se respondenti baví o svých prožitcích ve svém domově. Skupina 42 (25%) z nich říká, že tyto situace řeší. Dotázaných, co spíše diskutují o situacích ze své práce, bylo 44 (26,19%). Oproti tomu 56 (33,33%) už nebývá tak sdílných. Posledních 26 (15,48%) pracovníků vůbec o těchto situacích doma nekomunikují.

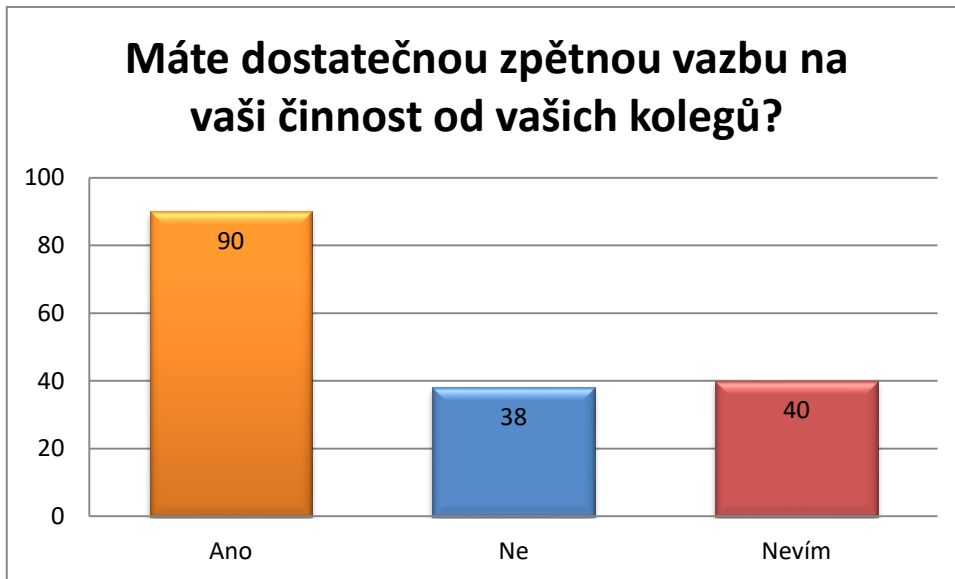
Otázka 11



Graf 11 Naplňování ostatních potřeb

V této otázce jsme řešili, zda mají pracovníci dostatek volného času na jiné aktivity. Pozitivně na tuto otázku odpovědělo největší procento pracovníků, v počtu 52 (30,95%). Rovných 50 (29,76%) respondentů si myslí, že spíše mají čas. Oproti tomu o čtyři méně (27,38%) již tvrdí, že se spíše cítí vytížení. Posledních 20 (11,90%) dotázaných však na tuto otázku odpovědělo negativně.

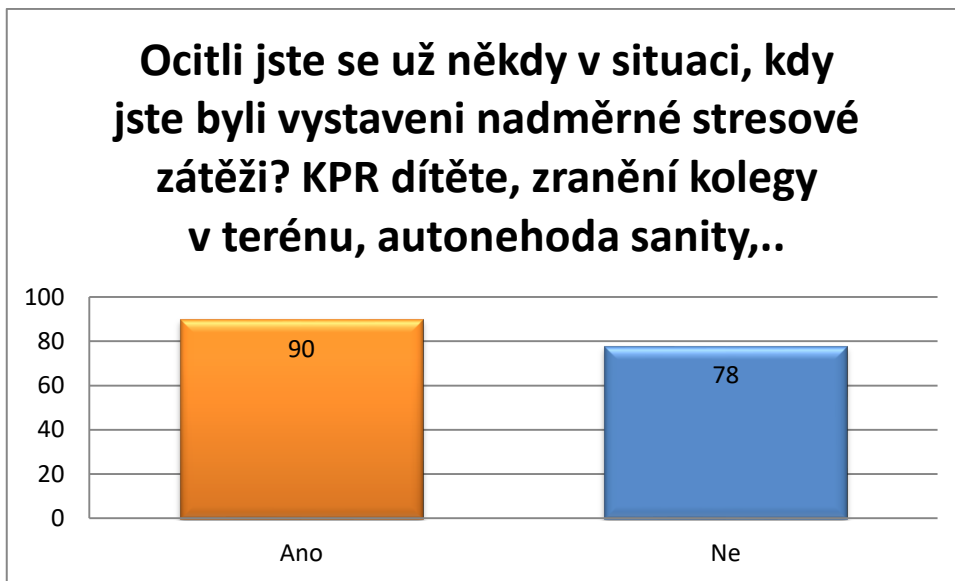
Otázka 12



Graf 12 Zpětná vazba na práci

Více než polovina respondentů (53,57%) uvádí, že dostatečně komunikují ohledně absolvovaných zásahů. Nejmenší skupinu tvoří 38 (22,62%) dotázaných se zápornou odpovědí. Zbýlých 40 (23,81%) pracovníků nedokázalo na tuto otázku přímo odpovědět.

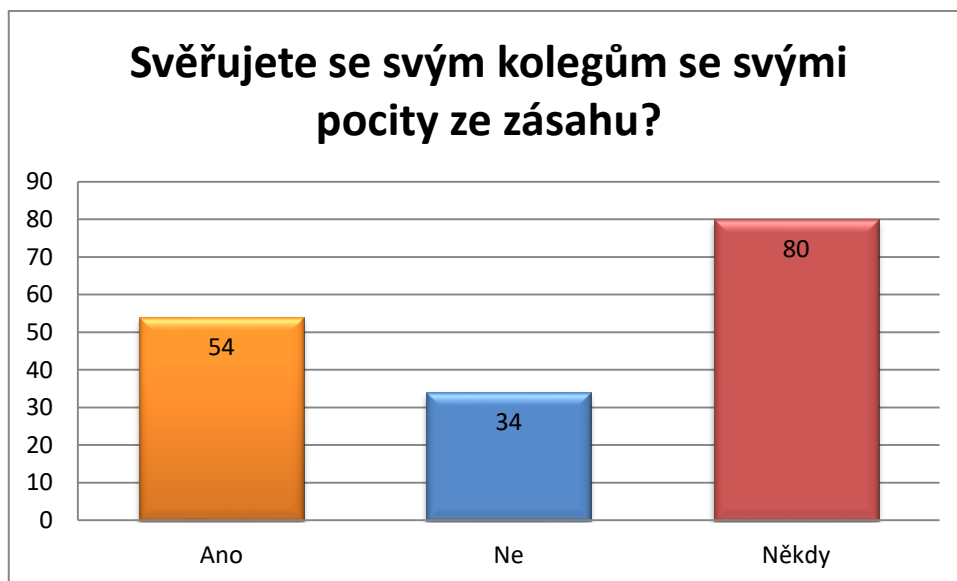
Otázka 13



Graf 13 Nadměrná stresová zátěž

Při položení této otázky jsme zjišťovali, jestli dotazovaní již absolvovali nějakou krizovou situaci během své činnosti. Rovných 90 (53,57%) respondentů odpovědělo na tuto otázku kladně a zbylých 78 (46,43%) pracovníků ještě nemá zkušenosti s nadměrnou stresovou zátěží při zásahu.

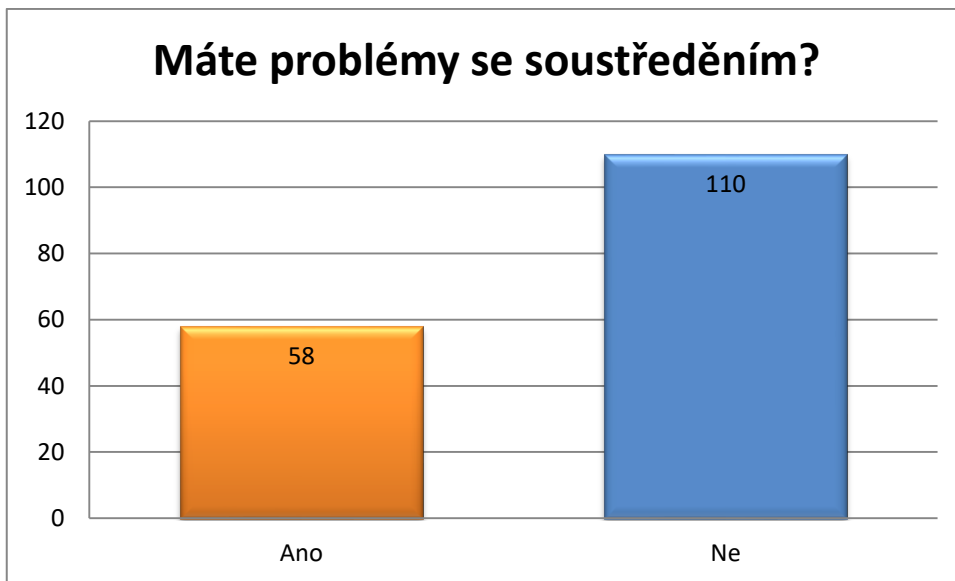
Otázka 14



Graf 14 Komunikace s kolegy

Snažíme se zjistit, jestli se pracovníci snaží mluvit o své práci s kolegy s cílem získání zpětné vazby. Skoro vždy má tendenci sdělovat své pocity 54 (32,14%) dotázaných, avšak 34 (20,24%) odpovídá opačně. Největší zástup tvoří 80 (47,62%) respondentů, kteří uvádí, že čas od času sdělují své dojmy ze zásahu.

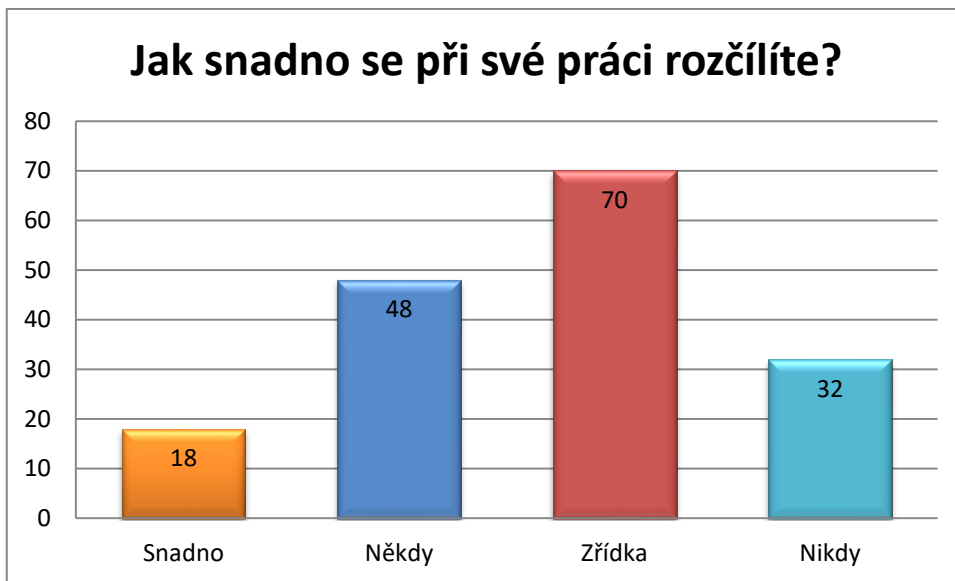
Otázka 15



Graf 15 Soustředění

Tato otázka se ptá na subjektivní názor pracovníků, jestli na sobě cítí problémy se soustředěním. Necelé dvě třetiny respondentů (65,48%) tento pocit neguje. Zbýlých 58 (34,52%) dotázaných tvrdí opak, tudíž nějaké problémy se soustředěním přiznávají.

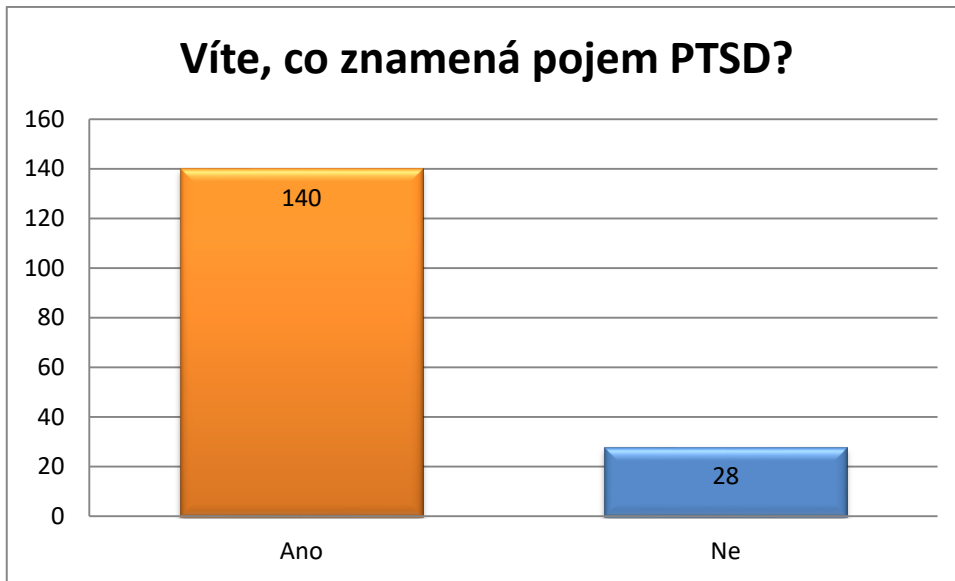
Otázka 16



Graf 16 Rozčílení v práci

Zde se ptáme, jestli respondenty dokáží nahněvat situace, ve kterých se vyskytují během své činnosti. Absolutně nejmenší počet respondentů (10,71%) se ve své práci snadno rozčílí. Dalších 48 (28,57%) se nahněvá pouze občas. Největší počet respondentů (41,67%) se rozčílí pouze vzácně. Posledních 32 (19,05%) dotázaných zůstává ve své práci stále v klidu.

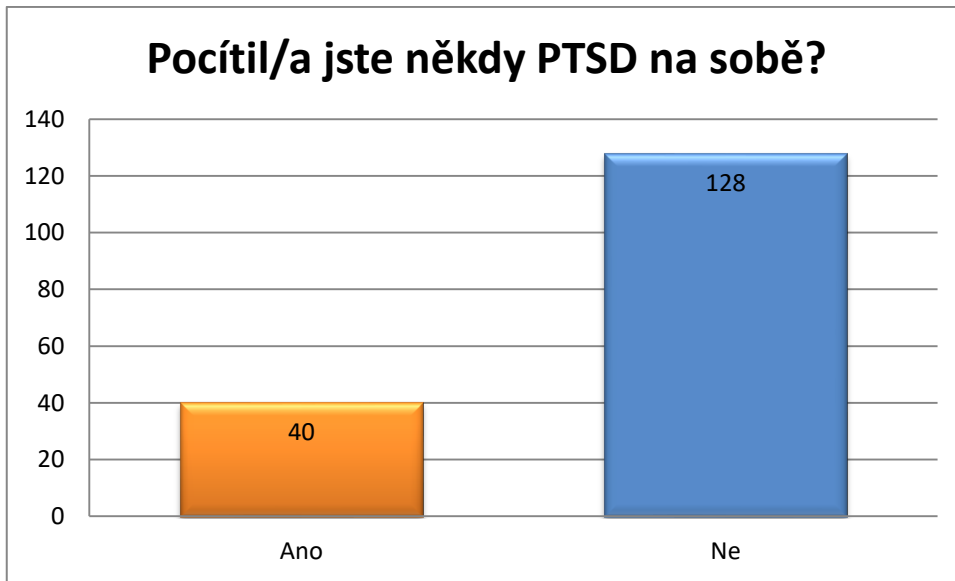
Otázka 17



Graf 17 PTSD

Otázka, jestli pracovníci vědí, co znamená posttraumatická stresová porucha, odpovědělo celých 140 (83,33%) kladně. Pouze zlomek z celkového počtu respondentů (16,67%) dotázaných tvrdí, že neví.

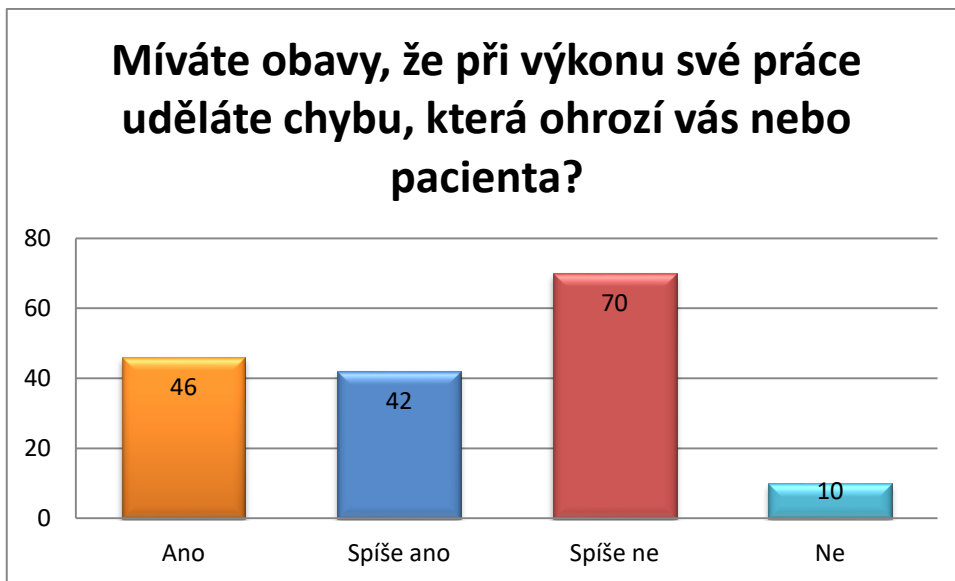
Otázka 18



Graf 18 Příznaky PTSD

Příznaky posttraumatické stresové poruchy na sobě již pocítilo 40 (23,81%) dotazovaných. Negativně na tuto otázku odpovědělo více jak tři čtvrtiny respondentů, o počtu 128 (76,19%) lidí.

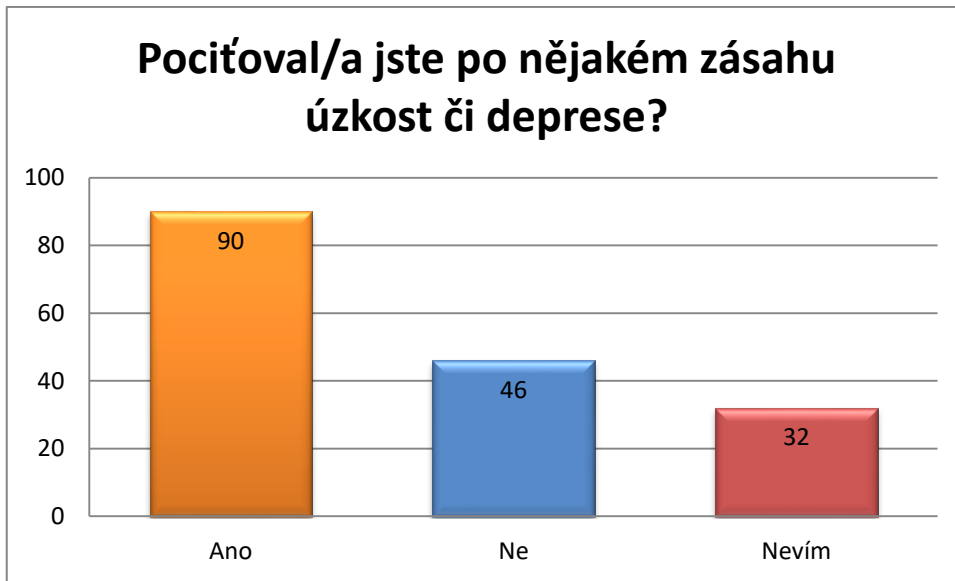
Otázka 19



Graf 19 Obavy ze své chyby

V této otázce zkoumáme, jaký počet se bojí své vlastní chyby na zásahu. Rozhodně ano zde odpovědělo 46 (27,38%) dotázaných, dalších 42 (25%) se též spíše obává svého vlastního pochybení. Největší procento odpovědí s počtem rovných 70 (41,67%) nemá příliš strach, že se zmýlí při výkonu své práce a pouhých 10 (5,95%) nemá vůbec žádné obavy.

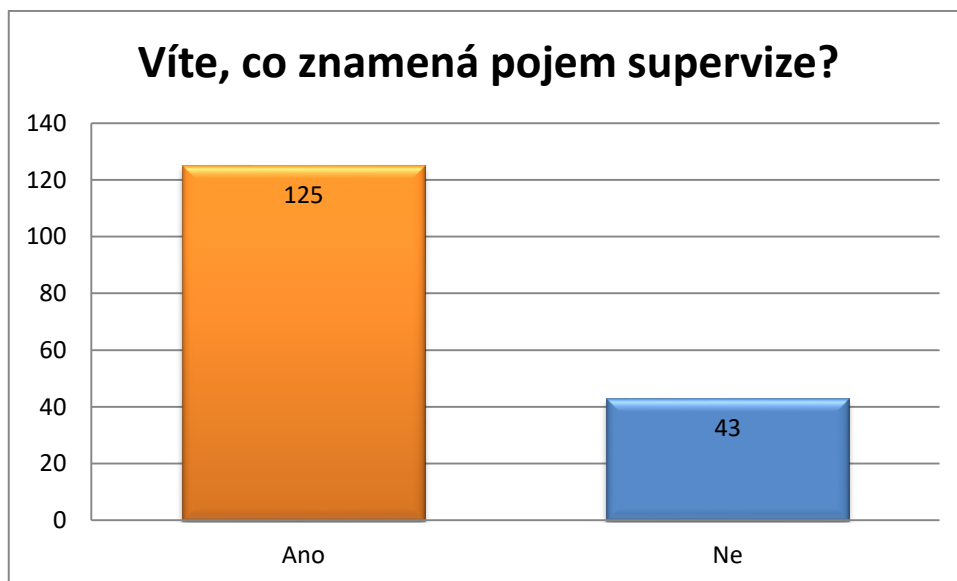
Otázka 20



Graf 20 Úzkost a deprese

Na tuto otázku odpovědělo překvapivě až 90 (53,57%) respondentů že ano. Ve skupině s negativní odpovědí se nachází 46 (27,38%) dotázaných. Posledních 32 (19,05%) pracovníků si není jistých, zda už tyto pocity zažili.

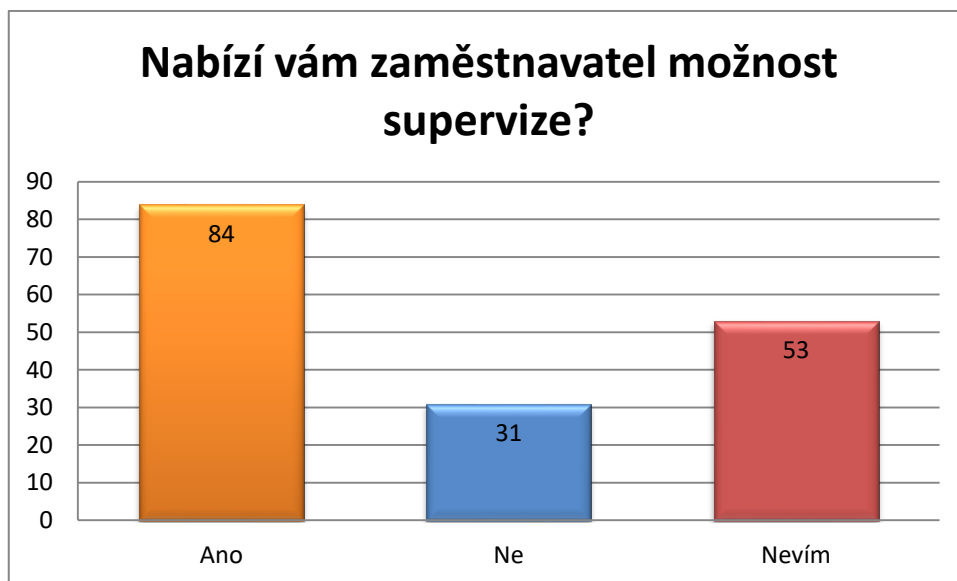
Otázka 21



Graf 21 Supervize

Zde jsme zjišťovali znalosti pojmu supervize ve zdravotnictví. Necelé tři čtvrtiny, o počtu celkovém 125 (74,40%) pracovníků ví přesně, co tento pojem představuje. Zbytek respondentů (25,60%) nedokáže s jistotou říct, co přesně supervize znamená.

Otázka 22



Graf 22 Možnost supervize

V poslední otázce dotazníku se ptáme, zda mají k dispozici ve své práci přítomnost nějakého supervizora. Kladně na tuto otázku odpovědělo 84 (50%) dotázaných. Opačný výsledek byl zaznamenán u 31 (18,45%) respondentů. Posledních 53 (31,55%) pracovníků není s možností supervize na pracovišti obeznámeno.

8 DISKUZE

Praktická část bakalářské práce byla zhotovena na základě odpovědí na dotazník od 168 respondentů. Prvním cílem bylo zjistit, jaký počet pracovníků v přednemocniční neodkladné péči trpí stresem a zda umí vhodně používat metody k jeho odstranění. Druhým cílem jsem vyhodnocoval, kolik pracovníků respondentů absolvovalo krizovou intervenci. První otázka se týkala rozdělení pohlaví pracovníků na stanovištích zdravotnické záchranné služby, kde odpovídalo mužů o 20 více (94), než žen (74). Všeobecně jsme předpokládali podobný výsledek, ovšem rozdíl pouhých necelých 6% ukazuje, že je zastoupení mužů a žen prakticky vyrovnané. Cíl bakalářské plně souvisel s prvními dvěma mnou stanovenými hypotézami. Z výsledků přímo položené otázky dotazníku se pouze menší polovina pracovníků cítí ve své práci stresovaná, avšak musím brát v potaz i odpovědi na ostatní otázky. Jedním z projevů stresu je porucha koncentrace. Na mnou položenou otázku zda pracovníci mají problémy se soustředěním, odpovědělo 58 (34,52%) kladně. Toto číslo je podle mého názoru relativně vysoké, ovšem také záleží, do jaké míry se projevuje. Když jsem se respondentů dotazoval v otázce 7 na jejich vyčerpanost, výsledky byly rovněž vysoké. Pouze 40 (23,81%) z nich se necítí vyčerpaných. Zbýlý počet 128 dotazovaných přiznává únavu buď psychickou, fyzickou nebo kombinaci obou předchozích dohromady. Tento výsledek jsem též předpokládal. K psychické únavě pracovníků PNP může přispívat obrovská řada faktorů. Nedostatečné finanční ohodnocení, příliš mnoho výjezdů nebo naopak stagnace v práci, rodinné problémy a mnoho dalších může ovlivňovat psychiku záchranářů. Fyzické vyčerpání může být zapříčiněno směnným provozem, nedostatkem pravidelného spánku a velkou koncentrací výjezdů ihned po sobě. Během porovnávání prací se mi díky dílu Brandejské (2008) podařilo zjistit, že se větší polovina zaměstnanců PNP cítí spíše fyzicky

vyčerpaná. Dále se nám potvrdilo, že větší počet dotazovaných je ochotných řešit strasti ať už s kolegy v práci nebo doma se svou rodinou. To je podle mého názoru jeden z nejdůležitějších prvků osobní psychohygieny, neboť už samotný rozhovor s kolegou po výjezdu s cílem získání zpětné vazby je typem psychologické první pomoci. Dalším důležitým krokem zvládnání stresu jsou volnočasové aktivity jednotlivých pracovníků. Z teoretické části bakalářské práce víme, že je to nejen technika zvládnání stresu, ale zároveň i jeho prevence i prevence syndromu vyhoření. Kvalitně strávený volný čas je tudíž podstatným krokem k duševní pohodě. Na základě odpovědí z dotazníku si přibližně 60% respondentů myslí, že má dostatek času na naplňování svých ostatních potřeb. Zbytek lidí si myslí, že nemá dostatek času, ale to může souviset s faktem, že hodně pracovníků v přednemocniční neodkladné péči má často i druhé zaměstnání, tudíž jsou časově velmi vysílení. Při porovnávání s autorkou Rybkovou (2017) souhlasím, že většina respondentů si stresovou zátěž uvědomuje a snaží se s ní efektivně pracovat. Když porovnáme výsledky s dizertační prací autorky Šeblové (2007), tak co se týče trávení volného času nadpoloviční většina má nějaké osobní specifické záliby, dalších tři čtvrtě z jejich všech respondentů uvádí, že alespoň jednou týdně mají nějakou fyzickou aktivitu. Proto tvrdím, že i v průběhu jedné dekády je práce respondentů se stresem stále na dobré úrovni. Na základě mých výsledků a výsledků ostatních autorů z různých let si dovoluji tedy tvrdit, že pracovníci PNP sice stresem trpí, ale většina z nich je schopna se efektivně adaptovat všem druhům stresorů dostupnými prostředky a následně na ně reagovat.

V první hypotéze jsem předpokládal, že více než polovina pracovníků PNP trpí stresem. Čtvrtá otázka se týkala přímo osobního názoru respondentů, zda se cítí stresovaní. Odpovědi „ano“ a „spíše ano“ zvolilo dohromady 78 (46,43%) respondentů a odpovědi „spíše ne“ a „ne“ zaškrtnulo 90 (53,57%)

dotazovaných. S touto hypotézou rovněž koresponduje další otázka týkající se pocitů úzkosti a deprese, kde 90 (53,57%) pracovníků odpovědělo, že ano. Dotazovaných, kteří tuto otázku negují, bylo 46 (27,38%) a zbylých 32 (19,05%) si svou odpovědí není jistá. I když je celkové procento pozitivních odpovědí lehce vyšší, můžeme předpokládat, že dotazovaní umí kvalitně pracovat se stresem. Otázka č. 19 se ptá, zda respondenti mají strach z jejich vlastní chyby. Opět lehce vyšší procento (52,38%) odpovědělo na tuto otázku pozitivně. Tento výsledek přisuzuji k faktu, že si pracovníci PNP jsou vědomi všech rizik a úskalí, na která mohou během zásahu narazit. Rovněž ale zastávám názor, že je velmi důležité si právě tato rizika uvědomovat a o to snáz se dá vyvarovat nežádoucím pochybením. Otázka, zda respondenti již někdy pocítili symptomy posttraumatické stresové poruchy na sobě, má vcelku kladné výsledky. Pouze menší čtvrtina dotazovaných (23,81%) přiznává, že se PTSD už musela pracovat. K porovnání výsledku hypotézy jsem použil práci autorky Svobodové (2015), která díky svému výzkumnému šetření získala velmi rozdílné výsledky. Na otázku, zda svou práci vnímají jako stresující, jí odpovědělo až 80% kladně. Díky tomuto faktu předpokládám, že se v průběhu posledních let značně zlepšila duševní hygiena a péče o psychické zdraví. Navzdory všem odpovědím **byla však první hypotéza nepotvrzena.**

Druhá hypotéza předpokládá, že větší počet pracovníků se snaží se stresem pracovat a aplikují postupy k jeho eliminaci. Aby mohli lidé správně pracovat se stresem je potřeba znát základní termíny, na kterých se ptáme v otázkách č. 5, 8, 17 a 21. Pojem krizová intervence zná 134 (79,76%) respondentů a 34 (20,24%) tvrdí opak. I přes to, že je krizová intervence velice známá, vcelku veliké procento pracovníků (20,24%) neví, co znamená. To může znamenat, že se s ní ještě v průběhu své kariéry nesetkali ani u svých kolegů a není dostatečná informovanost ohledně krizové intervence. Na otázku č. 8

týkající se znalosti syndromu vyhoření a jeho projevů nám odpovědělo kladně 144 (85,71%) dotazovaných a záporně 24 (14,29%). Díky tomuto výsledku vidíme, že je syndrom vyhoření v povědomí více pracovníků PNP než krizová intervence. S podobnými výsledky se setkáváme i u dalších dvou otázek, zabývajících se o znalosti pojmů PTSD a supervize. 140 (83,33%) respondentů zná termín PTSD a 28 (16,67%) uvádí, že ne. Se supervizí je obeznámeno 125 (74,40%) dotazovaných a 43 (25,60%) z nich není. Na základně všech těchto odpovědí očekávám dobré výsledky týkající se osobní hygieny. Otázky č. 10, 11, 12 a 14 se ptaly na určité techniky zvládání stresu, a jestli je respondenti provádí. Co se týče zpětné vazby od kolegů, odpovědělo 90 (53,57%) pracovníků pozitivně. Ještě více kladných odpovědí (102; 60,71%) dostala otázka na dostatek volného času na své koníčky a odpočinek. Svým kolegům se nesvěřuje se svými pocity 34 (20,24%) pracovníků, 54 (32,14%) se svěřuje a zbylých 80 (41,62%) pouze občas. Přibližná polovina respondentů (51,19%) doma řeší nebo spíše řeší situace vzniklé při různých zásazích, zbytek spíše nekomunikuje o svých prožitcích anebo zcela mlčí. Když porovnáme své výsledky s ostatními autory, jako jsou Rybková (2017) a Levkov (2017), tak se skoro vůbec neliší. Většina pracovníků PNP má zájem o své duševní zdraví a snaží se eliminovat nežádoucí stresory. Všechny výše zmíněné otázky mají relativně pozitivní výsledky, a proto mohu prohlásit, že **druhá hypotéza byla verifikována**.

Druhým cílem mé práce bylo zjistit, kolik pracovníků PNP absolvovalo krizovou intervenci. Šestá otázka výzkumného dotazníku se ptá, kolik z respondentů již tuto intervenci podstoupilo. Z celkového počtu 168 dotazovaných se krizové intervence zúčastnilo 45 (26,79%) a 123 (73,21%) se nezúčastnilo. K tomuto cíli jsem si stanovil jednu hypotézu. Myslím si, že počet pracovníků, jež absolvoval intervenci, skutečně odpovídá realitě na základě mých rozhovorů s různými pracovníky přednemocniční neodkladné péče

během mých praxí na výjezdových stanovištích zdravotnické záchranné služby ve Středočeském kraji a kraji Vysočina. Pro porovnání se autor Jiříšta (2012) zabývá otázkou krizové intervence v Moravskoslezském a Královéhradeckém kraji. V jeho výsledcích se uvádí, že ze 74 dotazovaných se psychosociální intervenční služba poskytla 23 (31,1%) pracovníkům ZZS. Rovněž si myslím, že v průběhu posledních několika let se nabídka i poptávka psychosociálních služeb markantně zvyšuje. Důvodem mohou být i mimo vyšší kladené nároky na lékařské i nelékařské zdravotnické pracovníky. Vcelku zajímavé výsledky získal autor Humpl, který během pěti let zkoumal počet provedených intervencí spolu s počtem zúčastněných. Na začátku jeho šetření v roce 2013 proběhlo pouze 15 intervencí spolu se 115 intervenovanými. O dva roky později byla však čísla vyšší, kde se uskutečnilo rovných 200 intervencí s 540 zúčastněnými, avšak v loňském roce 2017 bylo zatím nejvíc intervencí (403) s nejvíce intervenovanými (928).

Třetí hypotézou je předpoklad, že se nejméně 25% respondentů alespoň jednou zúčastnilo krizové intervence. Odpověď na tuto hypotézu nacházíme rovněž v otázce 6. Tudíž 26,79% už má své osobní zkušenosti s krizovou intervencí. Předpokládám, že s touto hypotézou silně koresponduje otázka pod číslem 13, která se ptá respondentů, zda se už ocitli během své kariéry v krizové situaci. Jako příklad krizových situací jsem uvedl autonehodu sanitního vozu, zranění kolegy či kardiopulmonální resuscitaci dítěte. Krizovou situaci ovšem každý jedinec prožívá jinak, a co je pro jednoho krizovou situací pro druhého být nemusí. Každopádně na tuto otázku odpovědělo rovných 90 (53,57%) respondentů, že ano a zbytek (78; 46,43%) ne. Na základě předešlých odpovědí mohu předpokládat, že polovina pracovníků, která již během své kariéry prožila nějakou krizovou situaci, absolvovala i krizovou intervenci. Mnou sesbírané výsledky jsem porovnával s prací autorů Svobodové a Mgr. Brečky

(2016). Ve čtvrtém vydání časopisu Urgentní medicína z roku 2016 publikovali článek, který se zabýval problematikou stresu během činnosti zdravotnického záchranáře. Jejich výzkum sice probíhal pouze na území pardubického kraje, ale i přesto jsem se rozhodl srovnat naše výsledky. Na jejich otázku, zda absolvovali krizovou intervenci, jim odpovědělo 20% respondentů kladně. Rovněž si 75% z nich myslí, že pro ně byla přínosem. Mé výsledky jsou tedy o 6,79% vyšší. Tento rozdíl může být pouze díky většímu počtu respondentů na můj dotazník. Rovněž ale předpokládám, že se během jednoho roku mohl zvýšit zájem o psychosociální péči na stanovištích zdravotnické záchranné služby. To můžeme přisuzovat stále většímu kladení nároků a požadavků na zdravotnické pracovníky. **Třetí hypotéza se nám rovněž potvrdila.**

9 ZÁVĚR

Bakalářská práce měla za úkol zjistit četnost výskytu stresu u pracovníků přednemocniční neodkladné péče a také jak s tímto stresem dokáží pracovat. Po zpracování všech výsledků z dotazníku jsme získali dostatečný počet informací, abychom s nimi mohli pracovat a splnit cíl práce. Díky výzkumné části jsme zjistili, že nepatrně menší polovina tvrdí, že se u nich stres projevuje. Výsledky týkající se aplikování metod k eliminaci stresorů a efektivní prevenci proti vzniku stresu byly v nadpoloviční většině pozitivní.

V teoretické části jsme řešili základní termíny související se stresem, syndromem vyhoření a ostatními poruchami. Dále jsme se zajímali přímo o účinky stresu na člověka a jejich projevy a vhodnou prevencí proti stresu. V návaznosti na to jsme se zabývali krizí pro člověka a následnou krizovou intervencí. V neposlední řadě jsme se věnovali zdravotnické záchranné službě, rozdělení jejich pracovníků a přednemocniční neodkladné péči. Poslední část jsem pojal vyhledáním dokumentů týkajících se přímo stresu u pracovníků PNP a popisoval jejich specifika.

Jelikož se všechna zaměstnání ve zdravotnictví řadí do nadprůměrně stresujících, je potřeba, aby všichni zaměstnanci uměli ovládat nástroje jak zvládat stres. V dnešní době je již však mnoho možností jak tuto činnost provádět, záleží podle mého názoru hlavně na jedincích a jejich osobním přístupu jak se rozhodnou stresové situace řešit.

10 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ZZS – zdravotnická záchranná služba

PNP – přednemocniční neodkladná péče

ZOS – zdravotnické operační středisko

GAS – General Adaptation Syndrome (obecný adaptační syndrom)

BM – Burnout Measure (míra vyhoření)

CNS – centrální nervová soustava

RZP – rychlá zdravotnická pomoc

RLP – rychlá lékařská pomoc

RV – rendez – vous

DRN – doprava rodiček a nemocných

PTSD – posttraumatická stresová porucha

MS – Microsoft

DMI – Defense Mechanism Inventory

11 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ANDRŠOVÁ, Alena. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 120 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4119-2.

BARTŮŇKOVÁ, Staša. *Stres a jeho mechanismy*. Praha: Karolinum, 2010. ISBN 978-802-4618-746.

BAŠTECKÁ, Bohumila, ed. *Psychologická encyklopedie: aplikovaná psychologie*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-470-0.

BREČKA, Tibor A. *Psychologie katastrof: vybrané kapitoly*. V Praze: Triton, 2009. Psyché (Triton). ISBN 978-80-7387-330-1.

BRŮHA, Dominik a Eva PROŠKOVÁ. *Zdravotnická povolání*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2011. Theatrum medico-iuridicum. ISBN 978-807-3576-615.

HLAVÁČEK, Boris, Zdeněk SCHWARZ a Jiřina KARABCOVÁ, ed. *145 let Záchrané služby hl. m. Prahy: [1857-2002]*. Praha: ASA, 2002. ISBN 80-902895-2-5.

HOLEVOVÁ Bibiána, VASKOVÁ Katarína. *Starostlivosť o seba a sebakontrola u zdravotníckych záchranárov*. *Psychologie pro praxi*. 2015, roč. 50, č. 1-2, s. 53-63. ISSN: 1803-8670; 2336-6486.

HUMPL, Lukáš. *Činnost zdravotnických interventů 2017*. *SPIS* [online]. Praha: WordPress, 2018, 13. 2. 2018 [cit. 2018-04-20]. Dostupné z: <https://spis.cz/2018/02/13/cinnost-zdravotnickych-interventu-2016/#more-367>

JANÁČKOVÁ, L., WEISS, P., *Komunikace ve zdravotnické péči.*, ed. 1. vyd., Praha: Portál, 2008, ISBN 978-80-7367-477-9.

JIRIŠTA, Vladimír. *Vliv akutního stresu na zdravotnického záchranáře a následná krizová intervence.* České Budějovice, 2012. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Mgr. Štěpán Klen

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Hořet, ale nevyhořet.* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012. Orientace (Karmelitánské nakladatelství). ISBN 978-80-7195-573-3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres: kniha o duševním zdraví. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 1994. Pro vaše zdraví. ISBN 80-716-9121-6.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres.*, ed. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2009, ISBN 978-80-247-3149-0.

LEYDEN-RUBENSTEIN, Lori A. *The stress management handbook: strategies for health and inner peace.* New Canaan, Conn.: Keats Pub., c1998. ISBN 978-0879837945.

MATOUŠEK, Oldřich. *Pracovní stres a zdraví.* 2003. Praha: Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce: 3M Česko, 2003. ISBN 80-239-1051-5.

MELGOSA, Julián. *Zvládni svůj stres: kniha o duševním zdraví. 2. vyd.* Praha: Advent-Orion, 2001. Život a zdraví (Advent-Orion). ISBN 80-717-2624-9.

MUCHA, Josef a Františka ERTLOVÁ. *Přednemocniční neodkladná péče*. Vyd. 2. přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. Psyché (Grada). ISBN 80-701-3379-1.

PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti: kniha o duševním zdraví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5646-2.

REMEŠ, Roman a Silvia TRNOVSKÁ. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4530-5.

RALBOVSKÁ, Denisa, RALBOVSKÁ, Rebeka, ŠÍN, Robin. *Vliv psychické zátěže u členů Integrovaného záchranného systému*. Urgentní medicína, časopis pro neodkladnou lékařskou péči. 2017, 20 (3), 30-35. ISSN 1212-1924.

RALBOVSKÁ, Denisa, RALBOVSKÁ, Rebeka. *Účinky syndromu vyhoření na pracovníky integrovaného záchranného systému*. Urgentní medicína. Časopis pro neodkladnou lékařskou péči. 2016, 19 (2), 22-26. ISSN 1212-1924.

RIŠŇOVSKÁ, Andrea. *Znižovanie psychickej záťaže zdravotníckych operátorov prostredníctvom psychologického vzdelávania*. Urgentní medicína. Časopis pro neodkladnou lékařskou péči [online]. 2013, 16 (2) [cit. 15. 4. 2018], 46-48. ISSN 1212-1924. Dostupné z: http://urgentnimedcina.cz/casopisy/UM_2013_02.pdf

SVOBODOVÁ, Petra, BREČKA, A., Tibor. *Stres ve výkonu profese zdravotnického záchranáře*. Urgentní medicína. Časopis pro neodkladnou lékařskou péči. 2016, 19 (4), 42-46. ISSN 1212-1924.

ŠEBLOVÁ, Jana, *Zátěž, stres a syndrom vyhoření u pracovníků zdravotnických záchranných služeb – možnosti včasné diagnózy, prevence a terapie*. Praha, 2007. Dizertační práce. Univerzita Karlova v Praze. 3. lékařská fakulta

ŠÍN, Robin a Jan MACH. *Medicína katastrof*. Praha: Galén, 2017. Theatrum medico-iuridicum. ISBN 978-80-7492-295-4.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krize a krizová intervence*. Praha: Grada, 2017. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5327-0.

VOBOŘILOVÁ, Jarmila. *Duševní hygiena a stres*. V Praze: České vysoké učení technické, 2015. ISBN 978-80-01-05724-7.

VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*, ed. 1. vyd., Praha: Portál, 2012, ISBN 978-80-262-0212-7.

Zákon č. 240/2000 Sb., Zákon o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů.

Zákon č. 371/2011 Sb., Zákon o zdravotnické záchranné službě.

12 PŘÍLOHY

Příloha 1 – výzkumný dotazník

Dotazník k bakalářské práci

Dobrý den, jmenuji se Vít Ďurďa a jsem studentem posledního ročníku oboru zdravotnický záchranář na Fakultě biomedicínského inženýrství v Kladně na ČVUT. Udělali byste si prosím chvíli čas na vyplnění dotazníku k mé bakalářské práci s názvem Stres a jeho dopad na pracovníky v přednemocniční neodkladné péči? Mnohokrát vám děkuji.

- 1) Jaké je vaše pohlaví?
 - a) Muž
 - b) Žena

- 2) Jak dlouho pracujete v oboru?
 - a) 0-2 roky
 - b) 2-5 let
 - c) 5-10 let
 - d) 10 a více let

- 3) Na jaké pozici pracujete?
 - a) Zdravotnický záchranář
 - b) Řidič ZZS
 - c) Lékař
 - d) Operátor ZOS

- 4) Cítíte se ve své práci stresovaný/á?
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Ne
- 5) Víte, co znamená pojem krizová intervence?
- a) Ano
 - b) Ne
- 6) Ocitnul/a jste se už někdy v situaci, kdy jste absolvoval/a krizovou intervenci?
- a) Ano
 - b) Ne
- 7) Cítíte se během výkonu své práce fyzicky či psychicky vyčerpaný/á?
- a) Pouze fyzicky
 - b) Pouze psychicky
 - c) Psychicky i fyzicky
 - d) Necítím se vyčerpaný/á
- 8) Víte, co znamená syndrom vyhoření a jak se projevuje?
- a) Ano
 - b) Ne

- 9) Změnilo se vaše chování k pacientům v porovnání na začátku vaší činnosti a nyní?
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Neuvědomuji si
- 10) Řešíte věci a situace, které se Vám staly v zaměstnání i doma?
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Ne
- 11) Myslíte si, že máte dostatek volného času k naplňování svých ostatních potřeb (koníčky, odpočinek,...)?
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Ne
- 12) Máte dostatečnou zpětnou vazbu na vaši činnost od vašich kolegů?
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím

13) Ocitli jste se už někdy v situaci, kdy jste byli vystaveni nadměrné stresové zátěži? KPR dítěte, zranění kolegy v terénu, autonehoda sanity,...

a) Ano

b) Ne

14) Svěřujete se svým kolegům se svými pocity ze zásahu?

a) Ano

b) Ne

c) Někdy

15) Máte problémy se soustředěním?

a) Ano

b) Ne

16) Jak snadno se při své práci rozčílíte?

a) Snadno

b) Někdy

c) Zřídka

d) Nikdy

17) Víte, co znamená pojem PTSD?

a) Ano

b) Ne

18) Pocítil/a jste někdy PTSD na sobě?

a) Ano

b) Ne

19) Míváte obavy, že při výkonu své práce uděláte chybu, která ohrozí vás nebo pacienta?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

20) Pociťoval/a jste po nějakém zásahu úzkost či deprese?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

21) Víte co znamená pojem supervize?

- a) Ano
- b) Ne

22) Nabízí vám zaměstnavatel možnost supervize?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím