

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI  
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Diplomová práce

2021

Bc. Radek Zemánek

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravotní vědy

Diplomová práce

Bc. Radek Zemánek

Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

Syndrom vyhoření u zaměstnanců zdravotnické záchranné  
služby ve vybraných krajích ČR a jejich informovanost  
o prevenci vyhoření



## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Bc. Radek Zemánek
<b>Katedra:</b>	Katedra antropologie a zdravotní vědy
<b>Vedoucí práce:</b>	RNDr. Kristína Tománková, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2020/2021

<b>Název práce:</b>	Syndrom vyhoření u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby ve vybraných krajích ČR a jejich informovanost o prevenci vyhoření
<b>Název v angličtině:</b>	Burnout Syndrome in Emergency Medical Staff and Their Awareness of Burnout Prevention in Selected Regions of The Czech Republic
<b>Anotace práce:</b>	<p>Diplomová práce se zabývá syndromem vyhoření u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby a jejich informovaností o syndromu vyhoření ve vybraných krajích České republiky. Zkoumá emocionálním vyčerpáním, depersonalizací a pracovním uspokojením zmíněných zaměstnanců. Sběr dat byl proveden v Královohradeckém, Olomouckém a Pardubickém kraji, a to formou kvantitativního šetření. Vzorek respondentů byl tvořen lékaři, zdravotnickými záchranáři a řidiči ZZS. Jako výzkumný nástroj byl použit polostandardizovaný dotazník s využitím Maslach Burnout Inventory dotazníku. Teoretická část předkládá poznatky o charakteristice jednotlivých pracovních pozicích, vybraných krajích ČR a o problematice syndromu vyhoření, včetně jeho prevence. Dále jsou zde rozebrány vhodné edukační metody pro zvýšení informovanosti zaměstnanců zdravotnických záchranných služeb. Odpovědi respondentů byly ve výzkumné části porovnávány, jak mezi pohlavím, tak mezi jednotlivými pracovními pozicemi a vybranými kraji.</p>

<b>Klíčová slova:</b>	syndrom vyhoření, zdravotnická záchranná služba, lékař, záchranář, řidič ZZS, emocionální vyčerpání, depersonalizace, pracovní uspokojení
<b>Anotace v angličtině:</b>	<p>This thesis deals with the awareness of burnout syndrome among emergency medical services workers in particular regions of the Czech republic. The emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment of these employees was also followed up.</p> <p>Data were collected by quantitative research in Hradec Králové, Olomouc and Pardubice region. The sample of respondents was represented by doctors, paramedics and ambulance drivers. The semi-standardized questionnaire, Maslach Burnout Inventory, was used as a research tool.</p> <p>In the theoretical part there are information about particular job positions and burnout syndrome including its prevention. There are described educational methods suitable for increasing awareness of burnout syndrome among emergency medical services workers.</p> <p>In the experimental part data were compared considering sex, different job positions and selected regions.</p>
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	burnout syndrom, ambulance, doctor, paramedic, emergency medical service driver, emotional exhaustion, depersonalization, personal accomplishment, awareness of burnout prevention
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	5
<b>Rozsah práce:</b>	129 s.
<b>Jazyk práce:</b>	Čeština

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Informovanost zaměstnanců zdravotnické záchranné služby o syndromu vyhoření ve vybraných krajích“ vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citovaných zdrojů.

V Olomouci dne 16.5.2021

.....  
Bc. Radek Zemánek

### **Poděkování**

Děkuji RNDr. Kristíně Tománkové, Ph.D., za odborné vedení diplomové práce, poskytnutí cenných rad, podkladů k práci, a hlavně za její trpělivost. Dále bych chtěl poděkovat rodině za podporu po celou dobu mého studia.

# OBSAH

<b>1</b>	<b>ÚVOD</b> .....	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>PŘEHLED PUBLIKOVANÝCH POZNATKŮ</b> .....	<b>12</b>
2.1	Zdravotnické záchranná služba .....	12
2.1.1	Zdravotnické operační středisko .....	12
2.1.2	Výjezdové skupiny .....	13
2.1.3	Řidič zdravotnické záchranné služby .....	14
2.1.4	Zdravotnický záchranář .....	15
2.1.5	Lékař .....	16
2.2	Syndrom vyhoření .....	18
2.2.1	Příčiny syndromu vyhoření .....	19
2.2.2	Příznaky syndromu vyhoření .....	21
2.3	Prevence syndromu vyhoření .....	22
2.3.1	Duševní hygiena .....	22
2.3.2	Asertivita .....	23
2.3.3	Životní styl .....	25
2.4	Charakteristika ZZS ve vybraných krajích .....	27
2.4.1	Zdravotnická záchranná služba Pardubického kraje (ZZS PAK) .....	27
2.4.2	Zdravotnická záchranná služba Olomouckého kraje (ZZS OK) .....	29
2.4.3	Obecná charakteristika .....	29
2.4.4	Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje (ZZS HK) .....	31
2.5	Edukační metody pro zaměstnance zdravotnické záchranné služby .....	33
2.6	Metodika a výsledky literární rešerše .....	37
<b>3</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>40</b>
3.1	Metodika zkoumání .....	40
3.2	Výsledky .....	55
3.2.1	Vyhodnocení dotazníku Maslach Burnout Inventory .....	55

3.2.2	Vyhodnocení otázek druhé části .....	57
3.2.3	Vyhodnocení výsledků třetí části .....	78
3.3	Zhodnocení stanovených hypotéz .....	83
<b>4</b>	<b>DISKUSE</b> .....	<b>98</b>
<b>5</b>	<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>109</b>
5.1	Metodika a výsledky literární rešerše.....	112
	<b>RERERENČNÍ SEZNAM</b> .....	<b>115</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK</b> .....	<b>125</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK</b> .....	<b>126</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>129</b>
	<b>PŘÍLOHY</b> .....	<b>130</b>

# 1 ÚVOD

Zaměstnanci zdravotnické záchranné služby, a to konkrétně zdravotničtí záchranáři, lékaři a řidiči záchranné služby se v rámci svého povolání setkávají s velkou škálou různorodých situací, které za určitých podmínek mohou být velmi stresující. Mezi takové situace patří komplikované zdravotní stavy pacientů, kdy zdravotnický personál nese zodpovědnost za kvalitu poskytnuté přednemocniční péče nespolupracujícím až agresivním chování pacientů, komplikované dopravní okolnosti bránící splnění dojezdového času výjezdové posádky, riziko nakažení infekčními chorobami, ale i situace, které zdánlivě s výkonem povolání nesouvisí. I přesto na zaměstnance tyto stresory působí. Například interpersonální konflikty, nekolegiálnost, administrativní úkony nebo kontrolní činnost vedení. V případě, že na jedince určité stresory působí dlouhodobě, může se rozvinout chronický stres, který spolu s nezdravým životním stylem a dalšími faktory může přejít až do psychosomatického stavu, který se nazývá Syndrom vyhoření. V takovém okamžiku se začínají manifestovat různé symptomy, jako jsou v kontextu emocionální stránky vyčerpanost, podrážděnost, ztráta motivace k výkonu pracovní činnosti nebo pocit neschopnosti. Z pohledu fyzických příznaků se jedná především o insomnii, nechutenství, sníženou obranyschopnost organismu, zažívací potíže nebo arteriální hypertenzi (Minirth, 2011).

Aby k těmto stavům a onemocněním nedošlo, je doporučeno klást důraz na profylaxi. K preventivním opatření před syndromem vyhoření patří dodržování zdravého životního stylu, věnovat dostatek času rodině, přátelům a koníčkům, dodržovat pravidla asertivního chování, vhodný time management volného času, dostatečná psychická i fyzická relaxace (Schmidbauer, 2015).

Základní charakteristika zdravotnické záchranné služby a jednotlivých pracovních pozic, včetně jejich kompetencí, jsou stejně tak jako symptomy, příčiny a prevence syndromu vyhoření uvedeny v kapitole „Přehled publikovaných poznatků“.

Pro praktickou část diplomové práce byly vybrány tři kraje České republiky, tedy kraj Pardubický, Královéhradecký a Olomoucký, ve kterých byl proveden výzkum formou kvantitativního nástroje. Tyto kraje byly zvoleny pro jejich dostatečnou personální kapacitu pro výzkumné šetření. Záchranné zdravotní služby těchto krajů jsou v práci stručně charakterizovány, včetně jejich faktických údajů a výjezdové činnosti, která úzce souvisí s pracovním vytížením zaměstnanců. Podle stručného přehledu činností oboru „Zdravotnická záchranná služba“ za období 2007–2019, kterou uvádí Ústav zdravotních informací a statistik

ČR se počet událostí řešených na základě tísňové výzvy, vyšplhal v roce 2019, až na celkový počet 975 824. V roce 2018 bylo uskutečněno dokonce 1 053 081 výjezdů zdravotnické záchranné služby (UZIS, 2020).

Jelikož nejdůležitější oblast ohledně syndromu vyhoření je prevence, nalezneme tak v práci podkapitulu „Edukační metody pro zaměstnance zdravotnické záchranné služby“, která má za cíl seznámit čtenáře s vhodnými metodami, kterými lze zdravotníky edukovat.

V praktické části se práce zabývá rozbořem jednotlivých otázek položených ve výzkumném nástroji. Odpovědi ze zkoumaných krajů jsou vyhodnoceny a navzájem porovnány mezi pracovními pozicemi, pohlavím a krajskými záchrannými službami.

Problematika syndromu vyhoření je pro mě velice blízká, protože jako začínající zdravotnický záchranář a budoucí pedagog mám predispozice k osobnímu kontaktu s výše uvedenými stresory a následnými psychickými a fyzickými komplikacemi. Proto bych chtěl pomocí své závěrečné akademické práce informovat veškerý zdravotnický personál záchranné služby, aby riziko vyhoření, zdravotních problémů a předčasného odchodu ze zaměstnání, bylo co možná nejmenší.



## **Předmět zkoumání a hlavní cíl**

Hlavní cílem práce je odhalit stupeň emocionálního vyčerpání, stupeň depersonalizace a stupeň osobního uspokojení z práce u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby a určit rozsah jejich znalostí o prevenci syndromu vyhoření. Na základě výsledků doporučit edukační postup a vytvořit vhodný edukační materiál pro zlepšení informovanosti zaměstnanců zdravotnické záchranné služby o prevenci syndromu vyhoření.

## **Dílčí cíle**

1. Určit stupeň emocionálního vyčerpání u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby.
2. Určit stupeň depersonalizace u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby.
3. Určit stupeň pracovního uspokojení u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby.
4. Porovnat stupeň emocionálního vyčerpání u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby mezi pohlavím.
5. Porovnat stupeň depersonalizace u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby mezi pohlavím.
6. Porovnat stupeň pracovního uspokojení u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby mezi pohlavím.
7. Porovnat stupeň emocionálního vyčerpání u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby mezi jednotlivými pracovními pozicemi.
8. Porovnat stupeň depersonalizace zaměstnanců zdravotnické záchranné služby mezi jednotlivými pracovními pozicemi.
9. Porovnat stupeň pracovního uspokojení u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby mezi jednotlivými pracovními pozicemi.
10. Porovnat stupeň emocionálního vyčerpání u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby mezi jednotlivými kraji.
11. Porovnat stupeň depersonalizace u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby mezi jednotlivými kraji.
12. Porovnat stupeň pracovního uspokojení u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby mezi jednotlivými kraji.
13. Zjistit rozsah znalostí zaměstnanců zdravotnické záchranné služby v jednotlivých krajích o prevenci syndromu vyhoření.
14. Vytvořit edukační materiál pro zaměstnance zdravotnické záchranné služby o prevenci syndromu vyhoření

## **2 PŘEHLED PUBLIKOVANÝCH POZNATKŮ**

Přednemocniční péče je v České republice zprostředkovávána a zajišťována zdravotnickou záchrannou službou. Součástí těchto organizací, které jsou zřizovány jednotlivými kraji České republiky, nejsou jen výjezdové skupiny, ale i krajská operační střediska, která spolu velice úzce spolupracují. Jsou tak nedílnou součástí integrovaného záchranného systému, který je definován v zákonu č. 239/200 Sb. (Kučerová, 2016).

Zdravotnickou záchrannou službu však vymezuje zákon č. 374/2011 Sb. a její činnost je specifikována v § 4 (Remeš, Trnovská 2013; Vlk, 2017).

### **2.1 Zdravotnické záchranná služba**

Zdravotnická záchranná služba (ZZS), patří do integrovaného záchranného systému, jejímž hlavním úkolem je poskytování neodkladné přednemocniční péče, a to zejména v situacích úrazu, akutního zhoršení stavu či náhle vzniklého onemocnění. Oproti všem ostatním druhům zdravotní péče, v rámci ZZS není reálné uplatnit možnost volby lékaře, a to ani při směřování pacienta do cílového nemocničního zařízení (Vilášek, at al. 2014).

Podle zákona 374/2011 Sb., jsou členové výjezdových posádek oprávněni ke vstupu do cizích obydlí, objektů i na cizí pozemky, v případě, že se tam podle získaných dat nachází suspektní pacient. Zdravotníci vykonávající svoji pracovní činnost mohou také v určitých situacích žádat od ostatních přítomných fyzických osob na místě události pomoc osobního charakteru nebo věcnou pomoc, která povede k okamžitému poskytnutí zdravotnické pomoci, a to až do takové míry, aby jim nebo jiným osobám nevzniklo riziko ohrožení svého zdraví nebo života.

#### **2.1.1 Zdravotnické operační středisko**

Jak již bylo výše zmíněno, součástí zdravotnické záchranné služby je operační středisko, které je povinné zajistit neustálý, nepřetržitý provoz linky 155. Zaměstnanci krajského operačního střediska musí splňovat specifika dle zákona č. 374/2011 Sb., kde je uvedeno, že roli operátora zdravotnického operačního střediska (ZOS) může vykonávat osoba se zdravotnickým vzděláním VŠ/VOŠ (Bc. nebo Dis.) s odbornou způsobilostí v oboru všeobecná sestra se specializací nebo zdravotnický záchranář (Zákon č. 374/2011 Sb., Vyhláška 39/2005 Sb.).

V takovém případě operátor disponuje kompetencemi, jako je například příjem a vyhodnocení tísňového volání, následné převzetí, vyhodnocení výzvy a podání datové zprávy složkám IZS,

poskytnutí informací a vydání pokynů výjezdovým skupinám na základě přijatých tísňových volání (Šeblová a Knor, 2013; Franěk, 2016).

Dále pak poskytnutí instrukcí nezbytných k zajištění první pomoci s využitím telefonického komunikačního kanálu v případě, že situace takovou skutečnost vyžaduje. Operátor ZOS spolupracuje s ostatními operačními středisky integrovaného záchranného systému a koordinuje činnost pomocných operačních středisek. Jedním s nejdůležitějších úkolů, které má operátor ZOS na starost je koordinace předávání pacientů do cílových zařízení, pro kterou je nezbytná komunikace mezi výjezdovou posádkou a poskytovatelem akutní lůžkové péče (Franěk 2016, Zákon č. 374/2011 Sb.).

### **2.1.2 Výjezdové skupiny**

Výjezdová skupina zdravotnické záchranné služby je tvořena zdravotnickými pracovníky, kteří jsou uvedeny v zákoně č. 96/2004 Sb. *o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání* a ve vyhlášce č. 99/2012 Sb. *o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb*. Konkrétně tedy zdravotnickými záchranáři, kteří splňují veškeré body uvedené v § 18 již zmíněného zákona z roku 2004. Dále pak řidiči zdravotnické záchranné služby, jejichž potřebné vzdělání je uvedeno ve vyhlášce č. 99/2012 Sb. Bližší specifikace je rozebrána v kapitole „Řidič zdravotnické záchranné služby“. V případě, že se jedná o výjezdovou skupinu rychlé lékařské pomoci nebo rendez vous systém, je členem posádky i lékař (Zákon č. 99/2012 Sb., Vyhláška č. 99/2012 Sb.; Remeš, 2013; Sigmund, 2019).

Výjezdová skupina, která vykonává činnosti zdravotnické záchranné služby podle § 4 písmena d), f) až j), zákonu 96/2004 Sb., je tvořena nejméně dvěma členy, z nichž je poskytovatelem zdravotnické záchranné služby určen vedoucí výjezdové skupiny. Vedoucí výjezdové skupiny bývá zpravidla zdravotnický záchranář či lékař, který je zodpovědný za výjezdovou dokumentaci (Zákon č. 96/2004 Sb.).

Výjezdové skupiny je také možno rozdělit podle několika atribut, jako je například složení a povaha činnosti výjezdové skupiny nebo typ dopravních prostředků využívaný ke své činnosti (Vilášek, 2014).

Pokud se jedná o výjezdovou skupinu, která je tvořena dvěma zdravotnickými záchranáři nebo řidičem zdravotnické záchranné služby a zdravotnickým záchranářem, jedná se o posádku rychlé zdravotnické pomoci (RZP). V případě že je posádka doplněná lékařem, jedná se o rychlou lékařskou pomoc (RLP). Podle typu dopravních prostředků, je posádka určená na základě pozemní, letecké či vodní činnosti (Uhýrková, Bílková, 2016).

### 2.1.3 Řidič zdravotnické záchranné služby

Vyhláška č. 99/2012 Sb., uvádí, že na pozici řidiče je oprávněný usednout zdravotnický záchranář nebo řidič vozidla zdravotnické záchranné služby (Vyhláška č. 99/2012 Sb., Sigmund, 2019).

Pro výkon řidiče zdravotnické záchranné služby není doposud stanoveno jakékoliv potřebné školní vzdělání. Kvalifikaci k výkonu lze nabýt prostřednictvím dalšího vzdělání, které je definováno v zákoně č.179/2006 Sb., *o ověřování a uznávání výsledků dalšího vzdělávání a o změně některých zákonů (zákon o uznávání výsledků dalšího vzdělávání)* (Zákon 179/2006 Sb.).

#### 2.1.3.1 Kompetence

Kompetence řidiče vozidla zdravotnické záchranné služby jsou uvedeny ve vyhlášce 424/2004 Sb. § 3 odst. 2 anebo pod odborný dohledem lékařského či nelékařského zdravotníka způsobilého k poskytování neodkladné péče. Bez odborného dohledu řidič zdravotnické záchranné služby disponuje kompetencemi jako je např. vyprošťování raněných v havarijních situacích v součinnosti s ostatními složkami IZS. Mezi výkony v přednemocniční péči, které řidič ZZS vykonává patří bezesporu prvotní ošetření ran včetně zástavy masivního i méně závažného krvácení, neinvazivní zajištění dýchacích cest, nepřímá srdeční masáž, imobilizace, transport a polohování pacientů, sledování vitálních funkcí a udržování inhalační terapie kyslíkem. Během transportu, ale i v průběhu výjezdové činnosti řidič ZZS udržuje rádiovou komunikaci se zdravotnickým operačním střediskem, popřípadě s ostatními složkami IZS. Udržuje a obsluhuje veškeré vybavení zásahových vozidel, řídí je a v případě indikace využívá zvuková i výstražná znamení (Vyhláška č. 424/2004 Sb.).

Při přejímání, kontrole, uložení a manipulaci léčivých přípravků naplňuje kompetence v rozsahu své odborné způsobilosti. Stejně tak je tomu v případě prádla, dezinfekčních prostředků, sterilizaci a zajištění jejich dostatečné zásoby. Pod odborným dohledem se řidič zdravotnické záchranné služby výrazným způsobem podílí na poskytování primární péče a přepravě pacientů do nemocničních zařízení (Vlk, 2017, Vyhláška 424/2004 Sb.).

Vozidla, která je řidič ZZS oprávněn řídit, jsou podle zákona 361/2000 Sb. vybaveny zvukovým a výstražným znamením modré nebo modro-červené barvy. (Zákon 361/2000 Sb.).

#### 2.1.4 Zdravotnický záchranář

K plné způsobilosti vykonávat profesi zdravotnického záchranáře bez odborného dohledu, musí mít dotyčný jedinec potřebné vzdělání akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru nebo vzdělání sestry se specializací pro intenzivní péči, pokud jejich studium specializace bylo zahájeno do roku 2011 (Remeš, 2013, Vyhláška č. 99/2012 Sb., Sigmund, 2019).

Kromě výše uvedených možností, jak dosáhnout potřebného vzdělání pro povolání zdravotnického záchranáře, bylo v minulých letech možno vystudovat i tříletý obor „Zdravotnický záchranář“ na vyšších odborných školách. Tato možnost však byla zrušena a poslední absolventi tohoto oboru započali studium ve školním roce 2018/2019 (Zákon č. 96/2004 Sb.).

Tento zákon také uvádí, že odbornou způsobilost k plnění profese nelékařského pracovníka, a to konkrétně zdravotnického záchranáře, může s plnou platností vykonávat jedinec, který absolvoval studium na středních zdravotnických školách, obor Zdravotnický záchranář. Tento studijní program byl otevřen ve školním roce 1998/1999 (Zákon č. 96/2004 Sb.).

Pokud je dotyčný absolventem oboru Všeobecná sestra se specializací pro intenzivní péči a byl aktivním členem výjezdové posádky zdravotnické záchranné služby, a to nejméně v rozsahu 50% doby z pracovního týdne v posledních šesti letech, zákon č. 96/2004 Sb. udává nabytí odborné způsobilosti pro činnost povolání zdravotnického záchranáře bez odborného dohledu při výkonu profese (Vlk, 2017, Zákon č. 96/2004 Sb.).

##### 2.1.4.1 Kompetence

Podle vyhlášky 55/2011 Sb., „*Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*“ je zdravotnický záchranář podle § 3 odst. 1, oprávněn vykonávat bez odborného dohledu činnosti v kontextu ošetrovatelské péče při poskytování neodkladné přednemocniční péče, ale také při poskytování intenzivní a akutní lůžkové péče, včetně ošetrovatelských činností na oddělení urgentního příjmu (Vyhláška č. 55/2011 Sb.)

Během výkonu této práce, je zdravotnický záchranář kompetentní monitorovat a hodnotit vitální funkce na základě fyzikálního vyšetření s využitím potřebného vybavení, jako je například pulzní oxymetr nebo elektrokardiograf. V případě náhlé zástavy oběhu zdravotnický záchranář zahajuje a provádí kardiopulmonální resuscitaci s využitím křísícího vaku a defibrilačního přístroje s elektrickým výbojem, avšak jen po vyhotovení a zhodnocení záznamu z elektrokardiografu či jiných pomůcek k tomu určených, například Lifepack, Corpuls aj. (Vyhláška 296/2012 Sb.).

Nejenom v případě kardiopulmonální resuscitace je indikováno zajištění periferního žilního katetru nebo jiného invazivního vstupu, jako je například vstup intraoseální, a podávání krystaloidních roztoků (Van Maarseveen, et al. 2020).

Johne et al. ve své studii uvádí že podání koloidních roztoků již podle nejnovějších vědeckých důkazů není preferováno (Jones, et al. 2020).

V případě pacienta v hypoglykemické šoku, jehož glykémie je ověřena glukometrickým měřením, což považujeme za provádění laboratorního měření v přednemocniční péči, je zdravotnický záchranář kompetentní aplikovat roztok glukózy intravenózní formou (Brown, et al. 2020, Vyhláška č. 55/2011 Sb.).

Mimo kompetence, které má řidič zdravotnické záchranné služby, může zdravotnický záchranář navíc uplatnit svoji odbornou způsobilost k řešení následků hromadného neštěstí a mimořádných událostí, a to primárně při záchranných a likvidačních pracích. Dále pak pečuje o tělo zemřelého, provádí výkony, které jsou neodkladné při probíhajícím porodu a prvotním ošetření a péči o novorozence (Burget, Douša, 2020, Vyhláška č. 55/2011 Sb.). Mezi výkony, které může zdravotnický záchranář provádět bez odborného dohledu, ale na základě indikace lékaře, patří zejména zajištění dýchacích cest všemi dostupnými pomůckami, aplikovat a udržovat inhalační terapii, zabezpečit ventilaci pacienta pomocí přístrojové techniky s parametry určenými lékařem a následně pečovat o dýchací cesty. Podávat farmakologické preparáty, včetně krevních derivátů a asistovat před během a po jejich aplikaci (Zákon 55/2011 Sb., Vlk, 2017).

Jedinec se vzděláním zdravotnického záchranáře dále disponuje dalšími kompetencemi, jako je například odběr veškerých typů anamnéz, katetrizace močového měchýře u pacientů ženského pohlaví nad 10 let a odběr materiálu biologického charakteru (Zákon 55/2011 Sb., Vlk, 2017).

### **2.1.5 Lékař**

Podle vyhlášky č. 99/2012 Sb, *Vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb*“ může činnost lékaře u zdravotnické záchranné služby vykonávat chirurg, internista, urgentní lékař, neurolog, anesteziolog, dětský lékař, traumatolog, lékař pro děti a dorost s odbornou způsobilostí, ale i praktický lékař (Remeš, 2013; Vyhláška č. 99/2012 Sb.; Sigmund, 2019).

V poslední době je pro zdravotnickou záchrannou službu charakteristická nepříjemná skutečnost, a to ta, že vhodných lékařů vykonávat jak psychicky, tak fyzicky náročnou práci v terénu značně ubývá, a proto se zřizovatelé ZZS poměrně často potýkají

s nedostatečným personálním zajištěním. Tenhle nepříznivý trend však postihuje nejenom ZZS, ale i ostatní odvětví medicíny. Zřizovatelé krajských zdravotnických služeb však tenhle problém dokážou částečně kompenzovat posádkami setkávacího systému RV (Knor, 2016).

Posádka s lékařem, tedy rychlá lékařská pomoc nebo rendez vous, je krajským operačním střediskem zpravidla vysílána do výjezdu k případům nejvyšší priority, kde se předpokládá pacientovo ohrožení životně důležitých funkcí. Dále to však může být situace, kdy se operátor ZOS domnívá, že lékař na místě uplatní svoje znalosti při diferenciální diagnostice nebo když je potřebné lékařské rozhodnutí v situaci, která je forenzně nejasná. Taková situace nastávají například při odmítnutí transportu do nemocničního zařízení (Vilášek, 2014). MUDr. Franěk uvádí, že s velice podobným systémem se setkávají pacienti po celé Evropě (Franěk, 2016).

#### 2.1.5.1 Kompetence

Nabytí bazálních znalostí, dovedností a postojů, které jsou naprosto esenciální pro samostatnou práci v oboru urgentní medicíny, by mělo být zajištěno absolvováním specializačního vzdělání v daném vzdělávacím programu. K získání potřebných kompetencí je nutné splnění podmínek stanovených vyhláškou č. 99/2012 Sb., přílohou č. 6 upravující požadavky na personální zabezpečení zdravotnické záchranné služby (Vlk, 2017).

Konkrétní kompetence lékaře zdravotnické záchranné služby jsou totožné s kompetencemi lékaře v nemocničním zařízení v závislosti na dostupném vybavení a prostředcích (Vyhláška 99/2012).

Lékař má ve své kompetenci aplikovat léčivé přípravky, v přednemocniční péči dle svého uvážení. Léčivý přípravek je definován jako látka, která má pro člověka léčebný nebo preventivní charakter (Zákon č. 378/2007 Sb.).

Vyhlášky č. 254/2013 uvádí, že za podaný lék je odpovědný zdravotnický pracovník, který léčivý přípravek aplikuje nebo jej indikuje. Zdravotník by se tedy měl řídit zásadami o bezpečném podávání léčiv (Vyhláška 254/2013 Sb.).

## 2.2 Syndrom vyhoření

Termín burn-out, tedy vyhoření, se poprvé objevil v díle amerického psychiatra Heinricha Freudenbergera v sedmdesátých letech dvacátého století, a to konkrétně v knize „The cost of High Achievement, kde bylo upozorňováno na fyzickou, ale i psychickou únavu zaměstnanců, kteří se zaměřovali na péči o pacienty s těžkými onemocněními, a tak do svého pracovního procesu museli investovat nemálo psychických i fyzických sil (Minirth, 2011). Od této chvíle bylo lékaři a psychology odstartováno období koncentrace na vyčerpání psychického charakteru, které se promítalo do jednotlivých poznávacích funkcí, emocí nebo motivace. Tyto faktory pak ovlivňují celé vzorce chování, názory, postoje, s čímž úzce souvisí pracovní výkonnost jedinců. Pokud k takovým stavům dojde, jsou označovány jako syndrom vyhoření (Gernet, 2021).

V anglickém pojetí slovní spojení „syndrom vyhoření“ je znám jako burn-out syndrom. (Schmidbauer, 2015).

Syndrom vyhoření je nejčastěji způsoben dlouhodobou fyzickou a psychickou zátěží na jedince. Pokud budeme hledat profesní odvětví, kde se syndrom vyhoření objevuje nejčastěji, zjistíme, že onen syndrom je charakteristický pro profese pomáhající lidem (Adams, Hough, 2017). Velkému riziku burnout syndromu také čelí lidé, kteří jsou v počátku silně motivováni a mají vysoké cíle (Strack, et al. 2015).

Jedná se primárně o psychický stav a pocit vyčerpanosti, kterému odpovídá řada symptomů ve fyzické, psychické i sociální složce (Ilfie, Manthorpe, 2019).

Podle formální definice pojmu „syndrom vyhoření“, kterou uvádí Ilfíe ve své publikaci, se jedná o subjektivní prožívání tělesné, emocionální a duševní vyčerpanosti, která je zapříčiněná chronickou přítomností jedince ve stavu, které jsou citově náročné. Tyto situace jsou pak úzce spojeny s dlouhodobými situačními stresy (Ilfíe, Manthorpe, 2019). Podle Summers, syndrom vyhoření může být také popisován jako riziko, které je přirozenou součástí práce (Summers, 2020).

Pokud bychom měli vytyčit jasné symptomy syndromu vyhoření, zcela jistě by se jednalo o negativní postoje, které by se projevíly v průběhu pracovního procesu, ale také i v osobním životě. Tento faktor se pak manifestuje do učinění ukvapených závěrů v problematice osobního života, jako může být například predispozice k neshodám v partnerském životě, ale i ve vlastní rodině ((Ilfíe, Manthorpe, 2019, Summers, 2020).



V literatuře je možno najít pojem „naučená bezmoc“, což znamená syndrom vyhoření z hlediska behavioristického přístupu. Kassis a Papps uvádí, že pro naučenou bezmoc jsou charakteristické tři hlavní deficity. Prvních z nich je popisována jako absence stimulu zúčastnit se. Jinými slovy se jedná o ztrátu motivace. Druhý deficit je charakterizován jako neschopnost vidět souvislosti mezi vlastními činy a následky, což je řazeno do kognitivní problematiky. Třetí a zároveň poslední, líčí nepříjemné subjektivní pocity z určité situace, které mohou být pro daného jedince nekontrolovatelné až ohrožující (Kassis, Papps, 2020).

Podle mnoha zdrojů z literárního přehledu, je možné čerpat čtyři jasně definované body, které syndrom vyhoření zřetelně charakterizují. První bod uvádí, že se jedná primárně o psychický stav, který je typický jako prožitek vyčerpání. Druhý bod informuje o výskytu syndromu vyhoření zvláště u takových profesí, jejichž náplní je práce s lidmi. Podle třetího bodu je „burn-out“ tvořen řadou symptomů, a to převážně psychického charakteru, které se však promítají do fyzické a sociální stránky. Poslední bod říká, že hlavní složkou vyhoření je pravděpodobně emoční exhausce, kognitivní vyčerpání a celková únava jedince (Gernet, 2021, Schmidbauer, 2015, Summers, 2020).

### **2.2.1 Příčiny syndromu vyhoření**

#### ***Pracovní prostředí***

Tato sféra obsahuje faktory, které jsou řazeny do skupiny nejvíce rizikových pro vznik burn-out syndromu. Především se jedná o různé situace na pracovišti, jako může být například soutěživost mezi jednotlivými kolegy, náročné podmínky pro jedince, konkurence, která může způsobovat obavy o pracovní pozici. Tyto zátěžové situace mohou být umocňovány dalšími nebezpečnými faktory jejichž nahromaděním může celá situace eskalovat. Mezi takové faktory je možno začlenit hned několik vlivů, které na jedince působí. Například pro nováčky v zaměstnání, to může být nedostatek samostatnosti a nepřetržitý dohled nad pracovním procesem. U zkušenějších zaměstnanců zase naopak zvýšení pracovní zátěže, bezohlednost kolegů, rušivé elementy na pracovišti. Neznamená to však, že rizikové faktory, které převažují u nově nastupujících do zaměstnání, se nemohou objevovat u dlouhodobých zaměstnanců a naopak (Stock, 2010, Elder, et al. 2020).

Velmi významnou roli při vznikajícím syndromu vyhoření hraje zpětná vazba. Pokud není prezentována v dostatečné míře, může být součástí rizikových faktorů. Stejně tak jako nejasné a nepřesné rozdělení pracovních úkolů a kompetencí k řešení různých situací související s náplní pracovní činnosti (Sandeve, Gidikova, 2020).

V případě nevhodných pracovních podmínek a stereotypních pracovních návyků se pravděpodobnost pro burn-out exponenciálně zvyšuje (Elder, et al. 2020).

### ***Zvýšená pracovní zátěž***

Za poslední dekádu let, bylo možné zaregistrovat nepřímou úměru mezi narůstajícími pracovními povinnostmi a snižujícím se počtem zaměstnanců zabývajících se určitým pracovním úkolem nebo jejich množstvím. Dostupné zdroje uvádí, že tenhle trend je podpořen rozvojem moderních technologií. Jejich implementace do praxe znamená totiž mnoho dalších druhů činností, spoustu nových údajů a materiálů, se kterými si zaměstnanec musí poradit, a jsou tak na něho vyvíjeny vysoké nároky na přizpůsobivost, kvalitu práce, ale i na rychlost. Podle Stocka může takové nadměrné vyčerpání zdůvodňovat syndrom vyhoření (Stock, 2010).

Sandeva a Gidikova uvádí, že na zaměstnance zdravotnických pracovišť, jsou vyvíjeny neustále zvyšující požadavky, které často nesouvisí s výkonem povolání. U personálu ZZS se jedná zejména o zvýšení administrativní činnosti, vykazování spotřebního materiálu nebo spory ohledně směřování pacienta do zdravotnického zařízení, kvůli naplnění kapacity lůžek pro pacienty (Sandeva, Gidikova, 2020, Franěk 2016).

Nárůst pracovní vytiženosti samozřejmě nesouvisí jen s vedlejší pracovní činností, která se netýká samotného výjezdu, ale primárně jde o počty výjezdů, které se každoročně mnohonásobně zvyšují (Šťastka, 2019).

Neindikované výjezdy, spadající do nulté až druhé výjezdové priority podle klasifikace NACA dopadají na psychiku personálu zdravotnické záchranné služby více, než by se mohlo zdát. Pokud bychom mluvili konkrétně, Paar ve Zprávě o činnosti a plnění úkolů uvádí, že za rok 2020 se v Pardubickém kraji aktivovala výjezdová skupina celkem v 52 968 případech, což tvoří téměř 61,3 % ze všech výjezdů zdravotnické záchranné služby v tomto kraji (Nowakowska, Wolniewicz, 2017, ZZS PAK, 2021).

### ***Bezohlednost kolegů***

Je nutné brát v potaz, že při dvanácti hodinových směnách je nucena většina zaměstnanců ZZS trávit více času s kolegy, než například se svou rodinou nebo kamarády. V případě, že se jedná o menší výjezdovou skupinu, kde počet personálu je vyjadřován v jednotkách, maximálně v nižších desítkách a ostatní kolegové jsou z jakýchkoliv důvodů odměření, bezohlední, chladní, někdy dokonce až nepřátelští, je jasné, že se jedinec nebude cítit komfortně, a tato skutečnost se promítne nejen do jeho profesního života, ale i do toho osobního (Stock, 2010, YU, QIAO, 2021).

Zdravotnický personál si nemůže dovolit udělat chybu při svém výkonu pracovní činnosti, a tak tyto vlivy musí při záchranně lidských životů potlačit, čímž se zaměstnanci dostávají do začarovaného kruhu, protože tyto nahromaděné, potlačené emoce nepůsobí dobře na lidskou psychiku a je otázkou, jak se s tím jedinec individuálně vyrovná. Dle názoru Mcfarland, Hlubockya Riba, je v takovém případě nejdůležitější psychohygiena, která je rozebrána v následující kapitole (Mcfarland, Hlubocky, Riba, 2019).

Watson et al. uvádějí, že různé konflikty a mezilidské vztahy na pracovišti mezi kolegy jsou významným nositelem stresu. Pojmy, jako jsou mobbing nebo bossing nejsou pro zaměstnance zdravotnické záchranné služby typické, to však neznamená, že se tenhle druh pracovní šikany nemůže mezi zaměstnanci vyskytovat. Pokud by se jednalo o mobbing, tak konkrétní případ může být šikana nového zaměstnance stálými kmenovými pracovníky, kteří jedince nechtějí přijmout do kolektivu. V případě bossingu by se mohlo jednat o šikanu, která by se projevovala například naddimenzovanými kontrolami plnění povinností, neschválení dovolené či požadavků, zesměšňování jedince před kolegy, probírání bezvýznamných chyb, kterých se jedinec dopustil během pracovní činnosti a další. Takle problematika může velice úzce souviset s nespravedlností ze strany nadřízeného (Watson, et al. 2019).

### **2.2.2 Příznaky syndromu vyhoření**

Syndrom vyhoření je provázen souborem konkrétních projevů, které lze sledovat v rovině psychické, fyzické, ale také v rovině mezilidských vztahů. (Strack, et al. 2015).

#### **Psychické**

Převládá pocit marnivého úsilí a nízké efektivity práce, která vede k psychickému a emocionálnímu vyčerpání. To vede k poklesu až úplné ztrátě motivace k určité činnosti. Dochází k vymizení vlastní iniciativy, včetně kreativity a aktivity jedince. Objevují se četné změny nálad, depresivní pocity, nízká sebedůvěra a další (Iliffe, Manthorpe, 2019).

#### **Fyzické**

Typické fyzické symptomy pro syndrom vyhoření je apatie, rychlá unavitelnost a celková únava. Do fyzických potíží lze zařadit i zdravotní problémy, které s výše uvedeným syndromem souvisejí. Například srdeční arytmie, bolesti hlavy, které nejsou bližší specifikovatelné, hypertenze, nespavost, ale i bolest svalů, zažívací potíže nebo nízká fyzická výkonnost (Summers, 2020).

#### **Sociální**

Mezi sociální příznaky patří celkový nezájem o společnost jako takovou. Člověk trpící syndromem vyhoření, nejeví zájem o hodnocení a zpětnou vazbu od nadřízených a kolegů,

ztrácí zájem o přátelské vztahy mezi ostatními pracovníky, nemá zájem o problémy a starosti přátel a je viditelná ztráta a pokles empatie. Pokud bychom měli jedním slovem charakterizovat sociální přístup „vyhořelého člověka“ byla by to pravděpodobně lhostejnost či sociální apatie. (Elder, et al. 2020).

V případě, že jsou výše zmíněné symptomy zapříčiněné nekompetentností, únavou ze stereotypní práce, psychiatrickým onemocněním, rodinnými problémy a další, nejedná se o příznaky syndromu vyhoření, protože tyto obtíže nejsou spojeny s pocitem neschopnosti (Gernet, 2021).

Burn-out se ale manifestuje do neverbálních i verbálních komunikačních schopností, které pod působením syndromu vyhoření mohou značně ovlivnit komunikaci člověka, který trpí tímto syndromem. Charakter takového vlivu je pak převážně negativní. V případě verbální komunikace je možno vyzorovat hned několik náznaků. V podstatě se jedná o komunikaci, která je ze strany „vyhořelého“ značně vyhýbavá. Pro takovou komunikaci je typická úsečnost, časté používání otřepaných frází, slovní klišé nebo třeba snížená slovní zásoba a tvořivost. Takový člověk pak na širokou veřejnost působí introvertně a uzavřeně (Gernet, 2021). Vnímavější lidé jsou schopni zaregistrovat symptomy i v neverbální komunikaci. Tam se syndrom vyhoření ukazuje v podobě nevýrazné chladné mimiky s monotónním výrazem ve tváři, úhybové pohledy a neschopnost zaměstnance dívat se druhému účastníkovi konverzace do očí, omezená gesta na základní společenskou normu, strnulost v posturice a další (Iliffe, Manthorpe, 2019).

Tyto neverbální projevy mohou být pro komunikačního partnera velmi nepříjemné, a tak „vyhořelého“ jedince značně devalvují (Schmidbauer, 2015).

## **2.3 Prevence syndromu vyhoření**

### **2.3.1 Duševní hygiena**

Pojem „duševní hygiena“ definujeme jako proces, při kterém si každý člověk vytváří ideální podmínky v životě pro činnost psychiky a obranyschopnou vlastností před duševními nemocemi (Mcfarland, Hlubocky, Riba, 2019).

Mentální hygiena, jak ji také můžeme znát, je samostatná vědní disciplína, která do jisté míry zasahuje do několika oborů, jako například psychologie, sociologie, ale i lékařství. Jejím cílem je tedy stabilizace mentální pohody a utužení odolnosti a zvýšení profylaktických vlastností před psychickými patologiemi (Kassis, Papps, 2020).

Watson et al. uvádí, že primární zájem duševní hygieny je zaměřený na psychicky zdravého člověka, kde cílem je konsolidace psychického zdravotního stavu, nikoli odstranění případných

duševních chorob. Důraz je kladen na duševní klid, sociální interakci, sebevýchovu, životní styl a životosprávu (Watson, et al. 2019).

Dodržování zásad psychohygieny, jako je vhodná životospráva, správné řešení konfliktních situací nebo vypořádání se s emocionálním napětím a psychickou zátěží, je zásadní pro docílení dokonalého psychického zdraví. Díky mentální hygieně se v ideálním případě zmírňují nebo úplně odstraňují rizikové faktory, které jsou spojeny s psychickými potížemi. Napomáhá také k osobní spokojenosti zaměstnance a k pocitu štěstí (Elder, et al. 2020).

Vztah k sobě samému je více než podstatný a každý člověk si za svoje zdraví sám zodpovídá. Je třeba si uvědomit, že k dosažení psychického zdraví je klíčové dosáhnout i fyzického zdraví. Z toho vyplývá, že pokud provádíme činnost, která je prospěšná pro naše fyzično, bude mít příznivý vliv i na náš psychický stav (Gernet, 2021).

Pro člověka je tedy důležitý jakýkoliv pohyb, během kterého si jedinec dokáže urovnat svoje vnitřní problémy, vztahy a zároveň strávit čas na čistém vzduchu, a to formou kardiovaskulární zátěže, chůze a jiné. Tělesné cvičení však není jediná metoda jak se věnovat aktivnímu odpočinku. Luštění sudoku, křížovek, cvičení paměti, hlavolamy nebo čtení taktéž zařazujeme do relaxačních činností. Kromě aktivního pohybu a relaxačních metod je neméně důležitý i odpočinek a spánek, které mají důležitý vliv na psychické zdraví (Wolter, 2020).

Další metoda psychohygieny je v určitém slova smyslu řazena i adaptace. Rozumíme tím asimilaci k prostředí, které je jasně definované a není možné měnit jeho podmínky. V kontextu mentální hygieny je adaptace brána jako zvládnutí komplikované situace během života, sebepoznávání a práce na sobě samotném, aby člověk lépe znal sám sebe. Jak už bylo řečeno, s adaptací úzce souvisí sebepoznávání a zároveň i sebevýchova, díky které zvládneme naše kognitivní činnosti třeba pomocí vlastní vůle. Autoregulační schopnosti myšlení jsou využívány k uspořádání vlastních myšlenek, představ a stanovení přesvědčení, ale součástí autoregulace je i kontrola nad emocemi a city (Mcfarland, Hlubocky, Riba, 2019, Wolter, 2020).

### **2.3.2 Asertivita**

Zaměstnanci zdravotnické záchranné služby se v rámci svého povolání dostávají denně do kontaktu s širokou škálou populace různých sociálních vrstev. Každý, kdo pracuje ve zdravotnictví ví, že chování a jednání některých pacientů není vždy takové, jaké by si zdravotničtí pracovníci představovali, ale jejich povolání jim velí být za každé situace profesionální. Neznamená to však ale, že každý pracovník ve zdravotnictví ovládá zásady

správné komunikace a asertivního chování, a proto mohou vznikat například komunikační problémy a případné neshody (Stevenson, et al., 2015).

Pokud budeme mluvit o přednemocniční péči, je pochopitelné, že člověk, který potřebuje rychlou záchrannou službu nebude například ve stresové situaci dodržovat komunikační pravidla. S tím ale úzce souvisí trend posledních let, a to sice zvětšující se míra zneužití rychlé záchranné služby, což mnoho zdravotnického personálu není schopné správně zpracovat a může dojít k neprofesionálnímu chování vůči pacientovi, který si takové chování může špatně vysvětlit, a dochází tak například k agresi pacientů, v tom horším případě i napadení posádky rychlé záchranné služby. Při řešení takových situací je zapojení asertivních komunikačních dovedností naprosto nezbytné. Asertivita nabízí různé techniky, které při komunikaci s nespolupracujícím pacientem výrazně pomohou a asertivní chování poskytuje návod, jak se těmto situacím vyhnout či zvrátit jejich důsledek (Saputra, Kep, 2020, Nowakowska, Wolniewicz, 2017).

Asertivitu lze definovat jako schopnost prosadit jiný názor zájem či stanovisko. Asertivní jednání je považováno za jednu z nejdůležitějších komunikačních dovedností, díky kterým jedinec dokáže vyjádřit a prosadit názor nebo myšlenku bez toho, aniž by dotýčný jakýmkoliv způsobem narušil práva ostatních (Khaerunnisa, Happy, Seiawan, 2016).

Asertivní jednání nelze považovat za pasivní, ale ani za agresivní. Je to takový způsob jednání, který lze uplatnit při řešení mnoha obtížných situací se zachováním sebevědomí a sebeúcty. Taková strategie se může stát i celoživotní pomůckou při různých typech komunikace. Jak už je napsáno výše, jedinec, který jedná asertivním způsobem a používá různé asertivní techniky nejedná na úkor jiných, ale jeho komunikační dovedností zabrání ostatním, aby porušili práva daného jedince (Saputra, Kep, 2020).

Při využívání asertivních technik si můžeme být jistí, že oponentovi naše komunikační dovednosti nebudou příjemné, ale na druhou stranu dokážeme prosadit naše cíle bez toho, aniž bychom projevili známky neshody. Pokud se setkáme s jedincem, který nebude schopný prosadit svoje myšlenky a názory, je velmi pravděpodobné, že takový člověk je pasivní a může pocítit ztrátu vlastní hodnoty. Dá se tedy říct, že takové jednání je neúčinné a pravděpodobnost dosáhnout příznivého výsledku je velmi malá. Naopak jedinec, který bude jednat nadměrně extrovertně, až agresivně, bude vzbuzovat u druhého člověka potřebu protiútoky a může tak dojít ke komunikačnímu problému. Je tedy vhodné říct, že pasivní ani příliš aktivní komunikační přístup není žádoucí. Asertivní jednání tak klade důraz na charakteristický vzpřímený postoj, přiměřený oční kontakt a vzájemný respekt obou komunikujících celků (Khaerunnisa, Happy, Seiawan, 2016).

### 2.3.3 Životní styl

Životní styl jako takový je poměrně široký pojem a jinými slovy lze říct, že je to ve své podstatě způsob života. Existuje několik atributů, které je možné do tohoto celku zařadit, například to, jak se daná individualita stravuje, jaké má hygienické návyky, jestli provozuje nějaký sport a jak tráví volný čas. Mimo výše zmíněné položky je nedílnou součástí životního stylu i spánek, jeho délka a kvalita nebo zvládání stresových situací, které jsou každodenní součástí života a vhodný životní styl složí jako účinná prevence proti jejich důsledkům (Rodríguez-Socarrás, et al. 2020).

To, co výrazným způsobem ovlivňuje náš životní styl je management času. K dosažení cíle je nezbytné správně čas rozložit a využít optimální prostředky k jeho maximálnímu využití. Nesprávné nastavení priorit a naplánování úkolů může často vést k pocitu neefektivní pracovní činnosti. V poslední době zaznamenáváme čím dál větší popularitu pojmu „prokrastinace“, která s danou problematikou velice úzce souvisí. Lidé se při práci nechají vyrušovat spoustou faktorů, jako je například komunikace s kolegy nebo kamarády, trávení času na sociálních sítích, nadměrné pití kávy atd. Jedno z řešení je zaměřit svoji koncentraci na úkoly, které se pokoušíme vyřešit, aniž bychom se zabývali vedlejšími činnostmi. To však neznamená, že bychom měli pracovat kontinuálně bez přestávek. Význam pravidelných přestávek je nesporný, zejména pak přestávky na stravování (Pestana, et al. 2020).

V případě zdravotnického záchranáře je však management pracovního času nereálný z důvodu různorodosti pracovního dne. Se zvyšujícím trendem zneužívání tísňové linky 155 se přímo úměrně zvyšuje počet výjezdů zdravotnické záchranné služby, a tak je pro zaměstnance ZZS mnohdy ve většině případů velice náročné dodržet alespoň standardní stravovací návyky (Franěk, 2016, Pestana, et al. 2020).

Nejen na zdravotnické záchranáře, lékaře a řidiče ZZS působí během pracovní doby stres, a tak je doporučeno po ukončení směny upřednostnit aktivity, které mají na organismus uvolňující, relaxační nebo medikační techniky. Wolter doporučuje v rámci svého volného času po pracovní době zatěžovat neaktivní tělové partie a různorodou činností úkolovat různá mozková centra. V době regenerace Gernet radí věnovat se své rodině, přátelům a utužovat tak svoje vztahy. Stejně důležité, jako výše zmíněné atributy, je pro fyziologický psychický stav důležitý i spánek a pravidelné stravování s dostatečným obsahem minerálů a vitamínů (Gernet, 2021, Wolter, 2020).

Jedna z hlavních atribut pro udržení zdravého psychického, ale i fyzického stavu je spánek. Ve spánku organismus přestává reagovat na vnější podněty a dochází k odpočinku a regeneraci organismu, primárně nervového systému a jeho základních stavebních a funkčních jednotek, což je mozková buňka. I když je potřeba délky spánku individuální, Shriane et al. ve své studii uvádějí, že standardní průměrná doba spánku u záchranářů činí okolo 7 hodin (Shriane, et al. 2020).

Komplikace mohou nastat u lidí, kteří si myslí, že spánek je ztrátou času, protože právě v produktivní věku, který je datovaný na 15-59 let je spánek esenciální a doporučuje se spát více než šest hodin, ale na druhou stranu méně než dvanáct hodin denně. Pracovník, který je nedostatečně saturovaný potřebou spánku, disponuje většími predispozicemi ke ztrátě koncentrace, výkyvům nálad, únavě, a i jeho pracovní výkonost bude klesat, což může být pro zaměstnance zdravotnické záchranné služby a jejich pacienty fatální (Khan, et al., 2020).

Dalším faktorem, který výrazně ovlivňuje životní styl je výživa. Ta by měla být, pokud možno vyvážená, pravidelná a měla by organismu zabezpečit uspokojivý zisk živin a energie. Na druhou stranu by přijaté množství energie nemělo převyšovat množství energie, která je za určitý časový horizont vydána. Tyto dvě hodnoty by tedy spolu v ideálním případě měli korespondovat. Součástí zdravé výživy je zcela bezesporu ovoce, zelenina, luštěniny, mléčné výrobky, ale i dostatečný příjem tekutin, a to především pramenité vody, jejichž množství by se mělo pohybovat minimálně okolo jeden a půl litru za den (Pestana, et al. 2020). Klussman, Langer a Nichols říkají, že fyzická aktivita pro člověka je prospěšná nejen v kontextu zlepšování fyzické kondice, ale podepisuje se i na přívětivém vývoje psychického stavu, zvládnutí stresu a odstraňování psychické únavy. Přívětivé účinky pohybových aktivit jsou důsledkem činnosti endokrinní soustavy, která produkuje „hormony štěstí“, mezi které patří hormony ze skupiny endorfinů a serotoninů. Z toho vyplývá, že nedostatek pohybu souvisí s nedostatečnou produkcí těchto hormonů a spokojenost a dobrá nálada klesá (Klussman, Langer, Nichols, 2021).

Wolter píše, že přirozený pohyb je v dnešní době nedostatečný, a tak je tato potřeba saturována umělými činnostmi, jako je například fitness, aerobic, spinning a mnohé další. Každý člověk si pohybovou činností vybírá podle své vůle a individuálního zaměření. Z psychologického hlediska mnoho lidí vyhledává skupinovou fyzickou aktivitu, kde vyšší počet účastníků zvyšuje motivaci jednotlivců, nabízí srovnání s ostatními, ale i možnost seznámení a navázání nových kontaktů (Wolter, 2020).



## 2.4 Charakteristika ZZS ve vybraných krajích

Tento stručný přehled zásahové statistiky slouží k lepší orientaci v problematice indikací výjezdu ZZS. Na základě níže zmíněných dat, můžeme vyhodnotit, že v Pardubickém, Olomouckém a Královéhradeckém kraji v roce 2020 zasahovaly posádky nejčastěji u stavů nezávažného onemocnění nebo úrazu. U takových stavů se nepředpokládá využití ZZS. I kvůli takovým neindikovaným výjezdům jsou zaměstnanci zdravotnické záchranné služby náchylnější k syndromu vyhoření (AZZSČR 2021, Nowakowska, Wolniewicz, 2017).

### 2.4.1 Zdravotnická záchranná služba Pardubického kraje (ZZS PAK)

#### 2.4.1.1 Obecná charakteristika

ZZS PAK neboli Zdravotnická záchranná služba Pardubického kraje je složená z již zaniklých okresních zdravotnických záchranných služeb v okresech Pardubice, Svitavy, Ústí nad Orlicí a Chrudim. Zřizovatelem Zdravotnické záchranné služby kraje Pardubice je tedy Pardubický kraj. ZZS PAK je definována jako příspěvková organizace se sídlem ve svém krajském městě. Klíčovou úlohou pro ZZS PAK, ale samozřejmě i pro další zdravotnické záchranné služby, je poskytování zdravotní péče, jejichž specifika jsou uvedeny v zákoně č. 372/2011 Sb. „o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování“, ve znění pozdějších předpisů a zákonem č. 374/2011 Sb. „o zdravotnické záchranné službě“. Stejně tak, jako v ostatních krajích, je Pardubická záchranná služba garantovaná státem a její služby jsou financovány z rozpočtu zdravotního pojištění. Kromě poskytování neodkladné přednemocniční péče v rámci primárních výjezdů, je ZZS PAK zaměřená na realizování různých akreditovaných vzdělávacích programů. Mezi ně je řazen program pro zdravotníky, školení první pomoci pro laickou veřejnost nebo zdravotnické zabezpečení při kulturních, sportovních a společenských akcích (Zákon 372/2011 Sb, ZZS PAK, 2019).

#### 2.4.1.2 Faktické údaje

Velkost území, které má ZZS PAK na starosti v kontextu poskytování neodkladné zdravotní péče činí 4 519 km<sup>2</sup> a počet obyvatel se pohybuje na hranici pět set dvaceti dvou tisíc. K tomu, aby bylo vůbec reálné dodržet dojezdové časy, které jsou uvedeny v zákoně č. 374/2011 Sb., je po celém kraji rozmístěno celkem 30 výjezdových skupin různého posádkového složení na 18 výjezdových základnách v systému Rendez-Vous. Co se týče letecké záchranné služby, ZZS PAK nedisponuje vlastní posádkou, a tak je v případě indikovaného stavu využita letecká záchranná služba Olomouckého,

Královéhradeckého nebo Jihomoravského kraje. V ojedinělých případech je možné využít i leteckou posádku Policie ČR. Ve Zdravotnické záchranné službě Pardubického kraje je zaměstnáno celkem 364 kmenových zdravotníků. Nejpočetněji zastoupenou skupinou jsou zdravotničtí záchranáři včetně specializovaných zdravotních sester. ZZS PAK k datu 1.3.2021 uvádí v celkovém součtu 210 těchto nelékařských zdravotníků. Dále organizace zaměstnává 91 řidičů ZZS a 33 lékařů (ZZS PAK, 2021).

#### 2.4.1.3 Výjezdová statistika

Veškeré poskytování zdravotních služeb a výjezdové činnosti je koordinováno operátory krajského zdravotnického operačního střediska, které sídlí v krajském městě Pardubice. Podle zprávy o činnosti a plnění úkolů ZZS PAK, která byla vydaná v roce 2021 a schválená jejím ředitelem MUDr. Igorem Paarem, se počet telefonátů na krajské operační středisko Pardubického kraje poslední čtyři roky neustále zvyšuje. V roce 2017 byl přesný počet telefonátů vyčíslen na 64 334. O rok později už to bylo o 2 382 telefonátů více. V roce 2019 se celkový počet zastavil u čísla 67 380 a v roce 2020 bylo přebráno 69 840 hovorů, což je oproti roku 2017 nárůst o 5 506. S rostoucím počtem telefonátů na tísňovou linku roste i počet výjezdů ZZS. Tenhle počet se v Pardubickém kraji pohybuje od roku 2015 na hranici 56 000 a v roce 2019 tuto hranici dokonce překročil. Loni posádky pardubické záchranné služby vyjeli 58 519krát. (AZZSČR 2021, ZZS PAK, 2021).

V loňském roce byly do výjezdové činnosti nejčastěji aktivovány posádky v režimu RZP, a to konkrétně v 74 % všech případů. V 18 % se o poskytnutí neodkladné přednemocniční péče postaraly posádky RV a v 8 % záchranáři v sanitním voze s lékařem, tedy posádka RLP. Nejčastější indikace pro výjezd rychlé záchranné služby byla v roce 2019 dušnost (30 %), následně kategorie pod názvem ostatní (25 %). Třetí nejčastější indikace byla porucha vědomí (15 %), potom psychiatrické indikace (12 %), bolesti na hrudi (6 %). Méně časté výjezdy byly k neurologickým potížím nebo jiným bolestem v 3% četnosti. 2 % výjezdů tvořila neúrazová krvácení, úrazy a křeče (ZZS PAK, 2020).

ZZS PAK za rok 2021 uvádí, že celkový počet výjezdů byl vyčíslen na 58 519. Z toho posádky řešily 52 928 událostí a zabezpečili 56 640 pacientů. Operátorská diagnóza „úraz“ byla vydána v 6 560 případech, „dopravní nehoda“ 1 504krát. V rámci diferenciální diagnostiky výjezdové skupiny předávaly 751 pacientů s akutním infarktem myokardu, 1 072 postižených se suspektní cévní mozkovou příhodou. Bylo také zahájeno 526 kardiopulmonálních resuscitací. Za rok 2020 bylo ošetřeno 3 588 nezletilých pacientů (AZZSČR, 2021, ZZS PAK 2021).

Skóre NACA (National Advisory Committee for Aeronautics), byla primárně určena pro vyhodnocení závažnosti stavu pacientů po leteckých nehodách, ale pro svoji stručnost a jednoduchost je v dnešní době klíčová pro určení stupně naléhavosti v přednemocniční neodkladné péči. NACA stanovuje celkovou naléhavost pacientova stavu po celý časový úsek, kdy se s ním posádka dostává do kontaktu. Je potřeba si uvědomit, že NACA skóre je důležitá pro administrativní činnost a statistickou kategorizaci pacientů zpětně, dle jejich závažnosti. NACA skóre disponuje osmi následujícími kategoriemi.

0. Bez ošetření

1. Minimální zdravotní potíže / úraz, ošetřen na místě, vitální funkce nejsou dotčeny
2. Nezávažné onemocnění/úraz, vitální funkce nejsou dotčeny
3. Závažné onemocnění/úraz, vitální funkce nejsou ohroženy
4. Vitální funkce jsou/byly potenciálně ohroženy
5. Vitální funkce jsou/byly bezprostředně ohroženy
6. Jedna nebo více vitálních funkcí selhaly
7. Smrt

Pokud pacient potřebuje neodkladnou péči dle Zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách, §5, bude s největší pravděpodobností kategorizován do 3-6 priority. V případě úmrtí pacienta je NACA vyjádřena skórem 7, a to bez ohledu na to, jestli úmrtí předcházela resuscitace či ne (Schneider, et al., 2018, Zákon 372/2011 Sb.).

Podle skórovacího systému NACA, vyjížděla ZZS PAK v roce 2020 nejčastěji k nezávažnému onemocnění/úrazu, bez ovlivnění vitálních funkcí, a to hned v 47 %. Ke třetímu stupni závažnosti byla výjezdová aktivita vypočítána na 29 % ze všech případů. Statisticky třetí nejčastější prioritou byla číslo jedna (13 %), kde se jedná o minimální zdravotní potíže. Čtvrtá kategorie měla četnost 3 %, pátá 1 %, šestá taktéž 1 % a sedmá 5 % (ZZS PAK, 2021).

## **2.4.2 Zdravotnická záchranná služba Olomouckého kraje (ZZS OK)**

### **2.4.3 Obecná charakteristika**

Tak jako výše zmiňovaná krajská záchranná služba, i Zdravotnická záchranná služba Olomouckého kraje čerpá z evropského modelu a řídí se pravidly zajišťování přednemocniční péče. Podle stupně naléhavosti, který je vyhodnocený krajským zdravotnickým operačním střediskem, je indikován výjezd posádky s lékařem (RLP nebo RV), který zabezpečí akutní situaci lékařskou péčí už v místě vzniklé situace. Posádky rychlé záchranné pomoci s posádkou nelékařských zdravotníků směřují pacienta k poskytnutí lékařské

péče do nemocničního zařízení. Neodkladná přednemocniční péče je zdravotnickou záchrannou službou poskytována na základě tísňové výzvy, která je hlášená na operační středisko v podobě telefonátu. Tato pomoc je pak poskytnuta osobám se závažným poškozením zdraví nebo v situaci přímého ohrožení života (Franěk 2016, ZZS OK, 2021).

Výjezdové skupiny ZZS Olomouckého kraje mají za úkol pacienta vyšetřit, poskytnou adekvátní zdravotní péči a v případě nutnosti stabilizovat základní životní funkce pacienta pomocí neodkladných výkonů k záchraně života. Parametry základních vitálních funkcí monitorují během transportu do nemocničního zařízení, až do doby fyzického předání pacienta kompetentnímu zdravotníkovi na lůžko akutní péče (ZZS OK, 2021).

Vozový park a výjezdové skupiny Zdravotnické záchranné služby Olomouckého kraje, disponují povinným zdravotnickým vybavením, jakou je například defibrilátor, glukometr, odsávačka, oxymetr, ale i ventilátor k připojení pacienta na umělou plicní ventilaci. Samozřejmostí jsou pak farmaka určená pro léčbu a stabilizaci život ohrožujících stavů a jiný zdravotnický materiál (Vyhláška 296/2012 Sb., Zákon 374/2011 Sb. ZZS OK).

#### 2.4.3.1 Faktické údaje

Záchranná služba Olomouckého kraje se dělí na 5 územních odborů. Je to územní odbor Olomouc, Prostějov, Přerov, Šumperk a Jeseník. V těchto všech oblastech disponuje ZZS OK 16 výjezdovými základnami a krajskému operačnímu středisku, které sídlí v Olomouci, je k dispozici celkem 30 zdravotnických posádek, z čeho je 10 posádek s lékařem a 20 výjezdových skupin s nelékařskými zdravotnickými pracovníky. V denním režimu je za letových podmínek připravená i letecká záchranná služba. Aby byla zajištěná dostupnost zdravotnické záchranné služby na území celého kraje, jsou výjezdové základny rozmístěny strategicky na základně demografických a topografických údajů. V úvahu se musí brát i zřetel na rizikové parametry daného území. Hlavní podmínkou tedy je, aby se posádka zdravotnické záchranné služby dostala na místo do 20 minut od převzetí výzvy hlášené operátorem ZOS. Podle zákona 374/2011, však doba nemusí být dodržena, pokud to nedovolují dopravní nebo povětrnostní podmínky nebo jiné případy hodné zvláštního zřetele. V takových případech existuje možnost využití pomoci od ostatních složek integrovaného záchranného systému (Vlk 2017, Zákon 374/2011 Sb., ZZS OK, 2021).

V Olomouckém kraji je u zdravotnické záchranné služby zaměstnáno celkově 348 zdravotníků. Profese zdravotnického záchranáře je reprezentována 197 osobami, řidiči tvoří skupinu o 104 zaměstnancích a lékařů slouží celkem 47 (ZZS OK, 2021).

### 2.4.3.2 Výjezdová statistika

Podle statistických údajů o výjezdové činnosti za rok 2020, byla Zdravotnická záchranná služba Olomouckého kraje vyslána zdravotnickým operačním střediskem do výjezdové činnosti celkem 56 541krát. Celkový počet událostí dosáhl na číslo 53 688 a bylo ošetřeno 56 917 pacientů. Stejně tak jako ZZS PAK a ZZS HK, disponuje Olomoucká záchranná služba interní statistikou indikací výjezdové činnosti. Podle ní je zřejmé, že úraz byl indikací k vyslání posádky 10 439krát. ZZS OK zasahovala u 959 dopravních nehod. V rovných 700 případech byla ve výjezdové dokumentaci uvedena pracovní diagnóza akutní infarkt myokardu. Cévní mozková příhoda postihla dokonce 1 336 pacientů, u kterých ZZS OK zasahovala. Nejvyšší prioritu výjezdu, tedy náhlou zástavu oběhu, řešili zdravotníci Olomouckého kraje 527krát. Za zmínku stojí i počet výjezdů k nezletilým pacientům, který činí 3 201 zásahů. V 75 % všech výjezdů hrála roli výjezdové skupina rychlé záchranné pomoci. Posádka RV vyjížděla v 5 % případů, RLP se na výjezdech podílela 19 % a 1% účast ze všech výjezdů za rok 2020 si připisuje Letecká záchranná služba Olomouckého kraje.

Oproti primárním výjezdům posádek RLP, je ze statistik možno vyčíst i 6% zastoupení výjezdů sekundárních. O zdravotnických posádek RZP bylo procentuální zastoupení z jejich celkového množství výjezdů stejné jako u posádky RLP, tedy 6 %. Kdežto výjezdové skupiny RV se na sekundární výjezdech nepodílely ani v jednom případě a jejich činnost je zaměřena čistě na primární poskytování neodkladné přednemocniční péče (AZZSČR 2021, ZZS OK, 2020).

## 2.4.4 Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje (ZZS HK)

### 2.4.4.1 Obecná charakteristika

Jediným zákonným poskytovatelem zdravotnické záchranné služby v Královéhradeckém kraji je Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje. Pokud bychom hledali rozdíly v kontextu obecné charakteristiky, oproti ostatním poskytovatelům přednemocniční péče na krajské úrovni, pravděpodobně je nenajdeme, až na drobné odchylky (ZZS HK, 2017).

### 2.4.4.2 Faktické údaje

ZZS HK poskytuje neodkladnou přednemocniční péči v celém Královéhradeckém kraji, který zaujímá 9. největší rozlohu v České republice, a to konkrétně 4 759 km<sup>2</sup>. Na tomto území je evidováno 551 021 obyvatel. Podobný počet výjezdových skupin jako má Záchranná služba Pardubického kraje má i Královéhradecká „záchranka“. Na přelomu roku 2019 bylo registrováno 32 skupin, které byly rozmístěny na 16 základnách. Z toho bylo 10 posádek

s lékařem a 22 týmů byly nelékařské výjezdové skupiny. ZZS Královéhradeckého kraje disponuje leteckou záchrannou službou, kde na palubě vrtulníku slouží dvoučlenná posádka ve složení zdravotnický záchranář a lékař. V Královéhradecké záchranné službě je zaměstnáno celkem 335 osob, které spadají do kategorie zdravotnický personál. Organizace eviduje 41 lékařů, 253 zdravotnických záchranářů a 41 řidičů ZZS. V současné době je nastavený celorepublikový trend využívat nelékařské zdravotníky kombinovaně. To v praxi znamená, že funkci řidiče vykonává zdravotnický záchranář, který pak v době zásahu disponuje svými kompetencemi. Takle skutečnost je příčinou postupně klesajícím počtem řidičů ZZS (Seneta, 2020).

#### 2.4.4.3 Výjezdová statistika

Královéhradecká záchranná služba řešila v roce 2019 celkem 45 933 událostí, na kterých bylo ošetřeno v součtu 45 468 pacientů. Z toho bylo 19 %, tedy 10 108 pacientů bylo zajištěno posádkou s lékařem, včetně letecké záchranné služby. Zbýlých 81 % bylo zabezpečeno posádkami rychlé záchranné pomoci. Dohromady se uskutečnilo 52 002 výjezdů, což v přepočtu znamená průměrných 142 výjezdů za den, tzn. každých deset minut výjezd ZZS. Podle zprávy o činnosti zdravotnické záchranné služby Královéhradeckého kraje z roku 2019 došlo oproti roku 2018 k poklesu výjezdovosti o 0,8 %, kdy bylo za celý rok uskutečněno 52 421. Narušila se tak vzestupná tendence, která přetrvávala od roku 2010. V roce 2020 se statisticky očekává výrazný nárůst výjezdů, který bude způsobený především infekčním onemocněním COVID – 19. (AZZSČR, 2021, (Seneta, 2020).

Pokud bude nahlíženo na specifika výjezdové činnosti, hradečtí zdravotníci ošetřili v roce 2019 celkem 11804 pacientů s úrazem, což je 25,9 % ze všech výjezdů. Dětsí pacienti (do 18 let), tvoří 7,5% skupinu ošetřených. Významnou skupinou z hlediska závažnosti stavu jsou případy, kde byl diagnostikován akutní koronární syndrom (670 případů) a cévní mozkové příhody (1649 případů). (Seneta, 2020).

ZZS Královéhradeckého kraje doposud nezveřejnila kompletní statistiky své výjezdové kompletní statistiky, s vyčíslením jednotlivých indikací pro výjezd. Za rok 2020 tedy nejsou v době vyhotovení závěrečné akademické práce tato data k dispozici. Pro srovnání asociace zdravotnických záchranných služeb však uvádí, že počet celkový počet výjezdů byl vyčíslen na 58 519. Z toho posádky řešily 52 928 událostí a zabezpečili 56 640 pacientů. Operátorská diagnóza „úraz“ byla vydána v 6 560 případech, „dopravní nehoda“ 1 504krát. V rámci diferenciální diagnostiky výjezdové skupiny předávaly 751 pacientů s akutním infarktem myokardu, 1 072 postižených se suspektní cévní mozkovou příhodou. Bylo také zahájeno 526

kardiopulmonálních resuscitací. Za rok 2020 bylo ošetřeno 3 588 nezletilých pacientů (AZZSČR 2021).

Dojezdové časy, při prioritě naléhavost 1 (N1) a naléhavost 2 (N2), ZZS HK splňuje zákonnou normu příjezdu ZZS na místo v 95,8 % případech. Průměrný čas od výjezdu po potvrzení příjezdu posádky na místo byl devět minut a sedmáct vteřin. Medián dojezdové doby v případě naléhavosti N1 a N2 byl osm minut a dvanáct vteřin. (AZZSČR, 2021).

#### 2.4.4.4 Specifika ZZS HK

ZZS HK se může pyšnit výbornými statistickými údaji v oblasti poskytování neodkladné přednemocniční péče při léčbě pacientů s náhlou zástavou oběhu, jejichž výsledky jsou jedny z nejlepších v České republice, ale i v mezinárodním srovnání. Parametry související s touto problematikou vypovídají o komplexním fungování celého systému, do kterého neodmyslitelně patří činnost krajského zdravotnického operačního střediska, výjezdových posádek ZZS v terénu, ale i edukační činnost vzdělávacího systému ZZS HK. Pro představu bylo v roce 2019 zahájeno 570 resuscitací, z čehož se v 465 případech jednalo o neúrazovou srdeční zástavu. Vynikající výsledky při resuscitaci se daří dosahovat i díky unikátnímu systému tzv. first responderů. Královéhradecký kraj je stále jediným krajem, kde je tento systém aktivní. ZZS HK uvádí, že díky zavedenému systému se každoročně daří zachránit o 2 až 3 pacienty na sto tisíc obyvatel více, než v roce 2015 (Seneta, 2020). Další specifikum, které je charakteristické jen pro leteckou záchrannou službu Královéhradeckého kraje je systém RABBIT-Rapid Administration of Blood by Hems in Trauma. Jedná se o klinickou studii, která je zaměřená na aplikaci transfuzních přípravků v přednemocniční péči u pacientů s hemoragickým šokem, způsobený traumatem. Tuto možnost aplikace má LZS HK ve spolupráci s Transfuzním oddělením Fakultní nemocnice Hradce Králové. Systém je aktivní od 1. června 2018 (Berková, 2019).

## 2.5 Edukační metody pro zaměstnance zdravotnické záchranné služby

V současné době jsou na zaměstnance kladeny poměrně vysoké nároky na průběžné vzdělávání a rozšiřování znalostí o nové poznatky ve zdravotnictví, a to například v oblasti urgentní medicíny přednemocniční péče, která je klíčová po záchrannou službu a její zaměstnance. O profesní vzdělávání se u jednotlivých poskytovatelů zdravotní péče stará výukové nebo vzdělávací středisko konkrétního poskytovatele. Tato kapitola však bude zaměřena na rozšíření sebevzdělání zaměstnanců ZZS o syndromu vyhoření, popřípadě o metodách, jak vylepšit nebo odstranit problémové faktory na konkrétních výjezdových stanicích,

keré syndrom vyhoření u cílové skupiny zaměstnanců zdravotnické záchranné služby urychluje. Profesní vzdělávání tedy nebude klíčovým tématem této podkapitoly.

### **Obecné edukační zásady**

Dosáhnutí určitého výsledku je klíčovým cílem všech edukačních metod. Proto je nezbytné před zahájením každého vzdělávacího procesu zvážit, jaké jsou potřeby účastníků a objektivně a přiměřeně naplánovat jeho průběh (WU, 2021).

V tomto plánu je obsaženo hned několik bodů. Prvním z nich je definice vzdělávacích potřeb. Dále následuje vymezení požadavků vzdělávání, a nakonec cíle vzdělávání. Pro školitele, který bude celý vzdělávací proces plánovat, bude důležitá i zpětná vazba a subjektivní hodnocení účastníků. Na základě určených cílů je následně zvolená co možná nejvhodnější metoda k jejich dosažení a naplnění. K výběru optimální metody neexistuje žádné obecné pravidlo, ale je nutné při jejím výběru počítat s různými faktory, jako je například počet účastníků, osobní postoj k vzdělávání, věková kategorie a individuální znalosti jedinců (Vodák, Kucharčíková, 2011).

Josef Koubka ve své publikaci z roku 2015 uvádí rozdělení metod vzdělávání na dvě hlavní skupiny. První skupina, metody zaměřené na vzdělávání zaměstnanců přímo na pracovišti neboli metody „On The Job“. Tyto metody, jako je například instruktáž, asistence, mentoring, koučink atd. jsou charakteristické tím, že probíhají přímo v pracovním procesu zaměstnanců. V kontextu diplomové práce, a tedy pro edukaci o syndromu vyhoření, je dle možností zaměstnanců zdravotnické záchranné služby vhodnější využít metody „Off The Job“. Tedy takové metody, které svým charakterem připomínají školní režim. Jedná se o přednášky, workshopy, rozbor kazuistik nebo v posledních letech moderní e-learning (Koubek, 2015).

### **E-Learning**

E-Learning neboli elektronické vzdělávání je jedna z nových výukových technologií, která při výukovém procesu využívá komunikační a informační prostředky k vzdělávání. Velká výhoda tohoto typu vzdělávání pramení z její dostupnosti, jednoduchosti a efektivity. V praxi je tedy možné studovat téměř kdykoliv a odkudkoliv. Výuka pomocí informačních technologií nabízí nespočet interaktivních možností, jako je například sdílený dokument k online úpravě, kdy školitel může okamžitě reagovat na aktuální situaci. Tyto interaktivní



faktory, jako je například zdroj zvukových, obrazových a textových podkladů, mohou prodlužovat délku pozornosti účastníků (Sargeeva, et al. 2021).

Další výhodou oproti běžnému distančnímu vzdělávání je využití možnosti přímého zaslání výukových materiálů, kdy má účastník školení přístup k materiálům okamžitě. Tím se například omezí čekací doba na podklady z výukových center. E-Learnig je rozšířenější ve vyspělých zemích s vysokou životní úrovní, kde je tato metoda využívána primárně dospělými studenty v rámci celoživotního vzdělávání (Vilceanu, Grecea, Herban, 2019).

### **Brainstorming**

Tato metoda je charakteristická pro skupinové řešení určité problematiky, kdy účastníci generují co možná nejvíce svých nápadů a veřejně říkají svoje myšlenky. Díky tomuhle skupinovému výkonu lze dosáhnout lepších výsledků, než kdyby nad danou problematikou přemýšlel jedinec pouze individuálně. Metodu je vhodné využít například při objeovávání optimálních postupů, v tomto kontextu třeba nad prevencí syndromu vyhoření. Účastníci tak sami díky kritickému myšlení přispívají svými nápady k řešení problému. Systematicky rozvržená diskuse metodou brainstormingu tak stimuluje tvůrčí myšlení, protože celá metoda je založena na určení jednoho tématu, na které účastníci reagují svými myšlenkovými asociacemi, které se zaznamenávají na různé médium, například na tabuli (Al-Samarraie, Hurmuzan, 2018).

Pokud bude „mozková bouře“ využita, je třeba dodržet její rozdělení do tří fází. První z nich je fáze přípravná. V tomto kroku se generují odpovědi na základní otázky týkající se celého procesu. Školitel tedy sestavuje téma s následujícími organizačními otázkami. Jaký je účel nebo smysl sezení, kolik lidí se zúčastní, kde a kdy setkání proběhne. Klíčové je také rovnoměrné rozvržení kladené otázky pro účastníky na dané téma. Pokud by byla otázka příliš obecná, odpovědi nebudou konkrétní a výstižné k dané problematice. Na druhu stranu docílíme komplexnějších názorů a většího množství variant vývoje, graficky znázorněné myšlenkové mapy (Zainol, et al. 2012).

Při zahájení sezení proběhne seznámení účastníků s pravidly brainstormingu, aby mohlo dojít k dosažení co možná nejefektivnějšímu vyhotovení výsledků. Proto je potřeba dodržovat pravidla, mezi které patří nekritizování a neposuzování nápadů a myšlenek účastníků ostatními přisedícími. Při vyslovení konkrétní myšlenky by účastník neměl registrovat přítomnost svého pracovního zařazení a pociťovat přítomnost nadřízeného, která by mohla zabránit svobodnému a volnému vyjadřování. Aby bylo sezení efektivní, je kladen větší důraz na kvantitu než kvalitu. Během 20 minut trvajících cvičení je standartní hodnota počtu

zaznamenaných myšlenek na tabuli od 120 do 150. Výsledky jsou vždy zpracovávány až po dokončení sezení a vyhodnoceny po několika dnech z důvodu vyhnutí se falešnému zkusení danou situací (Wendon, Stollar, Alter, 2020).

Výhodou brainstormingu je velice rychlý zisk názorů účastníků sezení na určitou problematiku. Tyto názory jsou v mnoha případech individuální a rozmanité. Kromě toho mohou být vyřčeny originální nápady, jakým způsobem probíranou záležitost řešit. Pracovníci ve vedoucích pozicích dávají svým podřízeným možnost, podílet se na dalším rozhodování a implementaci jejich návrhů do praxe. Komplikace však mohou nastat při celkovém nezvládnutí situace, kdy je nabourána atmosféra negativním přístupem účastníka nebo účastníků, například průběžným posuzováním jednotlivých nápadů (Zainol, et al. 2012).

### **Přednáška**

Závažné téma, které je zprostředkováváno posluchačům s vysokou schopností koncentrace, může být svým obsahem poněkud náročné, a proto je často prezentováno frontální edukační metodou, tedy přednáškou. Tato forma je primárně upřednostňována u dospělých účastníků. Přednáška je charakteristická tím, že je jasně strukturovaná a její obsah promyšlený a přímo na sebe navazující. Hlavní výhodou přednášky je fyzický kontakt účastníku s přednášejícím, který zajišťuje emoční prožití edukačního procesu. Pokud je však aktivita posluchačů neuspokojivá nebo nedošlo k správnému zvolení tempa přednášky, může dojít k nepochopení řešené problematiky a výsledek je tak neuspokojivý (Obeidat, Mohideen, 2020). K předejití těmto nežádoucím jevům, jsou potřebné patřičné komunikační dovednosti jedince, který určitou problematiku přednáší. Volba optimálního tempa, intonace hlasového projevu, síla hlasu, mimická gestikulace, oční kontakt s posluchači, ale i pohyb v prostoru jsou faktory, které účastníci přednášky vnímají a jejich pozornost je ovlivnitelná. Degeng, Ardhana, Setyosari uvádí, že i u zainteresovaného posluchače dochází po 15 až 20 minutách k rapidnímu poklesu koncentrace, a tak by délka přednášky měla být tomuto faktu přizpůsobená, nebo by do přednášky měly být zařazeny různé formy aktivizačních metod, kterými je schopen školitel pozornost posluchačů udržet (Degeng, Ardhana, Setyosari, 2017). V případě, že školitel vybere přednášku jako vhodnou edukační metodu, svým posluchačům nejdříve nastíní probírané téma hned v úvodu. Pak bude pokračovat samotnou problematikou. Nové informace a poznatky se zpravidla znázorňují na tabuli. Neměl by chybět ani závěr s žádostí o zpětnou vazbu posluchačů a časový prostor pro otázky a dotazy týkající se tématu přednášky (Degeng, Ardhana, Setyosari 2017, (Obeidat, Mohideen, 2020).

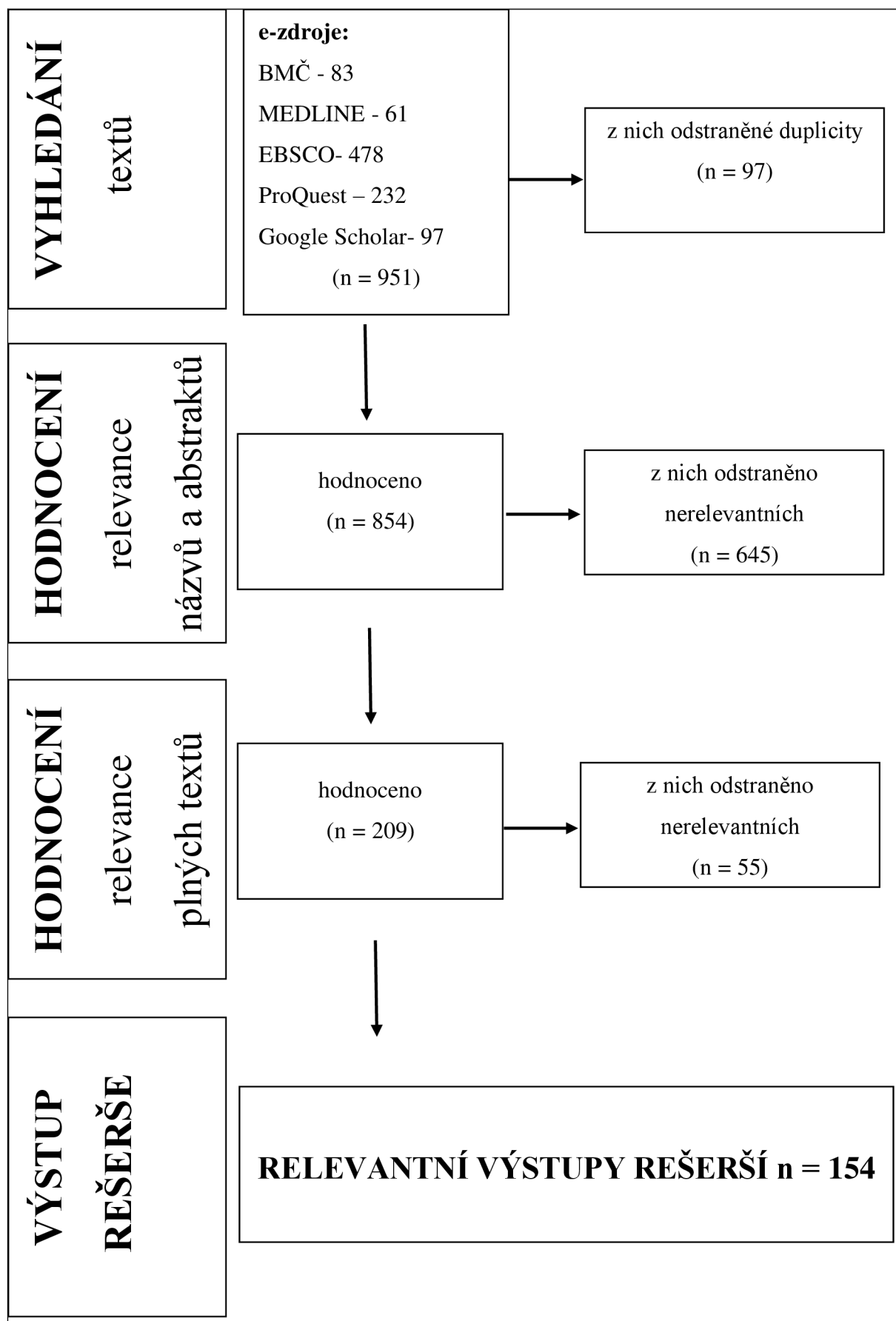
## 2.6 Metodika a výsledky literární rešerše

K sestavení rešeršní otázky širokého charakteru a vyhledání literatury, která sloužila jako zdroj informací k detailnějšímu seznámení s problematikou a je rozebírána v kapitole „Přehled publikovaných poznatků“, bylo nutné dle rešeršní strategie aplikovat komponenty P–Co–Co. Tedy participant–koncept–kontext. Rešeršní otázka byla formulována na základě názvu diplomové práce. Komponenta participant byla v rešeršní otázce zastoupená zaměstnanci zdravotnické záchranné služby, ale i zdravotnickými pracovníky na urgentních příjmech. Koncept představoval pojem syndrom vyhoření neboli burnout syndrom, jako jeho cizojazyčný ekvivalent v kontextu vybraných krajů v České republice, konkrétně kraj Pardubický, Královéhradecký a Olomoucký. Pro hlubší seznámení s problematikou však byly využity poznatky z celého světa. K jednotlivým komponentám byla přiřazena vhodná synonyma jak v českém, tak i v cizím jazyce, převážně tedy v angličtině a následně byly využity booleovské operátory AND, OR, NOT. Pro vyhledání a získání zdrojů k publikovaným poznatkům byly vybrány databáze Medline, ProQuest, Google Scholar, EBSCO a BMČ. Při výběru zdrojů informací byly preferovány co možná nejaktuálnější zdroje, proto v publikovaných poznatkách převažují zdroje publikované v letech 2016-2021. Díky softwarovému programu Zotero, byly následně odstraněny duplicity ve vyhledané literatuře. Poté proběhlo hodnocení relevance jednotlivých zdrojů podle názvů a obsahové složky abstraktu. K vhodným článkům, týkající se tématiky diplomové práce, byly vyhledány plné texty na jejichž základě vznikla kapitola „Přehled publikovaných poznatků“. V Tabulce č. 1 jsou uvedena vyhledávací kritéria. Jednotlivé počty zdrojů v použitých databázích jsou uvedeny v Tabulce č. 2. Vzhledem k faktu, že v určitých oblastech diplomové práce bylo čerpáno z původních zdrojů, je ve značném počtu citována legislativa ve formě zákonů a vyhlášek. Ohledně jednotlivých informací například o výjezdovosti jednotlivých záchranných služeb, byla využita literatura, která neprošla standartním vydavatelským procesem, ale i přes to byla poměrně cenným zdrojem informací. V omezeném množství bylo čerpáno i z publikované literatury v podobě knižních zdrojů. V průběhu literární rešerše bylo využito doporučení od Marečkové a Klugarové 2015 z publikace Zdravotnictví založené na vědeckých důkazech.

Tabulka 1 Vyhledávací kritéria rešerše

<p><b>Klíčová slova a jejich synonyma v českém jazyce:</b></p> <p><b>Komponent P – participanti:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zaměstnanci ZZS</li> <li>- zdravotnický záchranář</li> <li>- řidič ZZS</li> <li>- lékař</li> <li>- všeobecná sestra</li> <li>- urgentní příjem</li> </ul> <p><b>Komponent Co – koncept:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- syndrom vyhoření</li> <li>- prevence</li> </ul> <p><b>Komponent Co – kontext:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pardubický kraj</li> <li>- Olomoucký kraj</li> <li>- Královéhradecký kraj</li> <li>- Česká republika</li> <li>- Evropa</li> <li>- Amerika</li> </ul>	<p><b>Klíčová slova a jejich synonyma v anglickém jazyce:</b></p> <p><b>Komponent P – participanti:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- medical staff</li> <li>- paramedic</li> <li>- emergency medical service driver</li> <li>- doctor</li> <li>- nurse</li> <li>- emergency department</li> </ul> <p><b>Komponent Co – koncept:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Burnout syndrom</li> <li>- Prevention</li> </ul> <p><b>Komponent Co – kontext:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pardubice region</li> <li>- Olomouc region</li> <li>- Hradec Králové region</li> <li>- Czech republic</li> <li>- Europe</li> <li>- America</li> </ul>
<p><b>Výběrová kritéria:</b> jazyk český, anglický, období 2016-2021, plný text, recenzovaný text</p> <p><b>Vyřazující kritéria:</b> kvalifikační práce, duplicitní zdroje, nerelevantní texty vzhledem k P-Co-Co</p>	

Tabulka 2 Postupový diagram literární rešerše



## 3 PRAKTICKÁ ČÁST

### 3.1 Metodika zkoumání

Diplomová práce je orientována teoreticko-výzkumným profilem. Teoretická část práce je zhotovena díky literární rešerši zdrojů, které prošly standartním vydavatelským procesem, ale i zdrojům tzv. šedé literatury, která je zaměřena na syndrom vyhoření u zdravotnických pracovníků, a to konkrétně u zdravotnických záchranářů, lékařů a řidičů ZZS. V návaznosti na téma diplomové práce jsou v kapitole „Přehled publikovaných poznatků“ rozebrány jednotlivé pracovní pozice zaměstnanců zdravotnické záchranné služby, včetně jejich kompetencí v průběhu výkonu povolání, ale také výukové metody, které jsou vhodné pro průběžné vzdělávání a edukaci těchto pracovníků. Výzkumná pasáž diplomové práce je zaměřená na kvantitativní šetření. Jako výzkumný nástroj byl zvolen polostandardizovaný dotazník, který byl prvotně ověřen na zkušebním vzorku respondentů. Nejen z důvodu epidemické situace a vládních nařízení, které v době zhotovování diplomové práce znemožňovaly osobní kontakt se zaměstnanci zdravotnických záchranných služeb jednotlivých krajů, byla zvolena online forma pro získávání potřebných dat. Tato forma zabezpečovala respondentům snadnou přístupnost k dotazníku prakticky odkudkoli a kdykoliv. Tento fakt zajišťoval možnost respondenta vyhnout se vyplňování dotazníku v prostředí obsahující rušivé elementy různého typu, které by mohly ovlivnit jeho odpovědi. Velkou výhodou online verze je také možnost sběru velkého objemu dat. Možnost průběžných analýz získaných dat v době přístupnosti šetřicího nástroje, tedy od 1.3.2021 do 1.4.2021 byly také vnímány jako pozitivní faktor. V době výzkumného šetření již k úpravám výzkumného nástroje nedošlo. Polostandardizovaný dotazník byl tedy převeden z původní verze dokumentu ve formátu doc. do online verze, pomocí webového portálu Survio.com, kde byla zakoupena prémiová verze pro zajištění potřebných funkcí k výzkumnému šetření. Samotný dotazník se skládal ze tří částí. V první části byl využit již ověřený a standardizovaný dotazník Maslach Burnout Inventory, který byl tematicky upraven pro cílový vzorek respondentů, tedy zaměstnance zdravotnické záchranné služby. Tato část dotazníku byla použita k diagnostice emocionálního vyčerpání, depersonalizace a pracovního uspokojení zaměstnanců. V druhé části byly zkoumány stresory spojené s výkonem zdravotnického povolání a jejich formy psychohygieny. Poslední část byla koncipována jako znalostní test o prevenci syndromu vyhoření. Na závěr každý respondent vyplnil otázky na své demografické údaje. Po vypršení předem stanoveného časového rozmezí k vyplnění výzkumného nástroje, byla data vygenerována do souboru ve formátu exe. a následně graficky rozdělena a seřazena v programu Microsoft Excel 2019 (Hendl, Remr, 2017).

## **Hlavní cíl zkoumání**

Hlavní cílem práce je odhalit stupeň emocionálního vyčerpání, stupeň depersonalizace a stupeň pracovního uspokojení u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby a určit rozsah jejich znalostí o prevenci syndromu vyhoření. Na základě výsledků doporučit edukační postup a vytvořit vhodný edukační materiál pro zlepšení informovanosti zaměstnanců zdravotnické záchranné služby o prevenci syndromu vyhoření.

## **Dílčí cíle a hypotézy**

1. Určit stupeň emocionálního vyčerpání u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby.
  - H<sub>0</sub>1: U zaměstnanců zdravotnické záchranné služby se nevyskytuje vysoký stupeň emocionálního vyčerpání.
  - H1: U více než 30 % z dotazovaných zaměstnanců zdravotnické záchranné služby se vyskytuje vysoký stupeň emocionálního vyčerpání.
  
2. Určit stupeň depersonalizace u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby.
  - H<sub>0</sub>2: U zaměstnanců zdravotnické záchranné služby se nevyskytuje vysoký stupeň depersonalizace.
  - H2: U více než 30 % z dotazovaných zaměstnanců zdravotnické záchranné služby se vyskytuje vysoký stupeň depersonalizace.
  
3. Určit stupeň pracovního uspokojení u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby.
  - H<sub>0</sub>3: U více než 30 % z dotazovaných zaměstnanců zdravotnické záchranné služby se vyskytuje vysoký stupeň pracovního uspokojení.
  - H3: U více než 30 % z dotazovaných zaměstnanců zdravotnické záchranné služby se vyskytuje nízký stupeň pracovního uspokojení.
  
4. Porovnat stupeň emocionálního vyčerpání u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby mezi pohlavím.
  - H<sub>0</sub>4: Pohlaví zaměstnanců zdravotnické záchranné služby nemá vliv na stupeň emocionálního vyčerpání.
  - H4: Stupeň emocionálního vyčerpání ženského pohlaví bude větší než u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby mužského pohlaví.

5. Porovnat stupeň depersonalizace u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby mezi pohlavím.

H<sub>05</sub>: Pohlaví zaměstnanců zdravotnické záchranné služby nemá vliv na stupeň depersonalizace.

H<sub>5</sub>: Stupeň depersonalizace ženského pohlaví bude nižší než u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby mužského pohlaví.

6. Porovnat stupeň pracovního uspokojení u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby mezi pohlavím.

H<sub>06</sub>: Pohlaví zaměstnanců zdravotnické záchranné služby nemá vliv na stupeň pracovního uspokojení.

H<sub>6</sub>: Stupeň pracovního uspokojení ženského pohlaví bude větší než u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby mužského pohlaví.

7. Porovnat stupeň emocionálního vyčerpání u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby mezi jednotlivými pracovními pozicemi.

H<sub>07</sub>: Pracovní pozice zaměstnanců zdravotnické záchranné služby nemá vliv na stupeň emocionálního vyčerpání.

H<sub>7</sub>: Stupeň emocionálního vyčerpání u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby bude větší u lékařského zdravotnického personálu než u nelékařského zdravotnického personálu.

8. Porovnat stupeň depersonalizace zaměstnanců zdravotnické záchranné služby mezi jednotlivými pracovními pozicemi.

H<sub>08</sub>: Pracovní pozice zaměstnanců zdravotnické záchranné služby nemá vliv na stupeň depersonalizace.

H<sub>8</sub>: Stupeň depersonalizace u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby bude větší u lékařského zdravotnického personálu než u nelékařského zdravotnického personálu.

9. Porovnat stupeň pracovního uspokojení u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby mezi jednotlivými pracovními pozicemi.

H<sub>09</sub>: Pracovní pozice zaměstnanců zdravotnické záchranné služby nemá vliv na stupeň pracovního uspokojení.



H9: Stupeň pracovního uspokojení u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby bude větší u nelékařského zdravotnického personálu než u lékařského zdravotnického personálu.

10. Porovnat stupeň emocionálního vyčerpání u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby mezi jednotlivými kraji.

H<sub>0</sub>10: Kraj, ve kterém je jedinec zaměstnaný je irelevantní pro stupeň emocionálního vyčerpání zaměstnanců zdravotnické záchranné služby.

H10: Stupeň emocionálního vyčerpání u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje je větší než u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby Královéhradeckého a Olomouckého kraje.

11. Porovnat stupeň depersonalizace u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby mezi jednotlivými kraji.

H<sub>0</sub>11: Kraj, ve kterém je jedinec zaměstnaný je irelevantní pro stupeň depersonalizace zaměstnanců zdravotnické záchranné služby.

H11: Stupeň depersonalizace u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje je větší než u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby Královéhradeckého a Olomouckého kraje.

12. Porovnat stupeň pracovního uspokojení u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby mezi jednotlivými kraji.

H<sub>0</sub>12: Kraj, ve kterém je jedinec zaměstnaný je irelevantní pro stupeň pracovního uspokojení u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby.

H12: Stupeň pracovního uspokojení je u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje menší než u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby Královéhradeckého a Olomouckého kraje.

13. Zjistit rozsah znalostí zaměstnanců zdravotnické záchranné služby v jednotlivých krajích o prevenci syndromu vyhoření.

H<sub>0</sub>13: Kraj, ve kterém je jedinec zaměstnaný je irelevantní pro rozsah znalostí zaměstnanců zdravotnické záchranné služby o prevenci syndromu vyhoření

H13: Rozsah znalostí o prevenci syndromu vyhoření je u zaměstnanců Královéhradeckého kraje větší, než u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby Pardubického a Olomouckého kraje.

14. Vytvořit edukační materiál pro zaměstnance zdravotnické záchranné služby o prevenci syndromu vyhoření.

### **Design výzkumné studie**

Aby došlo k naplnění hlavního cíle, tedy zjištění stupně emocionálního vyčerpání, depersonalizace a osobního uspokojení z práce, byl zvolen experimentální fixní kvantitativní design výzkumné studie, který umožnil zpracování dat od 180 respondentů různého pohlaví v různých věkových kategoriích s různým vzděláním. Data byla získávána díky polostandardizovanému dotazníku o 56 otázkách, které byly rozloženy do tří částí. Ze získaných dat pak byl díky počítačovému softwaru Dataset proveden stratifikovaný náhodný výběr a randomizovaně vybráno 60 zástupců z každého zkoumaného kraje. Klíčovým smyslem stratifikovaného výběru bylo rozdělení respondentů do několika strat. Jednotlivé oblasti byly voleny na základě pracovní pozice, pohlaví a kraje, ve kterém daný jedinec primárně pracovně působil. Pro výzkum tedy bylo z každého kraje vybráno 20 respondentů na pracovní pozici lékař, 20 respondentů na pracovní pozici zdravotnický záchranář a 20 respondentů na pracovní pozici řidič ZZS. Gendrové rozložení bylo při randomizaci nastaveno tak, aby bylo vyrovnané. Jinými slovy se tedy do výzkumu zapojilo celkem 90 respondentů mužského pohlaví a 90 respondentů ženského pohlaví. Cílem diplomové práce nebylo zkoumat gendrovou převahu jednoho pohlaví. Počet respondentů v jednotlivých pracovních pozicích byl limitován počtem zaměstnaných osob v jednotlivých krajích. Z toho důvodu nemohl být vzorek respondentů obsáhlejší.

### **Zkoumaný soubor**

Pro výzkumné šetření byl po dohodě s vedoucím práce vybrán takový soubor respondentů, aby odpovídal tématu diplomové práce. Jedná se tedy o zaměstnance zdravotnické záchranné služby, specificky o lékaře, záchranáře a řidiče ZZS z Královéhradeckého, Pardubického a Olomouckého kraje. Pracovní pozice byly voleny tak, aby získaná data byla komplexní. Jiné pracovní pozice, až na drobné výjimky, totiž v rámci České republiky v kontextu zdravotnické záchranné služby neexistují. Územní oblasti, tedy kraje, kde výzkum probíhal

byly voleny na základě pracovních a osobních zkušeností autora, a pro jejich dostatečné množství zaměstnanců.

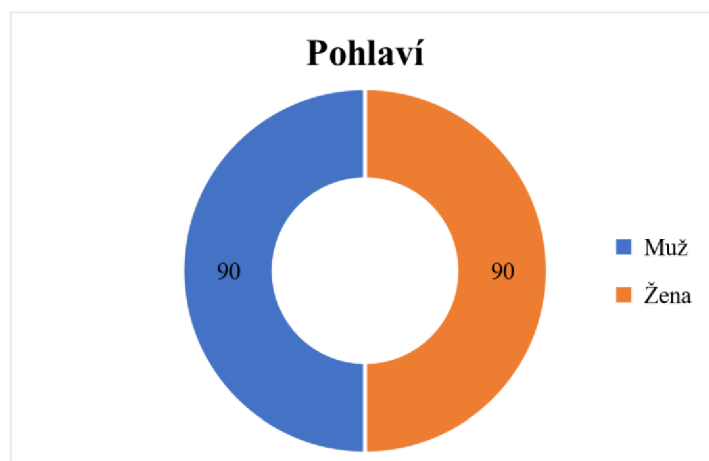
Vzorek respondentů byl charakterizován podle několika atribut. Jednalo se o pohlaví, pracovní pozici, kraj, ve kterém jedinec primárně profesně působil, délka pracovních zkušeností v rámci zdravotnické záchranné služby, věk a nejvyšší dosažené vzdělání.

### **Pohlaví respondentů**

Do výzkumného šetření bylo vybráno celkem 180 respondentů, jejichž gendrové rozdělení bylo vyrovnané, tedy 90 mužů, což činí 50 % a 90 žen což je 50 %. Tohoto výsledku se podařilo docílit pomocí stratifikovaného výběru, jehož straty pro tuhle kategorii tvořilo mužské a ženské pohlaví.

**Tabulka 3 Pohlaví respondentů**

Pohlaví	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Muž	90	50
Žena	90	50
<b>Celkem</b>	<b>180</b>	<b>100</b>



**Graf 1 Pohlaví respondentů**

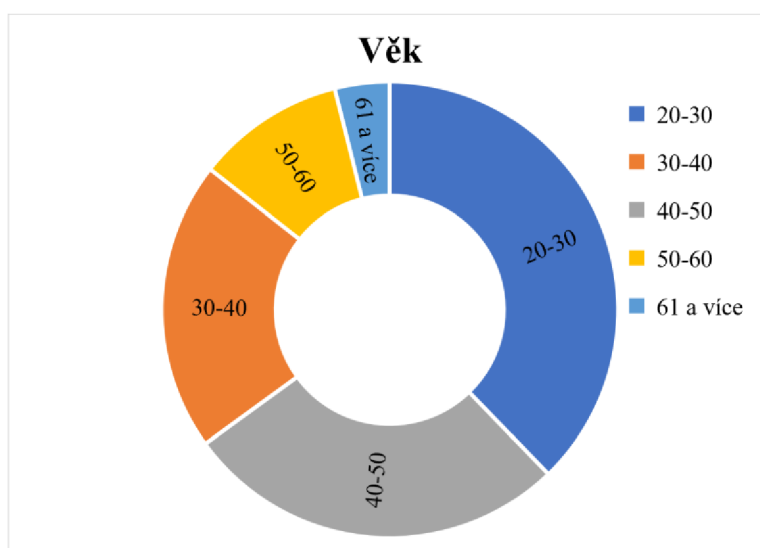
### **Věk respondentů**

Pro přehlednější statistické zpracování jednotlivých výsledků byli respondenti rozděleny do několika věkových kategorií. Nejmladší respondenti, kteří dosahovali věku od 20 do 29 let tvořili nejpočetnější skupinu. Do této skupiny tedy bylo zařazeno celkem 68 responzí, což představuje 37,77 % z celého počtu respondentů. V další věkové skupině, jejichž rozmezí bylo stanoveno od 30 až 39 let, bylo zaznamenáno 37 odpovědí, což činí 20,56 %. Počet zaměstnanců zdravotnické záchranné služby, jejichž věk se pohyboval od 40 do 49 let bylo celkem 49, což je 27,23 %. Předposlední věková skupina od 50-60 let měla

19 respondentů, tedy 10,55 %. Sedm jedinců mělo 61 a víc let a představovali tak skupinu o 3,89% zastoupení.

**Tabulka 4 Věk respondentů**

Věk	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
20-29	68	37,99
30-39	37	20,67
40-49	49	26,82
50-60	19	10,61
61 a více	7	3,91
<b>Celkem</b>	<b>180</b>	<b>100</b>



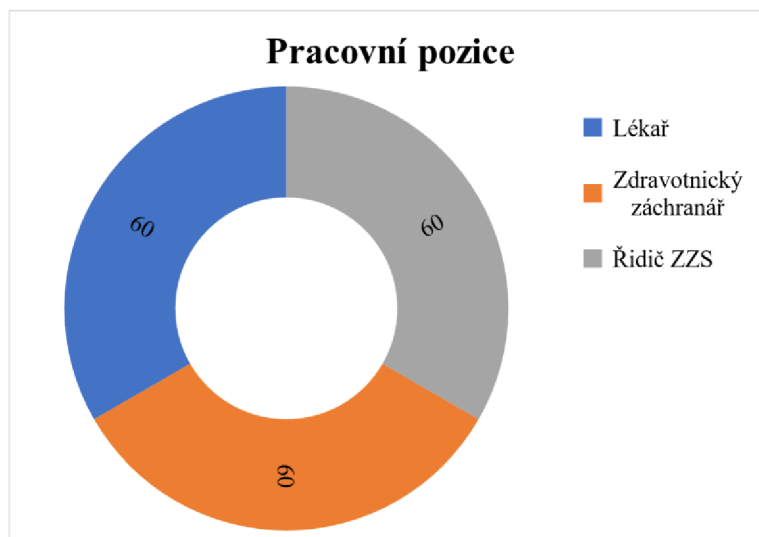
**Graf 2 Věk respondentů**

### Pracovní pozice

Při vyplňování výzkumného nástroje měli respondenti možnost vybrat svoje profesní zařazení v rámci zaměstnání u zdravotnické záchranné služby. Ze všech získaných dat bylo pomocí stratifikovaného výběru selektováno 60 lékařů (33,3 %) 60 zdravotnických záchranářů (33,3 %) a 60 řidičů ZZS (33,3 %).

**Tabulka 5 Pracovní pozice respondentů**

Pracovní pozice	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Lékař	60	33,33
Zdravotnický záchranář	60	33,33
Řidič ZZS	60	33,33
<b>Celkem</b>	<b>180</b>	<b>100</b>



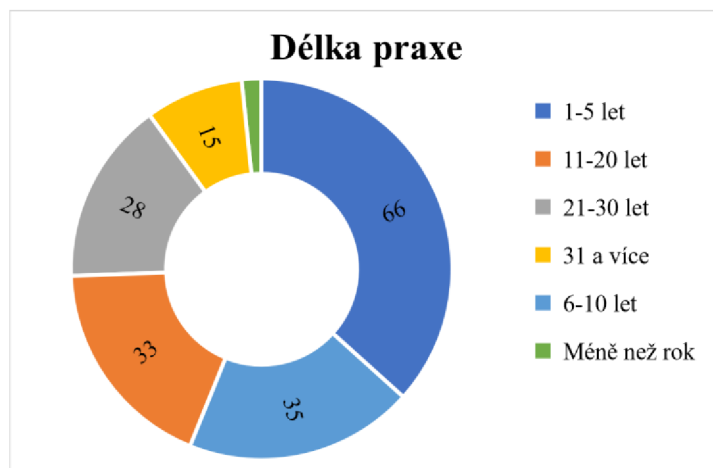
**Graf 3 Pracovní pozice respondentů**

### **Délka praxe ve zdravotnictví**

V této otázce byli respondenti rozděleni opět do několika kategorií. Nejvíce respondentů působí u zdravotnické záchranné služby 1 až 5 let. Tato skupina je tvořena 66 respondenty (36,8 %). Druhá nejpočetnější skupina byli zaměstnanci, kteří mají délku praxe 6-10 let, a to sice 35 jedinců (19,5 %). Praxi 11-20 let mělo u ZZS 33 respondentů (18,4 %). Po dobu 21 až 30 let pracuje u ZZS 28 respondentů (15,6 %). Dotazník vyplnilo 15 respondentů, kteří mají profesní zkušenosti 31 a více let (8,4 %). Nejméně zastoupenou skupinou byli zaměstnanci, kteří mají praxi kratší než jeden rok, a to celkem 3 (1,3 %).

**Tabulka 6 Délka praxe respondentů**

Praxe	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Méně než rok	3	1,3
1-5 let	66	36,8
6-10 let	35	19,5
11-20 let	33	18,4
21-30 let	28	15,6
31 a více	15	8,4
<b>Celkem</b>	<b>180</b>	<b>100</b>



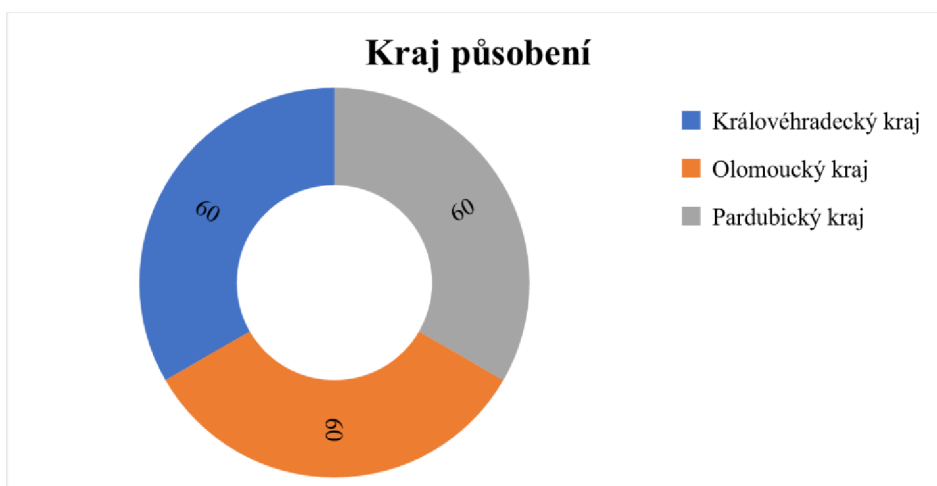
Graf 4 Délka praxe respondentů

### Kraj pracovního působení

Při vyplňování výzkumného nástroje měli respondenti možnost vybrat kraj, kde primárně profesně působí. Jelikož bylo výzkumné šetření prováděno pouze ve třech krajích, měli respondenti na výběr mezi Královéhradeckým, Pardubickým a Olomouckým krajem. Ze všech získaných dat bylo pomocí stratifikovaného výběru selektováno 60 zaměstnanců z každého kraje. To znamená, že ve zpracovaných datech figuruje 60 (33,3 %) zaměstnanců z Královéhradeckého kraje, 60 (33,3 %) zaměstnanců z Pardubického kraje a 60 (33,3 %) zaměstnanců z Olomouckého kraje.

Tabulka 7 Kraj působení respondentů

Působení	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Královéhradecký kraj	60	33,33
Olomoucký kraj	60	33,33
Pardubický kraj	60	33,33
<b>Celkem</b>	<b>180</b>	<b>100</b>



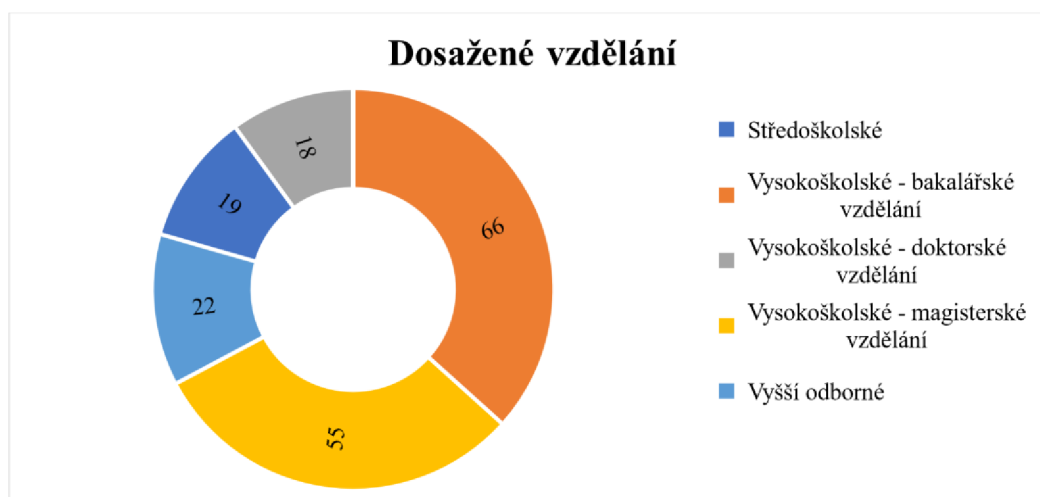
Graf 5 Kraj působení

## Nejvyšší dosažené vzdělání

V poslední otázce výzkumného nástroje odpovídali respondenti na jejich doposud nejvyšší dosažené vzdělání, kde měli na výběr z několika možností. Nejvíce zastoupená varianta byla vysokoškolské bakalářské vzdělání, které bylo zvoleno 66 respondenty, což odpovídá 36,7 %. Druhá nejčastěji volená možnost byla vysokoškolské magisterské vzdělání, kterého dle odpovědí dosáhlo 55 respondentů, což činí 30,5 %. Třetí největší skupinou bylo 22 respondentů (12,2 %) s vyšším odborným vzděláním. Osmnáct jedinců, tedy 10 % disponovalo vysokoškolským doktorským vzděláním. Zbylých 19 (10,6 %) respondentů byli středoškolsky vzdělání.

Tabulka 8 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Vzdělání	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Středoškolské	19	10.6
Vysokoškolské - bakalářské vzdělání	66	36.7
Vysokoškolské - doktorské vzdělání	18	10.0
Vysokoškolské - magisterské vzdělání	55	30.5
Vyšší odborné	22	12.2
<b>Celkem</b>	<b>180</b>	<b>100</b>



Graf 6 Nejvyšší dosažené vzdělání

## **Etika zkoumání**

Z důvodu epidemické situace v České republice v období sběru dat, tedy v termínu 1.3.2021-1.4.2021, bylo výzkumné šetření realizováno online formou prostřednictvím platformy Survio.com. Ještě před tím, než respondentovi byla položena první otázka, byl seznámen se základní charakteristikou dotazníku, jeho složení, a taky podmínkách za kterých bude dotazník vyplňovat. Jednalo se tedy především o anonymitu, časovou neomezenost a individuální práci. Vyplněním dotazníků dal respondent souhlas k zpracování jeho dat. Ještě před tím, než byl dotazník distribuován mezi zaměstnance zdravotnické záchranné služby jednotlivých krajů, byl vytvořen a předložen k podpisu zvolenému zástupci daného kraje Souhlas s provedením výzkumu (viz příloha 2,3,4). Veškerá data byla získávána, vyhodnocena a prezentována zcela anonymně.

## **Uplatnění výzkumné metody**

Výzkumný nástroj byl sestaven ze tří částí a v celkovém součtu obsahoval 56 otázek. První část dotazníku byla tvořena na základě dotazníku Maslach Burnout Inventory, který patří mezi jeden z nejvíc používaných validizovaných a reabilních dotazníků ke sledování syndromu vyhoření v pomáhajících profesích, kam zaměstnanci zdravotnické záchranné služby bezesporu patří. Při vyplňování první části dotazníku, mohl respondent ke svým odpovědím k jednotlivým výrokům využít škálu 1–7, kdy 1 značí subjektivní pocit „vůbec“ a 7 značí pocit „velmi silně“. Syndrom vyhoření je diagnostikován na základě tří oblastí. První z nich je emocionální vyčerpání (Emotional Exhaustion – EE), které ve své absolutní hodnotě představuje celkové vyčerpání jedince a ztrátu chuti k životu. Další oblastí je depersonalizace (Depersonalization – DP), jejichž otázky prezentují pocity odosobnění k dané profesi. Typickým rysem pro tento stav může být například ztráta úcty k jiným lidem, v našem kontextu k pacientům a kolegům. Tyto dvě části jsou negativně zaměřeny, jinak řečeno, jejich vysoké skóre značí negativní výsledky. Pravým opakem je část třetí, která zjišťuje osobní uspokojení z práce (Personal Accomplishment – PA). Skóre jednotlivých částí se sečte a v rámci vyhodnocení se jednotlivé oblasti hodnotí ve třech stupních, a to konkrétně stupeň nízký, mírný a vysoký (Maslach, Jackson, 1981).

## **Stupeň emocionálního vyčerpání (EE)**

0–16	Nízký – minimální riziko ohrožení syndromem vyhoření
17–26	Střední – středně vysoké riziko ohrožení syndromem vyhoření
27 a více	Vysoké – vysoké riziko ohrožení syndromem vyhoření



### **Stupeň depersonalizace (DP)**

0–6	Nízký – minimální riziko ohrožení syndromem vyhoření
7–12	Střední – středně vysoké riziko ohrožení syndromem vyhoření
13 a více	Vysoké – vysoké riziko ohrožení syndromem vyhoření

### **Stupeň osobního uspokojení (PA)**

25 a více	Vysoké – minimální riziko ohrožení syndromem vyhoření
24–18	Střední – středně vysoké riziko ohrožení syndromem vyhoření
18–0	Nízký – vysoké riziko ohrožení syndromem vyhoření (Maslach, Jackson, 1981).

Stavba dotazníku však musela být upravena, aby odpovídala zaměření diplomové práce a profesnímu zaměření vybraných respondentů. Oproti originálnímu znění MBI se jednalo o úpravu otázek č. 4, 5, 7, 15, 17, 22. Také byl upraven jeho počet otázek, který místo 22 v závěrečném součtu činil 19 otázek. Tento počet byl statisticky zohledněn v klíči pro vyhodnocení MBI dotazníku.

Druhá část kvantitativního nástroje ke sběru dat byla zaměřena na zjištění vztahu zaměstnanců zdravotnické záchranné služby ke své profesi, a také obsahovala otázky ke zjištění stresorů, se kterými se během svého výkonu povolání setkávají. V této části bylo prezentováno celkem 19 otázek. Otázka č. 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26 byly zaměřeny na vztah lékařů, zdravotnických záchranářů a řidičů ZZS ke své profesi. Otázky č. 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33 byly orientovány na pracovní stresory. Následující otázky, a to konkrétně otázky č. 35, 36, 37, 38, 39 dotazují, jakými způsoby se respondenti vyrovnávají se stresory a rozebírají jejich životosprávu. Otázka číslo 34 je zaměřena na zdravotní potíže zaměstnanců ZZS související s jejich povoláním. Třetí část je zaměřena na znalosti zaměstnanců ZZS o syndromu vyhoření a jeho prevenci a obsahuje 16 otázek. Tato část je složená z otázek č. 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47 a 50, které rozebírají faktické znalosti respondentů o syndromu vyhoření a jejich informovanost o symptomech a prevenci. Otázky č. 47 a 48 získávají informace o osobních zkušenostech respondentů se syndromem vyhoření, a o tom, zda již došlo k preventivní edukační činnosti v jejich profesní kariéře. Třetí část polostandardizovaného dotazníku obsahuje autobiografické údaje respondentů, na které jsou dotazováni v závěrečných otázkách č. 51, 52, 53, 54, 55, 56. Co se týče skladby otázek, dotazník obsahoval tedy celkem 56 otázek z nich bylo 19 uzavřených s možností výběru ze stupnice, 9 otázek s uzavřeným výběrem, 3 uzavřené otázky s dichotomickým počtem odpovědí, 2 uzavřené řadící otázky, 5 otázek otevřených, 11 otázek polouzavřených a 7 otázek využívající Likertovu škálu.

Před samotným zahájením dotazníkového šetření, byl výzkumný nástroj ověřen na zkušebním vzorku respondentů, který čítal 30 jedinců, jehož členi byli bývalí studenti z Fakulty zdravotnických studií, obor Zdravotnický záchranář, nyní kolegové a zaměstnanci zdravotnické záchranné služby Jihomoravského, Středočeského a Zlínského kraje. Odpovědi od tohoto vzorku respondentů nebyly použity pro empirickou část práce. Na základě těchto výsledků byly vybrané otázky upraveny tak, aby byly lépe srozumitelné pro cílovou skupinu respondentů. Jednalo se například o otázku č. 29, kde původní nabídka odpovědí obsahovala pouze možnosti strach, smutek, neklid, vinu, tíhu. Tato otázka tedy byla rozšířena o možnosti hněv, znechucení, stud, lítost na podkladě informací od zkušebního vzorku. Ověřovací proces dotazníku probíhal přesně tak, aby reflektoval výzkumné šetření. Vybranému vzorku pilotních respondentů tedy byl elektronickým způsobem zaslán přímý odkaz na dotazník, který museli vyplnit v termínu od 20.2.-25.2. 2021. Tento termín byl vyhrazen pro ověřovací proces.

### **Organizace a lokace sběru dat**

Prvním organizačním krokem k provedení výzkumného šetření k diplomové práci bylo oslovení jednotlivých zástupců zdravotnických záchranných služeb a zaslání souhlasu o provedení výzkumu ve vybrané organizaci (viz příloha 2, 3, 4). Veškerá komunikace probíhala elektronickou formou e-mailových zpráv.

Královehradecký kraj zastupoval pan MUDr. Marek Dvořák. Pro schválení provedení výzkumu v tomto kraji bylo nutné vyplnit online formulář a uvést bližší informace o výzkumu. Jako byl například název diplomové práce, vedoucí diplomové práce, rozsah a název výzkumného nástroje, autorovi identifikační a korespondenční údaje, cíl práce a soubor respondentů. Organizace také vyžadovala uhrazení poplatku ve výši 500 Kč bankovním převodem. Současně s vyplněnými informacemi bylo nutné v příloze odeslat doklad o zaplacení administrativního poplatku a návrh výzkumného nástroje. Do 10 dnů od podání žádosti, ZZS HK garantovala odpověď od pověřeného pracovníka Odboru vzdělávání a řízení kvality a předání žádosti k posouzení vedoucímu Odboru vzdělávání. Po kladném rozhodnutí o žádosti provedení výzkumu byl dotazník v nezměněné verzi distribuován elektronickou zprávou na e-mailové adresy cílenému souboru respondentů v podobě informační zprávy obsahující hypertextový odkaz.

Záchranná zdravotní služba Pardubického kraje byla zastoupena panem MUDr. Igorem Paarem a Olomoucká záchranná zdravotní služba paní Mgr. Danou Seidlovou. Poslední dva jmenované kraje nevyžadovaly úhradu administrativního poplatku za provedení výzkumu, ani bližší informace o výzkumném šetření. V obou krajích byl dotazník distribuován nejprve na interním

komunikačním kanálu organizace, následně pak na pracovní e-mailové adresy souboru respondentů pro zajištění větší návratnosti. Komunikace se všemi zástupci organizací probíhala velice rychle a vstřícně.

Z důvodu epidemické situace probíhalo dotazníkové šetření v online formě, kdy respondent pouze otevřel odkaz, který mu byl zaslán na jeho pracovní e-mailovou adresu. Po jeho otevření se v novém okně zobrazil dotazník ve webovém rozhraní v placené verzi Premium od společnosti Survio.com. Před samotným zahájením vyplňování, byl respondent seznámen s účelem, členěním a zaměřením výzkumného šetření. Také byl upozorněn na anonymitu celého šetření (viz příloha 1). Vyplněním a odesláním, zaměstnanec zdravotnické záchranné služby souhlasil se zpracováním jím vyplněných dat.

Výzkumného šetření, které probíhalo od 1.3.2021 do 1.4.2021 se celkově zúčastnilo 446 respondentů, z čehož 245 (54,9 %) odpovědí bylo dokončeno. Po provedení stratifikovaného náhodného výběru, bylo statisticky zpracováno 180 (73,5 %) odpovědí a vyřazeno 65 responzí (36,5 %). Primárním zdrojem otevření dotazníku byl ve 100% zastoupení přímý odkaz. Nadpoloviční většina, tedy 69 %, potřebovala pro vyplnění výzkumného nástroje 10-30 minut. Devatenácti procentní skupina vyplňovala dotazník více než 60 minut a 12 % respondentů dokončili svoje odpovědi v rozmezí 30-60 minut.

U Zdravotnické záchranné služby Královehradeckého kraje, která zaměstnává celkem 335 osob bylo zaznamenáno 85 odpovědí, z čehož plyne návratnost 25,4 %. Z Pardubického kraje bylo odesláno 82 vyplněných dotazníků, což představuje 22,5% návratnost. V Olomouckém kraji bylo vyplněno 78 dotazníků, což odpovídá návratnosti 22,4 % z celkového počtu zaměstnanců v této organizaci.

Druhá část dotazníku, která je orientovaná na postoje zaměstnanců zdravotnické záchranné služby k jejich profesi a stresory, se kterými se během svého výkonu povolání setkávají, je inspirovaná výzkumným nástrojem, který použil pan Mgr. Levkov ve své diplomové práci v roce 2019 s názvem Syndrom vyhoření u učitelů odborných předmětů na zdravotnických školách.

### **Metody zpracování dat**

Získaná online data byla vygenerována do dokumentu exe., která pak byla následně statisticky ověřena a vyhodnocena. K ověření hypotéz a jejich verifikaci či falzifikaci byly použity různé statistické testy, jako je například Pearsonův Chí kvadrát test dobré shody, neparametrická verze Wilcoxon dvouvýběrový test, neparametrický test Kruskal-Wallis (verze ANOVA),

Dunnův test. Následně byla využita bazální popisná statistika (absolutní, relativní četnosti), medián a výpočet aritmetického průměru.

Třetí část dotazníku, která byla zaměřená na informovanost zaměstnanců zdravotnické záchranné služby o syndromu vyhoření a jeho prevenci, byla vyhodnocena na základě dosaženého skóre. Za každou správnou odpověď respondent mohl získat v otázkách č. 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47 a 50 maximálně 45 bodů. Každá správná odpověď tedy byla ohodnocena 5 body. Pokud respondent dosáhl 100 % - 88 %, získal skóre 1. Pokud dosáhl 87% - 76% úspěšnosti, byl ohodnocen skóre 2. Za 73% - 62% úspěšnosti v odpovědi na otázky, dostal skóre 3. Pakliže se skóre pohybovalo v rozmezí 60 % - 48 %, získal respondent skóre 4. Jestliže byla úspěšnost menší než 48 %, bylo přiřazeno skóre 5.

Pro lepší přehlednost jsou získaná data prezentována pomocí grafů a tabulek. Statistické zpracování získaných dat, proběhlo ve spolupráci s panem doc. RNDr. Petrem Bujokem, Ph.D.

## 3.2 Výsledky

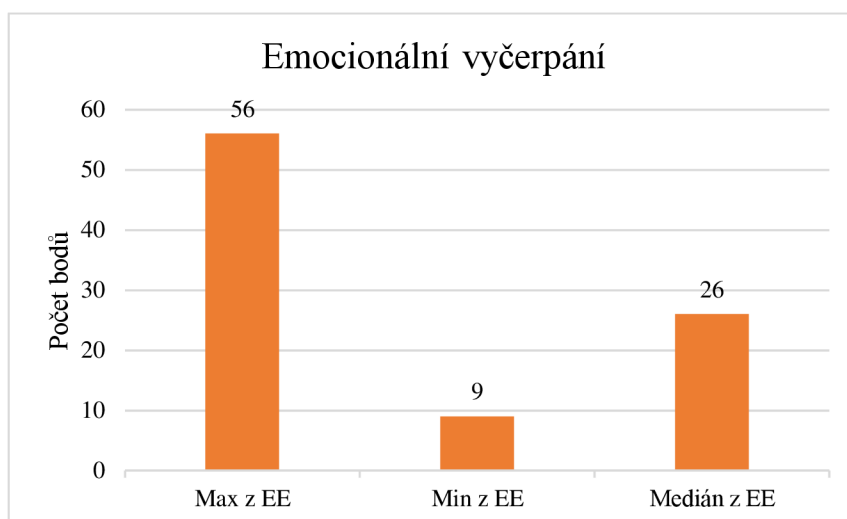
### 3.2.1 Vyhodnocení dotazníku Maslach Burnout Inventory

#### Emocionální vyčerpání

Sledujeme položky č.: 1, 2, 3, 6, 7, 12, 13, 15, 18. Maximální dosažené skóre ze všech respondentů bylo 56 z 63 bodů. Minimální 9. Medián skóre byl 26, což značí hraniční hodnotu mezi mírným a vysokým stupněm emocionálního vyčerpání.

**Tabulka 9 Emocionální vyčerpání**

Emocionální vyčerpání	Počet bodů
Max z EE	56
Min z EE	9
Medián z EE	26



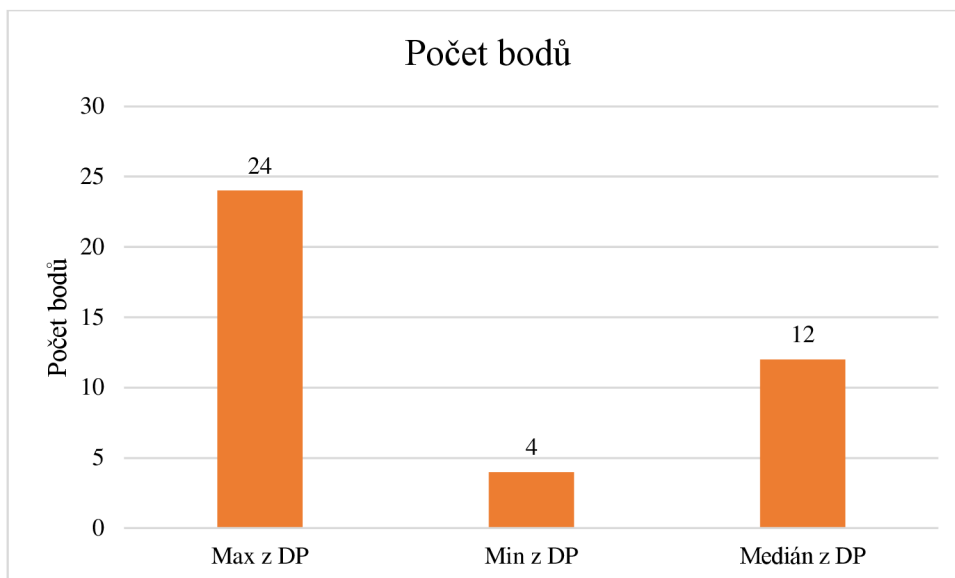
**Graf 7 Emocionální vyčerpání**

#### Depersonalizace

Sledujeme položky č.: 5, 9, 10, 14. Maximální dosažené skóre ze všech respondentů bylo 24 z 28 bodů. Minimální 4. Medián skóre byl 12, což značí hraniční hodnotu mezi mírným a vysokým stupněm depersonalizace.

**Tabulka 10 Depersonalizace**

Depersonalizace	Počet bodů
Max z DP	24
Min z DP	4
Medián z DP	12



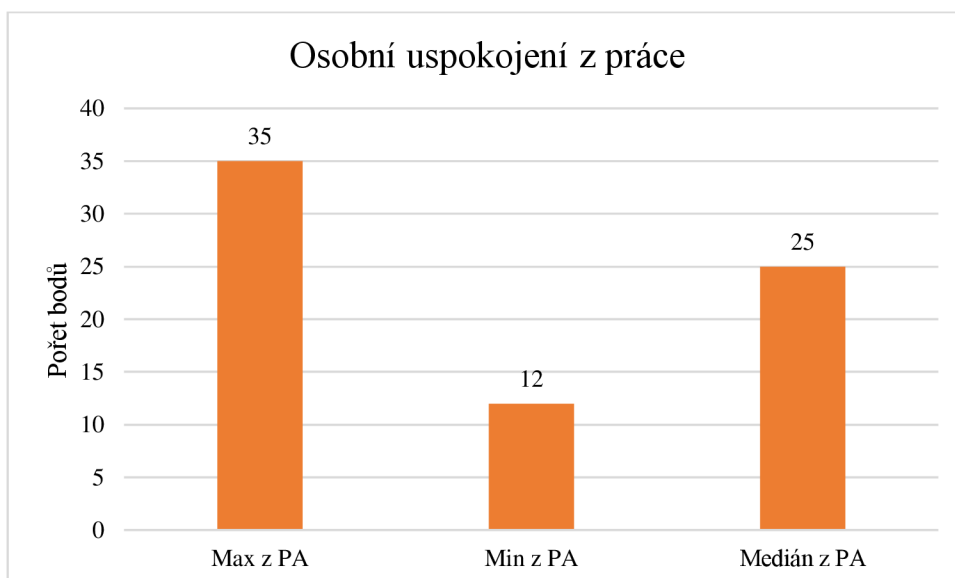
**Graf 8 Depersonalizace**

### Osobní uspokojení z práce

Sledujeme položky č.: 4, 9, 11, 16, 17, 19. Maximální dosažené skóre ze všech respondentů bylo 35 z 42 bodů. Minimální 12. Medián skóre byl 25, z čehož vyplývá vysoký stupeň osobního uspokojení z práce.

**Tabulka 11 Osobní uspokojení z práce**

Pracovní uspokojení	Počet bodů
Max z PA	35
Min z PA	12
Medián z PA	25



**Graf 9 Osobní uspokojení z práce**

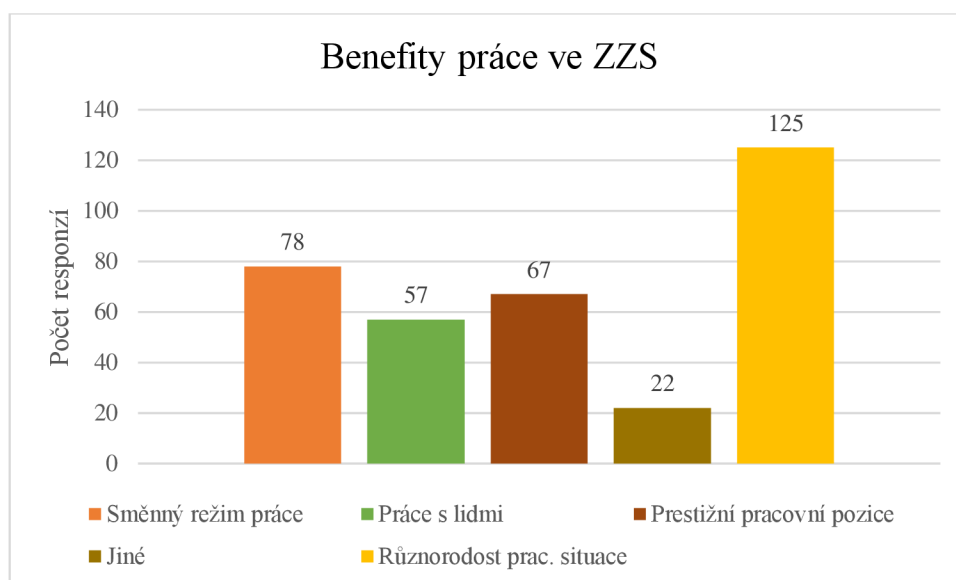
### 3.2.2 Vyhodnocení otázek druhé části

**Otázka č. 20:** Jaké benefity má podle Vás práce ve zdravotnické záchranné službě?

V dané otázce mohli respondenti vybírat z pěti odpovědí a zároveň mohli volit jednu a více odpovědí. Celkově bylo zaznamenáno 349 responzí. Nejčastěji, a to konkrétně v 125 případech, což činí 69,83 % z celkového počtu získaných odpovědí, volili respondenti možnost „různorodost pracovní situace“. Druhá nejčastější odpověď byla „směnný režim práce“, 78 odpovědí (43,58 %). Možnost „prestižní profese ve společnosti“ zvolilo 67 respondentů (37,43 %) a za nejméně volený benefit práce ve zdravotnické záchranné službě byla práce s lidmi, 57 odpovědí (31,84 %). Dvacet dva odpovědí bylo evidováno v možnosti „jiné“, kde respondenti uváděli různé benefity, jako například, finanční ohodnocení, jistota zaměstnání, dobrý pocit z pomoci lidem atd.

**Tabulka 12 Benefity práce ve zdravotnické záchranné službě**

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Směnný režim práce	78	22,35
Různorodost pracovní situace	125	35,82
Práce s lidmi	57	16,33
Prestižní pracovní pozice	67	19,20
Jiné	22	6,30
<b>Celkem</b>	<b>349</b>	<b>100</b>



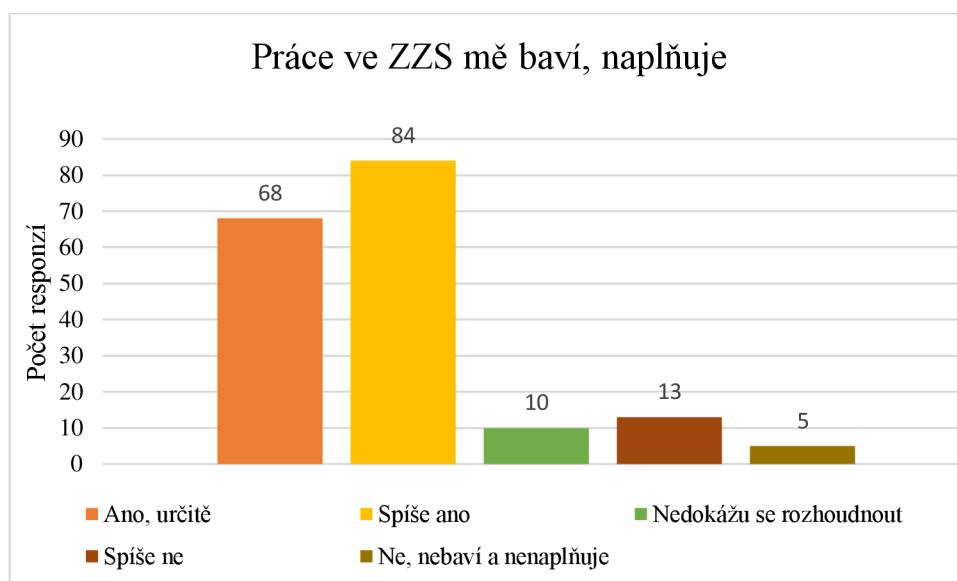
**Graf 10 Benefity práce ve zdravotnické záchranné službě**

**Otázka č.21:** Práce v ZZS mě baví, naplňuje.

V této otázce bylo na výběr z možností „ano určitě“, „spíše ano“, „nedokážu se rozhodnout“, „spíše ne“, „ne, nebaví a nenaplňuje“. Respondent vždy mohl zvolit jen jednu odpověď. Z výsledků vyplývá, že 68 (37,78 %) zaměstnanců zdravotnické záchranné služby, práce určitě baví. Odpověď „spíše ano“ zvolilo nejvíc respondentů, a to 84 (46,67 %). Dalších 10 (5,56 %) zdravotníků uvedlo, že se nedokážou rozhodnout. Práce v ZZS spíše nebaví 13 jedinců (7,22 %) a nebaví a nenaplňuje 5 zaměstnanců (2,78 %).

**Tabulka 13 Práce v ZZS mě baví, naplňuje**

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano, určitě	68	37,78
Spíše ano	84	46,67
Nedokážu se rozhodnout	10	5,56
Spíše ne	13	7,22
Ne, nebaví a nenaplňuje	5	2,78
<b>Celkem</b>	<b>180</b>	<b>100,00</b>



**Graf 11 Práce v ZZS mě baví, naplňuje**

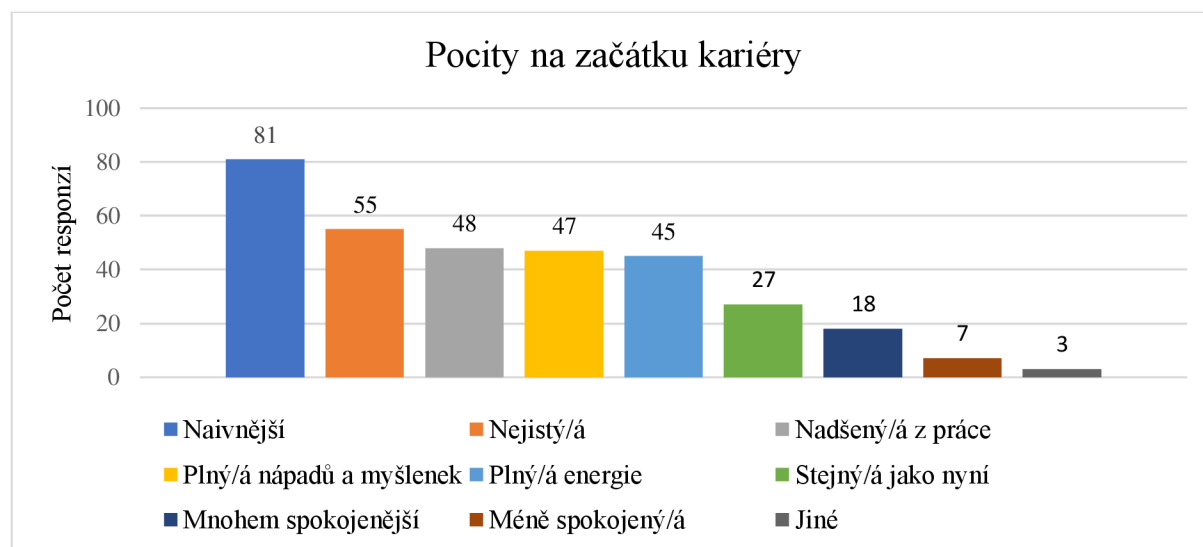


**Otázka č. 22:** Když porovnáte Vaše profesní začátky a současnost, tehdy jsem byl/a:

Na výběr bylo hned několik následujících možností. Mnohem spokojenější, naivnější, plný/á nápadů a myšlenek, plný/á energie, nadšený/á z práce, stejný/á jako nyní, méně spokojený/á, nejistý/á nebo jiné možnosti. Respondent měl možnost opět vybrat jednu a více odpovědí. Celkový počet responzí byl vyčíslen na 331. Nejvíce odpovědí bylo zaznamenáno u možnosti „naivnější“, a to 81 (24,47 %). Druhá nejpočetnější skupina 55 jedinců (16,62 %) volila možnosti „nejistý/á“. Nadšených z práce bylo 48 respondentů (14,50 %) a o jednu odpověď míň jsme zaznamenali u odpovědi plný/á nápadů a myšlenek, tedy 47 (14,20 %). Varianta „plný/á energie“ uvedlo 45 (13,60 %) zaměstnanců zdravotnické záchrané služby. Žádnou změnu nepocítuje 27 respondentů (8,16 %) a zvolili tak možnost „stejný/á jako nyní“. Osmnáct respondentů (5,44 %), bylo mnohem spokojenějších než nyní. U odpovědi „méně spokojený“ evidujeme pouze 7 responzí (2,11 %). Tři respondenti (0,91 %) odpovědi „jiné“, kde uvedli například, že ve svých profesních začátcích neměli tolik zkušeností nebo že hledali složitosti v diferenciální diagnostice u pacientů.

**Tabulka 14** Pocity na začátku kariéry

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Mnohem spokojenější	18	5,44
Naivnější	81	24,47
Plný/á nápadů a myšlenek	47	14,20
Plný/á energie	45	13,60
Nadšený/á z práce	48	14,50
Stejný/á jako nyní	27	8,16
Méně spokojený/á	7	2,11
Nejistý/á	55	16,62
Jiné	3	0,91
<b>Celkem</b>	<b>331</b>	<b>100,00</b>



**Graf 12** Pocity na začátku kariéry

**Otázka č. 23:** Jak hodnotíte fyzickou náročnost své práce?

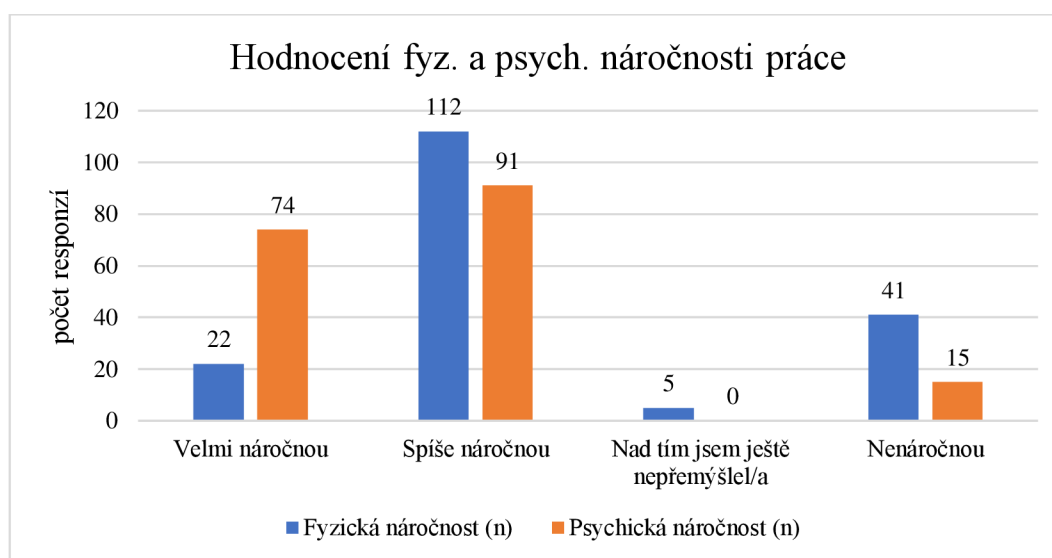
Nejvíce respondentů udává, že svoji práci považují z fyzického pohledu za spíše náročnou. V součtu tuto možnost vybralo 112 respondentů, což v přepočtu znamená 62,22 %. Svou práci považuje za velmi náročnou 22 respondentů, což činí 12,22 %. Za nenáročnou, považuje svou práci 41 respondentů, což činí 22,78 %. Pouze 5 respondentů (2,78 %) si ještě takovou otázku nepoložilo.

**Otázka č. 24:** Jak hodnotíte psychickou náročnost své práce?

Nejvíce respondentů udává, že svoji práci považují z psychického pohledu za spíše náročnou. Celkem tuto možnost vybralo 91 respondentů, což v přepočtu udává 50,56 %. Za velmi náročnou, svou práci považuje 74 respondentů, což je 41,11 %. Za nenáročnou, svou práci považuje 15 respondentů, což činí 8,33 %. Nad tím, jestli je práce na ZZS psychicky náročná přemýšleli dle výsledků všichni dotazovaní. Podle uvedených dat můžeme říct, že respondenti považují svoji práci náročnější z psychického hlediska než z fyzického.

**Tabulka 15** Hodnocení fyzické a psychické náročnosti své práce

Odpověď	Fyzická náročnost (n)	Relativní četnost (%)	Psychická náročnost (n)	Relativní četnost (%)
Velmi náročnou	22	12,22	74	41,11
Spíše náročnou	112	62,22	91	50,56
Nad tím jsem ještě nepřemýšlel/a	5	2,78	0	0,00
Nenáročnou	41	22,78	15	8,33
<b>Celkem</b>	<b>180</b>	<b>100</b>	<b>180</b>	<b>100,00</b>

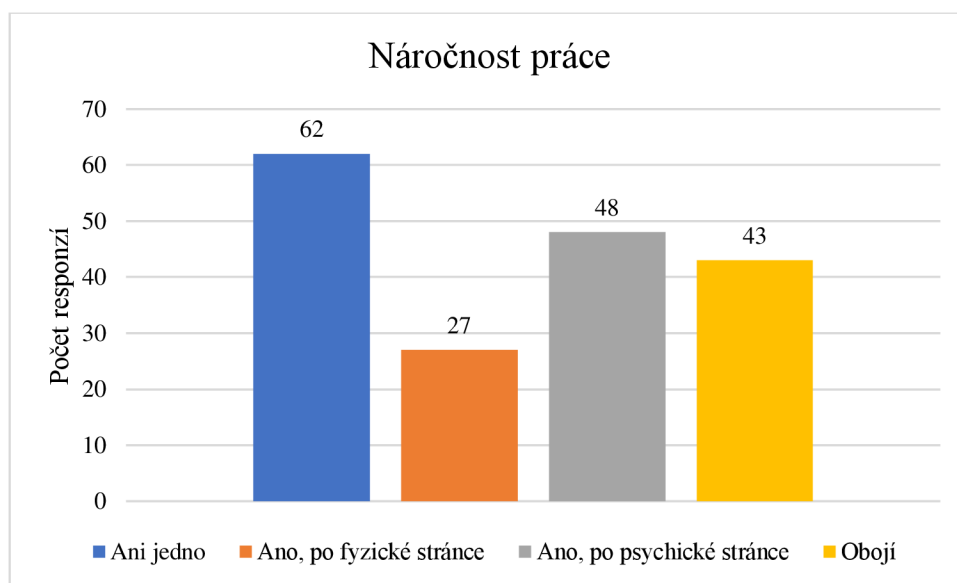
**Graf 13** Hodnocení fyzické a psychické náročnosti své práce

**Otázka č. 25:** Považujete své profesní zaměření za náročnější než zaměření ostatních zdravotníků?

Odpověď "ani jedno" zvolilo 62 respondentů, což činí 34,44 %. Dalších 43 respondentů (38,89 %) považuje své zaměstnání za náročnější jak po fyzické, tak i po psychické stránce. Náročnější po fyzické stránce svou práci označilo 27 respondentů (15,0 %). Čtyřicet osm respondentů (23,89 %) si myslí, že jejich zaměstnání je po psychické stránce náročnější než zaměření ostatních zdravotníků.

**Tabulka 16 Náročnost práce**

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ani jedno	62	34,44
Ano, po fyzické stránce	27	15,00
Ano, po psychické stránce	48	26,67
Obojí	43	23,89
<b>Celkem</b>	<b>180</b>	<b>100,00</b>



**Obrázek 14 Náročnost práce**

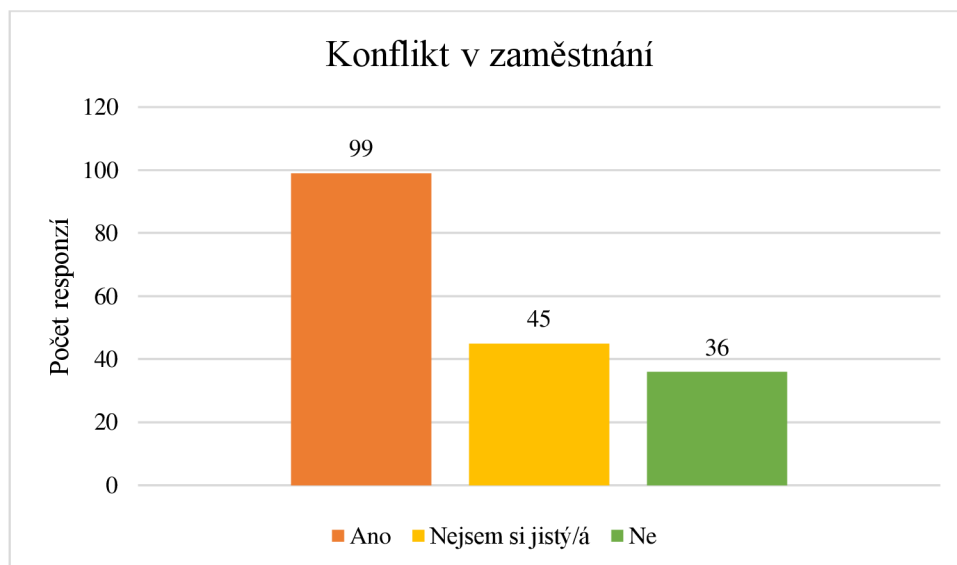
**Otázka č. 26:** Zažil/a jste v pracovním procesu nějaké rozpory (napětí, konflikty)?

Nejčastější odpověď respondentů na výše uvedenou otázku byla „ano“, a to v 99 případech, což tvoří 55% zastoupení ze všech odpovědí. Odpovědí na otázku si nebylo jistých 45 jedinců (25,00 %) a s žádným konfliktem během pracovního procesu nemělo 36 (20,00 %) zaměstnanců zdravotnické záchranné služby. V této otázce jsme v případě pozitivní odpovědi prosili o uvedení konkrétního příkladu konfliktu. Mezi vybrané příklady patří:

- „Ano s arogantním kolegou a řidičem co neumí řídit.
- *Bossing na pracovišti, k tomu pomluvy, naschvály, snaha o šíření dezinformací mezi kolegy.*
- *Kolektiv a pacienti.*
- *Intrapersonální konflikty během předávání pacienta do zdravotnického zařízení.*
- *Mezi mnou a staršími kolegy z důvodu aplikování překonaných postupů.*
- *Nadávky.*
- *Napadení pacientem.*
- *Poznámky a dehonestace mojí práce při předávání pacienta v nemocnici.*
- *Rozdielnosť pováh, rozdiel medzi staršími a mladými, pohľad staršieho na mladšieho a opačne.*
- *Resuscitace polymorbidních pacientů nad 80 let.*
- *Sexuální harašení.*
- *Agresivní pacient.*
- *Rozpory ve velení na zásahu a běžné žabomyší války a spory na pracovištích s kolegy.*
- *Zbytečné hledání problémů u nadřízených.“*

**Tabulka 17 Konflikt v zaměstnání**

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	99	55
Nejsem si jistý/á	45	25
Ne	36	20
<b>Celkem</b>	<b>180</b>	<b>100,00</b>



**Graf 15 Konflikt v zaměstnání**

**Otázka č. 27:** Seřad'te zátěžové situace vyskytující se v pracovním prostředí podle závažnosti. Nejvíce stresující zátěžovou situaci označte číslicí 1 a pokračujte po nejméně stresující, tu označte číslem 11.

1. časová tíseň – výjezd do 2 minut, příjezd na místo do 20 minut, rychle řešení situace na místě zásahu
2. postavení zaměstnance – interpersonální konflikty, rivalita, šikana, pomluva
3. chování pacientů – konfliktní chování, agresivní chování, nespolupracující chování
4. administrativa – vyhotovení výjezdového záznamu, zadávání dat do počítačových programů
5. pracovní tým – neochota spolupracovat, nerespektování pokynu vedoucího výjezdové skupiny, nekolegiálnost, neprofesní chování
6. zdravotnická činnost – postup při zásahu
7. zodpovědnost za kvalitu poskytnuté péče – správnost provedení odborných výkonů
8. vedení ZZS – kontrolní činnost
9. předání pacientů do zdravotnické zařízení
10. riziko onemocnění infekční nemocí
11. dopravní situace při výjezdu ZZS – např. nerespektování nebo nevhodné chování účastníků provozu v případě použití výstražných a zvukových znamení

Respondentům byl nabídnut výše uvedený seznam činností, které mohou na zaměstnance zdravotnické záchranné služby působit stresově. Každý jedinec však dané stresové situace vnímá s jinou intenzitou a u každého zaměstnance je pak subjektivní pocit individuální. Respondenti měli za úkol seřadit seznam uvedených situací od nejvíce stresujících, až po ty nejméně. Dle vyhodnocení dat a následném použití aritmetického průměru, kdy počet dosažených bodů byl podělen počtem respondentů, je patrné, že nejvíce stresující situací pro zaměstnance zdravotnické záchranné služby během výkonu pracovního procesu je chování pacientů, ve smyslu konfliktního chování, agresivního chování, nespolupracujícího chování. Druhý nejintenzivnějším stresujícím faktorem byla zvolena časová tíseň – výjezd do 2 minut, příjezd na místo do 20 minut, rychle řešení situace na místě zásahu. Na třetím místě nejvíce stresující situace, je zodpovědnost za kvalitu poskytnuté péče – správnost provedení odborných výkonů. Následuje postavení zaměstnance – interpersonální konflikty, rivalita, šikana, pomluva, které je pro zaměstnance zdravotnické záchranné služby více stresující než

zdravotnická činnost, kterou rozumíme postup zdravotníků při zásahu. Pracovní tým – neochota spolupracovat, nerespektování pokynu vedoucího výjezdové skupiny, nekolegiálnost, neprofesionální chování, jsou označeny za šesté nejvíce stresující situace. Sedmé místo obsadila položka předání pacienta do zdravotnického zařízení, kde stresujícím faktorem mohou být neshody s lékařem přebírající pacienta, kvůli směřování pacienta, zvolené léčby či správnosti primárního ošetření v přednemocniční péči. Administrativní činnost, kam patří vyhotovení výjezdového záznamu, zadávání dat do počítačových programů atd. je osmá nejvíce stresující činnost zaměstnanců zdravotnické záchranné služby. Je předpokládáno, že dopravní situace při výjezdu ZZS – např. nerespektování nebo nevhodné chování účastníků provozu v případě použití výstražných a zvukových znamení, je stresující faktor primárně pro řidiče ZZS a záchranáře ve funkci řidiče. Tato možnost se umístila na devátém místě. Sběr dat probíhal ve velmi nepříznivé epidemické situaci, která byla spojená s infekčním onemocněním SARS-CoV-2. I přes to je však riziko onemocnění infekční nemocí druhým nejméně stresujícím faktorem pro zaměstnance zdravotnické záchranné služby. Dle zpracovaných dat a z nich vyplívajících výsledků, můžeme dedukovat, že vedení ZZS a jeho kontrolní činnost působí na zaměstnance stresově nejméně ze všech uvedených možností, protože aritmetický průměr této odpovědi dosáhl nejvyšší hodnoty.

**Tabulka 18 Stresující faktory pro zaměstnance ZZS**

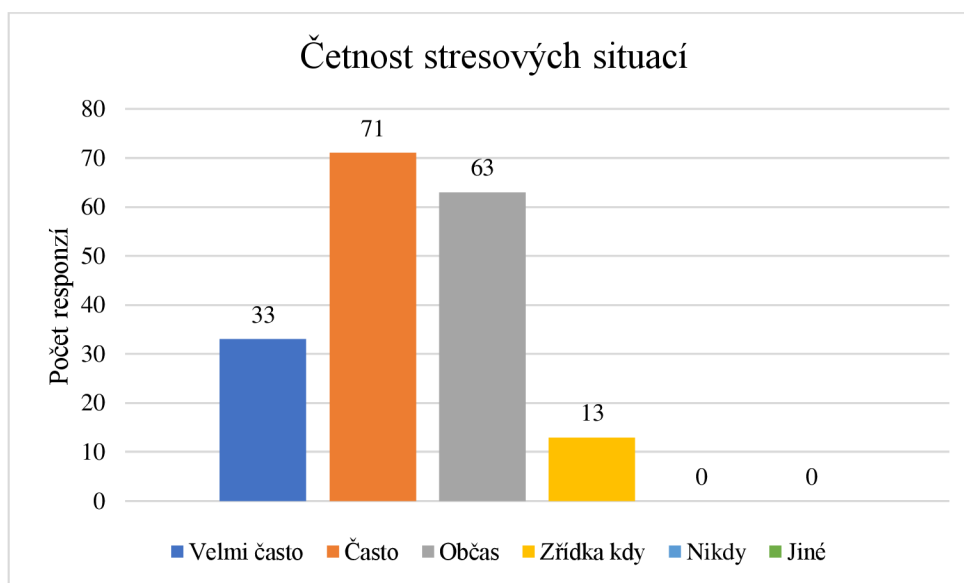
Celkové pořadí	Odpověď	Počet bodů	Průměrné pořadí
1	chování pacientů	715	3,97
2	časová tíseň	801	4,45
3	zodpovědnost za kvalitu péče	948	5,27
4	postavení zaměstnance	1005	5,58
5	zdravotnická činnost	1085	6,03
6	pracovní tým	1098	6,10
7	předání pacienta	1152	6,40
8	administrativa	1185	6,58
9	dopravní situace při výjezdu	1201	6,67
10	riziko onemocnění	1305	7,25
11	vedení ZZS	1313	7,29

**Otázka č. 28:** Jak často se setkáváte s danými stresujícími situacemi?

V této otázce měli zaměstnanci zdravotnické záchrané služby na výběr hned několik možností. Jednalo se o odpovědi „velmi často“, „často“, „občas“, „zřídka kdy“, „nikdy“ a „jiné“. Tyto možnosti odpovědí byly voleny v závislosti na předchozí otázce č. 27. U možnosti „jiné“, mohli respondenti uvést svoje vyjádření, kde však nikdo žádnou individuální odpověď nenapsal. Stejně tak nikdo nezvolil variantu „nikdy“. Nejčastější odpověď byla „často“, kdy tuto možnost zvolilo 71 (39,44 %) účastníků. Druhá nejčastěji volená možnost byla „občas“, a to v 63 případech, což činí 35 % ze všech odpovědí. S výše popsányi stresovýi situacemi se 33 respondentů (18,33 %) setkává velmi často. Třináct respondentů (7,22 %) odpovědělo „zřídka kdy“.

**Tabulka 19** Četnost stresových situací

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Velmi často	33	18,33
Často	71	39,44
Občas	63	35,00
Zřídka kdy	13	7,22
Nikdy	0	0,00
Jiné	0	0,00
<b>Celkem</b>	<b>180</b>	<b>100,00</b>



**Graf 16** Četnost stresových situací

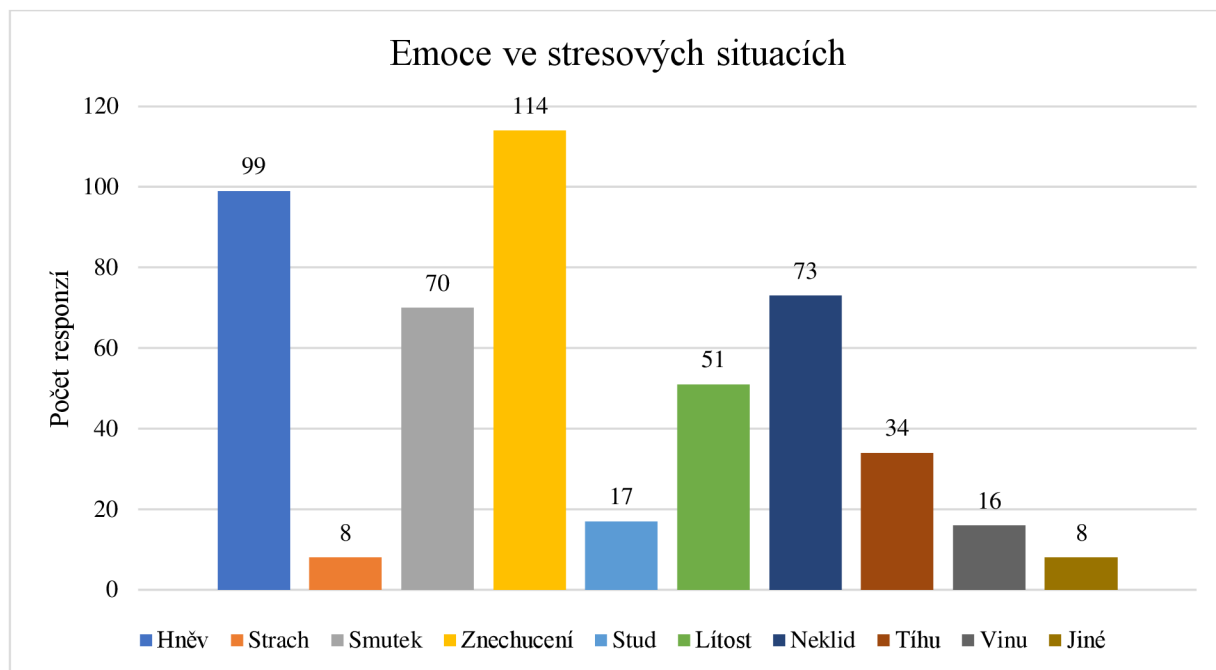
**Otázka č. 29:** Označte, které negativní emoce u vás tyto situace vyvolávají (můžete vybrat více odpovědí):

Otázka č. 29 byla charakteristická svým počtem možností pro výběr negativních emocí, které jsou vyvolány stresovými situacemi (viz otázka č. 27). Účastníci dotazníkového šetření mohli vybírat jednu a více možností jako například hněv, strach, smutek, znechucení, stud, lítost, neklid, tíhu, vinu nebo mohli uvést emoce dle vlastního uvážení. Nejčastěji bylo voleno „znechucení“, a to ve 114 případech, což představuje 23,27 % ze všech odpovědí. Druhou nejčastější odpovědí byl hněv, který byl označen 99krát (20,20 %). Sedmdesát tři respondentů, což odpovídá 14,90% skupině ze všech zaznamenaných odpovědí u této otázky, označilo možnost „neklid“. Pokud nastala nějaká z výše uvedených stresových situací, smutek pociťovalo 70 respondentů (14,29 %) a 51 jedinců lítost (10,41 %). V takových chvílích přemůže 34 respondentů (6,94 %) tíha a stud cítí 17 dotazovaných (3,47 %). Nejméně časté emoce spojené se stresovými situacemi, které zaměstnanci zdravotnické záchranné služby během svého výkonu povolání pociťují jsou „vina“, kterou označilo 16 respondentů (3,27 %) „strach“ 8 jedinců (1,63 %) a stejný počet odpovědí jako u možnosti „strach“ bylo u varianta „jiné“, tedy také 8 (1,63 %). V tomto případě respondenti uvedli například „žádné, spíše zlepšení pozitivních emocí, zbystrění smyslů, koncentrace“ atd. Jiní uváděli, že pociťují všechny zmíněné emoce. Někdo uvedl, že má pocit agrese a nutkání k verbálnímu útoku. Celkem bylo zaznamenáno 490 odpovědí od 180 respondentů.

**Tabulka 20 Emoce spojené se stresovými situacemi**

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Hněv	99	20,20
Strach	8	1,63
Smutek	70	14,29
Znechucení	114	23,27
Stud	17	3,47
Lítost	51	10,41
Neklid	73	14,90
Tíhu	34	6,94
Vinu	16	3,27
Jiné	8	1,63
<b>Celkem</b>	<b>490</b>	<b>100,00</b>





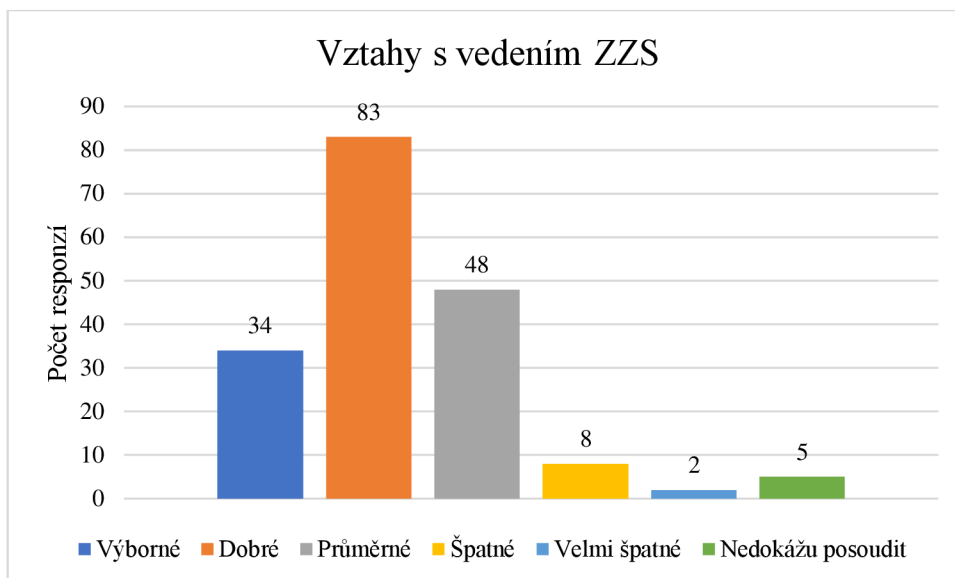
**Graf 17 Emoce ve stresových situacích**

**Otázka č. 30:** Své vztahy s vedením ZZS mohou ohodnotit jako:

Největší počet jedinců uvádí, že jejich vztahy s vedením ZZS hodnotí jako dobré. Přesný počet těchto respondentů je 83, což představuje 46,11 %. Průměrné vztahy uvedlo 48 (26,67 %) dotazovaných. Výborný postoj k vedení ZZS má 34 (18,89) zaměstnanců zdravotnické záchranné služby. Osm respondentů (4,44 %) své vztahy k vedení ZZS hodnotí jako špatné a 2 (2,78 %) dokonce jako velmi špatné. Určitý počet respondentů, a to konkrétně 5 (2,78 %) nedokáže svoje vztahy k vedení ZZS posoudit.

**Tabulka 21 Vztahy zaměstnanců ZZS k vedení**

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Výborné	34	18,89
Dobré	83	46,11
Průměrné	48	26,67
Špatné	8	4,44
Velmi špatné	2	1,11
Nedokážu posoudit	5	2,78
<b>Celkem</b>	<b>180</b>	<b>100,00</b>



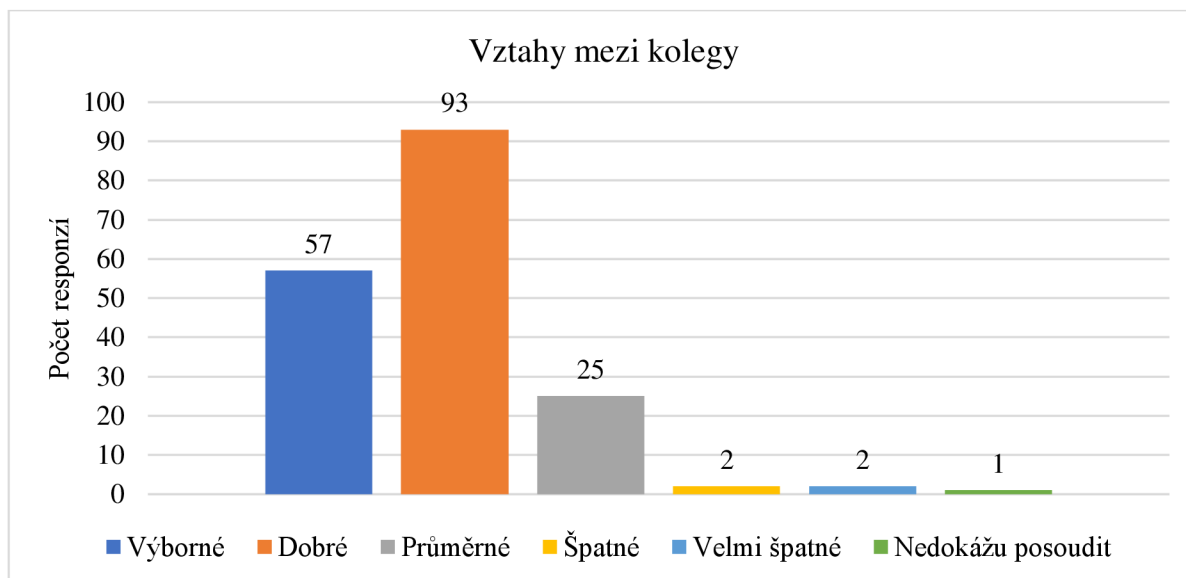
**Graf 18 Vztahy s vedením ZZS**

**Otázka č. 31:** Své vztahy mezi kolegy v rámci kolektivu výjezdové základny mohou ohodnotit jako:

Největší počet jedinců uvádí, že jejich vztahy mezi kolegy v rámci kolektivu výjezdové základny hodnotí jako dobré. Přesný počet těchto respondentů je 93, což představuje 51,67 %. Průměrné vztahy uvedlo 25 (13,89 %) dotazovaných. Výborný postoj k pracovnímu kolektivu má 57 zaměstnanců (31,67 %) zdravotnické záchranné služby. Dva respondenti (1,11 %) své vztahy v pracovním prostředí hodnotí jako špatné a 2 (1,11 %) dokonce jako velmi špatné. Jeden respondent (0,56 %) nedokáže svoje vztahy k vedení ZZS posoudit.

**Tabulka 22 Vztahy mezi kolegy**

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Výborné	57	31,67
Dobré	93	51,67
Průměrné	25	13,89
Špatné	2	1,11
Velmi špatné	2	1,11
Nedokážu posoudit	1	0,56
<b>Celkem</b>	<b>180</b>	<b>100,00</b>

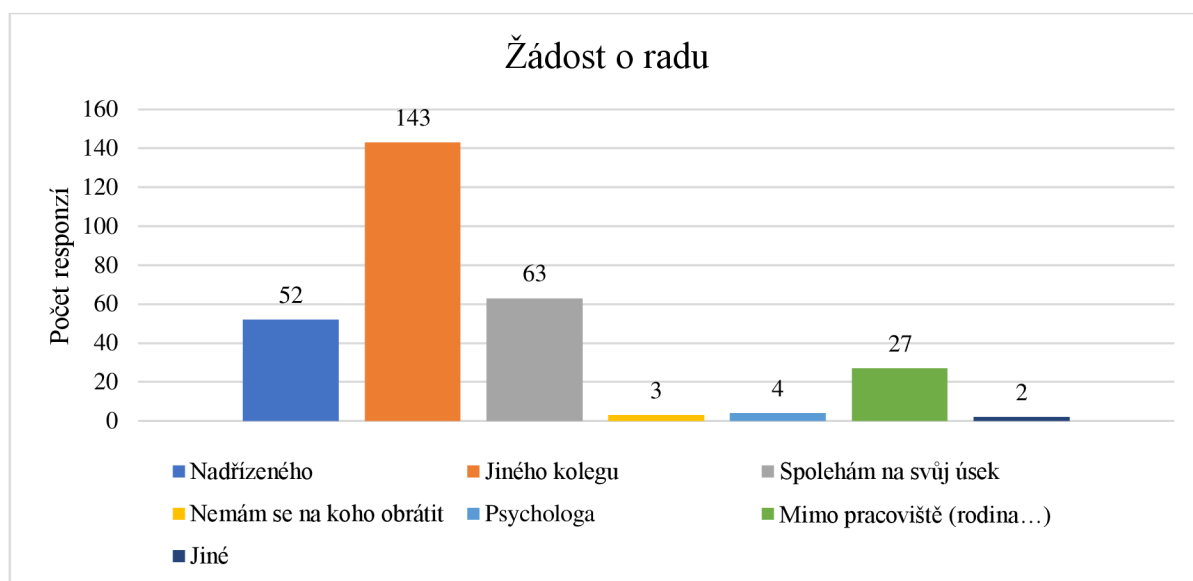


**Otázka č. 32:** Pokud narazím na pracovní problém, obvykle požádám o radu:

V situaci, kdy zaměstnanec zdravotnické záchrané služby narazí na pracovní problém, ve většině případů žádá o radu jiného kolegu. Tuhle možnost zvolila největší skupina respondentů, konkrétně 143, což představuje 48,64 %. Druhá nejvíce zastoupená odpověď, tedy „spoléhám na svůj úsudek“ byla zvolena 63 jedinci (21,43 %). Radu svého nadřízeného by žádalo 52 zaměstnanců (17,69 %). Dalších 27 respondentů (9,18 %) uvedlo, že pokud narazí na pracovní problém, obvykle žádají o radu mimo své pracoviště. Pouze 3 účastníci výzkumu (1,02 %) uvedli, že se v případě takové situace nemají na koho obrátit a 4 respondenti (1,36 %) by se obrátili na psychologa. Ve dvou případech byla zvolena možnost „jiné“, která byla doprovázena komentáři: „odpověď vyhledám na internetu“ a „neznalost dusím v sobě“. Celkově bylo zaznamenáno 294 odpovědí, protože účastníci výzkumného šetření mohli v této otázce zvolit jednu a více odpovědí.

**Tabulka 23 Žádost o radu**

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Nadřízeného	52	17,69
Jiného kolegu	143	48,64
Spoléhám na svůj úsek	63	21,43
Nemám se na koho obrátit	3	1,02
Psychologa	4	1,36
Mimo pracoviště (rodina...)	27	9,18
Jiné	2	0,68
<b>Celkem</b>	<b>294</b>	<b>100,00</b>

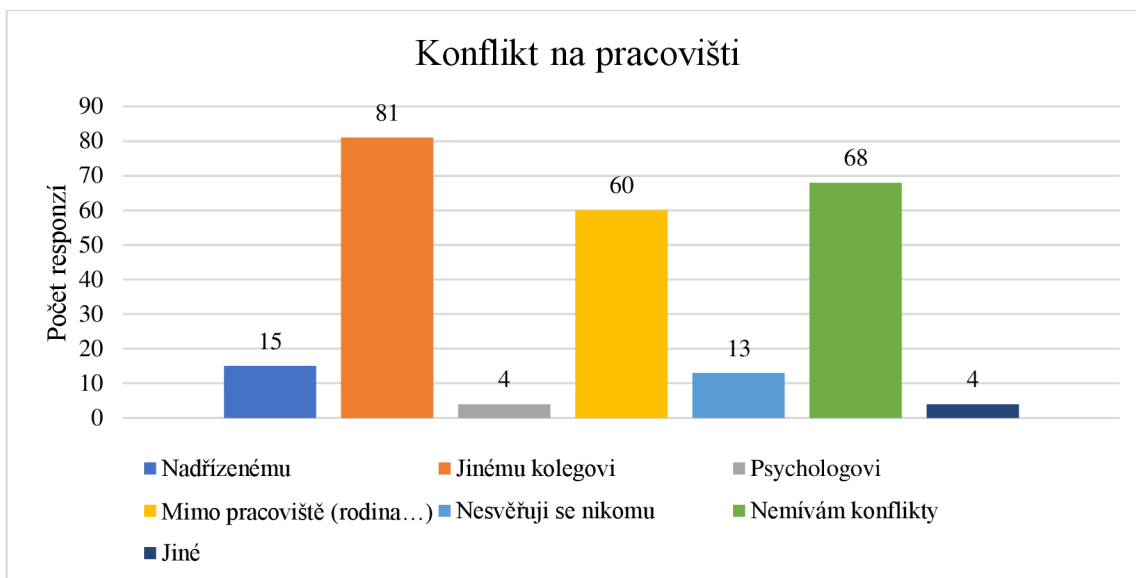


**Otázka č. 33:** Mám-li konflikt na pracovišti s kolegou, obvykle se svěřuji:

Z výsledků vyplývá, že pokud má zaměstnanec během výkonu svého povolání konflikt s kolegou, většina z nich se svěří jinému kolegovi. Tato odpověď byla zaznamenána v 81 případech, což představuje 33,06% skupinu. Mimo své pracoviště se svěří 60 respondentů (24,49 %). Poměrně častá odpověď, která byla zaznamenána a vyhodnocena je „nemívám konflikty“, a to v 68 případech (27,76 %). Třináct zaměstnanců ZZS (5,31 %) se nesvěřuje nikomu, čtyři (1,63 %) by se svěřili psychologovi. Pokud byla zvolena možnost „jiné“, která byla vybrána ve 4 případech (1,63 %), byla následně okomentována například „pomluví ho“ nebo „vyříkám si to s ním“. Celkově bylo zaznamenáno 245 odpovědí, protože účastníci výzkumného šetření mohli v této otázce zvolit jednu a více možností. Z výsledků je tedy patrné, že pokud zaměstnanci zdravotnické záchranné služby ze zkoumaného vzorku respondentů mají konflikt, svěřují se nejčastěji jinému kolegovi.

**Tabulka 24 Konflikt na pracovišti**

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Nadřízenému	15	6,12
Jinému kolegovi	81	33,06
Psychologovi	4	1,63
Mimo pracoviště (rodina...)	60	24,49
Nesvěřuji se nikomu	13	5,31
Nemívám konflikty	68	27,76
Jiné	4	1,63
<b>Celkem</b>	<b>245</b>	<b>100,00</b>



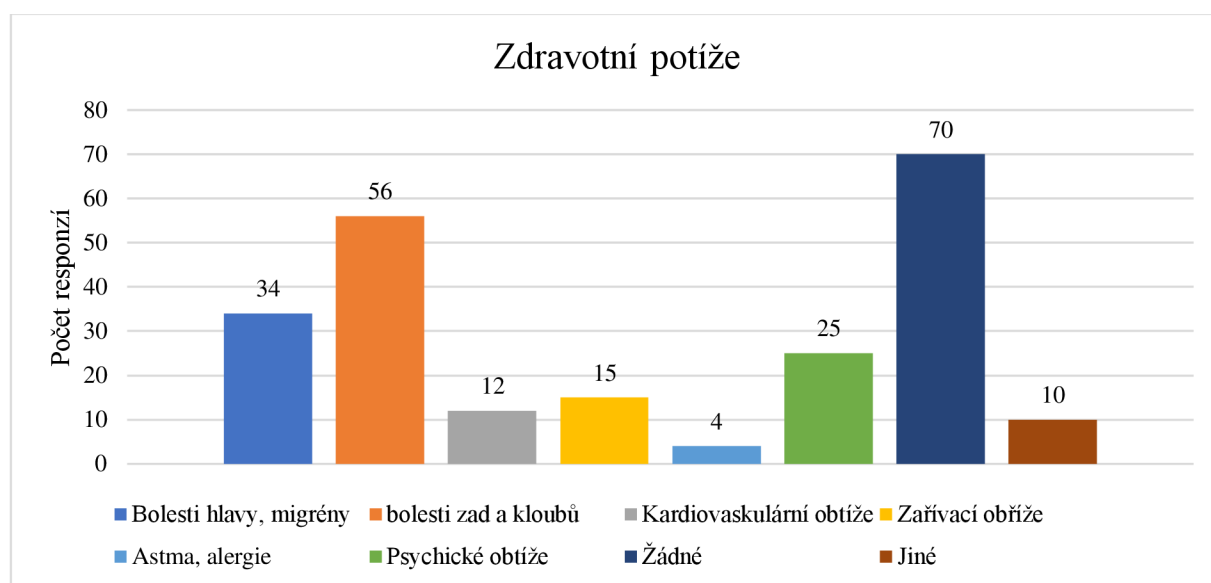
**Graf 19 Konflikt na pracovišti**

**Otázka č. 36:** Pociťujete nějaké zdravotní obtíže spojené s výkonem vašeho povolání?

Více než polovina respondentů uvedla, že se u nich vyskytují zdravotní potíže, které jsou spojené s výkonem zdravotnického povolání. Bylo vyhodnoceno celkem 226 odpovědí, protože v této otázce mohl respondent zvolit více než jednu odpověď. Žádné potíže neuvádí 70 (38,89 %) zaměstnanců zdravotnické záchranné služby, z čehož vyplývá, že 110 respondentů (61,11 %) trpí určitými zdravotními komplikacemi. V přepočtu na procentuální zastoupení získaných odpovědí se u odpovědi „žádné“ jedná o 30,97 % a pozitivních odpovědí je tedy 69,03 %. Nejčastější uváděné zdravotní problémy jsou bolesti zad a kloubů, a to v 56 případech (24,78 %). Druhá nejpočetnější skupina jsou bolesti hlavy, migrény, které zvolilo 34 respondentů (15,04 %). Kardiovaskulární obtíže (např. hypertenze, hypotenze, srdeční arytmie) uvedlo 12 respondentů (5,31 %). Čtyři respondenti (1,77 %) uvedli astma a alergii. Zažívací obtíže (např. nechutenství, pálení žáhy) trápí 15 respondentů (6,64 %). Kromě fyzických zdravotních potíží se u zkoumaného vzorku vyskytují i psychické potíže, kterými trpí 25 (11,06 %) jedinců. Možnost „jiné“ zvolilo 10 respondentů (4,42 %), kteří následně uvádí únavu a poruchy spánku.

**Tabulka 25 Zdravotní potíže spojené s výkonem povolání**

Odpořď	Absolutní řetnost (n)	Relativní řetnost (%)
Bolesti hlavy, migrény	34	15,04
Bolesti zad a kloubů	56	24,78
Kardiovaskulární obtíže	12	5,31
Zaživací obtíže	15	6,64
Astma, alergie	4	1,77
Psychické obtíže	25	11,06
Źádné	70	30,97
Jiné	10	4,42
<b>Celkem</b>	<b>226</b>	<b>100,00</b>



**Graf 20 Zdravotní potíže**

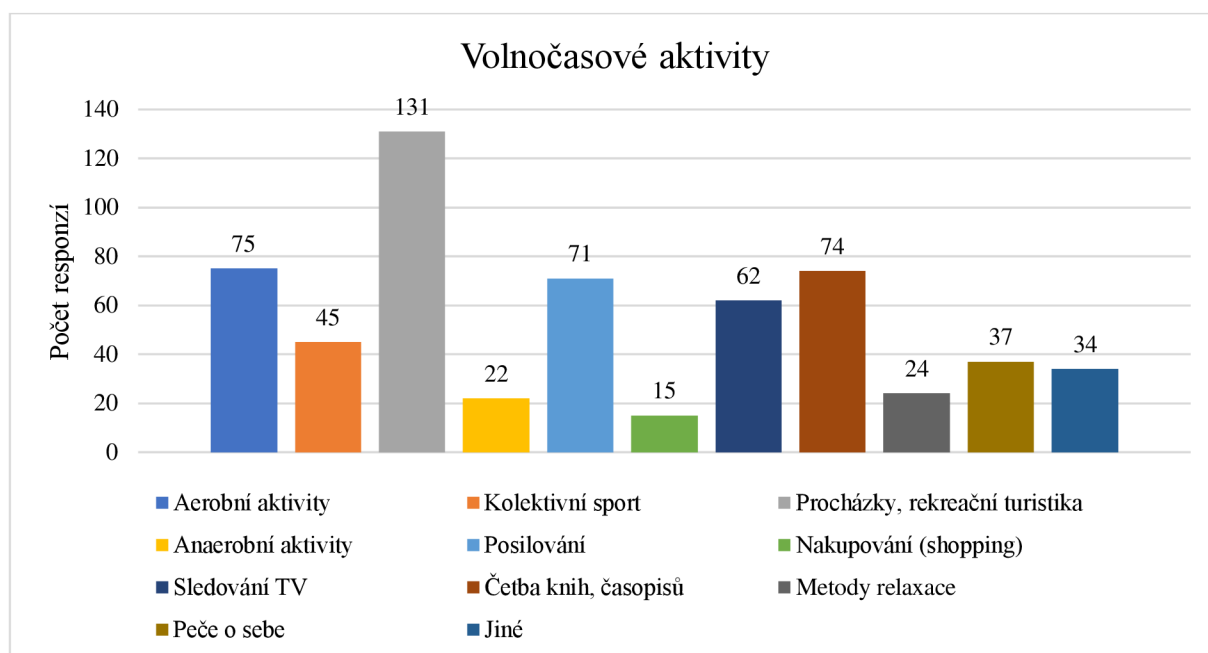
**Otázka ř. 35:** Oznařte Vaše nejoblíbenějši volnořasové aktivity:

Největši skupina respondentů se dle zpracovaných odpovědí ve volném řase věnuje procházkám a rekreační turistice. Tuto možnost zvolilo 131 zaměstnanců zdravotnické záchranné služby, což představuje 22,20% zastoupení ze všech získaných odpovědí. Druhé největši zastoupení měla varianta „aerobní aktivity“ jako například aerobic, plavání, běh na lyžích atd. Těmto řinnostem se věnuje 75 respondentů, což řinní 12,71 % odpovědí. Jen o jednu responzi mĩĩ jsme zaznamenali u položky „řetba knih, řasopisů“, kdy tuto možnost zvolilo 74 jedinců (12,54 %). Posilování, ať už ve smyslu pilates, kalenetiky nebo stretchingu, zvolilo 71 zdravotníků (12,03 %). Sledování televize vybralo 62 respondentů (10,51 %), kolektivní sportování, jako například volejbal, kopaná, házená florbal, odpovědělo 45 jedinců (7,63 %). Řicet sedm zaměstnanců (6,27 %) zdravotnické záchranné služby zvolilo jako řinnost, které se ve volném řase věnuje pēči o sebe sama atd. Pod touto odpovědí si přestavujeme manikuru, kosmetiku, návštěvu kadeřnických salůnů aj. Různé metody

relaxace, kam řadíme meditaci, autogenní trénink atd., zvolila 4,07% skupina, tedy 24 jedinců. Sprintování, squash, tenis a jiné aktivity, které jsou řazeny do anaerobních aktivit, vybralo 22 respondentů (3,73 %). Nakupování neboli shopping, má jako volnočasovou činnost 15 respondentů (2,54 %). Zbylé aktivity, jako poslech hudby, spánek, sauna, masáže, provozování koníčků, zahradničení a umělecká tvorba, neuvedli žádní respondenti. Možnost „jiné“ však zvolilo 34 jedinců (5,76 %), kde zdravotníci uváděli různé aktivity, jako například „další práce mimo obor“, „hraní PC her“, „práce na projektech“, „práce se zvířaty“, „rybaření“, „skialpinig, horolezectví“, „studium novinek ohledně přednemocniční péče“, „vaření“, „hra na hudební nástroj“, „hraní her na mobilním telefonu“, „háčkování“, „lov“ nebo třeba „tvorba videí, fotografování, létání s dronem a čas strávený s dětmi“. Pokud vypočítáme podíl mezi počtem respondentů a celkovým počtem získaných aktivit, získáme průměrný počet volnočasových aktivit na jednoho respondenta. Tato průměrná hodnota je po zaokrouhlení rovna 3. Z toho vyplývá, že každý respondent, který se zúčastnil našeho výzkumu má průměrně 3 volnočasové aktivity, které mu pomáhají v prevenci proti syndromu vyhoření.

**Tabulka 26 Volnočasové aktivity**

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Aerobní aktivity	75	12,71
Kolektivní sport	45	7,63
Procházky, rekreační turistika	131	22,20
Anaerobní aktivity	22	3,73
Posilování	71	12,03
Nakupování (shopping)	15	2,54
Sledování TV	62	10,51
Četba knih, časopisů	74	12,54
Poslech hudby	0	0,00
Spánek	0	0,00
Metody relaxace	24	4,07
Sauna	0	0,00
Masáže	0	0,00
Provozování koníčku	0	0,00
Péče o sebe	37	6,27
Zahradničení	0	0,00
Umělecká tvorba	0	0,00
Jiné	34	5,76
<b>Celkem</b>	<b>590</b>	<b>100</b>



**Graf 21 Volnočasové aktivity**

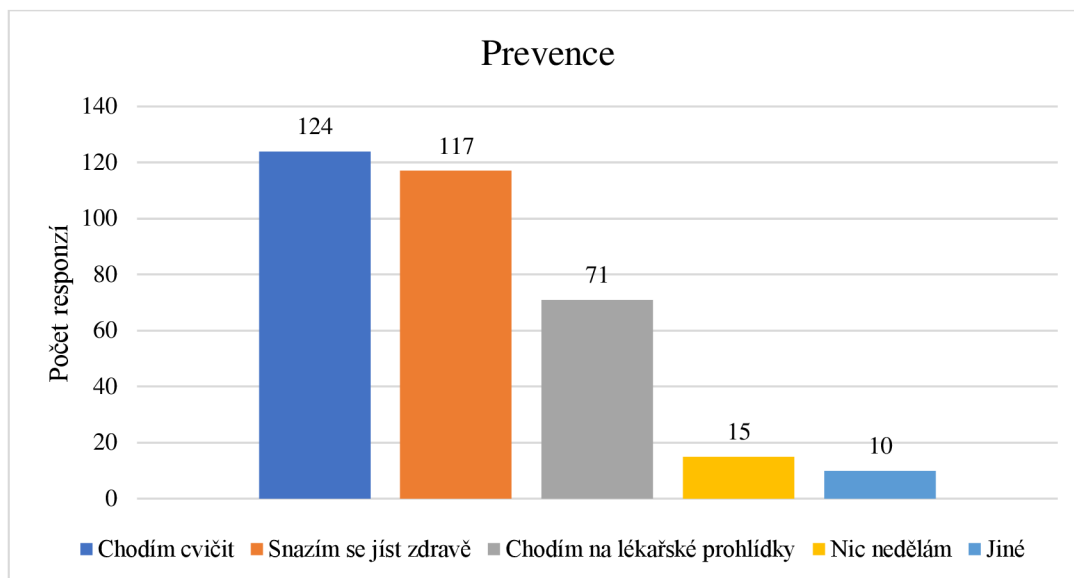
**Otázka č. 36:** Jak pečujete o své zdraví? (můžete vybrat více odpovědí)

V otázce č. 36 měli respondenti na výběr z pěti odpovědí. Byla možnost volit více odpovědí najednou. Nejvíce respondentů chodí cvičit. Uvádí to 124 respondentů (36,80 %), což byla nejčastěji volená odpověď. V 71 případech (21,07 %) respondenti dochází na pravidelné lékařské prohlídky a 117 zaměstnanců (34,72 %) se snaží jíst zdravě. Dalších 15 respondentů (4,45 %) pro své zdraví nedělají nic. Pouze 10 respondentů (2,97 %) uvedlo variantu „jiné“, kde vypsali například „*jak uznám za vhodné*“, „*pravidelný odpočinek*“, „*snažím se (především v této době) více pečovat o svou psychickou pohodu*“.

**Tabulka 27 Péče o své zdraví**

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Chodím cvičit	124	36,80
Snažím se jíst zdravě	117	34,72
Chodím na lékařské prohlídky	71	21,07
Nic nedělám	15	4,45
Jiné	10	2,97
<b>Celkem</b>	<b>337</b>	<b>100,00</b>





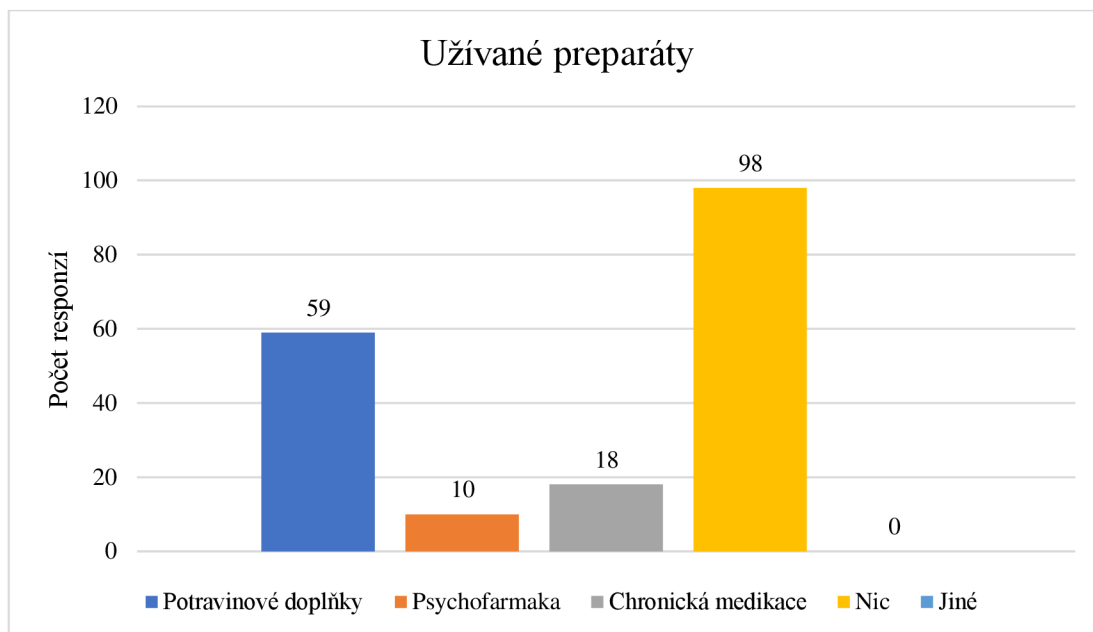
Graf 22 Prevence

**Otázka č. 37:** Užíváte pravidelně: (můžete vybrat více odpovědí)

V této otázce měli respondenti na výběr opět 5 možností, kde mohli vybrat jednu nebo více odpovědí. Více než polovina dotázaných, tedy 98 (52,97 %) neužívá nic. Druhá největší skupina respondentů odpověděla, že užívá potravinové doplňky, a to přesně 59 zdravotníků, což představuje 31,89 % ze všech zpracovaných odpovědí. Medikaci k léčbě chronického onemocnění užívá 18 respondentů, což činí 9,73 %. Deset zaměstnanců (5,45 %) zdravotnické záchranné služby, uvádí pravidelné užívání psychofarmak. U možnosti odpovědi „jiné“ jsme nezaznamenali žádnou odpověď.

Tabulka 28 Užívané preparáty

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Potravinové doplňky	59	31,89
Psychofarmaka	10	5,41
Chronická medikace	18	9,73
Nic	98	52,97
Jiné	0	0,00
<b>Celkem</b>	<b>185</b>	<b>100,00</b>



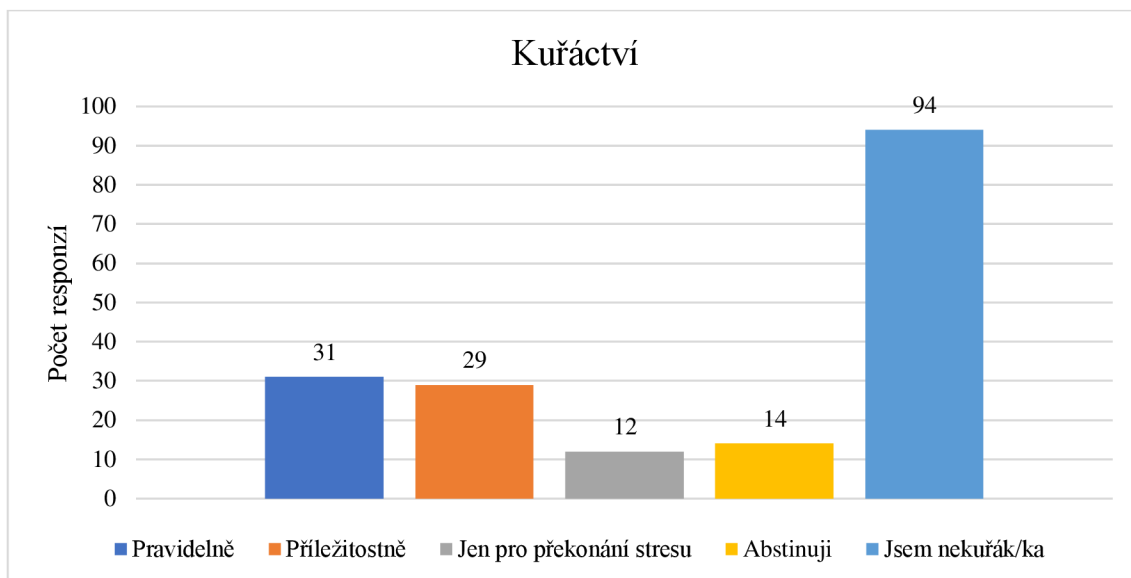
**Graf 23 Užívané preparáty**

### **Otázka č. 38: Kouříte?**

V otázce č. 38 mohli respondenti vybírat z následujících možností. Pravidelně, příležitostně, jen pro překonání stresu, abstinuji, jsem nekuřák/ka. Nejvíce responzí jsme zaznamenali u odpovědi „jsem nekuřák/ka. Dle výsledků nekouří 94 (52,22 %) dotazovaných zaměstnanců zdravotnické záchranné služby. Oproti tomu 31 jedinců (17,22 %) kouří pravidelně. Příležitostně si cigaretu zapálí 29 respondentů (16,11 %) a 12 zdravotníků (6,67 %) kouří jen v souvislosti s překonáním stresu. V době probíhajícího výzkumu abstinovalo 14 respondentů (7,78 %).

**Tabulka 29 Kuřáctví**

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Pravidelně	31	17,22
Příležitostně	29	16,11
Jen pro překonání stresu	12	6,67
Abstinuji	14	7,78
Jsem nekuřák/ka	94	52,22
<b>Celkem</b>	<b>180</b>	<b>100,00</b>



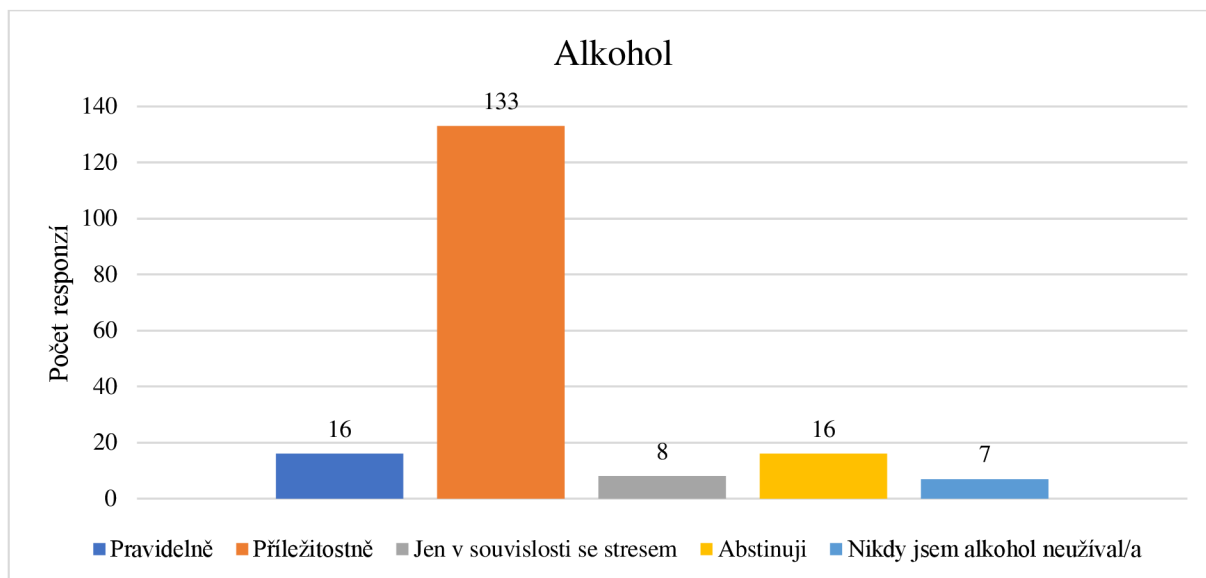
**Graf 24 Kuřáctví**

**Otázka č. 39: Užíváte alkohol?**

Podobně jako v předchozí otázce, mohli dotazovaní respondenti vybírat z několika možností. A to, pravidelné užívání alkoholu, příležitostně, jen v souvislosti se stresem, aktuálně abstinující jedinec, nikdy jsem alkohol neužil/a. Nejvíce odpovědí získala odpověď „příležitostně“, kterou zvolilo 133 zdravotníků (73,89 %). Pravidelně užívajících respondentů bylo stejně jako abstinujících, tedy 16 (8,89 %). Osm dotazovaných (4,44 %) užívá alkohol jen v souvislosti se stresem a 7 jedinců (3,89 %) uvádí, že neužilo alkohol nikdy.

**Tabulka 30 Alkohol**

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Pravidelně	16	8,89
Příležitostně	133	73,89
Jen v souvislosti se stresem	8	4,44
Abstinuji	16	8,89
Nikdy jsem alkohol neužíval/a	7	3,89
<b>Celkem</b>	<b>180</b>	<b>100,00</b>



Graf 25 Alkohol

### 3.2.3 Vyhodnocení výsledků třetí části

#### Otázka č. 40-47, 50

Poslední část dotazníku byla věnována teoretickým znalostem zaměstnanců zdravotnické záchranné služby o syndromu vyhoření a jeho prevenci. Tato část obsahovala následující otázky:

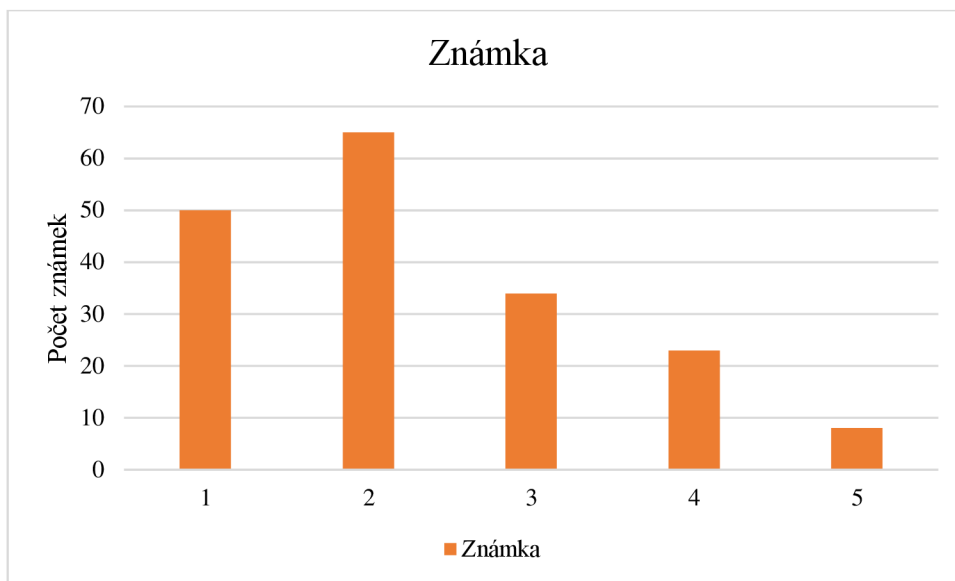
- otázka č. 40: syndrom vyhoření je důsledkem dlouhodobého pracovního stresu a ztráty ideál.
  - pravda
  - nepravda
- otázka č. 41: Seřadte fáze syndromu vyhoření od nejméně vážné po nejvíce vážné.  
Frustrace, Stagnace, Apatie, Nadšení, Vyhoření
- otázka č. 42: Lidé v pomáhajících profesích trpí velmi často syndromem vyhoření.
  - pravda
  - nepravda
- otázka č. 43: Které fyzické symptomy jsou typické pro syndrom vyhoření? (vypište)
- otázka č. 44: Které psychické symptomy jsou typické pro syndrom vyhoření? (vypište)
- otázka č. 45: V případě, že mám podezření na rozvíjející se syndrom vyhoření, dokážu si pomoci sám? V případě že ano, uveďte jak.
- otázka č. 46: Představte si situaci, kdy se Vám kolega svěří, že je vyhořelý. Co byste mu poradili?

- otázka č. 47: Je podle Vás důležité věnovat dostatek času rodině, svým koníčkům a zájmům?
- otázka č. 50: Myslíte si, že změna profese je vhodné řešení při syndromu vyhoření?
  - Ano
  - Nejsem si jistý/á
  - Ne

Jednotlivé otázky byly sestaveny tak, aby za každou správnou odpověď respondent mohl získat maximálně 45 bodů. Každá správná odpověď na jednu otázku tedy byla ohodnocena 5 body. Pokud respondent dosáhl 100 % - 88 %, získává skóre 1. Pokud dosáhl 87% - 76% úspěšnosti, byl ohodnocen skóre 2. Za 73% - 62% úspěšnosti v odpovědi na otázky, dostal skóre 3. Pakliže se skóre pohybovalo v rozmezí 60 % - 48 %, získal respondent skóre 4. Jestliže byla úspěšnost menší než 48 %, bylo přiřazeno skóre 5. Na základě zpracovaných a vyhodnocených výsledků nejvíce respondentů dosáhlo 76% - 87% úspěšnosti, což jim zajišťuje druhé nejlepší hodnocení. Takových respondentů bylo přesně 65, což znamená 36,11% skupinu. Druhou největší skupinu tvořili jedinci, jejichž úspěšnost odpovědí na otázky se pohybovala v rozmezí 88 % - 100 %. Znamku 1 tedy obdrželo 50 zdravotníků (27, 78 %). Průměrné znalosti o syndromu vyhoření má 34 zaměstnanců (18,89 %) zdravotnické záchranné služby a 23 dotazovaných (12,78 %) dosáhlo maximální úspěšnosti pouhých 60 %. Nižší úspěšnost než 48 % měla skupina o 8 členech (4,44). Pokud bychom chtěli zjistit, jaká je průměrná známka všech dotazovaných respondentů, uděláme aritmetický průměr a zjišťujeme, že tato známka je rovna 2,3.

**Tabulka 31 Znamka**

Znamka	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
1	50	27,78
2	65	36,11
3	34	18,89
4	23	12,78
5	8	4,44
<b>Celkem</b>	<b>180</b>	<b>100,00</b>



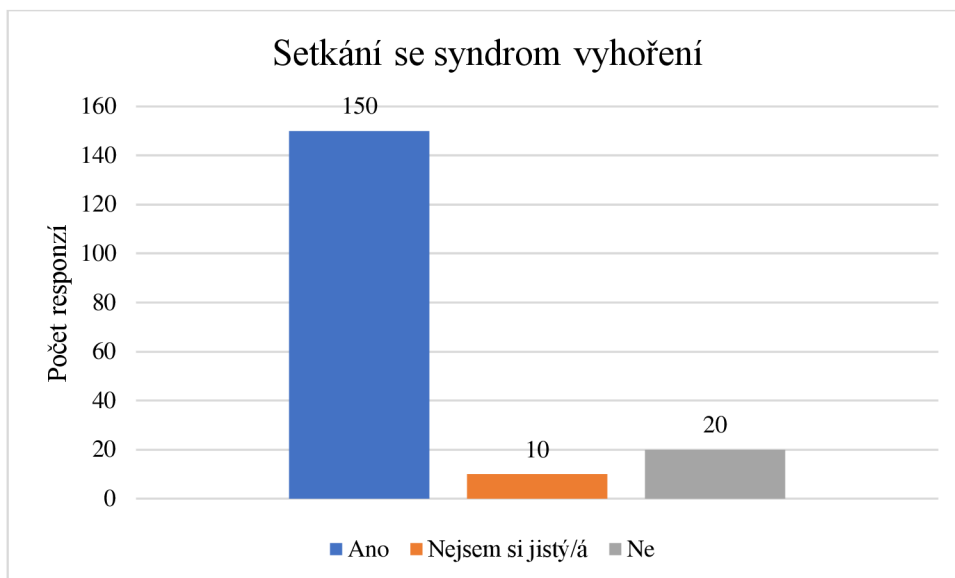
Graf 26 Známka

**Otázka č. 48:** Setkal/a jste se během svého profesního života s někým, kdo vykazoval příznaky vyhoření?

V této otázce mohli respondenti uvést, jestli se během svého profesního života setkali již s osobou, která měla symptomy syndromu vyhoření, či nikoliv. Na výběr však byla i možnost „nejsem si jistý/á“. Podle zpracovaných a vyhodnocených dat plynoucí z odpovědí zaměstnanců zdravotnické záchranné služby se se syndrom vyhoření u jiné osoby setkali celých 150 jedinců, což představuje 83,33 %. S příznaky tohoto syndromu u jiného zaměstnance se neseťkalo pouze 20 dotazovaných (11,11 %) a 10 respondentů (5,56 %) si nebylo jistých.

Tabulka 32 Setkání se Syndromem vyhoření

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	150	83,33
Nejsem si jistý/á	10	5,56
Ne	20	11,11
<b>Celkem</b>	<b>180</b>	<b>100,00</b>



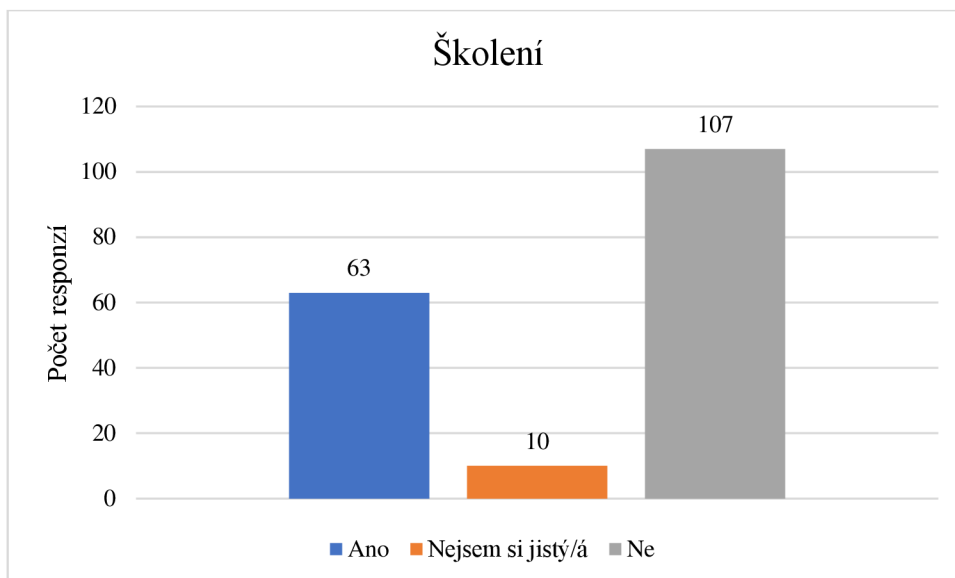
**Graf 27 Setkání se syndromem vyhoření**

**Otázka č. 49:** Absolvoval/a jste v minulosti školení o prevenci syndromu vyhoření?

Otázka č. 49 byla zaměřena na získání informací ohledně prevence syndromu vyhoření. Zajímalo nás, jestli zaměstnanci zdravotnické záchranné služby jsou školení a informováni o jednom z nejčastějších patologických stavů, které se charakteristicky vyskytují u pomáhajících profesí, kam práce v zdravotnické záchranné službě bezesporu patří. Dle výsledků však zjišťujeme, že nadpoloviční většina dotazovaných odpovídala, že v minulosti žádné školení o prevenci syndromu vyhoření neabsolvovala. Jednalo se konkrétně o 107 respondentů (59,44 %). Na druhou stranu podstatná část jedinců, kteří se zúčastnili našeho výzkumu, takové školení již absolvovala. Konkrétně šlo o 63 (35,00 %) zaměstnanců zdravotnické záchranné služby. Na otázku nedokázalo odpovědět 10 zdravotníků (5,56 %). Zvolili tedy možnost „nejsem si jistý/á“.

**Tabulka 33 Školení o prevenci**

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	63	35,00
Nejsem si jistý/á	10	5,56
Ne	107	59,44
<b>Celkem</b>	<b>180</b>	<b>100,00</b>



**Graf 28 Školení**



### 3.3 Zhodnocení stanovených hypotéz

#### Ověření hypotézy 1:

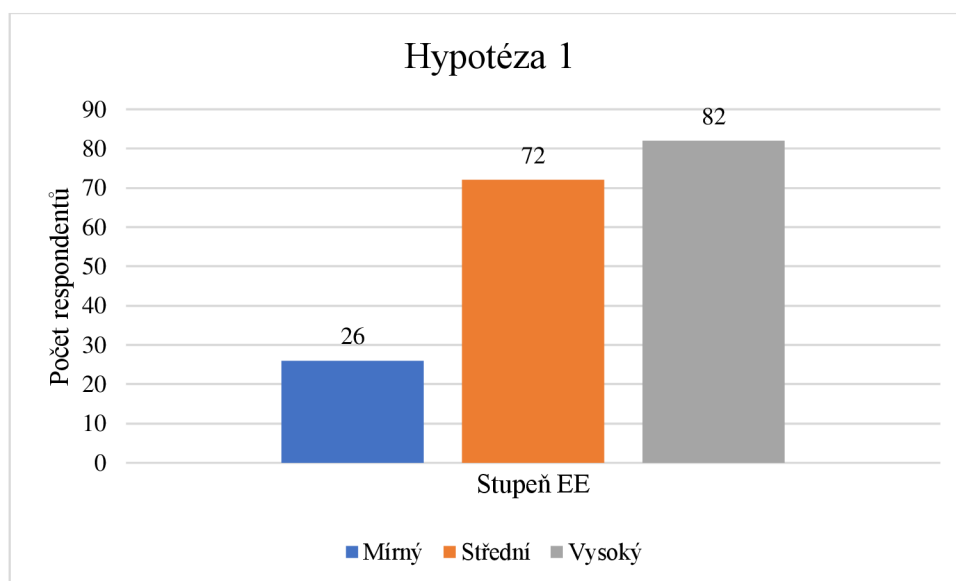
H<sub>0</sub>1: U zaměstnanců zdravotnické záchranné služby se nevyskytuje vysoký stupeň emocionálního vyčerpání.

H<sub>1</sub>1: U více než 30 % z dotazovaných zaměstnanců zdravotnické záchranné služby se vyskytuje vysoký stupeň emocionálního vyčerpání.

Dle získaných odpovědí a statisticky vyhodnocených výsledků, můžeme konstatovat, že mírný stupeň emocionálního vyčerpání se vyskytuje u 26 zaměstnanců (14,44 %) zdravotnické záchranné služby, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření. Středním stupněm emocionálního vyčerpání trpí 72 respondentů (40,00 %) a vysoký stupeň, který odpovídá emocionálnímu vyhoření, je vyhodnocen u 82 jedinců (45,56 %). Pro statistické ověření a vyhodnocení dat, byl použit Pearsonův Chí kvadrát test dobré shody. Z těchto dat tedy vyplývá, že nulová hypotéza byla falzifikována, alternativní hypotéza byla verifikována, protože u více než 30 % z dotazovaných zaměstnanců zdravotnické záchranné služby se vyskytuje vysoký stupeň emocionálního vyhoření.

Tabulka 34 Hypotéza 1

Stupeň EE	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Mírný	26	14,44
Střední	72	40
Vysoký	82	45,56
<b>Celkem</b>	<b>180</b>	<b>100</b>



## Graf 29 Hypotéza 1

### Ověření hypotézy 2:

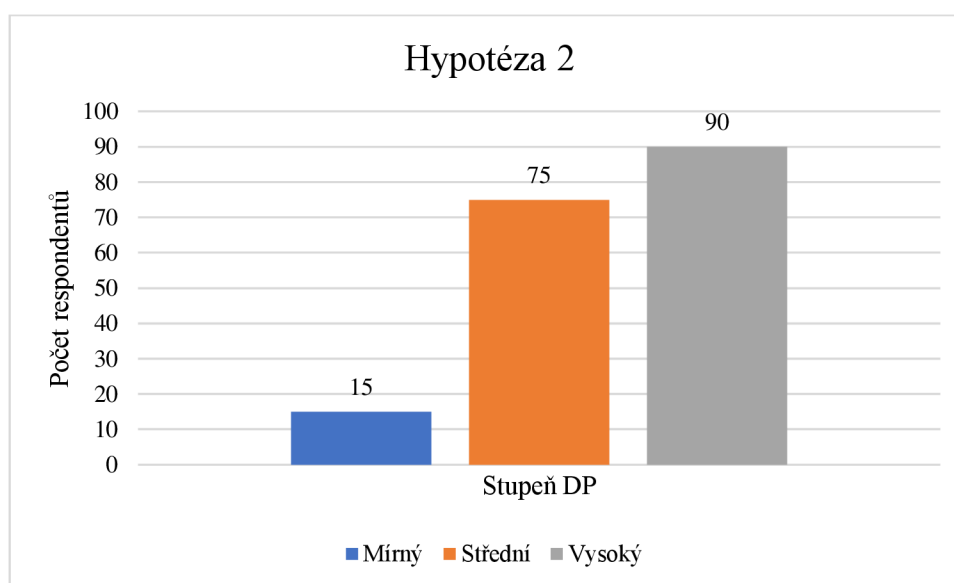
H<sub>0</sub>2: U zaměstnanců zdravotnické záchranné služby se nevyskytuje vysoký stupeň depersonalizace.

H<sub>2</sub>: U více než 30 % z dotazovaných zaměstnanců zdravotnické záchranné služby se vyskytuje vysoký stupeň depersonalizace.

Dle získaných odpovědí a statisticky vyhodnocených výsledků, můžeme tvrdit, že mírný stupeň depersonalizace se vyskytuje u 15 zaměstnanců (8,33 %) zdravotnické záchranné služby, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření. Středním stupněm emocionálního vyčerpání trpí 75 respondentů (41,67 %) a vysoký stupeň, který odpovídá depersonálnímu vyhoření, je vyhodnocen u 90 jedinců (50,00 %). Pro statistické ověření a vyhodnocení dat, byl použit Pearsonův Chí kvadrát test dobré shody. Z těchto dat tedy vyplývá, že nulová hypotéza byla falzifikovaná a alternativní hypotéza je verifikovaná, protože u více než 30 % z dotazovaných zaměstnanců zdravotnické záchranné služby se vyskytuje vysoký stupeň depersonalizace.

Tabulka 35 Hypotéza 2

Stupeň DP	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Mírný	15	8,33
Střední	75	41,67
Vysoký	90	50,00
<b>Celkem</b>	<b>180</b>	<b>100,00</b>



Graf 30 Hypotéza 2

### Ověření hypotézy 3:

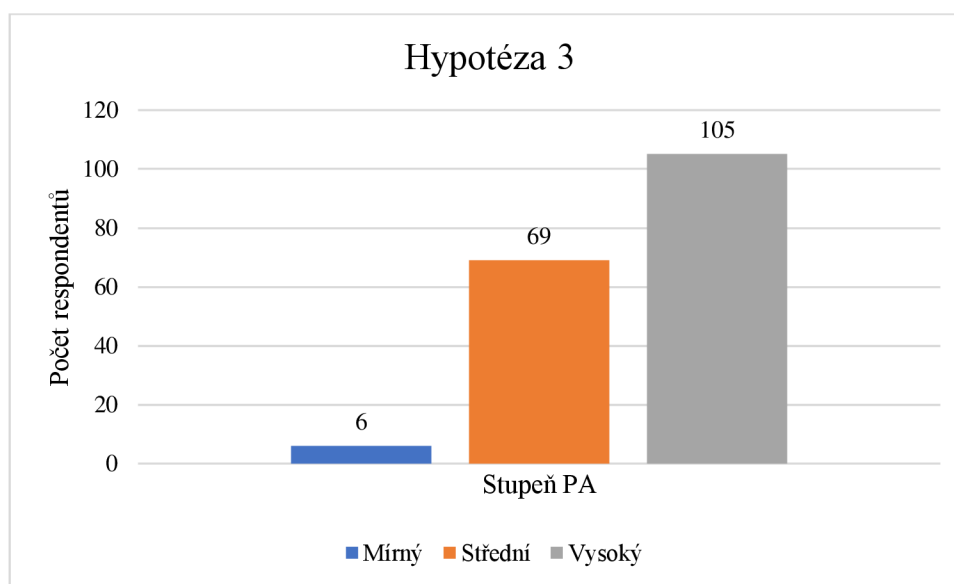
H<sub>0</sub>3: U více než 30 % z dotazovaných zaměstnanců zdravotnické záchranné služby se vyskytuje vysoký stupeň pracovního uspokojení.

H<sub>3</sub>: U více než 30 % z dotazovaných zaměstnanců zdravotnické záchranné služby se vyskytuje nízký stupeň pracovního uspokojení.

Dle získaných odpovědí a statisticky vyhodnocených výsledků, můžeme určit, že mírný stupeň pracovního uspokojení se vyskytuje jen u 6 zaměstnanců (3,33 %) zdravotnické záchranné služby, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření. Střední stupeň pracovního uspokojení je charakteristický pro 69 respondentů (38,33 %) a vysoký stupeň pracovního uspokojení je vyhodnocen u 105 jedinců (58,33 %). Pro statistické ověření a vyhodnocení dat byl použit Pearsonův Chí kvadrát test dobré shody. Z těchto dat tedy vyplývá, že nulová hypotéza byla verifikována a alternativní hypotéza je falzifikována, protože u více než 30 % z dotazovaných zaměstnanců zdravotnické záchranné služby se vyskytuje vysoký stupeň pracovního uspokojení.

**Tabulka 36 Hypotéza 3**

Stupeň PA	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Mírný	6	3,33
Střední	69	38,33
Vysoký	105	58,33
<b>Celkem</b>	<b>180</b>	<b>100,00</b>



**Graf 31 Hypotéza 3**

#### Ověření hypotézy 4:

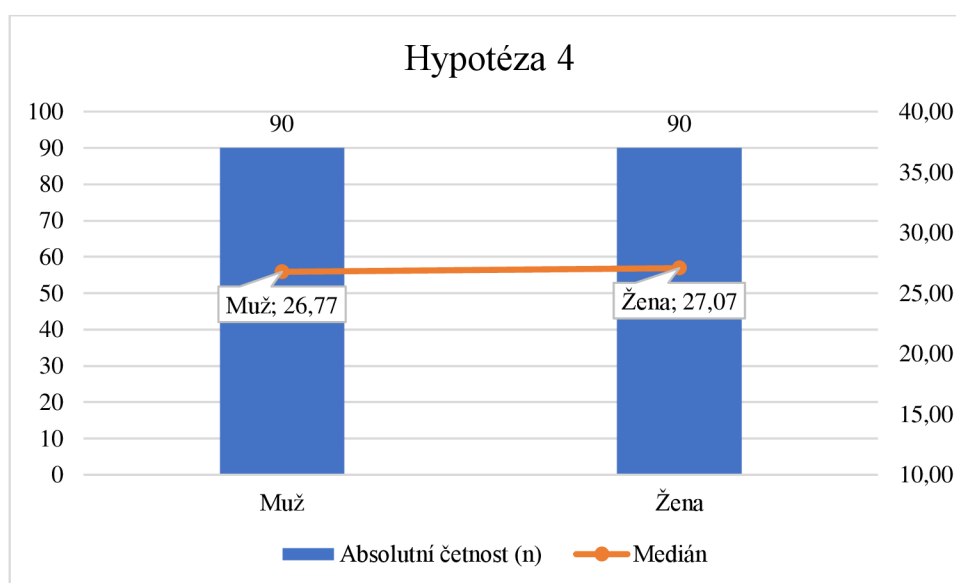
H<sub>0</sub>4: Pohlaví zaměstnanců zdravotnické záchranné služby nemá vliv na stupeň emocionálního vyčerpání

H<sub>4</sub>: Stupeň emocionálního vyčerpání ženského pohlaví bude větší než u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby mužského pohlaví.

Pro vyhodnocení výzkumného šetření, bylo vybráno celkem 180 respondentů, z čehož 90 jedinců bylo mužského pohlaví a 90 responzí bylo zaznamenáno od zaměstnanců zdravotnické záchranné služby ženského pohlaví. V této hypotéze jsme měli za úkol zjistit, zda u dotazovaných jedinců hraje roli pohlaví na emocionální vyčerpání z pracovní činnosti. Dle získaných odpovědí a statisticky vyhodnocených výsledků pomocí neparametrické verze Wilcoxonova dvouvýběrového testu, můžeme konstatovat, že pohlaví nemá vliv na emocionální vyčerpání dotazovaných, protože medián bodů získaných v MBI dotazníku je mezi mužským a ženským pohlavím téměř totožný a nepozorujeme významnou rozdílnost. Přesná hodnota bodového mediánu stupně emocionálního vyčerpání u muže je 26,77. U žen je tato hodnota vyčíslena na 27,07. Čím vyšší bodové hodnocení v kategorii „emocionální vyčerpání“, tím vyšší je stupeň vyhoření. Na základě těchto výsledků verifikujeme nulovou hypotézu, alternativní hypotéza je falzifikována.

Tabulka 37 Hypotéza 4

Pohlaví	Absolutní četnost (n)	Medián
Muž	90	26,77
Žena	90	27,07
<b>Celkem</b>	<b>180</b>	



Graf 32 Hypotéza 4

### Ověření hypotézy 5:

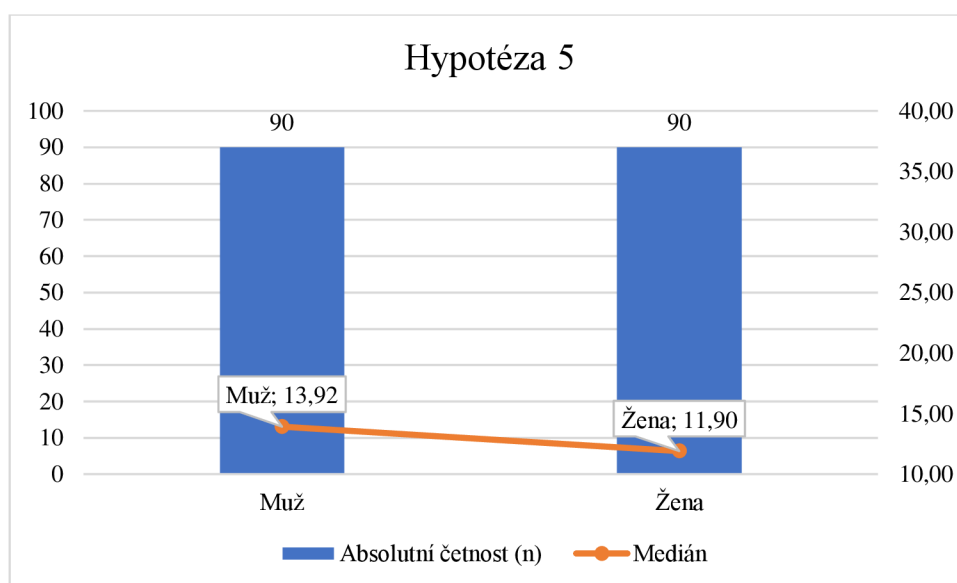
H<sub>0</sub>5: Pohlaví zaměstnanců zdravotnické záchranné služby nemá vliv na stupeň depersonalizace.

H<sub>5</sub>: Stupeň depersonalizace ženského pohlaví bude nižší než u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby mužského pohlaví.

V této hypotéze jsme měli za úkol zjistit, zda u dotazovaných jedinců hraje roli pohlaví na depersonalizaci v kontextu pracovní činnosti. Dle získaných odpovědí a statisticky vyhodnocených výsledků pomocí neparametrické verze Wilcoxonova dvouvýběrového testu můžeme konstatovat, že pohlaví má vliv na depersonalizaci dotazovaných zaměstnanců zdravotnické záchranné služby, protože medián bodů získaných v MBI dotazníku nabývá mezi mužským a ženským pohlavím viditelný rozdíl, kdy u respondentů ženského pohlaví detekujeme nižší bodové ohodnocení, tedy i nižší depersonalizaci než u mužů. Přesná hodnota bodového mediánu u stupně depersonalizace je u mužů 13,92. U žen je tato hodnota vypočítána na 11,90. Čím vyšší bodové hodnocení v kategorii „depersonalizace“, tím vyšší je stupeň vyhoření. Na základě těchto výsledků je nulová hypotéza falzifikována a verifikujeme hypotézu alternativní.

Tabulka 38 Hypotéza 5

Pohlaví	Absolutní četnost (n)	Medián
Muž	90	13,92
Žena	90	11,90
<b>Celkem</b>	<b>180</b>	



Graf 33 Hypotéza 5

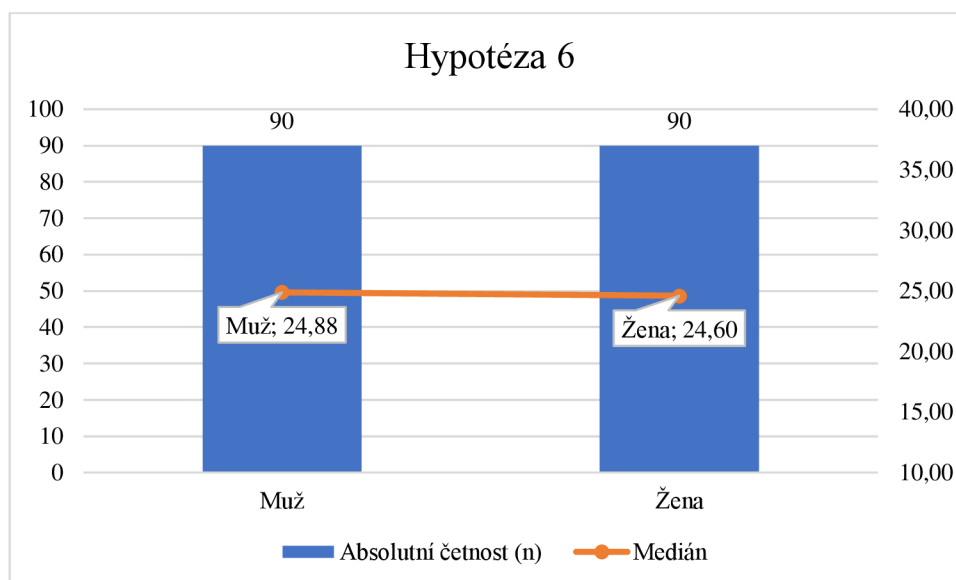
### Ověření hypotézy 6:

H<sub>0</sub>6: Pohlaví zaměstnanců zdravotnické záchranné služby nemá vliv na stupeň pracovního uspokojení.

H<sub>6</sub>: Stupeň pracovního uspokojení ženského pohlaví bude větší než u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby mužského pohlaví.

V hypotéze číslo 6, bylo za úkol zjistit, zda u dotazovaných jedinců hraje roli pohlaví na pracovní uspokojení v kontextu pracovní činnosti. Dle získaných odpovědí a statisticky vyhodnocených výsledků pomocí neparametrické verze Wilcoxonova dvouvýběrového testu můžeme konstatovat, že pohlaví nemá vliv na pracovní uspokojení dotazovaných zaměstnanců zdravotnické záchranné služby, protože medián bodů získaných v MBI dotazníku je mezi mužským a ženským pohlavím téměř totožný a nepozorujeme významnou rozdílnost. Přesná hodnota bodového mediánu stupně pracovního uspokojení je u mužů 24,88 a respondentů ženského pohlaví je tato hodnota vypočítána na 24,60. Čím nižší bodové hodnocení v kategorii „pracovního uspokojení“, tím vyšší je stupeň vyhoření. Na základě těchto výsledků verifikujeme nulovou hypotézu, alternativní hypotéza je falzifikována.

Pohlaví	Absolutní četnost (n)	Medián
Muž	90	24,88
Žena	90	24,60
<b>Celkem</b>	<b>180</b>	



Graf 34 Hypotéza 6

### Ověření hypotézy 7:

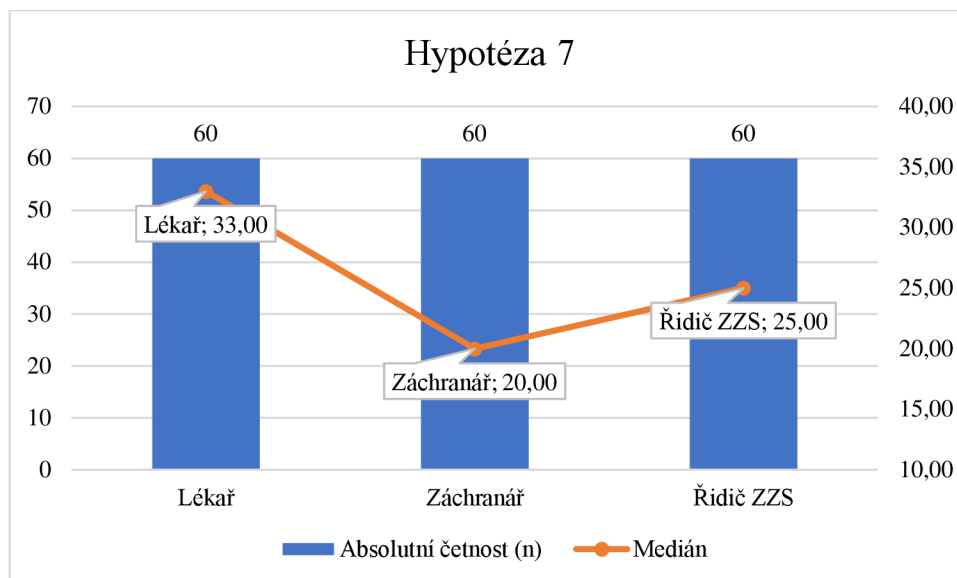
H<sub>0</sub>7: Pracovní pozice zaměstnanců v zdravotnické záchranné službě nemá vliv na stupeň emocionálního vyčerpání.

H<sub>7</sub>: Stupeň emocionálního vyčerpání u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby bude větší u lékařského zdravotnického personálu než u nelékařského zdravotnického personálu.

Pro vyhodnocení výzkumného šetření bylo vybráno celkem 180 respondentů, z čehož 60 jedinců působilo na pracovní pozici lékař, 60 bylo zaměstnáno jako zdravotnický záchranář a stejný počet respondentů pracoval jako řidič ZZS. Tato hypotéza byla charakteristická svým zaměřením na emocionální vyčerpání jednotlivých pracovních pozic při výkonu své profese. Dle získaných odpovědí a statisticky vyhodnocených výsledků, kde jsme pracovali se spočteným bodovým skórem z MBI dotazníku a byl aplikován neparametrický test Kruskal-Wallis verze ANOVA. V případě, že nulová hypotéza byla zamítnuta, pozorovali jsme rozdíl mezi jednotlivými kategoriemi. Na základě těchto výsledků můžeme tvrdit, že emocionální vyčerpání se mezi jednotlivými pracovními pozicemi liší. Přesná hodnota bodového mediánu stupně emocionálního vyčerpání je u lékařů, kteří pracují ve zdravotnické záchranné službě 33. U zdravotnických záchranářů je tento medián roven 20 a u řidičů ZZS pozorujeme hodnotu mediánu odpovídající 25 bodům. Čím vyšší bodové hodnocení v kategorii „emocionální vyčerpání“, tím vyšší je stupeň vyhoření. Chí kvadrát představoval hodnotu 37,33. Nulová hypotéza byla falzifikována, protože mezi jednotlivými pracovními pozicemi v kategorii „emocionální vyčerpání“ je podle hodnot a jejich grafického znázornění patrný rozdíl. Dle tabulky Dunnova testu zjišťujeme významný rozdíl mezi lékařem a řidičem i lékařem a záchranářem. Na základě těchto výsledků verifikujeme alternativní hypotézu.

**Tabulka 39 Hypotéza 7**

Pracovní pozice	Absolutní četnost (n)	Medián
Lékař	60	33,00
Záchranář	60	20,00
Řidič ZZS	60	25,00
<b>Celkem</b>	<b>180</b>	



**Graf 35 Hypotéza 7**

### **Ověření hypotézy 8:**

$H_{08}$ : Pracovní pozice zaměstnanců zdravotnické záchranné služby nemá vliv na stupeň depersonalizace.

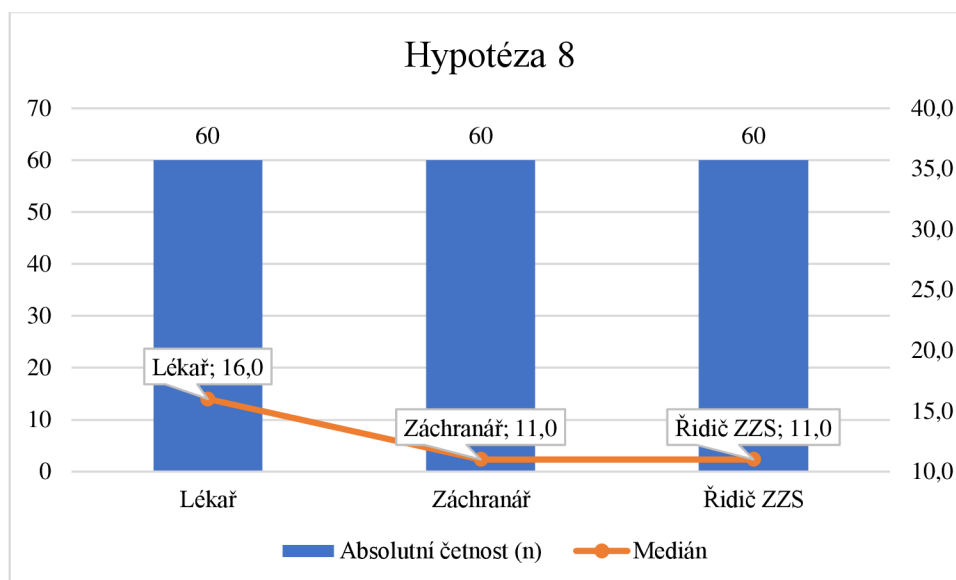
$H_8$ : Stupeň depersonalizace u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby bude větší u lékařského zdravotnického personálu než u nelékařského zdravotnického personálu.

Hypotéza č. 8 byla zaměřena na depersonalizaci zaměstnanců zdravotnické záchranné služby v různých pracovních pozicích při výkonu své profese. Dle získaných odpovědí a statisticky vyhodnocených výsledků, jsme pracovali se spočteným bodovým skórem z MBI dotazníku a byl aplikován neparametrický test Kruskal-Wallis verze ANOVA. V případě, že nulová hypotéza byla zamítnuta, pozoroval se rozdíl mezi jednotlivými kategoriemi. Na základě těchto výsledků můžeme tvrdit, že depersonalizace se mezi jednotlivými pracovními pozicemi liší. Přesná hodnota bodového mediánu stupně depersonalizace je u lékařů, kteří pracují ve zdravotnické záchranné službě 16. U zdravotnických záchranářů je tento medián roven 11 a u řidičů ZZS pozorujeme hodnotu mediánu stejnou jako u zdravotnických záchranářů. Čím vyšší bodové hodnocení v kategorii „depersonalizace“, tím vyšší je stupeň vyhoření.  $\chi^2$  kvadrát představoval hodnotu 17,04. Nulová hypotéza byla falzifikována, protože mezi lékaři a záchranáři a mezi lékaři a řidiči ZZS je v kategorii depersonalizace podle hodnot a jejich grafického znázornění patrný rozdíl, čehož je důkazem tabulka Dunnova testu. Zaměstnanci na pracovní pozici zdravotnický záchranář a řidič jsou na tom velice podobně a významný rozdíl u nich nepozorujeme. Na základě těchto výsledků verifikujeme alternativní hypotézu.



**Tabulka 40 Hypotéza 8**

Pracovní pozice	Absolutní četnost (n)	Medián
Lékař	60	16,0
Záchranář	60	11,0
Řidič ZZS	60	11,0
<b>Celkem</b>	<b>180</b>	



**Graf 36 Hypotéza 8**

**Ověření hypotézy 9:**

H<sub>0</sub>9: Pracovní pozice zaměstnanců zdravotnické záchranné služby nemá vliv na stupeň pracovního uspokojení.

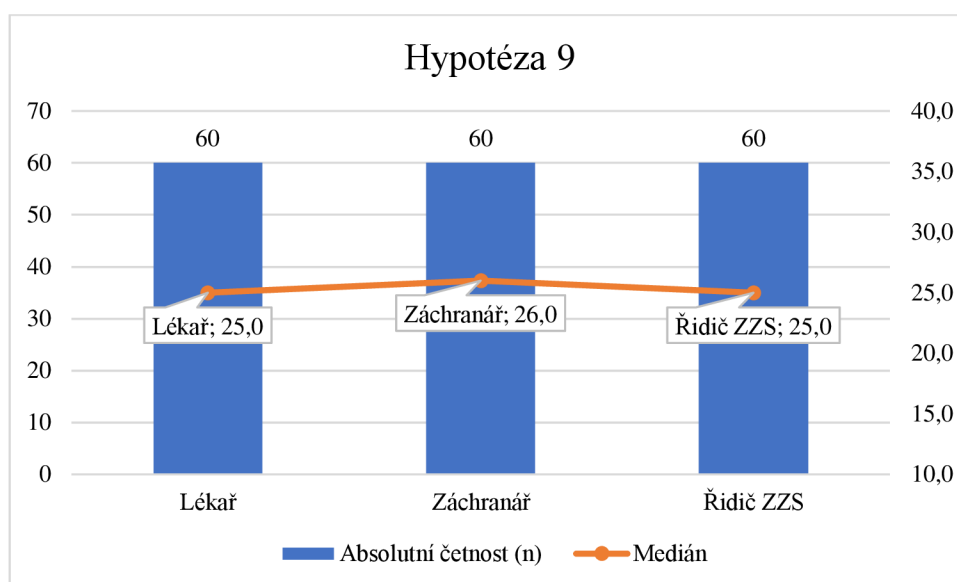
H<sub>9</sub>: Stupeň pracovního uspokojení u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby bude větší u nelékařského zdravotnického personálu než u lékařského zdravotnického personálu.

Hypotéza č. 9 byla zaměřena na pracovní uspokojení zaměstnanců zdravotnické záchranné služby v různých pracovních pozicích při výkonu své profese. Dle získaných odpovědí a statisticky vyhodnocených výsledků, jsme pracovali se spočteným bodovým skórem z MBI dotazníku a byl aplikován neparametrický test Kruskal-Wallis verze ANOVA. V případě, že nulová hypotéza byla zamítnuta, pozoroval se rozdíl mezi jednotlivými kategoriemi. Na základě těchto výsledků můžeme tvrdit, že pracovní uspokojení se mezi jednotlivými pracovními pozicemi výrazně neliší. Přesná hodnota bodového mediánu stupně pracovního uspokojení je u lékařů, kteří pracují v zdravotnické záchranné službě 25. U zdravotnických záchranářů je tento medián roven 26 a u řidičů ZZS pozorujeme hodnotu mediánu stejnou jako u lékařů. Čím nižší bodové hodnocení v kategorii „pracovní uspokojení“,

tím vyšší je stupeň vyhoření. Chí kvadrát představoval hodnotu 2,04. Nulová hypotéza nebylo falzifikována, protože mezi pozicemi zaměstnanců zdravotnické záchranné služby není markantní rozdíl v pracovním uspokojení. V kategorii „pracovní uspokojení“ podle hodnot a jejich grafického znázornění není patrný rozdíl, čehož je důkazem tabulka Dunnova testu. Lékaři sice mají nejnižší bodový medián pracovního uspokojení, ale nejedná se o významnou odchylku. Na základě těchto výsledků verifikujeme nultou hypotézu a falzifikujeme hypotézu alternativní.

**Tabulka 41 Hypotéza 9**

Pracovní pozice	Absolutní četnost (n)	Medián
Lékař	60	25,0
Záchranář	60	26,0
Řidič ZZS	60	25,0
<b>Celkem</b>	<b>180</b>	



**Graf 37 Hypotéza 9**

### Ověření hypotézy 10:

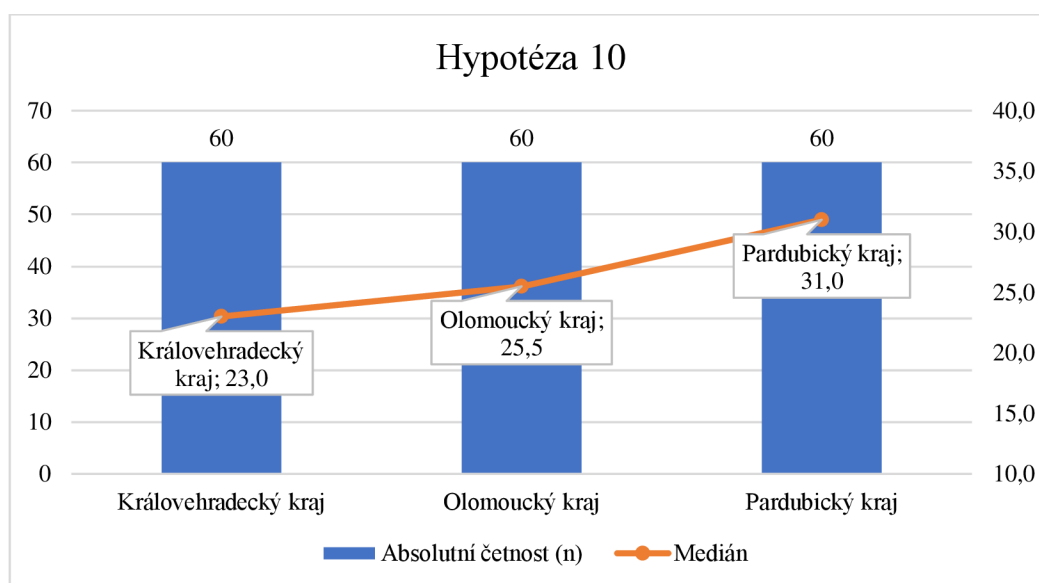
H<sub>0</sub>10: Kraj, ve kterém je jedinec zaměstnaný je irelevantní pro stupeň emocionálního vyčerpání zaměstnanců zdravotnické záchranné služby.

H<sub>1</sub>10: Stupeň emocionálního vyčerpání u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje je větší než u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby Královéhradeckého a Olomouckého kraje. Pro vyhodnocení výzkumného šetření bylo vybráno celkem 180 respondentů, z čehož 60 jedinců pracovně působil primárně v Královéhradeckém kraji, 60 bylo zaměstnáno v Olomouckém kraji a stejný počet respondentů pracoval v kraji

Pardubickém. Tato hypotéza byla charakteristická svým zaměřením na emocionální vyčerpání jednotlivých krajů, které byly vybrány pro výzkumné šetření. Dle získaných odpovědí a statisticky vyhodnocených výsledků, jsme opět pracovali se spočteným bodovým skórem z MBI dotazníku a byl aplikován neparametrický test Kruskal-Wallis verze ANOVA. Na základě těchto výsledků můžeme tvrdit, že emocionální vyčerpání se mezi jednotlivými kraji liší a pozorujeme významné rozdíly. U dotazovaných zaměstnanců zdravotnické záchranné služby Královohradeckého kraje, je bodový medián této kategorie vyčíslen na hodnotu 23. V Olomouckém kraji je tato hodnota vypočítána na 25,5 a respondenti, kteří ve výzkumném nástroji zvolili jako své primární pracovní působiště Pardubický kraj, dosahovali hodnoty mediánů 31. Čím vyšší bodové hodnocení v kategorii „emocionální vyčerpání“, tím vyšší je stupeň vyhoření. Chí kvadrát představoval hodnotu 12,02. Nulová hypotéza byla falzifikována, protože mezi jednotlivými kraji v kategorii emocionální vyčerpání je podle hodnot a jejich grafického znázornění patrný rozdíl. Dle tabulky Dunnova testu zjišťujeme významný rozdíl mezi Královohradeckým krajem a Pardubickým krajem. Na základě těchto výsledků verifikujeme alternativní hypotézu.

**Tabulka 42 Hypotéza 10**

Kraj působení	Absolutní četnost (n)	Medián
Královohradecký kraj	60	23,0
Olomoucký kraj	60	25,5
Pardubický kraj	60	31,0
<b>Celkem</b>	<b>180</b>	



**Graf 38 Hypotéza 10**

### Ověření hypotézy 11:

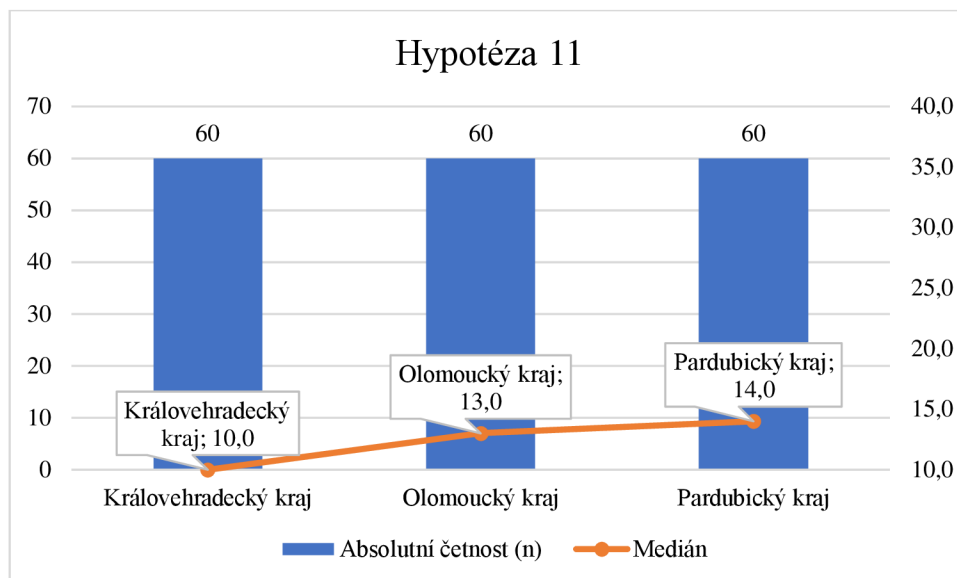
H<sub>011</sub>: Kraj, ve kterém je jedinec zaměstnaný je irelevantní pro stupeň depersonalizace zaměstnanců zdravotnické záchranné služby.

H<sub>11</sub>: Stupeň depersonalizace u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje je větší než u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby Královéhradeckého a Olomouckého kraje.

Tato hypotéza byla zaměřena na depersonalizaci zaměstnanců zdravotnické záchranné služby v Královéhradeckém, Olomouckém a Pardubickém kraji. Dle získaných odpovědí a statisticky vyhodnocených výsledků, jsme pracovali se spočteným bodovým skórem z MBI dotazníku a byl aplikován neparametrický test Kruskal-Wallis verze ANOVA. V případě, že nulová hypotéza byla zamítnuta, pozorovali jsme rozdíl mezi jednotlivými kraji. Na základě těchto výsledků můžeme tvrdit, že depersonalizace se mezi jednotlivými kraji liší a pozorujeme významné rozdíly. U dotazovaných zaměstnanců zdravotnické záchranné služby Královéhradeckého kraje je bodový medián této kategorie vyčíslen na hodnotu 10. V Olomouckém kraji je tato hodnota vypočítána na 13 a respondenti, kteří ve výzkumném nástroji zvolili jako své primární pracovní působiště Pardubický kraj, dosahovalo hodnoty mediánů 14. Čím vyšší bodové hodnocení v kategorii „depersonalizace“, tím vyšší je stupeň vyhoření. Chí kvadrát představoval hodnotu 12,59. Nulová hypotéza byla falzifikována, protože mezi jednotlivými kraji v kategorii depersonalizace je podle hodnot a jejich grafického znázornění patrný rozdíl. Dle tabulky Dunnova testu zjišťujeme významný rozdíl mezi Královéhradeckým krajem a Pardubickým krajem. Na základě těchto výsledků verifikujeme alternativní hypotézu.

**Tabulka 43 Hypotéza 11**

Kraj působení	Absolutní četnost (n)	Medián
Královéhradecký kraj	60	10,0
Olomoucký kraj	60	13,0
Pardubický kraj	60	14,0
<b>Celkem</b>	<b>180</b>	



**Graf 39 Hypotéza 11**

### **Ověření hypotézy 12:**

H<sub>0</sub>12: Kraj, ve kterém je jedinec zaměstnaný je irelevantní pro stupeň pracovního uspokojení u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby.

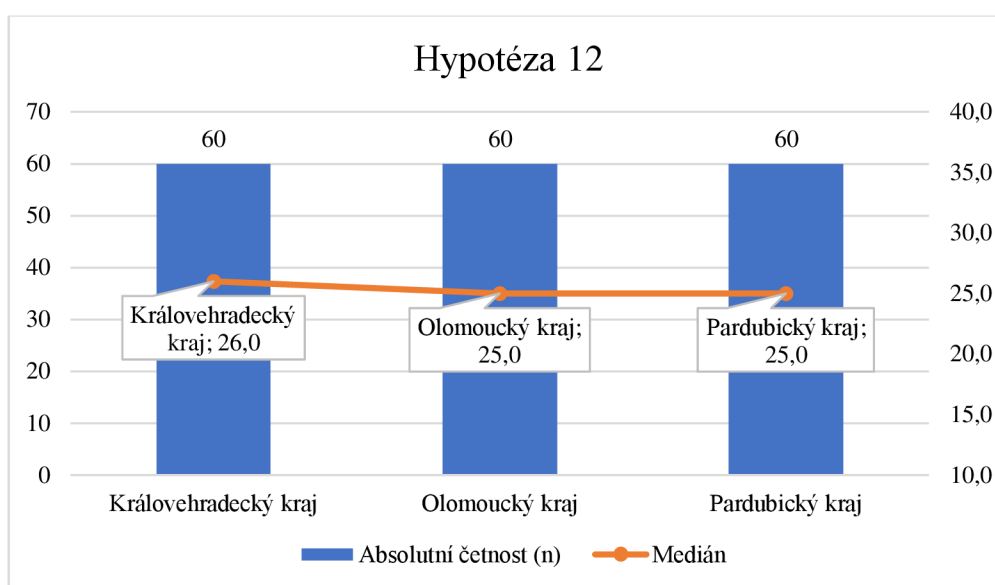
H<sub>1</sub>2: Stupeň pracovního uspokojení je u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje menší než u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby Královeshradeckého a Olomouckého kraje.

Hypotéza č. 12 byla orientována na pracovní uspokojení zaměstnanců zdravotnické záchranné služby v Královeshradeckém, Olomouckém a Pardubickém kraji. Dle získaných odpovědí a statisticky vyhodnocených výsledků, jsme opět pracovali se spočteným bodovým skórem z MBI dotazníku a byl aplikován neparametrický test Kruskal-Wallis verze ANOVA. V případě, že nulová hypotéza byla zamítnuta, pozorovali jsme rozdíl mezi jednotlivými kraji. Na základě těchto výsledků můžeme tvrdit, že pracovní uspokojení se mezi jednotlivými kraji výrazně neliší a nepozorujeme tak zásadní rozdíly. U dotazovaných zaměstnanců zdravotnické záchranné služby Královeshradeckého kraje je bodový medián této kategorie vyčíslen na hodnotu 26. V Olomouckém kraji je tato hodnota vypočítána na 25 a respondenti, kteří ve výzkumném nástroji zvolili jako své primární pracovní působiště Pardubický kraj, dosahovali stejného bodového mediánu jako zaměstnanci zdravotnické záchranné služby Olomouckého kraje, tedy 25. Čím nižší bylo bodové hodnocení v kategorii „pracovní uspokojení“, tím vyšší byl stupeň vyhoření. Chí kvadrát představoval hodnotu 5,68. V kategorii „pracovní uspokojení“ podle hodnot a jejich grafického znázornění není patrný

rozdílu, čehož je důkazem tabulka Dunnova testu. Mezi vybranými kraji nepozorujeme významnou odchylku. Na základě těchto výsledků verifikujeme nulovou hypotézu a falzifikujeme hypotézu alternativní.

**Tabulka 44 Hypotéza 12**

Kraj působení	Absolutní četnost (n)	Medián
Královeshradecký kraj	60	26,0
Olomoucký kraj	60	25,0
Pardubický kraj	60	25,0
<b>Celkem</b>	<b>180</b>	



**Graf 40 Hypotéza 12**

### Ověření hypotézy 13:

H<sub>0</sub>13: Kraj, ve kterém je jedinec zaměstnaný je irelevantní pro rozsah znalostí zaměstnanců zdravotnické záchrané služby o prevenci syndromu vyhoření.

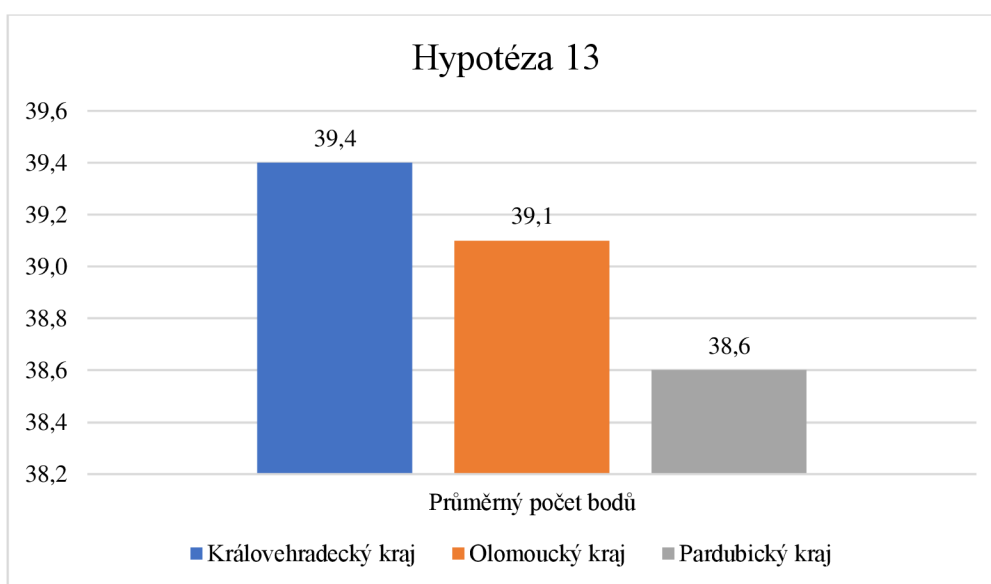
H<sub>1</sub>13: Rozsah znalostí o prevenci syndromu vyhoření je u zaměstnanců Královeshradeckého kraje větší než u zaměstnanců zdravotnické záchrané služby Pardubického a Olomouckého kraje.

Pro vyhodnocení výzkumného šetření bylo vybráno celkem 180 respondentů, z čehož 60 jedinců pracovně působilo primárně v Královeshradeckém kraji, 60 bylo zaměstnáno v Olomouckém kraji a stejný počet respondentů pracoval v kraji Pardubickém. Tato hypotéza byla charakteristická svým zaměřením na jejich znalosti ohledně problematiky syndromu

vyhoření. Dle získaných odpovědí a statisticky vyhodnocených výsledků, jsme pracovali s neparametrickým testem Kruskal-Wallis na procentuální úspěšnost ve správných odpovědích. V případě, že nulová hypotéza byla zamítnuta, pozorovali jsme rozdíl mezi jednotlivými kraji. Na základě těchto výsledků můžeme tvrdit, že znalosti o syndromu vyhoření a jeho prevenci se liší v závislosti na kraji, kde je zdravotnický pracovník zaměstnán. U dotazovaných zaměstnanců zdravotnické záchranné služby Královéhradeckého kraje, je bodový průměr z třetí části výzkumného nástroje roven 39,4. V Olomouckém kraji je tato hodnota vypočítána na 39,1 a respondenti, kteří ve výzkumném nástroji zvolili jako své primární pracovní působiště Pardubický kraj, dosahovali průměrného bodového zisku ve výši 38,6 bodů. Chí kvadrát představoval hodnotu 13,05. Nulová hypotéza byla falzifikována, protože mezi vybranými kraji je znalostní rozdíl o syndromu vyhoření, což dokazuje grafické znázornění a tabulka Dunnova testu. Dotazovaní zaměstnanci Královéhradeckého kraje mají ze všech vybraných krajů nejlepší povědomí o dané problematice. Na základě těchto výsledků verifikujeme alternativní hypotézu a falzifikujeme hypotézu nulovou, protože kraj, ve kterém zaměstnanec zdravotnické záchranné služby primárně působí, není irrelevantní pro rozsah znalostí o syndromu vyhoření a jeho prevenci.

**Tabulka 45 Hypotéza 13**

Kraj působení	Absolutní četnost (n)	Průměrný počet bodů
Královéhradecký kraj	60	39,4
Olomoucký kraj	60	39,1
Pardubický kraj	60	38,6
<b>Celkem</b>	<b>180</b>	



**Graf 41 Hypotéza 13**

## 4 DISKUSE

V rámci diskuse porovnáváme výsledky s dalšími studii a teoretickým informacemi podobné problematiky. Pro přehlednost je diskuse rozdělena do jednotlivých dílčích cílů. Hlavním cílem diplomové práce bylo odhalit stupeň emocionálního vyčerpání, stupeň depersonalizace a stupeň osobního uspokojení z práce u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby a určit rozsah jejich znalostí o prevenci syndromu vyhoření. Na základě výsledků doporučit edukační postup a vytvořit vhodný edukační materiál pro zlepšení informovanosti zaměstnanců zdravotnické záchranné služby o prevenci syndromu vyhoření. K dosažení hlavního cíle bylo stanoveno 13 dílčích cílů, ze kterých vychází hypotézy pro diplomovou práci. Do výzkumného šetření bylo randomizovaně vybráno 180 respondentů, z čehož 50 % vzorku tvořili muži a druhá polovina dotazovaných byla ženského pohlaví. Výzkum probíhal ve třech vybraných krajích České republiky. Jednalo se o Královehradecký, Olomoucký a Pardubický kraj, kde počet respondentů z každého kraje byl roven šedesáti. Jedinci, kteří se zapojili do sběru dat byli dále rozděleny podle jejich pracovní pozice. Všechny tři kategorie, tzn. lékař, zdravotnický záchranář a řidič ZZS, měli opět vyrovnané početní zastoupení, a to konkrétně 60 respondentů v každé kategorii. Hlavní cíl i dílčí cíle považujeme za splněné.

*Dílčí cíl č.1: Určit stupeň emocionálního vyčerpání u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby.*

Stupeň emocionálního vyčerpání u dotazovaných zaměstnanců zdravotnické záchranné služby byl hodnocen u všech zaměstnanců zdravotnické záchranné služby, kteří se do výzkumného šetření zapojili. Jednalo se tedy o 180 zdravotníků. Podle klíče k dotazníku MBI byli respondenti rozděleny do třech stupňů, jejichž výpovědní hodnota odpovídá jejich emocionálnímu vyhoření na základě jejich odpovědí v našem výzkumném nástroji, a to konkrétně v části jedna. Pozorujeme významně málo zaměstnanců, kteří mají nízký stupeň, a současně významně mnoho, kteří mají vysoký stupeň. Mírným stupněm emocionálního vyčerpání trpí 26 respondentů (14,5 %). Střední stupeň vyšel 72 jedincům (40 %) a vysokým stupněm, který odpovídá emocionálnímu vyhoření, trpí 82 zaměstnanců zdravotnické záchranné služby. Jedná se tak o 45,5 % zdravotníků, kteří pracovně působí ve zdravotnické záchranné službě a jejich stupeň emocionálního vyčerpání odpovídá vyhoření. Mediánová hodnota této kategorie je rovna 26 bodům, což je hraniční hodnota mezi středním a vysokým stupněm emocionálního vyčerpání. Domníváme se, že tento výsledek je zapříčiněn chronickým stresem, který je způsobený



stresovými situacemi. Jedná se například o výjezdy k nespolupracujícím pacientům, jejichž nevhodné, někdy až agresivní chování způsobuje posádce ZZS větší stres než například zodpovědnost za kvalitu poskytnuté péče. Dále se jedná o časovou tíseň, kdy po přijetí datové výzvy musí výjezdová posádka dle zákona č. 374/2011 Sb. Zákon o zdravotnické záchranné službě, splnit pokyn operačního střediska k výjezdu. Třetím nejvíce stresující situací, kterou respondenti zvolili, bylo postavení zaměstnance a jejich intrapersonální konflikty, rivality mezi zaměstnanci výjezdových stanovišť a pomluvy. S těmito a dalšími stresovými situacemi se 33 respondentů (18,3 %) setkává velmi často a 71 zaměstnanců ZZS (39,4 %) často. Dalším faktorem, proč více než 45 % zaměstnanců zdravotnické záchranné služby trpí vysokým stupněm emocionálního vyčerpání může být například to, že 122 respondentů (62,2 %) považuje svoji práci za spíše psychicky náročnou a 22 jedinců (12,2 %) odpovědělo, že práce ve zdravotnické záchranné službě je po psychické stránce dokonce velmi náročná.

Connell a Lopez ve své kvantitativní studii, která proběhla v Los Angeles u 187 městských paramediků, jejichž náplň práce a podmínky odpovídají zdravotnické záchranné službě v České republice, uvádí, že emocionální vyčerpání zažívá 56 % respondentů.

Shahzad at al. uvádějí, že z jejich finálního vzorku respondentů, který čítal 345 záchranářů z pakistánské provincie Poňdžáb, bylo emocionálně vyhořeno 39,9 % záchranářů v první linii. Autoři uvádí, že jedním z faktorů tohoto výsledku je infekční onemocnění COVID-19.

Dílčí cíl č.2: *Určit stupeň depersonalizace u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby.*

Stupeň depersonalizace u dotazovaných zaměstnanců zdravotnické záchranné služby byl hodnocen u všech zaměstnanců zdravotnické záchranné služby, kteří se do výzkumného šetření zapojili. Jednalo se tedy o 180 zdravotníků. Podle klíče k dotazníku MBI byli respondenti rozděleny do třech stupňů, jejichž výpovědní hodnota odpovídá jejich depersonalizaci na základě jejich odpovědí v našem výzkumném nástroji, a to konkrétně v části jedna. Pozorujeme významně málo zaměstnanců, kteří mají nízký stupeň depersonalizace a současně významně mnoho jedinců, kteří mají vysoký stupeň. Oproti emocionálnímu vyhoření však v téhle kategorii registrujeme i významně početnou skupinu se středním stupněm depersonalizace. Mírným stupněm depersonalizace trpí 15 respondentů (8 %). Střední stupeň vyšel 75 jedincům (42 %) a vysokým stupněm, který odpovídá vyhoření v kontextu depersonalizace, trpí 90 zaměstnanců zdravotnické záchranné služby. Jedná se tak o 50 % zdravotníků, kteří pracovně působí ve zdravotnické záchranné službě a jejich stupeň depersonalizace odpovídá vyhoření. Mediánová hodnota této kategorie je rovna 12 bodům, což je hraniční hodnota mezi středním a vysokým stupněm depersonalizace. Myslíme si, že tento výsledek je zapříčiněn pocity, které respondenti zažívají během výkonu svého

povolání. V otázce č. 22 jsme se ptali respondentů, jaké pocity měli v začátcích své profesní kariéry. Celých 81 (24,47 %) zaměstnanců zdravotnické záchranné služby uvedlo, že byli naivnější. Z toho vyplývá, že na začátku pracovní kariery pravděpodobně očekávali odlišnou skutečnost od reality. Na 50% zastoupení nejvyššího stupně depersonalizace se podle nás také podílí již zmiňované nevhodné chování pacientů. Proto jsme se v našem dotazníkovém šetření ptali, jaké emoce jsou spojeny s prací s nespolupracujícím pacientem, ale i v dalších stresových situacích, abychom odhalili jeden z potenciálních důvodů případné depersonalizace. Nejčastěji volená možnost byla „znechucení“, která byla zvolena 144krát, což je 23,27 % z celkového počtu odpovědí na tuto otázku. Nejčastější vybranou možností byl „hněv“, a to v 99 případech, což představuje 55% zastoupení téhle emoce. Je tedy patrné, že depersonální vyhoření je pravděpodobně způsobené různými stresovými faktory, které u respondentů vyvolávají negativní pocity, dále pak odlišné očekávání pracovní náplně oproti realitě a již zmíněné chování pacientů během zajišťování neodkladné přednemocniční péče a transportu pacienta do nemocničního zařízení.

Knox, Willard-Grace, Huang et al. ve svém průřezovém průzkumu, který byl schválený komisí Institutional Review Board z University of California v San Francisku uvádí, že ve zkoumaném vzorku, což byli zaměstnanci kliniky primární péče v lékařských i nelékařských pozicích, je podle dat získaných pomocí výzkumného nástroje MBI dotazníku, 52 % kliniků ve třetím nejvyšším stupni depersonalizace. Tento výsledek je téměř totožný s našimi výsledky.

*Dílčí cíl 3: Určit stupeň pracovního uspokojení u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby.*

Stejně tak jako u předešlých cílů, bylo v kategorii pracovního uspokojení hodnoceno 180 respondentů. Na základě klíče pro vyhodnocení MBI dotazníku byli respondenti rozděleny do tří skupin. Tyto skupiny představovali stupně jejich pracovního uspokojení. Oproti emocionálnímu vyhoření a depersonalizaci, bylo pracovní uspokojení interpretováno opačně. To znamená, že nízký stupeň pracovního uspokojení značí vyhoření a vysoký stupeň znamená naopak nízké riziko vyhoření. Podle statisticky vyhodnocených dat pozorujeme významně málo respondentů s nízkým pracovním uspokojením a současně mnoho s vysokým stupněm osobního uspokojení z práce. S nízkým stupněm pracovního uspokojení se konkrétně jedná o 6 dotazovaných (3 %). Střední stupeň je na základě odpovědí v první části výzkumného nástroje charakteristický pro 69 respondentů (39 %). Vysoké pracovní uspokojení registrujeme u 105 zaměstnanců (58 %). Mediánová hodnota této kategorie je rovna 25 bodů, což odpovídá vysokému stupni pracovního uspokojení. Domníváme se, že tento výsledek je zapříčiněn hned několika faktory, které vyplývají z odpovědí na otázky uvedené ve výzkumném nástroji. Odpovědi na otázku, proč nadpoloviční většina dotazovaných zaměstnanců zdravotnické

záchranné služby vykazuje známky vysokého pracovního uspokojení, může být výsledek otázky č. 21, kde respondenti byli tázáni, zda je práce baví. Možnost „určitě ano“ uvedlo 68 (37,78 %) dotazovaných zdravotníků a „spíše ano“ celých 84 (46,67 %) jedinců. Další důvod takového výsledku, by mohly být benefity spojené se zaměstnáním ve zdravotnické záchranné službě. Největší zastoupení, a to konkrétně 125 dotazovaných (35,82 %) označilo v otázce č. 20, že jako hlavní benefit vnímají různorodost pracovních situací. Klíčovým faktorem, který obecně ovlivňuje spokojenost zaměstnanců je i to, jak jedinec vnímá interpersonální vztahy a kvalitu pracovního kolektivu ve svém okolí. Na základě výsledků otázky č. 31, 57 (31,67 %) tázaných zaměstnanců zdravotnické záchranné služby hodnotí jako výborné a 93 (51,67 %) jako dobré.

Autoři Essex a Scott ve své studii, která je zaměřena na chronické stresové situace v pracovní činnosti zaměstnanců zdravotnické záchranné služby ve Philadelphii uvádí, že podle standardizovaného výzkumného nástroje MBI dospěli k nevšedním výsledkům. Z celkového počtu respondentů zaznamenali u 92 % vysoké emoční vyčerpání, u 99 % nejvyšší stupeň depersonalizace, ale proti tomu 75 % účastníků jejich studie uvedlo vysokou míru osobního uspokojení. Ikdyž naše práce nedosahuje extrémních hodnot jako tomu je v již zmiňované studii, všimáme si překvapujícího trendu, který je viditelný i v práci Essex a Scoota. I přes to, že respondenti ve vysokých procentuálních zastoupeních dosahují vysokých stupňů v oblasti emocionálního vyčerpání a depersonalizace, jejich pracovní uspokojení je značné.

Dílčí cíl 4: Porovnat stupeň emocionálního vyčerpání u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby mezi pohlavím.

Jak již bylo popsáno výše, ve výzkumném šetření bylo hodnoceno celkem 180 respondentů, z čehož 90 jedinců (50 %) bylo mužského pohlaví a 90 responzí bylo získáno od zdravotníků ženského pohlaví. Podle klíče k dotazníku MBI byli respondenti v každém pohlaví rozděleni do třech stupňů, jejichž výpovědní hodnota odpovídá jejich emocionálnímu vyhoření na základě odpovědi v našem výzkumném nástroji. Abychom splnili tento cíl, bylo nutné zjistit, jaký stupeň emocionálního vyčerpání je charakteristický pro mužské a ženské pohlaví. Medián získaných bodů v MBI dotazníku v položkách emocionálního vyhoření byl u mužů vyhodnocen na hodnotu 26,77, což odpovídá hraničnímu stupni mezi středním a vysokým stupněm emocionálního vyčerpání, který odpovídá emocionálnímu vyhoření. I když je u žen již zmiňovaný medián vyčíslen na hodnotu 27,07, což znamená vysoký stupeň emocionálního vyhoření, rozdíly mezi oběma skupinami jsou statisticky nevýznamné. Důvod, proč nepozorujeme patrný rozdíl mezi pohlavím je s velkou pravděpodobností zapříčiněn stejnou pracovní náplní,

ať už se jedná o muže nebo o ženy. S touto skutečností také souvisí stejný počet stresorů, se kterými se zaměstnanci obou pohlaví během své pracovní činnosti setkávají. Autoři West, Dyrbye, Sloan et. al., ve své kvantitativní studii, které se zúčastnilo 4287 zdravotníků z Chicaga a použili pro hodnocení syndromu vyhoření MBI dotazník uvádí, že nebyly zaznamenány žádné významné rozdíly ve výsledcích u mužů oproti ženám.

Dílčí cíl 5: Porovnat stupeň depersonalizace u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby mezi pohlavím.

Podle klíče k dotazníku MBI byli respondenti v každém pohlaví rozděleny do třech stupňů, jejichž výpovědní hodnota odpovídá jejich depersonalizaci na základě odpovědí v našem výzkumném nástroji. Abychom splnili tento cíl a porovnali stupeň depersonalizace u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby mezi pohlavím, bylo nutné zjistit, jaký stupeň depersonalizace je typický pro mužské a ženské pohlaví. Medián získaných bodů v MBI dotazníku v kategorii depersonalizace byl u žen vyhodnocen na hodnotu 11,90, což odpovídá hraničnímu stupni mezi středním a vysokým stupněm depersonalizace. U mužů je tato hodnota mediánu stanovena na 13,92. Tento výsledek značí vysoký stupeň depersonalizace a odpovídá tak vyhoření v této kategorii. Rozdíly těchto dat jsou hodnoceny jako významné. Důvod tohoto závěru argumentujeme rozdílnými odpověďmi mužů a žen v otázkách č. 22, 27 a 29.

Pro srovnání našich výsledků s jinou studií vybíráme práci jejichž autorem je Oragnopoulou et. al. Podle jejich prohlášení pozorují, že pohlaví se neobjevilo jako faktor spojený s depersonalizací a nebyl v jejich studii zaznamenán významný rozdíl v hodnotách mezi muži a ženami. Tato skutečnost však z celá nekoreluje s našimi výsledky, které potvrzují vyšší stupeň depersonalizace u mužů než u žen. Algahtani et al. však ve své studii z roku 2019 uvádí vyšší depersonalizaci u mužů než u žen. Pro srovnání se konkrétně jedná o 30,5% skupinu mužů, vykazující nejvyšší stupeň depersonalizace oproti ženám, které ve stejném stupni měli 16,5% zastoupení.

Dílčí cíl 6: Porovnat stupeň pracovního uspokojení u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby mezi pohlavím.

V tomto cíli se pozoruje vliv výsledků z dílčího cíle 3, kdy jsme zjistili, že u dotazovaných zaměstnanců zdravotnické záchranné služby hodnota mediánu odpovídá vysokému stupni pracovního uspokojení. I v této položce pozorujeme, že mužské a ženské pohlaví dosahuje podobných hodnot. Medián bodů v položkách pracovního uspokojení je u mužů stanoven na 24,88 a u žen 24,66. Obě tyto hodnoty odpovídají vysokému pracovnímu uspokojení. Významný rozdíl mezi pohlavím nepozorujeme, a tak můžeme tvrdit, že u jedinců,

kteří se zúčastnili našeho výzkumu, není mezi pohlavím rozdíl v oblasti pracovního uspokojení. Proč bylo dosaženo takového výsledku si zdůvodňujeme stejně, jako v předchozím dílčím cíli 4. Pracovní náplň obou pohlaví je na různých pracovních pozicích stejná. Ať už je v pozici zdravotnického záchranáře muž či žena, musí plnit stejné pracovní povinnosti, a tak se setkává se stejnými druhy i stejným rozsahem stresorů.

Pro srovnání opět můžeme využít studií od autorky Oragnopoulou at. al., jejichž výsledky se v tomto případě shodují s výsledky našeho výzkumu a tvrdí, že pohlaví není faktor, který by ovlivňoval pracovní uspokojení zaměstnanců ve zdravotnictví.

*Dílčí cíl 7: Porovnat stupeň emocionálního vyčerpání u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby mezi jednotlivými pracovními pozicemi.*

Stupeň emocionálního vyčerpání u dotazovaných zaměstnanců zdravotnické záchranné služby jsme zkoumali v závislosti na tom, jakou pracovní pozici respondent uvedl. Na výběr bylo ze tří možností, a to sice lékař, zdravotnický záchranář a řidič ZZS. Každá tato kategorie obsahovala po randomizovaném výběru 60 respondentů. Tak, jak tomu bylo u předchozích cílů, kde bylo hodnoceno emocionální vyčerpání, i v tomto případě jsme se řídili statisticky ověřeným klíčem ke standardizovanému dotazníku MBI, který respondenty rozděluje do třech stupňů emocionálního vyčerpání v závislosti na jejich odpovědích, které byly sesbírány v první části našeho výzkumného nástroje. V tomto cíli jsme měli za úkol porovnat emocionální vyčerpání mezi jednotlivými pracovními pozicemi. Podle zpracovaných a vyhodnocených dat pozorujeme, že vysoký stupeň emocionálního vyčerpání je charakteristický pro lékaře, kteří působí ve zdravotnické záchranné službě, jejichž medián byl 33 bodů. S 25 body následují řidiči ZZS. Zdravotníci na pracovní pozici „zdravotnický záchranář“ dosahují mediánu 20 bodů, který jako medián řidičů ZZS také odpovídá střednímu stupni. Zjišťujeme tedy, že nejvíce emocionálně vyhořelí jsou lékaři jejichž medián značí vysoký stupeň emocionálního vyhoření. Toto zjištění může být způsobeno většími nároky na výkon lékaře během zásahu, ale také i větší zodpovědností, kterou musí zasahující lékař nést za poskytnutí přednemocniční péče v plném rozsahu, kdy v případě potřeby zajišťuje dýchací cesty, indikuje farmakoterapii, stává se vedoucím zásahové činnosti atd. Tyto faktory se také promítají do odpovědí na otázky v našem výzkumném nástroji, kde v otázce č. 24 označují svoji práci po psychické stránce za velmi náročnou. K výsledku emocionálního vyhoření lékařů přispívá i fakt, že 95 % dotazovaných lékařů uvedlo, že se setkali během pracovního procesu s rozpory a konflikty a se stresovými situacemi uvedenými v otázce č. 27 podle odpovědí na otázku č. 28 velmi často nebo často. S jinou situací se setkáváme u řidičů ZZS, kteří naopak uvádějí, že jejich práce je spíše

psychicky nenáročná, za to však v otázce č. 23 označují nejčastěji možnost „velmi náročná“, kde se respondentů ptáme, zda si myslí, že je jejich práce náročná po fyzické stránce. Zdravotničtí záchranáři označují pracovní činnosti za psychicky i fyzicky velmi náročnou. Důvod tohoto výsledku vyplývá ze skutečnosti, že v případě výjezdu posádky RZP je zdravotnický záchranář vedoucím posádky a nese tak plnou odpovědnost. Na druhé straně spolupracuje s řidičem ZZS a pomáhá mu v případě potřeby i s transportem pacienta a potřebného vybavení k zásahu. Jak zdravotničtí záchranáři, tak i řidiči ZZS se během svého výkonu povolání setkávají s konflikty a rozpory, které se zcela jistě podílejí více či méně na jejich emocionálním vyčerpání.

Autor Alseem et. al. ve své průřezové nemocniční studii, které bylo cílem prozkoumat rozsah a determinanty syndromu vyhoření mezi pohotovostními lékaři a nelékařským zdravotnickým personálem na oddělení urgentního příjmu ve město Abha a Khamis Mushait, mimo jiné uvádí, že 81,1 % lékařů vykazovalo známku nejvyššího stupně emocionálního vyčerpání. Oproti nelékařským zdravotníkům, jejichž výsledek byl roven 92,5 %. Tyto výsledky zcela nekorelují s daty, které byly vyhodnoceny v našem výzkumu. Důvod proč tomu tak je, pravděpodobně souvisí s určitými rozdíly v pracovních povinnostech lékařského a nelékařského personálu v místě provedení studie.

*Dílčí cíl 8: Porovnat stupeň depersonalizace zaměstnanců zdravotnické záchranné služby mezi jednotlivými pracovními pozicemi.*

Stupeň depersonalizace u dotazovaných zaměstnanců zdravotnické záchranné služby jsme zkoumali v závislosti na tom, jakou pracovní pozici respondent uvedl. Na výběr bylo ze tří možností, a to sice lékař, zdravotnický záchranář a řidič ZZS. Každá tato kategorie obsahovala po randomizovaném výběru 60 respondentů. Tak, jak tomu bylo u předchozích cílů, kde byla hodnocena depersonalizace, i v tomto případě jsme se řídili statisticky ověřeným klíčem ke standardizovanému dotazníku MBI, který respondenty rozděluje do třech stupňů depersonalizace, v závislosti na jejich odpovědích, které byly sesbírány v první části našeho výzkumného nástroje. V tomto cíli jsme měli za úkol porovnat depersonalizaci mezi jednotlivými pracovními pozicemi. Podle zpracovaných a vyhodnocených dat pozorujeme, že vysoký stupeň depersonalizace je zaznamenán u lékařů. Medián bodů v této kategorii dosahuje hodnoty 16. U zdravotnických záchranářů a řidičů ZZS je tato hodnota vyčíslena na 11 bodů v obou případech. Tentokrát bychom se rádi zaměřili na důsledek zjištěného výsledku, protože předpokládaná příčina velice úzce souvisí s příčinami emocionálního vyčerpání. Pokud budeme vycházet ze zjištěných výsledků, všimáme si, že 76,6 % dotazovaných lékařů ve svých odpovědích uvádí příležitostné užívání alkoholu

a 23,3 % pravidelně kouří. Užívání pravidelné medikace a psychofarmak nezařazujeme důsledků depersonalizace.

Jelikož autor Alseleem et. al. pro svou studii využil MBI nástroj, hodnotil i depersonalizace mezi lékaři a nelékařskými pracovníky. Ve svých výsledcích uvádí, že 24,2% skupina lékařů vykazovala nejvyšší stupeň depersonalizace oproti zdravotním sestřám, jejichž hodnota depersonalizace v tom samém stupni dosahovala 18,7 %.

*Dílčí cíl 9: Porovnat stupeň pracovního uspokojení u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby mezi jednotlivými pracovními pozicemi.*

Tak, jak tomu bylo u předchozích cílů, kde bylo hodnoceno pracovní uspokojení, i v tomto případě jsme se řídili statisticky ověřeným klíčem k standardizovanému dotazníku MBI, který respondenty rozděluje do třech stupňů pracovního uspokojení v závislosti na jejich odpovědích, které byly sesbírány v první části našeho výzkumného nástroje. V tomto cíli jsme měli za úkol porovnat pracovní uspokojení mezi jednotlivými pracovními pozicemi. Podle zpracovaných a vyhodnocených dat pozorujeme, že u všech tří pracovních pozic je na základě bodového zisku stanoven vysoký stupeň pracovního uspokojení. U lékařů a řidičů ZZS tento medián činil 25 bodů, u zdravotnických záchranářů 26. Rozdíl však není výrazný, a proto můžeme konstatovat, že pracovní uspokojení není ovlivněno pracovní pozicí a je tak mezi lékařským a nelékařským personálem na velice podobné úrovni. Tento výsledek si vysvětlujeme jako kombinaci benefitů práce ve zdravotnické záchranné službě, které jsou pro všechny pracovní pozice totožné a odpovědi získaných na otázku č. 21, kde respondenti napříč profesemi kladně odpovídali na otázku, zda je práce baví.

Pro srovnání našich výsledků vybíráme studii, jejichž autor Alqahtani et al. v kategorii pracovního uspokojení pro pracovní pozici lékař popisuje nízký stupeň pracovního uspokojení u 27,4 % respondentů. U nelékařských pracovníků zaměstnaných na pozici středního zdravotnického pracovníka uvádí 48,1% zastoupení nízkého stupně pracovního uspokojení.

*Dílčí cíl 10: Porovnat stupeň emocionálního vyčerpání u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby mezi jednotlivými kraji.*

Pro splnění tohoto cíle bylo nutné stanovit stupeň emocionálního vyčerpání pro každý kraj, kde proběhlo výzkumné šetření zvlášť. Opět jsme vycházeli ze získaných responzí z první části našeho výzkumného nástroje, který byl sestaven z MBI dotazníku. Počet respondentů byl v každém kraji stejný a jednalo se o 60 jedinců. Tento vzorek byl tvořen 20 lékaři, 20 záchranáři 20 řidiči ZZS, kdy zároveň bylo dosaženo vyrovnaného počtu zaměstnanců mužského a ženského pohlaví. Takový vzorek byl dosažen díky randomizovanému výběru pomocí počítačového softwaru Dataset. Na základě získaných statistických údajů o počtech výjezdů

z předchozích let, jejich indikací a zpětně hodnoceného NACA skóre, jsme předpokládaly větší hodnotu emocionálního vyčerpání u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby v Pardubickém kraji. Tento předpoklad se potvrdil, protože tito zaměstnanci podle námi získaných a statisticky ověřených výsledků, trpí vysokým stupněm emocionálního vyčerpání, kdy medián bodů dosahoval hodnoty 31. To je oproti Olomouckému kraji, kde tato hodnota byla stanovena na 25, o 6 více a oproti Královéhradeckému kraji dokonce o 8, kde medián bodů v kategorii emocionálního vyčerpání dosahuje hodnoty 23. Jak v Olomouckém, tak v Královéhradeckém kraji tedy hodnotíme emocionální vyčerpání středním stupněm. Proč je mezi kraji viditelný takový rozdíl v dosaženém skóre argumentujeme hned několika důvody. Kromě našich předpokladů plynoucích ze získaných statistických dat o výjezdové činnosti, se na výsledku nepřímo podílí i odpovědi z druhé části výzkumného nástroje, kde u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje byl zaznamenán oproti zaměstnancům jiných krajů, vysoký výskyt neutrálních nebo negativních odpovědí na otázky týkající se pracovního týmu, vedení ZZS a velmi častá přítomnost stresových situací. Jednalo se o otázky č. 28, 30 a 31. Konkrétní výsledky těchto otázek záměrně nezveřejňujeme. Dílčí cíl 11: *Porovnat stupeň depersonalizace u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby mezi jednotlivými kraji.*

Podmínky pro splnění tohoto cíle byly stejné jako v předchozím dílčím cíli. V tomto případě jsme měli za úkol hodnotit depersonalizaci u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby mezi jednotlivými kraji. Výsledky této kategorie korelují s kategorií „emocionální vyhoření“. Vysoký stupeň depersonalizace registrujeme u dotazovaných zaměstnanců zdravotnické záchranné služby v Olomouckém a Pardubickém kraji. Medián v případě Olomouckého kraje odpovídá hodnotě 13 bodů, Pardubického kraje 14 bodů. Výrazný rozdíl pozorujeme u Královéhradeckého kraje, kde podle mediánu získaných bodů na základě stanoveného klíče MBI dotazníku, přiřazujeme střední stupeň depersonalizace. Lepší výsledek Královéhradeckého kraje si vysvětlujeme na základě odpovědí královéhradeckých respondentů v otázkách č. 36, kdy pozorujeme často volené možnosti „chodím cvičit“, „snažím se zdravě jíst“ nebo v otázce č. 37, kdy zdravotníci uvádí, že užívají potravinové doplňky. Dalším odůvodněním může být výsledek z otázky č. 31, a to konkrétně většinou volená možnost „výborné vztahy“ mezi kolegy v rámci kolektivu výjezdové základny.



*Dílčí cíl 12: Porovnat stupeň pracovního uspokojení u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby mezi jednotlivými kraji.*

Podmínky pro splnění tohoto cíle byly stejné jako v kategorii emocionálního vyčerpání a depersonalizace. V tomto případě jsme měli za úkol hodnotit pracovní uspokojení u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby mezi jednotlivými kraji. Ve všech krajích, které byly zapojeny do našeho výzkumného šetření, jsme podle mediánu získaných bodů na základě stanoveného klíče MBI dotazníku, stanovili vysoký stupeň pracovního uspokojení. Konkrétní hodnoty mediánů nejsou výrazně rozdílné a jejich přesné hodnoty dosahují v Královéhradeckém kraji 26 bodů, v Olomouckém kraji 25 a v Pardubickém taktéž 25. Stejně tak, jako tomu bylo v cíli 9, i tady odůvodňujeme vysoký stupeň pracovního uspokojení stejnými benefity zaměstnání ve zdravotnické záchranné službě a kladnými odpověďmi na otázku č. 21. Můžeme tedy konstatovat, že pracovní uspokojení zaměstnanců není závislé na kraji, kde jedinec primárně vykonává svoji pracovní činnost.

Dílčí cíle č. 11, 12, 13 by bylo vhodné srovnat s výsledky výzkumů, které proběhly u ostatních krajských záchranných služeb v České republice. Podle nám všem dostupným informacím však zatím k žádnému podobnému výzkumu ani studii nedošlo. Srovnání se zahraničními studii by podle našeho názoru nezobrazovalo validní srovnání. V každé zahraniční zemi je systém ZZS zřizovaný odlišným způsobem a data by tak nebyla objektivní. Jak už bylo řečeno v teoretické části, zřizovatelem zdravotnické záchranné služby je v České republice kraj. Ve Slovenské republice je ZZS zřizovaná státem nebo soukromým poskytovatelem a Německá republika je podle Fraňka charakteristická tím, že konkrétní organizace v jednotlivých územních celcích mají na starosti příslušné samosprávy. Například ve městě Frankfurt, městská rada. Město organizuje záchrannou službu prostřednictvím hasičů. Ti pak odpovídají za službu jako celek a provozují operační středisko a některé výjezdové skupiny. O ostatní stanoviště se dělí neziskové organizace jako například Samaritáni, Maltézští rytíři, Červený kříž a Johanité.

*Dílčí cíl 13: Zjistit rozsah znalostí zaměstnanců zdravotnické záchranné služby v jednotlivých krajích o prevenci syndromu vyhoření.*

Počet respondentů byl v každém kraji stejný a jednalo se sice o 60 jedinců. Tento vzorek byl tvořen 20 lékaři, 20 záchranáři 20 řidiči ZZS, kdy zároveň bylo dosaženo vyrovnaného počtu zaměstnanců mužského a ženského pohlaví. Takový vzorek byl dosažen díky randomizovanému výběru pomocí počítačového softwaru Dataset. Následně pak byl medián přepočítán na procentuální úspěšnost celého kraje a stanoveno skóre odpovídajícímu rozsahu znalostí zaměstnanců zdravotnické záchranné služby v jednotlivých krajích o syndromu

vyhoření. Medián Královohradeckého kraje dosáhl hodnoty 39,4 bodů, což představuje 87% úspěšnost ve třetí části našeho výzkumného nástroje. Zaměstnanci Olomouckého kraje dosáhli v této kategorii mediánu 39,1, což znamená 86% úspěšnost v odpovědích na zadané otázky. Zdravotníci zaměstnaní ve zdravotnické záchranné službě Pardubického kraje, měli medián o hodnotě 38,6 bodů a jejich úspěšnost je tedy stanovena na 85 %. Průměrná úspěšnost všech dotazovaných zaměstnanců je tedy vypočítána na 86 %, což dle stanovené škály odpovídá druhému nejvyššímu stupni, tedy velmi dobré znalosti prevence syndromu vyhoření. Tento poměrně příznivý výsledek zdůvodňujeme dobrou dostupností informací o tomto syndromu, jak v online podobě, tak i v knižních zdrojích. I přes to se však domníváme, že by bylo vhodné edukovat zaměstnance zdravotnických záchranných služeb o syndromu vyhoření, protože v pozici pomáhajících profesí, jsou jednou z nejohroženějších skupin, což dokazují námi získané výsledky.

Jamei Lopez se ve své disertační práci v roce 2018 zabývala modelem, který byl zaměřený na informovanost a zkušenosti profesně začínajících zdravotních sester a prevenci před syndromem vyhoření. Autorka však neprováděla sběr dat, který by ukazoval míru znalostí. Studie, která by se zabývala stejnou problematikou a použila by hodnocení znalostí o syndromu vyhoření u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby, podle všech dostupných informací nebyla doposud zhotovena, a proto námi získaná data nemáme možnost porovnat s tuzemskými či zahraničními studii.

### **Limitace předloženého zkoumání**

Limity této výzkumné studie lze spatřit především v malém vzorku respondentů v jednotlivých pracovních kategoriích, které však bylo zapříčiněno omezeným počtem zaměstnanců jednotlivých záchranných služeb. Tato limitace by se však dala vyřešit rozsáhlejším výzkumem, který by zahrnoval všechny kraje České republiky, a tím by se vzorek respondentů výrazně navýšil. Výzkumné šetření, probíhalo v nepříznivé epidemické situaci, která byla spojena s infekčním onemocněním Covid-19. I přes to, že tento fakt mohl ovlivnit respondenty v určitých odpovědích, nepředpokládáme, že tomu tak ve výrazném měřítku bylo, protože v otázce č. 27 řadili riziko infekčního onemocnění průměrně až na předposlední místo nejvíce stresujících faktorů, během výkonu pracovní činnosti.

## 5 ZÁVĚR

Předkládaná diplomová práce je zaměřena na syndrom vyhoření u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby, a to formou kvantitativního designu, kdy pro sběr dat byl zvolen profilově upravený MBI dotazník. Vzorek respondentů byl tvořen zaměstnanci Královohradecké, Olomoucké a Pardubické záchranné služby napříč všemi pracovními pozicemi. Do výzkumné činnosti tak byli zapojeni lékaři, zdravotničtí záchranáři a řidiči ZZS. Celkový počet respondentů činil 180 jedinců. Procentuální zastoupení mezi muži a ženami bylo vyrovnané.

Teoretická část je orientována na faktické údaje o syndromu vyhoření, jeho prevenci a možnostech, jakým způsobem edukovat zaměstnance zdravotnických záchranných služeb. Mimo jiné, je také rozebrána obecná charakteristika jednotlivých pracovních pozic, včetně jejich kompetencí. V analýze záchranných služeb vybraných krajů se teoretická část zabývá obecnými informacemi, faktickými údaji, ale i výjezdovou statistikou, jejichž hodnoty pro nás měly velký význam při tvorbě určitých předpokladů pro diplomovou práci.

Praktická část byla založena na polostandardizovaném dotazníku, který byl složen ze tří částí. První část byla tvořena standardizovaným dotazníkem MBI, druhá část byla orientována na otázky týkající se zjištění vztahu zaměstnanců zdravotnické záchranné služby ke své profesi, a také obsahovala otázky k zjištění stresorů, se kterými se během svého výkonu povolání setkávají. Tyto stresory pak zaměstnance ovlivňují v oblasti emocionálního vyčerpání, depersonalizace či pracovního uspokojení a určují celkovou míru vyhoření. Ve třetí části byly zkoumány teoretické znalosti respondentů o syndromu vyhoření a jeho prevenci.

V rámci diplomové práce bylo stanoveno 13 hypotéz a 13 dílčích cílů, díky jejichž splnění bylo dosaženo hlavního cíle práce. Mohlo tak dojít k určení stupně emocionálního vyčerpání, depersonalizace a pracovního uspokojení zaměstnanců zdravotnické záchranné služby, včetně jejich míry znalostí o prevenci syndromu vyhoření. Na základě těchto dat můžeme doporučit vhodný edukační postup a vytvořit edukační materiál pro zlepšení informovanosti o prevenci syndromu vyhoření.

Vysoký stupeň emocionálního vyčerpání, který odpovídá emocionálnímu vyhoření se totiž vyskytuje u 45,56 % respondentů. Vysoký stupeň depersonalizace, který úzce koreluje s emocionálním vyhořením, je charakteristický pro 50 % jedinců, kteří se zúčastnili našeho šetření. Stupeň, který by v kategorii pracovního uspokojení znamenal vyhoření, je označen jako nízký. Jinak řečeno, pokud by zaměstnanec vykazoval symptomy nízkého stupně pracovního uspokojení, značilo by to známku vyhoření. Nízkého stupně pracovního uspokojení však

dosahovala jen 3,33 % všech respondentů. Největší zastoupení měl v tomto případě stupeň vysokého pracovního uspokojení, a to konkrétně 58,33 %.

Vliv pohlaví na emocionální vyčerpání, depersonalizaci a pracovní uspokojení bylo řešeno v dílčích cílech 4, 5 a 6. Kromě oblasti depersonalizace, kde bylo zaznamenáno vyšší skóre u mužského pohlaví, se tento vliv neprokázal a rozdíly v dosažených hodnotách byly minimální a statisticky nevýznamné.

To stejné se však nedá tvrdit o pracovních pozicích zaměstnanců zdravotnické záchranné služby, protože respondenti, kteří uvedli, že jejich pracovní pozice je lékař, vykazují vyšší stupeň emocionálního vyčerpání a depersonalizace než nelékařský zdravotnický personál. V případě pracovního uspokojení se však významné rozdíly nepotvrdily.

V dílčích cílech č. 10, 11, 12 jsme hodnotili vliv místa zaměstnání na emocionální vyčerpání, depersonalizaci a pracovní uspokojení zaměstnance. Vzhledem k tomu, že výzkum proběhl v Královohradeckém, Olomouckém a Pardubickém kraji, hodnotili jsme vliv na zaměstnance v těchto krajích. Rozdíly se ukázaly v kategorii emocionálního vyčerpání, kdy zaměstnanci Královohradecké a Olomoucké záchranné služby vykazovaly známky středního stupně, ale zdravotníci, kteří označili svoje primární působení v Pardubickém kraji, byli zařazeni do vysokého stupně emocionálního vyčerpání. Podobně tomu bylo i v případě depersonalizace, která s emocionálním vyčerpáním úzce souvisí. U královohradeckých zaměstnanců pozorujeme střední stupeň depersonalizace, ovšem u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby Olomouckého a Pardubického kraje vychází stupeň vysoký. Co se týče poslední hodnocené kategorie, a to sice pracovního uspokojení, tak v této oblasti výrazné rozdíly nepozorujeme a můžeme tak říct, že dle našich výsledků, se u respondentů zapojených do výzkumného šetření neprokázal vliv místa zaměstnání na pracovní uspokojení.

Kromě vyhodnocení jednotlivých oblastí, které jsou charakteristické pro syndrom vyhoření bylo našim cílem zhodnotit i informovanost o syndromu vyhoření a jeho prevenci. Touto problematikou jsme se zabírali v dílčím cíli č. 13. Dle námi získaných a statisticky vyhodnocených dat můžeme konstatovat, že informovanost a znalosti zúčastněných zaměstnanců zdravotnické záchranné služby, je dle škály hodnocení velmi dobrá, což je druhý nejvyšší stupeň hodnocení. Průměrná známka respondenta byla stanovena na 2,3, kdy jednička značila výborné znalosti, a naopak pětka velmi špatné. Taktéž nepozorujeme výrazný vliv toho, kde primárně zdravotník působil, protože průměrná procentuální úspěšnost, mezi zaměstnanci jednotlivých krajů, je velice podobná a statisticky nevýznamná.

Na základě našich výsledků bychom jednotlivým vedením zdravotnické záchranné služby chtěli doporučit E-learningovou formu edukace svých zaměstnanců o prevenci a řešení

jednotlivých fází syndromu vyhoření. I přes to, že znalosti a informovanost zúčastněných zaměstnanců zdravotnické záchranné služby jsou na velmi dobré úrovni, výsledky z MBI dotazníku, a to především z oblasti emocionálního vyčerpání a depersonalizace, tomu velmi neodpovídají. Zaměstnavatel by se podle nás měl zaměřit na zlepšení atmosféry jednotlivých výjezdových základen a zvážit zaměstnanecké benefity, které by svým zaměstnancům například přispívali na volnočasové aktivity, jako je sport, relaxační pobyty, wellness a jiné. Protože nevýznamnějšími stresory, jako je nepříjemné chování pacientů, časová tíseň během výjezdové činnosti nebo počet výjezdů během služby, je prakticky nemožné ovlivnit. Proto doporučujeme zaměřit se alespoň na ty stresory, kdy je v možnostech zaměstnavatele změnit stresující podmínky.

Výsledky jednotlivých krajů v oblasti emocionálního vyčerpání, depersonalizace, pracovního uspokojení, ale i informovanosti o syndromu vyhoření, byly společně s edukačním materiálem předány vedoucím pracovníkům konkrétních krajských záchranných zdravotních služeb.

Podle nám všem dostupným informacím, nebyla v České republice doposud zhotovena žádná podobná studie, a proto bychom rádi doporučili vytvořit výzkum na podobném nebo stejném principu i u ostatních krajských zdravotnických záchranných služeb pro srovnání výsledků mezi jednotlivými kraji. Výzkumné šetření probíhalo v nepříznivé epidemické situaci, která byla spojena s infekčním onemocněním Covid-19. Proto by také bylo vhodné data ověřit v běžné situaci.

Na základě těchto výsledků by pak mohlo dojít ke zlepšení nepříznivé situace mezi zaměstnanci zdravotnické záchranné služby v kontextu syndromu vyhoření, který se odráží nejen na jejich fyzické, ale i psychické kondici.

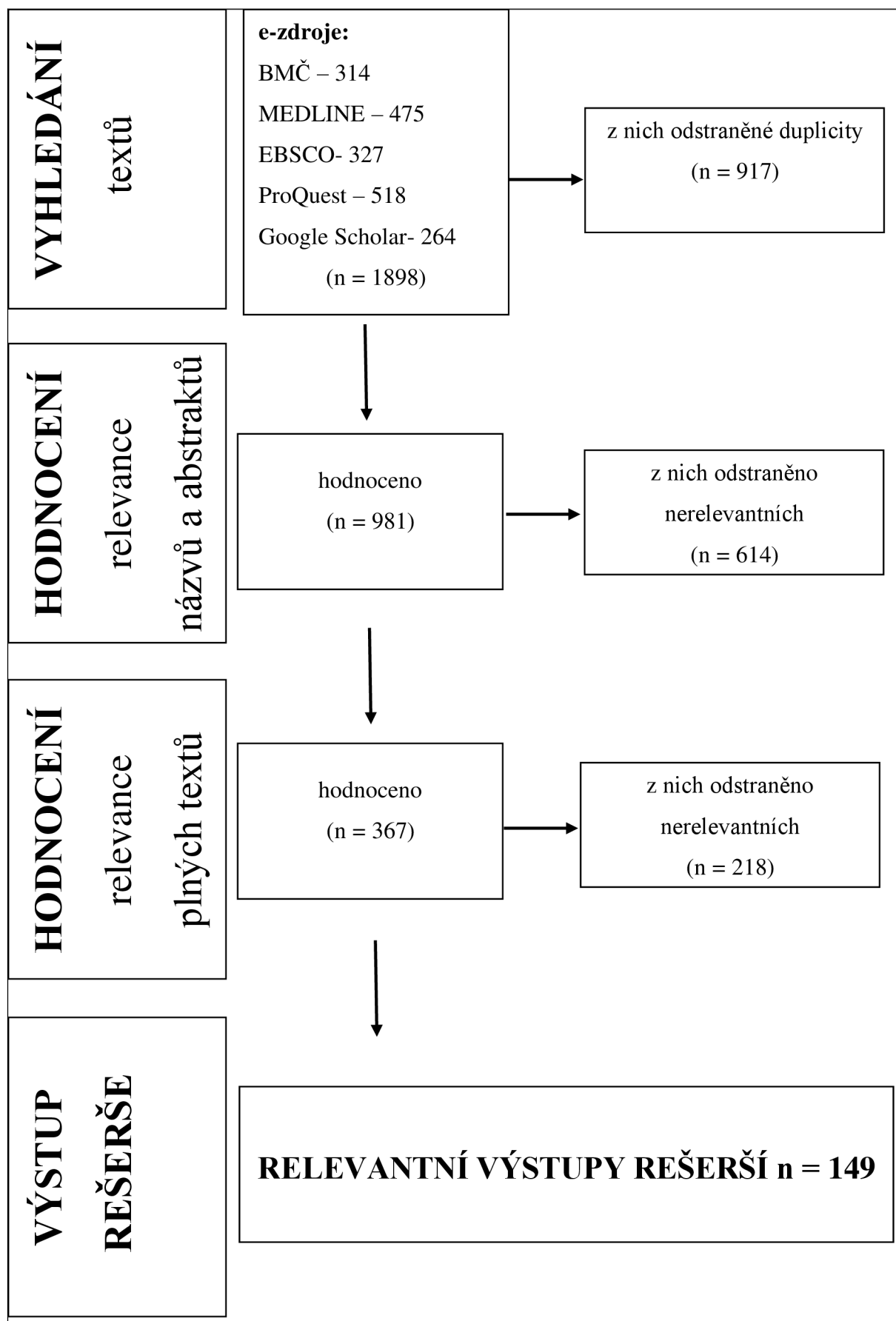
## 5.1 Metodika a výsledky literární rešerše

K sestavení rešeršní otázky širokého charakteru a vyhledání literatury, která sloužila jako zdroj ke srovnání a odůvodnění našich výsledků, bylo nutné dle rešeršní strategie aplikovat komponenty P–Co–Co. Tedy participant–koncept–kontext. Rešeršní otázka byla formulována na základě stanoveného dílčího cíle. Komponenta participant byla v rešeršní otázce volena tak, aby odpovídala hledanému pojmu dílčího cíle, případně jeho cizojazyčnému ekvivalentu. K jednotlivým komponentám byla přiřazena vhodná synonyma jak v českém, tak i v cizím jazyce, převážně tedy v angličtině a následně byly využity booleovské operátory AND, OR, NOT. Pro vyhledání a získání zdrojů k publikovaným poznatkům, byly vybrány databáze Medline, ProQuest, Google Scholar, EBSCO a BMČ. Při výběru zdrojů informací byly preferovány co možná nejaktuálnější zdroje. Díky softwarovému programu Zotero, byly následně odstraněny duplicity ve vyhledané literatuře. Poté proběhlo hodnocení relevance jednotlivých zdrojů podle názvů a obsahové složky abstraktu. K vhodným článkům, byly vyhledány plné texty na jejichž základě byla data zhodnocena s našimi výsledky. V Tabulce č. 46 jsou uvedeny vyhledávací kritéria. Jednotlivé počty zdrojů v použitých databázích jsou uvedeny v Tabulce č. 47. V průběhu literární rešerše pro praktickou část bylo využito doporučení od Marečkové a Klugarové 2015 z publikace Zdravotnictví založené na vědeckých důkazech.

Tabulka 46 Vyhledávací kritéria řešerše

<p><b>Klíčová slova a jejich synonyma v českém jazyce:</b></p> <p><b>Komponent P – participanti:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zaměstnanci ZZS</li> <li>- zdravotnický záchranář</li> <li>- řidič ZZS</li> <li>- lékař</li> <li>- všeobecná sestra</li> <li>- urgentní příjem</li> </ul> <p><b>Komponent Co – koncept:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- syndrom vyhoření</li> <li>- prevence</li> </ul> <p><b>Komponent Co – kontext:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pardubický kraj</li> <li>- Olomoucký kraj</li> <li>- Královéhradecký kraj</li> <li>- Česká republika</li> <li>- Evropa</li> <li>- Amerika</li> </ul>	<p><b>Klíčová slova a jejich synonyma v anglickém jazyce:</b></p> <p><b>Komponent P – participanti:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- medical staff</li> <li>- paramedic</li> <li>- emergency medical service driver</li> <li>- doctor</li> <li>- nurse</li> <li>- emergency department</li> </ul> <p><b>Komponent Co – koncept:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Burnout syndrom</li> <li>- Prevention</li> </ul> <p><b>Komponent Co – kontext:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pardubice region</li> <li>- Olomouc region</li> <li>- Hradec Králové region</li> <li>- Czech republic</li> <li>- Europe</li> <li>- America</li> </ul>
<p><b>Výběrová kritéria:</b> jazyk český, anglický, období 2011-2021, plný text, recenzovaný</p> <p><b>Vyřazující kritéria:</b> kvalifikační práce, duplicitní zdroje, nerelevantní texty vzhledem k P-Co-Co</p>	

Tabulka 47 Postupový diagram literární rešerše





# RERERENČNÍ SEZNAM

## Knížní zdroje

1. DOBIÁŠ, V., BULÍKOVÁ, T., HERMAN, P., 2012. Prednemocničná urgentná medicína. 2., dopln. a preprac. vyd. Martin: Vydavateľstvo Osveta. 740 s. ISBN 978-80-8063-387-5.
2. FRANĚK, O., 2016. Manuál dispečera zdravotníckého operačného strediska. 8. vydání. Praha: Ondřej Franěk. 250 s. ISBN 978-80-905651-1-1
3. HENDL, Jan a Jiří REMR. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál, 2017. ISBN 9788026211921.
4. KOUBEK, Jozef. *Řízení lidských zdrojů: Základy moderní personalistiky*. 5. rozš. a dopl. vyd. Praha: Management Press, 2015. ISBN 978-80-7261-288-8.
5. MINIRTH, Frank, Paul MEIER, Don HAWKINS a Richard FLOURNOY. *How to beat burnout*. 2.vydání. London: Northfield Pub, 2011. ISBN 978-80-7255-252-8.
6. REMEŠ, Roman a Silvia TRNOVSKÁ. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4530-5
7. SCHMIDBAUER, W. *Syndrom pomocníka: Podněty pro duševní hygienu v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0865-5.
8. ŠEBLOVÁ, J., KNOR, J., 2013. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 1. vydání. Praha: Grada. 416 s. ISBN 978-80-247-4434-6.
9. VILÁŠEK, J., et al. *Integrovaný záchranný systém ČR na počátku 21. století*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2477-8.
10. VODÁK, Josef a Alžběta KUCHARČÍKOVÁ. *Efektivní vzdělávání zaměstnanců*. 2. aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3651-8.

## Legislativa

1. ČESKO. Vyhláška č. 254/2013 Sb. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2019 [cit. 4. 3. 2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2013-254>
2. ČESKO. Vyhláška č. 296/2012 Sb. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2019 [cit. 4. 3. 2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-296>
3. ČESKO. Vyhláška č. 39/2005 Sb. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2019 [cit. 4. 3. 2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-39>
4. ČESKO. Vyhláška č. 55/2011 Sb. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2019 [cit. 4. 3. 2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55-55>

5. ČESKO. Vyhláška č. 99/2012 Sb. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2019 [cit. 4. 3. 2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-99>
6. ČESKO. Zákon č. 179/2006 Sb. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2019 [cit. 4. 3. 2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-179>
7. ČESKO. Zákon č. 361/2000 Sb. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2019 [cit. 4. 3. 2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-361>
8. ČESKO. Zákon č. 372/2011 Sb. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2019 [cit. 4. 3. 2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
9. ČESKO. Zákon č. 378/2007 Sb. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2019 [cit. 4. 3. 2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2007-378>
10. ČESKO. Zákon č. 424/2004 Sb. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2019 [cit. 4. 3. 2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-424?text=odborn%C3%BD%20dohled>
11. ČESKO. Zákon č. 96/2004 Sb. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2019 [cit. 4. 3. 2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>

### Online zdroje

1. ADAMS, Christopher J, Holly HOUGH. Clergy Burnout: A Comparison Study with Other Helping Professions. *Pastoral Psychology* [online]. 2017, 66(2), 147-175 [cit. 2021-03-04]. ISSN 00312789. Dostupné z: doi:10.1007/s11089-016-0722-4
2. ALSALEEM, N.J., A.M ALQAHTANI, S.A. ALSALEEM, A.S ALSAMGHAN a M.M. MOHAMMED. Burnout Syndrome among Emergency Physicians and Nurses in Abha and Khamis Mushait Cities, Aseer Region, Southwestern Saudi Arabia. *The Scientific World Journal* [online]. 2018, 2019(Article ID 4515972), 14 pages [cit. 2021-5-13]. Dostupné z: doi:10.1155/2019/4515972
3. AL-SAMARRAIE, Hosam a Shuhaila HURMUZAN. A review of brainstorming techniques in higher education. *Thinking Skills and Creativity* [online]. 2018, 27(6), 78-91 [cit. 2021-03-09]. ISSN 18711871. Dostupné z: doi:10.1016/j.tsc.2017.12.002
4. BERKOVÁ, J. Prehospital blood and blood products administration. *Rozhledy v chirurgii: mesicnik Ceskoslovenske chirurgicke spolecnosti* [online]. 2019, 98(12), 481-487 [cit. 2021-03-04]. ISSN 00359351. Dostupné z: doi:10.33699/PIS.2019.98.12.481-487
5. BROWN, Judith B., Yashoda VALLIERE, Cecelia MCLACHLAN, Sonja M. REICHERT, Susan WEBSTER-BOGAERT, Alexandria RATZKI-LEEWING, Bridget L.

- RYAN a Stewart B. HARRIS. Beyond the Sick Role: The Many Roles of Adults With Type 1 and Type 2 Diabetes in the Management of Hypoglycemia—The InHypo-DM Study, Canada. *Canadian Journal of Diabetes* [online]. 2020, 44(7), 657-662 [cit. 2021-03-04]. ISSN 14992671. Dostupné z: doi:10.1016/j.jcjd.2020.03.011
6. BURGET, F. a P. DOUŠA. Doporučení řešení krizového stavu při hromadném neštěstí se zaměřením na teroristický útok. *Acta Chirurgiae Orthopaedicae* [online]. 2020, 87(1), 62-67 [cit. 2021-03-04]. ISSN 00015415.  
Dostupné z: <https://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=38&sid=91696f38-3527-464d-ba71-f5742091d672%40sessionmgr4008&bdata=JmF1dGh0eXBIPXNoaWImbGFuZz1jcyZzaXRIPWVkcylsaXZlJnNjb3BIPXNpdGU%3d#AN=142609869&db=edb>
7. CONNELL, R. a R.J. LOPEZ. Study shows stress dogging paramedics; report: Psychologist says more than half on L.A. force display signs of emotional exhaustion that could affect patient care. 'these people . . . need help now,' he says.: [home edition]. *Los Angeles Times* [online]. Los Angeles: Copyright (c) 2000 Los Angeles Times, 2000, 6(6), 14-16 [cit. 2021-5-2]. Dostupné z: <https://search.proquest.com/newspapers/study-shows-stress-dogging-paramedics-report/docview/421554319/se-2?accountid=1673>
8. Činnost ZZS OK v roce 2019. *Zdravotnická záchranná služba Olomouckého kraje* [online]. Olomouc: ZZS OK 2021, 2020 [cit. 2021-03-09]. Dostupné z: [https://www.zzsol.cz/download/statistika\\_dokumenty/ZZS-OK-2019-statisticka-data\\_gdfa6.pdf](https://www.zzsol.cz/download/statistika_dokumenty/ZZS-OK-2019-statisticka-data_gdfa6.pdf)
9. DEGENG, Nyoman Sudana, Wayan ARDHANA a Punaji SETYOSARI. The Effect of Instructional Methods (Lecture-Discussion versus Group Discussion) and Teaching Talent on Teacher Trainees Student Learning Outcomes. *Journal of Education and Practice* [online]. 2017, 8(9), 203-209 [cit. 2021-03-09]. ISSN 22221735. Dostupné z: <https://eric.ed.gov/?id=EJ1138824>
10. ELDER, Elizabeth Gaye, Amy JOHNSTON, Marianne WALLIS a Julia CRILLY. Work-based strategies/interventions to ameliorate stressors and foster coping for clinical staff working in emergency departments: a scoping review of the literature. *Australasian Emergency Care* [online]. 2020, 23(3), 181-192 [cit. 2021-03-04]. ISSN 2588994X. Dostupné z: doi:10.1016/j.auec.2020.02.002
11. ESSEX, Beth a Lisa B. SCOTT. CHRONIC STRESS AND ASSOCIATED COPING STRATEGIES AMONG VOLUNTEER EMS PERSONNEL. *Prehospital Emergency*

- Care* [online]. 2008, 12(1), 69-75 [cit. 2021-5-10]. Dostupné z: doi:0.1080 / 10903120701707955
12. GERNET, Isabelle. Approche clinique et psychopathologique du burn out: discussion à partir de la psychodynamique du travail. *L'Évolution psychiatrique* [online]. 2021, 86(1), 119-130 [cit. 2021-03-04]. ISSN 00143855. Dostupné z: doi:10.1016/j.evopsy.2020.11.001
  13. ILIFFE, S. a J. MANTHORPE. Burnout may be serious, but what is it? *BMJ (Clinical research ed.)* [online]. 2019, 365(23), I2108 [cit. 2021-03-04]. ISSN 17561833. Dostupné z: doi:10.1136/bmj.I2108
  14. JONES, C., B. WADHAM, W. MORRIS, A. MCCOMBIE, M. EVANS a C. WAKEMAN. An audit of fluid resuscitation practice in trauma patients with major haemorrhage at Christchurch Hospital. *The New Zealand medical journal* [online]. 2020, 133(1525), 11-17 [cit. 2021-03-04]. ISSN 11758716.
  15. KASSIS, Amanda a Fiona Ann PAPPS. Integrating complementary and alternative therapies into professional psychological practice: An exploration of practitioners' perceptions of benefits and barriers. *Complementary Therapies in Clinical Practice* [online]. 2020, 41(18), 2-3 [cit. 2021-03-04]. ISSN 17443881. Dostupné z: doi:10.1016/j.ctcp.2020.101238
  16. KHAERUNNISA, M., M.N. HAPPY a T.I SETIAWAN. Gambaran perilaku asertif mahasiswa bk unj angkatan 2010 yang akan melaksanakan program pengalaman lapangan (PPL). *Insight: Jurnal Bimbingan dan Konseling* [online]. 2016, 2(2), 58-63 [cit. 2021-03-05]. ISSN 22529055. Dostupné z: doi:10.21009/INSIGHT.022.09
  17. KHAN, Wahaj Anwar A., Russell CONDUIT, Gerard A. KENNEDY a Melinda L. JACKSON. The relationship between shift-work, sleep, and mental health among paramedics in Australia. *Sleep Health: Journal of the National Sleep Foundation* [online]. 2020, 6(3), 330-337 [cit. 2021-03-05]. ISSN 23527218. Dostupné z: doi:10.1016/j.sleh.2019.12.002
  18. KLUSSMAN, Kristine, Julia LANGER a Austin Lee NICHOLS. The relationship between physical activity, health, and well-being: Type of exercise and self-connection as moderators. *European Journal of Health Psychology* [online]. 2021, 16(1), 25-46 [cit. 2021-03-05]. ISSN 25128442. Dostupné z: doi:10.1027/2512-8442/a000070
  19. KNOR, Jiří. Zdravotnická záchranná služba Středočeského kraje, p.o.: Nedostatek lékařů v ZZS: Nedostatek lékařů: planá chiméra, nebo reálná hrozba? *TEMPUS*

- Medicorum* [online]. 2016, 18.7.2016, 25(7-8), 9 [cit. 2021-03-04]. Dostupné z: <https://www.uszssk.cz/nedostatek-lekaru-plana-chimera-nebo-realna-hrozba/>
20. KNOX, M., R. WILLARD-GRACE, B HUANG a ET. AL. Maslach Burnout Inventory and a Self-Defined, Single-Item Burnout Measure Produce Different Clinician and Staff Burnout Estimates. *Original Research* [online]. 2018, 4, 33(2018), 1344–1351 [cit. 2021-5-3]. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11606-018-4507-6>
21. KUČEROVÁ, Z. Salcman. Zdravotnická přeprava pacientů v režimu tzv. neodkladné péče. *Revizní a posudkové lékařství* [online]. 2016, 16.3.2016, 19(3), 103-104 [cit. 2021-03-10]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/revizni-posudkove-lekarstvi/2016-3/zdravotnicka-preprava-pacientu-v-rezimu-tzv-neodkladne-pece-60269>
22. LOPEZ, Jamie. *Compassion fatigue and burnout: Awareness and prevention for the novice nurse population* [online]. Minnesota, 2018 [cit. 2021-5-13]. Dostupné z: <https://www.proquest.com/docview/2036403899/C5D1EB480B654D77PQ/2?accountid=16730>. Dizertační práce. Walden University. Vedoucí práce Eric Riedel, Ph.D.
23. MAREČKOVÁ, Jana, Jitka KLUGAROVÁ a ET. AL. *Evidence-Based Health Care: Zdravotnictví založené na vědeckých důkazech* [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015, 2015 [cit. 2021-5-16]. ISBN 978-80-244-4781-0. Dostupné z: <https://cebhckt-jbi.med.muni.cz/res/file/publications/monographs/mareckova-2015-zdravonictvi-zalozene-na-dukazech.pdf>
24. MASLACH, Christina a Suzan E. JACKSON. The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Organizational Behavior* [online]. 1981, 04, 2(2), 99-113 [cit. 2021-04-15]. Dostupné z: doi:10.1002/job.4030020205
25. MCFARLAND, D. C., F. HLUBOCKY a M. RIBA. Update on Addressing Mental Health and Burnout in Physicians: What Is the Role for Psychiatry? *Current psychiatry reports* [online]. 2019, 21(11), 108 [cit. 2021-03-04]. ISSN 15351645. Dostupné z: doi:10.1007/s11920-019-1100-6
26. NOWAKOWSKA, Sylwia a Łukasz WOLNIEWICZ. Professional burnout among nurses and paramedics. *Medical Science Pulse* [online]. 2017, 11(2), 22-25 [cit. 2021-03-11]. ISSN 25441558. Dostupné z: doi:10.5604/01.3001.0010.1585
27. O zdravotnické záchranné službě. *Zdravotnická záchranná služba Pardubického kraje* [online]. Pardubice: Copyright © 2009-2021 zzspak.cz, 2021, 6.3. 2019 [cit. 2021-03-09]. Dostupné z: <https://www.zzspak.cz/o-nas/o-zdravotnicke-zachranne-sluzbe>
28. ORGANOPOULOU, M., M.Sc TSIRONI a M.D MÁRIA. Investigation of Anxiety and Burn-Out in Medical and Nursing Staff of Public Hospitals of Peloponnese. *International*



- Journal of Caring Sciences* [online]. 2014, 7(3), 799-808 [cit. 2021-5-10]. Dostupné z: <https://www.proquest.com/docview/1612539182/C31225DB7D3D43CFPQ/2?accountid=16730>
29. OBEIDAT, Mohammed M. a Arqam M. MOHIDEEN. Student's perspective about lecture based and seminar methods of teaching: A cas study of M.A students in Jordan *PalArch's Journal of Archaeology of Egypt/Egyptology* [online]. 2020, 17(8), 100-120 [cit. 2021-03-09]. ISSN 1567214X.  
Dostupné z: <https://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=c261507d-aed3-4af0-bed0-b124c927aa7d%40pdc-v-sessmgr0>
30. PESTANA, Jose Vicente, Nuria Codina a Rafael Valenzuela. Leisure and procrastination, a quest for autonomy in free time investments: Task avoidance or accomplishment? *Frontiers in Psychology* [online]. 2020, 10(25), 17-26 [cit. 2021-03-05]. ISSN 16641078. Dostupné z: doi:10.3389/fpsyg.2019.02918
31. RODRÍGUEZ-SOCARRÁS, M., P. SKJOLD KINGO, P. UVIN, et al. Estilo de vida y burnout en residentes y urólogos jóvenes. *Actas Urológicas Espanolas* [online]. 2020, 44(1), 19-26 [cit. 2021-03-05]. ISSN 02104806. Dostupné z: doi:10.1016/j.acuro.2019.03.010
32. SANDEVA, G. a P. GIDIKOVA. Curent psychosocial risk factors in the healthcare sector *Trakia Journal of Sciences* [online]. 2020, 18(1), 63-71 [cit. 2021-03-04]. ISSN 13121723. Dostupné z: doi:10.15547/tjs.2020.s.01.011
33. SAPUTRA, R.Y a S. KEP. PERILAKU ASERTIF: Perilaku ideal perawat di intensive psychiatric care unit. *Rumah Sakit Jiwa* [online]. 2020, 19.2.2020, 16(38), 6-9 [cit. 2021-03-05]. Dostupné z: <http://rsjlawang.com/news/detail/377/perilaku-asertif-perilaku-ideal-perawat-di-intensive-psychiatric-care-unit-ipc>
34. SENETA, Libor. Zpráva o činnosti 2019. *Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje* [online]. Hradec Králové: 2017 ZZS KHK, 207n. 1., 20.2.2020 [cit. 2021-03-09]. Dostupné z: <https://www.zzskhk.cz/files/646912178f276e0a0918005591cdc2c0.pdf>
35. SERGEEVA, Marina Georgiyevna, Galina Nikolayevna YULINA, Dmitry Vladimirovich LUKASHENKO, Liudmila Alekseevna EGOROVA a Pavel Rustamovich BAZAROV. Promising Educational Technologies for Professional Training. *Journal of Educational Psychology - Propositos y Representaciones* [online]. 2020, 8(2), 1-13 [cit. 2021-03-09]. ISSN 23077999. Dostupné z:

<https://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=e518393c-5444-407f-84e1-f1baf397a784%40sessionmgr4007>

36. FAKHAR, Shahzad, Jianguo DU a Imran KHAN. Perceived Threat of COVID-19 Contagion and Frontline Paramedics' Agonistic Behaviour: Employing a Stressor–Strain–Outcome Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. Basel, 2020, 17(14), 63-91 [cit. 2021-5-3]. Dostupné z: doi:10.3390 / ijerph17145102
37. SHRIANE, Alexandra E., Alex M.T. RUSSELL, Sally A. FERGUSON, Gabrielle RIGNEY a Grace E. VINCENT. Sleep hygiene in paramedics: What do they know and what do they do? *Sleep Health: Journal of the National Sleep Foundation* [online]. 2020, 6(3), 321-329 [cit. 2021-03-05]. ISSN 23527218. Dostupné z: doi:10.1016/j.sleh.2020.04.001
38. SCHNEIDER, F., J. MARTIN, G. SCHNEIDER a C. M. SCHULZ. The impact of the patient's initial NACA score on subjective and physiological indicators of workload during pre-hospital emergency care. *PloS one* [online]. 2018, 13(8), 202-215 [cit. 2021-03-09]. ISSN 19326203. Dostupné z: doi:10.1371/journal.pone.0202215
39. SIGMUND. Jak je to se všeobecnými sestrami na ZZS. Mohou na záchránkách pracovat? Které a za jakých podmínek? [online]. 1.5.2019 [cit. 2019-04-03]. Dostupné z: [https://www.komorzachranaru.cz/aktualita/jak-je-to-se-vseobecnymi-sestrami-na-zzsmohou-na-zachrankach-pracovat-ktere-a-za-jakychpodminek?fbclid=IwAR1LDhFsO9H4KaOkMgf9BEq0axDF7rY\\_0Zz9HvY7hRsLtIEQRTOy2NIPtY](https://www.komorzachranaru.cz/aktualita/jak-je-to-se-vseobecnymi-sestrami-na-zzsmohou-na-zachrankach-pracovat-ktere-a-za-jakychpodminek?fbclid=IwAR1LDhFsO9H4KaOkMgf9BEq0axDF7rY_0Zz9HvY7hRsLtIEQRTOy2NIPtY)
40. Statistika výjezdové činnosti ZZS ČR za rok 2020. Asociace zdravotnický záchranných služeb České republiky [online]. České Budějovice: Copyright © 2020 AZZS ČR, 2021, 5.2.2021 [cit. 2021-03-09]. Dostupné z: <https://www.azzs.cz/aktualne/844-statistika-vjezdov-innosti-zzs-r-za-rok-2020>
41. STEVENSON, K., L O'MARA, S.M JACK a J. M. LEGRIS. Registered nurses' experiences of patient violence on acute care psychiatric inpatient units: An interpretive descriptive study. *BMC Nursing* [online]. 2015, 14(1), 2-13 [cit. 2021-03-05]. Dostupné z: doi:10.1186/s12912-015-0079-5
42. STRACK, Juliane, Paulo N. LOPES a Francisco ESTEVES. Will you thrive under pressure or burn out? Linking anxiety motivation and emotional exhaustion. *Cognition and Emotion* [online]. 2015, 29(4), 578-591 [cit. 2021-03-04]. ISSN 02699931. Dostupné z: doi:10.1080/02699931.2014.922934

43. SUMMERS, R. F. The Elephant in the Room: What Burnout Is and What It Is Not. *The American journal of psychiatry* [online]. 2020, 177(10), 898-899 [cit. 2021-03-04]. ISSN 15357228. Dostupné z: doi:10.1176/appi.ajp.2020.19090902
44. ŠŤASTKA, Jakub. Sanita v kraji jede každé tři minuty a 45 vteřin. Počet výjezdů záchranářů roste. *Zdravotnická záchranná služba Středočeského kraje* [online]. 2019, 28.2.2019, 2019(2), 1 [cit. 2021-03-04]. Dostupné z: <https://www.uszssk.cz/sanita-v-kraj-jede-kazde-tri-minuty-a-45-vterin-pocet-vyjezdu-zachranaru-roste/>
45. UHÝRKOVÁ, Radana a Andrea BÍLKOVÁ. *Vybrané kapitoly z předmětu Záchranářství a medicína katastrof* [online]. Zlín: publi.cz, 2016 [cit. 2021-03-04]. ISBN 978-80-88058-78-6. Dostupné z: <https://publi.cz/books/370/Cover.html>
46. ZDRAVOTNICTVÍ ČR: Stručný přehled činnosti oboru zdravotnická záchranná služba (ZZS) za období 2007–2019 NZIS REPORT č. K/16 (08/2020). *Ústav zdravotnických informací a statistik ČR* [online]. Praha: Creative Commons., 2021, 08/2020 [cit. 2021-03-12]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008331/nzis-rep-2020-k16-a038-zdravotnicka-zachranna-sluzba-2019.pdf>
47. VAN MAARSEVEEN, Oscar E. C., Wietske H. W. HAM, Nils L. M. VAN DE VEN, Tim F. F. SARIS a Luke P. H. LEENEN. Effects of the application of a checklist during trauma resuscitations on ATLS adherence, team performance, and patient-related outcomes: a systematic review. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery: Official Publication of the European Society for Trauma and Emergency Surgery* [online]. 2020, 46(1), 65-72 [cit. 2021-03-04]. ISSN 18639933. Dostupné z: doi:10.1007/s00068-019-01181-7
48. VILCEANU, Clara-beatrice, Carmen GRECEA a Sorin HERBAN. Opportunities and Challenges in Higher Education System: Knowledge Transfer by e-Learning vs. Traditional Methods. *ELearning* [online]. 2019, 4(14), 253-258 [cit. 2021-03-09]. ISSN 2066026X. Dostupné z: doi:10.12753/2066-026X-18-250
49. VLK, Radomír a Denisa ŠROTÍŘOVÁ. Legislativní brožura: Pro nelékařské pracovníky záchranných služeb. *Komoru záchranářů* [online]. Praha: 2021 Komora Záchranářů, 2018, 1.12.2018 [cit. 2021-03-10]. Dostupné z: <https://www.komorazachranaru.cz/files/download/ke-stahnuti/1828875925-LEGISLATIVNI-BROZURA-1.3.pdf>
50. WATSON, Alexander G., Jonathan V. MCCOY, Joann MATHEW, Daniel A. GUNDERSEN a Robert M. EISENSTEIN. Impact of physician workload on burnout in the emergency department. *Psychology, Health* [online]. 2019, 24(4), 414-428 [cit. 2021-03-



04]. ISSN 13548506. Dostupné z:  
<https://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=67&sid=560f1828-6f38-456e-a69d-a3eae37143c0%40sessionmgr103>

51. WEST, C.P., L.N. DYRBYE, J.A. SLOAN a T.D. SHANAFELT. Single item measures of emotional exhaustion and depersonalization are useful for assessing burnout in medical professionals. *Journal of General Internal Medicine* [online]. 2009, 24(12), 1318-1321 [cit. 2021-5-10]. Dostupné z: doi:10.1007/s11606-009-1129-z
52. WINDON, Suzanna, Mariah K. STOLLAR a Theodore R. ALTER. Application of a Modified Brainstorming Technique. *Journal of Extension* [online]. 2020, 58(2), 1-1 [cit. 2021-03-09]. ISSN 00220140. Dostupné z:  
<https://pennstate.pure.elsevier.com/en/publications/application-of-a-modified-brainstorming-technique>
53. WOLTER, Edyta. Education for healthy lifestyle in free time. *Forum Pedagogiczne / Pedagogical Forum* [online]. 2020, 10(2), 243-252 [cit. 2021-03-05]. ISSN 20836325. Dostupné z: doi:10.21697/fp.2020.2.17
54. WU, Le. The Impact of the Mechanism of Projection on Methods of Education in Great Expectations. *Theory and Practice in Language Studies* [online]. 2021, 11(2), 182-185 [cit. 2021-03-09]. ISSN 17992591. Dostupné z: doi:10.17507/tpls.1102.10
55. ZAINOL, Amer Shakir, Mustaffa Halabi Hj. AZAHARI, Zuraidah Mohd SANUSI a Muhamad Firdaus RAMLI. Improving Satisfaction: The Importance of Ownership of the Topic under the Group Brainstorming Technique. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* [online]. 2012, 50(7), 513-524 [cit. 2021-03-09]. ISSN 18770428. Dostupné z: doi:10.1016/j.sbspro.2012.08.055
56. Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje: Kdo jsme [online]. Hradec Králové: 2017 ZZS KHK, 2017 [cit. 2021-03-09]. Dostupné z:  
<https://www.zzskhk.cz/cs/kdo-jsme>
57. Zdravotnická záchranná služba Olomouckého kraje, p.o. [online]. Olomouc: ZZS OK, 2021 [cit. 2021-03-09]. Dostupné z: <https://www.zzsol.cz/nase-sluzby/vyjezdove-skupiny>
58. Zpráva o činnosti a plnění úkolů 2020. *Zdravotnická záchranná služba Pardubického kraje* [online]. Pardubice: Copyright © 2009-2021 zzspak.cz, 2021, 5.3. 2021 [cit. 2021-03-09]. Dostupné z:  
[https://www.zzspak.cz/files/uploads/soubory/Zpr%C3%A1va%20o%20%C4%8Dinnosti%20a%20pln%C4%9Bn%C3%AD%20%C3%BAkol%C5%AF%20PO%202020\\_podepan%C3%A1%20s%20v%C3%BDkazy.pdf](https://www.zzspak.cz/files/uploads/soubory/Zpr%C3%A1va%20o%20%C4%8Dinnosti%20a%20pln%C4%9Bn%C3%AD%20%C3%BAkol%C5%AF%20PO%202020_podepan%C3%A1%20s%20v%C3%BDkazy.pdf)

59. Zpráva o činnosti a plnění úkolů 2020. *Zdravotnická záchranná služba Pardubického kraje* [online]. Pardubice: Copyright © 2009-2021 zzspak.cz, 2020, 1.4. 2020 [cit. 2021-03-09]. Dostupné z:  
[https://www.zzspak.cz/files/uploads/soubory/Zpr%C3%A1va%20o%20%C4%8Dinnosti%20a%20pln%C4%9Bn%C3%AD%20%C3%BAkol%C5%AF%202019\\_podepsan%C3%A9.pdf](https://www.zzspak.cz/files/uploads/soubory/Zpr%C3%A1va%20o%20%C4%8Dinnosti%20a%20pln%C4%9Bn%C3%AD%20%C3%BAkol%C5%AF%202019_podepsan%C3%A9.pdf)

## SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AIM	Akutní infarkt myokardu
CMP	Cévní mozková příhoda
DP	Depersonalizace
EE	Emocionální vyhoření
IZS	Integrovaný záchranný systém
LSZ	Letecká záchranná služba
NACA	National Advisory Committee for Aeronautics
PA	Pracovní uspokojení
RLP	Rychlá lékařská pomoc
RV	Rendez vous systém
RZP	Rychlá záchranná pomoc
ZOS	Zdravotnické operační středisko
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

## SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Tabulka 1 Vyhledávací kritéria řešerše .....	38
Tabulka 2 Postupový diagram literární řešerše .....	39
Tabulka 3 Pohlaví respondentů .....	45
Tabulka 4 Věk respondentů .....	46
Tabulka 5 Pracovní pozice respondentů .....	46
Tabulka 6 Délka praxe respondentů .....	47
Tabulka 7 Kraj působení respondentů .....	48
Tabulka 8 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů .....	49
Tabulka 9 Emocionální vyčerpání .....	55
Tabulka 10 Depersonalizace .....	55
Tabulka 11 Osobní uspokojení z práce .....	56
Tabulka 12 Benefity práce ve zdravotnické záchranné službě .....	57
Tabulka 13 Práce v ZZS mě baví, naplňuje .....	58
Tabulka 14 Pocity na začátku kariéry .....	59
Tabulka 15 Hodnocení fyzické a psychické náročnosti své práce .....	60
Tabulka 16 Náročnost práce .....	61
Tabulka 17 Konflikt v zaměstnání .....	62
Tabulka 18 Stresující faktory pro zaměstnance ZZS .....	64
Tabulka 19 Četnost stresových situací .....	65
Tabulka 20 Emoce spojené se stresovými situacemi .....	66
Tabulka 21 Vztahy zaměstnanců ZZS k vedení .....	67
Tabulka 22 Vztahy mezi kolegy .....	68
Tabulka 23 Žádost o radu .....	69
Tabulka 24 Konflikt na pracovišti .....	70
Tabulka 25 Zdravotní potíže spojené s výkonem povolání .....	72
Tabulka 26 Volnočasové aktivity .....	73
Tabulka 27 Péče o své zdraví .....	74
Tabulka 28 Užívané preparáty .....	75
Tabulka 29 Kuřáctví .....	76
Tabulka 30 Alkohol .....	77
Tabulka 31 Známká .....	79
Tabulka 32 Setkání se Syndromem vyhoření .....	80

Tabulka 33 Školení o prevenci.....	81
Tabulka 34 Hypotéza 1.....	83
Tabulka 35 Hypotéza 2.....	84
Tabulka 36 Hypotéza 3.....	85
Tabulka 37 Hypotéza 4.....	86
Tabulka 38 Hypotéza 5.....	87
Tabulka 39 Hypotéza 7.....	89
Tabulka 40 Hypotéza 8.....	91
Tabulka 41 Hypotéza 9.....	92
Tabulka 42 Hypotéza 10.....	93
Tabulka 43 Hypotéza 11.....	94
Tabulka 44 Hypotéza 12.....	96
Tabulka 45 Hypotéza 13.....	97
Tabulka 46 Vyhledávací kritéria řešerše .....	113
Tabulka 47 Postupový diagram literární řešerše .....	114
Graf 1 Pohlaví respondentů .....	45
Graf 2 Věk respondentů.....	46
Graf 3 Pracovní pozice respondentů.....	47
Graf 4 Délka praxe respondentů.....	48
Graf 5 Kraj působení .....	48
Graf 6 Nejvyšší dosažené vzdělání .....	49
Graf 7 Emocionální vyčerpání .....	55
Graf 8 Depersonalizace.....	56
Graf 9 Osobní uspokojení z práce.....	56
Graf 10 Benefity práce ve zdravotnické záchranné službě.....	57
Graf 11 Práce v ZZS mě baví, naplňuje .....	58
Graf 12 Pocity na začátku kariéry .....	59
Graf 13 Hodnocení fyzické a psychické náročnosti své práce.....	60
Obrázek 14 Náročnost práce .....	61
Graf 15 Konflikt v zaměstnání.....	62
Graf 16 Četnost stresových situací.....	65
Graf 17 Emoce ve stresových situacích.....	67

Graf 18 Vztahy s vedením ZZS .....	68
Graf 19 Konflikt na pracovišti .....	71
Graf 20 Zdravotní potíže.....	72
Graf 21 Volnočasové aktivity .....	74
Graf 22 Prevence .....	75
Graf 23 Užívané preparáty .....	76
Graf 24 Kuřáctví.....	77
Graf 25 Alkohol .....	78
Graf 26 Znamka .....	80
Graf 27 Setkání se syndromem vyhoření.....	81
Graf 28 Školení .....	82
Graf 29 Hypotéza 1 .....	84
Graf 30 Hypotéza 2 .....	84
Graf 31 Hypotéza 3 .....	85
Graf 32 Hypotéza 4 .....	86
Graf 33 Hypotéza 5 .....	87
Graf 34 Hypotéza 6 .....	88
Graf 35 Hypotéza 7 .....	90
Graf 36 Hypotéza 8 .....	91
Graf 37 Hypotéza 9 .....	92
Graf 38 Hypotéza 10 .....	93
Graf 39 Hypotéza 11 .....	95
Graf 40 Hypotéza 12 .....	96
Graf 41 Hypotéza 13 .....	97

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1 – Online dotazník .....	130
Příloha 2 – Informovaný souhlas ZZS Královéhradeckého kraje .....	139
Příloha 3 – Informovaný souhlas ZZS Olomouckého kraje .....	140
Příloha 4 – Informovaný souhlas ZZS Pardubického kraje .....	141
Příloha 5 – Edukační materiál .....	142

# PŘÍLOHY

## Příloha 1 – Online dotazník

### Syndrom vyhoření

Vážení respondenti,

mé jméno je Radek Zemánek a nyní studuji navazující magisterský obor Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy, a to konkrétně na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Moje diplomová práce pojednává o Syndromu vyhoření u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby a jejich informovanosti o prevenci vyhoření. Dotazník je určen pro řidiče, zdravotnické záchranáře a lékaře působící ve zdravotnické záchranné službě. Díky tomuto dotazníku chci zjistit výskyt symptomů vyhoření a informovanost zaměstnanců, jakým způsobem vyhoření předcházet. Na základě získaných informací budu porovnávat data mezi jednotlivými pracovními pozicemi a vybranými kraji České republiky.

Tímto bych Vás chtěl požádat o vyplnění následujícího dotazníku, který je klíčovou součástí mé závěrečné práce. První část je tvořena polostandardizovaným dotazníkem Maslach Burnout Inventory, druhá je soustředěná na stresory spojené s výkonem zdravotnického povolání a psychohygienu zdravotníka. Třetí část je zaměřená na znalosti o prevenci Syndromu vyhoření a na demografické údaje. K vyplnění dotazníku nebudete potřebovat déle než 20 minut. Dotazník je zcela anonymní a jeho vyplnění je dobrovolné. Vyplněním dotazníku souhlasíte se zpracováním Vašich uvedených údajů. Na závěr bych Vám chtěl poděkovat za Váš čas a ochotu při vyplňování dotazníku. Se srdečným pozdravem Radek Zemánek

### První část:

DOTAZNÍK MBI (Maslach Burnout Inventory)

V dotazníku doplňte do vyznačených políček u každého tvrzení čísla (0-7), označující podle níže uvedeného klíče sílu pocitů, které obvykle prožíváte.

1. Práce mě citově vysává. VŮBEC 1 2 3 4 5 6 7 VELMI SILNĚ
2. Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil. VŮBEC 1 2 3 4 5 6 7 VELMI SILNĚ
3. Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a. VŮBEC 1 2 3 4 5 6 7 VELMI SILNĚ
4. Velmi dobře rozumím pocitům pacientů. VŮBEC 1 2 3 4 5 6 7 VELMI SILNĚ



5. Mám pocit, že někdy s pacienty jednám jako s neosobními věcmi. VŮBEC 1 2 3 4 5 6 7  
VELMI SILNĚ
6. Celodenní práce s lidmi je pro mě skutečně namáhavá. VŮBEC 1 2 3 4 5 6 7 VELMI  
SILNĚ
7. Cítím „vyhoření“ vyčerpání ze své práce VŮBEC 1 2 3 4 5 6 7 VELMI SILNĚ
8. Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňuji a nalad'uji. VŮBEC 1 2 3 4 5 6 7  
VELMI SILNĚ
9. Od té doby, co vykonávám svou profesi, jsem se stal/a méně citlivým/á k lidem. VŮBEC  
1 2 3 4 5 6 7 VELMI SILNĚ
10. Mám strach, že výkon mé práce mě činí citově tvrdým. VŮBEC 1 2 3 4 5 6 7 VELMI  
SILNĚ
11. Mám stále hodně energie. VŮBEC 1 2 3 4 5 6 7 VELMI SILNĚ
12. Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení. VŮBEC 1 2 3 4 5 6 7 VELMI  
SILNĚ
13. Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mě to vyčerpává. VŮBEC 1 2 3 4 5 6 7  
VELMI SILNĚ
14. Po předání pacienta mě moc nezajímá, jak se vyvíjí jeho stav. VŮBEC 1 2 3 4 5 6 7  
VELMI SILNĚ
15. Práce s lidmi mi přináší silný stres. VŮBEC 1 2 3 4 5 6 7 VELMI SILNĚ
16. Cítím se svěží a povzbuzený/á, když pracuji s pacienty. VŮBEC 1 2 3 4 5 6 7 VELMI  
SILNĚ
17. Za roky své práce jsem byl úspěšný/á a udělal/a hodně dobrého. VŮBEC 1 2 3 4 5 6 7  
VELMI SILNĚ
18. Mám pocit, že jsem na konci svých sil. VŮBEC 1 2 3 4 5 6 7 VELMI SILNĚ
19. Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně. VŮBEC 1 2 3 4 5 6 7 VELMI  
SILNĚ

## **Druhá část**

Osobní profesní zkušenosti

20. Jaké benefity má podle Vás práce ve zdravotnické záchranné službě? (můžete vybrat více odpovědí)
- Směnný režim práce
  - Různorodé pracovní situace
  - Práce s lidmi

- Prestižní profese ve společnosti
- Jiné

21. Práce v ZZS mě baví, naplňuje.

- Ano, určitě
- Spíše ano
- Nedokáži se rozhodnout
- Spíše ne
- Ne, nebaví a nenaplňuje

22. Když porovnáte Vaše profesní začátky a současnost, tehdy jste byl/a (můžete vybrat více odpovědí)

- Mnohem spokojenější
- Naivnější
- Plný/á nápadů a myšlenek
- Plný/á energie
- Nadšený/á z práce
- Stejný/á jako nyní
- Méně spokojený/á
- Nejistý/á
- Jiné

23. Jak hodnotíte fyzickou náročnost své práce?

- Velmi náročnou
- Spíše náročnou
- Nenáročnou
- Nad tím jsem ještě nepřemýšlel/a

24. Jak hodnotíte psychickou náročnost své práce?

- Velmi náročnou
- Spíše náročnou
- Nenáročnou
- Nad tím jsem ještě nepřemýšlel/a

25. Považujete své profesní zaměření za náročnější než zaměření ostatních zdravotníků?

- Ano, po fyzické stránce
- Ano, po psychické stránce
- Obojí

- Ani jedno

26. Zažil/a jste v pracovním procesu nějaké rozpory (napětí, konflikty)?

- Ano
- Nejsem si jistý/á
- Ne

27. Pokud jste na danou otázku odpověděli ano, uveďte prosím, o které rozpory se jednalo:

28. Seřadte zátěžové situace vyskytující se v pracovním prostředí podle závažnosti. Nejvíce stresující zátěžovou situaci označte číslicí 1 a pokračujte po nejméně stresující, tu označte číslem 11

- časová tíseň – výjezd do 2 minut, příjezd na místo do 20 minut, rychle řešení situace na místě zásahu
- postavení zaměstnance – intrapersonální konflikty, rivalita, šikana, pomluva
- chování pacientů – konfliktní chování, agresivní chování, nespolupracující chování
- administrativa – vyhotovení výjezdového záznamu, zadávání dat do počítačových programů
- pracovní tým – neochota spolupracovat, nerespektování pokynu vedoucího výjezdové skupiny, nekolegiálnost, neprofesní chování
- zdravotnická činnost – postup při zásahu
- zodpovědnost za kvalitu poskytnuté péče – správnost provedení odborných výkonů
- vedení ZZS – kontrolní činnost
- předání pacientů do zdravotnické zařízení
- riziko onemocnění infekční nemocí
- dopravní situace při výjezdu ZZS – např. nerespektování nebo nevhodné chování účastníků provozu v případě použití výstražných a
- zvukových znamení

29. Jak často se setkáváte s danými stresujícími situacemi?

- Velmi často
- Často
- Občas
- Zřídka kdy
- Nikdy

30. Označte, které negativní emoce u vás tyto situace vyvolávají: (můžete vybrat více odpovědí)

- Strach
- Hněv
- Smutek
- Znechucení
- Stud
- Lítost
- Neklid
- Tíhu
- Vinu
- Jiné

31. Své vztahy s vedením ZZS mohu ohodnotit jako:

- Výborné
- Dobré
- Průměrné
- Špatné
- Velmi špatné
- Nedokážu posoudit

32. Své vztahy mezi kolegy v rámci kolektivu výjezdové základny mohu ohodnotit jako:

- Výborné
- Dobré
- Průměrné
- Špatné
- Velmi špatné
- Nedokážu posoudit

33. Pokud narazím na pracovní problém, obvykle požádám o radu:

- Nadřízeného
- Jiného kolegu
- Spoléhám na svůj úsudek
- Nemám se na koho obrátit
- Psychologa

- Mimo pracoviště (rodina, kamarádi)
- Jiné

34. Mám-li konflikt na pracovišti s kolegou, obvykle se svěřuji:

- Nadřízenému
- Jinému kolegovi
- Nesvěřuji se nikomu
- Nemám se na koho obrátit
- Psychologovi
- Mimo pracoviště (rodina, kamarádi)
- Nemívám konflikty
- Jiné

35. Pociťujete nějaké zdravotní obtíže spojené s výkonem vašeho povolání? (můžete vybrat více odpovědí)

- Bolesti hlavy, migrény
- Bolesti zad, kloubů a končetin
- Kardiovaskulární obtíže (např. hypertenze, hypotenze, srdeční arytmie)
- Zažívací obtíže (např. nechutenství, pálení žáhy)
- Asthma, alergie
- Psychické obtíže (např. poruchy soustředění, neklid, úzkost, neuróza, deprese)
- Žádné
- Jiné

36. Označte Vaše nejoblíbenější volnočasové aktivity:

- Aerobní aktivity (aerobic, plavání, běh na lyžích...)
- Kolektivní sport (volejbal, kopaná, házená, florbal...)
- Procházky, rekreační turistika
- Anaerobní aktivity (sprint, squash, tenis...)
- Posilování (pilátes, kalanetika, stretching...)
- Nakupování (shopping)
- Sledování TV
- Četba knih, časopisů
- Metody relaxace (autogenní trénink, meditace...)

- Peče o sebe (manikúra, kosmetika, návštěva kadeřníci...)
- Jiné

37. Jak pečujete o své zdraví? (můžete vybrat více odpovědí)

- Chodím cvičit
- Snažím se jíst zdravě
- Chodím na pravidelné lékařské prohlídky
- Nic nedělám
- Jiné

38. Užívám pravidelně (můžete vybrat více odpovědí)

- Potravinové doplňky
- Psychofarmaka
- Medikaci k léčbě chronických onemocnění
- Nic z výše uvedeného

39. Kouříte?

- Pravidelně
- Příležitostně
- Jen pro překonání akutního stresu
- Momentálně abstinuji
- Jsem nekuřák/nekuřačka

40. Užíváte alkohol?

- Pravidelně
- Příležitostně
- Jen v souvislosti se stresem
- Momentálně abstinuji
- Nikdy jsem alkohol neužil/a

### **Třetí část**

Informovanost o syndromu vyhoření

41. Syndrom vyhoření je důsledek dlouhodobého pracovního stresu a ztráty ideálů.

- Ano
- Ne
- Nevím

42. Seřad'te fáze syndromu vyhoření od nejméně vážné po nejvíce vážné.

- Frustrace
- Stagnace
- Apatie
- Nadšení
- Vyhoření

43. Lidé v pomáhajících profesích trpí velmi často syndromem vyhoření.

- Pravda
- Nepravda
- Nevím

44. Které fyzické symptomy jsou typické pro syndrom vyhoření? (vypište)

45. Které psychické symptomy jsou typické pro syndrom vyhoření? (vypište)

46. V případě, že mám podezření na rozvíjející se syndrom vyhoření, dokážu si pomoci sám?

V případě že ano, uveďte jak.

47. Představte si situaci, kdy se Vám kolega svěřá, že je vyhořelý. Co byste mu poradili?

48. Je podle Vás důležité věnovat dostatek času rodině, svým koníčkům a zájmům?

- Ano
- Ne
- Nevím

49. Setkal/a jste se během svého profesního života s někým, kdo vykazoval příznaky vyhoření?

- Ano
- Ne
- Nejsem si jistý/á

50. Absolvoval/a jste v minulosti školení o prevenci syndromu vyhoření?

- Ano
- Ne
- Nejsem si jistý/á

51. Myslíte si, že změna profese je vhodné řešení při syndromu vyhoření?

- Ano
- Ne
- Nejsem si jistý/á

## **Identifikační otázky**

52. Vaše pohlaví?

- Muž
- Žena

53. Kolik Vám je let?

- 20-29
- 30-39
- 40-449
- 50-60
- 61 a více

54. Uveďte Vaši pracovní pozici

- Řidič ZZS
- Zdravotnický záchranář
- Lékař

55. Délka praxe v rámci ZZS?

- Méně než rok
- 1-5 let
- 6-10 let
- 11-20 let
- 21-30 let
- 31 a více

56. Kraj, ve kterém primárně působíte?

- Královéhradecký kraj
- Pardubický kraj
- Olomoucký kraj

57. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Středoškolské
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské – bakalářské vzdělání
- Vysokoškolské – magisterské vzdělání
- Vysokoškolské – doktorské vzdělání

Děkuji Vám za vyplnění. V případě dotazů mě prosím kontaktuje na email: zemara04@upol.cz



## Příloha 2 – Informovaný souhlas ZZS Královéhradeckého kraje

### Souhlas s provedením výzkumu

Vážený pan  
MUDr. Marek Dvořák  
Vedoucí lékař odboru vzdělávání a řízení kvality  
Zdravotnická záchraná služba Královohradeckého kraje  
Hradecká 1690/2A  
500 12 Hradec Králové

#### Žádost o udělení souhlasu ke sběru dat

Vážený pane řediteli

obracím se na Vás se žádostí o udělení souhlasu k realizaci výzkumného šetření, které je plánováno jako součást mé diplomové práce pod odborným vedením paní RNDr. Kristíny Tománkové, PhD. Výzkum by byl zaměřen na Syndrom vyhoření u zaměstnanců zdravotnické záchrané služby a jejich informovanosti o prevenci vyhoření a využita by byla metoda polostrukturovaný dotazník. Do zkoumaného souboru by byli zařazeni řidiči, zdravotníci záchranáři a lékaři, avšak pouze ti, kteří by vyjádřili souhlas.

V případě Vašeho souhlasu bych anonymní sběr dat realizoval od 1. března do 1. dubna 2021.

Děkuji Vám za případnou vstřícnost a Vaše vyjádření

.....  
Bc. Radek Zemánek  
Student 2. ročníku  
Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy  
PřF UP v Olomouci

VYJÁDRĚNÍ K REALIZACI VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ:

souhlasím       nesouhlasím

V Hradci Králové, dne 28.2.2021

MUDr. Marek Dvořák  
Digitálně podepsal  
MUDr. Marek Dvořák  
Datum: 2021.03.03  
18:09:52 +01'00'

## Příloha 3 – Informovaný souhlas ZZS Olomouckého kraje

### Souhlas s provedením výzkumu

Vážená paní  
Ing. Andrea Rakovičová, MBA  
Ředitelka ZZS OK  
Zdravotnická záchranná služba Olomouckého kraje  
Aksamitova 557/8  
Olomouc 779 00

#### Žádost o udělení souhlasu ke sběru dat

Vážený pane řediteli

obracím se na Vás se žádostí o udělení souhlasu k realizaci výzkumného šetření, které je plánováno jako součást mé diplomové práce pod odborným vedením paní RNDr. Kristíny Tománkové, PhD. Výzkum by byl zaměřen na Syndromu vyhoření u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby a jejich informovanosti o prevenci vyhoření a využita by byla metoda polostrukturovaný dotazník. Do zkoumaného souboru by byli zařazeni řidiči, zdravotníci záchranáři a lékaři, avšak pouze ti, kteří by vyjádřili souhlas.

V případě Vašeho souhlasu bych anonymní sběr dat realizoval od 1. března do 1. dubna 2021.

Děkuji Vám za případnou vstřícnost a Vaše vyjádření

.....  
Bc. Radek Zemánek  
Student 2. ročníku  
Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy  
PdF UP v Olomouci

VYJÁDŘENÍ K REALIZACÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ:

souhlasím       nesouhlasím

V Olomouci, dne 24.2.2021

Mgr. Dana Seidlová

*Dana Seidlová*  
VEDOUCÍ VVS ZZS OK

Zdravotnická záchranná služba  
Olomouckého kraje  
příspěvková organizace  
Aksamitova 557/8, 779 00 OLMOUC  
(1)

## Příloha 4 – Informovaný souhlas ZZS Pardubického kraje

### Souhlas s provedením výzkumu

Vážený pan  
MUDr. Igor Paar  
Ředitel ZZS PAK  
Zdravotnická záchranná služba Pardubického kraje  
Průmyslová 450, 530 03 Pardubice

#### Žádost o udělení souhlasu ke sběru dat

Vážený pane řediteli

obracím se na Vás se žádostí o udělení souhlasu k realizaci výzkumného šetření, které je plánováno jako součást mé diplomové práce pod odborným vedením paní RNDr. Kristiny Tománkové, PhD. Výzkum by byl zaměřen na Syndrom vyhoření u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby a jejich informovanosti o prevenci vyhoření a využita by byla metoda polostrukturovaný dotazník. Do zkoumaného souboru by byli zařazeni řidiči, zdravotničtí záchranáři a lékaři, avšak pouze ti, kteří by vyjádřili souhlas.

V případě Vašeho souhlasu bych anonymní sběr dat realizoval od 1. března do 1. dubna 2021.

Děkuji Vám za případnou vstřícnost a Vaše vyjádření

.....  
Bc. Radek Zemánek  
Student 2. ročníku  
Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy  
PdF UP v Olomouci

VYJÁDRĚNÍ K REALIZACI VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ:

souhlasím       nesouhlasím

V Pardubicích, dne 28.2.2021


  
.....  
Zdravotnická záchranná služba  
Pardubického kraje  
Průmyslová 450, Pardubice 530 03  
IČ: 69172196  
-18-

## Příloha 5 – Edukační materiál


### Co a jak!

Syndrom vyhoření se někdy označuje jako syndrom vyhasnutí nebo syndrom vyprahlosti, známý je však také pod svým anglickým ekvivalentem burnout či burnout syndrome. Jedná se v podstatě o důsledek dlouhodobého pracovního stresu, který vede k naprostému vyčerpání a ztrátě ideálů, motivace i vůle k práci. Nejčastěji se týká lidí, kteří pracují s jinými lidmi a jsou závislí na jejich hodnocení.

Nejčastěji je popisován jako naprostá ztráta profesionálního zájmu, osobního zaujetí či nadšení u pacientů, kteří mají ve své práci velkou zodpovědnost a trápí je chronický stres. Projevuje se pocíty vyčerpání a poklesem pracovního výkonu, mohou se však dostavit také deprese,



Univerzita Palackého v  
Olomouci




Univerzita Palackého  
v Olomouci

**Autor**


**Bc. Radek Zemánek**  
Zdravotnický záchranář

Telefon: +420 702 031 690  
E-mail: zemánek.radek@upol.cz

## Prevence syndromu vyhoření



### JAK SE CHRÁNIT PŘED VYHOŘENÍM




### *Fáze syndromu vyhoření*

- ▶ **Nadšení**  
Jedinec plný energie a elánu, práce ho naplňuje
- ▶ **Stagnace**  
Nadšení opadá, jedinec objevuje realitu
- ▶ **Frustrace**  
Objevují se počínající fyzické a emoční potíže
- ▶ **Apatie**  
Přichází pocit bezmoci a beznaděje, jedinec vidí svoje jen povolání jako zdroj příjmů
- ▶ **Vyhoření**  
Období emocionálního, duševního a fyzického vyčerpání, depersonalizace, ztráta smyslu práce


### PŘÍZNAKY SYNDROMU VYHOŘENÍ

- ▶ Ztráta nadšení
- ▶ Pocit nedostatku uznání
- ▶ Lhostejnost k práci
- ▶ Deprese
- ▶ Nespavost
- ▶ Potíže se zažíváním
- ▶ Kardiovaskulární potíže
- ▶ Vysoký krevní tlak



### *Prevence syndromu vyhoření*

- ▶ Dodržuj zdravý životní styl
- ▶ Vyhýbej se chronickému stresu
- ▶ Věnuj se svým koníčkům
- ▶ Mluv o svých problémech
- ▶ Buď asertivní
- ▶ Relaxuj fyzicky i psychicky
- ▶ Organizuj si svůj čas



„Je pravda, že plná práce ještě nikdy nikoho nezabila, ale já si říkám, proč to riskovat?“  
Ronald Regan