



ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE

FAKULTA BIOMEDICÍNSKÉHO INŽENÝRSTVÍ

Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

**Dopady mimořádných událostí na psychiku
zdravotnických záchranářů**

**Impacts of emergencies on the psyche of
paramedics**

Bakalářská práce

Studijní program: Ochrana obyvatelstva

Studijní obor: Plánování a řízení krizových situací

Autor práce: Jan Stupka

Vedoucí práce: Mgr. Daša Maniaková

Kladno 2016

Zadání bakalářské práce

Student: **Jan Stupka**
Obor: Plánování a řízení krizových situací
Téma: **Dopady mimořádných událostí na psychiku zdravotnických záchranářů**
Téma anglicky: Impacts of Emergencies on the Psyche of Paramedics

Zásady pro vypracování:

Cílem bakalářské práce bude zpracování problematiky dopadů mimořádných událostí na psychiku zdravotnických záchranářů. Teoretická část práce bude popisovat problematiku možných negativních dopadů na psychiku zdravotnických záchranářů. Součástí teoretické části bude kapitola věnovaná standartnímu postupu poskytování psychologické pomoci zdravotnickým záchranářům. Pozornost bude věnována možnostem poskytnutí psychické podpory zdravotnickým záchranářům. Praktická - výzkumná část proběhne formou anonymního dotazníkového šetření s minimálním počtem 50 respondentů, zaměřeného na sběr dat ohledně stávajících možností vyrovnávání se zdravotnických záchranářů s mimořádnými událostmi. Kritériem výběru respondentů bude pracovní poměr u zdravotnické záchranné služby. Východiskem práce bude vypracování doporučení na minimalizaci negativních dopadů na psychiku zdravotnických záchranářů.

Seznam odborné literatury:

- [1] BYDŽOVSKÝ, Jan, Předlékařská první pomoc, ed. 1., Praha: Grada, 2011, 117 s., ISBN 978-80-247-2334-1
- [2] NAKONEČNÝ, Milan, Psychologie: přehled základních oborů, ed. 1., Praha: Triton, 2011, 863 s., ISBN 978-80-7387-443-8
- [3] HUMPL, Lukáš, PROKOP, Jiří a TOBIÁŠOVÁ, Alena, První psychická pomoc ve zdravotnictví, ed. 1., Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013, 134 s., ISBN 978-80-7013-562-4

zadání platné do: 11.09.2017

Vedoucí: Mgr. Dáša Maniaková

Konzultant: Mgr. Lucie Libešová


vedoucí katedry/ pracoviště


děkan

V Kladně dne 23.02.2016

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci s názvem **Dopady mimořádných událostí na psychiku zdravotnických záchranářů** vypracoval samostatně a použil k tomu úplný výčet citací použitých pramenů, které uvádím v seznamu přiloženém k bakalářské práci.

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

.....

Jan Stupka

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych rád poděkoval vedoucí práce Mgr. Daše Maniakové, za její trpělivost a cenné rady. Dále děkuji Mgr. Lucii Libešové za odborné připomínky a pomoc s dotazníkovým šetřením. V neposlední řadě děkuji své dceři za přechodné neplnění mých otcovských povinností

ABSTRAKT

Bakalářská práce bude věnovat pozornost mimořádným událostem, a to zejména jejich negativním vlivům na psychiku zdravotnických záchranářů. Teoretická část se bude zabývat vysvětlením základních pojmů, popisem jednotlivých typů negativních psychických projevů a dopadů při výkonu povolání. Samostatná kapitola bude věnovaná standardnímu postupu poskytování psychologické pomoci zdravotnickým záchranářům. Součástí práce je anonymní dotazníkový průzkum, kterého se zúčastnili členové zdravotnické záchranné služby. Hlavním cílem je potvrzení nebo vyvrácení hypotéz a daných cílů, zaměřujících se na hodnocení míry psychické zátěže povolání dle Meistera, míry informovanosti a využitelnosti psychosociální pomoci, komparace teoretických poznatků a osobních zkušeností zdravotnických záchranářů. Výhodiskem práce bude vypracování doporučení na minimalizaci negativních dopadů na psychiku zdravotnických záchranářů.

Klíčová slova: mimořádná událost, psychosociální pomoc, zdravotnický záchranář

ABSTRACT

This bachelor thesis focuses on emergency situations, especially on the negative effects on a paramedics' mental condition. The theoretical part explains the basic concepts as well as describes the different types of negative psychic manifestations and impacts when exercising their profession. A separate chapter is dedicated to the standard procedure of providing psychological help to paramedics. A part of this paper is dedicated to an anonymous questionnaire survey among the members of emergency medical services. The main aim is to confirm or refute the hypotheses and set goals focusing on the evaluation of psychic load of the profession according to Meister, level of awareness and the use of psychosocial help in addition to the comparison of theoretical knowledge and the personal experiences of paramedics. The output of this thesis is the preparation of recommendations to minimise the negative impacts on a paramedics' mental condition.

Keywords: emergency situation, psychosocial help, paramedic

Obsah

Úvod	9
1 Vymezení základních pojmů	10
1.1 Integrovaný záchranný systém	10
1.2 Zdravotnická záchranná služba	10
1.3 Mimořádná událost.....	11
1.4 Psychosociální pomoc	12
1.5 Zdravotnický záchranář	12
2 Dopady na psychiku zdravotnických záchranářů	13
2.1 Stres.....	13
2.2 Konflikt	15
2.3 Krize	15
2.4 Trauma	16
2.5 Frustrace.....	18
2.6 Deprivace.....	18
3 Současný stav poskytování psychosociální pomoci záchranářům	19
3.1 Psychosociální intervence	19
3.2 Krizová intervence.....	20
3.3 Systém „Psychosociální intervenční služby“	21
3.4 Critical Incident Stress Management	21
3.5 Techniky krizové intervence.....	22
3.5.1 Peer.....	22
3.5.2 Podpora na místě události.....	23
3.5.3 Demobilizace	23
3.5.4 Debriefing	23
3.5.5 Defusing.....	25
4 Cíle práce.....	26
5 Metodika	27
5.1 Popis výzkumného šetření	27
5.2 Stanovení výzkumného vzorku	27

5.3	Výzkumný nástroj	27
5.4	Stanovené hypotézy	28
6	Výsledky výzkumu	29
6.1	Vyhodnocení údajů z dotazníku	29
6.2	Vyhodnocení cílů práce	52
7	Diskuze	53
	Závěr.	56
	Seznam použité literatury	57
	Seznam symbolů a zkratk.....	60
	Seznam grafů.....	61
	Seznam tabulek	62
	Seznam příloh.....	64
	Vlastní přílohy	65

Úvod

„ Stres v žádném případě nemusí být pouze škodlivý, je zároveň kořením života, neboť každé hnutí myslí a každá činnost zapříčiňuje stres. Stejný stres, po kterém jeden člověk onemocní, může znamenat pro druhé životodárné uzdravení.“

Hans Selye

Výrok slavného kanadského lékaře, biologa, chemika a endokrinologa, otce výzkumu stresu, plně vystihuje podstatu stresu a jeho vlivu na náš organizmus. Každé povolání a ne jenom práce a pracovní prostředí, přináší do našeho života určitou míru stresu. Záleží na spoustě faktorů, okolností, jak se se stresem vyrovnáme.

V teoretické části bakalářské práce jsem se zaměřil na psychické dopady spojené s výkonem povolání- pomáhajícího povolání a to zdravotnický záchranář. Zákon o nelékařských zdravotnických povolání, předpis č.96/2004Sb. definuje výkon povolání zdravotnického záchranáře jako: „ činnost v rámci specifické ošetrovatelské péče na úseku neodkladné anesteziologicko – resuscitační péče a akutního příjmů. Dále se zdravotnický záchranář podílí na neodkladné léčebné a diagnostické péči“.

Vymezení kompetencí zdravotnického záchranáře předpokládá fyzickou a v neposlední řadě psychickou pohodu a zdraví. Právě v oblasti psychického zdraví jsou již dnes známé výsledky a pozitivní účinky psychosociálních intervencí. Dostupným možností a způsobem poskytování psychosociální podpory věnuje pozornost samostatná kapitola práce. Popisuje a vysvětluje jednotlivé techniky krizové intervence a to: podpora na místě události, individuální intervence, demobilizace, debriefing, defusing, peer.

Dílčí celek práce poskytuje stručný přehled a definici možných negativních dopadů na psychiku zdravotnických záchranářů jako například: stres, konflikt, krize, trauma, frustrace a deprivace.

Na teoretickou část navazuje praktická- výzkumná, kde jsou prezentovány a shrnuty výsledky výzkumu realizovaného v Ústí nad Labem Roudnici nad Labem. Hlavním cílem výzkumu, bylo zjistit úroveň psychické zátěže při výkonu povolání „ zdravotnický záchranář „, zmapovat úroveň vědomostí z oblasti psychosociální intervence a rozsah její využitelnosti. Východiskem práce je komparace již známých faktů a navržení několik doporučených kroků, jak působit preventivně na psychické zdraví.

1 Vymezení základních pojmů

1.1 Integrovaný záchranný systém

Integrovaný záchranný systém (dále jen IZS) vymezuje zákon č. 239/2000 Sb. Stanovuje hlavní složky IZS a jejich působnost, pokud tak nestanoví zvláštní právní předpis. Dále vymezuje působnost a pravomoc státních orgánů, územních samosprávných celků, práva i povinnosti právnických a fyzických osob a to vše na základě příprav na mimořádné události (dále jen MU) a při provádění záchranných a likvidačních prací. Dále pak při vyhlášení stavu nebezpečí, nouzového stavu, stavu ohrožení státu a válečného stavu (dále jen krizové stavy).

IZS se rozumí koordinovaný postup hlavních složek:

- Hasičského záchranného sboru a jednotek požární ochrany zařazené do plošného pokrytí kraje
- Zdravotnické záchranné služby (dále jen ZZS)
- Policie ČR (dále jen PČR)

Další podpůrné složky jsou:

- Síly a prostředky ozbrojených sil (Armáda ČR)
- Ostatní bezpečnostní sbory (Vězeňská služba, Městská policie)
- Ostatní záchranné sbory (Báňská služba, Horská služba)
- Orgány ochrany veřejného zdraví (krajská hygienická stanice)
- Havarijní, pohotovostní a odborné služby
- Zařízení civilní obrany, neziskové organizace a sdružení občanů (zákon č. 239/2000Sb.)

IZS nepředstavuje organizaci chápanou jako instituce, ale jde o spolupráci výše zmíněných složek. Zákon o IZS jasně definuje pravidla, povinnosti, pracovní náplň a pravomoci jednotlivých složek. Slouží pro koordinaci záchranných a likvidačních prací při MU. Pro aktivaci IZS je nutný takový zásah, který si vyžaduje aktivaci minimálně dvou složek. (Hasičský záchranný sbor ČR, 2016)

1.2 Zdravotnická záchranná služba

(Bydžovský, 2013) definuje, že ZZS je rozčleněná pod jednotlivá krajská střediska, dále se ZZS člení na územní odbory, výjezdová stanoviště a jednotlivé výjezdní skupiny. Činnost je stanovena zákonem 374/2011 Sb. o ZZS a prováděcí vyhláškou 240/2012 Sb. Hradí se z části z prostředků veřejného zdravotního pojištění (cca 1,7 miliardy Kč ročně, což je přibližně 0,8% nákladů pojištěn na zdravotní péči) a taky z prostředků zřizovatele (kraje) – přibližně 3,1 miliard Kč ročně ze státního rozpočtu. V neposlední řadě je ze státního rozpočtu vyčleněno 0,5 miliard Kč ročně na řešení MÚ a provoz letecké záchranné služby.

ZZS je provozována na tísňové lince 155 – zdravotnického operačního střediska (dále jen ZOS). Dle charakteru a naléhavosti výzvy kvalifikovaný dispečer (nelékařský zdravotnický personál – sestra/záchranář) rozhodne o vyslání výjezdové skupiny:

- Rychlá zdravotnická pomoc – sestra/záchranář a řidič
- Rychlá lékařská pomoc – lékař, sestra/záchranář a řidič
- Rendez-vous – lékař a řidič
- Letecká záchranná služba - vrtulníky jsou obvykle přizpůsobeny pro přepravu jednoho až dvou ležících pacientů, 2 členů lékařského personálu a 2 pilotů.

Letecká záchranná služba se využívá hlavně v případech, kdy je nepřístupný terén, nebo v případě potřeby rychlého transportu, převážně do specializovaných zařízení (traumacentra, popáleninová centra a jiné). Nepříznivé letové podmínky, náhlá zástava oběhu, rozběhlý porod a neklidný pacient jsou události, kdy nemůže být vrtulník vyslán. (Bydžovský, 2011)

Rozdělení naléhavosti tísňové výzvy:

- 1. stupeň: selhávání vitálních funkcí, hromadná neštěstí
- 2. stupeň: hrozba selhání vitálních funkcí
- 3. stupeň: pravděpodobně nehrozí selhání vitálních funkcí, ale je zde vyžadován zásah ZZS
- 4 stupeň: všechny ostatní případy, kde se rozhodne operátor ZOS o vyslání výjezdové skupiny

Maximální dojezdová doba je dle platné legislativy 20 minut mimo zvláštních okolností nemožnost přejetí železničního přejezdu pro spuštěné závory, velmi špatné dopravní a povětrnostní podmínky), výjezd musí být uskutečněn do dvou minut od převzetí tísňové výzvy. (Bydžovský, 2013)

1.3 Mimořádná událost

(Marádová, 2007, str. 6) uvádí definici MU jako „*události a havárie ohrožující život, zdraví, majetek nebo životní prostředí, které vznikají škodlivým působením sil a jevů vyvolaných činností člověka nebo přírodními vlivy, označujeme jako mimořádné. Mimořádné události vyžadují provedení záchranných a likvidačních prací*“. Popisuje MU a dělí jí na tři druhy, které mohou být původu přírodního nebo způsobené člověkem a jeho činností:

Živelné pohromy – povodně, vichřice, orkán, sesuvy půdy, zemětřesení, velké požáry

Havárie s únikem nebezpečných látek – chemické, ropné, radiační havárie

Ostatní – teroristický čin, nebezpečná zásilka, pandemie, rozsáhlé dopravní havárie

Je zapotřebí se dobře seznámit jak postupovat při MU, abychom nebyli vystaveni nadměrnému ohrožení. Pokud nás nenadálá situace zastihne připravené, je zde velký předpoklad překonat stres a paniku. Připravený člověk toho více zvládne a dokáže pomoci nejen sobě, ale i ostatním. Ochránit si zdraví, život a majetek dokáže zpravidla ten, kdo zavčas rozezná hrozící riziko a ví, jak se v dané situaci zachovat. (Marádová, 2007)

1.4 Psychosociální pomoc

Definovat tento pojem je poměrně nesnadný úkol. (Baštecká, 2005) uvádí, že psychosociální pomoc spočívá převážně v tom, co organizace dělá ve vztahu k potřebám a problémům, které jsou jednak psychické (chování, pocity, myšlení jedince) a pak uvádí společenské, kde řadíme například (pomoc obci a jejím obyvatelům při vyrovnávání se tíživou situací – povodně, nezaměstnanost). Dále upozorňuje na to, že psychosociální pomoc má více podob, ať už je to krizová intervence po vzniku události, přes pomoc střednědobou až dlouhodobou. Je zde nový trend, který klade důraz na vzájemnou pomoc ve společenství, kde daný jedinec žije. Psychosociální pomoc je důležitým bodem podpory jedince, kdy se klade důraz na jeho přirozené schopnosti vyrovnávat se s neštěstím. Psychosociální pomoc spatřujeme i v tom, jak se pomáhající člověk snaží vycházet vstříc psychickým a sociálním potřebám jedince.

1.5 Zdravotnický záchranář

Zdravotnický záchranář (dále jen ZZ) při vykonávání své profese velmi často čelí náročným a mnohdy traumatizujícím událostem, které jsou součástí jeho povolání. Je více než pravděpodobné, že každá MU do určité míry zasáhne a ovlivní členy zasahujícího týmu a že je to nezasáhne natolik, aby nemuseli vzniklé dopady řešit. Velmi často ZZ pociťují stres a napětí, nezdědka bývá, že se vrací nepříjemné vzpomínky. ZZ se často cítí zodpovědný i za věci, které nemohl ovlivnit, trpí pocity viny z toho, že neudělal něco navíc a obává se z případného selhání při dalším zásahu. Při dlouhodobém odolávání a toleranci vůči stresu, nastávají změny v jeho prožívání a chování. Dlouhodobým působením zvýšené psychické zátěže a zároveň nedostatečným využitím zdrojů obnovy zvládnutí stresu, hrozí nebezpečí zhoršení kvality pracovního výkonu a snížení kvality života u ZZ. (Vlášková, Kolářová, 2009)

2 Dopady na psychiku zdravotnických záchranářů

Pomáhající profesi – zdravotnický záchranář se může po střetu s MU vyskytnout nežádoucí, negativní projevy na psychice účastníků události. Posttraumatická stresová porucha je z medicínského pohledu klinická jednotka, která se vyznačuje tím, že u člověka dochází k opakovaným znovuožíváním traumatu v neodbytných vzpomínkách. U daného jedince se může vyskytnout některá s následujícími poruchami projevujícími se osobním, rodinném nebo v pracovním životě. (Mareš, 2012)

Zdravotnický záchranář a pracovníci ve zdravotnictví tvoří speciální odlišnou skupinu profesí, která přináší při každodenním výkonu povolání odlišnou psychickou zátěž oproti jiným profesím. Nešpor a Csemy definují a uvádějí následující přehled rizikových faktorů práce ve zdravotnictví:

- Kontakt s tabuizovanými oblastmi lidské existence
- Převážně emočně negativní stavy pacientů
- Velká odpovědnost pracovníků
- Konflikt rolí
- Ostrý životní styl
- Směnný provoz, práce v noci
- Nároky na flexibilitu, čas, vzdělání
- Nutnost rozhodovat se při málo informacích
- Hluk a jiné fyzikální faktory (Hoskovcová, 2009)

Dle stupně zátěže diferencujeme psychickou zátěž do třech stupňů: **těžká psychická zátěž** (ohrožení života), **střední psychická zátěž** (mírně zvýšené nároky na aktivitu), **lehká psychická zátěž** (rušení nedosahuje hraničního prahu zátěže). Působením psychické zátěže na organismus dochází k změně aktivity psychické činnosti, která se mění dle fází: **první fáze** – mobilizace psychických sil, **druhá fáze** – tvoří základ řešení zátěžové situace, **třetí fáze** – kde nastává vyrovnání se s psychickou zátěží a to *obnovením rovnováhy* anebo *podlehnutí* zátěžové situaci. (Hoskovcová, 2009)

2.1 Stres

„Stres je komplexní psychofyziologická reakce, která se na psychické úrovni projevuje pocitem nadměrného zatížení nebo ohrožení duševní a tělesné pohody“ (Vágnerová 2010, s. 347). Výraz stres pravděpodobně pochází z latinského *stringere* a jeho význam se překládá do češtiny jako poškrábat, trhat nebo poškodit. V oblasti stresu je potřebné rozlišovat **distres**, což znamená negativní, pro organismus nepříznivý stres, který má velký vliv na vývin psychosomatických onemocnění a **eustres**, mírnější formu stresu. Mezi charakteristické znaky prožívání negativních stresových situací zahrnujeme:

- Pocit neovlivnitelnosti situace
- Pocit nepředvídatelnosti situace
- Pocit nezvládnutelnosti situace
- Nepříjemný tlak okolností vyžadující příliš mnoho změn
- Subjektivně neřešitelné vnitřní konflikty

Dle druhu zdroje rozdělujeme příčiny stresu na vnitřní a vnější. Vnější pramení s externího prostředí našeho života, jako je životní prostředí, rodinné a pracovní prostředí, přátelské vztahy a jiné. K vnitřním řadíme ty, které vycházejí z nás. Jsou to způsoby, jakými řešíme problémy, schopnost sebeovládání, temperament a v neposlední řadě stresem může být člověk i sám. (Andršová, 2012)

(Vágnerová, 2004) uvádí tři fáze reakcí na stres:

- První fáze aktivizace – poplachová reakce je charakterizována fyziologickou reakcí, nervovou cestou je podrážděný sympaktikus a odezvou je vyplavení katecholamínu, který zvyšuje krevní tlak, zrychlí činnost srdce a reguluje oběh v prospěch vitálně nejdůležitějších orgánů. Druhá část reakce na stresovou situaci je psychická. Začíná interpretací určité situace jako stresující, vyvolávající silné negativní pocity. Přežívání stresu je spojené se změnou emocí, typickou reakcí je úzkost, napětí, hněv, někdy i reakce agresivního charakteru. Dochází k změně kognitivních funkcí, pocit ohrožení ovlivňuje zpracování informací, zhoršuje se koncentrace pozornosti a působením vtíravých myšlenek se mění způsob uvažování na pesimistické až zkratové. Aktivizují se psychické obranné reakce, jimž smyslem je zachování, nebo obnovení psychické rovnováhy jedince.
- Druhá fáze hledání účinných strategií – v této fázi je důležitá míra pocitu kontroly nad situací, co si člověk myslí, jak jí může ovlivnit. Pokud zátěž zvládne, jeho psychické a fyzické funkce se vracejí do původního stavu. Pokud se zátěž nedaří zvládnout, nastupuje další fáze.
- Třetí fáze rozvoje stresem podmíněných poruch – lze jí definovat jako projev selhání obranných reakcí. Jedná se o vážné a trvalé problémy, jako například psychosomatické poruchy.

Stres se vyskytuje při výkonu povolání zdravotnického záchranáře dennodenně, ale je nutno si uvědomit, že postihuje i pacienty, rodinné příslušníky, účastníky nehod a další. Povolání zdravotnického záchranáře předpokládá ovládnutí stresu, ale neoddelitelnou vlastností by měla být empatie, schopnosti vcítit se do rozpoložení všech osob, které stres zasáhl. (Vágnerová, 2004)

(Nakonečný, 2011) rozděluje stres:

- fyzický stres – způsobený extrémními klimatickými podmínkami, práce v hlučném prostředí, prašnost, spánkový deficit, zdravotní stav po autonehodě apod.,
- psychický stres – negativní pracovní či jiná motivace, vnitřní nespokojenost, nízké sebevědomí, časová tíseň v souvislosti s plněním úkolů,
- sociální stres – mezilidské vztahy – např. obstrukce ze strany nadřízeného, nedostatečné uspokojování svých potřeb, problémy s výchovou dětí, konflikty v manželství, ztráta zaměstnání.

2.2 Konflikt

S konfliktní situací se jedinec setkává běžně při vykonávání každodenních činností. S pohledu vykonávání povolání zdravotnického záchranáře se klade důraz a pozornost interpersonálním konfliktům. Ty se odehrávají ve vědomí jedince a znamenají střetnutí dvou vzájemně neslučitelných, přibližně stejně silných tendencí. Jsou spojovány s pocity hněvu, bezpráví a zoufalství. Při nadměrné kumulaci, za určitých okolností, kdy jsou konflikty dlouhodobé a nevládnutelné, působí jako stresující faktor. Některé konflikty mohou na pracovišti situaci i zlepšit, ale často se stává spíše zhoršení stavu. Obecně se konflikt dělí na dvě části:

- **Intrapersonální** - jedná se o vnitřní pocity a obecně souvisí s motivací
- **Interpersonální** – jedná se o vnější spory vedené mezi více osobami, skupinami, organizacemi a státy. Většinou to koresponduje s prosazováním vlastních zájmů.

„Pro možná východiska konfliktu je vhodné řešit otázky:

- *Co aktuálně způsobilo vznik konfliktů? Jaký byl podnět?*
- *O co v konfliktu jde? Jaký je předmět konfliktu?*
- *Co se za situací skrývá? Jaká je příčina konfliktu?“* (Andršová, 2012, str. 70)

Vnitřní konflikt většinou vzniká, když před námi stojí volba, která je doprovázená nejistotou a vnitřním napětím. Základním rozlišením je **apetence**, kdy něco hodnotíme kladně a **averze**, což značí něco, co nás odpuzuje. Vnitřní konflikty dále dělíme na:

- **Apetence** – apetence = obě varianty se nám zamlouvají, ale nemůžeme se rozhodnout, co je lepší
- **Averze** – averze = ani jedna varianta není dobrá, je tu rozhodnutí zvolit „menší zlo“
- **Apetence** – **averze** = jedna věc vzbuzuje touhu a druhá odpor „raději se učit doma, nebo jít ven s přáteli“ (Andršová, 2012)

2.3 Krize

Psychologická krize je časově ohraničený úsek, období kdy člověk není schopen v přijatelném čase a naučeným způsobem zvládat překážky. Objevuje se jako narušení psychické rovnováhy vlivem důsledku kumulace problémů a vyhocených situací. Typickým projevem je selhání adaptačních mechanismů. Pocit vlastní životní situace je vnímána jako nalé-

havá a neodkladná. Ve stavu nouze a tísně není schopný řešit nastalou situaci z vlastních zdrojů. Zažité způsoby se stávají nefunkčními a člověk musí nalézat jiné (Baštecká, Goldman, 2001).

Krizovou situaci můžeme chápat jako podnět k změně, která je nevyhnutelná. Stav psychické krize je doprovázená negativním citovým rozpoložením, může se objevovat napětí, úzkost, beznaděj a narušuje se pocit bezpečí a jistoty. Myšlení a hodnocení situace se začíná měnit (Vágnerová, 2004).

(Humpl, Prokop, Tobiášová, 2013) dále uvádí, že krize ovlivňována řadou faktorů, mezi ně řadí: pohlaví, věk a osobnostní stránku jedince, dále pak zdravotní stav v jakém se momentálně nachází, životní situace a jak je jí schopen zvládat. V neposlední řadě je taky důležitým faktorem i dřívější nevyřešené krize. Roli zde sehrává i to jestli má jedinec sociální oporu.

2.4 Trauma

(Andršová, 2012, str. 70) označuje psychické trauma jako „*psychický následek nějaké zcela neočekávané a silně negativní události, kterou jedinec není schopen přijmout a jež se promítne do jeho duševního a tělesného stavu*“. Dále uvádí různé životní situace, které vznik traumat můžou podnítit, jedná se například o úmrtí blízké osoby, rozvod, ztráta zaměstnání, přírodní katastrofy, těžké dopravní nehody, znásilnění. Konstatuje i analogii fyzického rázu, která může a zpravidla i mívá odezvu v oblasti psychického zdraví. Není zde zároveň ani přímá úměra mezi poškozením psychickým a fyzickým. Jako příklad uvádí, že pro běžného smrtelníka není fraktura prstu na ruce natolik závažná, aby převyšovalo psychotrauma nad fyzickou složkou bolesti. Jiná situace bude, pokud utrpí tu samou frakturu koncertní pianista. V přednemocniční neodkladné péči se psychotraumatem ZZ setkávají poměrně často, ať u pacientů a jejich příbuzných, ale i kolemjdoucích. Vyvolávat to může i nepřehledná situace na místě. Možné projevy po traumatu jsou:

Tělesné projevy

- Bolesti na hrudi, kloubů, hlavy a břicha
- Nevolnost, zvracení
- Zažívací potíže, svalové napětí
- Bledost, třes, zrudnutí, únava a vyčerpání
- Chybí pocit hladu a žízně

Kognitivní projevy (myšlení)

- Poruchy soustředění, výpadky paměti a zmatenost
- Pocit ztráty bezpečnosti a jistoty
- Neustále se vracející vzpomínky na událost
- Noční děsy a tíživé sny

Behaviorální projevy (oblast vnějšího chování)

- Nespavost, neschopnost relaxovat i odpočívat
- Snížení pracovního výkonu
- Izolace od okolí, vyhýbavé chování
- Ztráta zájmu o oblíbené aktivity a nezájem o sex

Emocionální projevy

- Pocit viny a studu
- Přehnané až úzkostné emoce a ztráta pozitivních emocí
- Úzkost, strach, hněv, vztek
- Depresivní pocity
- Pocit bezmocnosti a lhostejnost

Každý jedinec reaguje svým svébytným způsobem a tak se dané projevy mohou objevovat v různé kombinaci, intenzitě, načasování a také odlišnou dobou trvání.

(Šeblová, 2000) uvádí, že podobnou psychickou reakci jako stres vyvolává trauma. Z hlediska přetrvávajících symptomů, které byly vyvolané traumatizující a stresující událostí je následné dělení na **dva** typy reakcí:

- **Akutní reakce na stres** – je to přechodná porucha významné závažnosti a vzniká jako odpověď na značný duševní a psychický stres. Typicky se to projevuje ztrátou pozornosti a počáteční dezorientací, následuje strnulost až ztuhlost, nebo opačný extrém projevující se ve zvýšené pohybovosti a hyperaktivitě a v neposlední řadě i možnou amnézií. Tyto příznaky vyvolané traumatickým zážitkem, většinou odezní v rámci hodin nebo dní. Vyšší riziko rozvoje poruchy je u starších osob a jedinců značně vyčerpaných.

Diagnostika akutní reakce na stres:

- Postižený je vystaven mimořádné psychické a fyzické zátěži
 - Společenská izolace, dezorientace, poruchy osobnosti, hněv
 - Okamžitý nástup a rozvoj příznaků
 - Po odstranění stresoru odezní příznaky přibližně do 8 hodin (Heretik, 2007)
- **Posttraumatická stresová porucha** - vyznačuje se tím, že u jedince dochází k znovuožívání traumatu v neustálých vzpomínkách. Přicházejí pocity otupělosti, emoční prázdnotu, kdy se jedinec straní lidí a je netečný ke svému okolí. Objevují se pocity úzkosti, depresivní stavy a zřídkakdy i myšlenky na sebevraždu. Zpravidla tento stav trvá několik týdnů až měsíců a většinou se po čase upraví. Tento stav, hlavně pokud se neléčí, může přerůst k trvalé změně osobnosti. (Mareš, 2012)

2.5 Frustrace

Pojem frustrace je odvozený od latinského slova frustra (marně), znamená to zmaření potřeby. Do cesty se postaví překážka, která maří realizaci anebo znesnadňuje dané osobě dosáhnout vytýčeného cíle. Což značí, že jde o rozpor mezi některou potřebou a reálnou možností ji uspokojit. Jsou tu přání, tužby a taky vytýčený cíl jak toho dosáhnout, ale to se často ukáže být zcela nedostižitelné. Frustrace je tím větší, čím víc jsme do dané situace nebo potřeby „investovali“. Reakce bývají různé od pocitů neklidu, napětí, deprese nebo agrese. Častou možností k vyřešení frustrace je vytýčení si nových cílů, řešení nebo nové cesty. Záchranáři se do takového stavu můžou často dostat, typickým příkladem je čekání na pacienta, který čeká na vyproštění z auta. (Andršová, 2012)

2.6 Deprivace

Deprivaci definujeme jako „*nemožnost uspokojovat některé základní psychické potřeby po dosti dlouhou dobu*“. (Andršová, 2012, str. 68)

Deprivace je označována jako závažnější forma frustrace. Může se jednat o různé druhy deprivací například spánkovou, sociální, citovou a při dlouhodobějším působení vznikají změny na psychice postižené osoby. (Andršová, 2012)

(Vágnerová, 2008) rozlišuje různé typy deprivací:

- **Podnětová** – chybí množství různých podnětů. Typickým příkladem tady je zanedbané dítě, nebo jedinec s určitým postižením.
- **Biologických potřeb** – nedostatek jídla, spánku. Vzniká ohrožení tělesného i duševního zdraví a dochází i k závažnému poškození.
- **Citová deprivace** – nedostatek citových vazeb ať už s rodinou, přáteli nebo jinou důležitou osobou. Ovlivňuje to vztah k okolí.
- **Sociální** – důsledkem je nedostatek kontaktů s ostatními. Buď vlastním straněním se lidí, nebo naopak izolací od ostatních.

3 Současný stav poskytování psychosociální pomoci záchranářům

Současný stav psychosociální péče se zaměřuje na uspokojování psychosociálních potřeb zdravotnického záchranáře. Jedná se o komplexní soubor opatření a metod, nelze říci, že jde jen o péči po nadlimitní zátěži, ale velkou roli tady hraje i prevence. Prevence má za následek to, že zdravotničtí záchranáři mají dostatek informací o tom, jak se může projevovat stres, dokáží ho potom snadněji rozeznat, aby pak jejich reakce na nestandardní zátěžovou situaci byla co nejvíc přirozená a správná. Je také důležité, aby měli kolem sebe dostatek odborníku a taktéž i vyškolených laiku, na které se v případě potřeby mohou kdykoliv obrátit. Dále jak uvádí (Baštecká, 2005, s. 78) *„Pomoc pomáhajícím používá stejné prostředky jako pomoc obětem přímým. Obecně pomáhá dostatek spánku, sdílení, uznání, účastenství, pomáhá i sama pomáhající činnost, je-li možné ji ohraničit a „vystoupit“ z ní“*.

3.1 Psychosociální intervence

Psychosociální intervence má širokou škálu uplatnění v oblasti psychologických postupů. Je obecně definována jako cílený a předem promyšlený zásah, který je z větší části zaměřen na tíživé životní situace a proto zde volíme v podstatě jakýkoliv postup nebo techniku, která směřuje k přerušení, zamezení nebo k úpravě právě probíhajícího procesu u daného jedince. Dále (Hoskovcová, 2009, s. 9) uvádí: *„Psychosociální intervence je odborná činnost vykonávaná konkrétní osobou nebo organizací, jejímž cílem je zlepšení kvality jedince nebo skupiny lidí. Jde o činnost, která je reakcí na individuální nebo společenskou poptávku“*. Klinická praxe definuje psychosociální intervence jako proces, který oslabeným jedincům, kteří jsou zneschopněni nebo znevýhodněni svým duševním stavem, nabízí možnost dosáhnout optimálního stupně nezávislého fungování ve společnosti. Základní výzvou pro psychosociální intervenci je, že po jakékoliv MÚ ať už přírodního charakteru nebo ovlivněná člověkem, je potřeba se zaměřit na postiženého, aby se necítil jako **oběť**, ale jako **přeživší**. Oběť se totiž vnímá jako ten, kdo nad sebou ztratil jakoukoliv kontrolu, je pasivní a závislý na ostatních, kdežto **„člověk, který přežil“** má nad sebou kontrolu, tak i nad vzniklou situací. Pomáhá jak sobě, tak i ostatním v rámci dané MÚ a tím jim pomáhá zotavit se z neštěstí. Přijímá aktivní roli.

Z psychologického hlediska je to určitý pokus o vhléd do životního prostoru člověka a cílem by mělo být nastolení vnitřní psychické rovnováhy při pomoci řešení jeho problému. Psychosociální intervence je určena hlavně:

- Osobám, které prožily nebo se nacházejí v těžké životní situaci, která je pro ně značně traumatizující
- Všem, kteří trpí dlouhodobými problémy, ať už psychickými nebo somatickými
- Tato pomoc se taky zaměřuje na všechny lidi, ať už se jedná o pohlaví nebo věk
- Taktéž je určena jak jednotlivcům, tak i skupinám (rodinná tragédie, vlaková neštěstí atd.)
- V neposlední řadě všem trpícím lidem a jejich blízkým

Základní způsoby psychosociální intervence:

- Je to práce na zlepšení psychologických a sociálních kompetencí daného jedince. Klade se důraz na dosažení změn v jeho okolí a také k vnímání externí reality a také k vzhledu jasnějšího vnímání vnitřní reality
- Jde často o velmi rozmanité strategie, které se často liší podle konkrétního jedince. Tady má značný vliv i prostředí, ve kterém se daný jedinec dlouhodobě pohybuje. Můžeme zde zahrnout kulturní a socioekonomické podmínky. Je tu snaha o zlepšení bydlení, vzdělávání nebo tvorbu sociálního sítě daného jedince, aby se dokázal lépe začlenit do společnosti. Jedná se o emocionální podporu a snaha pozitivní změnu
- Primárně se cílí na psychiku daného jedince, ale i na pozitivní změny v rodině nebo v skupině (Hoskovcová, 2009)

3.2 Krizová intervence

Termín krizová intervence má spoustu definic, ale obecně tento pojem vyjadřuje, že se jedná o pomoc člověku v situaci psychické krize odborníkem. (Humpl, Prokop, Tobiášová, 2013)

(Vodáčková, 2002, s. 60) tento pojem dále rozvíjí „*Krizová intervence je odborná metoda práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou, ohrožující. Krizová intervence pomáhá zpřehlednit a strukturovat klientovo prožívání a zastavit ohrožující či jiné kontraproduktivní tendence v jeho chování. Krizová intervence se zaměřuje jen na ty prvky klientovy minulosti či budoucnosti, které bezprostředně souvisejí s jeho zátěžovou situací. Krizový pracovník klienta podporuje v jeho kompetenci řešit problém tak, aby dokázal aktivně a konstruktivně zapojit své vlastní síly a schopnosti využít potenciálu přirozených vztahů. Krizová intervence se odehrává v rovině řešení klientova problému a překonávání konkrétních překážek*“

(Špatenková, 2004) klasifikuje následující druhy krizové intervence:

- **Psychologická** – je zaměřena na problém, který krizi vyvolal, probíhá v časově omezeném terapeutickém období, formou konfrontace jedince dochází k jejímu řešení
- **Lékařská** – zahrnuje komplexní psychiatrickou a medikamentózní intervenci, v případě potřeby spojenou s krátkodobou hospitalizací
- **Právní** – odborná pomoc právníků ve spolupráci se sociálním pracovníkem a to zejména v oblasti sociálně-právní
- **Sociální** – zaměřena na osoby v akutní krizové situaci, vede k okamžitému sociálnímu zásahu a to v oblastech základních sociálních poradenství, odborné sociální poradenství, terénní sociální práce, socioterapie, krizová pomoc, zabezpečení podmínek pro přežití

Pro přesnější definici z důvodů různých mýtů ohledně krizové intervence specifikuje (Rahn, Mahnkopf, 2000) tyto znaky:

- **Okamžitou pomoc** – rychlé poskytnutí pomoci, s přihlédnutím k dané situaci a možnostem
- **Časové ohraničení** – předem stanovená frekvence a délka sezení, v případě hospitalizace maximálně 10 dnů
- **Koncentrace na problém „tady a teď“** – analýza historie krize a klienta je pro potřeby porozumění podstaty a hloubky krizové reakce žádoucí, ale krizová intervence se zaměřuje na aktuální problém a situaci
- **Redukce ohrožení** – je soustředěna na pomoc materiální a emocionální podpory, především k zajištění pocitu bezpečí
- **Strukturovaný, aktivní, někdy i direktivní přístup** – krizový intervent zde může využít několik poloh přístupu ke klientovi a to od empatického naslouchání až po direktivní zásah v situaci ohrožující zdraví nebo život
- **Intenzivní kontakt** – intenzita je hodnocena na základě četnosti kontaktů krizového intervenanta s klientem, v nevyhnutných případech může být i každodenní
- **Individuální přístup** – ke každému klientovi se přistupuje individuálně s přihlédnutím na okolnosti krizové situace

3.3 Systém „Psychosociální intervenční služby“

(Burianková, Ryba, 2009, str. 36) definuje, že cílem psychosociální intervenční služby (dále jen PIS) „je podpora a péče o zaměstnance a důsledkem toho také komfortnější péče o pacienty“. PIS je projekt Ministerstva zdravotnictví, jehož cílem je poskytnout péči zaměstnanců ZZS v případech, kdy jsou zasaženi psychicky při zátěžových a stresujících situacích. Tato služba vede i k prevenci syndromu vyhoření. Tuto skupinu tvoří kolegové z profese (peřeři – kapitola 4.5.1).

Tento systém se dynamicky rozvíjí a využití má nejen v ZZS, ale i u HZS či PČR. Tento postup se dlouhodobě aplikuje i v zahraničí, kde jsou na ně příznivé reference. Pomáhá totiž pracovníkům očistit se od psychické zátěže, která jim způsobila MU a celkem úspěšně napomáhá navrácení záchranářů do práce. (Humpl, Prokop, Tobiášová, 2013)

3.4 Critical Incident Stress Management

V závislosti s prožitou profesním traumatem se zavedl postup, který tvoří ucelený systém s názvem Critical Incident Stress Management (dále jen CISM). Jedná se o ucelený systém preventivních a intervenčních technik k překonání zátěže pramenící z traumatizujících událostí. Tento systém není zaměřený na „civilní“ oběti, ty mají jiné podpůrné služby. Níže uvedené metody především pomáhají členům IZS a armády, všem co čelí velké až nadměrné psychické zátěži, která může být dlouhodobějšího charakteru, a proto se ve svém zaměstnání můžou snadno setkat s potencionálním psychotraumatem. Nejde tu ani tak o psychoterapii, tento systém díky určitým postupům pomáhá předcházet psychologické morbiditě a snížení pracovní výkonnosti. Jde zde převážně o rozhovor, diskuzi či podporu po mimořádné události a také se to využívá jako prevence k lepšímu vyrovnávání se se zátěží. Celý systém je nezbytnou součástí v psychické rekonvalescenci. (Šeblová, 2007)

3.5 Techniky krizové intervence

3.5.1 Peer

Peer je profesní kolega, který prošel certifikovaným výcvikem v systému PIS a může tak poskytovat psychickou podporu kolegům a to buď na vlastní žádost, nebo doporučení. Tato péče se u ZZS řadí mezi benefity. Peeři se vyznaží v práci ZZS, znají toto specifické prostředí a taky nároky na tuto profesi, tudíž si lépe hledají cestu k záchranářům, než psycholog (ten peerům poskytuje supervizi).

Dovednosti a znalosti peera

- *Komunikační pravidla*
 - *Zachovávání pozice OK x OK*
 - *Práce s tichem a nasloucháním*
 - *Práce s časem*
 - *Provázení, vedení.*
 - *Doprovázení*
 - *Utváření dohod o cíli setkání*
 - *Znalost a schopnost užívat pravidla bezpečné činnosti peera*
 - *Spolupráce s ODZ při poskytování intervence*
 - *Způsoby navázání kontaktu*
 - *Schéma rozhovoru s jednotlivcem – dohoda o cíli intervence*
 - *Aktivní naslouchání – empatie, zrcadlení pocitů*
 - *Rozhovor s jedincem i ve skupinovém sezení*
 - *Znalost chyb v komunikaci – skákání do řeči, plané utěšování, bagatelizace problému, manipulace, apod.*
 - *Znalost hranic peer činnosti*
 - *Schopnost odmítnout požadavek neslučující se s etickými pravidly či s možnostmi peera*
 - *Prezentace SPIS*
-
- **3.2 Specifické formy intervence**
 - *Peer jako poskytovatel první psychické pomoci*
 - *Peer a jeho úloha ve skupinovém zpracování nadlimitních zážitků (debriefing, defusing, demobilizace)*
 - *Spolupráce s ODZ a návaznými systémy v kraji*
 - *Intervence ihned po situaci a odložená intervence – rozdíly v přístupu (Fakultní nemocnice Brno, SPIS)*

3.5.2 Podpora na místě události

Je to rovněž jedna z metod CISM. Jedná se o krátkou a praktickou podporu, která je určena jen k omezení působení stresu zasahujících záchranářů, ale i přihlížejících nebo i členů rodiny. Takovou podporu poskytuje spolupracovník přímo na místě, katastrofy, který vyhledává u ostatních zasahujících některé příznaky (výbuchy hněvu, bezcílné bloudění, pláč, strnulý pohled i jinak nepatřičné chování). Podpora na místě se dá využít i u dlouhodobých zásahů. Problémem může být organizování práce dobrovolníků nebo psychologů, když prostor v místě zásahu je ohraničen PČR jako nebezpečná zóna. (Šeblová, 2007)

3.5.3 Demobilizace

Ojedinelým a úspornějším zásahem je demobilizace. Cílem je vypnout vnitřního „autopilota“ u zasahujících záchranářů na konci směny a to u dlouhodobějších katastrof. Po skončení směny následuje u dotyčné skupiny zhruba desetiminutové povídání, kdy se jím poskytují informace, hned poté následuje dvacetiminutový odpočinek a relaxace. Demobilizace se užívá ojediněle, neboť je spojená s katastrofami velkého rozsahu a velkým počtem obětí. (Šeblová, 2007). Příkladem může být nedávné zemětřesení v Nepálu.

3.5.4 Debriefing

Pojem debriefing (z anglického debrief - vyslechnout hlášení) představuje dnes celosvětově často využívanou psychologickou metodu v oblasti duševního zdraví. Spadá to stejně jako metoda defusing pod CISM. Debriefing je často uplatňován jako prevence a také i v posttraumatické péči u záchranáře. Využívání této psychologické metody ovlivňuje zvládání MU a také pozitivní zvládání zátěže. Debriefing se cíleně zaměřuje na snižování hladiny stresu, jedinec je schopný sdílet své traumatizující zážitky, zvyšuje týmovou sounáležitost a podporu mezi kolegy. Je to strukturovaná diskuse spojená s edukací. Základní podstatou debriefingu není terapie nebo psychologické poradenství, ale práce se skupinou lidí, kteří si prošli stejným traumatem a většinou jsou součástí jednoho týmu. Probírá se nepříjemná událost a vzpomínky na ni, pracuje se s prožitky a myšlenkami, které vzpomínky vyvolávají. Cílem je mluvit o svých reakcích a navzájem se z nich poučit, taky je potřeba přijmout fakt, že daný prožitek je přirozená reakce na situaci, která překračuje jinak zažitou zkušenost. Důležité je naučit se sdílet zážitky a rozumět sobě i reakcím okolí.

Metoda se doporučuje provádět s odstupem 48 hodin po události, hranice kdy nejpozději jí použít není striktně daná. Vedoucí debriefingu by měl být vždy psycholog nebo lékař vyškolený metodou CISM, který má podle počtu klientů k dispozici několik peerů (z angl. peer – rovný, druh). Peer může být zdravotník, hasič, policista i voják. Hlavní podstatou je, aby byl ze stejného oboru jako daná skupina a tak s nimi mohl sdílet vlastní zkušenosti vyplývající z jeho praxe a dodával jim tím podporu. Každý mluví pouze za sebe, nikdo není do ničeho nucen, jelikož jsou všechny sdílené věci důvěrné, tak se neprovádí žádný záznam. Je vhodná účast všech členů, kteří zasahovali u traumatické události. (Vlášková, Kolářová, 2009)

(Šeblová, 2000) doporučuje určité zásady:

- Debriefing může vést ten, kdo má dobré komunikační schopnosti a vzbuzuje u druhých důvěru.
- Skupina musí vnímat osobu, která je vede jako spojence. Z tohoto hlediska je lepší, když má osoba přibližně stejné postavení v podnikové hierarchii.
- Nutnost vyjasnit si pravidla. Cílem není kritika, ale spolupráce při sdílení pocitů.
- Zamezit jakémukoliv vyrušování a proto je potřeba najít vhodný prostor a čas.
- Nepředvídat účastníkům jaké měli pocity a emoce. Musí to sami popsat, jak je daná událost ovlivnila.
- Na každého člena týmu by se mělo alespoň jednou dostat. Dále je nutné sledovat i neverbální známky projevu (gesta, tón hlasů apod.).
- Kritika je tu zapovězená (může přijít na řadu později). Pokud kritika přijde ještě před samotným debriefingem, může se stát víc zraňující, než samotný zásah při MU.
- Není žádoucí ani černý humor a nevhodné poznámky.
- Ten kdo vedl sezení, by měl projít posléze taky debriefingem.

(Šeblová, 2000) uvádí dále to, že mezi pozitivní aspekty debriefingu se podle studie Joan Lanningové řadí:

- Lepší odolnost účastníku na stres v budoucnosti
- Možnost akceptovat příznaky a necítit se „být bláznem“
- Podpora od lidí, kteří si prošli stejným traumatem
- Vyřešení některých problémů
- Nepředstírání falešného hrdinství a otevřenost při vyprávění svých pocitů
- Osoba se necítí vyřazena ze skupiny

Mary France Hannemanová ve studii dobrovolných hasičů v Nové Scotii (1994) vidí pozitivní vliv debriefingu na následující oblasti:

- *zlepší se práce celého oddělení*
- *zlepší se psychická kondice jednotlivých pracovníků*
- *umožní dát průchod emocím*
- *umožní celkový pohled na situaci*
- *umožní pracovníkům připustit si, že udělali, co mohli, a jak nejlépe mohli*
- *zjistí, že se svými pocity nejsou sami*
- *vytvoří se jakási soudržnost a kolegialita (Šeblová, 2000, str. 34-35)*

(Šeblová, 2004) Debriefing člení do 7 fází, která mají svá pravidla. Jedná se o:

- **Úvod** – vedoucí vysvětlí důvody a možný přínos sezení. Poděkuje za účast a zdůrazní pravidlo mlčenlivosti a představí jim pravidla.
- **Fáze faktů (hledání)** – popis každého účastníka, co se mu při MU přihodilo.
- **Fáze myšlenek** – jaká byla první myšlenka, když se „to“ stalo, co dalšího se mu promítalo hlavou?
- **Fáze reakcí** – zde se řeší, co bylo pro účastníka při zásahu nejhorší a kterou část by nejraději vymazal z paměti.
- **Fáze symptomů** – je shrnutí všech stresových projevů při zásahu, ale i po něm. Klade se důraz na to, že stres je součástí života a jeho reakce na něj je normální. Mnoha lidem se uleví, když zjistí, že tyto reakce mají i ostatní. Zdůrazňuje se potřeba hovořit s někým o traumatizujících zážitcích, jako nejlepší léčba stresu.
- **Fáze učení** – učí účastníky způsoby, jak zacházet s projevy stresu.
- **Fáze zakončení** – shrne se sezení a jeho závěr by měl vyznít pozitivně. Pokud se u někoho projeví hlubší psychické problémy, je nutné to odsunout na individuální konzultaci a rozhodně to neřešit před ostatními. Poděkuje se za účast, otevřenost a upřímnost s nabídnutou možností individuální spolupráce a ještě jednou dojde k ujištění naprosté diskrétnosti.

3.5.5 Defusing

Defusing se považuje za časově kratší a úspornější verzi debriefingu. Odehrává se bezprostředně po události, kdy následuje **úvod**, který je podobný debriefingu, hned potom následuje fáze **průzkumu**, což je kombinace fází faktů, myšlenek, reakcí a symptomů a závěrem následuje fáze **informací**, která shrnuje fázi učení a závěru. Většinou se probírá, co budou záchranáři dělat po skončení zaměstnání, jak se odreagují. Nevylučuje to následný debriefing, který je ale organizačně náročnější. (Šeblová, 2007)

4 Cíle práce

Hlavním cílem teoretické části práce je poskytnout informace s oblasti práce ZZS, a to především v oblasti psychické zátěže při výkonu povolání. Samostatná kapitola věnuje pozornost nežádoucím – negativním projevům na psychické zdraví ZZ. Teoretický celek uzavírá kapitola, která popisuje podstatu a význam psychosociální pomoci záchranářům při MU.

Praktická – výzkumná část doplňuje první – teoretickou a hlavním cílem je potvrzení nebo vyvrácení navržených hypotéz. K závěrům dospějeme pomocí anonymního dotazníku, distribuovaného v Ústeckém kraji členům ZZS. Dotazník je rozdělen do tří částí. První část tvoří demografické údaje: věk, pohlaví, vzdělání, rodinný stav a délka praxe. Jako základ druhé části jsme použili standardizovanou škálu hodnocení míry psychické zátěže povolání dle Maistera. K zmapování úrovně informovanosti, využívání osobních zkušeností respondentů jsme doplnili dotazník o další otázky.

Cíle práce:

1. Poskytnout informace o psychických dopadech při práci ZZ.
2. Určit stupeň pracovní zátěže u pracovníku ZZS.
3. Potvrzení či vyvrácení naformulovaných hypotéz.
4. Zjistit informovanost a využitelnost psychosociální pomoci ZZ.

5 Metodika

5.1 Popis výzkumného šetření

Zpracováním bakalářské práce jsme zvolili metodu kvantitativního výzkumného šetření z využitím standardizované části dotazníku (Maisterův) doplněný o nestandardizovanou část (viz příloha2). Dotazník byl distribuován v Ústeckém kraji – Ústí nad Labem a Roudnice nad Labem. Výzkumné šetření probíhalo od 10. 12. 2015 do 10. 3. 2016.

5.2 Stanovení výzkumného vzorku

Hlavní podmínkou výběru respondentů byl pracovní poměr ZZS. Bylo osloveno 80 respondentů (100%), návratnost dotazníku 65 (81,25%) a využitelnost 62 (77,5%), tři dotazníky byly vyřazeny pro neúplnost údajů. Z důvodů vyvrácení nebo potvrzení stanovených hypotéz jsme dotazníky rozdělily na respondenty s rodinou a bez rodiny a dále na respondenty s praxí do pěti let a šest a více.

5.3 Výzkumný nástroj

K účelu zpracování bakalářské práce jsme použili anonymní nestandardizovaný dotazník v kombinaci se standardizovaným dotazníkem hodnocení zátěže při výkonu povolání tzv. Meisterův dotazník. Dále jsme dotazník rozdělili na dvě části: anamnestickou a vlastní. V úvodu jsou poskytnuty instruktaže k vyplnění dotazníku propojené s vysvětlením důvodu distribuce dotazníků a ujištěním o anonymitě respondentů. Jednotlivé otázky byly formulované v souvislosti k cílům a hypotézám práce.

V první anamnestické části dotazníku jsme zjišťovali: pohlaví, pracovní pozice délku praxe, věk, rodinný stav a vzdělání respondentů. Všechny otázky byly uzavřené.

Hlavní část dotazníku tvořilo 14 otázek. Byly zaměřeny na získání informací ohledně typu nejčastější konfrontace s mimořádnou událostí, jejich frekvenci, vlivu na rodinný život, negativních dopadů na jejich psychiku a kolegů. Druhá část věnovala pozornost psychosociální pomoci a to zejména její míry využitelnosti, úrovně informovanosti respondentů v této oblasti a úroveň znalostí v oblasti prevence. Celkově tvořilo hlavní část dotazníků 4 uzavřené otázky, 9 polootevřených a 1 otevřená.

5.4 Stanovené hypotézy

V bakalářské práci jsme si stanovili následující hypotézy:

HYPOTÉZA 1 Předpokládáme, že respondenti s praxí do pěti let, verbalizují o stupeň nižší psychickou zátěž než respondenti s větší praxí.

HYPOTÉZA 2 Předpokládáme, že více než 70% respondentů verbalizuje zkušenosti s negativními dopady mimořádných událostí.

HYPOTÉZA 3 Předpokládáme, že více než 75% respondentů má vědomosti o prevenci negativních dopadů mimořádných událostí.

HYPOTÉZA 4 Předpokládáme, že více než 50% respondentů využilo odbornou psychologickou pomoc.

HYPOTÉZA 5 Předpokládáme, že při výkonu povolání vyhledali psychosociální pomoc o 50% více ženy než muži.

6 Výsledky výzkumu

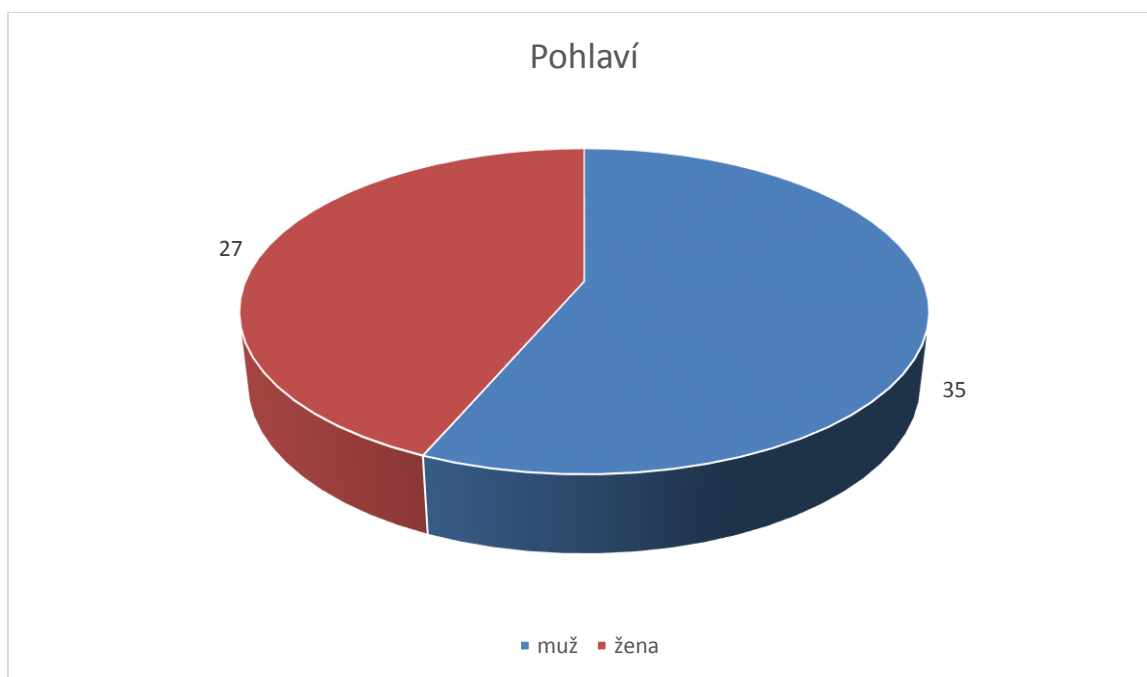
6.1 Vyhodnocení údajů z dotazníku

Otázka 1. Zvolte prosím pohlaví

- Muž
- Žena

Tabulka 1 - Pohlaví respondentů

	Pohlaví	
	Počet respondentů	Procentuální podíl
Muž	35	56,5%
Žena	27	43,5%



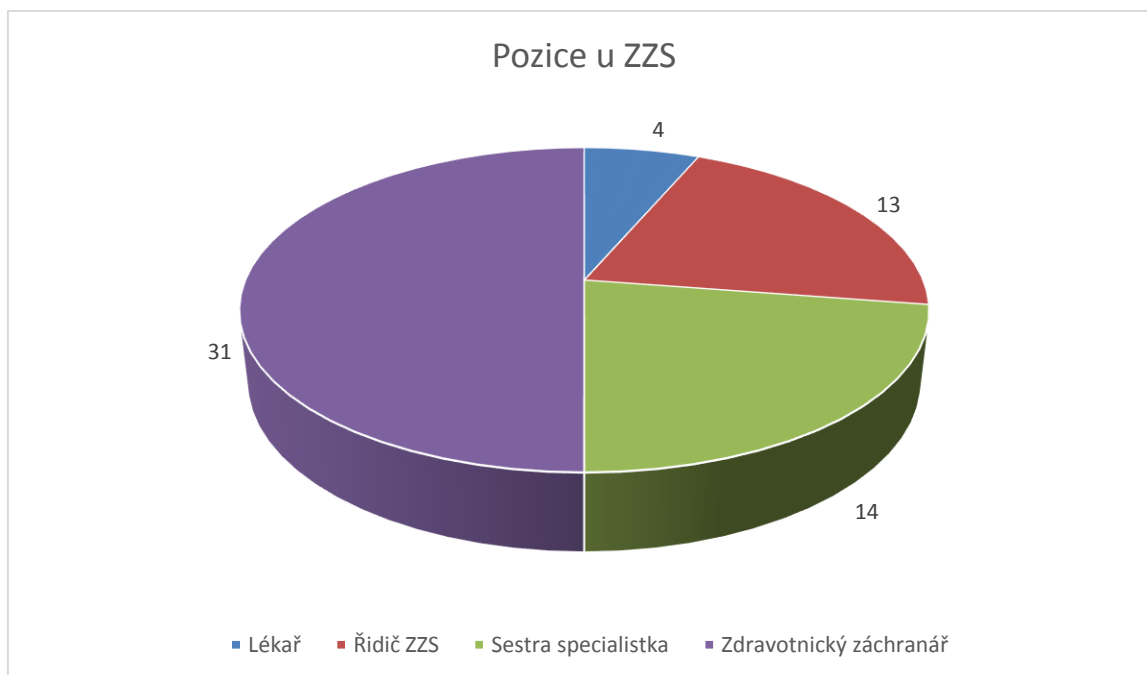
Graf 1 - Pohlaví respondentů

Otázka 2. Jste zaměstnán/a jako:

- Lékař
- Řidič ZZS
- Sestra specialista
- Zdravotnický záchranář

Tabulka 2 - zaměstnání pozice

Pozice u ZZS		
	Počet respondentů	Procentuální podíl
Lékař	4	6,5%
Řidič ZZS	13	21%
Sestra specialista	14	22,5%
Zdravotnický záchranář	31	50%



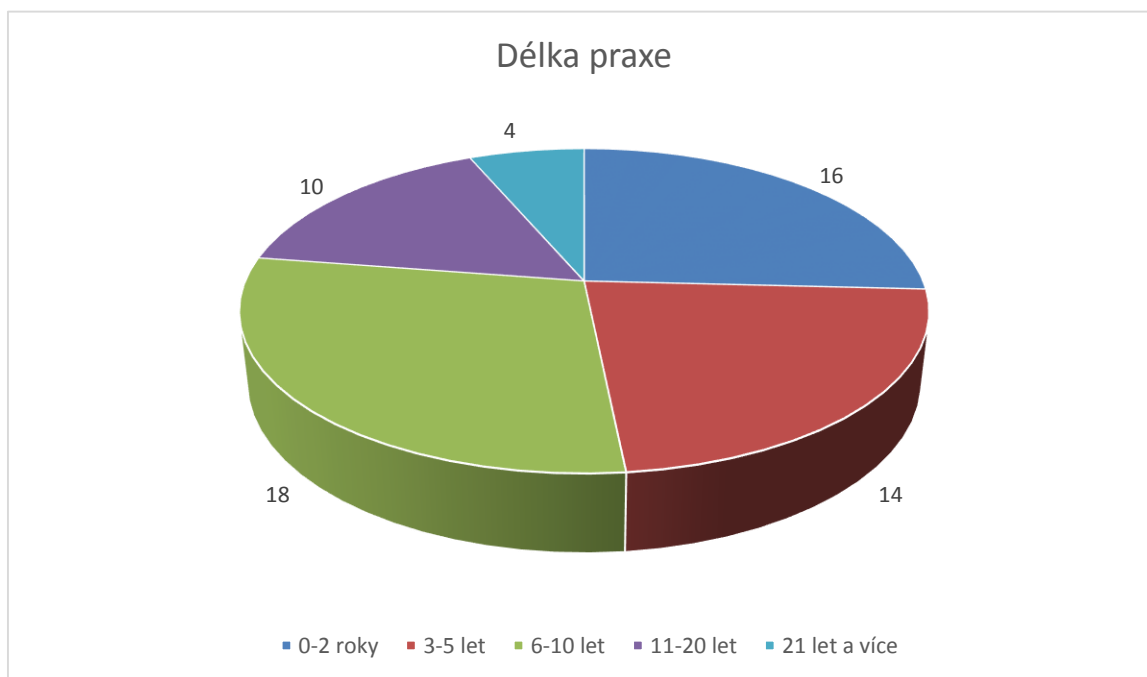
Graf 2 - zaměstnání pozice

Otázka 3. Délka vaší praxe u dané složky zaškrtnuté v předchozí otázce

- 0 – 2 roky
- 3- 5 let
- 6- 10 let
- 11 - 20 let
- 21 let a více

Tabulka 3 - délka praxe

Délka praxe		
	Počet respondentů	Procentuální podíl
0-2 roky	16	25,8%
3-5 let	14	22,6%
6-10 let	18	29%
11-20 let	10	16,1%
21 let a více	4	6,5%



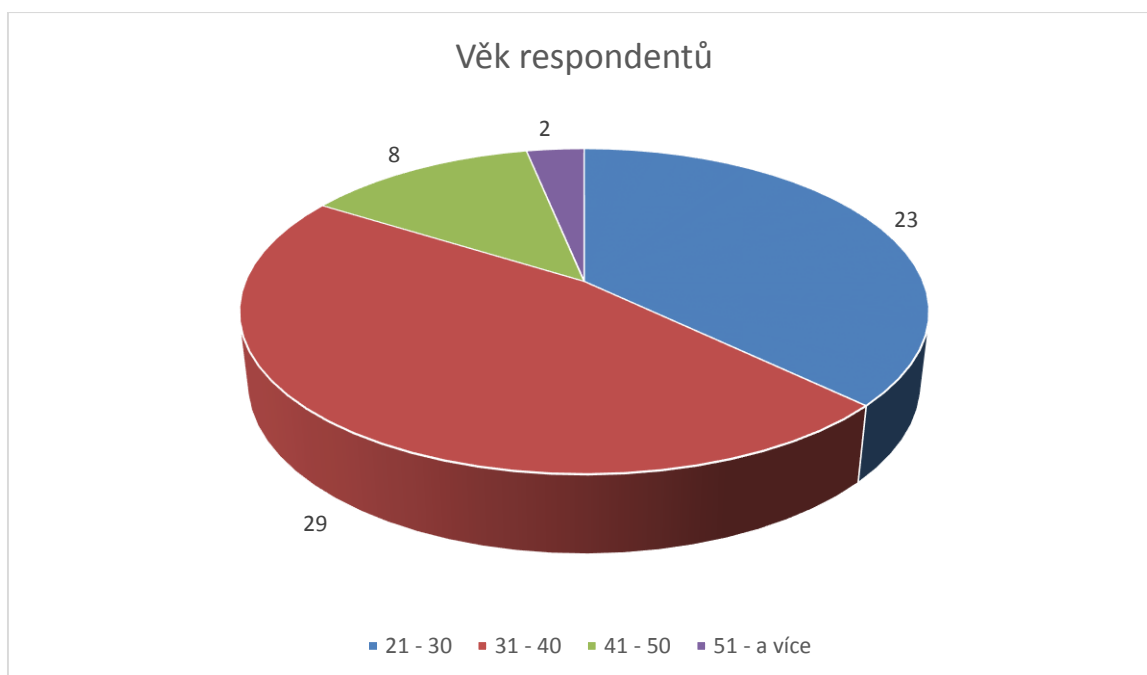
Graf 3 - zaměstnání pozice

Otázka 4 - Uvedte prosím Váš věk:

- 18 - 20 let
- 21 – 30 let
- 31 - 40 let
- 41 - 50 let
- 51 - a více

Tabulka 4 – věk respondentů

Věk respondentů		
	Počet respondentů	Procentuální podíl
21 – 30 let	23	37%
31 – 40 let	29	46,9%
41 – 50 let	8	12,9%
51 – a více	2	3,2%



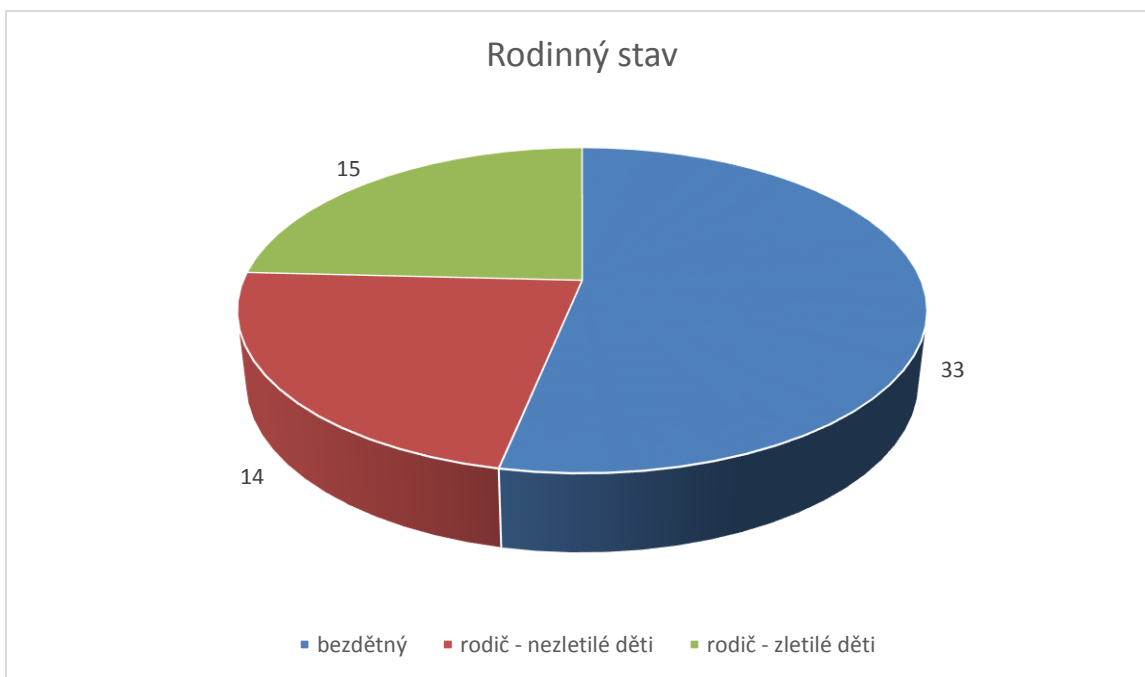
Graf 4 - věk respondentů

Otázka 5 - Rodinný stav:

- bezdětný
- rodič – nezletilé děti
- rodič zletilé děti

Tabulka 5 - Rodinný stav

Rodinný stav		
	Počet respondentů	Procentuální podíl
Bezdětný	33	52,2%
Rodič – nezletilé děti	14	22,5%
Rodič – zletilé děti	15	24,3%



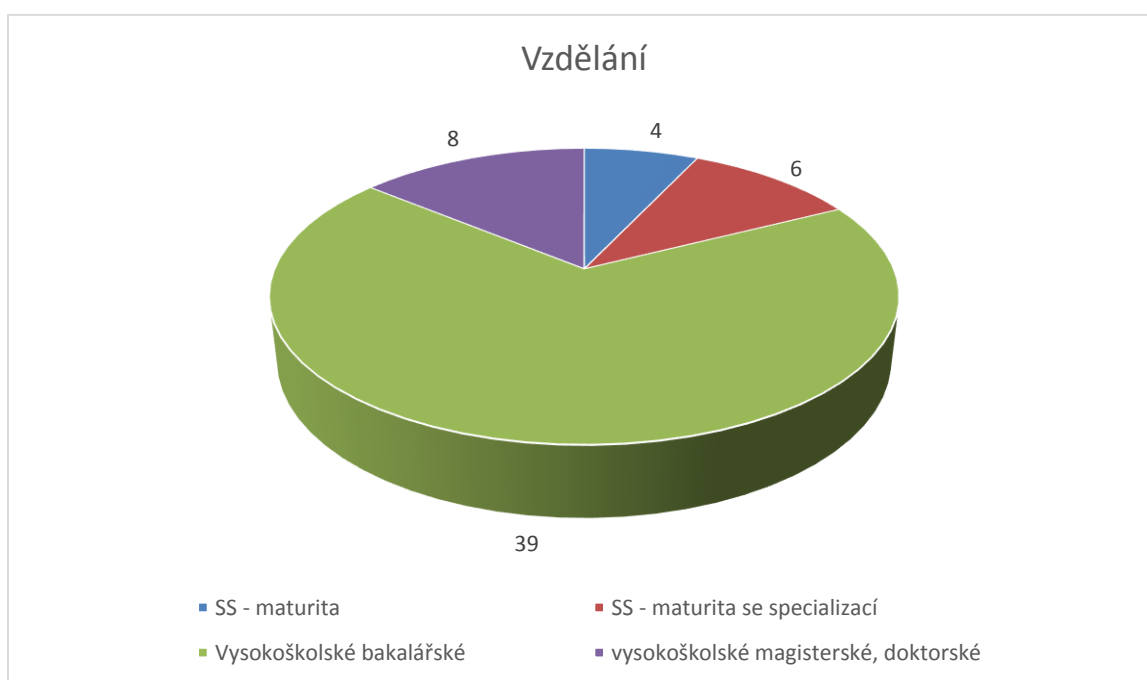
Graf 5 – Rodinný stav

Otázka 6 - Uved'te prosím, Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- Středoškolské zakončené maturitní zkouškou
- Středoškolské zakončené maturitní zkouškou a pomaturitní specializační studium
- Vyšší Odborné, Vysokoškolské bakalářské
- Vysokoškolské magisterské, doktorské

Tabulka 6 - Vzdělání

	Vzdělání	
	Počet respondentů	Procentuální podíl
SS maturita	4	7%
SS maturita se specializací	6	10,5%
Vysokoškolské bakalářské	39	68,4%
Vysokoškolské magisterské, doktorské	8	14,1%



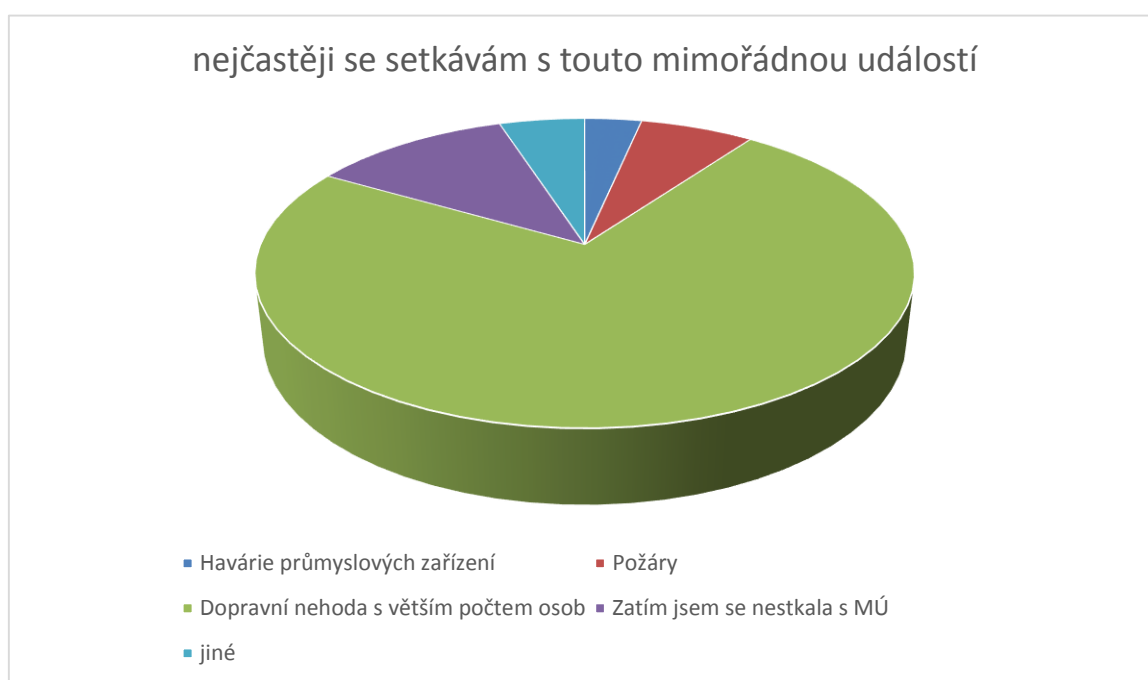
Graf 6 – Vzdělání

Otázka 7 - Nejčastěji se setkávám s touto mimořádnou událostí:

- Požáry
- Havárie průmyslových zařízení
- Dopravní nehoda s větším počtem osob
- Povodně
- Přírodní pohromy (zemětřesení, vichřice, sesuvy půdy)
- Zatím jsem se neseťkal/a při výkonu svého povolání s MÚ
- Jiné

Tabulka 7 - Nejčastěji se setkávám s touto mimořádnou událostí

Nejčastěji se setkávám s touto mimořádnou událostí		
	Počet respondentů	Procentuální podíl
Havárie průmyslových zařízení	2	3,3%
Požáry	4	6,6%
Dopravní nehoda s větším počtem osob	44	73,4%
Zatím jsem se neseťkal/a při výkonu svého povolání s MÚ	7	11,7%
Jiné	3	5%



Graf 7 - Nejčastěji se setkávám s touto mimořádnou událostí

Otázka 8 - Jak často se setkáváte při výkonu svého povolání s mimořádnou událostí?

- 1x za službu
- 1x týdně
- 1x za měsíc
- 1x za půl roku
- 1x za několik let
- Zatím jsem se neseťkal/a s MU

Tabulka 8 - Jak často se setkáváte při výkonu svého povolání s mimořádnou událostí?

Jak často se setkáváte při výkonu svého povolání s mimořádnou událostí?		
	Počet respondentů	Procentuální podíl
1 x za službu	4	6,4%
1 x týdně	21	33,9%
1 x za měsíc	15	24,3%
1 x za půl roku	13	20,9%
1 x za několik let	2	3,2%
Zatím jsem se neseťkal/a s MU	7	11,3%



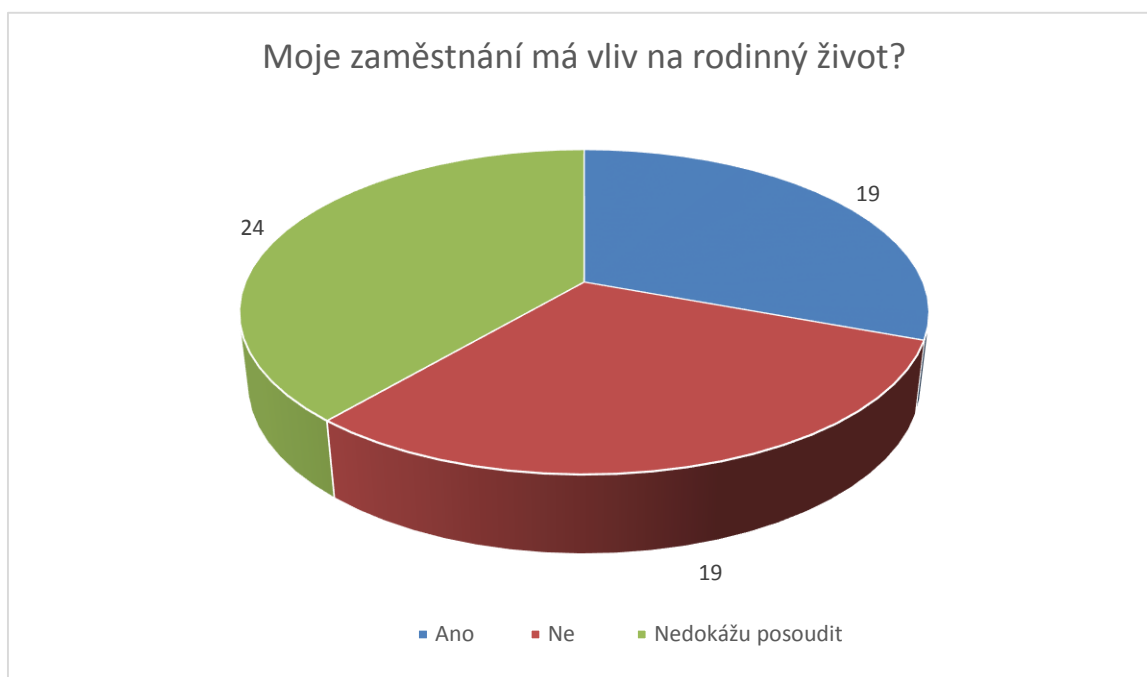
Graf 8 - Jak často se setkáváte při výkonu svého povolání s mimořádnou událostí?

Otázka 9 - Moje zaměstnání má vliv na rodinný život?

- Ano
- Ne
- Nedokážu posoudit

Tabulka 9 - Moje zaměstnání má vliv na rodinný život?

Moje zaměstnání má vliv na rodinný život?		
	Počet respondentů	Procentuální podíl
Ano	19	30,6%
Ne	19	30,6%
Nedokážu posoudit	24	38,8%



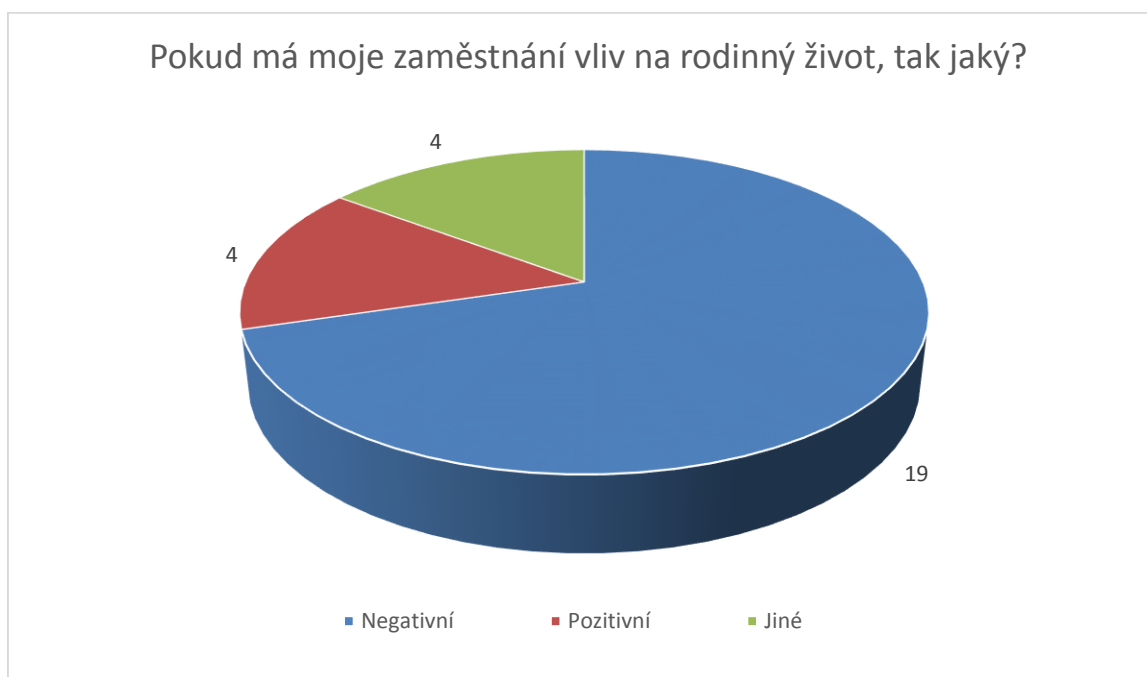
Graf 9 - Moje zaměstnání má vliv na rodinný život?

Otázka 10 - pokud má moje zaměstnání vliv na rodinný život, tak jaký?

- Negativní
- Pozitivní
- Jiné.....

Tabulka 10 - pokud má moje zaměstnání vliv na rodinný život, tak jaký?

Pokud má moje zaměstnání vliv na rodinný život, tak jaký?		
	Počet respondentů	Procentuální podíl
Negativní	19	70,4%
Pozitivní	4	14,8%
Jiné	4	14,8%



Graf 10 - pokud má moje zaměstnání vliv na rodinný život, tak jaký?

Otázka 11 - Máte nějaké zkušenosti s negativními dopady mimořádných událostí na Vaší psychiku?

- Ano
- Ne

Tabulka 11 - máte nějaké zkušenosti s negativními dopady mimořádných událostí na Vaší psychiku?

Máte nějaké zkušenosti s negativními dopady mimořádných událostí na Vaší psychiku?		
	Počet respondentů	Procentuální podíl
Ano	23	37%
Ne	39	63%



Graf 11 - máte nějaké zkušenosti s negativními dopady mimořádných událostí na Vaší psychiku?

Otázka 12 - Máte nějaké zkušenosti s negativními dopady mimořádných událostí na psychiku Vašich spolupracovníků

- Ano (jaké)
- Ne

Tabulka 12 - máte nějaké zkušenosti s negativními dopady mimořádných událostí na psychiku Vašich spolupracovníků

Máte nějaké zkušenosti s negativními dopady mimořádných událostí na psychiku Vašich spolupracovníků		
	Počet respondentů	Procentuální podíl
Ano	25	40,3%
Ne	37	59,7%



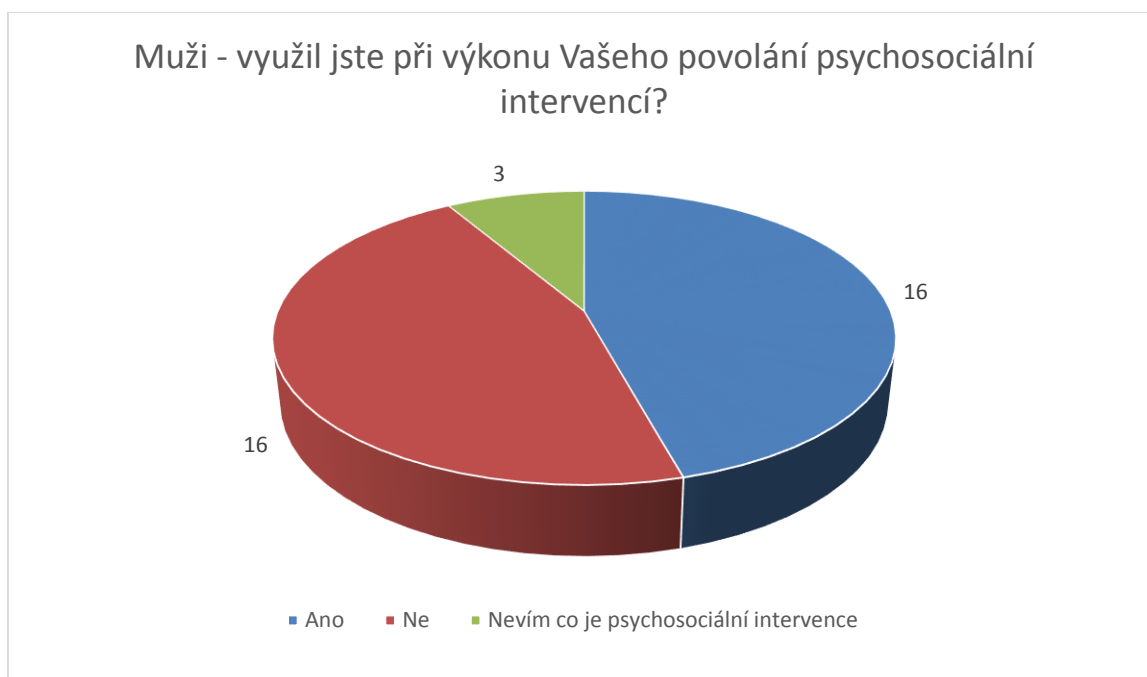
Graf 12 - máte nějaké zkušenosti s negativními dopady mimořádných událostí na psychiku Vašich spolupracovníků

Otázka 13 – Využil/a jste při výkonu Vašeho povolání psychosociální intervencí?

- Ano
- Ne
- Nevím co je psychosociální intervence

Tabulka 13 - Využil jste při výkonu Vašeho povolání psychosociální intervencí?

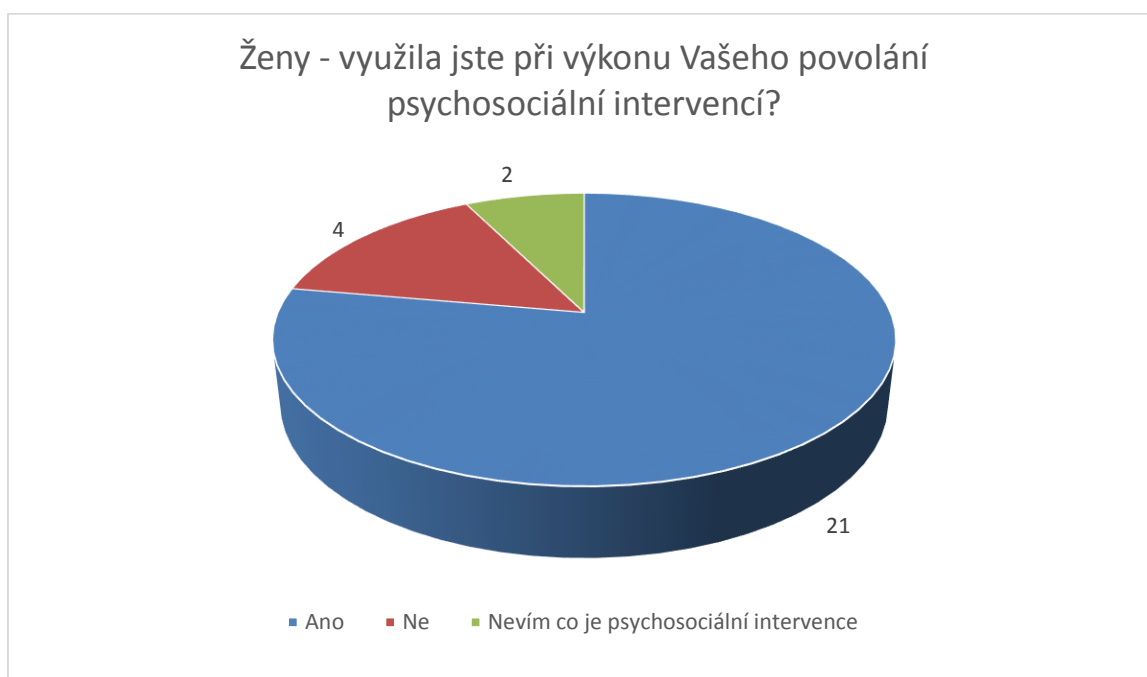
Muži - využil jste při výkonu Vašeho povolání psychosociální intervencí?		
	Počet respondentů	Procentuální podíl
Ano	16	45,7%
Ne	16	45,7%
Nevím co je psychosociální intervence	3	8,6%



Graf 13 - Využil jste při výkonu Vašeho povolání psychosociální intervencí?

Tabulka 14 - využila jste při výkonu Vašeho povolání psychosociální intervencí?

Ženy - využila jste při výkonu Vašeho povolání psychosociální intervencí?		
	Počet respondentů	Procentuální podíl
Ano	21	77,8%
Ne	4	14,8%
Nevím co je psychosociální intervence	2	7,4%



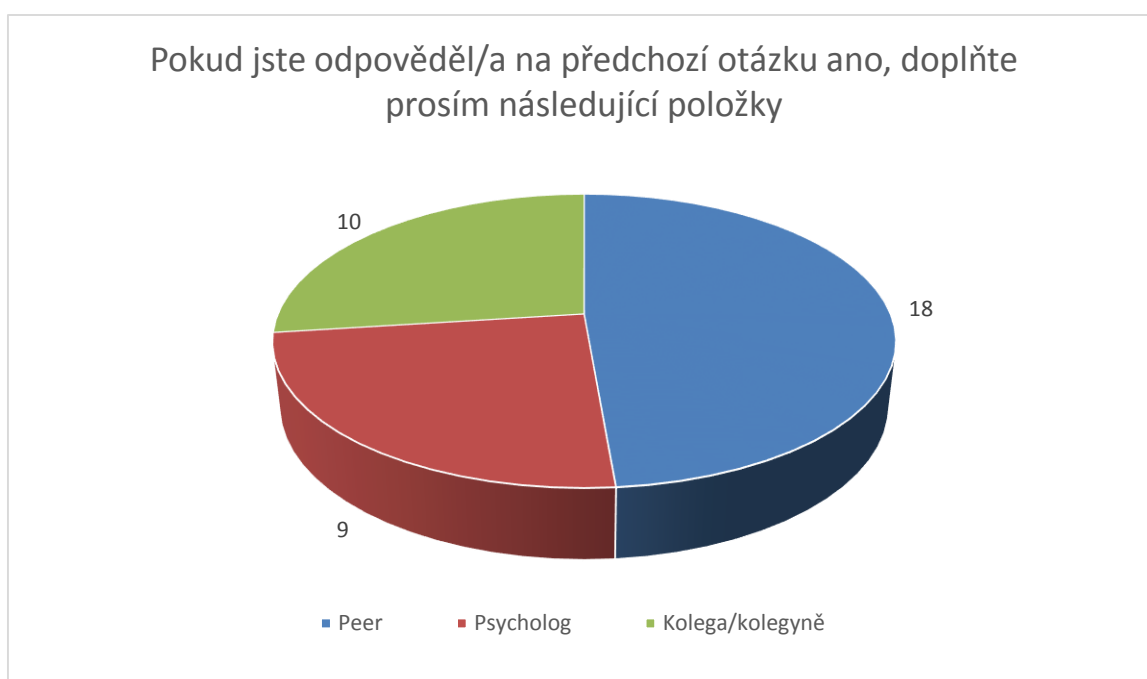
Graf 14 - využila jste při výkonu Vašeho povolání psychosociální intervencí?

Otázka 14 - Pokud jste odpověděl/a na předchozí otázku ano, doplňte prosím následující položky

- Kdo poskytoval.....
- Jakým způsobem.....

Tabulka 15 - Pokud jste odpověděl/a na předchozí otázku ano, doplňte prosím následující položku – kdo poskytoval

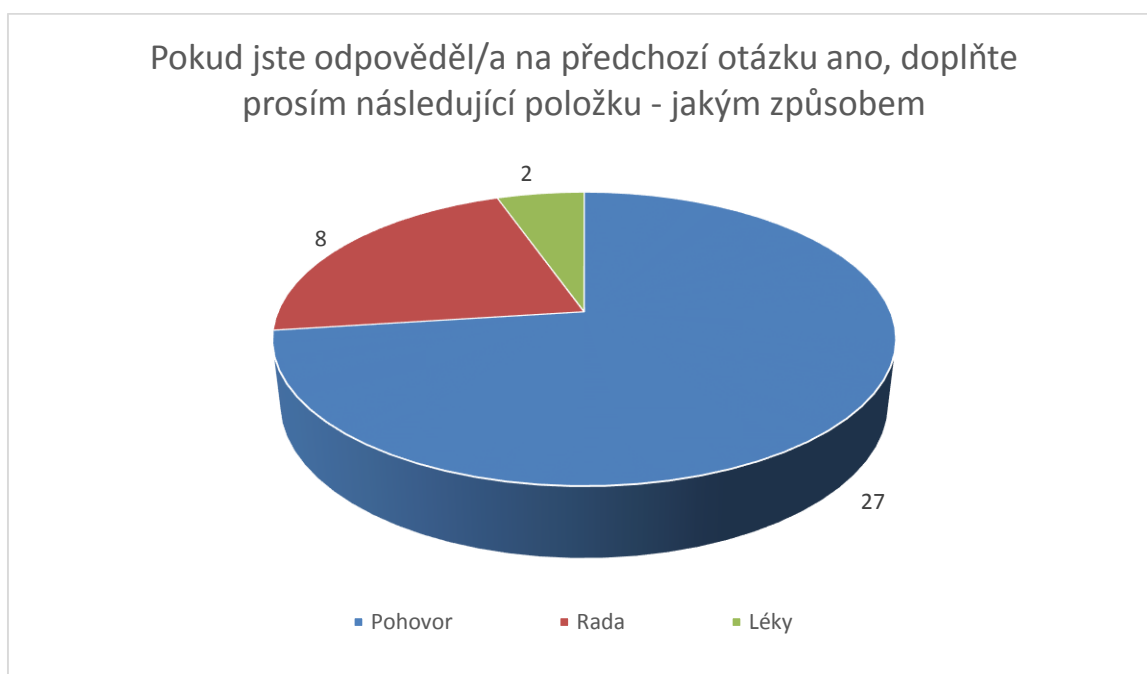
Pokud jste odpověděl/a na předchozí otázku ano, doplňte prosím následující položku		
<u>Kdo poskytoval</u>	Počet respondentů	Procentuální podíl
Peer	19 (12 x ženy a 7 x muži)	51,4%
Psycholog	9 (5 x ženy a 4 x muži)	24,3%
Kolega/kolegyně	9 (4 x ženy a 5 x muži)	24,3%



Graf 15 - Pokud jste odpověděl/a na předchozí otázku ano, doplňte prosím následující položku - kdo poskytoval

Tabulka 16 - Pokud jste odpověděl/a na předchozí otázku ano, doplňte prosím následující položku - Jakým způsobem

Pokud jste odpověděl/a na předchozí otázku ano, doplňte prosím následující položku		
<u>Jakým způsobem</u>	Počet respondentů	Procentuální podíl
Pohovor	27	73%
Rada	8	21,6%
Léky	2	5,4%



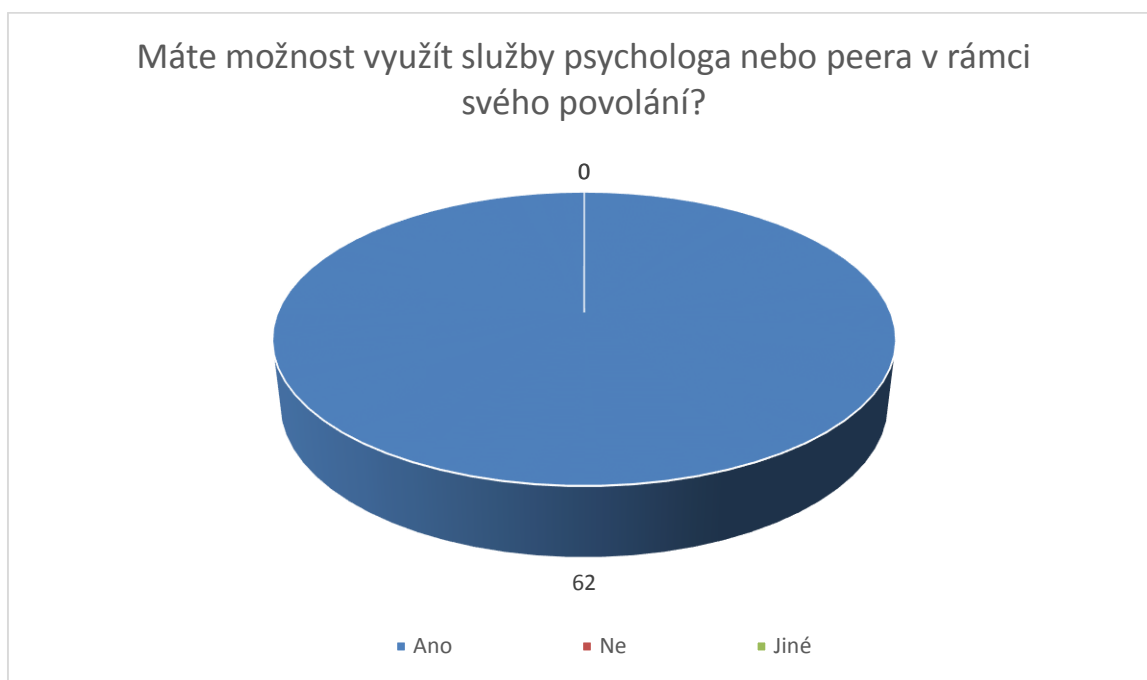
Graf 16 - Pokud jste odpověděl/a na předchozí otázku ano, doplňte prosím následující položku - Jakým způsobem

Otázka 15 - Máte možnost využít služby psychologa nebo peera v rámci svého povolání?

- Ano
- Ne
- Jiné.....

Tabulka 17 - Máte možnost využít služby psychologa nebo peera v rámci svého povolání?

Máte možnost využít služby psychologa nebo peera v rámci svého povolání?		
	Počet respondentů	Procentuální podíl
Ano	62	100%
Ne	0	0%
Jiné	0	0%



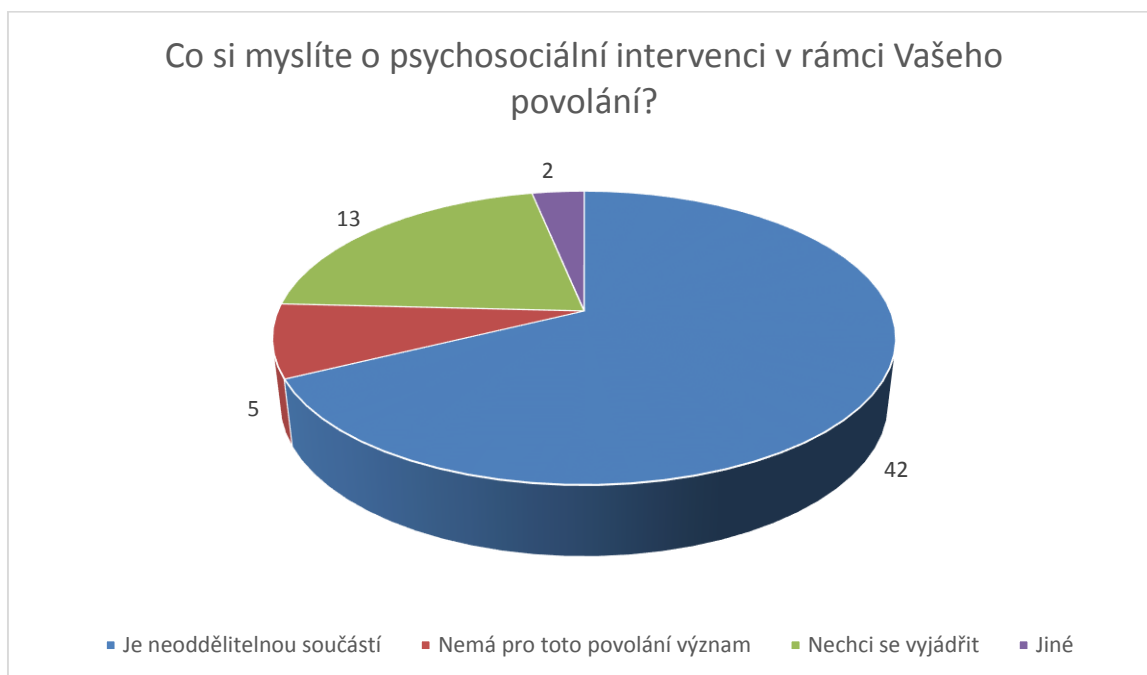
Graf 17 - Máte možnost využít služby psychologa nebo peera v rámci svého povolání?

Otázka 16 - Co si myslíte o psychosociální intervenci v rámci Vašeho povolání?

- Je neoddělitelnou součástí
- Nemá pro toto povolání význam
- Nechci se vyjádřit
- Jiné.....

Tabulka 18 - Co si myslíte o psychosociální intervenci v rámci Vašeho povolání?

Co si myslíte o psychosociální intervenci v rámci Vašeho povolání?		
	Počet respondentů	Procentuální podíl
Je neoddělitelnou součástí	42 (22 x ženy a 20 x muži)	67,8% (35,5% a 32,3%)
Nemá pro toto povolání význam	5 (2 x ženy a 3 muži)	8% (3,2% a 4,8%)
Nechci se vyjádřit	13 (3 x ženy a 10 mužů)	21% (4,8% a 16,2%)
Jiné	2 (2 x muži)	3,2%



Graf 18 - Co si myslíte o psychosociální intervenci v rámci Vašeho povolání?

Otázka 17 - Absolvoval jsem kurs, seminář, cvičení, školení a jiné psychosociální intervence v rámci výkonu mého povolání

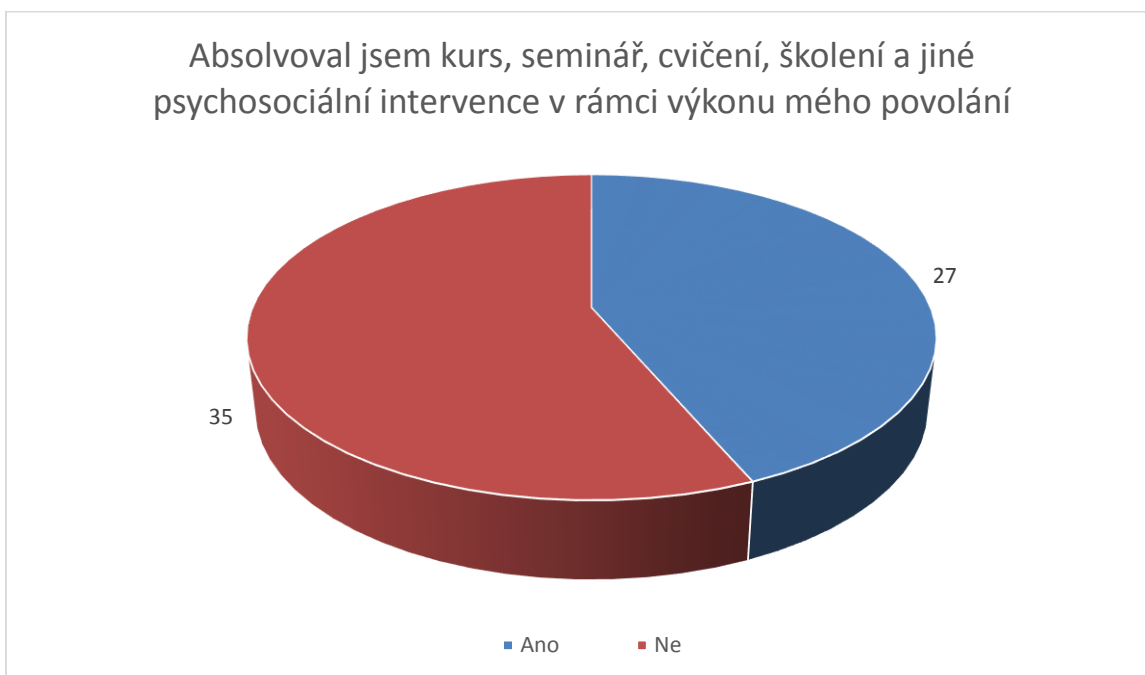
Ano (v jakém rozsahu a jakým způsobem)

.....

Ne

Tabulka 19 - Absolvoval jsem kurs, seminář, cvičení, školení a jiné psychosociální intervence v rámci výkonu mého povolání

Absolvoval jsem kurs, seminář, cvičení, školení a jiné psychosociální intervence v rámci výkonu mého povolání		
	Počet respondentů	Procentuální podíl
Ano	25 (15 x ženy a 10 x muži)	40,3% (24,2% a 16,1%)
Ne	37 (12 x ženy a 25 x muži)	59,7% (19,3% a 40,4%)



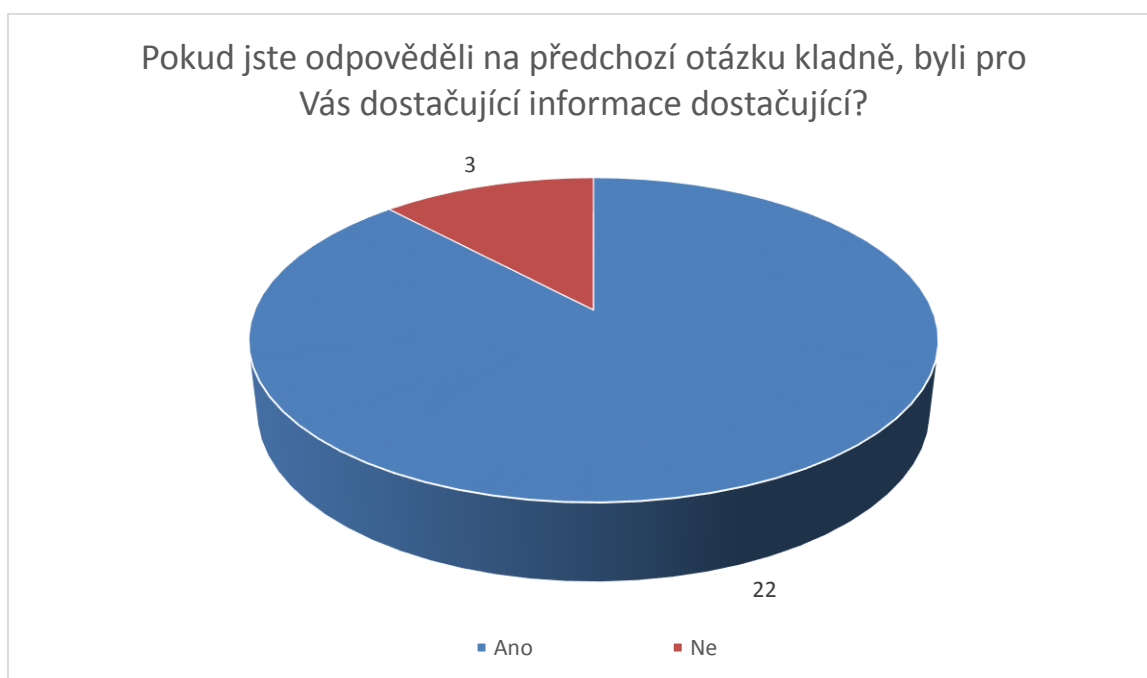
Graf 19 - Absolvoval jsem kurs, seminář, cvičení, školení a jiné psychosociální intervence v rámci výkonu mého povolání

Otázka 18 - Pokud jste odpověděli na předchozí otázku kladně, byli pro Vás dostačující informace dostačující?

- Ano
- Ne

Tabulka 20 - Pokud jste odpověděli na předchozí otázku kladně, byli pro Vás dostačující informace dostačující?

Pokud jste odpověděli na předchozí otázku kladně, byli pro Vás dostačující informace dostačující?		
	Počet respondentů	Procentuální podíl
Ano	22 (14 x žena a 8 x muž)	88% (56% a 32%)
Ne	3 (1 x žena a 2 x muž)	12% (4% a 8%)



Graf 20 - Pokud jste odpověděli na předchozí otázku kladně, byli pro Vás dostačující informace dostačující?

Otázka 19 - Využíváte při výkonu Vašeho povolání nějaké jiné možnosti vyrovnávání se s psychickou zátěží, popřípadě prevenci negativních dopadů na Vaší psychiku

- Koníčky
- Rodina
- Jiné.....

Tabulka 21 - Využíváte při výkonu Vašeho povolání nějaké jiné možnosti vyrovnávání se s psychickou zátěží, popřípadě prevenci negativních dopadů na Vaší psychiku

Využíváte při výkonu Vašeho povolání nějaké jiné možnosti vyrovnávání se s psychickou zátěží, popřípadě prevenci negativních dopadů na Vaší psychiku		
	Počet respondentů	Procentuální podíl
Koníčky	34	54,8%
Rodina	14	22,6%
Jiné	14	22,6%



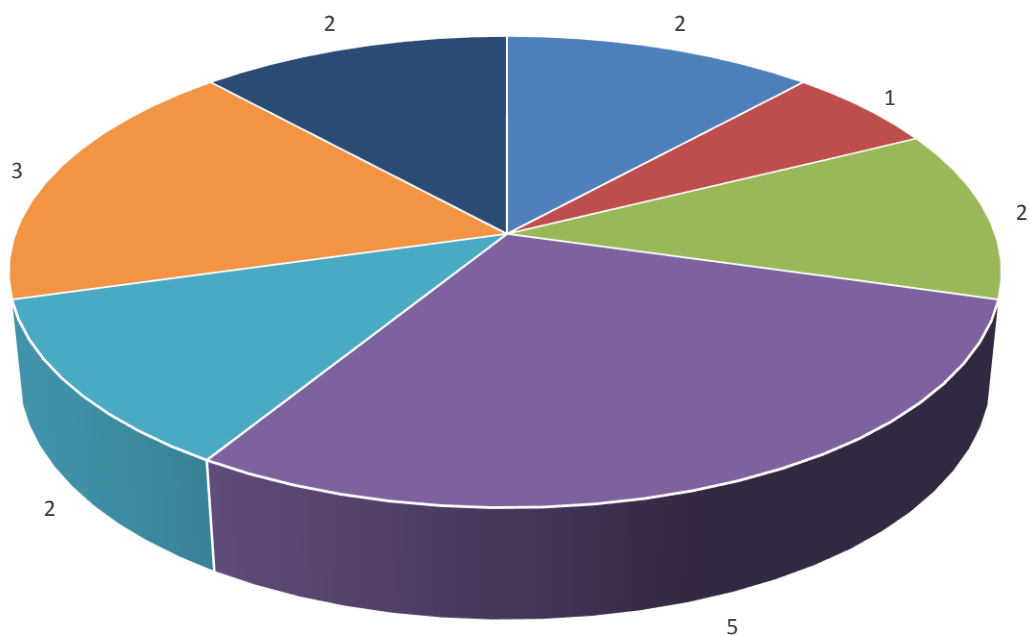
Graf 21 - Využíváte při výkonu Vašeho povolání nějaké jiné možnosti vyrovnávání se s psychickou zátěží, popřípadě prevenci negativních dopadů na Vaší psychiku

Otázka 20 - Co byste navrhoval/a k prevenci a minimalizaci negativních dopadů mimořádných událostí na Vaší psychiku?

Tabulka 22 - Co byste navrhoval/a k prevenci a minimalizaci negativních dopadů mimořádných událostí na Vaší psychiku?

Co byste navrhoval/a k prevenci a minimalizaci negativních dopadů mimořádných událostí na Vaší psychiku?		
	Počet respondentů	Procentuální podíl
Srovnat si to v hlavě „nelze zachránit všechny, nejsme bohové“	2	11,8%
Aplikovat lexaurin (některým kolegům)	1	5,9%
Nic, vše vyhovuje	2	11,8%
Hrazené relaxace (hotel, lázně) + více času na relaxaci	5 (3 + 2)	29,3% (17,6% a 11,8%)
Práci záchranáře by měl vykonávat vyrovnaný člověk + klinický psycholog	2 (1+1)	11,8% (5,9% a 5,9%)
Rotace (méně exponované místo v rámci organizace)	3	17,6%
Psychohygienu	2	11,8%

Co byste navrhoval/a k prevenci a minimalizaci negativních dopadů mimořádných událostí na Vaší psychiku?



- Srovnat si to v hlavě „nelze zachránit všechny, nejsme bohové“
- Aplikovat lexaurin (některým kolegům)
- Nic, vše vyhovuje
- Hrazení relaxace (hotel, lázně) + více času na relaxaci
- Práci záchranáře by měl vykonávat vyrovnaný člověk + klinický psycholog
- Rotace (méně exponované místo v rámci organizace)
- Psychohygiena

Graf 22 - Co byste navrhoval/a k prevenci a minimalizaci negativních dopadů mimořádných událostí na Vaší psychiku?

6.2 Vyhodnocení cílů práce

V bakalářské práci jsme si stanovili následující cíle:

1. Poskytnout informace o psychických dopadech při práci ZZ.

Cíl splněn, jednotlivé možné psychické negativní dopady popsány v teoretické části práce doplněné o možnosti jejich prevence a možnostech řešení v případě výskytu problému.

2. Určit stupeň pracovní zátěže u pracovníku ZZ.

Cíl splněn pomocí Meisterova dotazníku, který slouží k hodnocení vlivů pracovní činnosti na psychiku pracovníků.

3. Potvrzení či vyvrácení naformulovaných hypotéz.

Cíl splněn pomocí analýzy a interpretace výsledku výzkumu dotazníkového šetření potvrzení či vyvrácení stanovených hypotéz.

4. Zjistit informovanost a využitelnost psychosociální pomoci ZZ.

Cíl splněn v teoretické části popsán současný stav poskytování psychosociální pomoci, možnosti a druhů poskytování psychosociální intervenci. Teoretické poznatky spojené s praktickou částí. Pomocí otázek číslo 13, 14, 15, 16, 17, 18 zmapovaná situace ohledně významu míry informovanosti a využitelnosti psychosociální intervenci.

7 Diskuze

Po analýze dotazníkového šetření a komparaci výsledku jiných výzkumných šetření jsme dospěli k následujícím závěrům:

HYPOTÉZA 1 Předpokládáme, že respondenti s praxí do pěti let , verbalizují o stupeň nižší psychickou zátěž než respondenti s větší praxí.

Hypotézu jsme ověřovali na základě Meisterův dotazníků, který slouží k hodnocení vlivů pracovní činnosti na psychiku pracovníku. Vyhodnocení lze provádět individuálně, skupinově. My jsme zvolili skupinovou analýzu na základě určení faktorů: Faktor I. – přetížení, Faktor II. – jednostrannost, Faktor III. – nespecifický faktor. Při analýze jsme použily aritmetické průměry sledovaných faktorů, dále byl proveden součet mediánu sledovaných faktorů a dle tabulky vyhodnocen stupeň a odpovídající zátěžová tendence. Ke komparaci výsledku a potvrzení hypotézy jsme respondenty rozdělily do dvou skupin a to: praxe do pěti let a respondenty s praxí šest a více let.

Z výsledku výzkumu plyne: praxe respondentů do pěti let vykazují součet středních průměrných hodnot faktorů I., II., III. 17,2. Druhá skupina respondentů s praxí 6 a více vykazují výslednou hodnotu 19,6.

Hypotéza se potvrdila částečně. Na základě výsledku výzkumu lze předpokládat predispozici k negativním dopadům déle trvajícím výkonu povolání zdravotnického záchranáře. Riziko „vyhoření“ a negativního pohledu ze strany zdravotnických záchranářů potvrzuje i Katrušáková (2011) ve své bakalářské práci, která věnovala pozornost potřebě poskytování psychosociální péči u zdravotnických záchranářů. Z jejich výsledku výzkumu stojí za zmínění porovnání odpovědí zdravotnických záchranářů:

Otázka č. 1: Proč se zdravotnický záchranář rozhodl pro tuto profesi?

Odpověď: Převážně na tuto otázku odpověděli respondenti, že chtěly pomáhat lidem.

Po analýze této otázky následovala další a to:

Otázka č. 2: Jak vnímají zdravotnický záchranář svoji profesi po letech praxe?

Odpověď: Zde již většina respondentů vykazovalo náznaky syndromu vyhoření, prioritní odpověď již nebyla směřována k pomoci lidem. Do práce chodí z ekonomického důvodu, výdělku.

Šeblová 2012 prezentuje výsledky studie personálu urgentních příjmu, kdy byla zjištěna korelace mezi délkou praxe a syndromu vyhoření: praxe do 4 let žádné příznaky vyhoření 25% respondentů, 5 – 9 let bez příznaků burnout 17,2% respondentů, 10a více let praxe vykazovaly příznaky vyhoření všichni bez výjimky.

Výkon povolání záchranné služby je vnímaná jako stresující a náročný. Jsou kladeny vysoké nároky na schopnost rozhodování – v ztížených terénních podmínkách, odpovědnost – za svůj ale i cizí životy. Pracovní doba není rozdělena rovnoměrně, často není ojedinělá nára-

zovost. Reakce na stres z pohledu záchranáře se odlišují, ale téměř 100% soulad je v definici nejvíce stresující situaci a to: „ Úmrtí nebo neúspěšná kardiopulmonální resuscitace dítěte“.

Shrnutí: Psychosociální intervence a prevence v oblasti psychického zdraví má svoje nezastupitelné místo, péče o psychiku záchránců by měla být automatickou součástí výkonu povolání.

Od roku 2012 je zakotveno v zákoně č.374/2011 Sb. § 16 odst.b, zaměstnavatel je povinný zajistit pro své zaměstnance psychosociální intervenční služby a v případě mimořádných událostí i pro další zdravotníky (například nemocničních urgentních příjmů).

HYPOTÉZA 2 Předpokládáme, že více než 70% respondentů verbalizuje zkušenosti s negativními dopady mimořádných událostí.

Hypotézu jsme ověřovali na otázce číslo 8, 9, 10, 11 a 12. Frekvence výskytu mimořádné události z pohledů respondentů se liší. 21 (33,9%) respondentů označilo možnost 1krát týdně 1krát měsíčně 15(24,3%) a 1 krát za půl roku 13 (20,9%). Dále jsme se dotazovaly, jak respondenti vnímají vliv zaměstnání na jejich rodinný život. Shodně hodnotí respondenti 19(30,6%) pozitivně a 19 (30,6%) negativně. Nejčastější odpovědí v pozitivním směru byla uvedena odpověď směřovaná k prevenci v rodinném kruhu na základě poznatků a osobních zkušeností z práce – při zásahu, výjezdu. Nervozita, obavy a projevy hněvu přenášené do domácího prostředí, tvořily soubor nejčastějších negativních dopadů. 24 (38,8%) respondentů označilo možnost nemohu posoudit se specifikací a vysvětlením, že nelze jednoznačně určit jestli jsou dané dopady pozitivní nebo jednoznačně negativní. Při přímém dotazování na dopady mimořádných událostí na psychiku verbalizovalo osobní zkušenost 23 (37%) respondentů. Nejčastěji uvádějí pocit únavy, výkyvy nálady, nervozitu až výbuchy hněvu a 25 (40,3%) respondentů uvádí zkušenosti s projevy na psychice svých kolegů/kolegyň.

Hypotéza se potvrdila. 77,3% respondentů verbalizuje osobní nebo přenesenou zkušenost s dopady a projevy mimořádných událostí. (Vymětalová, 2009) uvádí na základě podrobné analýzy jednoznačně negativní dopad na rodinu a rodinné vztahy.

HYPOTÉZA 3 Předpokládáme, že více než 75% respondentů má vědomosti o prevenci negativních dopadů mimořádných událostí.

Hypotézu jsme ověřovali na otázce číslo 16, 17, 18 a 19. 42 (67,8%) respondentů vnímá psychosociální intervenci jako neoddelitelnou součást při výkonu svého povolání, 25 (40,3%) respondentů absolvovalo kurs s oblasti psychosociální intervence – dominuje absolvování tříměsíčního kursu, na druhém místě jsou školení spojené s praktickým procvičováním. Absolventi výše zmíněných vzdělávacích akcí verbalizují spokojenost s rozsahem, obsahem a formou vedení uskutečněného vzdělávání. Doplňující informací z oblasti prevence negativních dopadů věnovala pozornost otázka zaměřená na mimopracovní aktivitu. Všichni oslovení respondenti, včetně respondentů, kteří neabsolvovali žádné odborné školení s oblasti psychosociální intervence, měli povědomí o způsobech a možnostech relaxace a prevence negativních dopadů.

Hypotéza se potvrdila.

Nutnost a význam informovanosti zdravotnických záchranářů potvrzuje i (Nevosadová, 2004) která ve svém výzkumném šetření srovnává všechny tři složky IZS z hlediska ohrožení syndromem vyhoření. Potřebu informovanosti a psychologické péče v dotazníkové studii uvádějí a pociťují zaměstnanci ZZS a PČR. O poptávce ze strany zdravotnických záchranářů svědčí i výzkum (Vladyková, 2010), kde z výsledků výzkumu vyplývá: pozitivní verbalizaci zdravotnických záchranářů na zavádění systému psychosociálních služeb, zdravotnický záchranář si jsou vědomi nutnosti prevence a preferují nejenom bezprostřední intervenční pomoc v náročných pracovních situacích, ale především prevenci jejich vzniku. Práci psychologa pociťují jako nezbytnou, preferují vzdělávání metodou případových studií.

HYPOTÉZA 4 Předpokládáme, že více než 50% respondentů využilo odbornou psychologickou pomoc.

Hypotézu jsme ověřovali na otázce číslo 13, 14 a 15. Na přímé dotazování osobní zkušenosti s psychosociální intervencí odpovědělo 37(59,7%) pozitivně. Nejčastějším poskytovatelem pomoci byl peer 19 (51,4%) na druhém místě uvádějí respondenti shodně psychologa a kolegu 9 (24,3%). Konkrétně na dotazování možnosti využití služeb psychologa nebo peera v rámci svého povolání odpovědělo 62 (100%) respondentů ano.

Hypotéza se potvrdila.

59,7% respondentů verbalizuje osobní zkušenosti s využitím psychosociální intervence. Využívání výše zmiňované pomoci potvrzuje i Sittová 2012, kde se z výsledku výzkumu potvrzuje povědomí zdravotnických záchranářů o možnostech využití peerů u 69% respondentů. 52% respondentů potvrzuje možnost a nabídku využití této služby, ale bohužel jenom 8% respondentů tuhle službu využívá za preventivním účelem. V případě možného výběru, preferují respondenti debriefing 26% respondentů, dále pomoc peera 17% a 15% psychologickou pomoc. Nízkou využitelnost v oblasti preventivních intervencí lze přiřadit nedostatečné informovanosti zdravotnických záchranářů.

HYPOTÉZA 5 Předpokládáme, že při výkonu povolání vyhledali psychosociální pomoc o 50% více ženy než muži.

Hypotézu jsme ověřovali na otázce 13,14,16 a 17 analýze těchto otázek předcházelo rozdělení respondentů dle pohlaví. Využití psychosociální intervence verbalizovalo 16 (45,7%) respondentů mužů a 21 (77,8%) respondentů žen. Z toho respondenti muži i ženy preferovali peera 12 (57,1%) ženy a 7 (43,8%) muži. Absolvování vzdělanostní akce v oblasti psychosociální intervence verbalizuje účast 25 respondentů. Výzkumu se účastnilo 27 (100%) žen, 15 (55,5%) absolvovalo aktivitu v oblasti vzdělávání v oblasti psychosociální pomoci. Skupinu mužů respondentů tvořilo 35 (100%), účastníků vzdělanostní akce 10 (28,6%).

Hypotéza se potvrdila. Využití psychosociální pomoci vykazují ženy o 70% více.

Závěr

Prvním impulsem k vybrání tématu mé bakalářské práce byla moje osobní zkušenost. Při výkonu povolání jsem se setkal s poskytováním první pomoci mladé dívce, bohužel neúspěšně. Tato životní zkušenost ve mně zanechala negativní pocity. Postupem času jsem se s danou zkušeností vyrovnal a s osobní zvědavostí jsem se o problematiku zajímal hlouběji. Výsledkem je moje bakalářská práce, která věnuje pozornost jedné ze složek IZS a to zejména zdravotnických záchranářů. Doplněním vědomostí a poznatků ze studia jsem se soustředil na mimořádné události, jejich negativní dopady na psychiku zdravotnických záchranářů a možnosti psychosociální intervence.

Po analýze a interpretaci stanovených cílů a hypotéz jsme dospěli k následujícím závěrům a z toho vyplývající doporučení pro praxi:

- Informovanost zdravotnických záchranářů není dostačující, zde doporučujeme, vyšší zájem zaměstnavatelů o proškolení a vzdělávání zaměstnanců z využitím dostupných kursů, seminářů atd.
- Potvrzena vzájemná závislost mezi délkou praxe a predispozice k vyhoření, zde je na místě zvýšená frekvence a intenzita pravidelným přehodnocováním subjektivního postoje k výkonu povolání, využíváním psychohygienických technik, k nepřetržitému udržování nebo zvyšování motivace k výkonu povolání.

Pro inspiraci k zlepšení pracovních podmínek a prevenci negativních psychických dopadů uvádíme několik doporučení respondentů dotazníkového šetření:

- Srovnat si to v hlavě „nelze zachránit všechny, nejsme bohové“
- Hrazení relaxace (hotel, lázně) + více času na relaxaci
- Práci záchranáře by měl vykonávat vyrovnaný člověk + klinický psycholog
- Rotace (méně exponované místo v rámci organizace)
- psychohygienu

V závěru práce bych Vám Vážené kolegyně, kolegové poděkoval za Vaší hezkou, ale fyzicky a hlavně psychicky náročnou práci. Děkuji a přeji Vám, co nejméně negativních zkušeností při pracovním nasazení.

Seznam použité literatury

1. ANDRŠOVÁ, Alena. *Psychologie a komunikace pro záchranáře*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-4119-2.
2. BAŠTECKÁ, Bohumila. Nemoc a zdraví - Krize a trauma: Výtah z publikace Baštec-
ká, Bohumila a Goldman, Petr: *Základy klinické psychologie* (Praha, Portál
2001). *Prevence sociálně patologických jevů*, 2002, Roč. 1, č. 5/6, s. 10-11. ISSN:
1214-9861.
3. BAŠTECKÁ, Bohumila. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*.
Praha: Grada, 2005. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0708-X.
4. BURIÁNKOVÁ, Helena — RYBA, Alan. Systém "Psychosociální intervenční služby
- PIS" na Zdravotnické záchranné službě hl.m. Prahy - ÚSZS. *Urgentní medicína*,
2009, roč. 12, č. 2, s. 35-37. ISSN: 1212-1924.
5. BYDŽOVSKÝ, Jan. *Předlékařská první pomoc*. Vyd. 1. Praha : Grada, 2011. ISBN:
978-80-247-2334-1.
6. BYDŽOVSKÝ, Jan. *Základy akutní medicíny: učební text pro navazující magisterské
studium ošetrovatelství*. Příbram: Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna, 2013. ISBN
978-80-260-3847-4.
7. HERETIK, A. *Klinická psychologie*. 1. vyd. Nové Zámky: Psychoprof, 2007,
815 s. ISBN 978-80-8932-200-8
8. HOSKOVCOVÁ, Simona. *Psychosociální intervence*. Praha: Karolinum, 2009. ISBN
978-80-246-1626-1.
9. HUMPL, Lukáš, Jiří PROKOP a Alena TOBIÁŠOVÁ. *První psychická pomoc ve
zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických
oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-562-4.
10. KATRUŠÁKOVÁ, Jana. *Potřeba psychosociální péče u zdravotnických záchraná-
řů* [online]. Zlín, 2011 [cit. 2016-05-09]. Bachelor's thesis. Tomas Bata University in
Zlín, Faculty of Humanities. Thesis supervisor Mgr. Helena Řeháčková
11. MARÁDOVÁ, Eva. *Ochrana člověka za mimořádných událostí*. Praha: Vzdělávací
institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-24-5.
12. MAREŠ, Jiří. *Posttraumatický rozvoj člověka*. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada).
ISBN 978-80-247-3007-3.

13. NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie: přehled základních oborů*. Vyd. 1. Praha : Triton, 2011. 863 s. : il. ; 24 cm. ISBN: cnb002249424; 978-80-7387-443-8.
14. RAHN, Ewald a Angela MAHNKOPF. *Psychiatrie: učebnice pro studium a praxi*. Překlad Jan Lorenc. Praha: Grada, 2000. Psyché (Grada Publishing). ISBN 80-7169-964-0.
15. SIITOVÁ, S., 2012. *možnosti psychologické intervence u lékařů a nelékařů zdravotnických záchranných služeb*. Plzeň. Bakalářská práce. fakulta zdravotnických studií západočeská univerzita v Plzni, Vedoucí práce: MUDr. Pavel Hrdlička
16. ŠEBLOVÁ, Jana. Posttraumatická stresová porucha. *Urgentní medicína*, 2000, Roč. 3, č. 1, s. 33-35. ISSN: 1212-1924.
17. ŠEBLOVÁ, Jana. Critical incident stress management. *Urgentní medicína*, 2004, Roč. 7, č. 1, s. 37-38. ISSN: 1212-1924.
18. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada, 2004. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0586-9.
19. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
20. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha : Portál, 2008. 870 s. : il. ; 24 cm. ISBN: 978-80-7367-414-4.
21. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychologie osobnosti*. Praha: Karolinum, 2010. ISBN 978-80-246-1832-6.
22. VLADYKOVÁ, Irena. *Psychosociální intervence pro pracovníky Zdravotnické záchranné služby Zlínského kraje*. [online]. Zlín, 2010 [cit. 2016-05-05]. Bachelor's thesis. Tomas Bata University in Zlín, Faculty of Humanities. Thesis supervisor prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
23. VLÁŠKOVÁ, Lenka. a Vendula. KOLÁŘOVÁ. Psychologická metoda "debriefing" a její praktická aplikace u záchranářů v rámci Rallye Rejvíz 2009. *Urgentní medicína*. 2009, 12(2), 23-25. ISSN 1212-1924. Dostupné také z: http://www.mediprax.cz/um/casopisy/UM_2009_02.pdf
24. VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-696-9.

Internetové zdroje:

Fakultní nemocnice Brno, SPIS *vzdělávací a pracovní činnost peera spis* [online]. [cit. 2016-04-22]. Dostupné z: <http://www.spiscr.info/cs/vzdelavaci-a-pracovni-cinnost-peera-spis/t1036/>

ŠEBLOVÁ, Jana. *Prevence a léčba syndromu vyhoření*. Praha, 2007. [online]. [cit. 2016-04-20]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/8000959146/?lang=cs>. Dizertační práce. Univerzita Karlova v Praze.

Hasičský záchranný sbor ČR. 2016. *Integrovaný záchranný systém* [online]. Aktualizace 26. 6. 2009 [cit. 2016-02-25]. Dostupné z: <http://www.hzscr.cz/clanek/integrovaný-zachranny-system.aspx>

Seznam symbolů a zkratk

PČR	Policie České republiky
ZZS	Zdravotnická záchranná služba
ZZ	Zdravotnický záchranář
IZS	Integrovaný záchranný systém
MU	Mimořádná událost
ZOS	Zdravotnické operační středisko

Seznam grafů

Graf 1 - Pohlaví respondentů	29
Graf 2 - zaměstnání pozice	30
Graf 3 - zaměstnání pozice	31
Graf 4 - věk respondentů	32
Graf 5 – Rodinný stav	33
Graf 6 – Vzdělání.....	34
Graf 7 - Nejčastěji se setkávám s touto mimořádnou událostí	35
Graf 8 - Jak často se setkáváte při výkonu svého povolání s mimořádnou událostí? .	36
Graf 9 - Moje zaměstnání má vliv na rodinný život?.....	37
Graf 10 - pokud má moje zaměstnání vliv na rodinný život, tak jaký?	38
Graf 11 - máte nějaké zkušenosti s negativními dopady mimořádných událostí na Vaší psychiku?.....	39
Graf 12 - máte nějaké zkušenosti s negativními dopady mimořádných událostí na psychiku Vašich spolupracovníků.....	40
Graf 13 - Využil jste při výkonu Vašeho povolání psychosociální intervencí?	41
Graf 14 - využila jste při výkonu Vašeho povolání psychosociální intervencí?.....	42
Graf 15 - Pokud jste odpověděl/a na předchozí otázku ano, doplňte prosím následující položku - kdo poskytoval	43
Graf 16 - Pokud jste odpověděl/a na předchozí otázku ano, doplňte prosím následující položku - Jakým způsobem	44
Graf 17 - Máte možnost využít služby psychologa nebo peera v rámci svého povolání?	45
Graf 18 - Co si myslíte o psychosociální intervenci v rámci Vašeho povolání?.....	46
Graf 19 - Absolvoval jsem kurs, seminář, cvičení, školení a jiné psychosociální intervence v rámci výkonu mého povolání.....	47
Graf 20 - Pokud jste odpověděli na předchozí otázku kladně, byli pro Vás dostačující informace dostačující?.....	48
Graf 21 - Využíváte při výkonu Vašeho povolání nějaké jiné možnosti vyrovnávání se s psychickou zátěží, popřípadě prevenci negativních dopadů na Vaší psychiku.....	49
Graf 22 - Co byste navrhoval/a k prevenci a minimalizaci negativních dopadů mimořádných událostí na Vaší psychiku?.....	51

Seznam tabulek

Tabulka 1 - Pohlaví respondentů	29
Tabulka 2 - zaměstnání pozice	30
Tabulka 3 - délka praxe	31
Tabulka 4 – věk respondentů	32
Tabulka 5 - Rodinný stav	33
Tabulka 6 - Vzdělání	34
Tabulka 7 - Nejčastěji se setkávám s touto mimořádnou událostí	35
Tabulka 8 - Jak často se setkáváte při výkonu svého povolání s mimořádnou událostí?	36
Tabulka 9 - Moje zaměstnání má vliv na rodinný život?	37
Tabulka 10 - pokud má moje zaměstnání vliv na rodinný život, tak jaký?	38
Tabulka 11 - máte nějaké zkušenosti s negativními dopady mimořádných událostí na Vaší psychiku?	39
Tabulka 12 - máte nějaké zkušenosti s negativními dopady mimořádných událostí na psychiku Vašich spolupracovníků	40
Tabulka 13 - Využil jste při výkonu Vašeho povolání psychosociální intervencí?	41
Tabulka 14 - využila jste při výkonu Vašeho povolání psychosociální intervencí?	42
Tabulka 15 - Pokud jste odpověděl/a na předchozí otázku ano, doplňte prosím následující položku – kdo poskytoval	43
Tabulka 16 - Pokud jste odpověděl/a na předchozí otázku ano, doplňte prosím následující položku - Jakým způsobem	44
Tabulka 17 - Máte možnost využít služby psychologa nebo peera v rámci svého povolání?	45
Tabulka 18 - Co si myslíte o psychosociální intervenci v rámci Vašeho povolání?	46
Tabulka 19 - Absolvoval jsem kurs, seminář, cvičení, školení a jiné psychosociální intervence v rámci výkonu mého povolání	47
Tabulka 20 - Pokud jste odpověděli na předchozí otázku kladně, byli pro Vás dostačující informace dostačující?	48
Tabulka 21 - Využíváte při výkonu Vašeho povolání nějaké jiné možnosti vyrovnávání se s psychickou zátěží, popřípadě prevenci negativních dopadů na Vaší psychiku	49

Tabulka 22 - Co byste navrhoval/a k prevenci a minimalizaci negativních dopadů mimořádných událostí na Vaší psychiku?	50
--	-----------

Seznam příloh

Příloha 1 - dotazník	65
Příloha 2 – Meisterův dotazník	69

Vlastní přílohy

Příloha 1 - dotazník

Anonymní dotazník

Vážení kolegové a kolegyně, jsem studentem 3 ročníku ČVUT v oboru plánování a řízení krizových situací. Ve své bakalářské práci: „Dopady mimořádných situací na psychiku zdravotnických záchranářů“, se věnuji míře psychické zátěže Vašeho povolání a druhá část mapuje rozsah, význam a využití psychosociální intervenční pomoci. Dotazník je anonymní, výsledky budou použity pouze k zpracování mé závěrečné bakalářské práce.

Předem Vám děkuji za vyplnění dotazníku a přeji hodně úspěchů a energie při výkonu Vašeho krásného, ale těžkého povolání.

Jan Stupka

První část

1. Zvolte prosím pohlaví

- Muž
- Žena

2. Jste zaměstnán/a jako:

- Lékař
- Řidič ZZS
- Sestra specialista
- Zdravotnický záchranář

3. Délka vaší praxe u dané složky zaškrtnuté v předchozí otázce

- 0 – 2 roky
- 3- 5 let
- 6- 10 let
- 11 - 20 let
- 21 let a více

4. Uveďte prosím Váš věk:

- 18 - 20 let
- 21 – 30 let
- 31 - 40 let
- 41 - 50 let
- 51 - a více

5. Rodinný stav:

- bezdětný
- rodič – nezletilé děti
- rodič zletilé děti

6. Uved'te prosím, Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- Středoškolské zakončené maturitní zkouškou
- Středoškolské zakončené maturitní zkouškou a pomaturitní specializační studium
- Vyšší Odborné, Vysokoškolské bakalářské
- Vysokoškolské magisterské, doktorské

7. Nejčastěji se setkávám s touto mimořádnou událostí:

- Požáry
- Havárie průmyslových zařízení
- Dopravní nehoda s větším počtem osob
- Povodně
- Přírodní pohromy (zemětřesení, vichřice, sesuvy půdy)
- Zatím jsem se neseťkal/a při výkonu svého povolání s MÚ

- Jiné

8. Jak často se setkáváte při výkonu svého povolání s mimořádnou událostí?

- 1x za službu
- 1x týdně
- 1x za měsíc
- 1x za půl roku
- 1x za několik let
- Zatím jsem se neseťkal/a s MU

9. Moje zaměstnání má vliv na rodinný život?

- Ano
- Ne
- Nedokážu posoudit

10. pokud má moje zaměstnání vliv na rodinný život, tak jaký?

- Negativní
- Pozitivní
- Jiné.....

11. Máte nějaké zkušenosti s negativními dopady mimořádných událostí na Vaší psychiku?

- Ano
- Ne

12. Máte nějaké zkušenosti s negativními dopady mimořádných událostí na psychiku Vašich spolupracovníků

- Ano (jaké)
- Ne

13. Využil/a jste při výkonu Vašeho povolání psychosociální intervencí?

- Ano
- Ne
- Nevím co je psychosociální intervence

14. Pokud jste odpověděl/a na předchozí otázku ano, doplňte prosím následující položky

- Kdo poskytoval.....
- Jakým způsobem (rozsah).....

15. Máte možnost využít služby psychologa nebo peera v rámci svého povolání?

- Ano
- Ne
- Jiné.....

16. Co si myslíte o psychosociální intervenci v rámci Vašeho povolání?

- Je neoddělitelnou součástí
- Nemá pro toto povolání význam
- Nechci se vyjádřit

- Jiné.....

17. Absolvoval jsem kurs, seminář, cvičení, školení a jiné psychosociální intervence v rámci výkonu mého povolání

- Ano (v jakém rozsahu a jakým způsobem)

-
- Ne

18. Pokud jste odpověděli na předchozí otázku kladně, byli pro Vás dostačující informace dostačující?

- Ano
- Ne

19. Využíváte při výkonu Vašeho povolání nějaké jiné možnosti vyrovnávání se s psychickou zátěží, popřípadě prevenci negativních dopadů na Vaši psychiku

- Koníčky
- Rodina
- Jiné.....

20. Co byste navrhoval/a k prevenci a minimalizaci negativních dopadů mimořádných událostí na Vaši psychiku?

Druhá část

Hodnocení pracovní zátěže (Meisterův dotazník). Vaším úkolem je u každé otázky označit odpověď, která nejvíce vystihuje Vaše pocity při práci.

5 - ano, plně souhlasím

4 - spíše ano

3 - nevím, někdy ano, někdy ne

2 - spíše nesouhlasím

1 - ne, vůbec nesouhlasím

ANO.....NE

1. Při práci mívám často pocit časového tlaku	5	4	3	2	1
2. Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad/a	5	4	3	2	1
3. Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost, spojenou se závažnými důsledky	5	4	3	2	1
4. Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující	5	4	3	2	1
5. V práci mám časté konflikty a problémy, od nichž se nemohu odpoutat ani po skončení pracovní doby	5	4	3	2	1
6. Při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje	5	4	3	2	1
7. Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost	5	4	3	2	1
8. Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného	5	4	3	2	1
9. Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost	5	4	3	2	1
10. Práce je psychicky tak náročná, že ji nelze dělat po léta se stejnou výkonností	5	4	3	2	1

Příloha 2 – Meisterův dotazník

HPZ (Meister)

Vaším úkolem je u každé otázky zakroužkovat odpověď, která nejvíce vystihuje Vaše pocity při práci.

5 - ano, plně souhlasím

4 - spíše ano

3 - nevím, někdy ano, někdy ne

2 - spíše nesouhlasím

1 - ne, vůbec nesouhlasím

1. Při práci mívám často pocit časového tlaku	5	4	3	2	1
2. Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad/a	5	4	3	2	1
3. Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost, spojenou se závažnými důsledky	5	4	3	2	1
4. Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující	5	4	3	2	1
5. V práci mám časté konflikty a problémy, od nichž se nemohu odpoutat ani po skončení pracovní doby	5	4	3	2	1
6. Při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje	5	4	3	2	1
7. Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost	5	4	3	2	1

8. Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného	5	4	3	2	1
9. Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost	5	4	3	2	1
10. Práce je psychicky tak náročná, že ji nelze dělat po léta se stejnou výkonností	5	4	3	2	1

HODNOCENÍ PSYCHICKÉ ZÁTĚŽE PŘI PRÁCI (MEISTERŮV DOTAZNÍK)

Použití dotazníku

Meisterův dotazník slouží k hodnocení vlivů pracovní činnosti na psychiku pracovníků. Jedná se o orientační vyšetření psychické zátěže při práci. Dotazník byl převzat od autora W.Meistera z Zentralinstitutu für Arbeitsmedizin v Berlíně (NDR) a ověřován v letech 1976 - 1984 hygienickou službou.

Administrace

Dotazník administruje zaškolený pracovník, lze jej zadávat skupinově i individuálně.
Instrukce je uvedena v záhlaví záznamového archu.

Vyhodnocení dotazníku

- 1) Vyhodnocení výsledků lze provést dvojím způsobem: podle faktorů a podle jednotlivých položek.**

Vyhodnocení podle faktorů

Faktorovou analýzou byly stanoveny tři faktory: I. - přetížení, II. - jednostrannost (monotonie), III. - nespecifický faktor (stresová odezva). Jednotlivé faktory jsou syceny příslušnými položkami (otázkami).

Faktor	Název faktoru	Součet položek	Maximum
I.	Přetížení	1 + 3 + 5	15
II.	Monotonie	2 + 4 + 6	15
III.	Nespecifický faktor	7 + 8 + 9 + 10	20
HS	Hrubý skór	I. + II. + III.	50

Při hodnocení jednotlivce je třeba vypočítat hodnoty všech tří sledovaných faktorů a hrubého skóru.

Pro skupinové hodnocení použijeme aritmetické průměry sledovaných faktorů a rovněž hrubého skóru.

V následující tabulce č.1 jsou uvedeny aritmetické průměry a kritické hodnoty, které byly získány a zpracovány hygienickou službou pro muže a ženy v české populaci. Překročení uvedených kritických hodnot pak indikuje nadměrnou zátěž v dané oblasti.

Tab.č.1 Aritmetické průměry, směrodatné odchylky a kritické hodnoty pro ženy (n = 867) a muže (n = 660)

Faktor	Název faktoru	Ženy			Muži		
		\bar{x}	s.d.	Krit.h.	\bar{x}	s.d.	Krit.h.
I.	Přetížení	8,4	3,2	10	10,6	3,0	12
II.	Monotonie	7,6	3,0	9	6,4	3,2	8
III.	Nespecifický faktor	11,7	4,4	14	10,3	4,1	12
HS	Hrubý skór	25,0	8,1	29	22,9	6,4	26

Poznámka: Krit.h.. *kritické hodnoty reprezentují $x + 0.5$ sigma*

\bar{x} = *aritmetický průměr*

s.d. = *směrodatná odchylka*

Vyhodnocení podle jednotlivých položek

Při hodnocení zatěžujících faktorů se vychází z překročení kritických hodnot mediánu (tab.č.2). V těch položkách, kde zjištěný medián překračuje kritickou hodnotu, je práce hodnocena negativně a naopak, v položkách, v nichž medián nedosahuje kritickou hodnotu, kladně.

Tab.č.2. Kritické hodnoty mediánů

Číslo položky	Otázka (zkráceně)	Kritická hodnota mediánu	Začlenění do faktoru
1.	Časová tíseň	3,0	I.
2.	Malé uspokojení	2,5	II.
3.	Vysoká odpovědnost	3,0	I.
4.	Otupující práce	2,5	II.
5.	Problémy a konflikty	2,5	I.
6.	Monotonie	2,5	II.
7.	Nervozita	3,0	III.
8.	Přesycení	3,0	III.
9.	Únava	3,0	III.
10.	Dlouhodobá únosnost	2,5	III.

Klasifikace zátěže

Klasifikace psychické zátěže se provádí ve třech stupních. Význam jednotlivých stupňů (1,2,3) při klasifikaci psychické zátěže uvádí tab.č.3.

Metoda

Pro zařazení do stupně zátěže celé skupiny je třeba vycházet z faktorových skóre. Hodnocení se provede následujícím způsobem: sečtou se mediány (střední hodnoty) pro jednotlivé faktory (pro faktor I. sečteme otázky č.1+3+5, pro faktor II. č.2+4+6, pro faktor III. č.7+8+9+10). Po sečtení mohou nastat 3 případy:

2) faktor I. má nejméně o 2 body vyšší součet středních hodnot než faktor II. - při této variantě k němu přičteme součet středních hodnot faktoru III., tedy I.+III. Podle tabulky se pak vyhodnotí stupeň a k tomu odpovídající zátěžová tendence.

Jestliže je součet:	Stupeň	Zátěžová tendence
7 - 19	1	
20 - 24	2	k přetížení
25 - 35	3	k přetížení

2) má-li faktor II. nejméně o 2 body vyšší součet středních hodnot než faktor I., pak se sečte součet středních hodnot II.+III. Podle tabulky se opět určí výsledný stupeň a odpovídající zátěžová tendence.

Jestliže je součet:	Stupeň	Zátěžová tendence
7 - 21	1	
22 - 26	2	k monotonii (jednostrannosti, podtížení)
27 - 35	3	k monotonii (jednostrannosti, podtížení)

3) bude-li rozdíl mezi faktory I. a II. menší než 2 body, pak se sečtou součty středních hodnot všech faktorů dohromady, tj. I.+II.+III. Podle tabulky se určí stupeň, resp. odpovídající zátěžová tendence.

Jestliže je součet:	Stupeň	Zátěžová tendence
10 - 26	1	
27 - 32	2	kombinace obou (tj. přetížení i jednostrannosti)
33 - 50	3	kombinace obou (tj. přetížení i jednostrannosti)

Poznámka: je velice snadné vytvořit k tomuto hodnocení počítačový program.

Konečné zařazení

Tab.č.3 **Klasifikace psychické zátěže**

1 Psychická zátěž, při které není pravděpodobné ovlivnění zdraví, subjektivního stavu a výkonnosti (přitom je nutno odhlédnout od náhodných situačně podmíněných výkyvů v průběhu pracovní směny).

2 Psychická zátěž, při které může docházet pravidelně k dočasným ovlivněním subjektivního stavu, resp. výkonnosti.

3 Psychická zátěž, při níž nelze vyloučit zdravotní rizika.