

**Univerzita Karlova  
1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Lenka Poláková

**Pracovní stres a užívání návykových látek u zdravotnického  
personálu výjezdových posádek zdravotnické záchranné služby  
v České republice**

Work-related Stress and Use of Addictive Substances by Medical  
Personnel of the Emergency Medical Service in the Czech Republic

Bakalářská práce

Vedoucí: Mgr. Kateřina Svěcená, Ph.D.

Praha, 2025

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, dne 27.04.2025

Lenka Poláková

..........

## **Prohlášení o využití AI nástrojů**

Při psaní této bakalářské práce jsem využila AI nástroj ChatGPT (OpenAI) jako podpůrný prostředek pro inspiraci při formulaci textu a pro kontrolu jazykové správnosti. Obsah práce je výsledkem mé vlastní práce a mých vlastních myšlenek, AI nebyla využita k tvorbě odborného obsahu ani analýzy.

## **Poděkování**

Ráda bych na tomto místě poděkovala vedoucí své bakalářské práce, Mgr. Kateřině Svěcené, Ph.D., za její vedení. Zvláštní poděkování patří také Mgr. Jaroslavu Vackovi, Ph.D., za jeho ochotu, vstřícnost a cenné odborné rady. Děkuji všem respondentům za jejich čas a ochotu zapojit se do mého výzkumu. Poděkování si zaslouží také moje rodina a přátelé za podporu během celého studia. Největší díky patří mému partnerovi. Děkuji mu za obrovskou trpělivost a nadhled, který se mnou měl. Byl mi pevnou oporou v náročných chvílích nejen při psaní této práce, ale po celou dobu studia. Velmi si vážím veškerého povzbuzení a toho, že při mně stál.

## **Identifikační záznam**

POLÁKOVÁ, Lenka. *Pracovní stres a užívání návykových látek u zdravotnického personálu výjezdových posádek zdravotnické záchranné služby v České republice. [Work-related Stress and Use of Addictive Substances by Medical Personnel of the Emergency Medical Service in the Czech Republic]*. Praha, 2025. 83 s., 6 tabulek, 21 grafů. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika Adiktologie 1. LF UK, 2025. Vedoucí Mgr. Kateřina Svěcená, Ph.D.

## Abstrakt

**Východiska:** Práce zdravotníků patří mezi psychicky náročná povolání. Práce zdravotnických záchranářů a lékařů na záchranné službě je však ještě náročnější. Směna ve výjezdových posádkách zdravotnické záchranné služby (ZZS) je spojena s vysokou mírou stresu, odpovědnosti a psychického zatížení. Zahraniční literatura i tuzemské výzkumy upozorňují na riziko užívání návykových látek jako maladaptivního mechanismu. V českém prostředí je však tento vztah u zdravotníků ZZS zkoumán zřídka.

**Cíle:** Cílem této práce bylo zjistit, zda existuje vztah mezi pracovním stresem a užíváním návykových látek u zdravotníků ZZS. Vedlejšími cíli bylo porovnat míru užívání těchto látek mezi lékaři a záchranáři, identifikovat nejčastěji užívané látky, důvody jejich užívání a hlavní pracovní stresory.

**Metody:** Výzkum byl realizován formou průřezového kvantitativního on-line dotazníkového šetření, distribuovaného prostřednictvím vedení ZZS intranetem či e-mailem. Dotazník se skládal ze tří částí: pracovních nároků, pracovních stresorů a užívání návykových látek. Data byla analyzována v programu Jamovi pomocí deskriptivní analýzy, chí-kvadrát testu a Spearmanova korelačního testu.

**Výsledky:** Výzkumný soubor tvořilo 135 respondentů (27 lékařů a 108 záchranářů). Nejčastěji užívanou návykovou látkou byl alkohol (94,53 %). Byl nalezen statisticky významný vztah mezi průměrným pracovním stresem a zvýšením konzumace alkoholu v období zvýšeného pracovního zatížení ( $\rho = -0,179$ ;  $p = 0,043$ ). U ostatních látek ani v rozdílech mezi profesními skupinami nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly.

**Závěr:** Výsledky ukazují na možnou roli alkoholu jako maladaptivního copingového mechanismu u zdravotníků ZZS v období zvýšeného stresu. Práce poukazuje na potřebu dalšího výzkumu využívajícího validované nástroje a doporučuje doplnění kvantitativních metod o kvalitativní výzkum.

**Klíčová slova:** zdravotnická záchranná služba, zdravotnický personál, pracovní podmínky, návykové látky, pracovní stres.

# Abstract

**Background:** Healthcare professions are among the most mentally demanding occupations. The work of paramedics and emergency physicians in the Emergency Medical Services (EMS) is even more challenging. EMS work is associated with high levels of occupational stress, responsibility, and psychological strain. Both international literature and Czech research point to the risk of using addictive substances as a maladaptive coping mechanism. However, this relationship has rarely been studied among EMS personnel in the Czech Republic.

**Aims:** The aim of this thesis was to determine whether there is a relationship between occupational stress and the use of addictive substances among EMS healthcare providers. Secondary objectives included comparing substance use rates between physicians and paramedics, identifying the most frequently used substances, the reasons for their use, and the main occupational stressors.

**Methods:** The research was conducted as a cross-sectional quantitative online questionnaire survey, distributed via EMS management through intranet or email. The questionnaire consisted of three sections: work demands, occupational stressors, and substance use. Data were analyzed in Jamovi using descriptive statistics, chi-square tests, and Spearman correlation.

**Results:** The research sample included 135 respondents (27 physicians and 108 paramedics). The most frequently used addictive substance was alcohol (94.53 %). A statistically significant relationship was found between average occupational stress and increased alcohol consumption during periods of elevated occupational stress ( $\rho = -0.179$ ;  $p = 0.043$ ). No statistically significant associations were found for other substances or between the two professional groups.

**Conclusion:** The results suggest that alcohol may serve as a maladaptive coping mechanism for EMS personnel during periods of elevated stress. The study highlights the need for further research using validated tools and recommends supplementing quantitative findings with qualitative data.

**Keywords:** Emergency Medical Services, healthcare personnel, working conditions, addictive substances, occupational stress.

# Obsah

Seznam zkratk	10
Úvod	11
1. Zdravotnická záchranná služba	12
2. Stres	15
2.1. Patofyziologie stresu	15
2.2. Syndrom vyhoření a PTSD	16
2.3. Specifika pracovního stresu u záchranářů	17
2.4. Stresory u záchranářů	18
2.5. Copingové strategie	21
2.6. Peer podpora jako prevence PTSD	22
3. Návykové látky v prostředí záchranné služby	24
4. Výzkumná část	27
4.1. Cíle a výzkumné otázky	27
4.2. Výzkumný soubor a nominační technika	27
4.3. Metoda tvorby dat	28
4.4. Metoda zpracování a analýzy dat	30
4.5. Realizace sběru dat	30
4.6. Etické aspekty	31
5. Výsledky	33
5.1. Demografické údaje	33
5.2. Pracovní nároky	34
5.3. Pracovní stresory	34
5.4. Četnost a důvody užívání návykových látek	36
5.4.1. Alkohol	36
5.4.2. Kouření	39
5.4.3. Další návykové látky	42
5.4.4. Psychoaktivní léky vázané na předpis	43
5.5. Rozdíly mezi záchranáři a lékaři	47

5.6.	Vztah pracovní stres – užívání návykových látek.....	47
6.	Diskuse.....	49
6.1.	Výzkumný vzorek.....	49
6.2.	Které vybrané aspekty práce nejvíce stresují zdravotníky ZZS?.....	50
6.3.	Jaká je mezi zdravotníky ZZS frekvence užívání návykových látek?...51	
6.4.	Jaké hlavní důvody vedou zdravotníky ZZS k užívání návykových látek? .....	53
6.5.	Existuje rozdíl ve frekvenci užívání návykových látek u lékařů a záchranářů ZZS? .....	54
6.6.	Jaký je vztah mezi subjektivně vnímanou úrovní pracovního stresu a frekvencí užívání návykových látek?.....	54
6.7.	Limity výzkumu.....	56
6.8.	Přínos a doporučení.....	57
	Závěr .....	59
	Zdroje.....	60
	Seznam grafů .....	68
	Seznam tabulek.....	69
	Přílohy.....	70
	Tabulky .....	70
	Dotazník.....	75

## Seznam zkratek

- ACE – angiotensin konvertující enzym
- ACTH – adrenokortikotropní hormon
- ASČR – Asociace samaritánů České republiky
- CISM – critical incident stress management
- CRH – kortikotropní releasing hormon
- DPČ – dohoda o pracovní činnosti
- DPP – dohoda o provedení práce
- HPO – hromadné postižení osob
- IZS – integrovaný záchranný systém
- JCQ – job content questionnaire
- LZS – letecká záchranná služba
- MBI – Maslach burnout inventory
- NL – návyková látka
- NLZP – nelékařský zdravotní pracovník
- PNP – přednemocniční neodkladná péče
- PTSD – posttraumatická stresová porucha
- PTSS – posttraumatický stresový syndrom
- RAAS – renin-angiotensin-aldosteronový systém
- RLP – rychlá lékařská pomoc
- RV – rendez-vous
- RZP – rychlá zdravotnická pomoc
- SPIS – systém psychosociální intervenční služby
- ZOS – zdravotnické operační středisko
- ZZS – zdravotnická záchranná služba

# Úvod

Práce ve zdravotnictví je spojena s vysokými nároky na psychiku, odolnost a schopnost zvládat zátěžové situace. Tato zátěž se ještě výrazněji projevuje u zdravotníků výjezdových posádek zdravotnické záchranné služby (ZZS), jejichž práce se odehrává v často nevyzpytatelných a nepříznivých podmínkách. Zahrnuje mimo jiné vysokou míru časového tlaku, emociálně náročných situací a odpovědnosti, jelikož se zdravotníci v terénu musí spoléhat pouze na své znalosti, nemají možnost provést pokročilejší vyšetření nebo se obrátit na zkušenějšího kolegu. Přestože může mít pracovní zátěž zásadní vliv na zdravotníky, není tomuto tématu v ČR věnována dostatečná pozornost (Šeblová, 2007).

Stres je přirozenou součástí výkonu této profese, ovšem jeho dlouhodobé působení může vést k syndromu vyhoření či duševním potížím jako je posttraumatická stresová porucha (PTSD), která se navíc může rozvinout i v důsledku jediné epizody kritické situace (Šeblová, 2007). V rámci copingu mohou členové integrovaného záchranného systému (IZS) inklinovat k užívání maladaptivních strategií. Jednou z těchto strategií může být užívání návykových látek (Sterud et al., 2007). Literatura se tímto tématem zabývala převážně v zahraničí, kde jsou popsány zvýšené míry užívání alkoholu či jiných látek u pracovníků v IZS, často právě jako prostředek zvládnutí zátěže. V českém prostředí však systematický výzkum zaměřený na vztah mezi pracovním stresem a užíváním návykových látek u zdravotníků ZZS chybí.

Hlavním cílem práce je popsat vztah mezi pracovním stresem zdravotníků ZZS a užíváním návykových látek. Pozornost je dále věnována rozdílům mezi profesemi lékař a zdravotnický záchranář. Práce se rovněž zaměřuje na identifikaci nejčastěji užívaných látek, zmapování důvodů jejich užívání a určení nejvíce stresujících aspektů práce na ZZS.

Téma užívání návykových látek u zdravotníků ZZS mi přijde velmi zajímavé, zejména z toho důvodu, že se jedná o skutečně specifickou skupinu zdravotníků, kteří se ve své práci setkávají se závažnými situacemi. Z hlediska přínosu tak práce obsahuje unikátní pohled na záchranáře a lékaře ZZS, které vyčleňuje jako specifickou podskupinu pracovníků ve zdravotnictví. Teoretické poznatky byly čerpány z databází Google Scholar, Pub Med a sborníku Urgentní medicína: Časopis pro neodkladnou lékařskou péči.

# 1. Zdravotnická záchranná služba

Zdravotnická záchranná služba je nedílnou součástí zdravotní péče v České republice. Její ukotvení v právním systému ČR zajišťuje zákon č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě. Jejím úkolem je poskytovat neodkladnou přednemocniční péči (PNP). V ČR je každá záchranná služba zřizována krajem. Existuje tedy 14 krajských ZZS, které již nespádají pod nemocnice jako v minulosti. Existují však výjimky ve formě soukromých ZZS, které smluvně poskytují přednemocniční pomoc na některých výjezdových stanovištích v kraji. Toto partnerství vidíme u ZZS Středočeského kraje, kde ve smluvním vztahu poskytuje PNP ZZS Asociace Samaritánů České republiky a Trans Hospital Plus. Firma Trans Hospital Plus poskytuje PNP i pro ZZS Jihočeského kraje (ZZS ASČR n.d., Trans Hospital Plus n.d.).

Organizační struktura ZZS se skládá z Územního střediska, při němž sídlí ředitelství a krajské/zdravotnické operační středisko (ZOS). Územnímu středisku jsou podřízena Oblastní střediska, pod něž spadají výjezdové základny a posádky v daném okrese (zákon č. 374/2011 Sb.).

Mezi zaměstnance ZZS patří nejen zdravotníci výjezdových základen a ZOS, ale i nezdravotnické profese jako například automechanici. Mezi zdravotníky patří profese zdravotnický záchranář<sup>1</sup> a lékař (zákon č. 374/2011 Sb.).

Operátor ZOS je zodpovědný za správné třídění příchozích událostí a zajištění jejich optimálního řešení, jak z hlediska organizačního, tak z hlediska odborného. Operátor přijme tísňovou výzvu od volajícího, provede lokalizaci, klasifikaci výzvy, indikaci výjezdové skupiny a sdělí instrukce volajícímu. Vyhláška 240/2012 Sb. dělí stupeň naléhavosti výzvy na čtyři stupně. První stupeň je osoba s aktuálním či bezprostředně hrozícím selháním životních funkcí. Druhý stupeň představuje osobu, u níž je selhání životních funkcí pravděpodobné. Třetí stupeň je osoba, u níž nehrozí bezprostřední selhání životních funkcí, ale je u ní nutný zásah ZZS. Čtvrtý stupeň je vlastně ze své podstaty pacient, u něhož není nutný zásah ZZS, ale operátor se pro něj z různých důvodů rozhodne. K výzvám 1. a 2. stupně jezdí posádka s lékařem a záchranářem, ke 3. a 4. stupni pouze záchranář (Šín, 2024).

---

<sup>1</sup> Správný název profese je dle zákona č.374/2011 Sb. zdravotnický záchranář. V praxi se však často název omezuje pouze na záchranář. To může být zavádějící, jelikož někteří autoři tím myslí pouze zdravotnické záchranáře, někteří však také lékaře. V této práci je ze stylistických důvodů používáno slovo záchranář a označujeme pouze zdravotnického záchranáře.

V České republice se dnes setkáváme se čtyřmi typy výjezdových skupin. První skupinou je rychlá zdravotnická pomoc (RZP), kde ve velkém sanitním voze jede řidič a zdravotnický záchranář. Tato výjezdová skupina je schopna obsloužit např. v Praze většinu výjezdů, a to kolem 90 % (ZZS HMP, 2022). Vedoucím týmu je zdravotnický záchranář. Další skupinou je rychlá lékařská pomoc (RLP), kde ve velkém sanitním voze jezdí zdravotnický záchranář, lékař a řidič. Vedoucím týmu je zde lékař. S tímto typem výjezdové skupiny se již v ČR moc nesetkáváme. Jedná se totiž o velmi nevýhodné a nákladné uspořádání, kdy je lékař vázán na velký sanitní vůz a při výjezdu nižší priority tak jde o neefektivně využitého lékaře, který by mohl být v danou chvíli potřebný u výjezdu s vyšší prioritou. Od této ekonomicky a personálně nákladné varianty se tedy v poslední době upouští. Proto se dnes v zemích, kde záchranné služby disponují lékařem, setkáváme spíše se třetím typem výjezdové skupiny, tzv. setkávacím modelem, častěji nazývaným jako rendez-vous (RV). Jedná se o osobní automobil, ve kterém jede řidič a lékař. Vedoucím týmu je lékař. Tato výjezdová skupina obsluhuje výjezdy nejvyšších stupňů priority, tzn. 1 a 2, kdy jde například o bezvědomí, náhlé srdeční zástavy, nově vzniklé dechové obtíže. RV automobil může, ale také nemusí, vyjíždět ze stejné základny jako velký sanitní vůz. Lékař na něj vázán není, a tak po ošetření a stabilizaci pacienta může obsloužit rovnou další výjezd, anebo se vrátit na základnu, pokud není třeba lékařský dozor pro transport pacienta sanitním vozem do nemocnice. Tímto je tudíž zajištěno, že lékař je k dispozici více času a zároveň jde o ekonomicky i personálně výhodnější variantu (Šín, 2024). Poslední skupinou je letecká záchranná služba (LZS). Jedná se o helikoptéru Airbus ERC 135, ve které letí pilot, zdravotnický záchranář a lékař. Při příletu na místo události se lékař LZS stává automaticky vedoucím zásahu. V ČR je 10 stanovišť LZS, ne každý kraj má své vlastní. Vzlétá v nejzávažnějších případech, které jsou stanoveny v indikačních kritériích české společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof. Například se jedná o pacienta s předpokládanou trauma triage pozitivitou, kterého je třeba dopravit do specializovaného centra, např. traumacentra (Truhlář, 2021).

Personální obsazení výjezdových skupin upravuje vyhláška č. 99/2012 Sb. Ve výjezdových skupinách může působit lékař po splnění kmenové zkoušky v oborech interna, anesteziologie, chirurgie nebo všeobecné praktické lékařství. Ten však může pracovat pouze pod odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí (tzv. atestací), což znamená, že musí být atestovaný lékař dostupný telefonicky. V případech specializované odbornosti, se jedná o obory urgentní medicína, anesteziologie a intenzivní medicína, chirurgie, interna, kardiologie, neurologie, traumatologie, pediatrie, všeobecné praktické lékařství pro dospělé či děti a dorost. I přes velké

spektrum lékařů, kteří smějí pracovat na ZZS, nejsou jejich počty dlouhodobě uspokojivé (AZZS ČR, 2024).

Vzdělání zdravotnických záchranářů upravuje §17 zákona č. 201/2017 Sb., měnící zákon č. 96/2004 Sb. Je nutné mít vzdělání v bakalářském studijním programu zdravotnický záchranář, tříletý obor diplomovaný záchranář nebo středoškolský obor zdravotnický záchranář či středoškolské vzdělání v oboru všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí v oboru sestra pro intenzivní péči.

Pro práci v přednemocniční péči je potřebná určitá dávka empatie, paradoxně je však nutné potlačit a odsunout vlastní emoce. Profese taktéž vyžaduje erudici v širokém počtu oborů, komunikační schopnosti, jak směrem k pacientům, tak k rodině a kolegům, schopnost rychlého rozhodování a práce v nepříznivých podmínkách jako je chladné počasí, déšť a sníh či tma. Rozložení práce během pracovní doby je značně nerovnoměrné. Zdravotníci záchranáři pracují ve 12hodinových směnách, lékaři mohou pracovat ve 24hodinových směnách. Všechny tyto faktory se mohou negativně podílet na sociálním a rodinném životě. Charakter práce se také liší v závislosti na poloze výjezdového stanoviště. Výjezdová stanoviště ve velkých městech, např. v Praze, mají během dne více výjezdů, a to z toho důvodu, že jsou vzdálenosti do nemocnic menší, a tak je výjezd kratší a za směnu jich stihnou více. Naopak stanoviště v malých městech zvládnou výjezdů méně, zato obvykle trvají déle (Šeblová, 2007).

U zdravotníků v PNP se, stejně jako u jiných pomáhajících profesí, vyskytuje syndrom vyhoření. Velký podíl na tom může mít charakter jejich činnosti. Zdravotníci záchranáři a lékaři jsou školeni na nejkritičtější situace a nejtěžší zdravotní stavy vyžadující okamžitou intervenci. Každodenní realita výjezdů je však jiná. Často se jedná o stavy nižší naléhavosti, např. bolesti břicha, teploty. V tomto mají lékaři o něco lepší pozici, jelikož na tyto výjezdy nebývají operačním střediskem vysíláni (Andršová, 2012).

## 2. Stres

Existují různé definice stresu. Jedna z mnoha definic, například od americké psychologické asociace, zní: „Stres je fyziologická nebo psychologická reakce na vnitřní nebo vnější stresory. Stres zahrnuje změny ovlivňující téměř každý systém v těle, čímž ovlivňuje, jak se lidé cítí a jak se chovají.“ (APA, 2018).

Stres je nedílnou součástí lidského života. Autoři jej často rozdělují na eustres, který působí jako tvůrčí a motivační síla vedoucí lidi k dosažení neuvěřitelných výkonů a cílů. Distres, také označován jako škodlivý stres, je považován za nežádoucí kvůli snížení výkonnosti jedince a špatnému vlivu na jeho zdraví (Bryce, 2001). Distres většinou vznikne, jestliže stresory přesáhnou prvky a mechanismy, které umožňují jedinci zvládat stres (Křivohlavý, 2010).

Pojmem stresory označujeme faktory vyvolávající stres. Mohou být jak vnitřní, tak vnější. Dělí se také dle povahy na fyzikální, kam se řadí například nadměrný hluk, dále biologické, k nimž patří bolest. Existují i stresory chemické, např. toxiny, a neméně důležité jsou psychosociální stresory jako je narození dítěte, svatba či rozvod (Křivohlavý, 2010).

### 2.1. Patofyziologie stresu

Centrální nervová soustava je zodpovědná za percepci stresového podnětu – ať už jde o vnější stresor či stresor vnitřní (např. bakteriální toxiny a cytokiny při zánětu). Na to ihned reaguje autonomní nervový systém, v případě stresu zejména sympatikus, který způsobuje přes eferenci do nadledvin vyplavení katecholaminů, především adrenalinu. Adrenalin je monoamin působící na metabotropní adrenergní receptory  $\alpha_1$ ,  $\alpha_2$ ,  $\beta_1$ ,  $\beta_2$ . Přes aktivaci  $\alpha_1$  receptoru dochází k vazokonstrikci a zvýšení krevního tlaku, aktivace  $\beta_1$  receptoru má pozitivní inotropní, dromotropní, bathmotropní a chronotropní účinek na srdce. Dochází tak ke zvýšení srdečního výdeje a zvýšení tepové frekvence. Zároveň se zvyšuje sekrece reninu, který konvertuje angiotensinogen na angiotensin I, jenž je dále štěpen pomocí angiotensin konvertujícího enzymu (ACE) na angiotensin II. Tento mechanismus je fyziologický, nicméně nadměrná aktivita renin-angiotensin-aldosteronového systému (RAAS) může přispívat k rozvoji hypertenze. Aktivace  $\beta_2$  způsobuje bronchodilataci (Costanzo, 2021).

Druhým mechanismem reakce na stresor je aktivace hormonální hypotalamo-hypofyzární osy, kdy hypotalamus produkuje kortikotropní releasing hormon (CRH),

jenž stimuluje v hypofýze tvorbu adrenokortikotropního hormonu (ACTH), který v nadledvinách stimuluje tvorbu kortizolu. Kortizol bývá často nazýván také jako stresový hormon. Kortizol v těle zesiluje vaskulární odpověď na katecholaminy (tj. adrenalin a noradrenalin), snižuje množství REM spánku, působí diabetogenně, tzn. že snižuje citlivost tkání na inzulin a zároveň snižuje využití glukózy buňkami. V neposlední řadě dochází k útlumu funkce imunitního systému, což může vést až k onkologickému onemocnění (Costanzo, 2021).

Tyto mechanismy mohou vést při chronickém stresu k rozvoji mnoha onemocnění. V souvislosti s chronickým stresem bývají často zmiňována civilizační onemocnění, kam patří např. hypertenze, diabetes mellitus 2. typu a obezita až metabolický syndrom. Kromě civilizačních chorob může stres přispívat ke vzniku onkologických onemocnění a žaludečních vředů. Je však třeba brát v úvahu, že všechna tato onemocnění mají i jinou etiologii a stres se na jejich rozvoji může podílet pouze částečně. Chronická expozice stresu může vést také k psychologickým obtížím, např. k syndromu vyhoření a posttraumatické stresové poruše (Costanzo, 2021).

## **2.2. Syndrom vyhoření a PTSD**

Syndrom vyhoření je fenomén, který je v poslední době ve vztahu k zaměstnání hojně diskutován. Jedná se o soubor symptomů zejména ze tří oblastí – psychické, fyzické a sociální. Postižení prožívají emoční vyčerpání a ztrátu motivace. Častá je také frustrace a pokles motivace. Z oblasti fyzické se projevuje únava, často provázená poruchami spánku. V sociální oblasti dochází ke ztrátě kontaktu s kolegy a kamarády, nezájmu o druhé osoby. V případě záchranářů se syndrom vyhoření může promítat také do komunikace s pacientem a péče o něj. Syndrom vyhoření je často spojen s profesemi, které vyžadují intenzivní práci s lidmi, jako jsou zdravotníci, učitelé nebo sociální pracovníci. Je důležité zmínit, že syndrom vyhoření vzniká v reakci na chronický stres, nikoliv při akutním stresu či kritické události (Šeblová, 2007).

Posttraumatická stresová porucha (PTSD) je duševní onemocnění, které se rozvíjí po prožití kritické události, jako jsou např. válečné konflikty, přírodní katastrofy, těžké nehody nebo násilné trestné činy. V případě zdravotníků ZZS se může jednat o úmrtí dítěte, napadení pacientem či autonehoda sanitního vozu. Typickými příznaky jsou opakované prožívání traumatu (např. flashbacky, noční můry), vyhýbání se podnětům spojeným s traumatem, zvýšená podrážděnost, problémy se spánkem a koncentrací, emoční otupělost a pocity viny či studu. PTSD může výrazně narušit

každodenní fungování a kvalitu života postiženého jedince. Pro diagnostiku je třeba délka trvání alespoň 30 dní (Šeblová, 2007).

V zahraniční literatuře se objevuje i pojem posttraumatický stresový syndrom (PTSS). Jedná se v podstatě o stejnou symptomatologii jako u PTSD, avšak tyto příznaky se projevují v prvních dnech po události. Rozdílem oproti PTSD je spontánní odeznění do 30 dní od události (Sparks, 2018).

### **2.3. Specifika pracovního stresu u záchranářů**

Americká psychologická asociace definuje pracovní stres jako fyziologickou a psychologickou reakci na události nebo podmínky na pracovišti, které negativně ovlivňují zdraví a pohodu. Tato reakce je ovlivněna faktory jako autonomie a nezávislost, svoboda rozhodování, pracovní zátěž, úroveň odpovědnosti, jistota zaměstnání, pracovní prostředí a bezpečnost, povaha a tempo práce a také vztahy na pracovišti (APA, 2018).

Odborné literatury, která by se věnovala stresu přímo u zdravotníků ZZS, není v České republice mnoho. V zahraničí je situace lepší, ale stále není přednemocniční péči věnována taková pozornost jako zdravotníkům v nemocnici. Navíc zahraniční výsledky nemusí plně korelovat s Českou republikou, jelikož v Severní Americe a anglosaských zemích funguje odlišný model záchranné služby.

Zdravotníci působící na záchranné službě by měli poskytovat neodkladnou péči osobám se závažným postižením zdraví nebo v přímém ohrožení života. Teoreticky by se tak mělo jednat o stavy s vysokou naléhavostí. V praxi ale většinu pracovní náplně tvoří výjezdy nižší priority, tzn. 3 a 4, kde není nutná přítomnost lékaře (AZZS ČR, 2024). Většina záchranářů nastupujících do praxe právě očekává, že budou zasahovat u naléhavých případů typu resuscitace atp. (Andršová, 2012), což může přispět k frustraci a pocitu, že je záchranná služba „zneužívána“. Zejména velmi časté výjezdy nízké priority záchranáře velmi negativně ovlivňují (Pekara, 2024). Práce zdravotníků, obzvláště těch působících v urgentní medicíně, je všeobecně považována za náročnou, jak veřejností, tak samotnými pracovníky (Ptáček, 2013; Šeblová, 2007). U této profese je, stejně jako v ostatních pomáhajících profesích, zvýšené riziko syndromu vyhoření. Stress může také vést k rozvoji PTSS/PTSD.

V České republice proběhla v letech 2003 a 2005 studie zaměřující se na zátěž, stres a syndrom vyhoření u pracovníků ZZS. Respondenti se shodli na dvou nejvýznamnějších stresorech – zásahy u dětí a fyzické ohrožení zasahujících nehodou

vozidla nebo fyzickým napadením. Expozice kritickým stresorům byla vyšší u lékařů ZZS – např. resuscitaci dítěte prožilo přes 90 % lékařů. Vlastní ohrožení zažilo 74 % lékařů a 55 % záchranářů. V roce 2003 vykazovalo 17 % respondentů počínající či rozvinutý syndrom vyhoření, v roce 2005 to bylo již 19 %. Nejohroženější skupinou zaměstnanců ZZS v rámci syndromu vyhoření byli operátoři a dispečeri operačního střediska, kde v roce 2003 vykazovalo počínající či rozvinutý syndrom vyhoření 22 % z nich, v roce 2005 již 46 % (Šeblová, 2007).

Další práce z prostředí české ZZS byla publikována v roce 2016 v časopise Urgentní medicína, kdy se členů výjezdových skupin ZZS Pardubického kraje dotazovali pomocí strukturovaného dotazníku, které vybrané aspekty práce je nejvíce stresují, jak se vyrovnávají se stresem a jaké mají možnosti krizové intervence. Nejvíce stresující bylo úmrtí či těžké poranění dítěte, dále nehoda s hromadným postižením osob, nehoda vozu ZZS. Velká část respondentů považuje svou práci za stresující, konkrétně 80 %. S obavami do práce chodí 40 % respondentů. Následkem stresu 15 % respondentů práce nebaví a nenaplnuje. U 15 % respondentů se stres odráží tak, že jsou nepříjemní k pacientům. Klíčovým zjištěním bylo, že 4 % respondentů pomáhaly návykové látky ke zvládnutí stresu. V tomto případě se jednalo o tabákové výrobky a alkohol (Svobodová a Brečka, 2016).

Významnou prací z hlediska počtu respondentů je celostátní studie z USA, zabývající se problematikou stresu a syndromu vyhoření u lékařů ve zdravotnických zařízeních. Dotazník byl distribuován mezi 27 000 respondentů, přičemž jej vyplnilo 7288 lékařů. Respondenti byli napříč všemi lékařskými obory. Bylo zjištěno, že 45,8 % lékařů mělo příznaky syndromu vyhoření. Nejvíce zastoupen byl mezi lékaři v první linii, tzn. urgentní medicíny, interní medicíny a praktickými lékaři (Shenafelt et al., 2012). Je však třeba dodat, že v americkém modelu ZZS lékaři přítomni nejsou, a tak se lékaři se specializací urgentní medicína nacházejí na urgentních příjmech, a ne v přednemocniční fázi péče. Pracovní prostředí je tak odlišné.

## **2.4. Stresory u záchranářů**

Záchranáři se setkávají při své směně s různorodými situacemi. Pracovní prostředí, ve kterém se pohybují, je vysoce stresující. Oproti zdravotníkům v nemocnicích a ambulancích musí čelit navíc např. nepříznivým klimatickým podmínkám a mohou se setkávat s psychicky náročnými situacemi (Regehr et al, 2002; Van der Ploeg, 2003). Tyto faktory mohou vést k vysoké míře pracovního stresu.

Pracovní stresory záchranářů by se daly obecně rozdělit dle délky a intenzity působení na akutní a chronické stresory. Akutní stresory bývají nečekané. Chronické stresory se dají považovat za trvalou nerovnováhou mezi tím, co jedinec chce, a tím, co dostává, nebo také mezi tím, co by chtěl, a k čemu je okolnostmi nucen – například výjezdy k událostem nízké priority, noční směny, nevyhovující zázemí stanoviště. Zvláště se vyčleňuje kritická událost, což je silný jednorázový negativní zážitek jako napadení, vážná dopravní nehoda, traumatická smrt. I jediná kritická událost může vést k PTSD. Riziko se zvyšuje s četností expozice kritickým událostem. Mezi kritické události lze zařadit smrt či vážné zranění kolegy při výkonu služby, hromadné dopravní nehody, traumatickou smrt, ošetřování těžkých popálenin a také zejména napadení zdravotníků pacientem (Šeblová, 2007). Tomuto tématu se věnovala práce z prostředí ZZS v Praze a Středočeském kraji, kdy byli vybráni respondenti s alespoň 2letou praxí na ZZS, kteří byli napadeni. Všechna napadení měli na svědomí muži (zde celkem 20 oficiálně registrovaných). Z 20 napadení proběhlo 10 doma a 10 v prostoru sanitního vozidla. Všechna napadení proběhla v noci. Bylo zjištěno, že v případech neprofesionálního chování ze strany záchranáře v konfrontaci s pacientem, který je pod vlivem návykových látek, roste pravděpodobnost násilí o 70 % (Knor, 2020a). To podporuje tvrzení, že komunikace je u záchranářů důležitá a zodpovědná součást práce. Jedná se zejména o empatii, což klade na záchranáře opět vysoké nároky (Williams et al., 2017).

Míra posttraumatické stresové poruchy je u záchranářů vyšší než v běžné populaci a její riziko stoupá s pracovní dobou a nepravidelností rozvrhu práce (Bennett et al, 2004; Donnelly a Siebert, 2009; Jones, 2017; Stanley et al, 2016; Wild et al, 2016;). V Austrálii studie popisuje 3x vyšší počet sebevražd u záchranářů než u ostatních členů integrovaného záchranného systému (Williams et al., 2017). Vysoká zodpovědnost, nároky na správné a rychlé rozhodování a minimální autonomie pracovního procesu také přispívají k riziku vzniku syndromu vyhoření. Stejně tak i práce ve směnách negativně ovlivňuje pracovní výkon, spánkový vzorec, sociální a rodinný život (Šeblová, 2007).

Od roku 2012 je v zákoně 374/2011 Sb. § 16 zakotvena povinnost zaměstnavatele zajistit zaměstnancům psychosociální intervenční službu (Franěk, 2022).

Zdravotničtí záchranáři tráví značnou část pracovní doby na výjezdových stanovištích, která by měla být plně zařízena. Nicméně každý zřizovatel ZZS si spravuje svá stanoviště samostatně, a tudíž se kvalita zázemí může napříč kraji lišit. Záchranáři

pracují nárazově, tzn., že se u nich v nepravidelných intervalech střídá období „odpočinku“ na základně a intenzivní pracovní činnosti. V období odpočinku si však záchranáři stále musí plnit určité povinnosti, zejména dodržovat týdenní harmonogram činností, který obnáší například kontrolu funkčnosti vybavení anebo úklid vozidel. Rozložení výkonu práce během pracovní doby je tak nerovnoměrné (Šeblová, 2007).

Nedílnou součástí práce příslušníků IZS jsou noční směny. Z hlediska cirkadiánního rytmu je práce v noci nepřirozená a je dle WHO zařazena do karcinogenů třídy 2A (IARC, 2020). Na každého pracovníka i v běžném provozu působí během dne tzv. přirozený cyklus výkonnosti. Znamená to, že nejlepších výkonů dosahují lidé v dopoledních hodinách mezi 9. a 12. hodinou a pak odpoledne mezi 16. a 17. hodinou. Největší útlum obvykle nastává mezi 1. a 4. hodinou ranní (Franěk, 2022).

Chronický a akutní stres mohou vést k posttraumatické stresové symptomatologii s možností rozvoje posttraumatické stresové poruchy. Studie provedená na norských policistech a záchranářích naznačuje, že zdravotníci záchranné služby mohou užívat alkohol jako maladaptivní mechanismus ke zvládnutí stresu. Celkový počet respondentů byl 1096 záchranářů, z nichž 16,6 % mužů a 7,4 % žen dosahovalo na škále AUDIT hodnot svědčících pro rizikové užívání alkoholu (Sterud et al., 2007). Podrobněji se tomuto tématu věnovala velká studie z USA, zabývající se dopadem chronického a akutního pracovního stresu na zdravotnické záchranáře a souvislost tohoto stresu s posttraumatickou stresovou symptomatologií a užíváním alkoholu. Studie byla provedena jako celostátní s výjimkou států Delaware, Massachusetts, Severní Karolína, Wyoming a New York, jelikož v těchto státech není povinná registrace záchranářů v National Registry of Emergency Medical Technicians. Počet respondentů byl 1633. Autor došel ke zjištění, že skóre svědčící pro pravděpodobnou PTSD vykazovalo 6,4 % účastníků. „Vyšší úroveň pracovního stresu, zejména chronického, je spojena s vyšší konzumací alkoholu, zatímco akutní stres má silnější vazbu na posttraumatické symptomy. Alkohol může sloužit jako maladaptivní strategie zvládnutí stresu, která snižuje akutní stresovou reakci, ale zvyšuje dlouhodobé riziko rozvoje PTSS a PTSD“ (Donnelly, 2012). Další studie z USA tvrdí, že traumatické události představují riziko pro užívání návykových látek nepřímo, prostřednictvím jejich spojitosti se symptomy PTSD. Tento závěr byl potvrzen analýzou, která ukázala, že expozice traumatickým událostem má významný nepřímý vliv na užívání alkoholu i drog právě prostřednictvím symptomů PTSD (Bonumwezi, 2022).

## 2.5. Copingové strategie

Coping lze definovat jako soubor vědomých kognitivních a behaviorálních strategií, které jedinec aktivně používá ke zvládnutí náročných životních situací a redukci nadlimitní stresové zátěže (Endler a Parker, 1994). Jedná se o proces vyrovnání se s nadlimitní zátěží. Volba copingové strategie je individuální. Může být ovlivněna mnoha proměnnými, např. sociálními faktory jako je vzdělání či výchova. Zvolená strategie významně ovlivňuje výsledný dopad stresu na zdraví a psychickou pohodu jednotlivce (Lazarus a Folkman, 1984). Významným modelem copingu je transakční model stresu a copingu Richarda Lazaruse a Susan Folkmanové (1984), který chápe coping jako dynamický proces, ve kterém jedinec interaguje s okolním prostředím. Tento model rozlišuje dvě hlavní formy copingu. První forma je problémově zaměřený coping (problem-focused coping), který zahrnuje aktivní řešení a eliminaci příčiny stresu. Druhá forma je emočně zaměřený coping (emotion-focused coping), jehož cílem je udržet vlastní emoce pod kontrolou. Děje se tak za využití behaviorální strategie, k níž patří posilování a užívání alkoholu, a kognitivní strategie, při níž jsou potíže upozaděny.

V rámci copingu mohou jedinci rovněž využívat vyhýbavé strategie (avoidance-oriented coping), které zahrnují únik od stresových situací např. prostřednictvím maladaptivního chování, jako je nadměrné užívání alkoholu či jiných návykových látek (Billings a Moos, 1981; Endler a Parker, 1994).

Z prostředí ZZS na Slovensku pochází studie z roku 2016, zabývající se copingovými strategiemi u záchranářů. Studie se účastnilo 62 respondentů. Mezi nejčastěji užívané strategie se řadilo přijetí reality, pozitivní interpretace události a snaha o osobní růst, aktivní řešení problému a plánování. Naopak mezi nejméně užívané se řadilo užívání návykových látek a humor. Záchranáři při konfrontaci se stresovou situací věřili ve své schopnosti ji zvládnout. Zároveň převažovaly pozitivní emoce (odhodlání, soustředění na výkon, uspokojení z práce) nad negativními (Jurišová, 2016).

Sterud (2007) ve své práci na norských paramedicích zjistil, že pití jako maladaptivní copingová strategie významně souviselo s problematickým užíváním alkoholu. Tzn. paramedici, kteří vědomě užívali alkohol jako copingovou strategii, měli tendenci k rizikovějšímu užívání alkoholu.

## 2.6. Peer podpora jako prevence PTSD

Akutní i chronický pracovní stres u zdravotníků výjezdových skupin může vést k rozvoji PTSS či přímo k PTSD (Donnelly, 2012). Chronická stresová zátěž je spojena s až čtyřikrát vyšší prevalencí psychických obtíží u záchranářů ve srovnání s běžnou populací. Přesto mnozí záchranáři často nevyhledávají odbornou pomoc, zejména kvůli obavám ze stigmatizace. Prevalence PTSD se u zdravotnických záchranářů pohybuje kolem 20 %, zatímco v běžné populaci je udávána přibližně 3 % (Gärtner et al., 2019; Herttuainen et al., 2023; Mausz et al., 2022).

V rámci České republiky je záchranářům od roku 2012 dostupný systém SPIS – systém psychosociální intervenční služby (Franěk, 2022). Tento systém se skládá ze dvou hlavních složek – peer podpory a intervenční služby.

Peer podpora je určena všem pracovníkům záchranné služby, a to zejména v situacích psychicky nadlimitní zátěže, která je spojena především s výkonem profese, ale i v dalších nadlimitně zatěžujících situacích, do kterých se zdravotníci ve výjezdových skupinách i na ZOS dostávají. Peer podpora je dále zaměstnanci hojně využívána také v dalších případech psychické nepohody, která mnohdy může ztížit soustředění a pracovní nasazení. Cílem služby je normalizace stresové reakce, snížení rizika profesního pochybení a prevence syndromu vyhoření či výskytu posttraumatické stresové poruchy (ZZS KHK, n.d.).

Peer podpora je poskytována ve dvou podobách – skupinové a individuální podpory. Skupinová peer podpora zahrnuje intervenční metody jako debriefing<sup>2</sup> či demobilizace, které jsou součástí Critical Incident Stress Management (CISM). Tato podpora je poskytována obvykle od druhého dne až do čtyř týdnů po události, jejím cílem je zpracování a uzavření události a zmírnění symptomů stresu. Skupinová intervence se realizuje přímo na pracovišti zaměstnanců, přičemž doba strávená intervencí je zaměstnancům počítána jako pracovní výkon a je tedy i finančně ohodnocena. Individuální peer podpora je zaměřena na zmírnění akutních obtíží v náročných životních situacích formou aktivního naslouchání, emoční podpory, poskytnutí empatie, doporučení, a to s cílem obnovení vlastních sil, zmírnění stresové reakce, případně předání zasaženého do další péče. Individuální intervence je na rozdíl od skupinové přísně anonymní, důvěrná a pro zaměstnance zcela bezpečná. Individuální

---

<sup>2</sup> Strukturovaný rozhovor, který probíhá po náročné, stresující události. Jeho účelem je zpracování zážitků a podpora psychické pohody.

podporu mohou zaměstnanci čerpat při osobním setkání, ale i telefonicky či mailem. Obě formy podpory jsou zaměstnancům poskytovány zcela bezplatně (ZZS KHK, n.d.).

Debriefing členů IZS v USA při pandemii COVID-19 snižoval problematické užívání návykových látek v rámci maladaptivního copingového mechanismu (Witkowski et al., 2024). SPIS by tak mohl hrát důležitou roli v oblasti psychického zdraví zasažených.

V roce 2016 peři ZZS Královéhradeckého kraje uskutečnili 23 individuálních intervencí a dvě skupinové podpory (ZZS KHK, n.d.). Zajímavé je, že ve studii Svobodové a Brečky (2016) 35 % záchranářů ZZS Pardubického kraje uvedlo, že nemají možnost využít psychologické podpory, což je však dle autorky v rozporu s realitou na ZZS Pardubického kraje. Pravděpodobně tak všichni zaměstnanci nemusí být zcela správně informováni o možnostech pomoci.

Dále existuje tzv. intervenční podpora, která obnáší poskytnutí první psychické pomoci na místě události v souvislosti se zásahem zdravotnické záchranné služby. Je poskytována sekundárně zasaženým v akutní stresové reakci (pozůstalým, rodinným příslušníkům, svědkům události a další veřejnosti), a to v situacích nadlimitního psychického zatížení způsobeného tragickou událostí. Může se jednat o události jako ztráta blízké osoby, úmrtí dětí, suicidia, hromadné postižení osob, terorismus a jiné. Intervent sdílí se zasaženými emoce, usnadňuje práci zdravotnickému týmu při kontaktu s blízkými pacienta, vysvětluje postup zdravotnických pracovníků, případně dalších záchranných složek, podává informace, umožňuje důstojné rozloučení se zemřelým, případně umírajícím, čímž může nepřímo snižovat nálož stresu záchranářů (ZZS KHK, n.d.).

O poskytnutí psychosociální intervenční služby je oprávněn požádat zaměstnanec sám, a to koordinátora SPIS nebo kteréhokoli peera, a to kdykoliv v průběhu anebo po skončení zatěžující události (ZZS KHK, n.d.).

### 3. Návykové látky v prostředí záchranné služby

Problematika užívání návykových látek (NL) u zdravotníků výjezdových skupin ZZS zůstává v ČR neuspokojivě probádána. Tomuto tématu se často věnují pouze absolventské práce, které navíc nejčastěji cílí na tzv. střední zdravotnický personál nebo nelékařský zdravotní personál (NLZP). Sem se sice zdravotničtí záchranáři řadí, nicméně do této skupiny spadají i sestry v ambulancích, jejichž charakter práce je naprosto odlišný od práce na ZZS.

Jedna z bakalářských prací se zabývala prevalencí kuřáctví na ZZS Ústeckého kraje v okrese Děčín. Mezi respondenty se však mimo lékaře a záchranáře nacházeli také řidiči. Za kuřáky se označilo 34 % respondentů. Z kuřáků kouří 54 % respondentů v zaměstnání. Práce také tvrdí, že existují statistické rozdíly v procentuálním zastoupení kuřáků a nekuřáků s ohledem na jednotlivé profese, tzn. zastoupení se lišilo u lékařů (23 %), záchranářů (75 %) a řidičů (50 %) (Plešinger, 2019).

Problematikou užívání návykových látek v prostředí záchranné služby v ČR, nicméně u pracovníků ZOS, se zabývala ve své diplomové práci Barbora Švarcová (2019). Konkrétně zkoumala prevalenci užívání návykových látek u operátorů ZOS. Došla ke zjištění, že životní prevalence užívání návykových látek u pracovníků ZOS je vyšší než u obecné populace u tabáku, alkoholu a konopných látek. Ze screeningových škál vyplývalo, že míra ohrožení rizikem plynoucím z užívání těchto látek je u pracovníků ZOS vyšší v případě alkoholu (28,7 % vs. 16,8 %), nižší v případě tabáku (15,9 % vs. 30,8 %) a srovnatelná v případě konopných látek (3,4 % vs. 4,4 %.) (Švarcová, 2019).

V oborovém časopise Urgentní medicína byla v roce 2016 zveřejněna publikace autorů Svobodové a Břečky (viz výše), kde 4 % respondentů ze ZZS Pardubického kraje uvádí, že jim se stresem pomáhají návykové látky, zde konkrétně alkohol a cigarety. Celkový počet respondentů byl 100 (Svobodová a Břečka, 2016).

Poměrně nedávno byla publikována autory práce z prostředí USA, která se zabývala problematikou užívání návykových látek u členů IZS během pandemie COVID-19. Téměř 40 % respondentů uvádělo užívání návykových látek jako prostředek ke zmírnění psychické nepohody. 22 % respondentů uvedlo, že k tomuto účelu užívají vyšší množství návykových látek, než původně zamýšleli. Vysoká pracovní zátěž zvyšovala pravděpodobnost vzniku syndromu vyhoření a míru užívání NL. Důležitým zjištěním bylo, že podpora např. v podobě debriefingu naopak snižovala

problematické užívání NL (Witkowski et al., 2024). Nicméně se jednalo o výjimečnou situaci pandemie, která neměla obdoby, a je třeba ji brát s rezervou.

Záchranáři a lékaři se při výkonu služby setkávají s návykovými látkami pravidelně. Jednak u intoxikovaných pacientů, jednak při léčbě. V rámci farmakoterapie běžně používají opioidy jako fentanyl, sufentanil, morfin a tramadol, které slouží jako silná analgetika a používají se také jako premedikace před úvodem do anestezie při zajištění dýchacích cest. Další skupinou jsou benzodiazepiny. V ampuláriu můžeme nalézt Apaurin (léčivá látka diazepam) a Dormicum (léčivá látka diazepam), které se v praxi používají např. na křeče, status epilepticus a v neposlední řadě akutní úzkostné stavy. Dalším lékem je efedrin, lék volby pro hypotenzi pro své přímé i nepřímé sympatomimetické účinky na  $\alpha$  a  $\beta$  adrenergních receptorech (Knor, 2024b). Tato snadná dostupnost návykových látek se projevila v Australské studii, která retrospektivně analyzovala předávkování návykovými látkami u zdravotníků. Při konkrétní analýze záchranářů se projevil výrazně vyšší podíl úmrtí v důsledku opioidů než u jiných skupin zdravotníků. Lékaři, zde konkrétně praktičtí lékaři v ambulancích a anesteziologové v nemocnicích, naopak častěji zemřeli v důsledku předávkování benzodiazepiny a antidepresivy (Pilgrim et al., 2017).

Jak již bylo zmíněno výše, práce záchranářů je velmi náročná. U profesí jako lékaři či zdravotní sestry je známo, že chronická expozice stresu může vést ke zneužívání alkoholu v rámci copingu (Servodidio, 2011). Avšak situace u záchranářů byla stále nejistá. Proto se autoři Hichisson a Corkery (2020) rozhodli vytvořit úplně první systematické review dostupné literatury na téma „Užívání alkoholu / návykových látek a pracovní/posttraumatický stres u záchranářů“.

Celkem čtyři studie zkoumaly souvislost mezi pracovním stresem a konzumací alkoholu. Z nich pouze jediná prokázala statisticky významnou přímou korelaci mezi mírou pracovního stresu a užíváním alkoholu. Ostatní studie naopak zaznamenaly souvislost spíše s jinými typy stresové zátěže, konkrétně se somatickou tísní či emočním vyčerpáním. V jedné z těchto studií navíc muži vykazovali významně vyšší riziko škodlivého užívání alkoholu v souvislosti s emočním vyčerpáním. Dále dvě studie odhalily korelaci mezi pracovním stresem a délkou pracovního poměru (Hichisson a Corkery, 2020).

Kromě toho se tři studie zaměřily na souvislost mezi pracovním stresem a užíváním jiných návykových látek než alkoholu. Dvě z těchto studií však neprokázaly žádnou významnou korelaci (Hichisson a Corkery, 2020).

Z výsledků rovněž vyplývá, že konzumace alkoholu je mezi pracovníky záchranné služby poměrně běžná. Obecně je známo, že v pomáhajících profesích, zejména ve zdravotnické a sociální péči, je škodlivé užívání alkoholu velmi rozšířené. Podíl zdravotníků se škodlivým užíváním alkoholu se podle různých studií pohybuje mezi 1,6 % a 24 %. Studie provedená na členech IZS – policistech a záchranářích – naznačuje, že zdravotníci ZZS mohou užívat alkohol jako maladaptivní mechanismus ke zvládnání stresu. Celkový počet respondentů byl 1096 záchranářů, z nichž 16,6 % mužů a 7,4 % žen dosahovalo na škále AUDIT hodnot svědčících pro rizikové užívání alkoholu (Hichisson a Corkery, 2020).

V této souvislosti vyvstává otázka, zda je míra konzumace alkoholu u záchranářů srovnatelná s mírou v běžné populaci. Jedna britská studie uvádí, že spotřeba alkoholu mezi záchranáři je na úrovni běžné populace (Raistrick et al., 2008). Existují však i studie, které naznačují vyšší konzumaci alkoholu u záchranářů ve srovnání s běžnou populací (Donnelly a Siebert, 2009; Jones, 2017). Podobně také studenti oboru zdravotnický záchranář vykazují zvýšené riziko zneužívání alkoholu (Fjeldheim et al., 2014; Wild et al., 2016). Obdobný trend byl zaznamenán i u studentů medicíny (Pacheco et al., 2017).

Za zmínku také stojí, že nebyla zjištěna žádná souvislost mezi pracovním stresem a užíváním tabákových výrobků (Hichisson a Corkery, 2020).

## 4. Výzkumná část

### 4.1. Cíle a výzkumné otázky

Hlavním cílem tohoto výzkumu bylo popsat vztah mezi pracovním stresem a užíváním návykových látek u zdravotnického personálu výjezdových posádek ZZS. Vedlejšími cíli bylo porovnat míru užívání těchto látek mezi lékaři a záchranáři, identifikovat nejčastěji užívané látky, důvody jejich užívání a hlavní pracovní stresory. Definovala jsem tak následujících 5 výzkumných otázek:

1. Jaký je vztah mezi subjektivně vnímanou úrovní pracovního stresu zdravotníků ZZS a frekvencí užívání návykových látek?
2. Které vybrané aspekty práce nejvíce stresují zdravotníky ZZS?
3. Jaká je mezi pracovníky ZZS frekvence užívání návykových látek?
4. Jaké hlavní důvody vedou zdravotníky ZZS k užívání NL?
5. Existuje rozdíl ve frekvenci užívání návykových látek u lékařů a záchranářů ZZS?

### 4.2. Výzkumný soubor a nominační technika

Výzkumný soubor tvořili zdravotníci pracující ve výjezdových skupinách ZZS v České republice. Konkrétně se jednalo o profese lékař a zdravotnický záchranář. Základním výběrovým kritériem pro zařazení do výzkumu byla praxe na ZZS v délce minimálně 1 roku. Toto kritérium jsem zvolila s cílem zajistit, aby respondenti měli již dostatek zkušeností s výkonem této profese a byli schopni kvalifikovaně hodnotit pracovní podmínky i osobní zvládnutí stresu spojeného s výkonem povolání. Nově příchozí pracovníci jsou často plní očekávání a motivace, které mohou ovlivnit jejich vnímání reality této práce (Andršová, 2012), a jejich zařazením by mohlo dojít k nechtěnému zkreslení výsledků. Výzkumný soubor zahrnoval respondenty napříč všemi věkovými kategoriemi i oběma pohlavími. Tato volba reflektovala metodologický přístup v zahraničních a tuzemských pracích, které se zabývaly tématem stresu a návykových látek u záchranářů. Výběr respondentů proběhl prostřednictvím sebenominace. Respondenti se do výzkumu zapojovali na základě vlastního rozhodnutí poté, co byl distribuován online dotazník skrze vedení jednotlivých ZZS. Tato nominační technika umožnila oslovit široké spektrum pracovníků, zároveň je však spojena s rizikem výběrového zkreslení, neboť se šetření typicky účastní více motivovaní či angažovaní jedinci (Bethlehem, 2010).

V roce 2024 pracovalo souhrnně v ČR u ZZS 860 lékařů (přičemž je zde patrný fenomén zkrácených úvazků či dohod) a 3700 záchranářů (ZZS UK, 2024). Z metodologického hlediska by teoreticky bylo ideální dosáhnout minimálně 352 respondentů z řad zdravotnických záchranářů a 269 respondentů z řad lékařů při zachování 95% spolehlivosti a 5% chyby. Nicméně jsem neměla možnost přímo oslovit konkrétní zaměstnance ZZS, jelikož pravidla ZZS pro závěrečné práce toto neumožňují. On-line dotazník byl umístěn do prostředí intranetu či rozeslán e-mailem. Zapojilo se nakonec 27 lékařů (cca 3,13 % všech lékařů) a 108 záchranářů (cca 2,91 % všech záchranářů). Response rate nelze určit, jelikož není dohledatelné, kolik zaměstnanců výzvu o vyplnění dotazníku skutečně vidělo.

### 4.3. Metoda tvorby dat

Tato práce je založena na průřezovém kvantitativním on-line dotazníkovém šetření. Tento přístup jsem zvolila z praktického důvodu – záchranné služby preferují, či přímo vyžadují on-line dotazníky, pokud se má jednat o dotazníkové šetření. Dotazníkové šetření zároveň umožňuje poměrně jednoduše oslovit velké množství respondentů. S výhodou je lze použít u citlivých témat, se kterými tato práce zachází. Zároveň je při dotazníkovém šetření lépe zaručena anonymita (Hendl, 2012). Tato metoda není příliš časově a finančně náročná a umožňuje relativně snadné statistické zpracování dat (Hricová et al., 2023). Nevýhodou však může být malá responzivita.

Dotazník jsem vytvořila v prostředí Google Forms a skládal ze tří částí. První část se věnovala pracovním nárokům a byla inspirována mezinárodně standardizovaným dotazníkem Job Content Questionnaire (JCQ), sloužícím ke zhodnocení psycho-sociálních charakteristik práce (Karasek, 1998; Židková n.d.). Respondenti se setkávali s různými tvrzeními týkajícími se jejich práce a dotazovaní byli ve 3 kategoriích: kontrola nad prací, požadavky profese a fyzické vyčerpání. Každá odpověď (rozhodně souhlasím, spíše souhlasím, spíše nesouhlasím, rozhodně nesouhlasím) byla ohodnocena body. Dle vzorce  $\frac{\text{dosážené skóre}}{\text{maximální skóre}} * 100$  byl vypočítán výsledek v procentech. Čím více procent, tím více je daná oblast zasažená.

Druhá část kladla dotazy ohledně pracovních stresorů na ZZS. Po rešerši české literatury, která se zabývala pracovním stresem a záchranáři (Svobodová a Brečka, 2016; Šeblová, 2007), a rozhovoru se zaměstnancem ZZS jsem vytvořila 29 situací, se kterými se zdravotníci ZZS setkávají. Jejich úkolem bylo ohodnotit každý pracovní faktor na škále od 1 (žádný stres) do 5 (těžký stres). Ve 30. otázce se mohli volně vyjádřit k čemukoliv jinému, co je při výkonu práce stresuje.

Z těchto odpovědí jsem následně vypočítala průměrné skóre stresu za všech 29 otázek, které jsem dále použila jako kvantitativní proměnnou "úroveň pracovního stresu". Jednotlivé situace lze nalézt v grafu č. 2 nebo v příloze, kde se nachází dotazník.

V poslední části respondenti zodpovídali dotazy v kategoriích:

- Alkoholické nápoje,
- Nikotinové/tabákové výrobky,
- Psychoaktivní léky,
- Nelegální drogy,
- Důvody užívání návykových látek – jednalo se o otázku mnohočetného výběru předem definovaných odpovědí s možností napsat vlastní důvod užívání návykových látek.

Konkrétně se jednalo o otázky ohledně frekvence užívání návykových látek v posledních 12 měsících (volba jedné z kategorií: „Každý den nebo téměř každý den (5–7krát týdně), Několikrát týdně (3–4krát týdně), Jednou nebo dvakrát týdně, Několikrát za měsíc (2–3krát měsíčně), Jednou měsíčně, Méně než jednou měsíčně, Nepil/a“), četnost užívání po pracovní směně („Vždy, Často, Občas, Zřídka, Nikdy“) a jestli došlo ke změně frekvence v období zvýšeného pracovního stresu.

Specificky jsem se respondentů v sekcích dané návykové látky tázala na doplňující informace. U alkoholu se jednalo o dotaz na binge drinking v posledních 30 dnech a frekvenci binge drinkingu (kategorie viz výše). V případě nikotinových/tabákových výrobků se jednalo o počet vykouřených cigaret („Méně než 10; 11–20; 20–30; Více než 30“) a užívání během směny. V rámci psychoaktivních léků dotazy směřovaly na užívání po pracovní směně (viz výše), zda byly léky užívány dle doporučení lékaře/lékárníka, a kde k nim respondenti získali přístup („lékař, lékař-známý, kamarád, jiné“). Nelegální drogy obnášely dotazy navíc ohledně intravenózní aplikace a o jaké látky se konkrétně jednalo. Tyto otázky jsem zvolila, jelikož by mohly poskytnout cenné informace o charakteru užívání návykových látek.

Dotazníkové šetření probíhalo od 14. 12. 2024 do 31. 3. 2025.

## 4.4. Metoda zpracování a analýzy dat

Po ukončení výzkumného šetření jsem data extrahovala z Google tabulek do programu Microsoft 365 Copilot, kde jsem je očistila od respondentů s praxí na ZZS méně než 1 rok. Položky jsem upravila tak, abych mohla provést deskriptivní analýzu a popsat základní charakteristiky. Následně jsem vytvořila grafy pro lepší přehlednost výsledků. Upravená data jsem exportovala do programu Jamovi, který dopočítal průměrnou hodnotu pracovního stresu pro každého respondenta. Pro analýzu vztahu mezi pracovním stresem (charakterizován veličinou průměrný stres) a užíváním návykových látek jsem v tomto programu provedla Spearmanovu korelační analýzu. V rámci srovnávací analýzy jsem pro vyhodnocení vztahu mezi profesí a užíváním návykových látek použila chí-kvadrát test nezávislosti, který je vhodný pro kategoriální data (profese a frekvence užívání návykových látek).

## 4.5. Realizace sběru dat

Většina záchranných služeb má na svých webových stránkách uvedenou kontaktní osobu pro výzkumná šetření či závěrečné práce. Nicméně některé záchranné služby tyto informace na svých stránkách uvedené nemají, stejně tak je to s požadavky, které je nutno splnit pro účast v šetření. V těchto případech jsem se musela pokoušet kontaktovat různé zaměstnance z organizace. Většinou se jednalo o guaranty či vedoucí vzdělávacího a výcvikového střediska. Stalo se však také, že jsem byla odkázána na jinou osobu. Většina záchranných služeb umožňuje provést šetření bezplatně. Najdou se však výjimky, které požadují poplatek. Výše poplatku se pohybuje od 500 Kč u ZZS Královéhradeckého kraje. ZZS Jihočeského kraje požaduje 1000 Kč a ZZS Jihomoravského kraje 2000 až 4000 Kč. Z finančních důvodů jsem tak neoslovila všechny ZZS, z těch, které požadují poplatek, pouze ZZS Královéhradeckého kraje.

Z 16 záchranných služeb jsem jich oslovila 14 (viz výše). Mé žádosti vyhovělo 9 organizací, které tak rozdistribuovaly odkaz na online dotazník, nejčastěji formou intranetu a e-mailem. Konkrétně se jednalo o ZZS Libereckého kraje, ZZS Pardubického kraje, ZZS Moravskoslezského kraje, ZZS Královéhradeckého kraje, ZZS Karlovarského kraje, ZZS Zlínského kraje, ZZS Ústeckého kraje, ZZS Středočeského kraje a ZZS kraje Vysočina.

ZZS hlavního města Prahy a ZZS Plzeňského kraje žádost zamítly z důvodu příliš vysokého počtu otázek. Jejich limit je 20–30 otázek. Od Trans Hospital a ZZS Asociace samaritánů České republiky jsem do dnešního dne neobdržela odpověď. Se

ZZS Olomouckého kraje jsem kontakt navázala, žádost zaregistrovali, avšak dosud jsem nebyla vyrozuměna o schválení či zamítnutí žádosti.

Z mého pohledu by bylo vhodné, aby záchranné služby měly standardizovaný postup pro závěrečné práce a výzkumná šetření. Bohužel ne u všech záchranných služeb tomu tak je. Za ideální případ považuji ZZS Královéhradeckého kraje (KHK), která má na internetových stránkách velmi jednoduchý formulář k vyplnění, kde je stručně a přehledně znázorněno, co vyplnit. Do formuláře lze také přímo nahrát soubory potřebné k vyhovění žádosti. Tato žádost se poté doručí pověřenému pracovníkovi, který ji vyhodnotí a sám žadatele kontaktuje.

Ke zpracování této práce jsem vynaložila náklady ve výši 500 Kč. Jednalo se o administrativní poplatek pro zpracování žádosti o výzkumné šetření u ZZS KHK.

#### **4.6. Etické aspekty**

Tato práce nakládá s velmi citlivými údaji. Respondenti se mohli obávat postihu ze strany zaměstnavatele, ať už z důvodu negativního postoje k vedení, nebo užívání nelegálních návykových látek. Ve dvou případech se také stalo, že samotní vedoucí vzdělávacího střediska, distribuující dotazník, vyjádřili jistou obavu z pohoršení některých zaměstnanců myšlenkou, že mohou nějaké nelegální drogy užívat.

Z tohoto důvodu jsem za klíčovou část považovala zachování anonymity respondentů. Při oslovování záchranných služeb a samotných respondentů jsem tak důrazně zmiňovala, že se jedná o anonymní on-line dotazník, který bude distribuován napříč Českou republikou a nebude z něj možné zpětně určit, z jakého stanoviště či organizace respondenti pocházejí. Aby nebyla ohrožena bezpečnost pacientů, bylo respondentům sděleno, že dotazník lze vyplnit i v klidu domova. Vyplnění dotazníku bylo dobrovolné a ze strany zaměstnavatele nebylo nijak vymáháno.

Informovaný souhlas byl získán formou úvodu k dotazníku. Na úvodní straně dotazníku jsou zaměstnanci seznámeni s cílem dotazníkového šetření v rámci bakalářské práce. Dále jsou seznámeni s konkrétními kroky, které zaručují anonymitu dotazníku. Jediné osobní údaje, které je třeba vyplnit, jsou pohlaví, věk a pracovní pozice. Dotazník nevyžaduje vyplnění e-mailové adresy. Zaměstnavatel u sebe dotazník neshromažďuje, slouží pouze jako distributor odkazu k němu. Data z dotazníku jsou ukládána na zabezpečeném online úložišti, přístup k nim má pouze autorka, aby byla zajištěna maximální ochrana respondentů. Z dotazníku také nelze rozlišit příslušnost ani k ZZS, ani ke stanovišti. Byli také ujištěni, že kdykoliv v průběhu vyplňování mohou

bez následků odstoupit ukončením dotazníku. Uvedla jsem také kontakt na sebe a vedoucí práce. Tato opatření si kladou za cíl maximálně ochránit respondenty a minimalizovat jakákoliv rizika spojená s jejich účastí na výzkumu.

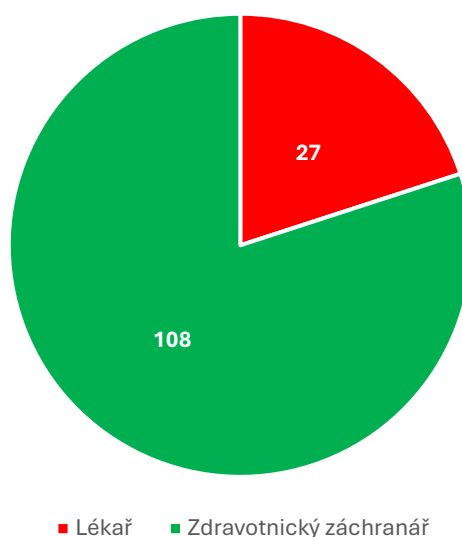
Nedeklaruji žádný střet zájmů. Tato práce získala souhlasné stanovisko etické komise Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze (EKSKAD-062/2024). Finanční náklady této práce byly 500 Kč, které vyžadovala ZZS KHK pro administrativní zpracování žádosti o výzkumné šetření.

## 5. Výsledky

### 5.1. Demografické údaje

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 147 respondentů z řad zdravotníků výjezdových posádek ZZS. Pro účely analýzy byli v souladu s kritérii vyřazeni ti respondenti, kteří uvedli délku praxe na ZZS kratší než 1 rok ( $n = 12$ ). Finální výzkumný soubor tak tvořilo 135 validních odpovědí. Graf 1 znázorňuje zastoupení obou profesí ve vzorku.

*Graf 1: Zastoupení respondentů dle profese*



Nejmladšímu respondentovi bylo 24 let, nejstaršímu 66 let. Průměrný věk respondentů byl 41 let. Nejvíce respondentů (47; 34,8 %) spadalo do kategorie 30–39 let. Z hlediska profesního rozdělení tvořili většinu respondentů zdravotničtí záchranáři v počtu 108 (80 %), lékařů bylo 27 (20 %). Z hlediska pohlaví převažovali muži, kteří tvořili 59,3 % vzorku. Co se týče pracovního úvazku, většina respondentů pracovala na plný úvazek (79 %), ostatní na částečný (15,6 %) a DPP/DPČ (4,4 %). V případě, že respondenti pracovali i u jiného zaměstnavatele (45,9 %), tak se nejčastěji jednalo o urgentní příjmy okresních i fakultních nemocnic, anesteziologicko-resuscitační oddělení, ale také školství. Nejčastěji udávaná délka praxe u ZZS byla 21 a více let (30,6 %).

## 5.2. Pracovní nároky

V první kategorii dle JCQ (decision latitude – kontrola nad prací) dosáhli respondenti průměrného skóre 72,89 %. V druhé kategorii (job demands – požadavky práce) dosáhli průměrně skóre 48,56 %. V kategorii physical demand – fyzické požadavky, bylo průměrné skóre 61,89 %. Podrobnější popis poskytuje tabulka č. 1.

*Tabulka 1: Parametry průměrného skóre JCQ*

	Kontrola nad prací	Pracovní nároky	Fyzické nároky
<b>Průměr</b>	72,9	48,6	61,9
<b>Medián</b>	74,1	48,1	66,7
<b>SD</b>	10,2	12,1	21,7
<b>Minimum</b>	37,0	14,8	11,1
<b>Maximum</b>	92,6	81,5	100

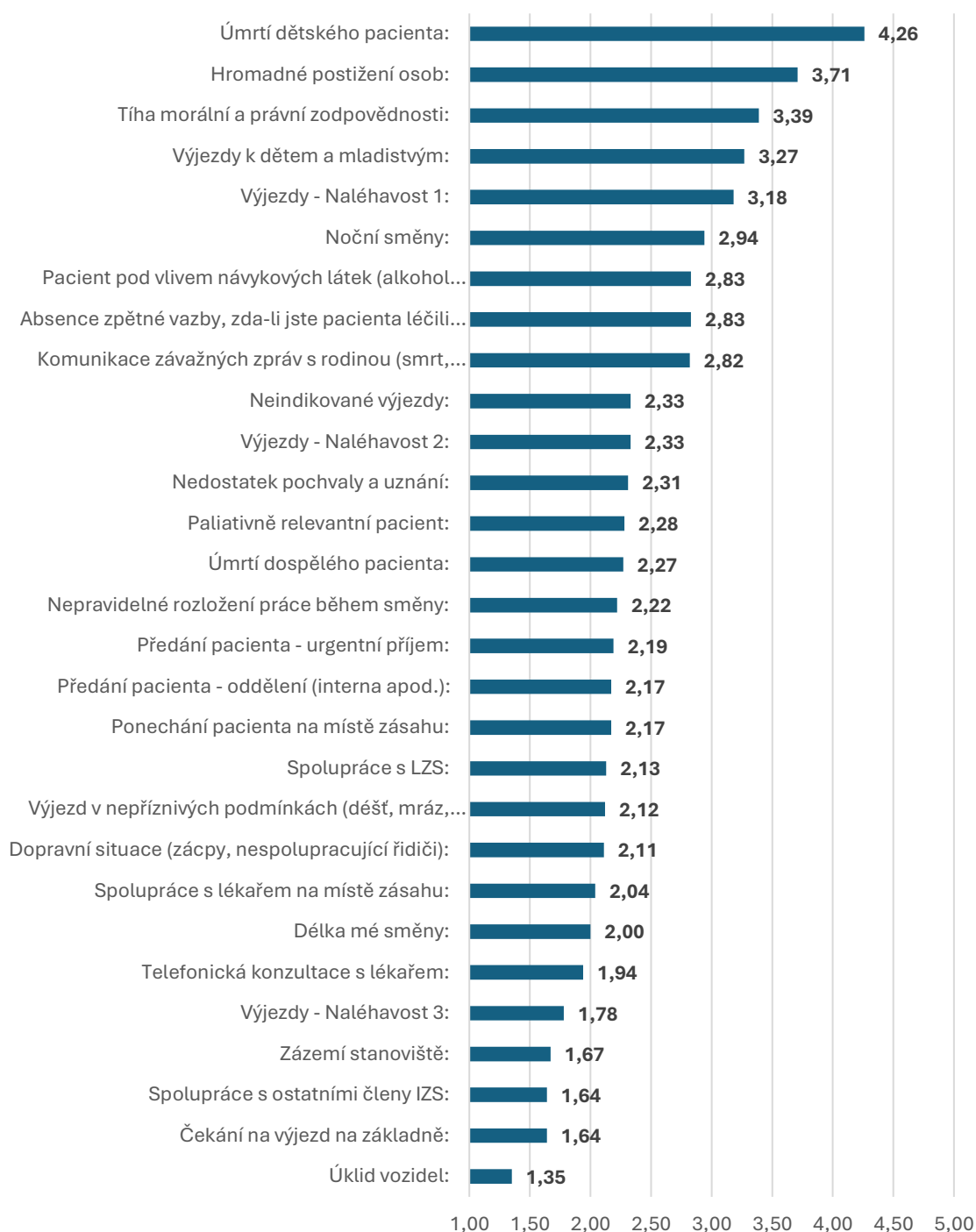
## 5.3. Pracovní stresory

Respondenti hodnotili celkem 29 situací (na škále 1 = žádný stres až 5 = těžký stres), s nimiž se během pracovního výkonu setkávají. Některé zátěžové situace byly hodnoceny jako výrazně náročnější než jiné. Za jednoznačně nejvíce stresující respondenti označili úmrtí dětského pacienta, které dosáhlo nejvyššího průměrného hodnocení ( $M = 4,26$ ;  $Mo = 5$ ;  $SD = 0,969$ ). Druhou nejvíce stresující situací se stalo hromadné postižení osob, např. dopravní nehoda s více účastníky ( $M = 3,71$ ;  $Mo = 5$ ;  $SD = 1,190$ ). Třetí příčku zaujala tíha morální a právní zodpovědnosti při zásahu ( $M = 3,39$ ;  $Mo = 3$ ,  $SD = 1,079$ ). Další dvě situace se stále řadí mezi situace s hodnotou průměru nad 3, a to výjezdy k dětem a mladistvým ( $M = 3,27$ ;  $Mo = 3$ ;  $SD = 1,204$ ) a výjezdy naléhavosti 1 ( $M = 3,18$ ;  $Mo = 4$ ;  $SD = 1,202$ ). Naopak mezi nejméně stresující faktory patřily běžné provozní či organizační aspekty práce, které byly hodnoceny velmi nízko. Nejnižší průměr vykázal úklid vozidel ( $M = 1,35$ ;  $Mo = 1$ ;  $SD = 0,673$ ). Mezi další pracovní faktory s nízkým průměrem se řadí spolupráce s IZS ( $M = 1,64$ ;  $Mo = 1$ ;  $SD = 0,779$ ) a čekání na výjezd na základně ( $M = 1,64$ ;  $Mo = 1$ ;  $SD = 0,966$ ). Celkově se tak průměrné hodnocení jednotlivých stresorů pohybovalo v širokém rozpětí od 1,35 do 4,26 bodu. Kompletní výsledky viz graf č. 2. Tabulka č. 2 znázorňuje průměrné skóre pracovního stresu respondentů v závislosti na profesi.

Tabulka 2: Sestupně seřazené průměrné skóre pracovních faktorů

	Profese	N	Průměr	Medián	SD	SE
Průměrný stres	Lékař	27	2,30	2,17	0,652	0,125
	Zdravotnický záchranář	108	2,44	2,40	0,599	0,058

Graf 2: Průměrné skóre pracovního stresu v závislosti na profesi

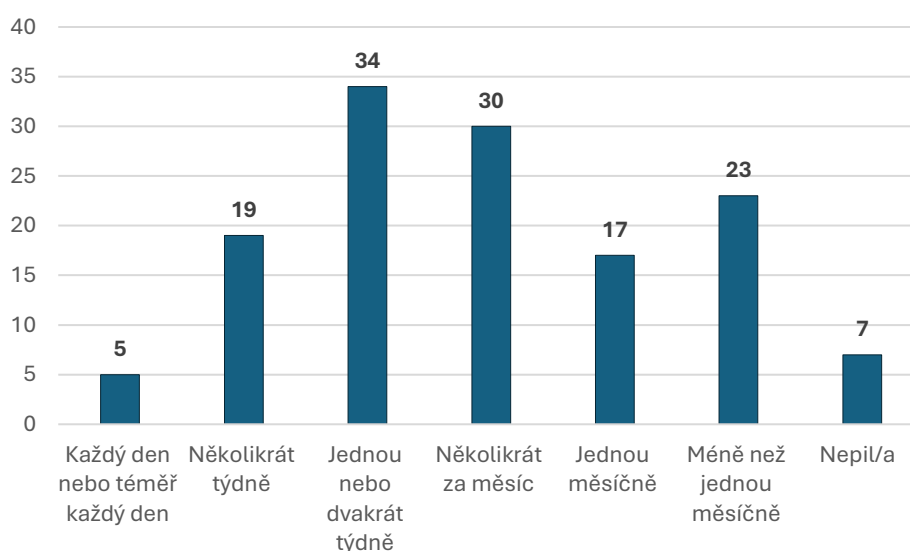


## 5.4. Četnost a důvody užívání návykových látek

### 5.4.1. Alkohol

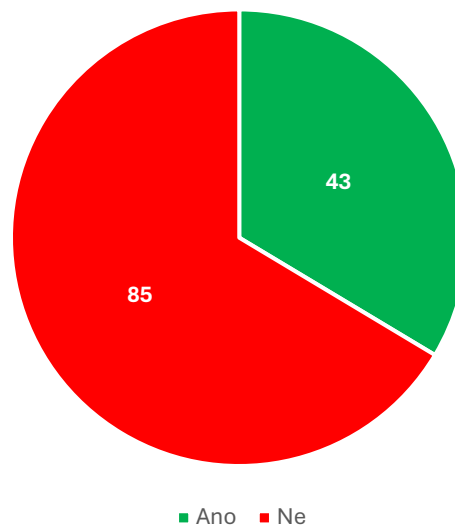
Dle grafu č. 3 užívalo v posledních 12 měsících alkoholický nápoj ze 135 respondentů 25 lékařů (92,59 % lékařů) a 103 záchranářů (95,37 % záchranářů). Celkově tak užilo alkohol 94,8 % respondentů (128 ze 135). Nejčastěji udávaná míra konzumace byla jednou až dvakrát týdně u 34 respondentů (26,56 %). Každý den nebo téměř každý den udávalo 5 respondentů (3,91 %). Několikrát týdně konzumuje alkohol 19 respondentů (14,84 %). Několikrát za měsíc označilo 30 respondentů (23,44 %), jednou měsíčně 17 respondentů (13,28 %). Méně, než jednou měsíčně konzumovalo alkoholické nápoje 23 respondentů (17,97 %). V posledním roce nepilo 7 respondentů (5,47 %).

Graf 3: Frekvence užívání alkoholu v posledních 12 měsících



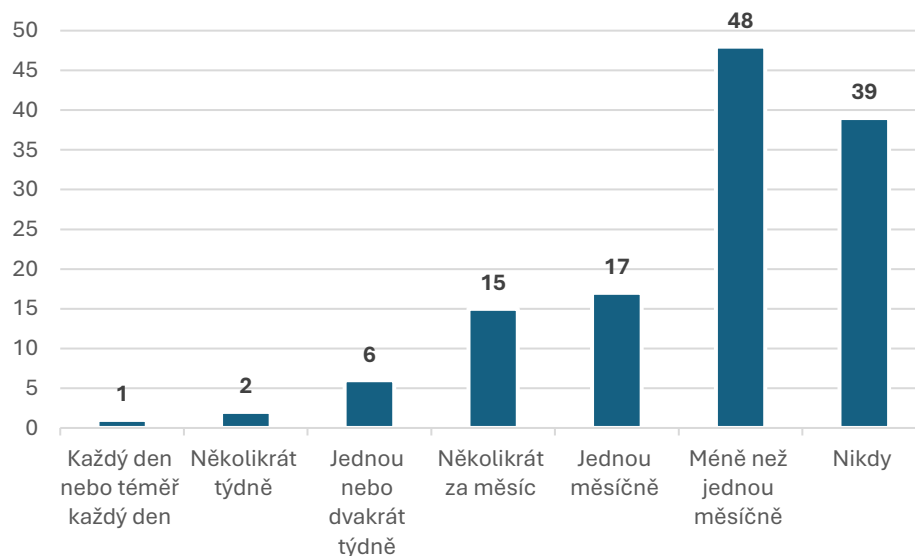
Ze 128 respondentů, kteří v posledním roce požili alkohol, jich 43 (33,59 %) uvedlo, že vypili v posledních 30 dnech při jedné příležitosti více než pět sklenic alkoholického nápoje. Zbýlých 85 respondentů (66,41 %) uvedlo, že nikoli, viz graf č. 4.

*Graf 4: Nárazová konzumace 5 a více alkoholických nápojů při jedné příležitosti*



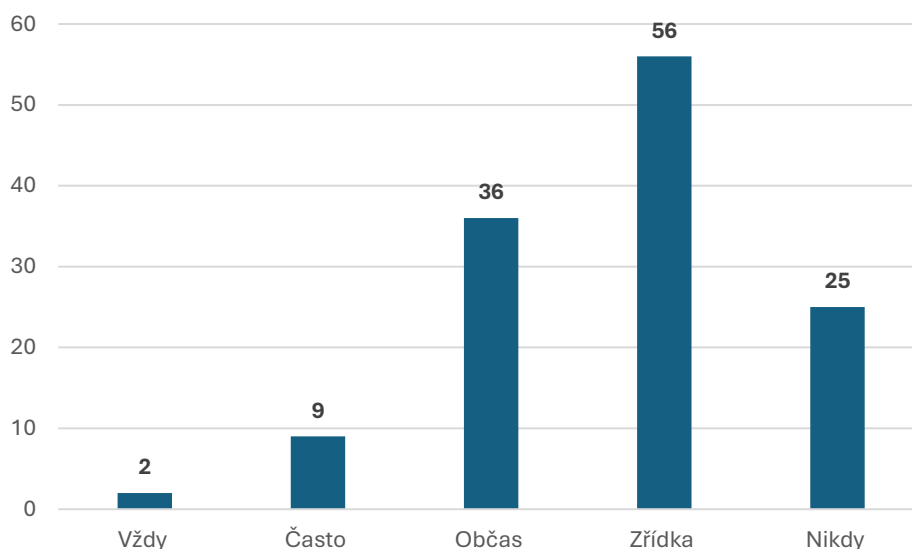
Graf č. 5 znázorňuje frekvenci nárazové konzumace 5 a více sklenic alkoholického nápoje při jedné příležitosti. Každý den nebo téměř každý den udal konzumaci 5 sklenic alkoholického nápoje 1 (0,78 %) respondent. Několikrát týdně 2 (1,56 %) respondenti. Jednou až dvakrát týdně 6 (4,69 %) respondentů. Několikrát za měsíc 15 (11,72 %) a jednou měsíčně 17 (13,28 %) respondentů. Většina respondentů, 48 (37,50 %), se však takto chovala méně než jednou měsíčně. Nikdy nevyplilo při jedné příležitosti 5 a více sklenic 39 (30,47 %) respondentů.

*Graf 5: Frekvence nárazové konzumace 5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti*



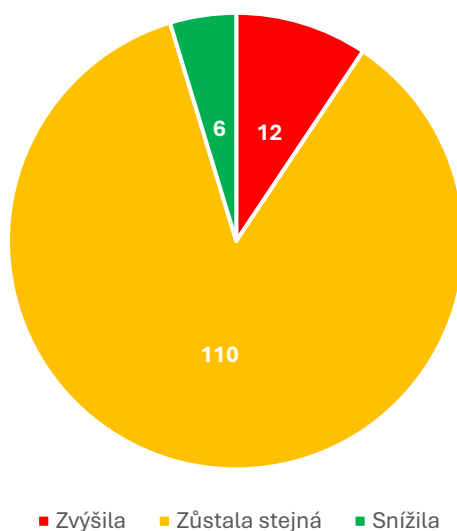
Po příchodu z práce dle grafu č. 6 konzumují 2 (1,56 %) respondenti alkohol vždy. Jako častou označilo svou konzumaci 9 (7,03 %) respondentů. 36 (28,13 %) zvolilo možnost občas. Největší část, 56 (43,75 %) respondentů, pije alkohol po práci pouze zřídka a 25 (19,53 %) respondentů nikdy.

*Graf 6: Míra konzumace alkoholu po pracovní směně*



V období zvýšeného pracovního stresu se konzumace alkoholu u 12 (9,38 %) respondentů zvýšila, u 110 (85,94 %) zůstala stejná a u 6 (4,69 %) se snížila, viz graf č. 7.

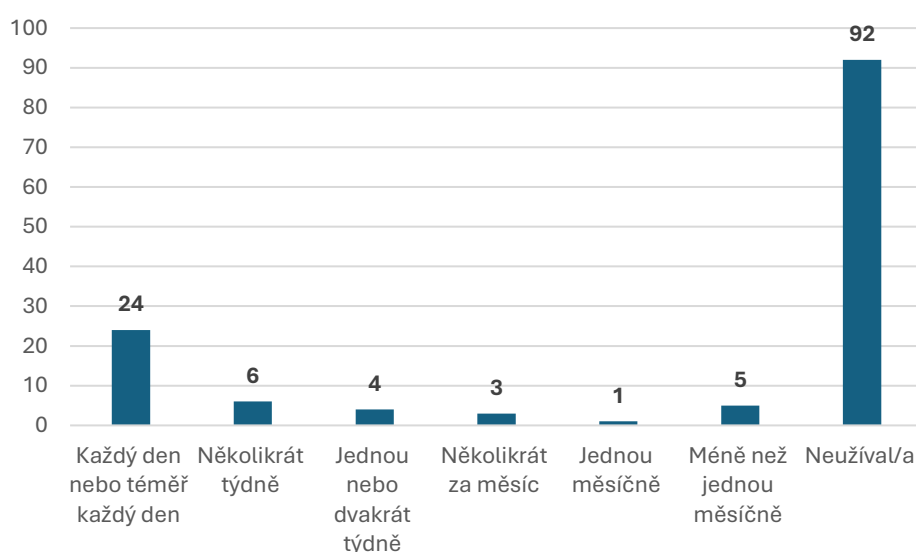
*Graf 7: Změna frekvence užívání alkoholu v období zvýšeného pracovního stresu*



## 5.4.2. Kouření

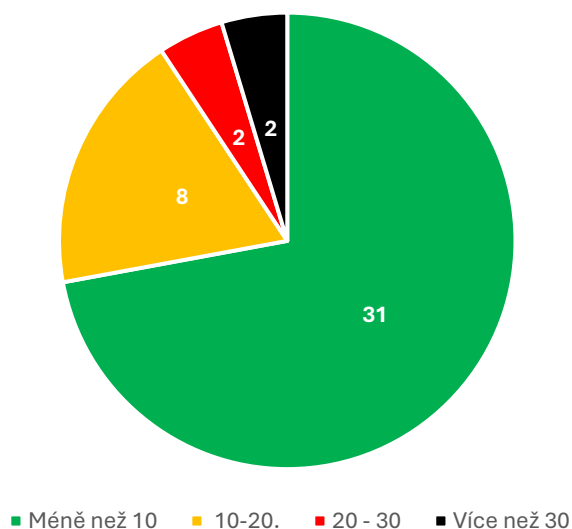
Graf č. 8 znázorňuje frekvenci užívání nikotinových/tabákových výrobků v posledním roce. Z celkového počtu 135 respondentů jich 43 (31,85 %) v posledních 12 měsících užívalo tabák či nikotinové výrobky. Nejčastější byla konzumace každý den nebo téměř každý den u 24 (17,78 %) respondentů. Méně pak několikrát týdně (6 osob – 4,44 %), jednou až dvakrát týdně (4 osoby – 2,96 %), několikrát za měsíc (3 – 2,22 %), jednou měsíčně (1 – 0,74 %) a méně než jednou měsíčně (5 – 3,70 %). Zbylých 92 (68,15 %) osob v posledních 12 měsících tabákové a nikotinové výrobky neužívala.

Graf 8: Frekvence užívání nikotinových výrobků v posledních 12 měsících



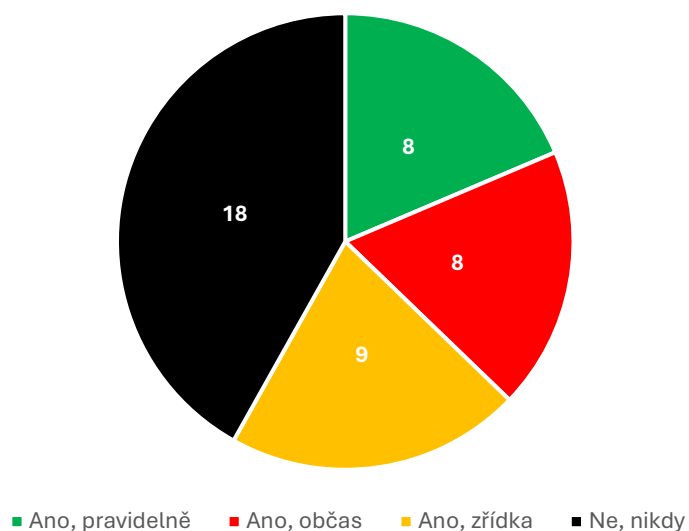
Ze 43 kuřáků jich 31 (72,09 %) vykouří méně než 10 cigaret za den. Mezi 10 a 20 cigaretami vykouří 8 (18,60 %) respondentů. Pouze 2 (4,65 %) respondenti vykouří 20–30 cigaret denně. Stejně tak více než 30 cigaret vykouří 2 (4,65 %) respondenti, viz graf č. 9.

Graf 9: Počet vykouřených cigaret za den



Jako prostředek ke zvládnání stresu po pracovním dni užívá tabákové výrobky pravidelně 8 (18,60 %) respondentů. Variantu občas udávalo také 8 respondentů (18,60 %). Zřídka 9 (20,93 %). Možnost nikdy označilo 18 (41,86 %) respondentů, viz graf č. 10.

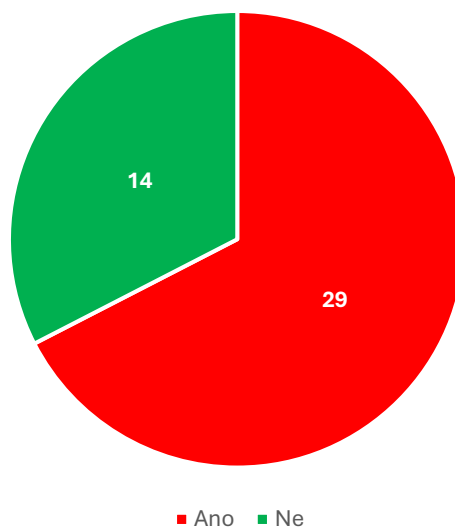
Graf 10: Užívání nikotinových výrobků jako prostředek ke zvládnání stresu po práci



V grafu č. 11 lze vidět, že během směny užívá tabákové výrobky 29 (67,44 %) uživatelů tabákových výrobků. Zbýlých 14 (32,56 %) uživatelů tabákových výrobků je během směny neužívají. Respondenti měli možnost vyjádřit se blíže k důvodům, proč během směny užívají tabákové výrobky. Respondenti uváděli jako hlavní důvody

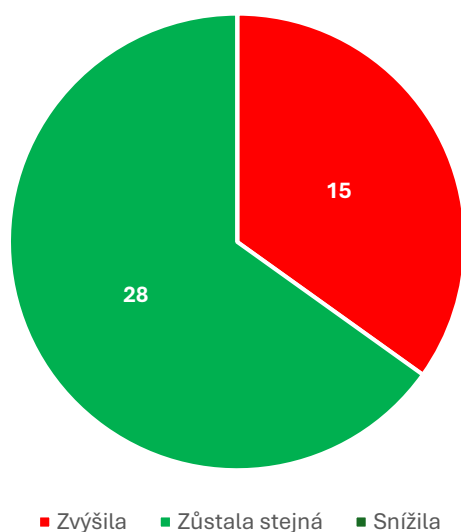
užívání tabákových výrobků během směny zejména potřebu relaxace a odbourávání stresu. Častým motivem bylo rovněž spojení kouření s každodenními rituály a zvyky, například s pitím kávy. Někteří respondenti pak vnímali užívání tabákových výrobků jako automatickou součást denního režimu, případně jako projev své závislosti.

*Graf 11: Užívání nikotinových výrobků během směny*



Následující graf č. 12 poskytuje pohled na změnu frekvence užívání nikotinových/tabákových výrobků v období zvýšeného pracovního stresu. Během období zvýšeného pracovního stresu se u uživatelů tabákových výrobků v 15 (34,88 %) případech konzumace zvýšila, u 28 (65,12 %) osob zůstala stejná.

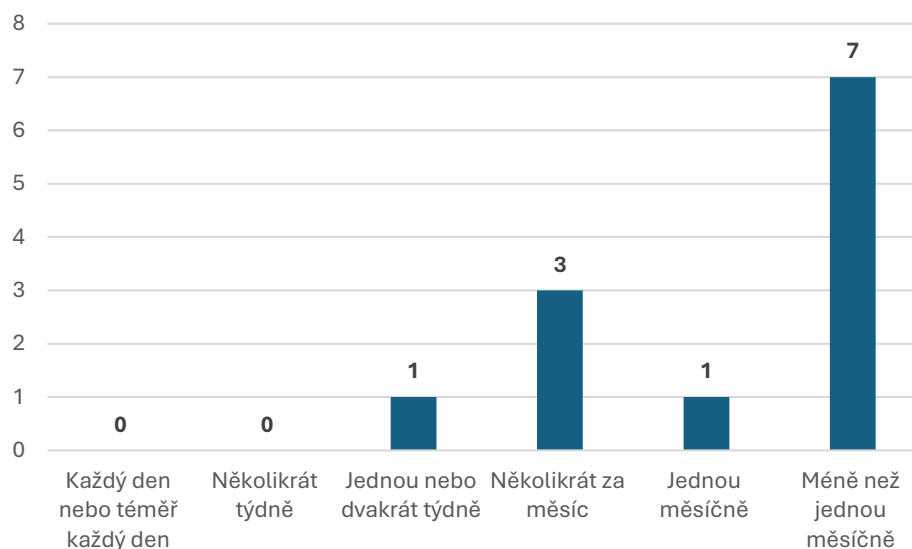
*Graf 12: Změna frekvence užívání nikotinových výrobků v období zvýšeného pracovního stresu*



### 5.4.3. Další návykové látky

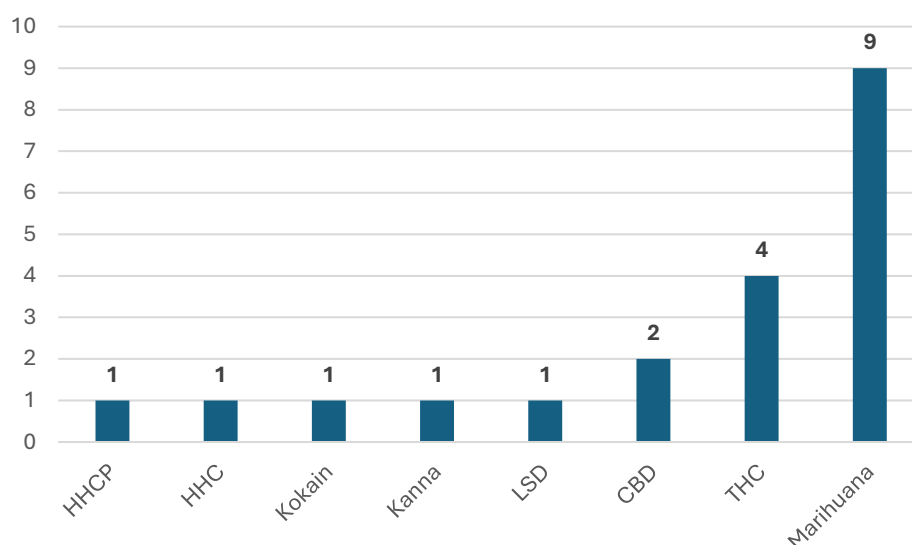
Většina respondentů (123; 91,11 %) v posledních 12 měsících neužívala návykové látky mimo výše jmenované. Zbýlých 12 (8,89 %) respondentů v posledních 12 měsících mělo zkušenost s jinou návykovou látkou. V nejvyšší míře se jednalo o užití méně než jednou měsíčně – 7 osob (viz graf č. 13). Pouze 1 osoba užívala návykovou látku intravenózně. Důvodem užití bylo u 3 respondentů (25 %) snaha zmírnit stres nebo se uvolnit po práci. Při zvýšeném pracovním stresu se u 2 (16,67 %) respondentů užívání zvýšilo, zůstalo stejné u 8 (66,67 %) osob a u 2 (16,67 %) osob se snížilo, viz graf č. 13.

*Graf 13: Frekvence užívání nelegálních návykových látek v posledních 12 měsících*



Respondenti také měli možnost uvést, jaké substance užívali. Odpovědi poskytuje graf č. 14. Nejčastější odpovědí byla marihuana. Tato možnost byla uvedena v 9 případech. Ve 4 případech se jednalo o THC. Dále se v odpovědích vyskytovaly látky jako CBD, LSD, HHC, HHCP, kanna a kokain.

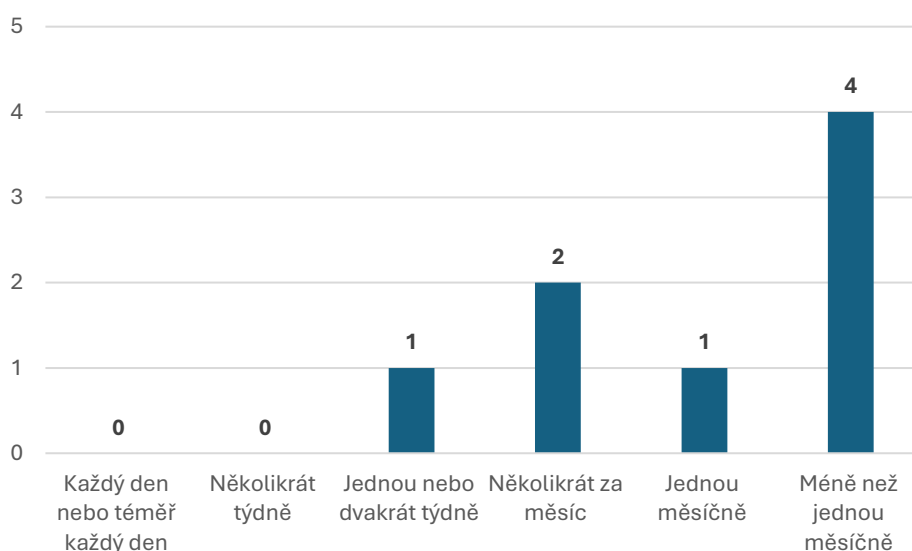
Graf 14: Udávání zástupci nelegálních návykových látek



#### 5.4.4. Psychoaktivní léky vázané na předpis

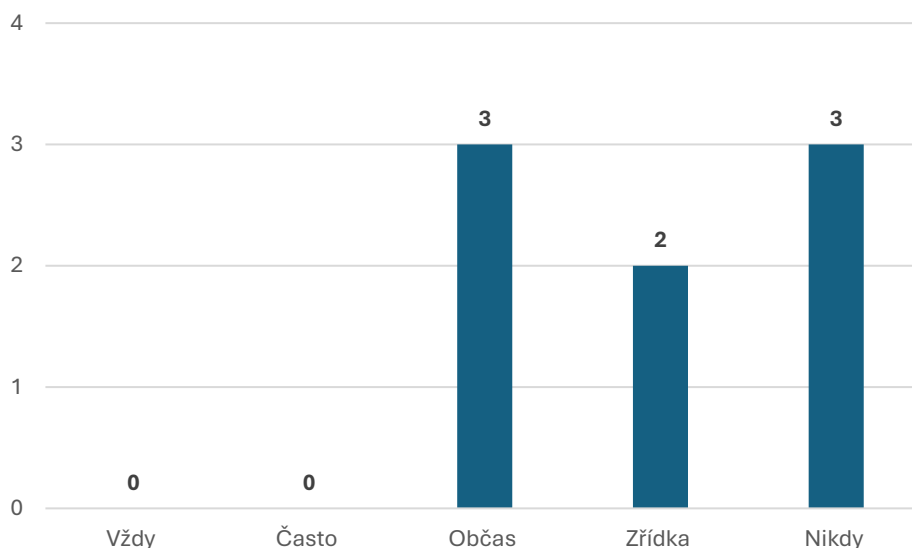
V posledních 12 měsících užívalo psychoaktivní léky vázané na předpis 8 respondentů (5,92 %). Zbylých 127 (94,07 %) respondentů v posledním roce nelegální návykovou látku neužilo. Četnost užívání popisuje graf 15. Nejčastěji se jednalo o konzumaci méně než jednou měsíčně, a to u 4 (50 %) respondentů. Jednou měsíčně užíval 1 (12,5 %) respondent. Několikrát za měsíc 2 (25 %) respondenti. Jednou až dvakrát týdně užíval 1 respondent (12,5 %), viz graf č. 15.

Graf 15: Frekvence užívání psychoaktivních léků v posledních 12 měsících



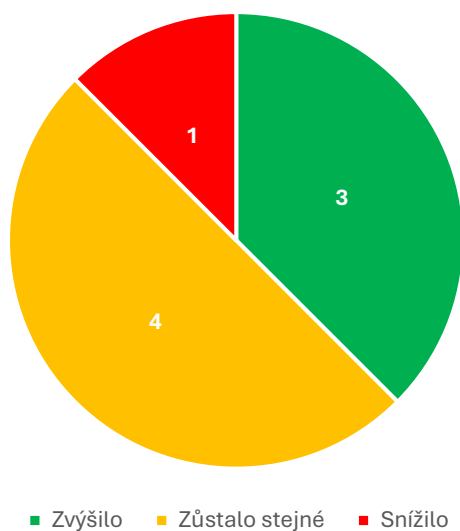
Dle grafu č. 16 udávalo 5 (62,5 %) respondentů konzumaci nelegálních návykových látek po pracovní směně. Neděje se tak však vždy a často, pouze občas (60 %) a zřídka (40 %). Nikdy nekonzumují návykové látky po směně 3 respondenti.

*Graf 16: Míra užívání psychoaktivních léků po pracovní směně*



Užívání psychoaktivních léků v období zvýšeného stresu se u 3 (37,50 %) respondentů zvýšilo, u 4 (50 %) zůstalo stejné a u 1 (12,50 %) se snížilo, viz graf č. 17.

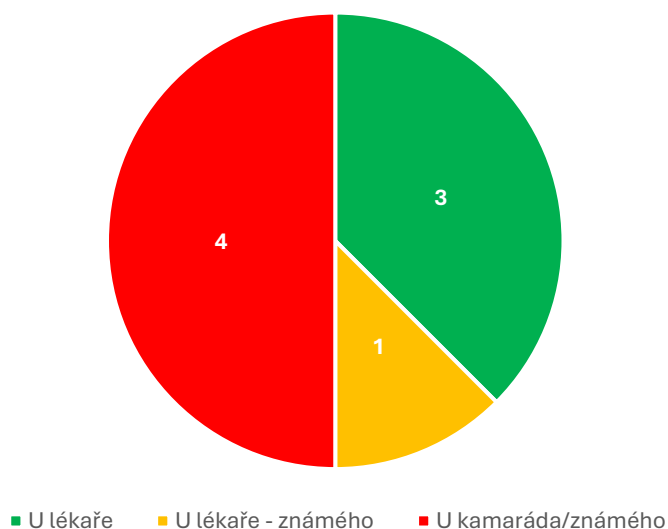
*Graf 17: Změna frekvence užívání psychoaktivních léků v období zvýšeného pracovního stresu*



Užívání v souladu s doporučením lékaře, lékárníka či příbalového letáku potvrdili 4 (50 %) respondenti. Zbylí 4 (50 %) respondenti uvedli, že se těmito pokyny neřídili.

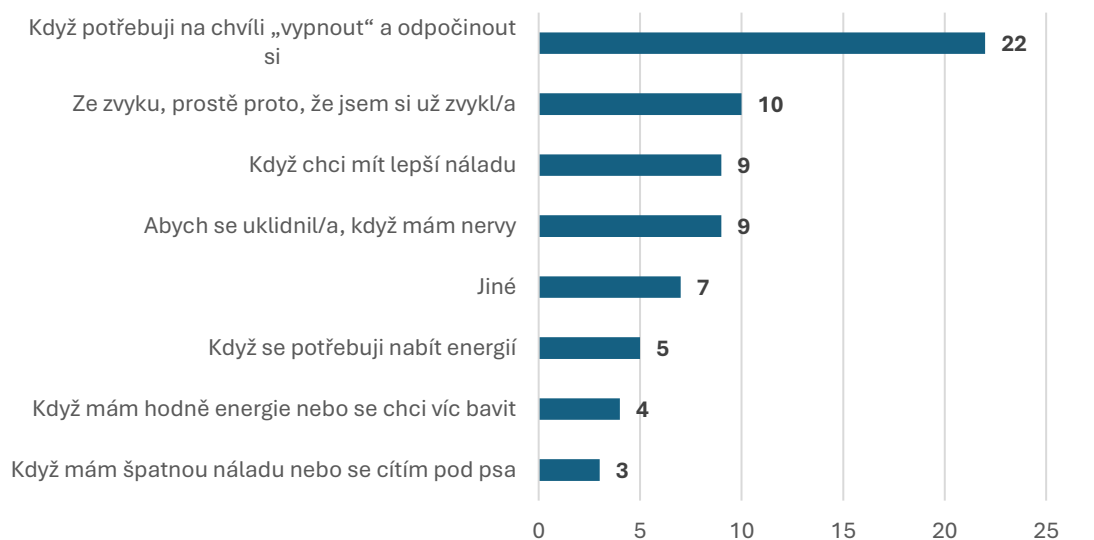
Graf č. 18 znázorňuje, kde respondenti získali psychoaktivní léky. U lékaře získali psychoaktivní léky 3 (37,50 %) respondenti. Jeden respondent (12,50 %) je získal u svého lékaře – známého. U kamaráda či známého sehnali psychoaktivní léky 4 (50 %) respondenti.

*Graf 18: Zdroje psychoaktivních léků*



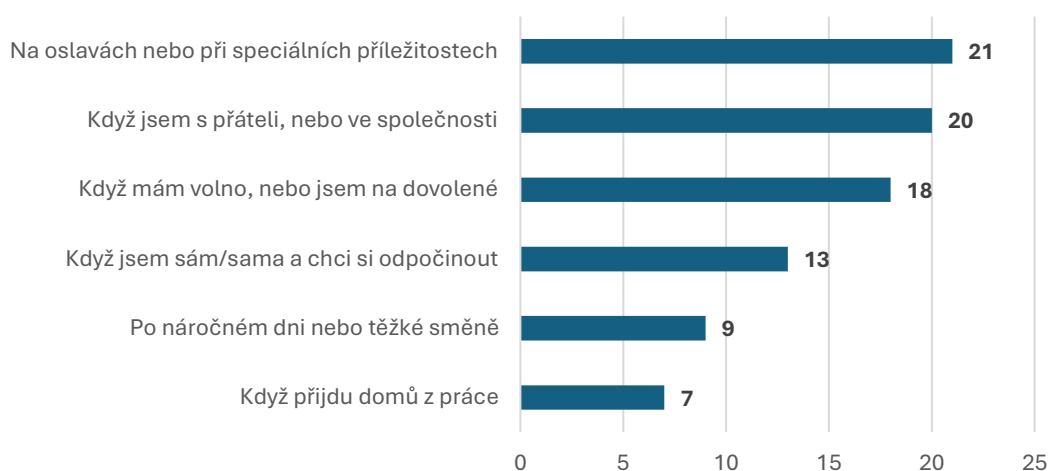
Na otázku „Jaké pocity nebo důvody Vás nejčastěji vedou k tomu, že užijete návykové látky?“ odpovědělo 41 respondentů. Ne všichni respondenti, kteří jsou uživateli návykových látek, tak využili možnost odpovědět. Pro ilustraci – alkohol v posledních 12 měsících užívalo 25 lékařů a 103 záchranářů. Jednalo se o otázku mnohočetného výběru předem definovaných odpovědí a zároveň možností napsat vlastní důvod užívání návykových látek. Jak vyplývá z grafu č. 19, nejčastěji udávaný důvod, možnost vypnout a odpočinout si, byl zvolen ve 22 případech. Jako další důvod byl v 10 případech zvolen zvyk. O něco méně, devětkrát, se respondenti shodli na tvrzení „Když chci mít lepší náladu.“ a „Abych se uklidnil/a, když mám nervy.“ Sedmkrát byla zvolena odpověď „Jiné“. Zde respondenti nejčastěji uváděli: „Po nadlimitních výjezdech“ a „V rámci společenské perspektivy“.

*Graf 19: Pocity nebo důvody vedoucí k užití návykové látky seřazené sestupně*



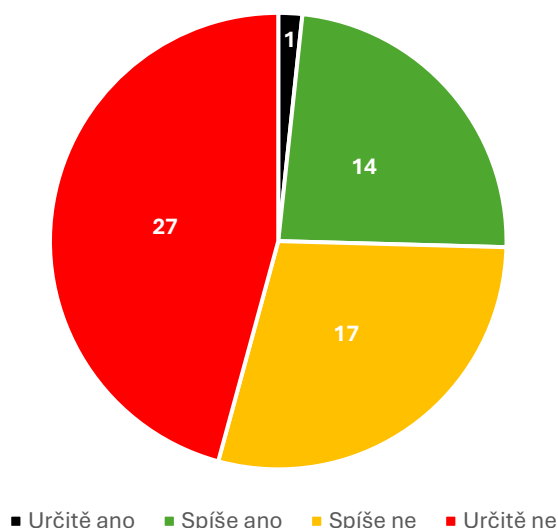
Následně se respondenti vyjadřovali k situacím, při nichž nejčastěji konzumují návykové látky. Nejčastěji uváděnou situací bylo dle grafu č. 20 užití návykových látek při oslavách nebo při speciálních příležitostech (21 odpovědí), následované společenskou konzumací s přáteli nebo ve společnosti (20 odpovědí) a užíváním během volna, například na dovolené (18 odpovědí). Poměrně časté bylo také užití v situaci, kdy je respondent sám/sama a chce si odpočinout (13 odpovědí). Méně často respondenti uváděli užívání po náročném dni nebo těžké směně (9 odpovědí) a po příchodu domů z práce (7 odpovědí).

*Graf 20: Nejčastější situace, při nichž dochází k užívání návykových látek.*



Respondenti byli tázáni, zda jim podle jejich názoru návykové látky pomáhají k odpočinku po práci. Odpovědi znázorňuje graf č. 21. Z 59 respondentů jich 27 (45,8 %) odpovědělo, že určitě ne. Spíše ne uvedlo 17 (28,8 %) respondentů. S tvrzením spíše ano se ztotožnilo 14 (23,7 %) respondentů a 1 (1,7 %) respondent uvedl určitě ano.

*Graf 21: Návykové látky jako prostředek k relaxaci po pracovní směně*



## 5.5. Rozdíly mezi záchranáři a lékaři

Pro zjištění, zda se charakteristiky konzumace návykových látek mezi lékaři a zdravotnickými záchranáři liší, byl použit chí-kvadrát test nezávislosti. Statisticky významný rozdíl se neprokázal ani u jedné z testovaných otázek dotazníku.

## 5.6. Vztah pracovní stres – užívání návykových látek.

V rámci analýzy výsledků v programu Jamovi byly dopočítány průměrné hodnoty pracovního stresu pro každého respondenta. Tato data byla společně s daty o charakteru konzumace návykových látek podrobena Spearmanově korelační analýze, která udává statistickou závislost mezi dvěma veličinami. Výsledek znázorňuje přehledová tabulka č. 3. Podrobný výsledek analýzy lze nalézt v kapitole přílohy v tabulce č. 5. Spearmanova korelace odhalila slabý statisticky významný negativní vztah mezi hodnotou průměrného pracovního stresu a změnou frekvence konzumace alkoholu během období zvýšeného pracovního stresu ( $\rho = -0,179$ ;  $p = 0,043$ ). Respondenti s vyšší průměrnou hodnotou subjektivně vnímaného pracovního stresu častěji uváděli zvýšení konzumace alkoholu v období zvýšeného pracovního stresu.

Byla také identifikována statisticky významná pozitivní korelace ( $\rho = 0,174$ ;  $p = 0,044$ ) mezi dosaženým JCQ skóre a pracovním stresem. Respondenti, kteří dosáhli vyššího JCQ skóre a vnímali tak svou práci jako více náročnou, dosáhli vyššího průměrného pracovního stresu. Mezi pracovním stresem a jinou proměnnou nebyla nalezena statisticky významná korelace.

*Tabulka 3: Korelační (Spearmanova) analýza průměrného pracovního stresu a JCQ skóre s veličinami charakterizující konzumaci návykových látek*

		<b>Průměrný stres</b>	<b>Průměrné skóre JCQ</b>
<b>Průměrné skóre JCQ</b>	Spearmanovo rho	0,174	—
	df	133	—
	p-hodnota	0,044	—
<b>V období zvýšeného pracovního stresu se má konzumace alkoholu:</b>	Spearmanovo rho	-0,179	-0,199
	df	126	126
	p-hodnota	0,043	0,025

## 6. Diskuse

Hlavním cílem této práce bylo prozkoumat vztah mezi pracovním stresem a užíváním návykových látek u zdravotnického personálu výjezdových posádek zdravotnické záchranné služby v České republice. Dalšími dílčími cíli bylo porovnání užívání těchto látek mezi lékaři a zdravotnickými záchranáři, zmapování typů užívaných látek a zjištění důvodů, které vedou zdravotníky k užívání návykových látek. Mimo jiné si tato práce kladla za cíl určit nejvíce stresující aspekty práce na ZZS. V rámci těchto cílů byly stanoveny následující výzkumné otázky:

1. Jaký je vztah mezi subjektivně vnímanou úrovní pracovního stresu zdravotníků ZZS a frekvencí užívání návykových látek?
2. Které vybrané aspekty práce nejvíce stresují zdravotníky ZZS?
3. Jaká je mezi pracovníky ZZS frekvence užívání návykových látek?
4. Jaké hlavní důvody vedou zdravotníky ZZS k užívání NL?
5. Existuje rozdíl ve frekvenci užívání návykových látek u lékařů a záchranářů ZZS?

### 6.1. Výzkumný vzorek

Respondentem se mohl stát zdravotnický záchranář a lékař s podmínkou, že jeho praxe na ZZS je delší než 1 rok. K tomuto kroku jsem přistoupila z důvodu, že uchazeči o práci na ZZS mají zálibu pro akutní stavy a urgentní medicínu (jinak by si takto velmi specifickou práci nejspíše nevybrali). Zejména v případě záchranářů však dochází k tvrdému střetu s realitou, kdy místo resuscitací a akutních stavů zabezpečují nejčastěji výjezdy naléhavosti 3 a vzniká tak jejich frustrace (Andršová, 2012). Pokud by byli zařazeni nováčci s praxí do 1 roku, mohlo by dojít ke zkreslení v pozitivním slova smyslu. Výběrová technika byla založena na principu sebenominace prostřednictvím dobrovolného vyplnění online dotazníku. Tato metoda je spojena s rizikem výběrového zkreslení, neboť se šetření účastní více motivovaní či angažovaní jedinci (Bethlehem, 2010).

V roce 2024 pracovalo souhrnně v ČR u ZZS 860 lékařů a 3700 záchranářů. Počet respondentů byl 108 záchranářů (2,91 % z celkového počtu záchranářů ZZS) a 27 lékařů (3,13 % z celkového počtu lékařů ZZS). Bohužel je tak počet respondentů poměrně malý. Nenapadá mě postup, kterým by mohlo dojít k jeho zvýšení. Lze namítnout, že dotazník byl příliš dlouhý, a to zejména s ohledem na počet otázek. Doba potřebná k jeho vyplnění (10–15 minut) však podle mého názoru není nepřiměřená. Navíc se v průběhu vyplňování dotazníku nestalo, že by jej někdo předčasně ukončil.

Tím pádem si nemyslím, že by případné zkrácení přineslo významně více respondentů. Je třeba také brát v úvahu, že ZZS bývají bakalářskými a diplomovými pracemi zahlceny, jelikož studenti záchranářství často provádějí výzkumná šetření v ZZS. K vyššímu počtu respondentů by hypoteticky mohla přispět vnitřní motivace. Ta by se mohla u respondentů objevit, pokud by výzkumné šetření prováděla renomovaná instituce (např. Asociace záchranářských služeb ČR) a měla reálný přínos pro respondenty, např. zlepšení jejich pracovních podmínek.

Výzkumný vzorek v této práci odpovídá profesním rozložením reálnému zastoupení zdravotníků na ZZS v ČR. Z celkového počtu respondentů tvořili záchranáři 80 % a lékaři 20 %, což přibližně odpovídá skutečnému rozložení pracovníků na ZZS ke konci roku 2024 – 81 % záchranářů a 19 % lékařů (AZZS ČR, 2024). Tento poměr lze proto považovat za dostatečně reprezentativní alespoň z hlediska profesního složení výjezdových posádek.

## **6.2. Které vybrané aspekty práce nejvíce stresují zdravotníky ZZS?**

Respondenti se shodli, že nejvíce stresujícím faktorem práce na ZZS se stalo úmrtí dítěte. Tento výsledek se shoduje i s předešlými výzkumy z oblasti České republiky (Svobodová a Brečka, 2016; Šeblová, 2007) a není překvapivý. Děti mohou být vnímány jako nevinná a bezbranná stvoření. Dalším faktorem, který mohl výsledek potenciálně ovlivnit, je věk respondentů. Pouze 10,37 % respondentů se řadilo do kategorie 20–29 let. Je tak možné, že velká část respondentů má vlastní děti, které by jim dětští pacienti mohli připomínat. Druhé místo zaujalo hromadné postižení osob (HPO). Jedná se o situaci, kdy počet ošetřujících není dostatečný pro daný počet pacientů. Často udávanou hranicí je 6 osob. V praxi se jednalo například o střelbu na Filozofické fakultě UK v roce 2023 a kolizi dvou vlaků na Domažlicku v roce 2021. Při této situaci se radikálním způsobem mění charakter poskytované péče z urgentní medicíny na medicínu katastrof, kdy se pacienti třídí dle START systému do 4 kategorií, což prioritizuje jejich ošetření a odsun do zdravotnického zařízení. Ošetření je oproti zvyku zdravotníků povrchové a nesnaží se o záchranu života za každou cenu. Např. pacienti, kteří by se běžně resuscitovali, tuto péči při HPO nedostanou. Je také nutná excelentní spolupráce mezi jednotlivými složkami IZS. Vše výše zmíněné činí HPO velmi stresující. Opět se tento výsledek shoduje s předchozími pracemi (Svobodová a Brečka, 2016; Šeblová, 2007). Tíha morální a právní zodpovědnosti, výjezdy k dětem a výjezdy naléhavosti 1, všechny tyto faktory byly hodnoceny relativně vysoko na škále stresu. Nejedná se však o nic překvapivého, tyto stresory byly

udávány na přední příčce u autorů (Svobodová a Brečka, 2016; Šeblová, 2007). Lze tak pravděpodobně říct, že tato pětice faktorů je v subjektivním vnímání zdravotníků ZZS relativně stálá již od roku 2003 (Šeblová, 2007) a obsazuje přední příčky v hodnocení stresu nejen v Pardubickém kraji (Svobodová a Brečka, 2016), ale v rámci většiny České republiky.

Jako nejméně stresující uváděli respondenti úklid vozidel, čekání na výjezd, spolupráci s ostatními členy IZS, zázemí stanoviště a výjezdy naléhavosti 3 (skóre 1,78). To mě relativně překvapuje, z rozhovorů záchranářů v médiích často vychází tyto neakutní výjezdy jako chronicky deprimující. Tento rozpor může naznačovat rozdíl ve vnímání mezi stresorem a frustrujícím rutinním faktorem. Pro porovnání, neindikované výjezdy (skóre 2,33) už jsou hodnoceny jako více stresující. Avšak dle mého názoru zde může být velký překryv mezi respondenty. Pro někoho může být několik dní trvající bolest břicha jako neindikovaný výjezd, pro druhého ne a může to vnímat jen jako naléhavost 3, která je mu sdělena operátorem ZOS. Největší rozdíl ve vnímaných aspektech byl zaznamenán u nedostatku pochvaly a uznání (lékaři 1,85; záchranáři 2,43). Může to být následkem společenského postavení profese lékař. Pacienti nemusí u naléhavostí třetího stupně, které řeší záchranář obvykle bez přítomnosti lékaře, pociťovat vůči zdravotnickým záchranářům vděk, neboť poskytnutá terapie nebývá velkého rozsahu.

### **6.3. Jaká je mezi zdravotníky ZZS frekvence užívání návykových látek?**

Z výsledků jednoznačně vyplývá, že nejvíce užívanou návykovou látkou byl alkohol. Pouze 7 (5,47 %) respondentů v předchozích 12 měsících neužilo alkohol. Zbýlých 94,53 % alkohol požilo, což podporuje tvrzení, že alkohol je pracovníky ZZS konzumován běžně (Cydulka et al., 1989; Hammer et al., 1986). Při porovnání s obecnou populací v ČR (74,6 %) dle Zprávy o alkoholu v ČR 2024 je prevalence užívání alkoholu vyšší než v obecné populaci (Chomynová et al., 2025a). Toto tvrzení je v rozporu s prací z Velké Británie (Raistrick et al., 2008). Naopak ke stejným závěrům došly dvě studie (Donnelly a Siebert, 2009; Jones, 2017).

Nejvíce respondentů (34; 26,56 %) konzumovalo alkohol jednou až dvakrát v průběhu týdne. Denně nebo téměř denně 5 (3,91 %) respondentů. Dle dokumentu Zpráva o alkoholu v ČR 2024 užívá alkohol denně nebo téměř denně 6–11 % dospělé populace. Zdravotníci ZZS tak v porovnání s běžnou dospělou populací užívají alkohol denně nebo téměř denně v menší míře. Vliv na tento výsledek může mít dosažené

vzdělání, četné zásahy k osobám pod vlivem alkoholu (zejména v nočních hodinách v městských aglomeracích) a styk s následky alkoholismu u pacientů (Chomynová et al., 2025a). Prostý vliv může mít také pracovní doba záchranářů a lékařů, kdy jsou lékařům mnohdy umožňovány 24hodinové směny, někdy dokonce 2 za sebou. Při kombinaci s úvazkem u jiného zaměstnavatele tak pití na denní bázi nemusí být možné.

Z dotazníku vyplynulo, že v posledním roce užilo tabákový/nikotinový výrobek 31,85 % respondentů. Dle bakalářské práce autora Plešinger (2019) se v ZZS Ústeckého kraje označilo za kuřáky 34 % respondentů – limitací však je, že se sem řadili také řidiči ZZS. Dle národního výzkumu užívání návykových látek (2023) v obecné populaci užilo tabák/nikotinové produkty v posledních 30 dnech 29,2 % respondentů. Není tak zde pravděpodobně významný rozdíl, avšak údaje mohou být zkreslené jiným časovým rámcem. Počet vykouřených cigaret za den byl v obecné populaci nejčastěji 11–20 cigaret (51,8 %). U zdravotníků ZZS to bylo nejčastěji méně než 10 (72 %). Pouze 19 % respondentů kouřilo 11–20 cigaret denně. Výsledky tak naznačují, že prevalence užívání tabákových/nikotinových výrobků může být srovnatelná s obecnou populací, avšak počet vykouřených cigaret je nižší. Opět by se mohlo jednat o vliv vzdělání či častého kontaktu s interními pacienty, jež trpí následkem kouření onemocněním respiračního traktu, zejména chronickou obstrukční plicní chorobou (Chomynová et al., 2024). Dle systematické review však nebyla mezi kouřením a pracovním stresem nalezena žádná korelace (Hichisson a Corkery, 2020).

Dle výsledků užilo v posledním roce další nelegální návykové látky pouze 12 (8,89 %) respondentů. Toto číslo je ve shodě s obecnou populací (9,8 %). Nejčastěji udávanou látkou byla marihuana (45 %). Celková prevalence užívání marihuany u respondentů byla 6,66 %, což se shoduje s obecnou populací (7,4 %) (Chomynová et al. 2024). Je však možné, že kdyby se účastnilo více respondentů ve věku 20–29 let, byl by počet uživatelů nelegálních drog vyšší. Tento jev je pozorovatelný i v obecné populaci ČR, zejména v užívání (Chomynová et al., 2024).

Užívání psychoaktivních léků vázaných na předpis je v porovnání s obecnou populací (12–22 %) dle odpovědí respondentů nižší, konkrétně v posledních 12 měsících užilo psychoaktivní léky 8 (5,92 %) respondentů (Chomynová et al., 2025b). Za tímto může stát fakt, že zdravotníci kvůli obavám ze stigmatizace nevyhledávají odbornou pomoc (Gärrtner et al., 2019; Herttuainen et al., 2023; Mausz et al., 2022). Dalším důvodem pro nevyhledání odborné pomoci může být také přesvědčení, že dotyčná osoba přece zvládne situaci sama nebo jí pomohou kolegové se kterými se dobře zná a má v nich oporu (Svobodová a Brečka, 2016). Právě sdílení

s kolegy je u zdravotníků ZZS časté. Mohou být přesvědčeni o tom, že kolega jejich potíže pochopí lépe než terapeut či jiný odborník, který nemá do problematiky práce na ZZS vhléd.

#### **6.4. Jaké hlavní důvody vedou zdravotníky ZZS k užívání návykových látek?**

Respondentů jsem se ptala na pocity nebo důvody vedoucí k užívání návykových látek. Vytvořila jsem 7 typů důvodů/pocitů s tím, že jsem si vědoma, že ne každý se má možnost v mých nabízených možnostech zhlédnout. Proto jsem nechala respondentům možnost zvolit „Jiné“ a napsat vlastní odpověď. I přes toto opatření odpovědělo pouze 43 respondentů, přičemž víme, že odpovědět jich mělo alespoň 127, protože tolik bylo dle výsledů uživatelů alkoholických nápojů. Důvod chybějících odpovědí mi není znám. Argumentu, že se respondenti v odpovědích nenašli, jsem se chtěla vyhnout právě možností volby kategorie „Jiné“ a možností napsat svou libovolně dlouhou odpověď. Nabízí se možnost, že konzumenti alkoholických nápojů nepovažují alkohol za návykovou látku. Nebo se jednoduše nechtěli do takové míry v dotazníku svěřit. Nejčastější odpovědí bylo tvrzení „Když potřebuji na chvíli vypnout a odpočinout si“. Toto lze interpretovat jako vyjádření potřeby odreagování a krátkodobého úniku od každodenní zátěže. Tento výsledek je v souladu se zjištěními jiných studií, které popisují užívání návykových látek, zejména alkoholu, jako způsob zvládání stresu a emočního vyčerpání u pracovníků v náročných profesích (Donnelly a Siebert, 2009).

Dotaz na situace, při nichž respondenti nejčastěji užívají návykové látky, byl koncipován totožně. Zde odpovědělo 88 respondentů, tzn. stále poměrně velká část neodpověděla, i když měla možnost zvolit možnost „Jiné“ a rozepsat vlastní odpověď. Nejčastěji zmiňovaná situace byly oslavy a speciální příležitosti. Je obecně známo, že v České republice je užívání alkoholu ve společnosti normalizováno a oslavy mohou být pro mnoho lidí asociovány s alkoholickými nápoji. To souvisí s druhou nejčastější situací, stykem s přáteli či pobytem ve společnosti. Nejméně se respondenti ztotožnili s užíváním po návratu z práce a po náročném dni či těžké směně. Z mého pohledu je to překvapující, očekávala jsem, že se tyto důvody budou umisťovat na vyšších příčkách. Nejméně autoři Svobodová a Brečka (2016) popsali, že nejčastěji se s náročnými dny vypořádávají záchranáři sportem nebo časem s rodinnými příslušníky a rodinou. Návykovým látkám (v této práci alkohol a cigarety) dávala po náročném dni přednost 4 % respondentů. Nejméně se jednalo pouze o zdravotníky ZZS Pardubického kraje a nelze tak vyvozovat závěry pro celou Českou republiku. Bylo by třeba provést podobné šetření se zapojením dalších ZZS.

## **6.5. Existuje rozdíl ve frekvenci užívání návykových látek u lékařů a záchranářů ZZS?**

Práce zdravotnických záchranářů a lékařů se svým charakterem liší. Lékaři nesou na svých bedrech zodpovědnost za pacienta (v případě, kdy výjezd absolvuje jen záchranář, je zodpovědný za pacienta on). Záchranáři provedou více výjezdů, v Praze je 90 % výjezdů bez lékaře (ZZS HMP, 2022). Lékař tak nemusí být tolik vytížen jako záchranář. Zároveň lékař jezdí k událostem naléhavosti 1 a 2, což jsou z medicínského hlediska ty zajímavější výjezdy, které vlastně zdravotníky lákají na práci ZZS. Charakterem pracovního úvazku se také liší, často pracují na částečný úvazek. V kontextu těchto faktorů jsem očekávala rozdíly v užívání návykových látek, konkrétně vyšší prevalenci u zdravotnických záchranářů z důvodu jejich vyšší frustrace. Byl proveden chí kvadrát test nezávislosti pro každou otázku, která byla kladena v sekci návykové látky. Z tabulky lze vidět, že se v žádném případě nejednalo o statisticky významný rozdíl. Pro větší spolehlivost testu by bylo vhodné získat více respondentů.

Je však také možné, že došlo ke zkreslení vlivem pracovních úvazků. Z 27 lékařů jich pracovalo 13 na částečné úvazky (48, 14 %) a 5 v režimu DPP/DPČ (18,51 %). Oproti tomu záchranářů pracujících na zkrácený úvazek bylo 8 (7,40 %) a v režimu DPP/DPČ pouze 2 (1,85 %). Frustrace lékařů by tak nemusela dosahovat tak vysoké úrovně jako u záchranářů, protože ti často z práce „nemají úniku“, kdežto lékař pracoviště střídá, což může působit protektivně.

## **6.6. Jaký je vztah mezi subjektivně vnímanou úrovní pracovního stresu a frekvencí užívání návykových látek?**

V rámci srovnávací analýzy jsem vypočítala průměrný stres pro každého respondenta, následně v programu Jamovi provedla test normality (normalita přítomna) a dále srovnala dle chí kvadrát testu průměrného stresu udávaného lékaři a záchranáři. Nebyl nalezen statisticky významný rozdíl ve vypočítaném průměrném stresu u lékařů a záchranářů (-1,05;  $p = 0,297$ ). Tento výsledek naznačuje, že lékaři a záchranáři hodnotí celkovou míru stresu spojeného s výkonem své práce podobně. Je však třeba zvážit možné faktory, které mohly tento výsledek ovlivnit – zejména subjektivní zkreslení škálového hodnocení či malou velikost vzorku.

Vypočítaný průměrný stres jsem podrobila spolu s otázkami týkajícími se návykových látek Spearmanově korelační analýze. Byl nalezen slabý statisticky významný negativní vztah mezi průměrným stresem a změnou frekvence konzumace alkoholu v období zvýšeného pracovního stresu ( $\rho = -0,179$ ;  $p = 0,043$ ). Tento výsledek naznačuje, že respondenti s vyšší průměrnou mírou pracovního stresu častěji uváděli v období zvýšeného pracovního stresu zvýšení konzumace alkoholu. Tento nálezn je v souladu s literaturou, která předpokládá, že část zdravotnického personálu může v období zvýšeného pracovního stresu, jak akutního, tak chronického, sahat po alkoholu jako po prostředku krátkodobé úlevy nebo zvládnání napětí v rámci maladaptivních mechanismů (Sterud et al., 2007). Zároveň takovéto dlouhodobější maladaptivní chování zvyšuje dlouhodobé riziko rozvoje PTSS a PTSD (Donnelly, 2012). Slabá síla korelace může naznačovat, že užívání alkoholu není hlavním copingovým mechanismem zdravotníků ZZS, což zmiňuje i literatura z prostředí Slovenska (Jurišová, 2016). Mezi úrovní stresu a ostatními parametry užívání alkoholu nebyl nalezen statisticky významný rozdíl.

Mezi úrovní pracovního stresu a ostatními návykovými látkami nebyl nalezen statisticky významný vztah. Tomuto tématu se věnovali i autoři historicky první systematické review na toto téma (Hichisson a Corkery, 2020), kteří uvedli, že tímto vztahem se zabývaly 3 studie, z nichž 2 nenalezly žádnou korelaci (Cydulka et al, 1989; Hammer et al, 1986). Pouze studie autora Bentley (2013) konstatuje pozitivní korelaci. Konstatuje, že záchranáři prožívající vysokou úroveň pracovního stresu inklinují k užívání návykových látek jako copingové strategii. V této studii se jednalo nejen o alkohol, ale také o „jiné“ návykové látky jako psychoaktivní léky a nelegální drogy. V případě tabáku však nikde nebyla nalezena korelace (Hichisson a Corkery, 2020). V případě této bakalářské práce však tento výsledek mohl nastat z prostého důvodu nízkého počtu respondentů, jelikož prevalence užívání psychoaktivních léků a nelegálních drog je nízká, v obecné populaci ČR je prevalence užívání jakékoliv nelegální drogy v posledních 12 měsících 9,8 % (Chomynová et al., 2024). Vliv také mohl mít věk respondentů. Kdyby se zapojilo více respondentů v kategorii 20–29 let, mohl být výsledek jiný. Věková kategorie do 34 let totiž vykazuje vyšší konzumaci nelegálních návykových látek (Chomynová et al., 2024).

## 6.7. Limity výzkumu

Výsledky této bakalářské práce mohly být ovlivněny několika faktory. Výběr vzorku proběhl na základě sebenominace, tzn. mohlo zde proběhnout výběrové zkreslení. Vzorek tak nemůže být reprezentativní, jelikož se do šetření mohli zapojit respondenti motivovaní a se zájmem o vědu a vzdělání – s tím souvisí i nerovnoměrné zastoupení napříč kraji. Z některých ZZS odpovědělo výrazně méně respondentů než z ostatních. Toto může souviset s různým přístupem ZZS ke vzdělávání a výzkumu. Bohužel si však nejsem jista, zdali těmto jevům šlo předejít. ZZS jednoduše nemohou nařídít vyplnění dotazníku zaměstnancům. Zvolila jsem on-line kvantitativní dotazníkové šetření z prostého důvodu – nelze navštěvovat výjezdová stanoviště ZZS. Jednak nemusí být zdravotníci na stanovišti přítomni, jednak se jich tam nebude nacházet v daný moment mnoho. Zabezpečuje-li například jedno stanoviště 10 zdravotnických záchranářů, musela bych provést návštěvu v 10 různých dnech. Bohužel se z oslovených nezapojily 3 krajské ZZS a 2 soukromé ZZS, které by však pravděpodobně počtem respondentů hrály minoritní roli (celkem mají pouze 8 stanovišť). Další 2 ZZS jsem neoslovila z finančních důvodů. Nicméně abych zahrnula i jednu ZZS, která požaduje poplatek, oslovila jsem ZZS Královéhradeckého kraje.

Použité metody měření stresu a užívání návykových látek mají svá omezení. Průměrný stres jsem stanovila na základě sebehodnocení pomocí autorovy škály (1 až 5, přičemž 1 = žádný stres a 5 = těžký stres) sestavené z identifikovaných stresorů, nikoliv prostřednictvím validovaného nástroje. To může být zdrojem subjektivního zkreslení – jednotliví respondenti mohli stres vnímat a hodnotit rozdílně v závislosti na aktuálním stavu, zkušenostech nebo osobnostních faktorech. Pro budoucí výzkum by bylo vhodné použít standardizované a validované nástroje, např. Maslach Burnout Inventory pro výzkum syndromu vyhoření, které umožňují lepší srovnání napříč výzkumy a poskytují hlubší vhled do stresu či syndromu vyhoření. Stejně tak by bylo možné podrobněji měřit užívání návykových látek pomocí screeningových nástrojů jako AUDIT či CAGE. Využití těchto nástrojů by mohlo přispět k přesnější detekci rizikového chování a jeho vztahu ke stresu. Zároveň by byla výhodou možnost porovnávat jednotlivé práce.

Respondenti mohli mít i přes všechna sdělená opatření obavu o únik dat a z tohoto důvodu dotazník nevyplnili nebo jej nevyplnili zcela pravdivě. V případě užívání návykových látek, které jsou přístupné v sanitním vozidle (fentanyl, sufentanil, efedrin, ...), by totiž hrozilo okamžité ukončení pracovního poměru, a tak je obava pochopitelná.

Limitací teoretické části této bakalářské práce se stala starší literatura. Bohužel na téma pracovní stres a návykové látky u zdravotnických záchranářů (v anglosaských zemích paramediků) a lékařů není mnoho literatury z období posledních 5 let. Většina literatury je navíc zahraniční, kde je systém ZZS nastaven jinak. Např. v USA poskytují základní péči vyškolení členové hasičského sboru, tzv. emergency medical technician. Pokročilejší péči poskytují paramedici, kteří mají kompetence lékařů záchranných služeb v ČR, přestože to lékaři nejsou.

## 6.8. Přínos a doporučení

Výsledky této práce mají určitý přínos, avšak vzhledem k metodologickým omezením a charakteru výzkumného vzorku je třeba jejich interpretaci brát s opatrností. V první řadě je třeba upozornit, že mezi mírou pracovního stresu a většinou parametrů užívání návykových látek nebyl nalezen statisticky významný vztah. Výjimkou byl pouze slabý negativní vztah mezi celkovou mírou stresu a změnou frekvence konzumace alkoholu v období zvýšeného stresu. Tento výsledek může naznačovat určitou tendenci k maladaptivnímu zvládnání zátěže pomocí alkoholu, ale síla tohoto vztahu neumožňuje vyvozovat obecnější závěry. Z hlediska prevence či intervence je tento poznatek málo využitelný, neboť se jedná o izolovaný nálezný v rámci celé oblasti návykových látek. Na základě výsledků nelze podpořit předpoklad, že by užívání návykových látek bylo u zdravotnického personálu ZZS systematicky spjato s mírou vnímaného stresu.

Z hlediska doporučení pro další výzkum se jako klíčové jeví zapojení validovaných nástrojů pro měření stresu a užívání návykových látek (např. AUDIT, CAGE, MBI), které by umožnily přesnější zachycení fenoménu a srovnání napříč studii. Bylo by vhodné uspořádat výzkumné šetření organizované institucí, která má renomé (např. Asociace záchranných služeb), aby se zapojilo mnohem více respondentů. Možností by také byla organizace výzkumného šetření samotnými záchrannými službami s následnou syntézou poznatků. Zde by však pravděpodobně hrála velkou roli neochota vyplňovat citlivé údaje v situaci, kdy by je zaměstnavatel na svém datovém úložišti evidoval. Jinou možností, vhodnou pro absolventské práce, by bylo doplnit kvantitativní data o kvalitativní metody – např. hloubkové rozhovory, které by umožnily nahlédnout do subjektivní zkušenosti se stresem a způsoby jeho zvládnání v praxi. Takové přístupy by mohly zachytit i jevy, které dotazník – byť strukturovaný – jednoduše nezachytí.

V oblasti praxe je na místě opatrnost. Nelze na základě získaných dat doporučovat žádné konkrétní intervence zaměřené na prevenci užívání návykových látek mezi pracovníky ZZS. Pokud by ale zdravotnické organizace přesto zvažovaly intervence zaměřené na zvládání stresu, měly by být zaměřeny především na posílení zdravých copingových mechanismů (např. psychoedukace, trénink zvládání akutního stresu, dostupnost supervize či peer podpory), nikoliv na detekci a kontrolu užívání látek – ta by mohla působit kontraproduktivně, zejména v kontextu obav z trestních následků nebo ztráty zaměstnání, jak bylo reflektováno v diskusi.

## Závěr

Hlavním cílem této práce bylo zjistit, zda existuje vztah mezi pracovním stresem a užíváním návykových látek u zdravotníků ZZS v ČR. Vedlejšími cíli bylo porovnat užívání návykových látek mezi záchranáři a lékaři, identifikovat nejčastěji užívané látky, důvody jejich užívání a hlavní pracovní stresory.

Výsledky ukázaly, že nejrozšířenější návykovou látkou mezi zdravotníky ZZS je alkohol. Významným zjištěním této práce je statisticky významný vztah mezi průměrnou mírou pracovního stresu a změnou frekvence konzumace alkoholu v období zvýšeného stresu – respondenti s vyšším průměrným stresem častěji uváděli zvýšení konzumace alkoholu v období zvýšeného pracovního stresu. Tento nálezný koresponduje se zahraniční literaturou, která popisuje alkohol jako častý maladaptivní copingový mechanismus členů IZS. Nejvýznamnějším pracovním stresorem se stalo úmrtí dětského pacienta, morální a právní zodpovědnost, hromadné postižení osob a výjezdy k dětem a mladistvým. Nejčastějším důvodem pro užití návykových látek byla potřeba vypnout a odpočinout si.

Naopak u ostatních látek nebyla prokázána statisticky významná souvislost s mírou pracovního stresu. Stejně tak nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl v celkové míře pracovního stresu mezi lékaři a záchranáři ani významné rozdíly v charakteru užívání návykových látek mezi těmito dvěma profesními skupinami.

Některé výstupy nebyly statisticky významné, což může být důsledkem nízkého počtu respondentů a dalších metodologických omezení, zejména vlastní měřicí škály. V budoucnu by bylo vhodné zvolit validované nástroje pro měření stresu a užívání návykových látek, a zároveň usilovat o vyšší návratnost dotazníků. Vhodným směrem by bylo i doplnění kvantitativních zjištění o kvalitativní hloubkové rozhovory, které by pomohly porozumět konkrétním strategiím zvládnání stresu u zdravotníků.

Cíle práce byly naplněny – podařilo se prokázat vztah mezi pracovním stresem a změnou frekvence užívání alkoholu v období zvýšeného pracovního stresu, popsat frekvenci užívání návykových látek a identifikovat hlavní motivace k jejich užívání. Z hlediska přínosu práce nabízí unikátní pohled na záchranáře a lékaře ZZS, kteří jsou v ní specificky vyčleněni jako samostatná podmnožina zdravotníků.

Závěrem lze říci, že přestože výsledky této práce neposkytují jednoznačné důkazy o vztahu mezi stresem a užíváním návykových látek u zdravotníků ZZS, upozorňují na několik slabých míst – jak výzkumných, tak praktických. Výsledky tak mají hodnotu především jako výchozí bod pro hlubší a metodologicky robustnější zkoumání tohoto tématu.

## Zdroje

American Psychological Association. (2018, 19. dubna). APA Dictionary of Psychology. <https://dictionary.apa.org/stress>

American Psychological Association. (2018, 19. dubna). APA Dictionary of Psychology. <https://dictionary.apa.org/occupational-stress>

Andršová, A. (2012). Psychologie a komunikace pro záchranáře v praxi. Grada Publishing.

Asociace Samaritánů ČR. (n.d.). Záchraná služba ASČR Praha – západ. <https://ascr.cz/zs-ascr-praha-zapad/>

Asociace zdravotnických záchraných služeb ČR. (2024, 30. ledna). Nedostatek lékařů a záchranky. <https://www.azzs.cz/aktualne/959-nedostatek-lka-a-zchranky>

Bennett, P., Williams, Y., Page, N., Hood, K., & Woollard, M. (2004). Levels of mental health problems among UK emergency ambulance workers. *Emergency Medicine Journal*, 21(2), 235–236. <https://doi.org/10.1136/emj.2003.005645>

Bentley, M. A., Crawford, J. M., Wilkins, J. R., Fernandez, A. R., & Studnek, J. R. (2013). An Assessment of Depression, Anxiety, and Stress Among Nationally Certified EMS Professionals. *Prehospital Emergency Care*, 17(3), 330–338. <https://doi.org/10.3109/10903127.2012.761307>

Bethlehem, J. (2010). Selection Bias in Web Surveys. *International Statistical Review*, 78(2), 161–188. <https://doi.org/10.1111/j.1751-5823.2010.00112.x>

Billings, A. G., & Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(2), 139–157. <https://doi.org/10.1007/bf00844267>

Bonumwezi, J. L., Tramutola, D., Lawrence, J., Kobezak, H. M., & Lowe, S. R. (2022). Posttraumatic Stress Disorder Symptoms, Work-related Trauma Exposure, and Substance Use in First Responders. *Drug and Alcohol Dependence*, 109439. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109439>

Bryce, C. P. (2001). Insights into the Concept of Stress. Pan American Health Organization. <https://www.eird.org/isdr-biblio/PDF/Insights%20into%20the%20concept.pdf>

Costanzo, L. S. (2021). *Costanzo Physiology* (7th Ed.). Elsevier.

Cydulka, R. K., Lyons, J., Moy, A., Shay, K., Hammer, J., & Mathews, J. (1989). A follow-up report of occupational stress in urban EMT-paramedics. *Annals of Emergency Medicine*, 18(11), 1151–1156. [https://doi.org/10.1016/s0196-0644\(89\)80050-2](https://doi.org/10.1016/s0196-0644(89)80050-2)

Donnelly, E. (2012). Work-Related Stress and Posttraumatic Stress in Emergency Medical Services. *Prehospital Emergency Care*, 16(1), 76–85. <https://doi.org/10.3109/10903127.2011.621044>

Donnelly, E., & Siebert, D. (2009). Occupational Risk Factors in the Emergency Medical Services. *Prehospital and Disaster Medicine*, 24(5), 422–429. <https://doi.org/10.1017/s1049023x00007251>

Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1994). Assessment of Multidimensional Coping: Task, Emotion, and Avoidance Strategies. *Psychological Assessment*, 6(1), 50–60. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.6.1.50>

Fjeldheim, C. B., Nöthling, J., Pretorius, K., Basson, M., Ganasen, K., Heneke, R., Cloete, K. J., & Seedat, S. (2014). Trauma exposure, posttraumatic stress disorder and the effect of explanatory variables in paramedic trainees. *BMC Emergency Medicine*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-227x-14-11>

Franěk, O. (2022). *Operační řízení přednemocniční neodkladné péče* (3rd ed.). Ondřej Franěk.

Ganley, O. H., Pendergast, W. J., Wilkerson, M. W., & Mattingly, D. E. (2005). Outcome Study of Substance Impaired Physicians and Physician Assistants Under Contract with North Carolina Physicians Health Program for the Period 1995-2000. *Journal of Addictive Diseases*, 24(1), 1–12. [https://doi.org/10.1300/j069v24n01\\_01](https://doi.org/10.1300/j069v24n01_01)

Gärtner, A., Behnke, A., Conrad, D., Kolassa, I.-T., & Rojas, R. (2019). Emotion Regulation in Rescue Workers: Differential Relationship With Perceived Work-Related Stress and Stress-Related Symptoms. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02744>

Hammer, J. S., Mathews, J. J., Lyons, J. S., & Johnson, N. J. (1986). Occupational stress within the paramedic profession: An initial report of stress levels compared to hospital employees. *Annals of Emergency Medicine*, 15(5), 536–539. [https://doi.org/10.1016/s0196-0644\(86\)80988-x](https://doi.org/10.1016/s0196-0644(86)80988-x)

Hasson, D., Von Thiele Schwarz, U., & Lindfors, P. (2009). Self-rated Health and Allostatic Load in Women Working in Two Occupational Sectors. *Journal of Health Psychology*, 14(4), 568–577. <https://doi.org/10.1177/1359105309103576>

Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace* (4. přepracované a rozšířené vydání). Portál.

Herttuainen, A., & Nordquist, H. (2023). Recent Paramedic Graduates' Chronic Stress Adds Intentions to Leave the Profession: A Pilot Study Utilizing a Web-Based Survey. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 60. <https://doi.org/10.1177/00469580231210706>

Hichisson, A. D., & Corkery, J. M. (2020). Alcohol/substance use and occupational/post-traumatic stress in paramedics. *Journal of Paramedic Practice*, 12(10), 388–396. <https://doi.org/10.12968/jpar.2020.12.10.388>

Holmes, L., Jones, R., Brightwell, R., & Cohen, L. (2017). Student paramedic anticipation, confidence and fears: Do undergraduate courses prepare student paramedics for the mental health challenges of the profession? *Australasian Journal of Paramedicine*, 14(4). <https://doi.org/10.33151/ajp.14.4.545>

Hricová, A., Ondrášek, S., & Urban, D. (2023). *Metodologie v sociální práci* (1. vydání). Grada. <https://www.grada.cz/metodologie-v-socialni-praci-13091/>

Chomynová, P., Dvořáková, Z., Grohmannová, K., Orliková, B., Galandák, D., & Černíková, T. (2024). Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2023 (P. Chomynová, Ed.). Úřad vlády České republiky. [https://www.drogy-info.cz/data/obj\\_files/35600/1300/Souhrnn%C3%A1%20zpr%C3%A1va%20o%20z%C3%A1vislostech%20v%20%C4%8CR%202023\\_web.pdf](https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/35600/1300/Souhrnn%C3%A1%20zpr%C3%A1va%20o%20z%C3%A1vislostech%20v%20%C4%8CR%202023_web.pdf)

Chomynová, P., Dvořáková, Z., Orliková, B., Černíková, T., Grohmannová, K., Galandák, D., Franková, E., & Roubalová, M. (2025a). Zpráva o alkoholu v České republice 2024. Úřad vlády České republiky. [https://www.drogy-info.cz/data/obj\\_files/35689/1353/Zpr%C3%A1va%20o%20alkoholu%20v%20%C4%8CR%202024\\_web250326-opr\\_fin02.pdf](https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/35689/1353/Zpr%C3%A1va%20o%20alkoholu%20v%20%C4%8CR%202024_web250326-opr_fin02.pdf)

Chomynová, P., Grohmannová, K., Dvořáková, Z., Orliková, B., Galandák, D., Černíková, T., Franková, E., Roubalová, M., & et al. (2025b). Zpráva o problematickém užívání psychoaktivních léků v České republice 2024 (P. Chomynová, Ed.). Úřad vlády České republiky. <https://www.drogy-info.cz/zprava-o-zavislostech/zprava-o-probl.-uzivani-psychoakt.-leku-v-cr-2024/#u%C5%BE%C3%ADv%C3%A1n%C3%AD%20dosp%C4%9B%C3%AD>

IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. (2020). *Pharmaceuticals* (Vol. 100A). International Agency for Research on Cancer. <https://publications.iarc.fr/593>

The jamovi project (2024). *jamovi*. (Version 2.6) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.

Jurišová, E. (2016). Coping strategies and post-traumatic growth in paramedics: Moderating effect of specific self-efficacy and positive/negative affectivity. *Studia Psychologica*, 58(4), 259–275. <https://doi.org/10.21909/sp.2016.04.722>

Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P., & Amick, B. (1998). The Job Content Questionnaire (JCQ): An instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3(4), 322–355. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.3.4.322>

Knor, J., & Málek, J. (2024). *Farmakoterapie urgentních stavů* (4. vydání). Maxdorf.

Knor, J., Pekara, J., Seblova, J., Peran, D., Cmorej, P., & Nemcova, J. (2020). Qualitative Research of Violent Incidents Toward Young Paramedics in the Czech Republic. *Western Journal of Emergency Medicine*, 21(2), 463–468. <https://doi.org/10.5811/westjem.2019.10.43919>

Křivohlavý, J. (2010). *Sestra a stres: Příručka pro duševní pohodu*. Grada Publishing. <https://books.google.cz/books?id=9YTzQWpCV6sC&printsec=frontcover>

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.

Mausz, J., Donnelly, E. A., Moll, S., Harms, S., & McConnell, M. (2022). Role Identity, Dissonance, and Distress among Paramedics. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4), 2115. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042115>

Pacheco, J. P., Giacomini, H. T., Tam, W. W., Ribeiro, T. B., Arab, C., Bezerra, I. M., & Pinasco, G. C. (2017). Mental health problems among medical students in Brazil: a systematic review and meta-analysis. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 39(4), 369–378. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2223>

Pekara, J., & Brůžek, O. (2024). Bezpečné prostředí zdravotnického záchranáře. *Urgentní medicína*, 27(1), 11-15. [https://urgentnimedicina.cz/casopisy/UM\\_2024\\_1.pdf](https://urgentnimedicina.cz/casopisy/UM_2024_1.pdf)

Petrino, R., Tuunainen, E., Bruzzone, G., & Garcia-Castrillo, L. (2023). Patient safety in emergency departments: a problem for health care systems? An international survey. *European Journal of Emergency Medicine*, Publish Ahead of Print. <https://doi.org/10.1097/mej.0000000000001044>

Pilgrim, J. L., Dorward, R., & Drummer, O. H. (2016). Drug-caused deaths in Australian medical practitioners and health-care professionals. *Addiction*, 112(3), 486–493. <https://doi.org/10.1111/add.13619>

Plešinger, Z. (2019). Prevalence kuřáctví u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby v okrese Děčín [Bakalářská práce, Vysoká škola zdravotnická]. Informační systém Vysoké školy zdravotnické. [https://is.vszdrav.cz/do/vsz/bakalarske\\_prace/Bakalarske\\_prace\\_v\\_akademickem\\_roce\\_2018-2019/Zdravotnicky\\_zachranar\\_2019/Plesinger\\_Zdenek/PLESINGER\\_ZDENEK\\_3AZ\\_Z.pdf](https://is.vszdrav.cz/do/vsz/bakalarske_prace/Bakalarske_prace_v_akademickem_roce_2018-2019/Zdravotnicky_zachranar_2019/Plesinger_Zdenek/PLESINGER_ZDENEK_3AZ_Z.pdf)

Ptáček, R., Raboch, J., & Kebza, V. (Eds.). (2013). *Burnout syndrom jako mezioborový jev*. Grada Publishing.

Raistrick, D., Russell, D., Tober, G., & Tindale, A. (2008). A survey of substance use by health care professionals and their attitudes to substance misuse patients (NHS Staff Survey). *Journal of Substance Use*, 13(1), 57–69. <https://doi.org/10.1080/14659890701237082>

Regehr, C., Goldberg, G., & Hughes, J. (2002). Exposure to human tragedy, empathy, and trauma in ambulance paramedics. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(4), 505–513. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.72.4.505>

Servodidio, C. A. (2011). Alcohol Abuse in the Workplace and Patient Safety. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 15(2), 143–145. <https://doi.org/10.1188/11.cjon.143-145>

Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L. N., Sotile, W., Satele, D., West, C. P., Sloan, J., & Oreskovich, M. R. (2012). Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance Among US Physicians Relative to the General US Population. *Archives of Internal Medicine*, 172(18), 1377. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3199>

Siebert, D. C. (2005). Help Seeking for AOD Misuse among Social Workers: Patterns, Barriers, and Implications. *Social Work*, 50(1), 65–75. <https://doi.org/10.1093/sw/50.1.65>

Sparks, S. W. (2018). Posttraumatic Stress Syndrome: What is it? *Journal of Trauma Nursing*, 25(1), 60–65. <https://doi.org/10.1097/jtn.0000000000000343>

Stanley, I. H., Hom, M. A., & Joiner, T. E. (2016). A systematic review of suicidal thoughts and behaviors among police officers, firefighters, EMTs, and paramedics. *Clinical Psychology Review*, 44, 25–44. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.12.002>

Sterud, T., Hem, E., Ekeberg, Ø., & Lau, B. (2007). Occupational Stress and Alcohol Use: A Study of Two Nationwide Samples of Operational Police and Ambulance, Personnel in Norway. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68(6), 896–904. <https://doi.org/10.15288/jsad.2007.68.896>

Svobodová, P., & Brečka, T. A. (2016). Stres ve výkonu profese zdravotnického záchranáře. *Urgentní medicína*, 19(4), 42–46. [https://urgentnimedica.cz/casopisy/UM\\_2016\\_4.pdf](https://urgentnimedica.cz/casopisy/UM_2016_4.pdf)

Šeblová, J. (2007). Zátěž a stres pracovníků záchranné služby s potenciálním vyústěním v burnout syndrom – možnosti včasné diagnózy, terapie a prevence [Disertační práce, Univerzita Karlova]. Digitální repozitář Univerzity Karlovy. <http://hdl.handle.net/20.500.11956/13664>

Šín, R., & Štourač, P. (Eds.). (2024). *Urgentní medicína*. Galén.

Švarcová, B. (2019). Užívání návykových látek u pracovníků zdravotnického operačního střediska zdravotnické záchranné služby [Diplomová práce, Univerzita Karlova]. Digitální repozitář UK. <http://hdl.handle.net/20.500.11956/108907>

Trans Hospital. (n.d.). *Trans Hospital*. <https://transhospital.cz/>

Truhlář, A., Franěk, O., Smržová, E., Kratochvíl, J., & Gřegoř, R. (2021). Indikační kritéria a operační řízení Letecké záchranné služby (LZS). *Urgentní medicína*, 24(1), 28-31. [https://urgentnimedica.cz/casopisy/UM\\_2021\\_1.pdf](https://urgentnimedica.cz/casopisy/UM_2021_1.pdf)

van der Ploeg, E., & Kleber, R. J. (2003). Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: Predictors of health symptoms. *Occupational and Environmental Medicine*, 60(Suppl 1), i40–i46. [https://doi.org/10.1136/oem.60.suppl\\_1.i40](https://doi.org/10.1136/oem.60.suppl_1.i40)

Večeřová-Procházková, A., & Honzák, R. (2008). Stres, eustres a distres. *Interní medicína pro praxi*, 10(4), 188–192. <https://internimedicina.cz/pdfs/int/2008/04/09.pdf>

Vyhláška č. 240/2012 Sb., kterou se provádí zákon o zdravotnické záchranné službě (2012). <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-240>

Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb (2012). <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-99>

Wild, J., Smith, K. V., Thompson, E., Béar, F., Lommen, M. J. J., & Ehlers, A. (2016). A prospective study of pre-trauma risk factors for post-traumatic stress disorder and depression. *Psychological Medicine*, 46(12), 2571–2582. <https://doi.org/10.1017/s0033291716000532>

Williams, B., Lau, R., Thornton, E., & Olney, L. S. (2017). The relationship between empathy and burnout – lessons for paramedics: a scoping review. *Psychology Research and Behavior Management*, 10, 329–337. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S145810>

Witkowski, K., Lofaro, R. J., Headley, A. M., Contreras, S., Remington, C. L., & Ganapati, N. (2024). Understanding problematic substance use among first responders during the COVID-19 pandemic: A survey of law enforcement, fire, and EMS workers in the United States. *International Journal of Drug Policy*, 123, 104261. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2023.104261>

Yip, J., Zeig-Owens, R., Webber, M. P., Kablanian, A., Hall, C. B., Vossbrinck, M., Liu, X., Weakley, J., Schwartz, T., Kelly, K. J., & Prezant, D. J. (2015). World Trade Center-related physical and mental health burden among New York City Fire Department emergency medical service workers. *Occupational and Environmental Medicine*, 73(1), 13–20. <https://doi.org/10.1136/oemed-2014-102601>

Zachrannasluzba.cz. (2025, 17. března). Rok 2024 v číslech: po loňském poklesu opět růst, „neindikovaných“ výjezdů ale vykazují záchranky jen naprosté minimum. <https://zachrannasluzba.cz/rok-2024-v-cislech-po-lonskem-poklesu-opet-rust-neindikovanych-vyjezdu-ale-vykazuji-zachranky-jen-naproste-minimum/>

Zákon č. 201/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů (2017).  
<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-201>

Zákon č. 374/2011 Sb., zákon o zdravotnické záchranné službě (2011).  
<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-374>

Zdravotnická záchranná služba hl. m. Prahy. (2022, 15. října). Zdravotnický záchranář.  
<https://www.zzshmp.cz/kariera/zdravotnicky-zachranar/>

Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje. (n.d.). Psychosociální intervenční služba. <https://www.zzskhk.cz/psychosocialni-intervencni-sluzba/>

Zdravotnická záchranná služba Ústeckého kraje. (2024, 27. dubna). Počet záchranářů je podle šéfa zdravotnických statistiků nezbytné navýšit. <https://www.zzsuk.cz/pocet-zachranaru-je-podle-sefa-zdravotnickych-statistiku-nezbytne-navysit/>

Židková, Z. (n.d.). Metody. Zdeňka Židková PSVZ. <https://zdenka-zidkova-psvz.webnode.cz/metody/>

## Seznam grafů

Graf 1: Zastoupení respondentů dle profese .....	33
Graf 2: Průměrné skóre pracovního stresu v závislosti na profesi.....	35
Graf 3: Frekvence užívání alkoholu v posledních 12 měsících .....	36
Graf 4: Nárazová konzumace 5 a více alkoholických nápojů při jedné příležitosti...	37
Graf 5: Frekvence nárazové konzumace 5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti .....	37
Graf 6: Míra konzumace alkoholu po pracovní směně .....	38
Graf 7: Změna frekvence užívání alkoholu v období zvýšeného pracovního stresu .	38
Graf 8: Frekvence užívání nikotinových výrobků v posledních 12 měsících.....	39
Graf 9: Počet vykouřených cigaret za den .....	40
Graf 10: Užívání nikotinových výrobků jako prostředek ke zvládnání stresu po práci .....	40
Graf 11: Užívání nikotinových výrobků během směny .....	41
Graf 12: Změna frekvence užívání nikotinových výrobků v období zvýšeného pracovního stresu.....	41
Graf 13: Frekvence užívání nelegálních návykových látek v posledních 12 měsících	42
Graf 14: Udávání zástupci nelegálních návykových látek.....	43
Graf 15: Frekvence užívání psychoaktivních léků v posledních 12 měsících .....	43
Graf 16: Míra užívání psychoaktivních léků po pracovní směně .....	44
Graf 17: Změna frekvence užívání psychoaktivních léků v období zvýšeného pracovního stresu.....	44
Graf 18: Zdroje psychoaktivních léků.....	45
Graf 19: Pocity nebo důvody vedoucí k užití návykové látky seřazené sestupně .....	46
Graf 20: Nejčastější situace, při nichž dochází k užívání návykových látek. ....	46
Graf 21: Návykové látky jako prostředek k relaxaci po pracovní směně .....	47

## Seznam tabulek

Tabulka 1: Parametry průměrného skóre JCQ .....	34
Tabulka 2: Sestupně seřazené průměrné skóre pracovních faktorů .....	35
Tabulka 3: Korelační (Spearmanova) analýza průměrného pracovního stresu a JCQ skóre s veličinami charakterizující konzumaci návykových látek .....	48
Tabulka 4: Hodnoty subjektivního stresu jednotlivých pracovních faktorů .....	70
Tabulka 5: Výsledky srovnávací analýzy otázek týkajících se užívání návykových látek (chí kvadrát).....	71
Tabulka 6: Průměrné hodnoty pracovního stresu u pracovních faktorů v závislosti na pohlaví.....	72

# Přílohy

## Tabulky

Tabulka 4: Hodnoty subjektivního stresu jednotlivých pracovních faktorů

	Průměr	Medián	Modus	SD
Úmrtí dětského pacienta:	4.26	5	5.00	0.969
Hromadné postižení osob:	3.71	4	5.00	1.190
Tíha morální a právní zodpovědnosti:	3.39	3	3.00	1.079
Výjezdy k dětem a mladistvým:	3.27	3	3.00	1.204
Výjezdy – Naléhavost 1:	3.18	3	4.00	1.202
Noční směny:	2.94	3	3.00	1.280
Pacient pod vlivem návykových látek (alkohol atp.):	2.83	3	3.00	1.143
Absence zpětné vazby, zda-li jste pacienta léčili správně (od zdravotnického zařízení, lékaře...):	2.83	3	3.00	1.261
Komunikace závažných zpráv s rodinou (smrt, paliativní péče...):	2.82	3	3.00	1.078
Neindikované výjezdy:	2.33	2	1.00	1.430
Výjezdy – Naléhavost 2:	2.33	2	2.00	0.985
Nedostatek pochvaly a uznání:	2.31	2	1.00	1.231
Paliativně relevantní pacient:	2.28	2	2.00	0.920
Úmrtí dospělého pacienta:	2.27	2	3.00	0.948
Nepřavidelné rozložení práce během směny:	2.22	2	2.00	1.070
Předání pacienta – urgentní příjem:	2.19	2	2.00	1.082
Předání pacienta – oddělení (interna apod.):	2.17	2	1.00	1.231
Ponechání pacienta na místě zásahu:	2.17	2	2.00	1.041
Spolupráce s LZS:	2.13	2	1.00	1.175
Výjezd v nepříznivých podmínkách (déšť, mráz, vedro):	2.12	2	1.00	1.008
Dopravní situace (zácpy, nespolupracující řidiči):	2.11	2	2.00	1.027
Spolupráce s lékařem na místě zásahu:	2.04	2	1.00	1.057
Délka mé směny:	2.00	2	1.00	1.015
Telefonická konzultace s lékařem:	1.94	2	1.00	1.145
Výjezdy – Naléhavost 3:	1.78	1	1.00	1.049
Zázemí stanoviště:	1.67	1	1.00	1.021
Čekání na výjezd na základně:	1.64	1	1.00	0.966
Spolupráce s ostatními členy IZS:	1.64	1	1.00	0.779
Úklid vozidel:	1.35	1	1.00	0.673

Tabulka 5: Výsledky srovnávací analýzy otázek týkajících se užívání návykových látek (chí kvadrát)

		Průměrný stres	JCQ průměrné skóre
JCQ průměrné skóre	Spearman's rho	<b>0.174</b>	—
	df	133	—
	p-value	<b>0.044</b>	—
Jak často jste v průběhu posledních 12 měsíců pil/a alkohol?	Spearman's rho	-0.016	0.033
	df	133	133
	p-value	0.855	0.702
Vypil/a jste v posledních 30 dnech při jedné příležitosti více než pět sklenic alkoholického nápoje?	Spearman's rho	-0.018	0.003
	df	126	126
	p-value	0.840	0.974
Jak často vypijete pět nebo více sklenic alkoholického nápoje při jedné příležitosti? (1 sklenice = 0,5 l piva/2 del vína/3 del cideru/4 cl destilátu)?	Spearman's rho	0.070	0.064
	df	126	126
	p-value	0.430	0.472
Jak často konzumujete alkohol po pracovní směně?	Spearman's rho	-0.001	-0.027
	df	126	126
	p-value	0.991	0.764
V období zvýšeného pracovního stresu se má konzumace alkoholu:	Spearman's rho	<b>-0.179</b>	<b>-0.199</b>
	df	126	126
	p-value	<b>0.043</b>	<b>0.025</b>
Jak často jste v průběhu posledních 12 měsíců užíval/a tabák nebo nikotinové produkty?	Spearman's rho	-0.143	-0.196
	df	133	133
	p-value	0.098	0.023
Kolik denně vykouříte cigaret?	Spearman's rho	-0.178	0.016
	df	41	41
	p-value	0.253	0.917
Užíváte tabákové nebo nikotinové výrobky jako prostředek ke zvládnání stresu po pracovním dni?	Spearman's rho	-0.230	-0.220
	df	41	41
	p-value	0.138	0.155
V období zvýšeného pracovního stresu se mé užívání tabákových nebo nikotinových výrobků během směny:	Spearman's rho	0.028	-0.226
	df	41	41
	p-value	0.861	0.145
Jak často jste během posledních 12 měsíců užíval/a psychoaktivní léky vázané na předpis?	Spearman's rho	-0.055	0.070
	df	133	133
	p-value	0.530	0.417
Jak často užíváte tyto léky po pracovním dni?	Spearman's rho	0.351	0.189
	df	6	6
	p-value	0.394	0.654
V období zvýšeného pracovního stresu se mé užívání psychoaktivních léků:	Spearman's rho	0.337	0.365
	df	6	6
	p-value	0.415	0.374
Jak často jste v průběhu posledních 12 měsíců užíval/a nelegální návykové látky?	Spearman's rho	0.140	0.152
	df	133	133
	p-value	0.106	0.079
V období zvýšeného pracovního stresu se mé užívání těchto návykových látek:	Spearman's rho	-0.084	0.021
	df	10	10
	p-value	0.796	0.948

Tabulka 6: Průměrné hodnoty pracovního stresu u pracovních faktorů v závislosti na pohlaví

	Pracuji jako:	N	Průměr	Medián	SD
Úmrtí dětského pacienta:	Lékař	27	4.26	5	1.095
	Zdravotnický záchranář	108	4.26	5.00	0.941
Hromadné postižení osob:	Lékař	27	3.63	4	1.182
	Zdravotnický záchranář	108	3.73	4.00	1.197
Tíha morální a právní zodpovědnosti:	Lékař	27	3.48	4	1.014
	Zdravotnický záchranář	108	3.36	3.00	1.098
Výjezdy k dětem a mladistvým:	Lékař	27	3.44	3	1.368
	Zdravotnický záchranář	108	3.22	3.00	1.163
Výjezdy - Naléhavost 1:	Lékař	27	3.15	3	1.231
	Zdravotnický záchranář	108	3.19	3.00	1.201
Noční směny:	Lékař	27	2.96	3	1.160
	Zdravotnický záchranář	108	2.94	3.00	1.313
Pacient pod vlivem návykových látek (alkohol atp.):	Lékař	27	2.93	3	1.299
	Zdravotnický záchranář	108	2.81	3.00	1.106
Absence zpětné vazby, zda-li jste pacienta léčili správně (od zdravotnického zařízení, lékaře...):	Lékař	27	2.70	2	1.265
	Zdravotnický záchranář	108	2.86	3.00	1.264
Komunikace závažných zpráv s rodinou (smrt, paliativní péče...):	Lékař	27	2.85	3	1.231
	Zdravotnický záchranář	108	2.81	3.00	1.043
Neindikované výjezdy:	Lékař	27	2.07	2	1.238
	Zdravotnický záchranář	108	2.40	2.00	1.472
Výjezdy - Naléhavost 2:	Lékař	27	2.11	2	0.847
	Zdravotnický záchranář	108	2.39	2.00	1.012
Nedostatek pochvaly a uznání:	Lékař	27	1.85	2	1.134
	Zdravotnický záchranář	108	2.43	2.00	1.232

*Tabulka 6: Průměrné hodnoty pracovního stresu u pracovních faktorů v závislosti na pohlaví*

	Pracuji jako:	N	Průměr	Medián	SD
Paliativně relevantní pacient:	Lékař	27	2.22	2	0.892
	Zdravotnický záchranář	108	2.30	2.00	0.930
Úmrtí dospělého pacienta:	Lékař	27	2.37	3	0.926
	Zdravotnický záchranář	108	2.24	2.00	0.956
Nepravidelné rozložení práce během směny:	Lékař	27	2.22	2	1.050
	Zdravotnický záchranář	108	2.22	2.00	1.079
Předání pacienta - urgentní příjem:	Lékař	27	1.93	2	1.174
	Zdravotnický záchranář	108	2.26	2.00	1.053
Předání pacienta - oddělení (interna apod.):	Lékař	27	1.81	1	1.272
	Zdravotnický záchranář	108	2.26	2.00	1.210
Ponechání pacienta na místě zásahu:	Lékař	27	2.22	2	1.050
	Zdravotnický záchranář	108	2.16	2.00	1.043
Spolupráce s LZS:	Lékař	27	2.07	2	1.238
	Zdravotnický záchranář	108	2.14	2.00	1.164
Výjezd v nepříznivých podmínkách (děšť, mráz, vedro):	Lékař	27	2.07	2	0.997
	Zdravotnický záchranář	108	2.13	2.00	1.015
Dopravní situace (zácpy, nespouštějící řidiči):	Lékař	27	1.89	2	1.086
	Zdravotnický záchranář	108	2.17	2.00	1.009
Spolupráce s lékařem na místě zásahu:	Lékař	27	1.56	1	0.801
	Zdravotnický záchranář	108	2.17	2.00	1.081
Délka mé směny:	Lékař	27	2.11	2	1.086
	Zdravotnický záchranář	108	1.97	2.00	1.000
Telefonická konzultace s lékařem:	Lékař	27	1.59	1	0.971
	Zdravotnický záchranář	108	2.03	2.00	1.172

*Tabulka 6: Průměrné hodnoty pracovního stresu u pracovních faktorů v závislosti na pohlaví*

	Pracuji jako:	N	Průměr	Medián	SD
Výjezdy - Naléhavost 3:	Lékař	27	1.44	1	0.577
	Zdravotnický záchranář	108	1.86	1.50	1.123
Zázemí stanoviště:	Lékař	27	1.63	1	1.115
	Zdravotnický záchranář	108	1.69	1.00	1.001
Čekání na výjezd na základně:	Lékař	27	1.22	1	0.577
	Zdravotnický záchranář	108	1.75	1.00	1.015
Spolupráce s ostatními členy IZS:	Lékař	27	1.81	1	1.075
	Zdravotnický záchranář	108	1.59	1.00	0.684
Úklid vozidel:	Lékař	27	1.11	1	0.424
	Zdravotnický záchranář	108	1.41	1.00	0.711

## Dotazník

### Pracovní stres a užívání návykových látek u zdravotnického personálu výjezdových posádek zdravotnické záchranné služby v České republice

Dobrý den,

jmenuji se Lenka Poláková a jsem studentkou 3. ročníku 1. LF UK oboru Adiktologie. Touto cestou bych Vás chtěla požádat o vyplnění dotazníku pro mou bakalářskou práci, která se zabývá pracovním stresem u zdravotníků ZZS a užíváním návykových látek. Cílem této práce je popsat vztah mezi pracovním stresem a užíváním návykových látek u zdravotníků ZZS. Tato práce přispěje k lepšímu pochopení vlivu pracovních podmínek na zdravotníky ZZS v ČR, zejména ve vztahu k návykovým látkám. Výzkum probíhá napříč krajskými ZZS a stanovišti v ČR.

Dotazník Vám zaručuje anonymitu – jediné osobní údaje, které je třeba vyplnit, jsou pohlaví, věk, pracovní pozice. Dotazník neshbírá e-mailové adresy, odpovědi jsou zaznamenány přímo u mě na zabezpečeném úložišti, zaměstnavatel odpovědi nevidí, nezná počet vyplněných dotazníků, dotazníky neshromažďuje a nemá k nim přístup. Data budou analyzována hromadně, tzn. nepůjde rozlišit, z jakého kraje či stanoviště respondenti jsou. Dotazník také můžete vyplnit až v klidu, např. doma. Není nutno jej vyplňovat v práci. V případě, že si účast během vyplňování rozmyslíte, lze dotazník zavřít a nedojde k odeslání. Odstoupit od vyplnění můžete kdykoliv, bez jakéhokoliv následku. Vyplněním dotazníku souhlasíte s účastí ve studii a anonymním zpracováním získaných dat a jejich publikací. Jeho vyplnění Vám zabere 10–15 minut. Dotazník můžete vyplňovat do 15. 4. 2025.

Práce je vedena Mgr. Kateřinou Svěcenou, Ph.D.; katerina.svecena@lf1.cuni.cz. V případě dotazů či nejasností mě prosím kontaktujte na e-mail: 55497435@cuni.cz. Mnohokrát Vám děkuji za Váš drahocenný čas, který jste si k vyplnění našli.  
Lenka Poláková

### Demografické údaje

- 1) Jsem
  - a. Muž
  - b. Žena
  - c. Jiné
- 2) Jaký je Váš věk?
- 3) Pracuji jako
  - a. Lékař
  - b. Zdravotnický záchranář
- 4) Pracovní úvazek:
  - a. HPP
  - b. Zkrácený úvazek
  - c. DPP/DPČ
- 5) U ZZS pracuji:
  - a. Méně než 1 rok
  - b. 1-4 roky
  - c. 5-10 let
  - d. 11-15 let
  - e. 16-20 let
  - f. 21 a více let
- 6) Pracujete také u jiného zaměstnavatele než ZZS?
- 7) V případě že ano, kde? (Není třeba uvádět konkrétního zaměstnavatele,

### Decision latitude – kontrola nad prací

- 8) Má práce vyžaduje učení novým věcem
  - a. Rozhodně souhlasím
  - b. Spíše souhlasím
  - c. Spíše nesouhlasím
  - d. Rozhodně nesouhlasím
- 9) Má práce zahrnuje hodně repetitivních (opakujících se) úkolů.
  - a. Rozhodně souhlasím
  - b. Spíše souhlasím
  - c. Spíše nesouhlasím
  - d. Rozhodně nesouhlasím
- 10) Má práce vyžaduje tvořivost
  - a. Rozhodně souhlasím
  - b. Spíše souhlasím
  - c. Spíše nesouhlasím
  - d. Rozhodně nesouhlasím
- 11) Má práce mi dovoluje ve velké míře samostatné rozhodování
  - a. Rozhodně souhlasím
  - b. Spíše souhlasím
  - c. Spíše nesouhlasím
  - d. Rozhodně nesouhlasím
- 12) V mé práci mám velmi málo svobody rozhodovat, jak budu svou práci provádět
  - a. Rozhodně souhlasím

- b. Spíše souhlasím
  - c. Spíše nesouhlasím
  - d. Rozhodně nesouhlasím
- 13) V mé práci dělám hodně různých věcí
- a. Rozhodně souhlasím
  - b. Spíše souhlasím
  - c. Spíše nesouhlasím
  - d. Rozhodně nesouhlasím
- 14) Je toho mnoho zajímavého v mé práci
- a. Rozhodně souhlasím
  - b. Spíše souhlasím
  - c. Spíše nesouhlasím
  - d. Rozhodně nesouhlasím
- 15) Mám příležitost učit se a získávat nové znalosti a dovednosti
- a. Rozhodně souhlasím
  - b. Spíše souhlasím
  - c. Spíše nesouhlasím
  - d. Rozhodně nesouhlasím

#### **Job demand – požadavky profese**

- 16) Má práce vyžaduje velkou rychlost
- a. Rozhodně souhlasím
  - b. Spíše souhlasím
  - c. Spíše nesouhlasím
  - d. Rozhodně nesouhlasím
- 17) Má práce vyžaduje velmi intenzivní pracovní výkon
- a. Rozhodně souhlasím
  - b. Spíše souhlasím
  - c. Spíše nesouhlasím
  - d. Rozhodně nesouhlasím
- 18) Nevyžaduje se po mně nadměrné množství práce
- a. Rozhodně souhlasím
  - b. Spíše souhlasím
  - c. Spíše nesouhlasím
  - d. Rozhodně nesouhlasím
- 19) Mám dost času na to abych práci stihl udělat
- a. Rozhodně souhlasím
  - b. Spíše souhlasím
  - c. Spíše nesouhlasím
  - d. Rozhodně nesouhlasím
- 20) Nejsou mi zadávány protikladné požadavky a příkazy
- a. Rozhodně souhlasím
  - b. Spíše souhlasím
  - c. Spíše nesouhlasím
  - d. Rozhodně nesouhlasím
- 21) Má práce vyžaduje dlouhé období intenzivní koncentrace na úkol

- a. Rozhodně souhlasím
  - b. Spíše souhlasím
  - c. Spíše nesouhlasím
  - d. Rozhodně nesouhlasím
- 22) Plnění mého úkolu je často přerušováno před dokončením s nutností věnovat mu pozornost později
- a. Rozhodně souhlasím
  - b. Spíše souhlasím
  - c. Spíše nesouhlasím
  - d. Rozhodně nesouhlasím
- 23) Má práce je hektická
- a. Rozhodně souhlasím
  - b. Spíše souhlasím
  - c. Spíše nesouhlasím
  - d. Rozhodně nesouhlasím
- 24) Čekání na dodělanou práci od jiných lidí nebo oddělení mne často zdržuje v mé činnosti
- a. Rozhodně souhlasím
  - b. Spíše souhlasím
  - c. Spíše nesouhlasím
  - d. Rozhodně nesouhlasím

### **Physical demand – fyzická zátěž**

- 25) Má práce je fyzicky namáhavá
- a. Rozhodně souhlasím
  - b. Spíše souhlasím
  - c. Spíše nesouhlasím
  - d. Rozhodně nesouhlasím
- 26) V práci často zvedám velmi těžká břemena
- a. Rozhodně souhlasím
  - b. Spíše souhlasím
  - c. Spíše nesouhlasím
  - d. Rozhodně nesouhlasím
- 27) Má práce vyžaduje rychlou a nepřetržitou fyzickou aktivitu
- a. Rozhodně souhlasím
  - b. Spíše souhlasím
  - c. Spíše nesouhlasím
  - d. Rozhodně nesouhlasím

### **Můj vztah k práci**

- 28) Při své práci často zažívám vysokou míru stresu
- a. Rozhodně souhlasím
  - b. Spíše souhlasím
  - c. Spíše nesouhlasím
  - d. Rozhodně nesouhlasím

- 29) Vnímám svou práci jako významný stresor ve svém životě
- Rozhodně souhlasím
  - Spíše souhlasím
  - Spíše nesouhlasím
  - Rozhodně nesouhlasím
- 30) Stres z práce u mě způsobuje fyzické příznaky (např. bolest, únava, poruchy spánku)
- Rozhodně souhlasím
  - Spíše souhlasím
  - Spíše nesouhlasím
  - Rozhodně nesouhlasím
- 31) Po ukončení směny přemýšlím o práci (i doma)
- Rozhodně souhlasím
  - Spíše souhlasím
  - Spíše nesouhlasím
  - Rozhodně nesouhlasím
- 32) Zažívám pocit uspokojení z mé práce
- Rozhodně souhlasím
  - Spíše souhlasím
  - Spíše nesouhlasím
  - Rozhodně nesouhlasím
- 33) Do práce chodím převážně rád
- Rozhodně souhlasím
  - Spíše souhlasím
  - Spíše nesouhlasím
  - Rozhodně nesouhlasím
- 34) Má práce je adekvátně finančně ohodnocena
- Rozhodně souhlasím
  - Spíše souhlasím
  - Spíše nesouhlasím
  - Rozhodně nesouhlasím
- 35) Jako povolání bych si znovu vybral práci na ZZS
- Rozhodně souhlasím
  - Spíše souhlasím
  - Spíše nesouhlasím
  - Rozhodně nesouhlasím

### **Pracovní podmínky**

Ohodnoťte prosím na škále 1-5, do jaké míry Vás tyto faktory stresují (1 = žádný stres, 5 = těžký stres)

- 36) Délka mé směny
- 37) Nepravidelné rozložení práce během směny
- 38) Noční směny
- 39) Tíha morální a právní zodpovědnosti
- 40) Čekání na výjezd na základně
- 41) Výjezdy – naléhavost 1

- 42) Výjezdy – naléhavost 2
- 43) Výjezdy – naléhavost 3
- 44) Neindikované výjezdy
- 45) Výjezd v nepříznivých podmínkách (děšť, mráz, vedro)
- 46) Dopravní situace (zácpy, nespolupracující řidiči)
- 47) Výjezdy k dětem a mladistvým
- 48) Spolupráce s lékařem na místě zásahu
- 49) Telefonická konzultace s lékařem
- 50) Spolupráce s LZS
- 51) Spolupráce s ostatními členy IZS
- 52) Absence zpětné vazby, zda-li jste pacienta léčili správně (od zdravotnického zařízení, lékaře..)
- 53) Zázemí stanoviště
- 54) Úklid vozidel
- 55) Pacient pod vlivem návykových látek (alkohol...)
- 56) Komunikace závažných zpráv s rodinou (smrt, paliativní péče)
- 57) Paliativně relevantní pacient
- 58) Úmrtí dospělého pacienta
- 59) Úmrtí dětského pacienta
- 60) Ponechání pacienta na místě zásahu
- 61) Předání pacienta – urgentní příjem
- 62) Předání pacienta – oddělení (interna...)
- 63) Nedostatek pochvaly a uznání
- 64) Hromadné postižení osob
- 65) Jiné faktory, které Vás stresují a chcete se k nim vyjádřit:
- 66) Jak často jste v průběhu posledních 12 měsíců pil/a alkohol?

### Alkohol

- 67) Každý den nebo téměř každý den (5-7krát týdně)
  - a. Několikrát týdně (3-4krát týdně)
  - b. Jednou nebo dvakrát týdně
  - c. Několikrát za měsíc (2-3krát měsíčně)
  - d. Jednou měsíčně
  - e. Méně než jednou měsíčně
  - f. Nepil/a (další otázky sekce alkohol nevyplňujte, na konci stránky stiskněte "Další")
- 68) Vypil/a jste v posledních 30 dnech při jedné příležitosti více než pět sklenic alkoholického nápoje?
  - a. Ano
  - b. Ne
- 69) Jak často vypijete pět nebo více sklenic alkoholického nápoje při jedné příležitosti? (1 sklenice = 0,5 l piva/2 dcl vína/3 dcl cideru/4 cl destilátu)?
  - a. Několikrát týdně (3-4krát týdně)
  - b. Jednou nebo dvakrát týdně
  - c. Několikrát za měsíc (2-3krát měsíčně)
  - d. Jednou měsíčně

- e. Méně než jednou měsíčně
- f. Nepil/a (další otázky sekce alkohol nevyplňujte, na konci stránky stiskněte "Další")

70) Jak často konzumujete alkohol po pracovní směně?

- a. Vždy
- b. Často
- c. Občas
- d. Zřídka
- e. Nikdy

71) V období zvýšeného pracovního stresu se má konzumace alkoholu:

- a. Zvýšila
- b. Zůstala stejná
- c. Snížila

### **Kouření (tabák a nikotinové výrobky)**

Cigarety, doutníky, e-cigarety, zahřívaný tabák (např. IQOS), nikotinové sáčky (např. VELO)

72) Jak často jste v průběhu posledních 12 měsíců užíval/a tabák nebo nikotinové produkty?

- a. Několikrát týdně (3-4krát týdně)
- b. Jednou nebo dvakrát týdně
- c. Několikrát za měsíc (2-3krát měsíčně)
- d. Jednou měsíčně
- e. Méně než jednou měsíčně
- f. Neužíval/a (další otázky sekce kouření nevyplňujte, na konci stránky stiskněte "Další")

73) Kolik denně vykouříte cigaret?

- a. Méně než 10
- b. 11-20
- c. 20-30
- d. Více než 30

74) Užíváte tabákové nebo nikotinové výrobky jako prostředek ke zvládnání stresu po pracovním dni?

- a. Ano, pravidelně
- b. Ano, občas
- c. Ano, zřídka
- d. Ne, nikdy

75) Užíváte během směny tabákové nebo nikotinové výrobky (po předání pacienta, mezi výjezdy..)?

- a. Ano
- b. Ne

76) V období zvýšeného pracovního stresu se mé užívání tabákových nebo nikotinových výrobků **během směny**:

- a. Zvýšilo
- b. Zůstalo stejné
- c. Snížilo

## **Psychoaktivní léky**

např. sedativa, hypnotika, anxiolytika, opioidní analgetika

- 77) Jak často jste během posledních 12 měsíců užíval/a psychoaktivní léky vázané na předpis?
- Několikrát týdně (3-4krát týdně)
  - Jednou nebo dvakrát týdně
  - Několikrát za měsíc (2-3krát měsíčně)
  - Jednou měsíčně
  - Méně než jednou měsíčně
  - Neužíval/a (další otázky sekce psychoaktivní léky nevyplňujte, na konci stránky stiskněte "Další")
- 78) Jak často užíváte tyto léky po pracovním dni?
- Vždy
  - Často
  - Občas
  - Zřídka
  - Nikdy
- 79) V období zvýšeného pracovního stresu se mé užívání psychoaktivních léků
- Zvýšilo
  - Zůstalo stejné
  - Snížilo
- 80) Když jste naposledy užíval/a psychoaktivní léky, užíval/a jste je v souladu s doporučením lékaře, lékárníka nebo příbalového letáku (tj. dodržoval/a jste doporučené dávkování, nekombinoval/a s jinými léky či alkoholem apod.)?
- Ano
  - Ne
- 81) Psychoaktivní léky vázané na předpis jsem získal:
- U lékaře
  - U lékaře – známého
  - U kamaráda/znamého

## **Nelegální drogy**

např. marihuana, kokain, pervitin, opioidy...

- 82) Jak často jste v průběhu posledních 12 měsíců užíval/a nelegální drogy?
- Několikrát týdně (3-4krát týdně)
  - Jednou nebo dvakrát týdně
  - Několikrát za měsíc (2-3krát měsíčně)
  - Jednou měsíčně
  - Méně než jednou měsíčně
  - Neužíval/a (další otázky sekce nelegální drogy nevyplňujte, na konci stránky stiskněte "Další")
- 83) Jakou látku jste užíval/a?
- 84) Užil/a jste někdy návykovou látku injekčně?
- 85) Pokud jste tyto látky někdy užíval/a, bylo to někdy s cílem zmírnit stres nebo uvolnit se po práci?
- Ano

- b. Ne
- 86)** V období zvýšeného pracovního stresu se mé užívání těchto návykových látek:
- a. Zvýšilo
  - b. Zůstalo stejné
  - c. Snížilo

### **Důvody užívání návykových látek**

Pokud návykové látky neužíváte, nevyplňujte tuto sekci, na konci stránky stiskněte "Další".

- 87)** Užíváte návykové látky při směně?
- a. Ano
  - b. Ne
- 88)** V případě že ano, proč?
- 89)** Jaké pocity nebo důvody Vás nejčastěji vedou k tomu, že užíjete návykové látky?
- a. Abych se uklidnil/a, když mám nervy
  - b. Když mám špatnou náladu nebo se cítím pod psa
  - c. Když potřebuju na chvíli vypnout a odpočinout si
  - d. Když chci mít lepší náladu
  - e. Když mám hodně energie nebo se chci více bavit
  - f. Ze zvyku, prostě proto, že jsem si už zvykl/a
  - g. Když se potřebuju nabít energií
  - h. Jiné...
- 90)** V jakých situacích nejčastěji užíváte návykové látky?
- a. Když přijdu domů z práce
  - b. Když mám volno nebo jsem na dovolené
  - c. Když jsem s přáteli nebo ve společnosti
  - d. Po náročném dni nebo po těžké směně
  - e. Na oslavách nebo při speciálních příležitostech
  - f. Když jsem sám/sama a chci si odpočinout
  - g. Jiné...
- 91)** Návykové látky mi pomáhají odpočinout si po práci
- a. Určitě ano
  - b. Spíše ano
  - c. Spíše ne
  - d. Určitě ne