

Česká zemědělská univerzita v Praze

Provozně ekonomická fakulta

Katedra psychologie



Diplomová práce

**Chování člověka v krizových situacích – vybrané složky
záchranného systému**

Michal Bergmann

© 2021 ČZU v Praze

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Bc. Michal Bergmann

Veřejná správa a regionální rozvoj – k. s. Hradec Králové

Název práce

Chování člověka v krizových situacích – vybrané složky záchranného systému

Název anglicky

Human behaviour in crisis situation – selected components of the rescue system

Cíle práce

Cílem diplomové práce je zaměřit se na chování člověka v krizových situacích, konkrétně zaměstnanců zdravotnické záchranné služby (ZZS), kteří jsou ve své profesi krizovým a stresovým situacím pravidelně vystavováni.

V teoretické části práce je popsána problematika chování člověka v krizových situacích, vyrovnávání se se stresem a formy psychické podpory zaměstnanců ZZS. Praktická část práce je zaměřena na vyhodnocení dotazníkového šetření zaměřeného na prožívání krizových situací spojených s profesemi zaměstnanců ZZS a vyrovnávání se s nimi. Účelem výzkumu je analýza prožívání krizových situací a následné vyrovnávání se s jejich prožitím a formulace konkrétních doporučení, jak zlepšit práci s psychikou zaměstnanců ZZS z hlediska práce s lidskými zdroji.

Metodika

Diplomová práce se bude skládat ze dvou částí, teoretické a výzkumné. Teoretická část práce bude postavena na studiu odborné literatury týkající se chování člověka v krizových situacích, vyrovnávání se stresem a analýze současných forem psychické podpory zaměstnanců ZZS. Ve výzkumné části bude proveden sběr dat pomocí dotazníků, zaměřených na prožívání a zvládání psychické zátěže. Získaná data budou statisticky vyhodnocena a interpretována a na jejich základě budou navržena doporučení.

Doporučený rozsah práce

60-70 stran

Klíčová slova

krizová situace, metody zvládnání stresu, posttraumatická péče, stres, syndrom vyhoření, zdravotnická záchranná služba

Doporučené zdroje informací

ARMSTRONG, M. Řízení lidských zdrojů. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0469-2.

ARNOLD, J. Psychologie práce: pro manažery a personalisty. Brno: Computer Press, 2007. ISBN 978-80-251-1518-3.

CHMELÍK, J. a kolektiv. Dopravní nehody. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2009. ISBN: 978-80-7380-211-0.

KEBZA, V. Psychosociální determinanty zdraví. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.

ŠPATENKOVÁ, N. Krize a krizová intervence. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5327-0.

VODÁČKOVÁ, D. Krizová intervence. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0212-7.

VYMĚTAL, Š. Krizová komunikace a komunikace rizika. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2510-9.

Předběžný termín obhajoby

2020/21 LS – PEF

Vedoucí práce

PhDr. Hana Chýlová, Ph.D.

Garantující pracoviště

Katedra psychologie

Elektronicky schváleno dne 8. 3. 2021

PhDr. Pavla Rymešová, Ph.D.

Vedoucí katedry

Elektronicky schváleno dne 8. 3. 2021

Ing. Martin Pelikán, Ph.D.

Děkan

V Praze dne 30. 03. 2021

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že svou diplomovou práci "Chování člověka v krizových situacích – vybrané složky záchranného systému" jsem vypracoval samostatně pod vedením vedoucí diplomové práce PhDr. Hany Chýlové, Ph.D. a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu použitých zdrojů na konci práce. Jako autor uvedené diplomové práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušil autorská práva třetích osob.

V Praze dne 31. 3. 2021

Poděkování

Rád bych touto cestou poděkoval své vedoucí práce PhDr. Haně Chýlové, Ph.D. za opravdu velmi vstřícný přístup, bleskové reakce a cenné rady a připomínky při zpracovávání této diplomové práce. Dále bych chtěl poděkovat mé rodině, která mi byla velkou oporou v průběhu celého studia a zároveň všem zaměstnancům ZZS, kteří se i v této pro ně velmi náročné době zúčastnili dotazníkového šetření.

Chování člověka v krizových situacích – vybrané složky záchranného systému

Abstrakt

Diplomová práce je zaměřena na chování člověka v krizových situacích na příkladu zaměstnanců zdravotnické záchranné služby (ZZS), kteří jsou ve své profesi pravidelně vystavováni krizovým situacím vyvolávajícím stres. Práce se zabývá psychologickými aspekty působení stresu z opakovaného vystavování krizovým situacím na zaměstnance ZZS a možnými dopady na jejich psychické zdraví. Teoretická část práce bude zaměřena na teorie spojené s krizí a stresem, zvládání krize a metody pro vyrovnávání se s prožitím krizových situací vyvolávajících stres. Dále zde bude popsáno fungování zdravotnické záchranné služby, specifika této profese z hlediska psychické náročnosti a konkrétní formy psychické podpory pro zaměstnance ZZS.

Ve výzkumné části práce bude prostřednictvím dotazníku zkoumán vliv krizových situací a působení stresu na psychiku zaměstnanců ZZS a dále, zda zaměstnanci ZZS využívají možnosti psychologické podpory a zda mají pocit, že je tato podpora dostatečná. Pro ověření vytýčených hypotéz bude použita kvantitativní dotazníková metoda. Sběr dat pro výzkumnou část práce bude proveden prostřednictvím dotazníkového šetření mezi samotnými zaměstnanci ZZS. V závěru budou výsledky výzkumu diskutovány a budou navržena doporučení pro případné zlepšení psychické podpory zaměstnanců ZZS s možným přesahem i k dalším složkám integrovaného záchranného systému.

Klíčová slova: krizová situace, metody zvládání stresu, posttraumatická péče, stres, syndrom vyhoření, zdravotnická záchranná služba

Human behaviour in crisis situation – selected components of the rescue system

Abstract

The thesis focuses on behaviour of a person in crisis situations based on the example of the medical emergency services (ZZS) employees, who in their profession are regularly exposed to these stress-inducing situations. The thesis considers the psychological aspects and the effect of stress from repeated exposure of ZZS employees to crisis situations and possible impacts on their mental health. The theoretical part of the thesis will focus on theories related to crisis and stress, crisis management and methods for coping with stress-inducing crisis situations. Furthermore, the description of the medical emergency services operations, the nature of this profession in terms of psychological demands and the particular form of psychological support for ZZS employees will also be outlined.

In the research part of the thesis, the questionnaire will examine the impact of crisis situations and the effects of stress on ZZS employees' psyche, as well as whether these employees explore the possibilities of psychological support and whether they feel this support is sufficient. A quantitative questionnaire method will be used to verify the hypotheses. Data collection for the research part of the thesis will be carried out through a questionnaire survey among the ZZS employees themselves. Conclusively, the results of the research will be discussed and recommendations will be proposed for feasible improvement of psychological support for ZZS employees with potential overlap to other components of the integrated rescue system.

Keywords: crisis situation, stress management methods, posttraumatic care, stress, burnout syndrome, medical emergency services

Obsah

1 Úvod	12
2 Cíl práce a metodika	14
2.1 Cíl práce	14
2.2 Metodika.....	16
3 Teoretická východiska	20
3.1 Krize.....	20
3.1.1 Vymezení krize.....	20
3.1.2 Příčiny krize	21
3.1.3 Druhy krizí	22
3.1.3.1 Situační krize	22
3.1.3.2 Tranzitorní krize	23
3.1.3.3 Traumatické krize	23
3.1.3.4 Vývojové krize	23
3.1.3.5 Psychopatologické krize	23
3.1.3.6 Neodkladné krizové stavy	23
3.1.4 Průběh krize.....	23
3.1.5 Faktory ovlivňující průběh krize	25
3.1.6 Krize jako příležitost.....	26
3.2 Pomoc v krizi.....	27
3.2.1 Svépomoc (neformální pomoc v krizi)	27
3.2.1.1 Obranné reakce	27
3.2.1.2 Coping.....	29
3.2.1.3 Efektivní a neefektivní strategie vyrovnávání se s krizí	30
3.2.2 Vzájemná pomoc (neformální pomoc v krizi).....	31
3.2.3 Krizová intervence (formální pomoc v krizi).....	32
3.2.3.1 Etapy krizové intervence.....	33
3.2.3.2 Formy krizové intervence	34
3.3 Stres.....	35
3.3.1 Dělení stresu	36
3.3.1.1 Eustres a distres	36
3.3.1.2 Akutní a chronický stres	37
3.3.1.3 Hypostres a hyperstres	38

3.3.1.4	Stres a výkon.....	38
3.3.2	Stresor.....	39
3.3.3	Stresová reakce	40
3.3.4	Zvládání stresu.....	42
3.3.4.1	Duševní hygiena.....	42
3.3.4.2	Zvládání stresu z hlediska lidských zdrojů.....	43
3.3.5	Posttraumatická stresová porucha.....	44
3.3.6	Syndrom vyhoření.....	45
3.4	Zdravotnická záchranná služba.....	46
3.4.1	Specifika zaměstnání u ZZS z hlediska psychologie	48
3.4.2	Formy psychosociální podpory zaměstnanců ZZS	49
3.4.2.1	Systém psychosociální intervenční služby (SPIS).....	49
3.4.2.2	Critical Incident Stress Management (CISM)	51
3.4.2.3	Peer.....	51
3.4.2.4	Psycholog SPIS.....	52
3.4.2.5	Linka kolegiální podpory pro pracovníky ve zdravotnictví	52
3.4.2.6	Defusing a debriefing	52
4	Výzkumná část práce.....	54
4.1	Úvod k výzkumu	54
4.1.1	Postup při realizaci výzkumu.....	54
4.1.2	Soubor respondentů.....	55
4.2	Testované hypotézy.....	60
4.2.1	Hypotéza č. 1	62
4.2.2	Hypotéza č. 2	63
4.2.3	Hypotéza č. 3	64
4.2.4	Hypotéza č. 4	65
4.2.5	Hypotéza č. 5	66
4.2.6	Hypotéza č. 6	67
4.2.7	Hypotéza č. 7	69
4.3	Interpretace zjištěných dat	70
5	Výsledky a diskuse	78
6	Závěr	83
7	Seznam použitých zdrojů	85
8	Přílohy	92

Seznam obrázků

Obrázek 1 – Eustres a distres.....	37
Obrázek 2 – Výkon pod vlivem různých druhů stresu.....	39
Obrázek 3 – Fáze stresové reakce.....	41
Obrázek 4 – Fáze syndromu vyhoření	46
Obrázek 5 – Schéma systému psychosociální intervenční služby	50

Seznam tabulek

Tabulka 1 – Pojetí stresu	36
Tabulka 2 – Hypotéza č. 1 (pozorované četnosti)	62
Tabulka 3 – Hypotéza č. 1 (očekávané četnosti)	62
Tabulka 4 – Hypotéza č. 2 (pozorované četnosti)	63
Tabulka 5 – Hypotéza č. 2 (očekávané četnosti)	64
Tabulka 6 – Hypotéza č. 3 (pozorované četnosti)	64
Tabulka 7 – Hypotéza č. 3 (očekávané četnosti)	65
Tabulka 8 – Hypotéza č. 4 (pozorované četnosti)	66
Tabulka 9 – Hypotéza č. 4 (očekávané četnosti)	66
Tabulka 10 – Hypotéza č. 5 (pozorované četnosti).....	67
Tabulka 11 – Hypotéza č. 5 (očekávané četnosti)	67
Tabulka 12 – Hypotéza č. 6 (pozorované četnosti).....	68
Tabulka 13 – Hypotéza č. 6 (očekávané četnosti)	68
Tabulka 14 – Hypotéza č. 7 (pozorované četnosti).....	69
Tabulka 15 – Hypotéza č. 7 (očekávané četnosti)	69

Seznam grafů

Graf 1 – Pohlaví.....	55
Graf 2 – Věk	56
Graf 3 - Doba působení u ZZS	57
Graf 4 – Profese	58
Graf 5 – Nejvyšší dosažené vzdělání	59
Graf 6 – Zřizovatel.....	59
Graf 7 – Výjezdová stanoviště respondentů dle krajů	60
Graf 8 – Povědomí o psychosociální podpoře získané v rámci vzdělávání	71
Graf 9 – Využívání jednotlivých forem psychosociální podpory	72
Graf 10 – Využívání nabízené posttraumatické intervenční péče zaměstnanci ZZS	72
Graf 11 – Psychicky nejnáročnější situace při výkonu profese	74
Graf 12 – Vnímání nutnosti péče o psychiku	75
Graf 13 – Vnímání dostatečnosti péče o psychiku	75
Graf 14 – Způsob vyrovnávání se se stresovými situacemi využívané zaměstnanci ZZS...76	
Graf 15 – Možnosti zlepšení péče o psychiku dle zaměstnanců ZZS.....	77

Seznam použitých zkratk

CISM – Critical Incident Stress Management

IZS – integrovaný záchranný systém

LZS – letecká záchranná služba

RLP – rychlá lékařská pomoc

RV – “rendez – vous“

RZP – rychlá zdravotnická pomoc

SPIS – Systém psychosociální intervenční služby

ZOS – zdravotnické operační středisko

ZZS – zdravotnická záchranná služba

1 Úvod

Krizové, stresové a zátěžové situace jsou dnes součástí života každého člověka. V době technického pokroku, době internetu, globalizace a všeobecně se zrychlujícího životního tempa, kdy jsou na lidi kladeny čím tím větší nároky, v době, kdy se celý svět neskutečně rychle mění, vyvíjí a nabízí stále nové a nové možnosti, není divu, že se s různými druhy krizí setkáváme stále častěji. Pokrok lze samozřejmě vnímat pozitivně, přináší lidem komfort a v mnoha směrech jim život ulehčuje, na druhou stranu ho ovšem lze vnímat také velmi negativně s ohledem na psychiku člověka. Ve světě „neomezených možností“ je člověk denně nucen udělat stovky voleb (od banálních, jaké si obleče boty nebo triko, přes možnosti trávení volného času – půjde do kina, divadla, do přírody, do posilovny, na fotbal atd., až po rozhodování na jakou půjde školu nebo jaké si vybere zaměstnání), což u něj může vyvolávat krize a stresovat ho. Mnoha lidem dělá problém přizpůsobit se tempu doby, což u nich opět vede ke krizím. Krize ostatně dle mnoha autorů přichází při pouhém přechodu mezi jednotlivými stádii života. Je proto naprosto přirozené, že se problematika krize, krizových situací a vyrovnávání se s nimi v posledních desetiletích stala středem zájmu mnoha psychologů a autorů z dalších oborů.

Tato diplomová práce je ovšem úzce zaměřena na zaměstnance zdravotnické záchranné služby (ZZS). Tito lidé jsou ve své profesi krizovým a stresovým situacím vystavováni mnohem častěji než drtivá většina ostatních, obzvláště v tomto roce. Základním úkolem zdravotnické záchranné služby je poskytování takzvané přednemocniční neodkladné péče. Již z této definice lze vycítit, že zde jde o rychlost, správnost rozhodování a současně velký tlak a s tím spojený stres. Zaměstnanci zdravotnické záchranné služby se při své práci setkávají s krizovými situacemi a situacemi vyvolávajícími stres téměř denně. Výčet situací, do kterých se dostávají, by byl velmi dlouhý, jako příklad lze uvést dopravní nehody, těžké úrazy, pokusy o sebevraždu, těžká zranění malých dětí a tak dále. Setkávají se denně s lidským neštěstím, a nápor na jejich psychiku je tedy enormní. Při této práci je nutné se rychle a správně rozhodovat a není zde prostor pro chyby. Pokud se chyba stane, může to mít fatální důsledky jak pro člověka, jemuž je poskytována pomoc, tak pro psychiku záchranáře. Každý člověk prožívá zátěž a stres jinak, má jiné způsoby, formy a cesty, jak se s nimi vyrovnat, a zároveň má i jisté hranice, kdy si dokáže poradit sám a kdy již potřebuje pomoc. Tato práce se věnuje

prožívání zátěže, způsobům vyrovnávání se s ní a zároveň státem garantovanými možnostmi psychologické podpory zaměstnanců ZZS.

Pokud se na tuto problematiku podíváme optikou ekonomickou, tedy z pohledu práce s lidskými zdroji, je jistě celospolečensky žádoucí mít fyzicky i psychicky zdravý a práce schopný zdravotnický personál. Lidský kapitál patří mezi nejcennější formy kapitálu a je třeba s ním umět správně pracovat. Z hlediska ZZS se jistě jedná o nutnou důkladnou přípravu na jednotlivé profese v rámci ZZS. Je žádoucí mít vzdělané, kvalifikované a na práci dobře připravené zaměstnance ZZS jak z hlediska medicínského, tak z hlediska psychické odolnosti. Dále je důležité vytvoření podmínek pro výkon těchto profesí a současně i dobře cílená psychologická podpora zaměstnanců.

V současné době je toto téma více než aktuální a je třeba mu věnovat náležitou pozornost. Díky pandemii covidu-19 se psychika záchranářů a obecně všech pracovníků ve zdravotnictví stala veřejně diskutovaným tématem. V médiích se denně objevují zprávy o tom, jaká situace panuje ve zdravotnických zařízeních. Mnoho zdravotníků je na pokraji svých psychických i fyzických sil a jsou vystavováni situacím, kterým nikdy dříve nečelili (například z kapacitních důvodů rozhodovat o tom, komu bude poskytnuta pomoc a komu ne). Je velice pravděpodobné, že s následky pandemie, především těmi psychickými, se budou potýkat ještě velmi dlouho. Autor této práce má k prostředí záchranné služby velmi blízko a z jeho pohledu (samozřejmě velmi omezeného) je právě toto téma v současné situaci důležité daleko více než kdy dřív. Výzkum provedený v této práci by měl přispět k lepšímu pochopení toho, jak psychickou zátěž sami zaměstnanci ZZS vnímají, jak se s ní vyrovnávají, jestli se potýkají s psychickými problémy a zda využívají jim určené možnosti psychologické podpory garantované státem. Výsledkem zpracování teoretické literatury a následné analýzy dotazníkového šetření by mělo být zhodnocení stávající situace právě z tohoto hlediska a případný návrh konkrétních doporučení pro zlepšení do budoucna.

2 Cíl práce a metodika

2.1 Cíl práce

Cílem této diplomové práce je charakterizovat chování člověka v krizových situacích v kontextu výkonu povolání u zdravotnické záchranné služby. Práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část.

V teoretické části budou na základě dostupné literatury podrobně rozebrány krize, stres a specifika práce u zdravotnické záchranné služby. V souvislosti s krizí bude uvedeno její vymezení z hlediska psychologie, dále pak možné příčiny vzniku krize a jednotlivé druhy krizí. Pozornost bude věnována také průběhu krize, faktorům, které průběh ovlivňují, a různým formám pomoci v krizi. V souvislosti se stresem bude opět uvedeno jeho vymezení, dále pak druhy stresu, stresory, tedy co stres obecně spouští a metody zvládnání stresu. Poslední kapitola teoretické části bude věnována specifikům práce u zdravotnické záchranné služby, především z hlediska její psychické náročnosti. Budou zde zároveň uvedeny a podrobněji popsány formy psychosociální podpory pro zaměstnance ZZS.

Výzkumná část práce bude vycházet z dotazníkového šetření, jehož výsledky budou zpracovány metodou induktivní statistiky. Otázky v dotazníku budou zaměřeny především na prožívání a zvládnání psychické zátěže a dále pak na využívání nabízených možností psychosociální podpory ze strany zaměstnanců ZZS.

Hlavním cílem práce je zjistit, zda zaměstnanci ZZS vnímají péči o psychické zdraví při vykonávání svých profesí jako nutnou a stávající psychosociální podporu jako dostatečnou. Výsledky tohoto zjištění jsou důležité z hlediska práce s lidskými zdroji a budou sloužit jako podklady pro případné návrhy doporučení pro zlepšení této péče.

Dílním cílem práce je zjistit, zda své povolání vnímají zaměstnanci ZZS jako psychicky náročné a pokud ano, jakým způsobem se s psychickou zátěží vyrovnávají. Dalším dílním cílem je zjistit, zda se u zaměstnanců objevují v souvislosti s jejich profesí psychické problémy, zda jim při výkonu profese pomáhá psychologická příprava, pokud ji během vzdělávání absolvovali, a zda využívají pro ně určené nástroje psychosociální podpory.

K dosažení cílů byly formulovány následující otázky a na ně navazující hypotézy:

1. Využívají zaměstnanci ZZS při prožití traumatizujícího zážitku Systém psychosociální intervenční služby?

H₀: Prožití silně traumatizujícího zážitku nesouvisí s využíváním Systému psychosociální intervenční služby.

2. Může mít vliv informovanosti o možnostech Systému psychosociální intervenční služby během studia na jeho využívání?

H₀: Využívání Systému psychosociální intervenční služby nesouvisí se získanými informacemi o této možnosti během vzdělávání.

3. Vede u zaměstnanců ZZS prožití traumatizující situace k využívání defusingu?

H₀: Využívání defusingu při práci nesouvisí s prožitím silně traumatizujícího zážitku.

4. Objevuje se u zaměstnanců ZZS v důsledku prožití silně traumatizujícího zážitku posttraumatická porucha?

H₀: Výskyt posttraumatické stresové poruchy u zaměstnanců ZZS nesouvisí s prožitím silně traumatizujícího zážitku.

5. Objevuje se u zaměstnanců ZZS v důsledku pocitu bezmoci při výkonu jejich povolání syndrom vyhoření?

H₀: Výskyt syndromu vyhoření u zaměstnanců ZZS nesouvisí s pocitem bezmoci při výkonu povolání.

6. Souvisí pocit zaměstnanců ZZS, že jsou při své práci pod tlakem, s jejich vnímáním potřeby péče o psychiku?

H₀: Vnímání potřebnosti péče o psychiku nesouvisí s pocitem, že jsou zaměstnanci ZZS při své práci pod tlakem.

7. Souvisí prožití traumatizujícího zážitku v zaměstnání s vnímáním potřeby péče o psychiku zaměstnanců ZZS?

H₀: Vnímání potřebnosti péče o psychiku zaměstnanců ZZS nesouvisí s prožitím silně traumatizujícího zážitku.

2.2 Metodika

Jak již bylo zmíněno výše, diplomová práce bude rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. Teoretická část práce bude zpracována na základě odborné literatury týkající se krize, stresu a práce u zdravotnické záchranné služby. Každé z těchto oblastí bude věnována vždy jedna kapitola. V práci budou použity jak knižní, tak internetové zdroje, včetně článků z odborných časopisů. Literatura bude vyhledávána za pomoci databáze Národní digitální knihovny, on-line knihovny Bookport, databáze Google Scholar a podobně. Teoretická část práce bude sloužit jako teoretický rámec pro část výzkumnou, která z ní bude vycházet.

Výzkumná část práce bude vycházet z dotazníkového šetření. *„Dotazování je jednoduchý způsob získávání dat, který se provádí písemně (dotazníky, internetové dotazníky) nebo ústně (osobně, telefonicky, ve skupinách). Takto je možné získat informace hromadného charakteru od tzv. respondentů, tj. osob náhodně určených k dotazování“* (Sedlačík, Neubauer, Kříž, 2016, str. 20).

Dotazník bude mezi respondenty distribuován elektronicky, prostřednictvím aplikace Microsoft Forms. V rámci výzkumu budou oslovena ředitelství zdravotnické záchranné služby ve všech krajích a vedení Záchrané služby Asociace samaritánů České republiky. Jednotlivá ředitelství budou nejprve telefonicky kontaktována a poté jim bude zaslán unifikovaný email s prosbou o distribuci dotazníku mezi vybrané skupiny zaměstnanců na pozicích lékař, záchranář, řidič a pracovník zdravotnického operačního střediska. Tyto skupiny zaměstnanců byly vybrány na základě toho, že přicházejí do kontaktu s lidmi a jsou přímo konfrontováni s lidským utrpením.

Dotazník, který bude přílohou této práce, bude složen z třiceti tří otázek. Prvních sedm otázek bude sloužit k identifikaci respondentů a k popisu vzorku. Dále

budou následovat otázky zaměřené na psychologickou přípravu během vzdělávání, další část budou tvořit otázky orientované na prožívání psychicky náročných situací a na to, zda prožívání těchto situací vedlo u respondentů k určitým psychickým problémům. Poslední část dotazníku bude zaměřena na využívání a hodnocení dostupné psychosociální podpory poskytované zaměstnancům ZZS.

Dotazník bude tvořen z velké části uzavřenými otázkami. Pro získání doplňujících informací budou použity i dvě otázky otevřené. *„Uzavřené (strukturované) položky se vyznačují tím, že se u nich respondentům předkládá vždy určitý počet předem připravených odpovědí“* (Chráska, 2016, str. 160). *Otevřené (nestrukturované) položky nenavrhuji respondentovi žádné hotové odpovědi. Je u nich určen jen předmět, ke kterému se mají vyjádřit, jinak není respondent zpravidla nijak usměrňován (např. „Co si myslíte o ...?“)* (Chráska, 2016, str. 160).

Získaná data budou vyhodnocena kvantitativní metodou induktivní statistiky, konkrétně testováním hypotéz pomocí chí-kvadrát testu nezávislosti v kontingenční tabulce. *„Při analýze dat získaných ve výzkumu plní statistika zejména dva základní úkoly. Prvním úkolem, kterým se zabývá tzv. popisná (deskriptivní) statistika, je shromážděná data popsat tak, aby poskytovala co možná nejpřesnější, přehlednou a názornou informaci o měřených hromadných jevech. Druhým základním úkolem statistiky je pomáhat při rozhodování, zda mezi sledovanými jevy (proměnnými) je, či není vztah. Tento druhý úkol plní tzv. induktivní statistika“* (Chráska, 2016, str. 17). Indukce je tedy vhodným nástrojem kauzální analýzy, *„pomocí kterého se badatel snaží o příčinné vysvětlení jevů“* (Ferjenčík, 2015, str. 26).

V kontingenční tabulce se jednotky souboru dělí podle dvou kvalitativních znaků, mezi kterými lze sledovat vztahy. Tyto znaky lze označit například jako znak J (nabývající r variant) a znak L (nabývající s variant). Četnosti v kontingenční tabulce se označují n_{ij} , kde první index určuje i-tou variantu znaku J a druhý index určuje j-tou variantu znaku L (Pecáková, 2008).

Chí-kvadrát test nezávislosti v kontingenční tabulce ověřuje, zda *„uspořádání četností v tabulce, představující rozdílná podmíněčná rozdělení a naznačující závislost dvou sledovaných veličin, není od jejich uspořádání v případě nezávislosti pouze náhodně odchýleno“* (Marek, 2007, str. 183). Tím se ověřuje

hypotéza o nezávislosti dvou sledovaných veličin. „Jako testové kritérium použijeme statistiku:

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

kde n'_{ij} jsou četnosti očekávané v případě nezávislosti (hypotetické četnosti),

$$n'_{ij} = np_{i.}p_{.j} = \frac{n_{i.}n_{.j}}{n}$$

Veličina G má při platnosti hypotézy o nezávislosti a při dostatečně velkém počtu pozorování přibližně chí-kvadrát rozdělení s $v = (r-1)(s-1)$ stupni volnosti“ (Marek, 2007, str. 183). Doporučuje se, aby počet polí, v kterých jsou očekávané četnosti menší než 5, bylo maximálně 20 %. Pokud není tato podmínka splněna, je třeba jednotlivé řádky či sloupce slučovat. V případě čtyřpolních tabulek (kde není možné řádky či sloupce slučovat) je třeba pro použití chí-kvadrát testu nezávislosti rozsah výběrového souboru větší než 40 (Pecáková, 2008).

Testované hypotézy mají následující znění:

H_0 : Nulová hypotéza tvrdí, že znaky v kontingenční tabulce na sobě nejsou závislé.

H_1 : Alternativní hypotéza popírá platnost hypotézy nulové a tvrdí, že mezi znaky v kontingenční tabulce závislost existuje.

Hypotéza o nezávislosti se zamítá na hladině významnosti α . Hypotéza se zamítá, „je-li minimální hladina významnosti pro zamítnutí testované hypotézy (P -hodnota testu) nižší než α “ (Marek, 2007, str. 184). Hladinu významnosti lze zvolit libovolně, ovšem čím je α menší, tím je test přísnější a zamítnutí nulové hypotézy je obtížnější. V praxi se nejčastěji užívá hodnota $\alpha = 0,05$ (pětiprocentní hladina významnosti) nebo $\alpha = 0,01$ (jedno procentní hladina významnosti) (Svatošová, Kába, 2018). V této práci bude použita hodnota $\alpha = 0,05$, pětiprocentní hladina významnosti. V případě prokázání závislosti, tedy zamítnutí H_0 , lze měřit sílu závislosti. „Sílu (intenzitu) závislosti dvou kategoriálních proměnných lze hodnotit například Pearsonovým koeficientem kontingence“ (Marek, 2007, str. 185).

Testované hypotézy budou následně interpretovány a na jejich základě, spolu s ostatními daty získanými z dotazníkového šetření, budou v závěru navržena doporučení pro zlepšení stávající situace.

3 Teoretická východiska

3.1 Krize

Jak již bylo zmíněno v úvodu práce, krize a krizové situace jsou něčím, co potkává během života každého člověka a je proto logické, že se zejména v posledních desetiletích stává toto téma středem zájmu mnoha psychologů. Pojem krize nemá jednu určitou všeobecnou definici, různí autoři uvádí různé formulace, všichni se ovšem shodují ve vnímání krize jako něčeho negativního, pro člověka zatěžujícího.

3.1.1 Vymezení krize

V literatuře se můžeme setkat s různými pojetími krize. Caplan (1964), uznávaný odborník na krizovou intervenci, popisuje krizi jako překážku, kterou nelze překonat pomocí obvyklých způsobů řešení. Pokud je jedinec postaven před problém, který nedokáže či nemůže vyřešit, ocitá se v krizi. Svůj pohled na krizi nabízí Thom, který ji definuje takto: „*V krizi je každý subjekt, jehož stav, který se projevuje zdánlivě bezdůvodným oslabením jeho regulativních mechanismů, je tímto subjektem samotným vnímán jako ohrožení vlastní existence*“ (Thom, 1992, str. 24). Další autorkou, která se věnuje problematice krize je Barbara Teater. Ta popisuje krizi jako událost, která představuje pro jedince nesnesitelný problém, jelikož není v jeho silách ji zvládnout (Teater, 2010). Verena Kast (2000, str. 15) uvádí obecnější definici a píše, že „*o krizi hovoříme tehdy, když se člověk ocitne v zatěžující nerovnováze mezi subjektivním významem problému a možnostmi zvládnání, které má k dispozici.*“

Psychologii krize se věnují i čeští autoři. Kupříkladu Vodáčková vymezuje krizi jako „*subjektivně ohrožující situaci, která má velký dynamický náboj a má potenciál změny*“ (Vodáčková, 2000, str. 28). Vymětal (2009) obecně definuje krizi jako situaci, v níž je významným způsobem narušena rovnováha mezi základními charakteristikami systému (poslání, filozofie, hodnoty, cíle, styl fungování systému). Dále uvádí i definici krize psychické. Tu definuje jako „*narušení nebo ztrátu duševní rovnováhy, která nastává, pokud se člověk střetne s překážkou, kterou není schopen vlastními silami zvládnout v přijatelném čase a navykklým způsobem*“ (Vymětal, 2009, str. 15). Dalším českým autorem, který se zkoumání krize věnuje, je Vladimír Kebza. Ten definuje krizi obecně jako výjimečnou, obtížnou, většinou negativně vnímanou situaci. Zároveň ovšem uvádí, že

se může jednat i o rozhodný obrat nebo zvrat v dění, který může být zdrojem pozitivních výsledků (Kebza, 2009). Podobný pohled nabízí ve své knize i Vodáčková, která zmiňuje čínský přístup ke krizi. „*Číňané jsou si plně vědomi hluboké souvislosti mezi krizí a změnou. Pojem, který používají pro slovo krize, „WEI-JI“, je složen ze znaku pro nebezpečí a znaku pro dobrou příležitost.*“ (Fritjof Capra, 1982, in Vodáčková, 2020 str. 31). Toto tvrzení podporuje i Špatenková, když upozorňuje, že krize jsou součástí života každého člověka a neměly by být považovány pouze za něco patologického a nenormálního (Špatenková, 2017). Kebza uvádí i pojetí krize z hlediska psychologie a psychiatrie, kde je krize vnímána jako extrémní psychická zátěž, nebezpečný stav nebo závažná životní událost (Kebza, 2009).

Všechna uvedená pojetí mají několik společných rysů. Krizi spojují s určitou těžko překonatelnou (někdy zdánlivě nepřekonatelnou) překážkou, nepříjemnou situací či problémem, vzbuzujícím v jedinci silně negativní emoce. Krize se ovšem nemusí týkat pouze jedince, v krizi se může ocitnout i rodina, skupina lidí, komunita nebo celý národ (Golan, 1978).

Špatenková (2017) definuje tři základní složky krize. První z nich je spouštěcí událost, druhou složkou je vnímání této události jedincem jako ohrožující nebo nebezpečné. Třetí složkou pak je, když obvyklé způsoby jejího zvládnutí selhávají – pokud tyto způsoby selžou a nepodaří se situaci zvládnout, nastane krize.

3.1.2 Příčiny krize

„*Krize bývají působeny určitými druhy ztráty, změny, volby, zátěže a hrozby*“ (Baštecká, 2005, str. 38). Příčin neboli spouštěčů krize je tedy nespočet a na každého jedince působí jinak. Žádný jedinec nikdy nereaguje na stejnou situaci naprosto stejně jako jedinec jiný. Dokonce ani stejný jedinec by nereagoval na stejnou situaci vždy stejně. Tento fakt zdůrazňuje Vymětal (1995), který uvádí v souvislosti s příčinami krize takzvaný princip dvojí kvantifikace. Ten spočívá v tvrzení, že ke vzniku reakce organismu je zapotřebí, aby došlo k propojení vnitřní vyladěnosti organismu a vnějšího spouštěče.

Spouštěče krize lze tedy dělit do dvou skupin. Thom (1992) označuje tyto spouštěče jako spouštěče vnější a vnitřní. Vodáčková (2020) rozlišuje tři druhy vnějších spouštěčů. Prvním z nich je ztráta objektu. Tímto objektem může být cokoliv. Může se jednat například o smrt blízké osoby, rozchod, zklamání či zradu. Stejně tak může ovšem

jít například o neúspěch u zkoušky, nedostavení se očekávaného povýšení nebo ztrátu hybnosti. Druhou příčinou může být změna. Opět se může jednat o jakoukoliv změnu, například změnu rodinného stavu (rozvod), změnu zdravotního stavu nebo i o změnu z letního času na zimní. Třetí příčinu pak vidí ve volbě mezi dvěma stejnými kvalitami.

Jako vnitřní spouštěče uvádí vývoj a náhradní opatření. Vývojem rozumí nutnost subjektu adaptovat se na svůj vlastní vývoj a z toho pramenící změny. Spouštěčem tak může být neschopnost vyhovět požadavkům vývoje, novým nárokům a zodpovědnosti. Náhradním opatřením se rozumí přijetí časově omezeného opatření za nepříznivých podmínek, aby mohl pokračovat plynulý vývoj subjektu. Krize může nastat ve chvíli, kdy si subjekt začne uvědomovat, že je něco špatně, ale zároveň není schopen udělat konstruktivní krok ke zlepšení nastalé situace (Vodáčková, 2020).

3.1.3 Druhy krizí

Stejně jako u krize neexistuje její jednotná definice, tak ani u druhů krize neexistuje jedno konkrétní dělení. V obecných rysech se autoři více méně shodují, každý ovšem přidává svůj pohled, a tak vnikají drobné odlišnosti. Například Kebza (2009) uvádí jako nejzákladnější dělení krizí na individuální (osobní), skupinové (komunitní), společenské (politické, hospodářské), celosvětové (globální). Dále krize dělí na afektivní (vznikající z hromadění emocí a jejich náhlého vybití), krizi identity (ve věku od dvanácti do dvaceti let, v období zařazování se do nových rolí), vývojové krize (negativně laděné prožitky související s přechodem z jednoho životního stádia do druhého) a krize kumulované (nastávají v případě ustoupení od řešení krize a její prožívání se kumuluje o vzpomínky na dříve prožité krizové situace). V této práci bude ovšem věnována pozornost především typologii krizí B. A. Baldwin (1978), jelikož ji autor práce považuje za nejkomplexnější a pro účely této práce nejvhodnější. Baldwinova typologie zahrnuje šest druhů krize:

3.1.3.1 Situační krize

Situační krize jsou vyvolané především vnějšími podněty (spouštěči) a subjektivním pohledem jedince na daný podnět (Hoskovcová, 2009). Jedná se o problematické situace, které jsou ovšem zpravidla řešitelné vlastními silami. Jako příklad Baldwin uvádí změnu, ztrátu nebo volbu.

3.1.3.2 Tranzitorní krize

Tranzitorní krize lze více či méně předvídat a lze se na ně adaptovat. K tomu Vodáčková (2020, str. 34) uvádí, že tranzitorní krize lze vymezit jako „*předvídatelné procesy růstu a vývoje, které se rozvíjejí v určitém časovém období*“, například v pubertě, adolescenci, klimakteriu.

3.1.3.3 Traumatické krize

Traumatické krize jsou vyvolané silnými, těžko očekávatelnými vnějšími podněty. Nad touto situací nemá jedinec téměř žádnou kontrolu a může se cítit nastalou situací ochromen (Hoskovcová, 2009). Jako příklad uvádí Vodáčková (2020) náhlé úmrtí blízké osoby, znásilnění nebo přírodní katastrofy.

3.1.3.4 Vývojové krize

Vývojové krize plynou z vývoje člověka během života. „*Vývojová krize přichází obvykle tam, kde nemohla zdárným způsobem proběhnout krize tranzitorní, jejíž podstatou je reakce jedince a jeho rodinného systému na přirozené změny či vývojové úkoly*“ (Vodáčková, 2020, str. 36).

3.1.3.5 Psychopatologické krize

Psychopatologické krize se objevují u lidí s duševním onemocněním nebo predispozicemi k němu. Kebza (2009, str. 9) uvádí, že „*předchozí psychopatologický vývoj vyvolává novou samostatnou krizi, nebo řešení krize komplikuje.*“

3.1.3.6 Neodkladné krizové stavy

Při těchto stavech se radikálně zhoršuje celkový zdravotní stav jedince. Vodáčková (2020) sem řadí akutní psychotronické stavy, alkoholové nebo drogové intoxikace, sebevražedné nebo vražedné chování, nekontrolovatelnou zlost či agresi, panickou úzkost, dezorganizované chování nebo stavy spojené s extrémním psychickým vypětím.

3.1.4 Průběh krize

Každá krize je svým způsobem jedinečná a její průběh záleží na mnoha okolnostech, za kterých probíhá (Špatenková, 2017). Průběh krize lze tedy popsat jen

v obecné rovině. Vodáčková (2020, str. 36) uvádí: „*Na vznik, vývoj a řešení krize můžeme pohlížet jako na proces, který netrvá příliš dlouho, ale má zákonitou posloupnost.*“ G.

Caplan (1964) tento proces rozděluje do následujících čtyř fází:

- 1. fáze se u jedince projevuje úzkostí a napětím v reakci na spouštěcí událost. Jedinec vnímá určité ohrožení a snaží se s ním vyrovnat, aktivizuje tedy své adaptační mechanismy nebo hledá jiné osvědčené zdroje pomoci, obvykle u blízkých lidí. Pokud se jedinci podaří s ohrožením vyrovnat, do druhé fáze se nedostane a krize pomine. Pokud ovšem tyto mechanismy selžou, krizový stav se prohlubuje a přechází do druhé fáze.
- 2. fáze vede ke zhoršení stavu jedince, který ztrácí kontrolu nad situací. Cítí se bezmocně a zranitelně, postupně ztrácí kontrolu nad situací a má pocit, že není schopen daný problém překonat. Jedinec o sobě pochybuje a snaží se situaci vyřešit pomocí náhodných a nepromyšlených postupů. Pokud se řešení stále neobjevuje, narůstá pocit úzkosti a nastupuje třetí fáze.
- 3. fáze je fází mobilizace. Neutuchající napětí vede k mobilizaci všech sil jedince a ten se snaží aktivně vyhledat nové způsoby řešení daného problému. V této fázi je jedinec nejpřístupnější pomoci zvenčí. Pokud se jedinci podaří krizi překonat, získá zpět ztracený pocit rovnováhy a může se vrátit do předkrizového stavu. Druhou možností je odmítnutí problému, zde je ovšem riziko, že krize přejde do chronického stavu. Třetí možností je, že se jedinci nepodaří krizi překonat ani odmítnout, ta se dále prohlubuje a nastupuje čtvrtá fáze.
- 4. fáze je vyvrcholením krize. Jedinec je pod extrémním a nesnesitelným napětím, nastalou situaci začíná vnímat zkresleně a stahuje se ze sociálních kontaktů. Tím se u něj dále prohlubuje úzkost, jedinec pocítuje vnitřní chaos a ten vede k panice. Dochází k emocionálním, kognitivním a psychickým změnám a jedinec přestává normálně fungovat. V tomto stavu se mohou projevit různé formy nežádoucího chování, které ohrožují zdraví a život jedince i jeho okolí. Příkladem mohou být přehnaná podrážděnost, agrese, sebevražedné tendence nebo uchýlení se k požívání drog a alkoholu. V této fázi jedinec ztrácí sebekontrolu a není schopen racionálně se

rozhodovat, natož pak řešit nastalou situaci a neúčinnějším zásahem je krizová intervence (Špatenková, 2017).

3.1.5 Faktory ovlivňující průběh krize

Průběh krize je u každého jedince odlišný a jak již bylo zmíněno výše, lze jej popsat jen velmi obecně. Každému pomáhá při vyrovnávání se s krizovou situací něco jiného, lidé jsou různě psychicky odolní, mají různé sociální zázemí a jiné adaptační mechanismy. Všechny tyto proměnné se samozřejmě mění v čase i u konkrétního jedince, takže ani tento jedinec nebude reagovat vždy stejně. Reakci člověka tedy ovlivňuje mnoho faktorů, Špatenková (2017) přikládá největší váhu následujícím:

- věk: je podstatný především z hlediska vývojové etapy člověka, kdy je od něj očekáváno plnění určitých sociálních rolí,
- pohlaví: ženy více dávají najevo své emoce a častěji jsou přístupnější pomoci zvenčí, kdy vyhledávají zdroje pomoci,
- životní situace: sem patří soubor faktorů, který zahrnuje sociální situaci, pracovní situaci, rodinnou situaci apod.,
- zdravotní stav: celkový zdravotní stav jedince (psychický i fyzický), nemocí oslabený člověk je méně odolný i psychicky,
- osobní faktory: sem patří charakter, temperament, emoční stabilita, adaptabilita jedince apod.,
- dřívější nevyřešené krize: prožité krize z minulosti, které přešly do chronické podoby, jelikož se s nimi jedinec nedokázal vyrovnat a nyní oslabují jeho schopnost se vyrovnat s krizemi dalšími,
- spolupůsobící krize: situace, kdy se k primární krizi, která narušuje psychickou, fyzickou i sociální rovnováhu člověka, připojí další sekundární krize, která může primární krizi dále prohlubovat,
- schopnost zvládat krizové situace: tímto se rozumí obranné mechanismy a coping (obranným mechanismům a copingu bude věnována pozornost níže),
- naděje: sem patří především víra ve zdárné vyřešení nastalé situace a schopnost nalézt v krizi nějaký smysl,

- sociální opora: může mít různé formy, například emocionální (dodání odvahy), hodnotící (zpětná vazba k chování jedince), informační (poskytnutí rady nebo informace) nebo instrumentální (materiální podpora).

3.1.6 Krize jako příležitost

Jak bylo zmíněno již výše, krize nemusí být vnímána nutně jenom v negativním smyslu. Je pravdou, že s krizemi jsou spojené těžko řešitelné situace a problémy vyvolávající negativní emoce. Ovšem ve výsledku, pokud se krizi podaří překonat, může přinést i mnoho pozitivního.

Překonáním (zvládnutím) krize je myšleno zpětné získání energie potřebné k fungování v běžném životě, obnovení sociálních vazeb s ostatními lidmi a schopnost opět prožívat radost a uspokojení. Stav, kdy potíže, které krizi provázejí (psychické i somatické), již nejsou stálé nebo nekonečné, ale mohou se čas od času aktivovat (například při výročí události), což je ovšem normální (Špatenková, 2017).

Výše bylo zmíněno čínské pojetí krize a pojem „WEI-JI“ používaný pro slovo krize, který je složen ze znaků pro nebezpečí a zároveň dobrou příležitost (Fritjof Capra, 1982, in Vodáčková, 2020). Obdobný pohled na krizi nabízí více autorů. Mezi nimi například Šrobárová (2016) uvádí, že člověk nacházející se v krizi, který se k problému „postaví čelem“, může z této krize vyjít silnější. Úspěšné zvládnutí krize může vést k jeho rozvoji, získání životních zkušeností a přinést nová poznání. Stejně se ke krizi staví i švýcarská autorka Verena Kast (2010). Podle jejího názoru v sobě každá krize obsahuje možnost zásadní proměny a může být velkou šancí k osobnímu rozvoji. Podstatné ovšem je, jak se jedinec k řešení krize postaví. *„Kladné vyznění krize závisí především na tom, jsme-li schopni vidět krizi jako životní situaci, v níž se odehrává něco, co je pro náš život existenciálně významné, a v níž se o tom rozhoduje, či zda krizi považujeme pouze za obtížný vedlejší produkt života, na který chceme co nejrychleji zapomenout“* (Kast, 2010, str. 13). Kebza (2009) dále doplňuje, že krize může být také příležitostí k žádoucí změně chování a obohacení vlastní identity o nové kompetence, způsoby chování a prožívání ve vztahu k sobě samým i okolnímu světu.

Všichni výše zmínění autoři se shodují, že krize může být velkou příležitostí k osobnímu rozvoji, získání životního nadhledu nebo osvojení si nových postupů řešení

problémů, ale vždy záleží na konkrétním jedinci, jak k řešení krize přistoupí. Pokud se krizi snaží aktivně řešit nebo vyhledat pomoc, může mít krize i pozitivní dopady.

3.2 Pomoc v krizi

Pokud se člověk ocitne v krizi, potřebuje obvykle k jejímu zvládnutí pomoc. Pomoc v krizi lze rozdělit do dvou základních forem – formální a neformální. K neformální pomoci patří především svépomoc a vzájemná pomoc. Termín svépomoc je poměrně jasný – jedinec se snaží pomoci sám sobě. Jak moc bude svépomoc úspěšná, záleží na jedincových zkušenostech a schopnostech. Vzájemnou pomocí je míněna pomoc jedinci v krizi, přicházející z jeho sociálního okolí (Golan, 1978). Formální pomocí se rozumí odborná, institucionalizovaná pomoc často označovaná jako krizová intervence (viz níže).

Neformální pomoc je v životě každého člověka extrémně důležitá a většinu krizí lze překonat právě s ní. Klimpl (1998, str. 55) doslova říká, že „*svépomoc a vzájemná pomoc představují cenné tradiční a zároveň nejobvyklejší způsoby zvládnutí krizových situací.*“ Krizová intervence obvykle nastupuje ve chvíli, kdy již není možné krizi řešit neformálními prostředky.

3.2.1 Svépomoc (neformální pomoc v krizi)

Svépomoc zahrnuje všechny způsoby a postupy, kterými si jedinec sám pomáhá ke zvládnutí krize. V podkapitolách níže budou rozebrány vybrané formy svépomoci popsané v literatuře.

3.2.1.1 Obranné reakce

Obranné reakce neboli obranné mechanismy jsou stabilní dispozice jedince reagovat určitým způsobem na náročné životní situace Špatenková (2011). Kast (2000, str. 21) k obranným mechanismům uvádí, že „*úlohou obranných mechanismů je udržet nepříjemné pocity, afekty, a vjemy v odstupu od vědomí a chránit nás před konflikty.*“

Různé způsoby obranných reakcí vychází ze dvou základních fylogeneticky starých mechanismů, kterými jsou útok a únik. Útokem mohou být například verbální ataky, výhružná gestikulace nebo přímé fyzické napadení. Útok může směřovat proti zdroji ohrožení, proti náhradnímu objektu i proti jedinci samému. Druhou základní obrannou reakcí je únik. Únik je opačnou variantou útoku a vyjadřuje tendenci utéci ze situace, která se zdá být neřešitelná (Vágnerová, 2008). Únik může být faktický (únik z místa), fantazijní

(představy), k alkoholu, drogám, v krajním případě únik ze světa formou sebevraždy (Špatenková, 2011).

Vágnerová (2008) uvádí i další obranné reakce. Tyto reakce dle ní nejsou plně uvědomované a liší se od sebe mírou zkreslení skutečnosti a způsobem, jakým se člověk v důsledku tohoto zkreslení chová. Reakce lze rozlišovat i podle míry účinnosti. Obranné reakce lze rozdělit na zralé, které mohou být nápomocné při vyrovnávání se s krizí (například sublimace) a nezralé, které obvykle k úspěšnému řešení krize nevedou (například projekce, izolace, popření, racionalizace). Mezi obranné reakce, které nejsou plně uvědomované, patří dle Vágnerové (2008) například tyto:

- Popření, které se projevuje tím, že jedinec přijímá jen ty informace, které pro něj nejsou nepříjemné a ohrožující. Neakceptuje skutečnost, která by pro něj byla traumatická. Například může popírat svou chorobu a chová se, jako by byl zdravý.
- Potlačení a vytěsnění, projevující se tendencemi zbavit se pocitů a myšlenek, které jsou pro jedince subjektivně nepříjemné. Vytěsněný obsah se ve vědomí projevuje i nadále, ovšem v zastřené či pozměněné podobě, která nevyvolává tak intenzivní pocit nebezpečí. Vytěšňovány obvykle bývají traumatizující zážitky, například z dětství.
- Vlastní fantazie může také plnit obrannou funkci. Fantazie umožňuje nahradit nesnesitelné zážitky jinými. Jedinec si vytvoří zcela nové zážitky, které jsou pro něj uspokojující, i když nejsou reálné.
- Racionalizace je pokus o zvládnutí situace pomocí jejího zdánlivě logického přehodnocení. Umožňuje vyložit si problémy pro jedince přijatelným způsobem. Tento způsob výkladu není přesný a zcela správný, ale jedinci poskytuje subjektivně uspokojující vysvětlení situace. Například když dítě dostane z testu špatnou známku, vysvětluje si to tím, že ho učitel špatně naučil látku.
- Sublimace spočívá v přetvoření nepříjemného (nedostupného) způsobu uspokojení v jiný, který je přijatelný. Například přetvoření neuspokojené sexuální potřeby v umělecké dílo.

- Regrese znamená únik na vývojově nižší úroveň chování (dospělý se začne chovat jako dítě). Obvykle se projevuje zvýšenou závislostí na svém okolí, potřebou péče a odmítáním samostatnosti.
- Substituce spočívá v nahrazení nedosažitelného uspokojení jiným, které je naopak snadno dostupné. Například sociálně vyčleněný dospívající jedinec, který není akceptován rodinou ani spolužáky, hledá náhradní uspokojení v problematické partě.
- Projekce se často projevuje přisuzováním vlastních chyb ostatním lidem. Jedná se o tendenci promítat své vlastní názory a obavy do jednání jiných lidí.
- Rezignace vyjadřuje bezmoc, pasivitu a apatii. Její obranná funkce spočívá v tom, že bez očekávání nemůže přijít zklamání. Rezignace může být reakcí na dlouhotrvající zátěžovou situaci.

3.2.1.2 Coping

Coping je anglický termín, jenž se běžně používá v originále a nepřekládá se. Američtí autoři Lazarus a Folkmanová (1984) ho popisují jako sociální, kognitivní nebo behaviorální reakce člověka na nastalé situace, které mají směřovat k vyrovnávání se s vnitřním tlakem i tlakem okolí. Špatenková (2011) coping česky označuje jako zvládání náročných životních situací, zároveň ovšem dodává, že bývá popisován i jinak (například zvládání, zvládací strategie, copingové strategie). Venglářová (2011, str. 63) hovoří o coping-strategiích. „*Coping-strategie jsou způsoby vyrovnání se se zátěží. Jejich cílem je zvládnutí vnějších nebo vnitřních tlaků.*“ Kebza (2005) ho v českém jazyce označuje jako zvládání stresu. Doslovné překlady do češtiny se tedy u jednotlivých autorů liší, podstata copingu ovšem zůstává vždy stejná.

Coping je tedy také formou vyrovnávání se se zátěžovými situacemi, ovšem oproti výše uvedeným obranným reakcím, jež nejsou plně uvědomované, je zde jeden velmi zásadní rozdíl. „*Coping, tj. zvládání zátěžové situace, je vědomou volbou určité strategie. Tato volba je závislá na hodnocení dané situace i posouzení vlastních možností*“ (Vágnerová, 2008, str. 57). Coping by měl tedy obsahovat zaměření se na určitý cíl, kterým by mělo být dosažení pozitivní změny a zároveň smíření se s tím, co změnit nelze, při zachování psychické rovnováhy jedince. Tamtéž Vágnerová dále uvádí, že „*smyslem*

copingu je zlepšení celkové bilance, ať už k němu dojde v důsledku změny situace nebo změny postoje, hodnocení a prožívání problémové situace.“ Kebza (2005, str. 120) ke copingu a obranným reakcím uvádí, že *„obránné mechanismy jsou považovány spíše za náhradní neplnohodnotný způsob zvládnutí, neboť v nich nejde o skutečné řešení situace, ale spíše o jeho vykonstruovanou iluzorní náhradu (...), zatímco skutečné strategie zvládnutí směřují ke skutečnému, faktickému řešení stresové situace a bývají realizovány spíše vědomě.“*

V rámci copingu lze vymezit dvě strategie řešení problému. Vágnerová (2008) tyto strategie (přístupy) nazývá jako „coping zaměřený na řešení problému“ a „coping zaměřený na udržení přijatelné subjektivní pohody“. Špatenková (2011) toto označení zjednodušuje a strategie nazývá jako „zaměření na sebe“ a „zaměření na problém“.

Strategie zaměření na sebe vyplývá z představy, že problém je možné řešit, a zároveň, že jedinec je schopný tohoto řešení dosáhnout. Jedinec se tak problému postaví a snaží se ho řešit ať už svépomocí, hledáním faktické pomoci nebo pouhé symbolické pomoci (potvrzení od okolí, že situaci řeší správně).

Strategie zaměření se na problém spočívá v zaměření na uchování psychické rovnováhy a co největší redukci negativních zážitků. Tato strategie vyplývá z představy, že daný problém není v silách jedince řešit a je nutné k němu přistoupit jinak (obvykle se s nastalou situací smířit). Řešením je tedy změna postoje, přijetí reality a nalezení vhodné interpretace. Pokud se jedinec dokáže vzdát toho, co pro něj není dosažitelné, vede to v důsledku k jeho vyrovnání a možnosti zaměření se na jiné uspokojení (Vágnerová, 2008).

„Volba copingové strategie záleží na předcházejících zkušenostech a na subjektivním hodnocení události. Optimální zvládací strategie spočívá v tom, že postižený jedinec odhadne význam kritické události a vezme v úvahu rizika svých činů nebo naopak rizika přerušování aktivity“ (Špatenková, 2011).

3.2.1.3 Efektivní a neefektivní strategie vyrovnávání se s krizí

Každý člověk, který se ocitne v krizi, na ni nějakým způsobem reaguje, mění své chování a nějakým způsobem se s ní vyrovnává. Proces vyrovnávání se s krizovou situací může být více či méně efektivní. Toto téma podrobněji rozpracoval Caplan (1964 in

Kebza, 2009), který shrnul několik charakteristik efektivních a neefektivních strategií při vyrovnávání se s krizovými situacemi.

Jako efektivní strategie označuje Caplan následující postupy:

- aktivní přístup ke světu, hledání informací,
- vyjádření pozitivních i negativních emocí,
- aktivní hledání pomoci u druhých,
- schopnost rozdělit krize na části a postupně je řešit,
- schopnost rozpoznat včas příznaky únavy a dezintegrace a předcházet jim,
- schopnost aktivně se vyrovnávat s emocemi a problémy a akceptovat je,
- ochota měnit sebe sama,
- sebedůvěra, důvěra k druhým a naděje, že krizi je možné překonat.

K neefektivním postupům naopak patří následující:

- odmítání, neschopnost připustit si krizovou situaci, pasivita,
- potlačování emocí, zvláště těch negativních,
- všeobecná dezintegrita osobnosti a dezorganizace činnosti, narušení rytmu,
- neschopnost sebeovládání, výbuchy emocí, rezignace,
- nehledání pomoci u druhých, případně její neakceptování,
- defenziva, pasivita, deprimace, pocit sevření problému a stereotypní neúčelné reagování na ně.

3.2.2 Vzájemná pomoc (neformální pomoc v krizi)

V tomto bodě je vhodné vrátit se k již výše zmíněnému pojmu sociální opory. Sociální opory se jedinci dostává z jeho sociálního okolí, sociálních vazeb. Kebza (2005, str. 151) k sociální opoře uvádí: „*Prostřednictvím sociálních vazeb k druhým osobám, skupinám a širší společnosti je jedinci přístupna sociální opora, tj. jakýsi sociální fond, ze kterého lze čerpat v případě potřeby.*“ Sociální okolí jedince zahrnuje především jeho rodinu, přátele, známé či kolegy. Vzájemná pomoc není pomocí odbornou, ale může být pro jedince při zvládnutí krize velmi důležitá, až klíčová. Významnou roli rodiny a přátel při pomoci člověku v krizi zdůrazňuje také Chmelík (2009, str. 175), který přímo píše, že „*vyjádřením empatie a zájmu o zasaženého člověka je možné ho vytáhnout z jeho izolace a osamění.*“

Mareš (2002) uvádí pět druhů sociální opory. Prvním z nich je opora emocionální, která spočívá v projevení zájmu o daného jedince, možnost svěřit se, ujištění o jeho důležitosti. Dalším druhem je opora instrumentální, zahrnující hmotnou i nehmotnou pomoc. Dále se jedná o podporu informační, jež spočívá v poskytnutí informací nebo rady, případně nasměrování k jiným potřebným zdrojům informací. Čtvrtým druhem je opora poskytovaná sociálním společenstvím, jež v jedinci budí pocit sounáležitosti či začlenění. Posledním druhem je pak opora potvrzením platnosti, která se projevuje zpětnou vazbou k chování jedince.

Vzájemnou pomoc je důležité správně zacílit a zvolit její správnou formu. Pokud je jedinci poskytnuta forma pomoci, která zvyšuje jeho pasivitu a závislost na okolí, je tato pomoc bezúčelná a dokonce škodlivá (Špatenková, 2011). Mezi chyby, kterých by se měl člověk poskytující pomoc vyvarovat, patří také například vnucování pomoci, když ji jedinec odmítá, obviňování či kritizování jedince („Nediv se, můžeš si za to sám.“) nebo neskrývané zděšení („Jsi blázen?“). Další velkou chybou je například posuzování jedince (nebo nastalé situace) dle vlastních měřítek a zlehčování jeho pocitů (Chmelík, 2009).

3.2.3 Krizová intervence (formální pomoc v krizi)

Krizovou intervenci lze označit jako „zásah v krizi“. Tímto zásahem se rozumí využívání technik a strategií při pomáhání jedinci, který se ocitl v krizi (Baštecká, 2005). „*Tradiční model krizové intervence je založený na poskytnutí emocionální podpory a pocitu bezpečí, na pomoci s konkrétními záležitostmi a na redukci úzkosti a strachu osoby v krizi díky podpoře, pomoci a péči, které se jí dostává v době, kdy není schopna vlastního jednání a rozhodování*“ Špatenková (2017, str. 45). Blíže pak specifikuje krizovou intervenci jako „*časově omezený, ale intenzivní zásah v krizi (...), jehož cílem není vyřešit situaci jedince, ale stabilizovat ho, podpořit jeho kompetence krizi řešit a případně ho nasměrovat k dalším účinným zdrojům pomoci*“ (Špatenková, 2017, str. 14). Krizová intervence tedy není určena k tomu, aby krizi vyřešila, ale pokud správně zafunguje, může pozitivně ovlivnit průběh krize a její následné dopady. Zdánlivě se tedy může jevit, že krizová intervence má značné limity, ale ve výsledku může být velice efektivní a může sloužit jako jakýsi „odrazový můstek“ při řešení krize. V případě potřeby mohou na krizovou intervenci navazovat další formy pomoci jako například poradenství nebo terapie (Špatenková, 2017).

Vymětal (2009, str. 16) definuje krizovou intervenci obdobně: „*Krizová intervence je specializovaná okamžitá pomoc lidem, kteří se ocitli v krizi. Jejím cílem je vrátit jedinci psychickou rovnováhu, která byla narušena kritickou životní událostí,*“ a dále ji specifikuje. Označuje ji jako komplexní, prakticky zaměřenou pomoc, která může mít různé formy. Může se jednat o pomoc psychologickou, která se zaměřuje na problém, který krizi vyvolal, dále se může jednat o pomoc lékařskou (psychiatrickou intervenci, medikaci, hospitalizaci), pomoc sociální nebo právní (Vymětal, 2009).

Vodáčková (2020) krizovou intervenci popisuje jako odbornou metodu práce s jedincem, který prožívá situaci, již sám vnímá jako zátěžovou nebo ohrožující. Má mu pomoci zpřehlednit a strukturovat jeho prožívání a zastavit kontraproduktivní tendence v jeho chování. Dále uvádí, že krizová intervence s sebou může přinést účinek pozitivní změny. Tím je myšleno, že jedinec dokáže integrovat prožitek z vyřešené krize do svého života, dokáže v prožité krizi najít nějaký smysl a vnímat ji ne pouze negativně, ale i jako příležitost.

3.2.3.1 Etapy krizové intervence

Krizová intervence je určitý proces, který má směřovat od zahájení k ukončení a dá se dělit na etapy. Různí autoři uvádí různé množství etap a také je různě popisují. Pro zjednodušení bude popsán model, obsahující tři základní etapy dle Špatenkové (2004). Těmito etapami jsou zahájení, realizace a ukončení krizové intervence. Celý proces lze obecně časově ohraničit do šesti až deseti pravidelných setkání minimálně jednou za týden, v případě krátkodobé hospitalizace do šesti až deseti dní (Špatenková, 2004).

První etapou je zahájení krizové intervence, kde musí dojít k navázání kontaktu mezi krizovým interventem a klientem. Tento bod je pro celý proces zcela zásadní, klient musí mít pocit bezpečí a musí interventovi důvěřovat. Ve chvíli, kdy se podaří interventovi navázat s klientem kontakt a zajistit pocit bezpečí, začne zjišťovat, co se klientovi stalo a co v této situaci vnímá jako problém. Klient v krizi ovšem nemusí být schopen problém definovat, a intervent ho tak musí k identifikaci problému cílenými otázkami navést. Než přejde intervence do druhé etapy, je nutné, aby intervent i klient měli jasno v tom, jaký problém spolu budou řešit (Špatenková, 2011).

Druhou etapou je realizace krizové intervence, kde je důležité především získání relevantních informací. Intervent by měl „zmapovat“ co, kdy, kde a jak krizi vyvolalo.

Dále se intervent zaměřuje na dobu trvání krize, vnímání krize samotným klientem a na to, jak ho krize ovlivňuje. V této etapě rovněž vzniká plán, jak krizi řešit. V tomto bodě je rovněž zásadní zaměřit se na možnosti sociální opory daného klienta. Sociální oporou jsou míněny osoby, které jsou schopny a ochotny mu poskytnout pomoc (především rodina a přátelé) a instituce, jejichž úkolem je poskytovat pomoc osobám v krizi (např. intervenční centra, linky důvěry, krizová centra). Již v této etapě se klientovi pomalu vrací schopnost se samostatně rozhodovat, dochází k jeho stabilizaci a získání nadhledu nad situací, čímž se blíží ke třetí, konečné etapě (Špatenková, 2011).

Třetí etapou je ukončení krizové intervence. V této etapě je již klient stabilizován, uvědomuje si, co ke krizi vedlo, je schopen ji překonat a je schopen ji vnímat s nadhledem. Hlavním cílem krizové intervence má být oživení naděje, že každá krize se dá překonat.

Mezi zásadní aktivity charakteristické pro proces krizové intervence tedy patří poskytnutí bezpečí, emocionální opora, podpora ventilace emocí, dodávání naděje klientovi a jeho vedení v řešení krize. Dále sem náleží konfrontování klienta s realitou, identifikace klíčového problému, zhodnocení jeho copingových strategií a obranných mechanismů a s tím související využití efektivních adaptačních mechanismů klienta, mobilizace zdrojů pomoci a vytvoření plánu pomoci (Špatenková, 2011).

3.2.3.2 Formy krizové intervence

Špatenková (2017) uvádí dvě základní formy krizové intervence, kterými jsou prezenční a distanční forma pomoci.

Prezenční pomoc spočívá v osobní přítomnosti aktérů krizové intervence, tedy klienta a krizového intervenanta. Vodáčková (2020) tuto formu označuje jako intervenci „tváří v tvář,“ což je ještě výstižnější. Prezenční pomoc zahrnuje terénní služby, ambulantní pomoc a pobytové (lůžkové) služby (Baštecká, 2005). Terénní služby spočívají v přenesení krizové intervence (krizového intervenanta) na místo, kde se nachází osoba v krizi (klient), typicky na místo, kde došlo k neštěstí nebo přírodní katastrofě. Ambulantní pomoc spočívá v poskytování pomoci klientům, kteří se dostaví do instituce k tomu určené (ambulance, poradny). Pobytové služby spočívají v krátkodobém umístění klienta na takzvané krizové lůžko v zařízení k tomu určeném (nejlépe v krizovém centru). Tato forma pomoci umožňuje intenzivní koncentraci na řešení a využití široké škály zdrojů pomoci (Špatenková 2017). Institucemi poskytujícími prezenční pomoc jsou například krizová

centra, určená lidem nacházejícím se v tíživé životní situaci. Tato centra mohou navštívit dospělí, mladiství i děti (Chmelík, 2009).

Distanční pomoc spočívá v pomoci „na dálku“, kdy je intervent prostorově vzdálen od klienta a zahrnuje především telefonickou a internetovou pomoc. Telefonickou pomoc obvykle zajišťují linky důvěry. Linky důvěry mohou být určeny obecně pro všechny lidi nebo mohou být specializovány na určité skupiny lidí. Jako příklady specializovaných linek lze uvést například Linku důvěry pro děti a mládež nebo Linku kolegiální podpory pro pracovníky ve zdravotnictví (Špatenková, 2017). Internetová (neboli online) pomoc funguje prostřednictvím internetu a představuje značný potenciál pro rozvoj krizové intervence. Počet uživatelů internetu neustále roste, takže se do budoucna dá očekávat stoupající zájem o tuto formu pomoci (Chmelík, 2009).

3.3 Stres

„Stres je slovo odvozeno z latinského stringere, znamenajícího těžce táhnout“ (Arnold, 2007, str. 382). Termín stres se původně užíval v technice a průmyslu. Byla jím označována fyzikální síla působící na materiál. Později tento pojem přenesl do biologie Hans Selye, kanadský lékař s maďarskými kořeny, který jím označil nespecifické změny biologického systému vyvolávané různými vlivy (například infekcí, intoxikací, chladem, hladem nebo fyzickou námahou) (Venglářová, 2011). Toto pojetí bylo dále rozvíjeno a stalo se středem zájmu mnoha psychologů. V dnešní době je stres velice frekventované, až „moderní“ slovo a lidé jím označují v podstatě jakoukoli zátěž nebo jakýkoli požadavek, kterému je třeba vyhovět (Kebza, 2005). Tento fakt zmiňuje mnoho autorů, například Vinay (2007) uvádí, že termín stres je používán jak ve významu působící události (stresoru), tak ve smyslu odpovědi na tuto událost (stresové reakce). Arnold (2007, str. 382) obdobně jako Vinay zmiňuje dva koncepty stresu. První z nich definuje stres jako vnější podnět a druhý jako *„odezvu osoby na vyrušení.“* Nakonečný (1998) píše, že stres je vnímaný jako vnější situace, jíž se lze velmi těžko přizpůsobit (nadměrně silný, psychiku značně zatěžující podnět) nebo jako vnitřní psychofyzilogický důsledek této situace. Tyto dva koncepty stresu zmiňuje také Pasquali (1998, str. 232), která přímo píše, že *„termín nespecifický, jak jej používá Selye, umožňuje odlišit podnět od odpovědi. Reakce těla se nazývá stres, zatímco nároky na tělo, které stres způsobují, jsou stresory.“* Krivohlavý (2003, str. 170) uvádí náležitosti podstatné pro definici stresové situace. *„Pro definici*

stresové situace je podstatný poměr mezi mírou (intenzitou, velikostí, tlakem, apod.) stresogenní situace (stresoru či stresorů) a „silou“ (schopnostmi, možnostmi, apod.) danou situaci zvládnout. O stresové situaci (stresu) lze hovořit v případě, kdy míra intenzity stresogenní situace je vyšší než schopnost či možnost daného člověka tuto situaci zvládnout.“ Mareš (2012) uvádí tři teoretické přístupy k vysvětlení stresu. Tyto přístupy jsou pro přehlednost uvedeny v tabulce č. 1.

Tabulka 1 - Pojetí stresu

Vědecký názor a jeho představitelé	Pojetí stresu v dané teorii
stres jako reakce organismu (Selye, 1956)	Stres je nespecifická reakce na jakýkoli škodlivý stimul. Fyziologická reakce na škodlivý stimul je vždy stejná (všeobecný adaptační syndrom)
stres jako podnět (Holmes, Rahe, 1967)	Výraz "stres" je zde synonymem pro "životní událost". Tato životní událost je "stres", který vyžaduje adaptační úsilí.
stres jako transakce (Lazarus, Folkmanová, 1984)	Výraz "stres" je zde souhrnným označením pro komplexní sérii nejméně čtyř subjektivní jevů: - kognitivního hodnocení (hodnocení situace jako hrozby nebo výzvy), - stresových emocí, - zvládacích strategií, - přehodnocení. Jedinec prožívá stres, když požadavky dané situace výrazně zatěžují nebo přesahují zdroje daného jedince.

zdroj: vlastní zpracování na základě Mareš (2012, str. 21)

3.3.1 Dělení stresu

Stres lze dělit dle několika různých kritérií. Na stres je možné nahlížet z hlediska pozitivního nebo negativního působení na člověka (eustres a distres), dále z hlediska časového (akutní a chronický stres) nebo z hlediska intenzity působení na jedince (hyperstres a hypostres). Zajímavé je také zmínit, jaký vliv mají jednotlivé druhy stresu na výkon jedince.

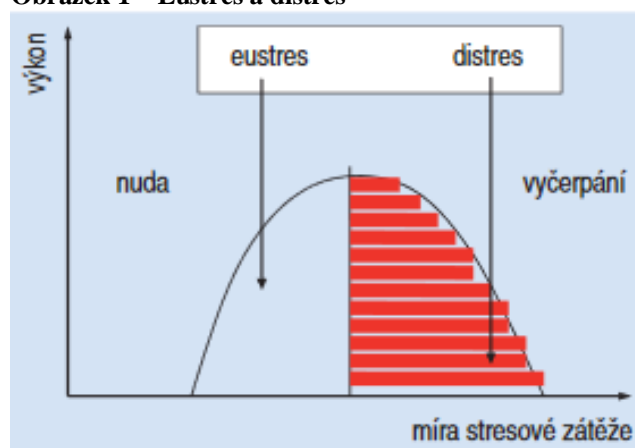
3.3.1.1 Eustres a distres

„Dobry“ stres od „špatného“ rozlišil jako první Hans Selye. Jako „škodlivý stres“ (dnes distres) uvádí Selye ten, který může vést k pocitům bezmoci, frustrace či zklamání a může poškozovat fyziologické funkce těla i psychiku. Ostatní typy stresu jsou dle něj prospěšné a do jisté míry žádoucí, jelikož u jedince povzbuzují pocit úspěchu, uspokojení a

naplnění. Dobrý stres pomáhá nalézt smysl života, vnitřní vyrovnanost a přispívá ke zlepšení zdravotního stavu. Tento druh stresu označuje Selye jako „prospěšný stres“ (dnes eustres). Selye zároveň dodává, že to, jestli se jedná o škodlivý nebo prospěšný stres nezávisí tolik na jeho povaze či intenzitě, ale spíše na reakci jedince. Jako příklad udává let letadlem – někdo při letu cítí příjemné vzrušení a někdo naopak silné vyděšení (Boenisch, Haneyová, 1998).

„Všeobecně přijímaný názor je, že optimální hladina stresu působí jako tvůrčí a motivační síla, která vede lidi k dosahování neuvěřitelných výkonů a cílů (eustres). Naproti tomu chronický traumatický stres (distres) je potenciálně neobyčejně destruktivní, poškozují psychické zdraví a může ohrozit samotný život“ (Večeřová-Procházková, Honzák, 2008, str. 189). Působení eustresu a distresu zachycuje obrázek č. 1.

Obrázek 1 – Eustres a distres



zdroj: Večeřová-Procházková, Honzák, 2008, str. 189

3.3.1.2 Akutní a chronický stres

„Z psychologického hlediska je hlavní charakteristikou akutního stresu to, co nazýváme termínem „výzva“ (challenge)“ (Křivohlavý, 2003, str. 54). Touto výzvou může být například překonání rekordu pro sportovce, úspěšné absolvování koncertu pro hudebníka nebo záchrana života pacienta pro záchranáře (Křivohlavý, 2003).

„K chronickému stresu dochází tam, kde není možno situaci vyřešit a kde není možné dostat ho pod kontrolu, zvládnout ho a zvítězit“ (Křivohlavý, 2003, str. 54). Tento stres trvá delší dobu a je vyvoláván řadou mikrostressorů nebo životních událostí. Mikrostressory jsou každodenní drobné problémy, starosti a těžkosti. Životními událostmi mohou být například rozvod, vězení nebo ztráta práce (Křivohlavý, 2003).

Rozdíl mezi akutním a chronickým stresem spočívá také ve výsledném vlivu na organismus. Jednorázový, akutní stres, který jedinec aktivně řeší s pozitivním výsledkem a následným odpočinkem, nepředstavuje ve většině případů riziko pro zdraví. Tento druh stresu může mít i posilující vliv, jelikož vede k větší míře odolnosti vůči stresu a osvojení si nových způsobů reagování na problém. Chronický stres, který na jedince působí dlouhodobě a není v silách jedince ho zvládnout, je rizikem vždy. Škodlivý účinek tohoto stresu se poté může projevit ve slabém místě organismu (Kebza, 2005).

3.3.1.3 Hypostres a hyperstres

Kebza (2005, str. 111) pojímá toto dělení jako rozlišení mezi zátěží a stresem. Píše, že „v literatuře se někdy užívá rozlišení mezi takzvaným hypostresem a hyperstresem, což je jiný způsob vyjádření rozdílu mezi zátěží a stresem.“ Dále zmiňuje, že většina autorů odlišuje zátěž (hypostres) od stresu (hyperstres), jelikož každý z těchto pojmů vyjadřuje jiný obsah.

K hypostresu Kebza (2005, str. 108) uvádí, že se jedná o „zátěž ve smyslu takové úrovně požadavků kladených na organismus, již je schopen dostát, je považována za stimulující faktor, bez jehož působení by organismus stagnoval ve vývoji a v soutěži s ostatními organismy by neobstál.“ Tyto stimulující faktory jsou tedy žádoucí.

Jako hyperstres, lze označit situaci, kdy se míra zátěže stává nadlimitní. Křivohlavý (2003, str. 171) hovoří o stresové situaci (stresu) v případě, že „míra intenzity stresogenní situace je vyšší než schopnost či možnost daného člověka tuto situaci zvládnout. Obecně jde o takzvanou nadlimitní – nadhraniční zátěž.“ Tato nadlimitní zátěž poté vede k vnitřnímu napětí a ke kritickému narušení rovnováhy organismu. Nadlimitní zátěží je myšlena celá stresogenní situace. Tuto situaci může vyvolávat jeden i více současně působících stresorů (Křivohlavý, 2003).

3.3.1.4 Stres a výkon

V tomto případě se nejedná přímo o dělení stresu, ovšem dle názoru autora je s ohledem na téma práce vhodné zmínit i vztah stresu (respektive různých forem stresu) na výkon. Při zásazích zdravotnické záchranné služby je podání soustředěného a kvalitního výkonu zcela zásadní. Výkon pod vlivem stresu velmi dobře ilustruje následující schéma (obrázek č. 2).

Obrázek 2 - Výkon pod vlivem různých druhů stresu



zdroj: Mareš (2012, str. 114)

Obecný (krátce trvajících) stres jedince aktivuje a jeho výkon se zvyšuje. Oproti tomu kumulativní (dlouho trvajících, chronický) stres výkon jedince postupně snižuje. V případě, že se u člověka objeví posttraumatická stresová porucha, která bude popsána níže, se výkon jedince snižuje velmi výrazně a může dojít až k úplnému vyčerpání. V případě ocitnutí se v krizové situaci je výkon jedince obvykle velmi kolísavý a rychle osciluje, jak je vidět na obrázku výše (Mareš, 2012).

3.3.2 Stresor

Křivohlavý (2003, str. 170) označuje jako stresory „jednotlivé nepříznivé vlivy (tlaky), které mohou vést k tíživé osobní situaci člověka.“ Jedná se o negativní životní faktory, které člověka zatěžují, a pokud je tato zátěž nepřiměřená, vyvolává stres. Stresory navozují pocit ohrožení a strachu nebo pocit ztráty sebekontroly a fungují jako spouštěče stresových reakcí (Venglářová, 2011). Stresorem mohou být různé životní události (nemusí se jednat o velké události, může se jednat i o drobné nesnáze a konflikty), ale také vnitřní vzpomínky (Večeřová-Procházková, Honzák, 2008). Stresorů (spouštěčů) je nepřehledné množství a každý člověk může mít tyto spouštěče jiné. Každý člověk má také jiné genetické predispozice a reaguje na působení stresorů jinak. Někdo je jimi více zranitelný a někdo méně (Cotton, 1990). Přesto lze stresory rozdělit alespoň do základních kategorií dle jejich povahy. Venglářová (2011) uvádí dělení z časového hlediska na krátkodobé stresory (například záchrana života pacienta) a dlouhodobé stresory (například bolest u dlouhodobě nemocných). Vymětal (2009, str. 113) uvádí následující dělení:

- tělesné stresory (hlad, žízeň, bolest, námaha, atd.),
- emocionální stresory (obavy, strach, úlek, nejistota, zloba, atd.),
- kognitivní stresory (negativní myšlenky, starosti, očekávání, postoje, atd.),
- fyzikální stresory (hluk, oslnění, tma, chlad, horko, vlhko, tlak, atd.),
- bio-chemické stresory (kofein, nikotin, alkohol, nedostatek kyslíku, atd.),
- komplexní stresory (konfliktní situace, časový nátlak, dopravní zácpa, pracovní požadavky, změna povolání, odloučení, nemoc, kritika, atd.).

3.3.3 Stresová reakce

Stresová reakce je určitý proces, který lze rozčlenit do tří fází. V rámci těchto fází dochází k postupnému zvládnání stresové situace (Vágnerová, 2008). Fyziolog H. Selye (1978) popsal obecnou formu reakce na setrvávající stres, kterou nazval všeobecný adaptační syndrom (General Adaptation Syndrome - GAS), a rozdělil ji na tři fáze:

- 1. fáze – poplachová reakce (aktivace nervového systému, zvýšená koncentrace noradrenalinu, adrenalinu, kortikosteroidů a dalších látek, které souvisejí s obrannou reakcí organismu),
- 2. fáze – fáze rezistence (zvýšení výměny cukru, ale i další aktivující a inhibující procesy, jejichž funkcí je vyrovnávání se se stresovou situací),
- 3. fáze – fáze vyčerpání (jestliže se nepodařilo stresovou situaci zvládnout, dochází ke zhroucení obranných schopností organismu a možná je jen krátkodobá mobilizace energie).

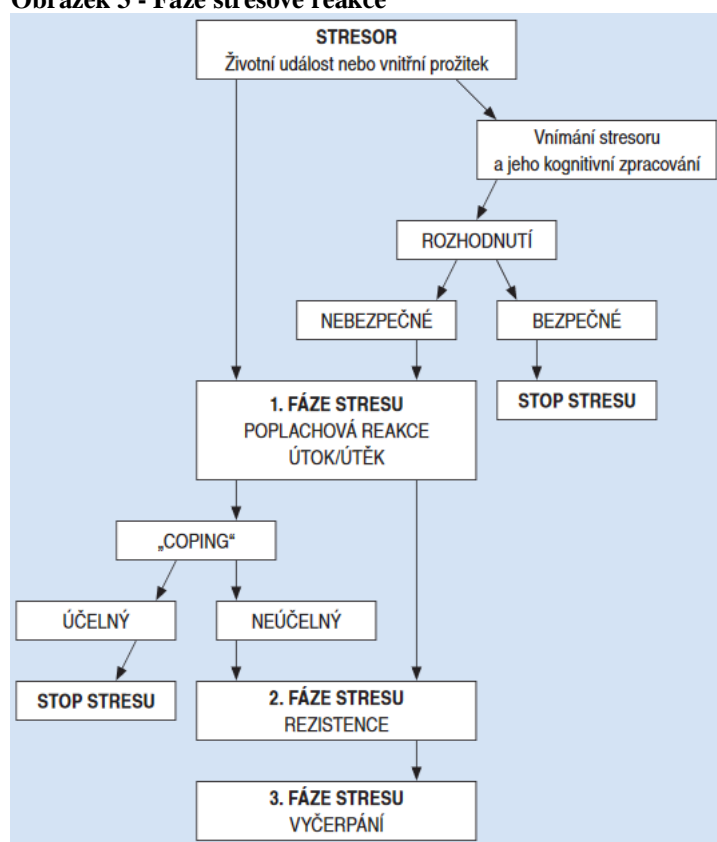
Vágnerová (2008) tyto fáze dále podrobněji rozvádí. V první fázi dochází k aktivaci fyziologických i psychických obranných reakcí a uvědomění si zátěže. První reakce je zahájena reflexně, což znamená, že funguje automaticky. Z fyziologického hlediska dochází k zvýšení krevního tlaku a zrychlování srdeční funkce. Následně se začnou vyplavovat hormony hypofýzy a nadledvin a organismus aktivuje energetické zdroje (začne získávat energii z cukrů a bílkovin a tuků). Celý tento proces má vést k aktivaci energie nutné pro zvládnání zátěže. Současně dochází v první fázi také k psychické reakci. Jedinec vnímá situaci jako stresující na základě vyvolaných negativních pocitů. Způsob vnímání dané situace vždy závisí na zkušenostech jedince, jeho schopnostech, aktuálním stavu a sociální podpoře, které se mu dostává. Prožitek stresu je spojen se změnou emočního prožívání (úzkost, hněv, vztek) a změnou kognitivních funkcí

(způsob uvažování, zpracovávání informací, zhoršení koncentrace). V této fázi se rovněž aktivizují psychické obranné reakce, jejichž smyslem je zachování (znovuzískání) psychické rovnováhy jedince. Mimo těchto nevědomých obranných reakcí může k dosažení rovnováhy velmi výrazně přispět také coping, který je na rozdíl od obranných reakcí vědomou volbou strategie pro zvládnutí situace (Vágnerová, 2008).

Druhou fázi popisuje Vágnerová jako hledání účelných strategií, které by mohly vést ke zvládnutí stresu, případně jeho zmírnění. V této fázi je klíčové, jestli si daný jedinec uchová pocit kontroly nad situací. Pokud zátěž zvládne, jeho psychické i fyziologické funkce se vrátí do normálu. Pokud se ovšem jedinci dlouhodobě nedaří zátěž zvládnout, nastoupí třetí fáze.

Tuto fázi Vágnerová označuje jako rozvoj stresem podmíněných poruch. Pokud se takové poruchy objeví, lze je chápat jako projev selhání obranných reakcí. Zde se již nejedná o akutní potíže, ale o mnohem závažnější problémy trvalejšího rázu. Fáze stresové reakce znázorňuje obrázek č. 3.

Obrázek 3 - Fáze stresové reakce



zdroj: Večeřová-Procházková, Honzák, 2008, str. 188

3.3.4 Zvládání stresu

Cotton (1990) popisuje zvládání stresu jako proces, kde je nutné nejprve identifikovat a analyzovat problém, který stres vyvolává, a následně s ním pracovat. Umění zvládat stres je v životě člověka velice důležité. Pasquali (1989) píše, že na schopnosti přizpůsobit se stresu z velké části závisí psychické zdraví člověka. Odolnost vůči stresu a zátěži lze posilovat. Již samotné zvládnutí jedné zátěže může pomoci ke zvládnutí další, jak uvádí Baštecká (2005, str. 82): „*Zvládat se člověk učí zvládáním. Každá zátěž, kterou projde, ho vybaví informacemi o tom, jaká strategie uspěla a co lze použít pro příště.*“ Existují krátkodobé strategie zvládání stresu, zaměřující se na okamžité snížení stresové reakce organismu jedince a dlouhodobé strategie související s celkovým životním stylem. Mezi krátkodobé strategie patří například práce s dechem, pohyb, vnitřní monolog nebo zaměření pozornosti na jinou činnost. Dlouhodobé strategie mají vést ke snížení úrovně zátěže pomocí dodržování správné životosprávy, plánováním času, analyzováním a řešením problémů, věnováním se zálibám a koníčkům, věnováním se pohybovým aktivitám nebo pěstováním mezilidských vztahů (Vymětal, 2009). Mezi metody zvládání stresu patří také coping, popsany v kapitole o krizi.

V souvislosti se zvládáním stresu je také vhodné zmínit salutory, které jsou opakem stresorů. Jedná se o faktory, které v těžkých situacích člověka posilují, povzbudují ho a dodávají mu sílu a odvalu v zápasu se stresory. Příkladem salutoru je například pochvala či uznání od okolí, vnímání vlastní činnosti jako smysluplné nebo přesvědčení o hodnotě toho, co jedinec dělá (Křivohlavý, 2003).

3.3.4.1 Duševní hygiena

Duševní hygiena je důležitou složkou péče o psychické zdraví. „*Duševní hygienu lze definovat jako soubor zásad a technik, které při dodržování přispívají k redukci důsledků působení stresorů, pomáhají připravit se na náročné životní situace, zvyšovat odolnost vůči nim, eventuálně těmto situacím předcházet*“ (Švamberk Šauerová, 2018, str. 228). Pro dobré duševní zdraví jedince je důležité mít vnitřní harmonii, žít v harmonických vztazích a být schopen a připraven realisticky řešit nastalé problémy. Duševní hygiena (psychohygiena) se vztahuje například k otázkám bydlení, výživy, životního prostředí, pohybu, uspokojování sociálních potřeb a tak dále (Vymětal, 2009). Mezi základní techniky duševní hygieny patří dle Švamberk Šauerové (2018):

- fyziologické postupy (sport, umělecká tvorba, učení se z prožitků, atd.),
- dechové techniky (dechové meditace, krátké střídavé dýchání nosem, atd.),
- odstup od situace (rozptýlení se aktivitami, které jedince baví),
- sociální kontakty (s rodinou, přáteli kolegy).

Jednotlivých technik je obrovské množství, mohou se různě propojovat a doplňovat, ovšem na jejich podrobnější popis není pro podstatu a zaměření této práce zásadní.

3.3.4.2 Zvládání stresu z hlediska lidských zdrojů

Lidský kapitál je jednou ze základních forem kapitálu, který pro své fungování potřebuje každá organizace. Tento kapitál umožňuje organizaci přežít z dlouhodobého hlediska. Jedná se o soubor intelektu, zkušeností a dovedností, který formuje organizaci a její charakter. Lidé v organizaci jsou tou složkou v organizaci, která je schopna učit se, inovovat a kreativně myslet (Armstrong, 2002). „Zdravá“ organizace dbá na vytváření a udržování zdravého, co nejméně stresového prostředí a cíleně se snaží zamezit následkům dlouhodobě působícího stresu (Arnold, 2007).

Armstrong uvádí čtyři hlavní důvody, proč by se organizace měly stresem (a především zvládání stresu) u svých zaměstnanců zabývat. Prvním z nich je obecný důvod, že organizace by se měly chovat společensky odpovědným způsobem a měly by se snažit zajistit kvalitní pracovní prostředí. Jako druhý důvod uvádí, že nadměra stresu vede k onemocnění a mít nemocné zaměstnance není pro organizaci žádoucí. Třetím důvodem je, že výsledkem stresu může být neschopnost zvládat pracovní úkoly, to ovšem může vést k dalšímu stresu. Posledním důvodem je, že nadměrný stres může snižovat výkon organizace v důsledku snížení efektivity zaměstnanců (Armstrong, 2002). Z výše uvedeného je tedy zřejmé, že se stresem zaměstnanců by měly organizace cíleně pracovat.

Vymětal (2009, str. 118) uvádí pravidla pro předcházení psychických obtíží u zaměstnanců, kteří jsou ve své profesi vystavováni nadlimitní zátěži:

- práce na směny a dodržování času na odpočinek mezi nimi,
- vyhradit čas a prostředky na rozhovor s vlastní rodinou, kolegy atd.,
- jasné vedení,
- pravidelná příprava a trénink,
- vyjádření uznání od okolí po zásahu,

- volno po dokončení úkolu pro opětovné načerpání sil,
- debriefing nebo jiné formalizované zakončovací příležitosti pro ventilování zážitků a emocí.

Arnold (2007) uvádí, že pokud nemůže být podnět vyvolávající stres odstraněn nebo změněn, je třeba nalézt způsob, jak se s ním vyrovnat, k čemuž mohou sloužit právě výše zmíněná pravidla. Zaměstnání u ZZS je nepochybně profesí, v níž je jedinec nadlimitní zátěži a podnětům vyvolávajícím stres vystavován, proto je možné tato pravidla vztáhnout i k němu.

3.3.5 Posttraumatická stresová porucha

„Posttraumatická stresová porucha je prodlouženou nebo oddálenou reakcí, respektive projevem nedostatečného zpracování závažné traumatické zkušenosti, která se projevuje přetrváváním psychických i somatických potíží“ (Vágnerová, 2008, str. 431). Mareš (2012) k této poruše dále uvádí, že se u jedince projevuje znovuožíváním traumatu v neobvyklých vzpomínkách a dostávají se u něj pocity emoční otupělosti. Jedinec trpící touto poruchou se obvykle straní lidí, je netečný, zažívá pocity úzkosti, depresivní stavy a mohou se u něj vyskytnout i suicidální myšlenky. Šrobárová (2013) zdůrazňuje, že záchranáři jsou ve své práci opakovaně konfrontováni s lidským neštěstím, přičemž mnohdy nemají dost prostoru na zpracování prožitých událostí a mohou se u nich tedy častěji vyskytovat symptomy posttraumatické stresové poruchy. Vágnerová (2008) uvádí šest druhů příznaků, jež se mohou v souvislosti s touto poruchou vyskytovat:

- emoční příznaky (přetrvávající úzkost, vnitřní napětí, zvýšená přecitlivělost, depresivní tendence, citová otupělost atd.),
- změny kognitivních funkcí (vytvoření negativní asociace s dříve neutrálními podněty, selektivní amnézie, noční můry, sklony k „černobílému“ hodnocení světa atd.),
- změny chování (výbušnost, sklony k agresivitě, ztráta zájmu o jakoukoli činnost, tendence izolovat se atd.),
- tělesné příznaky (poruchy spánku, únava, vyčerpání, bolesti),
- změny osobnosti (nejistota, nedůvěřivost, podezíravost, nadměrná závislost na jiné osobě, pocit prázdnoty a beznaděje).

Nebezpečí týkající se této poruchy spočívá mimo jiné v tom, že se obvykle projevuje s delším časovým odstupem od prožité události (například až šest měsíců), ve chvíli, kdy už jedinec takovou reakci neočekává. Z hlediska práce s lidskými zdroji je žádoucí výskytu této poruchy předcházet. Jednou z možností, jak rozvinutí této poruchy předejít je dle Šeblové (2000) dodržování určitých zásad Critical Incident Stress Managementu, viz níže. Jako další způsoby, jak předejít rozvinutí posttraumatické stresové poruchy, uvádí Šeblová například rozumnou životosprávu a pravidelnou fyzickou aktivitu, jenž velmi dobře uvolňuje stres.

3.3.6 Syndrom vyhoření

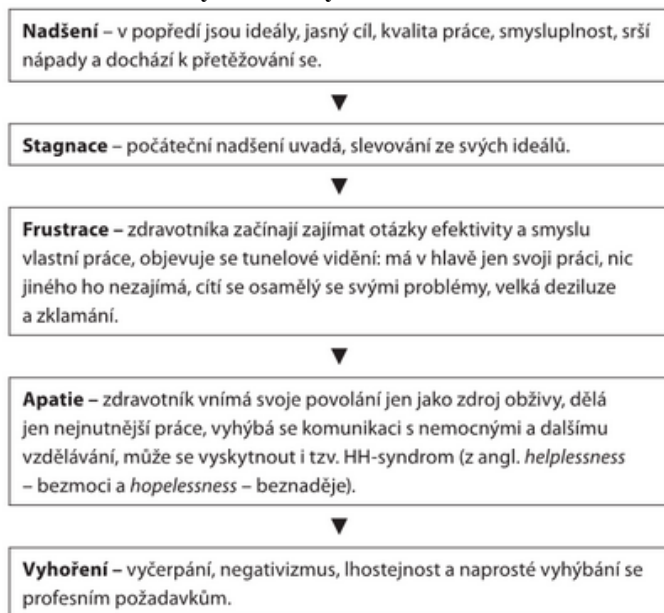
Syndrom vyhoření, anglicky „burn out syndrom“ se vyskytuje u povolání, která pracují s lidmi, a bývá charakterizován jako totální emocionální vyčerpání, které je reakcí na práci v rovině psychické, tělesné i sociální“ (Vymětal, 2009, str. 113). Současné pojetí syndromu vyhoření zdůrazňuje zásadní faktory při rozvoji tohoto onemocnění, kterými jsou vysoké pracovní nasazení a požadavek trvale vysokého pracovního výkonu v kombinaci s nízkým efektem práce. *„Burn out syndrom je formálně definován a subjektivně prožíván jako stav tělesného, citového (emocionálního) a duševního (mentálního) vyčerpání, způsobeného dlouhodobým pobýváním v situacích, které jsou emocionálně mimořádně náročné“* (Křivohlavý, 1998, str. 10).

Kebza (2003) shrnuje projevy tohoto onemocnění do tří kategorií. První z nich jsou projevy psychické, kam patří například pocit duševního vyčerpání, frustrace, bezmoci nebo cynismus. Druhou kategorií jsou projevy fyzické, kam patří například celková únava organismu, poruchy spánku, bolesti srdce, svalů nebo problémy s dýcháním. Třetí kategorií jsou pak projevy na úrovni sociálních vztahů. Sem patří například redukce sociálních kontaktů, nechuť k vykonávané profesi, nízká empatie nebo sociální apatie). Vymětal (2009) uvádí jako další projevy ztrátu naděje na zlepšení, podrážděnost, odcizení se druhým lidem a cynický přístup k práci a životu.

Pracovníci ve zdravotnictví jsou obecně syndromem vyhoření velmi ohroženi, jelikož se při své práci denně setkávají s problémy a bolestí druhých a chybí jim rovnováha mezi dáváním a přijímáním (Zacharová, 2008). Křivohlavý (1998) dokonce uvádí, že syndrom vyhoření je ve zdravotnictví jednou z nejčastějších příčin odchodu ze zaměstnání. Venglářová (2011) popisuje syndrom vyhoření jako neustále se vyvíjející proces, který trvá

několik měsíců až let. Tento proces může začít nástupem nadšeného pracovníka do pomáhající profese a může skončit lhostejností a vyhýbáním se pracovním požadavkům (viz obrázek č. 4). Následkem dlouhodobého potlačování stresu a emocí dojde k fyzickému vyčerpání, které může přejít až do psychosomatického onemocnění. Chmelík (2009) hovoří v souvislosti se syndromem vyhoření a pomáhajících profesích o důležitosti výše zmíněné psychohygieny, jakožto prevence proti tomuto onemocnění.

Obrázek 4 - fáze syndromu vyhoření



zdroj: Venglářová (2011, str. 30)

Vymětal (2009) uvádí několik doporučení pro prevenci syndromu vyhoření. Jako nejdůležitější zdůrazňuje, že jedinec by měl zahrnout své zdraví mezi nejdůležitější hodnoty a pečovat o něj. Jedinec by měl dle jeho doporučení analyzovat a aktivně měnit svou situaci (schopnosti, potřeby, cíle, nerealistické očekávání), budovat dobré mezilidské vztahy jak v rodině, tak i v práci, vzdělávat se a dbát o svůj osobní rozvoj.

3.4 Zdravotnická záchranná služba

Zdravotnická záchranná služba je jednou ze základních složek integrovaného záchranného systému (IZS). IZS je koordinovaný postup složek IZS při přípravě na mimořádné události a při provádění záchranných a likvidačních prací, nejedná se tedy o organizaci, ale soubor pravidel spolupráce. Mezi jeho další základní složky patří Hasičský záchranný sbor České republiky, jednotky požární ochrany zařazené do plošného pokrytí

kraje jednotkami požární ochrany a Policie České republiky. K ostatním složkám IZS patří armáda, neziskové organizace, státní a soukromé společnosti a jiné subjekty, které lze využít k záchranným a likvidačním pracím (Vymětal, 2009).

Zdravotnická záchranná služba (ZZS) je také součástí systému zdravotních služeb České republiky. V tomto systému plní úkol spočívající v poskytování takzvané přednemocniční neodkladné péče. Touto péčí se rozumí náhle vzniklé onemocnění, úraz nebo jiné zhoršení zdravotního stavu, které mohou vést bez poskytnutí přednemocniční neodkladné péče ke vzniku dlouhodobých nebo trvalých následků, případně až k náhlé smrti. Dalšími situacemi jsou náhle vzniklá intenzivní bolest nebo náhle vzniklé změny chování a jednání postiženého ohrožující zdraví nebo život jeho samého nebo jiných osob (Franěk, nedatováno).

V České republice je fungování zdravotnické záchranné služby upraveno v mnoha právních předpisech. Mezi nejdůležitější patří zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, zákon 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a především zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě. Tento zákon vymezuje podmínky poskytování zdravotnické záchranné služby, práva a povinnosti poskytovatele zdravotnické služby, podmínky pro zajištění připravenosti na řešení mimořádných událostí a krizových situací a výkon veřejné správy v oblasti zdravotnické záchranné služby (§ 1 zákona č. 374/2011 Sb.). Vedle zdravotnické záchranné služby, jejímž zřizovatelem je dle § 8 odst. 1 kraj, fungují na území České republiky i soukromé záchranné služby. Soukromé záchranné služby musí pro udělení oprávnění k poskytování zdravotnických služeb splnit podmínky uvedené v zákoně 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

V roce 2000 byly ustanoveny kraje jako vyšší územní samosprávné celky. V souvislosti s tím bylo rozhodnuto, že záchranné služby budou spadat na rozdíl od Policie ČR a Hasičského záchranného sboru ČR do působnosti kraje. V ČR tak vzniklo čtrnáct krajských záchranných služeb. V současnosti nesou název „Zdravotnická záchranná služba“ a název kraje, pod který spadají. Z právního hlediska se jedná o samostatné příspěvkové organizace krajů. Každá organizace má rozmístěny výjezdové základny takovým způsobem, aby byla zajištěna dojezdová doba do dvaceti minut po celém území kraje (Franěk, nedatováno).

Zdravotnická záchranná služba vyráží k jednotlivým případům v různém složení, ve čtyřech typech výjezdových skupin (Slabý, nedatováno):

- rychlá lékařská pomoc (RLP) ve složení lékař, záchranář, řidič/záchranář,
- rychlá zdravotnická pomoc (RZP) ve složení záchranář, řidič/záchranář,
- “rendez – vousz“ (RV) ve složení lékař, záchranář,
- letecká záchranná služba (LZS) ve složení lékař, záchranář, pilot.

3.4.1 Specifika zaměstnání u ZZS z hlediska psychologie

Práce u zdravotnické záchranné služby je charakteristická vysokou zodpovědností a velmi vysokými nároky na schopnost rychlého rozhodování (ZZS Středočeského kraje). Již ze samotné definice popisu práce zaměstnanců ZZS (poskytování přednemocniční neodkladné péče) je zřejmé, že se při své práci ocitají pod velkým tlakem a jsou na ně kladeny vysoké nároky. Při zásahu zdravotnické záchranné služby v terénu je třeba se nejprve rychle zorientovat v situaci, zhodnotit bezpečnost pro zasahující tým a co nejrychleji vyhodnotit selhávání nebo ohrožení vitálních funkcí pacienta. Poté jsou provedena klinická vyšetření, je zjišťována anamnéza a je proveden transport do nemocnice, to vše ve velmi krátkém čase (Šeblová, Knor a kol., 2013). Dalším specifikem této práce je, že zaměstnanci ZZS nemají vůbec možnost ovlivnit rozvržení, charakter ani množství práce během směny, což může vést k psychickému i fyzickému vyčerpání. Dlouhodobé působení tohoto nepravidelného pracovního režimu může negativně ovlivnit spánkový vzorec a pracovní výkon, ale také rodinný a sociální život zaměstnanců (ZZS Středočeského kraje).

Pracovníci ZZS jsou opakovaně vystavováni kritickým situacím a často pracují v emočně velmi vypjatých podmínkách. Své emoce musí ovšem v době zásahu odsunout do pozadí, aby byli schopni se rychle a správně rozhodovat. Tento fakt může vést k nedostatečnému zpracování psychicky náročných zážitků, což se může v dlouhodobém horizontu projevit na jejich psychice. Díky vzdělání, výcviku a zkušenostem si záchranáři (lékaři) umí obvykle u zásahů velmi dobře poradit a na jejich psychiku negativní dopad nemají. Ovšem existují i takové typy zásahů, které dokážou ovlivnit psychiku záchranářů (lékařů) i po letech praxe. K těmto zásahům patří například hromadné nehody nebo úmrtí malých dětí (ZZS Středočeského kraje).

Práce u zdravotnické záchranné služby má oproti jiným zaměstnáním řadu specifík. Tato specifika se týkají především vysokého stupně psychické zátěže, intenzivního stresu při zásazích a především odpovědností za lidské životy. Dalším důvodem psychické

náročnosti tohoto povolání je, že se zaměstnanci ZZS v práci denně setkávají s lidským neštěstím, a musejí tak pracovat s obrovským množstvím negativních emocí samotných pacientů i jejich blízkých. I v těchto situacích však musejí vystupovat klidně, jednat s rozvahou a být empatičtí. Dalším specifikem této práce je, že se v terénu zdravotníci mnohdy setkávají se situacemi, kdy i přes veškeré úsilí a osobní nasazení nemohou pacientovi pomoci. Beznaděj ve chvílích, kdy „ztrácejí pacienta pod rukama“ a nemohou s tím nic dělat je z hlediska psychiky možná tím nejnáročnějším při této práci (Pražský, 2013).

Z výše uvedených důvodů by měl být zájem o psychiku a psychické zdraví zaměstnanců ZZS ze strany jejich zaměstnavatelů jednou z priorit. Jak uvádí Armstrong (2002), nadměra stresu v práci může vést až k odchodu ze zaměstnání.

3.4.2 Formy psychosociální podpory zaměstnanců ZZS

Psychosociální podpora je obecně poskytována pracovníkům ve zdravotnictví v situacích, při nichž došlo k nadlimitní psychické zátěži, a je zpravidla vedena vyškoleným zdravotnickým pracovníkem. Tímto pracovníkem je peer, popřípadě psycholog SPIS. Veškeré činnosti, které souvisí s poskytováním psychosociální podpory, jsou naplňovány prostřednictvím Systému psychosociální intervenční služby (SPIS). Tento systém je zaměřen na poskytování první psychické a psychosociální podpory v resortu zdravotnictví. První psychická pomoc je v metodickém doporučení pro poskytování psychosociální podpory ve zdravotnictví Ministerstva zdravotnictví definována takto: „*První psychická pomoc je podpora osobám zasaženým nadlimitní zátěžovou událostí, často poskytovaná bezprostředně po jejím vzniku nebo s odstupem několika hodin či dnů od události, při situacích nadlimitního psychického zatížení způsobeného tragickou událostí*“. Uplatňuje se při psychickém zasažení zdravotnických pracovníků a v situacích psychicky nadlimitně zátěžového charakteru. Tyto situace jsou uvedeny v příloze č. 2 (MZČR, nedatováno).

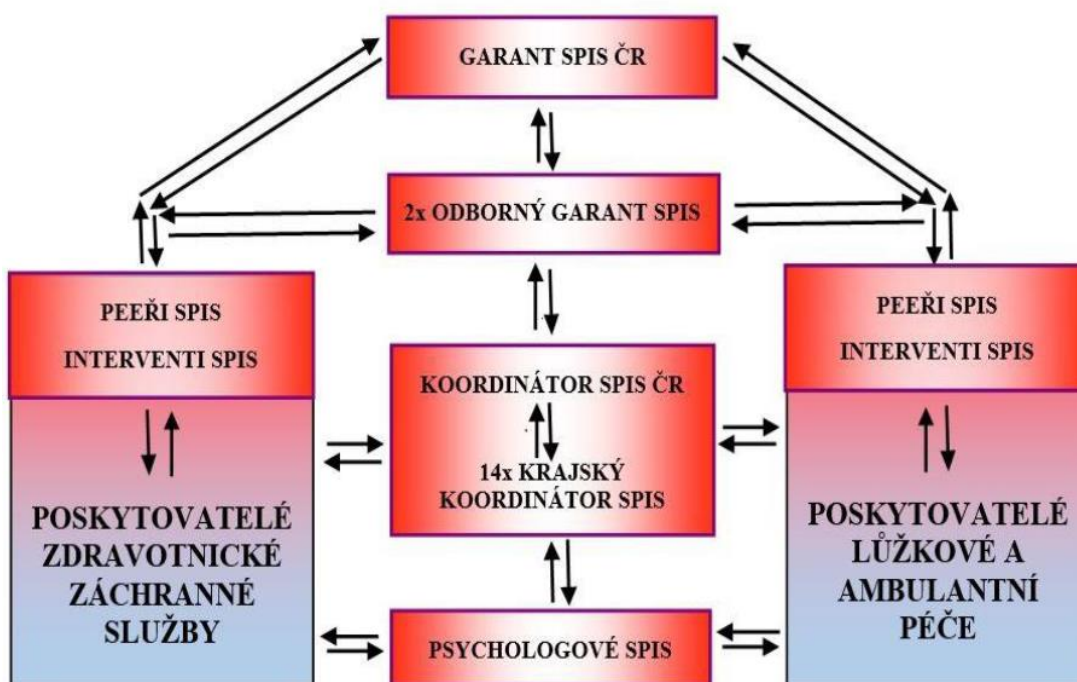
3.4.2.1 Systém psychosociální intervenční služby (SPIS)

Tento systém je zakotven v zákoně č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě. Systém psychosociální intervenční služby ve zdravotnictví (SPIS) poskytuje prostřednictvím psychologů a peerů resortní kolegiální podporu všem zdravotnickým pracovníkům. Systém je určen nejen zdravotnickým pracovníkům, ale také příbuzným,

známým nebo svědkům událostí, při nichž dochází k psychické zátěži v důsledku nehody, náhlého onemocnění nebo úmrtí. Pomoc je poskytována zdravotnickými intervencemi (MZČR, 2021). Tento systém zahrnuje jak preventivní, tak intervenční opatření. K preventivním opatřením patří především vzdělávání ohledně působení stresu a vyrovnávání se s ním. Zároveň se při prevenci klade důraz na informovanost o možnostech pomoci a uvědomění si, že každý má určitou individuální psychickou odolnost a individuální spouštěče a že každý, i záchranář může být zranitelný. Cílem samotné intervence je pomoc se zvládnutím a zpracováním zátěžové situace, nic jiného (intervence nejsou léčbou ani psychoterapií). Tato pomoc by měla být individualizovaná a měla by respektovat přání a potřeby zaměstnance. Intervence může být individuální nebo skupinová a probíhá pod vedením psychologa nebo peera (ZZS Středočeského kraje). Tuto formu krizové intervence lze z teoretického hlediska zařadit do intervence tváří v tvář. V rámci SPISu probíhají zároveň i školení peerů, psychologů nebo pracovníků Linky kolegiální podpory pro pracovníky ve zdravotnictví (viz níže). Schéma systému SPIS znázorňuje obrázek č. 5.

Obrázek 5 - Schéma Systému psychosociální intervenční služby

SCHÉMA SYSTÉMU PSYCHOSOCIÁLNÍ INTERVENČNÍ SLUŽBY



zdroj: Metodické doporučení pro poskytování psychosociální podpory ve zdravotnictví (MZČR)

3.4.2.2 Critical Incident Stress Management (CISM)

Critical Incident Stress Management je strukturovaný přístup vytvořený původně pro záchranáře a policisty v USA. „*CISM je definován jako soucitný a podporující přístup, zaměřený na redukci distresu a vyhledávání potřeb k zajištění péče o psychické zdraví člověka*“ (Špatenková, 2017, str. 28). Hoskovcová k CISM dále uvádí, že se jedná o celý systém řízení lidských zdrojů. CISM je „*systémový, široce pojatý a multifaktoriální přístup ke zmírnění následků stresu, je součástí krizové intervence a zahrnuje mj. vzdělávací preventivní programy, podporu na místě události, ostatní podpůrné programy včetně peer programů, defusing, debriefing a další následné služby*“ (Hoskovcová, 2009, str. 134).

Ministerstvo zdravotnictví ČR definuje Critical Incident Stress Management jako soubor opatření týkajících se řízení a zvládnutí stresu v souvislosti s událostmi mimořádného, psychicky nadlimitního charakteru. Opatření před samotnou událostí (během přípravy na tyto události) se týkají vzdělávání, školení a nácviků. Mezi opatření používaná v průběhu události patří první psychická a psychosociální pomoc na místě události. Opatření po skončení události se zaměřují především na vyrovnávání se s jejími následky (MZČR, nedatováno).

3.4.2.3 Peer

Peer je zdravotnický pracovník, který je vyškolený pro první psychickou pomoc kolegům zdravotníkům a je členem týmu SPIS. Aby se zdravotnický pracovník mohl stát peerem, musí získat potřebné vzdělání absolvováním příslušného výcviku. Peer může být osloven s žádostí o pomoc samotným zasaženým pracovníkem nebo prostřednictvím vedoucího zaměstnance zasaženého zdravotníka, případně je možné, aby peer oslovil pracovníka sám. Peer musí respektovat právo zaměstnance odmítnout pomoc a je povinen zachovávat mlčenlivost v souvislosti s výkonem své činnosti. Z hlediska teorie se jedná o intervenci tváří v tvář (MZČR, nedatováno). Program peer je postavený na filozofii poskytování psychosociální intervence speciálně proškoleným kolegou z řad vrstevníků. Vrstevníky jsou v tomto případě myšleni lidé blízcí nejenom věkem, ale také sociálním postavením a pracovním zařazením. Peer je obvykle kolega a člen týmu, mnohdy má se zasaženým zaměstnancem společné role, zájmy a hodnoty, což může více napomoci ke ztotožnění cílové skupiny zdravotníků v krizové situaci s peerem (Linkos.cz, 2016). Právě toto ztotožnění je hlavním přínosem programu peer, jelikož intervent (peer) se dokáže vžít

do pocitů zasaženého zaměstnance a naopak zasažený zaměstnanec může cítit ke svému kolegovi větší důvěru než k člověku cizímu. Peer podpora je obvykle poskytována prezenčně tváří v tvář.

3.4.2.4 Psycholog SPIS

Psycholog SPIS je psycholog pracující ve zdravotnictví, který je registrovaný v systému SPIS. Jedná se o osobu s vysokoškolským vzděláním v oboru jednooborové psychologie s pracovním poměrem u ZZS nebo u poskytovatele zdravotnických služeb. K tomu, aby se stal psychologem SPIS, musí absolvovat výcvik krizové intervence, výcvik první psychické pomoci nebo výcvik v metodách CSIM. Jde o odborníka, jenž je k dispozici peerům a interventům na svém pracovišti (MZČR, nedatováno).

3.4.2.5 Linka kolegiální podpory pro pracovníky ve zdravotnictví

Tato telefonní linka je určena veškerým pracovníkům ve zdravotnictví (lékařům, sestráům, záchranářům, řidičům, farmaceutům, operátorům tísňových linek atd.), kteří hledají psychickou podporu. Linka je dostupná nepřetržitě čtyřicet hodin denně a jsou na ní k dispozici vyškolení pracovníci Systému psychosociální intervenční služby, kteří jsou připraveni být nápomocni v krizových situacích (MZČR, 2020). „*Účelem linky kolegiální podpory je poskytnout pracovníkům ve zdravotnictví bezpečný prostor pro podpůrný rozhovor, základní doporučení, pokud jde o zvládnutí jejich stresového zatížení, obav, frustrace, emocí, naplnění základních potřeb*“ (MZČR, 2020). Výhodou této linky, jak se píše i na webu ministerstva zdravotnictví, je její okamžitá dostupnost například i v době, kdy je zaměstnanec na pracovišti a má jen krátký čas na to s někým hovořit. Linka kolegiální podpory pro pracovníky ve zdravotnictví je z hlediska teorie typickým příkladem distanční telefonické krizové intervence.

3.4.2.6 Defusing a debriefing

Defusing a debriefing se řadí k postupům zahrnutým pod CISM. Z hlediska této práce je však vhodné věnovat jim vlastní podkapitulu, jelikož se jedná o velmi důležité postupy vyrovnávání se s traumatizující událostí pro záchranářské profese. To platí speciálně u defusingu, jak uvádí Vodáčková (2020, str. 381), „*defusing se obvykle považuje za nezbytnou součást pracovního postupu záchranářů.*“ Defusing a debriefing jsou dva stupně krizově intervenční techniky pro vyrovnávání se s traumatizující událostí

(často se situací hromadného neštěstí). Ve většině případů jsou používány ve skupinách, ale mohou být použity i individuálně (Vodáčková, 2020). Tyto metody vycházejí ze specifčnosti prožívání jedinců, kteří byli zasaženi neštěstím. Tito jedinci se díky prožitým situacím vyčleňují ze svého běžného sociálního zázemí, jelikož si jejich blízcí nedovedou představit, co prožili. Tato pomoc může být poskytována nejen zdravotníkům, ale také obětem neštěstí (Hoskovcová, 2009).

Smyslem defusingu je vytvořit atmosféru pohody a podpory. Není třeba, aby ho vedl psycholog. Jeho vedení obvykle bývá úkolem velitele, ovšem může probíhat také naprosto spontánně, například již cestou z místa zásahu zpět na základnu (Vodáčková, 2020). Defusing by měl sloužit k vytvoření takové atmosféry, aby členové týmu cítili vzájemnou podporu, která povede k posílení týmu. Ve své podstatě členové týmu společně pečují o ty, pro které byl zásah nejvíce náročný (Hoskovcová, 2009). Vzhledem k neformálnosti a mnohdy spontánnosti defusingu ho lze řadit k neformální vzájemné pomoci.

„Debriefing je krátkodobá akutní intervence, užívaná ke stabilizaci kritické situace a k vyhledání osob z personálu, kterým je nutné poskytnout další podporu“ (Hoskovcová, 2009, str. 135). Obvykle probíhá formou skupinového sezení 48 – 72 hodin od prožité události. *„Je zaměřen především na dovedení osob k racionálnímu zpracování události (...) a je tedy metodou kognitivního zvládnutí posttraumatických projevů“* (Hoskovcová, 2009, str. 94). U debriefingu je důležité složení skupiny lidí, jimž je pomoc poskytována. Je žádoucí, aby prožité zkušenosti členů skupiny byly podobné z důvodu sounáležnosti. Je žádoucí, aby si jednotlivci uvědomovali, že ostatní členové skupiny cítili to samé (Hoskovcová, 2009). Debriefing lze zařadit z teoretického hlediska jako formální prezenční podporu tváří v tvář.

4 Výzkumná část práce

4.1 Úvod k výzkumu

Výzkum, z něhož vychází praktická část diplomové práce, byl proveden na základě poznatků získaných v teoretické části. Na základě těchto poznatků byl sestaven dotazník zaměřený především na prožívání zátěže a využívání psychosociální podpory ze strany zaměstnanců zdravotnické záchranné služby. Získaná data z dotazníkového šetření budou v této části práce vyhodnocena na základě hypotéz stanovených v kapitole Cíl práce a metodika. Jejich interpretace bude doplněna o informace získané šetřením z otázek, jež součástí hypotéz nejsou.

4.1.1 Postup při realizaci výzkumu

Výzkum byl proveden kvantitativní metodou dotazníkového šetření. Otázky v dotazníku byly formulovány na základě poznatků získaných z teoretické části a s ohledem na stanovené hypotézy a s nimi související otázky. Dotazník byl vytvořen v aplikaci Microsoft Forms (dotazování probíhalo anonymně, elektronickou formou, prostřednictvím internetu) a skládal se z třiceti tří otázek, z nichž třicet jedna bylo uzavřených a dvě otevřených (povinných otázek bylo celkově dvacet sedm, zbylých šest bylo podmíněno určitou odpovědí na předchozí otázku). Formu převážně uzavřených otázek zvolil autor z důvodu menší náročnosti vyplňování pro respondenty, díky níž lze očekávat vyšší návratnost dotazníků. Prvních sedm otázek sloužilo k charakterizování souboru respondentů, poté následovaly otázky zaměřené na psychologickou přípravu pro zaměstnání u ZZS. V druhé části dotazníku byly otázky zaměřeny na prožívání zátěže v zaměstnání, dále pak výskyt psychických problémů u zaměstnanců ZZS a otázky týkající se psychosociální podpory pro zaměstnance ZZS (především z hlediska jejího využívání a hodnocení samotnými respondenty).

Dotazník byl určen pro vybrané skupiny zaměstnanců zdravotnické záchranné služby. Jednalo se o lékaře, záchranáře, řidiče a pracovníky zdravotnického operačního střediska (ZOS). Výběr byl založen na tom, že zaměstnanci pracující na těchto pozicích jsou nejvíce konfrontováni s lidským utrpením a nejvíce vystavováni zátěžovým situacím, čímž se jejich práce může stávat psychicky náročnou.

S prosbou o distribuci dotazníků byla oslovena všechna krajská ředitelství zdravotnické záchranné služby v České republice a vedení soukromé Záchrané služby Asociace samaritánů České republiky. Jednotlivá ředitelství byla nejprve telefonicky kontaktována a poté jim byl zaslán unifikovaný průvodní email s odkazem na dotazník a prosbou o distribuci zaměstnancům.

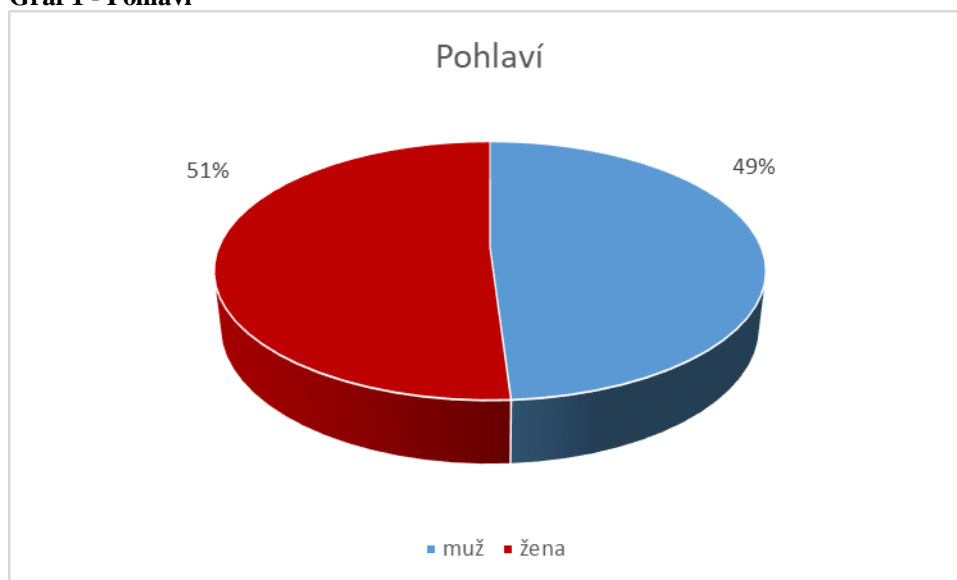
4.1.2 Soubor respondentů

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 198 respondentů, čehož si autor velmi váží. Vzhledem k současné situaci, kdy celou zemi zasáhla pandemie covidu-19 a zdravotníci jsou pod enormním tlakem, jim patří autorův velký dík, že i tak našli čas a dotazník vyplnili.

K charakterizování souboru respondentů sloužilo v dotazníku prvních sedm identifikačních otázek. Respondenti byli tázáni na pohlaví, věk, délku působení u ZZS, profesi, dosažené vzdělání, zaměstnavatele a v jakém kraji mají výjezdovou základnu.

Jak bylo již výše zmíněno, dotazník vyplnilo celkem 198 respondentů, z toho 101 žen a 97 mužů. Poměr zastoupení žen a mužů byl tedy téměř vyrovnaný (žen 51% a mužů 49%), jak ukazuje graf č. 1.

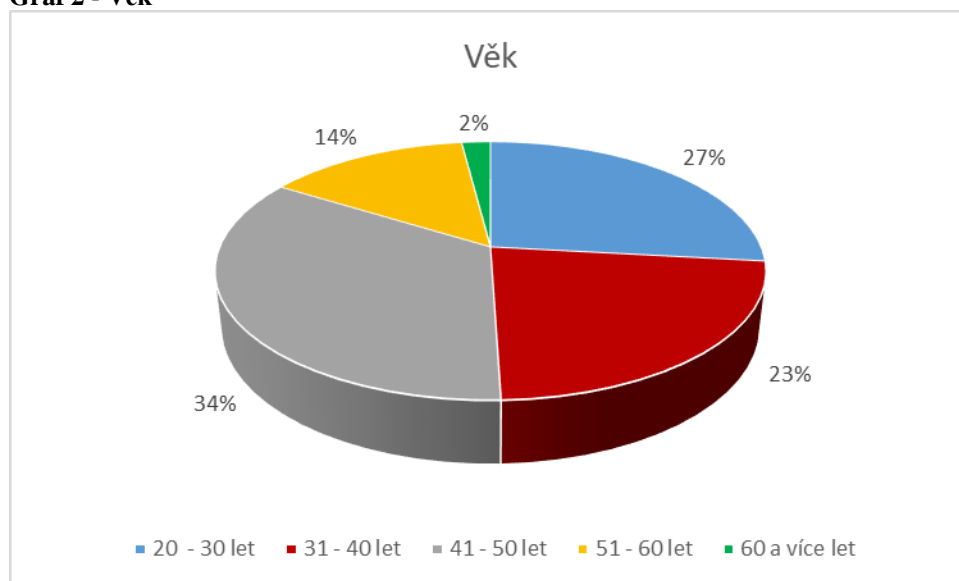
Graf 1 - Pohlaví



zdroj: vlastní zpracování

Věková struktura souboru respondentů je poměrně pestrá. Skupiny zaměstnanců ve věku 20 - 30 let, 31 - 40 let a 41 - 50 let jsou zastoupeny většinou. Menší zastoupení skupin zaměstnanců nad 51 let, zejména pak skupiny nad 61 let může být způsobeno zvolenou formou dotazování, jelikož lze předpokládat, že starší lidé nepracují s internetem tolik jako mladší generace. Nejpočetněji je v šetření zastoupena skupina respondentů ve věku 41 - 50 let, jak ukazuje graf č. 2.

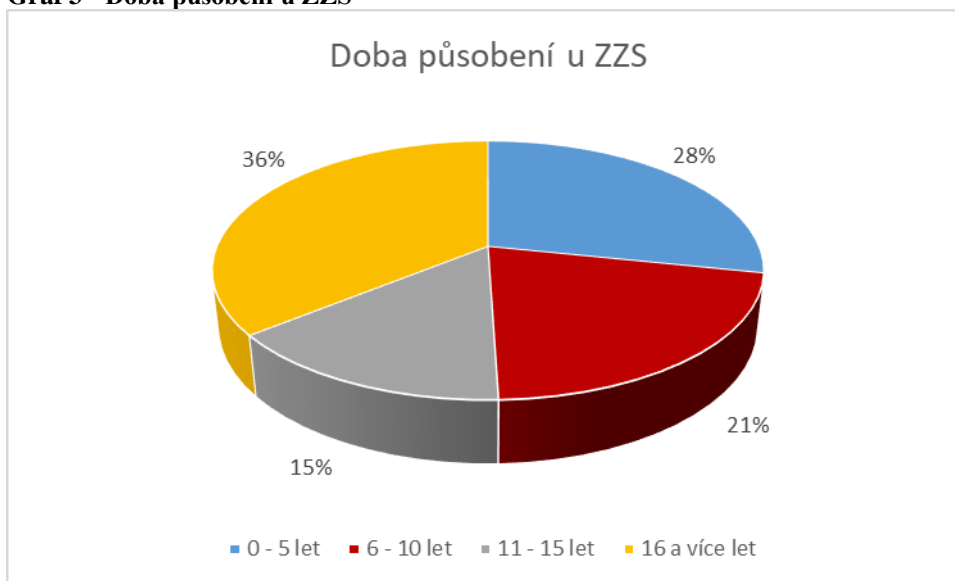
Graf 2 - Věk



zdroj: vlastní zpracování

Další identifikační otázka se týkala délky působení u zdravotnické záchranné služby. Na výběr byly dány intervaly 0 - 5 let, 6 - 10 let, 11 - 15 let a 16 let a více. Jak lze vyčíst z grafu číslo 3 níže, necelá polovina respondentů pracuje u zdravotnické záchranné služby méně než 10 let a přibližně polovina déle než 10 let. Nejpočetnější skupinu respondentů tvoří zaměstnanci působící u ZZS více než 16 let (36 %), viz graf č. 3. Tento fakt je z hlediska výzkumu velmi pozitivní, jelikož lze předpokládat, že za více než 16 let ve svém zaměstnání jistě prošli mnoha krizovými a stresovými situacemi.

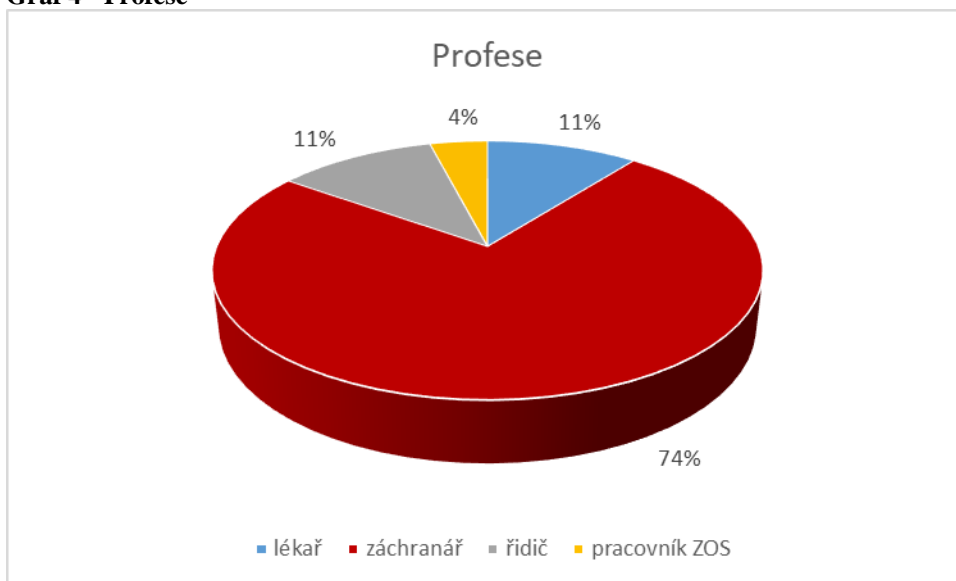
Graf 3 - Doba působení u ZZS



zdroj: vlastní zpracování

Dotazníkové šetření bylo zaměřeno na čtyři skupiny profesí vykonávaných v rámci zdravotnické záchranné služby. Záměrem autora bylo vybrat ty skupiny profesí, při jejichž výkonu dochází ke kontaktu s lidmi jak přímému, tak telefonickému. Je samozřejmé, že při práci v terénu, při přímém kontaktu s lidmi a jejich utrpením je psychická zátěž vyšší, ovšem tísnový telefonický hovor s člověkem, jenž se bojí o své zdraví (nebo zdraví svých blízkých) může být jistě také psychicky velmi náročný. Z tohoto důvodu byli mezi skupiny zaměstnanců, jimž byl dotazník určen, zařazeni i pracovníci zdravotnických operačních středisek. Struktura respondentů z hlediska jejich profese je znázorněna na grafu č. 4. Jak lze vidět, drtivá většina respondentů vykonává profesi záchranáře.

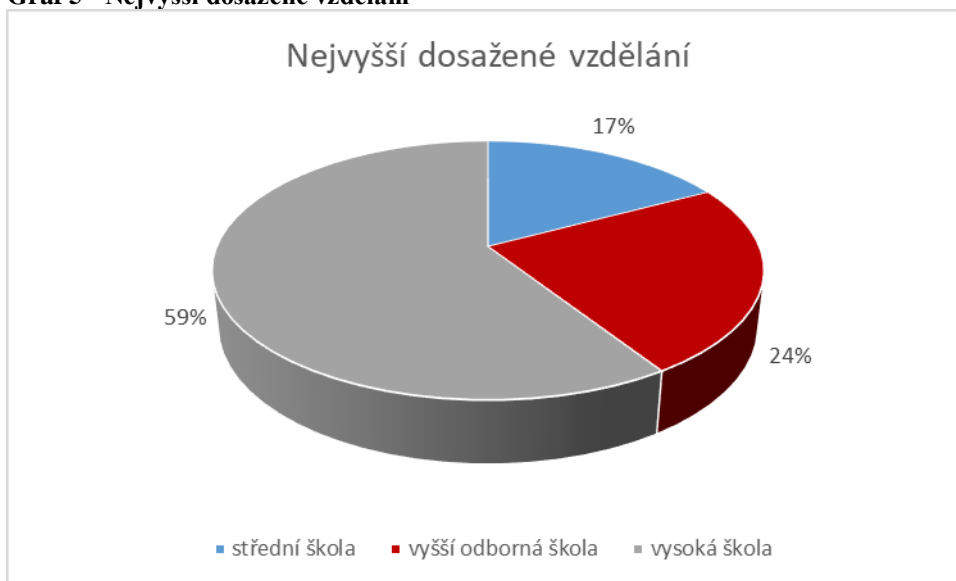
Graf 4 - Profese



zdroj: vlastní zpracování

Další otázka směřovala k nejvyššímu dosaženému vzdělání. Jak vyplývá z grafu č. 5 níže, většina respondentů má vysokoškolské vzdělání, následuje vzdělání získané na vyšší odborné škole a nejmenší skupina respondentů má vzdělání středoškolské. Pro doplnění byla zahrnuta také odpověď kurz pro řidiče ZZS (a dána možnost výběru více odpovědí), který může absolvovat kdokoliv z výše zmíněných skupin. Celkem 12 respondentů uvedlo, že tento kurz absolvovalo. Aby nedošlo ke zkreslení dat o nejvyšším dosaženém vzdělání, není tato odpověď v grafu zahrnuta.

Graf 5 - Nejvyšší dosažené vzdělání



zdroj: vlastní zpracování

Poslední dvě identifikační otázky se týkaly zaměstnavatele. První z nich směřovala na zřizovatele a druhá na umístění výjezdové základny v rámci republiky. Většina respondentů pracuje pro zdravotnické záchranné služby jednotlivých krajů, což znázorňuje graf č. 6.

Graf 6 - Zřizovatel



zdroj: vlastní zpracování

Jak bylo již výše zmíněno, s prosbou o distribuci dotazníku byla oslovena všechna krajská ředitelství zdravotnické záchranné služby v České republice. I přes telefonickou domluvu a odeslání žádosti na doporučenou emailovou adresu nepřišly žádné odpovědi z šesti krajů (viz graf č. 7). V Královéhradeckém kraji zabránila distribuci pro autora neakceptovatelná administrativní zátěž a v hlavním městě Praze byla žádost o distribuci přímo odmítnuta. Přístup pražské záchranné služby autora práce nemile překvapil a velmi zklamal, odpovědný pracovník odůvodnil nesoučinnost při vyplňování dotazníku tím, že nepřináší prospěch pražské ZZS. Jelikož se jedná o jednu z největších zdravotnických záchranných služeb v rámci republiky, považuje autor práce za velkou škodu, že tato data v práci chybí. Z obou výše zmíněných krajů se šetření účastnilo celkem sedm respondentů díky autorovým osobním kontaktům.

Graf 7 - Výjezdová stanoviště respondentů dle krajů



zdroj: vlastní zpracování

4.2 Testované hypotézy

Cílem práce je otestovat následujících sedm hypotéz a následně, pro celkové dokreslení a ucelení práce, doplnit jejich výklad za pomoci otázek z dotazníkového šetření, které nebyly k testování přímo použity. Hypotézy byly testovány pomocí chí-kvadrát testu nezávislosti v kontingenční tabulce. Metodika k testování hypotéz je popsána výše, v kapitole Cíl práce a metodika.

Formulované otázky a hypotézy jsou následující:

1. Využívají zaměstnanci ZZS při prožití traumatizujícího zážitku Systém psychosociální intervenční služby?
H₀: Prožití silně traumatizujícího zážitku nesouvisí s využíváním Systému psychosociální intervenční služby.
2. Může mít vliv informování o možnostech Systému psychosociální intervenční služby během studia na jeho využívání?
H₀: Využívání Systému psychosociální intervenční služby nesouvisí se získanými informacemi o této možnosti během vzdělávání.
3. Vede u zaměstnanců ZZS prožití traumatizující situace v rámci výkonu povolání k využívání defusingu?
H₀: Využívání defusingu při práci nesouvisí s prožitím silně traumatizujícího zážitku.
4. Objevuje se u zaměstnanců ZZS v důsledku prožití silně traumatizujícího zážitku posttraumatická porucha?
H₀: Výskyt posttraumatické stresové poruchy u zaměstnanců ZZS nesouvisí s prožitím silně traumatizujícího zážitku.
5. Objevuje se u zaměstnanců ZZS v důsledku pocitu bezmoci při výkonu jejich povolání syndrom vyhoření?
H₀: Výskyt syndromu vyhoření u zaměstnanců ZZS nesouvisí s pocitem bezmoci při výkonu povolání.
6. Souvisí pocit zaměstnanců ZZS, že jsou při své práci pod tlakem, s jejich vnímáním potřeby péče o psychiku?
H₀: Vnímání potřebnosti péče o psychiku nesouvisí s pocitem, že jsou zaměstnanci ZZS při své práci pod tlakem.
7. Souvisí prožití traumatizujícího zážitku v zaměstnání s vnímáním potřeby péče o psychiku zaměstnanců ZZS?

H₀: Vnímání potřebnosti péče o psychiku zaměstnanců ZZS nesouvisí s prožitím silně traumatizujícího zážitku.

4.2.1 Hypotéza č. 1

Tvar testované hypotézy:

H₀: Prožití silně traumatizujícího zážitku nesouvisí s využíváním Systému psychosociální intervenční služby.

H₁: Prožití silně traumatizujícího zážitku souvisí s využíváním Systému psychosociální intervenční služby.

Cílem testování této hypotézy je ověřit, zda existuje souvislost mezi prožitím traumatizujícího zážitku a vyhledáním jakékoliv pomoci nabízené v rámci Systému psychosociální intervenční služby. K testování této hypotézy je využito otázek č. 14 (Prošel/a jste někdy v zaměstnání silně traumatizujícím zážitkem?) a č. 25 (Využil/a jste někdy Systému psychosociální intervenční služby (SPIS)?).

Tabulka 2 - Hypotéza č. 1 (pozorované četnosti)

Pozorované četnosti			
Prošel/a jste někdy v zaměstnání silně traumatizujícím zážitkem?	Využil/a jste někdy Systému psychosociální intervenční služby (SPIS)? ne	Využil/a jste někdy Systému psychosociální intervenční služby (SPIS)? ano	Součet
ano	136	17	153
ne	44	1	45
Součet	180	18	198

zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 3 – Hypotéza č. 1 (očekávané četnosti)

Očekávané četnosti p=0,068257			
Prošel/a jste někdy v zaměstnání silně traumatizujícím zážitkem?	Využil/a jste někdy Systému psychosociální intervenční služby (SPIS)? ne	Využil/a jste někdy Systému psychosociální intervenční služby (SPIS)? ano	Součet
ano	139,0909	13,90909	153,0000
ne	40,9091	4,09091	45,0000
Součet	180,0000	18,00000	198,0000

zdroj: vlastní zpracování

V tabulce č. 3 lze vidět, že jedna očekávaná četnost je menší než 5. Protože se však jedná o čtyřpolní tabulku s rozsahem výběrového souboru větším než 40 ($n = 198$), můžeme použít chí-kvadrát test nezávislosti.

P-hodnota (0,068257) je větší než 0,05, což znamená, že nezamítáme na 5% hladině významnosti nulovou hypotézu. Nelze tedy konstatovat, že byla prokázána statisticky významná závislost mezi prožitím silně traumatizujícího zážitku a využitím Systému psychosociální intervenční služby. P-hodnota se ovšem hladině α velmi blíží, což znamená, že souvislost sice není statisticky prokazatelná, ale lze ji považovat za pravděpodobnou. Využívání Systému psychosociální intervenční služby bude věnována větší pozornost v kapitole Interpretace zjištěných dat.

4.2.2 Hypotéza č. 2

Tvar testované hypotézy:

H_0 : Využívání Systému psychosociální intervenční služby nesouvisí se získanými informacemi o této možnosti během vzdělávání.

H_1 : Využívání Systému psychosociální intervenční služby souvisí se získanými informacemi o této možnosti během vzdělávání.

Cílem testování této hypotézy je prokázat nebo vyvrátit souvislost mezi využíváním Systému psychosociální intervenční služby a získáním informací o možnostech, které tento systém nabízí při získávání vzdělávání (profesní kvalifikace). Tato hypotéza pracuje s otázkami č. 11 (Dozvěděl/a jste se v průběhu vzdělávání o možnostech psychologické pomoci při prožití traumatizující situace?) a č. 25 (Využil/a jste někdy Systému psychosociální intervenční služby (SPIS)?).

Tabulka 4 – Hypotéza č. 2 (pozorované četnosti)

Pozorované četnosti			
Dozvěděl/a jste se v průběhu vzdělávání o možnostech psychologické pomoci při prožití traumatizující situace?	Využil/a jste někdy Systému psychosociální intervenční služby (SPIS)? ne	Využil/a jste někdy Systému psychosociální intervenční služby (SPIS)? ano	Součet
ano	126	13	139
ne	54	5	59
Součet	180	18	198

zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 5 – Hypotéza č. 2 (očekávané četnosti)

Očekávané četnosti p=0,844185			
Dozvěděl/a jste se v průběhu vzdělávání o možnostech psychologické pomoci při prožití traumatizující situace?	Využil/a jste někdy Systému psychosociální intervenční služby (SPIS)? ne	Využil/a jste někdy Systému psychosociální intervenční služby (SPIS)? ano	Součet
ano	126,3636	12,63636	139,0000
ne	53,6364	5,36364	59,0000
Součet	180,0000	18,00000	198,0000

zdroj: vlastní zpracování

P-hodnota (0,844185) je větší než 0,05, nezamítáme tedy na 5% hladině významnosti nulovou hypotézu a lze konstatovat, že test neprokázal statisticky významnou závislost mezi využíváním Systému psychosociální intervenční služby a získanými informacemi o možnostech této služby během vzdělávání.

4.2.3 Hypotéza č. 3

Tvar testované hypotézy:

H₀: Využívání defusingu při práci nesouvisí s prožitím silně traumatizujícího zážitku.

H₁: Využívání defusingu při práci souvisí s prožitím silně traumatizujícího zážitku.

Tato hypotéza se zabývá využíváním defusingu (bezprostředního spontánního probírání traumatizující události s kolegy) v souvislosti s prožitím silně traumatizujícího zážitku. K testování této hypotézy jsou využity otázky č. 14 (Prošel/a jste někdy v zaměstnání silně traumatizujícím zážitkem?) a č. 22 (Využíváte při práci DEFUSING (tj. spontánní, uklidňující probírání prožité traumatizující události s kolegy bezprostředně po ní)?).

Tabulka 6 – Hypotéza č. 3 (pozorované četnosti)

Pozorované četnosti			
Prošel/a jste někdy v zaměstnání silně traumatizujícím zážitkem?	Využíváte při práci DEFUSING (tj. spontánní, uklidňující probírání prožité traumatizující události s kolegy bezprostředně po ní)? ano	Využíváte při práci DEFUSING (tj. spontánní, uklidňující probírání prožité traumatizující události s kolegy bezprostředně po ní)? ne	Součet
ano	109	44	153
ne	28	17	45
Součet	137	61	198

zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 7 – Hypotéza č. 3 (očekávané četnosti)

Očekávané četnosti p=0,249327			
Prošel/a jste někdy v zaměstnání silně traumatizujícím zážitkem?	Využíváte při práci DEFUSING (tj. spontánní, uklidňující probírání prožité traumatizující události s kolegy bezprostředně po ní)? ano	Využíváte při práci DEFUSING (tj. spontánní, uklidňující probírání prožité traumatizující události s kolegy bezprostředně po ní)? ne	Součet
ano	105,8636	47,13636	153,0000
ne	31,1364	13,86364	45,0000
Součet	137,0000	61,00000	198,0000

zdroj: vlastní zpracování

Protože p-hodnota (0,249327) je větší než 0,05, nezamítáme na 5% hladině významnosti nulovou hypotézu. Chí-kvadrát testem tedy byla potvrzena nulová hypotéza, což znamená, že nebyla prokázána statistická významnost mezi využíváním defusingu a prožitím silně traumatizujícího zážitku.

Statistickou závislost mezi výše uvedenými proměnnými prokázat nelze, důležité je ovšem zmínit, že v rámci dotazníkového šetření odpovědělo 153 ze 198 respondentů, že v práci prošlo silně traumatizujícím zážitkem a 137 ze 198 respondentů odpovědělo, že při práci defusing využívá.

4.2.4 Hypotéza č. 4

Tvar testované hypotézy:

H₀: Výskyt posttraumatické stresové poruchy u zaměstnanců ZZS nesouvisí s prožitím silně traumatizujícího zážitku.

H₁: Výskyt posttraumatické stresové poruchy u zaměstnanců ZZS souvisí s prožitím silně traumatizujícího zážitku.

Tato hypotéza se zabývá vztahem mezi prožitím traumatizujícího zážitku a rozvojem posttraumatické stresové poruchy. K jejímu otestování slouží otázky č. 14 (Prošel/a jste někdy v zaměstnání silně traumatizujícím zážitkem?) a č. 18 (Objevila se u Vás někdy posttraumatická stresová porucha?).

Tabulka 8 – Hypotéza č. 4 (pozorované četnosti)

Pozorované četnosti			
Prošel/a jste někdy v zaměstnání silně traumatizujícím zážitkem?	Objevila se u Vás někdy posttraumatická stresová porucha? ne	Objevila se u Vás někdy posttraumatická stresová porucha? ano	Součet
ano	133	20	153
ne	45	0	45
Součet	178	20	198

zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 9 – Hypotéza č. 4 (očekávané četnosti)

Očekávané četnosti p=0,010528			
Prošel/a jste někdy v zaměstnání silně traumatizujícím zážitkem?	Objevila se u Vás někdy posttraumatická stresová porucha? ne	Objevila se u Vás někdy posttraumatická stresová porucha? ano	Součet
ano	137,5455	15,45455	153,0000
ne	40,4545	4,54545	45,0000
Součet	178,0000	20,00000	198,0000

zdroj: vlastní zpracování

Z tabulky očekávaných četností lze vyčíst, že jedna očekávaná četnost je menší než 5, ale protože se jedná o čtyřpolní tabulku s rozsahem výběrového souboru větším než 40 ($n = 198$), můžeme použít chí-kvadrát test nezávislosti.

P-hodnota (0,010528) je menší než 0,05, zamítáme tedy na 5% hladině významnosti nulovou hypotézu a potvrzujeme hypotézu alternativní. Lze tedy konstatovat, že se podařilo prokázat souvislost mezi prožitím silně traumatizujícího zážitku a výskytem posttraumatické stresové poruchy u zaměstnanců ZZS.

4.2.5 Hypotéza č. 5

Tvar testované hypotézy:

H_0 : Výskyt syndromu vyhoření u zaměstnanců ZZS nesouvisí s pocitem bezmoci při výkonu povolání.

H_1 : Výskyt syndromu vyhoření u zaměstnanců ZZS souvisí s pocitem bezmoci při výkonu povolání.

Hypotéza č. 5 se zabývá vztahem mezi pocitem bezmoci, který zaměstnanci ZZS při práci někdy pociťují, a výskytem syndromu vyhoření u těchto zaměstnanců. Tato hypotéza bude testována na základě odpovědí na otázky č. 15 (Máte někdy v souvislosti s Vaším povoláním pocit bezmoci?) a č. 20 (Objevil se u Vás někdy syndrom vyhoření?).

Tabulka 10 – Hypotéza č. 5 (pozorované četnosti)

Pozorované četnosti			
Máte někdy v souvislosti s Vaším povoláním pocit bezmoci?	Objevil se u Vás někdy syndrom vyhoření? ne	Objevil se u Vás někdy syndrom vyhoření? ano	Součet
ano	92	37	129
ne	59	10	69
Součet	151	47	198

zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 11 – Hypotéza č. 5 (očekávané četnosti)

Očekávané četnosti p=0,025349			
Máte někdy v souvislosti s Vaším povoláním pocit bezmoci?	Objevil se u Vás někdy syndrom vyhoření? ne	Objevil se u Vás někdy syndrom vyhoření? ano	Součet
ano	98,3788	30,62121	129,0000
ne	52,6212	16,37879	69,0000
Součet	151,0000	47,00000	198,0000

zdroj: vlastní zpracování

Stejně jako u předchozí hypotézy je P-hodnota (0,025349) menší než 0,05, což znamená, že zamítáme na 5% hladině významnosti nulovou hypotézu. Testem hypotézy č. 5 se podařilo prokázat statistickou souvislost mezi pocitem bezmoci při výkonu povolání a výskytem syndromu vyhoření u zaměstnanců ZZS.

4.2.6 Hypotéza č. 6

Tvar testované hypotézy:

H_0 : Vnímání potřebnosti péče o psychiku nesouvisí s pocitem, že jsou zaměstnanci ZZS při své práci pod tlakem.

H_1 : Vnímání potřebnosti péče o psychiku nesouvisí s pocitem, že jsou zaměstnanci ZZS při své práci pod tlakem.

Tato hypotéza se zabývá možnou souvislostí mezi psychickým tlakem v zaměstnání, s jehož působením se zaměstnanci ZZS musejí vyrovnávat, a pocitem nutnosti péče o jejich psychiku. Hypotéza je testována na základě odpovědí na otázky č. 13 (Cítíte se při Vaší práci pod tlakem?) a č. 31 (Je podle Vás péče o psychiku pracovníků ZZS nutná?).

Tabulka 12 – Hypotéza č. 6 (pozorované četnosti)

Pozorované četnosti			
Cítíte se při Vaší práci pod tlakem?	Je podle Vás péče o psychiku pracovníků ZZS nutná? ano	Je podle Vás péče o psychiku pracovníků ZZS nutná? ne	Součet
ano	127	6	133
ne	61	4	65
Součet	188	10	198

zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 13 – Hypotéza č. 6 (očekávané četnosti)

Očekávané četnosti p=0,620154			
Cítíte se při Vaší práci pod tlakem?	Je podle Vás péče o psychiku pracovníků ZZS nutná? ano	Je podle Vás péče o psychiku pracovníků ZZS nutná? ne	Součet
ano	126,2828	6,71717	133,0000
ne	61,7172	3,28283	65,0000
Součet	188,0000	10,00000	198,0000

zdroj: vlastní zpracování

Jak lze vyčíst z tabulky očekávaných četností, jedna četnost je menší než 5, ale protože se jedná o čtyřpolní tabulku s rozsahem výběrového souboru větším než 40 (n = 198), můžeme použít chí-kvadrát test nezávislosti.

P-hodnota (0,620154) je větší než 0,05, což znamená, že nezamítáme na 5% hladině významnosti nulovou hypotézu. Nebyla tedy prokázána statisticky významná závislost mezi vnímáním potřebnosti péče o psychiku a pocitem, že jsou zaměstnanci ZZS při své práci pod tlakem. Na tomto místě je vhodné zmínit, že i když nebyla prokázána statistická závislost, na otázku ohledně pocitu tlaku v zaměstnání odpovědělo 133 ze 198 respondentů, že se ve své práci cítí být pod tlakem, a 188 ze 198 respondentů považuje péči o psychiku zaměstnanců ZZS za nutnou.

4.2.7 Hypotéza č. 7

Tvar testované hypotézy:

H_0 : Vnímání potřebnosti péče o psychiku nesouvisí s prožitím silně traumatizujícího zážitku.

H_1 : Vnímání potřebnosti péče o psychiku souvisí s prožitím silně traumatizujícího zážitku.

Poslední hypotéza se týká možné souvislosti mezi prožitím silně traumatizujícího zážitku v zaměstnání a vnímáním potřebnosti péče o psychiku zaměstnanců ZZS. Hypotéza je testována na základě odpovědí na otázky č. 14 (Prošel/a jste někdy v zaměstnání silně traumatizujícím zážitkem?) a č. 31 (Je podle Vás péče o psychiku pracovníků ZZS nutná?).

Tabulka 14 - Hypotéza č. 7 (pozorované četnosti)

Pozorované četnosti			
Prošel/a jste někdy v zaměstnání silně traumatizujícím zážitkem?	Je podle Vás péče o psychiku pracovníků ZZS nutná? ano	Je podle Vás péče o psychiku pracovníků ZZS nutná? ne	Součet
ano	145	8	153
ne	43	2	45
Součet	188	10	198

zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 15 - Hypotéza č. 7 (očekávané četnosti)

Očekávané četnosti $p=0,832731$			
Prošel/a jste někdy v zaměstnání silně traumatizujícím zážitkem?	Je podle Vás péče o psychiku pracovníků ZZS nutná? ano	Je podle Vás péče o psychiku pracovníků ZZS nutná? ne	Součet
ano	145,2727	7,72727	153,0000
ne	42,7273	2,27273	45,0000
Součet	188,0000	10,00000	198,0000

zdroj: vlastní zpracování

Jedna očekávaná četnost je v tabulce očekávaných četností menší než 5, ale protože se jedná o čtyřpolní tabulku s rozsahem výběrového souboru větším než 40 ($n = 198$), lze použít chí-kvadrát test nezávislosti.

P-hodnota (0,832731) je větší než 0,05, což znamená, že nezamítáme na 5% hladině významnosti nulovou hypotézu. Lze konstatovat, že nebyla prokázána statisticky významná závislost mezi vnímáním potřebnosti péče o psychiku a prožitím silně traumatizujícího zážitku. Tento závěr je poněkud překvapující, jelikož 153 ze 198

respondentů v dotazníkovém šetření odpovědělo, že prošlo v zaměstnání silně traumatizujícím zážitkem, a 188 ze 198 respondentů považuje péči o psychiku pracovníků ZZS za nutnou.

4.3 Interpretace zjištěných dat

Dotazník obsahoval celkem třicet tři otázek. Některé z nich byly v práci zapracovány již v rámci kapitol o souboru respondentů a testování hypotéz. Součástí dotazníku byly ovšem i další otázky, které jsou důležité pro doplnění testovaných hypotéz a práce jako celku.

Již v testovaných hypotézách byla zmiňována psychologická příprava budoucích zaměstnanců ZZS v rámci vzdělávání. Autor se této otázce v souvislosti s cílem práce věnoval v dotazníku podrobněji. V otázkách č. 9 a 10, které navazovaly v případě kladné odpovědi na otázku č. 8, zjišťoval, zda respondenti považují psychologickou přípravu na krizové situace za dostatečnou a zda jim v nějaké konkrétní situaci během praxe pomohla. Z 96 respondentů, kteří psychologickou přípravu absolvovali, uvedlo pouze 42, tj. 44 %, že ji považuje za dostačující, zato 64 (67 %) respondentů odpovědělo, že jim psychologická příprava pomohla v nějaké konkrétní situaci během praxe. Z uvedených dat je možné dovodit, že psychologická příprava by mohla sehrávat v praxi zaměstnanců ZZS významnou roli, pokud by byla kvalitní součástí vzdělávání budoucích zaměstnanců ZZS.

S otázkami č. 8 a 11 souvisela i otevřená otázka č. 12, v níž respondenti v případě kladné odpovědi na otázku č. 11 uváděli, o jakých možnostech psychologické pomoci se v průběhu vzdělávání dozvěděli. Většina z celkem 139 respondentů uvedla několik možností. Z jednotlivých odpovědí ale lze vyčíst, že o některých možnostech se zaměstnanci dozvídají až během praxe. Z nejčtenějších odpovědí vyplývá, že největší povědomí mají zaměstnanci ZZS o existenci peerů (88 respondentů, tj. 63 %), krizových interventů zaměstnaných přímo u jednotlivých krajských ZZS (54, tj. 38 %) a SPISu (37, tj. 27 %). Naproti tomu Linku kolegiální podpory pro pracovníky ve zdravotnictví zmínilo pouze sedm respondentů (5 %), defusing a debriefing uvedlo dokonce jen pět z nich (4 %), jak znázorňuje graf č. 8.

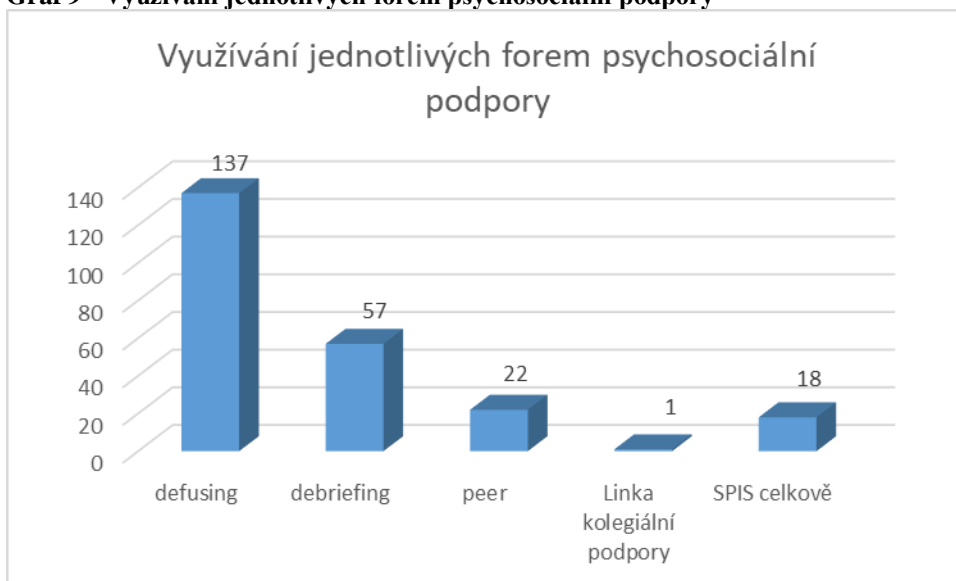
Graf 8 - Povědomí o psychosociální podpoře získané v rámci vzdělávání



zdroj: vlastní zpracování

S uvedenými daty souvisí i zjištění vyplývající z odpovědí na otázky č. 22, 23 a 25 – 29. Ty byly zaměřeny již přímo na využívání jednotlivých forem psychosociální podpory. Jak ze zjištěných dat vyplývá, jednoznačně nejvyužívanější jsou defusing, který uvádí 137 respondentů, tj. 69 %, a debriefing (57, tj. 30 %). Významně menší četnost kladných odpovědí se objevuje u otázek týkajících se využívání SPISu (18, tj. 9 %), peera (22, tj. 11 %) a Linky kolegiální podpory pro pracovníky ve zdravotnictví (1, tj. 0,5 %). Tyto výsledky vedou k zamyšlení, proč nejsou tyto formy pomoci využívány, přestože zejména o peerech a celkově SPISu, jak vyplývá z výše uvedených dat, respondenti vědí. Ze získaných dat také vyplývá, že ne všichni respondenti vědí, co vše SPIS zahrnuje, jelikož využívání debriefingu a peerů, což do systému SPIS spadá, uvedlo více respondentů než samotný SPIS, jak lze vidět na grafu č. 9.

Graf 9 - Využívání jednotlivých forem psychosociální podpory



zdroj: vlastní zpracování

K podobnému zamyšlení vedou i odpovědi na otázky č. 28, 29, 30 a 31. 66 respondentů, tj. 33 % totiž uvádí, že jim byla nabídnuta posttraumatická intervenční péče ze strany psychologa, ale přijalo ji pouze 14 respondentů (21 %), viz graf č. 10.

Graf 10 - Využívání nabízené posttraumatické intervenční péče zaměstnanci ZZS



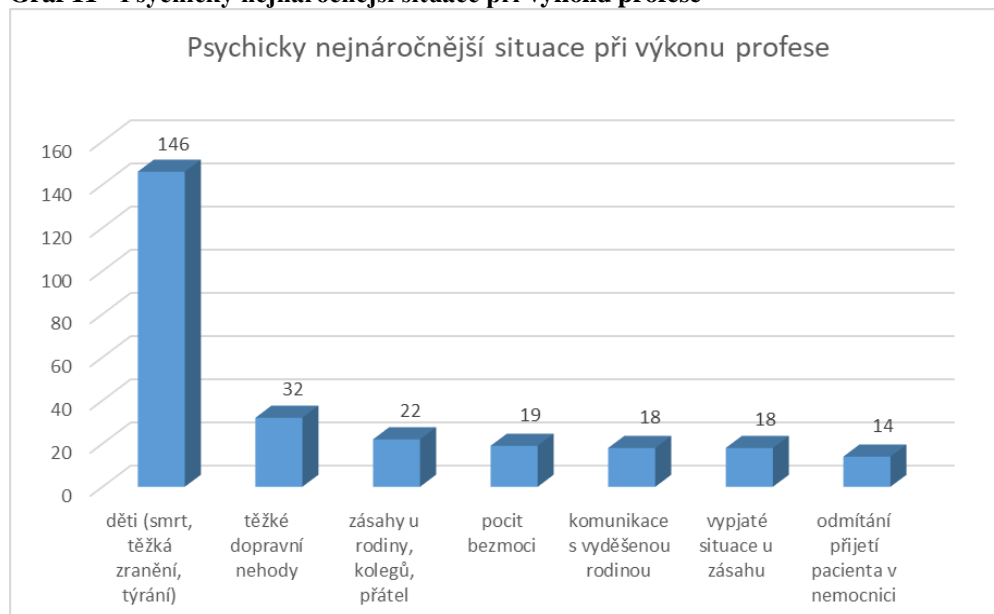
zdroj: vlastní zpracování

Přitom v otázce č. 30 uvádí jen 10 respondentů ze 198, tj. 5 %, že je od vyhledání nebo přijetí odborné pomoci odradil strach z projevené slabosti a následné reakce kolegů. 188 respondentů (95 %) uvádí zápornou odpověď, ale hned v následující otázce odpovídá stejný počet respondentů, že péče o psychiku zaměstnanců ZZS je nutná. Nabízí se tedy otázka, z jakého důvodu není profesionální pomoc využívána.

Rovněž odpovědi u otázek č. 13, 14, 15 a 16, které zjišťují vnímanou náročnost povolání po stránce psychické, vybízejí k podobné otázce. 133 respondentů, tj. 67 % se cítí v práci pod tlakem, 153 respondentů, tj. dokonce 77 % prošlo silně traumatizujícím zážitkem a 129, tj. 65 % zažilo v souvislosti s výkonem povolání pocit bezmoci.

Otevřená otázka č. 16 pak nabízí celou škálu situací, které zaměstnanci ZZS vnímají jako nejvíce psychicky náročné. Jednoznačně mezi nimi dominují případy dětí a mladých lidí, především úmrtí, nutnost resuscitace a těžká zranění, dále těžké autonehody s větším množstvím zraněných, případně mrtvých, třetí nejčastěji zmiňovanou situací jsou výjezdy ke kolegům, příbuzným a známým. Zaměstnanci ZZS je jako velmi stresující vnímán i pocit bezmoci, a to jak u mladých, tak u starých lidí, komunikace s vystrašenou rodinou, zejména při resuscitaci pacienta a sebevraždy, opět především u mladých lidí, ale také vypjaté situace v terénu, často spojené s agresivitou pacienta nebo okolí. Za zarážející lze považovat i poměrně často zmiňované odmítání přijetí pacienta nemocnicí. Jako další psychicky náročné situace uvádějí respondenti například zásahy u domácích porodů, u pacientů s psychiatrickou diagnózou, u pacientů s onkologickou diagnózou nebo zneužívání ZZS „jako taxi“ či strach z vlastního selhání. Zde se ale jedná spíše o jednotky odpovědí, což je důvodem, proč nejsou obsaženy v grafu č. 11.

Graf 11 - Psychicky nejnáročnější situace při výkonu profese

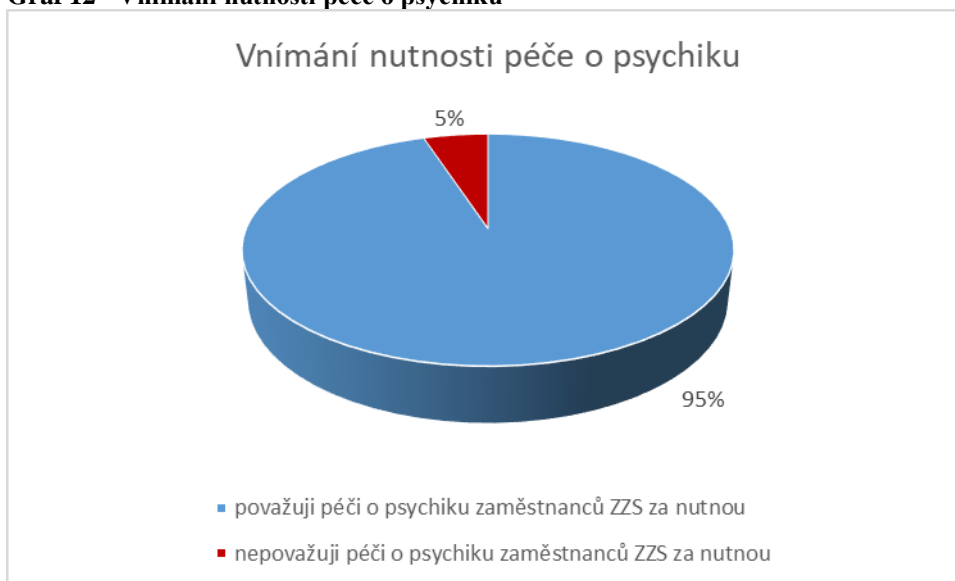


zdroj: vlastní zpracování

Zmíněné situace, ale i ostatní výše uvedená data vypovídají jednoznačně o významné psychické náročnosti zaměstnání u ZZS. Přesto pouze 40 respondentů, tj. 20 % uvádí, že výkon profese má negativní vliv na jejich soukromý život, což je jistě pozitivní zjištění, 20 respondentů, tj. 10 % ale odpovědělo, že se u nich objevila posttraumatická stresová porucha a 47, tj. 24 % má zkušenost se syndromem vyhoření. I zde se ale objevují odpovědi vyvolávající otázky, neboť pouze pět z dvaceti respondentů, kteří prožili posttraumatickou stresovou poruchu, vyhledalo odbornou pomoc a ze 47, kteří zažili syndrom vyhoření, učinili totéž jen čtyři. Zcela jistě tedy stojí za úvahu, z jakého důvodu se tak děje, pokud jím není obava z projevení slabosti a následné reakce kolegů, jak již bylo zmíněno výše.

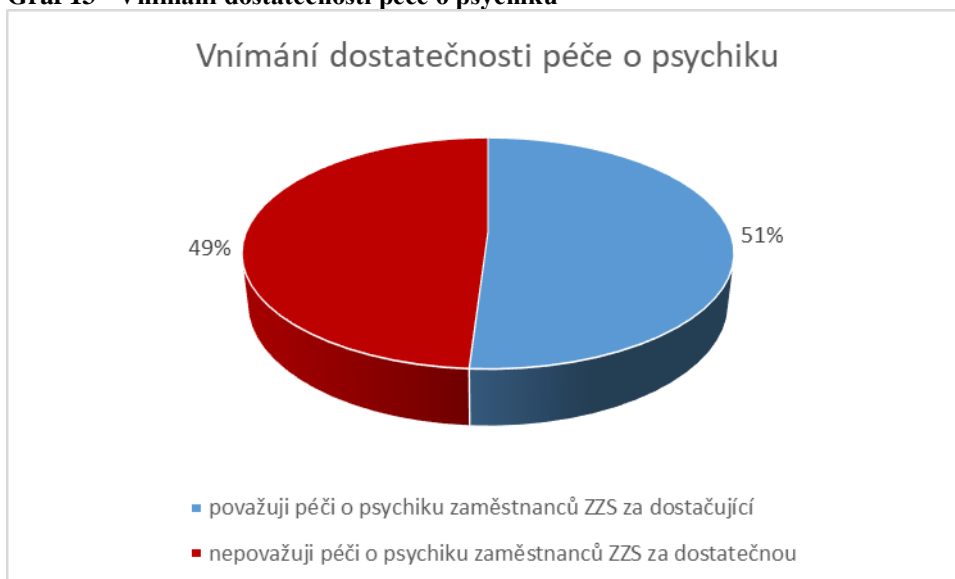
V souvislosti s uvedenými daty jsou jistě zajímavé i odpovědi na otázky č. 31 a 32. 188 respondentů, tj. 95 % uvádí, že péče o psychiku zaměstnanců ZZS je nutná, ale jen 101 respondentů, tj. 51 % ji vnímá jako dostačující (viz grafy č. 12 a 13 níže).

Graf 12 - Vnímání nutnosti péče o psychiku



zdroj: vlastní zpracování

Graf 13 - Vnímání dostatečnosti péče o psychiku

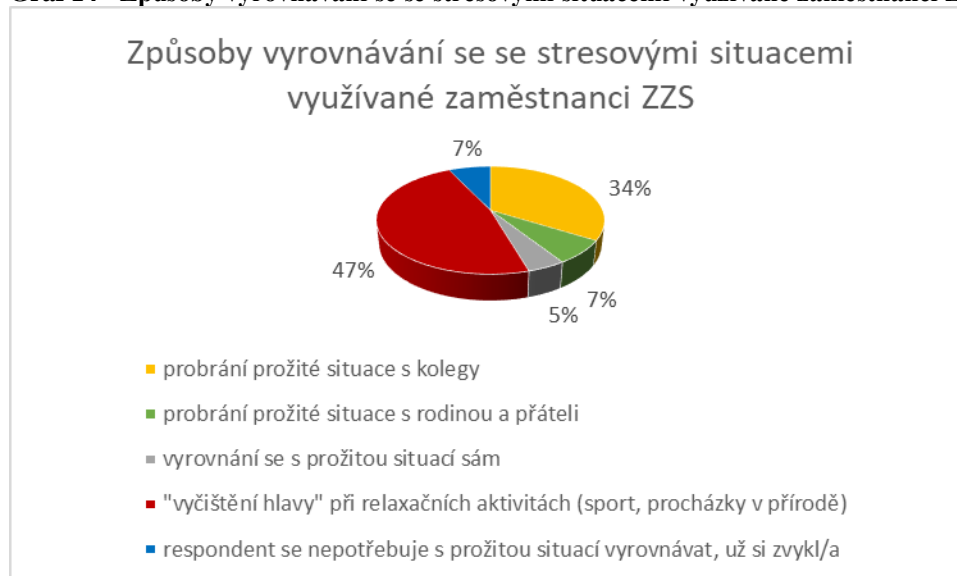


zdroj: vlastní zpracování

I to je ale poměrně vysoké procento ve srovnání s daty, která byla výše zmíněna v souvislosti s otázkami vztahujícími se k vyhledání odborné pomoci, kde byly kladné odpovědi zastoupeny minimálně. Ze zjištěných dat lze vyčíst, že defusing, který využívá dle výsledků dotazníkového šetření 137 respondentů, tj. 69 %, nepovažují zaměstnanci za odbornou pomoc, což je v souladu s jeho definicí.

Pro úplnost je nutné dodat, že na otázku č. 24 (Co vám nejvíce pomáhá při vyrovnávání se se stresovými situacemi, které zažíváte při výkonu svého povolání?), odpovědělo 94 respondentů, tj. 47 %, že jim nejvíce pomáhá „vyčistit si hlavu“ při relaxačních aktivitách, 67, tj. 34 % probrat prožitou situaci s kolegy, po 14 odpovědích, tj. 7 % měly varianty probrat prožitou situaci s rodinou a přáteli a nepotřebují se s prožitou situací vyrovnávat, už jsem si zvykl/a a 9 respondentů, tj. 4,5 % odpovědělo, že se s prožitou situací vyrovnávají sami, jak znázorňuje graf č. 14.

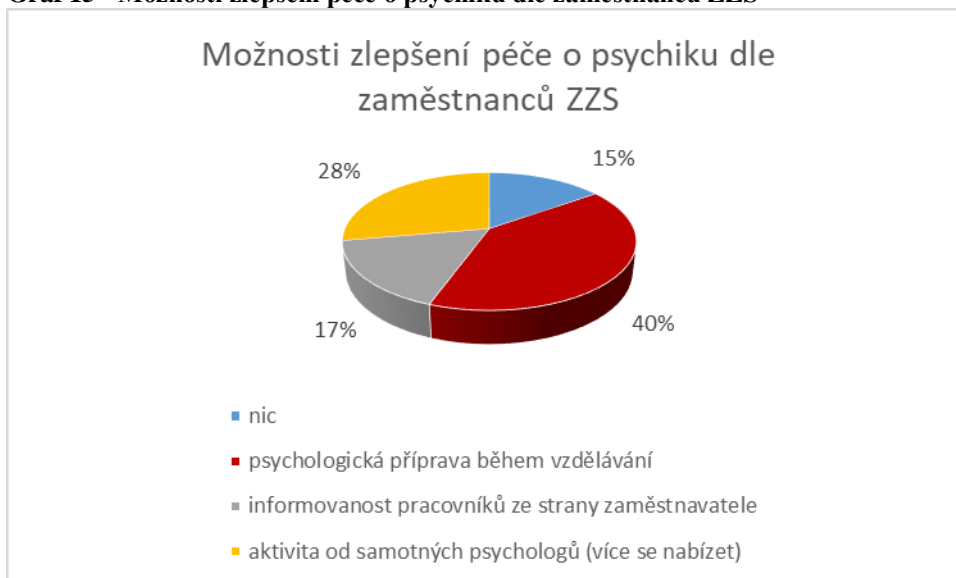
Graf 14 - Způsoby vyrovnávání se se stresovými situacemi využívané zaměstnanci ZZS



zdroj: vlastní zpracování

Závěrečná otázka dotazníku se zaměřila na možnosti zlepšení péče o psychiku zaměstnanců ZZS. Otázka byla záměrně formulována jako uzavřená s volbou jedné odpovědi, aby respondenti zvolili tu variantu, kterou považují za nejdůležitější. 80 respondentů, tj. 40 % by uvítalo kvalitní psychologickou přípravu během vzdělávání, 55 respondentů, tj. 28 % požaduje zvýšení aktivity ze strany psychologů, 33, tj. 17 % navrhuje zlepšit informovanost zaměstnanců ze strany zaměstnavatele a 30 respondentů, tj. 15 % neví o ničem, co by se v péči o psychiku zaměstnanců dalo zlepšit, což znázorňuje graf č. 15.

Graf 15 - Možnosti zlepšení péče o psychiku dle zaměstnanců ZZS



zdroj: vlastní zpracování

5 Výsledky a diskuse

V souladu s cílem práce bylo vypracováno sedm hypotéz, které se zabývaly souvislostmi mezi psychologickou přípravou zaměstnanců zdravotnické záchranné služby na stresové situace již během vzdělávání, vnímáním psychické zátěže a prožíváním krizových situací během výkonu povolání a odbornou psychologickou péčí, která je zaměstnancům ZZS poskytována.

Dotazníkovým šetřením získal autor práce odpovědi od 198 respondentů z osmi krajů České republiky. Oslovena byla všechna krajská ředitelství zdravotnické záchranné služby zřizované jednotlivými kraji a hlavním městem Prahou a také soukromá Záchraná služba Asociace samaritánů České republiky nejprve telefonicky a následně unifikovaným emailem s odkazem na dotazník a prosbou o jeho distribuci zaměstnancům. Počet respondentů byl značně ovlivněn administrativními postupy předepsanými jednotlivými krajskými ZZS a jejich ochotou zapojit se do šetření, v současné době ale pravděpodobně také enormní zátěží, které jsou již téměř rok zdravotníci vystaveni v souvislosti s pandemií covidu-19.

Složení respondentů bylo poměrně vyvážené jak z hlediska pohlaví (101 žen a 97 mužů), tak s výjimkou jedné kategorie (61 a více let) z hlediska věku. Mezi respondenty převažovali zaměstnanci, kteří pracují u ZZS dlouhodobě (36 % z nich dokonce více než 16 let), což bylo s ohledem na cíle práce velmi cenné stejně jako to, že tři čtvrtiny respondentů tvořili záchranáři, kteří se v terénu pohybují permanentně a jsou denně vystavováni stresovým situacím.

Necelá polovina respondentů absolvovala v rámci vzdělávání předměty nebo kurzy zaměřené na psychologickou přípravu pro práci u ZZS a z nich pouze necelá polovina považuje tuto přípravu na krizové situace za dostačující. Přibližně třetina respondentů vypověděla, že jim psychologická příprava pomohla během praxe při zvládnutí konkrétní krizové situace. O možnostech psychologické podpory se již během vzdělávání dozvědělo 70 % respondentů, přičemž povědomí o jednotlivých formách pomoci se značně liší. Více než 60 % respondentů je obeznámeno s činností peerů, více než třetina s činností krizových interventů v rámci krajských ZZS a necelá třetina ví o existenci SPISu. Povědomí o Lince kolegiální pomoci pro pracovníky ve zdravotnictví má pouze 5 % respondentů.

Absolutní většina respondentů vnímá své povolání jako psychicky náročné, což je doloženo tím, že téměř 70 % z nich se cítí ve své práci pod tlakem, necelých 80 % prošlo

silně traumatizujícím zážitkem a 65 % zažilo v souvislosti s výkonem povolání pocit bezmoci. Jako nejvíce traumatizující situace respondenti uvádějí případy dětí a mladých lidí spojené s jejich úmrtím, resuscitací nebo těžkým zraněním, následují těžké autonehody s větším množstvím zraněných nebo mrtvých, třetí nejčastěji zmiňovanou situací jsou výjezdy ke kolegům, příbuzným a známým. Zaměstnanci ZZS vnímají jako velmi stresující i pocit bezmoci, a to jak v případech mladých, tak starých lidí, komunikaci s vystrašenou rodinou, zvláště při resuscitaci pacienta, a sebevraždy, opět především u mladých lidí, ale také vypjaté situace v terénu, které jsou často spojené s agresivitou pacienta nebo okolí. Respondenti poměrně často zmiňují jako stresující i odmítání přijetí pacienta nemocnicí.

Přestože většina respondentů uvádí, že zažívá při výkonu svého povolání stresující situace, ze zjištěných dat vyplývá, že jen menší část z nich využívá jednotlivé formy psychologické podpory. Jen 18 % respondentů někdy využilo SPIS, 11 % peera a pouze jediný respondent se obrátil na Linku kolegiální podpory pro pracovníky ve zdravotnictví. Jistě stojí za úvahu, proč nejsou tyto služby využívány, ačkoliv o nich respondenti, jak vyplývá z šetření, vědí.

Podobné je to s přijetím nabízené posttraumatické intervenční péče ze strany psychologa, která byla nabídnuta 33 % respondentů, ale přijal ji pouze každý pátý z nich. Přitom jen 5 % respondentů z celkového počtu 198 uvádí, že je od nabízené podpory odradil strach z projevení slabosti a následné reakce kolegů. Navíc 95 % respondentů je přesvědčeno, že péče o psychiku zaměstnanců ZZS je nutná, což znovu vyvolává otázku, proč není profesionální pomoc využívána. Částečnou odpovědí může být to, že ji téměř polovina respondentů nevnímá jako dostačující. Šetření navíc dokládá, že téměř 70 % respondentů využívá metodu defusingu, lze tedy říci, že si „vystačí“ s pomocí kolegů, kteří se účastnili zásahu. Z dalších dat vyplývá, že respondentům při vyrovnávání se se stresovými situacemi nejvíce pomáhají soukromé relaxační aktivity nebo rozbor prožité situace s kolegy.

Testované hypotézy pak nabídly některá zajímavá zjištění. U druhé hypotézy se neprokázala souvislost mezi informacemi získanými o SPISu během vzdělávání a jeho využitím při prožití traumatizující situace, přičemž z první testované hypotézy vyplývá vysoce pravděpodobná souvislost mezi prožitím silně traumatizujícího zážitku a využitím SPISu, i když se statisticky nepodařilo přímo prokázat (p-hodnota činila 0,068257). Z

těchto výsledků je tedy zřejmé, že zaměstnanci ZZS se sice o existenci a činnosti SPISu nedozvědí během vzdělávání, ale vzhledem k velmi pravděpodobné souvislosti jsou o něm nejspíše informováni až během výkonu povolání u ZZS. V této souvislosti je poměrně překvapující zjištění v rámci sedmé hypotézy, kde nebyla prokázána statisticky významná závislost mezi vnímáním potřebnosti péče o psychiku zaměstnance ZZS a prožitím silně traumatizujícího zážitku, přestože výše zmiňovaná hypotéza naznačuje s velkou pravděpodobností souvislost mezi prožitím silně traumatizující situace a využitím podpory nabízené v rámci SPISu.

Další zajímavý výsledek prokázalo testování třetí hypotézy, kde nebyla statisticky prokázána souvislost mezi prožitím silně traumatizujícího zážitku a následným využitím defusingu. Toto zjištění ale koliduje s absolutní četností odpovědí, neboť téměř 70 % respondentů uvedlo, že defusing využívá. Nemohlo přitom dojít k jakékoli záměně, neboť v dotazníku byla tato metoda stručně popsána.

U dalších dvou testovaných hypotéz se naopak souvislost zkoumaných jevů potvrdila. Podle čtvrté testované hypotézy existuje souvislost mezi prožitím silně traumatizujícího zážitku a výskytem posttraumatické stresové poruchy, stejně jako se projevila souvislost mezi pocitem bezmoci, který zažívají zaměstnanci ZZS při výkonu svého povolání, a výskytem syndromu vyhoření, což testovala pátá hypotéza. S ohledem na psychickou zátěž, kterou zaměstnanci ZZS zažívají zejména v posledním roce, nejsou tyto výsledky překvapivé. Zandifar, Karim, Qorbani a Badrfam (2020) ve své studii uvádějí, že během pandemie covidu-19 trpělo depresemi 41,7 % zdravotníků, úzkostmi 51,2 % a stres jich zažívalo 33,9 %. Pokud by se tyto nebo podobné výsledky objevily i v některé studii probíhající v České republice, bylo by vhodné zvážit intenzivnější péči o duševní zdraví českých zdravotníků včetně záchranářů.

Jako nejvíce překvapující může být vnímán výsledek hypotézy číslo šest. Neprokázala se totiž souvislost mezi pocitem zaměstnanců ZZS, že jsou při své práci pod tlakem, a vnímáním potřeby péče o psychiku. Toto zjištění koreluje i s výsledky studie Pelcáka a Chaloupky (2012), která se zabývá vztahem mezi subjektivně vnímaným distresem a syndromem vyhoření u záchranářů a která prokázala vysoké skóre nezdolnosti právě u této profesní skupiny. Přitom v absolutních číslech vychází, že 67 % respondentů se cítí při své práci pod tlakem a celých 95 % respondentů vnímá péči o psychiku zaměstnanců jako nutnou.

V souladu s jedním z dílčích cílů práce obsahoval dotazník i otázku týkající se možností zlepšení péče o psychiku zaměstnanců. 40 % respondentů považuje za nejdůležitější kvalitní psychologickou přípravu během vzdělávání, necelá třetina by uvítala větší aktivitu ze strany psychologů a necelá pětina navrhuje zlepšit informovanost o možnostech psychologické podpory ze strany zaměstnavatele.

Pelcák a Chaloupka (2012) navrhuji na základě svých zjištění další konkrétní kroky realizovatelné již v současné praxi. V rámci preventivních lékařských prohlídek, které zaměstnanci ZZS pravidelně a povinně absolvují, doporučují zařadit screeningové dotazníkové metody a s výsledky šetření následně pracovat prostřednictvím intervenčních programů zaměřených na rozvoj proaktivních strategií zvládnání stresu.

Tato navrhovaná zlepšení doplňuje autor práce na základě získaných poznatků ještě o další možnosti. Vzhledem k tomu, že zaměstnanci ZZS jsou o činnosti SPISu a peerů informováni, ale tyto služby nevyužívají, nabízí se zlepšení komunikace právě mezi nimi a jednotlivými základnami. Pro zaměstnance ZZS by mohla být nabízená pomoc vnímaná lépe, pokud by měli tzv. svého peera, jehož by znali a který by mohl doplnit službu psychologů, kteří jsou zaměstnáni přímo na ZZS. Možnost pomoci právě ze strany těchto pracovníků uvádějí někteří respondenti jako tu, o níž jsou informováni, zároveň ale z jejich strany vyžadují větší aktivitu.

S peerem, případně psychologem – zaměstnancem ZZS by bylo možné navázat lepší vztah například i v rámci teambuildingu. V uvolněnější atmosféře by bylo možné zároveň uspořádat přednášku nebo besedu o možnostech péče o psychiku zaměstnanců ZZS, případně nácvik relaxačních technik, jež by mohli zaměstnanci ZZS po prožití stresové situace využít. Součástí takové akce by mohlo být i seznámení s dalšími nabízenými možnostmi odborné psychologické podpory, kterou mohou zaměstnanci ZZS využít, například s Linkou kolegiální pomoci pro pracovníky ve zdravotnictví, která je anonymní a o jejíž existenci a činnosti absolutní většina respondentů, jak vyplývá z dotazníkového šetření, vůbec neví.

Jednou z dalších možností s přesahem k dalším složkám integrovaného záchranného systému by mohlo být společné využívání, sdílení krizových interventů, k čemuž již v některých krajích dochází. Často se totiž zásahů účastní nejen ZZS, ale také příslušníci Policie České republiky a Hasičského záchranného sboru České republiky, a prožívají tedy krizové situace společně.

Zvýšenou aktivitu by měli vyvinout samotní zaměstnavatelé, kteří by mohli v případě potřeby působit v roli jakéhosi prostředníka mezi svými zaměstnanci a SPISem. Lidský kapitál, jak je již výše uvedeno, je jednou ze základních forem kapitálu, bez níž nemůže fungovat žádná organizace, ve zdravotnictví to pak platí dvojnásob. Je tedy jednoznačně v zájmu zaměstnavatelů z důvodu zachování tohoto kapitálu poskytovat zaměstnancům potřebnou péči. Příkladem může být počínání vedení domažlické nemocnice, které pro své zaměstnance vyčerpané dlouhodobou péčí o covidové pacienty vyjednalo přímou krizovou intervenci ze strany SPISu.

Je zřejmé, že pandemie covidu-19 se nejen zmíněným příkladem péče propsala i do této práce. Ovlivnila nepochybně distribuci, ale především návratnost dotazníků, která by byla pravděpodobně za běžných okolností ještě vyšší. Zároveň je nepochybné, že rok trvající situace, kdy jsou zaměstnanci ZZS vystaveni psychické zátěži v daleko větší míře než kdy dříve, by měl být zároveň výzvou ke změně v péči o psychické zdraví nejen zaměstnanců ZZS. Jak ve své studii uvádějí Zandifar, Karim, Qorbani a Badrfam (2020), nezbytná bude péče na individuální i kolektivní úrovni, a to jak krátkodobá, tak dlouhodobá.

6 Závěr

Teoretická i praktická část diplomové práce byly zaměřeny na zaměstnance zdravotnické záchranné služby, kteří jsou při výkonu svého povolání dennodenně vystavováni psychicky náročným situacím, v současné době pravděpodobně daleko častěji než kdy dříve.

V teoretické části byly popsány krize, stres a specifika práce u zdravotnické záchranné služby, především z hlediska její psychické náročnosti, a zároveň byly podrobněji charakterizovány jednotlivé formy psychosociální podpory určené přímo zaměstnancům ZZS.

Praktická část vycházela z dotazníkového šetření, na jehož základě bylo vytvořeno a následně testováno celkem sedm hypotéz. Výsledky testování byly u některých z nich poněkud překvapivé, zvláště pokud byly konfrontovány s absolutními hodnotami, které vykazaly jednotlivé otázky dotazníku. Mezi taková překvapivá zjištění patří například prokázaná nezávislost mezi prožitím silně traumatizujícího zážitku při výkonu povolání a využitím metody defusingu, mezi prožitím silně traumatizujícího zážitku při výkonu povolání a vnímáním nutnosti péče o psychiku zaměstnanců ZZS nebo mezi pocitem zaměstnanců ZZS, že jsou při své práci pod tlakem, a vnímáním potřeby péče o jejich psychiku. Naopak se prokázala testováním hypotéz souvislost mezi prožitím silně traumatizujícího zážitku při výkonu profese a posttraumatické stresové poruchy, stejně jako mezi prožíváním pocitu bezmoci a syndromem vyhoření.

Nejen z těchto výsledků, ale i z ostatních odpovědí respondentů zcela jednoznačně vyplývá, že sami zaměstnanci ZZS vnímají své povolání jako psychicky velmi náročné, což je v praktické části doloženo i konkrétním výčtem situací, do kterých se záchranáři dostávají. Mezi ty nejnáročnější patří výjezdy k dětem, kdy je nutná resuscitace, případně dojde k úmrtí, k sebevraždám, vážným autonehodám, při kterých dochází k mnohačetným vážným zraněním, případně úmrtí účastníků nehody nebo například pocity bezmoci jak v případech mladých lidí, tak seniorů. Je jisté, že právě v posledním roce se s takovými situacemi setkávali dennodenně.

Z uvedeného zúženého výčtu je zřejmé, že se jedná o náročné situace, v nichž psychika zaměstnanců trpí. Proto bylo dotazníkové šetření zaměřeno i na povědomí o možnostech péče o psychiku zaměstnanců ZZS a využívání jejich jednotlivých forem. V těchto oblastech prokázalo šetření poměrně výrazné nedostatky. Zaměstnanci ZZS

využívají nabídek psychosociální podpory spíše sporadicky, o mnohých formách ani nemají povědomí, přitom je v zájmu zaměstnavatelů, aby o své zaměstnance pečovali co nejlépe a alespoň zčásti tak zabránili například personální nestabilitě.

V závěru praktické části tedy autor navrhuje konkrétní možnosti, jak stávající situaci zlepšit a pomoci tak zaměstnancům ZZS se zvládáním stresových situací. Oni sami projeví zájem především o kvalitní přípravu během vzdělávání, zároveň by uvítali větší angažovanost ze strany psychologů, kteří jsou zaměstnanci jednotlivých krajských ZZS a přísun informací ze strany zaměstnavatele.

Autor práce pak navrhuje další možnosti, které by mohly přispět k rozšíření péče o psychiku zaměstnanců ZZS. Patří mezi ně například zlepšení komunikace mezi peery a zaměstnanci tím, že by jednotlivé základny měly své vlastní peery. Ti by doplňovali službu psychologů, kteří by měli současně zvýšit svoji aktivitu směrem k jednotlivým zaměstnancům. Přínosem pro zlepšení komunikace by mohlo být i pořádání teambuildingových akcí, během nichž by se mohli zaměstnanci v méně formální atmosféře dozvědět důležité informace o možnostech a formách nabízené péče, blíže se seznámit s peerem nebo psychologem – zaměstnancem ZZS a zároveň případně nacvičit relaxační techniky, které by pak přispěly k rychlému znovuzískání psychické rovnováhy po prožití traumatizujícího zážitku.

Jednou z navrhovaných možností je v některých krajích již praktikované sdílení krizových interventů mezi jednotlivými složkami integrovaného záchranného systému. Ty se totiž často účastní náročných zásahů společně a sdílení pocitů i zkušeností by mohlo být prospěšné nejen pro zaměstnance ZZS, ale i pro příslušníky Policie ČR i Hasičského záchranného sboru ČR.

Aktivnější by ale jistě měli být hlavně zaměstnavatelé, jejich role v informování zaměstnanců i v organizaci případných přínosných aktivit je naprosto nezastupitelná a pandemií covidu-19, která měla a má již více než rok významný negativní vliv na práci záchranářů, ještě zesílila.

Svým zodpovědným chováním ale může přispět k dobré psychické kondici zaměstnanců zdravotnické záchranné služby každý z nás. Pokud totiž nebudou muset záchranáři vyjíždět ke zbytečným úrazům, dopravním nehodám a dalším situacím, kterým můžeme předejít, budou mít na regeneraci fyzickou i psychickou více času.

7 Seznam použitých zdrojů

Odborná literatura

ARMSTRONG, M. *Řízení lidských zdrojů*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0469-2

ARNOLD, J. *Psychologie práce: pro manažery a personalisty*. Brno: Computer Press, 2007. ISBN 978-80-251-1518-3

BALDWIN, B. A. *A paradigm for the classification of emotional crises: Implications for crisis intervention*. American Journal of Orthopsychiatry, 48, 1978. str. 538 - 551.

BAŠTECKÁ, B. *Terénní krizová práce*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0708-X

BOENISCH, E., HANEYOVÁ, M. *Stres, přehledné testy a návody, jak zvládat stres*. Brno: Books, 1998. ISBN 80-7242-015-1

CAPLAN, G. *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books, 1964.

COTTON, D. H. G. *Stress Management: An Integrated Approach to Therapy*. New York: Brunner/Mazel Publishers, 1990. ISBN 0-87630-557-5

FERJENČÍK, J. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-7367-815-9

GOLAN, N. *Treatment in Crisis Situations*. New York: The Free Press, 1978. ISBN 0-68-486389-8

HOSKOVCOVÁ, S. *Psychosociální intervence*. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1626-1

CHMELÍK, J. a kol. *Dopravní nehody*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2009. ISBN 978-80-7380-211-0

CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5326-3

LAZARUS, R. S., FOLKMAN, S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company, 1984. ISBN 0-8263-4193-9

KAST, V. *Krize a tvořivý přístup k ní. Typy životních krizí, jejich dynamika a možnosti krizové intervence*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-800-5

KEBZA, V. *Syndrom vyhoření*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-231-7

KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5

KEBZA, V. *Chování člověka v krizových situacích*. Praha: ČZU, 2009. ISBN 978-80-213-1971-4

KLIMPL, P. *Psychická krize a intervence v lékařské ordinaci*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-324-3

KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-551-3

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-774-4

MAREK, L. *Statistika pro ekonomy*. Praha: Professional Publishing, 2007. ISBN 978-80-86946-40-5

MAREŠ, J. *Sociální opora u dětí a dospívajících II*. Hradec Králové: Nucleus, 2002. ISBN 80-86225-36-4.

MAREŠ, J. *Posttraumatický rozvoj člověka*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3007-3.

NAKONEČNÝ, M. *Základy psychologie*. Praha: Academia, 1998. ISBN 80-200-1290-7

PASQUALI, E. A. *Mental Health Nursing*. St. Louis, Mosby Company, 1989. ISBN 0-8016-3578-0

PECÁKOVÁ, I. *Statistika v terénních průzkumech*. Praha: Professional Publishing, 2008. ISBN 978-80-86946-74-0.

PELCÁK, S., CHALOUPKA, J. *Psychická odolnost a subjektivně vnímaný distres u osob profesně exponovaných stresovým situacím*. Pracovní lékařství. [online]. 2012, vyd. 64, č. 2 – 3, str. 71 – 77. [cit. 23. 3. 2021]. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=2&sid=a753897b-6913-471d-94b0-9c7cf4b0ea98%40sdc-v-sessmgr01&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1lZHMtbGI2ZQ%3d%3d#AN=102258549&db=a9h>

SELYE, H. *The Stress of Life*. New York, McGraw-Hill, 1978. ISBN 0-07-056212-1

SEDLAČÍK, M., NEUBAUER, J., KŘÍŽÍK, O. *Základy statistiky*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5786-5

SVATOŠOVÁ L., KÁBA, B. *Statistické metody I*. Praha: ČZU, 2018. ISBN 978-80-213-1672-0

ŠEBLOVÁ, J. *Posttraumatická stresová porucha*. Urgentní medicína. [online]. 2000, č. 1, str. 33 – 36. [cit. 19. 12. 2020]. Dostupné z: https://urgentnimedicina.cz/casopisy/UM_2000_01.pdf

ŠEBLOVÁ, J., KNOR, J. a kol. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4434-6

ŠPATENKOVÁ, N. *Krize: Psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0888-4

ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krizová intervence pro praxi 2*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-7536-4

ŠPATENKOVÁ, N. *Krize a krizová intervence*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5327-0

ŠROBÁROVÁ, S. *Krizová intervencia v práci zdravotníkov rýchlej zdravotníckej služby a význam sociálnej opory*. *Studia Scientifica Facultatis Paedagogicae: Universitas Catholica* [online]. 2013, vyd. 12, č. 5, str. 228 – 239. [cit. 29. 12. 2020]. Dostupné z: <https://docplayer.pl/30478852-Studia-scientifica-facultatis-paedagogicae.html>

ŠROBÁROVÁ, S. *Krizová intervencia v multidisciplinárnom ponímaní v riešení vybraných akútnych sociálnych problémov*. Ružomberok: Verbum, 2016. ISBN 978-80-561-0375-3

ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, M. *Techniky osobnostního rozvoje a duševní hygieny učitele*. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-271-0470-3

TEATER, B. *An Introduction to Applying Social Work Theories and Methods*. Berkshire: Open University Press, 2010. ISBN 978-0335237784

THOM, R. *Krize a katastrofa*. In: Pechar, J. a kol. *Pojem krize v dnešním myšlení*. Praha: Filozofický ústav Československé akademie věd, 1992. ISBN 80-7007-034-X

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4

VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ A., HONZÁK, R. *Stress, eustress and distress*. Interní medicína pro praxi [online]. 2008, vyd. 10, č. 4. [cit. 22. 02. 2021]. Dostupné z: https://www.internimedicina.cz/artkey/int-200804-0009_Stres_eustres_a_distres.php

VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sestry v nouzi. Syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3174-2

VINAY, J. *Stres a zdraví*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-211-9

VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence, 4., aktualizované vydání*. Praha: Portál, 2020. ISBN 978-80-262-1704-6

VYMĚTAL, J. *Duševní krize a psychoterapie*. Hradec Králové: Konfrontace, 1995. ISBN 80-901773-4-4

VYMĚTAL, Š. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2510-9

ZACHAROVÁ, E. *Syndrom vyhoření – Riziko ohrožující zdravotnické pracovníky*. Interní medicína pro praxi [online], 2008, vyd. 10, č. 1, str. 41 – 42 [cit. 5. 1. 2021]. Dostupné z: www.internimedicina.cz/artkey/int-200801-0010_Syndrom_vyhoreni-riziko_ohrozujici_zdravotnicke_pracovniky.php

ZANDIFAR, A., KARIM, H., QORBANI, M., BADRFAM, R. *Mental Health Care for Medical Staff in Iran during the COVID-19 Pandemic; Different Performance in Alborz Province*. Iranian Journal of Psychiatry [online], 2020, vyd. 15, č. 3, str. 243 – 247 [cit. 18. 3. 2021]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/343301459_Mental_Health_Care_for_Medical_Staff_in_Iran_during_the_COVID-19_Pandemic_Different_Performance_in_Alborz_Province/link/5f5a02ee4585154dbbc41b12/download

Ostatní zdroje

FRANĚK, O. *Systém zdravotnické záchranné služby v ČR*. [online], nedatováno. [cit. 7. 1. 2021]. Dostupné z: www.zachrannasluzba.cz/system-zzs-v-cr/

Linkos.cz. *Peer program psychosociální podpory zdravotnickým pracovníkům*. [online], 28. 4. 2016. [cit. 9. 1. 2021]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/peer-program-psychosocialni-podpory-zdravotnickym-pracovnikum/>

Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Metodické doporučení pro poskytování psychosociální podpory ve zdravotnictví*. [online], nedatováno. [cit. 13. 1. 2021]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/17753/38443/MD%20SPIS.pdf>

Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Linka kolegiální podpory pro pracovníky ve zdravotnictví*. [online], 28. 10. 2020. [cit. 8. 2. 2021]. Dostupné z: <https://koronavirus.mzcr.cz/linka-kolegialni-podpory-pro-pracovniky-ve-zdravotnictvi/>

Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Zpráva o aktivitách SPIS za rok 2020*. [online], 3. 2. 2021. [cit. 13. 2. 2021]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/zprava-o-aktivitach-spis-za-rok-2020/>

PRAŽSKÝ, B. *Pracovní režim a jeho vliv na pozornost záchranáře*. Zdraví.Euro.cz [online], 9. 12. 2013. [cit. 27. 1. 2021]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/pracovni-rezim-a-jeho-vliv-na-pozornost-zachranare-473294>

SLABÝ, M. *Organizace a financování ZZS v České republice*. [online], nedatováno. [cit. 2. 2. 2021]. Dostupné z: www.azzs.cz/data/web/old_data/doc/ostatni/07%20-%20slab%c3%bd.pdf

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách [online]. [cit. 16. 1. 2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě [online]. [cit. 16. 1. 2021].
Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-374>

ZZS Středočeského kraje. *Systém psychosociální intervenční služby ve zdravotnictví v naší ZZS*. [online], nedatováno. [cit. 8. 1. 2021]. Dostupné z: <https://www.uszssk.cz/spis/>

8 Přílohy

Příloha č. 1 – Dotazník

Příloha č. 2 – Typy nadlimitně psychicky zatěžujících událostí

Příloha č. 1

DOTAZNÍK

Část I.

1. Pohlaví:
 - a) muž
 - b) žena

2. Věk:
 - a) 20 – 30
 - b) 31 – 40
 - c) 41 – 50
 - d) 51 – 60
 - e) 61 a víc

3. Jak dlouho působíte u zdravotnické záchranné služby?
 - a) 0 – 5
 - b) 6 – 10
 - c) 11 – 15
 - d) 16 a víc

4. Na které pozici u ZZS pracujete?
 - a) lékař
 - b) záchranář
 - c) řidič

5. Zřizovatel:
 - a) kraj
 - b) soukromá záchranná služba

6. V jakém kraji je Vaše výjezdové stanoviště?
 - a) hlavní město Praha
 - b) Středočeský
 - c) Královéhradecký
 - d) Pardubický
 - e) Liberecký
 - f) Ústecký
 - g) Karlovarský
 - h) Plzeňský
 - i) Jihočeský
 - j) Vysočina
 - k) Jihomoravský
 - l) Zlínský
 - m) Olomoucký
 - n) Moravskoslezský

7. Stupeň vzdělání (nejvyšší, případně více odpovědí):
- a) střední škola
 - b) vyšší odborná škola
 - c) vysoká škola
 - d) kurz pro řidiče ZZS
8. Absolvoval/a jste v rámci vzdělávání předměty (kurzy) zaměřené na psychologickou přípravu pro práci u ZZS?
- a) ano
 - b) ne
9. Pokud ano (odpověď u předchozí odpovědi), byla podle Vás psychologická příprava na krizové situace dostačující?
- a) ano
 - b) ne
10. Pomohla Vám psychologická příprava (v rámci vzdělávání) v pozdější praxi / v nějaké konkrétní situaci?
- a) ano
 - b) ne
11. Dozvěděl/a jste se v průběhu vzdělávání o možnostech psychologické pomoci při prožití traumatizující situace?
- a) ano
 - b) ne
12. Pokud ano (odpověď na předcházející otázku), o jakých?
-

Část II.

13. Cítíte se při Vaší práci pod tlakem?
- a) ano
 - b) ne
14. Prošel/a jste někdy v zaměstnání silně traumatizujícím zážitkem?
- a) ano
 - b) ne
15. Máte někdy v souvislosti s Vaším povoláním pocit bezmoci?
- a) ano
 - b) ne

16. Jaké situace jsou pro Vás nejvíce psychicky náročné? Zkuste je stručně charakterizovat (např. úmrtí mladého člověka, dítěte, sebevražda, vážná autonehoda apod.)
-
17. Máte pocit, že Vaše profese negativně ovlivňuje Váš soukromý život?
- a) ano
 - b) ne
18. Objevila se u Vás někdy posttraumatická stresová porucha?
- a) ano
 - b) ne
19. Pokud ano (odpověď na předcházející otázku), vyhledal/a jste poté odbornou pomoc?
- a) ano
 - b) ne
20. Objevil se u Vás někdy syndrom vyhoření?
- a) ano
 - b) ne
21. Pokud ano (odpověď na předcházející otázku), vyhledal/a jste odbornou pomoc?
- a) ano
 - b) ne
22. Využíváte při práci DEFUSING (tj. spontánní, uklidňující probírání prožité traumatizující události s kolegy bezprostředně po ní)?
- a) ano
 - b) ne
23. Využíváte při práci DEBRIEFING (tj. rozebíráte s odborníkem/psychologem a kolegy své reakce v konkrétní prožité stresové situaci s několikahodinovým odstupem od ní)?
- a) ano
 - b) ne
24. Co Vám nejvíce pomáhá při vyrovnávání se se stresovými situacemi, které zažíváte při výkonu svého povolání?
- a) probrat prožitou situaci s kolegy
 - b) probrat prožitou situaci s rodinou a přáteli
 - c) vyrovnat se s prožitou situací sám
 - d) „vyčistit si hlavu“ při relaxačních aktivitách (sport, procházky v přírodě)
 - e) nepotřebujete se s prožitou situací vyrovnávat, už jste si zvykl/a

25. Využil/a jste někdy Systému psychosociální intervenční služby (SPIS)?
- a) ano
 - b) ne
26. Využil/a jste někdy služeb peera?
- a) ano
 - b) ne
27. Využil/a jste někdy Linku kolegiální podpory pro pracovníky ve zdravotnictví?
- a) ano
 - b) ne
28. Byla Vám někdy nabídnuta posttraumatická intervenční péče (kontaktoval Vás psycholog)?
- a) ano
 - b) ne
29. Pokud ano (odpověď na předcházející otázku), přijal/a jste ji?
- a) ano
 - b) ne
30. Odradil Vás od vyhledání nebo přijetí odborné pomoci (využití PEERa, psychologa) strach z projevení slabosti a následné reakce kolegů?
- a) ano
 - b) ne
31. Je podle Vás péče o psychiku pracovníků ZZS nutná?
- a) ano
 - b) ne
32. Je podle Vás péče o psychiku pracovníků ZZS dostačující?
- a) ano
 - b) ne
33. Co by se podle Vás dalo v oblasti péče o psychiku pracovníků ZZS zlepšit?
- a) nic
 - b) psychologická příprava během vzdělávání
 - c) informovanost pracovníků ze strany zaměstnavatele
 - d) aktivita od samotných psychologů (více se nabízet záchranářům)

Příloha č. 2

TYPY NADLIMITNĚ PSYCHICKY ZATĚŽUJÍCÍCH UDÁLOSTÍ, při kterých může být poskytnuta peer podpora

- vážná poranění, onemocnění či smrt dítěte,
- péče o extrémně nezralého novorozence,
- úmrtí rodičky, porod mrtvého plodu,
- vážné onemocnění, zranění či úmrtí kolegy,
- hromadné neštěstí,
- tragická událost,
- péče o kriticky nemocného pacienta, kontakt s příbuznými,
- neúspěšná kardiopulmonální resuscitace/záchrana mladého pacienta,
- úmrtí pacienta během operace,
- sebevražda pacienta nebo pokus o ní,
- mobbing/bossing na pracovišti,
- nehody s množstvím obětí, extrémně devastované oběti,
- úmrtí či vážné zranění kolegů nebo blízkých osob,
- zásah/ošetřování u osoby blízké,
- nezdařený pokus o záchranu spojený s pocity bezmoci,
- dopravní nehoda posádky zdravotnické záchranné služby,
- napadení zdravotníka při výkonu práce, kontakt s pozůstalými,
- péče o dlouhodobě nemocného pacienta, kontakt s příbuznými,
- péče o agresivního pacienta,
- ohrožení vlastního zdraví, či života zdravotníka při práci,
- péče o pachatele závažného trestného činu,
- událost s nadměrným zájmem médií,
- profesní pochybení, selhání zdravotníka,
- stížnost podaná pacientem/příbuzným.

Zdroj: Metodické doporučení pro poskytování psychosociální podpory ve zdravotnictví Ministerstva zdravotnictví ČR