

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

Syndrom vyhoření a postoje ke smrti u příslušníků

ZZS A HZS

The Burnout Syndrome and Death Attitudes of Paramedics
and Firefighters



Magisterská diplomová práce

Autor:

Bc. Tereza Šrajeróvá

Vedoucí práce:

Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Olomouc

2020

Děkuji vedoucímu mé diplomové práce Mgr. Martinu Kupkovi, Ph.D. za pomoc a podporu, kterou mi během psaní práce poskytl. Také děkuji mé rodině za trpělivost a péči, kterou mi všichni věnovali. Děkuji mému příteli, který mě podporoval i v náročnějších chvílích. V neposlední řadě děkuji také všem respondentům, kteří se ochotně zúčastnili výzkumu, a vedoucím ZZS a HZS složek, kteří byli velmi vstřícní a umožnili šíření dotazníkového šetření.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma:

„Syndrom vyhoření a postoje ke smrti u příslušníků ZZS a HZS“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V dne

Podpis

OBSAH

| | |
|---|----|
| OBSAH..... | 3 |
| ÚVOD..... | 5 |
| TEORETICKÁ ČÁST | 6 |
| 1 SYNDROM VYHOŘENÍ..... | 6 |
| 1.1 Charakteristika..... | 6 |
| 1.2 Fáze vyhoření | 7 |
| 1.3 Příčiny vyhoření a související faktory | 9 |
| 1.3.1 Příčiny a rizikové faktory | 9 |
| 1.3.2 Salutoprotektivní faktory | 11 |
| 1.4 Příznaky | 13 |
| 1.5 Prevence | 15 |
| 1.6 Diagnostika a terapie | 17 |
| 2 VNÍMÁNÍ SMRTI | 20 |
| 2.1 Smrt a umírání | 20 |
| 2.2 Konečnost, život po smrti a víra..... | 22 |
| 2.2.1 Konečnost života..... | 22 |
| 2.2.2 Život po smrti..... | 23 |
| 2.3 Smrt a umírání v minulosti..... | 25 |
| 2.4 Smrt v ČR..... | 28 |
| 2.5 Pojetí smrti v psychologii..... | 29 |
| 2.6 Postoje ke smrti | 33 |
| 2.6.1 Postoje ke smrti z hlediska vývoje..... | 33 |
| 2.6.2 Strach ze smrti | 36 |
| 2.6.3 Měření postojů ke smrti | 37 |
| 3 INTEGROVANÝ ZÁCHRANNÝ SYSTÉM | 39 |
| 3.1 Zdravotnická záchranná služba | 41 |
| 3.2 Hasičský záchranný sbor ČR..... | 45 |
| 4 SOUČASNÝ VÝZKUM | 49 |
| 4.1 Výzkum v oblasti syndromu vyhoření u ZZS & HZS..... | 49 |
| 4.2 Výzkum v oblasti postojů ke smrti u ZZS & HZS | 53 |
| VÝZKUMNÁ ČÁST..... | 57 |
| 5 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍLE PRÁCE..... | 57 |

| | | |
|--------|--|-----|
| 6 | HYPOTÉZY A VÝZKUMNÉ OTÁZKY | 58 |
| 6.1 | Hypotézy..... | 58 |
| 6.2 | Výzkumné otázky | 60 |
| 7 | METODOLOGICKÝ RÁMEC | 61 |
| 8 | METODY ZÍSKÁVÁNÍ DAT | 62 |
| 8.1 | Testové metody | 62 |
| 8.1.1 | Dotazník vlastní konstrukce..... | 62 |
| 8.1.2 | Death Attitudes Profile-Revised | 62 |
| 8.1.3 | Dotazník BM – psychického vyhoření | 64 |
| 8.2 | Kvalitativní metody | 65 |
| 9 | SBĚR DAT | 66 |
| 9.1 | Sběr kvantitativních dat..... | 66 |
| 9.2 | Sběr kvalitativních dat..... | 66 |
| 10 | VÝZKUMNÝ SOUBOR | 67 |
| 10.1 | Výzkumný soubor kvantitativní části..... | 67 |
| 10.2 | Výzkumný soubor kvalitativní části..... | 69 |
| 11 | ANALÝZA DAT | 70 |
| 12 | ETIKA VÝZKUMU | 72 |
| 13 | VÝSLEDKY | 74 |
| 13.1 | Výsledky kvantitativní části | 74 |
| 13.1.1 | Zkoumání normality a výsledky dotazníku vlastní konstrukce | 74 |
| 13.1.2 | Výsledky ověření platnosti statistických hypotéz..... | 77 |
| 13.2 | Výsledky kvalitativní části | 83 |
| 13.2.1 | Výsledky ZZS | 83 |
| 13.2.2 | Výsledky HZS..... | 90 |
| 13.2.3 | Zodpovězení výzkumných otázek | 96 |
| 14 | DISKUZE | 98 |
| 15 | ZÁVĚRY | 105 |
| | SOUHRN..... | 107 |
| | SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ..... | 110 |
| | SEZNAM PŘÍLOH | 121 |

ÚVOD

Integrovaný záchranný systém (IZS) je nepostradatelným konceptem v naší společnosti. Příslušníci složek IZS jsou lidé, kteří dennodenně pracují pro druhé. Obdivujeme, ctíme je a jsme vděční, že taková pomoc je pro nás vždy dostupná. Z mého pohledu je proto velmi důležité věnovat pozornost samotným příslušníkům. Integrovaný záchranný systém se skládá z několika složek. Tato práce se zabývá příslušníky z dvěma z nich: Zdravotnickou záchrannou službou (ZZS) a Hasičským záchranným sborem České republiky (HZS). ZZS i HZS mají své vlastní předpisy a odlišná pravidla, přesto jsou si tolik blízcí. V terénu jde přeci oběma o stejné základní úkoly: zachránit, pomoci. Často spolupracují, aby řešené situace dopadly co nejlépe. Stresové situace, které příslušníci zažívají, jsou jedním z rizikových faktorů vzniku nežádoucích stavů. V diplomové práci se snažíme nahlédnout do světa příslušníků ZZS a HZS v rámci dvou témat, a to syndromu vyhoření a postojů ke smrti. Jedná se o stejná témata jako v autorčině bakalářské diplomové práci, kde šlo o zaměstnance z hospiců. Nyní se však podíváme na práci těch, kteří řeší akutní situace, někdy i tváří v tvář smrti – ale úplně jinak, než je tomu v paliativní oblasti.

Sama autorka jela nedávno sanitkou jako pacientka. Během administrativy, kterou prováděl jeden ze záchranářů posádky, krátce konverzovala na téma syndromu vyhoření. Pan záchranář jí to řekl asi takto: *“Víte, na záchranku nastupujete s ideálem toho, jak budete zachraňovat životy a jaký hrdina budete... a pak zjistíte, že to tak vůbec není. A buď se s tím smíříte a berete tu práci tak, jak je, nebo to nedopadne dobře...”*

Už jenom tento stav je potencionálním faktorem pro rozvoj vyhoření, jelikož dochází ke zklamání a nenaplnění očekávání záchranáře. Jsou tedy záchranáři opravdu rizikovou skupinou, která vykazuje známky vyhoření? A jak to mají hasiči, pokud bereme v potaz, že jejich základní úkol je velmi podobný? V diplomové práci se snažíme o této problematice zjistit více. Zároveň chceme zmapovat postoje ke smrti záchranářů a hasičů. Tito se totiž se smrtí pravidelně setkávají, a pokud by například měli ze samotné smrti obavy a situace s ní spojené jim způsobovaly chronický stres, i to by mohlo vést k nežádoucímu stavu, jakým je například syndrom vyhoření.

TEORETICKÁ ČÁST

V teoretické části práce jsou popsána témata syndrom vyhoření a postoje ke smrti, je charakterizován Integrovaný záchranný systém, hlavně ZZS a HZS, a jsou vystihnuty výzkumy relevantní diplomové práci. Nutno dodat, že některé kapitoly v teoretické části jsou převzaté z bakalářské diplomové práce autorky (Šrajerová, 2018), jelikož se tematicky shoduje.

1 SYNDROM VYHOŘENÍ

Syndrom vyhoření je již poměrně dobře známým termínem mezi odborníky, ale i mezi laickou veřejností. Ne všichni si však pod pojmem představí to, čím skutečně je. V kapitole je popsána charakteristika tohoto syndromu, fáze postupujícího syndromu, možné příčiny a související faktory, projevy, prevence a možnosti diagnostiky a léčby. V této kapitole jsme převzali některé části z bakalářské práce autorky (Šrajerová, 2018).

1.1 Charakteristika

Syndrom vyhoření, též „burnout syndrome“, je charakterizován jako doslovné fyzické, emocionální a mentální vyčerpání (Křivohlavý, 1998). Současně je přítomný cynický, distancovaný postoj a snížený pracovní výkon. Vyhoření je následkem chronické zátěže, jež může být emoční či mezilidská. Nejčastěji vzniká během intenzivního nasazení pro druhé (Pochkamp, 2013). Kebza (2009) v definici zmiňuje ještě zklamání a demotivaci, které jsou vztažené k vykonávané profesi. Stav vyhoření je podle něj důsledkem vícero okolností. Za nejdůležitější však považuje vliv *chronického stresu*, přesvědčení, že *výsledek se po značném úsilí neobjeví* a ani není možné jej dosáhnout, a *rezignaci*.

O definici se pokusilo hned několik autorů (Pines & Aronson, Maslach & Jacksonová, Cherniss, Alexandrová a další), poprvé tento termín ale použil Hendrich **Freudenberger** v 70. letech 20. století. Přesto byla problematika tohoto jevu známa již dlouho předtím (Křivohlavý, 2012). Syndrom vyhoření byl nejdříve spojen se zdravotnickou péčí, konkrétně se zdravotními sestrami v hospicích. Vyhoření se ale vyskytuje také ve školství, hospodářské a administrativní oblasti, sféře sociální péče a sociálních služeb a dalších profesních zaměřeních. Vyhoření se může rozvinout v podstatě v každé situaci. Může se objevit i v rodině (Křivohlavý, 1998).

Vyhoření je charakterizováno únavou, bezmocí spojenou s beznadějí a plíživostí. **Únava** je patrná hlavně v oblasti emocí, kdy je vyhořelý jedinec nedůvěřivý a necitlivě otrlý vůči lidem, kterým má pomáhat. Tito lidé ho někdy až otravují nebo je k nim lhostejný. **Bezmocnost & beznaděj** znamená, že vyhořelý člověk vidí svou budoucnost velmi černě. Pokud stav vyhoření přetrvává, zvyšuje se také náchylnost k somatickým onemocněním. **Plíživost** přibližuje to, že proces vzniku a rozvoje syndromu trvá většinou několik let. Samotný člověk si proto nemusí žádných změn ani všimnout (Baštecká et al., 2003).

Burnout syndrom je podobný příznakům **stresu**. Můžeme říci, že syndrom vyhoření je důsledek chronického stresu. V první fázi vyhoření lze totiž jen velice těžko rozeznat, zda se jedná o stres nebo o vyhoření (Stock, 2010). S tím souhlasí i Pešek & Praško (2016, 15), kteří uvádí, že „*Syndrom vyhoření je stav celkového vyčerpání v důsledku dlouhodobého intenzivního stresu*“. Křivohlavý (2012) dále vysvětluje, že burnout se na rozdíl od stresu objeví pouze u lidí s intenzivním zaujetím jejich práce, kteří mají vysoká očekávání a velkou výkonovou motivaci. Také uvádí, že burnout má kořeny v existenciální potřebě věřit, že náš život je smysluplný a věci, které děláme, jsou užitečné. V jistém smyslu se každý člověk potřebuje cítit trochu jako hrdina, pokud ale selhává, vyhoří. Někdy je tedy burnout v podstatě důsledek selhání při hledání smyslu života.

Pro lepší porozumění tomu, co je stres a co je již vyhoření uvádíme myšlenky pana Špoka v rozhovoru pro ČT24 (2014). Ten tvrdí, že syndrom vyhoření nemá pevně dané hranice. Problém je nutno vnímat jako **kontinuum** mezi běžnou únavou, větší únavou ze stresu a poté vyhořením.

1.2 Fáze vyhoření

Různí autoři si představují pod rozvojem syndromu vyhoření různé fáze a stadia. V této kapitole je představeno pojetí Freudembergera & North, Maslachové, Längleho a Edelwicha & Brodského.

Již samotný **Freudenberg** spolu s **North** (1985, in Honzák, 2015) definovali rozvoj syndromu vyhoření. Vnímají jej jako **12fázový cyklus**, který nemusí jít nutně za sebou tak, jak je popsáno. Zároveň není nutné, aby se projevil naprosto všechny fáze. Nejdříve je dle autorů tzv. *nutkavá snaha po sebeprosazení*, která má často vývoj až do patologického nutkání. Poté člověk začíná *pracovat více a tvrději*. Chce a musí dokázat sobě i ostatním, že v práci zvládne vše, předvádí, že je nenahraditelný. Všechn čas a snahu věnuje práci, nemá proto již energii na nic jiného a *přehlíží potřeby druhých*. Následně si začíná

uvědomovat, že je něco v nepořádku, ale neví co. Dochází k *přesunutí konfliktu* a objevení prvních tělesných známek stresu. Jedinec se izoluje, popírá své potřeby a *posouvá své hodnoty*. První příčky žebříčku hodnot obsazuje práce a vše kolem práce. Začíná být netolerantní vůči okolí a obviňuje čas za vznik jeho problémů, je ve fázi *popírání vznikajících problémů*. Pokud postupuje cyklem dále, za tvrdou práci si nyní dopřává patologické odměny (např. drogy, alkohol, prášky na uklidnění) a je v sociální izolaci, ve *stažení*. Nastává fáze, kdy jsou zcela *patrné změny chování* pro kolegy, rodinu, přátele a další lidi. Dostává se do fáze *depersonalizace*, kdy ztrácí kontakt se svými potřebami a se sebou samým. Ve *vnitřní prázdnotě* se objevuje patologické chování (např. přejídání, sex překračující běžné sociální meze). Dochází k prožívání *deprese* zahrnující psychické i fyzické projevy nemoci, dochází i ke ztrátě smyslu. Poslední fází je samotný *syndrom vyhoření*, což znamená celkový psychický i tělesný kolaps.

Jednodušší **model** uvádí **Ch. Maslachová**, která hovoří o **4 fázích**. Prvním stadiem je idealistické nadšení z práce a přetěžování, poté přichází emocionální a fyzické vyčerpání, následuje dehumanizace druhých lidí jako obrana před vyhořením (napadání druhých). Vyvrcholením je takzvané terminální stádium, ve kterém se dotyčný staví proti všem a všemu a burnout se naplno projevuje, dochází k sesypání se. Autoři **Leiter & Maslachová** naznačují, že nejprve se v procesu vyhoření objevuje emocionální vyčerpání, které vede k depersonalizaci a následně ke snížení pracovního výkonu.

A. Längle zase popisuje **3 fáze** vyhoření. Nejprve člověk prožívá fázi nadšení s určitými cíli, práce je pro něj smysluplnou činností. Ve druhé fázi je pro člověka cílem nějaký vedlejší produkt, původní cíle se postupně vzdalují. Jedná se například o peníze. Člověk pracuje kvůli těmto přínosům, není to již jeho smysl života. Poslední fází je takzvané „život v popeli“, který je charakteristický ztrátou úcty k hodnotě druhých lidí, věcí a cílů a také ztrátou úcty k vlastnímu životu. Člověk se nachází v existenciálním vakuu, v pro něj bezesmyslném životě (Křivohlavý, 2012).

Známým modelem je **5fázový** průběh burnout syndromu vytvořený **Edelwiche** a **Brodským**. První fází je *idealistické nadšení*. Člověk pracuje s nadměrným nasazením, má velké ideály, do práce dává velké množství energie, klade na sebe nereálné nároky. Dochází k nerovnováze mezi umírněností a odpovídající kompenzací. Druhou fází je *stagnace*. Zahrnuje přehodnocení daných ideálů, dotyčný prožívá i nějaká zklamání. Práce není pro člověka už tolik naplňující ani vzrušující. Dříve nedůležité věci jsou pro něj už

důležité – jedná se například o plat. Pracovník zatím není nijak zasažen syndromem a pro okolí nevykazuje viditelné známky. Třetím stádiem je *frustrace*. Zde člověk už pochybuje o smyslu jeho nasazení do práce. Roste jeho zklamání, zjišťuje, jakým způsobem jsou jeho možnosti v práci v reálu omezené. Předposlední fází je *apatie*, která znamená vnitřní rezignaci. Člověk již dělá práci jen takovou, která je nezbytně nutná, často nemá vyhlídky na žádnou změnu. Nadšení se vytratilo, může se objevit spíše pocit zoufalství. Posledním stádiem je samotné *vyhoření*, kdy dochází k naprostému vyčerpání s rizikem suicidálních myšlenek (Stock, 2010).

Každý autor pojímá rozvoj vyhoření po svém. Všechny tyto modely mají ale společné, že na začátku popisují určitý druh zaujetí z práce, nadšení, které ale v jistém momentě začíná upadat. A pokud vymizí úplně, dojde k úplnému vyčerpání člověka, jeho vyhoření.

1.3 Příčiny vyhoření a související faktory

V této kapitole jsou popsány příčiny syndromu vyhoření a také faktory, které ovlivňují riziko vzniku a rozvoje syndromu. Dále je zde podkapitola o salutoprotektivních faktorech.

1.3.1 Příčiny a rizikové faktory

Sám **Freudenberger** považoval za nejpodstatnější faktory vyhoření nezkrotnou touhu po společenském uznání; nereálné požadavky na vztahy mezi lidmi; představu, že vše musí jít jako po másle; příliš rychlé nesprávné závěry o tom, jak se věci mají; kladení důrazu na věci, které jsou nepodstatné; přehánění a zveličování problémů; vyrábění nesprávného celku z jednoho detailu; černobílé myšlení a braní věcí osobně (Honzák, 2015).

Henning a Keller (1996, in Baštecká et al., 2003) vnímají **příčiny** vyhoření ve **třech zdrojích**. Tím prvním zdrojem je samotný jedinec (například negativní myšlení či nezdravý způsob života), druhým je samotná organizace, ve které jedinec pracuje (špatné pracovní podmínky či organizace práce) a posledním zdrojem je společnost (složení klientely, malé společenské ohodnocení). S tím víceméně souhlasí i Pešek & Praško (2016), kteří připomínají, že syndrom vyhoření vznikne *při souhře rizikových faktorů*, a to ze strany osobnosti jedince, ze strany pracovní sféry takového člověka a ze strany jeho mimopracovního života. Ze *strany osobnosti* uvedme například osobnost typu A, perfekcionismus, anankastické rysy, nízké sebevědomí, vysokou míru empatie, neschopnost relaxace, nízkou míru asertivity či nadměrná očekávání a nadšení. Z *pracovní oblasti* se jedná například o špatnou organizaci práce, nadměrné množství vykonávané

práce, práci s obtížnými klienty, nedostatečnou prestiž dané profese, nedostatečnou finanční odměnu nebo jednotvárnost práce. *Mimopracovní sféra* potom zahrnuje rizikové faktory, jakými jsou absence partnera, konfliktní či jinak problematické partnerství, nedostatek pohybu, nedostatek přátel, těžké životní události, ale i nevhodné podmínky existence.

Jak jsme již uvedli, rozvoj syndromu vyhoření je ovlivněn faktory na straně osobnosti jedince, jelikož osobnost představuje důležité postoje, normy a hodnoty. Tyto mají vliv na chování a prožívání profesního života (Poschkamp, 2013). Křivohlavý (2009) uvádí, u kterých lidí se nejčastěji objevují příznaky psychického vyhoření. Jedná se o lidi, kteří byli nejprve velice nadšeni prací, ale časem nadšení opadlo. Také o ty, co na sebe kladou příliš vysoké nároky, pracují nad úroveň jejich kapacity, u lidí původně nejvýkonnějších, nejdopovědnějších a nejpečlivějších. Vyšší riziko vyhoření mají také lidé perfekcionisti, workoholici, ti, kteří berou neúspěch jako osobní porážku a ti, kteří přiměřeně nerelaxují. Riziko se také zvyšuje u člověka žijícího v dlouhodobých konfliktech s lidmi.

Uvedeným rizikovým faktorem ze strany osobnosti je takzvaná osobnost typu A. Friedman & Rosenman přišli s teorií určitých vzorců chování, které ovlivňují onemocnění a psychický stav. Hovoří tak o **chování typu A**, které představuje jednání a prožívání člověka, který se chronicky a nepřetržitě snaží dosáhnout stále více, nejlépe v čím dál kratším čase. Jedná se o zlostné netrpělivé chování, které může být spojeno s rizikem srdečních infarktů (Baštecká & Mach et al., 2015). Osobnost s takovým chováním nazýváme *osobností typu A* a tato je charakterizována přehnanou zodpovědností, ctižádostivostí a častou přepracovaností. Dominantní je touha po úspěchu, po výhře a po vyšší životní úrovni. Většinou se u nich objevuje nervozita (Pešek & Praško, 2016). Stock (2010) shrnuje, že chování typu A podporuje vznik vyhoření, jelikož se dotyčný často sám přetěžuje a má nadměrné pracovní nasazení. Povahové faktory mohou burnout způsobit, zesílit, často ale působí spolu s vnějšími stresory. Studie Škodové (2016) také ukazuje, že studenti z jejího výzkumu mající vyšší hodnoty charakteristik osobnosti typu D, měli zároveň vyšší hodnoty syndromu vyhoření. Osobnost typu D je typická prožíváním negativních emocí a sociální inhibicí, též používáním maladaptivních copingových strategií.

Obecně lze v rámci rizikových faktorů říci, že se jedná o takové situace, kdy pracovník více dává, než přijímá (Křivohlavý, 1998). Stock (2010) konstatuje, že vyhoření je

ovlivněno délkou a intenzitou působení stresorů. Pokud je nějaký člověk vůči stresu celkem odolný, může se stát, že při chronickém stresu dojde jeho síla a vyhoří. Na druhou stranu nelze podceňovat vliv takzvaných *daily hassles*, které zahrnují každodenní maličkosti působící trable hlavně v rámci jejich souhrnu.

1.3.2 Salutoprotektivní faktory

Salutogeneze (z lat. salut – zdraví, blaho) si pokládá otázku, proč někteří lidé zůstanou zdraví i za nepříznivých podmínek (Poschkamp, 2013). Salutogeneze vede k podpoře a rozvoji zdraví. Hovoříme také o salutoprotektivních faktorech, které pomáhají ke zdravému zvládnutí různých překážek, ke zvládnutí nepříznivé situace. Nepříznivou situaci může být i samotný stres a to, jak k němu přistupujeme, označujeme jako „coping“ (Křivohlavý, 2009). V této podkapitole jsou popsány vybrané teorie, které souvisí se salutoprotektivními faktory a zajímají nás u syndromu vyhoření.

Resilience, česky **nezdolnost**, má vliv na zvládání těžkostí. Znamená pružnost, nezlomnost, schopnost rychle se vzpamatovávat. S termínem přišla E. Wernerová během výzkumu dětí na ostrově Kauai. Část dětí pocházela z chudých poměrů. Po dlouhodobém sledování se ale zjistilo, že i přes tyto podmínky děti dožrály v kompetentní občany a úspěšně zvládly těžkou situaci. Později se zjistilo, že v nezdolnosti jde o spojení autonomie dítěte a schopnosti požádat o pomoc druhé během těžké životní situace. Nezdolnost v určité oblasti ale neznamená automaticky nezdolnost v dalších oblastech (Křivohlavý, 2009).

Předpokladem resilience je určitý osobnostní styl, takzvaně **odolnost**. Člověk, který je odolný, využívá strategie specifické jejich kognitivní, emoční a behaviorální složkou. Charakteristickými rysy odolné osobnosti jsou angažovanost, pocit kontroly nad situací a vnímání výzvy (Maddi, 1987, in Thorová, 2015). Odolnost ale někteří autoři vnímají jako ekvivalent k resilienci (například Baštecká). „*Pojmem resilience se rozumí proces, schopnost i výsledek úspěšné adaptace člověka, vzdor nepříznivým či ohrožujícím podmínkám*“ (Wernerová, 1997, in Baštecká, 2015, 686). Honzák (2015) pojímá odolnost jako vlastnost a pojem nezdolnost vnímá právě jako synonymum. Tvrdí, že podmínkou odolnosti je neustálá pozornost nad tím, co se děje a schopnost řešit nové problémy kreativním způsobem. Odolní lidé jsou v kontaktu se svými pocity, jsou si vědomi situace a chování ostatních. Vnímají život jako velkou výzvu.

Se zajímavou teorií nezdolnosti přišel na základě výzkumu A. Antonovsky, který hovoří o osobnostní charakteristice nazvanou **koherence** – smysl pro integritu, také **sense of coherence - SOC**. Koherenci chápe jako sociální pospolitost (soudržnost skupiny), také jako vnitřní soulad osobnosti člověka. Termín definuje třemi základními dimenzemi. První, *srozumitelnost*, je kognitivní složka SOC. Jedná se o to, jak lidé rozumí logicky pochopitelným věcem. Druhou dimenzí je *smysluplnost*. Je to motivace osoby k životnímu cíli. Poslední dimenzí je *zvládnutelnost*. Jde zde o to, jak osoba vnímá možnosti, které se jí naskýtají ke zvládnutí požadavků. Zvládnutelnost je činnostní stránka SOC. Antonovsky vyvinul i diagnostickou metodu zjišťující SOC a prokázal, že lidé s vyšším SOC zvládají stres a životní těžkosti lépe (Křivohlavý, 2009).

Nezdolnost je popisována ještě v pojetí **hardiness** autorky S. Kobasové. Nezdolnost charakterizuje třemi vlastnostmi a vnímá ji jako takzvaně osobnostní tvrdost. Prvním rysem je *vložení se, commitment*. Je to angažování se do věcí s vírou, smyslem práce, smyslem rodiny a života. Další charakteristikou je *vláda, control* neboli to, jakou má člověk kontrolu nad svým životem. Poslední vlastností je to, zda člověk chápe životní těžkost jako *výzvu k boji* – neboli *challenge*. Lidé s vyššími hodnotami hardiness rovněž zvládají těžkosti lépe. Na hardiness je nahlíženo jako na dispoziční složku resilience (Baštecká & Mach et al., 2015).

Julian Rotter publikoval v roce 1966 svou teorii o **LOC – locus of control**, česky místo řízení. Podle něj existují lidé, kteří čerpají ze sebe, vycházejí z vlastních možností a dovedností, využívají vlastní iniciativu, mají chuť bojovat, mají vnitřní osobní ohnisko řízení vlastní aktivity. Tuto skupinu nazývá lidmi s interním LOC - místem řízení. Do druhé kategorie spadají lidé, kteří věří, že jejich situace se vyřeší sama, že nezáleží na jejich jednání, řešení situace tedy očekávají z vnějšku. Nazývá je lidmi s externím LOC - místem řízení. Někde mezi těmito body leží všichni lidé. Na podkladě této teorie se například zjistilo, že míra svobody a odpovědnosti je v přímé úměře ke zdravotnímu stavu (Křivohlavý, 2009). Pocit svobodné vůle je posilující faktor a pomáhá tak člověku překonávat obtížné životní události (Honzák, 2015).

V předchozí podkapitole jsme popsali chování typu A. Opačným projevem je **chování typu B**, kdy se člověk chová uvolněně, klidně, je spokojený, nespěchá. Intelektově jsou na tom stejně nebo i lépe než lidé s chováním typu A. Na druhou stranu tito lidé častěji vykazují sklony k depresi a neuróze (Baštecká & Mach et al., 2015).

Na straně osobnosti se také hovoří o **optimismu** a **humoru**. Lidé optimističtí se cítí lépe, podněcují svou zranitelnost nebo příznivě hodnotí svou schopnost prevence vůči zranitelnosti. Zdá se, že se optimismus váže ke zdraví. U humoru velice záleží na jeho stylu v konkrétních situacích. Prostřednictvím humoru lze přispět k osobní pohodě, může prospívat ostatním, ale může také škodit. Styly, které se vztahují ke zdraví a ke zvládnání stresu v pozitivním slova smyslu, jsou zaměřeny spíše na sebe a podporují zdraví, pokud přispívají k celkovému stylu osobnosti, který je založen na optimismu, štěstí a naději (Baštecká & Mach et al., 2015). S humorem souvisí **smích**, který dle Honzáka (2015) odstraňuje příznaky stresu, jelikož brzdí produkci stresových hormonů, a naopak stimuluje mozkové opioidy, které mají zklidňující účinky. Posiluje sebedůvěru a optimismus, ochotu k učení, sebekázeň, protistresové systémy a v neposlední řadě zlepšuje mezilidskou komunikaci.

Důležitým protektivním faktorem je také **sociální opora** jedince. Cohen & Wills (1993, in Křivohlavý, 2009) definují sociální oporu jako jakýsi tlumící systém, který slouží jako ochrana lidí vůči potencionálnímu patologickému vlivu různých stresových událostí. Krause (1989, in Křivohlavý, 2009) zase hovoří o tom, že pokud jsme si vědomi toho, že jsou tu lidé, kteří jsou připraveni nám pomoci, vzniká u nás pocit jistoty. Ten nám usnadňuje podstoupení celého rizika a povzbuzuje nás, abychom se nebáli problém řešit sami. Sociální opora člověka motivuje ke zvládnutí zátěžové situace, posiluje sebedůvěru, zvyšuje celkové sebehodnocení, navozuje u jedince kladné emoce, odvádí jeho myšlenky na jiné, posiluje snahu o zvládnání situace. Důležitá je také funkce praktická, kdy sociální opora například umožní člověku prožití odpočinku, jiných aktivit, poskytne mu důležité informace, pomoc při získání různých služeb, které mu pomohou (Mareš et al., 2002). Pro shrnutí je výstižná citace Peška & Praška (2016, 157): „*Lidé, kteří žijí ve spokojeném vztahu a mají dostatek přátel, jsou v životě spokojenější, odolnější vůči stresu a méně ohroženi syndromem vyhoření.*“.

1.4 Příznaky

V této kapitole jsou popsány příznaky syndromu vyhoření v pojetí Křivohlavého, Kebzy a Peška & Praška.

Křivohlavý (2009) dělí příznaky na subjektivní a objektivní. K **subjektivním** příznakům patří mimořádná únava, snížené sebehodnocení (self-esteem), pocit snížené profesionální kompetence, špatná koncentrace pozornosti, snadné podráždění, negativismus. Člověk má

pocit, že nemá žádnou hodnotu, nemá sílu, energii ani nadšení. Neví, co se sebou dělat, neví, jak řešit problémy. I nenáročná činnost je pro něj nesmírně těžká a vše ho zatěžuje. Žije v napětí, chybí mu ideje, naděje, plány. K **objektivním** příznakům se řadí především snížená celková výkonnost, která probíhá řadu měsíců. Tento symptom pozoruje i okolí jedince.

Symptomy bychom mohli rozdělit na psychické, fyzické a sociální (Kebza, 2009).

Mezi **psychické** příznaky bychom řadili:

- pocity zklamání, marnosti,
- pocit vyčerpání,
- celkový útlum,
- snížení kreativity,
- snížení spontaneity,
- nechůť k práci (vykonávané činnosti) a ke všemu, co s ní souvisí,
- pocity smutku a frustrace,
- celkově depresivní ladění,
- sebelítost, pocit bezvýchodnosti,
- projevy negativismu a hostility,
- cynismus.

Mezi **fyzické** příznaky řadíme:

- únavu, unavitelnost,
- poruchy spánku,
- bolesti hlavy,
- napětí,
- riziko závislosti,
- potíže v zažívání.

Mezi **sociální** příznaky potom:

- celkové snížení sociability,
- vyhýbání se osobám souvisejícím s prací (vykonávanou činností),
- nízká empatie,
- postupné narůstání konfliktů,
- nezájem, lhostejnost, sociální apatie k okolí.

Pešek & Praško (2016, 20) hovoří o příznacích z pohledu myšlenek, emocí, tělesných reakcí a pozorovatelného chování. Co se týče **myšlenek**, uvádí příklad myšlenek člověka trpícím syndromem vyhoření: „*Tolik se snažím, a přitom to je k ničemu.*“, nebo „*Co zase ti klienti a kolegové chtějí?!*“. V **emocích** je značná marnost, bezmoc, pocity křivdy, zlost, strach, zklamání, ale i sebelítost. Na úrovni **těla** je typické celkové napětí, únava, nesoustředěnost, zažívací potíže, bolesti hlavy, zad a krční páteře a poruchy spánku. Pozorovatelné **chování** znamená například podrážděné reakce, emoční infikování dalších kolegů, vyhýbání se klientům a kolegům či zhoršenou schopnost rozhodování.

1.5 Prevence

Následující kapitola je věnována prevenci syndromu vyhoření z různých pojetí.

Křivohlavý (2012) popisuje **interní individuální** a **externí** možnosti prevence vyhoření. Mezi interní řadíme základní existenciální potřebu, jakou je **smysluplnost žít**. Jedná se o jeden z hlavních faktorů při vzniku, ale také při zvládnání syndromu. Tato potřeba je čistě subjektivní a vztahuje se k pocitu smysluplnosti práce a smysluplnosti života jako celku. Další interní možností prevence je **úprava poměru mezi stresory a salutory**. Znamená to vyvážit faktory, které nás zatěžují (stresory) a ty, které nám přináší možnosti, dovednosti a sílu řešit danou situaci (salutory). Důležité jsou také **osobnostní charakteristiky** jedinců, jelikož někdo bere překážku jako výzvu, jinému se podlamují kolena a upadá do obav. Co se týče **externích** možností prevence, hovoříme o **sociální síti – sociální opoře**. Ta hraje velkou roli v celém průběhu, jelikož poskytuje člověku ochranu, ale také oporu se zvládnáním jeho těžkostí a s krizí. Celkově je dobré mít **dobré vztahy s lidmi** na pracovišti i v domácím prostředí. Svou roli hraje také specifický vztah nadřizený – podřízený. Účinnou prevencí je **kladné hodnocení od jiných osob**. Projevem může být to, že si dotyčného někdo všimne, pozdraví ho, pochválí ho nebo uklidňuje, když je třeba.

V neposlední řadě se jedná o *pracovní podmínky*. Jde o zajištění podmínek práce motivovaným lidem tak, aby se jim pracovalo co nejlépe. Konkrétně jde o výchovu a výcvik, seznámení s tématem burnout a organizaci práce (očekávání, pracovní úkoly, zpětná vazba, flexibilita, uznání, kompletitizace – vidět konečný výsledek práce). Dále je vhodné upravit pracovní podmínky (uvolnit napětí, zjednodušit postupy, snažit se předejít administrativní únavě z papírování), obohatit práci, spolupracovat nebo upravit pracoviště.

Ting ve videu TEDx Talks (2018) hovoří o jeho přesvědčení, že k prevenci burnout syndromu je vhodné dodržovat 3 základní kroky, které mají zkratku **AIR**. Písmeno A představuje *Aspiration* (aspirace, ambice). Pokud totiž tvrdě pracujeme na něčem, co nemáme rádi, přináší nám tato práce stres. V opačné situaci nám přináší vášeň. Aspirace vychází z toho, co toužíme dělat. Písmeno I představuje *Integration* (integrace). S tou má spojitost work-life-balance, kdy žijeme z 50 % prací a z 50 % životem. Pokud pro nás mají obě oblasti stejnou prioritu, je nutné být v každodenním životě flexibilní. Například, pokud máme hodně práce na určitém projektu, je vhodné, aby rodina byla flexibilní – aby například věděla, kdy projekt skončí nebo nám i s něčím pomohla. Důležitý je poslední krok: písmeno R značí *Rejuvenation* (osvěžení). Znamená v podstatě „dobíjení baterek“, odpočinek. V práci si například máme dopřát v rámci malého odpočinku 5 minut meditace. Pokud chceme dobít baterky naplno, je nutný pravidelný spánek v rozmezí 7–9 hodin denně. A pokud chceme „upgradovat systém“, doporučuje například poznávání jiných kultur, cestování či různé zážitky s těmi nejbližšími. Každý má svůj individuální způsob odpočinku.

Jedním z účinných prostředků prevence burnout syndromu je **supervize**. Supervize představuje formu podpory pro lidi v pomáhajících profesích. Hovoříme o takzvané případové supervizi, která se zabývá procesem poradenství či terapie a klade si za cíl zlepšit profesionální kompetence pracujícího a zvýšit i jeho pracovní efektivitu. Důležitou součástí je také oblast vztahů. Mělo by se v podstatě jednat o způsob učení v bezpečné a oceňující atmosféře a důležitější je zde podpora, než nějaká kontrola (Pešek & Praško, 2016). Supervize je soubor interakcí mezi supervizorem, který celý proces facilituje, a těmi, kteří určují obsah a směr supervize. Supervizor by měl být někdo zvenčí, objektivní vyškolený odborník. Snaží se poskytnout zúčastněným nadhled nad situací v jejich organizaci. Supervize může být individuální či skupinová (Vávrová, 2012). Ze zkušenosti autorky je známo, že skupinová supervize může být i problematická, jelikož se pracovníci

často bojí před skupinou o problémech mluvit, tím spíše, pokud se týkají kolegiálních vztahů.

Za preventivní strategii syndromu vyhoření se dá považovat systém seminářů zajištěných zaměstnavatelem. Comer (2004) uvádí dva příklady pro zajištění psychického zdraví zaměstnanců ve Spojených státech Amerických. Tím prvním jsou takzvané *zaměstnanecké asistenční programy*, kdy skupina odborníků na psychické zdraví pracuje přímo pro danou organizaci nebo přes agenturu mentálního zdraví. Tito odborníci poté pracují například se supervizory na tom, aby uměli identifikovat psychický problém zaměstnance nebo edukují přímo zaměstnance o narušeném psychickém fungování. Druhým příkladem jsou programy *redukce stresu a semináře zaměřené na řešení problému*. Zde jde o workshopy či skupinová setkání, ve kterých odborníci na mentální zdraví učí přímo zaměstnance. Učí je techniky zvládání stresu, řešení problémů a techniky, jak stres snížit. Většinou jsou zaměstnanci přímo povinni tyto semináře absolvovat. V českém prostředí jsou takovým příkladem školení zaměřené na různorodou psychologickou problematiku. Poschkamp (2013) uvádí, že se často objevuje nabídka vzdělávacích seminářů na téma syndromu vyhoření, smysluplnější je dle něj ale představa povinných a opakujících se psychoedukací v profesích, kde je důležitý kontakt s lidmi.

1.6 Diagnostika a terapie

V této kapitole jsou představeny možnosti diagnostiky a léčby syndromu vyhoření.

„*Syndrom vyhoření není samostatnou diagnostickou jednotkou*“ (Pešek & Praško, 2016, 15). V Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) existuje doplněk klasifikace, který se nazývá víceosý způsob diagnostiky. Ten napomáhá ke zpřesnění diagnostiky. Zahrnuje OSU III, která zohledňuje faktory životního stylu a života, které přispěly nebo přispívají ke stavu/diagnóze člověka nebo tento stav ovlivňují. Tyto související faktory jsou označeny kódy Z (Orel et al., 2016). Právě zde najdeme syndrom vyhoření, který je řazen do kategorie Z 73, což zahrnuje problémy spojené s obtížemi při vedení života. Konkrétním kódem je potom Z 73.0 neboli vyhasnutí (vyhoření). Je nezbytné ho v rámci **diferenciální diagnostiky** odlišovat od depresivních poruch, syndromu chronické únavy nebo například alexitymie (Kebza, 2009). Odlišnost vyhořelého člověka od toho v depresi je taková, že vyhořelý jedinec ze svého stavu viní hlavně okolí a nálada je omezená na pracovní okruh. Dále můžeme spatřovat odlišnost v příznaku únavy. Únava u člověka se syndromem vyhoření totiž na dovolené vymizí, na rozdíl od člověka, který trpí například chronickým

únavovým syndromem (Baštecká et al., 2003). S tím souhlasí i Špok v rozhovoru pro ČT24 (2014), který hovoří o tom, že z běžné únavy pomůže člověku pohodový víkend, z větší únavy a vyčerpání pomůže dovolená, ale u vyhoření i po 5-7denní dovolené přetrvává při návratu do práce negativní prožívání, vyčerpání a demotivace.

Volně dostupným dotazníkem ke zjištění vyhoření je **dotazník BM** – psychického vyhoření od autorů A. M. Pines & E. Aronson z roku 1980, který obsahuje 21 tvrzení a výsledkem je hodnota BQ neboli Burnout Quotient. Týká se fyzického, emocionálního a psychického vyčerpání (Křivohlavý, 2012). Dále je popsán ve výzkumné části práce. Další často používanou metodou je **MBI** – Maslach Burnout Inventory autorem S. Maslach a S.E. Jackson z roku 1981. Metoda obsahuje škály emocionálního vyčerpání, depersonalizace a osobní úspěch. Nepovinnou škálou je čtvrtý faktor angažovanost. Metoda obsahuje 22 položek a odpověď lze na sedmibodové Likertově škále (Maslach, Jackson, 1981). Křivohlavý (2009) ale například uvádí, že třetí dimenzí v dotazníku MBI je snížený pracovní výkon. Dále existuje například metoda **Copenhagen Burnout Inventory** – **CBI** z roku 2005, jejichž autoři považovali za nutné vytvořit novou metodu, jelikož se ve většině výzkumů používala pouze metoda MBI. CBI zahrnuje tři subškály, a to osobní vyhoření (personal burnout), vyhoření související s prací (work-related burnout) a vyhoření související s klientem (client-related burnout). Dotazník obsahuje 19 položek (Kristensen, Borritz, Villadsen & Christensen (2005). Pro orientační diagnostiku příznaků syndromu vyhoření existuje také screeningový dotazník Libigerové (Šeblová, 2007).

Další možnou testovou metodu vytvořili Hawkins, Minirth, Maier & Thursman v roce 1990. Obsahuje 24 tvrzení, je jednoduchá a vyhoření chápe jako proces, nikoliv jako aktuální stav. Během diagnostiky využíváme také **klinické metody**, například rozhovor, eventuálně sémantický diferenciál či subjektivního hodnocení vlastní situace v rámci **PSA** – *Personal Subjective Analysis*. Jedná se o náčrtek přímky, kde je bod A (například zcela bezcenný), bod C (například plně hodnotný) a bod B je bodem, kterým daný člověk označí místo na přímce podle toho, kde se momentálně cítí (Křivohlavý, 2012). I díky volně dostupným metodám a informacím o syndromu vyhoření si tak může samotný člověk uvědomit, že syndromem trpí. Někdy je ale problém, že jedinec bagatelizuje příznaky (ČT24, 2014).

Ideální je, pokud k syndromu vyhoření vůbec nedojde. Pokud ale člověk vyhoří, dá se tato situace řešit a jedinec samozřejmě má možnosti **terapie**. To, jakým způsobem se z takového stavu zotaví, je závislé na jeho individuálních vlastnostech a dispozicích. Prvním, ale důležitým předpokladem je to, aby byl schopen spolupracovat s tím, kdo mu má pomoci – například poradci. Musí být ochotný převzít osobní zodpovědnost. Vhodná je psychoterapie, důležitá je také týmová kolegiální podpora (Rush, 2003). Stock (2010) uvádí, že v případě vyhoření je potřeba pomoc zvenčí. Jako příklad takové pomoci uvádí psychologický koučing, který je veden profesionálem zaměřujícím se na tuto problematiku. Zároveň se v případě pokročilého stadia vyhoření nabízí možnost rehabilitační léčby, kterou může doporučit praktický lékař. Hovoří tak o psychosomatickém rehabilitačním centru, kde se pomocí osvojení relaxačních technik a individuálního sportovního programu může vyhořelý jedinec postupně zregenerovat.

Pešek & Praško (2016) nabízejí tři možnosti **řešení** pracovní nespokojenosti: částečná změna situace, smíření se s daným stavem nebo odchod z práce. K poslední variantě je ale zapotřebí určitá odvaha a velmi vhodné je situaci probrat i s někým druhým. Špok v rozhovoru pro ČT24 (2014) vnímá obecně jako jedno z řešení syndromu vyhoření nastavení zdravého životního stylu (tj. naučit se odpočívat, odpočívat i během pracovního dne, jíst zdravě, sportovat a podobně). Dále hovoří o nastavení si hranic mezi volným časem a prací, o práci na schopnostech, jakými jsou například organizace času či zvládání stresu. Pokud tyto postupy nepomohou, je nutné navštívit odborníka.

2 VNÍMÁNÍ SMRTI

V této kapitole věnované smrti najdeme charakteristiku smrti jako takové, přiblížíme si umírání a podtéma konečnosti života, nastíníme historii smrti a umírání, podíváme se, jak vnímali smrt klasičtí psychologové i jak ji vnímají někteří současníci a blíže se podíváme na postoje ke smrti. Na téma smrti nahlížíme v širších souvislostech, jelikož všechny mohou mít spojitost s daným postojem ke smrti u konkrétního jedince. V této kapitole jsme převzali některé části z bakalářské práce autorky (Šrajerová, 2018).

„Smrt dává životu smysl, a proto je třeba mít ji vždycky u sebe - v mysli.“ – J. Kerouac.

I přes to, že smrt patří k životu a dává našemu životu v podstatě smysl, je nejspíše téma smrti pro mnoho lidí stále velké tabu. Se smrtí se nicméně setkáváme v běžném životě poměrně často. Nejprve skrze rodiče a postupem času sami narážíme na zmínky o ní v příjemných i nepříjemných formách. Postoj, který ke smrti zaujímáme, si vytváříme v průběhu vývoje a ten se může měnit či přetvářet v závislosti na událostech, které v životě prožíváme, ale například i na naší víře. Během vývoje se zároveň učíme, co je společensky žádoucí, když někdo zemře. Málokdy se ale setkáme s tím, že bychom na přátelském setkání začali mluvit o smrti „jen tak“. Jak naznačuje Řičan (2006), kliničtí i poradenští psychologové se často setkávají s tím, že klienti vnímají smrt jako jakousi „mlhu“, která je spíše neurčitou tísní či úzkostí. Lidé opravdu nejsou zvyklí o smrti mluvit, ani o ní mluvit nechtějí a toto téma s psychologem začnou řešit většinou až po nějaké době. Často se paradoxně stává, že téma smrti je ohniskem jejich problémů.

2.1 Smrt a umírání

„Smrt (mors) je individuální zánik organismu, tedy také člověka“ (Haškovcová, 2000, 74). Smrt je z biologického pojetí ukončení života. Rozlišujeme *klinickou smrt*, kdy dochází k zástavě vitálních funkcí, jakými jsou srdeční činnost a dýchání. Od určitého časového intervalu, který je různý vzhledem k okolním vlivům, dochází u člověka v klinické smrti k poškození mozku. Klinická smrt může být reverzibilní díky neodkladné kardiopulmonální resuscitaci. Dále hovoříme o *biologické smrti*, kdy se jedná o ireverzibilní definitivní ukončení života. Pojem se v lékařství a v oblasti práva překrývá s pojmem smrt mozku, která se prokazuje vymizením elektrické aktivity mozkových neuronů (zjišťuje se pomocí EEG) a dvakrát ověřenou zástavou krevního průtoku mozkem (Orel et al., 2014).

Smrt může být *přirozená*, která bývala typická hlavně v minulosti. Znamená situace, kdy člověk umírá kvůli věku. V současnosti je ale převládajícím typem smrti smrt *lékařská*, která představuje finální stav probíhajícího patologického procesu čili nějaké nemoci. Dále bychom mohli rozlišovat smrt náhlou, rychlou a pomalou. Další typologií by byla smrt předčasná nebo přiměřená. Jiný směr představují situace, kdy člověk usmrtí sám sebe. Může se jednat o sebevraždu, což je úmyslně dokonaná smrt sebe sama či sebezabití, kdy člověk zabije sám sebe neúmyslně, například při autonehodě (Haškovcová, 2000). Je důležité si uvědomit, že příslušník IZS bude nejspíše vnímat tyto odlišnosti v příčině úmrtí. Je rozdíl, pokud nešťastně zemře mladý člověk při autonehodě – náhlé sebezabití anebo zemře 90letý pán doma na infarkt – rychlá přiměřená smrt.

Jedná se o jedno z posledních témat, které je stále **tabuizované**. Při myšlenkách na smrt zažíváme různé pocity, které jsou individuálně odlišné. Pokud se ke smrti vyjadřujeme, často při tom využíváme odosobnění (Machů, 2012). Vágnerová (2007) souhlasí s tabuizací a uvádí, že smrt je v západní společnosti odmítána, protože většinový názor je, že nemá žádný pozitivní význam a smysl. Dále uvádí, že například mediální smrt bývá přijímána lhostejně, bez emocí a se skutečnou smrtí se málokdo setkává. Toto chybění zkušenosti potom způsobí, že si nemůžeme vytvořit přiměřené obranné strategie. S tím, že je smrt tabu, se sama autorka diplomové práce setkává. Pokud někomu sdělí téma práce, dotyčný se zarazí a nechápe, jak si ho mohla vybrat.

Obor, který se zabývá smrtí a pojímá ji v nejrůznějších souvislostech, se jmenuje **thanatologie**. Snaží se o vytvoření holistického nazírání na smrt. To, jak smrt ovlivňuje naše chování a prožívání, řeší **thanatopsychologie**. Řeší problematiku vyrovnávání se se smrtí, umírání a truchlení a také to, jak se utváří povědomí smrti v lidské psychice. Dalšími tématy jsou například zármutek, smutek a žal. Za zakladatele lze považovat Sigmunda Freuda a jeho práci Truchlení a melancholie z roku 1917. Dále existuje thanatosociologie, která prezentuje sociologické aspekty smrti a thanatohistorie zahrnující historický vývoj postojů ke smrti (Špatenková et al., 2014).

Umírání je poslední fáze života. Základním rozdělením procesu umírání je **pre finem, in finem a post finem**. Období **pre finem** zahrnuje období, kdy je zjištěna u člověka nemoc, která s velkou pravděpodobností skončí smrtí. Toto stadium může trvat různě dlouho, dokonce až roky. Sdělením diagnózy začíná proces umírání. Člověk si po sdělení diagnózy uvědomuje fatální následky, také může stav vytěšňovat či popírat. Může se objevit

intenzivní strach ze smrti. Dalším stavem, do kterého pacient přechází, je fáze **in finem**. V lékařství se ztotožňuje s terminálním stavem. Umírající člověk by neměl být na tuto situaci sám, některé instituce, kde umírající prožívá poslední chvíle života, proto nabízejí právo na přítomnost blízkých. Do péče může být přijat i člen rodiny. Pacient může umírat i doma, je zde ale nutná podpora celé rodiny a pomoc profesionálů. Poslední fáze, **post finem**, znamená okamžiky po smrti dotyčného. S tímto stadiem souvisí řada etických otázek, například otázka umístění zemřelého vzhledem k respektu k němu i spolupacientům. Příbuzní a blízcí lidé prožívají žal nad ztrátou a je nutná profesionální pomoc těmto osobám (Haškovcová, 2002, in Kupka, 2014).

Hovoříme o **paliativní** či úlevové **medicině**. Ta je základem péče o smrtelně nemocného jedince. Hlavními zásadami tohoto typu péče jsou omezení či vyloučení všech invazivních metod (léčebných i vyšetřovacích), nedirektivní přístup, respekt pacienta, léčba bolesti a holistický přístup k pacientovi. K poskytování paliativní péče je určena především hospicová péče (Matoušek, Koláčková & Kodymová, 2010).

2.2 Konečnost, život po smrti a víra

V této kapitole si přiblížíme konečnost života a různé koncepce života po smrti související s vírou. Víra a to, co si myslíme o životě po smrti, zcela jistě souvisí s tím, jaký postoj ke smrti obecně máme.

2.2.1 Konečnost života

Yalom (2014) tvrdí, že smrt je základním lidským tématem. Nacházíme ho v každé kultuře a je podstatou každého náboženského systému. Věřící, že když skutečně pochopíme naši konečnost, náš omezený čas, který máme, dovede nás to k vychutnání každého momentu v našem životě. Prostřednictvím smrti uzavíráme naši životní cestu. Nejenom biologicky, ale také psychologicky a kulturně. Jelikož předem víme, že nás smrt čeká, ovlivňuje celý náš život. Ovlivňuje naše chování, ale také to, jak věci prožíváme, cítíme a jak myslíme. Díky našim instinktům se většinou smrti bojíme. Naším úkolem je dle něj nicméně přijít na způsob, jak se naučit s tímto strachem žít takovým způsobem, abychom netrpěli (Říčan, 2006).

Tím, že si uvědomujeme naši smrtelnost, jsme více odpovědní, co se týče rozhodování v životě. Vede nás to k rozumnému hospodaření času, jelikož bereme život jako vzácný dar (Křivohlavý & Kaczmarczyk, 1995). Kübler-Rossová (1995) přináší zajímavou myšlenku,

když uvádí, že lidé se se smrtelností vyrovnávají lepším způsobem po prožití ztráty blízkého, po prožití utrpení či kritické situace. Yalom (2012) uvádí příklad z praxe. Pacienti, kteří se ocitli blízko smrti, často přiznávali, že prožili značnou pozitivní změnu. Přehodnotili priority ve svém životě, začali zlehčovat některé věci a subjektivně zmoudřeli.

2.2.2 Život po smrti

*„Ty hvězdičky tam na nebi –
to veliké jsou světy;
a já bych jenom věděl rád,
jaké tam tvory vsety.*

*Zda také někdo odtamtud
se k nám sem dolů dívá,
a jestli tam, jako zde já,
o lásce písni zpívá“.* – Hálek (1957, 27).

Někteří lidé bez váhání odpoví na otázku, co je po smrti, že nic. Někteří se zamyslí a přiznají, že věří, že nás „něco“ po smrti čeká, že zkrátka nemůže být nic. Někdo zase věří v to, co mu říká náboženský systém, který vyznává. Tyto věci nikdo není schopný dokázat, myslíme si ale, že každý člověk se nad touto otázkou někdy během života zamyslí, například jako pan Hálek ve své poezii. Jisté nicméně je, že smrt nás čeká všechny. Dle Schopenhauera (1996) vznikl proti jistotě smrti protijed v podobě náboženství a filosofických systémů. Každý člověk má individuální vyznání či filosofii, které mu pomohou pohlédnout smrti do tváře a tyto náhledy nám mohou přinést útěchu. Jak již bylo řečeno, někteří věří, že smrtí naše existence nekončí a „něco“ se děje i po ní. C. G. Jung měl předpoklad, že pro mnoho lidí, kteří věří na život po smrti nebo že po životě existuje něco neurčeného, má tato **víra v „něco“** velký význam. Prý žijí rozumněji, jsou celkově klidnější a vede se jim lépe. A naopak existují lidé, pro které je představa nesmrtelnosti hrozná a absolutní konečnost jejich života jim přijde mnohem lepší než představa pokračování nějaké formy života. Zároveň ale uvádí, že většina lidí si nepochybně vytváří nějaký názor o tématu nesmrtelnosti. Ten vzniká díky náznakům z nevědomí, jako příklad uvádí sny (Jaffé, 2015). Opačně na to, co se děje po smrti, nahlíží **materialistické** směry. Dle těchto proudů je smrt zkrátka definitivní konec fyzické i psychické stránky jedince (Síg1, 2006). Reduktivní materialismus, který věří výhradně ve hmotné síly, poskytuje základní rámeček ateistům (D’Souza, 2010, in Staňková, 2014). **Ateisté** jsou lidé, kteří nevěří

v žádného boha (Schiavone & Gervais, 2017). Podle ateistů existuje mnoho představ posmrtného života. Jelikož je nemyslitelné, aby byly všechny pravdivé, jsou dle nich všechny nejspíše mylné. Koncept posmrtného života je tak pro ateisty výhradně součástí náboženství (D'Souza, 2010, in Staňková, 2014).

Co se týče **judaismu**, v základním dokumentu tohoto náboženství – Toře, prý není kladen příliš velký důraz na to, co je po smrti. Ježíš staví lidi do situace, kdy je potřeba se se svým životem vyrovnat tady. To, co na tomto světě uděláme, se po smrti už nedá napravit. Důležité je prožít život vůči lidem a Bohu čestně. Ví se, že duše po smrti pokračuje. V jedné z judaistických knih se například uvádí, že tento svět je pouze chodbou do vnitřních místností paláce a důležité je využít toho času, kdy jsme v této chodbě. Jedná se v podstatě o přípravu proto, abychom byli připraveni, až nás povolají. Židovství v určité podobě nevyklučuje reinkarnaci, důležitější ale je, že Bůh po smrti vzkřísí mrtvé k životu (Česká televize, 2013).

Lidé vyznávající **křesťanství** věří, že Bůh své plány a poznání otiskl v Písmu – Bibli (Harrison, 2003, in Staňková, 2014). Podle biblického pojetí není smrt pouze konec pozemského života, ale má zvláštní teologický obsah. Ve Starém zákoně je smrt nazvána „mávet“ a v Novém zákoně „thanatos“. Smrt je vnímána jako něco, co přišlo do světa jako Boží soud, je to oddělení od tělesné schránky člověka, ne konec. Můžeme také říci, že dochází k oddělení ducha a duše (Křivohlavý & Kaczmarczyk, 1995). S tím souhlasí i Sígl (2006): Bible nevnímá smrt jako konec, ale jako oddělení vnitřního člověka právě od této tělesné schránky. Umírající lidi podle bible můžeme rozdělit na 2 skupiny. Ti první jsou umírající v hříchu, jelikož jsou duševně oddělení od Boha a věří, že vše končí smrtí těla. Druhou skupinou jsou umírající s vnitřním klidem, beze strachu a zdrojem jejich duchovních hodnot je Bůh. Po ukončení tělesného života se dle křesťanů člověk odevzdává do Božích rukou. S posmrtným údělem jsou spojené různé mytologické výklady, které někteří křesťané berou více doslovně, někteří méně. V římskokatolickém odvětví se v okamžiku smrti člověka odehrává jeho soud a pokud byl člověk na opačné straně než straně Boží, propadá se do věčného zavržení. Pokud byl jedinec na správné straně, má 2 možnosti. Buď je jeho duše již dostatečně očištěna a přichází blažený věčný úděl, shledání s Bohem, také nebe, anebo přichází přechodná etapa pasivního očišťování, tzv. Očistec (Česká televize, 2013).

Islám je v oblasti smrti velmi příbuzný tradici judaismu a křesťanství. Život smrtí nabírá pouze jinou formu, nekončí. V Koránu jsou naznačeny různé perspektivy pro ty, kdo byli dobří, ale i pro ty kdo byli hříšníci. Během umírání vyjme anděl z člověka duši a tím nastane smrt. Po smrti se dle většiny muslimů duše už nevyvíjí, spíše spí a čeká na poslední soud. Většinová představa je taková, že se duše vrací do těla a menšina muslimů věří, že poté existuje pouze duchovní život. Do pekla jsou odsouzeni pokrytci, ráj bývá označován jako Džaná (zahrada). Ráj zde představuje stav blaženosti a odpočívání (Česká televize, 2013). Sígl (2006) ale uvádí, že duše sídlí v hrobě, který je někdy chápán také jako jedna z jam pekla. Smrt je v Islámu pojímána jako přechod duše do mezesvěta, kde dostává nemateriální tělo, které nicméně nese stopy utrpení z pozemského života. Stopy utrpení jsou chápány jako rány v boji za víru. Muslimové věří v to, že je pouze jedna smrt a dva životy (Česká televize, 2013).

Východní kultury, například buddhismus či hinduismus, vnímají zrození a smrt jako koloběh. **Buddhismus** uznává myšlenku reinkarnace, což je proces, kdy nesmrtelná duše či esence putuje časem z jednoho těla do druhého se svými neměnnými osobnostními rysy. Nicméně samotný Buddha prý nepřijal existenci neměnné duše schopné převtělení. Přijal ale proces znovuzrození. V buddhistických spisech je konec cesty připodobňován k vyhasnutí lampy. Hovoříme o nirváně, kdy dojde k dokončení procesu ztotožnění s „já“ a k překonání cyklu zrození a smrti. Co se týče **hinduismu**, život po smrti je silně svázán s pozemským světem. Pozemský život smrtí nekončí ani pro pozůstalé. Sepětí zemřelých s jejich potomky trvá po tři generace. Zemřelí zůstávají po smrti přesně tací, jaký byli za živa (Sígl, 2006).

V této podkapitole jsme si přiblížili, jak souvisí víra s vnímáním konečnosti života a životem po smrti. Nejprve jsme nastínili, že někteří věří v „něco“ neurčitého, někteří zase zastávají materialismus, a poté jsme si ukázali postoje k posmrtnému životu z pohledu judaismu, křesťanství, islámu a východních náboženství, jakými jsou buddhismus a hinduismus.

2.3 Smrt a umírání v minulosti

Můžeme sledovat rozdíly v tom, jak byla smrt chápána v minulosti a jak je tomu v současném světě. Za dávných dob lidé nahlíželi na smrt jako na bránu ze života pozemského do života věčného, rajskeho. Jelikož se lidé dožívali nízkého věku a dětská úmrtnost byla vysoká, stejně jako mortalita kvůli nemoci či špatné výživě, lidé pokládali

životu po smrti poměrně velký význam. Smrt byla velice častá, lidé v nemoci umírali rychle, jelikož nebylo mnoho lékařských zásahů. Dá se říci, že smrt byla normální součástí života. Až v posledních 200 letech, kdy se pozemský život začal prodlužovat, význam života po smrti značně klesl a význam toho pozemského naopak zesílil (Haškovcová, 2000). V této kapitole si přiblížíme vnímání smrti z historického pojetí.

Vraťme se do období **starověku až středověku**. Již od nepaměti bylo lůžko bráno jako místo umírání. Lidem byla smrt důvěrně známá. Pokud se někdo snažil uhýbat před výstrahou smrti, byl vystaven možnému posměšku. Již se objevovala lítost nad ztrátou života a zároveň přijímání nadcházející smrti. Lidé ji přijímali klidně a prostě, zavčasu se na smrt připravovali. To platilo i pro středověké rytíře. Umírající člověk se rozloučil se světem a následně svou duši odevzdal Bohu. Co se týče obřadů, typické bylo, že člověk umíral v centru nějakého shromáždění. Tento zvyk byl aktuální až do konce 19. století. Největší obavy byly z představy, že by umírající umíral sám. Tento typ nahlížení na smrt autor nazývá jako **ochočená smrt** (Ariès, 2000a).

Od 13. století začali ve světě latinského křesťanství pozůstalí zašívát tělo po smrti do rubáše, aby nebylo vidět vůbec nic. Pohled na mrtvé tělo byl po ně nesnesitelným. Bdění u zesnulého, smutek a celý pohřební rituál se stal organizovaným církevním obřadem. Od **15. století** se začaly objevovat takzvané *artes moriendi*, což byly návody ke šťastné smrti. Kolem umírajícího se lidé shromažďovali v ložnici. Postupně byl člověk brán jako svůj vlastní soudce, přesvědčení o posledním soudu se vytrácelo, byla respektována svoboda člověka. Velkou roli zde samozřejmě měla církev. Duchovní měli snahu v lidech vyvolat strach z pekla více než strach ze smrti (Ariès, 2000a). *Ars moriendi* je spojení, o kterém je vcelku povědomí dodnes. Latinsky znamená umění zemřít, zahrnuje zmíněné knížky o umírání, je to pozdně středověký literární útvar, který slouží k přípravě na smrt (Sígl, 2006). Konec středověku nazývá autor jako **smrt sebe sama**, která znamená, že jedinec se ocitá tváří v tvář Bohu zcela sám, se svými činy a skutky (Ariès, 2000a).

Až do **18. století** byl znám model šťastné smrti, který vystřídal model smrti ve středověku. Tato smrt se odehrávala v klidu a na veřejnosti, neměla hloubku prožitku. Krásná smrt byla předzvěstí romantické smrti, stále byl však tento model blíže smrti ochočené. V jiné podobě se smrt vrátila v dobách **17. – 18. století**. Podoba zahrnovala mrtvé tělo, posmrtné milostné hrátky a přirozené násilí. Předmětem vědeckého zkoumání byla právě smrt a mrtvé tělo. Lidé brali smrt jako složitý a méně známý jev a lze ji nazvat smrtí **vzdálenou**

i blízkou. Smrt už nebyla klidnou událostí, stala se z ní neoddelitelná součást násilí a utrpení. V 18. století nezpůsobovaly první příznaky smrti hrůzu a tendence k útěku, ale lásku a touhu. V lidské obrazotvornosti v podstatě smrt a láska splynuly v jedno, a dokonce i sexualita a smrt si byly velice blízko. Za nejméně snesitelné úmrtí se v měšťanské sféře považovalo úmrtí dítěte (Ariès, 2000b).

V **19. století** už téměř nikdo nevěřil v peklo. Ustupovalo zlo spojené se smrtí – smrt byla vnímána jako krásná a zesnulý byl taktéž vnímán jako krásný. Autor nazývá tuto smrt jako **smrt blízkého**. To, že lidé byli přítomni při umírání člověka u jeho lůžka, bylo bráno jako podívaná na povznášející a přicházející útěchu. Lze říci, že až do začátku první světové války, zasahovala smrt člověka společenskou skupinu, někdy i společenství, jakým byla například vesnice. Příbuzní a přátelé stále navštěvovali pozůstalé, rána se musela postupně hojit a život vracet do starých kolejí. Až nakonec zbyly pouze vzácnější návštěvy hřbitova. Vše bylo v souladu s modelem, který zde byl odjakživa, a to sice, že smrt je veřejnou a společenskou událostí (Ariès, 2000b). Haškovcová (2010) uvádí, že dříve smrt nebyla výjimečná, jelikož se umíralo v dětství, i v mladém a středním věku. I proto se jí lidé tolik nebáli. Jako obranu vůči obavám ze smrti využívali víru v Boha či rituály při umírání.

S **20. stoletím** a moderní společností přichází vyspělejší způsob života a přináší nový způsob umírání. Lze ji nazvat **smrtí převrácenou**. Společnost v podstatě smrt vyhnala. Smrtí jednotlivce není narušen běh společnosti a život ve městech plyne, jakoby nikdo nezemřel. Řeší se také odmítnutí a odstranění smutku. Smrt se vzdálila, u lůžka umírajícího už nikdo není a pohřeb není známou podívanou. Děti přitom zůstávají stranou, nikdo jim neříká, co se opravdu stalo, popřípadě získají alternativní vysvětlení. Nad pohřbíváním získává převahu kremace. Hřbitov a návštěvy na hřbitově však přetrvávají. Po obřadu a pohřbu následuje období smutku, od pozůstalých se ale očekává, že nebudou truchlení projevovat na veřejnosti. Zajímavé je, že je to v podstatě opak od toho, co lidé dříve od pozůstalých očekávali. Nátlak společnosti tedy přinesl odmítnutí sdílení bolesti, ve skutečnosti se jedná o způsob, jakým odmítnout přítomnost smrti. Smutek je považován za nemoc. Pod lékařským dozorem zde mluvíme o typu smrti zvaném **smrt lékařská**, která není již pojímána jako přirozený jev. V nemocnici smrt nenarušuje nemocniční řád a rutinu. Za krásnou smrt považujeme úmrtí ve spánku (Ariès, 2000b). Tento model, který se objevoval od 20. století, vidíme v jisté míře i ve století současném, dvacátém prvním.

Haškovcová (2000) naznačuje, že smrt je v dnešní době brána jako fenomén, který je nutný, ale nehodí se. Svět je totiž ovládaný vědou, technikou a médií, je posedlý mládím, úspěchem a sexem. O smrti se mlčí a vkládají se naděje do předpokladu, že v budoucnosti zvítězíme nad příčinami i dnešních úmrtí.

2.4 Smrt v ČR

V této kapitole jsou charakterizovány postoje ke smrti v českém prostředí z hlediska minulosti i současnosti.

V minulosti bylo umírání většinou veřejnou událostí i na českém území, stejně tak, jako je popsáno v kapitole o smrti v minulosti. Pojetí smrti na tomto území bylo **křesťanské** a bylo třeba, aby v okamžiku smrti byl jedinec usmířen s Bohem. Lidový názor byl, že umírající musí předat pozůstalým všechn rodinný majetek. Také si měl umírající před smrtí prominout s okolím nevědomá i vědomá ublížení, křivdy a usmířit se. Mezi lidmi se říkalo rčení, ***jaký život, taková smrt***, tudíž se dobří lidé smrti nemuseli bát. Nebrali smrt jako strašnou zkušenost, zemřelý se díky ní zbavil fyzického utrpení. Základem byla víra v posmrtný život a možný návrat duše zemřelého. Do zhotovené, svěcenou vodou pokropené rakve, se zemřelý uložil ve zvláštních šatech, takzvaném rubáši. Později ho oblékali do svátečních šatů či těch šatů, které byly jeho oblíbené. Bylo s ním zacházeno jako se živým – s úctou. Černá barva, která je symbolem smutku dodnes, se zde objevila v polovině 16. století (dříve byl smuteční oděv bílý). Během poslední cesty na hřbitov byl doprovod zemřelého vnímán jako projev úcty a také prokázání podpory pozůstalým. Posledním rozloučením bylo spuštění rakve do hrobu. Po pohřbu následovala hostina, jejíž charakter byl závislý na sociálním postavení zemřelého. Nastalo období truchlení a naříkání (rituální pláč nad zemřelým). Doba vyjadřování smutku se lišila podle vztahu pozůstalých k zemřelému. Například po úmrtí jednoho z manželů to byla doba jeden rok (Narátilová, 2004).

S většinou ze zvyků z tohoto historického pojetí umírání a smrti se ovšem dnes již v České republice spíše nesetkáme. Společnost tradiční se proměnila ve **společnost moderní**, která zahrnuje rozpad systému tradiční lidové kultury. Vedle velkých společenských změn znamená však také vytěsnění významu smrti z myšlení. V posledních dvou desetiletích vidíme tendence k celkovému odstupu od zemřelých a co se týče způsobů pohřbívání, narůstá forma zpopelnění. Ta totiž pozůstalým přináší méně povinností. Hřbitov je však stále prostředím, které naplňuje potřebu posvátna a uctívání (Narátilová, 2004).

V současnosti se přesto stále setkáme s křesťanským pojetím nemoci a smrti. **Církevní rituály** jsou někdy dodržovány i lidmi bez víry. Lidé totiž v emotivních situacích, mezi které patří například úmrtí, vděčně přijímají takové obřady (Haškovcová, 2000).

Hytych (2010) zmiňuje, že v historii české psychologie se tématem smrti soustavně zabývali přinejmenším dva významní **autoři**. Jedná o profesorku Haškovcovou, která se zaměřuje na etiku v lékařství, psychologickou péči o umírající a paliativní péči. Dále o pana docenta Josefa Viewegha, který se věnoval například i skutečností smrti v dobách komunismu. Na téma umírání se zaměřila také česká lékařka Marie Svatošová, která je zároveň zakladatelkou českého hospicového hnutí (Svatošová, 2008).

2.5 Pojetí smrti v psychologii

Neodmyslitelným aspektům života člověka, jakými jsou smrt a pomíjivost, nebylo v oblasti psychiatrie a psychologie v minulosti věnováno příliš prostoru. O první výzkumy se zasloužili především hlubinní psychologové, jakými byli Freud, Jung či Adler, dále antropolog a klinický psycholog Becker a někteří existenciální filozofové. Věděli, že smrt hraje v prožívání a chování významnou roli a ovlivňuje celý život člověka. Vyrovnat se se smrtí je dle nich nutným předpokladem pro úspěšné životní strategie (Grof, 2009). V této kapitole probereme pojetí smrti Freuda, Junga, Adlera a představitelů existenciální psychologie.

Sigmund Freud (1856-1939), zakladatel psychoanalýzy, byl prvním, kdo započal v hlubinné psychologii výzkum v oblasti smrti. To, jak smrt chápal, se během let velmi vyvíjelo. Ve svých raných dílech převažovalo jeho zaměření na sexuální pud a pud sebezáchovný, princip slasti a oblast smrti považoval za bezvýznamnou. Jeho koncept nebral v potaz, že by nevědomí bralo v úvahu skutečnost smrti. Strach ze smrti se mohl objevit například v důsledku funkcí superega, pokud bychom někomu smrt přáli. Strach ze smrti by rovněž mohl vzniknout jako zástupný strach původního strachu z kastrace, pohlcujícího sexuálního orgasmu či ze sebeovládání. Postupně se nicméně jeho pojetí smrti radikálně změnilo. Zjistil, že existují jevy, které nejsou ovládány principem slasti a pro pochopení je nutné brát v potaz i problematiku smrti. Změnu v jeho postojích lze vidět například v knize *Mimo princip slasti*, kterou vydal krátce po zformulování nové teorie lidské osobnosti (Grof, 2009). Zde Freud přichází s myšlenkou, že všechno živé z vnitřních důvodů umírá a vrací se do anorganického stavu. „*Cílem veškerého života je smrt, a směrem zpět do minulosti: Neživé zde bylo dříve než živé*“ (Freud, 1998, 34). Přiznává,

že existence sebezáchovných pudů je tedy v rozporu s uvedeným tvrzením, že celý život slouží k tomu, aby se přivodila smrt. Sebezáchovný pud nyní vnímá spolu s některými dalšími pudy jako pudy dílčí, jejichž účelem je, aby zajistily vlastní cestu organismu ke smrti. Hovoří o život udržující síle **Erós**, libidu. Tento pud zahrnuje jednak sexuální pud, ale také pud sebezáchovný a usiluje o sjednocení života živých substancí. **Pud smrti**, později nazvaný **Thanatos**, je tedy v protikladu síla, která převádí živé organismy v opět neživý stav. Pud smrti se může vůči vnějšímu světu a ostatním živým bytostem projevat jako destruktivní pud. Ten může být i ve službách Erótu (Freud, 1998). Tyto dvě síly působí někdy spolu, někdy protichůdně a vznikají životní jevy, které ukončuje smrt. Příkladem míšení agresivních sil a Erótu je dle Freuda sadismus a masochismus (Freud, 1969). V následujícím vývoji je Thanatos v psychoanalýze základnou lidské agresivity (Condrau, 1998). Freud nakonec do roku 1920 integroval své protichůdné pohledy na smrt. Nutno dodat, že kritika Freuda nešetřila a Freudovu finální koncepci smrti většinová psychoanalýza nikdy úplně nepřijala (Grof, 2009).

Carl Gustav Jung (1875-1961) a jeho analytický směr psychologie značně obohatil téma smrti. V roce 1944 byl Jung po úrazu v nemocnici a během té doby upadl do komatu. Několik týdnů byl tak mezi životem a smrtí. Prožil zážitek blízkosti smrti, což ho později ovlivnilo v pohledu na smrt (Antier, 2012). Jung obecně nesouhlasil s pojetím Freuda. Jeho koncept nevědomí zahrnuje předpoklad, že motivy související se smrtí jsou v **nevědomí** výrazně přítomny. Zároveň zakomponoval smrt do procesu **individuace**. Smrt je zkrátka nedílná součást přirozeného teologického procesu a lidé by ji měli přijmout a vnímat stejně důležitě jako zrození. V první polovině života je dle Junga dominantní silou sexualita a v té druhé polovině by ideálně měly být dominantními záležitostmi ty kolem biologického rozpadu a blížící se smrti (Grof, 2009). Vznikání a zanikání vnímá Jung jako stejnou křivku a nechtít svůj životní vrchol je prý totéž jako nechtít svůj konec (Jung, 2012). Jak uvádí Jung (1995, 240): „*Jsem přesvědčen, že je takřikajíc hygieničtější spatřovat ve smrti cíl, o něžž by se mělo usilovat; vzpírat se mu je něco nezdravého a abnormálního, neboť druhou polovinu života okrádá o její cíl.*“. Na druhou stranu, pokud se člověk zabývá smrtí dříve než v posledních desetiletích života, obvykle je toto spojeno s psychopatií (Grof, 2009). Jung (2012) uvádí zkušenost, že mladí lidé, kteří se bojí života, později trpí silným strachem ze smrti. Zároveň za dobu své životní práce pozoroval nevědomou duševní činnost u různých osob až do bezprostřední blízkosti smrti. Tvrdí, že blízký konec byl většinou ohlášen různými **symboly**, například symboly znovuzrození (změny místa, cesty).

Tyto symboly pozoroval Jung ve snech těchto osob. Předcházet smrti může dle něj i zvláštní změna charakteru. Co se týče **posmrtného života**, Jung netvrdí jistě, že by lidé měli věřit, že smrt je druhé zrození. Své přesvědčení o posmrtném životě ale zmínil v dopise z roku 1960. Zmiňuje, že psýché jako samostatná entita by v určitém ohledu nebyla podřízena času a prostoru a jako taková by se mohla rozvíjet v časoprostorovém kontinuu. „*To, co existuje mimo čas, by se mohlo vyvíjet souběžně na věčnosti a mohlo by to překonat smrt. Tak bychom mohli existovat v obou světech současně.*“ (Antier, 2012, 353). V jiném dopise píše o tom, že v relativní nadčasovosti a mimoprostorovosti je pouze nevědomí. Vědomí je v čase a prostoru uzavřeno. Dle Junga bychom měli zkrátka připustit možnost, že za zdánlivou realitou je ještě nějaká další. Po zážitcích s různými sny prožíval Jung dojem, že se mrtví lidé zdržují v naší blízkosti (Antier, 2012).

Zakladatel individuální psychologie, **Alfred Adler** (1870-1937), přikládal smrti značný význam (Adler, 1932, in Grof, 2009). Individuální psychologie nahlíží na všechny jevy lidské duše, jako by směřovaly k nějakému **cíli** (Adler, 2018). Adlerův život byl ovlivněn jeho ranými zážitky. Jako 5letý chlapec totiž onemocněl těžkým zápallem plic a jeho stav byl velmi vážný. Když se uzdravil, rozhodl se prý vystudovat medicínu proto, aby získal kontrolu nad smrtí. Za nejvýznamnější duševní síly považoval pocity nedostatečnosti a bezmoci, u kterých má člověk zároveň nutkání je překonat. Významným zdrojem pocitů nedostatečnosti je dle Adlera neschopnost jedince se před smrtí ochránit a ovládnout ji (Bottome, 1939, in Grof, 2009). Pocit nedostatečnosti, také **pocit méněcennosti**, se objevuje na začátku každého duševního života v silnější či slabší formě a duševní orgán na něj vždy reaguje snahou o vyrovnání mechanismem kompenzace (Adler, 2018). Komplexem méněcennosti Adler rozumí nemoc, jedná se v podstatě o abnormální pocit méněcennosti. Vážnost komplexu se mění v závislosti na okolnostech (Adler, 1999). Samotný koncept strachu ze smrti ovšem Adler do své teorie nezakomponoval. Individuální psychoterapie kladla důraz na odvalu a také schopnost postavit se nebezpečným oblastem života (Bottome, 1939, in Grof, 2009). Adler se vyjadřuje ke smrti v rodině. Smrt blízkého člověka během raného **dětství** je pro dítě jednou z nejdůležitějších vzpomínek. Pokud dítě vidí umírat blízkého, má to prý výrazný dopad na psychiku dítěte. Dopady takové situace vnímá v možnosti, že dítě začne být morbidní nebo například, že celý svůj život zasvětil otázce smrti (Adler, 1999).

Existenciální směr se výrazně zabývá tématem smrti. Zdůrazňuje 4 základní témata. Jedná se o smrt, svobodu, osamělost a ztrátu smyslu. Smrt je v existenciálním směru chápána

jako nejzřejmější základní záležitost a dominantním existenciálním konfliktem je poté napětí mezi vědomím nevyhnutelnosti smrti a přáním dále existovat (Yalom, 2006). Do existencionalistů řadíme i filozofa Martina **Heideggera**, v jehož analýze bytí hraje smrt hlavní roli. Vědomí smrti je dle něj trvalým zdrojem napětí a existenciální úzkosti člověka. Na druhou stranu pro nás mají existence a čas díky tomuto uvědomění smrtelnosti hlubší význam (Grof, 2009). Ve své koncepci Heidegger operuje s pojmem bytí-k-smrti a toto je dle něj všudypřítomné. Vědění konečnosti života není přítom racionální, ale existenciální a týká se celkového životního způsobu, který určuje konkrétní chování člověka tváří v tvář jistotě smrti (Condrau, 1998). **Yalom** (2006) uvádí základní předpoklady ohledně tématu smrti. Postoj, který nazýváme strach ze smrti, je důležitou součástí našeho prožívání, děsí nás a nachází se na okraji vědomí. Dále předpokládá, že malé dítě se smrtí nadměrně zabývá a jeho úkolem je vypořádat se se strachem ze smrti. Proti strachu ze smrti na základě této koncepce používáme obranné mechanismy založené na popření. Maladaptivními projevy vyrovnávání se se strachem ze smrti jsou projevy psychopatologické. Yalom věří, že účinným přístupem v psychoterapii je práce na uvědomování si smrti. Pro shrnutí jeho úvah se dá říci, že smrt nás dle něj obrovsky ovlivňuje v našem prožívání a chování, během života se neustále nějakým způsobem ozývá a je zároveň původním zdrojem úzkosti. Přijetí smrti může do života člověka přinést pocit hloubky a autentičtější způsob žití. S takovým postojem souhlasí i **Frankl**, který tvrdí, že tváří v tvář smrti vnímáme svůj život jako nepřekročitelnou hranici naší budoucnosti, jako ohraničení našich možností a jsme tedy pod tlakem, abychom náš čas na světě využili a nenechali si utéct jedinečné příležitosti. „*Smysl lidské existence se zakládá na jejím ireverzibilním charakteru*“ (Frankl, 2005, 81). Zároveň je zajímavé jeho vyjádření k problematice sebevraždy. V praxi prý není důvod k oprávněnosti sebevraždy a tento čin vnímá jako nesprávně řešení při hledání smyslu (Frankl, 2005).

V této kapitole jsou nastíněny jednotlivé pojetí smrti hlubinných psychologů, jakými jsou Freud, Jung a Adler a také pojetí smrti existenciálních psychologů, jelikož zde hraje koncept smrti velmi důležitou roli. U Freuda je dominantním konceptem pud smrti Thanatos v opozici k pudu Erós, Jung se zase výrazně zabýval konceptem smrti v nevědomí, v procesu individuace a posmrtným životem, Adler zakomponoval téma smrti do jeho pojetí méněcennosti a existenciální psychologové vnímají smrt jako jedno ze 4 základních lidských témat.

2.6 Postoje ke smrti

Postoje ke smrti z historické perspektivy jsou popsány v kapitole o vnímání smrti v minulosti. Dříve lidé nahlíželi na smrt z jiného pohledu, než je tomu dnes, někdo ji akceptoval jako přirozený jev, někdo bral smrt jako velkou společenskou událost, někdo se jí bál. V současnosti, jak jsme již zmínili, není výjimkou vyhýbavý postoj ke smrti z důvodu tabuizace.

Pojem postoj znamená poměrně stabilní charakteristiku či tendenci, která se projeví v hodnocení něčeho konkrétního ve smyslu upřednostnění nebo odmítání (Eagly & Chaiken, 1998, in Výrost & Slaměník, 2008). Postoje nejsou neutrální, část z nich je vrozená, většinu ale získáme během života skrze osobní zkušenosti nebo zprostředkovaně, a to sociálním učením (Výrost & Slaměník, 2008). Definování postojů je krajně problematické, několik autorů charakterizuje pojem odlišně, je však dobré rozlišovat termíny postoj, hodnota nebo například motiv (Nakonečný, 2009).

Vágnerová (2007) popisuje **3 základní složky** obecného postoje ke smrti:

1. **Citový vztah** ke smrti, který je obvykle vyjádřen strachem či úzkostí (někdy apatií, rezignací). Smrt hodnotí žádoucně jenom málokdo, smrt jako žádoucí stav se někdy objevuje u seniorů, kteří prožívají velké utrpení či mají nepříznivou perspektivu.
2. **Kognitivní složku** postoje ke smrti, která představuje vědomosti o umírání a vlastní zkušenost se smrtí. Zkušenost se smrtí, jak jsme již zmínili, bývá ojedinělá. K získání takové zkušenosti ani není příliš mnoho příležitostí. Často se stává, že emocionální hodnocení smrti vítězí nad tím racionálním.
3. **Chování** je poslední složkou postoje ke smrti. To bývá ovlivněno hlavně emocemi. Jedinec se k umírajícím často chová tak, aby se nemusel konfrontovat s realitou smrti.

Mezi složkami postoje ke smrti může probíhat rozpor. Například kognitivní přesvědčení jedince je, že smrt je přirozená logická součást života, ale emočně odmítá tuto skutečnost, jelikož mu zdánlivě bere smysl života (Vágnerová, 2007).

2.6.1 Postoje ke smrti z hlediska vývoje

Už v dětském věku se nějakým způsobem setkáváme se smrtí, často v podobě úmrtí prarodiče či úmrtí domácího mazlíčka. Kojenec zná pouze děs ze samoty, opuštěnosti či

zmatku, neví nic o smrti. Předpokládá se ale, že tento děs je podobný tomu, co si představíme, když řekneme smrt (Říčan, 2014). Asi **do dvou let** se objevuje separační úzkost, která je vyvolána odloučením pečující osoby, nejčastěji matky. Kolem **druhého až třetího** roku se začíná myšlení rozvíjet a děti si pod pojmem smrt již něco představují. Většinou je to představa, kde smrt je podobná stavu spánku (Loučka, 2009). Obecně je pro malé děti jednou z nejobtížnějších věcí to, že si uvědomují ztrátu milované osoby, ale nedokážou pochopit, co vlastně smrt znamená. Ztráta pečující osoby, tzn. matky či otce je proto i přes nepochopení smrti může hluboce zasáhnout (DiGiulio & Kranzová, 1997).

Říčan (2006) uvádí, že v předškolním věku, tj. **3–6 let**, přemýšlí dítě o smrti často. Je pro něj záhadou, ale také se jí bojí. Představa smrti může vypadat jako pobyt v hrobě zažíva, samota nebo ohrožení jinými bytostmi. Někdy ale předškolák dokáže strach ze smrti obrátit i v žert. Pokud dítěti v tomto věku zemře někdo z blízkého okolí, ještě nechápe úmrtí jako definitivní, ani doopravdy netruchlí. Tyto děti mají představu o smrti z pohádek a vyprávění nebo také z osobní zkušenosti z rodiny a okolí (Fendrychová & Klimovič et al., 2005). Většina dětí věří, že blízká osoba, která zemřela, odešla do nebe. Jiné děti zase věří, že je tento člověk v zemi nebo u Boha a andělů, některé věří i v to, že se zemřelý vrátí domů (Goldman, 2015). Loučka (2009) uvádí, že svou roli hraje i magické myšlení, které je důležité brát v potaz. Například při úmrtí blízké osoby si dítě může myslet, že maminka zemřela, protože jí dítě zlobilo. S tím souhlasí i DiGiulio & Kranzová (1997), kteří uvádí, že děti v tomto věku mohou prožívat pocity viny a strachu z toho, že smrt blízké osoby zavinyly ony. Pokud je malé dítě na rodiče nazlobené, může si někdy přát, aby rodič umřel. Dítě ale ještě nechápe, že je smrt nezvratným a trvalým stavem, přání smrti proto není doopravdy.

V **mladším školním období** je smrt pro děti jako nějaká zlá bytost, která přichází a odvádí děti k sobě. V představě se může jednat i o stařenu s kosou. Jedná se spíše o neurčitý strach (Fendrychová & Klimovič et al., 2005). Dítě se dovede nadchnout hrdinskou smrtí. Společnost mu totiž vštěpuje ochotu riskovat a dítě si tak staví ochranu proti strachu ze smrti (Říčan, 2014). Důležité je, že děti prožívají zármutek jiným způsobem než dospělí. Dítě může být velmi smutné, může se i zlobit, být frustrované, ale může i budit dojem, že nic necítí (Goldman, 2015). S vývojem se dítě snaží pochopit jednotlivé **komponenty** smrti. Postupně si uvědomuje a chápe *univerzalitu* smrti (smrt se týká všech živých tvorů), *nevratnost* (smrt je konečným faktem), *nevyhnutelnost*, fakt *konečnosti* všech funkcí a porozumění *příčinám* smrti. Jednotlivé komponenty dítě pochopí přibližně do sedmého

roku, propojení komponent v jeden souvislý celek většinou nastává až do desátého roku (Speece & Brent, 1984, in Loučka, 2009).

Od věku asi **9 až 12 let** dítě chápe smrt v sociálních a biologických souvislostech. Děti mohou cítit uvědomělý strach z vlastní smrti. Vše je ovlivněné samotnou osobností dítěte, jeho intelektuálními vlastnostmi a vlivem rodiny (Fendrychová & Klimovič et al., 2005). Po desátém roce už děti vzácně suicidují a dovedou pochopit smrt jako konec všeho utrpení. Po rozvinutí myšlení do podoby formálně logických operací se dítě v pubertě přesouvá k dospělému chápání smrti (Říčan, 2014).

Dospívající (do 20 let) někdy využívají obranné mechanismy v souvislosti s truchlením nebo ve styku s tématem smrti. Chovají se například tak, že smrt provokují, vysmívají se jí. V adolescenci je časté téma pokračování života mimo tělo, které je spojené s hledáním vlastní identity a zakotvením v životě a společnosti (Dudová, 2013). Adolescent je tématem smrti zranitelnější než dříve nebo později, a to především smrti vlastní (Říčan, 2014). DiGiulio & Kranzová (1997) uvádí možnosti, jak se dospívající vyrovnávají se smrtelností. Například smrt ignorují a vůbec o ní nepřemýšlí, poslouchají písně o umírání, zajímají se o duchy a posmrtný život, píšou poezii nebo písně o smrti, začnou se bát různých věcí, zbytečně riskují, pomýšlí na sebevraždu, propadají beznaději a pesimismu anebo se zaobírají smrtí někoho jiného. Všechny tyto varianty jsou přirozenými reakcemi na strach ze smrti, zdaleka ne všechny jsou ale bezpečné.

Mladí dospělí (20-40 let) na svou smrt nemyslí tak často, jsou většinou extravertní a spíše se bojí o své blízké. Pokud mají rodinu, často projevují strach o své potomky (Žmolík, 2005). Říčan (2014) také uvádí, že smrt zde nabývá nejhroživější podoby ve smyslu strachu ze smrti vlastního dítěte. V době **střední dospělosti (40-50 let)** se objevuje krize středního věku, kdy mají jedinci velmi často myšlenky spojené se smrtí. Smrt není sice brána jako bezprostřední hrozba, ale již se stává součástí životního horizontu (Říčan, 2006). Téma smrti se dospělému připomíná celkovou fyzickou involucí, nemocemi a umíráním vrstevníků (Říčan, 2014). V období **starší dospělosti (50-60 let)** se jedinec potýká se situací úmrtí rodiče. Jak uvádí Vágnerová (2007), smrt rodiče je často hodnocena jako nejhorší zážitek v celém životě. Po úmrtí rodiče někdy dochází k tomu, že se potomek ve větší míře identifikuje se zemřelým rodičem a zahrne do sebe jeho typické znaky. Cílem tohoto chování je zachovat si rodiče alespoň v této transformované symbolické podobě.

Čím jsme starší, zajímá nás po úmrtí nějakého člověka to, kolik mu bylo let, co bylo příčinou a hlavně, jak zemřel, co se stalo. V **raném stáří (60-75 let)** je zvýšené riziko osobně významných ztrát, například ztráta manželského partnera, což souvisí se zvýšeným prožíváním stresu a deprivace. I v tomto období se po ztrátě partnera truchlící snaží o zachování vztahu s ním na symbolické úrovni. Ženské truchlení bývá většinou bouřlivější oproti tomu mužskému. Muži své emoce někdy potlačují, jelikož je to sociálně žádoucí a projevy smutku se mohou skrývat za somatickými problémy či za projevy hněvu (Vágnerová, 2007).

V **pravém stáří (75+ let)** už senioři nemají příliš velkou potřebu popírat smrt. Dochází ke zvýraznění potřeby o smrti mluvit. V postoji k vlastní smrti převažuje emotivita, nejde ani tak o strach ze smrti, jako o strach z procesu umírání (Vágnerová, 2007). Většina lidí si přeje zemřít ve spánku, bez bolesti a strachu, v přítomnosti svých nejbližších. Pro seniora je velmi důležité vědět, že po něm po smrti něco zůstane (Říčan, 2006).

2.6.2 Strach ze smrti

Haškovcová (2010) konstatuje, že normální lidé jsou přirozeně biofilní, což znamená, že touží po šťastném a dlouhém životě. Strach ze smrti a umírání tu proto byl vždy. Yalom (2014) také potvrzuje, že obavy ze smrti se objevovaly již od počátku dějin. Yalom vychází z řeckého filozofa Epikura, který věřil, že základní příčinou utrpení je všudypřítomný strach ze smrti. Ten způsobuje narušení radosti ze života. Kübler-Rossová & Kessler (2013) naznačují, že strach ze smrti je nejspíše důvodem většiny situací, kdy lidé zažívají nešťastné pocity. Je prý důvodem, proč se například držíme ve svém životě stranou či zraňujeme naše blízké, i když třeba nevědomě.

Choron (1964, in Yalom, 2006) rozlišuje **3 druhy strachu ze smrti**: co přijde po smrti, samotná událost umírání a ukončení bytí. Yalom se zabývá strachem ze smrti ve smyslu ukončení bytí. Kierkegaard (1957, in Yalom, 2006) jasně odlišil úzkost ze smrti a strach ze smrti. Úzkost ze smrti čili děs, je strachem z *ničeho*, kdežto strach ze smrti je strach z *něčeho*. S primární úzkostí ze smrti se v klinické praxi lze setkat pouze zřídka. Yalom (2006) navrhuje přesunutí úzkosti na strach. Poté se totiž můžeme zaměřit na vytvoření určitých obran. Nicméně autor používá pojmy úzkost ze smrti a strach ze smrti jako synonymum. Nejčastější obranou, kterou lidé využívají proti strachu ze smrti, je obrana založená na popření. Vědomí toho, že umřeme, ale nelze nadobro udržovat mimo naše myšlenky. Může se nám projevit ve fantaziích a snech (Yalom, 2012). Obranou rozumíme

obranný mechanismus, který má za úkol snižovat úzkost, chránit sebepojetí člověka a pomoci mu přizpůsobit se okolnostem (Cakirpaloglu, 2012).

Schopenhauer (1996) uvádí, že člověk se smrti hrozí více než čehokoliv jiného, hluboce je otřesen nejen smrtí vlastní, ale i smrtí svého blízkého. Strach ze smrti je prý pouze odvrácenou stranou vůle k životu. Lidé těžko přijímají to, že cesta života je zároveň cestou ke smrti. Mají pocit, že se smrtí ztratí vše, že zničí jejich štěstí. Lidé se bránili a brání uvědomování smrtelnosti různými způsoby, například kulturou a náboženstvím (Paul, 2011).

Yalom (2006) shrnuje svou kapitolu o smrti a úzkosti například tím, že úzkost ze smrti je často zakotvena mimo vědomí, někdy nás může pronásledovat i ve snech. Dále, že staří lidé se smrti bojí více, pokud jsou duševně nezralí nebo nemají dostatek aktivit. Strach ze smrti je dle něj všudypřítomný.

2.6.3 Měření postojů ke smrti

K měření postojů ke smrti bylo vytvořeno několik metod, z nichž je většina zaměřena na měření negativních postojů ke smrti. Groebe et al. (2018) identifikoval systematickým průzkumem studií z let 1969–2016 **celkem 44 nástrojů** pro měření postojů k umírání, většina z nich (37) je formou dotazníku. Z těchto 37 dotazníkových metod jich 30 využívá k měření postoje Likertovu škálu a ostatní jsou formou dichotomických odpovědí. Některé dotazníky se na umírání ptají obecně a neberou v potaz konkrétní fáze či aspekty umírání, například „Bojíte se umírání“? Některé se zase zaměřují na emocionální odezvu člověka při konfrontaci se smrtí/s umíráním. Autoři doporučují, aby si výzkumníci a klinici vybírali metodu tak, aby byla vhodná k zodpovězení jejich otázky a zároveň, aby naplňovala požadavky v rámci kontextu, do kterého výsledky zasadíme (zdali se jedná např. o klinickou metodu). Uveďme například metody *Death Attitude Indicator* (1 škála, 24 položek), *Concern with Death and Dying* (1 škála, 12 položek, existuje též verze 6položková), *Death Anxiety Inventory – DAI* (5 škál, 20 položek), *Death Depression Scale* (6 škál, 17 položek), *Reason for Death Fear Scale – RDFS* (4 škály, 18 položek), *Death Obsession Scale – DOS* (3 škály, 15 položek).

Dále existuje například škála *Death Anxiety Scale* (DAS), která byla zkonstruována Templerem v roce 1970 (Clements & Rooda, 2000). Tato metoda obsahuje 15 položek, například: „*I am very afraid to die*“. Byla přeložena do několika jazyků, do českého jazyka ale ne (Abdel-Khalek & Neimeyer, 2017).

Další škálou je takzvaná *Revised Death Anxiety Scale* (RDAS), která vznikla v roce 1994 a autory jsou Thorson a Powell. Obsahuje 25 položek a je tvořena 7 subškálami, a to: strach z nebytí, strach ze smrti, strach z izolace, strach ze ztráty kontroly, strach z nejistoty, strach z posmrtného života a strach z toho, že člověk bude zapomenut (Thorson & Powell, 2000).

Ze starších metod existuje například *Multidimensional Fear of Death Scale* od autora Holetera z roku 1979, *Fear of Personal Death Scale* vytvořená Florianem & Kravetzem v roce 1983, *Coping with Death Scale* autora Bugena vzniklá roku 1980-81. Také je metoda *Death Self-Efficacy Scale* od Robbinse z roku 1994. Lester také v roce 1994 vytvořil metodu související s postoji ke smrti, a to *Collett-Lester Fear of Death Scale* (Clements & Rooda, 2000).

Dále lze zmínit *Death Acceptance Scale*, sedmi položkovou metodu, kterou vytvořili Ray a Najman v roce 1974. Zahrnuje položky zaměřené na popření, smrt jako útek a pozitivní postoje ke smrti. Klug a Sinha jsou autory škály se stejným názvem (*Death Acceptance Scale*), zde se ale jedná o šestnácti položkovou metodu s vysokou zjevnou validitou (Wong, Reker & Gesser, 1994).

Známou a používanou metodou je *Death Attitude Profile-Revised*, která je popsána ve výzkumné části práce (Clements & Rooda, 2000).

3 INTEGROVANÝ ZÁCHRANNÝ SYSTÉM

V této kapitole je charakterizován Integrovaný záchranný systém (IZS) a konkrétněji přiblíženy složky ZZS a HZS.

Koncept IZS je upraven v *zákoně č. 239/2000 Sb. o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů*. Za **základní složky** definuje Hasičský záchranný sbor České republiky, jednotky požární ochrany zařazené do plošného pokrytí kraje jednotkami požární ochrany, poskytovatele zdravotnické záchranné služby a Policii České republiky. Dále zákon stanovuje **ostatní složky**, kterými jsou například vyčleněné síly a prostředky ozbrojených sil, orgány ochrany veřejného zdraví, havarijní, pohotovostní, odborné a jiné služby, ale i neziskové organizace či sdružení občanů, které lze využít k záchranným a likvidačním pracím (zákon č. 239/2000 Sb.).

Integrovaný záchranný systém nepředstavuje instituci, nýbrž pouze vyjádření pravidel spolupráce. Vznikl kvůli potřebě hasičů, zdravotníků, policie a dalších složek každodenně spolupracovat při mimořádných událostech (Baštecká et al., 2005). Zajímavé je, že do vzniku zákona a nabytí jeho účinnosti roku 2001 se pojem IZS nepoužíval, jelikož nebyl ukotven v legislativě. IZS představuje „*koordinovaný postup jeho složek při přípravě na mimořádné události a při provádění záchranných a likvidačních prací*“ (Vilášek, Fiala & Vondrášek, 2014, 11). Jak uvádí Slabý (2017), IZS má **jeden společný cíl**, kterým je ochrana života, zdraví a majetku jednotlivců nebo skupin a řešení následků mimořádných událostí. Poskytuje také zajímavý údaj o spolupráci ZZS a ostatních složek IZS: v roce 2016, kdy měla ZZS celkem v ČR asi 1 073 000 výjezdů, z nich bylo celkem 85 000 dohromady s HZS a Policií ČR, což je kolem 8-10 %. Obecně tedy na místo události jezdí složky IZS buď v součinnosti, kterou podporují operační a informační střediska, či každá složka přijíždí zvlášť – u některých událostí nejsou zapotřebí všechny přítomné složky. To je dáno rozsahem a povahou ohrožující události, tzn. stupněm poplachu (jsou 4 stupně poplachu). Při zásahu pouze jedné složky se tedy ještě nejedná o zásah IZS (Baštecká et al., 2005).

Systém pracuje s několika pojmy. **Mimořádná událost** znamená škodlivé působení sil a jevů způsobených člověkem nebo přírodními vlivy a haváriemi, které ohrožují život, zdraví, majetek a životní prostředí. Tyto vyžadují záchranné a likvidační práce. **Záchranné práce** jsou takové činnosti, které vedou k odvrácení nebo omezení bezprostředního

působení rizik, která vznikla mimořádnou událostí, a takové činnosti, které vedou k přerušení jejich příčin. **Likvidační práce** jsou činnosti, které již vedou k odstranění následků způsobených mimořádnou událostí. Dále hovoříme například o **ochraně obyvatelstva**, což je plnění úkolů civilní ochrany (varování, evakuace, ukrytí, ...). **K pohotovosti IZS** dochází v přípravě na mimořádnou událost a při potřebě, kdy je nutné provést současně záchranné a likvidační práce dvěma či více složkami IZS. **Operační středisko** přijímá žádost o poskytnutí pomoci v nouzi. Stát zajišťuje pomoc v nouzi na číslech:

- 150 (HZS ČR),
- 155 (ZZS),
- 158 (Policie ČR),
- 112 (mezinárodní tísňová linka).

Základní složky IZS poskytují na těchto tísňových linkách nepřetržitou pohotovost pro přijetí ohlášení vzniku mimořádných událostí. Operační a informační středisko aktivuje síly a prostředky ochrany osob a záchranných či likvidačních prací. Dále například koordinuje složky IZS, jak je uvedeno i dále (Vilášek, Fiala & Vondrášek, 2014).

Zdroje pomoci k záchraně a likvidaci jsou pro IZS všichni, kdo jsou povinni tyto práce provést, ale i ti, kteří pomoci chtějí a mohou. Systém představuje integraci materiálních, lidských a právních zdrojů k poskytnutí záchrany či likvidace. Účelem je nejúčinnější a nejehospodárnější využití těchto zdrojů (Baštecká et al., 2005).

Existuje vyhláška č. 328/2001 Sb., což je vyhláška Ministerstva vnitra o některých podrobnostech zabezpečení integrovaného záchranného systému. Ta upravuje například zásady **koordinace složek IZS** při společném zásahu, zásady spolupráce operačních středisek základních složek, podrobnosti o úkolech operačních a informačních středisek, zásady způsobu krizové komunikace a spojení v IZS atd. Zajímavá je koncepce o koordinaci složek IZS při společném zásahu. Takticky je zajišťována velitelem zásahu, operačně je prováděna operačním a informačním střediskem IZS a na strategické úrovni toto zajišťují starosta obce s rozšířenou působností, hejtman kraje (v Praze primátor) nebo Ministerstvo vnitra a ostatní správní úřady v případech stanovené v zákoně (vyhláška č. 328/2001 Sb.). Nicméně hlavním koordinátorem IZS je **Hasičský záchranný sbor ČR**. Během zásahu, kde zasahuje vícero složek IZS, je proto velitelem zásahu většinou

příslušník HZS. Ten řídí součinnost všech zasahujících složek a koordinuje práce zaměřené na záchranu a likvidaci (Hasičský záchranný sbor ČR, 2009).

Výstavba IZS je v rukou Ministerstva vnitra. Na úrovni tohoto ministerstva je orgánem **Generální ředitelství HZS ČR**. Pro účely řízení a koordinace záchranných a likvidačních prací existují **krizové štáby**, které využívají starostové obcí a hejtmani krajů jako pracovní orgány. Krizové štáby jsou svolávány při řešení krizových situacích. Existuje též ústřední krizový štáb. V krizovém štábu je stálá pracovní skupina, která se skládá z odborníků a zaměřuje se na několik oblastí (Vilášek, Fiala & Vondrášek, 2014).

3.1 Zdravotnická záchranná služba

V této kapitole je charakterizována ZZS, nastíněna historie ZZS, popsány základní součásti a také kvalifikační předpoklady pro práci v ZZS. Zároveň je charakterizován proces výjezdu a popsány psychologické faktory související s prací v ZZS.

Zdravotnická záchranná služba spadá pod Ministerstvo zdravotnictví a upravuje ji více zákonných norem. Jednak je ZZS součástí IZS, proto je také zahrnuta v zákoně č. 239/2000 Sb. o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů. Dále je ZZS zdravotní službou podle zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách. Hlavním zákonem je **zákon č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě**. ZZS na základě tísňové výzvy poskytuje především **přednemocniční neodkladnou péči** osobám se závažným postižením zdraví nebo v přímém ohrožení života. Ta je pacientovi poskytnuta na místě vzniku tohoto postižení zdraví nebo přímého ohrožení života a během přepravy k cílovému poskytovateli akutní lůžkové péče (zákon č. 374/2011 Sb.).

Zdravotnická pomoc je lidem poskytována v rámci záchranného řetězce. V případě zdravotního problému je prvním krokem přednemocniční laická pomoc, která zahrnuje poskytnutí první pomoci a zavolání ZZS. Následuje přednemocniční neodkladná péče poskytovaná ZZS a poté neodkladná léčba v nemocnici (Vilášek, Fiala & Vondrášek, 2014). Co se týče **první pomoci** poskytované zdravotníky, v případě neposkytnutí této pomoci hrozí dle trestního zákona zdravotníkovi odnětí svobody až na 3 roky či zákaz činnosti (Baštecká et al., 2005).

Akutní pomoc pacientům zde samozřejmě byla i v minulosti. V druhé polovině minulého století existoval systém **lékařské služby první pomoci (LSPP)** a lidově se mu říkalo pohotovost. Jednalo se o pohotovostní službu poskytovanou praktickými lékaři, kteří měli

k dispozici sanitní vůz a řidiče. Poskytovali tak zdravotní péči lidem v ohrožení života nebo lidem se závažným či náhlým poškozením zdraví (Baštecká et al., 2005). Koncept **ZZS** se vytvářel až od roku 1974 pod opatřením Ministerstva zdravotnictví. Činnost ZZS byla spojena s odděleními ARO (anesteziologicko-resuscitační oddělení) a na výjezdy jezdili přes den lékaři z ARO či traumatologických ambulancí. V roce 1987 byl v Praze zahájen provoz ZZS systémem Rendez-Vous, což znamená, že lékař přijíždí na místo události rychlým osobním automobilem. Zároveň za ním jede pomalejší, velký sanitní vůz. Od roku 1993 se střediska záchranné služby začala osamostatňovat a vyčleňovat se z nemocnic. Také došlo k tomu, že bylo nutné zabezpečit **dostupnost** přednemocniční neodkladné péče do 15 minut od přijetí tísňové výzvy. Dříve byly tzv. Okresní střediska záchranné služby, které přešly od roku 2004 pod vedení Územních středisek záchranné služby daného kraje (Vilášek, Fiala & Vondrášek, 2014). V současnosti je provozovatelem ZZS příspěvková organizace zřízená krajem, v každém kraji je pouze jeden poskytovatel ZZS s jednou výjimkou uvedenou v zákoně. ZZS je **financována** z veřejného zdravotního pojištění, ze státního rozpočtu a z rozpočtu krajů (zákon č. 374/2011 Sb.).

Základní součásti ZZS tvoří v současné době ředitelství, zdravotnické operační středisko, výjezdové základny s výjezdovými skupinami, pracoviště krizové připravenosti a vzdělávací a výcvikové středisko. Výjezdové základny jsou rozmístěny tak, aby místo události bylo dosažitelné z nejbližší výjezdové základny **do 20 minut** dojezdové doby. Výjezdová základna je pracoviště, odkud je zpravidla vysílána výjezdová skupina. Výjezdová skupina znamená buď výjezdovou skupinu rychlé lékařské pomoci – **RLP**, či rychlé zdravotnické pomoci – **RZP**. V případě RLP je vedoucím týmu lékař, v případě RZP potom zdravotnický záchranář. Výjezdová skupina je dle využívaných dopravních prostředků buď pozemní, letecká nebo vodní (zákon č. 374/2011 Sb.). Dále dnes existuje rychlá lékařská pomoc v systému Rendez-Vous – **RV**, což je nejméně dvoučlenná posádka ve složení řidič-záchranář a lékař. Nejčastěji spolupracují s RZP (Vilášek, Fiala & Vondrášek, 2014). Součástí ZZS je 10 základen letecké záchranné služby (Franěk, nedat.).

Pro práci ve výjezdové záchranné službě jsou zapotřebí tyto **kvalifikační požadavky**:

- Pro **pozici lékaře**: VŠ vzdělání na lékařské fakultě + specializovaná způsobilost, tzv. atestace (v oboru urgentní medicína, anesteziologie a resuscitace, anesteziologie a intenzivní medicína, chirurgie, vnitřní lékařství, kardiologie, neurologie, traumatologie, dětské lékařství, všeobecné praktické lékařství nebo

praktické lékařství pro děti a dorost); za určitých podmínek může lékař na ZZS pracovat i po získání osvědčení o absolvování příslušného „kmene“, ale pouze, pokud je k dispozici odborný dohled.

- Pro **pozici zdravotnický záchranář**: VŠ vzdělání v oboru zdravotnický záchranář; nebo VOŠ vzdělání v oboru diplomovaný zdravotnický záchranář (pokud studium zahájeno nejpozději v r. 2018); nebo SŠ vzdělání v oboru zdravotnický záchranář (pokud studium zahájeno nejpozději v r. 1998); nebo SŠ vzdělání v oboru všeobecná sestra + specializace v oboru sestra pro intenzivní péči; nebo SŠ či VOŠ vzdělání v oboru sestra pro intenzivní péči (pokud studium zahájeno nejpozději v r. 2003); dále, pokud bylo studium v oboru zdravotnický záchranář ukončeno po 1.9.2017, musí mít uchazeč praxi na oddělení ARO, JIP, či urgentním příjmu v rozsahu nejméně 0,5 úvazku a trvání alespoň 1 rok.
- Pro pozici **řidič-záchranář**: SŠ vzdělání + certifikovaný kurz řidiče ZZS (Franěk, nedat.).

Situace v ČR je taková, že je nedostatek lékařů v ZZS a částečně i operátorů zdravotnického operačního střediska. Ve většině krajů je ale dostatek zájemců o pozici zdravotnického záchranáře či řidiče-záchranáře (Franěk, nedat.).

Výjezd výjezdové skupiny ZZS vypadá následovně: operátorka zdravotnického operačního střediska ZZS přijme na tísňové lince 155 tísňovou výzvu. Vyhodnotí závažnost a vyšle co nejvhodněji vybavený a nejrychleji dostupný výjezdový tým. Navazuje výjezdový tým (skupina), který musí splnit pokyn operátora do 2 minut od jeho obdržení. Uskutečnění výjezdu znamená rychlou jízdu s výstražnými signály a následné provádění odborných diagnostických a léčebných výkonů v co nejkratším časovém úseku. Někdy při tom tým spolupracuje s dalšími složkami IZS. Následuje transport pacienta do nemocnice. Poté záchranáři předávají pacienta do nemocnice, většinou do lůžkového zdravotnického zařízení. V České republice je v procesu tvorby konceptu centrálních příjmů, které by řešilo komplikované předávání pacientů. Výjezd je zakončen sepsáním dokumentace, vyúčtováním a přípravou sanitního vozu pro další výjezd (Baštecká et al., 2005).

Při událostech velkého rozsahu hovoříme o **medicině katastrof**, což je odlišná organizace práce a odlišné priority oproti běžnému poskytování zdravotní péče. Jedná se například o pravidla třídění obětí. Medicína katastrof je medicínská disciplína, která sdružuje

poznatky všech lékařských oborů (Baštecká et al., 2005). Poskytovatel ZZS je například také povinen zpracovat a aktualizovat tzv. **traumatologický plán**, který stanovuje postupy při poskytování přednemocniční neodkladné péče při hromadném neštěstí (zákon č. 374/2011 Sb.).

Co se týče **psychologických faktorů** povolání záchranáře, Baštecká et al. (2005) uvádí, že záchranář většinou disponuje osobnostními vlastnostmi jako extravert, vůdcovské rysy, akčnost, odvaha, schopnost improvizace či schopnost práce v týmu. Každodenními záležitostmi záchranáře jsou emoce, stres a negativní pocity. Výjezdové skupiny se totiž denně účastní mezních situací, někdy na hranici mezi životem a smrtí, řeší zdravotní i sociální krize v domácnostech, na pracovištích, ale i na veřejných místech. Záchranář se tak setkává se zátěží nárazovou i chronickou. Ta **chronická** znamená stresory v podobě směnnosti, práce v noci, nepravidelné životosprávy, nízkého finančního ohodnocení, nízké prestiže práce či například povinné mlčenlivosti. Co se týče **nárazové** zátěže, už při přijetí pokynu od operátora se výjezdový tým ocitá v tlaku, protože musí co nejrychleji vyjet. Pro řidiče znamená jízda akutní stresovou zátěž, jelikož musí jet rychle, dynamicky a s použitím výstražných signálů. Při samotné práci záchranářů s pacientem jsou často pod emočním dohledem příbuzných nebo veřejnosti. Dalšími stresory jsou například nutnost rychle a správně se rozhodnout, práce v týmu, osobní ochrana, fyzická výkonnost či nutnost improvizace. Psychický tlak na záchranáře nastává během procesu předávání pacienta na oddělení nemocnice. Náročnost výjezdu se samozřejmě mnohonásobně zvyšuje v případech hromadných neštěstí (Baštecká et al., 2005).

Po skončení výjezdu není obecně u záchranářů zakomponována fáze vyhodnocení, vyhodnocení pocitů ani debriefingu po psychicky náročnějších výjezdech (např. děti v kritickém stavu, neúspěšná resuscitace). Vedoucí lékaři a manažeři proto spolupracují s psychology, psychiatry a psychosociálními pracovníky a poskytují například krizovou intervenci pro záchranáře. V některých oblastech se sami záchranáři proškolují na kurzech krizové intervence (Baštecká et al., 2005). Pomoc prostřednictvím vyškolených kolegů se nazývá **peer podpora**. Ta je poskytována v rámci Systému psychosociální intervenční služby (**SPIS**), který je určen nejenom zdravotníkům v urgentním oboru. Vychází ze systému kolegiální pomoci a dle něj se zdravotník raději obrátí na svého kolegu, ke kterému má důvěru. SPIS vzdělává v problematice stresu a zátěže, pracuje s týmem, který se zúčastnil zátěžového výjezdu a rozvíjí i první psychickou pomoc příbuzným pacientů. SPIS má k dispozici také klinické psychology (Humpl, 17. června 2019).

3.2 Hasičský záchranný sbor ČR

V této kapitole je popsán HZS ČR, stručně charakterizována historie HZS ČR a popsány další důležité koncepty související s HZS. Uvedeny jsou i požadavky pro profesi hasiče a psychologická služba v rámci HZS ČR.

Hasičský záchranný sbor ČR spadá pod Ministerstvo vnitra. Důležitým zákonem je v první řadě *zákon č. 320/2015 Sb. o Hasičském sboru České republiky a o změně některých zákonů (zákon o hasičském záchranném sboru)*. Dále je HZS ČR prvkem systému IZS dle zákona č. 239/2000 Sb. o integrovaném záchranném systému a souvisejícími zákony jsou i například zákon č. 133/1985 Sb. o požární ochraně, zákon č. 240/2000 Sb. o krizovém řízení a o změně některých zákonů (krizový zákon), ale i zákon č. 361/2003 Sb. o služebním poměru příslušníků bezpečnostních sborů (Pešek, nedat.). „*HZS ČR je jednotný bezpečnostní sbor a jeho základním úkolem je chránit životy a zdraví obyvatel, životní prostředí, zvířata a majetek před požáry a jinými mimořádnými událostmi a krizovými situacemi*“ (zákon č. 320/2015 Sb., § 1). Může se jednat o živelní pohromy, průmyslové havárie, ale i například teroristické útoky (Vilášek, Fiala & Vondrášek, 2014).

HZS ČR má podíl na zajišťování bezpečnosti ČR tím, že plní a organizuje úkoly požární ochrany, ochrany obyvatelstva, civilního nouzového plánování, IZS, krizového řízení a ostatních úkolů. HZS plní i mimořádné úkoly či organizuje přijímání humanitární pomoci ze zahraničí. V HZS ČR vykonávají úkoly jednak příslušníci ve *služebním poměru* (dle zákona o služebním poměru příslušníků bezpečnostních sborů), jednak zaměstnanci (dle zákoníku práce). Obecně je **HZS ČR tvořen** generálním ředitelstvím, hasičskými záchrannými sbory krajů, záchranným útvarům a školami. Generální ředitelství je součástí ministerstva a v čele stojí generální ředitel. V čele HZS stojí ředitel. V čele záchranného útvaru stojí velitel útvaru a v čele školy opět ředitel. Škola poskytuje vzdělání v oblasti práce HZS (zákon č. 320/2015 Sb.). Existuje střední odborná škola požární ochrany a vyšší odborná škola požární ochrany. Hasičské záchranné sbory krajů jsou výkonnou složkou HZS ČR. Součástí jsou územní odbory, které zahrnují i operační a informační střediska. Ve čtyřech krajích v ČR existují chemické laboratoře, které analyzují nebezpečné chemické a radioaktivní látky (Vilášek, Fiala & Vondrášek, 2014).

Co se týče **historie**, během první Československé republiky (1918-1938) existovaly veřejné požární jednotky, avšak pouze v některých větších městech. Po válce se již požární ochrana přesunula do působnosti Ministerstva vnitra. Požární ochranu zajišťovaly národní

výbory, výkonným orgánem byli dobrovolní hasiči, hasiči z povolání či závodní. K zásadnější změně došlo v roce 1953, kdy byl přijat zákon o státním požárním dozoru a požární ochraně. Požární ochrana byla stavěna na principech vojensky organizované složky. V roce 1969 byla požární ochrana zařazena do působnosti národních rad. Od 70. let se začala měnit povaha zásahů HZS – vedle zásahů u požárů začaly být časté technické zásahy. Většinu činností hasičů proto i dnes tvoří vedle požárů také výjezdy k dopravním nehodám, živelním pohromám nebo například vyprošťování a odstraňování překážek. V roce 1995 byla rozšířena působnost Ministerstva vnitra na krizové řízení, civilní nouzové plánování, ochranu obyvatelstva a IZS. Vznikly proto nové zákony (Vilášek, Fiala & Vondrášek, 2014).

Hovoříme o požární ochraně (PO) a systému **jednotek požární ochrany (JPO)**, což je represivní i preventivní nástroj proti požárům, živelním pohromám a dalším mimořádným událostem. Úkolem je provést likvidaci požáru a učinit opatření, která jsou nutná k odstranění bezprostřední hrozby ohrožení života, zdraví, majetku či životního prostředí. Jednotky se dělí na 4 kategorie: Jednotky hasičského záchranného sboru kraje, kde tuto práci vykonávají profesionální hasiči. Dále jednotky sboru dobrovolných hasičů, kde práci členové vykonávají dobrovolně. Třetí kategorií jsou jednotky hasičského záchranného sboru podniku, kdy činnost provádí zaměstnanci v pracovním poměru právnických osob či fyzických osob, které podnikají. Poslední kategorií jsou jednotky sborů dobrovolných hasičů podniku, kdy činnost vykonávají zaměstnanci právnických osob či fyzických osob, které podnikají dobrovolně. JPO složená výlučně z profesionálních hasičů má dobu výjezdu **maximálně 2 minuty** (Vilášek, Fiala & Vondrášek, 2014). JPO je tedy tvořena vyškolenými hasiči, požární technikou zahrnující automobily a věcnými prostředky požární ochrany, jakými jsou například výbava automobilů či agregáty. JPO působí organizačně a operačně. **Organizační řízení** znamená udržování a zvyšování odborné a fyzické způsobilosti hasičů, údržbu požární techniky a údržbu dalších prostředků požární ochrany atd. **Operační řízení** znamená činnost od přijetí zprávy o požáru nebo jiné mimořádné události přes samotný výjezd až po návrat jednotky. V JPO jsou hasiči kategorizováni do čet, družstev, družstev o zmenšeném početním stavu a případně skupin. Jednu četou tvoří 2-3 družstva, samotné družstvo tvoří velitel a 5 dalších hasičů (Pecl, nedat.).

Důležitou součástí je již zmiňovaný **sbor dobrovolných hasičů (SDH)**, který je v ČR součástí IZS. První SDH vznikl již v roce 1854. Dobrovolné sbory hasičů jsou právně

samostatné nebo vznikají pod občanskými sdruženími. Často jsou sponzorovány obcí nebo firmou. Jednotky dobrovolných hasičů jsou výjezdovými součástmi hasičských sborů. V jednotkách dobrovolných hasičů obcí je v dnešní době přes 70 000 hasičů, s profesionálními hasiči úzce spolupracují (Vilášek, Fiala & Vondrášek, 2014). Ke zkvalitnění činnosti se do těchto sborů mohou přihlásit i hasiči profesionální. Jednotky SDH obcí kategorie JPO II. mají velitelem určenou pracovní pohotovost mimo hasičskou zbrojnici (Hasičský záchranný sbor ČR, nedat.a).

Práce profesionálního hasiče a záchranáře v HZS ČR nutně znamená přijetí do služebního poměru. V pracovním poměru jsou zaměstnání pouze lidé v oblasti administrativy, servisní údržby apod. (Hasičský záchranný sbor ČR, nedat.b).

Podmínky přijetí profesionálního hasiče jsou následující (Hasičský záchranný sbor ČR, nedat.c):

- **Podmínky přijetí do služebního poměru:** státní občan ČR, který je starší 18 let; je bezúhonný a plně způsobilý k právním úkonům; splňuje podmínky stanovené pro výkon obsazovaného služebního místa; je fyzicky, zdravotně a osobnostně způsobilý k výkonu služby; je oprávněný seznamovat se s utajovanými informacemi podle zvláštního právního předpisu, má-li být ustanoven na služební místo, pro které se tato způsobilost vyžaduje; není členem politické strany nebo politického hnutí; nevykonává živnostenskou nebo jinou výdělečnou činnost a není členem řídicích nebo kontrolních orgánů právnických osob, které vykonávají podnikatelskou činnost; písemně požádal o přijetí do služebního poměru a úspěšně absolvoval přijímací řízení.
- **Další specifické podmínky během přijímacího řízení k HZS ČR:**
 - 1) Vyšetření *osobnostní způsobilosti* na psychologickém pracovišti HZS ČR (dle vyhlášky č. 487/2004 Sb. o osobnostní způsobilosti, která je předpokladem pro výkon služby v bezpečnostním sboru).
 - Předpokládané osobnostní charakteristiky: intelektově v pásmu průměru nebo vyšším; emočně stabilní; psychosociálně vyzrálý; odolný vůči psychické zátěži; s žádoucí motivací, postoji a hodnotami; bez nedostačivosti v oblasti volných procesů; bez nedostačivosti v oblasti poznávacích procesů; bez nedostačivosti v oblasti autoregulace; bez znaků nežádoucí agresivity; bez psychopatologické symptomatiky.

- 2) Vyšetření *zdravotní způsobilosti* v zařízení závodní preventivní péče (dle vyhlášky č. 226/2019 Sb. o zdravotní způsobilosti ke službě v bezpečnostních sborech).
- 3) Prověrku na ověření *tělesné zdatnosti* složené ze dvou silových testů a jednoho vytrvalostního testu (dle pokynu generálního ředitele HZS ČR 58/2008).
 - Variantami silových testů jsou: kliky, shyby, leh-sed, přednožování v lehu.
 - Variantami vytrvalostního testu jsou: běh 2000 m, plavání 200 m.

Služební poměr má mnoho výhod, ale i omezení. Mezi výhody patří například nárok na 6 týdnů dovolené, nárok na bezplatnou psychologickou péči, nárok na udělování služebního volna, nárok na služební příjem za výkon služby (včetně různých příplatků), odchodné či výsluhový příspěvek. Mezi omezení patří například nemožnost se zapojit do politického hnutí, nutnost dodržování služební kázně a nutnost přispívat i v době mimo službu svým chováním k dobré pověsti HZS ČR (Hasičský záchranný sbor ČR, nedat.d).

Jak uvádí Baštecká et al. (2005), hasiči se během roku setkají s několika usmrcenými včetně usmrcených dětí. Pravidelné setkání se s úmrtím není ale zdaleka jediný stresor, kterému jsou hasiči vystaveni. Kolektiv z Vojenské lékařské akademie J.E. Purkyně v Hradci Králové vyzkoumal, že u vybraných hasičů se prokazatelně vyskytují rizikové faktory civilizačních onemocnění. Nejenom proto prochází uchazeči takovým přijímacím řízením, které jsme popsali výše. Od roku 2002 je dále u hasičů zavedena **psychologická služba**, jejímž cílem je pomoci příslušníkům HZS, jejich rodinným příslušníkům, ale i obětem mimořádných událostí. Pro hasiče, kteří prožili traumatizující událost během své služby, existuje **posttraumatická intervenční péče**. Systém intervenční pomoci je určený i pro další složky IZS. Obecným cílem psychologické péče vzhledem k hasičům je, aby se nezvyšovala psychická únava, která by mohla vést například ke snížení pracovní výkonnosti či k odchodu hasiče. Psychologická služba proto poskytuje preventivní strategie, poradenství, ale i již zmíněnou posttraumatickou péči. V minulosti vznikla také potřeba hasičů, aby uměli poskytovat vedle první zdravotnické pomoci i pomoc psychickou. Vznikl proto koncept odborné přípravy první psychické pomoci, což je součástí vzdělávání příslušníků a zaměstnanců HZS ČR a je poskytována psychology. V každém kraji také existuje tým posttraumatické péče, jehož koordinátorem je sám psycholog. Dalšími členy jsou samotní příslušníci HZS, kteří dobrovolně chtějí nad rámec své práce poskytovat lidem i pomoc psychickou. Musí projít speciálním školením Critical Incident Stress Management a také přípravou v poskytování první psychické pomoci (Hasičský záchranný sbor ČR, nedat.e).

4 SOUČASNÝ VÝZKUM

V této kapitole jsou popsány vybrané výzkumy na hlavní témata práce se zaměřením na cílovou skupinu studie. Obecně lze říci, že existuje více výzkumů na téma syndromu vyhoření než na téma postojů ke smrti v rámci cílové skupiny.

4.1 Výzkum v oblasti syndromu vyhoření u ZZS & HZS

Výzkum u ZZS

Výzkumem v oblasti syndromu vyhoření u ZZS se v českém prostředí intenzivně zabývala paní doktorka Jana Šeblová. V roce 1998 byla provedena *první studie* na téma psychologické zátěže a stresu ze záchranářského prostředí. Studie má název „*Jak vidíme sami sebe*“. Výzkum mapoval míru výskytu syndromu vyhoření, ale také příčinu a míru nespokojenosti zaměstnanců a předpoklady, které zaměstnanci považují za nejdůležitější pro svou profesi. Za faktory nespokojenosti se ve výsledku ukázaly především plat a nadřazení. Ke zjištění míry vyhoření použili autoři *dotazník Maslachové* a v projevech syndromu překročil celý soubor (n = 161) kritické hodnoty ve všech ukazatelích dotazníku. V ukazateli emoční vyčerpání dosahovaly nejvyšších hodnot dispečerky, v kategorii depersonalizace zase například lékaři. V poslední dimenzi (dle autorů pocit profesního naplnění) dosahovali nejvyšších hodnot lékaři, výjezdoví záchranáři, ale i pracovníci na operačních střediscích. Nižších hodnot dosahovali řidiči (Šeblová & Konopásek, 1998, in Šeblová, 2007). Šeblová navázala na tento výzkum rozsáhlou studií, která byla členěna do 3 částí. První část studie proběhla v letech 2003-2004 a hlavní úlohou bylo vytvořit metodiku pro časnou diagnostiku projevů syndromu vyhoření. Dalším úkolem bylo zmapování informací o rizikových faktorech (stresorech). Druhá fáze výzkumu probíhala od roku 2004 a znamenala zavedení preventivních a podpůrných psychologických intervencí do vybraných záchranných služeb. Třetí fáze výzkumu potom ověřovala, zda mají tyto intervence vliv na výskyt syndromu vyhoření. Z mnoha zajímavých výsledků lze například uvést, že za nejčastější stresor byla považována kardiopulmonální resuscitace dětí a mladých lidí či jejich smrt. Za pozitivní aspekt práce byl nejčastěji brán fakt pomoci druhým a záchrany života. Samotné příznaky syndromu vyhoření měřila Šeblová pomocí screeningového *dotazníku Libigerové*. V letech 2003 i 2005 se ukázal průměrný skóre pod hranicí příznaků syndromu vyhoření. Významná souvislost se ukázala mezi proměnnou délkou praxe a mírou syndromu vyhoření (riziko vyhoření se zvyšuje při delší praxi) a také mezi pracovní pozicí a mírou syndromu vyhoření (nejohroženější skupinou se ukázali

pracovníci operačního střediska). Zavedení preventivních a psychologických intervencí nemělo měřitelný efekt v míře syndromu vyhoření, nicméně autorka uvádí, že subjektivně byli pracovníci spokojeni s touto intervencí a je potřeba ji udržovat dlouhodobě (Šeblová, 2007).

Rybková (2017) provedla v rámci své bakalářské práce výzkum na zdravotnických záchranářích ze ZZS a ARO. Použila též *dotazník Libigerové* a zjistila, že respondenti ze ZZS (n = 106) s plně rozvinutým syndromem vyhoření tvoří pouze 0,9 % a respondenti z ARO (n = 57) mají takto rozvinutý syndrom zase v 3,5 %. Výzkum syndromu vyhoření u záchranářů provedla i Škodová (2011), a to metodou ohniskové skupiny tvořené 7 členy. Autorka si kladla za cíl identifikovat nejtěživější problémy zdravotnických záchranářů, které podporují vznik syndromu vyhoření. Z nejčastěji opakujících se pojmů vznikly kategorie těchto problémů. Respondenti z ohniskové skupiny vnímají problémy v komunikaci a přístupu PSV (provoz výjezdových skupin) k záchranářům, dále v nezájmu a nedoceňování vedením organizace, v negativním vztahu vedení k psychologickým programům, v nezájmu samotných zaměstnanců o aktivity organizace, v plýtvání penězi, v nespokojenosti s výstrojí, v nedostatku informací a komunikace od vedení, ve vztazích mezi zaměstnanci a v problému, že technika je dle nich více než lidé. Za významné stresory se v práci Brandejské (2008) ukázaly selhání komunikace v organizaci, způsob vedení, vysoká odpovědnost, nedostatek pochvaly a uznání a nedostatečné finanční ohodnocení.

Ze *zahraničních* výzkumů lze uvést studii z roku 1988, kdy Grigsby & McKnew zkoumali související faktory syndromu vyhoření na vzorku 213 záchranářů ze Severní Karolíny. Metodou měření byla „*Staff Burnout Scale for Health Professionals*“ od Jonese z roku 1980. Autoři zkoumali 3 skupiny faktorů: charakteristiky a procesy organizace; požadavky práce a charakteristiky pracovní role; individuální charakteristiky a očekávání. Statisticky nejvýznamnější korelace mezi těmito faktory a mírou vyhoření byly nalezeny u faktorů pracovní prostředí; sociální aspekty práce; administrativní zatížení; obecná pracovní nespokojenost; fyzické ohrožení během práce; požadavky na certifikaci; negativní vztahy s lékaři, s hasiči, s pracovníky z pohotovosti, s policisty, s kolegy, s veřejností; a dále u faktoru věk (Grigsby & McKnew, 1988).

Dalším zahraničním výzkumem je výzkum z roku 1994, kdy skupina autorů zkoumala vztah délky praxe a různých charakteristik včetně syndromu vyhoření a toto porovnávala mezi záchranáři a hasiči. Výzkumný soubor tvořilo přes 2000 těchto pracovníků z USA,

1728 bylo hasičů a 253 záchranářů. Autoři nicméně našli signifikantní rozdíl v „*Burnout Scale*“, záchranáři zde skórovali výše. Ve skupině hasičů byla nalezena korelace mezi délkou praxe a mírou vyhoření, avšak u záchranářů nikoliv (Murphy, Beaton, Pike & Cain, 1994). Dále můžeme uvést novější výzkum z roku 2008 z Izraele. Zde autoři měřili syndrom vyhoření u 578 záchranářů pomocí nástroje od autorů Melameda & Shiroma. Celkem 16 % záchranářů vykazovalo syndrom vyhoření v rámci obecné škály, u vyhoření se ale měřily i jednotlivé dimenze. V dimenzi fyzické únavy skórovalo vysoko 35 % záchranářů, v dimenzi kognitivního vyhoření 7 % a v dimenzi emocionálního vyčerpání potom 9 %. Za prediktory vyhoření se ve studii ukázaly vysoké pracovní přetížení, nízká pracovní spokojenost či emocionální problémy na pracovišti (Nirel, Goldwag, Feigenberg, Abadi & Halpern, 2008).

Autoři z Polska sledovali 432 zdravotníků, konkrétně lékaře, zdravotní sestry a záchranáře. Kvantitativně zkoumali jejich pracovní chování a také jejich sociální kompetence. Skupina záchranářů tvořila 123 lidí. Symptomy burnout syndromu byly zjištěny u jedné čtvrtiny celé skupiny zdravotníků bez ohledu na místo pracoviště. U záchranářů se ale projevy syndromu objevily ze všech skupin nejméně, a to v 13,9 %. Naopak nejvíce vykazovali chování typu zdravě ambiciózní, a to ve 45,9 %. Zároveň autoři zjistili, že nízký level kompetence, která určuje účinnost chování v situacích blízkého kontaktu s pacienty, je doprovázen syndromem vyhoření. Kompetence zahrnuje například naslouchání pacientům, projevování empatie, toleranci pro netrpělivost a nespokojenost s léčbou (Mroczek, Wolińska, Kotwas, Karpeta-Pawlak & Kurpas, 2018).

Výzkum u HZS

Výzkum v českém prostředí provedla v rámci své diplomové práce Tvrdková (2014). Její výzkum byl smíšený, v kvantitativní části práce měřila syndrom vyhoření dotazníkem od autorky Potterové a zároveň otázkami na příčiny syndromu vyhoření (vlastní konstrukce), kvalitativní část provedla formou individuálních rozhovorů s příslušníky HZS. Zkoumaný soubor tvořili výjezdoví hasiči a operační technici HZS, kvantitativně bylo vyplněno 142 dotazníků a rozhovor proveden se 4 z nich. Celkově v dotaznících vyšlo, že pouze 3 % hasičů jsou v intervalu, kdy jsou horkými kandidáty na pracovní vyhoření. Zároveň bylo zjištěno, že se syndrom vyhoření více projevuje u operačních techniků než u výjezdových hasičů. Za nejčastější příčiny syndromu vyhoření nebo stresorů byly vyhodnoceny faktory nízké finanční ohodnocení, organizační potíže a velká zodpovědnost při práci. Toto bylo potvrzeno i v rozhovorech. Dále autorka z rozhovorů zjistila, že všichni 4 respondenti mají

dobré povědomí o syndromu vyhoření. K podobnému závěru došla Jalůvková (2014), která porovnávala syndrom vyhoření u složek IZS. Jejího šetření se účastnilo 108 respondentů, osobní zkušenost se syndromem vyhoření uvedlo 31 % hasičů, zatímco například u ZZS to bylo 59 %. Přítomnost syndromu měřená dotazníkem BM byla u hasičů pouze ve 2 případech. K dalšímu podobnému zjištění došla Partschová (2015), která u 60 profesionálních hasičů zjistila dotazníkem BM přítomnost vyhoření pouze u 2 z nich, tj. u 3,4 % hasičů. Zkoumala také dobrovolné hasiče, u kterých se z 50 respondentů nevyskytl žádný případ syndromu vyhoření.

Další kvantitativní výzkum s odlišným výsledkem provedla na českém území u výjezdových hasičů Másílková (2005). Celkový počet respondentů tvořil 184 hasičů a autorka měřila syndrom vyhoření pomocí dotazníku *MBI*, k tomu ještě zjišťovala konkrétní stresory v práci těchto hasičů. Za největší stresory byly pro hasiče vedení a pravidelné přezkušování. Za největší stresor během zásahu potom hasiči nejvíce považovali strach, že nedokážou pomoci, a poté velký počet zraněných. Výsledky samotného dotazníku *MBI* jsou následující: vyhoření v dimenzi emocionální vyčerpání vykazovalo 9,24 % hasičů, v dimenzi depersonalizace 21,74 % hasičů a v dimenzi osobní uspokojení potom 51,09 % hasičů. Jelikož pro vyhodnocení stačilo, aby byl respondent vyhořelý alespoň v jedné oblasti, celkem se zde ukázalo 62,09 % hasičů zasažených syndromem vyhoření.

Co se týče *zahraničních* výzkumů, autoři z Polska provedli výzkum na 580 profesionálních hasičích a zkoumali, jak souvisí self-efficacy se syndromem vyhoření a stresem. Pro měření vyhoření použili „*Link Burnout Questionnaire*“. Studie prokázala, že self-efficacy je u hasičů významným moderátorem mezi prožívaným stresem a profesním vyhořením, jinak řečeno, self-efficacy je klíčový osobní zdroj, který tlumí dopad prožívaného stresu na většinu symptomů vyhoření (Makara-Studzińska, Golonka & Izydorczyk, 2019). Další zahraniční výzkum je z Kazachstánu. Autoři na souboru 604 hasičů zkoumali prediktory vyhoření, ale i samotné vyhoření, které měřili dotazníkem *MBI*. Respondenti ve všech dimenzích skórovali obecně nízkou, přesto se dá ale říci, že nejvyšší medián v dimenzi emocionální vyčerpání měla skupina vedoucích (nejmenší naopak řidiči). Vedoucí měli jako skupina zároveň nejvyšší skóre v dimenzi cynismus (autoři takto nazývají škálu depersonalizace). Řádní hasiči zase skórovali nejvíce v takové dimenzi vyhoření, kterou autoři studie nazývají profesionální účinnost. Dále autoři například zjistili, že chudší kvalita života spojená se zdravím je asociována s vyšším skóre v dimenzi emocionální

vyčerpání i cynismus (Vinnikov, Tulekov, Akylzhanov, Romanova, Dushpanova & Kalmatayeva, 2019).

Vztah smyslu v životě a vyhoření u hasičů zkoumal Krok (2016). Na souboru 189 hasičů z Polska zjišťoval souvislosti mezi 3 dimenzemi smyslu v životě a 3 dimenzemi vyhoření (dle dotazníku *MBI*). Zjistil, že hasiči s vyššími hodnotami dimenzí osobní smysl a přítomnost smyslu souvisí s nižšími hodnotami dimenzí emocionální vyčerpání a depersonalizace a vyššími hodnotami dimenze osobní úspěch. Autor shrnuje, že účel života a cíle v životě tvoří stavební kameny smyslu v životě, který neutralizuje proces vyhoření.

Dalším výzkum, tentokrát z Francie, se zabýval vztahem psychologických požadavků práce, pocitu kontroly práce (model podle Roberta Karaska) a vyhořením bylo. Vyhoření zde bylo opět zkoumáno dotazníkem *MBI* a zkoumaným souborem bylo 101 dobrovolných hasičů. Výsledky podpořily hypotézy, že emocionální vyčerpání pozitivně souvisí s požadavky práce a negativně s pocitem kontroly práce. To stejné platí pro dimenzi depersonalizace. Dimenze osobní úspěch významně nesouvisí s pocitem kontroly práce (Lourel, Abdellaoui, Chevaleyre, Paltrier, & Gana, 2008).

Výzkum z jihovýchodních Spojených států Amerických provedený na 208 profesionálních hasičích se zabýval syndromem vyhoření. Ten byl měřen pomocí kratší verze dotazníku *BM*. Autoři zjistili, že s vyhořením pozitivně souvisí faktory pracovní stres a konflikt práce a rodiny. Syndrom vyhoření se ukázal jako hlavní prediktor pro nižší dodržování bezpečných pracovních postupů hasičů. Ukázalo se, že vyhoření též negativně ovlivnilo podávání zpráv o bezpečnosti a komunikaci obecně. Autoři shrnují jejich závěr tak, že syndrom vyhoření signifikantně ovlivňuje bezpečnost hasiče, což může mít dopad i na jejich zdraví obecně, včetně jejich prožívané pohody (Smith, Hughes, DeJoy & Dyal, 2018).

4.2 Výzkum v oblasti postojů ke smrti u ZZS & HZS

První psychologický zájem o postoje ke smrti se váže ke konci 50. let 20. století. Je spojen se jménem Feifel, který prováděl výzkumy postojů ke smrti na geriatrických a mentálně nemocných lidech. Od poloviny 60. let se zvýšil zájem populace na téma smrti, ale opravdový boom s publikacemi o smrti nastal až od poloviny 70. let, kdy se také začaly objevovat nástroje k hodnocení strachu ze smrti, ohrožení a úzkosti ze smrti. V 80. letech vědci jednak pokračovali ve vývoji metod k měření postojů ke smrti, jednak se je snažili

validovat. Objevily se časopisy o smrti, například časopis *Death Studies* (Neimeyer, Wittkowski & Moser, 2004).

V České republice se výzkumu postojů ke smrti věnovaly doktorky Klára Machů a Olga Pechová, které zároveň přeložily do češtiny dotazník *Death Attitudes Profile-Revised*. Z výsledků jejich práce vyplynulo, že nejsilnějším faktorem ovlivňujícím postoje ke smrti je náboženské přesvědčení. Ve škále vstřícné přijetí smrti byl například signifikantní rozdíl mezi osobami s náboženským přesvědčením a ateisty, rozdíl byl i v ostatních škálách. Také byla například zjištěna negativní korelace mezi věkem a mírou strachem ze smrti. Mezi muži a ženami se nepotvrdil signifikantní rozdíl v postoji strach ze smrti (Machů, 2012).

Výzkum u ZZS

V českém prostředí se postoji zdravotnických záchranářů ke smrti věnovala ve své bakalářské práci Ševčíková (2014). Kvantitativní šetření provedla na 81 záchranářích z ARO a ZZS. Ukázalo se, že pracovníci ZZS jsou při opakovaném setkávání se se zemřelým pacientem nejvíce frustrováni věkem pacienta, poté strachem ze smrti a strachem o své blízké a následně z bezmocnosti. Za nejvíce stresující úmrtí považovali respondenti ZZS úmrtí dítěte, a to v 73 %. Nejčastějšími pocity při péči o zemřelé dítě se ukázala bezmocnost a lítost, u dospělého zemřelého potom smutek. Co se týče změny postoje v péči o zemřelé pacienty s délkou praxe pracovníka ZZS, 34 % pracovníků nemá pocit, že by se jejich postoj změnil, ale 32 % má naopak pocit, že se se smrtí vyrovnává snáze než na začátku praxe. Nejčastěji se tyto pracovníci nicméně setkávají s přirozenou smrtí, nejvíce stresující je pro ně setkání se s úmrtím, ke kterému došlo sebevraždou. Na druhém místě se nejčastěji pracovníci ZZS setkávají se smrtí zapříčiněnou nehodou. Obecně nemá většina pracovníků ZZS ani ARO zájem o vzdělávání v oblasti umírání a smrti. Brandejská (2008) mmj. také na souboru 143 záchranářů zjistila, že traumatickou smrt dítěte považuje 87 % záchranářů za těžkou kritickou událost.

Kvalitativní výzkum s 11 záchranáři provedl Boček (2015). Zabýval se situacemi, kdy dochází ke kontaktu s pozůstalými při úmrtí pacienta. Situace komunikace s pozůstalými je pro tyto vybrané záchranáře běžnou praxí, komunikace pro ně ale není snadná. Nejnáročnější je však dle nich komunikace s pozůstalými od zemřelého dítěte. Pro většinu respondentů však komunikace s pozůstalými nepředstavuje z dlouhodobé perspektivy výraznější zátěž. Komunikací s pozůstalými a pohledem na smrt záchranářů, hasičů

a policistů se zabývala i Vaňásková (2012), která například zjistila, že 88 % z vybraných respondentů vnímá smrt jako součást své profese.

Ze *zahraničních* výzkumů je zajímavý výzkum z jihozápadu Spojených států Amerických od Palmera (1983). Zkoumal záchranáře a pohotovostní lékaře formou pozorování, neformálních rozhovorů, konverzací, prostudováním dokumentů a posloucháním oficiálního rozhlasu. Cílem bylo zjistit, jaké strategie využívají záchranáři při setkávání se s umíráním a smrtí. Byly stanoveny následující zvládací mechanismy: desenzibilizace, humor, specifický jazyk, roztržitost, útek do práce a racionalizace. Dále uvádíme průzkum z USA administrovaný 136 pohotovostním lékařům (lékařům na záchranné službě). Například se zjistilo, že 54 % respondentů si myslí, že je jejich úkolem oznamovat úmrtí pacienta. Téměř polovina z nich se při oznamování úmrtí ale necítí příjemně. Celkem 82 % lékařů uvedlo, že chování jich samotných má vliv na to, jak pozůstalí prožívají smutek (Smith-Cumberland & Feldman, 2005).

Výzkum u HZS

Kvalitativní výzkum zaměřený na téma smrti u pomáhajících profesí provedla Miklová (2012). Z celkového počtu 9 respondentů jich bylo 5, kteří mají něco společného s Hasičským záchranným sborem. Autorka zjistila, že většina z nich si pamatuje svou první zkušenost s mrtvým tělem. Dále také, že v krizové situaci, jakou je práce s umírajícím, prožívají odosobnění pro ochranu svého psychického zdraví. Mnoho z nich se emočním hlediskem ani nezabývá a řeší spíše fyzické vypětí. Při setkání se se smrtí kladou respondenti velký důraz na rituály, za jeden z nejdůležitějších copingových mechanismů považují skupinové sdílení. V tomto výzkumu respondenti kladli nejmenší důraz na víru a spiritualitu.

Zátěžovými situacemi hasičů se zabýval Šmahlík (2009). Zkoumal také postoje k psychologické službě HZS ČR formou kvantitativního šetření na 335 příslušnících HZS Olomouckého kraje. Zjistil, že většina respondentů výzkumu by uvítala pohovor s psychologem po zásahu, ve kterém se jednalo o těžké zranění či smrt dítěte nebo také těžkou dopravní nehodu či zásah s více mrtvými. Z dalších výsledků lze uvést, že po náročném zásahu vnímají hasiči posttraumatickou intervenci poskytovanou psychologem kladně.

Studie z USA porovnávala postoje ke smrti u starších mužů ve 4 kategoriích: parašutisti, klienti domova pro seniory, dobrovolní hasiči a kontrolní skupina. Skupina dobrovolných

hasičů byla tvořena ze 48 hasičů a dle autorů reprezentovala skupinu s vysokým rizikem smrti a s vysokou expozicí smrti. Autoři pro měření postoje strach ze smrti použili *Collett-Lester Fear of Death Scale* složenou z 28 položek, která hodnotí 4 dimenze. V porovnání s kontrolní skupinou měli hasiči menší skóre na subškále strach ze svého umírání a smrti, na subškále strach ze smrti ostatních lidí naopak skórovali průměrně výše než kontrolní skupina. Pro měření pozitivního postoje ke smrti, přijetí, použili autoři *The Death Acceptance Scale*, což je 16 ti položková metoda. Na škále přijetí smrti skórovali hasiči opět výše než kontrolní skupina, a to v obou subškálách: konfrontace a integrace (Griffith, Toms, Reese, Hamel, Gu & Hart, 2013).

Výzkum z asijského státu Taiwan provedl He (2007). Zkoumal smysl života a postoje ke smrti u hasičů, pro měření postojů ke smrti využil dotazník *Death Attitude Profile-Revised*. Jeho zjištění bylo, že vybraní hasiči měli především postoj vyhýbání se smrti, na škálách únikové přijetí a přijetí smrti skórovali signifikantně výše hasiči staří 41-50 let oproti těm v kategorii 20-40 let. Hasiči s praxí 21-30 let skórovali signifikantně výše ve škálách strach ze smrti, vyhýbání se smrti a přijetí smrti oproti těm s praxí 6-10 let. Zajímavým zjištěním bylo, že hasiči, kteří nezažili ztrátu člena rodiny, skórovali výše ve škálách strach ze smrti a vyhýbání se smrti než ti, kteří ztrátu zažili.

V této kapitole jsou charakterizovány dosavadní výzkumy na témata syndromu vyhoření a postojů ke smrti u ZZS a HZS. Lze říci, že především v tématu smrti je zde nedostatek relevantních výzkumů, a to v českém i mezinárodním prostředí.

VÝZKUMNÁ ČÁST

Výzkumná část práce je zaměřena na provedenou smíšenou studii na téma syndrom vyhoření a postoje ke smrti u příslušníků Zdravotnické záchranné služby a příslušníků Hasičského záchranného sboru. V této části popisujeme výzkumný problém a cíle studie, stanovujeme hypotézy a výzkumné otázky vzhledem ke smíšené povaze výzkumu, popisujeme aplikovanou metodologii práce, využití metody, analýzu získaných dat, etiku studie, výsledky práce, dále je zde diskuze a závěry z výzkumu.

5 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍLE PRÁCE

Za výzkumný problém studie považujeme **porovnání témat syndromu vyhoření a postojů ke smrti mezi příslušníky Zdravotnické záchranné služby a Hasičského záchranného sboru České republiky.**

Stanovili jsme si **2 hlavní cíle** této práce, z nichž vyplývají jednotlivé podcíle.

1. Porovnat téma syndromu vyhoření mezi příslušníky ZZS a HZS

- Porovnat, jaká je povědomí o syndromu vyhoření mezi vybranými příslušníky ZZS a HZS
- Porovnat míru syndromu vyhoření u příslušníků ZZS a HZS
- Porovnat možné faktory související s mírou vyhoření u příslušníků ZZS a HZS včetně faktorů preventivních

2. Porovnat téma postojů ke smrti mezi příslušníky ZZS a HZS

- Porovnat míru určitých postojů ke smrti u příslušníků ZZS a HZS
- Porozumět individuálním pohledům na smrt a na situace spojené se smrtí u vybraných příslušníků ZZS a HZS a tyto porovnat
- Porovnat souvislost míry vyhoření a negativních postojů ke smrti mezi příslušníky ZZS a HZS

Porovnání obou témat nám umožní nahlédnout do života příslušníků ZZS a HZS a zjistit tak několik důležitých informací: jakou míru vyhoření příslušníci v současné době vykazují; v čem by rozdílná míra mohla spočívat; zda by se mohla jedna skupina inspirovat v preventivních opatřeních od druhé; jaké jsou rizikové faktory vyhoření u daných příslušníků; zda jsou vůbec příslušníci o syndromu informováni; jak příslušníci vnímají smrt nebo také, zda jim setkávání se se zemřelými v práci způsobuje stres a zda by u některé skupiny mohla míra vyhoření souviset s negativním postojem ke smrti.

6 HYPOTÉZY A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

V této kapitole popisujeme vzhledem ke smíšené povaze výzkumu stanovené výzkumné hypotézy a výzkumné otázky.

6.1 Hypotézy

V kvantitativní části práce jsme stanovili 9 hypotéz.

H1: Příslušníci ZZS vykazují v dotazníku BM psychického vyhoření statisticky významně vyšší skóre než příslušníci HZS.

- Tuto hypotézu předpokládáme na základě výsledků výzkumu Murphy, Beaton, Pike & Cain (1994), kteří zjistili, že záchranáři oproti hasičům skórovali v dotazníku vyhoření výše. Navíc některé výzkumy poukazují na nízkou míru vyhoření u hasičů (Jalůvková, 2014; Partschová, 2015; Vinnikov, Tulekov, Akylzhanov, Romanova, Dushpanova & Kalmatayeva, 2019). Zároveň po osobních rozhovorech se záchranáři a hasiči před započítáním výzkumu se autorka práce domnívá, že příslušníci ZZS mají v práci vícero rizikových faktorů pro vyhoření (časté výjezdy s nerelevantní indikací, nízké finanční ohodnocení, nízká prestiž práce, v malém městě někdy i stereotypní výjezdy, obecně menší počet benefitů oproti příslušníkům HZS, což je dle názoru autorky dané i odlišnou legislativou).

H2: Příslušníci ZZS a příslušníci HZS se statisticky významně liší ve skórech dotazníku DAP-R.

- Předpokládáme, že se příslušníci ZZS a HZS obecně liší v postojích ke smrti. Ve své práci se obě povolání pravidelně setkávají se smrtí, nicméně každý z trochu jiného pohledu v rámci odlišných pracovních úkonů (avšak se stejným cílem záchrany). Jak ukázal například výzkum Ševčíkové (2014), příslušníci ZZS jsou při setkávání se se zemřelým frustrováni strachem ze smrti. V jiném výzkumu se u hasičů projevoval především vyhýbavý postoj ke smrti (He, 2007). Předpokládáme tedy, že se obecně postoje ke smrti těchto dvou skupin liší.

H3: Příslušníci ZZS vykazují na škále strach ze smrti statisticky významně vyšší skóre než příslušníci HZS.

- Dle výzkumu Ševčíkové (2014) jsou pracovníci ZZS při opakovaném setkávání se se zemřelým nejčastěji frustrováni po proměnné věk také strachem ze smrti. Studie

z USA (Griffith, Toms, Reese, Hamel, Gu & Hart, 2013) také například ukázala, že hasiči měli v porovnání s kontrolní skupinou menší skóre na škále strach z vlastní smrti a umírání.

H4: Příslušníci ZZS vykazují na škále vstřícné přijetí smrti statisticky významně vyšší skór než příslušníci HZS.

- Ve výzkumu Miklové (2012) bylo zjištěno, že respondenti z hasičského prostředí kladli nejmenší důraz na víru a spiritualitu. Zároveň z výzkumu Machů (2012) víme, že náboženské přesvědčení má signifikantní souvislost se škálou vstřícné přijetí smrti. Proto se domníváme, že příslušníci ZZS budou na této škále skórovat výše.

H5: Příslušníci ZZS vykazují na škále únikové přijetí smrti statisticky významně vyšší skór než příslušníci HZS.

- Jelikož je škála únikové přijetí smrti pozitivním postojem ke smrti, stejně jako vstřícné přijetí smrti, též předpokládáme vyšší skór u ZZS než u HZS. Důvodem k tomuto předpokladu je i to, že dle Ševčíkové (2014) se záchranáři nejčastěji setkají s přirozenou smrtí. Navíc předpokládáme, že záchranáři mohou mít tento postoj po pravidelném setkávání se se smrtí chronicky nemocných pacientů.

H6: Příslušníci ZZS vykazují na škále neutrální postoj ke smrti statisticky významně vyšší skór než příslušníci HZS.

- Po osobních rozhovorech se záchranáři a hasiči před započítím výzkumu se autorka práce domnívá, že záchranáři se častěji dostanou i k situacím přirozeného úmrtí, které je relevantní věku, a proto by ke smrti mohli mít neutrálnější postoj. To, že se s přirozenou smrtí záchranáři setkají nejčastěji, opět dokazuje i výzkum Ševčíkové (2014). Zároveň Vaňásková zjistila, že 88 % z vybraných respondentů IZS vnímá smrt jako součást své profese.

H7: Příslušníci HZS vykazují na škále vyhýbavý postoj ke smrti statisticky významně vyšší skór než příslušníci ZZS.

- Tuto hypotézu předpokládáme na základě výzkumu He (2007), který zjistil, že vybraní hasiči vykazovali především vyhýbavý postoj ke smrti.

H8: U příslušníků ZZS a HZS existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi skórem dotazníku BM a hodnotami na škále strach ze smrti.

- Předpokládáme, že u příslušníků ZZS i HZS povede vyšší míra vyhoření zároveň k tomu, že budou zastávat negativní postoj ke smrti, jakým je strach ze smrti či vyhýbavý postoj ke smrti. Nad problematikou se ale dá uvažovat i z opačného směru, tzn. časté setkávání se se smrtí a její negativní prožívání může souviset s vyšší mírou stresu a případným vyhořením.

H9: U příslušníků ZZS a HZS existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi skórem dotazníku BM a hodnotami na škále vyhýbavý postoj ke smrti.

- Vysvětlení se shoduje s vysvětlením u hypotézy č. 8. Jelikož se v bakalářské práci autorky (Šrajerová, 2018) ukázala silná korelace škály strach ze smrti a vyhýbavého postoje ke smrti, logicky tento vztah předpokládáme i zde.

6.2 Výzkumné otázky

V kvalitativní části práce se zaměřujeme na zodpovězení výzkumných otázek, které nám pomohou odpovědět na cíle studie. Zodpovězení výzkumných otázek nám zároveň pomůže porozumět výsledkům kvantitativní části práce.

Zvolili jsme 6 následujících výzkumných otázek:

1. Jakou představu mají příslušníci ZZS a HZS o syndromu vyhoření?
2. V jakých podobách se příslušníci ZZS a HZS setkávají u sebe či u svých kolegů se syndromem vyhoření?
3. Jak se příslušníci ZZS a HZS brání proti syndromu vyhoření?
4. Jakou roli hraje téma smrti u příslušníků ZZS a HZS?
5. Jak příslušníci ZZS a HZS reagují při setkávání se s úmrtím v práci?
6. Jak situace s úmrtím v práci ovlivňují celkový postoj ke smrti u příslušníků ZZS a HZS?

Při stanovování výzkumných otázek jsme předpokládali, že příslušníci ZZS a HZS budou mít nejspíše poměrně dobrou představu o syndromu vyhoření, jelikož se nejedná o tabuizované téma, a předpokládali jsme, že se s ním setkali alespoň v rámci školení. Zároveň jsme se domnívali, že většina z respondentů se setkala u svého kolegy se syndromem vyhoření a také to, že většina z nich bude mít alespoň jednu účinnou strategii

prevence vyhoření. Co se týče tématu smrti, předpokládali jsme, že mluvit o smrti by příslušníkům vzhledem k povaze jejich práce nemělo dělat problém. Zároveň jsme se domnívali, že je možné, že při rozhovoru na téma smrti budou příslušníci odosobněni.

7 METODOLOGICKÝ RÁMEC

Ve výzkumu jsme použili **smíšený přístup**. Smíšený výzkum je obecný přístup, kdy dochází k míchání kvantitativní i kvalitativní metodiky, technik nebo paradigmat v jedné studii. Propojení výsledků nastává při interpretaci a přípravě zprávy (Hendl, 2005). Dominantou v této smíšené studii byla kvantitativní část. Námi stanovené cíle by nicméně nebylo možné naplnit pouze pomocí statistického šetření. Proto byla studie doplněna kvalitativní částí, což nám umožnilo získat cenné informace, které bychom jinak nezjistili. Zároveň jsme díky informacím z rozhovorů mohli nastínit, proč jsme získali právě takové výsledky z kvantitativního šetření. Využití smíšeného přístupu nám umožnilo získat celkovou představu o tématech syndromu vyhoření a postojích ke smrti u příslušníků ZZS a HZS a lépe tak porovnat daná témata mezi těmito dvěma skupinami. K propojení výsledků dojde v kapitole 14 Diskuze.

Výzkum si kladl cíle především v rámci deskripce. Jak uvádí Hendl (2005), výzkum zaměřený na popis nám přináší specifický obraz situace, jevu nebo vztahů. V kvantitativní části pracujeme s *diferenciační studií*, která porovnává dva či více vzorků vzhledem k proměnným. Pro naplnění jednoho z cílů jsme zároveň využili *korelační studii*, která zjišťuje těsnost vztahů mezi proměnnými (Ferjenčík, 2000). Tyto jsme realizovali pomocí dotazníkového šetření. Co se týče kvalitativní části výzkumu, jednalo se zde o *deskriptivní mnohopřípadovou studii*. Taková případová studie má dodat komplexní popis jevu. Mnohopřípadovou studii používáme v komparativním výzkumu (Hendl, 2005).

8 METODY ZÍSKÁVÁNÍ DAT

V této kapitole si přiblížíme použité metody ve výzkumné studii. První podkapitola je zaměřená na použité metody v kvantitativní části práce a popisuje celkem 3 testové metody. Druhá podkapitola se věnuje metodám kvalitativní části práce. Při popisu kvantitativních metod využíváme pasáže z autorčiny bakalářské práce (Šrajerová, 2018).

8.1 Testové metody

Ve výzkumu byl použit dotazník vlastní konstrukce a dva dotazníky od světových autorů.

8.1.1 Dotazník vlastní konstrukce

Dotazník vlastní konstrukce byl prvním uvedeným v testové baterii a dotazoval se na: příslušnost k IZS, pohlaví, věk, délku praxe pro IZS, zdali se příslušník setkává ve své práci s úmrtím a pokud ano, tak jak často, jestli se příslušník považuje za věřícího člověka a jaké situace jsou pro něj v práci nejtěžší. Díky těmto otázkám jsme získali bližší informace pro popis výběrového souboru a zároveň doplňkové informace k výsledkům další části dotazníkového šetření. Dotazník vlastní konstrukce je k dispozici v příloze č.2.

Příslušnost k IZS byla dichotomickou proměnou (ZZS X HZS), stejně tak jako pohlaví (žena X muž). Odpověď na věk byla otevřená – respondenti měli vypsát číslo v letech, tudíž se jednalo o metrickou proměnnou. Délka praxe pro IZS měla též otevřenou odpověď na vypisování, tzn. metrické povahy. Otázka na setkávání se s úmrtím v práci měla dichotomickou odpověď: ano X ne, a pokud příslušník odpověděl ANO, měl ještě odhadnout, jak často se s úmrtím v práci setká za 6 měsíců. Otázka na víru příslušníka měla 3 možné odpovědi: ano X ne X nechci uvést. Pokud respondent odpověděl ANO, měl uvést, v jaký směr či náboženství věří. Tato proměnná byla tedy nominální polytomická proměnná. Poslední otázka na nejtěžší situace v práci měla otevřenou odpověď a zpracovávala se nejprve kvalitativně (vytvoření kategorií) a následně kvantitativně (určení četností položek v kategoriích).

8.1.2 Death Attitudes Profile-Revised

Dále respondenti vyplňovali dotazník **Death Attitudes Profile-Revised** neboli Revidovaný profil postoje ke smrti od autorů Wong, Reker & Gesser z roku 1994. Do češtiny byl přeložen doktorkami Klárou Machů a O. Pechovou. Přeložený dotazník byl poskytnut doktorkou O. Pechovou. Inventář obsahuje celkem 32 tvrzení, které se při vyhodnocování rozdělují a tvoří 5 škál. Respondent vždy u příslušného tvrzení vyznačuje

na Likertově škále číslo od 1 = zcela nesouhlasím až k 7 = zcela souhlasím. Mezi těmito body jsou odpovědi nesouhlasím, spíše nesouhlasím, nevím, spíše souhlasím, souhlasím. Všechny 5 škál obsahují určitý počet jich přidělených tvrzení. Skóre pro každou škálu se sčítají a rozdělují podle počtu položek. Pro každého respondenta tak získáme průměrný skóre na každé škále. Vyšší skóre škály ukazuje na vyšší postoj - např. vyšší strach ze smrti (Machů, 2012).

Dotazník DAP-R je tvořen těmito škálami:

- **strach ze smrti** (7 položek) – měří pocit strachu, který v nás smrt vyvolává (od úzkosti ze smrti se liší svou specifičností a sebeuvědoměním tohoto strachu),
- **vyhýbavý postoj ke smrti** (5 položek) – měří to, jak se vyhýbáme myšlenkám na smrt kvůli úzkosti z nich,
- **neutrální přijetí smrti** (5 položek) – měří, jestli vnímáme smrt jako přirozenou součást života, jako nezměnitelný fakt, jako realitu, která nepůsobí obavy, ale ani není vítána,
- **vstřícné přijetí smrti** (10 položek) – měří pozitivní postoj ke smrti, jehož základ je ve víře v šťastný posmrtný život a má vztah k náboženské víře,
- **únikové přijetí smrti** (5 položek) – postoj brán také jako postoj pozitivní, jelikož měří, jestli je smrt vnímána jako vítaná alternativa k životu plnému bolestí a utrpení (Wong, Reker & Gesser, 1994).

V tabulce 1 jsou uvedeny příklady položek jednotlivých škál a naměřená vnitřní konzistence (Cronbachova α) z původní studie (Wong, Reker & Gesser, 1994).

Tab. 1: Škály s příkladovými položkami dotazníku DAP-R a naměřená reliabilita

| škála | ukázka položky | α |
|--------------------------|--|----------|
| strach ze smrti | <i>Smrt je bezpochyby hrozivá zkušenost.</i> <i>Téma života po smrti mě hodně znepokojuje.</i> | 0,86 |
| vyhýbavý postoj ke smrti | <i>Vyhýbám se myšlenkám na smrt za každou cenu.</i> <i>Snažím se nemyslet na smrt.</i> | 0,88 |
| neutrální přijetí smrti | <i>Smrt je přirozená součást života.</i> <i>Smrt není ani dobrá, ani špatná.</i> | 0,65 |
| vstřícné přijetí smrti | <i>Věřím, že po smrti budu v nebi.</i> <i>Vidím smrt jako přechod na věčné a požehnané místo.</i> | 0,97 |
| únikové přijetí smrti | <i>Smrt ukončí všechna moje trápení.</i> <i>Smrt je vysvobozením z bolesti a utrpení.</i> | 0,84 |

8.1.3 Dotazník BM – psychického vyhoření

Druhým vyplňovaným dotazníkem byl **dotazník BM – psychického vyhoření**, v originále Burnout Measure, který v roce 1980 vytvořili A. Pines a E. Aronson. Do češtiny ho přeložil Jaro Křivohlavý, který dotazník uvádí ve svých publikacích. Dotazník obsahuje 21 tvrzení, na které respondent reaguje prostřednictvím sedmi bodové škály, kde 1 = nikdy, 2 = jednou za čas, 3 = zřídka kdy, 4 = někdy, 5 = často, 6 = obvykle, 7 = vždy. Pro vyhodnocení se počítají určité položky, z čehož vzniknou součty A a B. Následně se pomocí dané konstanty zjistí hodnota C, poté se sečte A + C a vznikne hodnota D. Následný kvocient vyhoření (**BQ = Burnout Quotient**) se zjistí jako podíl hodnoty D a konstanty 21. Dotazník měří tři aspekty vyhoření: pocit fyzického vyčerpání, pocit emocionálního vyčerpání a pocit psychického vyčerpání (Křivohlavý, 2012). Tabulka 2 uvádí příklady položek těchto aspektů z dotazníku BM. Typy vyhoření ale nejsou samostatné škály dotazníku, metoda je jednodimenzionální a výsledkem je proto stále jeden hlavní skóre (Enzmann, Schaufeli, Janssen & Rozeman, 1998). Křivohlavý (2012) uvádí, že hlavním faktorem, který sytí dotazník, je faktor vyčerpání (sytí 69 %). Reliabilita jako vnitřní konzistence je dobrá, reliabilita jako shoda v čase (test-retest reliabilita) je vysoká. Konkrétní hodnoty ale nejsou uvedeny. Česká verze dotazníku byla získána v monografii pana Křivohlavého (Křivohlavý, 2012).

Tab. 2: Oblasti dotazníku BM a příklady položek

| oblast | ukázka položky |
|-----------------------|--|
| fyzické vyčerpání | <i>Cítil(a) jsem se vyřízen(a), zničen(a).</i> <i>Byl(a) jsem slabý/á a na nejlepší cestě k onemocnění.</i> |
| emocionální vyčerpání | <i>Byl(a) jsem v depresi (tísni).</i> <i>Cítil(a) jsem se jako bych byl(a) nula (bezcenný/á).</i> |
| psychické vyčerpání | <i>Byl(a) jsem nešťastný/á.</i> <i>Cítil(a) jsem se jakoby uvězněn(a) v pasti.</i> |

8.2 Kvalitativní metody

Vzhledem k výzkumným cílům jsme v kvalitativní části práce zvolili metodu **interview**. Mezi její výhody patří to, že dovoluje kontrolu situace sběru dat, lze zaznamenat i to, co bylo a je užitečné, jestliže není možné využít metodu pozorování. Mezi nevýhody interview patří to, že často probíhá v umělých podmínkách, samotná přítomnost výzkumníka může vést ke zkreslení a poskytuje nám nepřímé informace, které jsou filtrované informantem (Hendl, 2005). Ferjenčík (2000) zdůrazňuje interaktivní povahu rozhovoru, to znamená, že výzkumník chtě nechtě ovlivňuje množství i charakter informací, které mu respondent poví. Hendl (2005) uvádí, že je nutné věnovat při interview zvláštní pozornost úvodu a závěru. V úvodu je nutné prolomit bariéry a také získat respondentův souhlas se záznamem. V závěru je dle něj možné získat další důležité informace.

V této studii jsme konkrétně zvolili formu *polostruktuovaného rozhovoru*. Je charakteristický tím, že výzkumník má již připravenou sadu otázek, nicméně forma a způsob odpovědí jsou volné (Ferjenčík, 2000). Miovský (2006) dále uvádí, že je možné pořadí okruhů otázek měnit, což nám umožní získat z rozhovoru maximum. Další výhodou je, že tento typ rozhovoru můžeme provádět ve standardizovaném prostředí i velmi různorodém prostředí. Výhodou též je, že eliminuje nevýhody standardizovaného a volného rozhovoru a zároveň těží z jejich výhod.

Pro každý rozhovor byl připraven *záznamový arch*. Ten obvykle slouží k zaznamenání socioekonomických a podobných údajů a k zaznamenání nejdůležitějších zjištění (Miovský, 2006). Tento záznamový arch měl položky: souhlasí s diktafonem ano X ne, jméno, krycí jméno, věk, příslušník ZZS či HZS, datum rozhovoru, lokalita stanice, pracovní pozice a délka praxe. Dále zde byly uvedeny pomocné otázky na začátek rozhovoru, tj. navázání kontaktu a prolomení bariér - Jak jste se k Vaší práci dostal/a?, S čím strávíte v práci nejvíce času?, S jakými typy výjezdů se nejčastěji setkáváte?

Další strana záznamového archu byla tvořena samotnými okruhy otázek a konkrétními otázkami. Celkem bylo dotazováno 6 okruhů otázek, které víceméně korespondovaly s výzkumnými otázkami a byly tak zaměřeny na syndrom vyhoření a postoje ke smrti. Každý okruh měl 3-4 podotázky. Konkrétní znění je v příloze č.3.

9 SBĚR DAT

V této kapitole popisujeme proces sběru kvantitativních a kvalitativních dat.

9.1 Sběr kvantitativních dat

Testová baterie složená ze 3 dotazníků byla před zveřejněním podrobena malé pilotní studii, kdy si 8 lidí (z toho 4 příslušníci ZZS & 4 HZS) různého věku zkusili přečíst instrukci a položky v dotaznících. Toto pilotní testování proběhlo formou tužka-papír. Po připomínkách byla lehce pozměněna instrukce (blíže jsme specifikovali cílovou skupinu).

Samotné zveřejnění testové baterie proběhlo v červnu 2019, sběr kvantitativních dat probíhal od června 2019 do července 2019 přes internetový portál vyplnto.cz a menšina respondentů (n = 11) vyplňovala prostřednictvím tužka-papír, jelikož si jejich vedení zažádalo o tuto formu dotazníků. Díky šíření dotazníku přes internet jsme byli schopni získat vysoký počet respondentů. Dotazník přes tuto platformu zároveň umožnil získat všechny odpovědi – nikdo nemohl nechat prázdné pole. Dotazník byl nastaven jako neveřejný (bez odkazu ho nemohl nikdo nalézt). Šíření bylo zajištěno přes sociální síť Facebook a také tím, že jsme odeslali emaily lidem z vedení jednotlivých stanic/základěn s prosbou o rozeslání odkazu svým podřízeným. Testová baterie metodou tužka-papír byla zaslána poštou v počtu 80 kusů, nicméně jedna ze stanic HZS, která z tohoto počtu získala 60 kusů, přestala komunikovat a vyplněné dotazníky nevrátila.

9.2 Sběr kvalitativních dat

Rozhovorům se samotnými respondenty předcházela pilotní rozhovor s 1 zdravotní sestrou ze ZZS a 1 příslušníkem HZS. V rozhovoru se nevyskytl žádný problém a pilotní respondenti nevedli nic, co by bylo dobré změnit. Proto zůstala podoba rozhovoru stejná i pro další rozhovory.

Rozhovory s příslušníky ZZS/HZS proběhly během září 2019 až listopadu 2019. Rozhovory proběhly vždy face-to-face, a to v 5 případech v kavárně, ve 3 případech na stanici/základně během služby respondenta a ve 2 případech v domácím prostředí respondenta. Všichni respondenti souhlasili s nahráváním rozhovoru, proto byl rozhovor vždy fixován na mobilní telefony autorky (druhý telefon pro pojistku v případě ztráty dat).

Nejdelší rozhovor trval s příslušníkem ZZS, a to 1 hodinu 1 minutu, nejkratší potom s příslušníkem ZZS, a to 24 minut. Průměrně trvaly rozhovory s příslušníky ZZS 48 minut a rozhovory s příslušníky HZS 40 minut.

10 VÝZKUMNÝ SOUBOR

Výzkumná studie se zaměřuje na příslušníky ZZS a HZS. Konkrétně byli cílovou skupinou ti záchranáři a hasiči, kteří jezdí na výjezdy (tzn. výjezdoví záchranáři a výjezdoví hasiči), jsou v pracovním či služebním poměru alespoň 1 rok a nezastávají vedoucí pozici. U příslušníků ZZS jsme zároveň požadovali NLZP = nelékařská zdravotnická povolání. Tento požadavek jsme měli pro kvantitativní i kvalitativní část práce. Především jsme tím působení některých faktorů, které by mohly negativně ovlivňovat výsledek výzkumu (nežádoucí proměnné). V obou částech výzkumu jsme využili nepravděpodobnostní metody výběru respondentů.

10.1 Výzkumný soubor kvantitativní části

Pro výběr respondentů jsme v rámci **kvantitativního výzkumu** použili ***záměrného výběru přes instituce***. Jedná se o nepravděpodobnostní metodu výběru výzkumného souboru, která využívá určitý typ služeb nebo aktivity nějaké instituce s danou cílovou skupinou, která nás ve výzkumu zajímá (Miovský, 2006). Konkrétně byly osloveny stanice/základny ze všech krajů České republiky prostřednictvím nadřízeného (ředitel, náměstek, velitel stanice atd.) s prosbou o šíření odkazu na dotazník svým podřízeným. Všechny kraje v ČR měly tedy zástupce respondentů jak v ZZS, tak v HZS. Zároveň byl odkaz na dotazník umístěn na Facebooku autorky a sdílen jejími přáteli. Sdílel se i na stránkách záchranářů. Jednalo se tedy o metodu ***samovýběru***, kdy vícero potencionálním respondentům nabídneme zapojení do výzkumu a je na nich, zda se opravdu zapojí (Miovský, 2006).

Celkem se v kvantitativní části práce podařilo získat **473 respondentů**, z toho 261 příslušníků ZZS (55,18 %) a 212 příslušníků HZS (44,82 %). Průměrný věk respondentů činil **40,41 let**, u ZZS potom 41,04 a u HZS 39,65 let. Všechny tyto a další ostatní charakteristiky respondentů shrnuje tabulka č. 3.

Tab. 3: Popisné charakteristiky výběrového souboru – počet, pohlaví, věk

| Příslušník | N (četnost) | Pohlaví (N) | Věk (průměr) | Věk (směrodatná odchylka SD) |
|----------------------|-------------|---------------|--------------|------------------------------|
| <i>ZZS</i> | 261 (55 %) | 134 Ž / 127 M | 41,04 let | 10,67 |
| <i>HZS</i> | 212 (45 %) | 4 Ž / 208 M | 39,65 let | 8,59 |
| <i>Celkem</i> | 473 (100 %) | 138 Ž / 335 M | 40, 41 let | 9,81 |

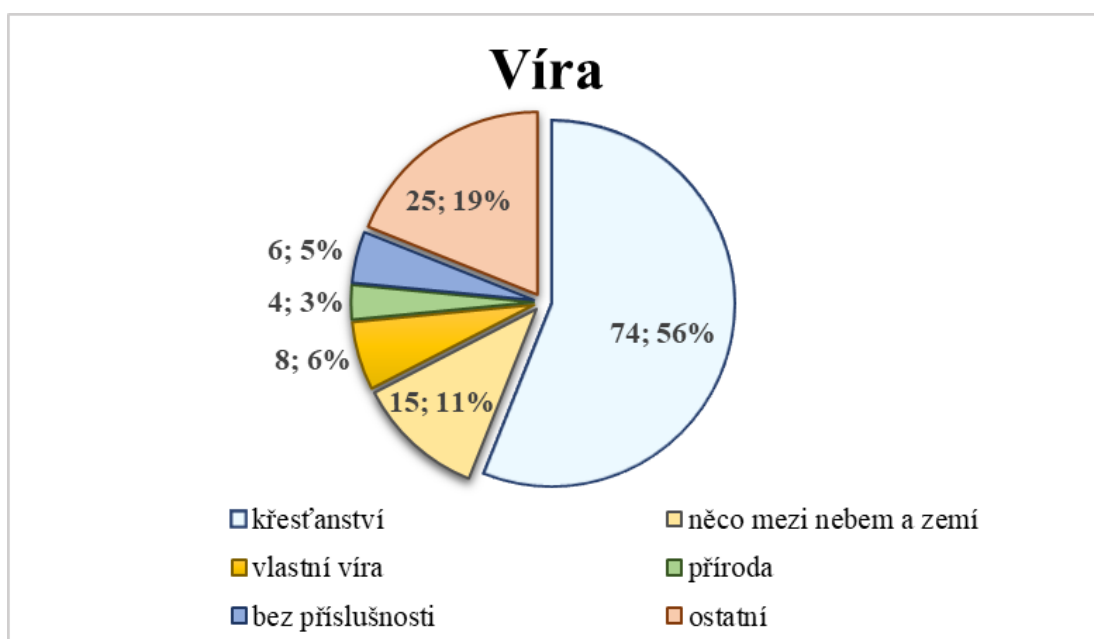
Dále jsme u respondentů zjišťovali, jakou mají délku praxe v IZS a také, zdali se setkávají ve své práci s úmrtím. Pokud ano, měli odhadnout, jak často v průběhu 6 měsíců. Výsledky jsou zpracovány v níže přiložené tabulce č.4.

Tab. 4: Popisné charakteristiky výběrového souboru – praxe, setkávání se s úmrtím

| Příslušník | Délka praxe (průměr) | Setkávání se s úmrtím (N) | Setkávání se s úmrtím v % | Jak často v průběhu 6 měs. (průměr) |
|----------------------|----------------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------------------|
| <i>ZZS</i> | 14,56 let | 260 Ano / 1 Ne | 99,6 % / 0,4 % | 8,0krát |
| <i>HZS</i> | 15,77 let | 206 Ano / 6 Ne | 97,2 % / 2,3 % | 2,66krát |
| <i>Celkem</i> | 15,10 let | 466 Ano / 7 Ne | 98,5 % / 1,5 % | 5,64krát |

V rámci charakteristik výběrového souboru jsme se také ptali na víru respondentů. Celkem **132** (28 %) respondentů se považuje za **věřící**. U příslušníků ZZS je tomu tak v 78 případech (30 %), u příslušníků HZS potom v 54 případech (25 %). Za **nevěřící** se celkem považuje **269** respondentů (57 %), u ZZS je to 146 nevěřících (56 %), u HZS 123 nevěřících (58 %). Na otázku nicméně odpovědělo celkem 72 lidí, že **nechce odpovědět** (15 %), konkrétně 37 záchranářů (14 %) a 35 hasičů (17 %). To, v jaký směr či náboženství respondenti věří, je vyjádřeno v grafu č.1. Do kategorie ostatní patří například: judaismus, zen buddhismus, buddhismus, víra v sám sebe, láska, Svědek Jehovův či osud.

Graf 1: Zastoupení směrů či náboženství u věřících respondentů



10.2 Výzkumný soubor kvalitativní části

V rámci **kvalitativní studie** jsme pro výběr respondentů využili výhradně *metodu sněhové koule*. V kvalitativním výzkumu je to jedna z nejčastěji využívaných metod. Přes první osobní kontakt s účastníkem získáváme další kontakty na vhodné respondenty. První kontakt je takzvanou nultou fází a postupně se napojují fáze další až do saturace dat (Miovský, 2006).

Kvalitativní části práce se celkem zúčastnilo **10 respondentů**, 5 příslušníků ZZS a 5 příslušníků HZS. Co se týče pohlaví, u ZZS byl rozhovor proveden se 4 muži a 1 ženou, u HZS byli všichni respondenti muži. I v kvalitativní části byl požadavek na to, aby byl respondent výjezdový záchranář či výjezdový hasič, aby byl u dané složky alespoň 1 rok a aby nebyl ve vedoucí pozici. U ZZS se nakonec jednalo o tyto pracovní pozice: záchranář-řidič, řidič-záchranář, výjezdová sestra, zdravotnický záchranář (ve 2 případech). U HZS se jednalo o tyto pracovní pozice: hasič (ve 3 případech), hasič-technik a strojník a hasič-strojník. Níže uvádíme ještě věk, pro ochranu respondentů ale již neuvádíme bližší údaje.

Co se týče věku respondentů ZZS, respondenti byli ve věku 25 let, 38 let, 42 let, 43 let a 52 let (průměr 40). Záchranáři měli průměrnou délku praxe u ZZS 13, 7 let.

Co se týče věku respondentů HZS, respondenti byli ve věku 30 let, 32 let, 37 let, 46 let a 47 let (průměr 38). Tito respondenti měli průměrnou délku praxe u hasičů 13, 6 let.

11 ANALÝZA DAT

Co se týče *kvantitativní části*, analýza dat probíhala v programech MS Excel 365 a Statistica 13 v anglické verzi. Data byla získána prostřednictvím portálu vyplnto.cz již v excelovské podobě. Menšinový počet dotazníků ($n = 11$) byl vložen do excelu ručně. Posléze byla data upravována. Excel sloužil především pro potřeby deskriptivní statistiky a úpravu dat, program Statistica pro zkoumání platnosti hypotéz.

Pro deskriptivní účely bylo v excelu použito několik funkcí, například průměr, směrodatná odchylka, suma, countif, grafy. K vyjádření se o platnosti hypotéz byly v programu Statistica využity T-test pro dva nezávislé výběry, Hotellingův test pro dva nezávislé výběry, Welschův test, Mannův-Whitneyův U test a Pearsonův korelační koeficient. Pro zjištění normality byla ještě využita funkce histogram.

T-test pro dva nezávislé výběry patří do rodiny T testů, pracuje se dvěma náhodnými nezávislými výběry a předpokládá stejné rozptyly skupin. Pro situace, kdy nemáme zajištěné stejné rozptyly skupin, používáme **Welchův test**. **Hottellingův test pro dva nezávislé výběry**, což je forma MANOVY, je schopný nám přiblížit, jak se jedna skupina liší od druhé v rámci celého dotazníku či testu zahrnujícího více škál (Dostál, 2017a). **Pearsonův korelační koeficient** nabývá hodnot od -1 do 1 a vyjadřuje závislost dvou kvantitativních statistických znaků. Velikost hodnoty r se většinou interpretuje v rámci intervalů. Hodnota $r < 0,1$ znamená zanedbatelný vztah, $r < 0,3$ slabý vztah, $r < 0,5$ potom středně silný vztah a $r \geq 0,5$ znamená silný vztah. Hodnota $r = 1$ značí přímou úměru mezi pozorovanými znaky, hodnota -1 značí úměru nepřímou. **Mannův-Whitneyův U test** je neparametrickou metodou k výpočtu rozdílů hodnot mezi dvěma skupinami. Neklade na pozorovanou proměnnou podmínku normálního rozdělení (Dostál, 2017b). Ve výpočtech byla použita korekce na spojitost. Hladina významnosti byla vždy stanovena na $\alpha = 0,05$. Počet stupňů volnosti byl v případě t-testu $n+m - 2$, v případě Pearsonova korelačního koeficientu $n-2$.

Co se týče *kvalitativní části* práce, zpracování dat proběhlo formou transkripce audiozáznamu z diktafonu (mobilního telefonu). Transkripce znamená převod audiozáznamu do textové podoby (Miovský, 2006). Zde byla data přepisována do aplikace Word. Zároveň byla provedena kontrola transkripce opakovaným poslechem – viz. níže. Pro analýzu kvalitativních dat byl použit software Atlas.ti 8. verze, a to jeho bezplatná trial verze, a Excel. Pro analýzu dat byla použita metoda **tematické analýzy**. Jedná se o metodu

pro identifikaci, analýzu a popsání vzorů (témat) v kvalitativních datech. Organizuje a popisuje data v bohatých detailech a interpretuje různé aspekty výzkumného tématu (Boyatzis, 1998, in Braun & Clarke, 2006). V této studii se jeví jako vhodnou metodou analýzy, jelikož rozhovory nebyly hloubkové. Metodu používáme dle přístupu Braun & Clark (2006). Před samotným analyzováním dat je nutné určit, jaký přístup tematické analýzy využijeme. Pro tuto studii je vhodný *přístup teoretický*, kdy jsou data kódována vzhledem ke specifickým výzkumným otázkám. Přístup klade větší důraz na podrobnější analýzu některých aspektů našich dat než na celkový bohatý popis všech údajů. Dále jsme využili sémantický přístup, kdy v datech identifikujeme explicitní témata. To znamená, že během analýzy informace popisujeme a poté je interpretujeme. Autoři popisují proces analýzy dat v 6 krocích, podle kterých jsme postupovali:

1. *Seznámení se s daty* – data byla transkribována, byla provedena kontrola opakovaným poslechem, data byla několikrát pročitána a byly zaznamenány prvotní nápady a poznámky.
2. *Generování prvotních kódů* – proběhlo systematické kódování zajímavých rysů napříč celým souborem dat a porovnání relevance vzhledem k těmto kódům. K této fázi jsme využili programu Atlas.ti.
3. *Hledání témat* – v této fázi jsme seskupovali vytvořené kódy do potencionálních témat a o každém takovém tématu jsme sbírali údaje napříč daty. Toto již probíhalo v Excelu.
4. *Přezkoumání témat* – v této části jsme kontrolovali objevená témata vzhledem k našim datům.
5. *Definování a pojmenování témat* – zde jsme si upřesnili specifika témat a stanovili jasné názvy každého z nich.
6. *Zpracování výzkumné zprávy* – posledním bodem bylo sepsání zprávy, která je v této studii součástí kapitoly 13.2 Výsledky. V této fázi jsme přesunuli pozornost zpět na výzkumné otázky.

12 ETIKA VÝZKUMU

Etika jako nauka o morálce je důležitá v každém výzkumu včetně v tom psychologickém. Americká psychologická asociace v roce 1982 přijala etické principy při výzkumu s lidmi, které lze shrnout do principů, jakými jsou respekt a ohled vůči účastníkům výzkumu, právo na informace, právo na soukromí a důvěrnost informací a právo odstoupit z výzkumu (in Ferjenčík, 2000). Etický kodex ČMPS potvrzuje, že psycholog je povinen dodržovat povinnou mlčenlivost a důvěrnost ve vzájemném vztahu s klienty (ČMPS, 2017).

V rámci *kvantitativní části* práce jsme v instrukci dotazníku uvedli všechny důležité informace. Respondenti byli seznámeni s účelem výzkumu, základní informací o výzkumníkovi, měli informaci o dobrovolnosti účasti na výzkumu a také o tom, že vyplněním respondent souhlasí s výzkumem a se zpracováním osobních údajů. Výzkum byl čistě anonymní, respondenti tudíž nikde nezadávali své jméno. Jelikož byl dotazník z drtivé většiny vyplněn přes internet, anonymita byla tím spíše zachována. Menšina, která vyplňovala dotazníky tužka-papír, mohla vyplněný dotazník ihned vložit do předpřipravené obálky, která byla zaslána spolu s dotazníky. Co se týče zveřejnění dotazníků na internetu, pro maximální ochranu byl dotazník neveřejný, tudíž se k němu dostali pouze oslovení respondenti. Po ukončení sběru dat zůstává toto dotazníkové šetření skryté. Dotazníky BM a DAP-R je obecně nicméně možné na internetu nalézt.

Pro další ochranu respondentů a zařízení, která mi poskytla možnost šíření dotazníků svým zaměstnancům, neuvádíme jména spolupracujících zařízení. Odměna za výzkum nebyla poskytována.

Respondenti dostali kontakt na výzkumníka, který umožnil prostor pro případné dotazy, nejasnosti či zájem o výsledky výzkumu. Pokud by téma smrti bylo pro pracovníka citlivé, dotazník vyplňovat nemusel. Všichni měli informaci o dobrovolnosti zapojení se do výzkumu. Pokud by byly pro respondenta dotazníky na téma smrti a vyhoření náročné a vyvolaly v nich nepříjemné pocity, mohli toto ventilovat vzkazem na konci dotazníku. Někteří tuto možnost využili a se dvěma respondenty si autorka dále vysvětlila účel výzkumu.

V případě, že by téma smrti či vyhoření v respondentovi vyvolalo vzpomínku na bolestnou zkušenost z práce či z osobního života, mají možnost využít pomoc svých psychologů či jiné pomoci – u ZZS je to vždy alespoň peer, u HZS je na každém kraji psycholog. Žádný takový případ se ale nevyskytl, tedy alespoň o tom nebyla podána žádná zpráva.

V rámci *kvalitativní části* práce jsme při kontaktování respondentů vždy telefonicky sdělili povahu výzkumu včetně témat. Při telefonickém kontaktu, a poté i při osobním setkání, jsme se ujistili, že respondenti nemají problém hovořit o tématech vyhoření a smrti a zároveň byli respondenti ujistěni o tom, že kdykoli by jim bylo téma nepříjemné, rozhovor lze přerušit/zastavit. Žádný z respondentů neměl s tématy problém. Před zahájením interview podepsal každý respondent informovaný souhlas s účastí na výzkumu, který je součástí přílohy č.4. Před samotným rozhovorem výzkumnice zjistila souhlas/nesouhlas s nahráváním na diktafon a ujistila respondenty, že tento záznam slouží pouze pro účely transkripce dat a nikdo jiný nebude mít k záznamu přístup. Zároveň respondenty ujistila o anonymitě celé účasti na výzkumu. Při rozhovorech zaujímala výzkumnice empatickou neutralitu. V případech, kdy byla výzkumnice tázána na posouzení sdělených informací, byl zopakován účel výzkumu a nabídnuty alternativy k tomu, jak získat posouzení těchto informací (psycholog z práce, externí psycholog). Hlasový záznam rozhovoru, stejně tak jako vyplněný záznamový arch, se dostal do rukou pouze výzkumnici. Pro účely ochrany respondentů ***nebude v této práci uveden doslovný přepis*** žádného z rozhovorů, jelikož jsou v nich sděleny informace, které souvisí s organizací jejich pracoviště a mohlo by dojít k identifikaci respondenta. Zároveň bylo vždy s respondentem domluveno, že celý přepis jeho rozhovoru nebude nikde uveden. Odměna za tuto část výzkumu nebyla též poskytována. Při prezentování výsledků užívá autorka fiktivní jména.

V kvantitativní i kvalitativní části bylo respektováno právo na informace a v případě, že některý účastník vyžadoval bližší informace o výzkumu, bylo mu toto poskytnuto. Závěrem lze říci, že etické normy byly dodrženy. Nebylo nutné konzultovat povahu výzkumu s etickou komisí. Bereme v potaz i to, že příslušník ZZS a HZS se ve své práci setká se situacemi úmrtí či jinak náročnými situacemi a je na tyto situace také školen.

13 VÝSLEDKY

13.1 Výsledky kvantitativní části

Tato kapitola je rozdělena na 2 podkapitoly. V té první je popsáno testování normality našich dat a zároveň výsledek otevřené otázky z dotazníku vlastní konstrukce. V druhé podkapitole se nachází výsledky ověřování statistických hypotéz.

13.1.1 Zkoumání normality a výsledky dotazníku vlastní konstrukce

Nejdříve jsme zkoumali normalitu výsledků pomocí histogramů. Dle nich, pokud počítáme s působením centrální limitní věty, odpovídají normálnímu rozložení proměnné věk, škála strach ze smrti, vyhýbavý postoj ke smrti, vstřícné přijetí smrti, únikové přijetí smrti a také hodnoty dotazníku BM. Stejně jako v bakalářské práci autorky (Šrajerová, 2018) se u škály neutrální pojetí smrti objevuje značná šikmost, která má hodnotu $-1,32$ a narušuje tak normální rozdělení. Pro výpočty, které zahrnují škálu neutrálního přijetí smrti, proto používáme neparametrické metody. Výjimkou je testování H_2 , kdy používáme Hotellingův test pro dva nezávislé výběry. Zde zahrnujeme škálu neutrálního přijetí do výpočtů, protože jak uvádí Drápela (nedat.), ideálního splnění podmínek jde v praxi dosáhnout pouze zřídka a mírné porušení předpokladů není, zvláště u velkých výběrů, na závadu.

Poté byla vypočítána reliabilita jako vnitřní konzistence (Cronbachovo alfa) dotazníku BM a všech škál dotazníku DAP-R. V původní studii dotazníku DAP-R je zjištěná reliabilita uvedena v kap. 7.1.2. V tabulce 5 a 6 jsou uvedeny naměřené hodnoty reliability z našich hodnot. Hodnoty jsou si s těmi původními vcelku podobné, škála neutrálního přijetí má nejnižší Cronbachovo alfa stejně jako v původní studii (Wong, Reker & Gesser, 1994). Reliabilita dotazníku BM je velmi uspokojivá. Pokud bychom za hranici nejnižší uspokojivé reliability počítali hodnotu $0,7$, výsledky škály neutrálního přijetí bychom považovali za limitující.

Tab. 5: Výpočet reliability (Cronbachovo alfa) škál dotazníku DAP-R

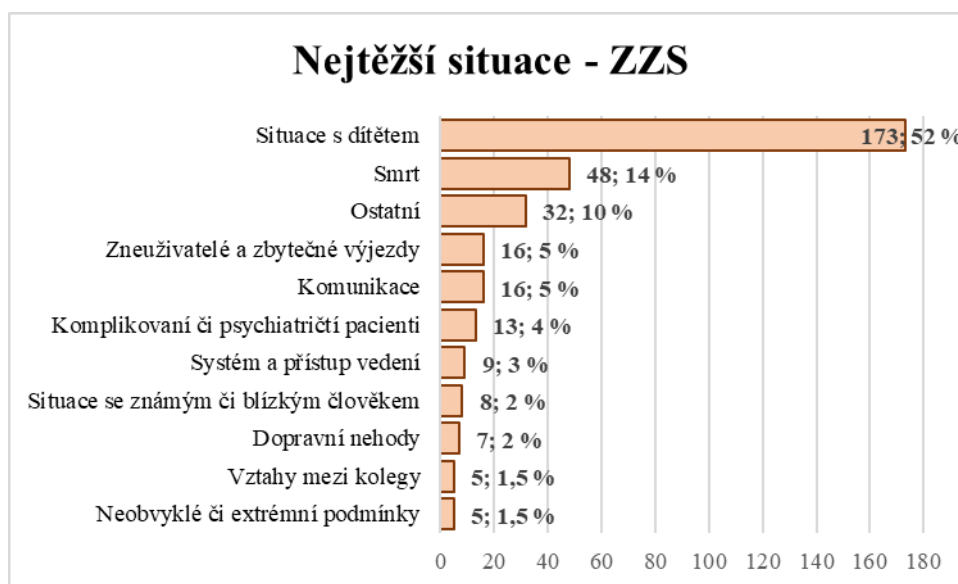
| | α |
|------------------------|----------|
| DAP-R strach ze smrti | 0,83 |
| DAP-R vyhýbavý postoj | 0,86 |
| DAP-R neutrální postoj | 0,60 |
| DAP-R vstřícné přijetí | 0,94 |
| DAP-R únikové přijetí | 0,80 |

Tab. 6: Výpočet reliability (Cronbachovo alfa) dotazníku BM

| | α |
|-------------|----------|
| BM dotazník | 0,88 |

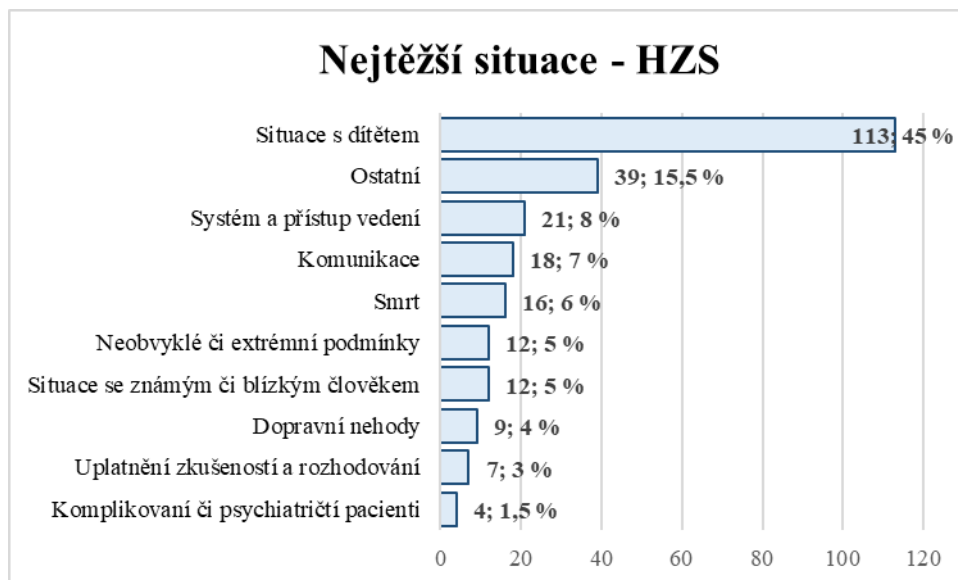
Následně uvádíme výsledky otázky z dotazníku vlastní konstrukce, která se příslušníků ZZS a HZS ptala na to, které situace jsou pro ně v práci nejtěžší. Odpovědi byly nejprve kvalitativně zpracovány, tzn. zařazeny do obecnějších kategorií, aby bylo možné je vyhodnotit kvantitativně. Počet odpovědí neodpovídá počtu respondentů, jelikož někteří respondenti uvedli vícero odpovědí. Výsledky ve formě porovnání odpovědí ZZS a HZS předkládáme v grafech č. 2 a 3.

Graf 2: Vyhodnocení otázky na nejtěžší situace v práci u ZZS



Pozn.: Počet odpovědí n = 332. Do kategorie situace s dítětem zařazujeme veškeré uvedené odpovědi týkající se dětí; do kategorie smrt spadají odpovědi např. smrt mladého člověka, náhlá či zbytečná smrt; do kategorie ostatní spadají různorodé odpovědi, např. porod, chování lékařů, polytrauma či setkání s blbcem; do kategorie komunikace spadá především komunikace s pozůstalými a s rodinou; do odpovědi neobvyklé či extrémní podmínky například vysoké letní teploty, velká nadváha pacienta, vysoká patra bez výtahu.

Graf 3: Vyhodnocení otázky na nejtěžší situace v práci u HZS



Pozn.: Počet odpovědí n = 251. Do kategorie situace s dítětem zařazujeme veškeré uvedené odpovědi týkající se dětí; do kategorie ostatní spadají odpovědi např. vyčerpání, setkání s blbcem, noční výjezdy, dodržení rutinních povinností, nedostatek sil; do kategorie systém a přístup vedení zařazujeme přístup vedení, přezkušování znalostí, byrokracie, administrativa; do kategorie komunikace spadá především komunikace s pozůstalými a s rodinou; do kategorie smrt spadá smrt v průběhu zásahu, zbytečná smrt, smrt při otevření bytu atd.; do odpovědi neobvyklé či extrémní podmínky například velké požáry, zápach, kouř, výšky či situace ohrožující život.

13.1.2 Výsledky ověření platnosti statistických hypotéz

Následně jsou zde prezentovány výsledky testování statistických hypotéz, které jsme stanovili v kapitole 6.1. Pokud jde o signifikantní vztah, značíme ho červeně.

H1: Příslušníci ZZS vykazují v dotazníku BM psychického vyhoření statisticky významně vyšší skóre než příslušníci HZS.

Na základě výsledku statistického testu tuto hypotézu **PŘIJÍMÁME**.

V případě testování H1 bylo nutné použít Welchův test, jelikož dle statistiky F nebyl předpoklad stejných rozptylů. Výsledky jsou uvedeny v tabulce č.7.

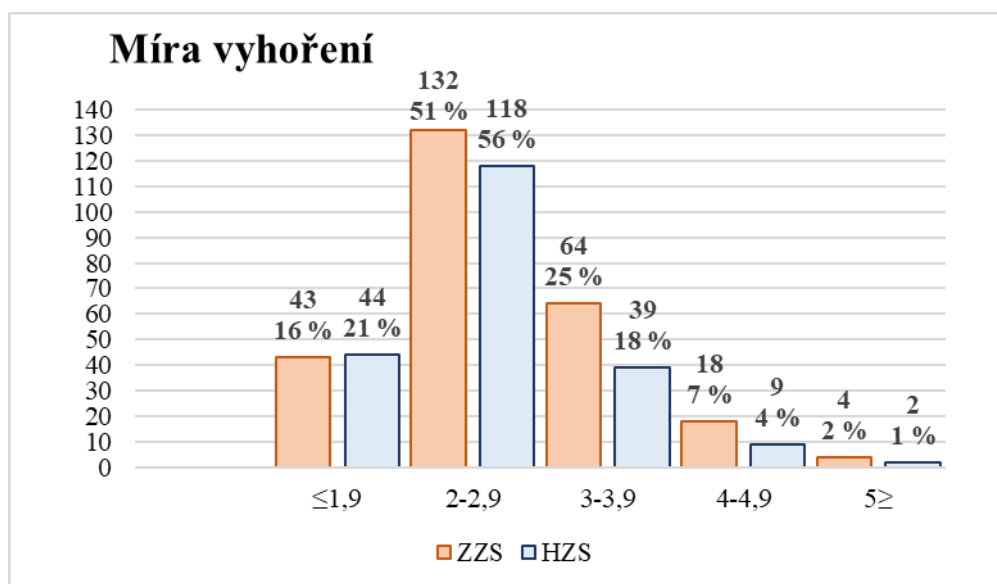
Tab. 7: Výpočet Welchova testu dotazníku BM – rozdíl ZZS a HZS

| Dotazník | Průměr ZZS | Průměr HZS | SD ZZS | SD HZS | F-test F | p | Welchův test | s.v. | p pravostr. | Δ |
|-----------|---------------|---------------|-----------|-----------|-------------|--------|-----------------|------|------------------|----------|
| BM | 2,75 | 2,59 | 0,86 | 0,76 | 1,30 | < 0,05 | 2,16 | 468 | < 0,05 | 0,21 |

Pozn.: Výběrový soubor je tvořen příslušníky ZZS (n = 261) a příslušníky HZS (n = 212). Stupně volnosti = 468. Poslední uvedená hodnota = Glassova Δ (delta), tj. míra účinku. Interval < 0,2-0,5 znamená malý efekt, 0,5 - 0,8 střední efekt a > 0,8 velký efekt (Sokoup, 2013).

Pro dokreslení obrazu míry vyhoření je níže uveden graf č.4, který respondenty zařazuje do předem daných intervalů syndromu vyhoření podle Křivohlavého (2012).

Graf 4: Vyhodnocení míry syndromu vyhoření u příslušníků ZZS a HZS



Pozn.: Hodnoty ve sloupcích grafu označují počet příslušníků ZZS či HZS s danou mírou vyhoření. Hodnoty $\leq 1,9$ značí dobrý výsledek, hodnoty v intervalu 2-2,9 = uspokojivý výsledek, hodnoty 3-3,9 = je doporučeno se zamyslet nad smysluplností života, 4-4,9 = přítomen syndrom vyhoření, hodnoty ≥ 5 značí alarmující stav, kdy je nutná psychologická péče.

Příslušníci ZZS $n = 261$, příslušníci HZS $n = 212$. V případě ZZS je suma procent uvedených v grafu = 101 kvůli zaokrouhlování.

H2: Příslušníci ZZS a příslušníci HZS se statisticky významně liší ve skórech dotazníku DAP-R.

Na základě výsledku statistického testu tuto hypotézu **PŘIJÍMÁME**.

Pro získání výsledku ověřování H2 jsme použili Hottellingův test pro dva nezávislé výběry. Výsledkem je Hotelling $T^2 = 29,02$ s **p hodnotou $<0,001$** . Statistika $F = 5,75$ (s.v. = 467). Výsledky jednotlivých škál – viz. hypotézy H3-H7.

H3: Příslušníci ZZS vykazují na škále strach ze smrti statisticky významně vyšší skór než příslušníci HZS.

Na základě výsledku statistického testu tuto hypotézu **NEPŘIJÍMÁME**.

Výsledky výpočtu t-testu pro dva nezávislé výběry uvádíme v tabulce č.8.

Tab. 8: Výpočet t-testu pro dva nezávislé výběry – škála strach ze smrti

| Škála dotazníku DAP-R | Průměr ZZS | Průměr HZS | SD ZZS | SD HZS | F-test F | p | t-hodnota | s.v. | p pravostr. | d |
|------------------------|------------|------------|--------|--------|----------|-------|-----------|------|-------------|------|
| <i>Strach ze smrti</i> | 3,10 | 2,97 | 1,20 | 1,08 | 1,25 | >0,05 | 1,23 | 471 | 0,11 | 0,11 |

Pozn.: Výběrový soubor je tvořen příslušníky ZZS ($n = 261$) a příslušníky HZS ($n = 212$). Stupně volnosti = 471. Poslední uvedená hodnota = Cohenovo d , tj. míra účinku. Interval <0,2-0,5 znamená malý efekt, 0,5-0,8 střední efekt a >0,8 velký efekt (Sokoup, 2013).

H4: Příslušníci ZZS vykazují na škále vstřícné přijetí smrti statisticky významně vyšší skór než příslušníci HZS.

Na základě výsledku statistického testu tuto hypotézu **PŘIJÍMÁME**.

Výsledky výpočtu t-testu pro dva nezávislé výběry uvádíme v tabulce č.9.

Tab. 9: Výpočet t-testu pro dva nezávislé výběry – škála vstřícné přijetí smrti

| Škála dotazníku DAP-R | Průměr ZZS | Průměr HZS | SD ZZS | SD HZS | F-test F | p | t-hodnota | s.v. | p pravostr. | d |
|-------------------------------|------------|------------|--------|--------|----------|-------|-----------|------|-----------------|------|
| <i>Vstřícné přijetí smrti</i> | 3,10 | 2,82 | 1,42 | 1,37 | 1,07 | >0,05 | 2,15 | 471 | <0,05 | 0,20 |

Pozn.: Výběrový soubor je tvořen příslušníky ZZS ($n = 261$) a příslušníky HZS ($n = 212$).

H5: Příslušníci ZZS vykazují na škále únikové přijetí smrti statisticky významně vyšší skór než příslušníci HZS.

Na základě výsledku statistického testu tuto hypotézu **PŘIJÍMÁME**.

Výsledky výpočtu t-testu pro dva nezávislé výběry uvádíme v tabulce č.10.

Tab. 10: Výpočet t-testu pro dva nezávislé výběry – škála únikové přijetí smrti

| Škála dotazníku DAP-R | Průměr ZZS | Průměr HZS | SD ZZS | SD HZS | F-test F | p | t-hodnota | s.v. | p pravostr. | d |
|-----------------------|------------|------------|--------|--------|----------|-------|-----------|------|-------------|------|
| Únikové přijetí smrti | 3,67 | 3,13 | 1,39 | 1,29 | 1,15 | >0,05 | 4,33 | 471 | <0,001 | 0,40 |

Pozn.: Výběrový soubor je tvořen příslušníky ZZS (n = 261) a příslušníky HZS (n = 212).

H6: Příslušníci ZZS vykazují na škále neutrální postoj ke smrti statisticky významně vyšší skóre než příslušníci HZS.

Na základě výsledku statistického testu tuto hypotézu **PŘIJÍMÁME**.

Výsledky výpočtu Mannova-Whitneyova U-testu uvádíme v tabulce č.11.

Tab. 11: Výpočet Mann-Whitneyova U-testu – škála neutrální postoj ke smrti

| Škála dotazníku DAP-R | N - ZZS | N - HZS | Medián ZZS | Medián HZS | U | p pravost r. |
|---------------------------|---------|---------|------------|------------|----------|--------------|
| Neutrální postoj ke smrti | 261 | 212 | 6 | 5,8 | 24838,50 | <0,05 |

Pozn.: Výběrový soubor je tvořen příslušníky ZZS (n = 261) a příslušníky HZS (n = 212).

H7: Příslušníci HZS vykazují na škále vyhýbavý postoj ke smrti statisticky významně vyšší skóre než příslušníci ZZS.

Na základě výsledku statistického testu tuto hypotézu **PŘIJÍMÁME**.

Výsledky výpočtu t-testu pro dva nezávislé výběry uvádíme v tabulce č.12.

Tab. 12: Výpočet t-testu pro dva nezávislé výběry – škála vyhýbavý postoj ke smrti

| Škála dotazníku DAP-R | Průměr ZZS | Průměr HZS | SD ZZS | SD HZS | F-test F | p | t-hodnota | s.v. | p pravostr. | d |
|--------------------------|------------|------------|--------|--------|----------|-------|-----------|------|-------------|-------|
| Vyhýbavý postoj ke smrti | 3,23 | 3,47 | 1,37 | 1,46 | 1,13 | >0,05 | 4,33 | 471 | <0,05 | -0,17 |

Pozn.: Výběrový soubor je tvořen příslušníky ZZS (n = 261) a příslušníky HZS (n = 212).

H8: U příslušníků ZZS a HZS existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi skórem dotazníku BM a hodnotami na škále strach ze smrti.

Na základě výsledku statistického testu tuto hypotézu **PŘIJÍMÁME**.

Obě skupiny vykazují statisticky významnou korelaci mezi dotazníkem BM a škálou dotazníku DAP-R strach ze smrti. Vztah je však dle velikosti r zanedbatelný. Výsledky výpočtu Pearsonova korelačního koeficientu uvádíme v tabulce č.13 a č.14.

Tab. 13: Výpočet Pearsonova korelačního koeficientu u skupiny ZZS

| Dotazník/škála | Strach ze smrti | p | r ² |
|----------------|-----------------|-----------------|----------------|
| BM | $r = 0,19$ | <0,05 | 0,03 |

Pozn.: Výběrový soubor je tvořen příslušníky ZZS ($n = 261$). Ukazatel r^2 značí koeficient determinance a značí procento rozptylu, které spolu sdílejí korelované proměnné (Dostál, 2017b).

Tab. 14: Výpočet Pearsonova korelačního koeficientu u skupiny HZS

| Dotazník/škála | Strach ze smrti | p | r ² |
|----------------|-----------------|-----------------|----------------|
| BM | $r = 0,21$ | <0,05 | 0,04 |

Pozn.: Výběrový soubor je tvořen příslušníky HZS ($n = 212$). Ukazatel r^2 značí koeficient determinance a značí procento rozptylu, které spolu sdílejí korelované proměnné (Dostál, 2017b).

H9: U příslušníků ZZS a HZS existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi skórem dotazníku BM a hodnotami na škále vyhýbavý postoj ke smrti.

Na základě výsledku statistického testu tuto hypotézu **NEPŘIJÍMÁME**.

Ani jedna ze skupin nevykazuje statisticky významnou korelaci mezi dotazníkem BM a škálou dotazníku DAP-R vyhýbavý postoj ke smrti. Výsledky výpočtu Pearsonova korelačního koeficientu uvádíme v tabulce č.15 a č.16.

Tab. 15: Výpočet Pearsonova korelačního koeficientu u skupiny ZZS

| Dotazník/škála | Vyhýbavý postoj ke smrti | p | r ² |
|----------------|--------------------------|-----------------|----------------|
| <i>BM</i> | $r = -0,30$ | >0,05 | 0,001 |

Pozn.: Výběrový soubor je tvořen příslušníky ZZS ($n = 261$). Ukazatel r^2 značí koeficient determinance a značí procento rozptylu, které spolu sdílejí korelované proměnné (Dostál, 2017b).

Tab. 16: Výpočet Pearsonova korelačního koeficientu u skupiny HZS

| Dotazník/škála | Vyhýbavý postoj ke smrti | p | r ² |
|----------------|--------------------------|-----------------|----------------|
| <i>BM</i> | $r = 0,07$ | >0,05 | 0,01 |

Pozn.: Výběrový soubor je tvořen příslušníky HZS ($n = 212$). Ukazatel r^2 značí koeficient determinance a značí procento rozptylu, které spolu sdílejí korelované proměnné (Dostál, 2017b).

13.2 Výsledky kvalitativní části

Na úvod této kapitole zmiňujeme kontrolu *validity* kvalitativní části této studie. Validitu zajišťujeme již tím, že studie je smíšeného charakteru a získáváme tak informace z vícero zdrojů. Při získávání dat, tj. interview, bylo zajištěno soukromí. Pro zvýšení důvěryhodnosti výzkumníka bylo interview započato neformální konverzací o práci příslušníka a zároveň byl příslušník ujistěn o anonymitě výzkumu s tím, že celý rozhovor nebude nikdo kromě výzkumnice číst. Při rozhovoru jsme pracovali s 2 zdroji dat – verbálními informacemi poskytovanými příslušníkem, ale také pozorováním jeho neverbálního chování. Lze říci, že jsme během výzkumu dosáhli v některých podtématech určitého stupně saturace, což je klíčový postup, ve kterém shromažďujeme nové informace tak dlouho, dokud nám nepřináší nové pohledy. V rozhovorech také probíhala validizace respondentem, kdy většina odpovědí či interpretací respondenta byla zopakována výzkumníkem a následně znovu potvrzena respondentem. Výzkumnice se zároveň snažila o maximální možnou nestrannost a o reflexi svých implicitních teorií (Miovský, 2006).

Výsledky jsme u každé skupiny zařadili do 3 tematických okruhů. Každý okruh má svá témata. V následující části budou předvedeny výsledné tematické okruhy dle skupin (ZZS vs. HZS). U příslušníků ZZS se jednalo o 5 respondentů, stejně jako u příslušníků HZS. Na některé otázky/okruhy respondenti odpověděli vícero možnostmi, proto uvádíme v některých případech více než 5 odpovědí.

13.2.1 Výsledky ZZS

1. Tematický okruh: SYNDROM VYHOŘENÍ U PŘÍSLUŠNÍKŮ ZZS

TÉMA: Znáám pojem syndrom vyhoření

Všichni respondenti uvedli, že pojem syndrom vyhoření znají. U dvou se jednalo o seznámení skrze pracovní školení, u dvou potom seznámení na vysoké škole a u jednoho došlo k seznámení s tématem kvůli velkému zájmu studentů o výzkumy na toto téma. U jednoho respondenta byl názor, že je syndromu vyhoření věnována nadměrná pozornost vzhledem k četnosti výskytu.

TÉMA: Syndrom vyhoření jako ztráta smyslu, náplně, vybití baterek

Všichni respondenti uvedli pravdivé tvrzení na otázku, co syndrom vyhoření vlastně znamená. Syndrom vyhoření vnímají jako ztrátu náplně, smyslu práce, vybití baterek.

U dvou respondentů se postupem rozhovoru objevila otázka, **co je pouze naštvanost, rutina a co už je syndrom vyhoření?**

Jak jeden z nich uvádí: „*Já se bojím totiž toho slova syndrom vyhoření, takovýho toho opravdu jako (...) to je strašně těžký posoudit jo, jestli to je syndrom vyhoření nebo rutina.*“ (Jan)

Syndrom vyhoření chápe jeden ze záchranářů takto: „*Jasně, tak je to syndrom, kterej v podstatě přijde na člověka, kterej začíná bejt ze svý práce zdeptanej žejo, ta práce začíná ztrácet vlastně smysl, protože dělá v podstatě pořád to stejný, dá se říct, že na něj dochází jako pocit nedocenenosti, tím pádem do tý práce ho nebaví chodit, chodí tam nuceně, přestává, dá se říct, komunikovat s kolegy žejo, ale i se svými pacienty, který ho v tu chvíli přestanou zajímat, protože nevidí smysl v tom, proč by měl jednomu dávat větší péči a druhýmu menší, protože v závěru to dopadne úplně stejně žejo, v závěru toho člověka odveze, tak je to..*“ (Michal)

U jednoho respondenta se zároveň objevilo, že pojem vyhoření v práci používají humorně. „*Ono, ono se těžko posuzuje v záchranné službě jsem zjistil, protože my říkáme dost často tohle slovo, že jsme vyhořelý, když se vrátíme vlastně z výjezdu a my si z toho děláme srandu.*“ (Jan)

TÉMA: Nejsem vyhořelý

U žádného z respondentů se nejednalo o situaci vyhoření, což samotní respondenti takto verbalizovali. U dvou z nich se objevila informace, že po počátečních velkých očekáváních došlo po nástupu do práce také k velkému **zklamání z reality práce**. Jak uvádí samotný Michal: „*...jsem si představoval, že budu zachraňovat lidský životy, proto jsem se na to dal, a teď ti řeknu, že převážím starou paní, která je doma sama a nezvládá ji rodina.*“

Jeden z respondentů uvedl, že zažívá frustraci, a tudíž by se mohlo jednat o předfázi samotného vyhoření. Zároveň uvedl, že ze syndromu vyhoření má strach.

Dále byli respondenti tázáni, co by udělali, kdyby na sobě přeci jen syndrom vyhoření pozorovali. Zde se respondenti v názorech nesešli: jeden by odešel z práce, druhý by šel za praktickým lékařem, třetí by hledal pomoc u kolegy, čtvrtý zkrátka neví, co by dělal a pátý si to raději nepředstavuje a zároveň neví, jestli by si to vůbec připustil.

TÉMA: Setkal jsem se vyhořelým kolegou

Čtyři z pěti respondentů se u svého kolegy/kolegů setkali s případem syndromu vyhoření. Ve třech případech se jednalo o vyhoření kolegy či kolegů **ve starším věku**. Pátý respondent se nicméně setkává zase s demotivací, a to u každého druhého kolegy.

Výzkumnice: „*Znáš někoho z kolegů, kdo by byl vyhořelý?*“

Ivoš: (smích) „*Znám. Každého druhého kolegu na RZ. Pořád je ta práce baví, ne že by byli úplně vyhořelí, ale jsou hodně demotivovaný tímhle.*“

Jeden z respondentů uvedl, že si myslí, že syndrom vyhoření potká jednou každého zdravotníka. Na otázku, zdali by vyhořelému kolegovi nějak pomohli, uvedli 2 respondenti, že ne – nic by neudělali, a to většinou z důvodu, že věří, že mají kvalitní rodinu a pomohla by jim ona nebo že by situaci stejně nezměnili.

Jak uvádí Josef: „*Za prvé bych jim to neřekl a za druhý si myslím, že oni už jsou tak zajetí v těch kolejích, že maj do pár let důchod a že už to tam doklepu. Za každou cenu jako, nebudou to měnit, určitě ne. Oni už jsou s tím víceméně smířený, no to je možná to vyhoření, že prostě jako, já už to tady doklepu.*“

Ostatní respondenti naznačili, že by je verbálně podpořili či by využili humor.

2. Tematický okruh: PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ U PŘÍSLUŠNÍKŮ ZZS

TÉMA: Jako záchranáři máme rizikové faktory pro syndrom vyhoření

Všichni respondenti uvedli rizikové faktory, které by mohly vést k vyhoření. Čtyři z 5 respondentů uvedli, že ZZS působí opravdu jako **služba** – např. jezdí se k neopodstatněným případům a ZZS je brána jako samozřejmost. Tuto skutečnost ale vnímají i z druhé strany – např. jeden vnímá, že každý případ má v podstatě indikaci, druhý zase, že seniorce službu převozu poskytne rád, protože ví, že rodina zkrátka nefunguje.

Ivoš to například vnímá takto: „*To samý třeba na záchrance, když jsem nastupoval, tak se jezdilo víc indikovaných věcí, těch výjezdů bylo míň, byly líp vytríděný, dneska ta záchranka jezdí všechno. Přijde výjezd a první, co záchranáře napadne je, co to bude za blbost. Mělo by to být naopak.*“

Za rizikový faktor považují 2 respondenti již samotné zklamání z reality práce po nástupu do pracovního poměru, jak je již uvedeno v tématu Nejssem vyhořelý. Dva respondenti také verbalizují nespokojenost se systémovými věcmi.

Paní Radka například uvádí: „*Ten systém, kterej Vás pohltí, kompetence posádky RZP – nemůžete nechat nikoho doma, musíte všechny odvézt do nemocnice... ale spíš narazíte, že Vás otravujou ty dohady v nemocnici při předávání pacientů. Tak to máte pocit, že byste s tím někdy jako fakt švihla.*“

Ve dvou případech je vnímána rutina práce u ZZS, a to hlavně co se týče rutinních pacientů. S četností 1 se mezi rizikovými faktory také objevily: nápor na záchranáře, chybění zpětné vazby od nadřízených a rozdíly oproti služebnímu poměru (vnímané nevýhody).

TÉMA: Co je pro mě v práci nejtěžší

Na otázku, co pro respondenta v práci nejtěžší, měly 2 z nich problém vůbec odpovědět. Nad touto otázkou se prý nikdy nezamýšleli. Celkem 4 z 5 respondentů zmínilo, že nejtěžší jsou pro ně **situace s dětmi**. Ve dvou případech se objevily situace se známými či blízkými lidmi a s četností 1 se objevily: předávání pacienta v nemocnici, práce s elektrotechnikou, naladění se na inteligenci pacientů a „kolegové idioti“.

Pan Josef to vnímá takto: „*Samozřejmě vždycky mě dostanou malý děti. Ať se děje, co se děje.*“

Výzkumnice: „*Je to pro vás nejtěžší v té práci?*“

Pan Josef: „*Ty děcka? Určitě. Opravdu jo. Jsem takovej naměkko...*“

TÉMA: Co mi pomáhá a co potřebuji

Ve všech případech se objevily **hobby**, koníčky, které mají vliv na to, zdali se záchranáři cítí **mimo práci** dobře. Ve třech tomu byl **sport**. Zároveň se třikrát objevil **kolektiv** jako důležitý faktor toho, aby se respondent cítil dobře **v práci**.

Jak uvádí paní Radka: „*Řekla bych, že ta základna a ten kolektiv... my jsme na tý základně zažili všechno. Přes úmrtí dítěte, přes rozvody, přes svatby, přes narození dětí, přes transplantace srdce dítěti, my jsme tam fakt toho zažili a odžili, tak jako společně jo...*“

Zároveň ve dvou případech respondenti verbalizovali kávu, uspokojivý výjezd a po jednom případě potom zpětnou vazbu od nadřízených, humor, nástup nových, mladých záchranářů

a vděčnost pacientů pro to, aby se cítili dobře v práci. Pro dobrý pocit mimo práci také uvedli mít cíle, přátele, ale i například provádění mindfulness.

Někteří respondenti také uvedli, jak konkrétně se snaží syndromu vyhoření předejít. Dvakrát bylo sděleno, že se snaží být **řadoví záchranáři**, jedenkrát, že se snaží vyhýbat konfliktům a jedenkrát, že se snaží změnit své zvyklosti.

Ivoš zmiňuje: „*Snažím se nikam necpat, vždycky tvrdím, nejlepší je být plně řadový a těm lidem, kteří jsou konfliktní, tak se jim vyhýbat.*“

3. Tematický okruh: TÉMA SMRTI U PŘÍSLUŠNÍKŮ ZZS

TÉMA: Smrt jako součást života

Čtyři respondenti vnímají smrt jako **přírozenou součást** života. Někdo toto přímo verbalizuje, někdo to vnímá jako: „někdo umře, někdo se narodí“ a někdo tak, že je to konec všeho. Dva respondenti také vnímají, že „každý tam musí“. Jeden respondent vnímá smrt jako něco neznámého, z čehož má strach. Tento strach ze smrti přímo verbalizuje. Další respondent vnímá zase strach z vlastního umírání.

Výzkumnice: „*Co tě napadne jako první, když řeknu smrt?*“

Jan: „*Neznámo, naprostej strach. Já mám totiž strach ze smrti od malička, a nejen proto, že se to v těch 10 letech nějak objevuje ta otázka smrti, mně to od tej doby snad zůstalo pořád. Já si totiž nedokážu představit a neumím, že nic nebude. To je moje představa teď první, co vidím.*“

Co se týče víry toho, zdali **po smrti něco je**, tři respondenti nevěří v nic. Jeden respondent věří v reinkarnaci a právě (Jan) chce věřit, že něco bude, i když neví, co. Jan uvádí: „*Chci, právě proto, že to je velký neznámo a jak je známo, tak neznámo je horší než vědět pravdu, tak proto já si radši představuju, že něco...*“

TÉMA: Smrt není často sdílené téma

Čtyři z pěti respondentů odpověděli na otázku, zdali sdílí s někým úvahy o smrti, že spíše ne. Jeden z nich vyjádřil, že sdílí toto téma pouze, když se někdo zeptá a druhý (Ivoš), že se spíše baví s kolegy o konkrétním případě úmrtí z práce. Jak sám uvádí: „*...něco si popovídáme s klukama, takhle to je na každý záchrance nebo u hasičů. Byl takový zajímavý případ, měli jsme třeba rodinu, kde byla máma mrtvá a tam děti dobitý. Takže pak většinou u pivka o tom popovídáme a z každého to spadne, je to takový asi nejlepší, takový ventil.*“

Pátý respondent Michal sice téma také spíše nesdílí, ale přímo vyjadřuje potřebu se tímto tématem zabývat:

Výzkumnice: „*Není to pro tebe tabu prostě...*“

Michal: „*Ne, ne, ne. Ba naopak bych jako rád s lidma o smrti mluvil, protože je to věc, o který by se mluvit mělo. Je to prostě součást našeho života a lidi by s tím měli být smířeni. A ne se tomu tématu jako bránit a vyhýbat, protože to pak spěje k tomu, že z toho má většina lidí strach.*“

Respondentka Radka uvedla, že i když téma příliš nesdílí, sama nad smrtí cca 10krát měsíčně zapřemýšlí.

TÉMA: Situace úmrtí v práci jako rutina

Všichni respondenti souhlasili, že se s úmrtím v práci pravidelně setkávají. Jeden z nich rovnou vyjádřil, že jsou pro něj výjezdy, kde se setká s úmrtím, **rutinní prací**. Druhý respondent potvrdil, že co se týče úmrtí, převažují výjezdy s přirozenou příčinou smrti. Čtyři z pěti respondentů uvedli, že se jejich **reakce** na situace s úmrtím postupem praxe **změnila** – první výjezdy pro ně byly ozvláštňené, ale časem se s toho stala rutina, zvyk. Jeden z nich například vzpomínal, že při prvních situacích úmrtí používal různé obranné mechanismy. Pátý respondent uvedl, že se u něho postupem praxe zvýšila empatie k pozůstalým.

Dva respondenti uvedli, že během výjezdu zahrnující úmrtí nemají žádné myšlenky, nicméně později se ukázalo, že jeden myslí na osud pozůstalých a druhý na technickou stránku celé situace (aby byly správně papíry apod.). Dva další respondenti vyjádřili situace, kdy si tvoří **příběh či scénář** o zemřelém. Jak uvádí Jan: „...a člověk si prostě *nesmí, nesmím si ve svém povolání psát scénář. Nesmím si o tom člověku udělat obrázek. (...)* „*To je to, co říkám a řekl jsem, nesmím, pokud nechci to následně odnýst jako, psychicky, tak nesmím si psát scénář.*“ Poslední respondent uvedl, že se mu buď honí hlavou, že se jedná o vysvobození nebo o neštěstí podle toho, jaká je příčina úmrtí.

Co se týče emocí během výjezdů k zemřelým, většina respondentů vyjádřila snahu o **neprožívání ničeho**: např. emoce musí jít stranou nebo názor, když prožívám, je to špatně. Přesto se u dvou z nich ukázalo, že něco prožívají, pokud jde o zemřelé dítě. U jednoho se objevila emoce znechucení u výjezdu k tělu v rozkladu, další si uvědomil, že

pocity a myšlenky má až následně po výjezdu a další respondent zase, že se citlivým tématům raději vyhýbá.

Jak říká Michal: *„Tak během té akce, během té dopravní nehody jsou to racionální myšlenky. K tomu, aby člověk fungoval. Pocity jsou až potom. Mně se třeba stalo, když jsem jel na čelní střet kamionu s dvouma osobákama, tak člověk funguje, a to byla noční jaha, a já jsem potom usnul asi až o 4 hodiny později potom, co jsem jako ležel, protože člověk přemejšlí nad těma všema věcmi. Kam jeli, co třeba ta holčina, co jela v tom autě, studovala... co byly asi ty poslední chvíle... jo, že člověk nad tím jako přemejšlí.“*

Všichni respondenti vnímají **rozdíl** ve výjezdu, kdy jde o zemřelé **dítě** a mladého člověka nebo o **seniora**. Smrt seniora všichni z respondentů vnímají jako přirozenou, u dítěte tuto situaci prožívají čtyři z nich. Jeden respondent vnímá stejně přirozeně kategorii senior a zároveň kategorii lidí od 45-50 let. Většina respondentů by však značně odlišně vnímala smrt svých známých a blízkých.

Josef se vyjadřuje k úmrtí dítěte následovně: *„Když to řeknu, senior nebo onkologicky nemocnej pacient, tak prostě druhý den o tom nevím, u toho dítěte by se mi to promítalo asi hodně dlouho, ale fakt se to snažím vypudit co nejdřív z hlavy. Nejlépe to zahodit hned v tý bráně. Ale u toho děcka vám to stejně nedá žejo, stejně přemejšlíte...“*

TÉMA: Uvědomuji si svou smrtelnost

Dá se říci, že u všech respondentů se změnil postoj ke smrti po nástupu do ZZS. Ve třech případech se jedná o to, že si nyní více uvědomují svou smrtelnost a kolik ke smrti stačí, jsou tím pádem v životě více **opatrní** anebo naopak, jeden z nich si více užívá života. U dvou respondentů se postoj změnil, u jednoho ve smyslu, že před nástupem k ZZS nevnímal smrt jako přirozenou součást života.

Michal zmiňuje: *„Právě mě to evokuje k tomu si ještě víc užívat. V těch chvílích si prostě říkám, nikdy nevíš, tak proč si prostě nebudem užívat. Stejně člověk furt hrabe prachy, prachy, prachy, ale do hrobu si člověk prachy neveme.“*

Čtyři respondenti si myšlenky na situace s úmrtím, které v práci prožili, jsou schopni **s sebou nebrat domů**. Respondentka Radka vysvětluje:

Výzkumnice: *„Dokážete nebrat si tyhle věci domů?“*

Radka: *„Jo.“*

Výzkumnice: *„I co se týče úmrtí prostě.“*

Radka: „*Jo. Dám to do šuplíku, zavřu dveře od garáže a tím to pro mě skončí.*“

Pátý respondent uvedl, že si tyto situace v myšlenkách domů bere, ale chybí mu osoba, se kterou by je mohl sdílet.

13.2.2 Výsledky HZS

1. Tematický okruh: SYNDROM VYHOŘENÍ U PŘÍSLUŠNÍKŮ HZS

TÉMA: Znáám pojem syndrom vyhoření

Všichni respondenti znají pojem syndrom vyhoření. Čtyři byli s pojmem seznámeni v rámci pracovního školení, pátý respondent tvrdil, že v práci ho s tímto pojmem nikdo neseznámil. Karel uvádí: „*...já si myslím, že syndrom vyhoření u profesí jako je tohle, tak člověk, kterej v tomhle pracuje, se dřív nebo později k tomu termínu dostane. Takže nějaký povědomí o tom má...*“

TÉMA: Syndrom vyhoření jako ztráta zájmu, nechut', rezignace

Všichni respondenti dokázali charakterizovat syndrom vyhoření tak, jak ho chápu oni. V charakteristice se objevovaly věci jako **ztráta zájmu, nechut', únava**, docházení sil, letargie, rezignace. Jeden respondent vyjádřil, že každý člověk reaguje na stejné podmínky jinak, tzn. jedná se o individuální záležitost, a dva respondenti vnímali, že se tento syndrom objeví u lidí, kteří mají náročnou práci nebo práci stereotypní.

Filip charakterizuje syndrom vyhoření takto: „*Hele syndrom vyhoření vnímám jako že když děláš delší dobu konstantní činnost, tak člověk spadne do letargie, že je práce furt stejná nebo naopak, že je práce hodně náročná na tvůj pracovní potenciál, intelekt, vůli atd. Vlastně dojdeš do určitýho bodu, fáze, kdy už toho máš nad hlavu, je to nad tvoje síly a začínáš upadat do letargie a nemáš chuť se dál rozvíjet, posouvat se, a práci děláš ze setrvačnosti a tak. Může se to projevovat pak sníženou kvalitou výkonu, práce, apatii k tomu, ztrácíš zájem. Takhle to vnímám ten syndrom vyhoření.*“

TÉMA: Nejsem vyhořelý

U ani jednoho z respondentů nešlo o případ syndromu vyhoření. Tři respondenti si vůbec nepřipouští, že by je tento problém mohl potkat a dva uznávají, že se to může stát. Jeden přiznává svou obavu, že neví, zda by na sobě vyhoření vůbec poznal.

Výzkumnice: „*Dobře a myslíte, že je možnost, že by to potkalo Vás?*“

Vladimír: „*Myslím si, že to je velice, velice... určitě možný. Potkat to může kohokoliv.*“

Pokud by na sobě respondenti přeci jenom pozorovali příznaky vyhoření, někdo by se pokusil najít příčinu a možnost změny, někdo by rovnou změnil práci, někdo by se pokusil si „dobít baterky“ a někdo by hledal odbornou pomoc mimo pracovní prostředí.

TÉMA: Nesetkal jsem se s vyhořelým kolegou

Čtyři respondenti uvedli, že se za svou praxi nikdy **nesetkali** s kolegou, který by trpěl syndromem vyhoření. Poslední respondent se setkal s jedním za celou svou praxi a zároveň má pocit, že někteří kolegové se nachází v určité apatii.

Rostislav řekl: *„Když já si myslím, že tohle není přímo ten syndrom toho. Tohle je jenom taková apatie. Ten syndrom je až další jakoby stupeň a to si myslím, že zas není takovej problém u nás...“*

Pokud by se v kolektivu hasičů přeci jen objevil případ syndromu vyhoření, všichni respondenti by se dotyčnému snažili neformálně pomoci prostřednictvím konverzace, ve dvou případech bylo uvedeno i využití humoru. Filip vysvětluje: *„...ta psychohygienu podle mě probíhá i tak, že se o tom prostě žertuje no. Takže když má někdo problém, tak spíš, než bys ho psychicky rozebrala, tak si z něj děláš srandu a on si dělá srandu z tebe a ze sebe, takže tak.“*

2. Tematický okruh: PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ U HZS

TÉMA: Jako hasiči nemáme příliš mnoho rizikových faktorů pro syndrom vyhoření

Ani jeden respondent nezmínil, že by bral povolání hasiče jako rizikové pro syndrom vyhoření. Možnost vyhoření nevyklučují, celkově se zde ve dvou případech objevují rizika jako samotná psychická a fyzická náročnost povolání a v jednom případě problém se systémem (systémovými věcmi).

„U nás je problém v tom, že ať chcete udělat cokoliv, potřebujete k tomu nějaký věci, tak to musí oběhnout nějaký kolečko nějakýho schvalování. Takže to, co by se v jiný práci dalo udělat za den, tak my děláme měsíc. A toho člověka to prostě časem přestane bavit a nebaví ho se shánět prostě po schváleních, razítkách a podobnejch věcech.“ (Rostislav)

Jeden z respondentů dokonce uvádí, že kdyby měl pravděpodobnost vyhoření porovnat u ZZS a HZS, tak ZZS má tuto pravděpodobnost dle něj mnohem vyšší (vyšší počet výjezdů, neopodstatněné případy). Další respondent též uvádí, že oproti ZZS mají větší „pohodu“ a vnímá, že spousta lidí využívá služeb ZZS.

TÉMA: Co je pro mě v práci nejtěžší

Ve dvou případech se jako nejtěžší objevily situace s dětmi, dále respondenti zmiňovali situace manipulace se zemřelými, vyprošťování, noční zásahy, lidi s velkou nadváhou, měsíční přezkušování a situace s příbuznými. Jeden z respondentů neuměl odpovědět na tuto otázku a nakonec odpověděl, že by pro něj bylo nejtěžší, kdyby přišel o kolektiv.

Výzkumnice: „*Co je pro vás v práci nejtěžší?*“

Karel: „*Já bych to asi otočil. Já bych řekl, co by pro mě bylo nejtěžší, kdybych o to přišel. A je to tohle přece přesně, ta parta těch lidí. Ta totiž dělá tu práci takovou, jaká je. Když bude stát práce sebevíc za houby, ale budete ve výborný partě, tak se dá všechno zvládnout. Všechno vydržíte.*“

TÉMA: Co mi pomáhá a co potřebuji

Ukázalo se, že všem respondentům k tomu, aby se cítili **v práci** dobře, nejvíce pomáhá **kolektiv**. Každý respondent se zmínil, že jejich kolektiv je velmi dobrý, někdo ho vnímá jako druhou rodinu, někdo jako speciální komunitu.

„*Jako ten kolektiv určitě no, samozřejmě. A jinak to u týchle profese nejde, že prostě se musí spolehnout na toho druhýho. Protože pak když budete někde, kde nevíte, jestli se vrátíte, tak vždycky je to o tom, že se člověk musí na druhýho spolehnout.*“ (Vladimír)

Dále byly pro lepší pocity v práci zmíněny samotná podstata práce hasiče (můžu někomu pomoci), přístup vedení v pozitivním smyslu, káva, sport, zpětná vazba od zachráněného a omlazení kolektivu.

Na otázku, co respondentům nejvíce pomáhá k tomu, aby se **mimo práci** cítili dobře, odpověděli 4 respondenti, že **hobby**, ve třech případech tomu byl **sport**, ve dvou případech rodina a dále například mít nějaký cíl.

„*...další kamarád prostě chodí truhlářit, já mám třeba doma ještě takový malý zemědělství, takže prostě máme, i ti kluci, hromadu jinejch aktivit, který si myslím, napomáhaj tomu, že ten syndrom vyhoření u nich nemusí nastat. Že se prostě zaměřuj na jiný věci.*“ (Patrik)

Jeden z respondentů dále vyjádřil, jak přesně se snaží zamezit rozvoji syndromu vyhoření. Jmenoval, že si netahá věci domů, potlačuje emoce a používá černý humor.

3. Tematický okruh: TÉMA SMRTI U PŘÍSLUŠNÍKŮ HZS

TÉMA: Smrt jako konec

Tři z pěti respondentů vnímají smrt zkrátka jako **konec**. Zbylí dva vnímají smrt jako přirozenou součást života. Zároveň jsou tři respondenti přesvědčeni, že „co se má stát, se stane“. Jednomu z nich se se smrtí pojí smutek a lítost.

Na téma, zdali **po smrti něco je**, odpověděli 3 respondenti, že v nic nevěří. Jeden respondent věří, že smrt je konec života tady a začátek někde jinde. Poslední respondent připouští, že „možná něco bude“, ale zároveň pochybuje nad vyšší spravedlností.

„Ale tak jako, asi možná něco bude, ale nejsem o tom úplně přesvědčenější už. (...) Člověk, když se dostal do situací a viděl ty případy, kdy umírali, odcházeli lidi mladý, který za nic nemohli, tak si člověk říká, jestli vůbec něco je, jestli je vůbec nějaká spravedlnost v tomto směru. A když pak na druhou stranu viděl ty gaunery a grázly, který dělali takový věci a měli takový štěstí, že leckdy až nepochopitelný, když vezmu nějaký případy na silnici, co jsou schopný vyvádět a kolikrát prostě někoho třeba zmrzačili nebo i zabili a jim se prostě nic nestalo... jako tohleto si člověk pak říká prostě, jestli vůbec něco existuje, jakoby nějaká vyšší spravedlnost.“ (Vladimír)

TÉMA: Smrt není často sdílené téma

Čtyři respondenti nesdílí své úvahy nad smrtí „jen tak“, dva z nich připouští, že se o smrti baví s kolegy, například po náročném výjezdu. Výjimkou, kdy by se o smrti bavili, je potom smrt v rodině. Poslední respondent by se o smrti bavil rád, není to pro něj tabu.

Výzkumnice: *„Stane se, že byste se s někým bavil o smrti?“*

Rostislav: *„Tak samozřejmě, když se přijede z nějakýho blbýho výjezdu, tak se o tom mluví. Ale jakoby, že bych to probíral doma s manželkou, to ne. Pokud to není smrt v rodině samozřejmě.“*

Pohled Filipa:

Výzkumnice: *„A sdílíš s někým úvahy nad smrtí nebo téma smrti? Bavíš se o tom někdy s někým?“*

Filip: *„Hele, jako v práci, ale to prostě, protože s téma lidma přijdeš do kontaktu jako, s téma mrtvejma a podobně, takže se to samozřejmě nějakým způsobem jako okomentuje nebo se pokrčí ramenama, není to jako vždycky humor jo, někdy se řekne, jako fakt na prd. Stalo se, nedá se s tím nic dělat, jede se dál jako. Takže i ty lidi to prostě vnímaj, ne, že by*

se z toho dělala neustále sranda jo. Když je to nepříjemný, tak se s tím tak jako v pokoře pracuje, jakože oukej, stalo se, nedalo se tomu zabránit. Ale jako, že bych si o tom s někým povídal...“

TÉMA: Situace úmrtí v práci jako rutina

Všichni respondenti se pravidelně ve své práci setkávají se situacemi úmrtí. Jeden z respondentů vyjadřuje tyto situace jako „**je to prostě práce**“ s tím, že se člověk proti nim obrní. Hasiči v těchto situacích podle něj působí jako mezičlánek: „*Když jedete jako hasič, tak vaším úkolem je, když tam není záchranná služba, poskytnout první pomoc, pokud už tam záchranná služba je, vyndám, předám. Vyprostím, předám. Vytáhnou, předám. Já jsem jenom mezičlánek.*“ (Karel)

Jeden z respondentů také přikládá důležitý význam tomu, jaká je příčina daného úmrtí.

Tři respondenti vnímají rozdíl v reakci na úmrtí od doby, co nastoupili k hasičům. První výjezdy k úmrtím pro ně byly těžší než nyní, kdy se z toho stala **rutina**. Další respondent změnu nevnímá a poslední zase změnu opačnou, kdy se se situacemi úmrtí vyrovnává tím hůře, čím je starší a má vlastní rodinu.

Co se týče myšlenek při zásahu zahrnujícím úmrtí člověka, dva respondenti přemýšlí o **příběhu** zemřelého či pozůstalých. U jednoho z respondentů se objevují myšlenky typu „je to škoda“, u dalšího zase převládají zpětné myšlenky po zásahu a otázka: jak tomu šlo zabránit? Dále se objevuje myšlenka „škoda mladého člověka“ a jeden respondent žádné myšlenky neudával, pouze se prý baví s kolegy o technické stránce výjezdu.

Ohledně emocí při zásahu zahrnujícím úmrtí člověka projevují čtyři respondenti **znechucení** spojené se zápachem (mrtvolný zápach, zápach brzdové kapaliny, zápachy obecně).

„...dál jako silnější vjem, kterej ve vás zůstává, je mrtvolnej zápach. To je věc, která se vám opravdu zažere do kůže.“ (Karel)

„Nejhorší jsou pachy. To člověk nese v sobě, to člověk cejtí ještě příští službu, když přijde k hadrům jo, a byla to prostě velká voňavka, člověk byl podělanej třeba nebo něco na něm hnilo, když jsou bezdomovci a ležej v kupě starejch hader, to je fakt moc dobrý. To pak člověk ze sebe cejtí ještě hodně dlouho.“ (Rostislav)

Čtyři respondenti uvádí, že by situace prožívali, pokud by šlo o jejich **známé či blízké**. Tři respondenti uvádí, že při samotném zásahu pocity **neprožívají**.

Výzkumnice: „*A prožíváte u toho něco?*“

Rostislav: „*U toho ne, to bych neřekl. U toho tam člověk musí udělat to, co je potřeba udělat.*“

Jeden z respondentů také uvádí, že prožívá lítost nad mladými zemřelými, další zase, že v situacích úmrtí má vždy nepříjemný pocit, ale nechá ho odplout. Jeden z hasičů vyjadřuje situace jako „když se to stane, je to smutné tak jako tak.“

Tři respondenti vnímají **rozdíl**, pokud zemře **dítě či senior**. U jednoho z nich se v situaci úmrtí dítěte objevuje lítost, pokud jde o seniora, bere to jako přirozenou smrt. Pro zbylé dva respondenty není rozdíl, pokud zemře dítě, dospělý či senior.

TÉMA: Uvědomuji si svou smrtelnost

Na otázku, zdali respondenti vnímají rozdíl postoje ke smrti před a po nástupu k hasičům, odpověděli tři z nich, že si více uvědomují jejich **smrtelnost** i smrtelnost jejich blízkých. Dva z nich jsou zároveň v životě více **opatrní**, jeden má navíc lepší sebereflexi. Jeden ze zbylých respondentů uvedl, že u sebe pozoruje změnu postoje ke smrti – díky práci vnímá smrt jako přirozenou součást života. Poslední respondent žádnou změnu nepozoruje, pouze se mu prohloubilo vnímání smrti jako přirozené součásti života.

Výzkumnice: „*Myslíš, že to setkávání s úmrtím v práci ovlivňuje to, jak tu smrt vnímáš jako celkově? To, že ji vnímáš jako přirozenou součást?*“

Patrik: „*Určitě. Tím, že těch situací se stává hodně, a i tím, že člověk jde do těch situací, tak si myslím, že to fakt začne vnímat úplně jinak.*“

Dva respondenti si myšlenky na situace s úmrtím, které v práci prožili, jsou schopni **nebrat s sebou domů**. Jeden respondent si o situacích povídá s přítelkyní.

13.2.3 Zodpovězení výzkumných otázek

V této kapitole zodpovíme na základě výsledků z kapitol 13.2.1 a 13.2.2 námi stanovené výzkumné otázky.

1. Jakou představu mají příslušníci ZZS a HZS o syndromu vyhoření?

Ukázalo se, že všichni respondenti ZZS i HZS znají pojem syndrom vyhoření. Příslušníci ZZS vnímají syndrom vyhoření jako ztrátu smyslu, náplně, vybití baterek, příslušníci HZS spíše jako ztrátu zájmu, nechuť a rezignaci. U příslušníků ZZS se ukázalo, že někdy naráží na problém, co je pouze rutina a naštvání, a co je už syndrom vyhoření.

2. V jakých podobách se příslušníci ZZS a HZS setkávají u sebe či u svých kolegů se syndromem vyhoření?

Respondenti zastupující ZZS se u sebe neseťkali se syndromem vyhoření, ani momentálně vyhořelí nejsou – jeden z nich vyjadřuje frustraci. Čtyři z pěti respondentů se nicméně setkali s vyhořením u jejich kolegů, pátý respondent zase vnímá demotivaci u každého druhého kolegy.

Respondenti zastupující HZS se u sebe také neseťkali se syndromem vyhoření ani momentálně vyhořelí nejsou. Čtyři uvedli, že se za svou praxi nikdy neseťkali s kolegou, který by trpěl syndromem vyhoření. Poslední respondent se setkal s jedním vyhořelým za celou svou praxi a zároveň uvedl, že někteří kolegové se nachází v apatii.

3. Jak se příslušníci ZZS a HZS brání proti syndromu vyhoření?

U respondentů ZZS byly nejvíce uváděny hobby a sport, co se týče prostředí mimo práci, a kolektiv, káva a uspokojujivý výjezd, co se týče práce. Zároveň se dva z nich snaží být řadovými zaměstnanci.

U respondentů HZS tomu byl, co se týče pracovního prostředí, jednoznačně kolektiv, mimo práci se potom syndromu vyhoření brání hlavně díky hobby, sportu a rodině.

4. Jakou roli hraje téma smrti u příslušníků ZZS a HZS?

Respondentům ZZS se téma smrti ve čtyřech případech pojí s tím, že se jedná o přirozenou součást života. Tři respondenti nevěří v nic po smrti, jeden věří v reinkarnaci a jeden neví, co bude. Zároveň čtyři respondenti nesdílí své úvahy nad smrtí. Jeden z respondentů nicméně uvedl, že je potřeba o smrti mluvit, aby to nebylo takové tabu. Jeden z respondentů také vyjádřil strach ze smrti a druhý zase strach z umírání.

Respondentům **HZS** se téma smrti pojí ve třech případech s koncem, ve dvou také s přirozenou součástí života. Tři respondenti opět nevěří v nic po smrti, jeden věří v život po smrti a poslední připouští možnost, že něco bude. Ve čtyřech případech respondenti nesdílí téma smrti, v tom posledním případě by se dotyčný o smrti bavil rád a není to pro něj tabu.

5. Jak příslušníci ZZS a HZS reagují při setkávání se s úmrtím v práci?

U čtyř příslušníků **ZZS** se ukázalo, že postupem praxe se ze situací s úmrtím stala rutina, zvyk. Ve dvou případech myslí záchranáři během zásahu s úmrtím na celkový příběh zemřelého, někdy promýšlí technickou stránku situace nebo myslí na osud pozůstalých. Emoce se všichni obecně snaží potlačovat, nicméně dvěma z nich to nejde v situacích, kde jsou děti. Všichni vnímají rozdíl, když jedou na výjezd se zemřelým dítětem a mladým člověkem nebo seniorem. Respondenti by také vnímali hůře situace, kdy by byli oběťmi jejich příbuzní či známí.

U příslušníků **HZS** se také ukázalo, že ve třech případech se postupně ze situací s úmrtím stala rutina a zvyk, nicméně u jednoho respondenta se ukázal opak – čím je starší, tím situace vnímá hůře. Zde opět ve dvou případech přemýšlí nad příběhem zemřelého, někteří mají zase myšlenky, že „je to škoda“ nebo jak tomu šlo zabránit. Ze stran emocí je u čtyř hasičů dominantní znechucení spojené se zápachem. Tři respondenti neprožívají na samotném výjezdu nic a někteří by situace prožívali mnohem hůře, pokud by oběť znali. Tři respondenti vnímají situace úmrtí rozdílně, pokud jde o dítě nebo seniora, ve dvou případech tomu tak není.

6. Jak situace s úmrtím v práci ovlivňují celkový postoj ke smrti u příslušníků ZZS a HZS?

U všech příslušníků se po nástupu k **ZZS** změnil postoj ke smrti. Ve třech případech si více uvědomují smrtelnost a jsou více opatrní či si více užívají života, jeden respondent před nástupem nevnímal smrt jako přirozenou součást života, po praxi na **ZZS** ji tak již vnímá.

U příslušníků **HZS** je tomu velmi obdobně – tři z nich si více uvědomují svou smrtelnost, jsou více opatrní. Další respondent díky práci u hasičů začal vnímat smrt jako přirozenou součást života a poslední respondent změnu nevnímá, spíše došlo k prohloubení postoje smrti jako přirozené součásti života.

14 DISKUZE

V této diplomové práci jsme zkoumali syndrom vyhoření a postoje ke smrti u příslušníků ZZS a příslušníků HZS. Zaměřili jsme se na to, jaké jsou v daných tématech rozdíly mezi těmito skupinami. Tato kapitola je věnována diskuzi nad získanými výsledky a nad zpracováním studie.

V této části budou diskutovány výsledky kvantitativní i kvalitativní části. Pokusíme se o propojení získaných výsledků, v diskuzi hypotéz budou propojeny výsledky výzkumných otázek. Na závěr diskuze jsou probrány výsledky mimo hypotézy, limity výzkumu a také doporučení pro praxi a pro další výzkumy.

Z 9 stanovených hypotéz jsme byli schopni přijmout 7 a zodpověděli jsme všechny výzkumné otázky. **První hypotéza** byla přijata. Příslušníci ZZS vykazují vyšší míru vyhoření než příslušníci HZS. Výsledek tak odpovídá výzkumu Murphy, Beaton, Pike & Cain (1994). Nicméně praktická významnost námi zjištěného rozdílu je malá. Při bližším zkoumání intervalů vyhoření jsme zjistili, že u příslušníků ZZS se o stav syndromu vyhoření jedná ve 22 případech a u příslušníků HZS v 11 případech. Pokud bereme v potaz velikost souboru ($n_{ZZS} = 261$, tj. počet lidí se syndromem vyhoření = 8 %, $n_{HZS} = 212$, tj. počet lidí se syndromem vyhoření = 5 %), nejedná se o příliš vysoký výskyt syndromu vyhoření, což je pozitivní. Je pravděpodobné, že IZS obecně klade důraz na prevenci této patologie, což je na výsledcích vidět. Pro pochopení daného výsledku nám pomohou výsledky kvalitativní části. U příslušníků ZZS bylo identifikováno podstatně více **rizikových faktorů** pro vyhoření než u příslušníků HZS. Jedná se například o to, že služba ZZS je brána opravdu jako služba (neindikované případy, ZZS jako samozřejmost), dále zklamání z reality práce po nástupu do pracovního poměru (velká očekávání zajímavých případů před nástupem), problémy se systémovými věcmi, dále například chybění zpětné vazby od nařízených či nevýhody oproti služebnímu poměru. Zároveň se ukázalo, že téměř všichni respondenti ZZS z rozhovorů znají kolegu zasaženého syndromem vyhoření, kdežto u respondentů HZS znal takového člověka pouze jeden z nich. U obou skupin respondentů se v rozhovorech neprojevil syndrom vyhoření u nich samotných. Zajímavé je, že samotní příslušníci HZS ve dvou případech přiznali, že podle nich mají příslušníci ZZS větší pravděpodobnost vyhoření. Co se týče rizikového faktoru ve smyslu stresu, ptali jsme se v obou částech výzkumu na **nejtěžší situace** v práci. Pro obě skupiny jsou dle dotazníků nejtěžšími situacemi v práci situace s dětmi, z rozhovorů se toto potvrdilo

především u záchranářů. U skupiny záchranářů se v dotaznících také ukázalo, že 5 % z nich vnímá za nejtěžší situace ty, kdy se jedná o zneuživatele či zbytečné výjezdy. Z rozhovorů také vyplynulo, že pro obě skupiny je v rámci *prevence vyhoření* v práci důležitý především kolektiv, mimo práci potom mít nějaké hobby a sport. Zajímavé je, že výzkum Šeblové & Konopáska (1998, in Šeblová, 2007) poukázal na nespokojenost záchranářů s platem a nadřízenými, v našem výzkumu (jeho kvalitativní části) o financích nepadla zmínka.

Druhou hypotézu jsme byli schopni přijmout. Záchranáři a hasiči se skutečně obecně liší v postojích ke smrti měřenými dotazníkem DAP-R. Hypotézu jsme předpokládali na základě toho, že při výjezdech k situacím s úmrtím se příslušník setkává se zemřelým v jiné rovině. Ukázalo se, že dle odhadů se příslušník ZZS s úmrtím v práci setká průměrně 8krát za půl roku, kdežto příslušník HZS pouze 2,6krát za půl roku. Zajímavé je, že obě skupiny berou situace s úmrtím postupem praxe jako rutinu, jeden z hasičů ale uvádí zajímavou myšlenku, že hasič je při zásahu s úmrtím pouze mezičlánek – člověka vyndá (vyprostí, vytáhne) a předá. Je možné, že i proto mají skupiny odlišné postoje ke smrti, jelikož se se smrtí v práci pravidelně setkávají a jistě tyto zkušenosti ovlivní jejich obecné postoje ke smrti.

Hypotézu 3 jsme nepřijali. Hypotézu jsme předpokládali na základě výzkumu Ševčíkové (2014), která zjistila, že záchranáři jsou při setkávání se se zemřelým frustrováni věkem a strachem ze smrti. Naše data tento předpoklad nepotvrdila. Z kvalitativní části práce jsme nicméně zjistili, že 2 respondenti záchranáři mají strach ze smrti či vlastního umírání. U hasičů se tato skutečnost nevyskytla. Je možné, že vzhledem k tomu, že se záchranáři v práci velmi často se smrtí setkávají, se strach ze smrti tímto eliminuje.

Čtvrtou hypotézu jsme přijali. Záchranáři skórují na škále vstřícné přijetí smrti výše než hasiči, praktická významnost je však malá. Škála vstřícné přijetí smrti signifikantně souvisí s náboženským přesvědčením (Machů, 2012) a ve výzkumu Miklové (2012) kladli hasiči nejmenší důraz na víru a spiritualitu. V našem výzkumu (jeho kvantitativní části) se skutečně ukázalo, že záchranáři jsou věřící v 30 %, kdežto hasiči ve 25 %. Je možné, že tento faktor stojí za daným výsledkem. Na druhou stranu se v kvalitativní části práce ukázalo, že v obou skupinách jsou ve 3 případech příslušníci nevěřící, ale ve 2 případech v něco věří. Rozdíl zde tedy není. Je možné, že jelikož je vstřícné přijetí pozitivním postojem ke smrti (Wong, Reker & Gesser, 1994), záchranáři vnímají smrt pozitivněji už

z důvodu, že se častěji setkají s přirozenou smrtí (Ševčíková, 2014). Na tento fakt poukázal i jeden ze záchranářů z kvalitativní části práce.

U pozitivního postoje únikové přijetí smrti jsme též předpokládali vyšší hodnoty u ZZS. **Hypotézu 5** jsme byli schopni přijmout, praktická významnost je však nízká. Škála únikové přijetí smrti poukazuje na smrt jako vítanou alternativu k životu plnému bolesti a utrpení (Wong, Reker & Gesser, 1994). Předpokládali jsme, že záchranáři se častěji setkají s úmrtím, které je spíše vysvobozením (u dlouhodobě nemocných pacientů) či je přirozené (přirozené úmrtí seniora), a proto by zde skórovali výše. U respondentů z rozhovorů se ukázalo, že všichni z nich vnímají úmrtí seniora jako přirozené. Zároveň opět výzkum Ševčíkové (2014) poukazuje na to, že se záchranáři nejčastěji setkají s přirozenou smrtí. Lze předpokládat, že hasič se oproti tomu s touto přirozenou smrtí setká méně často, například pouze, pokud je nutné otevření bytu.

Hypotézu 6 jsme také mohli přijmout. Záchranáři skutečně skórují na škále neutrální přijetí smrti výše než hasiči. Předpoklady k této hypotéze se opět vztahují na výjezdy, kdy jde o přirozené úmrtí. Záchranáři se s takovými typy úmrtí setkávají nejčastěji (Ševčíková, 2014), a především častěji než hasiči. V kvalitativní části práce se také ukázalo, že čtyři záchranáři vnímají smrt jako přirozenou součást života. Hasiči v rozhovorech oproti tomu tento postoj verbalizovali pouze ve dvou případech. Co se týče výsledků kvantitativních, rozdíl v mediánech skupin je nicméně velmi malý, navíc škála neutrální přijetí smrti vykazovala značnou šikmost směrem k vyšším hodnotám u obou skupin. Tyto skutečnosti značí, že i přes přijetí hypotézy, skórují obě skupiny na této škále poměrně vysoko.

Sedmou hypotézu jsme přijali. Hasiči skórují na škále vyhýbavý postoj ke smrti výše než záchranáři. Výsledek se tedy shoduje s předpokladem, který byl založen na výzkumu He (2007), který u vybraných hasičů zjistil, že vykazují především vyhýbavý postoj ke smrti. Z rozhovorů vyplynulo, že hasiči ve čtyřech případech z pěti nemluví o smrti „jen tak“, když už mluví, tak spíše s kolegy o konkrétním případě. U respondentů záchranářů tomu bylo nicméně stejně tak. Navíc pokud se podíváme na rozdíl SD, který je mezi skupinami velmi malý (0,09) a na malou praktickou významnost, je jasné, že rozdíl ve vyhýbavém postoji ke smrti není příliš značný.

Hypotézu 8 jsme také přijali, u obou skupin existuje statisticky významný pozitivní vztah mezi skórem dotazníku BM a skórem škály strach ze smrti. Nicméně tento vztah je pouze zanedbatelný. Předpokládali jsme, že s narůstajícím vyhořením bude narůstat i negativní

postoj ke smrti, jakým je strach ze smrti. Anebo, že negativní prožívání při častém setkáváním se se smrtí může přerůst v chronický stres až syndrom vyhoření. V kvantitativní části práce se ukázalo, že smrt je pro záchranáře druhou nejtěžší situací v práci (ve 14 %), u hasičů pátou nejtěžší situací (v 6 %). Ani u jedné skupiny respondentů z rozhovorů se však neukázalo, že by pro ně situace s úmrtím v práci představovaly chronický stres. Pro čtyři z pěti záchranářů se z těchto situací stala rutina, u hasičů je tomu tak ve třech případech z pěti. O stresovou situaci by se u všech záchranářů z rozhovorů jednalo při úmrtí dítěte, u hasičů by tomu tak bylo ve třech případech, kdy vnímají rozdíl mezi úmrtím dítěte či mladého člověka a seniora. Tento výsledek souhlasí s výzkumem Ševčíkové (2014), která zjistila, že v 73 % považovali záchranáři za nejvíce stresující úmrtí dítěte, a také Šeblové (2007), která identifikovala kardiopulmonální resuscitaci dítěte či mladého nebo jejich úmrtí za největší stresor. Dále by z našeho výzkumu (z kvalitativní části) většina respondentů vnímala jinak úmrtí blízkého či známého člověka. Je pravděpodobné, že s úmrtím dítěte nebo s úmrtím svého známého či blízkého člověka se záchranář ani hasič naštěstí nesetká příliš často. Je proto možné, že převažují situace s úmrtím, které pro příslušníka nepředstavují větší chronický stres. Zároveň z druhé strany bychom mohli uvažovat, že vyšší míra vyhoření povede k většímu strachu ze smrti. Nicméně kvůli zanedbatelnosti výsledného vztahu nelze říci, že tomu tak skutečně je.

Hypotézu 9 jsme nebyli schopni přijmout. Ani u jedné skupiny neexistuje statisticky významná korelace mezi dotazníkem BM a škálou vyhýbavý postoj ke smrti. Pro tento předpoklad jsme měli odůvodnění stejné jako pro hypotézu 8. Opět uvádíme, že je pravděpodobné, že situace s úmrtím v práci se pro záchranáře i hasiče staly rutinou a pokud nejde o úmrtí dítěte, mladého člověka či jejich známého a blízkého, nepředstavují pro ně větší chronický stres. Zároveň dle výsledku předpokládáme, že vyšší míra vyhoření nevede k vyhýbání se tématu smrti.

V poslední části diskuze ještě zmíníme **další výsledky z kvalitativní části práce**, které naplňují zbylé cíle této výzkumné práce. Pokud jde o *povědomí o syndromu vyhoření* mezi příslušníky ZZS a HZS, ukázalo se, že všech 10 respondentů zná termín syndrom vyhoření a poměrně správně jej dokáže charakterizovat. Tento výsledek souhlasí se zjištěním Tvrdkové (2014). U příslušníků ZZS došlo v některých případech k přiznání, že neví, kde jsou hranice mezi naštvaností, rutinou a vyhořením. V 9 případech došlo k seznámení se syndromem skrze pracovní školení či seznámení ve škole, pouze v 1 případě nebyl dotyčný seznámen se syndromem v práci ani v rámci přípravy na práci. Je pravděpodobné, že

syndrom vyhoření je v současné době známý termín i v laickém prostředí a jistě je v rámci IZS kladen důraz na jeho prevenci.

Co se týče *situací úmrtí v práci* příslušníka ZZS či HZS, zjistili jsme zajímavé informace. Baštecká et al. (2005) uvádí, že každý výjezd/mimořádná událost s sebou nese náboj lidského utrpení, které může vypadat jako vyčerpání, obavy, ochromení nebo pocit bezmoci. Pracovníci v IZS musí přesto pokračovat ve své práci a jednat, zároveň při tom nechat emocionální prožitky a myšlenky stranou. Úkolem je totiž dostat oběť co nejrychleji mimo nebezpečí života nebo se postarat i o ty, kteří nepřežili. Opravdu se ukázalo, že respondenti se při výjezdu k úmrtí snaží o potlačení svých emocí, ale v obou skupinách je u určitých respondentů problém je potlačit v situacích úmrtí dítěte. U hasičů se také významně projevuje emoce znechucení spojená se zápachem. Toto zjištění není překvapující, jelikož hasič je ten, který zemřelého člověka musí nejprve dostat odněkud někam. Co se týče myšlenek při zásahu zahrnujícím úmrtí člověka, u obou skupin se také objevilo, že myslí na příběh zemřelého či pozůstalých. V některých případech se snaží si tyto myšlenky zakázat. Myšlenky záchranářů a hasičů se také odvíjejí od toho, jaká je příčina úmrtí v daném případě. Někdy jsou myšlenky zaměřeny pouze na technickou stránku věci. Je jasné, že záchranáři i hasiči jsou lidé s určitými emocemi, postojí, a situace prožívají jako ostatní lidé. Po rozhovorech je autorce studie ale jasné, že pokud by si nevytvořili určitou obranu, štít proti těmto situacím v práci, nemohli by povolání záchranáře či hasiče vůbec dělat. Palmer (1983) zjistil, že při setkávání se s úmrtím záchranáři využívají desenzibilizaci, humor, specifický jazyk apod. V našem výzkumu se tato desenzibilizace projevila na úrovni, že situace jsou pro záchranáře i hasiče postupem praxe již rutinou oproti prvotním výjezdům k úmrtím.

Zajímavé zároveň je, *jak ovlivňují situace s úmrtím v práci obecný postoj ke smrti* těchto příslušníků. U většiny záchranářů i hasičů došlo ke změně postoje ke smrti po nástupu k těmto složkám. Změna je nejčastěji patrná v tom, že si příslušníci více uvědomují svou smrtelnost, a proto jsou v životě buď více opatrní, nebo naopak, jeden z respondentů si více užívá života. Další nejčastější změna je taková, že před prací u ZZS či HZS respondenti nebrali smrt jako přirozenou součást života, nyní ano, nebo došlo k prohloubení tohoto (neutrálního) postoje ke smrti. Je jasné, že když se příslušníci pravidelně s úmrtím v práci setkávají, ovlivní to i jejich pohled na smrt. Ani v jednom z případů však není následná opatrnost v životě spojená s přílišnou úzkostlivostí – spíše se jedná o větší uvědomování rizik a eliminování potenciálního nebezpečí.

Následně budou probrány **limity výzkumu**. Jelikož byla kvantitativní část výzkumu realizována především skrze internetový portál, respondenti se mohli na konci dotazníku vyjádřit k vyplňování. Objevila se reakce na dotazník DAP-R, kdy respondent tvrdil, že tyto otázky by měly být směřovány na studenty teologických fakult a ptát se na toto příslušníků ZZS a HZS je dle něj k smíchu. Je možné, že problém s otázkami dotazníku DAP-R mělo více respondentů, a mohli se proto často uchýlovat k odpovědi „nevím“, stejně jako v bakalářské práci autorky (Šrajeroová, 2018). Na dotazník BM nebyla žádná negativní reakce. Co se týče dalších limitů výzkumu, je možné, že co se týče téma syndromu vyhoření, skutečně vyhořelí jedinci by se do výzkumu nejspíše ani nezapojili. Tato skutečnost se těžko eliminuje, jelikož je výzkum založen na dobrovolnosti. Limitem může být i specifická vzorku právě vzhledem k dobrovolnosti, nicméně jsme se snažili o co nejrepresentativnější vzorek – osloven byl vždy někdo z vedení ze všech krajů ČR. Co se týče kvalitativní části studie, mohlo dojít k nevědomému zkreslení dat samotným výzkumníkem. Zároveň mohlo dojít ke zkreslení odpovědí samotnými respondenty, jelikož se v přítomnosti mladé výzkumnice nemuseli cítit stoprocentně bezpečně k tomu, aby přiznali své slabosti či úplné pravdy. Vzhledem ke smíšenému designu studie můžeme ale naše výsledky považovat za velmi přínosné. Za limit práce považujeme příliš široký záběr výzkumu, kvůli čemuž bylo zpracování studie časově a obsahově náročné. Bylo by vhodnější se zaměřit pouze na jedno z témat – syndrom vyhoření či postoje ke smrti.

Výsledky výzkumné studie jsou nicméně **důležitým příspěvkem pro současný výzkum** témat syndromu vyhoření a postojů ke smrti u příslušníků ZZS a HZS. Pro uspokojující počet respondentů v kvantitativní části a zároveň propojení s kvalitativním výzkumem můžeme z výsledků usuzovat na důležitá zjištění. Jestliže se ukázalo, že syndromem vyhoření trpí u ZZS 8 % lidí z výzkumného vzorku a u HZS 5 % lidí, je tato skutečnost ukazatelem poměrně dobré prevence vyhoření, nicméně stále je vhodná práce na rizikových faktorech. Jestliže je vyšší míra vyhoření u příslušníků ZZS, bylo by dobré se v praxi zaměřit na námi zjištěné faktory jejich nespokojenosti a faktory, které by k vyhoření mohly vést. Jelikož nejtěžšími situacemi v práci se příslušníkům obou skupin jeví situace s dětmi, je nutné v těchto situacích zbystrit a zajímat se o psychickou pohodu příslušníků, kteří se takového výjezdu účastnili. To může probíhat i v rámci kolektivu, jelikož se zároveň většinou jedná o pevný bod, který příslušníkům pomáhá se v práci cítit lépe. Co se týče tématu postojů ke smrti, tento výzkum je jeden z mála širších výzkumů

v českém prostředí u dané cílové skupiny zahrnující toto téma. Obecně příslušníci ZZS i HZS zastávají především neutrální postoj ke smrti, smrt berou jako přirozenou součást života. Se situacemi úmrtí se v práci pravidelně setkávají, i když záchranáři častěji než hasiči. Ty nepochybně ovlivňují jejich postoj ke smrti. V praxi by bylo dobré zaměřit se na to, jak se příslušníkům daří své emoce potlačovat a jestli se jim daří si o zemřelých či pozůstalých netvořit příběhy, které jim ztěžují vnímání dané situace. Zároveň jim věnovat větší pozornost v případech úmrtí dítěte, známého či blízkého nebo samozřejmě při hromadných neštěstích. V takových případech jistě funguje intervenční péče, zároveň je důležité respektovat přirozenou pomoc příslušníků v jejich kolektivu.

Pro další výzkum sledává autorka práce důležité prozkoumat syndrom vyhoření s odstupem např. 5 let (vhodné by bylo zajistit práci s rizikovými faktory vyhoření zjištěné v této práci a následně stav v českém prostředí přezkoumat). Pro výzkum postojů ke smrti by autorka doporučila zvolit širší kvalitativní výzkum s vícero respondenty, jelikož je po tomto výzkumu autorka přesvědčena, že vztah ke smrti je pro tyto příslušníky snadněji popsitelný slovy při kontaktu face-to-face. Důležitost autorka vnímá také v rozdělení témat, jelikož se takto stává výzkum značně obsáhlý.

15 ZÁVĚRY

Byl proveden smíšený výzkum zaměřený na porovnání témat syndromu vyhoření a postojů ke smrti u příslušníků Zdravotnické záchranné služby a příslušníků Hasičského záchranného sboru ČR. Pro kvantitativní část jsme použili 3 dotazníky – dotazník vlastní konstrukce, dotazník Burnout Measure a dotazník Death Attituded Profile-Revised. Výzkumný soubor tvořilo celkem 473 respondentů, z toho 261 záchranářů a 212 hasičů. Kvantitativní data byla analyzována deskriptivní a inferenční statistikou. Kvalitativní část práce zahrnovala rozhovory s 10 respondenty, tj. 5 záchranáři a 5 hasiči. Kvalitativní data byla analyzována tematickou analýzou.

Hlavní výsledky výzkumné studie:

- Obě skupiny příslušníků z rozhovorů mají dobré povědomí o syndromu vyhoření a dokáží jej správně charakterizovat. Nejčastěji se s pojmem seznámili v rámci školení či ve škole.
- Příslušníci ZZS vykazují statisticky významnou vyšší míru vyhoření oproti příslušníkům HZS. U záchranářů se o stav vyhoření jedná v 8 %, u hasičů potom v 5 %. U příslušníků ZZS bylo též z rozhovorů zjištěno více rizikových faktorů syndromu vyhoření oproti příslušníkům HZS, nicméně preventivní strategie mají obě skupiny velmi podobné. Z rozhovorů také vyplynulo, že různé podoby syndromu vyhoření jsou u záchranářů častějším jevem. Za nejtěžší situace v práci se v obou částech práce nejčastěji ukázaly situace s dětmi, a to u obou skupin.
- Příslušníci ZZS a příslušníci HZS se obecně liší v dotazníku DAP-R (postojích ke smrti). Dle odhadů se příslušník ZZS s úmrtím v práci setká průměrně 8krát za půl roku a příslušník HZS 2,6krát za půl roku. Z rozhovorů vyplynulo, že obě skupiny nicméně berou situace s úmrtím postupem praxe jako rutinu a zvyk.
- Příslušníci ZZS a příslušníci HZS se statisticky významně liší svým skóre na škálách vstřícné přijetí smrti, únikové přijetí smrti, neutrální přijetí smrti a vyhýbavý postoj ke smrti. Rozdíl mezi skupinami a praktická významnost jsou však většinou nízké. Rozdíl na škále strach ze smrti se statisticky neprojevil.

- Obě skupiny vykazují vysoké skóre především na škále neutrální postoj ke smrti, jelikož se zde projevila značná šikmost směrem ke kladným hodnotám. Z rozhovorů vyplynulo, že 4 z 5 záchranářů vnímají smrt jako přirozenou součást života, u hasičů tomu bylo ve 2 případech z 5.
- U obou skupin příslušníků se projevil významný vztah mezi dotazníkem BM a škálou strach ze smrti. Vztah je nicméně pouze zanedbatelný. Vztah mezi dotazníkem BM a škálou vyhýbavý postoj ke smrti se neprojevil.
- Z rozhovorů vyplynulo, že u obou skupin příslušníků se v práci ze situací s úmrtím stala postupem praxe rutina a zvyk. Emoce se snaží potlačovat, což někdy nejde u situací s dětmi, intenzivní emoci je pro hasiče znechucení spojené s pachem. Myšlenky při výjezdech s úmrtím jsou buď zaměřené na příběh zemřelého či rodiny, na technickou stránku výjezdu nebo podle toho, jaká je příčina úmrtí.
- U většiny záchranářů i hasičů z rozhovorů došlo po nástupu k ZZS či HZS ke změně postoje ke smrti. Nejčastěji se jedná o uvědomení si smrtelnosti a následnou větší opatrnost v běžném životě či o změnu ve smyslu vnímání smrti jako přirozené součásti života.

SOUHRN

Diplomová práce zabývá tématy syndrom vyhoření a postoje ke smrti u příslušníků Zdravotnické záchranné služby a Hasičského záchranného sboru ČR. Syndrom vyhoření poprvé definoval Freudenberger v 70. letech 20. století a jedná se o úplné fyzické, mentální a emocionální vyčerpání (Křivohlavý, 1998). Zároveň se objevuje zklamání a demotivace vztahené k dané profesi (Kebza, 2009). Syndrom vyhoření je důsledkem chronického stresu (Stock, 2010). K vyhoření dochází při souhře rizikových faktorů ze strany osobnosti, z pracovní oblasti a mimopracovní sféry (Pešek & Praško, 2016). Pojetí smrti v psychologii je odlišné dle pohledů různých autorů. Freud například hovoří o pudu smrti Thanatos (Freud, 1998), Jung zakomponoval smrt do procesu individuace (Grof, 2009) a téma smrti je velmi důležité v pojetí existenciálních psychologů (Yalom, 2006). Postoje ke smrti také souvisí s vírou, kterou daný člověk vyznává, a zároveň se mění postupem času – s 20. stoletím přišla smrt, kterou Ariès (2000b) nazývá smrtí převrácenou. Pohled na smrt také měníme s tím, jak dospíváme a stárneme jako jedinci. Postoj ke smrti se skládá z kognitivní složky, citového vztahu ke smrti a chování (Vágnerová, 2007).

Na témata byly provedeny výzkumy v českém i světovém prostředí. Co se týče syndromu vyhoření u ZZS, v ČR se výzkumu věnovala především Šeblová, která provedla první rozsáhlou studii a výzkum poté i rozšířila (Šeblová, 2007), a dále například Rybková (2017). Výzkum vyhoření u HZS provedla Tvrdková (2014), Partschová (2015) či Másílková (2005). Postoje ke smrti se začaly zkoumat od 50. let 20. století, v českém prostředí se jimi zabývala především Machů a Pechová (Machů, 2012). Tématem smrti u ZZS se v ČR zabývali například Ševčíková (2014) či Boček (2015). Téma smrti u HZS není v českých výzkumech příliš rozpracované, nicméně podobnými tématy se zabývali například Miklová (2012) či Šmahlík (2009).

V této práci byl proveden smíšený výzkum za pomoci dotazníkového šetření a rozhovorů s příslušníky ZZS a HZS. Dominantní byla však část kvantitativní, kvalitativní výsledky sloužily především pro porozumění výsledků z dotazníků a pro doplnění cenných informací, dokreslení. Výzkumný soubor kvantitativní části tvořilo 473 lidí, tj. 261 záchranářů a 221 hasičů prostřednictvím záměrného výběru přes instituce a samovýběru. Dotazníkové šetření tvořil dotazník vlastní konstrukce, dotazník Burnout Measure a dotazník Death Attitudes Profile-Revised. Data byla analyzována v Excelu a programu Statistica 13, kde byly testovány hypotézy. Použity byly parametrické i neparametrické

metody. Výzkumný soubor kvalitativní části tvořilo 10 respondentů, tj. 5 záchranářů a 5 hasičů. Výběr probíhal metodou sněhové koule. Analýza dat probíhala ve Wordu, Atlas.ti a Excelu a zpracována byla tematickou analýzou.

Z 9 stanovených hypotéz jsme přijmuli 7. Hypotézy byly testovány na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Výpočty byly prováděny Welschovým testem, T-testem pro dva nezávislé výběry, Hotellingovým testem pro dva nezávislé výběry, Mannův-Whitneyovým U testem a Pearsonovým korelačním koeficientem. Zároveň bylo stanoveno 6 výzkumných otázek, které jsme dokázali zodpovědět.

Cílem práce bylo porovnání obou témat (syndrom vyhoření, postoje ke smrti) mezi příslušníky ZZS a HZS. Jedním z podcílů bylo zjistit povědomí o syndromu vyhoření, zde se ukázalo, že v obou skupinách z rozhovorů tento termín znají a umí ho správně charakterizovat. Dalším podcílem bylo porovnat samotnou míru vyhoření. Ukázalo se, že příslušníci ZZS vykazují vyšší míru vyhoření, a zároveň zde bylo objeveno vícero rizikových faktorů. Za nejtěžší situace v práci se u obou skupin ukázaly situace s dětmi. U obou skupin se vyskytly podobné strategie toho, jak se příslušníci brání syndromu vyhoření.

Dále jsme porovnávali postoje ke smrti. Ukázalo se, že se obecně příslušníci ZZS a HZS liší ve svých postojích ke smrti. Konkrétně se liší na škálách vstřícné přijetí smrti, únikové přijetí smrti, neutrální postoj ke smrti a vyhýbavý postoj ke smrti. Ve všech případech je však praktická významnost malá. Na škále strach ze smrti nebyl zjištěn rozdíl. Zároveň jsme u obou skupin zjistili pozitivní vztah mezi dotazníkem BM a škálou strach ze smrti, tento vztah je však zanedbatelný. V obou skupinách příslušníci vykazovali vyšší kladné hodnoty u škály neutrální přijetí smrti, jelikož se zde objevila značná šikmost. Z rozhovorů též vyplynulo, že 4 z 5 záchranářů vnímají smrt jako přirozenou součást života, u hasičů tomu bylo ve 2 případech z 5.

Dalším podcílem bylo porozumět individuálním pohledům na smrt v rámci kvalitativní části práce. U obou skupin příslušníků z rozhovorů byly zjištěny podobné fenomény, například jejich zacházení s emocemi či myšlenkami při zásazích s úmrtím člověka nebo jejich změna reakce na úmrtí postupem získávání praxe. Zároveň byla u obou skupin zjištěna změna postoje ke smrti po nástupu k ZZS či HZS.

Výsledky studie významně přispívají současnému výzkumu témat syndrom vyhoření a postojů ke smrti u příslušníků ZZS a HZS. V praxi by bylo vhodné se zaměřit na námi

zjištěné rizikové faktory syndromu vyhoření, na práci s příslušníky v těžkých situacích, jakými jsou situace s dětmi a náročné situace spojené s úmrtím. Pro další výzkum by bylo dobré prozkoumat syndrom vyhoření s odstupem. V tématu postoje ke smrti by bylo dobré preferovat kvalitativní výzkum s vícero respondenty. Za limity výzkumu považujeme specifickou respondentů kvůli dobrovolnosti účasti na výzkumu, dále možné nevědomé zkreslení výsledků kvalitativní části na straně výzkumníka i respondenta či příliš široký záběr výzkumu.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- Abdel-Khalek, A. M. & Neimeyer, R. A. (2017). Death Anxiety Scale. In Zeigler-Hill, V. & Shackelford, T. K. (Eds.) *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. doi: 10.1007/978-3-319-28099-8_21-1
- Adler, A. (1999). *Porozumění životu. Úvod do individuální psychologie*. Praha: Aurora.
- Adler, A. (2018). *Člověk, jaký je. Základy individuální psychologie*. Praha: Portál.
- Antier, J-J. (2012). *C. G. Jung aneb zkušenost s božstvím*. Brno: Emitos.
- Ariès, P. (2000a). *Dějiny smrti I*. Praha: Argo.
- Ariès, P. (2000b). *Dějiny smrti II*. Praha: Argo.
- Baštecká, B. et al. (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál.
- Baštecká, B. et al. (2005). *Terénní krizová práce. Psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada.
- Baštecká, B. & Mach, J. et al. (2015). *Klinická psychologie*. Praha: Portál.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Boček, T. (2015). *Komunikace s pozůstalými v přednemocniční neodkladné péči*. (Diplomová práce). Masarykova Univerzita.
- Brandejská, D. (2008). *Zátěž a stres pracovníků na záchranné službě*. (Diplomová práce). Získáno 22. listopadu 2019 z IS Cuni Univerzity Karlovy.
- Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada.
- Clements, R. & Rooda, L. A. (2000). Factor structure, reliability, and validity of the death attitude profile-revised. *Omega*, 40(3). 453-463. doi: 10.2190/XFF0-C6UA-58PC-PHPB
- Condrau, G. (1998). *Sigmund Freud a Martin Heidegger*. Praha: Triton.
- ČMPS. (2017). Etický kodex psychologické profese. Získáno 24. ledna 2018 z ČMPS <https://cmps.ecn.cz/?page=eticky-kodex>.

- Česká televize (Producent). (2013). *Brána smrti. Víra v jednoho Boha* [dokument]. Získáno 25. listopadu 2019 z <https://www.ceskatelevize.cz/porady/10396652416-brana-smrti/212562262500004-vira-v-jedineho-boha/>.
- ČT24 (Producent). (2014). *Syndrom vyhoření může potkat kohokoliv, léčba trvá i roky* [video]. Získáno 20. listopadu 2019 z <https://ct24.ceskatelevize.cz/domaci/1004728-syndrom-vyhoreni-muze-potkat-kohokoliv-lecba-trva-i-roky>
- DiGiulio, R. & Kranzová, R. (1997). *O smrti*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.
- Dostál, D. (2017a). *Mnohorozměrné statistické metody v psychologii*. Získáno 17. ledna 2020 z http://www.dostal.vyzkum-psychologie.cz/soubory/skripta_mnohorozmerna_statistika.pdf.
- Dostál, D. (2017b). *Statistické metody v psychologii*. Získáno 23. ledna 2018 z http://www.dostal.vyzkum-psychologie.cz/skripta_statistika.pdf.
- Drápela, K. (nedat.). *Vícerozměrná analýza rozptylu (MANOVA) – její předpoklady a využití*. Získáno 17. ledna 2020 z http://user.mendelu.cz/drapela/Statisticke_metody/Prezentace/ostatni/MANOVA_popis_a_priklad.doc.
- Dudová, I. (2013). Smutek a truchlení dítěte. *Pediatric pro praxi*, 14(4), 248–251.
- Enzmann, D., Schaufeli, W. B., Janssen, P. & Rozeman, A. (1998). Dimensionality and validity of the Burnout Measure. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 71, 331–351. doi: 10.1111/j.2044-8325.1998.tb00680.x
- Fendrychová, J. & Klimovič, M. et al. (2005). *Péče o kriticky nemocné dítě*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně.
- Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.
- Frankl, V. E. (2005). *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta Brno.
- Franěk, O. (nedat.). *Jak se stát záchranářem*. Získáno 22. prosince 2019 ze Zachrannaslužba.cz website <https://zachrannaslužba.cz/jak-se-stat-zachranarem/>.
- Freud, S. (1969). *Vybrané spisy 1. Přednášky k úvodu do psychoanalýzy, Nová řada přednášek k úvodu do psychoanalýzy*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.

- Freud, S. (1998). *Mimo princip slasti a jiné práce z let 1920-1924*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
- Goldman, L. (2015). *Jak s dětmi mluvit o smrti*. Praha: Portál.
- Grigsby, D.W. & McKnew, M.A. (1988). Work-Stress Burnout among Paradenics. *Psychological Reports*, 63(1), 55-64. doi: 10.2466/pr0.1988.63.1.55
- Griffith, J.D., Toms, A., Reese, J., Hamel, M., Gu, L.L. & Hart, Ch.L. (2013). Attitudes toward Dying and Death: A Comparison of Recreational Groups among Older Men. *OMEGA*, 67(4), 379-391. doi: 10.2190/OM.67.4.c
- Groebe, B., Strupp, J., Eisenmann, Y., Schmidt, H., Schlomann, A., Rietz, Ch. & Voltz, R. (2018). Measurint Attitudes towards the Dying Process: A Systematic Review of Tools. *Palliative medicine*, 32(4), 815-837. doi: 10.1177/0269216317748889
- Grof, S. (2009). *Lidské vědomí a tajemství smrti*. Praha: Argo.
- Hasičský záchranný sbor České republiky. (2009). *Integrovaný záchranný systém*. Získáno 28. listopadu 2019 z HZS ČR website <https://www.hzscr.cz/clanek/integrovaný-zachranny-system.aspx>.
- Hasičský záchranný sbor České republiky. (nedat.a). *Výkon služby*. Získáno 22. prosince 2019 z HZS ČR website <https://www.hzscr.cz/clanek/vykon-sluzby.aspx?q=Y2hudW09NA%3D%3D>.
- Hasičský záchranný sbor České republiky. (nedat.b). *Obecné informace o zaměstnání u HZS ČR*. Získáno 22. prosince 2019 z HZS ČR website <https://www.hzscr.cz/clanek/obecne-informace-o-zamestnani-u-hzs-cr.aspx?q=Y2hudW09Mg%3d%3d>.
- Hasičský záchranný sbor České republiky. (nedat.c). *Podmínky přijetí a další informace*. Získáno 22. prosince 2019 z HZS ČR website <https://www.hzscr.cz/clanek/podminky-prijeti-a-dalsi-informace.aspx>.
- Hasičský záchranný sbor České republiky. (nedat.d). *Specifika služebního poměru*. Získáno 22. prosince 2019 z HZS ČR website <https://www.hzscr.cz/clanek/specifika-sluzebniho-pomeru.aspx>.

Hasičský záchranný sbor České republiky. (nedat.e). *Psychologická služba*. Získáno 22. prosince 2019 z HZS ČR website <https://www.hzscr.cz/clanek/psychologicka-sluzba-o-nas.aspx>.

Haškovcová, H. (2000). *Thanatologie*. Praha: Galén.

Haškovcová, H. (2010). *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team.

Hálek, V. (1957). *Večerní písně*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.

He, M-fen. (2007). *A Study on Meaning of Life and Attitudes toward Death for Firefighters*. Získáno 11.1.2020 z <https://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=5&sid=dabc8103-91c0-454c-9d4f-660e5d2ba752%40sessionmgr102&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLHVybCx1aWQmbGFuZz1jcyZzaXRIPWVkcylsaXZl#AN=edsndl.oai.union.ndltd.org.TW.095NHU05672026&d b=edsndl>.

Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.

Honzák, R. (2015). *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. Praha: Vyšehrad.

Humpl, L. (17. června 2019). *Systém psychosociální intervenční služby v ČR*. Získáno 22. prosince 2019 ze Zdravotnická záchranná služba website <http://www.uszsmsk.cz/Default.aspx?clanek=20361>.

Hytych, R. (2010). *Sociální reprezentace smrti v České republice a na Srí lance*. (Disertační práce). Masarykova Univerzita.

Jaffé, A. (2015). *Vzpomínky, sny, myšlenky C. G. Junga*. Praha: Portál.

Jalůvková, B. (2014). *Syndrom vyhoření ve složkách integrovaného záchranného systému*. (Diplomová práce). Získáno 22. listopadu 2019 z http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/29936/jal%20vkvov%E1_2014_dp.pdf?sequence=1.

Jung, C. G. (1995). *Člověk a duše*. Praha: Academia.

Jung, C. G. (2012). *Člověk a kultura. Výbor z díla IX*. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka & Emitos.

- Kebza, V. (2009). Vyhoření. In Baštecká, B. (Ed.), *Psychologická encyklopedie. Aplikovaná psychologie* (1st ed., pp. 432-436). Praha: Portál.
- Kristensen, T.S., Borritz, M., Villadsen, E. & Christensen, K.B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A New Tool for the Assessment of Burnout. *Work & Stress*, 19(3), 192–207. doi:10.1080/02678370500297720
- Krok, D. (2016). Can Meaning Buffer Work Pressure? An Exploratory Study on Styles of Meaning in Life and Burnout in Firefighters. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 1, 31-42. doi: 10.12740/APP/62154
- Křivohlavý, J. (1998). *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada.
- Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2012). *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.
- Křivohlavý, J. & Kaczmarczyk, S. (1995). *Poslední úsek cesty*. Praha: Návrat domů.
- Kupka, M. (2014). *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada.
- Kübler-Ross, E. (1995). *Odpovědi a otázky o smrti a umírání: etický manuál pro mediky, sestry a lékaře*. Praha: Tvorba.
- Kübler-Ross, E. & Kessler, D. (2013). *Lekce života: O tajemstvích lidského bytí*. Brno: JOTA.
- Loučka, M. (2009). *Koncepce smrti u dětí – souvislosti vývoje*. (Diplomová práce). Získáno 16. října 2019 z Theses.cz.
- Lourel M., Abdellaoui S., Chevaleyre S., Paltrier M., & Gana K. (2008). Relationships between Psychological Job Demands, Job Control and Burnout among Firefighters. *North American Journal of Psychology*, 10(3), 489-496. Získáno 31.12.2019 z <http://socialpsychology.org/>
- Machů, K. (2012). *Postoje ke smrti*. (Diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Makara-Studzińska, M., Golonka, K. & Izydorczyk, B. (2019). Self-Efficacy as a Moderator between Stress and Professional Burnout in Firefighters. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, 183. doi: 10.3390/ijerph16020183
- Mareš, J. et al. (2002). *Sociální opora u dětí a dospívajících II*. Hradec Králové: Nucleus.

Matoušek, O., Kodymová, P. & Koláčková, J. (2010). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál

Maslach, Ch. & Jacskon, S. E. (1981). The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113. Získáno 19. prosince 2019 z https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:UZOWAQDHuCMJ:https://smlr.rutgers.edu/sites/default/files/documents/faculty_staff_docs/TheMeasurementofExperience dBurnout.pdf+%&cd=10&hl=en&ct=clnk&gl=cz.

Másilková, M. (2005). *Stresové faktory a syndrom vyhoření u příslušníků Hasičského záchranného sboru České republiky*. (Diplomová práce). Získáno 22. listopadu 2019 z https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:SdFIyeWL4aAJ:https://wstag.jcu.cz/StagPortletsJSR168/PagesDispatcherServlet%3Fpp_destElement%3D%2523ssSouboryStudentuDivId_3790%26pp_locale%3Dcs%26pp_reqType%3Drender%26pp_portlet%3DsouboryStudentuPagesPortlet%26pp_page%3DsouboryStudentuDownloadPage%26pp_nameSpace%3DG224431%26soubidno%3D131652+%&cd=1&hl=en&ct=clnk&gl=cz.

Miklová, A. (2012). *Fenomén smrti v pomáhajících profesích*. (Diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.

Mroczeck, B., Wolińska, W., Kotwas, A., Karpeta-Pawlak, I. & Kurpas, D. (2018). The Risk of Burnout among Medical Workers on the Basis of Their Work-Related Behaviors. *Family Medicine & Primary Care Review* 2018, 20(1), 29-35. doi: 10.5114/fmpcr.2018.73701

Murphy, S.A., Beaton, R.D., Pike, K.C. & Cain, K.C. (1994). Firefighters and Paramedics. Years of Service, Job Aspirations, and Burnout. *AAOHN Journal*, 42(11), 534-540. doi: 10.1177/216507999404201102

Nakonečný, M. (2009). *Sociální psychologie*. (Rozšířené a přepracované vydání). Praha: Academia.

Navrátilová, A. (2004). *Narození a smrt v české lidové kultuře*. Praha: Vyšehrad.

- Neimeyer, R. A., Wittkowski, A. & Moser, R. P. (2004). Psychological Research On Death Attitudes: An Overview And Evaluation. *Death Studies*, 28, 309-340. doi: 10.1080/07481180490432324
- Nirel, N., Goldwag, R., Feigenberg, Z., Abadi, D. & Halpern, P. (2008). Stress, Work Overload, Burnout, and Satisfaction among Paramedics in Israel. *Prehospital and Disaster Medicine*, 23(6), 537-546. doi: 10.1017/S1049023X00006385
- Orel, M. et al. (2014). *Somatopatologie. Nauka o nemocech těla*. Praha: Grada.
- Orel, M. et al. (2016). *Psychopatologie. Nauka o nemocech duše*. (2., aktualizované a doplněné vydání). Praha: Grada.
- Palmer, C.E. (1983). A Note about Paramedics' Strategies for Dealing with Death and Dying. *Journal of Occupational Psychology*, 56, 83-86. doi: 10.1111/j.2044-8325.1983.tb00114.x
- Partschová, M. (2015). *Stres a vyhoření u příslušníků hasičských záchranných sborů*. (Diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Paul, J. (2011). *O štěstí v umírání*. Brno: Barrister & Principal.
- Pecl, J. (nedat.). *Jednotky požární ochrany*. Získáno 22. prosince 2019 z HZS ČR website <https://www.hzscr.cz/clanek/jednotky-po-961839.aspx?q=Y2hudW09MQ%3d%3d>.
- Pešek, R. & Praško, J. (2016). *Syndrom vyhoření – jak se prací a pomáháním druhým nezničit*. Praha: Pasparta.
- Poschkamp, T. (2013). *Vyhoření. Rozpoznání, léčba, prevence*. Brno: Edika.
- Rush, M. D. (2003). *Syndrom vyhoření*. Praha: Návrat domů.
- Rybková, K. (2017). *Syndrom vyhoření u zdravotnických záchranářů a jeho možná prevence*. (Diplomová práce). Získáno 25. listopadu 2019 z <https://dspace.cvut.cz/bitstream/handle/10467/74891/FBMI-BP-2017-Rybkova-Katerina-prace.pdf;jsessionid=6A0E46624359059F2D3DC5AD88050B58?sequence=-1>.
- Říčan, P. (2006). *Cesta životem: vývojová psychologie*. (2. vydání). Praha: Portál.
- Říčan, P. (2014). *Cesta životem: vývojová psychologie*. (3. vydání). Praha: Portál.

- Schiavone, S. R., & Gervais, W. M. (2017). Atheists. *Social and Personality Psychology Compass*, 11(12). doi:10.1111/spc3.12365
- Schopenhauer, A. (1996). *O smrti*. Brno: „Zvláštní vydání...“.
- Sígl, M. (2006). *Co víme o smrti*. Praha: Epoque.
- Slabý, M. (2017). *Zdravotnická záchranná služba ČR a IZS*. Získáno 1. prosince 2019 z HZS ČR website www.hzscr.cz/soubor/03-slaby-zzs-cr-a-izs-pdf.aspx.
- Smith, T.D., Hughes, K., DeJoy, D.M. & Dyal, M-A. (2018). Assessment of Relationships between Work Stress, Work-Family Conflict, Burnout and Firefighter Safety Behavior Outcomes. *Safety Science*, 103, 287-292. doi: 10.1016/j.ssci.2017.12.005
- Smith-Cumberland, T.L. & Feldman, R.H. (2005). Survey of EMT's Attitudes towards Death. *Prehospital and Disaster Medicine*, 20(03), 184-188. doi: 10.1017/s1049023x00002429
- Staňková, L. (2014). *Psychologické aspekty umírání a smrti*. (Diplomová práce). Univerzita Karlova.
- Stock, Ch. (2010). *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada.
- Šeblová, J. (2007). *Zátěž, stres a syndrom vyhoření u pracovníků zdravotnických záchranných služeb – možnosti včasné diagnózy, prevence a terapie*. (Disertační práce). Získáno 13. prosince 2019 z IS Cuni Univerzity Karlovy.
- Ševčíková, K. (2014). *Postoj zdravotnických záchranářů k umírání a smrti*. (Diplomová práce). Získáno 21. listopadu 2019 z Theses.cz.
- Škodová, J. (2011). *Syndrom vyhoření a možnosti jeho prevence u zdravotnických záchranářů*. (Diplomová práce). Získáno 13. prosince 2019 z IS Cuni Univerzity Karlovy.
- Škodová, Z. (2016). Je osobnost' typu D riziková z hlediska rozvoja syndrómu vyhorenia? *E-psychologie*, 4(10), 1-8. Získáno 8. ledna 2020 z <https://e-psycholog.eu/pdf/skodova.pdf>.
- Šmahlík, S. (2009). *Zátěžové situace v profesi hasiče a možnosti jejich zvládnání*. (Diplomová práce). Získáno 26. listopadu 2019 z http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/9700/%C5%A1mah1%C3%ADk_2009_bp.pdf?...1.

- Špatenková et al. (2014). *O posledních věcech člověka. Vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén.
- Šrajerová, T. (2018). *Míra vyhoření a postoje ke smrti u pracovníků hospice a domova pro seniory v přímé péči*. (Diplomová práce). Univerzita Palackého.
- TEDx Talks. (producer). (2018). *How To Bounce Back from Burnout in 3 Simple Steps*. [video]. Získáno 28. listopadu 2019 z YouTube website <https://www.youtube.com/watch?v=OHj38et5L04>.
- Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie*. Praha: Portál.
- Thorson, J. A. & Powell, F. C. (2000) A revised death anxiety scale. *Death Studies*, 16:6, 507-521. doi: 10.1080/07481189208252595
- Tvrdková, D. (2014). *Syndrom vyhoření u příslušníků Hasičského záchranného sboru České republiky*. (Diplomová práce). Získáno 26. listopadu z https://vskp.vse.cz/42365_syndrom_vyhoreni_uprislusniku_hasicskeho_zachranneho_sboru_ceske_republiky.
- Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum.
- Vaňásková, P. (2012). *Úloha záchranáře v péči o pozůstalé oběti tragických dopravních nehod*. (Diplomová práce). Získáno 18. prosince 2019 z <https://pdfs.semanticscholar.org/bb7d/5cff90cdf94cb02549bcf6b39abd9e3e084c.pdf>.
- Vávrová, S. (2012). *Doprovázení v pomáhajících profesích*. Praha: Portál.
- Vilášek, J., Fiala, M. & Vondrášek, D. (2014). *Integrovaný záchranný systém ČR na počátku 21. století*. Praha: Karolinum.
- Vinnikov, D., Tulekov, Z., Akylzhanov, A., Romanova, Z., Dushpanova, A. & Kalmatayeva, Z. (2019). Age and Work Duration Do Not Predict Burnout in Firefighters. *BMC Public Health*, 19, 308. doi: 10.1186/s12889-019-6643-2
- Výrost, J. & Slaměník, I. (2008). *Sociální psychologie. (2., přepracované a rozšířené vydání)*. Praha: Grada.
- Wong, P. T. P., Reker, G. T. & Gesser, G. (1994). Death Attitudes Profile-Revised: A Multidimensional Measure of Attitudes Toward Death. In Neymer, R. A. (Ed.), *Death Anxiety Handbook* (121-148). Washington, D.C.: Taylor & Francis.

Yalom, I. D. (2006). *Existenciální psychoterapie*. Praha: Portál.

Yalom, I. D. (2012). *Chvála psychoterapie*. Praha: Portál.

Yalom, I. D. (2014). *Pohled do slunce*. Praha: Portál.

Žmolík, M. (2005). *Postoje ke smrti v různých životních období zejména v mladém dospělosti*. (Diplomová práce). Získáno 15. října 2019 z <http://www.michalzmolik.cz/texty/Postoje%20ke%20smrti%20v%20ruznych%20zivotnich%20obdobich%20zejmena%20v%20mlade%20dospelosti.pdf>.

ZÁKONY, VYHLÁŠKY:

Zákon č. 239/2000 Sb. o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů. (2000). Získáno 15. listopadu 2019 <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-239>.

Vyhláška č. 328/2001 Sb. o některých podrobnostech zabezpečení integrovaného záchranného systému. (2001). Získáno 28. listopadu 2019 <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2001-328#cast1>.

Zákon č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranní službě. (2011). Získáno 22. prosince 2019 z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-374>.

Zákon č. 320/2015 Sb. o Hasičském záchranném sboru České republiky a o změně některých zákonů (zákon o hasičském záchranném sboru). (2015). Získáno 22. prosince 2019 z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2015-320?text=hzs>.

Zákon č. 133/1985 Sb. o požární ochraně. (1985). Získáno 22. prosince 2019 z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1985-133>.

Zákon č. 240/2000 Sb. o krizovém řízení a o změně některých zákonů (krizový zákon). (2000). Získáno 22. prosince 2019 z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-240>.

Zákon č. 361/2003 Sb. o služebním poměru příslušníků bezpečnostních sborů (2003). Získáno 22. prosince z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2003-361>.

Pokyn generálního ředitele HZS ČR č.58/2008. Sbírnka interních aktů řízení generálního ředitele Hasičského záchranného sboru České republiky. (2008). Získáno 22. prosince 2019 z <https://www.hzscr.cz › soubor › pokyn58-08-pdf>.

Vyhláška č. 487/2004 Sb. o osobnostní způsobilosti, která je předpokladem pro výkon služby v bezpečnostním sboru. (2004). Získáno 22.prosince 2019 z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-487>.

Vyhláška č. 226/2019 Sb. o zdravotní způsobilosti ke službě v bezpečnostních sborech. (2019). Získáno 22.prosince 2019 z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2019-226>.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Abstrakt magisterské diplomové práce

Příloha č. 2: Dotazník vlastní konstrukce a instrukce k vyplňování

Příloha č. 3: Záznamový arch pro interview

Příloha č. 4: Informovaný souhlas s účastí na výzkumu

Příloha č. 5: CD – Diplomová práce v elektronické verzi, přepis dat v Excelu

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Syndrom vyhoření a postoje ke smrti u příslušníků ZZS a HZS

Autor práce: Bc. Tereza Šrajerová

Vedoucí práce: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Počet stran a znaků: 120 stran; 249 522 znaků

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 129

Abstrakt: Práce se zabývá syndromem vyhoření a postoji ke smrti u příslušníků Zdravotnické záchranné služby a Hasičského záchranného sboru ČR. Cílem bylo porovnat obě témata mezi skupinami. Teoretická část obsahuje syndrom vyhoření, postoje ke smrti, příslušníky ZZS a HZS relevantní výzkumy. Byl proveden smíšený výzkum. V rámci kvantitativní části bylo stanoveno 9 hypotéz a přijato bylo 7. Soubor respondentů zahrnoval 473 příslušníků – 261 ZZS a 212 HZS. Výběr vzorku byl proveden metodou přes instituce a samovýběrem. Byly použity dotazník vlastní konstrukce, dotazník BM (Pines & Aaronson) a DAP-R (Wong, Reker & Gesser). Kvalitativní část práce zahrnovala 10 respondentů (5 ZZS a 5 HZS) získaných metodou sněhové koule, sběr dat probíhal skrze rozhovory a analýza dat tematickou analýzou. Bylo zjištěno, že záchranáři vykazují vyšší míru vyhoření oproti hasičům a zároveň pro to mají více rizikových faktorů. Obecně se skupiny liší v dotazníku DAP-R, konkrétně na škálách vstřícné přijetí, únikové přijetí, neutrální postoj a vyhýbavý postoj ke smrti. Obě skupiny podobně vnímají nejtěžší situace v práci, situace úmrtí v práci ovlivňují jejich postoj ke smrti. Byly zjištěny další zajímavé výsledky.

Klíčová slova: syndrom vyhoření, postoje ke smrti, zdravotnická záchranná služba, hasičský záchranný sbor

ABSTRACT OF THESIS

Title: The Burnout Syndrome and Death Attitudes of Paramedics and Firefighters

Author: Bc. Tereza Šrajerová

Supervisor: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Number of pages and characters: 120 pages; 249 522 characters

Number of appendices: 5

Number of references: 129

Abstract: The thesis deals with burnout syndrome and death attitudes of paramedics and firefighters of the Czech Republic. The goal was to analyse the difference of burnout and death attitudes between these groups. The theoretical part details burnout syndrome, death attitudes, paramedics, firefighters and current research. The second part is about mixed research. We identified 9 hypotheses and could accept 7. In total, 473 respondents participated (261 paramedics and 212 firefighters) in quantitative part. We applied nonprobability sampling across institutions and self-selecting. Three questionnaires were used: self-designed, BM (Pines & Aaronson) and DAP-R (Wong, Reker & Gesser). In qualitative part, we applied snowball sampling. Ten respondents participated in interviews. We used thematic analysis. We found that paramedics have higher rate of burnout than firefighters and that paramedics have different scores for approach acceptance, escape acceptance, neutral acceptance and death avoidance. We found that both groups consider the same situations as the hardest at work and that the situations at work including death influence their death attitude. We also present other interesting finding.

Key words: burnout syndrome, death attitudes, paramedics, firefighters

Dotazníkové šetření

Syndrom vyhoření a postoje ke smrti u vybraných příslušníků IZS

Vážení respondenti,

mé jméno je Tereza ŠrajEROVÁ a jsem studentkou 1. ročníku magisterského studia oboru psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění následujícího dotazníku. **Cílem** je zmapovat témata syndrom vyhoření a postoje ke smrti u vybraných příslušníků hasičského záchranného sboru a zdravotnické záchranné služby. Konkrétně prosím o vyplnění takové příslušníky HZS a ZZS, kteří **reálně jezdí na výjezdy**. U ZZS příslušníků požaduji **nelékařský zdravotnický personál**. Vyplnění mi velmi pomůže k získání údajů potřebných k diplomové práci. **Odpovědi** na této straně **vyplňujte dle pokynů** u každé otázky, v samotných dotaznících na dalších stranách vybírejte číslo na škále 1 - 7 dle vysvětlivek a **zakroužkujte** Vámi zvolenou odpověď. Pokud chcete **změnit** svou **odpověď**, zakřížkujte tu původní a novou zakroužkujte. Neexistuje žádná správná ani špatná odpověď, vše je na Vašem názoru.

Dotazníkové šetření je zcela dobrovolné a **anonymní**, tudíž ho **nepodepisujte**. Po vyplnění uložte dotazník do obálky. Vyplněním mi dáváte souhlas s výzkumným šetřením a souhlas se zpracováním vyplněných údajů pro účely mé práce. Vyplnění Vám zabere **asi 10 minut**. V případě dotazů mne neváhejte kontaktovat.

Velmi si vážím Vašeho času a děkuji za vyplnění,

Bc. Tereza ŠrajEROVÁ

E-mail: tereza.srajerova@seznam.cz

1. Příslušnost k IZS: (Zakřížkujte)

- 1 Hasičský záchranný sbor
 2 Zdravotnická záchranná služba

2. Pohlaví: (Zakřížkujte)

- 1 Žena
 2 Muž

3. Věk: (Vypište celé číslo) _____

4. Jaká je délka Vaší praxe pro IZS? (Odpověď vypište v letech či měsících)

5. Setkáváte se při zásazích a výjezdech s úmrtím? (Odpověď zakřížkujte, v případě odpovědi ANO vypište, jak často – odhadem)

- 1 Ano – jak často? (odhadněte frekvenci za 6 měsíců)

- 2 Ne

6. Považujete se za věřícího člověka? (Zakřížkujte, v případě odpovědi ANO vypište, který směr či náboženství)

- 1 Ano – v jaký směr či náboženství věříte? Může se jednat i o nenáboženskou víru „v něco“.

- 2 Ne

- 3 Nechci uvést

7. Které situace jsou pro Vás v práci nejtěžší? (Vypište)

ROZHOVOR S PŘÍSLUŠNÍKEM ZZS ČI HZS

Souhlasí s diktafonem: ANO NE

Jméno:

Krycí jméno:

Věk:

Příslušník: ZZS HZS

Datum rozhovoru:

Lokalita stanice:

Pracovní pozice:

Délka praxe:

Jak jste se k Vaší práci dostal/a? Děláte tuto práci od začátku Vaší kariéry?

Jaká je náplň Vaší práce? S čím strávíte v práci nejvíce času?

S jakými typy výjezdů se nejčastěji setkáte?

Poznámky:

OTÁZKY DO ROZHOVORU PRO PŘÍSLUŠNÍKY ZZS a HZS

1. Jakou představu mají příslušníci ZZS a HZS o syndromu vyhoření?

Byl jste seznámen se syndromem vyhoření? Jak?

Co o syndromu vyhoření víte? ŘÍCI CHARAKTERISTIKU

Jak hodnotíte možnost, že syndrom vyhoření potká příslušníky Vaší profese?

Jak hodnotíte možnost, že syndrom vyhoření potká zrovna Vás?

2. V jaké podobě se příslušníci ZZS a HZS u sebe či u svých kolegů setkávají se syndromem vyhoření?

Máte pocit, že někdo z Vašich kolegů tímto syndromem trpí?

Jak byste se zachoval/a v případě, že byste na sobě pozoroval příznaky syndromu? A co byste dělal/a v případě, že byste je pozoroval/a u svého kolegy?

Co je pro Vás v práci nejtěžší?

3. Jak se příslušníci ZZS a HZS brání syndromu vyhoření?

Co Vám v práci nejvíce pomáhá k tomu, abyste se cítil/a dobře?

Co Vám mimo práci nejvíce pomáhá k tomu, abyste se cítil/a dobře?

Co děláte pro to, abyste předešel/la syndromu vyhoření?

4. Jakou roli hraje téma smrti u příslušníků ZZS a HZS?

Co Vás napadá jako první, když se řekne smrt?

Co pro Vás smrt znamená?

Co očekáváte, že nastane po smrti? Věříte v něco spirituálního (duchovního)? Pokud ano, ovlivňuje tato víra Váš pohled na smrt?

Sdílíte s někým názory či úvahy nad smrtí?

5. Jak příslušníci ZZS a HZS reagují při setkávání se s úmrtím v práci?

Setkal/a jste se s úmrtím v práci? Jak často se s ním setkáváte?

Jaké pocity během takové situace prožíváte? Jaké myšlenky se Vám honí hlavou? Je někdo, kdo Vám v takové situaci může pomoci?

Je pro Vás rozdíl, když zemře dítě, dospělý či senior?

Jak se změnila Vaše reakce na úmrtí od doby, co jste nastoupil/a na tuto pozici?

6. Jak situace s úmrtím v práci ovlivňují celkový postoj ke smrti u příslušníků ZZS a HZS?

Jakým způsobem, pokud vůbec, ovlivňují úmrtí v práci Váš pohled na smrt?

Jak zacházíte s pocity a myšlenkami, pokud se v práci setkáváte s úmrtím? Dokážete nebrat si je domů?

Informovaný souhlas s účastí na výzkumu v rámci diplomové práce

Název práce: Syndrom vyhoření a postoje ke smrti u příslušníků ZZS a HZS

Autor práce: Bc. Tereza Šrajzerová

Vedoucí práce: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Termín realizace:

Místo realizace:

1. Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s podmínkami účasti na výzkumu syndrom vyhoření a postoje ke smrti a že se jej chci dobrovolně zúčastnit.
2. Beru na vědomí, že údaje poskytnuté pro účely tohoto výzkumu jsou anonymní (moje jméno se nebude nikde vyskytovat) a nebudou použity jinak než k interpretaci výsledku v rámci diplomové magisterské práce.
3. Byl/a jsem poučen/a o rizicích/komplikacích, které se mohou v rámci výzkumu objevit.
4. Rovněž beru na vědomí, že mohu z výzkumu kdykoli podle svého vlastního uvážení vystoupit.

Dne..... V.....

Jméno a příjmení.....

Podpis.....