

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra výchovy ke zdraví

**Zdravotně edukační a intervenční program u pracovníků IZS  
v prevenci syndromu vyhoření ve spolupráci se Zdravotnickou  
záchrannou službou Jihočeského kraje**

Bakalářská práce

Autor: Božena Uhlířová

Studijní program: Specializace v pedagogice

Studijní obor: Výchova ke zdraví

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Milada Krejčí, CSc.

České Budějovice, duben 2010

University Of South Bohemia in České Budějovice

Faculty of Education

Department of Health Education

**The health educational and interventional programme of the  
integrated emergency system employees for the burnout prevention  
administered in co-operation with the Pre-hospital Emergency Care  
and Emergency Service in the South Bohemian Region**

Bachelor Thesis

Author: Božena Uhlířová

Study programme: Specialization in Education

Field of Study: Health Education

Supervisor: Assoc. Prof. Milada Krejčí, PhD.

České Budějovice, April 2010

## **Bibliografická identifikace**

**Jméno příjmení autora:** Božena Uhlířová

**Název bakalářské práce:** Zdravotně edukační a intervenční program u pracovníků IZS v prevenci syndromu vyhoření ve spolupráci se Zdravotnickou záchrannou službou Jihočeského kraje

**Studijní obor:** Výchova ke zdraví

**Pracoviště:** Katedra výchovy ke zdraví, Pedagogická fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

**Vedoucí bakalářské práce:** doc. PaedDr. Milada Krejčí, CSc.

**Rok obhajoby:** 2010

## **Abstrakt:**

V bakalářské práci je proveden rozbor literatury v dané problematice spolu s výčtem zdrojů emočních problémů a zátěží přecházejících až do syndromu vyhoření u pracovníků IZS se zaměřením na profesi zdravotnického záchranáře. Je vytvořen zdravotně edukační a intervenční program a zrealizován ve Zdravotnické záchranné službě Jihočeského kraje. Program obsahuje tři moduly: Dýchání a umění relaxovat, Jóga a masáže a Výživová doporučení. Ve zdravotně edukačních a intervenčních jednotkách programu jsou sestaveny pohybové techniky, relaxace, masáže a výživová doporučení tak, aby působily na zdravotnické záchranáře jak preventivně, tak terapeuticky po jejich každodenní fyzicky i psychicky náročné práci nebo po zdravotním ohrožení způsobeném akutní reakcí na stres nebo posttraumatické stresové poruše či syndromu vyhoření. Hlavním cílem práce je zhodnocení přínosu mého programu s doporučením využití v posttraumatické intervenční skupině odborníků zaměřené na psychosociální péči pracovníků. Vlivem zdravotně edukačního a intervenčního programu poklesla u záchranářů únava, dosáhli celkového zklidnění a cítili se lépe.

**Klíčová slova:** zdraví, zdravý životní styl, výchova ke zdraví, profesionální záchranáři, stres, syndrom vyhoření.

## **Bibliographic Identification**

**Name of the author:** Božena Uhlířová

**Title of the thesis:** The health educational and interventional programme of the integrated emergency system employees for the burnout prevention administered in co-operation with the Pre-hospital Emergency Care and Emergency Service in the South Bohemian Region.

**Field of study:** Health Education

**Department:** Department of Health Education, Faculty of Education, University of South Bohemia, České Budějovice

**Supervisor:** Assoc. Prof. Milada Krejčí, PhD.

**Year of the presentation:** 2010

### **Abstract:**

There is the analysis of the literature on the topic of the researched issue, along with the listing of sources of emotional problems and of the burden, proceeding to the burnout of the Integrated emergency system employees, with the special emphasis on the profession of emergency workers. The health educational and interventional programme has been realized in the Pre-hospital Emergency Care and Emergency Service in the South Bohemian Region. The programme consists of three modules: Breathing and the art of relaxing, Yoga and massage, Nutritional recommendations. The motion techniques, relaxation, massage and nutritional recommendations are created to work both preventively and therapeutically on the emergency workers in the medical educational units. These techniques are used after physically and mentally exhaustive work or after health threats, which are caused by the acute stress-reaction or posttraumatic stress disorder or burnout. The main objective is to evaluate the benefits of programme with the recommendation of the usage in the post traumatic stress intervention group of experts. This material is focused on the psychosocial care of the emergency workers. Tiredness of the emergency workers have decreased thanks to this health educational and interventional programme, they have become calm and they have felt better.

**Keywords:** health, health life style, health Education EMS professionals, Stress, Burnout syndrome.

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma „Zdravotně edukační a intervenční program u pracovníků IZS v prevenci syndromu vyhoření ve spolupráci se Zdravotnickou záchrannou službou Jihočeského kraje“ jsem vypracovala samostatně s použitím pramenů a literatury uvedených v referenčním seznamu.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích, dne 23. dubna 2010

Božena Uhlířová

Děkuji vedoucí bakalářské práce, paní doc. PaedDr. Miladě Krejčí, CSc., za odborné vedení a ochotu pomoci při zpracování bakalářské práce. Mé poděkování též patří týmu zdravotnických záchranářů pod vedením Bc. Radky Krygarové, staniční sestry Zdravotnické záchranné služby pro Jihočeský kraj, za vstřícnou práci v naší skupině vytvořené za účelem výzkumné části mé práce.

## OBSAH

<b>1. ÚVOD</b> .....	9
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b>	
<b>2. OBSAHOVÁ ANALÝZA LITERÁLNÍCH ZDROJŮ</b> .....	11
2.1 Integrovaný záchranný systém (IZS) v Jihočeském kraji.....	11
2.2 Systém Zdravotnické záchranné služby v Jihočeském kraji .....	12
2.2.1 Historie přednemocniční neodkladné péče v regionu Českých Budějovic a na území Jihočeského kraje do roku 2009 .....	15
2.2.2 Pracovníci Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje se zaměřením na pracovní pozici zdravotnický záchranář .....	17
2.3 Vymezení pojmu syndromu vyhoření .....	19
2.3.1 Syndrom vyhoření u zdravotnických záchranářů .....	24
2.3.2 Zdroje emočních problémů a zátěže .....	25
2.3.3 Možnosti prevence syndromu vyhoření .....	26
2.3.4 Poznatky „Critical Incident Stress Management (CISM) při světové asociaci pro urgentní a katastrofickou medicínu (WADEM)“ .....	30
<b>VÝZKUMNÁ ČÁST</b>	
<b>3. CÍLE A ÚKOLY</b> .....	34
3.1 Cíl práce.....	34
3.2 Úkoly práce.....	34
3.3 Odborné otázky.....	35
<b>4. METODIKA</b> .....	36
4.1 Charakteristika souboru .....	36
4.1.1 Kazuistika zkoumaných osob.....	37
4.1.2 Organizace výzkumného šetření.....	38
4.2. Použité metody.....	39
4.2.1 Diagnostické metody .....	39
4.2.1.1 Dotazníkové šetření.....	39
4.2.1.2 Strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami .....	39
4.2.2 Intervenční metoda – Zdravotně edukační a intervenční program .....	40

<b>5. VÝSLEDKY A DISKUSE</b> .....	49
5.1 Výsledky a diskuse k dotazníkovému šetření.....	49
5.1.1 Výsledky a diskuse ke strukturovanému rozhovoru s otevřenými otázkami .....	63
5.1.2 Výsledky a diskuse k provedení zdravotně edukačního a intervenčního programu.....	65
<b>6. ZÁVĚRY A DOPORUČENÍ PRO PRAXI</b> .....	68
6.1 Doporučení a vize blízké budoucnosti .....	71
6.2 Doporučení pro posttraumatickou intervenční skupinu odborníků zaměřenou na psychosociální péči pracovníků zdravotnické záchranné služby .....	72
<b>7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ</b> .....	73
<b>8. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK</b> .....	76
<b>9. PŘÍLOHY</b> .....	77
Příloha 1 Dotazník	
Příloha 2 Zdravotně edukační a intervenční program s popisem jógových cvičení a ásan	



## 1. ÚVOD

Zdravotnická záchranná služba je hlavní složkou integrovaného záchranného systému. V bakalářské práci se zaměřím na náročnost práce zdravotnického záchranáře. Výchozím rozhodnutím k mému výběru byla moje zkušenost z personální práce na Zdravotnické záchranné službě Jihočeského kraje. Ve spolupráci se Zdravotnickou záchrannou službou Jihočeského kraje se chci zabývat profesí záchranáře a proniknout k jeho celostnímu přístupu. Jaké jsou jeho postoje, názory, výkonnost, motivace, pohled na zdravý životní styl i emoce a vztah mezi jeho imunitním systémem a stresovými situacemi, kde je vysoký předpoklad vzniku syndromu vyhoření. Reálná rizika u záchranářů jsou kumulovaný stres, faktor bezmoci, kontakt v terénu a vlastní ohrožení. Dopady práce záchranářů jsou hrozící burnout, riziko profesního selhání, výskyt závislostí (alkohol, léky, drogy), posttraumatické jevy a psychosomatické obtíže. V úvodu teoretické části je výčet předpokladů pro výkon funkce zdravotnického záchranáře, zdravotní tělesné a osobnostní způsobilosti a jeho odolnosti z hlediska výkonu dané profese. V odborné literatuře vyhledám a nastuduji činnost celého integrovaného záchranného systému, historii zdravotnické záchranné služby včetně jejích úkolů v rámci své hlavní činnosti i činnosti v krizovém havarijním a obranném plánování, kde je ochrana života nedílnou součástí Bezpečnostní strategie ČR. Základem mé bakalářské práce bude zdravotně edukační a intervenční program, který bude cíleně sestaven na základě výčtu fyzických, psychických i sociálních zátěží, kterým je zdravotnický záchranář každodenně vystavován v rámci své profese. Cílem je vytvoření preventivních a následných opatření pro udržení osobnostních předpokladů záchranářů včetně jejich prevence při akutní reakci na stres, posttraumatické stresové poruše a syndromu vyhoření. Na základě obsahové analýzy české a zahraniční odborné časopisecké a knižní literatury vztahující se k tématu a z ověřených internetových zdrojů spolu s poznatky Critical Stress Management (CISM) při světové asociaci pro urgentní a katastrofickou medicínu (WADEM) si stanovím cíle, úkoly a odborné otázky mé práce. V dílčích kapitolách teoretické části vysvětlím syndrom vyhoření v mezinárodním kontextu od vzniku až po prevenci včetně současných preventivních psychosociálních programů. Spolu se získanými poznatky a se svými vědomostmi ze studia oboru Výchovy ke zdraví, pod odborným vedením s vedoucí práce, zpracuji intervenční metodu do výzkumné části a to vytvoření zdravotně edukačního a

intervenčního programu pro zdravotnické záchranáře. Dále vyhotovím kazuistiku experimentální skupiny. Použiji diagnostické metody jako je dotazníkové šetření a strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami.

Cílem mé práce je porovnání odpovědí z dotazníkového šetření před aplikací zdravotně edukačního intervenčního programu a po něm. Jako dílčí cíle je stanoveno zhodnocení přínosu po absolvování programu v prevenci syndromu vyhoření u zdravotnických záchranářů. Dalším cílem je porovnání výstupních hodnot dotazníkového šetření u žen a mužů. Posledním dílčím cílem je monitorování odpovědí strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami před a po aplikaci programu. V odborných otázkách předpokládám, že po aplikaci dvanáctidílného zdravotně edukačního a intervenčního programu dojde ke snížení příznaků syndromu vyhoření, poklesnou nepříznivé průvodní jevy, dostaví se zlepšení a zvýší se subjektivní spokojenosti s kvalitou života. Dále předpokládám, že z dotazníkového šetření vyplyne výraznější zlepšení u mužů oproti ženám. Poslední můj předpoklad je, že poznatky ze zdravotně edukačního a intervenčního programu záchranáři zahrnou v závěrečném strukturovaném rozhovoru s otevřenými otázkami.

Po realizaci zdravotně edukačního a intervenčního programu, složeného ze tří modulů: Dýchání a umění relaxovat, Jógy a masáže a Výživových doporučení, bude provedené znovu stejné dotazníkové šetření a po druhé proběhne stejný strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami. Ve výsledcích a diskuzích bude porovnána míra zlepšení u zdravotnických záchranářů s doporučením využití zdravotně edukačního a intervenčního programu v posttraumatické intervenční skupině odborníků zaměřené na psychosociální péči pracovníků ve Zdravotnické záchranné službě Jihočeského kraje.

## **2. OBSAHOVÁ ANALÝZA LITERÁLNÍCH ZDROJŮ**

### **2.1 Integrovaný záchranný systém (IZS) v Jihočeském kraji**

Integrovaný záchranný systém je systém určený pro koordinovaný postup jeho složek při přípravě na mimořádné události, při provádění záchranných prací a likvidačních prací. Vznikl jako potřeba spolupráce zdravotníků, hasičů, policie a dalších složek, zejména při složitých haváriích, nehodách, živelních pohromách, mimořádných situacích a krizových stavech, kdy je nezbytně nutné organizovat společnou činnost všech, kdo mohou svými silami a prostředky, kompetencemi nebo jinými možnostmi přispět k záchraně osob, zvířat, majetku nebo životního prostředí. IZS má pravidla spolupráce a koordinace záchranných a bezpečnostních složek, orgánů státní správy a místní samosprávy, fyzických a právnických osob při společném provádění záchranných a likvidačních prací a přípravě na mimořádné události. Nikdo nesmí být opomenut, kdo pomoci může a vzájemně si nikdo nesmí překážet. Je to nesnadný úkol, který vyžaduje přesná pravidla a koncepční systémový přístup. IZS se provádí se ve smyslu zákona číslo č. 239/2000 Sb., o integrovaném systému a o změně některých zákonů (PARLAMENT ČR, 2000, on-line)

Patří mezi základní zákony a další právní předpisy při sestavování havarijního a krizového plánování a řízení Jihočeského kraje. Základní složky IZS jsou Hasičský záchranný sbor České republiky a jednotky požární ochrany, Zdravotnická záchranná služba a Policie České republiky. Základními složkami IZS v jižních Čechách jsou:

- Hasičský záchranný sbor Jihočeského kraje (dále jen HZS JčK)
- Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje (dále jen ZZS JčK)
- Policie ČR, Správa Jihočeského kraje.

Mezi ostatní složky IZS patří vyčleněné síly a prostředky ozbrojených sil, ostatní ozbrojené bezpečnostní sbory (např. městská policie), ostatní záchranné sbory, orgány ochrany veřejného zdraví, havarijní, pohotovostní, odborné a jiné služby, zařízení civilní ochrany, neziskové organizace a sdružení občanů, která lze využít k záchranným a likvidačním pracím, např. horská služba a Vodní záchranná služba Českého červeného kříže, Člověk v tísni, ADRA a jiné (SPÁLENKOVÁ, KRIZOVÉ ŘÍZENÍ JIHOČESKÉHO KRAJE, 2009, on-line).

## 2.2 Systém zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje

Zdravotnická záchranná služba poskytuje odbornou přednemocniční neodkladnou péči (dále jen „PNP“) v život ohrožujících stavech a při onemocněních, která by mohla bez včasné a náležité terapie vést k závažnému poškození zdraví, popřípadě k smrti postiženého. Je to služba garantovaná státem, hrazená ze státního rozpočtu a zdravotního pojištění. Systém zdravotnické záchranné služby je koncipován na principu návaznosti a doplňování možností jednotlivých úrovní poskytujících PNP a na principu plošného pokrytí celého území ČR do 15 minut. Toto je označováno jako základní úroveň poskytnutí pomoci v nouzi v resortu zdravotnictví.



Obr. 1 Vozy záchranné služby Jihočeského kraje (obdélníky na vozech - specifické označení pro ZZS Jihočeského kraje (Výroční zpráva ZZS Jihočeského kraje, 2008, s 1, on-line).

Základním právním předpisem je Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 434/1992 Sb., o zdravotní záchranné službě („dále jen ZZS“) ve znění pozdějších předpisů. Přednemocniční neodkladná péče je péče o postižené na místě vzniku jejich úrazu nebo náhlého onemocnění a během jejich dopravy k dalšímu odbornému ošetření a při jejich předání do zdravotnického zařízení poskytovaná při stavech, které:

- a) bezprostředně ohrožují život postiženého,
- b) mohou vést prohlubováním chorobných změn k náhlé smrti,
- c) způsobí bez rychlého poskytnutí odborné první pomoci trvalé chorobné změny,
- d) působí náhlé utrpení a náhlou bolest,

e) působí změny chování a jednání postiženého, ohrožují jeho samotného nebo jeho okolí.

Zdravotnická záchranná služba nepřetržitě zabezpečuje, organizuje a řídí prostřednictvím jednotného spojového systému:

- a) kvalifikovaný příjem, zpracování a vyhodnocení tísňových výzev a určení nejvhodnějšího způsobu poskytování přednemocniční neodkladné péče,
- b) poskytování nebo zajištění přednemocniční neodkladné péče na místě vzniku úrazu nebo náhlého onemocnění, při dopravě postiženého a při jeho předávání ve zdravotnickém zařízení odborně způsobilém k poskytování zdravotní péče při stavech uvedených v § 1 odst. 2,
- c) dopravu raněných, nemocných a rodiček v podmínkách přednemocniční neodkladné péče mezi zdravotnickými zařízeními,
- d) dopravu související s plněním úkolů transplantačního programu,
- e) dopravu raněných a nemocných v podmínkách přednemocniční neodkladné péče ze zahraničí do České republiky,
- f) přednemocniční neodkladnou péči při likvidaci zdravotních následků hromadných neštěstí a katastrof,
- g) koordinaci součinnosti s praktickými a žurnálními lékaři a s lékařskou službou první pomoci,
- h) rychlou přepravou odborníků k zabezpečení neodkladné péče do zdravotnických zařízení, které jimi nedisponují, popřípadě léků, krve a jejích derivátů a biologických materiálů nezbytně potřebných k dalšímu poskytování již zahájené neodkladné péče,
- i) součinnost s hasičskými záchrannými sbory krajů a operačními a informačními středisky integrovaného záchranného systému (LOM, MZ ČR, 1992, on-line).

Příspěvková organizace Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje („dále jen ZZS JčK“) vznikla ke dni 1.7.2005 sloučením příspěvkových organizací Zdravotnické záchranné služby na území kraje. Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje je zřízena Jihočeským krajem jako samostatná příspěvková organizace tvořící jednotný funkční, organizační a hospodářský celek s právní subjektivitou. ZZS JčK vystupuje v právních vztazích svým jménem a nese odpovědnost z nich vyplývající. Statutárním orgánem ZZS JčK oprávněným jednat jejím jménem ve všech věcech je ředitel. Jmenuje

ho a odvolává Rada Jihočeského kraje. Ředitelem Zdravotnické záchranné služby pro Jihočeský kraj je MUDr. Marek Slabý.

Základním úkolem Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje je poskytovat obyvatelstvu zdravotní péči a služby v souladu s koncepcí přednemocniční neodkladné péče.

Další úkoly Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje jsou:

- koordinace všech článků PNP ve spádové oblasti,
- provozování výjezdových skupin rychlé lékařské pomoci, rychlé zdravotnické pomoci, skupin rendez-vous a letecké záchranné služby na území Jihočeského kraje,
- zajišťování součinnosti v rámci integrovaného záchranného systému,
- další činnosti související se zajišťováním přednemocniční neodkladné péče,
- provozování ordinací lékařské služby první pomoci,
- provozování Protialkoholní záchytné stanice a akutní detoxikační jednotky pro děti a dorost,
- zajišťování součinnosti se zdravotnickými zařízeními praktických lékařů,
- na základě akreditace MZ ČR zabezpečení dalšího vzdělávání a doškolování pracovníků v oblasti přednemocniční neodkladné péče.

Zdravotnická záchranná služba poskytuje odbornou zdravotní péči v těchto oborech:

Záchranná služba

Výjezdové skupiny rychlé lékařské pomoci (RLP)

Výjezdové skupiny rychlé zdravotnické pomoci (RZP)

Výjezdové skupiny rendez-vous (RV)

Posádka letecké záchranné služby (LZS)

Protialkoholní záchytná stanice (PZS) a akutní detoxikační centrum (ADS)

Lékařská služba první pomoci (LSPP)

Lékařská služba první pomoci pro děti a dorost

Lékařská služba první pomoci pro dospělé

Zubní lékařská služba první pomoci (pouze pracoviště Tábor)

ZZS JčK jako poskytovatel odborné přednemocniční neodkladné péče plní navíc i úkoly dle krizového, havarijního a obranného plánování odvíjeného od Ústavního zákona č.110/1998 Sb., O bezpečnosti České republiky. Tyto úkoly plní s ohledem na skutečnost, že ochrana života je nedílnou součástí Bezpečnostní strategie ČR.

Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje má celkem 25 výjezdových míst, včetně výjezdového místa sídlícího v prostorách Jaderné elektrárny Temelín. Výjezdové místo Frymburk je obsazeno personálem společnosti TRANS HOSPITAL, která je soukromým provozovatelem záchranné služby (SLABÝ, VÝROČNÍ ZPRÁVA ZZS JčK, 2008, on-line).

### **2 2.1 Historie přednemocniční neodkladné péče v regionu Českých Budějovic a na území Jihočeského kraje do roku 2009**

Začátek záchranné služby v Českých Budějovicích, jak je uvedeno ve Výroční zprávě ZZS JčK (2005), je okolo roku 1923, kdy vznikl Dobrovolný zdravotní sbor založený Václavem Bitzanem. Dopravu nemocných prováděl v té době jediný vůz s koňským potahem, který ohlašoval jízdu tak, že výrazně troubil. V dubnu roku 1924 koupila obec za 122.000,- Kč první sanitní automobil značky Laurin-Klement. Pozdější záchranná stanice města České Budějovice byla nejprve vázána na místní hasičský sbor, který jí vybavoval. Původně sídlila v zadním traktu radnice s výjezdem do České ulice v bývalé stanici koněspřežky. Ve 2. světové válce byl ve městě zřízen lazaret a Záchraná stanice se podílela na likvidaci zdravotních problémů. Německá armáda, která zde sídlila, měla však svoji „svozovnu“, jednotku pro svoje složky. Na konci války, po bombardování, jí byl zkonfiskován majetek a materiál, který po ní zůstal, zejména obvazový, byl využíván Záchranou stanicí ještě dlouho po válce. Po 2. světové válce řídil Záchranou stanicí magistrát města s tím, že pokračoval v modelu práce z 1. republiky. V roce 1948 došlo ke změně v dopravě pacientů. Službu přebral Československý červený kříž. Oficiální název byl Zdravotnická dopravní služba. Nejprve byli na výjezdech pouze řidiči, což nebyli žádní specialisté, a posléze se jejími členy stávali dobrovolní zdravotníci s výcvikem, kteří zároveň byli členy Československého červeného kříže. Pro lékaře, se v případě potřeby dojelo na příslušný obvod nebo do nemocnice. Takto to bylo až do transformace socialistického zdravotnictví v roce 1952 do ústavů národního zdraví (OÚNZ, KÚNZ). Červený kříž

byl v této době nucen vydat veškerá sanitní vozidla a tím ztratil zdravotnickou dopravní službu. Zároveň zanikly tzv. Stanice červeného kříže a tím skončilo poskytování první pomoci na vesnicích. V KÚNZ v Českých Budějovicích vznikla dopravní služba, která převzala úkoly od stávající Zdravotnické dopravní služby. V té době se již hovořilo o Záchraně službě. Byli vyčleněni řidiči, kteří mimo toho, že jezdili dopravní službu pro nemocní, jezdili též pro Záchranou službu. Při výjezdu pro Záchranou službu, zajeli na chirurgickou ambulanci, kde se k nim připojil vyčleněný lékař. Vyjížděl obvykle nejmladší lékař nebo stážista. Rokem 1957 již byli vypisováni lékaři (muži) ze všech oddělení KÚNZ na tzv. „lítačku“, jak se Záchraně službě říkalo. Tito lékaři měli po celý den a noc pohotovost k výjezdu se sanitním vozem vybaveným přenosným lékovým kufrem a pomůckami. Byla jim přidělována taková práce, kterou by mohli kdykoliv přerušit, když bylo třeba vyjet na zásah. Postupně byli vyčleňováni lékaři specialisté jen pro zásahy na Záchraně službě. Později, v roce 1978, když se ARO osamostatnilo od chirurgických oborů, začali jezdit pro ZZS přes den výhradně lékaři anesteziologové a v době služeb to byli jiní službu konající lékaři z různých oddělení. Záchraná služba měla v tomto období dvě výjezdové skupiny, které sestávaly ze dvou obyčejných sanitních vozů pouze s lékovým kufrem a ze začátku dokonce bez sestry. V roce 1983 měla Záchraná služba jednoho vlastního lékaře, kterým byl MUDr. Jan Tuček a který byl zároveň pověřen jejím vedením. Tento stav trval až do roku 1985, kdy vznikla Záchraná služba jako samostatné oddělení. Řidiči ovšem stále náleželi pod dopravní službu KÚNZ, ale se zaměřením na Záchranou službu a sestry patřily k chirurgické ambulanci. Bylo vybudováno oddělení RZP – rychlé zdravotnické pomoci, které se skládalo z odpovědného lékaře a sestry v jednom voze a druhé výjezdové skupiny, v níž vyjížděli lékaři z chirurgického oddělení jako tzv. druhý zálohový vůz a dále speciální vůz pro převoz nedonošenců. Rokem 1993 byla zřízena vlastní organizace a to Stanice záchrané služby KÚNZ – NsP. Současně bylo zřízeno stanoviště Letecké záchrané služby na Hosíně. Tímto bylo vlastně zahájeno novodobé budování Záchrané služby do dnešní podoby. Dle Vyhlášky 434/1992 Sb. přešlo Územní středisko záchrané služby pod zřizovací pravomoc MZ ČR a také jím bylo přímo financováno. V roce 2003 měl ÚSZS pět výjezdových stanovišť: dvě v Českých Budějovicích, jedno od 1.1.1993 v Týně nad Vltavou, další od 1.11.1997 v Trhových Svinech a speciální stanoviště v Temelíně. Dále provozovalo Lékařskou službu první



pomoci a Protialkoholní záchytnou stanicí. V roce 2003 přešlo ÚSZS České Budějovice s ostatními středisky záchranné služby v kraji pod zřizovatele Jihočeský kraj. V roce 2005 bylo ÚSZS České Budějovice sloučeno s ostatními ZZS (Tábor, Písek, Strakonice, Prachatice, později Český Krumlov a Jindřichův Hradec) do celokrajské organizace ZZS JčK. Historie ostatních ZZS v Jihočeském kraji byla obdobná jako historie ZZS České Budějovice (SLABÝ, VÝROČNÍ ZPRÁVA ZZS JčK, 2005, on-line).

### **2.2.2 Pracovníci Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje se zaměřením na pracovní pozici zdravotnický záchranář.**

Ve zdravotnické záchranné službě Jihočeského kraje pracuje 219 zdravotnických pracovníků v pracovní pozici zdravotnický záchranář. Z toho je 157 žen a 62 mužů (VÝROČNÍ ZPRÁVA ZZS JčK, 2008, SLABÝ, on-line).

Odborná způsobilost k výkonu povolání zdravotnického záchranáře se získává absolvováním akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu zdravotnických záchranářů nebo nejméně tříletého studia v oboru diplomovaný zdravotnický záchranář na vyšších zdravotnických školách a nebo absolvováním střední zdravotnické školy v oboru zdravotnický záchranář, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1998/1999. Zdravotnický záchranář, který získal odbornou způsobilost podle poslední možnosti, může vykonávat své povolání bez odborného dohledu až po 3 letech výkonu povolání zdravotnického záchranáře. Do té doby musí vykonávat své povolání pouze pod odborným dohledem. Za výkon povolání zdravotnického záchranáře se považuje činnost v rámci specifické ošetrovatelské péče na úseku neodkladné péče a akutního příjmu. Dále se zdravotnický záchranář podílí na neodkladné léčebné a diagnostické péči. Zdravotnický záchranář vykonává činnosti podle zákona a dále bez odborného dohledu a bez indikace poskytuje v rámci přednemocniční neodkladné péče, včetně letecké záchranné služby a v rámci akutního příjmu, specifickou ošetrovatelskou péči. Přitom zejména provádí kardiopulmonální resuscitaci s použitím ručních křísicích vaků, včetně defibrilace srdce. Zajišťuje dýchací cesty dostupnými pomůckami, zavádí a udržuje inhalační kyslíkovou terapii, zajišťuje přístrojovou ventilaci s parametry určenými lékařem, pečuje o dýchací cesty pacientů i při umělé plicní ventilaci. Podává léčivé přípravky, včetně krevních derivátů.

Spolupracuje při zahájení aplikace transfuzních přípravků a ošetřuje pacienta v průběhu aplikace a ukončuje ji. Provádí katetrizaci močového měchýře dospělých a dívek nad 10 let. Odbírá biologický materiál na vyšetření. Asistuje při překotném porodu a provádí první ošetření novorozence (PARLAMENT ČR, 2004, on-line).

Níže alespoň stručně uvádím některé zátěže v práci zdravotnického záchranáře. Rozdělíme je zhruba na ty, které se vztahují k podmínkám pracovní činnosti, dále na zátěže plynoucí z odlišnosti diagnóz ošetřovaných pacientů a na zátěže, které se týkají osobnosti zaměstnanců.

Zátěže fyzické, chemické, fyzikální:

- statické zatížení (státní při práci, u výkonů),
- dynamické zatížení (výjezdy, přecházení mezi provozy),
- zatížení páteře (při zvedání pacientů, polohování),
- zatížení svalového a kloubního systému,
- setkávání se s nepříjemnými podněty (exkrementy, otevřené rány, zápach, deformity, vyrážky),
- rizika infekce,
- narušení spánkového rytmu při směnování,
- nedostatek klidu a času na pravidelnou stravu a dodržování pitného režimu,
- kontakt s léky, dezinfekčními přípravky, pomůckami (rukavice),
- hluk, nesprávné osvětlení, vibrace, radiační záření,

Zátěže psychické, emocionální, sociální:

- neustálá pozornost, pečlivé sledování (stavu pacientů, přístrojů, instrukcí), rychlé přepojování mezi činnostmi,
- pružné reagování na různorodé požadavky a změny,
- nároky na paměť,
- velká odpovědnost za výsledky (následky) své práce,
- nutnost samostatného rozhodování při respektování daných pravidel,
- nutnost rychlých rozhodnutí a účelného jednání i při nedostatku informací,
- nutnost improvizace při nárazovém charakteru práce,
- opakované setkávání s lidmi v těžkých emočních stavech,
- konfrontace s utrpením, bolestí, smrtí, vyrovnání se s pocitem bezmoci,

- zacházení s intimitou druhého člověka, včetně překračování hranic (zavádění sond, aplikace injekcí),
- provádění řady činností, které běžně vzbuzují odpor,
- opakované konfrontace s vlastními zážitky a postoji, nutnost přemýšlet i o svém životě, o svých hodnotách a postojích,
- konflikt rolí,
- nízké ohodnocení náročné práce,
- nároky na neustálé učení se a vzdělávání a ještě řada dalších.

Ošetrování pacientů v těžkých stavech vyvolává pocit naprosté bezmoci, nepravidelného osudu, zdravotnický záchranář nemůže vždy zažít pocit úspěchu. V konfrontaci s často tragickými lidskými osudy se mohou zdravotničtí záchranáři cítit bezmocní tváří v tvář realitě, když už pro pacienta nelze víc udělat, kdy smrt pacienta se blíží (BARTOŠÍKOVÁ, 2006).

Péče o umírající nepatří k nejsilnějším stránkám psychoterapie. Je tomu spíš naopak. Vzdor tomu se zdravotníci s umírajícími pacienty dennodenně setkávají a jednat s nimi musejí. Existuje jednotný souhlas, vyjádří-li pacient strach ze smrti, zdravotník ho vyslechne a zeptá se ho z čeho má obavy a pomůže mu uspořádat jeho záležitosti. Zdravotník spíše naslouchá nežli mluví. Jak uvádí Křivohlavý podle Paula Tourniera jde o participaci – spolupodílení se na těžkostech umírajícího pacienta; používá obrazného termínu „naslouchat srdcem“. Dále uvádí Křivohlavý podle amerického psychiatra P.Eisslera hovoří v této souvislosti o potřebě „umírat s umírajícím“. Má však na mysli spíše „emocionální a efektivní ladění a psychickou atmosféru“ než fyziologické dění (KŘIVOHLAVÝ, 2002).

### **2.3 Vymezení pojmu syndromu vyhoření**

Syndrom vyhoření (nazývaný také syndromem vyhaslosti, vypálení apod.) je stav masivního vyčerpání, který je pociťován jako citová vyprahlost. Vznikne, když se člověk dlouhodobě zabývá emočně náročnými situacemi. Tyto emocionální požadavky jsou nejčastěji způsobeny kombinací velkého očekávání – subjektivní příčinou a chronickými stresy při práci s lidmi - objektivní příčinou (JOBÁNKOVÁ A KOL.,2002).

Žít znamená pro něco žít. Kdo nemá nic hodnotného pro co by žil, ten přestává žít. Může ještě živořit, ale to není plný život. To, oč nám v životě jde, dává našemu životu smysl. A žít smysluplným životem je první charakteristikou kvalitního života – i když při tom zároveň platí, že dobře žít, znamená žít pro něco opravdu hodnotného. Žít pro něco co za to stojí, však ještě samo o sobě automaticky neznamená, že žijeme zdravě. Může se stát a stává se to, že v tomto snažení žít pro něco to přeženeme. V psychologické oblasti jde o obdobu toho s čím se setkáme např. ve fyziologické oblasti, když se někdo snaží například zvednout břemeno, které je nad jeho síly, a poškodí si páteř nebo když se snaží o fyzický výkon, který je nad jeho možnosti a fyzicky se zcela vyčerpá, případně zhroutí. Rovněž v psychické oblasti je možné přehnat úsilí a dojít k újmě na zdraví, jak psychické, tak i fyzické. Jde o jev známý pod českým termínem „vyhoření“, což je překlad anglického výrazu „burnout“, který znamená totéž (KŘIVOHLAVÝ, 2001).

*„Pokud zapálíte oba konce svíčky, získáte tím dvakrát více světla. Svíčka však zároveň dvakrát rychleji vyhoří.“* (RUSH, 2003, s 7). Jak dál jsem se dočetla v (RUSH, 2003) tímto obrazem je možné věrně ilustrovat proces směřující k vyhoření. Lidé, kteří jím procházejí, zjišťují, že veškerá jejich duševní, emocionální a fyzická energie je vypotřebována. Jejich síly jsou vyčerpané a ztrácejí vůli vytrvat.

Dosavadní zkušenosti ukázaly, že podstatu syndromu vyhoření je možné správně poznat pouze na základě celostního přístupu k člověku včetně jeho aktuálního postavení na škále mezi zdravím a nemocí. Tento přístup zahrnuje jak objektivní, tak subjektivní atributy zdraví v duchu vývoje definice zdraví Světové zdravotnické organizace (WHO). Již od sedmdesátých let 20. století se psychologové a lékaři zabývají stavy celkového, především pak psychického vyčerpání, jež se projevuje v oblasti poznávacích funkcích, motivace i emocí a jež zasahuje a ovlivňuje postoje, názory, ale i výkonnost a následně celé vzorce především profesionálního chování a jednání osob, u nichž došlo k iniciaci proměnných, ovlivňujících vznik a rozvoj tohoto syndromu. V teoretické rovině lze vysledovat souvislost podstaty vyhoření mezi dvěma hlavními oblastmi výzkumu:

- 1) ve filozoficko-psychologické oblasti, kde jde o zdroje z oblasti existenciálně orientované filosofie a psychologie,

2) ve psychologicko medicínské oblasti přispělo ke koncipování poznatků o vyhoření dlouhodobé studium stresu a jeho důsledků.

Podle existencialistů lidé, kteří se dostávají do určité mezní či krajní situace, což jsou i stavy prožívané v rámci vyhoření, začnou pochybovat o smyslu své existence a nastává u nich chronická neschopnost uvěřit v důležitost, užitečnost a pravdivost všeho, co dělají. Úzkost je jedním z ústředních pojmů existencionálního přístupu, je hlavní hybnou silou prožívání reality, díky ní si člověk uvědomuje fakt svého konečného postavení v celku okolního světa (KEBZA, ŠOLCOVÁ, 2003).

Strach a úzkost jsou emoce, které signalizují nejen stav možného ohrožení a nebezpečí, ale mohou se objevovat jako poplachová reakce běžící naprázdno, v situacích, v nichž člověku žádné reálné nebezpečí nehrozí. Každé motivované lidské chování je zaměřené k budoucím cílům, k jejich realizaci a začlenění do životní zkušenosti. Při volném jednání tedy musíme překonávat mnoho vnitřních a vnějších překážek, například - nechce se mi, ale musím, nebo - bojím se, ale udělám to (JOBÁNKOVÁ A KOL., 2002).

Druhý významný teoretický zdroj, u syndromu vyhoření je stres. Nejčastěji je výsledkem nerovnováhy mezi hodnocením požadavků a hodnocením zdrojů k jejich zvládnutí. Psychosociální stres vzniká v důsledku nadměrných psychických a emocionálních nároků (KEBZA, ŠOLCOVÁ, 2003).

Opakují-li se déle zátěžové situace tak, že se znovu a znovu úspěšně zvládnou, stresové odpovědi postupně slábnou. To je základ tréninku. Nakonec se po jisté době dosáhne adaptace. Základní a vedoucí vlastností živé hmoty je to, že se dovede přizpůsobit různým vlivům zevního prostředí i když jsou nepříznivé. Opakují-li se však stresy, které se nedají dobře likvidovat, organismus se vyčerpává a hyne. Nezáleží pak na tom, zda byl stresor sám o sobě příliš mocný, nebo zda jen byly signály interpretovány přemrštěně a deformovaně (CHARVÁT, 1970)

*„Stresová [sick] mince má tedy dvě strany. Nejprve je tu pozitivní hodnota. Není-li stress příliš intenzivní vede k adaptaci a vlastně nutí organismus ke zlepšení výkonu. Můžeme říci, že je předpokladem aktivního života. Naproti tomu neřešitelný stress spotřebuje tolik energie, že se ustálený stav rozvrátí a celým systémem se zhroutlí“* (CHARVÁT, 1970, s 70).

Určitá míra napětí je nutná, dokonce zdravá. I v jednoznačně nebezpečných situacích je důležité, aby tělo fungovalo rychle a spolehlivě, aby vylučovalo dostatečné množství adrenalinu a zaručovalo reakční schopnost, kterou v těchto situacích potřebujete (GEISSELHART, HOFMAN-BUKART, 2006).

Negativní vlivy působící ve stresových situacích se nazývají stresory a mohou mít fyzickou, sociální nebo psychickou povahu. Současná civilizace a kultura jsou zdrojem řady stresorů (život v přeplněných velkoměstech, v betonových panelácích a odlidštěných sídlištích, neustálý shon a časová tíseň, nehezké vztahy mezi lidmi, nezaměstnanost, ohrožení existence a životního standardu, honba za kariérou atd.) Ačkoliv má člověk obrovskou způsobilost adaptace, je mnoho lidí po dlouhou dobu vystaveno působení nejrůznějších stresorů: Nakonečný podle P.G. Zimbardo, 1983 uvádí, že kontakt se stresorem uvolňuje komplexní pochody v hypothalamu, kůře velkého mozku, retikulární formaci, v limbickém systému a v endokrinních žlázách. Tato komplexní celková fyziologická reakce mobilizuje téměř okamžitě všechny v těle použitelné rezervy energie a to se děje bez vědomé přípravy. Jsou-li po sléze zásoby adaptační energie vyčerpány, objevují se patologické fyziologické i anatomické změny, které se vyúsťují jako nejrůznější tělesná onemocnění jako tzv. psychosomatické choroby (NAKONEČNÝ, 1998).

Příznaky vyhoření nejsou ani neobvyklé, ani záhadné. Ve skutečnosti je těžké někoho najít, kdo netrpí žádným z nich. Lidé, kteří ztratí pocit užitečnosti a jejich životní zájmy slábnou. Ztráta zájmu o práci a duševní lhostejnost se nakonec projeví ve velkých organizačních problémech jako jsou absentérství, nekvalitní práce a časté změny zaměstnání. Tito lidé zažívají negativní emoce často, až se u nich stanou chronickými. Nejprve zažívají frustraci, která se později změní ve vztek. V pozdějších stádiích se objeví úzkost a strach, potom deprese a někdy i zoufalství. Mají pocit zbytečnosti, nadšení je vystřídáno cynismem. Začnou se nudit a nedokáží se nadchnout pro žádnou práci. Práce se jim zdá být bezúčelná. Dostávají se do pocitu ztráty kontroly a bezmoci. Potterová uvádí podle psychologa Martina Seligmana, který roky strávil studiem dopadu „kontrolovatelnosti“ na lidi a zvířata, příklad na naučenou bezmocnost. V první situaci umístil nic netušícího psa do místnosti, kde byla elektřina. První situace byla „kontrolovatelná“ tím, že v místnosti byla páka a když ji pes našel, vypnul elektřinu. Naučil se, že může něco udělat, aby ovládl svůj svět. Psa z druhé skupiny dali

do místnosti bez páky. V této „nekontrolovatelné“ situaci, neměl pes žádnou možnost vypnout elektřinu. Stejně jako první pes zkoušel najít cestu ven. Nakonec zjistil, že nemůže nic dělat. Vzdal to, lehl si na podlahu a snášel šoky. Ten pes neměl motivaci a naučil se, že je bezmocný. Později dali tohoto druhého psa do místnosti s pákou (kontrolovatelná situace). Pes se ale vůbec nesnažil najít páku a ani cestu ven i když dveře zůstaly dokořán otevřené. Místo toho jen ležel na podlaze a přijímal šoky. Pracovní bezmocnost může lidi ovlivnit stejným způsobem. Tento výzkum dokládá, že získaný pocit bezmoci je přímo životu nebezpečný. Výzkumy ukazují, že dokonce spouští biologický sebevražedný mechanismus. Jiné studie ukazují, že tělo může samo rozvíjet smrtelnou chorobu (POTTEROVÁ, 1997).

Obecně rozdělujeme příznaky vyhoření do dvou skupin. Subjektivní příznaky – mimořádně velká únava, snížené sebeocenění a sebehodnocení (self-esteem), vyplývající z pocitů snížené profesionální kompetence (schopnosti a dovednosti něco dělat a udělat). Patří sem i problémy špatného soustředění pozornosti (koncentrace), snadného podráždění (iritability) a negativismu (vidění všeho v černých barvách), dále celá řada příznaků stresového stavu při absenci organického onemocnění (KŘIVOHLAVÝ, 2001).

*„Vyhořelý člověk má dojem, že jako člověk nemá žádnou hodnotu. Prožívá odliv veškeré síly, energie, osobního zaujetí, nadšení. Není s to se pro něco rozhodnout, proti něčemu se postavit a do něčeho se dát. Nemá valné mínění sám o sobě a o tom co dělá – spíše naopak. Neví si rady ani sám se sebou, ani s problémy, které ho trápí. I sebemenší činnost (námaha) se mu zdá nadlidskou (nesmírně těžkou) vše ho nadměrně zatěžuje. Ztratil všechny iluze, ideje, naděje, plány a žije v neustálém napětí – i když nic nedělá“* (KŘIVOHLAVÝ, 2001 s 114,115).

Na úrovni fyzické je to stav celkové únavy organismu, apatie, ochablosti. Dostavuje se rychlá unavitelnost po krátkých etapách realitního zotavení. Přidávají se vegetativní potíže jako je bolesti u srdce, změny srdeční frekvence, zažívací potíže, dýchací obtíže a poruchy (nemožnost se dostatečně nadechnout „lapání po dechu“, atd.). Uváděny jsou bolesti hlavy, často nespecifikované a poruchy krevního tlaku s poruchami spánku. Přidávají se bolesti ve svalch a přetrvává celková tenze. Je zde zvýšené riziko vzniku závislosti všeho druhu. Následují zásahy do rytmu, frekvence a intenzity tělesné aktivity. Na úrovni sociálních vztahů přichází celkový útlum sociability, nezájem o

hodnocení ze strany druhých osob. Dostavuje se výrazná tendence redukovat kontakt s klienty, často i s kolegy a všemi osobami, majícími vztah k profesi. Začíná zjevná nechuť k vykonávané profesi a všemu, co s ní souvisí (plán či harmonogram práce, zpracovávání výsledků, dohoda nových či náhradních termínů). Nízká empatie se projevuje často či téměř vždy u osob s původně vysokou empatií. U člověka dochází ke konkrétně-operačnímu stylu myšlení. Postupně narůstají konflikty, většinou však nikoliv v důsledku jejich aktivního vyvolávání, ale spíše v důsledku nezájmu, lhostejnosti a sociální apatie ve vztahu k okolí (KEBZA, ŠOLCOVÁ, 2003).

### **2.3.1 Syndrom vyhoření u pracovníků zdravotnické záchrané služby**

Vyčerpání, pasivita a zklamání ve smyslu burnout syndromu se dostavuje jako reakce na převážně pracovní stres. Jako burnout („vyhoření“, či „vyhasnutí“) bývá popisován stav emocionálního vyčerpání vzniklý v důsledku nadměrných psychických a emocionálních nároků. Nejprve byl popsán u některých zaměstnaneckých kategorií pracujících s jinými lidmi (zvl. u lékařů, zdravotních sester, učitelů, policistů, což byly profese, na něž byl od počátku zaměřen zájem psychologů). Později se ukázalo, že burnout syndrom se vyskytuje též v dalších zaměstnaneckých kategoriích (např. u advokátů, pojišťovacích agentů, poštovních úředníků, sociálních pracovníků atd.) a že se dokonce objevuje i v kategoriích nezaměstnaneckých (KEBZA, ŠOLCOVÁ, 2003).

Syndrom vyhoření může být jak akutní, tak chronický. Akutní může nastat po nějaké nadměrné zátěži – např. onemocní spolupracovníci, záchranář delší čas slouží víc služeb, nebo přibudou nároční pacienti, kteří vyžadují ještě více péče a nasazení apod. Jedná-li se o akutní syndrom vyhoření, pak většinou stačí, že se podmínky opět vrátí k normálnímu stavu, nebo má zdravotnický záchranář možnost načerpat nové síly. Vzít si dovolenou, odpočinout si a zase pracovat a cítit se jako před touto zátěží (JOBÁNKOVÁ A KOL., 2002).

Chronický syndrom vyhoření přichází zpravidla po létech praxe, kdy práce už dávno zevšedněla, kdy po období prvotního nadšení a postupné stagnace se dostaví fáze frustrace. Tehdy se začíná zdravotník ptát po smyslu své práce, srovnává výsledky svého snažení s oceněním, které se mu dostává apod. Pokud se mu nepodaří uspokojivě se s touto fází vypořádat, upadá do apatie. Zaujme postoj, že nemá cenu se moc snažit, dělá jen nejnnutnější, neangažuje se, stahuje



se do sebe. Pokud ani v té fázi nevyhledá pomoc nebo nezmobilizuje své síly, projeví se u něj syndrom vyhoření. Takto zasažený člověk potřebuje intervenci – jakýkoliv krok, který pomůže vystoupit z tohoto koloběhu, který vede ke změně a v důsledku i k „záchraně“ emočně vyhořelého jedince (JOBÁNKOVÁ A KOL., 2002, s 199).

### **2.3.2 Zdroje emočních problémů a zátěže**

Práce ve zdravotnictví je situací značné psychické i fyzické zátěže. Hlavní stres pečovatelských týmů vychází z podstaty onemocnění, podstaty léčby, jejich vedlejších účinků (vysílení, zdroje bolesti, mutilace), nezbytnost paliativní a terminální péče, problémů smrti a umírání, v dovednostech zacházet s reakcemi pacienta, jeho sebevražedné myšlenky, zlost, závist, nespolupráce ze strany pacientů a jejich rodinných příslušníků, konflikty mezi členy personálu jako důsledek neustálého vypětí. Ukazuje se, že péče o umírajícího pacienta patří z hlediska stupně zátěže k nejvýraznějším. Umírající pacient znamená pro ošetřující personál situaci, která je náročná na jejich odolnost a schopnost zvládat mezní situace. Základem úspěšného adaptování se na zátěž vyplývající z terminální péče je vyrovnání se s pocity, které souvisí s faktem vlastní smrtelnosti. U zdravotnických záchranářů se setkáváme se stoupající intenzitou prožívané zátěže při kontaktu s pacienty, jejichž stav se rapidně zhoršuje. Uvedená problematika se promítá samozřejmě do mezilidských vztahů na pracovišti. Zvýšené napětí a zátěž se projevuje nespokojeností a konflikty a následnou fluktuací. Napětí a stres v zaměstnání se samozřejmě promítá i do osobního života zdravotníka. Konflikt s rodinou, partnerem a přáteli mohou mít za následek snížení subjektivní spokojenosti s kvalitou života. V současnosti je také pro zdravotnictví v ČR typické nedostatečné finanční ohodnocení zdravotnických pracovníků vzhledem k náročnosti jejich profese. Z hlediska paliativní péče jde o vyrovnání se s neúspěchem terapie, popřípadě s nemožností uzdravení, dále styk s tělesně i duševně chátrajícími lidmi (KUPKA, 2008).

Z teorie i praxe je zřejmé, že jistá míra zátěže a stresu k práci na záchranné službě nedílně patří. Pro práci na záchranné službě je na jedné straně charakterizovaná opakovaná expozice kritickým událostem, které u nepřivklého jedince mohou vyvolat akutní reakci na stres, na druhé straně mezi typické osobnostní charakteristiky

záchranářů podle zahraničních studií patří mimo jiné i vysoká odolnost vůči zátěži, ochota podstoupit vysoké riziko a orientace na činnost – tedy rysy, které ke zvládnutí vypjatých situací pozitivně přispívají. Z hlediska psychologické morbidity jsou pracovníci záchranných profesí včetně zdravotnické záchranné služby ohroženi jak akutní reakcí na stres, tak i posttraumatickou stresovou poruchou a syndromem vyhoření (ŠEBLOVÁ, KEBZA, VIGNEROVÁ, 2007).

Rozvoj vzniklých poruch se dá řešit na mnoha úrovních, v organizována práce, ve zlepšení vztahů na pracovišti a v přístupu managementu k preventivním programům, které mají za cíl upozornit na problém a naučit pracovníky pozitivním technikám a opatřením, jak stresové příznaky a jak pomocí techniky prevence používat, až po zavedení intervenčních programů pro expozici kritickým událostem s cílem zabránit následné psychické morbiditě (ŠEBLOVÁ, KEBZA, VIGNEROVÁ, 2007).

### **2.3.3 Možnosti prevence burnout syndromu**

Je-li vyhoření důsledkem nerovnováhy mezi profesním očekáváním a profesní realitou, je možné na straně jedince si osvojit základní postupy hodnocení stresogenních situací a strategiích zvládnání stresu a na straně zaměstnavatele změnou jeho organizace a kultury. Burnout syndrom má pro zaměstnavatele i ekonomické důsledky jako je absence v zaměstnání, změny zaměstnání, snížené pracovní úsilí a snížená pracovní spokojenost. Proto je nyní v popředí zájmu organizací rozvoj programů zaměřených na osobní rozvoj, pracovní poradenství, výcvik v profesních dovednostech, týmová spolupráce, zvýšení podílu pracovníků na řízení ad. Na straně jedince je potřeba zvládnout základní pravidla, jak si zachovat zdraví a nepodléhat stresu (KEBZA, ŠOLCOVÁ, 2003).

*„Opakem vyhoření není pouhé nebýt vyhořelý. Je to víc než jen absence negativního. Opakem vyhoření je pozitivní stav dobré pohody, nadšení a motivace. Prožíváme ho jako uspokojení, radost, štěstí – blaho., (POTTEROVÁ, 1997, s 257).*

Je nutné zdůraznit, že zdraví se týká celé osobnosti člověka: sféry fyzické, psychické i sociální. Podle názoru World Health Organization (WHO) vyjádřeného již v roce 1947, není zdraví chápáno jako pouhá nepřítomnost nemoci, ale jako stav tělesného, psychického a sociálního blaha (pohody). Tělesná cvičení jsou schopna

působit zcela záměrně a soustředěně nejen na oblast fyzickou, ale stejně kvalitně i na oblast psychickou a sociální. A to zcela komplexně (HODAŇ, DOHNAL, 2005).

Supervize ve zdravotnictví je zatím u nás téma málo známé a málo zpracované. Supervize se zaměřuje na jednotlivce, na týmy nebo skupiny pracovníků v pomáhajících profesích ji lze vidět jako organizovanou příležitost k reflexi, která se zaměřuje na různé aspekty pracovní situace s cílem zkvalitnit práci a podpořit profesní růst zaměstnance. Může pomoci i v období, kdy klesá profesionalita a je snaha ji obnovit či nově ustavit. Supervizi provádí interní nebo externí supervizor. Supervize je o všem co práce s lidmi přináší. Může být zaměřena na porozumění vztahům – at' už s pacienty, řešení konfliktů, podpory zaměstnanců a prevence vyhoření. Supervize je administrativní, výuková a podpůrná. Bartošíková uvádí podle Havrdové a Kaliny (2003), že může být supervize i příležitostná, neformální, naskytne-li se potřeba něco řešit nebo krizová supervize, která může být vyžádána či vynucena okolnostmi (BARTOŠÍKOVÁ, 2006).

Člověk, který trpí syndromem vyhoření potřebuje pomoc, protože sám sobě si už nemůže pomoci. Již nepomůže jen dovolená, ale je dobré více odpočívat. Stresující nebo vyčerpávající úkoly je nutné dočasně odložit a začít se věnovat něčemu úplně jinému – někdy především sám sobě. Pokud je stav postiženého hodně vážný je nutné vyhledat odbornou pomoc a to psychologa nebo psychoterapeuta (JOBÁNKOVÁ A KOL., 2002).

Emoční napětí má negativní vliv na rytmus a hloubku dechu. Zpětně lze ovlivnit prostřednictvím záměrné regulace dechu psychický stav. Regulovaným dýcháním lze napomáhat odstraňování důsledků nezpracovaných stresů, aktivovat pozornost, mírnit bolesti, překonávat únavu, dobře trávit jídlo a usnadňovat klidné usínání. Dýchání je proces řízený útrobním nervstvem, je tedy převážně aktem nevědomí. Dech lze řídit vůlí, je možno původně nevědomí pohyb převést na vědomou činnost. Dechová cvičení provádět s pozorností a prožitkem (KREJČÍ, 1998).

Jóga je metoda , která rozvíjí tělo, mysl a vědomí. Tělesná, dechová a relaxační cvičení nabízí vědomé uvolnění tělesného a duševního napětí, posilují zdraví a zvyšují odolnost proti nemocem. Každý člověk si přeje žít v souladu se sebou samým i s prostředím, které ho obklopuje. V dnešní době jsou na člověka kladeny stále vyšší nároky jak fyzické, tak psychické, vzniká stres, nervozita, nespavost a to vše má dopad i na pohybový aparát. Jóga nám pomáhá zvládnout každodenní nároky, problémy i

starosti. Vede nás k vnímání vnitřních pocitů při pohybu (napětí a uvolnění) a poznání svých reakcí. Jóga vnáší do našeho života opomíjenou dimenzi – sebepoznání. Ásana je sanskrtský výraz pro tělesnou pozici. Mnohé ásany byly odvozeny od přirozených pohybů a pozic zvířat (kočka, srnka, tygr, zajíc). Ásany hluboce ovlivňují tělo a mysl, jejím cvičením je docíleno blahodárného účinku, který mají zvířata zcela instinktivně. Například márdžarí (kočka) – k protažení těla a páteře. Za nejvyšší „královskou“ ásanu je považována širsá ásana – stoj na hlavě a padma ásana (lotos).

Ásany působí na svaly, klouby, dech, oběhový a lymfatický systém, na všechny orgány, ale i žlázy. Ovlivňují mysl, psychiku a čakry (energetická centra). Jsou to psychosomatická cvičení, která stabilizují a harmonizují psychiku člověka. Lze dosáhnout celkového zklidnění, uvolnění i pocitu vnitřní svobody a míru. Mezi cviky relaxujeme – vnímáme vlastní tělo. Předpokladem je tělesné a duševní uvolnění, teprve potom se v plné míře projeví účinky jednotlivých ásan. Při provádění ásan hraje důležitou roli i dýchání. Pomocí dechu můžeme znásobit i svalové uvolnění. Jógu cvičíme pomalu, uvolníme mysl, soustředíme se na tu část těla, na níž ásana působí a směřujeme tam i vědomí dechu (MAHÉŠVARÁNANDA, 2006).

*„Kdo cvičí jógu, získává sílu, odvahu i radost ze života. Ásany a pránájáma (tělesná a dechová cvičení) jsou dva z nejdůležitějších pilířů zdraví a dlouhého života“* (MAHÉŠVARÁNANDA, 2006, s 33).

Mezi taktiky zvládnání životních těžkostí patří relaxace. Vzorem je zde uvolnění určitých svalů, uvolněné napětí se rozšíří na celé tělo, které vede i k uklidnění psychiky. Stále běžnější jsou cvičení hathajógy. Obdobný význam jako; svalová relaxace má i série dechových cvičení například jógová dechová cvičení. Uklidňujícím působením je imaginace, psychické soustředění na předmět vyznačující klidnou atmosféru jako například krajina u lesa či moře. I při meditaci je možné pozorovat určité uklidnění. Uklidňující vliv může mít i hudba. Léčebný vliv beletrie byl rozpoznán již dávno. Nezanedbatelný vliv na psychiku má i humor. V neposlední řadě je to i poskytování sociální opory. Například usmát se a udělat někomu radost, prohodit vlídné slovo, nabídnout pomeranč, dolít vodu, přinést z venku sedmikrásku nebo jinak dát najevo pochopení a lásku (KŘIVOHLAVÝ, 2002).

Závěrečná relaxace. Zvolená relaxační pozice. Navodíme představu lesa, šumění a vůně stromů. Můžeme si představit, že jsme opřeni o strom nebo, že

ho objímáme a hladíme kůru. Procítíme lásku k celé přírodě. Vhodná je tichá hudba se zpěvem ptáků. Relaxaci ukončíme hlubokými nádechy a výdechy. Uvědomíme si kde jsme, a rozhybeme prsty u rukou a nohou. Protáhneme se a posadíme. Třikrát zazpíváme „ÓM“. Protřeme dlaně a teplé je přiložíme k očím. Ty pomalu otevřeme, dlaně oddálíme (KREJČÍ, 1998, s 135).

Podle použité metody může mít masáž účinek sedativní či stimulační. Masáž též snižuje svalové napětí – myorelaxační účinky – a proto je používána k odstraňování svalových a úponových bolestí vzniklých na podkladě zvýšeného svalového tonusu. Ze všech typů se v regeneraci uplatní sportovní masáž odstraňující únavu (PAVLOVÁ A KOL., 1998).

Dalším příkladem podpůrných a preventivních psychologických programů pro zdravotníky vybraných pracovišť je program CISM (Critical Incident Stress Management), který obsahuje soubor technik, které jsou určeny profesionálním zejména tíšňovým složkám. Jejich cílem je prevence nadměrných zátěží a následné morbidity, u syndromu vyhoření, posttraumatické stresové poruchy, případně jiné psychopatologie (BARTOŠÍKOVÁ, 2006).

Pracovníci záchranářských profesí včetně zdravotnické záchranné služby jsou ohroženi jak akutní reakcí na stres, tak i posttraumatickou stresovou poruchou a syndromem vyhoření. Územní středisko záchranné služby Středočeského kraje ve spolupráci s Centrem zdraví a životních podmínek Státního zdravotního ústavu v Praze vytvořilo v roce 2002 projekt studie zabývající se zátěží a stresem pracovníků záchranné služby s potencionálním vyústěním v burnout syndrom a možnosti včasné diagnózy, terapie a prevence. Studie byla zaměřena na vyhledání příčin zátěže a stresorů pracovníků a na stanovení míry hladiny psychologické zátěže a dále na vytvoření a realizaci intervenčního programu pro pracovníky záchranných služeb. Ve výsledku bylo zjištěno, že známky počínající nebo manifestního syndromu vyhoření má 17 % respondentů. U mužů je skóre syndromu vyhoření nepatrně vyšší než u žen. Respondenti uvedli nejčastěji mezi stresory smrt nebo KPR dítěte nebo mladých lidí a to u 31 % souboru. Zlepšení vidělo nejvíce respondentů v možnosti získání lepšího vzdělávání, v práci na sobě samých (11,8 % z celkového souboru, ale 41,5% z těch, kteří nějakou možnost zlepšení uvedli). Největším pozitivem v práci na záchranné službě byla jmenována pomoc lidem a záchrana života nebo zdraví, a to u 46,9% všech

respondentů a také byla nejvyšší ze všech jmenovaných aspektů intenzita vnímání (7,4 z 9 možných). Dalšími pozitivně vnímanými aspekty byly uváděny náročnost práce, volný čas díky směnnému režimu a společenské uznání. 55,9 respondentů jmenovitě uvedlo nějakou mimopracovní zálibu a 74,1 % se věnuje alespoň jednomu druhu sportu. Pravidelně kouří třetina souboru, tři čtvrtiny přiznávají příležitostnou konzumaci alkoholu, občasně užívají jiné psychoaktivní látky (marihuana) uvedli 4 respondenti (1,3%). Pravidelně užívá léky 16% respondentů. Do výzkumu a případně do intervenčních podpůrných programů je problém získat respondenty, je to vázáné na ochotu pracovníků a na jejich zájem o danou problematiku, což je obecně i v zahraničí problematickým bodem studií o CISM (ŠEBLOVÁ, KEBZA, VIGNEROVÁ, 2007).

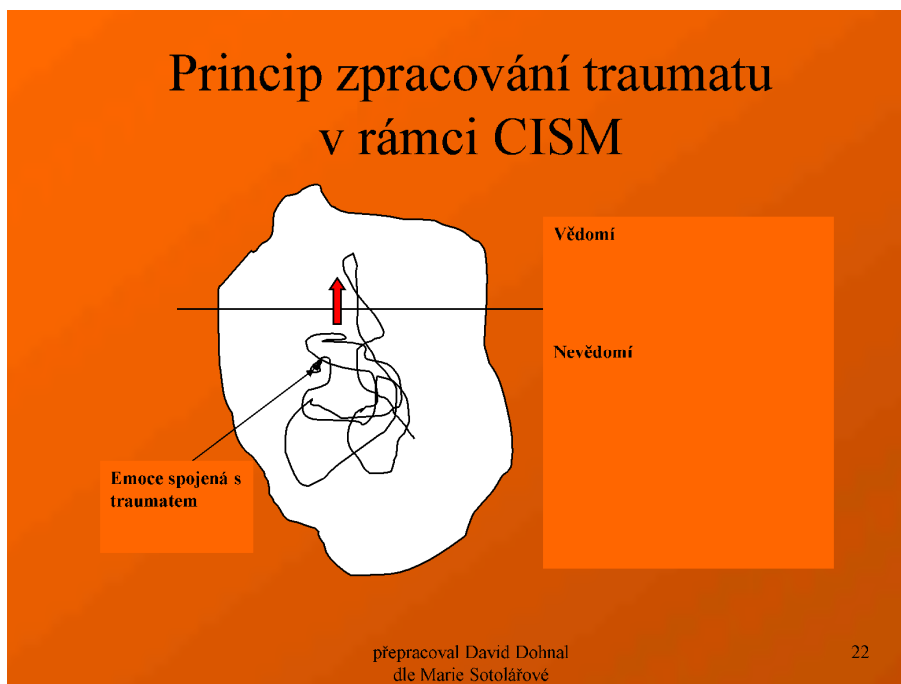
### **2.3.4 Poznatky Critical Incident Stress Management (CISM) při světové asociaci pro urgentní a katastrofickou medicínu (WADEM)**

Lidstvo vynakládá nepředstavitelné prostředky pro zvýšení celkové bezpečnosti, odstranění hrůzných hrozeb, ale na druhé straně dochází k prudkému nárůstu a internacionalizaci takových sociálně patologických jevů, jako je terorismus, nelegální migrace, obchod s lidmi, náboženské sektářství, násilí, extremismus, drogový problém, nejrůznější formy hospodářské kriminality včetně pověstného praní peněz a tunelování. A to je to podstatné, proč se otázkami mezinárodních aspektů krizového managementu musíme zabývat (ANTUŠÁK, KOPECKÝ, 2003, s 7, 8).

Důležitý zdroj mezinárodní spolupráce a výměny zkušeností je členství v psychosociální pracovní skupině Světové asociace pro urgentní medicínu a medicínu katastrof (WADEM). Systematicky se v ČR psychosociální pomoc začala rozvíjet nejprve v rezortu Ministerstva vnitra. Od roku 1998 zde byl vytvářen systém posttraumatické intervenční péče pro policisty, který se zavedl do praxe v roce 2001, stejný model byl přenesen do Hasičského záchranného sboru ČR (HZS ČR), kde funguje od roku 2003. Využita je síť rezortních psychologů i vyškolených kolegů. Policejní interventi jsou primárně určeni na pomoc policistům, v případě HZS ČR plní interventi úkoly jak ve vztahu k hasičům, tak ve vztahu k zasaženým občanům. V případě rozsáhlých neštěstí nebo katastrof v zahraničí je využívána psychologická služba MV (Policie ČR a HZS ČR) jako celek na pomoc českým občanům.

V rezortu MV jsou profesionálové na duševní zdraví školení zejména v metodách Critical Incident Stress Management (CISM) a v krizové intervenci (včetně telefonické). Pro metody CISM a kolegiální podporu jsou v poslední době trénováni také profesionálové z Armády ČR a zástupci Zdravotnické záchranné služby (ZZS). V ZZS proběhl výzkum zátěže zdravotnického personálu a postupně dochází k zavádění preventivních psychologických programů (VYMĚTAL, 2007, on-line).

Critical Incident Stress Management (CISM) je jeden z nejstarších CISM programů v USA. Autorem je J. T. Mitchell a G. S. Everly u Los Angeles County Fire Department. Byl zaveden v roce 1986 pro zvládnání traumatického stresu a po kritických situacích při záchranných operacích. V obsahu je preventivní příprava, kdy je důraz kladen na uvědomění si vlastních limitů a znalostí vlastních reakcí na traumatický stres. Výcvik podle programu CISM například v případech kritických událostí jako je ohrožení vlastního života, smrt kolegy, smrt dítěte, mnohočetná zranění a případy kruté smrti, pohled na oběti a pozůstalé, smrt oběti neštěstí v průběhu záchranné práce, nezdařený záchranný pokus, nebo selhání záchranné mise, zabezpečují členové týmu posttraumatické intervenční péče. Jsou to obvykle odborníci na duševní zdraví – psychologové. Podle CISM se užívá různých druhů pomoci jako je demobilizace. Je to setkání s týmem záchranářů s cílem informovat, uvolnit a zprostředkovat návazné služby. Dělá se na místě a měl by ji umět udělat nadřízený (velitel). Bezprostředně po události se provádí také defusing, který je asi nejvhodnější a nejpřirozenější a pomáhá rychle zpracovat zážitky. Má za cíl zmírnění příznaků pozásahového stresu a je určen malým skupinám do 24 hodin po události. Vhodné je používat psychologický debriefing v minimální míře jen po velmi náročných zásazích. Aplikuje se jeden den až čtyři týdny po události. Cílem je zde uzavření události, zmírnění příznaků a případně předání do následné péče. Jeho podkladem je strukturovaný rozhovor ve skupině lidí, kteří prošli stejnou událostí (DOHNAL, 2006, on-line).



Obr.2 Princip zpracování traumatu v rámci CISM (DOHNAL, 2006, on-line).

Zdravotnická záchranná služba Středočeského kraje má psychosociální program rozdělen na dvě základní oblasti: na péči o zaměstnance a na zvýšení znalostí z oblasti psychosociálních urgencí. V první oblasti proběhl od roku 2003 do roku 2006 výzkumný projekt, zaměřený na zmapování míry zátěže a stresu a výskyt syndromu vyhoření u pracovníků záchranných služeb v ČR jak uvádím (viz výše) dle ŠEBLOVÉ, KEBZY (2007). Jeho výsledky byly publikovány v ČR i v zahraničí, včetně publikování v časopise. Ve studii byla prokázána předpokládaná značná expozice předdefinovaným rizikovým faktorům, spojeným s profesí (např. KPR dětí/mladých osob, ošetřování dopravních nehod s více postiženými, popálených pacientů atd.), ale zjištěna i byla neočekávaně vysoká expozici rizika vlastního ohrožení – nejčastěji šlo o dopravní nehodu sanitního vozidla nebo o napadení během výkonu služby. Nejohroženější profesní skupinou z hlediska syndromu vyhoření jsou pracovníci zdravotnických operačních středisek, a mezi první a druhou částí studie došlo dokonce ke statisticky významnému zhoršení. Rokem 2004 se zavádí některé preventivní a intervenční techniky do praxe v rámci akreditovaných seminářů Krajského školicího a výcvikového střediska. V roce 2006 jsou zařazovány do programu i supervizní setkání. Všechny tyto aktivity jsou k preventivní techniky tak, jak jsou definovány v široce systémově pojetém CISM (Critical Incident Stress management). Mají i první zkušenosti s intervenčními



technikami po náročných zásazích. Například po závažné dopravní nehodě linkového autobusu ve Zdívech u Prahy v roce 2006 a po zřícení haly Poldi Kladno v roce 2007 byl proveden u zasahujících záchranářů debriefing podle Mitchellova modelu CISD. Dvě zdravotní sestry, které prošly výcvikem CISM, se podílely v roli peerů na debriefingu v jiné ZZS. Ve Středočeském kraji je nejvíce vyškolených peerů (16) z několika výcviků, které organizovalo a financovalo MZ ČR v rámci krizové připravenosti (HOUDEK, ZZS STŘEDOČESKÉHO KRAJE, 2009, on-line).

### **3. VÝZKUMNÁ ČÁST**

#### **3.1 Cíl práce**

Cílem práce je získat a porovnat odpovědi na dotazníkové otázky před a po aplikaci zdravotně edukačního a intervenčního programu. Jako dílčí cíle je stanoveno zhodnocení přínosu po absolvování programu v prevenci syndromu vyhoření u zdravotnických záchranářů (pracovníků IZS) ve spolupráci se Zdravotnickou záchrannou službou Jihočeského kraje. Dalším dílčím cílem je realizace programu a porovnání výstupních hodnot dotazníkového šetření u žen a mužů. Posledním dílčím cílem je monitorování odpovědí strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami před a po aplikaci programu.

#### **3.2 Úkoly práce**

Z výše uvedených cílů vyplývají následující úkoly:

1. Vyhledání literárních pramenů. Obsahová analýza české a zahraniční odborné časopisecké knižní literatury vztahující se k tématu a ověřených internetových zdrojů. Zaměření se na poznatky Critical Incident Stress Management (CISM) při Světové asociaci pro urgentní a katastrofickou medicínu (WADEM).
2. Na základě obsahové analýzy stanovit cíl, úkoly a odborné otázky.
3. Zajistit skupinu participantů pro kvalitativní výzkum, provést dotazníková šetření a strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami.
4. Celý průběh shromažďovaných dat konzultovat s vedoucí práce.
5. Vytvořit zdravotně edukační a intervenčního program – dýchání a umění relaxovat, jóga a masáže a výživová doporučení.
6. Zdravotně edukačního a intervenčního program konzultovat s vedoucí práce.
7. Realizace zdravotně edukačního a intervenčního programu.
8. Diagnostika změn. Znovu provést dotazníkové šetření a strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami po zavedení zdravotně edukačního a intervenčního programu.
9. Zpracovat a vyhodnotit získané výsledky.
10. Provést diskusi a shrnout závěry.

11. Získané výsledky zpracovat s doporučením využití v posttraumatické intervenční skupině odborníků zaměřené na psychosociální péči pracovníků Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje.

### **3.3 Odborné otázky**

1. Předpokládám, že po aplikaci dvanáctidílného zdravotně edukačního a intervenčního programu dojde ke snížení příznaků syndromu vyhoření u zdravotnických záchranářů, poklesnou nepříznivé průvodní jevy a dostaví se zlepšení.
2. Předpokládám, že z dotazníkového šetření vyplyne výraznější zlepšení u mužů oproti ženám.
3. Předpokládám, že poznatky ze zdravotně edukačního a intervenčního programu budou záchranáři zahrnuty v závěrečném strukturovaném rozhovoru s otevřenými otázkami.

## **4. METODIKA**

Má bakalářská práce má charakter experimentálního šetření kvalitativní povahy. Výzkumný vzorek je záměrně malý, aby dále vedl k hledání dalších otázek a souvislostí u tak závažného tématu jakým je syndrom vyhoření u pomáhajících profesí. Pro získání potřebných informací k realizaci stanovených cílů a verifikaci výzkumných otázek je zvolena v teoretické části práce metoda analýzy literárních zdrojů. V praktické části práce jsou sestaveny další diagnostické metody zahrnující důležité úkoly jako je dotazování, intervence a hodnocení. V odborné literatuře je analyzován Integrovaný záchranný systém Jihočeského kraje Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje, osobnost zdravotnického záchranáře ve výčtu pracovních zátěží fyzických, psychických a sociálních.

### **4.1 Charakteristika souboru**

Experimentální skupina je tvořena z deseti zdravotnických záchranářů, z toho je pět žen a pět mužů. Průměrný věk u žen je 30,00 let a u mužů 33,60 let. Hmotnost u žen je v rozmezí 55 až 72 kg, u mužů 77 až 90 kg. Výška u žen je v rozmezí 162 až 175 cm a u mužů 186 až 191 cm. BMI u žen 21.59 a BMI u mužů 24.69. Měření BMI stanoveno podle Queteletova indexu tělesné hmotnosti a klasifikace obezity podle WHO, 1997 pro dospělou populaci. Aktivně sportuje jedna žena a jeden muž, ostatní rekreačně. Dále se vzdělává na vysoké škole jeden záchranář a jedna záchranářka. Vloni jeden záchranář vysokoškolské studium zakončil a získal titul magistr. Experimentální skupina byla navržena a oslovena společně se staniční sestrou ze Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje. Do skupiny participantů byla zahrnuta i záchranářka, která skončila pracovní poměr u ZZS JčK výpovědí, ačkoliv při výběrovém řízení měla vynikající výsledky. Souhlas s výzkumem zdravotnických záchranářů byl postaven na bázi dobrovolnosti. Utajení výsledků bylo zajištěno anonymním jménem záchranář nebo záchranářka s pořadovým číslem 1 až 5. Při stanování časových harmonogramů práce je nutné brát v úvahu to, že záchranáři pracují v nepřetržitém režimu tzn., že mají dvanáctihodinovou pracovní dobu včetně sobot, nedělí a svátků.

#### 4.1.1 Kazuistika zkoumaných osob

**Záchranářka 1.** Žena ve věku 27 let, vdaná, bezdětná, manžel je podnikatel, bydlí v rodinném domku. Výška 162 cm, váha 59 kg, BMI 22,48. Záliby splývají se sportovními aktivitami ve sledu: plavání, saunování, spinning, obliba v automobilových závodech. Studuje vysokou školu v bakalářském studijním programu zdravotnický záchranář.

**Záchranářka 2.** Žena ve věku 25 let, vdaná, 1 dítě ve věku 5 let, manžel je zaměstnán jako záchranář, bydlí v bytovém domě. Výška 175 cm, váha 62 kg, BMI 20,24. Zálibu má v cestování. Ze sportovních aktivit udává dvakrát týdně spinning, jízdu na kole a provozuje aktivně horolezectví.

**Záchranářka 3.** Žena ve věku 27 let, svobodná, bezdětná, bydlí ve vlastním bytě. Výšku má 178 cm, váhu 65 kg, BMI 20,51. Její zálibou je tanec. Ze sportovních aktivit má ráda aerobic.

**Záchranářka 4.** Žena ve věku 40 let, vdaná, 2 děti ve věku 18 a 16 let, manžel je zaměstnán jako hasič, bydlí v rodinném domku. Výška 169 cm, váha 72 kg, BMI 25,21. Záliby má v chalupaření a čtení knih. Ze sportovních aktivit je to jízda na kole s celou rodinou, v létě má ráda plavání.

**Záchranářka 5.** Žena ve věku 31 let, svobodná, bydlí u rodičů v rodinném domku. Výšku má 168cm, váhu 55 kg, BMI 19,49. Záliby má v cizích jazycích. Ze sportovních aktivit provozuje aerobic, spinning, jógu a jiné.

**Záchranář 1.** Muž 40 let, rozvedený, žije s přítelkyní v jejím bytě. Výška 189cm, váha 90 kg , BMI 25,19. Zájmy a sport má v motorismu a ve svém volnu pomáhá bratrovi s chodem restaurace.

**Záchranář 2.** Muž 44 let, ženatý, bezdětný, žije v rodinném domku. Výška 178 cm, váha 86 kg , BMI 27,15. Ze zájmů a aktivit je to záliba v rybaření a odpočinku na chatě na Lipně.

**Záchranář 3.** Muž 30 let, svobodný, má přítelkyni se kterou žije v rodinném domku, mají dítě 3 roky, přítelkyně je zdravotní sestra. Výšku má 191cm, váha 81 kg , BMI 22,20. Ze zájmů a aktivit se realizuje v horolezectví, v kanoistice a ve střelbě. Vystudoval vysokou školu v oboru jednooborové psychologie.

**Záchranář 4.** Muž 26 let, svobodný. Výška 186 cm, váha 85 kg , bydlí na vesnici u rodičů. BMI má 24,57. Ze sportovních aktivit má rád fotbal, který hraje aktivně.

**Záchranář 5.** Muž 28 let, svobodný, má přítelkyni pracující ve stejné profesi. Výška 188 cm a váha 86 kg, BMI 24,34. Provozuje lanové sporty. Studuje vysokou školu v magisterském studijním programu v oboru odborný pracovník v ochraně veřejného zdraví.

#### **4.1.2 Organizace výzkumného šetření**

Výzkumné šetření probíhalo od ledna 2010 do dubna 2010. První ze tří metod, byla použita metoda dotazníkového šetření. Standardizovaný dotazník zabývající se vztahem mezi imunitním systémem člověka a stresovými situacemi přecházejícími až do syndromu vyhoření byl participanty zpracován dvakrát. Jednou před zdravotně edukačním a intervenčním programem a po druhé po něm. návratnost dotazníku byla stoprocentní. Vyhodnocení bylo provedeno porovnáním hrubého skóre.

Dále byl uskutečněn strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami. Na předem připravených pět otázek bylo odpovězeno všemi dotazovanými jak před zavedením zdravotně edukačního a intervenčního programu, tak po něm. Rozhovor byl individuální, zkoumaná osoba vyjádřila svůj názor na otázky zdravého životního stylu, volného času, potíží s únavou, jak řeší posttraumatické zážitky a co upřednostňuje v psychické a somatické regeneraci. Výzkum rozhovoru byl uzavřen porovnáním odpovědí.

Pilířem celé práce byl zdravotně edukační a intervenční program vypracovaný pro záchranáře ZZS Jihočeského kraje. Zahájen byl dne 8. března 2010 a ukončen dne 16. dubna 2010. Obsahem je dvanáctidílný program připravený na dobu šesti týdnů. Zdravotně edukačních a intervenčních jednotky jsou složeny ze tří modulů:

- I. Dýchání a umění relaxovat
- II. Jóga a masáže
- III. Výživová doporučení.

Rozvrh výukových jednotek zdravotně edukačního a intervenčního programu je stanoven předběžně na pondělí od 16:00 hodin a středy od 17:00 hodin v rozsahu jedné a půl hodiny, tj. devadesáti minut. Z důvodu směnného režimu záchranářů byly možné operativní změny dnů v týdnu tak, aby vždy program proběhl ve stejný čas dvakrát týdně. Před zahájením úvodní části jednotlivých výukových hodin je otevřeno téma

zdravé stravy se vzájemnými sděleními informací o změně stravovacích návyků dle výživových doporučení v modulu III. programu.

## **4.2 Použité metody**

Ve výzkumu je použita následující baterie metod:

### **4.2.1 Diagnostické metody**

#### **4.2.1.1 Dotazníkové šetření syndromu vyhoření**

(MASLACH, JACKSON, LEITER, 1993)

Jako nejvhodnější metoda výzkumu je zvolen standardizovaný dotazník. Je to efektivní a anonymní technika dotazování. Základním znakem této metody je předání dotazníků zkoumaným osobám a zpětné shromáždění odpovědí. Dotazník řeší vztahy mezi imunitním systémem člověka a stresovými situacemi se kterými se lidský organismus denně vyrovnává. Zdravotnické povolání patří mezi profese s vysokým předpokladem vzniku syndromu vyhoření, který bývá u zdravotnických záchranářů v důsledku pracovního přetížení a snahy dostat náročným kritériím vhodného chování při práci zdravotnických záchranářů. Administrace dotazníku nevyžadovala složitou předchozí přípravu a svým jednostránkovým formátem byla pro záchranáře k vyplnění přijatelná. Dotazník se stává z dvaadvaceti dotazů a jejich odpovědí v sedmistupňové škále pocitů. Otázky jsou zadány v různě střídavém sledu pozitivních či negativních vyjádření. V části dotazníku je participanty vyplňován jejich věk a pohlaví. Dotazník je vyplňován záchranáři dvakrát, jednou před zdravotně edukačním a intervenčním programem a po druhé po jeho realizaci.

#### **4.2.1.2 Strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami na téma zdravého životního stylu, únavy, posttraumatických zážitků a psychické a somatické regenerace (KONSTRUKCE UHLÍŘOVÁ, 2010)**

Pro strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami je připraveno pět otázek s otevřeným zakončením na které budou odpovídat jednotliví záchranáři a bude jim ponechána plná volnost při odpovědích. Vyhodnocení odpovědí na stejné otázky bude provedeno i po aplikaci zdravotně edukačního a intervenčního programu tak, že na začátku bude uvedeno vždy číslo otázky a otázka, za ní bude následovat odpověď. Záznamy vedené na základě těchto rozhovorů poslouží jako podklady pro zpracování výsledků a diskusí

k bakalářské práci. Otázky nenabízí možnosti, zkoumaná osoba vyjadřuje svůj názor. Tento typ rozhovoru je vybrán proto, že se budou data snadněji analyzovat, protože jednotlivá témata jsou lehce lokalizovatelná a dávají odpovědím tázaného širší vztahový rámec. Mohou ukázat na vztahy a souvislosti. Rozhovor s participantem vychází z ústní komunikace mezi výzkumníkem a zkoumanou osobou. Právě touto metodou rozhovoru je zjišťován pohled na náročnou každodenní stránku profese zdravotnického záchranáře ve vztahu ke zdravému životnímu stylu. Struktura informací je dána sekvencí otázek. Tím je také umožněna replikace celého průzkumu v jiném časovém okamžiku a jinou skupinou participantů. Při jeho výběru bylo také vzato v úvahu, že odpovědi vstupního a závěrečného rozhovoru v rámci zdravotně edukačního a intervenčního programu, se budou srovnávat. Cílem je poznání participanta ve své jedinečnosti (HENDL, str. 88).

Otevřené otázky:

- 1) Pod pojmem „zdravý životní styl“ si představuji
- 2) Svůj volný čas věnuji
- 3) Potíže s nadměrnou únavou řeším
- 4) Posttraumatický zážitek kompenzuji
- 5) Pro psychickou a somatickou regeneraci upřednostňuji

#### **4.2.2 Intervenční metoda - Zdravotně edukační a intervenční program ( KREJČÍ, UHLÍŘOVÁ, 2010)**

Zdravotně edukační a intervenční program pro zdravotnické záchranáře Zdravotnické záchranné služby je připraven jako dvanáctidílný program po dobu šesti týdnů ve třech modulech: Dýchání a umění relaxovat, Jóga a masáže a Výživová doporučení (viz Příloha 2). Obsahuje:

##### **Jógové zdravotně edukační a intervenční jednotky (A)**

##### **Zdravotně edukační a intervenční jednotky masáží (B)**

V jednotlivých intervenčních a edukačních jednotkách jsou zařazena **výživová doporučení se vzájemnými konzultacemi (C)**.

1. Strava pestrá a čerstvě připravená s převahou rostlinných tuků před živočišnými a u cukrů tzv. polysacharidů před jednoduchými .



2. Strava s dostatkem nevařených, syrových složek jako je ovoce, zelenina a šťávy z nich.
3. Strava energeticky hodnotná a výživná odpovídající základním potřebám těla a zvýšeným potřebám na tělesnou aktivitu či ztráty.
4. Strava v dobrých návycích s tím, že snídaně je základem dne.
5. Strava s puncem sattvy (jogínský výraz pro čistotu), tzn. strava vyvážená esteticky, chuťově i obsahově s plným soustředěním na jídlo.
6. Strava bez obsahu konzervačních a chemických přípravků, barviv a arómat.
7. Strava s obsahem esenciální mastné kyseliny v konzumaci ořechových jader, semen, fazolí či avokádu a mořských ryb.
8. Strava s biotinem, označovaným jako vitamín H, který udržuje svěží pokožku a podporuje činnost centrální nervové soustavy obsažená v ovesných vločkách, obilí, sóje, hrachu a rajčatech.
9. Strava s vitamíny, především C, vitamíny skupiny B, vitamín D, E, K a kyseliny, například kyselina listové, potřebné pro krvetvorbu obsažené v jablkách, brokolici, zelí, čočce či hlávkovém salátě a s obsahem vlákniny, minerálů, rostlinných tuků a jiných důležitých látek.
10. Strava v rovnováze s tekutinami v denní potřebě 2,5 až 3,5 litru (v nápojích, polévkách i jídlech).

Materiální zajištění programu: - zasedací místnost Záchrané služby Jihočeského kraje  
 - masážní místnost na JU, PF, Katedře výchovy ke zdraví  
 - lékařský pokoj na Zdravotnické záchrané službě  
 - CD s relaxační muzikou, masážní prostředek

Individuální zajištění: - pohodlný volný oděv  
 - podložka na cvičení  
 - prostěradlo na masáže.

## **1. Týden O dechu a relaxaci těla**

### **A. Jógová zdravotně edukační a intervenční jednotka**

**Úvodní část - zahájení, motivace ke cvičení.** Jógová intervenční a edukační jednotka je zahájena vzájemným pozdravem. Účastníci zaujmou polohu tureckém sedu (sukha ásana) s položenými rukama na kolenou a dlaněmi otočenými vzhůru, palec a ukazováček se vzájemně dotýká, ostatní tři prsty zůstávají natažené a uvolněné. Jsou seznámeni s průběhem cvičení a hlavními zásadami jógových cvičení a naučení se správnému dýchání tzv. plnému jógovému dechu. Vysvětlení tří typů: dýchání břišního nebo bráničního dechu, hrudního dechu a podklíčkového dechu. Důraz je kladen na zdravé a přirozené dýchání, kdy se všechny tři typy dýchání spojí do jednoho nádechu a výdechu a vytváří „plynulou vlnu“, která probíhá s nádechem ze zdola nahoru a při výdechu seshora dolů: s nádechem se břišní stěna vyklenuje vpřed a hrudník se rozevívá, s výdechem se hrudník i břišní stěna vrací. Dýchání je prováděno nosem.

Nácvik dechu a ásana:

Nácvik plného jógového dechu (MAHÉŠVARÁNANDA, 2006, str. 24)

Ánanda ásana - pozice blaženosti a míru (MAHÉŠVARÁNANDA, 2006, str. 40)

**Průpravná část.** Jógová sestava. Rozcvičení je provedeno podle dynamické jógové sestavy Pozdrav měsíci (Čandra namaskár). (viz Příloha 2) Pozdrav měsíci je promyšlená, cílevědomá soustava cviků, kterými se výborně procvičí celé tělo. Bohatě jsou zde zastoupené především úklony do stran, kterými se uvolní a protáhnou boční a příčné skupiny svalů. Při celodenním pohybu ohýbáme páteř většinou v předozadním směru, a tak je toto cvičení vhodné především pro večerní rozcvičení. Celou sestavu je potřeba několikrát opakovat, například třikrát i víckrát. Jednotlivé polohy a spojovací pohyby mezi nimi jsou jakousi pantomimou, protože symbolicky vyjadřují postoje cvičícího k příjemným i méně příjemným událostem dne, k tomu, co se stalo, i k tomu, co ještě teprve přijde. Proto jednotlivé polohy a pohyby je třeba vykonávat spíše jako ásany (statické polohy těla v józe), než jako tělocvik, a postupně propracovávat i ladnost cvičení. Je přirozené, že budeme sladit pohyby s dýcháním, které má být pomalé, hluboké, klidné a pravidelné.

**Hlavní část.** V této části jsou cvičeny ásany zaměřené na rytmus, tempo a hloubku dechu. Mezi jednotlivá cvičení jsou vkládány pozice relaxační, kdy je nutné myšlenky a pocity od všeho oprostit a zaměřit svou pozornost na uvolnění těla a mysli. Cvičení je

prováděno hromadně jedenkrát týdně, v pondělí od 16:00 hodin, jeden a půl hodiny tj. devadesát minut včetně relaxace. Doporučeno je individuální cvičení v trvání dvaceti minut.

**Ásany:** Protážení trupu (MAHÉŠVARÁNANDA, 2006, str. 41)

Márdžarí – kočka (MAHÉŠVARÁNANDA, 2006, str. 48)

Suméru ásana – hora (MAHÉŠVARÁNANDA, 2003, str. 161)

Tada ásana – palma (MAHÉŠVARÁNANDA, 2003, str. 59)

Pávana mukta ásana – přitahování kolen k trupu (MAHÉŠVARÁNANDA, 2006, str. 59).

**Závěrečná část.** Tělo je uvolněno relaxačním a dechovým cvičením v lehu na zádech postupným uvolňováním jeho jednotlivých částí. V tureckém sedu se zavřenýma očima, se setrváním v pozici přibližně 5 minut, myšlenky i pocity jsou zklidněny a je zazpíváno „ÓM“. Zvuk vibruje a prostupuje tělem. Opakování 3x. Na závěr je protření dlaní, položení jich na obličej a prohrátí obličejových svalů. Pomalé se narovnaní a otevření očí (MAHÉŠVARÁNANDA, 2003, str. 45)

## **B. Zdravotně edukační a intervenční jednotka masáží**

Aplikaci masáží je věnována jedna a půl hodiny, tj. devadesát minut, jedenkrát týdně ve středu od 17:00 hodin. Masáže probíhají podle dohody buď v masážní místnost na JU, PF, Katedře Výchovy ke zdraví nebo na Záchraně službě JČK. Zajištěna jsou prostěradla a masážní prostředek. Sportovní masáž odstraňující únavu je zaměřena u záchranářů na masáž zad a šíje. Tato masáž je jedním z nejstarších regeneračních prostředků. Snižuje svalové napětí – myorelaxační účinky – a proto je používána k odstraňování svalových a úponových bolestí vzniklých na podkladě zvýšeného svalového tonusu. Sportovní masáž odstraňující únavu částečná trvá 20 – 30 minut pro jednotlivce (PAVLOVÁ A KOL., 1998).

- Metodický postup při masáži odstraňující únavu – záda (příloha 2)
- Metodický postup při masáži odstraňující únavu – šíje (příloha 2).

Automasáž

- Indická masáž hlavy (příloha 2)

Uleví do stresu a napětí. Frekvence provádění je každý den cca 5 minut.

## **C. Výživová doporučení se vzájemnými konzultacemi.**

## **2. Týden Umění ovládat míru svého napětí a uvolnění**

### **A. Jógová zdravotně edukační a intervenční jednotka**

**Úvodní část.** Je zahájena vzájemným pozdravem. Účastníci zaujmou polohu tureckém sedu (sukha ásana) a jsou seznámeni s průběhem cvičení a hlavními zásadami jógových cvičení. Svaly části těla, které se cvičí jsou co nejvíce napnuty a pak je toto napětí vědomě rozpouštěno. Fyziologickou zákonitostí je, že sval se dokáže po maximálním napětí snadněji uvolnit a tudíž jsou svaly velkého napětí takto procit'ovány mnohem lépe.

**Ásána:** Ánanda ásana - pozice blaženosti a míru (MAHÉŠVARÁNANDA, 2006, s 40)

**Průpravná část.** Jógová sestava Pozdrav měsíci (Čandra namaskár), třikrát opakována.

**Hlavní část.** V této části jsou cvičeny ásany na vědomé uvolňování těla. Mezi jednotlivá cvičení jsou vkládány pozice relaxační. Doporučeno je cvičit i individuálně ve svém volnu v délce trvání nejméně 20 minut denně s důrazem na to, že žádné cvičení nesmí působit bolest.

**Ásány:** Protážení trupu (MAHÉŠVARÁNANDA, 2006, str. 41)

Márdžarí – kočka (MAHÉŠVARÁNANDA, 2006, str. 48)

Suméru ásana – hora (MAHÉŠVARÁNANDA, 2003, str. 161)

Přípravné cvičení na Bhudžanga ásanu–kobru (MAHÉŠVARÁNANDA, 2003, str. 53)

Bhudžanga ásana - kobra (MAHÉŠVARÁNANDA, 2003, str. 83, 84)

**Závěrečná část.** Tělo je uvolněno „tygří relaxací“ v lehu na břicho. Hlava a částečně trup je otočen mírně vlevo, pravá noha skrčena, pravé koleno přitaženo k hrudníku, pokrčena pravá paže a loket přisunut ke kolenu a hlava leží na levém předloktí. V této pozici je provedeno 10 nádechů a výdechů na obě strany. V tureckém sedu se zavřenýma očima, setrváno je v pozici přibližně 5 minut, zklidněny myšlenky i pocity a zazpíváno je „ÓM“. Opakování je 3x. Na závěr protření dlaní, položení na obličej a prohřátí obličejových svalů. Pomalé se narovnaní a otevření očí (MAHÉŠVARÁNANDA, 2003, s 73).

### **B. Zdravotně edukační a intervenční jednotka masáží**

- Masáž odstraňující únavu – záda
- Automasáž

### **C. Výživová doporučení se vzájemnými konzultacemi.**

### **3. Týden Prožívat okamžiky, být se všemi myšlenkami a pocity tady a teď**

#### **A. Jógová zdravotně edukační a intervenční jednotka**

**Úvodní část.** Zahájeno vzájemným pozdravem a v tureckém sedu (sukha ásana) a seznámení s průběhem cvičení a hlavními zásadami jógových cvičení. Uvolnit se během všedního dne neznamena být pasivní Je to naopak soustředěný bdělý stav. Člověk se učí prožívat každý okamžik, být se všemi svými myšlenkami a pocity tady a teď.

**Ásana:** Ánanda ásana - pozice blaženosti a míru (MAHÉŠVARÁNANDA, 2006, str. 40)

**Průpravná část.** 3 x zacvičena dynamická jógová sestava Pozdrav měsíci (Čandra namaskár).

**Hlavní část.** Cvičeny ásany na prožití a prodýchání pohybu. Mezi jednotlivá cvičení jsou vkládány pozice relaxační.

**Ásany:** Šašanka ásana – zajíc (MAHÉŠVARÁNANDA, 2006, str. 102)

Márdžarí – kočka (MAHÉŠVARÁNANDA, 2006, str. 48)

Akárana dhanur ásana – šíp a luk (MAHÉŠVARÁNANDA, 2006, str. 116)

Trikóna ásana – trojúhelník (MAHÉŠVARÁNANDA, 2006, str. 154)

Hansa ásana – labuť (MAHÉŠVARÁNANDA, 2006, str. 158)

**Závěrečná část.** Tělo je uvolněno relaxačním a dechovým cvičením v lehu na zádech postupným uvolňováním jeho jednotlivých částí. V tureckém sedu zazpívané „ÓM“. Opakování 3x. Na závěr protření dlaní, položení jich na obličej a prohrátí obličejových svalů. Pomalé narovnaní se a otevření očí.

#### **B. Zdravotně edukační a intervenční jednotka masáží**

- Masáž odstraňující únavu – šíje
- Automasáž

#### **C. Výživová doporučení se vzájemnými konzultacemi.**

#### **4. Týden Moudrý k sobě a schopnost koncentrace**

##### **A. Jógová zdravotně edukační a intervenční jednotka**

**Úvodní část.** Vzájemné pozdravení se v tureckém sedu. Seznámení s průběhem cvičení a hlavními zásadami jógových cvičení. Již po několika týdnech cvičení jógy se zvyšuje schopnost uvolnit se, a tím dochází nejen k zlepšení tělesného stavu, ale i ke zlepšení kvality spánku a ke zvýšení výkonnosti.

**Ásana:** Ánanda ásana - pozice blaženosti a míru (MAHÉŠVARÁNANDA, 2006, str. 40)

**Průpravná část.** Třikrát zacvičena dynamická jógová sestava Pozdrav měsíci (Čandra namaskár).

**Hlavní část.** Cvičení zlepšuje rovnováhu a koncentraci, harmonizuje tělo i mysl. Vybrány jsou ásany na koncentraci. Mezi jednotlivá cvičení jsou vkládány pozice relaxační.

**Ásany:** Éka pada pranáma ásana – pozdrav na jedné noze (MAHÉŠVARÁNANDA, 2006, str. 162)

Márdžarí – kočka (MAHÉŠVARÁNANDA, 2006, str. 48)

Suméru ásana – hora (MAHÉŠVARÁNANDA, 2003, str. 161)

Bhudžanga ásana – kobra (MAHÉŠVARÁNANDA, 2003, str. 83, 84)

Hansa ásana – labuť (MAHÉŠVARÁNANDA, 2006, str. 158)

**Závěrečná část.** Tělo je uvolněno relaxačním a dechovým cvičením v lehu na zádech postupným uvolňováním jeho jednotlivých částí. V tureckém sedu se zavřenýma očima zazpívávané „ÓM“. Opakování 3x. Na závěr protření dlaní, položení jich na obličej a prohrátí obličejových svalů. Pomalé se narovnaní a otevření očí.

##### **B. Zdravotně edukační a intervenční jednotka masáží**

- Masáž odstraňující únavu – záda
- Automasáž

##### **C. Výživová doporučení se vzájemnými konzultacemi.**

## **5. Týden Osvěžení života, povzbuzení a aktivizace těla**

### **A. Jógová zdravotně edukační a intervenční jednotka**

**Úvodní část.** Jógová intervenční a edukační jednotka je zahájena vzájemným pozdravem. Účastníci zaujmou polohu tureckém sedu (sukha ásana) a jsou seznámeni s průběhem cvičení.

**Ásana:** Ánanda ásana - pozice blaženosti a míru (MAHÉŠVARÁNANDA, 2006, str. 40)

**Průpravná část.** Cvičí se jógová sestava Pozdrav měsíce (Čandra namaskár). Sestava je 3x opakována.

**Hlavní část.** Ásany harmonizují a osvěžují celé tělo, povzbuzují trávení, zajišťují dobrou stabilitu pánve a nohou, prohlubují dýchání. Mezi jednotlivá cvičení jsou vkládány pozice relaxační.

**Ásany:** Tada ásana – palma (MAHÉŠVARÁNANDA, 2003, str. 59)

Protážení trupu (MAHÉŠVARÁNANDA, 2006, str. 41)

Márdžári – kočka (MAHÉŠVARÁNANDA, 2006, str. 48)

Suméru ásana – hora (MAHÉŠVARÁNANDA, 2003, str. 161)

Hansa ásana – labuť (MAHÉŠVARÁNANDA, 2006, str. 158)

**Závěrečná část.** Tělo je uvolněno „tygří relaxací“ v lehu na břicho. Zazpíváno „ÓM“. Opakování je 3x. Na závěr protření dlaní, položení jich na obličej a prohřátí obličejových svalů. Pomalé se narovnaní a otevření očí.

### **B. Zdravotně edukační a intervenční jednotka masáží**

- Masáž odstraňující únavu – šíje
- Automasáž

### **C. Výživová doporučení se vzájemnými konzultacemi.**

## **6. Týden O vyrovnanosti a harmonii celého těla**

### **A. Jógová zdravotně edukační a intervenční jednotka**

**Úvodní část.** Jógová intervenční a edukační jednotka je zahájena vzájemným pozdravem. Účastníci zaujmou polohu tureckém sedu (sukha ásana) a jsou seznámeni s průběhem cvičení.

**Ásana:** Ánanda ásana - pozice blaženosti a míru (MAHÉŠVARÁNANDA, 2006, str. 40)

**Průpravná část.** Cvičena je třikrát dynamická jógová sestava (Čandra namaskár).

**Hlavní část.** Zlepšuje rovnováhu a harmonizuje tělo i mysl, odstraňuje únavu a dodává vitalitu. Vybrány ásany na stabilizaci a harmonizaci nervové soustavy. Mezi jednotlivá cvičení jsou vkládány pozice relaxační.

**Ásany:** Éka pada pranáma ásana – pozdrav na jedné noze (MAHÉŠVARÁNANDA, 2006, str. 162)

Márdžarí – kočka (MAHÉŠVARÁNANDA, 2006, str. 48)

Suméru ásana – hora (MAHÉŠVARÁNANDA, 2003, str. 161)

Akárana dhanur ásana – šíp a luk (MAHÉŠVARÁNANDA, 2006, str. 116)

Hansa ásana – labuť (MAHÉŠVARÁNANDA, 2006, str. 158)

**Závěrečná část.** Tělo je uvolněno relaxačním a dechovým cvičením v lehu na zádech postupným uvolňováním jeho jednotlivých částí. V tureckém sedu se zavřenýma očima zazpívá „ÓM“. Opakování je třikrát. Na závěr protření dlaní, položení jich na obličej a prohrátí obličejových svalů. Pomalé se narovnaní a otevření očí.

### **B. Zdravotně edukační a intervenční jednotka masáží**

- Masáž odstraňující únavu – záda
- Automasáž

### **C. Výživová doporučení se vzájemnými konzultacemi.**



## 5. VÝSLEDKY A DISKUZE

### 5.1 Výsledky a diskuse k dotazníkovému šetření

Vyhodnocení dotazníku bylo provedeno tak, že odpovědi ve vyjádřené sedmistupňové škále pocitů byly převedeny do tvaru jedna až sedm bodů. K vyhodnocení dotazníku byly použity průměrné hodnoty bodů (hrubé skóre HS) a zpracovány tabulky a grafy.

Tento dotazník slouží jako podklad pro zpracování výzkumné části bakalářské práce, zabývající se vztahem mezi imunitním systémem člověka a stresovými situacemi, se kterými se lidský organismus denně vyrovnává. Zdravotnické povolání patří mezi profese s vysokým předpokladem vzniku syndromu vyhoření, který bývá důsledkem pracovního přetížení a snahy dostat náročným kritériím vhodného chování při práci zdravotnických záchranářů.		Nikdy se tak necítím	Cítím se tak několikrát za rok (nebo i méně)	Cítím se tak jednou měsíčně (nebo i méně)	Cítím se tak několikrát za měsíc	Cítím se tak jednou týdně	Cítím se tak několikrát týdně	Cítím se tak každý den
MUŽ / ŽENA	VĚK .....	Přiřazené body						
1+	Díky mé práci jsem citově vyčerpaný/á	7	6	5	4	3	2	1
2+	Na konci pracovního dne jsem fyzicky unavený/á	7	6	5	4	3	2	1
3-	Po probuzení v pracovní dny jsem odpočínutý/á	1	2	3	4	5	6	7
4-	Snadno se vcítím do pocitů lidí, které zachraňuji	1	2	3	4	5	6	7
5+	S určitými lidmi jedním neosobně	7	6	5	4	3	2	1
6+	Pracovat celý den s lidmi je vyčerpávající	7	6	5	4	3	2	1
7-	Umím se vyrovnat s problémy, které vznikají v mém pracovním prostředí	1	2	3	4	5	6	7
8+	Jsem z mé práce vyhořelý/á	7	6	5	4	3	2	1
9-	Svou prací navozuji změny v životě jiných lidí	1	2	3	4	5	6	7
10+	Díky mé práci jsem k lidem chladnější	7	6	5	4	3	2	1
11+	Obávám se, že díky mé práci budu citově chladnější	7	6	5	4	3	2	1
12-	Cítím se plný/á energie	1	2	3	4	5	6	7
13+	Jsem svou prací frustrovaný/á	7	6	5	4	3	2	1
14+	V práci příliš těžce pracuji	7	6	5	4	3	2	1
15+	O osudy lidí, které v práci potkávám se nezajímám	7	6	5	4	3	2	1
16+	Přímý pracovní kontakt s lidmi mne stresuje	7	6	5	4	3	2	1
17-	Snadno při práci s lidmi navodím uvolněnou atmosféru	1	2	3	4	5	6	7
18-	Týmová práce mi přináší uspokojení	1	2	3	4	5	6	7
19-	V práci se mi podařilo vykonat hodně věcí, jež stály za to	1	2	3	4	5	6	7
20+	Již nemohu dál	7	6	5	4	3	2	1
21-	S citovými problémy v práci se vyrovnávám velmi klidně	1	2	3	4	5	6	7
22+	Lidé v práci mne činí odpovědným/ou za jejich problémy	7	6	5	4	3	2	1

MBI - Maslach Burnout Inventory, (Maslach, Jackson, Leiter, 1993, University of California)  
Zpracovala : Božena Uhlířová, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, PF, Katedra Výchovy ke zdraví

**Tab. 1** Analýza výsledku dotazníkového šetření, ženy (N=5)

Otázka	Ženy											
	před programem						Po programu					
	1	2	3	4	5	[HS]	1	2	3	4	5	[HS]
1	5	7	5	7	1	5,0	5	7	6	7	3	5,6
<b>2</b>	2	7	5	2	1	<b>3,4</b>	3	7	6	3	3	<b>4,4</b>
<b>3</b>	7	1	2	4	4	<b>3,6</b>	7	4	5	5	5	<b>5,2</b>
4	4	1	2	4	7	3,6	2	3	3	5	7	4,0
5	7	7	6	5	7	6,4	7	7	6	5	7	6,4
<b>6</b>	4	7	5	6	1	<b>4,6</b>	5	7	5	6	3	<b>5,2</b>
7	7	7	6	6	1	5,4	7	7	6	6	2	5,6
8	7	7	6	7	7	6,8	7	7	6	7	7	6,8
<b>9</b>	7	1	1	4	6	<b>3,8</b>	7	4	3	5	6	<b>5,0</b>
10	7	7	7	7	7	7,0	7	7	7	7	7	7,0
11	6	7	6	7	7	6,6	6	7	6	7	7	6,6
<b>12</b>	7	7	7	6	2	<b>5,8</b>	7	7	7	7	4	<b>6,4</b>
13	7	7	6	7	6	6,6	7	7	6	7	6	6,6
14	6	4	5	4	5	4,8	6	5	6	4	5	5,2
15	7	2	7	7	2	5,0	7	3	7	7	2	5,2
16	7	7	7	6	3	6,0	7	7	7	6	4	6,2
17	7	6	7	6	6	6,4	7	6	7	6	6	6,4
<b>18</b>	7	7	4	4	1	<b>4,6</b>	7	7	5	5	3	<b>5,4</b>
19	7	7	4	5	5	5,6	7	7	5	6	5	6,0
20	7	7	7	6	1	5,6	7	7	7	6	3	6,0
<b>21</b>	6	6	4	1	1	<b>3,6</b>	6	7	4	4	3	<b>4,8</b>
22	5	7	7	7	3	5,8	6	7	7	7	4	6,2
<b>Celkem</b>	136	126	116	118	84	116,0	137	137	127	128	102	126,2
<b>[HS]</b>	6,18	5,73	5,27	5,36	3,82	5,27	6,23	6,23	5,77	5,82	4,64	5,74

## Tabulka 1, graf 1

Hodnocena byla míra zlepšení podle dotazníkového šetření záchranářů před programem a po programu v členění na ženy. Výsledky z dotazníkového šetření byly převedeny do tabulky Tab. 1 a získaná data vyjádřena v grafu Graf 1.

- Největší zlepšení po programu u žen bylo zaznamenáno u otázky č. 3 **Po probuzení v pracovní dny jsem odpočinitá**, kdy se záchranářky zlepšily v hrubém skóre + 1,6 bodu a u otázek č. 9 **Svou prací navozuji změny v životě jiných lidí** a č. 21 **S citovými problémy se vyrovnávám velmi klidně**, je zlepšení v hrubém skóre + 1,2 bodu,
- dále u otázky č. 2 **Na konci pracovního dne jsem fyzicky unavená** v hrubém skóre + 1,0 bodu,
- č. 18 **Týmová práce mi přináší uspokojení** hrubé skóre + 0,8 bodu. Domnívám se, že cvičením zdravotně edukačních a intervenčních jednotek se zlepšila kolektivní práce a celý tým začal lépe fungovat,
- č. 1 **Díky mé práci jsem citově vyčerpaný**, č. 6 **Pracovat celý den s lidmi je vyčerpávající**, č. 12 **Cítím se plný energie**, zde bylo hrubé skóre + 0,6 bodu.
- zlepšení u ostatních otázek bylo v hrubém skóre + 0,2 až + 0,4 bodu (viz tabulka). Výsledky byly ovlivněny zlepšením koncentrace, které cvičení ásan navozuje. Správným dýcháním a automasáží hlavy,
- Největší zlepšení je u záchranářky 5. Vycházím-li z charakteristiky participantky, domnívám se, že pro tuto záchranářku byla účast v programu potřebná a přínosná.
- Z výsledku je patrné, že se odpovědi u žen zůstaly nezměněné před zavedením programu a po něm v těchto otázkách číslo:

**5. S určitými lidmi jednám neosobně**

**8. Jsem z mé práce vyhořelý**

**10. Díky mé práci jsem k lidem chladnější**

**11. Obávám se, že díky mé práci budu k lidem chladnější**

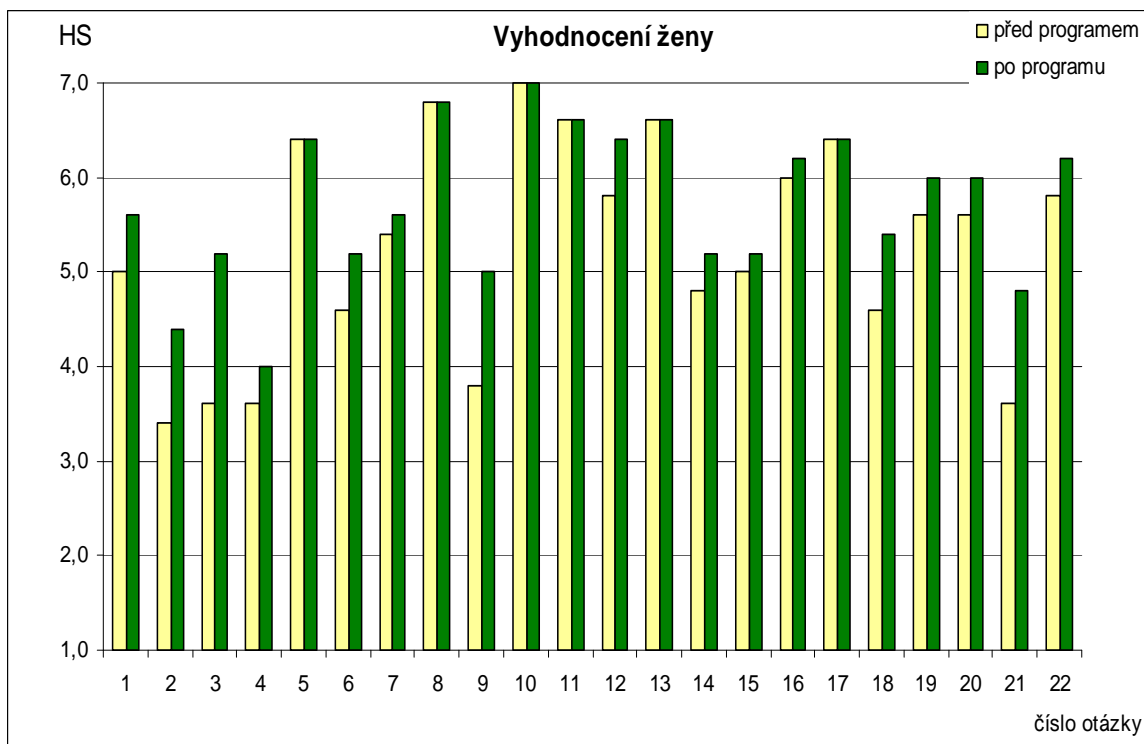
**13. Cítím se plná energie.**

U otázky č. 10 ani změna nebyla možná, protože před programem i po něm měla otázka plný počet bodů. V celkovém hodnocení podle otázek, jak ukazuje graf, došlo u žen ke zlepšení.

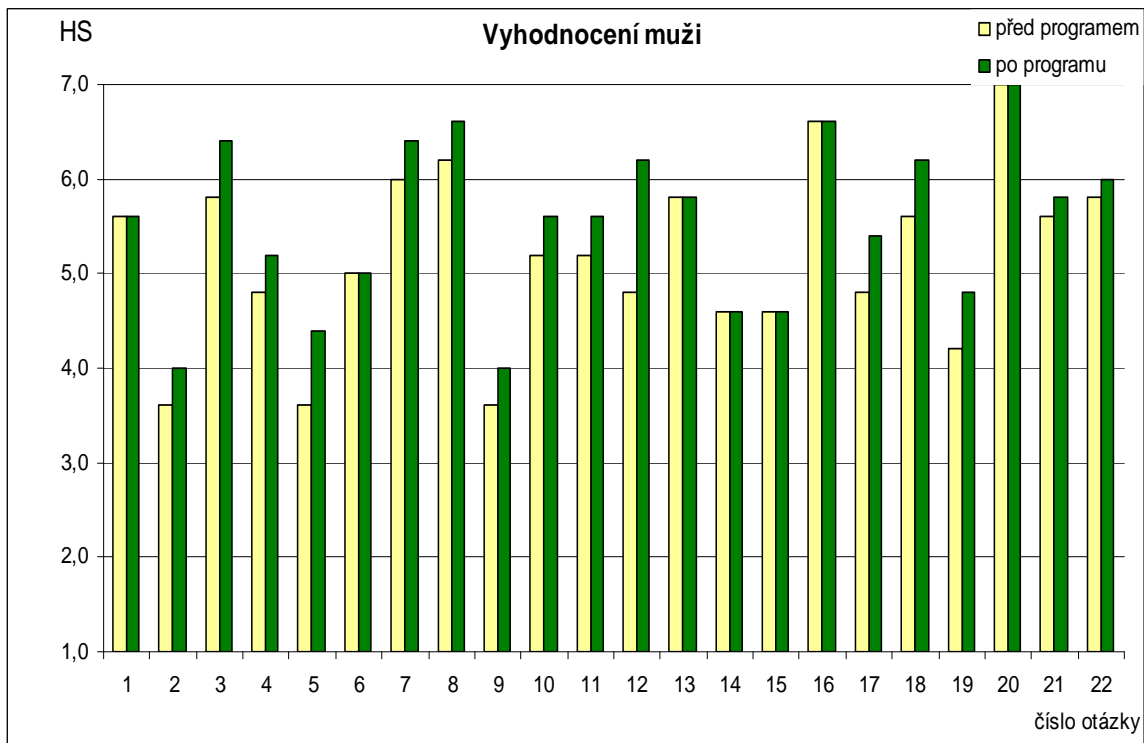
**Tab. 2** Analýza výsledku dotazníkového šetření, muži (N=5)

Otázka	Muži											
	před programem						po programu					
	1	2	3	4	5	[HS]	1	2	3	4	5	[HS]
1	5	4	6	6	7	5,6	4	5	5	7	7	5,6
2	3	3	5	5	2	3,6	4	4	4	5	3	4,0
<b>3</b>	6	7	4	7	5	<b>5,8</b>	6	7	6	7	6	<b>6,4</b>
4	5	7	5	4	3	4,8	5	7	5	5	4	5,2
<b>5</b>	3	3	3	5	4	<b>3,6</b>	3	4	5	5	5	<b>4,4</b>
6	5	5	4	6	5	5,0	5	5	4	6	5	5,0
7	7	3	7	7	6	6,0	7	5	7	7	6	6,4
8	7	6	6	7	5	6,2	7	7	6	7	6	6,6
9	5	4	3	2	4	3,6	5	4	3	4	4	4,0
10	7	2	6	6	5	5,2	7	4	6	6	5	5,6
11	6	2	6	6	6	5,2	6	4	6	6	6	5,6
<b>12</b>	6	6	4	6	2	<b>4,8</b>	7	6	6	7	5	<b>6,2</b>
13	6	6	6	5	6	5,8	6	6	6	5	6	5,8
14	3	4	6	6	4	4,6	3	4	6	6	4	4,6
15	2	7	4	6	4	4,6	2	7	4	6	4	4,6
16	7	7	7	6	6	6,6	7	7	7	6	6	6,6
<b>17</b>	6	6	4	4	4	<b>4,8</b>	6	6	4	6	5	<b>5,4</b>
<b>18</b>	7	7	4	5	5	<b>5,6</b>	7	7	5	6	6	<b>6,2</b>
<b>19</b>	6	5	2	4	4	<b>4,2</b>	6	5	3	5	5	<b>4,8</b>
20	7	7	7	7	7	7,0	7	7	7	7	7	7,0
21	6	6	6	6	4	5,6	6	7	6	6	4	5,8
22	5	4	7	7	6	5,8	5	5	7	7	6	6,0
<b>Celkem</b>	120	111	112	123	104	114	121	123	118	132	115	121,8
<b>[HS]</b>	5,45	5,05	5,09	5,59	4,73	5,18	5,50	5,59	5,36	6,00	5,23	5,54

**Graf 1** Analýza výsledku dotazníkového šetření, ženy (N=5)



**Graf 2** Analýza výsledku dotazníkového šetření, muži (N=5)



## Tabulka 2, graf 2

Hodnocena byla míra zlepšení (hrubé skóre), podle dotazníkového šetření záchranářů před programem a po programu v členění na muže. Největší zlepšení bylo zaznamenáno u mužů u otázky č.12 **Cítím se plný energie**, kdy hrubé skóre bylo + 1,4 bodu. Nejvíce o tři body se zlepšil záchranář 5, o dva body záchranář 3 a o jeden bod záchranář 1 a 4. V kazuistice má záchranář 1 uvedeno, že studuje vysokou školu, je tedy otevřený učení se novým věcem, má přítelkyni záchranářku. Zdravotně edukační a intervenční jednotku jógy cvičí s přítelkyní v soukromí.

- č. 5 **S určitými lidmi jedním neosobně**, kdy vyšlo zlepšení + 0,8. Cvičením se muži uvolnili a byli k ostatním otevřenější.

- č. 3 **Po probuzení v pracovní dny jsem odpočínutý**, č. 17 **Snadno při práci s lidmi navodím uvolněnou atmosféru**, č. 18 **Týmová práce mi přináší uspokojení**, č 19. **V práci se mi podařilo vykonat hodně věcí, jež stály za to.**

Hrubé skóre u těchto otázek je + 0,6 bodu. Výsledek svědčí o lepším spánku u participantů a zlepšení jejich koncentrace a nakonec lepší výsledky i v týmové práci. Otázka č.2, 4, 7, 8, 9, 10, 11 mají hrubé skóre + 0,4 bodu. Zlepšení ve vyrovnaném nárůstu.

Z výsledků je patrné, že u mužů v odpovědích nebyly zaznamenány změny před zavedením programu a ani po něm, v těchto otázkách číslo:

**1. Díky mé práci jsem citově vyčerpaný**

**6. Pracovat celý den s lidmi je vyčerpávající**

**13. Jsem svou prací frustrovaný**

**14. V práci příliš těžce pracuji**

**15. O osudy lidí, které v práci potkávám se nezajímám**

**16. Přímý pracovní kontakt s lidmi mne stresuje**

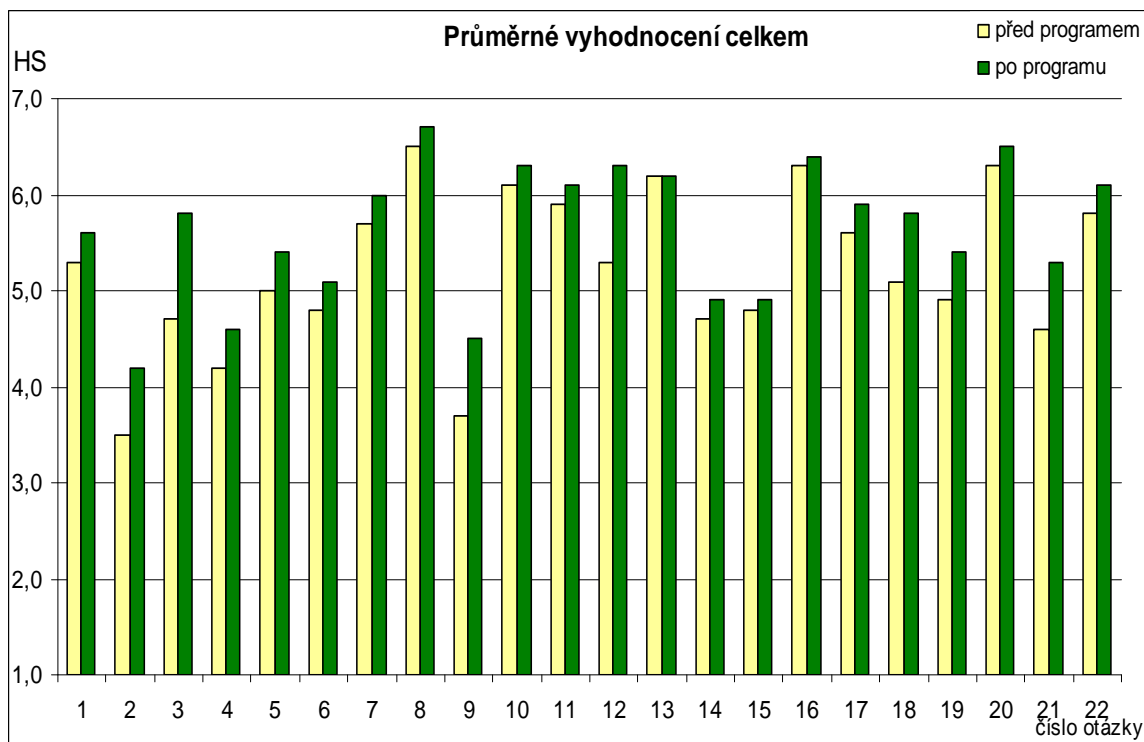
Je pravděpodobné, že stejné hodnocení těchto otázek před programem a po něm je způsobeno, tím, že muži prožívají míru zodpovědnosti hlouběji než ženy a jsou na ně kladeny vyšší fyzické nároky než na ženy a uvolnění těla a mysli je delší. Také pravděpodobně v tom, že dva participantů muži jsou věkem přes čtyřicet let, tudíž dlouhodoběji zatíženi stresem a délka programu je k načerpání nových sil je krátká. Zajímavé je, že neměnné otázky jsou u mužů jiné než u žen. Porovnání výsledků u žen a mužů je v mé práci popsáno dále. U ostatních otázek u mužů se zlepšení celkem

pohybuje hrubém skóre + 0,2 až 0,4 bodu. V celkovém hodnocení je program u participantů hodnocen jako úspěšný, jak je znázorněno v grafickém vyjádření. V odborné otázce č.2 mé bakalářské práce, kdy jsem předpokládala, že u mužů bude výsledek výrazně lepší než u žen. Má domněnka nebyla potvrzena úplně, byla pouze splněna v jedné otázce, jak uvádím níže. Porovnáním součtu bodů před zdravotně edukačním a intervenčním programem a po něm, je zjištěn u mužů nárůst o 7,8 bodů, v hrubém skóre je to + 0,36 bodu. Zatímco u žen je součet bodů s nárůstem bodů před programem a po něm 10,2, což je v hrubém skóre zlepšení + 0,47 bodu. Tento stav si vysvětluji tím, že mužští participanté jsou starší a dva mají nadváhu. Přesto nemohu popřít, jejich obrovskou snahu a proto se domnívám, že by výraznější zlepšení se u nich projevilo až za delší čas.

**Tab. 3** Analýza výsledku dotazníkového šetření (N=10)

Otázka	[HS] před programem	[HS] po programu	Otázka	[HS] před programem	[HS] po programu
1	5,3	5,6	<b>12</b>	<b>5,3</b>	<b>6,3</b>
<b>2</b>	<b>3,5</b>	<b>4,2</b>	13	6,2	6,2
<b>3</b>	<b>4,7</b>	<b>5,8</b>	14	4,7	4,9
4	4,2	4,6	15	4,8	4,9
<b>5</b>	<b>5,0</b>	<b>5,4</b>	16	6,3	6,4
6	4,8	5,1	17	5,6	5,9
7	5,7	6,0	<b>18</b>	<b>5,1</b>	<b>5,8</b>
8	6,5	6,7	19	4,9	5,4
<b>9</b>	<b>3,7</b>	<b>4,5</b>	20	6,3	6,5
10	6,1	6,3	<b>21</b>	<b>4,6</b>	<b>5,3</b>
11	5,9	6,1	22	5,8	6,1

**Graf 3** Analýza výsledku dotazníkového šetření (N=10)



**Tabulka 3, graf 3**

Tabulka 3 uvádí průměrné vyhodnocení bodů (hrubé skóre) mužů a žen celkem v členění podle otázek před zavedením zdravotně edukačního a intervenčního programu a po něm.

- V otázce č.3 **Po probuzení v pracovní dny jsem odpočinitý/á** je patrné největší zlepšení + 1,1 průměrného bodu (HS). U záchranářek je (HS 1,6) a u záchranářů (HS 0,6). Realizací programu poklesla únava, dosáhli celkového zklidnění a cítili se lépe, naučili se tělo správně relaxovat. Cítili se po probuzení odpočinití, což přisuzují i ve zlepšení spánkovém režimu.
- U otázky č.12 **Cítím se plný/á energie** se ukázalo celkové hrubé skóre + 1,0 průměrného bodu, u žen zlepšení v hrubém skóre + 0,6, u mužů + 1,4 bodu. V této otázce se mi má druhá odborná otázka, kdy předpokládám, že bude výraznější zlepšení u mužů potvrdila, ale v celkovém hodnocení ne (viz níže).
- Podle otázky č.9 **Svou prací navozuji změny v životě jiných lidí** je hrubé skóre celkem + 0,8 bodu. U žen + 1,2 a u mužů + 0,4 bodu. Odpověď na tuto otázku je obtížná, její odpověď je z více pohledů.



- O + 0,7 bodu hrubého skóre je celkové zlepšení u otázek číslo:

**2. Na konci pracovního dne jsem fyzicky unavený**

**18. Týmová práce mi přináší uspokojení**

**21. S citovými problémy v práci se vyrovnávám velmi klidně.**

Úspěch zde je v provádění zdravotně edukační a intervenční jednotce masáží, úspěšná týmová práce a v edukaci ovládnání svého napětí a uvolnění.

- U otázky č.5 **S určitými lidmi jednám neosobně**, která dosáhla průměrného zlepšení + 0,4 bodu, jako u otázky číslo 9 je odpověď možná z více úhlu pohledu.

- Ostatní otázky vykazovaly a potvrzovaly úspěšnost programu zlepšením + 0,1 až 0,3 bodu.

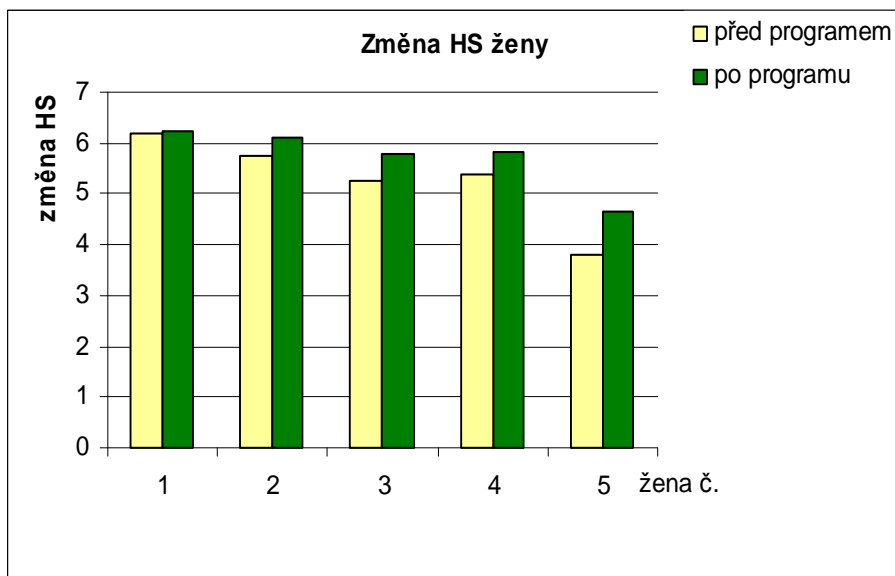
- Zajímavé je zkoumat otázku č.8 **Jsem z mé práce vyhořelý/á** ukazuje zlepšení + 0,2 hrubého skóre, podívám-li se na tuto otázku podle počtu bodů, zjišťuji, že z celkového počtu deseti odpovědí odpovědělo šest participantů, že se tak nikdy necítí (7 bodů) a čtyři odpověděli, že se tak cítí několikrát za rok (nebo i méně) v počtu 6 bodů. Takový výsledek je u této otázky týkající se výzkumu překvapivý, ale vystupuje tu otázka, zda si všichni přiznají, že jsou vyhořelí. U žen jsou odpovědi stejné jak před programem, tak, po něm. U mužů se zlepšili dva záchranáři o dva body (HS + 0,4).

V otázce č.13 **Jsem svou prací frustrovaný** nebyl žádný posun vzhledem k tomu, že frustrace je stav je dlouhodobý a jeho zlepšení vyžaduje i dlouhodobou intervenci.

**Tab. 4** Změna HS, ženy (N=5)

Změna HS					
Ženy	1	2	3	4	5
před programem	6,18	5,73	5,27	5,36	<b>3,82</b>
po programu	6,23	6,09	5,77	5,82	<b>4,64</b>

**Graf 4** Změna HS, ženy (N=5)



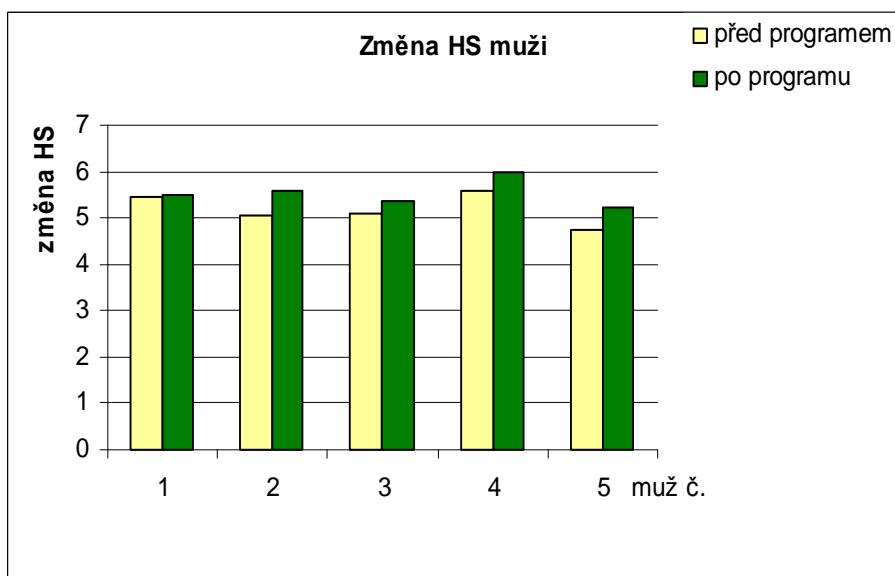
**Tabulka 4, graf 4**

V této tabulce byly porovnávány a vedle graficky znázorněny výsledky záchranářek, žen podle průměrného hodnocení dvaadvaceti otázek před zdravotně edukačním programem a po něm. Nejvyšší průměrné hodnocení je u záchranářky 5 + 0,82 bodů. Jak již bylo uvedeno u v předchozím hodnocení žen, pro tuto záchranářku je zdravotně edukační a intervenční program povzbuzením a ujasněním si vztahu k profesi z důvodu její změny zaměstnání. Na druhém místě je žena 3, cvičí aerobic, s průměrným hodnocením + 0,50 a potom záchranářka 2, aktivní horolezkyně, s průměrným hodnocením 0,36. Nejmenší zlepšení, ale přesto zlepšení prokazatelné, je u záchranářky 1.

**Tab. 5** Změna HS, muži (N=5)

Změna HS					
Muži	1	2	3	4	5
před programem	5,45	5,05	5,09	5,59	4,73
po programu	5,50	5,59	5,36	6,00	5,23

**Graf 5** Změna HS, muži (N=5)



**Tabulka 5, graf 5**

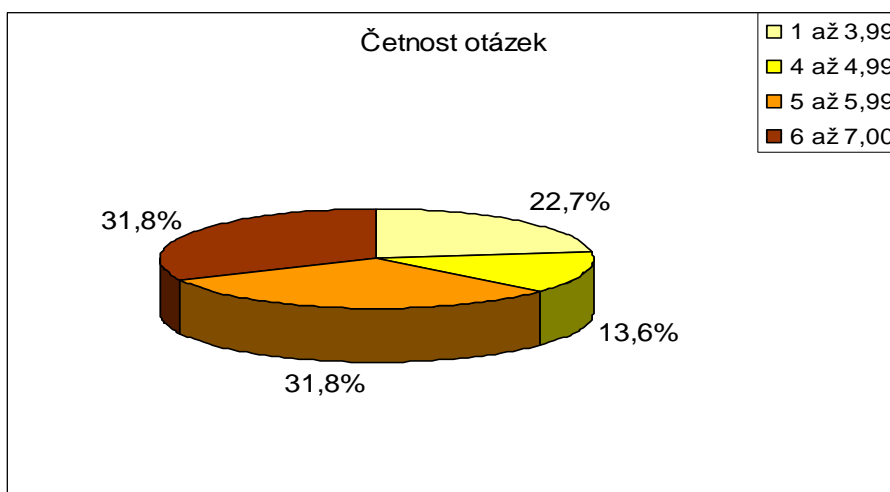
Tabulka porovnává a vedle graficky znázorňuje výsledky záchranářů, mužů podle průměrného hodnocení dvaadvaceti otázek před zdravotně edukačním programem a po něm. Nejvyšší průměrné hodnocení je patrné u muže 2 + 0,54 bodu, sportovního rybáře s nadváhou a záchranáře 5 v nárůstu + 0,50 bodů studujícího vysoké školy a sportovce v lanovým sportech. Za ním je muž 4, fotbalista, + 0,41 bodů. Dále záchranář 3, sportovec v horolezectví a ve střelbě, + 0,27 bodů a poslední zlepšení je u záchranáře 1.

V porovnání obou pohlaví participantů nejvyšší skóre je u záchranářky 5 a u ostatních participantů je výsledek zlepšení v menším rozsahu.

**Tab. 6** Četnost otázek před programem, ženy (N=5)

Četnost otázek před programem - <b>ženy</b>				
interval hodnocení	1 až 3,99	4 až 4,99	5 až 5,99	6 až 7,00
četnost otázek	<b>5</b>	3	7	7

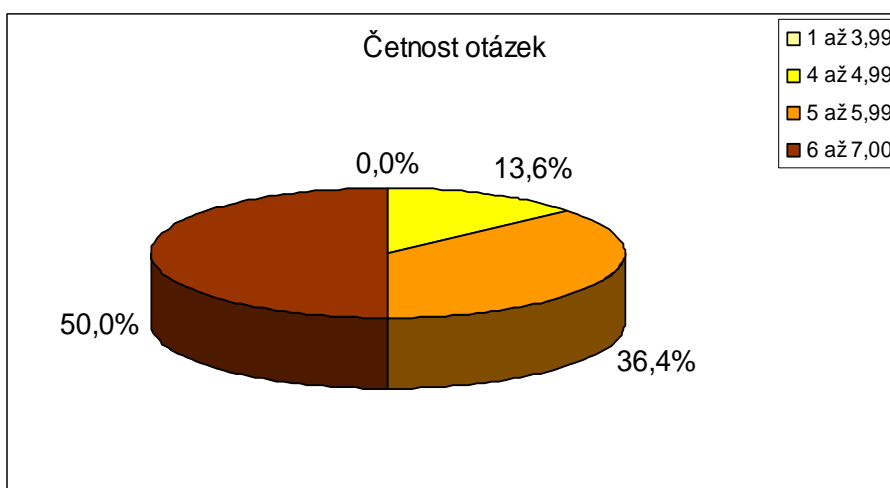
**Graf 6 - Četnost otázek před programem, ženy (N=5)**



**Tab. 7 - Četnost otázek po programu, ženy (N=5)**

interval hodnocení	1 až 3,99	4 až 4,99	5 až 5,99	6 až 7,00
četnost otázek	0	3	8	11

**Graf 7 - Četnost otázek po programu, ženy (N=5)**



**Tabulka 6 - 7, graf 6 - 7**

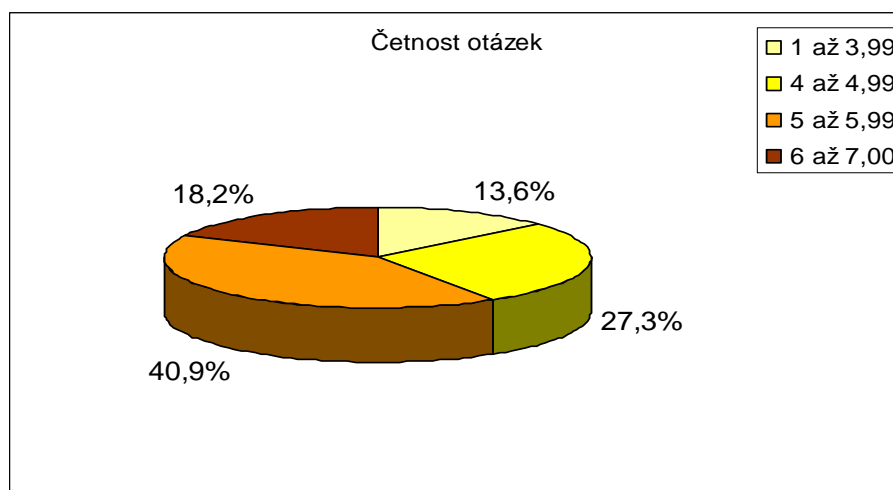
Vyhotovením tabulky se také nabízí možnost využití vyhodnocení souboru i podle četnosti otázek v intervalu 1 až 3,99, 4 až 4,99, 5 až 5,99, 6 až 7 dotazníku. U žen je viditelné zlepšení v průměrném hodnocení v intervalu 1 – 3,99 tak, že po zavedeném

zdravotně edukačním a intervenčním programu již nejsou otázky v tomto intervalu záchranářkami vyplňovány. V grafu je znázornění provedené procenty. Například u prvního intervalu 1 až 3,99 je graficky znázorněn procentní poměr 22,7 % a v grafu po programu 0,0%. Pět otázek uvedených v tabulce před programem v prvním intervalu je rozmělněno v tabulce po programu tak, že jedna otázka přibyla v předposledním intervalu a čtyři otázky v posledním intervalu.

**Tab. 8** - Četnost otázek před programem, muži (N=5)

Četnost otázek před programem – muži				
interval hodnocení	1 až 3,99	4 až 4,99	5 až 5,99	6 až 7,00
četnost otázek	3	6	9	4

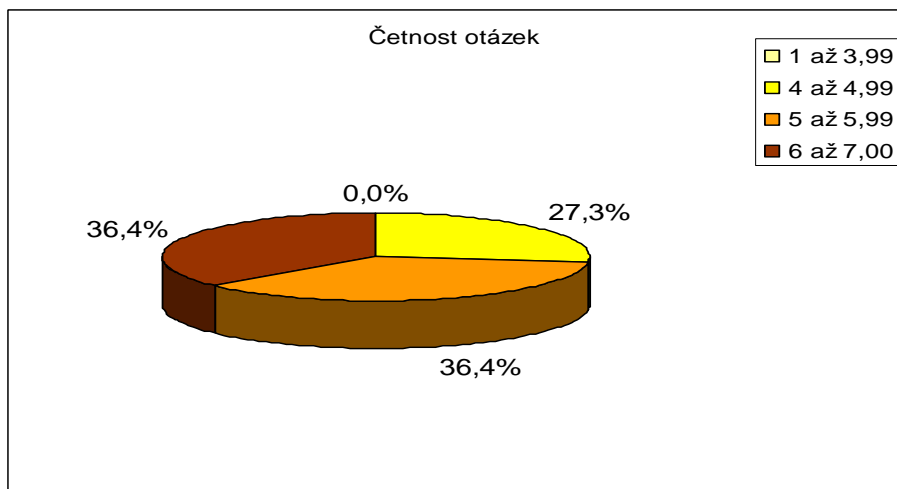
**Graf 8** - Četnost otázek před programem, muži (N=5)



**Tab. 9** - Četnost otázek po programu, muži (N=5)

Četnost otázek po programu – muži				
interval hodnocení	1 až 3,99	4 až 4,99	5 až 5,99	6 až 7,00
četnost otázek	0	6	8	8

**Graf 9** - Četnost otázek po programu, muži (N=5)



**Tabulka 8, graf 8, tabulka 9, graf 9**

V této tabulce porovnávám podle převedených výsledků z dotazníkového šetření četnost otázek v intervalu 0 až 3,99, 4 až 4,99, 5 až 5,99, 6 až 7 dotazníku stejně jako v předchozí tabulce u žen. U mužů je též zlepšení v průměrném hodnocení v intervalu 0 – 4 tak, že po zavedeném zdravotně edukačním a intervenčním programu již nejsou otázky v tomto intervalu záchranáři vyplňovány. Graf znázorňuje procenta. Například u prvního intervalu 1 až 3,99 je graficky znázorněn procentní poměr 13,6 % a v grafu po programem 0,0%. Tři otázky uvedené v tabulce před programem v prvním intervalu je rozmělněno v tabulce po programu tak, že jedna otázka ubyla v předposledním intervalu a čtyři otázky přibyly v posledním intervalu. V porovnání obou pohlaví je patrné, že před zdravotně edukačním a intervenčním programem měli muži naplněný méně první interval a poslední interval, nejvíce odpovědí měli v předposledním intervalu na rozdíl od žen. Po programu obě pohlaví mají první interval prázdný, u obou se přesunuly čtyři body do posledního a zbylé odpovědi přešly do předposledního intervalu. Ženy mají v intervalech ohodnoceny otázky příznivěji než muži.

### 5.1.1 Výsledky a diskuse ke strukturovanému rozhovoru s otevřenými otázkami

Na připravených pět otevřených otázek bylo odpovězeno všemi dotazovanými jak před zavedením zdravotně edukačního a intervenčního programu, tak po něm. Rozhovor probíhal s každým participantem individuálně. Zkoumaná osoba vyjadřovala svůj názor na otázky zdravého životního stylu, volného času, potíží s únavou, jak řeší posttraumatické zážitky a co upřednostňuje v psychické a somatické regeneraci. Podle odpovědí je patrné, že zdravotně edukační a intervenční program měl úspěch a pro participanty v jejich profesi má jeho zavedení velký význam. Ze zaznamenaných výsledků bylo zjištěno:

#### 1. Pod pojmem „zdravý životní styl“ si představuji

Odpovědi před programem

- 8x zdravou stravu, 1x jídlo s nízkým obsahem tuku, 1x vyváženou stravu; 1x nepřejídání se, 1x nekouřit, 1x abstinovat, 1x pohyb, 1x dobrý spánek, 1x žádný stres, 1x odpočinek, 1x sport, 1x prevenci zdraví.

Odpovědi po programu

- 6x zdravou stravu, 3x čerstvě připravenou, 2x vyváženou stravu; 1x nepřejídat se, dodržování pitného režimu, 1x nekouřit, 1x abstinovat, 10x pohyb, 3x dobrý spánek, 1x žádný stres, 1x odpočinek, 6x sport, 5x psychická pohoda, 4x harmonie těla a duše, 1x prevenci zdraví.

Téměř u všech participantů byla shoda odpovědí, že do zdravého životního stylu patří zdravá strava. V odpovědích po programu byla od tří záchranářů přidána odpověď, že tam patří strava **čerstvě připravená a dodržování pitného režimu**. Jedna odpověď před programem byl pohyb a po programu šestkrát odpověď, že patří do zdravého životního stylu sport. Zajímavé a pravděpodobně cvičením jógy ovlivněné je, že po programu je přidána v odpovědích pětkrát **psychická pohoda** a čtyřikrát **harmonie těla a duše**. Ostatní složky jako je dobrý spánek, žádný stres, prevence zdraví, abstinence, nekouřit a odpočinek zůstaly neměnné, jako před programem. Obecně z rozhovorů vyplývá, že záchranáři mají nedostatek klidu a času na pravidelnou stravu a dodržování pitného režimu. Směnováním mají narušený spánkový rytmus a často raději upřednostňují individuální aktivity před kolektivními. Zdravotně edukační a intervenční jednotka jógy je uspokojila a je prokazatelné, že tato cvičení jsou u nich

zařazena do jejich každodenního programu proto, že je zjištěno, že dokáží rychle obnovit fyzickou i psychickou pohodu, která ke zdravému životnímu stylu patří.

## 2. Svůj volný čas věnuji

Odpovědi před programem

- 5x rodině, 3x chalupaření, 2x čtení knih, 2x studiu, 2x horolezectví, 2x cyklistice, 2x plavání, 2x aerobiku, 2x spinninku, 1x józe, 1x fotbalu, 1x lanovým sportům, 1x přítelkyni, 1x střelbě, 1x kanoistice, 1x dítěti, 1x práci, 1x rybaření, 1x tanci, 1x přátelům, 1x spaní, 1x odpočívání, 1x trávení času se zvířaty, 1x pobytu v přírodě, 1x sportu.

Odpovědi po programu

- 6x rodině, 3x chalupaření, 4x čtení knih, 2x studiu, 2x horolezectví, 3x cyklistice, 2x plavání, 2x aerobiku, 2x spinninku, 10x józe, 1x fotbalu, 1x lanovým sportům, 1x střelbě, 1x kanoistice, 1x rybaření, 1x tanci, 1x trávením času se zvířaty, 5x pobytu v přírodě, 10x relaxaci

V této otázce po zavedení zdravotně edukačního a intervenčního programu bylo záchranáři v druhém rozhovoru navíc uvedena desetkrát **jóga a relaxace** a pětkrát **pobyt v přírodě**. Výsledky napovídají tomu, že jógová cvičení, více než jiná, najdou u záchranářů obliby, protože jim pomohou odstraňovat potíže, které vznikají zatížením svalového a kloubního systému a také páteře při zvedání pacientů a jejich polohování.

## 3. Potíže s nadměrnou únavou řeším

Odpovědi před programem

- 5x spánkem, 2x odpočinkem, 1x odpočinkem u TV, 1x léky na spaní, 1x samotou, 1x rybařením, 1x zájmy.

Odpovědi po programu

- 9x jógovým cvičením, 10x relaxací, 5x spánkem, 1x samotou, 1x rybařením, 1x zájmy.

Obdobně jako u předchozí otázky jsou uvedeny všemi participanty odpovědi po zdravotně edukačním a intervenčním programu navíc a to **jógová cvičení a relaxace**. Záchranářům je jasné, že uvolnit se během všedního dne neznamená být pasivní – ležet, ale naopak být v soustředěném bdělém stavu a pomocí tělesných dechových a uvolňovacích cvičení odstraňovat únavu.



#### 4. Posttraumatický zážitek kompenzují

Odpovědi před programem

- 2x společností s přáteli, 2x popovídám si s manželem, 1x sportem, 1x procházkou, 1x jídlem, 1x rybařením, 1x střelbou, 1x adrenalinovými sporty, 1x čokoládou.

Odpovědi po programu

- 10x relaxací s plným jógovým dechem, 9x jógovým cvičením 4x společnosti někoho blízkého, 1x rybařením, 1x střelbou, 1x adrenalinovými sporty, 1x čokoládou

Odpovědi byly různé. Po zavedení zdravotně edukačního a intervenčního programu byla opět u všech shoda v rozšíření kompenzace o **relaxaci s plným jógovým dechem**. Je tím chápáno, že správným dýcháním lze odbourávat obranné mechanismy na stres v podobě vyššího tlaku, pocení, bušení srdce a jiných příznaků a v propojení s jógovými technikami možnost dále uvolnit napětí ve svalech.

#### 5. Pro psychickou a somatickou regeneraci upřednostňují

Odpovědi před programem

- 2x spánek, 2x odpočinek, 1x koupel, 1x plavání, 1x cvičení, 1x procházky v lese.

Odpovědi po programu

- 10x masáže, 10x automasáže, 1x koupel, 5x cvičení, 1x plavání, 1x procházky v lese.

Zajímavé byly odpovědi na tuto otázku. Pro psychickou a somatickou regeneraci upřednostňují. Odpovědi jako spánek, odpočinek, plavání a koupele byly po zdravotně edukačním a intervenčním programu doplněny o **masáže a automasáž**.

##### 5.1.2 Výsledky a diskuse ke zdravotně edukačnímu intervenčnímu programu

Účast ve zdravotně edukačním a intervenčním programu byla vždy stoprocentní. Program byl realizován v celé své délce i rozsahu, zahájen byl 8. března 2010 a ukončen 16. dubna 2010. Dvanáctidílný program probíhající po dobu šesti týdnů byl složen ze tří modulů: Dýchání a umění relaxovat, Jóga a masáže a Výživová doporučení v členění na dvě jednotky:

- Jógové zdravotně edukační a intervenční jednotky: jedenkrát týdně v pondělí, od 16:00 hodin jednu hodinu a půl tj. devadesát minut
- Zdravotně edukační a intervenční jednotky masáží: jedenkrát týdně ve středu, od 17:00 hodin jednu hodinu a půl tj. devadesát minut.

V jednotlivých zdravotně edukačních a intervenčních jednotkách byly zařazeny informace o zdravé výživě se vzájemnými konzultacemi.

Modul dýchání a umění relaxovat proběhl s modulem jógy a masáží ve dvou zdravotně edukačních jednotkách dva dny v týdnu. Součástí předchozích jednotek je třetí modul výživových doporučení.

#### A. Jógová zdravotně edukační a intervenční jednotka

Zasedací místnost na Zdravotnické záchranné službě splňovala požadavky pro cvičení jógy v klidném prostředí s možností vyvětrání. Každá zdravotně edukační jógová jednotka měla svůj jednotný plán a plynula při relaxační muzice v tichu a soustředění. Ásany byly prováděny podle názvů týdnu ve zdravotně edukačním programu, který byl vždy po pozdravu v jogínském sedu upřesněn. Z edukačního hlediska byla zajímavý postřeh, kdy záchranáři přišli vždy na zdravotně edukační a intervenční jednotku jógy s velkým akčním nasazením a začít klidně, rovnoměrně a hluboce dýchat vyžadovalo od nich delší čas soustředění. Ánanda ásana - pocit blaženosti vyvolával na jejich tváři opravdu blažený úsměv. Po té, ale o to větší prožitek bylo pro ně vlastní cvičení ásan a jógové sestavy se zklidněným tělem a myslí. Jednotlivé ásany byly cvičeny tři až pětkrát. Ásany byly sestaveny tak, aby působily blahodárně na ty partie těla záchranářů, které jsou jak staticky zatěžovány (stání při práci a u výkonů), ale i na dynamické zatěžování způsobené výjezdy a stálého se přemísťování, aby se co nejvíce obnovila jejich síla. A správným dýcháním se zharmonizovala i duše. Ve velké oblibě byla jógová sestava Pozdrav měsíci, kterou cvičili participanti s nepřehlédnutelnou radostí. Závěrečná relaxace působila na uvolnění procvičeného těla a myslí.

#### B. Zdravotně edukační a intervenční jednotka masáží

Průběh masáží lze hodnotit velmi dobře. Masáže probíhaly ve vyčleněné místnosti na Zdravotnické záchranné službě. Aplikována byla sportovní masáž odstraňující únavu.

Na každého masírovaného byl použit uspořádaný soubor masérských hmatů, jenž pomáhají odstranit únavu. Jako masážní prostředek byla použita masážní emulze. Prováděna byla masáž zad a šíje. Před vlastním prováděním masáží byly participantům popsány masážní hmaty a vysvětleno, že účinku je dosaženo nejen v místě působení, ale i nervovými čidly a zakončeními v kůži a svalech jsou přeneseny po mechanickém podráždění do vnitřních orgánů a vzruchy přenesené nervovými drahami mají vliv i na psychiku, čímž se dá vysvětlit zklidňující nebo naopak stimulační účinek masáže. Opakováním masáží ve zdravotně edukačních jednotkách bylo zřejmé, že přinášela pro záchranáře pocit pohody, důvěry a radosti. Byli uvolnění, bez stresu a úzkosti. Naučili se též sami provádět na sobě automasáž a to tzv. indickou masáž hlavy, která rovněž uvolňuje od stresu a napětí. Doporučeno provádění denně.

### C. Modul výživových doporučení

Edukace probíhala nenucenou formou s vložením prvotních informací formou připraveného „Desatera výživových doporučení“ o zdravé stravě a vzájemnými konzultacemi na toto téma. Zdůrazněna byla správná výživa, která hraje pozitivní úlohu při podpoře zdraví a je důležitou složkou primární prevence. Odezva na toto téma zazněla od participantů v závěrečném rozhovoru v otázce týkající se zdravého životního stylu a oni mimo jiné rozšířili svoji původní odpověď o zdravou stravu čerstvě připravenou a o dodržování pitného režimu.

## 6. ZÁVĚRY A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Profese, které se zabývají nehodami, katastrofami a kriminalitou jsou vystaveny zvýšeným náročným traumatickým situacím. Podpora těchto profesionálů by neměla být nikomu lhostejná, protože člověk nikdy neví, kdy bude pomoc potřebovat. Ve své práci přibližuji profesi zdravotnického záchranáře (viz kapitola 2) s výčtem fyzických, chemických, fyzikálních, psychických, emočních a sociálních zátěží, které patří k této náročné profesi. Zabývá-li se člověk dlouho emočně náročnými situacemi, může u něho vzniknout syndrom vyhoření ve všech jeho fázích až po naučenou bezmocnost. Schopnost vyrovnat se s extrémními zážitky je individuální. V rámci výzkumu proběhl mezi záchranářema strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami a jeho cílem bylo poznání záchranáře ve své jedinečnosti. Jistá míra zátěže a stresu k práci na záchranné službě patří. Rozborem dosavadních výzkumů z teorie i praxe vyplývá, že mezi typické osobnostní charakteristiky zdravotnických záchranářů patří mimo jiné i vysoká odolnost vůči zátěži, ochota podstoupit vysoké riziko a orientace na činnost – tedy rysy, které ke zvládnutí vypjatých situací pozitivně přispívají. Z kazuistiky je patrné, že někteří záchranáři provozují adrenalinové sporty. Podstatu jedince lze poznat na základě celostního přístupu k člověku včetně jeho aktuálního postavení na škále mezi zdravím a nemocí. Člověk trpící ať už akutním nebo chronickým syndromem vyhoření potřebuje intervenci. Standardizovaným dotazníkovým šetřením vztahu mezi imunitním systémem člověka a stresovými situacemi přecházejícími až do syndromu vyhoření, byly zaznamenány aktuální pocity záchranářů a z nich vycházel rozbor stavu. Jako nutnost se mi jeví, současně s preventivními psychologickými programy potřeba programu zdravotně edukačního a intervenčního, který pomůže záchranářům zvýšit subjektivní spokojenost s kvalitou života a nalezení možnosti jak zdravě žít při své náročné profesi.

Na základě uvedených skutečností byl hlavní cíl bakalářské práce zaměřen na vytvoření zdravotně edukačního a intervenčního programu pro zdravotnické záchranáře Jihočeského kraje. Program byl sestaven tak, aby působil na celou osobnost člověka a to na jeho sféru fyzickou, psychickou a sociální. Složen je ze tří modulů: Dýchání a umění relaxovat, Jóga a masáže a Výživová doporučení. Program byl úspěšně zrealizován a znovu proběhlo dotazníkové šetření a strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami.

Dílčím cílem byla realizace programu a porovnání odpovědi na dotazníkové šetření před a po aplikaci programu a zhodnocení přínosu. Z výsledků vlastního výzkumného šetření lze konstatovat, že tento dílčí cíl práce byl splněn. Zároveň byla splněna i odborná otázka č.1 vztahující se k mému předpokladu, že po aplikaci dvanáctidílného zdravotně edukačního a intervenčního programu dojde ke snížení příznaků syndromu vyhoření u zdravotnických záchranářů, že poklesnou nepříznivé průvodní jevy, dostaví se zlepšení a zvýší se subjektivní spokojenosti s kvalitou života, byla splněna. Z celkového vyhodnocení je zřejmé, že došlo ke snížení příznaků syndromu vyhoření u skupiny participantů. Otázka **syndromu vyhoření** koresponduje s otázkou v dotazníkovém šetření, který byl zaměřen na škálu pocitů. Zajímalo mne slovní vyjádření změny participantů po zavedení zdravotně edukačního a intervenčního programu. Před programem odpovědělo z celkového počtu deseti odpovědí šest participantů, že se tak necítí a čtyři odpověděli, že se tak cítí několikrát za rok. Výsledek odpovědi u tohoto zásadního dotazování je překvapivý, ale vystupuje tu otázka: Přiznají se všichni, že jsou vyhořelí? Zlepšení bylo zaznamenáno v této otázce u dvou participantů po zavedení zdravotně edukačního a intervenčního programu.

Výrazně poklesly nepříznivé průvodní jevy syndromu vyhoření. V dotazníkovém šetření, a to ve větší míře u žen, nastalo po zdravotně edukačním a intervenčním programu zlepšení stavu (viz. kapitola 5.1). U otázky č. 3. **Po probuzení v pracovní dny jsem odpočínutý/á** přisuzuji zlepšení v poznání správné relaxace těla. Dále bylo u obou pohlaví zaznamenáno výrazné zlepšení u otázky č. 2 **Na konci pracovního dne jsem fyzicky unavený/á**, což přisuzuji edukaci správného dýchání a provádění automasáží hlavy. V Otevřeném strukturovaném rozhovoru (viz. kapitola 5.1.1) uvedli záchranáři rozšiřující odpověď na otázku jak řeší potíže s nadměrnou únavou, o jógová cvičení a relaxace tzn. odstraňování únavy pomocí tělesných, dechových a uvolňovacích cvičení. Zdravotně edukační a intervenční program je něco nového a pro muže přitažlivého. To je vidět v jejich největším zlepšení v otázce, zda se **cítí plní energie** (otázka č. 12). V celkovém zlepšení v hrubém skóre +1,4 bodu, jednotlivě: jeden participant se zlepšil o tři body na pocitové škále, druhý o dva body a dva záchranáři se zlepšili po bodu. Dobrého výsledku bylo také dosaženo podle dotazníkového šetření po společné účasti na zdravotně edukačním programu v otázce, zda mi **týmová práce**

**přináší uspokojení** (otázka č. 18). Společným prožitím celého programu se zlepšila týmová práce.

Posledním dílčím cílem bylo monitorování odpovědí strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami před a po aplikaci programu. Ze zaznamenaných výsledků strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami bylo zjištěno (viz. kapitola 5.1.1), že došlo k výraznému zlepšení u všech otázek. V otázce zdravého životního stylu se zmiňovali účastníci po absolvování programu navíc o stravě čerstvě připravené dodržování pitného režimu, sportu, psychické pohodě, harmonii těla a duše. Všechny tyto pojmy obsahoval zdravotně edukační a intervenční program, z toho vyplývá, že záchranáře program oslovil. Na otázku o svém volném času, rozšířili záchranáři po programu odpověď o jógová cvičení a relaxace. U kompenzace posttraumatického zážitku zněla po programu odpověď, že řeší účastníci relaxací s plným jógovým dechem. Jak jsem se dozvěděla v rozhovorech i masáže a automasáž je zaujala, že tuto formu regenerace zařadí do svého zdravého životního stylu. Zároveň byla splněna 3 odborná otázka, která se týkala toho, že po zdravotně edukačním a intervenčním programu zahrnou záchranáři své pozitivní poznatky do závěrečného strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Tento předpoklad byl plně splněn. Nebyla jedna otázka, kde by se nově neobjevil slovně vyjádřený pojem jako je čerstvá strava, pitný režim, jóga, relaxační a dechová cvičení a jiná slova se zdravým životním stylem související, o kterých se během programu účastníci dozvěděli.

V odborné otázce číslo 2 můj předpoklad, že z dotazníkového šetření vyplyne výraznější zlepšení mužů oproti ženám nebyl v celkovém hodnocení potvrzen. Podle hrubého skóre se muži zlepšili + 0,36 bodu, zatímco ženy se zlepšily + 0,47 bodu. Pouze v otázce číslo 12, zda se cítí plní energie, jak uvádím výše, se můj předpoklad, že muži budou výrazně lepší než ženy potvrdil v hrubém skóre celkem + 0,8 bodu ,HS muži + 1,4 a ženy HS + 0,6, (tabulka a graf č. 1 a tabulka a graf č. 2). Dále jsem porovnávala výsledky, ne podle otázek, ale podle záchranářek (žen) a výsledky podle záchranářů (mužů) podle dosaženého hrubého skóre hodnocení v dotazníkovém šetření. Nejvyšší hrubé skóre je u záchranářky, která změnila zaměstnání a ujasňovala si vztah k profesi. Dále lze konstatovat, že záchranářky, které provozují sportovní aktivity jsou i ve výsledném hodnocení na tom lépe. U mužů je kladná hodnota zlepšení v menším rozsahu (viz tabulka a graf č. 4 a 5). Poslední hodnocení podle výsledků u mužů a u žen

jsem vyhotovila podle intervalu hodnocení četnosti otázek. Po absolvování zdravotně edukačního a intervenčního programu již nejsou otázky v prvním intervalu vyplňovány (tabulka a graf č. 7 a 8), což je patrné ve grafickém znázornění procenty. Ženy mají v intervalech ohodnoceny otázky příznivěji než muži. Z toho vyplývá že výraznější zlepšení bychom dosáhli u mužů po delším časové realizaci zdravotně edukačního a intervenčního programu.

Mohu konstatovat, že je nezbytná potřeba zavedení zdravotně edukačního a intervenčního programu pro zdravotnické záchranáře do praxe. Je nutné touto formou zahrnovat každodenní aktivity, které komplexně působící na fyzický, psychický a sociální stav záchranáře a cíleně preventivně působit na zdraví pomáhajících profesí s nadměrnými zátěžemi a syndromem vyhoření.

### **6.1 Doporučení a vize blízké budoucnosti**

Jako mají policisté a hasiči uzákoněný systém posttraumatické a intervenční péče, psychologickou službu, preventivní osvětu a poradenství, budou mít v budoucnu zdravotničtí záchranáři svůj zákon o zdravotnické záchranné službě, o kterém se hovoří již patnáct let. Opakovaně byl připraven jeho věčný záměr, ale zatím nikdy nedošel naplnění. Asociace zdravotnických záchranných služeb prosazuje mimo jiné požadavky i sociální program pro záchranáře alespoň v základní podobě jako mají ostatní složky IZS, ale zatím bez úspěchu. Policista, hasič nebo záchranář má právo na stejnou péči. Podle informací z časopisu 112 číslo 2/2007 jsou v resortu Ministerstva vnitra profesionálové na duševní zdraví školení v metodách Critical Incident Stress Management. V této metodě a kolegiální podpoře jsou v poslední době trénováni také zástupci zdravotnických záchranných služeb. Po výzkumu zátěže zdravotnického personálu ve Zdravotnické záchranné službě Středočeského kraje postupně dochází dál k zavádění preventivních psychologických programů. Součástí těchto programů bych doporučila realizaci zdravotně edukačních programů pro všechny záchranné služby v ČR.

## **6.2 Doporučení pro posttraumatickou intervenční skupinu odborníků zaměřenou na psychosociální péči pracovníků Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje.**

Konečným výstupem práce je doporučení pro posttraumatickou intervenční skupinu odborníků zaměřenou na psychosociální péči pracovníků Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje na zavedení zdravotně edukačního a intervenčního programu do běžné praxe. Cílem předkládaného materiálu „Zdravotně edukační a intervenční program pro záchranáře Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje“ je poskytnout zdravotnickým pracovníkům IZS z důvodu prevence syndromu vyhoření návod na odpočinek podle zdravého životního stylu. Záchranáře motivovat, pomoci jim zdravě žít, povzbudit je k vyšší fyzické aktivitě v trávení svého volného času. Zavedením adekvátních pohybových režimů a pravidelné relaxace nalézt pozitivní přístup v hledání smyslu života po jejich každodenní náročné práci, kdy se často pohybují mezi životem a smrtí. Obsahem programu je kombinace cvičení jógy a masáží s doporučením zdravé stravy v oblasti výživy.



## 7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- ANTUŠÁK, E., KOPECKÝ, Z. *Základy teorie krizového managementu II*. Praha: VŠE 2003. ISBN 80-245-0552-5.
- BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: NCO a NZO 2006. ISBN 80-7013-439-9.
- GEISSELHART, R.R., HOFMANN-BURKART, CH. *Zvítězte nad stresem*. Praha: Grada Publishing a.s. 2006. ISBN 80-247-1518-X.
- HENDL, J. *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha : Karolinum 1997. ISBN 80-7184-549-3.
- HODAŇ, B., DOHNAL, T. *Rekreologie*. Olomouc: HANEX 2005. ISBN 80-85783-48-7.
- CHARVÁT, J. *Život, adaptace a stres*. Praha: Avicenum 1970. ISBN 80-006-73.
- JOBÁNKOVÁ, M. A KOL. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně 2002. ISBN 80-7013-365-1.
- KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření*. Praha: SZÚ 2003. ISBN 80-7071-231-7.
- KREJČÍ, M. *Uplatnění jógy v resocializačním procesu dětí a mládeže*. Č. Budějovice: JU 1998. ISBN 80-7040-311-X.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing 2002. ISBN 80-247-0179-0.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál 2001. ISBN 80-7178-774-4.
- KUPKA, M. *E-psychologie*, Praha: Českomoravská psychologická společnost, 2008, No. 2/1, ISSN 1802-8853.
- MAHÉŠVARÁNANDA, P. S. *Jóga v denním životě*. Praha: Mladá fronta, a. s. 2006. ISBN 80-204-1277-8.
- MAHÉŠVARÁNANDA, P. S. *Jóga proti bolestem v zádech*. Střílky: DNM import-export s.r.o. 2003. ISBN 80-903200-3-1.
- NAKONEČNÝ, M. *Encyklopedie obecné psychologie*. Praha: Academia 1997. ISBN 80-200-0625-7.
- PAVLOVÁ, Z. a kol. *Učební texty masáže a regenerace*. České Budějovice: JU 1998. ISBN 80-7040-277-6.

POTTEROVÁ, B.A. *Jak se bránit pracovnímu vyčerpání : "pracovní vyhoření", příčiny a východiska*, Olomouc: Votobia 1997. ISBN 80-7198-211-3.

ŠEBLOVÁ, J., KEBZA, V., VIGNEROVÁ, J. *Československá psychologie: časopis pro psychologickou teorii a praxi*. Praha: Psychologický ústav AV ČR, 2007, No. 51, ISSN 0009-062X.

RUSCH, M. D. *Syndrom vyhoření*. Praha: Návrat domů 2003. ISBN: 80-7255-074-8.

WEBEROVÁ, K.K. *Ozdravná masáž*. Praha: Euromedia Group, k.s. 2007. ISBN 978-80-249-0841-0.

### **Elektronické zdroje:**

DOHNAL, D., *CRITICAL INCIDENT STRESS MANAGEMENT*. [on-line]. [citováno 2009-11-10]. Dostupné z:

[http://public.fnol.cz/www/urgent/konference%202006/ODUM3/L3\\_1.pdf](http://public.fnol.cz/www/urgent/konference%202006/ODUM3/L3_1.pdf)

VYMĚTAL, Š., Časopis 112 MINISTERSTVA VNITRA ČESKÉ REPUBLIKY.

*Poskytování psychosociální pomoci v mimořádných situacích*, 2007 [on-line], No.2 [citováno 2009-11-05]. Dostupné z:

<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/casopisy/112/archiv.html>

SPÁLENKOVÁ, M., *Krizové řízení Jihočeského kraje*. [on-line]. [citováno 2009-12-15].

Dostupné z: [http://www.kraj-jihocesky.cz/index.php?par\[id\\_v\]=17&par\[lang\]=CS](http://www.kraj-jihocesky.cz/index.php?par[id_v]=17&par[lang]=CS)

POLÁŠEK, M., *Sestava POZDRAV MĚSÍCI (Čandra namaskár)*. [on-line]. [citováno 2009-11-10]. Dostupné z: [http://www.volny.cz/cdk.vp/joga\\_ses/jc01\\_10\\_4.htm](http://www.volny.cz/cdk.vp/joga_ses/jc01_10_4.htm)

LOM, P., MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, *Vyhláška č. 434/1992 Sb., o zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisů*. [on-line].

[citováno 2009-11-05]. Dostupné z:

[http://portal.gov.cz/wps/portal/s.155/701/cmd/ad/c/313/ce/10821/p/8411/s.155/701?PC\\_8411\\_number1=434/1992&PC\\_8411\\_l=434/1992&PC\\_8411\\_ps=10#10821](http://portal.gov.cz/wps/portal/s.155/701/cmd/ad/c/313/ce/10821/p/8411/s.155/701?PC_8411_number1=434/1992&PC_8411_l=434/1992&PC_8411_ps=10#10821)

SLABÝ, M., *Výroční zpráva Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje 2005*. [on-line]. [citováno 2009-12-12]. Dostupné z :

<http://www.zzsck.cz/dokumenty/vzzzsck2005.pdf>

SLABÝ, M., *Výroční zpráva Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje 2008*. [on-line]. [citováno 2009-12-12]. Dostupné z:

<http://www.zzsck.cz/dokumenty/vzzzsck2008.pdf>

PARLAMENT ČESKÉ REPUBLIKY, *Zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.* [on-line]. [citováno 2009-11-05]. Dostupné z:

[http://www.hzscb.cz/download/upload/oob/Zakon\\_c.239-2000.pdf](http://www.hzscb.cz/download/upload/oob/Zakon_c.239-2000.pdf)

PARLAMENT ČESKÉ REPUBLIKY, *Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti související s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.* [on-line]. [citováno 2009-11-05]. Dostupné z:

[http://www.clk.cz/oldweb/zakpred/zakon\\_96-2004-1.html](http://www.clk.cz/oldweb/zakpred/zakon_96-2004-1.html)

HOUDEK, M., Zdravotnická záchranná služba Středočeského kraje. *Psychosociální program.* [on-line]. [citováno 2009-11-05]. Dostupné z:

<http://www.uszssk.cz/index.php?mid=90&msid=21>

## 8. SEZNAM ZKRATEK

ADRA: Mezinárodní humanitární organizace poskytující pomoc lidem v nouzi

ADS: Akutní detoxikační centrum

ARO: Anesteziologicko resuscitační oddělení

CISD: Critical Incident Stress Debriefing (Mitchell Model)

CISM: Critical incident stress management

HSZ JČK: Hasičský záchranný sbor Jihočeského kraje

IZS: Integrovaný záchranný systém

KPR: Kardio pulmonální resuscitace

KÚNZ: Krajský ústav národního zdraví

LZS: Letecká záchranná služba

LSPP: Lékařská služba první pomoci

MZ ČR: Ministerstvo zdravotnictví české republiky

NSP: Nemocnice s poliklinikou

OÚNZ: Okresní ústav národního zdraví

PNP: Přednemocniční neodkladná péče

PZS: Protialkoholní záchytná stanice

RLP: Rychlá lékařská pomoc

RZP: Rychlá zdravotnická pomoc

RV: Výjezdové skupiny RANDEZ-VOUZ

ÚSZS: Územní středisko záchranné služby

WADEM: Světová organizace pro urgentní a katastrofickou medicínu

WHO: Světová zdravotnická organizace

ZZS: Zdravotnická záchranná služby

ZZS JČK: Zdravotnická záchranná služby Jihočeského kraje

## 9. PŘÍLOHY

### Příloha 1 Dotazník

Tento dotazník slouží jako podklad pro zpracování výzkumné části bakalářské práce, zabývající se vztahem mezi imunitním systémem člověka a stresovými situacemi, se kterými se lidský organismus denně vyrovnává. Zdravotnické povolání patří mezi profese s vysokým předpokladem vzniku syndromu vyhoření, který bývá důsledkem pracovního přetížení a snahy dostát náročným kritériím vhodného chování při práci zdravotnických záchranářů.		Nikdy se tak necítím	Cítím se tak několikrát za rok (nebo i méně)	Cítím se tak jednou měsíčně (nebo i méně)	Cítím se tak několikrát za měsíc	Cítím se tak jednou týdně	Cítím se tak několikrát týdně	Cítím se tak každý den
MUŽ / ŽENA	VĚK .....	Přiřazené body						
1+	Díky mé práci jsem citově vyčerpaný/á							
2+	Na konci pracovního dne jsem fyzicky unavený/á							
3-	Po probuzení v pracovní dny jsem odpočínutý/á							
4-	Snadno se vcítím do pocitů lidí, které zachraňuji							
5+	S určitými lidmi jednám neosobně							
6+	Pracovat celý den s lidmi je vyčerpávající							
7-	Umím se vyrovnat s problémy, které vznikají v mém pracovním prostředí							
8+	Jsem z mé práce vyhořelý/á							
9-	Svou práci navozuji změny v životě jiných lidí							
10+	Díky mé práci jsem k lidem chladnější							
11+	Obávám se, že díky mé práci budu citově chladnější							
12-	Cítím se plný/á energie							
13+	Jsem svou práci frustrovaný/á							
14+	V práci příliš těžce pracuji							
15+	O osudy lidí, které v práci potkávám se nezajímám							
16+	Přímý pracovní kontakt s lidmi mne stresuje							
17-	Snadno při práci s lidmi navodím uvolněnou atmosféru							
18-	Týmová práce mi přináší uspokojení							
19-	V práci se mi podařilo vykonat hodně věcí, jež stály za to							
20+	Již nemohu dál							
21-	S citovými problémy v práci se vyrovnávám velmi klidně							
22+	Lidé v práci mne činí odpovědným/ou za jejich problémy							

MBI - Maslach Burnout Inventory, (Maslach, Jackson, Leiter, 1993, University of California)  
Zpracovala : Božena Uhlířová, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, PF, Katedra Výchovy ke zdraví

## **Příloha 2 Zdravotně edukační a intervenční program s popisem jógových cvičení a ásan (viz kapitola 4.2.2)**

### **I. Modul dýchání a umění relaxovat**

### **II. Modul jógy a masáží**

**Úvodní části jednotlivých jógových intervenčních edukačních jednotek.** Jógová intervenční a edukační jednotka je zahájena vzájemným pozdravem. V poloze tureckého sedu (sukha ásana) s položenými rukama na kolenou, dlaněmi otečenými vzhůru, palec a ukazováček se vzájemně dotýká, ostatní tři prsty zůstávají natažené a uvolněné je provedeno seznámení s průběhem cvičení, hlavními zásadami jógových cvičení a popisu správného dýchání tzv. plného jógovému dechu.

Dbáme na to, aby:

- trup byl vzpřímený,
- hlava, šíje a záda byly v jedné přímce
- ramena a břišní svaly byly uvolněné,
- ruce spočívaly na kolenou, popř. na stehnech,
- oči byly zavřené,
- tělo zůstalo během cvičení nehybné.

Důležité je naučit se správně dýchat – naučit se plný jógový dech. Rozlišujeme tři fáze: nádech, výdech, dechová pauza. Výdech by měl být přibližně dvakrát delší než nádech. Klidné, rovnoměrné a hluboké dýchání je velmi důležité pro zdraví, neboť harmonizuje a zklidňuje tělo i mysl. Rozlišujeme tři typy dýchání:

#### **1. Břišní nebo brániční dech**

Při nádechu se bránice pohybuje dolů a stlačuje břišní orgány. Břišní stěna se vyklenuje směrem vpřed. S výdechem se vrací bránice zase vzhůru a břišní stěna se opět zplošťuje. Břišní dech je základem dýchání. Umožňuje plné využití kapacity plic, přirozeným způsobem zpomaluje a prohlubuje dech a podporuje uvolnění.

#### **2. Hrudní dech**

S nádechem se zdvihají žebra a hrudník se rozevívá s výdechem se vracejí žebra opět do původního postavení. Dech je rychlejší a povrchnější. Na tento způsob

dýchání přecházíme automaticky ve stresových situacích, když jsme nervózní nebo v napětí.



### 3. Podklíčkový dech

U tohoto dýchání proudí vzduch do hrotů plic. S nádechem se zvedá horní část hrudníku s klíčovými kostmi, s výdechem opět klesá. Dech je velmi povrchní a rychlý. Takto dýcháme v silně stresových situacích, prožíváme-li strach nebo nedostává-li se nám vzduchu.





Při zdravém a přirozeném dýchání se všechny tři typy dýchání spojí do jednoho nádechu a výdechu a vytvoří „plynulou vlnu“, která probíhá s nádechem ze zdola nahoru a při výdechu seshora dolů: s nádechem se břišní stěna vyklene vpřed a hrudník se rozevře, s výdechem se hrudník i břišní stěna zase vracejí. Tímto způsobem se provádí plný jógový dech. Dýchání je nosem.




1. **Nácvik plného jógového dechu.** Základní pozice je v lehu na zádech. Koncentrace je na celé tělo a na průběh dechu. Počet opakování je 5 až 10 kol. V lehu na zádech uvolníme chodidla, paže leží volně podél těla, dlaněmi vzhůru. Zavřeme oči a uvolníme celé tělo. S nádechem pomalu suneme natažené paže po podložce do upažení a dále do vzpažení. Pohyb začíná břišním dechem a plynule v souladu s pohybem paží přechází do hrudního a podklíčkového dechu. S výdechem pomalu vrátíme paže stejným způsobem do připažení. Výdech probíhá obráceně: začíná vědomě v podklíčkové oblasti, pokračuje hrudníkem a nakonec se uvolňuje a klesá břišní stěna. Vědomě pocítujeme dech, který se stává hlubokým a úplným (MAHÉŠVARÁNANDA, 2006, str. 24).
2. **Ánanda ásana - pozice blaženosti.** Ásana opakující se v každé edukační intervenční jednotce v úvodní části. Základní pozice je v lehu na zádech nebo na břiše. Koncentrace je na celé tělo. Dýchání - normální dech. Výdrž je 2 – 5 minut. Lehneme si pohodlně na záda, nohy jsou mírně od sebe, paže leží volně podle těla, dlaněmi vzhůru. Zavřeme oči a uvolníme oční víčka. Vnímáme celé tělo, od špiček prstů u nohou až k temeni hlavy. Postupně krok za krokem zaměřujeme svou pozornost na jednotlivé části těla a vědomě je uvolňujeme, až bude nakonec uvolněné celé tělo. Prožíváme pocit vnitřního klidu a míru (MAHÉŠVARÁNANDA, 2006, str. 40).

**Průpravná část jednotlivých intervenčních edukačních jednotek je dynamická jógová sestava: Sestava Pozdrav měsíci (Čandra namaskár).** Pozdrav měsíci je promyšlená, cílevědomá soustava cviků, kterými se výborně procvičí celé tělo. Bohatě jsou zde zastoupené především úklony do stran, kterými se uvolní a protáhnou boční a příčné skupiny svalů. Při celodenním pohybu ohýbáme páteř většinou v předozadním směru, a tak je toto cvičení vhodné především pro večerní rozcvičení. Celou sestavu je potřeba několikrát opakovat, například šest až dvanáctkrát. Jednotlivé polohy a spojovací pohyby mezi nimi jsou jakousi pantomimou, protože symbolicky vyjadřují postoje cvičícího k příjemným i méně příjemným událostem dne, k tomu, co se stalo, i k tomu, co ještě teprve přijde. Proto jednotlivé polohy a pohyby je třeba vykonávat spíše jako ásany (statické polohy těla v józe), než jako tělocvik, a postupně propracovávat i ladnost cvičení. Je přirozené, že budeme sladovat pohyby s dýcháním, které má být pomalé, hluboké, klidné a pravidelné.

	<p>1. Vycházíme ze stoje rozkročného. Natažené paže ve svěšené poloze přiložíme před tělem k sobě tak, že se dotýkají malíčkové hrany a dlaně směřují dopředu. V této poloze vydechneme.</p>
	<p>2. S nádechem zvedáme natažené paže obloukem nad hlavu, přičemž dlaně udržujeme ve vodorovné poloze. Můžeme si vytvořit představu, že jsme si do dlaní nabrali vodu, kterou si chceme vylít na hlavu a spláchnout ze sebe špínu. V horní poloze jsou dlaně otočené dozadu, tělo je v záklonu, očima sledujeme prsty rukou. V této poloze jsme dokončili hluboký nádech.</p>
	<p>3. S výdechem spouštíme paže po stranách těla, přičemž prsty můžeme sklouznout po hlavě, ramenou a žebrech, jako kdybychom se sebe stírali vodu. Lokty přitom</p>



	<p>tlačíme dozadu. Na konci pohybu přiložíme za zády ruce dlaněmi k sobě. Je to okamžik ukončení úplného výdechu.</p>
	<p>4. S nádechem vytočíme spojené dlaně prsty nahoru a tlačíme je co nejvýš mezi lopatky. Dokončíme úplný nádech a současně se zakloníme.</p>
	<p>5. S výdechem přecházíme do předklonu, ale hlavu a páteř držíme do poslední chvíle ohnuté dozadu, takže ohyb vychází z bederních kloubů. Nakonec s dokončením výdechu uvolníme i hlavu a páteř do hlubokého předklonu. Poloha symbolicky naznačuje pozdrav odcházejícímu dni.</p>
	<p>6. S nádechem začneme narovnávat páteř postupně zezdola nahoru, takže se hlava zvedne nakonec.</p>
	<p>7. Vytočíme chodidla vlevo a s výdechem jdeme opět se zakloněnou páteří a hlavou do předklonu směrem k levé noze. Na konci pohybu s dokončením výdechu uvolníme hlavu i páteř tak, abychom se co nejvíce přiblížili čelem ke kolenu. Obě nohy zůstávají napnuté.</p>

	<p>8. S nádechem zaujmeme polohu 4 a s výdechem se skloníme k pravé noze. Střídavý předklon na obě strany naznačuje, že přijímáme všechno příjemné i nepříjemné, co nás za celý den potkalo, i to, co nás čeká zítra.</p>
	<p>9. S nádechem se opět vrátíme do polohy 4, s výdechem spustíme paže volně podél těla a srovnáme se do pevného stoje rozkročného.</p>
	<p>10. S nádechem otočíme špičku levé nohy vlevo, začneme zvedat pravou nohu a současně spouštět levou ruku k zemi. Pravá ruka spočívá na pravém boku. V této poloze jsme pevně opření rukou o zem, noha stojí celým chodidlem na podložce, trup, hlava a zdvižená noha jsou v jedné rovině. Celý pohyb se podobá pohybu vah, přičemž trup a zvedaná noha tvoří jeden celek. Je tedy chybou nejdřív se předklonit, opřít ruku o zem a až potom začít zvedat nohu. V této poloze procítíme tělo od špičky zvednuté nohy až po dlaň na zemi, jako bychom ho promyli uklidňující září měsíce.</p>
	<p>11. S výdechem se vrátíme do stoje rozkročného a s nádechem cvik zopakujeme na druhou stranu. Poloha symbolizuje vyrovnání s kladnými i zápornými zážitky dne, tedy vyváženost.</p>



12. S výdechem se vrátíme do stoje rozkročného, s nádechem rozpažíme dlaněmi nahoru. S výdechem se začneme naklánět na levou stranu. Spodní ruka volně visí a klouže po noze, horní paže je natažená nad hlavou přibližně ve vodorovné poloze, otočená dlaní k zemi. Hlava je též ve vodorovné poloze. Úklon má být přesně na bok, bez náznaku předklonu nebo záklonu. Tato poloha se nazývá trikonásana (trojúhelník).







13. S nádechem se vrátíme do stoje rozkročného s rozpažením a s výdechem zaujmeme trikonásanu na pravou stranu. Poloha symbolizuje uvědomění si kladů i záporů uplynulého dne a cílevědomou připravenost na hodnotné prožití následujícího dne.





14. S nádechem se vzpřímíme do stoje rozkročného s rozpažením a s výdechem přiložíme dlaň pravé ruky k levé dlani, která zůstává na místě. Současně vytočíme obě chodidla vlevo.



15. Sevřeme ruce v pěst, levou ruku necháme na místě a pravou s nádechem táhneme podél levé a okolo trupu co nejdál dozadu. Pohyb napodobuje činnost lukostřelce napínajícího pravou rukou tětívu. V konečné poloze loket pravé paže táhneme směrem nahoru, prsa jsou vypnutá, hlava otočená k vztyčenému palci levé ruky.

	<p>16. S výdechem uvolníme celé tělo, vytočíme chodidla a paže do zrcadlové podoby polohy 14.</p>
	<p>17. S nádechem opět napodobíme lukostřelce. Poloha lukostřelce vlevo symbolizuje pevné rozhodnutí "zasáhnout" naše nevhodné vlastnosti. Poloha vpravo znamená "trefit cíl" následujícího dne (tj. dopracovat se k potřebným vlastnostem).</p>
	<p>18. S výdechem se vrátíme do stoje rozkročného, paže visí volně podél těla.</p>
	<p>19. Vytočíme chodidla vlevo, s nádechem pokrčíme pravou nohu, chytíme ji pravou rukou okolo nártu, předkloníme se a levou ruku zdvihněme do vodorovné polohy.</p>
	<p>20. S výdechem se postavíme do stoje rozkročného a s nádechem cvik zopakujeme na opačnou stranu. Poloha symbolizuje klidný, vyrovnaný nadhled nad našimi dobrými vlastnostmi i chybami a schopnost povznést se nade vše, jako když se labuť vznese k obloze. (Zrcadlová obdoba polohy 19.)</p>

	<p>21. S výdechem zaujmeme stoj rozkročný a dlaně spojíme před tělem.</p>
	<p>22. S nádechem zvedáme spojené napnuté ruce nad hlavu a s výdechem je spustíme za hlavu. Dlaně jsou stále spojené, prsty směřují vzhůru, hlava je vzpřímená. Je to symbolický pozdrav sídlu našich nejhlouběji zakotvených reakcí - mozečku.</p>
	<p>23. S nádechem zdvihneme ruce se spojenými dlaněmi nad hlavu, napneme je, otočíme dlaně do stran a s výdechem velkými bočními oblouky pomalu připažíme.</p>

Celou sestavu opakujeme vícekrát. Snažíme se cvičit bez zakolísání, s plným soustředěním. Především cviky na jedné noze jsou náročné na udržení rovnováhy a jejich kvalitní zvládnutí se projeví i zvýšením naší psychické stability. Když celé cvičení dokonale zvládneme, můžeme procítit symboliku jednotlivých poloh i bez přemýšlení o nich. Jednoduše samy polohy v nás vyvolají určité pocity a představy, které nemusí být přesně definované.

Stručný přehled významů Pozdravu měsíce:

1-3	Smýváme ze sebe psychické nečistoty.
4-5	Vpřed: pozdrav odcházejícímu dni.
6-7	Vlevo: loučíme se s tím, co skončilo
8	Vpravo: zdravíme vše, co se z minulosti promítne do budoucnosti.
10-11	Vyrovnaní s kladnými i zápornými zážitky uplynulého dne. Aktivuje uklidňující (Měsíční) energii.
12	Vlevo: vidět události, které jste měli řešit jinak.
13	Vpravo: rozvíjet zítra to, co jsme dnes řešili dobře.
14-15	Vlevo: rušení negativních vlastností.
16-17	Vpravo: rozvíjení pozitivních vlastností.
19	Vlevo: povznesení se nad nedobré sklony.
20	Vpravo: zoptimalizovat svůj život, který stojí před námi.
21-22	Pozdrav sídlu vašich nejhlouběji zakořeněných reakcí - malému mozku.

### **Hlavní část jednotlivých intervenčních edukačních jednotek**

Vzájemně se pozdravíme spojenými dlaněmi.

Pravidelné cvičení ásan:

- zvyšuje pružnost páteře,
- zlepšuje pohyblivost kloubů,
- napomáhá uvolnění, posílení a bohatému prokrvení svalů,
- povzbuzuje a harmonizuje činnost orgánů a žláz,
- podporuje látkovou výměnu a funkci lymfatického systému,

- posiluje imunitní systém,
- normalizuje a stabilizuje krevní oběh a krevní tlak,
- zklidňuje a posiluje nervy,
- pročišťuje a osvěžuje pokožku.

### Ásány:

1. **Protážení trupu.** Základní pozice je v lehu na zádech. Koncentrace je na protážení těla. Dýchání je v souladu s pohybem. Počet opakování je 3x na každou stranu. Položíme se na záda uvolníme se, paže leží podél těla. S nádechem vzpažíme pravou a protáhneme pravou ruku s pravou patou v opačném směru. Současně tlačíme pánev dolů. S výdechem položíme pravou paži podél těla. S nádechem vzpažíme levou a protáhneme levou stranu trupu protážením levé ruky a levé paty v opačném směru. S výdechem vrátíme levou paži zpět. Cvik provedeme 3x. Protážením se celé tělo zbavujeme napětí, které vzniklo během dne nebo ve spánku při dlouhodobém setrvání v neměnné poloze. Dech se prohlubuje a harmonizuje. Cvičení osvěžuje celé tělo. (MAHÉŠVARÁNANDA, 2006, str. 41)
2. **Márdžarí – kočka.** Ásana opakující se v každé edukační intervenční jednotce v hlavní části. Základní pozice je vardža ásána (sed na patách). Koncentrace je na páteř. Dýchání je v souladu s pohybem. Počet opakování - 3 kola. Posadíme se do vadžra ásany , ruce spočívají na stehnech, trup je vzpřímený a uvolněný. S nádechem předpažíme dlaněmi dolů a s rovnými zády přejdeme do kleku. S výdechem přejdeme zvolna do vzporu klečmo tak, aby paže a nohy svíraly s podložkou pravý úhel, vyhrbíme páteř a uděláme „kočičí hřbet. Zároveň skloníme hlavu, pohled směřuje k pupku. S nádechem prohneme páteř, hlava se zvedá do záklonu, břišní svaly jsou uvolněné. Pohled směřuje co nejvíce vzhůru, tím se protahuje přední strana hrudníku. Provedeme stejné pohyby ještě 3x v rytmu dechu. S nádechem přejdeme do kleku a předpažíme. S výdechem zaujmeme předchozí polohu. Cvičení uvolňuje svaly podél páteře, páteř se stává ohebnější a pružnější. Podporuje zažívání, zmírňuje menstruační potíže. Je vhodné k nácviku hlubokého břišního dechu a dechu do oblasti zad (MAHÉŠVARÁNANDA, 2006, str. 48).

3. **Suméru ásana – hora.** Výchozí pozice je z vardža ásany, kleku sedmo. Dlaně leží na stehnech, záda jsou vzpřímená. S nádechem předpažíme a s napřímenými zády přejdeme do kleku. S výdechem přejdeme do sporu klečmo (dlaně jsou položené na podložce), opřeme se o prsty u nohou a propneme kolena, přejdeme do sporu stojmo vysazeně. Tělo tak tvoří horu, jejímž vrcholem je pánev. Snažíme se držet záda co nejvíce napřímená. Normálně dýcháme a 10x zatlačíme střídavě pravou a levou patu k podložce (jako při chůzi). S výdechem spustíme kolena na podložku, s nádechem přejdeme do vzporu klečmo. S výdechem se vrátíme do výchozí pozice. Cvičení osvěžuje a harmonizuje celé tělo, odstraňuje únavu a dodává vitalitu, posiluje tělesné svalstvo, napomáhá správnému zatížení chodidel, příznivě ovlivňuje nízký krevní tlak, zvyšuje prokrvení v oblasti hlavy. Posiluje lýtkové svaly a zlepšuje pohyblivost a prokrvení chodidel (MAHÉŠVARÁNANDA, 2003, str. 161).
4. **Tada ásana – palma** Stoj. Prsty jsou propletené před tělem, dlaně směřují dolů. S hlubokým nádechem vzpažíme, protáhneme celé tělo a postavíme se na špičky, výpon. S výdechem pokrčíme paže v loktech, až se ruce dotknou temene hlavy a postavíme se na paty. Opakujeme 10x, dýcháme hlouběji. Během cvičení by měla pánev zůstat stále vzpřímená (bederní páteř tlačíme jemně vzad). Břišní a hýžděové svaly jsou tak neustále v lehkém napětí. Tím získáme stabilitu a zabráníme přílišnému prohnutí v bedrech. Také dáváme pozor, aby ve stoji na špičkách spočívala hmotnost těla spíše na bříškách palců a ne na malíčkách. Tak zajistíme dobrou stabilitu chodila. Cvičení posiluje svaly chodidel, učí rovnováze a podporuje správné držení těla, zvětšuje prohnutí v hrudní páteři, zlepšuje pohyblivost ramenních kloubů, zajišťuje dobrou stabilitu pánve a nohou, prohlubuje dýchání, harmonizuje a osvěžuje celé tělo, povzbuzuje trávení.(MAHÉŠVARÁNANDA, 2003, str. 59).
5. **Pávana mukta ásana – přitahování kolen k trupu – varianta.** Základní pozice je leh na zádech. Koncentrace je na protažení kyčelních kloubů a svalů zad. Dýchání je v souladu s pohybem. Počet opakování - 3x každou nohu. Položíme se uvolněně na záda a zhluboka se nadechneme. S výdechem skrčíme přednožmo pravou, obejmeme koleno oběma rukama a přitáhneme ho co nejbližší k trupu. Levá noha zůstává ležet uvolněně na podložce. S nádechem



položíme paže podél těla, natáhneme pravou nohu a vrátíme jí na podložku. Cvičení provádíme také na druhou nohu. Cvičení protahuje dolní oblast zad a svalstvo kyčelního kloubu. Pomáhá při zácpě, nadýmání a jiných trávicích potížích, odstraňuje únavu (MAHÉŠVARÁNANDA, 2006, str. 59).

6. **Přípravné cvičení na Bhudžanga ásanu - kobru.** Základní pozice je v lehu na břiše, zapažíme a propleteme prsty, ruce jsou spojené za tělem, v oblasti křížové kosti s dlaněmi vytočenými k hlavě, čelo spočívá na podložce. S nádechem zatlačíme pánev (třísla) pomocí hýžďových svalů k podložce a co nejvíce zvedneme hlavu a trup. Pohyb však nesmí být bolestivý. Hlavu přitom nezakláníme, snažíme se spíše protáhnout krční páteř. Současně zapažíme a snažíme se vytáhnout paže směrem k chodidlům. V pozici krátce zadržíme dech. S výdechem pokládáme pomalu trup zpět na podložku. Trup zvedáme jen tak vysoko, abychom necítili bolest a soustředíme se na protažení horní oblasti zad. Dýcháme zhluboka a pomalu. Po ukončení cvičení setrváme krátce v poloze na břiše a několikrát zhluboka nadechneme a vydechneme. Sledujeme působení dechu. Dech směřujeme do oblasti bederní páteře a kosti křížové. Cvičení posiluje zádové a mezilopatkové svaly protahuje hrudní páteř působí proti výhřezu meziobratlových plotének, procvičuje svaly, které zpevňují krční páteř, prohlubuje dech, povzbuzuje trávení, zlepšuje prokrvení a funkci břišních a pánevních orgánů i funkci ledvin, napomáhá odstranit stres a strach neboť působí proti typickému stresovému držení těla- předklon v krční a hrudní páteři, zdvižená ramena a povrchní dýchání (MAHÉŠVARÁNANDA, 2003, str. 53).
7. **Bhudžanga ášana - kobra** Základní pozice je v lehu na břiše, dlaně se opírají o podložku vedle ramen. S nádechem zatlačíme pánev (třísla) k podložce a pomalu a postupně zvedáme hlavu a trup, ale tak, aby to nebylo bolestivé. Pánev však musí zůstat na podložce. Pohled směřuje vpřed nebo vzhůru. Krátce setrváme v pozici se zadržným dechem. S výdechem pomalou pokládáme trup na podložku. Dýcháme zhluboka a snažíme se zvětšit propnutí hrudní páteře. Stále tlačíme třísla k podložce, lokty napínáme jen do té míry, aby zvedání trupu nebylo bolestivé. Ramena tlačíme dolů, pohled směřuje vzhůru a hlava je v záklonu. Cítíme-li však bolest v krční páteři, neskláníme se a upíráme pohled vpřed. Cvičení posiluje zádové a hýžďové svaly, svaly ramen a paží, protahuje

ohýbače kyčlí a břišní svalstvo, podporuje prokrvení zad, působí proti výhřezu meziobratlových plotének, prohýbá především hrudní páteř, a tak zabraňuje vzniku kulatých zad a prohlubuje dech. Protážení přední strany trupu oživuje celé tělo, především však funkci pánevních a břišních orgánů. Cvičení harmonizuje vegetativní nervový systém, proto velmi zklidňuje při rozčilení, hněvu nebo zlosti, a přitom zároveň odstraňuje únavu. Pozice působí i proti strachu a nejistotě (MAHÉŠVARÁNANDA, 2003, str. 83, 84).

**8. Šašanka ásana – zajíc.** Základní pozice je v sedu na patách - vadžra ásana. Koncentrace je na celé tělo. Dýchání je v souladu s pohybem, normální dech v pozici. Počet opakování je 1-3x. Posadíme se do vadžra ásany a položíme ruce na kolena. Trup je vzpřímený a uvolněný. S nádechem vzpažíme. S výdechem se s rovnými zády a nataženými pažemi předkloníme, až se paže i čelo dotknou podložky. Pohyb vychází z kyčlí. Hýždě zůstávají na patách. Dýcháme normálně a zůstaneme chvíli v této pozici. Uvolníme přitom celé tělo, zvláště ramena, šíje a záda. S nádechem přejdeme s rovnými zády zpět do vadžra ásany se vzpažením. Trup, hlava i paže jsou po celou dobu u pohybu v jedné přímce. S výdechem se vrátíme do výchozí polohy. Cvičení provádíme celkem 3x, při posledním provedení setrváme v předklonu trochu déle a vědomě vnímáme účinek dýchání v oblasti páteře. Cvičení zlepšuje prokrvení hlavy, a proto pozitivně působí na oči, svaly obličeje a činnost mozku. Pomáhá proti únavě, nervozitě a depresím. Má uklidňující účinek a zvyšuje schopnost koncentrace. V této pozici se mohou celá záda velmi dobře uvolnit. Prohlubuje se dýchání do zad. Břišní dech působí jako jemná masáž na trávicí orgány. Odstraňuje zácpu. Může sloužit jako účinná relaxační poloha. Při vysokém krevním tlaku, zvýšeném nitroočním tlaku a při závratích se ásana nemá provádět (MAHÉŠVARÁNANDA, 2006, str. 102).

**9. Akáрана dhanur ásana – šíp a luk.** Základní pozice je stoj. Koncentrace je na špičku palce. Dýchání je v souladu s pohybem, zádrž dechu v pozici. Počet opakováním 3x na každou stranu. Postavíme se do stoje rozkročného. Levé chodidlo vytočíme doleva a pak otočíme doleva také hlavu. Trup zůstává v přímém postavení. Upažíme levou, sevřeme levou ruku v pěst, ale palec necháme vtyčený. Zvolíme si nějaký pevný bod na prodloužené linii paže a na

něj nasměrujeme břicho vztyčeného palce. Na palec pak upíráme pohled během celého cvičení. Přiložíme pravou ruku k levé a také ji sevřete do pěsti se vztyčeným palcem. Oba palce jsou v zákrytu. S nádechem táhneme pomalu pravou paži do skrčení upažmo, jako bychom napínali luk. Po celou dobu cvičení zůstává loket ve výši ramen. Zadržíme dech a setrváme krátce v pozici. S výdechem pomalu vrátíme pravou ruku k levé, takže se oba palce zase nacházejí v zákrytu. V souladu s dechem a s hlubokým soustředěním zopakujeme pohyb 3x. Vrátíme se do výchozí polohy a provedeme cvičení i na druhou stranu. Cvičení působí proti kulatým záďům, protahuje svaly hrudníku a posiluje svalstvo ramen, paží a zad. Podporuje zdravé hluboké dýchání. Také velmi pomáhá při astmatu a bronchitidě. Zlepšuje schopnost soustředění, procvičuje ohybné svaly, a proto je vhodné při krátkozrakosti a dalekozrakosti (MAHÉŠVARÁNANDA, 2006, str. 116).

10. **Trikóna ásana – trojúhelník.** Základní pozice je stoj rozkročný. Koncentrace je na postranní protažení trupu. Dýchání je v souladu s pohybem. Počet opakování je na každou stranu 3x ( více variant – varianta B). S nádechem upažíme. S výdechem provedeme úklon vpravo, pravá ruka se sune ke kotníku, levá paže je protažena kolmo vzhůru; dlaň natočíme doprava. Podíváme se za levou dlaní. Zůstaneme krátce v této pozici. S nádechem se pomalu narovnáme. S výdechem se vrátíme do výchozí polohy. Provedeme cvičení na druhou stranu. Cvičení harmonizuje nervový systém, zlepšuje pohyblivost páteře a protahuje postranní svaly trupu, zkrácené bederní svaly, všechny svaly na vnitřní a zadní straně stehen a vazy kyčelních kloubů. Zpevňuje stabilitu chodidla, prohlubuje dech a usměrňuje ho zvýšenou měrou do postranních oblastí hrudníku. Pro odstranění zácpy se doporučuje před cvičením vypít 1-2 šálky lehce osolené vlažné vody (MAHÉŠVARÁNANDA, 2006, str. 154).

11. **Hansa ásana – labuť.** Základní pozice je stoj. Koncentrace je na rovnováhu těla. Dýchání je v souladu s pohybem, zádrž dechu v pozici. Počet opakování je 3x každou nohou. Postavíme se do stoje spojného a soustředíme se na rovnováhu těla. S nádechem vzpažíme levou, skrčíme zánožmo pravou nohu, pravou rukou uchopíme prsty pravé nohy. Předkloníme se a protáhneme pravou nohu co nejvíce vzhůru. Zadržíme dech a setrváme v této pozici. S výdechem se

vrátíme do výchozí polohy. Cvičení provedeme i druhou nohou. Cvičení harmonizuje nervový systém a zvyšuje schopnost koncentrace. Protahuje svaly v oblasti hrudníku, zkrácené ohybače kyčlí a posiluje vzpřimovače páteře. Působí příznivě na kyčelní klouby. Rozvíjí smysl pro rovnováhu a zpevňuje stabilitu nohou a chodidel (MAHÉŠVARÁNANDA, 2006, str. 158).

12. **Éka pada pranáma ásana – pozdrav na jedné noze.** Základní pozice je stoj. Záda jsou vzpřímená, pánev mírně podsazená, takže nedochází k nadměrnému prohnutí v bedrech. Temeno hlavy vytahujeme vzhůru pomyslnou šňůrou. Tím se protahuje krční páteř. Ramena jsou uvolněná. Vědomě procítujeme spojení chodidel se zemí. Kolena jsou mírně pokrčená. Chodidla máme správně zatížená, cítíme-li hmotnost těla na vnější hraně chodidel a současně na bříškách prstů a na palcích. Nyní se soustředíme na nějaký nehybný bod před sebou a přeneseme hmotnost těla na levou nohu. Skrčíme úožmo pravou a pravé chodidlo si opřeme o vnitřní stranu levého stehna. Sepneme ruce před hrudníkem. Dbáme na to, aby záda zůstala napřímená. Dýcháme plným jógovým dechem. Setrváme v této pozici tak dlouho, dokud je nám příjemná, a pak provedeme cvičení i na druhou nohu. Cvičení zlepšuje rovnováhu a koncentraci, upevňuje správné držení těla, zpevňuje nohy i chodidla, harmonizuje tělo i mysl (MAHÉŠVARÁNANDA, 2006, str. 162).

### **Závěrečná část jednotlivých intervenčních edukačních jednotek, relaxace**

1. **Relaxační a dechové cvičení.** Položíme se pohodlně na záda. Paže spočívají podél těla dlaněmi směrem vzhůru. Nohy jsou mírně od sebe. Uvědomujeme si postupně jednotlivé části těla a vědomě je uvolňujeme: pravou ruku, pravou paži až k rameni, levou ruku, levou paži až k rameni, šíji, krk, obličej, celou hlavu, oči, horní a dolní část trupu, pravý a levý bok, celou pravou dolní končetinu až k chodidlu a prstům, celou levou dolní končetinu až k chodidlu a prstům, břicho, hrudník. Uvolnění každé oblasti věnujeme pouze několik vteřin. Potom pomalu aktivujeme tělo a vstáváme (MAHÉŠVARÁNANDA, 2003, str. 45).
2. **Tygrí relaxace.** Leh na břicho. Otočíme hlavu a částečně i trup mírně vlevo. Skrčíme úožmo pravou nohu, pravé koleno přitáhneme co nejbližší k hrudníku. Pokrčíme pravou paži a loket přisuneme ke kolenu. Hlavu položíme na levé předloktí a levou dlaň na hřbet pravé ruky. Setrváme v této pozici 10 nádechů a

výdechů a vědomě dýcháme do dolní části zad. Zaujmeme tutéž pozici na druhou stranu. Potom pomalu aktivujeme tělo a vstáváme (MAHÉŠVARÁNANDA, 2003, str. 73).

3. Posadíme se do tureckého sedu, zavřeme oči, setrváme v této pozici přibližně 5 minut, snažíme se zklidnit myšlenky i pocity a zazpíváme „ÓM“. Sledujeme jak zvuk vibruje a prostupuje tělem. Opakujeme 3x. Protřeme si dlaně, položíme je na obličej a prohřejeme si obličejové svaly. Pomalu se narovnáme a otevřeme oči (MAHÉŠVARÁNANDA, 2006, str. 329).

#### - **Zdravotně edukační a intervenční jednotky masáží**

Sportovní masáž odstraňující únavu je zaměřena u záchranářů na masáž zad a šíje.

#### **1) Metodický postup při sportovní masáži odstraňující únavu - záda**

Nejprve provedeme **úvodní tření** plochou dlaně, následuje tření klikatě (provrtávání) a zakončujeme obtahováním (ze strany). Po té následuje **hnětení** – vlnovité (na okraji širokého svalu zádového). Pokračujeme **roztíráním** patkou (vzpřimovače trupu). Roztírání provádíme částí dlaně, kde se setkávají svalový val palcový a malíkový. Začínáme po vzpřimovači trupu spirálovitými tahy od beder k šíji. Dále roztíráme čtyřmi prsty (polovina zad) a osmi prsty (obdobně jako čtyřmi prsty, polovina zad. Prsty obou rukou jsou propletené. Následuje roztírání palcem (vzpřimovače), dále pěstí tzv. „žehlička“ (vzpřimovače). Nakonec provádíme vytírání podlopatkového svalu a vytírání mezižebří. Provádíme **tepání** smetáním (okraj širokého svalu zádového) a vějířovité, vějířovité (vzpřimovače trupu). **Chvění** se spojuje se **závěrečným třením** a to plochou dlaně spojené s vychvěním (obdoba úvodního tření).

#### **2) Metodický postup při sportovní masáži odstraňující únavu - šíje**

Zahajujeme **úvodním třením** dlaní, vidlicí, vytíráme od ramene k hlavě. Následuje vlnovité **hnětení**. Pokračujeme **roztíráním** malíkovou hranou dlaně, patkou (nebo špetkou) do čtyřech prstů. Pokračujeme **tepáním** pomocí smetání a vějířovitým. Závěrečné tření je shodné s úvodním.

#### **Automasáž**

- 3) Indická masáž hlavy uleví od stresu a napětí. Je to automasáž a frekvence provádění je každý den, nezabere více než pět minut. Tato masáž hlavy za účelem

zmírnění stresu a napětí se provádí již po celá staletí. Položíme se na lůžku nebo se posadíme na židli. Konečky prstů třeme oblast spánků. Pomalu jimi opisujeme malé kroužky zhruba jednu minutu. Po té pokračujeme „šamponováním“ vlasové části hlavy. Začneme v místě přímo za spánky a pomocí malých kroužků třeme kůži směrem dozadu. Tímto způsobem masírujeme celý vlasový porost po dobu nejméně jedné minuty. Zakončíme česáním. Namísto hřebenu použijeme konečky prstů, důkladně jimi ošetříme pokožku ve směru vlasové linie, přes vrchol hlavy do stran a poté dolů po zadní straně krku až k ramenům. Tento tah opakujeme asi 10x (WEBEROVÁ, 2007).

### **III. Modul výživových doporučení**

Strava člověka by měla být pestrá, její energetická hodnota i množství živin by mělo odpovídat potřebám, které lze rozdělit na základní potřeby těla a zvýšené potřeby na tělesnou aktivitu či ztráty. Základem zdravé výživy je pestrá strava, pohybová aktivita a správné stravovací návyky. Spotřeba energie v organismu závisí na věku, pohlaví, velikosti a tělesné kondici člověka a jeho tělesné aktivitě. Výdej energie by měl odpovídat i jejímu příjmu. Energie se získává z energeticky bohaté stravy. Strava obsahující více energie, než tělo potřebuje, vede k obezitě. Na druhé straně snížení energie vede ke ztrátě tělesné hmotnosti. Pokud si dopřejeme tučné jídlo, měli bychom pak pro vyrovnání příjmu a výdeje energie sportovat, abychom přebytečnou energii spálili.

Naše strava by měla být vždy čerstvě připravená. Důležitá je příprava jídla, správná délka vaření, používání zdravotně nezávadných nádob na vaření a spotřebičů, vyvarovat se rychlé vaření či ohřevu jídla v mikrovlnné troubě. Neměli bychom jíst jídla obsahující konzervační chemické přípravky, barviva a arómata. Měli bychom kontrolovat dobu použitelnosti u potravin a nekupovat prošlé výrobky. Člověk, který chce být výkonný, by měl lépe porozumět požadavkům svého organismu i jeho reakcím na určitý druh potravin. Poškození a znečištění přírody se promítá i do potravinového řetězce a stává se tak jednou z příčin poškozování lidského zdraví. Naše strava by měla obsahovat dostatek nevařených, syrových složek jako je ovoce, které roste v našich podmínkách, listovou zeleninu a šťávy ze syrových kořenových zelenin i ovocí. Látky obsažené v bobulovém ovoci, zeleném čaji a jiných rostlinných potravinách jsou

dobrymi antioxidanty a jejich účinnost zvyšuje vitamín C. Důležitá je konzumace potravin obsahujících esenciální mastné kyseliny, které jsou například v ořechových jádrech, semenech, fazolích či avokádu a v mořských rybách. Potřebný je i biotin, označovaný jako vitamín H, který udržuje svěží pokožku a podporuje činnost centrální nervové soustavy – je v ovesných vločkách, obilí, sóje, hrachu a rajčatech. Další důležitou látkou pro tělo jsou vitamíny, především C, vitamíny skupiny B, vitamín D, E, K a kyseliny, například kyselina listová – potřebná pro krvetvorbu – obsažená v jablkách, brokolici, zelí čočce či hlávkovém salátě. Měli bychom jíst potraviny s obsahem vlákniny, které jsou navíc zdrojem vitamínů a minerálů, rostlinných tuků a jiných důležitých látek. Denně bychom měli zkonsumovat 40 g vlákniny. Pitný režim je nezbytnou podmínkou každé pohybové aktivity. Voda tvoří více než polovinu tělesné hmotnosti, je přijímána potravou a nápoji. Udržování rovnováhy tekutin patří mezi základní cíle správné výživy. Denně potřebujeme 2,5 až 3,5 litru (v nápojích, polévkách i jídlech). Jídlo máme jíst v klidu v pěkném prostředí. Stravu vyváženou esteticky, chuťově i obsahově, s plným soustředěním na jídlo přijímáme jí s puncem sattvy – čistoty, jak zní zásady jogínů. Měli bychom dodržovat výživovou pyramidu s ideálním složením každodenní stravy.

Jídelníček by měl mít přibližnou energetickou hodnotu 5 – 6 000 kJ/den. Při jeho sestavování bychom měli vycházet z moderních poznatků o výživě a sestavit ho do více dávek denně. Snídaně by měla být základem dne. Jednotlivé porce by měly být po stránce energetické i jednotlivých druhů potravin vyvážené. U tuků dáváme přednost rostlinným před živočišnými, u cukrů tzv. polysacharidům před jednoduchými. Do jídelníčku zařazujeme potraviny s nízkým glykemickým indexem. Moderní výživová doporučení u redukčních jídelníčků hovoří o tom, že denně bychom měli jíst 400 g zeleniny, 150 gramů ovoce, 300 g mléčných výrobků, 100 g sýrů, 100-200 g bílého masa či ještě lépe ryb, k tomu denně lžící olivového oleje, hrst ořechů a minimálně 2-3 l nesladkých nápojů (čistá voda, kvalitní zelený čaj). „**Desatero výživových doporučení**“ (viz kapitola 4.2.2).

(Podkladové materiály pro zpracovávání zdravotně edukačního a intervenčního programu byly čerpány z MAHÉŠVARÁNANDA, 2006; MAHÉŠVARÁNANDA, 2003; KREJČÍ 1998; PAVLOVÁ A KOL., 1998; Sestava Pozdrav měsíce, POLÁŠEK, 2010, on-line).