

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Filozofické fakulty

Katedra psychologie

**VLIV COPINGOVÝCH STRATEGIÍ A SEBEHODNOCENÍ  
NA SYNDROM VYHOŘENÍ U ZDRAVOTNICKÉ  
ZÁCHRANNÉ SLUŽBY - Česká Lípa**

Impact of Coping Strategies and self - esteem on Syndrome of Burnout in  
Emergency medical services – Česká Lípa



**Bakalářská diplomová práce**

Autor: Martin Nevřela

Vedoucí práce: PhDr. Martin Dolejš, PhD.

Olomouc

2014

PALACKY UNIVERSITY OLOMOUC

Philosophical faculty

Department of Psychology

**Impact of Coping Strategies and self - esteem on  
Syndrome of Burnout in Emergency medical Services –  
Česká Lípa**



**Bachelero's Thesis**

Author: Martin Nevřela

Supervisor: PhDr. Martin Dolejš, PhD.

Olomouc

2014

## **Prohlášení**

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma: „Vliv copingových strategií a sebehodnocení na syndrom vyhoření Zdravotnické záchranné služby – Česká Lípa“ vypracoval samostatně pod odborným dohledem vedoucího bakalářské práce a uvedl jsem všechny použité podklady a literaturu.

V..... dne .....

Podpis.....

Děkuji PhDr. Martinu Dolejšovi PhD. za trpělivost, podnětné nápady a ochotu. Chtěl bych poděkovat za neustálou psychickou podporu, kterou mi dodával chuť do dalšího psaní i v těžkých chvílích. Mé díky patří za maximálně obětavý přístup, který k práci projevoval od počátku až do konce. Dále bych chtěl poděkovat Honzovi a Veronice Nevřelovým, kteří mi výrazně pomohli při sběru dat, a bez nichž bych všechny potřebná data nesesbíral. V poslední řadě chci poděkovat všem účastníkům výzkumu, kteří obětovali svůj čas a s ochotou vyplnili výzkumné dotazníky.

# Obsah

1.	Zdravotnická záchranná služba .....	9
1.1.	Zdravotní operační středisko (ZOS).....	10
1.2.	Výjezdové skupiny.....	11
2.	Intervenční systémy CISM a SPIS .....	14
2.1	Critical incident stress managment (CISM).....	14
2.2	Systém psychosociální intervenční služby (SPIS) .....	14
2.3	Krize a krizová intervence .....	15
2.4	Intervenční techniky.....	16
2.5	Peer a jeho úloha v rámci intervenčních systému .....	18
3.	Self-esteem „sebehodnocení.....	20
3.1.	Základní dělení sebehodnocení .....	20
3.2	Užší dělení sebehodnocení.....	21
3.3	Sebehodnocení a další aspekty života (zdraví, práce v kolektivu a spokojenost).....	23
3.4	Implicitní (ISE) a explicitní sebehodnocení (ESE).....	24
3.5	Sebehodnocení ve vztahu k agresivnímu chování a depresi .....	25
4.	Copingové strategie.....	28
4.1	Dělení Copingových strategií.....	28
4.2	Metody pro měření Copingových strategií.....	29
4.3	Gendrové rozdíly při výběru copingové strategie .....	30
4.4	Vliv situační kontroly a posouzení situace na copingové strategie.....	31
4.5	Copingové strategie využívané při konfrontaci se smrtí a umíráním.....	32
5	Stres.....	35
5.1	Pojetí stresu podle Selyeho Lazaruse a dalších.....	35
5.2	Stres v pracovních skupinách.....	37
5.3	Akutní a chronická reakce na stres.....	39
5.4	Posttraumatická stresová porucha .....	40
5.5	Posttraumatický růst.....	41
6	Syndrom vyhoření .....	42
6.1	Vymezení pojmu syndrom vyhoření.....	42
6.2	Identifikace a původ syndromu vyhoření.....	42
6.3	Společné znaky a příznaky syndromu vyhoření.....	44
6.4	Prevence proti syndromu vyhoření .....	47
6.5	Výzkumy v oblasti syndromu vyhoření .....	48

7	Metodologie výzkumu.....	51
7.1	Formulace hypotéz, cílů a výzkumných otázek .....	51
7.2	Výzkumný soubor .....	53
7.3	Použité metody.....	56
7.4	Postup při získávání dat .....	62
7.5	Způsob zpracování dat .....	65
8	Popis výsledků.....	67
9	Etika .....	77
10	Diskuse .....	78
11	Závěr.....	83
	Souhrn .....	85
	Literatura.....	89
	ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ DIPLOMOVÉ PRÁCE .....	
	ABSTRACT OF BACHELOR´S THESIS .....	
	Seznam tabulek, grafů a obrázků .....	
	Přílohy.....	
	Příloha č. 1. Abstrakt Bakalářské diplomové práce .....	
	Příloha č. 2. Abstract of Bachelor´s Thesis.....	
	Příloha č. 3. Zadání bakalářské práce.....	
	Příloha č. 4: Žádost o provedení výzkumu.....	
	Příloha č. 5: Otázky k rozhovoru s psychologem.....	
	Příloha č. 6. Činnost Zdravotnické záchranné služby z výkazu o činnosti zdravotnických.....	
	Příloha č. 7. Personální zajištění Zdravotnické záchranné služby z výkazu o činnosti.....	
	Příloha č. 8. Ukázka rozhovoru s psycholožkou .....	
	Příloha č. 9. Ukázka části matice dat .....	

## Úvod

Život se nedá plně naplánovat, i přestože se člověk své kroky snaží do jisté míry řídit. Vždycky budou existovat události a stavy, které předvídat ani ovlivnit nelze. Události, o kterých mluvíme, se dějí dnes a denně a nevíme, kdy se nám mohou přihodit. Nikdy o těchto událostech nemůžeme říct, že právě nám se stát nemohou. Popisujeme zde události přírodního (povodně, požáry) a sociálního charakteru (demonstrace, mimořádné události-vlakové neštěstí). V podobných případech čekáme na pomoc zvenčí, čekáme na záchranáře, kteří většinou přijíždějí pomáhat v situacích, kdy si člověk neví rady a potřebuje pomocnou ruku. Otázkou je, kdo podává pomocnou ruku jim samotným?

Téma bakalářské práce se týká syndromu vyhoření u Zdravotnické záchranné služby, které bylo v širším laickém i odborném povědomí již od 70. let 20. století a stále je předmětem zkoumání. Syndrom vyhoření se převážně zkoumá u rizikových skupin (záchranáři, lékaři, zdravotní sestry), protože jejich práce je psychicky i fyzicky velice náročná. V případě Zdravotnické záchranné služby dochází k enormnímu fyzickému i psychickému tlaku zároveň. Záchranáři spolu s lékaři se dostávají do situací, kde nemůžou příliš dlouho uvažovat, ale naopak se musí dokázat rozhodnout v průběhu několika minut, někdy i sekund a poté za to nést případnou odpovědnost.

Velmi stresové výjezdy a vysoce exponované prostředí působí na osobnost záchranáře a lékaře kontinuálně, takže musí vědět, jak se proti takovým situacím bránit. Protektivitu vlastní osoby vnímáme jako zásadní složku zachování jedincovy integrity, proto jsme se rozhodli zkoumat syndrom vyhoření v souvislosti s copingovými strategiemi a sebehodnocením, které je podle našeho názoru jedním z důležitých činitelů při zachování psychické rovnováhy.

Cílem práce je porovnat možné vztahy mezi hodnocením sebe sama, typy používaných copingových strategií a syndromem vyhoření. Práci dělíme na dvě části, a to na část teoretickou a část výzkumnou. Teoretická část se skládá z 6 kapitol, ve kterých se snažíme přiblížit teoretické poznatky již provedených výzkumů na téma syndrom vyhoření, sebehodnocení, zdravotnická záchranná služba, copingové strategie, intervenční systémy a stres. Ve výzkumné části pak pracujeme s metodikou výzkumu a popisem výsledků, které se snažíme interpretovat v kontextu získaných teoretických poznatků.

## **Teoretická část**



# 1. Zdravotnická záchranná služba

V následující kapitole čtenáře seznámíme se základními pojmy z oblasti Zdravotnické záchranné služby, její činnost, dále spolupráci se Zdravotnickým operačním střediskem a popis jednotlivých výjezdových skupin ZZS.

Z novodobější **historie** zdravotnické záchranné služby, která započala na sklonku druhé poloviny 20. století, je potřeba zmínit hlavní město Prahu, která se stala průkopníkem přednemocniční neodkladné péče u nás. V roce 1949 byla zdravotnická záchranná služba (ZZS) Praha začleněna pod Ústřední národní výbor Prahy, kde mohla zahájit svou samostatnou existenci jako profesionální organizace disponující vlastním lůžkovým resuscitačním oddělením na Strahově. Jiná zařízení zdravotnických záchranářů v té době musela svou existenci obhajovat alespoň v rámci nemocnic. Dalším průlomovým rokem je rok 1987, kdy dochází k zahájení oficiálního provozu prvního stanoviště letecké záchranné služby. V tom samém roce došlo k zahájení provozu záchranné služby Rendez-Vous, jejíž součástí je lékař, který jezdí na místo událostí malým osobním autem, a sanitka přijíždí samostatně za ním (Zdravotnická záchranná služba hl. města Praha, 23. února 2014). K nejzásadnějšímu zlomu budování a rozšiřování ZZS v samostatné České republice došlo k datu 1. 1. 1993, kdy byla vydána nová vyhláška ministerstvem zdravotnictví zajišťující vznik Zdravotnické záchranné služby. Začaly vznikat samostatné organizace ZZS, které se osamostatňovaly od středisek a nemocnic. Do roku 1993 bylo v provozu 10 středisek záchranné služby s posádkami pod správou Ministerstva zdravotnictví. Jako další podstatné datum se uvádí 1. 1. 2003, kdy došlo ke vzniku 14 krajských územních ZZS, které rok nato přešly pod správu krajů, jež odpovídají za poskytnutí přednemocniční neodkladné péče (PNP) a nepřetržité pohotovosti na území daného kraje (Dvořáček, 2010). Základny ZZS jsou rozmístěny po celém území státu a jsou organizované tak, aby jejich dostupnost byla zabezpečena 20 minut od přijetí tísňového volání (Smetana & Kratochvílová, 2007).

Vedoucím situace se stává zdravotnická posádka, která dorazí na místo jako první. Na místě zásahu dochází k třídění, ošetřování a transportu postižených. Pomoc nemusí zdravotnická posádka poskytnout v případě, že situace může vážně ohrozit zdraví členů posádky. V takovém případě čekají na zásah dalších složek Integrovaného záchranného systému (IZS), které postižené přinesou do bezpečné zóny, kde dojde k jejich ošetření.

Posádka, která dorazila na místo zásahu jako první, většinou až na výjimečné situace nezajišťuje ošetřování postižených, ale organizuje a řídí zdravotnické záchranné práce. První posádka provádí tedy výzkum na místě nehody (rozdělí se všichni členové posádky, udělají průzkum a poté se zase sejdou). Řidič hledá vhodné místo pro příjezd dalších zdravotnických skupin, následně podá zprávu Zdravotnickému operačnímu středisku (ZOS), která zahrnuje odhadnutý počet zraněných, předpokládaný charakter situace a vážnost postižení. Vedoucí zdravotnického zásahu je v nepřetržité komunikaci s velitelem zásahu a (ZOS). Většinou musí vedoucí zásahu určit místo shromaždiště mrtvých, raněných a místo pro případný přilet helikoptéry. Dochází k třídění postižených a organizaci pořadí jejich přesunů do dalších zdravotnických zařízení, což se považuje za jednu z nejdůležitějších činností na místě neštěstí. Tento proces probíhá až do odsunu posledního postiženého. Záchranáři se při **třídění raněných** řídí podle dvou kritérií **a)** podle závažnosti zranění, **b)** podle možností personálu a zdravotnických prostředků. Celková evidence zraněných se vede na odsunovém stanovišti, a tu provádí zpravidla sestra první posádky. K určení pořadí odsunu pacientů se využívají tzv. třídící karty, které jsou součástí celkové zprávy (Smetana & Kratochvílová, 2007). **Třídění raněných** probíhá podle účinné strategie **start**, při které se ranění třídí efektivně a rychle do čtyř základních skupin **a)** ranění vyžadující okamžitou a neodkladnou pomoc, **b)** ranění, u kterých můžeme pomoc na určitou dobu odložit, **c)** lidé s lehkým zraněním, kteří si mohou pomoci navzájem **d)** zemřelí a umírající. U každého raněného dochází k hodnocení 4 základních funkcí **a)** motorické funkce – chodí-li raněný, či ne, **b)** dýchací funkce - jsou zachovány, či nikoliv, a pokud ano, pak jaká je jejich frekvence, **c)** prokrvení pacienta - hmatný/ nehmatný tep a rychlost krevního plnění po stlačení nehtového lůžka, **d)** zkouška vědomí, jestli je nebo není přítomno a jestli pacient reaguje na slovní výzvu (Smetana & Kratochvílová, 2007).

### 1.1. Zdravotní operační středisko (ZOS)

ZOS je řídicím a koordinačním centrem ZZS v rámci celého kraje. Hlavním cílem střediska je dostat ty správné prostředky ve správný čas na správné místo. Základním technickým vybavením střediska jsou minimálně 3 linky 155, zajišťující rádiové spojení mezi všemi výjezdovými skupinami a přímé spojení na Policii České republiky (PČR) a Hasičský záchranný systém (HZS). Komunikace mezi složkami a střediskem probíhá na bázi rádiových spojení, datových vět a mobilních telefonů. Mezi stále častěji využívané

technologie patří GPS služící k monitorování a navádění posádek. Operační střediska jsou v dnešní době vybavená moderními technologiemi, což klade větší nároky na operátory, kteří musí dokázat tyto moderní komunikační technologie obsluhovat. Operátoři mají středoškolské zdravotnické vzdělání a u tísňových linek sedí právě ti, kteří mají praxi v urgentních oborech, pracovali na jednotkách intenzivní péče, či mají zkušenosti získané z anesteziologicko-resuscitačních oddělení. Důležitým faktorem při práci operátora je celoživotní vzdělávání, znalost novinek v oboru přednemocniční neodkladné péče (PNP) a první pomoci. **Základním úkolem ZOS je a)** příjem a zpracování telefonické výzvy na linkách 155 od HZS a PČR, popřípadě přijetí rádiového hlášení ze sanitního vozu, **b)** předání výzvy adekvátní výjezdové skupině mezi které patří (RZP, RLP, LZSS, HZS, PČR), **c)** zapojení sousedních operačních středisek, **c)** poskytnutí telefonické asistované první pomoci nebo resuscitaci, **d)** organizace primárních nebo sekundárních transportů pacientů, **d)** zabezpečení likvidace důsledků hromadného neštěstí (Brázdil & Fellnerová, 2011).

## 1.2. Výjezdové skupiny

**Zdravotnická vozidla** musí splňovat minimální požadavky, které jsou předepsané a zároveň slouží danému účelu vozidla v oblasti základních konstrukčních a technických vlastností i jeho detailního vybavení. Obvyklé **dělení zdravotnických vozidel** rozlišujeme účelově na **a)** sanitní vozidla a sanitní vozidla pro „rychlou lékařskou pomoc, rychlou zdravotnickou pomoc, přepravu nedonošených novorozenců, dopravu raněných, nemocných a rodiček, **b)** ostatní zdravotnická vozidla, a to konkrétně pro poskytování rychlé lékařské pomoci v setkávacím systému (Rendez-Vous), lékařské služby první pomoci a rychlé přepravy odborníků, přepravy krve, krevních derivátů a biologických materiálů. Vybavení v sanitce odpovídá vybavení na jednotce intenzivní péče. Tato rozšířená nástavba vozidel slouží záchranářům k zajištění kvalitní péče a stabilizace pacienta už na místě nehody (Mucha & Svobodová, 2003).

**Obsah vybavení** je určen k práci s těžkými poraněnými až k těžkému porodu. Další část vybavení se skládá z přístrojů pro podporu životních funkcí, infuzní a inkubační techniky, monitoru kontrolujícího srdeční činnost s možností automatického vyhodnocení, přístroje pro monitorování EKG s defibrilátorem, přístroje pro umělou plicní ventilaci, komplexní lékárnou pro léčbu kritických stavů, kyslíkové láhve spolu s obvazovým a infuzním materiálem (Zdravotnická záchranná služba hl. města Praha, 23. února 2014).

Do skupiny **odborných zdravotnických pracovníků** můžeme zařadit **a)** lékaře, kteří jsou vzděláni v určité specializaci I. stupně v některém ze základních lékařských oborů, **b)** vyšší zdravotní pracovníky, kteří jsou absolventy vyšších zdravotnických škol s odborností Diplomovaný zdravotnický záchranář, **c)** střední odborné pracovníky, kteří absolvovali střední zdravotnickou školu s odborností všeobecné zdravotnické sestry nebo specializovanou odbornost zdravotnického záchranáře, **d)** nižší zdravotnické pracovníky, kteří absolvovali dlouhodobé kurzy pro řidiče vozidel RLP nebo RZP (Mucha & Svobodová, 2003).

**Výjezdové skupiny** dělíme **Rychlou zdravotnickou pomoc (RZP)** pracující ve dvoučlenné až tříčlenné skupině skládající se z řidiče-záchranáře (akreditovaný kurz na řidiče vozidla ZZS), zdravotnického záchranáře (nelékařský zdravotnický pracovník, který je odborně způsobilý k výkonu povolání bez odborného dohledu-sestra) a popřípadě sanitáře. Součástí této skupiny není nutně lékař. Veškeré vybavení vozidla je shodné s vozidly rychlé lékařské pomoci (Zdravotnická záchranná služba Karlovarského kraje, 24. února 2014). RZP vykazuje přibližně 80% všech výjezdů, u zbylých 20% výjezdů je nutná přítomnost lékaře. Většinou to jsou nejzávažnější případy, kdy dochází k ohrožení života a zdraví (Zdravotnická záchranná služba hl. města Praha, 23. února 2014). **Další skupinou je rychlá lékařská pomoc (RLP)**, jejíž posádka je tvořená tříčlenným týmem složeným z atestovaného lékaře, středního zdravotnického pracovníka a řidiče-záchranáře. S RLP se můžeme potkat u případů, kde jedinci selhaly základní vitální funkce, tedy u případů, kde je pacient v bezprostředním ohrožení života. Výbava sanitního vozu je uzpůsobená k ošetření pacienta v kritickém stavu. Nezbytnou součástí jsou (Brázdil & Fellnerová, 2011) „ventilátor umožňující umělou plicní ventilaci, monitor EKG s kardiostimulátorem, defibrilátorem a možností záznamu, pulzní oxymetr měřící okysličení krve a tepovou frekvenci, vakuová matrace ke znehybnění páteře a končetin, odsávačka s motorovým pohonem, léky, obvazový materiál, sterilní krytí pro ošetření ran, vyprošťovací a speciální transportní prostředky“ (Brázdil & Fellnerová, 2011, 61). Třetí skupinu tvoří **Rendez-Vous (RV)** systém, který funguje na principu setkávání se dvou typů výjezdových skupin Zdravotnická záchranná služba Karlovarského kraje, (24. února 2014), který má za úkol zkrátit dojezdový čas k pacientovi na co možná nejkratší a zároveň umožnit efektivní využití lékaře. U systému Rendez-Vous je nutný vysoký počet výjezdových stanovišť, kde jsou také výjezdové skupiny RZP. Skupiny RZP využívají ke své práci standardní dodávková sanitní vozidla,

zatímco záchranáři v RV jezdí osobními automobily. Operátorka na ZOS po přijetí tísňové linky vyhodnotí výzvu a podle její závažnosti k případu posílá pouze skupinu RZP nebo obě skupiny i s RV zároveň. K pacientovi vyjíždí ZZS spolu s rychlou lékařskou pomocí (Zdravotnická záchranná služba Karlovarského kraje, 24. února 2014). U pacienta dojde k provedení všech potřebných vyšetření a lékařských výkonů kvalifikovaným lékařem, a pokud zdravotní stav pacienta není tak závažný, že by potřeboval lékařskou péči, tak je převezený ZZS do zdravotnického zařízení a lékař je uvolněn k dalšímu případu. Jelikož počet skupin RV není umístěný na každém stanovišti, tak se stává, že se na místě nehody setkají skupiny z různých výjezdových stanovišť, což je zásluha operátora, který má právo posádku RV přesměrovat na místo, kde je zásah potřebnější a situace urgentnější (Zdravotnická záchranná služba hl. města Praha, 23. února 2014). Poslední skupina je tvořená **leteckou záchrannou službou** jejíž provoz v ČR byl zahájen v roce 1987 v Praze a o pět let později vznikl dostatečný počet středisek s helikoptéry, které byly schopny do 20 minut zajistit dopravu k pacientovi v rámci celé republiky. Lety můžeme rozdělit do dvou kategorií **a) primární lety**, které zahrnují poskytnutí neodkladné péče pacientovi v místě nehody v případě ohrožení vitálních funkcí **b) sekundární lety** zajišťující transport mezi zdravotnickými zařízeními např. při převozu orgánů určených k transplantaci nebo k převozu pacientů ze zahraničí do republiky. Ve většině případů se jedná o rychlý zásah letecké posádky u primárních zásahů, kde je výrazně lepší čas příletu oproti dojezdu sanitky nebo se jedná o těžký horský nebo jinak pro sanitky nedostupný terén. Při sekundárním transportu se pohlíží opět na výrazný časový profit a na riziko většího poškození (mozku, páteře apod.) pacienta. **Leteckou službu** v republice **provozuje** skupina HEMS (Helicopter Emergency Medical Service), která spadá mezi nestátní provozovatele letecké záchranné služby. Hlavním cílem je zkvalitnění odborné úrovně a hospodárnosti LZS v ČR. **Zakladateli HEMS** jsou dva soukromí provozovatelé, první je **DSA a.s.** a druhý je **Alfa Helicopter s.r.o.**, kteří pokrývají 60% území ČR, což představuje 6 středisek z deseti. V rámci HEMS sdružení se posádky starají o zajištění nočního provozu LZS při výcviku letových a zdravotnických posádek a během společných výcviků zásahů v nedostupném terénu. Akční rádius vrtulníku se pohybuje okolo 70 km při primárním zásahu, při sekundární zásahu je zahrnutá oblast celé republiky (Smetana & Kratochvílová, 2007).

## 2. Intervenční systémy CISM a SPIS

Druhá kapitola je zaměřená na základní intervenční systémy CISM a SPIS využívané v rámci ZZS spojené s jednotlivými intervenčními technikami. Kapitola je zakončena popisem krize spolu s krizovou intervencí.

### 2.1 Critical incident stress management (CISM)

CISM je postup, který byl vytvořený v souvislosti s profesním traumatem. CISM „*tvoří ucelený systém preventivních a intervenčních technik, jejichž cílem je udržení, případně obnovení psychické rovnováhy profesionálů po náročných zásazích*“ (Andršová, 2012, 100). Podle Šeblové, Kebzy, Vignerové, & Čepické (2009) CISM představuje soubor technik určených profesionálům obzvláště IZS a Armádě České republiky. Hlavním cílem je prevence proti nadměrnému působení stresu a psychologické morbiditě, kde můžeme zařadit syndrom vyhoření, posttraumatickou stresovou poruchu a jiné psychopatologické příznaky. Podle Šeblové, Kebzy, Vignerové, & Čepické, (2009) CISM obsahuje několik základních technik, mezi které řadíme debriefing (preventivní, individuální, odložený, postihující celou komunitu a v případě rozsáhlé přírodní katastrofy), defusing, demobilizaci, podporu na místě události a preventivní přednášky. CISM není léčba ani terapie, naopak je to ucelený systematický krizově – intervenční soubor technik, který ukazuje, jak jednat se zdravými lidmi, jež byli vystaveni těžkým situacím (Vlášková & Kolářová, 2009).

### 2.2 Systém psychosociální intervenční služby (SPIS)

SPIS vychází ze systému CISM a byl zřízen v rámci ZZS (Andršová, 2012). Hlavním cílem je „*podpora a péče o zaměstnance a důsledkem toho také komfortnější péče o pacienty. Je vhodná v případech, kdy hrozí, že budou záchranáři zasaženi psychicky zatěžující situací, či v případech, kdy si potřebují prostě jenom s někým promluvit a nemají s kým*“ (Buriánková & Ryba, 2009, 100). Psychosociální intervenční služby slouží jako prevence syndromu vyhoření a také jako podpora kolegů v případě ulevění si od zatěžujících situací. Během mimořádné události se SPIS vztahuje také na civilní obyvatelstvo (Buriánková & Ryba, 2009). Práci SPIS vyjadřuje jejich motto „*Uši ochotné naslouchat,*

*srdce připravené porozumět“* (Buriánková & Ryba, 2009, 100). SPIS je rozdělen do několika rovin, z nichž mezi ty nejzákladnější patří právě funkce peera, což je proškolený kolega z profese. Výhodou peera je zejména prostorová blízkost, důvěra, kterou v něho kolegové mají a dobrá orientace v organizaci. V případě potřeby zásahu peera je možné si zvolit peera ze stejné základny popřípadě přivolat člověka z jiného kraje. Základní koncept SPIS se skládá z (Andršová, 2012) „*využívání principů „CISM“, preventivní činnosti, předkrizové přípravy, péče po zásahu, činnosti v terénu, individuální podpory – intervence, rodinného debriefingu, pastorační péče, práce s médii“* (Andršová, 2012, 100). V praxi výše zmíněný koncept znamená, že SPIS se snaží jednotlivci vytvořit si odolnost vůči psychické zátěži, vést kolegu k pochopení reakcí na krizovou událost, krizovou situaci normalizovat, obnovit běžnou úroveň fungování jedince a učí vhodným adaptacím na stres (Andršová, 2012).

### **2.3 Krize a krizová intervence**

SPIS a CISM jsou techniky, využívající se v období jedincovy nebo kolektivní krize. **Krize** se již od 60. let 20. století vymezuje jako proces, neboli průběh reakce na situaci, kterou jedinec nedokáže řešit obvyklými prostředky, jakými ji řešil doposud. Při posuzování vlastních zdrojů, sil a požadavků ze strany prostředí má jedinec dojem, že požadavky prostředí překračují možnosti jeho sil a zdrojů. Během krize jedinec vnímá pocit neodkladnosti, naléhavosti a nouze (Baštecká & kol, 2005). „*Krize je v podstatě normální reakcí na nenormální situaci“* (Baštecká & kol, 2005, 34). *Krize je taková situace, kterou člověk sám za krizi považuje“* (Andršová, 2012, 85). Krize nepřináší jen negativní aspekty, ale také může člověku otevřít oči, naučit ho si vážit života a radovat se z maličkostí, měnit hodnotový systém, postoj k majetku, k rodině a hlavně náhled a vyšší míru empatie (Andršová, 2012). Krize je posuzována podle klasifikačního dělení, jež u nás vytvořil a popsal Baldwin (in Špatenková, 2004) . Celkem je popsáno **6 typů krize**, které Baldwin (in Špatenková 2004) seřadil podle druhu závažnosti. Při zvyšování závažnosti psychopatologie dochází i ke změně příčiny krize od vnitřní k vnější, a to má za následek i přístup krizového intervenanta (Špatenková & kol, 2004). Krizi dělíme do šesti kategorií, **a) situační krize**, která je spuštěná událostí, jež jedince ohrožuje, vzbuzuje v něm úzkost a dojem neodkladnosti. Situační krize jsou nejfrekventovanější a z nich se později objevují další krize, **b) krize z očekávaných životních změn neboli tranzitorní krize** se skládá ze

tří složek, **1)** pocit při ztátě něčeho, na co jsme byli zvyklí, **2)** čas, kdy člověk už není tím kým býval, ale ještě není ani tím, kým má být, **3)** osvojení si zisku z nového, **c) krize z náhlého traumatizujícího stresoru** jsou lidově nazývány ranami osudu,. Do života vkročí náhle a neočekávaně, ohrožují tělesnou nebo duševní integritu, **d) krize z nevyřešených vývojových otázek** se objevují tam, kde byly potlačeny nebo narušeny, vyskytují se nejčastěji u základních otázek týkajících se důvěry, identity, závislosti lásky, **e) krize pramenící ze zranitelnosti** se vyskytuje nejčastěji u lidí se zvýšenou zranitelností v důsledku psychických poruch nebo sociální situace, **f) psychiatrická neodkladnost** popisuje spíše důsledky jednání člověka např. při požití drog nebo alkoholu, kdy ztrácí zodpovědnost za své chování, nikoliv příčiny chování (Baštecká & kol, 2005).

S krizí souvisí také **krizová intervence**, která je popsána Robertsem (2002, 7) „*cílem krizové intervence je vyřešit nejvíce obtížný problém v období od jednoho do dvanácti týdnů.*“ Podle Baštecké & kol (2005) je krizová intervence zásah v době krize. Špatenková & kol (2004) krizovou intervenci popisují jako metodu, při které pracovník svým chováním navozuje v klientovi pocit úlevy a pocit, že situaci dokáže zvládnout. Dochází k uspořádání určitých na sebe navazujících postupů, které dovedou klienta k obnově sil a k vyřešení situace. V krizové situaci jde o zaměření se na podnět, který tuhle situaci vyvolal, na pocity, které během situace vznikly, a v neposlední řadě na možné zdroje podpory v jedincově blízkém okolí. Jednou z oblastí intervence je tzv. **časná intervence**, která se používá k označení krátkodobé psychosociální pomoci v období po traumatizující události. Postupem času se toto sousloví začalo používat jako synonymum pro tzv. **debriefing**, který se začíná u nás v České republice prosazovat na rozdíl od západních zemí, kde je spíše kritizován (Baštecká & kol, 2005).

## 2.4 Intervenční techniky

V následujících odstavcích budeme popisovat hlavní úlohu jednotlivých technik, využívaných v rámci systému CISM a SPIS. Na začátku bychom rádi vysvětlili tři důležité pojmy, kterými se budem v následujících řádcích zabývat. Těmi pojmy jsou „*demobilizace* (= snížení vojenské pohotovosti, z lat. *De-* a *mobilis* pohyblivý), **debriefing** (z angl. *Debrief* podat hlášení), **defusing** (z angl. *Defuse* zbavit situaci výbušnosti)“ (Baštecká & kol, 2005, 178).



**Demobilizace** se považuje za nejkratší formu intervenční pomoci, která většinou probíhá na konci pracovní doby, kdy záchranáři dostanou 10 minutové instrukce, po kterých následuje 20 minutový odpočinek a relaxace. **Defusing** můžeme považovat za kratší strukturovaný rozhovor mezi menšími skupinami odehrávající se bezprostředně po události nebo přibližně do 8 hodin od traumatické události. Délka celého defusingu je maximálně 45 minut. Hlavním účelem je především zmírnění fyziologických, kognitivních a emocionálních příznaků. (Buriánková & Ryba, 2009). Při opsání pojmu debriefingu můžeme říct, že to je metoda, kdy dochází ke snaze porozumět zážitkům ve vztahu k traumatizované události. Všechny tři termíny debriefing, defusing a demobilizace se používají jako krizově intervenční techniky uplatňující se během zvládnání zátěže, pramenící většinou z traumatizující události (Baštecká & kol, 2005).

**Debriefing** byl založený Jeffreyem T. Mitchellem v 80. letech jako přísně strukturovaná metoda založená na předepsaném postupu pro oběti události z řad záchranářů po traumatické události. Debriefing se dnes rozděluje na pomoc profesionálům a na pomoc přímým obětem. U profesionálů se předpokládá spontánní průběh intervence, která má podobu ze strany kolegů, sdílení společného humoru, vytvoření klidné a bezpečné atmosféry a společnou péči hlavně těm, kteří během zásahu byli nejvíce pod tlakem. Samotný debriefing mohou provádět vyškolení psychologové, záchranáři, učitelé, psychiatři, sociální pracovníci nebo pastorační poradci. Dochází k vytvoření kognitivního rámce určujícího, jak zvládnout příznaky (Baštecká & kol, 2005). Účinnost debriefingu ve své knize popsali Hodgkinson & Stewart (1998, in Baštecká & kol, 2005), kde dávají doporučení přímým obětem a jejich příbuzným, kterým by debriefing **a)** měl být prováděn jako součást celkového krizově-intervenčního programu, po kterém by nemělo být opomíjen další kontrolní debriefing, **b)** při provádění debriefingu by jeho postup provedení měl být promyšlený a vykonávaný s ohledem na danou skupinu. V případě, že skupině vybraný postup nesedí, pak by se měl postup v případě potřeby pozměnit, **c)** postup by měli provádět pouze zkušení kliničtí psychologové, kteří by zároveň měli dělat osvětu, **d)** debriefing by měl být proveden až po 48 hodinách od incidentu, **e)** sezení by neměla být příliš krátké, ale zároveň by se nemělo po účastníkovi chtít příliš mnoho, **f)** debriefing by měl fungovat do jisté míry jako posuzovací nástroj při určování ohrožených lidí a zčásti jako způsob, jak vytvořit spolupráci s těmito lidmi (Hodgkinson & Stewart, 1998, in Baštecká & kol, 2005).

V případě, kdy navrhujeme debriefing, bychom měli myslet na **a)** jaké jsou naše cíle a k jaké skupině oběti to vztahujeme, **b)** cíl debriefingu je rozumné uchopení, přijetí sebe a znečitlivění dané situace nikoli pocitové znovuprožívání. Mělo by dojít k informovanosti dotyčného, že mu neposkytujeme žádnou léčbu debriefingem, ale v případě potřeby je léčba k dispozici, **c)** debriefing je malou podmnožinou časné intervence, **d)** časná intervence je malou podmnožinou krizové události (Baštecká & kol, 2005).

Níže přikládáme tabulku s přehledem používaných metod intervence. V tabulce lze přehledně zjistit, jaký je cíl dané metody, v jakou dobu se používá, jaké má části a kdo se může stát školitelem.

Tabulka č. 1: Používané metody intervence

	<b>defusing (zklidnění)</b>	<b>demobilizace</b>	<b>debriefing</b>
časování	do 8 hodin	hned	do 72 hodin
cíle	Zmírnění dopadu, obnova, zmírnění emocionální zátěže, zmapování skupiny, zhodnocení potřeby debriefingu	Snížení stresu spojeného s katastrofou a zahájení obnovy sil personálu	Zmírnění stresové reakce a zrychlení obnovy sil
trvání	Do 1 hodiny	10 min. hovoru, 20 min. jídlo a odpočinek	2-3 hodiny
části	Úvod, explorace, informace	Informace o stresu, relaxace, výživa	7 fází
tým	Vycvičení peři nebo duchovní	Vycvičení ODZ, peři, duchovní	Vycvičení ODZ, peři, duchovní

## 2.5 Peer a jeho úloha v rámci intervenčních systému

Hlavním **úkolem peera** je obnovení různorodosti, podpory a holistického pohledu na zdraví skrz zažitě zkušenosti a sdílené záměrné učení. Peerové přistupují ke klientům jako jejich koučové, jako spojky a partneři, kteří se snaží jim pomáhat překlenout se zpátky do reality. Peerova role není klinická, zahrnující léčbu, oceňování nebo hodnocení. Od role peera se spíše očekává jednání vzdělavatele a podporování autonomie člověka. Peerové jsou vzdělávání ve většině případů svým praktickým klinikem, který slouží jako mentor celé

skupině peeru (Cousins, 2011). Během jedenáctidenního výzkumu Cousins (2011) zjistil, že peerové 56% svého času strávili v přímém kontaktu s klienty a 44% strávili činností, která podporovala jejich práci s klienty, takže se svými klienty pracovali nepřímě. Ve výzkumu Jacobsona, Trojanowského, & Dewa (2012) můžeme práci peerů vidět rozdělenou do několika typů **a) připojení se ke zdrojům**, které dále dělíme na vnitřní a vnější. Vnitřní připojení se ke zdrojům znamená vyvedení člověka ven z uzavřené nemocniční jednotky, kde si klient může zajít vybrat peníze, zakouřit si, nadýchat se čerstvého vzduchu a zajít si na šálek kávy. Vnější připojení se ke zdrojům označuje neplacenou dobrovolnickou činnost a další aktivity jako podpora komunity, **b) sdílení zkušeností** označující společné sdílení a naslouchání klientovým zkušenostem. Tato činnost zabírá peerům největší procento jejich času stráveného se svými klienty, **c) vytváření komunity**, což je proces, kdy dochází ke snaze zapojit klienta do komunity nebo děláni věcí, jež vytvoří společný smysl komunity, **d) budování vztahu**, který je založen na důvěře a úzkém vztahu s klientem, který zahrnuje zahájení vytváření vztahu a samotné ustanovení vztahu. Mezi specifické aktivity řadíme představení peerů a klientů, které je většinou vyvolané peerem nebo jiným členem skupiny. Mezi další aktivity řadíme konverzaci probíhající mezi peerem a jednotlivcem, při které klient dostává rady od peera, **e) týmová spolupráce** označuje komunikaci peera na skupinovém setkání nebo další komunikaci s týmovými členy. Nebylo doposud prokázáno, že by se peerové často zúčastňovali skupinových sezení, spíše komunikace probíhá při setkání jeden na jednoho, takže peera a člena skupiny, **f) trénink/supervize** je setkávání, sloužící k prodiskutování výkonu a role peera, popřípadě k dokončení tréninku, jež nařídila nemocnice, **g) získání podpory** ze strany spojence popřípadě kolegy je hodnoceno jako velmi nízké. Peerové si byli schopni říct o zvláštní pomoc spojenou s pracovními úkoly, avšak osobní pomoc od dalších peerů a kolegů příliš nevyhledávali, **h) vzdělávání a vytváření si povědomí** u veřejnosti a nemocniční komunity. Peerové byli zapojeni do strukturovaných i nestrukturovaných aktivit zahrnujících organizaci znovuobnovovacích událostí, poskytování zpětné vazby a dalšího sdílení své odbornosti s kolegy. Důležitou roli hrají peerové u aktivit pro nováčky, kterým poskytují podporu. Druh této podpory byl pro peery velmi zajímavý, ale bohužel málo vyskytovaný, **ch) pozitivní vliv peera** byl ohodnocený personálem i klienty jako oprávněný, obě skupiny věřily v pozitivní efekt na kvalitu jejich života, naději a morálku (Jacobson, Trojanowski, & Dewa, 2012).

### 3. Self-esteem „sebehodnocení

Třetí kapitola se blíže zaměřuje na jednotlivé širší i užší dělení sebehodnocení. Dále popisuje sebehodnocení ve vztahu k dalším aspektům života (zdraví, práce v kolektivu a spokojenosti). Na závěr kapitoly se podíváme na implicitní a explicitní sebehodnocení a vztah sebehodnocení k agresivnímu chování a depresi.

#### 3.1. Základní dělení sebehodnocení

Podle Marshe (1986, 322) je globální sebehodnocení „*nedílný konstrukt, který je ovlivněn základní hierarchií konkrétních vlastních úsudků*“. Podle Baumeistera, Bodena, & Smarta (1996) je sebehodnocení hodnocení sebe sama. Většinou je tento koncept vnímán v souvislosti s **pozitivní konotací** (např. prestiž, obdiv, veřejné ocenění a respekt), ale zahrnuje také **negativní konotaci** věci, které jsou synonyma typu pýcha, egoismus, arogance, narcismus a pocit nadřazenosti, mající značný podíl na přílišném pozitivním sebehodnocení. Podle Rosenberga (1965, in Marčič & Grum, 2011) podstata sebehodnocení tkví ve víře v sebe sama a vlastní hodnotu.

Sebehodnocení Rosenberg rozděljuje podle úrovně, která se může lišit od **vysokého** a **nízkého sebehodnocení**. Vysoké sebehodnocení zahrnuje potřebu respektu od druhých, pozitivní vnímání a plné přijetí sebe sama. Zatímco nízké sebehodnocení je opakem a zahrnuje spíše negativní pocity, např. člověk se sám vidí v negativním světle nebo si sebe sám neváží. Baumeiste, Campbell, Krueger, & Vohs (2003) se domnívají, že definice **vysokého sebehodnocení** (high selfesteem) nám označuje celkové vyšší příznivé hodnocení sebe sama. Definice **nízkého sebehodnocení** (low selfesteem) se týká nepříznivého hodnocení sebe sama. Sebehodnocení je spíše víra jedince, je to více jeho vnímání než opravdová realita. Člověk věří, že je inteligentní a atraktivní, ale neznamená to, že opravdu inteligentní a atraktivní je.

S dalším a podstatným dělením sebehodnocení přišel Kernis (2003), který se zaměřil na rozdělení vysokého sebevědomí (high self esteem) do dvou základních forem a) **vysoké bezpečné (protect) sebehodnocení**, b) **vysoké nestabilní (fragil) sebehodnocení**. Zeigler-Hill (2006) se domnívá, že **vysoké bezpečné (protect) sebehodnocení** posiluje odolnost vůči hrozbě a je spojeno s psychologickým zdravím, které Rogers (1961, in Zeigler-Hill, 2006)

vidí jako pozitivní postoj vůči sobě samému, kdy jedinec uvažuje realisticky a je dobře zakotvený. Na rozdíl od vysokého bezpečného sebehodnocení bývá **vysoké sebehodnocení nestabilní** spojované se slabším psychickým nastavením, zranitelností k různým životním výzvám, potřebou neustálého ověřování, určitého stupně sebeklamu a poškozenými mezilidskými vztahy. Rosenberg (1986, in Kernis, Cornell, Sun, Berry, & Harlow, 1993) dále popisuje **bezpečné sebehodnocení** jako sebeúctu založenou na rozsahu kolísání v momentálním kontextu. Podobnou otázku řešili také Kernis, Cornell, Sun, Berry, & Harlow (1993), kteří se zabývali souvislostí mezi stabilitou a úrovní sebehodnocení v reakcích na pozitivní i negativní interpersonální hodnocení. Došli k závěru, že stabilita i úroveň sebehodnocení jsou důležitými prediktory při hodnocení jedincových kognitivních i emocionálních reakcí v interpersonálních vztazích.

Úrovní sebehodnocení a stabilitou se ve své studii zabývali také Swann, Griffin, Predmore, & Gaines (1987), jež objevili rozdíly v kognitivních reakcích, nikoliv však v reakcích emocionálních. Tyhle rozdíly potvrzují fakt, že lidé s vyšším sebehodnocením lépe přijímají pozitivní vazbu než lidé s nízkým sebehodnocením a negativní vazbu přijímají s vyšším obranným postojem. Na druhou stranu lidé s nízkým sebehodnocením přijímají negativní zpětnou vazbu lépe než lidé s vyšším sebehodnocením, avšak při pozitivní zpětné vazbě dochází k zapojení obranných mechanismů. Tyto rozdíly u nízkého a vysokého sebehodnocení tak vyvstávají jako funkce stability sebehodnocení. Další zjištění se týkala **nestabilního sebehodnocení**, které je spojeno s většími výkyvy a kladením větší důležitosti na toto sebehodnocení jakožto determinantu celkového sebehodnocení. Na základě těchto výsledků vznikla hypotéza, že dochází k většímu **zapojení ega**. Stabilita, úroveň sebehodnocení, zapojení ega do každodenních činností a reakce na hodnotící události jsou vnímány jako součást vnitřního zabezpečovacího systému, který může mít reciproční vliv na sebe sama, což znamená, že používání těchto strategií může zvyšovat krátkodobý posun sebehodnocení stejně jako nestabilní sebehodnocení může vést k obranným reakcím (Swann, Griffin, Predmore, & Gaines, 1987).

### 3.2 Užší dělení sebehodnocení

Podle Baumeisteho, Campbella, Kruegera, & Vohse (2003) **vysoké sebehodnocení** (high self-esteem) může odkazovat na přesné, odůvodněné a vyvážené zhodnocení něčí hodnoty jako člověka, může ukazovat a vyjadřovat jeho úspěchy a schopnosti, ale také může

vyjadřovat jeho aroganci, nafoukanost a domýšlivý pocit jisté nadřazenosti nad ostatními. Úplně stejně se můžeme dívat také na **nízké sebehodnocení** (low self-esteem), které může signalizovat přesné a opodstatněné pochopení něčích nedostatků nebo také zkreslený až patologický pocit méněcennosti a nejistoty. Lidé s vyšším sebehodnocením se domnívají, že jsou více atraktivní, vytvářejí lepší vztahy a na okolí působí příjemnějším dojmem oproti lidem s nižším sebehodnocením. Objektivní měření ovšem ukazují, že většina z těchto tvrzení nejsou pravdivá. Jedinci s **rozporným vysokým sebehodnocením** (vysoké explicitní, ale nízké implicitní sebehodnocení) mají výrazné rysy narcistické poruchy osobnosti a nestabilní explicitní sebehodnocení, což koresponduje s klasickým náhledem na lidi s narcistickou poruchou osobnosti jako na lidi s nedostatkem sebevědomí a velkou mírou nejistoty, skrývající se za výstupy grandiozity. Výzkumy přicházejí s názorem, že lidé s vyšším sebehodnocením nejsou o nic úspěšnější než lidé s malým sebehodnocením. Právě naopak se můžou stát nepřátelskými a působit negativním vlivem. Mnohdy vzniká tendence se od ostatních lidí spíše odcizovat, což nám ukazuje, že kvalitu vztahu nelze předpovídat jen na základě subjektivního sebehodnocení Zeigler-Hill (2006, in Baumeiste, Campbell, Krueger, & Vohs, 2003).

Zeigler-Hill (2006) podobně jako Kernis (2003) potvrdil existenci **vysokého nestabilního a vysokého bezpečného sebehodnocení** v závislosti na odlišnosti mezi implicitními a explicitními pocity sebehodnocení. Kernis (2003) dává **explicitní sebehodnocení** (stabilnější oproti nízkému a odlišnému sebehodnocení) do souladu se shodným (kongruentním) sebehodnocením a to ukazuje na souvislost mezi **neshodným vysokým** (discrepancy) a **nestabilním vysokým sebehodnocením**, avšak za předpokladu, že obě jsou považovány za formy nestabilního (fragile) sebehodnocení. Bosson et al. (2003) popisují jedince s neshodným (discrepancy) vysokým sebehodnocením, jako člověka s rozvinutější tendencí povznášet se nad problémy pomocí nereálného optimismu a silně pozitivního popisu vlastní osoby.

Jedinec trpící rozporným vysokým sebehodnocením pochybuje sám o sobě a je si nejistý. Nejistota může vést na jejich nevědomé úrovni ke zvýšení nestabilních (fragile) pocitů sebehodnocení a tedy ke grandióznímu vystupování. Tyto osoby nebývají vždy schopné v průběhu času zachovávat vlastní zkreslený obraz sebe sama. Mnohdy jejich extrémní úroveň zřetelného až extrémního pozitivismu závisí na okolnostech. V případě, že věci fungují podle plánu, tak se cítí velmi dobře. V případě, že okolnosti nejsou příznivé,

pak jejich nafouknuté pojetí sebe sama může velmi rychle opadnout. K navrácení dojde v okamžiku, kdy se okolnosti začnou opět zlepšovat (Zeigler-Hill, 2006). Učitelé, rodiče, terapeuti a mnoho dalších skupin pojem sebehodnocení přidali do svého domácího slovníku a snažili se o jeho zvyšování, protože věřili, že vyšší sebevědomí způsobuje pozitivní změny a výhody. **Sebehodnocení dělíme do tří skupin a) lidi s vysokým sebehodnocením**, kteří mají tendence přehánět své dobré vlastnosti a úspěchy, **b) lidi s upřímným přijetím** vlastních kvalit a předností, **c) domýšliví jedinci** a lidi s narcistickou poruchou osobnosti (Baumeiste, Campbell, Krueger, & Vohs, 2003).

### **3.3 Sebehodnocení a další aspekty života (zdraví, práce v kolektivu a spokojenost)**

Podle Baumeisteho, Campbella, Kruegera, & Vohse (2003) **vysoké sebehodnocení** (high self-esteem) může odkazovat na přesné, odůvodněné a vyvážené zhodnocení něčí hodnoty jako člověka, může ukazovat a vyjadřovat jeho úspěchy a schopnosti, ale také může vyjadřovat jeho aroganci, nafoukanost a domýšlivý pocit jisté nadřazenosti nad ostatními. Úplně stejně se můžeme dívat také na **nízké sebehodnocení** (low self-esteem), které může signalizovat přesné a opodstatněné pochopení něčích nedostatků nebo také zkreslený až patologický pocit méněcennosti a nejistoty. Lidé s vyšším sebehodnocením se domnívají, že jsou více atraktivní, vytvářejí lepší vztahy a na okolí působí příjemnějším dojmem oproti lidem s nižším sebehodnocením. Objektivní měření ovšem ukazují, že většina z těchto tvrzení nejsou pravdivá. Jedinci s **rozporným vysokým sebehodnocením** (vysoké explicitní, ale nízké implicitní sebehodnocení) mají výrazné rysy narcistické poruchy osobnosti a nestabilní explicitní sebehodnocení, což koresponduje s klasickým náhledem na lidi s narcistickou poruchou osobnosti jako na lidi s nedostatkem sebevědomí a velkou mírou nejistoty, skrývající se za výstupy grandiozity. Výzkumy přicházejí s názorem, že lidé s vyšším sebehodnocením nejsou o nic úspěšnější než lidé s malým sebehodnocením. Právě naopak se mohou stát nepřátelskými a působit negativním vlivem. Mnohdy vzniká tendence se od ostatních lidí spíše odcizovat, což nám ukazuje, že kvalitu vztahu nelze předpovídat jen na základě subjektivního sebehodnocení (Zeigler-Hill, 2006, in Baumeiste, Campbell, Krueger, & Vohs, 2003).

Zeigler-Hill (2006) podobně jako Kernis (2003) potvrdil existenci **vysokého nestabilního a vysokého bezpečného sebehodnocení** v závislosti na odlišnosti mezi

implicitními a explicitními pocity sebehodnocení. Kernis (2003) dává **explicitní sebehodnocení** (stabilnější oproti nízkému a odlišnému sebehodnocení) do souladu se shodným (kongruentním) sebehodnocením a to ukazuje na souvislost mezi **neshodným** vysokým (discrepancy) a **nestabilním** vysokým **sebehodnocením**, avšak za předpokladu, že obě jsou považovány za formy nestabilního (fragile) sebehodnocení. Bosson et al. (2003) popisují jedince s neshodným (discrepancy) vysokým sebehodnocením, jako člověka s rozvinutější tendencí povznášet se nad problémy pomocí nereálného optimismu a silně pozitivního popisu vlastní osoby.

Jedinec trpící rozporným vysokým sebehodnocením pochybuje sám o sobě a je si nejistý. Nejistota může vést na jejich nevědomé úrovni ke zvýšení nestabilních (fragile) pocitů sebehodnocení a tedy ke grandióznímu vystupování. Tyto osoby nebývají vždy schopné v průběhu času zachovávat vlastní zkreslený obraz sebe sama. Mnohdy jejich extrémní úroveň zřetelného až extrémního pozitivismu závisí na okolnostech. V případě, že věci fungují podle plánu, tak se cítí velmi dobře. V případě, že okolnosti nejsou příznivé, pak jejich nafouknuté pojetí sebe sama může velmi rychle opadnout. K navrácení dojde v okamžiku, kdy se okolnosti začnou opět zlepšovat (Zeigler-Hill, 2006).

Učitelé, rodiče, terapeuti a mnoho dalších skupin pojem sebehodnocení přidali do svého domácího slovníku a snažili se o jeho zvyšování, protože věřili, že vyšší sebevědomí způsobuje pozitivní změny a výhody. **Sebehodnocení dělíme do tří skupin a) lidi s vysokým sebehodnocením**, kteří mají tendence přehánět své dobré vlastnosti a úspěchy, **b) lidi s upřímným přijetím** vlastních kvalit a předností, **c) domýšliví jedinci** a lidi s narcistickou poruchou osobnosti (Baumeiste, Campbell, Krueger, & Vohs, 2003).

### **3.4 Implicitní (ISE) a explicitní sebehodnocení (ESE)**

Míra sebehodnocení může mít vliv na důležité oblasti v našem životě, kterými jsou např. **zdraví a využití copingových** strategií zkoumané Lazarusem & Folkmanovou (1984), kteří se ve své studii zmiňují o vlivu především chronického stresu na lidské zdraví. Stres je vysoce subjektivní záležitost, závisící na individuální interpretaci události a na víře ve vlastní přístupné copingové strategie. Lidé s vyšším sebehodnocením vnímají negativní události s větší rezervou, uvědomují si svou velkou kontrolu nad situací a obecně jsou více optimističtí ohledně svých copingových strategií, což jim přináší méně stresu, a to vede



k lepšímu fyzickému zdraví než u lidí s menším sebehodnocením (Baumeiste, Campbell, Krueger, & Vohs, 2003).

Další sféra, kde můžeme vidět významný rozdíl mezi vysokým a nízkým sebehodnocením, je **práce v kolektivu** a pracovních skupinách, kde podle Baumeisteho, Campbella, Kruegera, & Vohse (2003) jedinec s vyšším sebehodnocením vyvolává ještě větší potřebu mluvit do dění uvnitř skupin a kritizovat jejich přístup. Takový jedinec disponuje hlasitějším projevem, což může významně působit na poli pracovních skupin, kde tito lidé dostávají větší hodnocení oproti lidem s nízkým sebehodnocením. Vlastní skupiny jsou u lidí s vyšším sebehodnocením vnímány a posuzovány pozitivněji a v lepším světle než jiné skupiny. Tenhle pohled může působit pozitivně z hlediska podpory skupinové hrdosti, ale také negativně, protože může přispívat k vytváření předsudků a diskriminačních úsudků.

Baumeiste, Campbell, Krueger, & Vohs (2003) dále řešili otázku vztahu mezi sebehodnocením a spokojeností. Výsledkem zkoumání byla mírná souvislost, která ukazuje, že lidé s vyšším sebehodnocením působí šťastnějším dojmem, méně trpí depresi a jsou odolnější vůči stresovým situacím oproti lidem s malým sebehodnocením. Souvislost mezi sebehodnocením a spokojeností existuje, ale je třeba brát v potaz hlavně vliv působících proměnných, které výše zmíněnou souvislost výrazně ovlivňují (Baumeiste, Campbell, Krueger, & Vohs, 2003).

### 3.5 Sebehodnocení ve vztahu k agresivnímu chování a depresi

Podle Greenwalda & Banajihho (1995, 11) je implicitní sebehodnocení „*introspektivní neidentifikovatelný vliv vlastních postojů na hodnocení se sebou spojených objektů.*“ Petty, Tormala, Brinol & Jarvis (2006) uvádějí, že většina modelů rozlišující explicitní a implicitní postoje popisují **implicitní postoj** jako více stabilnější hodnotící reprezentaci, která vychází z dlouhodobé socializace. **Explicitní postoj** je na místo toho nedávno a rychle získaný postoj, jež koexistuje se starým implicitním postojem. Implicitní a explicitní postoj musíme chápat jako základní duševní procesy, které jsou asociační. Mezi explicitním a implicitním sebehodnocením existuje **genderový rozdíl**, kterým se zabývali Pelham, et al. (2005), výzkumníci došli k závěru, že ženy mají větší shodu mezi implicitním a explicitním sebehodnocením než muži, což dokládají domněnkou, že ženy své intuici pravděpodobněji důvěřují více než muži.

**Otázkou shody** mezi explicitním a implicitním postojem se zabýval Lebel (2010), který došel k závěru, že stěžejní roli **hraje přístupnost postoje**. Přístupnější postoj vytváří větší shodu mezi ISE a ESE, zatímco u méně přístupnějšího postoje nedochází k žádnému vztahu. S tvrzením Lebel (2010) jsou v souladu výsledky Gawronského & Bodenhausena (2006), kteří při své spolupráci objevili tzv. **asociační propoziční model** hodnocení (*associative-propositional evaluation*). Tento model se snaží předpovídat vliv automatického sebehodnocení na vlastní sebehodnocení, jež závisí na tom, jestli jedincovy soudy a postoje sahají za hranice jeho sebehodnocení či nikoli. *U těchto postojů může docházet i ke změnám, které závisí na tom „a) který ze dvou procesů je ovlivněný jako první nebo za b) zda změna v jednom procesu způsobila změnu v tom druhém“* (Petty, Tormala, Brinol, & Jarvis, 2006, 18). Toto pojetí nám poskytuje integraci vzorů pro **změny postojů** jako jsou změny **a)** explicitního, ale ne implicitního postoje, **b)** implicitního postoje, ale ne explicitního postoje, **c)** explicitního i implicitního postoje (Gawronski & Bodenhausen, 2006). Lidé s vysokým explicitním a nízkým implicitním sebehodnocením vidí příznivě a bezproblémově svou budoucnost, svůj charakter vnímají jako lichotivý a žijí s pocitem, že se blíží ke svému ideálnímu já v dimenzích typu inteligence nebo sociální schopnosti. Ne každý jedinec s vysokým sebehodnocením vyhledává zlepšování (enhancement) sebe sama se stejnou touhou.

**Implicitní a explicitní** sebehodnocení nejsou vždy jednotné, ale může mezi nimi existovat rozpor, který zkoumali Bosson, Brown, Zeigler-Hill & Swann, (2003). **Rozpor ve vysokém sebehodnocení** znamená (vysoké explicitní, ale nízké implicitní sebehodnocení) využití více obranných mechanismů a zvýšení popisů vlastních pozitivních vlastností a předností oproti jedincům, kteří mají vysoké explicitní i implicitní sebehodnocení. Schröder-abé Rudolph, & Schütz, (2007) vidí maladaptivní potenciál v rozporu mezi explicitním a implicitním sebehodnocením právě v nedostatečné integraci sebezpřítání. Jedinci, jež mají rozporné sebehodnocení, při studii dosáhli nižšího skóre než ve svém fyzickém i duševním zdraví, což se projevilo i ve větším počtu dní strávených nemocí než jedinci, jejichž sebehodnocení bylo ve shodě neboli kongruentní. Rozpor v sebehodnocení značí také vyšší úroveň v potlačování zlosti a depresivního stylu. Jedinec s poškozeným sebehodnocením má nižší úroveň zdraví než jedinec s kongruentním nízkým sebehodnocením, proto můžeme říci, že nižší explicitní sebehodnocení má závažnější důsledky v případě, že člověk má vysoké implicitní sebehodnocení nižší než nízké implicitní

sebehodnocení. Nezávislost úrovně explicitního sebehodnocení podle výzkumu není závislé na úrovni implicitního sebehodnocení. Implicitní sebehodnocení není vždy takovou výhodou, většinou závisí na úrovni explicitního sebehodnocení jedince, což nás přivádí k odpovědi, proč je důležité zabývat se rozporem mezi explicitním a implicitním sebehodnocením.

## 4. Copingové strategie

Následující kapitola se zabývá nejzákladnějším dělením copingových strategií, metodami jejich měření, dále popisuje genderové rozdíly při výběru strategie, míru vlivu situační kontroly na výběr strategie a v neposlední řadě se zastavíme u využívaných strategií při konfrontaci se smrtí a umíráním.

### 4.1 Dělení Copingových strategií

Základní členění copingových strategií dělíme do tří kategorií: **a) coping zaměřený na problém**, což znamená, že vykonáme určitou činnost, abychom změnili současný stav, **b) coping zaměřený na emoce**, při kterém člověk dá průchod svým emocím nebo hledá způsob, jak emoce vyjádřit, **c) vyhýbání se** dané situaci nebo soustředění pozornosti na jinou věc (Tennen, Affleck, Armeli, & Carney, 2000). Coping zaměřený na emoce je účinnější v situacích, kdy člověk prožívá ztrátu nebo při vzniku psychického poškození. Coping zaměřený na problém je efektivnější při zvládnání situace, která je předpokládaným stresorem (DeLongis & Holtzman, 2005).

Výše uvedené rozdělení copingových strategií můžeme doplnit o další dělení, kterými jsou **vyhýbavé a přístupové** copingové strategie. Podle Moos and Schaefer (1993, in Prati, Pietrantonio, & Cicognani, 2011) jsou **přístupové strategie** směřované přímo k samotnému stresoru nebo k samotné reakci. Řadíme je mezi **adaptivní strategie**, které zahrnují pozitivní přehodnocení, hledání emocionální podpory, plánování, a hledání informací ohledně daného stresoru. **Vyhýbavé strategie** jsou zaměřené na vyhýbání se stresoru nebo reakci. Tyto strategie řadíme mezi **maladaptivní copingové strategie**, jež zahrnují behaviorální a psychické uvolnění, popření a odměňování od jiných aktivit. Při vyhýbavých copingových strategiích dochází k vytvoření vztahu mezi **hodnocením stresové situace** a **negativními indikátory**, které znázorňují kvalitu života. Tyto negativní indikátory mohou být potlačeny **přístupovými strategiemi** a **kolektivní účinností**, která navíc zprostředkovává vztah mezi hodnocením stresové situace a pozitivními indikátory (Prati, Pietrantonio, & Cicognani, 2011).

Při snaze objevit univerzální proměnné, které by byly mediátorem mezi stresovým hodnocením a každou dimenzí kvality života Prati, Pietrantonio, & Cicognani (2011) potvrdili přímý **vliv sebeobviňování** na profesionální kvalitu života a vztah mezi stresovým

hodnocením a celkovou kvalitou života. Prati, Pietrantonio, & Cicognani (2011) se také zabývali vztahem mezi **stresovým hodnocením a syndromem vyhoření**, na který měl přímý vliv **náboženský coping**. Záchranáři, kteří jsou ve větším stresovém zatížení, se snaží modlit nebo najít pomoc v náboženství, což je vede blíže k syndromu vyhoření, jelikož to pro ně znamená větší zátěž. Na druhou stranu náboženský coping zahrnuje metody, které mohou působit stejně adaptivně jako maladaptivní. Můžeme předpokládat, že vzorek lidí ve výzkumu využíval negativní náboženské copingové strategie. V určitých situacích si lze povšimnout, že záchranáři příliš neventilují a nehledají podporu. Takovéto chování naznačuje výskyt **represivního copingu**, jenž zahrnuje automatické tendence jedince vyhýbat se svým myšlenkám, emocím a vzpomínkám. Záchranáři, kteří se vyrovnávají se stresem pomocí rozptýlení pozornosti od negativních pocitů, si příliš nepovídají o událostech, které se jim přihodily, ani neventilují své negativní emoce (Prati, Pietrantonio, & Cicognani, 2011).

Podle Aldwina (2007) má na výběr copingové strategie značný **vliv pohlaví**. Rozdíly mezi pohlavím v používání Copingu zaměřeného na problém a copingu zaměřeného na emoce jsou vnímány jednoznačně, ale stereotypně. V povědomí veřejnosti bývá utkvělá myšlenka, že ženy používají coping zaměřený na emoce, zatímco muži využívají coping zaměřený na problém. V případě, že se zeptáme obou pohlaví na otázku „*jak se běžně vyrovnáváte se stresem*“, muži většinou odpoví způsobem, který se shoduje se strategiemi zaměřujícími se na problém. Na tu stejnou otázku ženy odpoví, že se vyrovnávají pomocí sociální podpory, což je strategie zaměřující se na emoce.

Ve studii Aldwina (2007) se dozvíme, že genderové rozdíly mizí v případě, kdy se zaměříme na konkrétní situaci, které jsou vystaveny obě pohlaví. V takových situacích vychází najevo, že **ženy** využívají více copingové strategie **zaměřené na problém**, což může mít za následek postupný úbytek emocionálního výrazu.

## 4.2 Metody pro měření Copingových strategií

Pro zachycení copingových strategií se nejčastěji využívají dvě metody. První **metoda** se řadí mezi **průřezové**, při kterých se vytváří statický snímek události, která je dynamická a stále v pohybu. I když se vytvoří záznam více časových bodů, stále to nestačí k dostatečné identifikaci příčin, ani důsledků použitých copingových strategií, ze kterých později výzkumník čerpá. Druhá **metoda** je **dynamická** neboli jinak řečeno metoda denního

procesu, jejímž principem je každodenní monitorování proměnných, které se mění v čase. Události, které se dějí během dne, se mohou vytrahit během dnů, ale také během hodin nebo minut. Výzkumník, který je součástí těchto událostí, zvyšuje šance efektivního zachycení procesů a dějů (DeLongis & Holtzman, 2005).

**Dynamická metoda** pomáhá odhalovat vzorce emocí, událostí a jednotlivých copingových strategií. Otevírá možnost přiblížit se ke konkrétním stresorům a copingovému úsilí v opravdovém čase tak, jak se vyskytují. Dynamická metoda je považována za konzistentnější. Může pomoci při snaze předpovědět účinnost copingu a odpovědět na otázku, proč lidé používají copingové strategie způsobem, jakým je používají.

### 4.3 Gendrové rozdíly při výběru copingové strategie

Gendrové rozdíly můžeme sledovat při porovnávání mladší a starší věkové skupiny. **Mladší skupina** používá spíše **aktivnější a interpersonální coping** zaměřený na problém, pro který je typické hledání sociální podpory, konfrontovaný coping a plánované řešení problému. **Starší generace** je oproti mladší zaměřená více **pasivně**, mohli bychom říct, spíše **intrapersonálně**. Ve většině volí coping zaměřený na emoce, pro který je typické pozitivní přehodnocení, distancování se a přijetí zodpovědnosti. Používané strategie mladší a starší věkovou skupinou jsou hodnoceny jako vhodné vzhledem k jejich věku. Copingové strategie mladší skupiny záchranářů vzhledem k jednotlivým střetům jsou spíše proměnlivé. Starší generace k problému přistupuje s větší stabilitou, což je hodnocené realističtěji. Hlavním důvodem, proč starší skupiny zažívají méně stresu než mladší skupiny, může být ve využívání copingových strategií zaměřených na emoce (pozitivní přehodnocení a distancování se), vystoupení z role rodičovství a zaměření se na pracovní oblast (Folkman, Lazarus, Pimley, & Novacek, 1987).

Copingové strategie dělíme do různých kategorií, ať už podle stáří nebo pohlaví. U všech dělení můžeme pozorovat tzv. **sekundární vliv**, kterým **copingové strategie** disponují (Niina & Nurmi, 2010). Studie Niina & Nurmi (2010) plynule navazuje a rozšiřuje studii Lazaruse a Folkmana (1984) týkající se transakčního modelu, kde se zabývali konkrétně sekundárním vlivem copingových strategií. Lazarus a Folkman (1984) přišli na to, že používaný coping vytváří druhý zdroj napětí, což vytváří další coping, který by měl snížit vzniklé napětí. Primárně se coping označuje jako naše behaviorální a kognitivní snaha zvládat stresové situace, ale nezabývá se otázkou, že i samotný coping člověka může

přetěžovat (Lazarus & Folkman, 1984). Během případové studie byla provedená explorativní studie mezi záchrannými týmy a jednotlivci, kdy se odhalilo, že copingové strategie na úrovni týmu mohou být efektivní a sloužit dobře k řízení stresu, avšak vzniká nový stresor pro jednotlivce, který se s ním musí vypořádat individuálně, protože právě vzdálenost jim brání dostat se do sociálního kontaktu (Niina & Nurmi, 2010).

#### 4.4 Vliv situační kontroly a posouzení situace na copingové strategie

V literatuře se mnohdy dočteme, že redukce stresu se dostaví v případě, že máme nad situací kontrolu. Pokud kontrolu nad situací nemáme, tak se stres spíše zvyšuje. Vztah mezi **kontrolou** a **stresem** je zkoumán hlavně v izolovaném prostředí, většinou v laboratořích, kde jsou podmínky kontrolované, a tak nemůžeme zajistit stejný vliv dalších fyzických, psychických, vnějších i vnitřních podmínek jako v reálném životě (Folkman, 1984). Ve studii Folkmanové (1984) se uvádí, že povaha události nám pomůže vysvětlit, zda vlastní potenciál, který slouží ke kontrole situace, případnou hrozbu bude redukovat, nebo naopak ji bude ve svém důsledku podporovat. Při odhalování vztahu mezi osobní kontrolou a copingovými strategiemi se používají dva přístupy. V **prvním přístupu** se využívá několik různých cest, které ovlivňují posouzení situace. Což může mít přímý vliv na změnu copingové strategie jedince. Jestliže situaci hodnotíme realisticky a vnímáme, že ji máme pod kontrolou, pak se dostáváme k **druhému postupu**. V tomto vztahu se jako mediátor používá tzv. hrozba a výzva, které ovlivňují **primární posouzení** situace, což může mít za následek změnu copingové strategie. **Výzva** je způsob našeho osobního růstu nebo zisku, kdy bychom měli dosáhnout pozitivních (horlivost, snaživost, vzrušení) emocí, jelikož používáme coping zaměřený na problém, který navíc podporuje i morální jednání jedince. Na druhou stranu, člověk, který si vybere **hrozbu**, což signalizuje potenciál k poškození nebo ztrátě, prožívá negativní emoce (strach, zlost, úzkost), které mohou být překážkou při využití copingu zaměřeného na problém. A výsledek řešení problému může být nedostatečný. Riziko, že dojde k maladaptivnímu výsledku, se může zvýšit v případě, že posouzení kontroly se nebude shodovat s realitou. Když je situace kontrolovatelná, ale člověk ji hodnotí opačně, pak nebude nutně používat coping zaměřený na problém, což může mít za následek ztrátu nebo poškození. **Sekundární posouzení** je hodnocení copingových strategií a možností, které jedinec má. Člověk si klade otázku, co všechno může ještě udělat a do jaké míry je situace kritická, jestliže mu v ní bylo ublíženo nebo došlo ke ztrátě

někoho/něčeho blízkého. Sekundární posouzení se zabývá copingovými zdroji, které zahrnují **fyzickou, psychickou**, ale i **materiální stránku**, která je hodnocená s respektem vzhledem k požadavkům situace (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1982, in Folkman, 1984). Mezi psychologické zdroje řadíme víru, která může udržovat naději, schopnosti pro vyřešení problému, zachování sebeúcty a morálky. K materiálním zdrojům řadíme hmatatelné věci jako nástroje, peníze nebo vybavení (Lazarus & Folkman, 1984).

#### **4.5 Copingové strategie využívané při konfrontaci se smrtí a umíráním**

Členové záchranné služby se pravidelně během své práce setkávají s umíráním a se smrtí. Častokrát se smrt vyskytuje v namáhavých fyzických a psychických podmínkách, nikoliv jen v čisté podobě. Záchranáři se se smrtí a s umíráním vyrovnávají pomocí následujících copingových technik (Palmer, 1983).

McCammon, Durham, Allison, & Williamson (1988) mezi hlavní copingové techniky **řadí zarámování situace**, což znamená, že danou situaci záchranář uvidí tak pozitivně, jak to je jen možné. Při zarámování situace se využívají věty typu *“vždycky by to mohlo být horší“* (McCammon, 1998, 365). K pozitivnímu náhledu na situaci se přidávají ještě hodně využívané kognitivní copingové strategie. Po vážné nehodě nebo katastrofě může nastat tzv. **pokojový výbuch**, kdy záchranář soustředí svou pozornost na reálný strach ve snaze nalézt trochu humoru na událostech a přemýšlení nad jinými věcmi. Praktické je převádění události do spíše **filozofické roviny** a **vyhledávání** sociální a emocionální **podpory** (McCammon, 1987), což znamená vyhledávání a povídání si s přáteli nebo příbuznými alespoň jedenkrát za týden, popřípadě návštěva různých organizovaných setkání a chození do kostela. Hledání **sociální podpory** a **pozitivní přehodnocení** se projevuje jako neúčinnější coping, který vede ke snížení zlosti a odstupu od situace (Jenkins, 1997). Pozitivní přehodnocení je nejvíce spojené s psychosomatickými symptomy, což znamená, že při podmínkách spojených s určitou katastrofou se může projevit jako faktor zranitelnosti při pozdějších psychosomatických problémech (Folkman, 1984).

Záchranáři bývají svědky a účastníky průmyslových nehod a různých autonehod, kde se setkávají s postřelenými, pořezanými a jinak napadenými oběťmi. Náročnost těchto událostí je zmírňována obecnou **desenzibilizací**, kterou se vyučují ve školách a na kurzech. Záchranáři si vytvoří a osvojí svůj jazyk. Vytvoří si kategorie a dojde k vysvětlení jednotlivých vztahů. Všechny tyto procesy jsou analogií čoček, skrz které je možné



podrobněji vidět jednotlivé události a okolnosti. Reinterpretace a znečitlivění okolností jdou s desenzibilací vzájemně ruku v ruce, jelikož dojde ke zmenšení strachu a obav, které bývají příčinou vzniku bezmocnosti (Palmer, 1983).

Podle výpovědi záchranářů hraje důležitou roli **strach o rodinu**. Jestliže si je záchranář jistý, že jeho rodina je doma v pořádku a v bezpečí, pak nepocítuje takový stres. V případě, že si jistý není, jestli tím zraněným není přímý příbuzný nebo někdo z kamarádů, je vystaven daleko větší stresové zátěži (Palmer, 1983).

Často využívaným obranným mechanismem bývá **humor**. Záchranáři se často smějí v situacích, kde by se člověk z jiné profese nesmál. Používají humor i v situacích, které jsou jinými považované za tabu, svaté nebo přinejmenším duchovní. Příkladem toho může být následující krátký rozhovor mezi dvěma záchranáři při přivezení muže na pohotovost do nemocnice.

*Jeden záchranář říká druhému: „Ty jsi ho zabil.“ V odpovědi druhý záchranář odpovídá: „Jo. Hádám tak. Prostě přidej dalšího na list.“ A oba se začnou smát. „Další příběh vypráví záchranář o člověku, který se na něho díval strašně legračně, prý, jako kdyby chtěl právě zvracet. Celý příběh vyprávěl se smíchem a humornými gesty. Šlo o havárii malého osobního auta a nákladáku, které se čelně srazily. Řidiče osobního auta to zabilo a přitlačilo na přední stranu nákladáku. Záchranář obíhal auto a něco hledal, Když se ho kolemjdoucí zeptal, co to dělá, tak řekl, že hledá oční bulvu, že potřebují mít sesbírané všechny části. V tomhle okamžiku záchranář hodnotil odcházejícího muže jako hrozně vtipného a začal ho napodobovat svými gesty“ (Palmer, 1983, 84).*

Záchranáři mezi sebou používají tzv. **alternativní jazyk** neboli jinak řečeno vlastní slang, která obsahuje unikátní názvy a rádiové kódy pro různé pacienty a různé události. Zkratky a slang fungují nejen v číselné podobě, ale také v různých termínech označujících např. stav ochromeného. „*Křupavý tvor*“ označuje muže, který je fatálně spálený nebo *greenie* je člověk, který je v rozkladu již nějaký čas (Palmer, 1983).

V mnoha případech dochází k tzv. **útěku do práce**, kdy se záchranáři musí potýkat s časovými a dalšími specifiky, což znamená, že se kolikrát musí naprosto ponořit do práce a do jisté míry se odosobnit jak od dramatické situace, tak od pacienta. Člověka v dané chvíli nevnímají jako člověka, nýbrž jako stroj, jehož jedna část je pokažená a je třeba ji opravit. Musí si vytvořit lingvistický most mezi sebou a pacientem jako herci pomyslného představení (Palmer, 1983). Častokrát se můžeme setkat s výroky záchranářů: „*Tenhle*

*potrat byl na třetí ulici. Nebyl?“ „Ne, počkej. To byl vlastně záchvat, potrat byl na Brodway.“ Nebo podobný výrok - „Dítě na motorce ztratilo svou nohu.“ (Palmer, 1983, 85). Tato slovní pojmenování se využívají jak po stránce lingvistické, tak procesní, kdy si záchranáři nemůžou dovolit jednat emocionálně nebo laskavě k pacientovi, protože se mnohdy jedná o minuty nebo dokonce vteřiny, které dělí pacienta od smrti nebo trvalého poškození mozku (Palmer, 1983). Během zásahu je důležité, aby záchranář dokázal potlačit své pocity a **soustředil se primárně na svůj úkol**. Během záchranné akce je tato technika užitečná, ovšem při zotavovacím procesu je důležitá spíše relaxace, díky níž si jedinec své pocity uvědomí, převezme nad nimi kontrolu a nepotlačuje svou úzkost (McCammon, 1988).*

Palmer (1983) píše, že pokud se záchranář **koncentruje na úkol a nástroje**, pak se vyskytuje tendence mluvit o problémech spojených s danou situací a nástroji, které jsou při ní využívány více, než se obracet na problémy a zdroje emocionální, např. když se nestihne dojet na místo včas, tak se objevují výmluvy na technické zařízení, na auta popřípadě na situační proměnné typu: *„Spadl nám do cesty strom a nemohli jsme projet (Palmer, 1983, 86)*. Poslední a nejčastěji využívaná copingová strategie **je kvalitativní induktivní přístup** sloužící k popisu svých pocitů vlastními slovy. Jedinci se mohou autenticky vyjádřit, jak se v dané situaci cítili a jak reagovali. Komunikace mezi záchranáři je nesmírně důležitá a funguje výborně při odbourávání stresu. Na snížení napětí se používají tři varianty komunikace: **a) komunikace tváří v tvář, b) synchronní komunikace** (audio/video), **c) nesynchronní komunikace** přes emaily. Záchranáři upřednostňovali setkání se svými kolegy tváří v tvář, což napomáhalo k vytvoření týmového ducha, zrychlení týmové práce, k lepšímu poznání sebe navzájem a hlavně vytvoření důvěry. Když neměli možnost setkávat se osobně, pak se cítili zabředlí více ve stresu a působili spíše depresivně. Nedostatek sociální podpory způsobuje jejich nepohodu a nejistotu v průběhu pracovních povinností záchranáře (Niina & Nurmi, 2010). *„Setkání tváří v tvář pomáhá vytvořit vzájemné pochopení a zvyšuje znalosti o týmových záležitostech“ (Niina & Nurmi, 2010, 132).*

## 5 Stres

Každodenní součástí práce záchranáře je stres, proto jsme zdůraznili pojetí stresů z různých úhlů pohledů, definovali si stres v rámci pracovní skupiny a v neposlední řadě jsme popsali PTSD a následný posttraumatický růst.

### 5.1 Pojetí stresu podle Selyeho Lazaruse a dalších

Podle Selyeho (1979, 6) je „*stres kořením života*“, je nevyhnutelný a dokonce je nežádoucí, aby se mu člověk vyhýbal. Člověk může být stresem motivovaný k vysokým výkonům a úspěchům, ale také může jedinci způsobit nemoc, utrpení nebo v krajních případech i smrt. Stres je lidská nesespecifická reakce těla na okolní požadavky. Stres prožíváme neustále, buď si ho uvědomujeme nebo ne. Člověk prožívá tzv. **a) obvyklý stres**, který prožíváme např. ve spánku, kdy musíme trávit jídlo z večere a celý zažívací systém stále pracuje, i když náš mozek spí, **b) neobvyklý stres**, se kterým se můžeme setkat v bdělém stavu, kdy řekneme, že člověk je ve stresu a vyskytuje se v nějaké nežádoucí situaci. Selye (1979) vytvořil jednotnou teorii o tzv. **obecném adaptačním syndromu** (general adaptation syndrome), který tvoří identickou biologickou odezvu u každého člověka při jakémkoliv druhu stresu. Jde o biologickou odpověď, která pomáhá při adaptaci na jakoukoliv situaci nebo podnět. Tato reakce je podmíněná tvorbou hormonů (adrenalin a kortikoidy) z dřeně nadledvin. Všechny tyto reakce jsou obranné, avšak jestliže jsou nedostatečné, extrémní nebo chybné, pak mohou způsobit vážné problémy. **Psychologický stres** můžeme definovat jako „*zvláštní vztah mezi osobou a prostředím, které je člověkem hodnocené jako náročné nebo přesahující jeho nebo její zdroje a ohrožující jeho nebo její pohodu (well - being)*“ (Lazarus & Folkman, 1984, 19). Stres je popsán a vyjádřen mnoha definicemi, avšak aby každá definice odpovídala skutečnosti, musí zahrnovat koncept čtyř následujících faktorů, které jsou pro stres typické (Lazarus, 1993). Mezi jednotlivé **faktory** řadíme **a)** „*kauzální externí nebo interní činitel, který ostatní nazývají stres nebo stresor*, **b)** *hodnocení mysli nebo fyziologický systém rozlišující, co je ohrožující nebo škodlivé, od toho, co je benigní*, **c)** *copingové procesy používané myslí nebo tělem k vypořádání se se stresovými požadavky*, **d)** *komplex schémat efektů mysli nebo těla, často zařazený jako stresová reakce*“ (Lazarus, 1993, 4). Podle Lazaruse & Folkmanové (1984) **stres** můžeme považovat za společnou myšlenku určité události, jež danou osobu

ovlivní. Nejpoužívanější a nejpřijímanější psychologická teorie vnímání stresu, která je v souladu s psychologickými tradicemi, říká, že se jedná o reakci na určitý stimul. Obor zabývající se touto problematikou se nazývá S-R psychologie.

Podle Lazaruse and Cohena (1977, in Lazarus & Folkman, 1984, 12) existují tři oblasti života, které působí jako **stresový stimul**, „**a**) hlavní, časté a převratné změny ovlivněné mnoha osobami, **b**) hlavní změny ovlivněné jednou nebo několika osobami, **c**) denní starosti.“ První skupina je považována za univerzálně stresující, jež je řízená někým zvenku. Zahrnuje např. přírodní katastrofy a umělé vytvořené katastrofy (války, uvěznění, vytržení). Nezávisle na tom, jestli je katastrofa dlouho (uvěznění) nebo krátce trvající (zemětřesení), psychické i fyzické následky mohou mít dlouhotrvající charakter. Elliott & Eisdorfer (1982, in Lazarus & Folkman, 1984, 150-151) rozlišují čtyři **typy stresorů** „**a**) akutní, časově omezený stresor, takový, jako skok padákem, čekání na operaci nebo střetnutí s chřestýšem, **b**) stresová sekvence nebo série událostí, které se vyskytují po delší období jako výsledek vyvolaný událostí takovou, jako je ztráta zaměstnání, rozvod nebo úmrtí, **c**) chronický přerušovaný stresor takový, jako je konfliktní návštěva příbuzných nebo sexuální potíže, které se mohou stát jedenkrát denně, několikrát za týden nebo jedenkrát za měsíc, **d**) chronický stresor takový, jako permanentní neschopnost, rodičovský nesoulad nebo chronický pracovní stres, který může nebo nemusí být vyvolaný jednotlivými událostmi a které přetrvávají nepřetržitě dlouhou dobu.“ Podle Lazaruse & Folkmanové (1984, 15) „je **stresor** podnět, kdy se vyvolává stresující chování nebo fyziologická odpověď. **Odpověď** je stresující, když je zapříčiněna požadavkem, újmou, poškozením nebo zatížením.“ Podle Folkmanové (1984) stres není majetkem člověka, ani našeho prostředí, nýbrž tvoří zvláštní vztah mezi člověkem a prostředím. Folkmanová (1984) se zabývala kognitivní teorií stresu a copingu, kterou rozdělila podle orientace **a**) na proces **b**) na vztah. **Vztahovou orientaci** můžeme vidět již v samotné definici stresu mezi člověkem a prostředím, které je hodnocené jako náročné až vymykající se jeho kontrole, což může vést k ohrožení stavu pohody (well being). Toto vztahové pojetí je odlišné od dalších pojetí stresu, které stres vnímají spíše jako stimul, šok, zkoušku a intrapsychický konflikt, který je zaměřený na lidské potřeby, motivy, impulsy, popřípadě jako odpověď fyzického nebo subjektivního vzrušení (Folkman, 1984). **Orientace na proces** má dva významy ve vztahu ke kognitivní teorii stresu. První význam můžeme považovat za dynamický vztah mezi člověkem a prostředím, který se konstantně

mění. Druhý význam vyjadřuje vztah mezi dvěma lidmi, kdy jeden člověk jedná podle druhého. Tento vztah nazýváme **oboustranný vztah**. Vztahová orientace spolu s orientací na proces jsou významné vzhledem k našim zvykům, podle nichž se řídíme a posuzujeme osobní kontrolu. Pro vztahovou orientaci je typické, že kontrola musí být sledována ve vztahu, člověk - prostředí, kde byla původně vložena. Orientace na proces znamená, že posouzení osobní kontroly se pravděpodobně změní během střetu se stresovou situací a dojde k posunu ve vztahu člověk – prostředí (Folkman, 1984).

## 5.2 Stres v pracovních skupinách

Ve výzkumu se Jex & Thomas (2009) zabývali vztahem mezi **stresory** vznikajícími **v práci** a jejich vlivem na negativní vnímání a **fungování skupiny**. Většina doposud používaných modelů se zabývá fungováním skupin z hlediska strukturálních charakteristik (zdroje, úkoly, typy a složení). Ve studii se soustředili na specifické stresory typu (pracovní doba, přetížení role, interpersonální a pracovní rodinné konflikty). Jex & Thomas (2009) došli k závěru, že vztah mezi stresem a skupinovým vnímáním je pozitivní. Tento vztah se odráží v oblasti přetížení pracovní role, interpersonálních konfliktů a pracovní rodinných konfliktů, jež jsou negativně spojeny s vnímáním altruismu a kolektivní účinnosti. Zaměstnanci, kteří zažívají velký pracovní stres, tak mají negativnější vnímání celé pracovní skupiny. Toto jedincovo vnímání může nakazit zbytek týmu a fungování skupiny spolu s požadovaným výkonem může vést k redukci kolektivní účinnosti, což zvevětší psychologické napětí ve skupině.

**Pracovní přesčasy** jsou podle Sparkse, Coopera, Frieda, & Shiroma (1997) příčinou trvalého a špatného zdravotního stavu, který se projevuje nadměrnou únavou a vyčerpáním, což má vliv na vnímání a fungování celé skupiny. Tato dlouhodobá únava může vést k většímu pesimismu a ztracení náhledu na budoucí perspektivu skupiny.

**Rolové přetížení** značně ovlivňuje vnímání zaměstnance a projevuje se stejně v rychlosti i množství vykonané práce. V případě, že zaměstnanec vnímá velkou pracovní zodpovědnost a zátěž, tak se ji bude snažit s největší pravděpodobností překonat ze všech svých sil, aby zvládl požadavky, které mu tato vysoká úroveň pracovního zatížení předkládá. Tato skutečnost zapříčiní méně volného času potřebného k rozvíjení vlastního altruistického chování ve vztahu ke kolegům. Dalším důsledkem tohoto nedostatku času je menší vnímání širších souvislostí, které ve skupině probíhají a tím pádem člověk necítí takovou kolektivní

účinnost (self efficacy) a zapojení ve skupině (Spector & Jex, 1998). Spector (1987, in Jex & Thomas, 2009, 160) tvrdí, že, „*interpersonální konflikt reprezentuje rozsah, ve kterém zaměstnanec negativně nabíjí sociální interakce s jeho nebo jejími spolupracovníky.*“ Tvrdost a přísnost v interpersonálních vztazích může mít různé stupně závažnosti. Závažnost může být od těch nejmenších sporů po nedorozumění až po extrémní hádky, které mohou vyústit k fyzickému násilí. Tyhle negativní interpersonální konflikty mají výrazný negativní vliv na skupinovou dynamiku, kde se jedinec nemá snahu projevit altruisticky skrz negativní emocionální stav způsobený vysokým stupněm interpersonálního konfliktu (Organ & Ryan, 1995).

**Pracovně rodinný konflikt** má pro člověka dva směry. V obou musí dojít ke splnění určitých požadavků. Když nedojde ke splnění požadavků v domácnosti, pak to pravděpodobně povede k negativnímu vnímání skupinového procesu více, jelikož rodina dává jakési limity a rozsah, na jejichž základě poté může pracovník přispívat do skupiny. Například, když má jedinec v domácnosti mnoho povinností, tak nemá tolik času věnovat se pracovnímu procesu a kolektivu, takže se nevytvoří taková kolektivní účinnost (Jex & Thomas, 2009).

Organ & Rya (1995) zkoumali vztah **skupinového vnímání** jakožto mediátor mezi psychologickým napětím člověka a pracovním stresem. Jako největší pracovní stresor působí nespokojenost v práci, která s největší pravděpodobností způsobuje pokles spokojenosti v pracovním procesu. Pracovní spokojenost je pozitivně propojená s kolektivní účinností a přímo úměrná altruistickému chování (Jex & Bliese, 1999; Jex & Gudanowski, 1992).

Ve studii Folkmanové, Lazaruse, Pimleyho, & Novaceka (1987) se uvádí hypotéza, že existuje **odlišný vztah** mezi **mladšími** a **staršími dospělými** v prožívání svých každodenních potíží a denního stresu. Výsledky studie prokázaly, že mladší dospělí zažívají mnohem více stresu než starší dospělí a to ve všech běžných oblastech jako jsou finance, práce, údržba domova, osobní život a rodina s přáteli. Tyto rozdíly se dají vysvětlit na základě rozdílného věku a rolových konstelací. V praxi to vypadá tak, že mladší dospělí musí chodit do práce a k tomu vychovávají děti, což je největší zdroj jejich denních stresorů na rozdíl od starších dospělých, kteří jsou už v důchodu a děti mají již dospělé. Denní potíže obou skupin dospělých můžeme interpretovat podle potíží spojených s rolí a potíží spojených s věkem. Mladší skupina dospělých řeší finance, práci a podporují rodinu, což znamená, že

jejich stresory jsou spojené s určitou rolí na rozdíl od starší skupiny dospělých, kteří se zabývají především prostředím, ve kterém žijí (údržbou domu a zdravím), což přináší stresory spojené spíše s věkem.

### 5.3 Akutní a chronická reakce na stres

**Odpověď** na stresovou událost můžeme rozdělit na **akutní** a **dlouhodobou**. Akutní stresová reakce se projeví fyzickým rozrušením, úzkostnými pocity, popudlivostí, nepravidelným spánkem a především sociálním stažením. Tato akutní stresová reakce většinou odeznívá po pár hodinách, maximálně do několika dnů. V případě, že akutní stresová reakce trvá delší dobu, může dojít ke vzniku dlouhodobější odpovědi na stres např. ve formě PTSD (post traumatic stress disorder) nebo syndromu vyhoření (burn out syndrome). Prediktorem PTSD mohou být také naše vylekané pocity, které vedou k **peritraumatické disociaci** (Halpern, Maunder, Schwartz, & Gurevich, 2012; Bryant, et al., 2011), která je Soukupem, (2006, 21,26) popsána jako „*obranný mechanismus proti účinkům traumatu, vyjadřující neschopnost integrace zážitků v průběhu traumatu.*“ (Halpern, Maunder, Schwartz, & Gurevich, 2012) se zabývali otázkou týkající se vlastností a incidentů, které v záchranářích způsobují akutní stresovou reakci, úzkost a následné příznaky. Byly objeveny tři možné způsoby vyvolávající akutní stresovou reakci **a)** index, podle kterého záchranáři mohou kritickou situaci označit jako znepokojivou, **b)** identifikaci vlastností situace, které byly spojené s větší peritraumatickou úzkostí, **c)** identifikace vlastností situace, které jsou spojené s peritraumatickou disociací. Hodnota studie je podporována výsledky v inventáři kritických událostí, který se skládá ze 14 položek, z nichž 8 otázek je osobních a 6 situačních, které byly vybrány pro svou spojitost s peritraumatickou úzkostí (Halpern, Maunder, Schwartz, & Gurevich, 2012).

Dalším **prediktorem akutní a dlouhodobé stresové reakce** na incident hrají významnou roli právě tři faktory, kterými jsou **a)** osobní zkušenost s událostí a množství vědomostí, které o incidentu již záchranář ví z předchozích zkušeností. Už znají ten pocit i únavu, která se dostaví, **b)** záchranář hodnotí situaci, zda je pod jeho kontrolou nebo není, **c)** osobní vnitřní zkušenost s pocity bezmocnosti (Halpern, Maunder, Schwartz, & Gurevich 2012). Poznatky Veldena, et al. (2006) doplňují teorii o peritraumatické disociaci svým dlouhodobým výzkumem, ve kterém tvrdí, že peritraumatická disociace se neobjevuje pouze

jako nezávislý prediktor, ale působí v interakci s dalšími proměnnými, které ovlivňují vznik PTSD.

## 5.4 Posttraumatická stresová porucha

Záchranáři spadají do pracovní oblasti se středním nebo vysokým rizikem, kde se setkávají s akutním stresem a kritickými událostmi. Setkávají se se zraněnými, ale také s umírajícími lidmi. Často jsou vystaveni životu ohrožujícím a potencionálně traumatickým situacím, jejichž příznaky nemusí rozpoznat dokonce ani jejich spolupracující. Mezi takové nehody řadíme například pád letadla nebo neočekávané přírodní katastrofy. Všechny tyto situace mohou vést k rozvinutí **PTSD** neboli k tzv. posttraumatické stresové poruše, která je charakteristická symptomy, jež vznikají na základně traumatického zážitku. **Symptomy** můžeme řadit do třech oblastí, **a)** znovuprožívání specifické situace, **b)** vyhýbání se stimulům spojenými s traumatem, **c)** zvyšující se emoční vzrušení. Jako výsledek můžeme považovat fakt, že katastrofální události negativně ovlivňují záchranáře hlavně v oblasti psychologické pohody (well-being), jelikož jsou stále vystavováni extrémním a nebezpečným situacím. I když symptomy postupem času mizí, tak následky těchto poruch mohou přetrvávat dokonce i roky. Mezi společné a nejčastěji se vyskytující příznaky u PTSD u záchranářů byly rušivé myšlenky a pocity. Cítili se podrážděně, k ostatním se chovali spíše lhostejně a neméně se vyskytovaly problémy se spánkem. Podle dotazníku obecného zdraví více jak polovina záchranářů trpěla symptomy PTSD. Během pracovních situací byly objeveny permanentní stresory, které se jevily jako chronické a přispívaly k rozšíření symptomů PTSD a distresu. Záchranáři většinu času pracují na směny a pod časovým tlakem, což podporuje stres, ovlivňuje spací návyky a příliš to nepodporuje rodinný život. Dlouhodobost symptomů PTSD může vést k únavě, až úplnému vyčerpání, pracovní nespokojenosti a předčasnému důchodu. Nejvíce stresující jsou případy, kdy musí záchranáři vyjednávat se smutnými a beznadějnými pacienty. Tyto stresující situace vytvářejí symptomy pro PTSD. Mohou vzniknout dokonce, i když záchranář není fyzicky vystaven samotné situaci. Mezi důležité prediktory PTSD se řadily především sociální aspekty a chronický stres, jehož zvýšená míra byla společná všem záchranářům. Ke zdraví moc nepřispíval nedostatek sociální podpory od kolegů, od supervizora a všeobecně slabší komunikace. Povídání a probírání kritické události okamžitě po ní s kolegy se jeví jako vysoce pomáhající faktor. Jako další pomoc se jeví příprava záchranářů na to, co je bude



u výjezdu čekat. Všechny výše zmíněné faktory jsou hlavní prediktory posttraumatické odpovědi, syndromu vyhoření a únavy. Proto více jak na pracovních podmínkách záleží na vylepšení podmínek sociálních a celkového sociálního klimatu. Zaměstnanci by měli být informováni o organizaci a o dění v pracovním procesu a být součástí při rozhodování, což bude přispívat k vylepšení psychické stability (Ploeg & Kleber, 2003).

## **5.5 Posttraumatický růst**

Studie Prati & Peitroni (2009) podporuje hypotézu o spojitosti posttraumatického růstu s atributy typu spiritualita, copingové přijímání, přehodnocovací coping, náboženský coping a vyhledávání sociální podpory. Všechny výše zmíněné kategorie souvisí s posttraumatickým růstem, avšak při porovnání se došlo k výsledkům, že pozitivní přehodnocování a náboženský coping jsou více spojené s posttraumatickým růstem než sociální podpora a optimismus. Předpokládá se, že příznivý účinek u jednotlivce u osobních a společenských zdrojů je způsobený právě copingovou odpovědí dotyčného. Manne & et al. (2004) ve svém longitudinálním výzkumu došli k tvrzení, že prediktorem posttraumatického růstu je právě emocionální výraz. Na hypotézu navázali Prati & Peitroni (2009), kteří se snažili najít důvody vypovídající ve prospěch výše zmíněné hypotézy. Základním kamenem je zvýšení blízkosti ve vztahu, uvědomění si vlastní síly a v neposlední řadě desenzibilizace negativních pocitů. Dalším aspektem je spiritualita, která částečně predikuje pozitivní změny v období po krizi. Spiritualita zajišťuje posttraumatický růst díky smysluplnosti komunity a skupinové podpory.

## 6 Syndrom vyhoření

V poslední kapitole teoretické části se věnujeme stěžejnímu tématu a to syndromu vyhoření, především vymezením tohoto pojmu, identifikaci a původem, společnými znaky, ale také jednotlivým preventivním opatřením. Celá kapitola je ukončena několika provedenými výzkumy na téma syndrom vyhoření v lékařské profesi.

### 6.1 Vymezení pojmu syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření je Schaufelím & Greenglassem (2001, 122) definován jako „stav psychického, emocionálního a mentálního vyčerpání, který je výsledkem dlouhodobé účasti v pracovních situacích, které jsou emocionálně náročné“. Podle Kallwasse (2007, 9) „je to stav extrémního vyčerpání, vnitřní distance, silného poklesu výkonnosti a různých psychosomatických obtíží.“ „Syndrom vyhoření je odpověď na chronický emoční a interpersonální stresor, který je spojený s pracovním místem“ (Stanetič & Tešanović, 2013, 153). Syndrom vyhoření můžeme chápat jako chronický stres spojený s prací, který zahrnuje tři dimenze „**a**) pocity emocionálního vyčerpání, **b**) negativní přístup k poskytovaným službám (depersonalizace), **c**) redukovaný smysl uspokojení a nedostatku profesionalizace“ (Stanetič & Tešanović, 2013, 154). Schwab (1996) popisuje ve své koncepci stav vyhoření jako interakci jedince a situačních podmínek, jejichž vývoj dělí do tří fází. „**1**) nerovnováha mezi požadavky zaměstnání a schopnostmi jedince těmto nárokům dostát, **2**) bezprostřední krátkodobá emoční odpověď na tuto nerovnováhu - pocity úzkosti, tenze, únavy a vyčerpání, **3**) změny v postojích a chování - tendence jednat s klienty neosobně a mechanicky (jedná se o defenzivní chování, psychologický únik ze situace, která se nedá zvládnout aktivním řešením problémů)“ (Schwab, 1996, 438).

### 6.2 Identifikace a původ syndromu vyhoření

Honzák (2013) ve své knize zmiňuje faktory důležité pro identifikaci syndromu vyhoření, jež převzal od zakladatele tohoto pojmu Freudenberg (1985). Za jeden z důležitých faktorů považuje „*nezkrotnou touhu po společenském uznání*“ (Honzák, 2013, 21). Toto očekávání se týká pracovního úspěchu a příslušného ocenění, což ve své podstatě není špatné, ale člověk, blížící se k syndromu vyhoření očekává triumfální slávu, která se nestává každý den, ale spíše jednou za čas. Dochází k mísení nereálného očekávání

a frustrace (Honzák, 2013). Další příčinou jsou „*nereálné požadavky na vztahy mezi lidmi*“ (Honzák, 2013, 22). Tyto požadavky se vyznačují bludem ze strany pomáhajícího, že jeho práce a názory jsou tak jednoduché, jasné a skvělé, že je musí pochopit naprosto každý, přijmout je za své a podílet se na jejich realizaci (Honzák, 2013). „*Příliš rychlé nesprávné závěry o tom, jak se věci mají*“ (Honzák, 2013, 23) nám popisují intuitivní soudy vytvořené během krátké chvíle, o kterých si myslíme, že jsou naprosto geniální a mohou nám poskytnout geniální vhled do situace. Tento pocit se v nás vytvoří na základě nesprávného vyhodnocení dostupných zdrojů, zvolených postupů a vysněných cílů (Honzák, 2013) „*kladení důrazu na věci, které nejsou podstatné*“ (Honzák, 2013, 25). Freudeberger (1985, in Honzák, 2013) vytvořil postup ve dvanácti bodech, **jak se dopracovat k syndromu vyhoření**. 1. **Nutková snaha po sebeprosazení**, která je typická nepřiměřenými ambicemi, jež se časem přehoupnou až do patologického stavu. 2. **Člověk začíná pracovat více a tvrději**, aby dokázal, že je nenahraditelný, proto si bere více práce, pracuje usilovněji, snaží se dokázat ostatním, že zvládne dělat práci, která ho baví, ale také tu, která mu je nepříjemná. 3. **Přehlížení potřeb druhých** znamená přehlížení přátel, rodiny, ale také ignorování spánku a jídla, protože tohle všechno ho jen brzdí v práci a v podání lepšího výkonu. 4. **Přesunutí konfliktu** je fáze, kdy si jedinec uvědomuje, že není něco v pořádku, ale nedokáže identifikovat přesný zdroj, takže dojde k vyvolání vnitřní krize a pocitu ohrožení, které jsou doprovázené tělesnými obtížemi. 5. **Revize a posunutí hodnot** znamená projev jedince izolace od ostatních a ještě větší ignorování svých základních potřeb. Práce se stává středem a smyslem života a pohlcuje veškerou energii. Nastává emoční otupení. 6. **Popírání vznikajících problémů** nám dává najevo, že člověk se stává méně tolerantním, projevuje se více sarkasticky a agresivněji a obviňuje časovou tíseň za vlastní vzrůstající problémy. 7. Při **stažení** dochází k úplné izolaci od sociálních kontaktů a k větší pravděpodobnosti vyhledávání drog, alkoholu a uklidňujících prášků. Přicházejí první pocity beznaděje a ztráty smyslu. 8. **Zcela jasně patrné změny chování**, kdy spolupracovníci, členové rodiny ani lidé z nejbližšího okolí už nemohou přehlédnout, že se něco děje. 9. **Depersonalizace** popisuje jedince, který přestává vnímat sebe a ostatní jako cenné bytosti, pohled na život se zužuje, vnímá pouze nemilou přítomnost a život se mění ve vykonávání mechanických funkcí. 10. **Vnitřní prázdnota** označuje člověka, který se cítí uvnitř prázdný, proto se vrhá na nepřiměřené aktivity typu alkohol, drogy a sex, které začnou postupně překračovat sociální meze. 11. **Deprese** bývá jedním z příznaků, které syndrom vyhoření

může zahrnovat. Jedinec se domnívá, že jeho život už postrádá smysl, budoucnost mu nemá co nabídnout a cítí se vyčerpaný a beznadějný. **12. U syndromu vyhoření** můžeme pozorovat emoční a celkový fyzický i psychický kolaps. V extrémních případech může dojít i k sebevražedným tendencím. Za **původ** syndromu vyhoření můžeme považovat nedostatek harmonických vztahů a pracovního prostředí, které může být typické emočním vyčerpáním, nepřátelským chováním, nízkým sebehodnocením, únavou a mentálním či emocionálním vyčerpáním. Lidé trpící vyhořením po delší dobu cítili fyzickou nedefinovatelnou bolest (bolesti hlavy, podrážděný žaludek, bolesti v zádech a nespavost). Tito lidé jsou přepodnětovaní, neustále v tenzi a často se uchylují k negativním copingovým strategiím, kterými může být alkohol, drogy, jež vyvolávají nálady smutku, pesimismu, zoufalství a pocity bezmoci. Člověk ve vyšším stádiu syndromu vyhoření ztrácí závazek pro pracovní záležitosti, schopnost seberealizace a osobní perspektivy. Vyskytuje se ztráta zájmu, která zapříčiňuje neschopnost užívat si života. Syndrom vyhoření má jisté podobnosti s depresí a stresem, ale nemůžeme jej zcela zaměňovat, protože zde existují zásadní rozdílnosti, podle kterých je rozlišujeme. Deprese se odlišuje především tím, že syndrom vyhoření se týká pracovní oblasti, nikoliv zbytku osobního života. Od stresu jej můžeme odlišit tím, že syndrom vyhoření patří mezi chronická onemocnění. Zdravotnický personál bývá často vystavený syndromu vyhoření, protože dává v sázku své emoce a snaží se duchaplně přistupovat k fyzickým, psychickým i sociálním problémům svých pacientů (Stanetić & Tešanović, 2013). Ploeg & Kleber (2003) píší, že strach z pracovních potíží a celkového nebezpečí při vystavení se konkrétnímu stresoru může zvyšovat pravděpodobnost syndromu vyhoření a napětí. Jako příklad můžeme uvést vystavení se akutnímu stresu, kdy se záchranář dostane na místo závažné události a může dojít k negativnímu ovlivnění zdraví. Podle účastníků výzkumu k syndromu vyhoření přispívá zejména velké množství pracovních požadavků, časové omezení, samotná kategorie klientů, se kterými pracují, intenzivní stres, nedostatek ocenění za práci, nedostatek podpory ze strany supervizorů a svých kolegů, opakovaná práce a málo odpočinku (Marc & Oşvat, 2013).

### **6.3 Společné znaky a příznaky syndromu vyhoření**

I přesto, že neexistuje jednotná definice syndromu vyhoření, můžeme popsat **společně se vyskytující znaky**, kterými jsou **a)** psychický stav, pocit vyčerpání, **b)** výskyt hlavně u profesí, kde podstatná část pracovní náplně je tvořena prací s lidmi, popřípadě

závislosti na jejich hodnocení, **c**) symptomy především z oblasti psychické, ale také fyzické a sociální **d**) dominantní složka je emoční a kognitivní vyčerpání a celková únava (Kebza & Šolcová, 1998).

Jako nejčastěji se vyskytující **příčiny** můžeme podle Rushe (2003) považovat např. konflikty rolí, přílišná očekávání, nejasné hierarchické struktury, vztahové konflikty, nadměrné množství práce v těsném časovém rozvrhu, mobbing na pracovišti nebo rychle rostoucí odpovědnost. Každá z výše zmíněných příčin nemusí vést k syndromu vyhoření, důležitý je totiž fakt, jestli se vnější zátěž dotýká osobnostně daných fyzických, duševních a duchovních schopností jedince.

**Počáteční fáze** syndromu vyhoření má své typické projevy, u kterých by měl člověk zbystřit, jestliže je pozoruje u sebe, svých známých nebo kolegů. Mezi nejčastější **příznaky** můžeme řadit časté výkyvy nálad, výrazně nižší angažování se, častější onemocnění a neschopnost opravdového odpočinku. Jestliže si nevšimneme počátečních příznaků, pak se dostáváme do další fáze, která je mnohem akutnější. V této fázi dochází k depresivním nebo agresivním reakcím, nedostatku energie a výkonnosti v pracovní oblasti, nedostatku motivace a kreativity, stavu zoufalosti a v některých případech člověk pomýšlí i na sebevraždu (Rush, 2003).

Rush (2003) podobně jako Kallwass (2007) definoval jednotlivé faktory, které mají vliv na **vznik** syndromu vyhoření. Jako hlavní faktory uvedl „*pocit nutkání namísto pocitu povolání, neschopnost přibrzdit, snaha udělat všechno sám, přehnaná pozornost k cizím problémům, soustředěnost na detaily, nerádná očekávání, příliš velká rutina, špatný tělesný stav a neustálé odmítání ze strany druhých*“ (Rush, 2003, 18).

**Příznaky** syndromu vyhoření Kebza & Šolcová (1998) dělí do tří kategorií **a**) úroveň psychická, **b**) úroveň fyzická, **c**) úroveň sociálních vztahů. Do **úrovně psychické** můžeme řadit dominující pocit, že dlouhodobé úsilí v porovnání s výsledným efektem nepřináší takové výsledky, jako by jedinec očekával. Dochází k duševnímu a emočnímu vyčerpání, které vede až ke ztrátě motivace. Jedinec ztrácí iniciativu a dochází k redukci kreativity, spontaneity, jež směřují k depresivnímu ladění, pocitům smutku, frustrace a pocitu bezvýchodnosti. Na **úrovni fyzické** se můžeme setkat s apatií, ochablostí, rychlou unavitelností, které vidáme již po krátké etapě relativního zotavení. Nemalým problémem bývají vegetativní potíže spojené s bolestmi u srdce, změnami srdeční frekvence, zažívacími obtížemi a poruchami krevního tlaku a spánku. Jedinci mají zvýšené sklony k závislostem

všeho druhu. Na **sociální úrovni** se můžeme setkat s celkovým útlumem sociability, projevy nezájmu v oblasti hodnocení druhými lidmi a snahou redukovat většinu kontaktů jak s kolegy, tak se všemi blízkými osobami. Tito lidé projevují značnou nechuť ke své profesi a ke všemu, co s ní souvisí (plán, harmonogram práce, dohoda nových či náhraných termínů).

**Vyhoření se** podle Rushe (2003) **dělí** na dva druhy **a) vnější symptomy** - mezi které patří podrážděnost, neochota riskovat a fyzická únava **b) vnitřní symptomy** označují ztrátu odvahy, objektivnosti, sebeúcty (self esteem) zaujetí negativního duševního postoje a v neposlední řadě emocionální vyčerpání. **Vnější symptomy** se projevují zvýšením aktivity jedince, avšak stagnací jeho produktivity. Nedochází k nárůstu očekávaných výsledků a to přiměje člověka zvýšit svou aktivitu v domění, že tím nahradí ztrátu produktivity. Ztráta produktivity je doprovázená větší podrážděností. Člověk, který byl dříve vůči všemu odolný, najednou cítí podráždění kvůli každé maličkosti. Dalšími významnými **příznaky** jsou fyzická únava, kdy jedinec se cítí neustále unavený a poté se snižuje také ochota riskovat. Člověk, který je ve svém povolání výkonný má přirozené tendence riskovat, avšak v momentě, kdy u nich začne nastupovat syndrom vyhoření, tato ochota klesá. Lidé najednou ztrácejí soutěživého ducha a před problémy začínají utíkat „*do hor nebo na venkov*.“ Nejraději by se schovali před celým světem a to hlavně z důvodu, že přestali věřit v sebe sama ve své schopnosti dosáhnout úspěch. **Vnitřní symptomy** jsou zastoupeny **ztrátou odvahy**, kdy jedinec už odmítá riskovat, a silný jedinec se tak proměňuje ve zbabělce. Nemalým znakem vyhoření je **ztráta osobní identity** a sebeúcty, protože dotyční si uvědomují, že už nejsou schopni dosahovat stejného úspěchu a výkonu jako v minulosti. Kdysi všechny své aktivity vnímali pozitivně a nic jim nebránilo v překonávání překážek. V oblastech, kde dříve působili jako novátoři, si dnes připadají jako nepotřební, kolegové je vnímají jako méně spolehlivé. Ztrácejí smysl v životě a nevědí, kam vlastně jejich kroky a činy směřují, protože si myslí, že ničeho smysluplného už dosáhnout nemůžou. Dalším znakem je **ztráta objektivnosti**, kdy jedinec už nedokáže dělat správná rozhodnutí ve správný čas, které jsou řízeny hlavně vlastními principy, ale rozhodnutí činí na základě svých pocitů a emocí. Jedinci, kteří nejsou ještě vyhořelí, vnímají svět plný příležitostí a k životním situacím přistupují s pozitivním náhledem. Ve většině situacích reagují flexibilně a překonání neúspěchu jim nedělá problém. Postupem času mohou začít pociťovat vyhoření a najednou svět začne vidět v černých barvách, postoje jsou negativní

a jednotlivé nesúspěchy a selhání mu působí značné problémy. Odmítnutí a neúspěchy slouží jako důkaz, že sami dotyční jsou neschopní něco změnit nebo něčím smysluplným přispět.

**Stádia vyhaslosti** neboli stavy vyhaslosti můžeme chápat jako stavy vznikající na základě různých okolností např. u chronického stresu, ale také jako vyvíjející se proces. Existují různé modely stádií stavu vyhaslosti, ale na obecné úrovni rozlišujeme **iniciační** fázi, což je původní zapálení a nadšení, které přechází ve **vystřízlivění** či náhledu, který ukazuje, že původní ideály nejsou plně realizovatelné. Pokračuje to první **frustrací** a zklamáním z řešeného problému nebo celé profese. Další fázi je **apatie**, při které záchranář začíná projevovat hostilitu vůči pacientovi, ale také vůči všemu, co s danou profesí souvisí. Poslední a nejzávažnější stádium je fáze úplného **vyčerpání** doprovázeného ztrátou lidskosti (Kebza & Šolcová, 1998).

## 6.4 Prevence proti syndromu vyhoření

Jako obrana proti syndromu vyhoření je podle respondentů nejlépe hodnocená komunikace s kolegy, rozumné plánování práce, řízení svých negativních emocí a zvyšování sebekontroly. Mezi hlavní příčiny řadíme nadměrné požadavky, které by se mohly změnit sníženým množstvím práce, navýšením zaměstnancům a jejich oceňováním. Nejčastněji se v boji proti syndromu vyhoření využívají praktiky typu: týmová setkání, profesionální tréninky a využívání služeb supervizora, který poskytuje instrumentální a emocionální podporu.

Rush (2003) se zabýval otázkou, **jak se** ze syndromu vyhoření **zotavit**. Jako první důležitý a zásadní bod zlomu považuje okamžik, kdy si člověk uvědomí, že potřebuje pomoc od někoho druhého a bude schopný se mu podřídit. Tato situace může být zvláště obtížná pro dříve vysoce produktivního člověka, který všechny své problémy zvládal bez pomoci druhých. Byl pyšný na to, že dokázal překonat jakýkoliv problém, ať už byl velký nebo malý. Během vyhoření se jeho ukázněnost při plnění úkolů vytratila a potřebuje někoho, kdo mu pomůže při stanovování nových cílů a jejich dodržování. Při práci s vyhořelým člověkem bychom neměli očekávat příliš mnoho za příliš krátkou dobu. Lidé s vyhořením si musí uvědomit, že už nikdy nebude nic jako dříve. Musí se zbavit svých starých a špatných návyků a vytvořit si návyky nové a správné. Musí změnit způsob myšlení, věci, které dělají, i důvod, proč ty věci dělají. Během této obměny se člověk naučí rozlišovat mezi pojmy pracovat chytře a pracovat tvrdě. Naučí se pracovat správným tempem, místo

toho, aby se stále honil. V rekonvalescenci může člověku pomoci především jeho rodina, která hraje důležitou roli. K lepší rekonvalescenci by rodina měla dávat jedinci najevo, že v něho nepřestává věřit, jedinec by měl cítit stále její lásku, i když si to právě nezaslouží, a vnímat zájem rodiny o vlastní postup a pokrok. Když jedinec cítí podporu ze strany rodiny i v případě, že se mu něco nepovede, necítí tlak směřující jeho kroky k úspěchu ani poučování a moralizování, pak cesta k rekonvalescenci nabere ten správný směr. Prvním důležitým krokem při rekonvalescenci je oddělení se od problému nebo situace, která v nás vyhoření vzbudila. Člověk se nikdy nezotaví, pokud bude v situaci setrvávat. Je to ovšem náročné rozhodnutí, protože ve chvíli, kdy se rozhodne opustit situaci, vyvstanou další otázky typu, jak daleko se musím vzdálit, kdo mě nahradí, dostanu se ještě někdy do stejné situace? Podobné otázky mohou být zdrojem důvodů, proč se člověk nikdy ze svého vyhoření nedostane. Pokud se ale dokáže z podobné situace dostat, potom je nutné, aby si našel čas na relaxaci a odpočinek. Nelze řešit emocionální vyčerpání, pokud je člověk vyčerpán fyzicky. Mělo by nastat období, kdy se jedinec zaměří na odpočinkovou literaturu, vzdálí se z dohledu zpráv a novin a každý den dělá něco jiného, něco odpočinkového. Po návratu z dovolené a odpočinkového času by mělo nastat znovubudování sebedůvěry na základě prožitých malých úspěchů. Ztracenou sebedůvěru jedinec získá především skrz časté a úspěšné plnění krátkodobých cílů, které postupem času nabírají na své složitosti a délce. Spolu s budováním sebedůvěry je potřeba do každodenního režimu zabudovat také cvičící návyky, které nemusí být výrazně dlouhé a složité, ale především jde o důslednost, která nás naučí znovu ztracené kázní. Posledním a nejtěžším úkolem je nalezení nového smyslu života a vytvoření si vize do budoucna. Smysl života by měl být nový, protože starý vedl právě k samotnému vyhoření. Je důležité přehodnotit své hodnoty, určit si nové a zjistit, co je vlastně opravdu důležité, abychom byli motivováni a podněcováni k nové činnosti.

## **6.5 Výzkumy v oblasti syndromu vyhoření**

Studie Stanetiće & Tešanoviće (2013), jež se zabývala úrovní stresu a emocionálního vyčerpání, nám ukazuje, že tyto dvě proměnné stoupají s přibývajícím věkem a délkou služby. Starší a déle pracující lidé, kteří slouží např. už 21 let a výše, mají větší sklony k emocionálnímu vyčerpání na rozdíl od mladých, kteří slouží krátkou služební dobu. Co se týká úrovně deprese a osobní spokojenosti mezi starší a mladší skupinou pracujících, nebyly nalezené žádné výrazné rozdíly. Jeden z největších výzkumů v oblasti syndromu vyhoření



provedla skupina (European General Practice Research Network; Burnout study group), která zjišťovala stav vyhoření ve dvanácti státech Evropy. Výsledky studie ukázaly, že 35 % respondentů trpělo emocionální vyčerpaností (vysoká úroveň depersonalizace a 32 % trpělo nízkou úrovní spokojenosti). Výsledky poukazují na společný problém, který se vyskytuje v rodinách lékařů a zdravotnických pracovníků v celé Evropě. Výzkum Stanetiće & Tešanoviće (2013) dopadl podobně jako (European General Practice Research Network. Burnout study group), kdy 46% respondentů vykazovalo vyšší míru emocionálního vyčerpání.

Další studie byla provedená ve Švýcarsku, kde se zkoumalo 1784 lékařů, u nichž se zjišťoval výskyt syndromu vyhoření a vystavení se pracovním a psychosociálním faktorům. Na konci studie vyšlo najevo, že 19% lékařů trpělo vysokým emocionálním vyčerpáním, 22% bylo pod hranicí depersonalizace a 16% nepocit'ovalo spokojenost ve svém pracovním prostředí. Za nejčastější faktor, spojený se syndromem vyhoření, se považuje práce ve venkovských oblastech. Mezi hlavní stresory řadíme velkou míru stresu spojenou s velkým množstvím práce, obtíže ve sladění osobního a profesního života a velké očekávání ze strany pacientů.

## **Výzkumná část**

## **7 Metodologie výzkumu**

Výzkumná část bakalářské práce se zabývá metodologickými otázkami, v jejichž rámci hodláme popsat cíle a hypotézy spolu s výzkumnými otázkami. Poté vysvětlíme charakteristiku výzkumného souboru spolu se všemi použitými nástroji. Dále se chceme zabývat postupem, používaným při sběru dat a způsobem, jakým se data analyzovaly. Ve výzkumné části se zaměříme na korelace jednotlivých dotazníků a prokázání jednotlivých stanovených hypotéz. Celý výzkum byl rozdělený na dvě části. V první části proběhlo vyhodnocení dotazníků sesbíraných od záchranářů - řidičů, zdravotnických záchranářů a doktorů. V druhé části se jako předloha a doplnění informací použil obsah rozhovoru s psycholožkou. V případě bakalářské práce jsme se rozhodli použít smíšený typ výzkumu, který se skládá z kvalitativní a kvantitativní části. V kvantitativní části zpracováváme položky z dotazníků SVF 78, RŠS a MBI pomocí kvalitativní analýzy a tyto data doplňujeme obsahem z rozhovoru.

### **7.1 Formulace hypotéz, cílů a výzkumných otázek**

Bakalářská práce si klade za cíl prozkoumat oblast využívaných copingových strategií a jejich souvislosti se syndromem vyhoření a mírou sebehodnocení u populace zdravotnických záchranářů ve středisku spadajícího pod Liberecký kraj – Česká Lípa. Hlavním cíle výzkumu je zjistit a porovnat vztahy mezi použitými metodami MBI, SVF 78 a RŠS. Jako dílčí cíle jsme zvolili porovnání copingových strategií u žen a mužů, srovnání copingových strategií u starší a mladší věkové skupiny, zjištění míry korelací mezi copingovými strategiemi a jednotlivými dimenzemi syndromu vyhoření, prokázání rozdílu v míře syndromu vyhoření u starší a mladší věkové skupiny a srovnání míry sebehodnocení v rámci genderových skupin. V bakalářské práci vycházíme z analýzy dat z dotazníku zaměřeného na syndrom vyhoření MBI (Maslach burnout syndrome), sestavený Maslachovou & Jacksonovou (1981), z dotazníku zkoumajícího copingové strategie SVF 78 (Streßverarbeitungsfragenbogen), jehož autory jsou Erdmannová, Janke (2002), z dotazníku zjišťujícího míru sebehodnocení, Rosenbergova škála sebehodnocení (Rosenberg self – esteem scale) vytvořená Rosenbergem (1965) a z analýzy dat rozhovoru s psycholožkou.

## **V rámci výzkumu jsme si položili tyto cíle**

### **Hlavní cíle**

1. Zjistit vztah mezi metodami MBI, SVF 78 a RŠS.
2. Zjistit zda a v jaké míře sebehodnocení koreluje s jednotlivými copingovými strategiemi.
3. Zjistit zda a v jaké míře copingové strategie korelují s dimenzemi syndromu vyhoření.

### **Dílčí cíle**

1. Jaká je souvislost mezi sebehodnocením a negativními copingovými strategiemi?
2. Srovnat typy pozitivních copingových strategií u starší a mladší skupiny záchranářů.
3. Zjistit, zda existuje statisticky významný rozdíl v sebehodnocení u mužů a u žen.
4. Porovnat souvislost mezi pozitivním sebehodnocením a emoční vyčerpaností.

### **Formulace výzkumných otázek a hypotéz**

Po získání teoretických poznatků z prostudované literatury a na základě již provedených výzkumů jsme formulovali následující výzkumné otázky a hypotézy.

### **Výzkumné otázky**

Ve výzkumných otázkách se zaměřujeme na rozhovor s psychologkou, která se vyjadřuje k vizím v oblasti krizové intervence u ZZSLK, k problémům v komunikaci se záchranáři a k jednotlivým typům intervenčních strategií (1-3).

1. Jak by se dal vylepšit současný stav intervence a intervenčních technik u ZZS podle psychologa?
2. Co je největší problém při komunikaci mezi psychologem a záchranářem?
3. Jaké strategie při intervenci využívají psychologové a jak hodnotí jejich efektivitu?

Pro přehlednější orientaci jsme rozdělili hypotézy do tří oddílů podle zkoumané problematiky. V první oblasti zkoumáme **a)** rozdíl v míře využívání pozitivních strategií mezi mladší a starší skupinou záchranářů (H1), **b) rozdíl** ve využívání copingové strategie odklonu mezi muži a ženami (H2), **c)** rozdíl mezi starší a mladší skupinou záchranářů ve využití copingové strategie kontroly (H3). V druhé oblasti se zabýváme sebehodnocením a jeho **a)** vztahem ke copingové strategii Podhodnocení a Devalvace (H4), **b)** rozdílem mezi

starší a mladší skupinou v míře negativního sebehodnocení (H5). Třetí oblast výzkumu se zaměřuje, **a)** na syndrom vyhoření, konkrétně na rozdíl mezi muži a ženami v míře depersonalizace (H6), **b)** na vztah emocionálního vyčerpání a copingové strategie sebeobviňování a negativní copingové strategie (H7-H8).

## **Hypotézy**

### **Zvládací strategie (coping strategies)**

- H1: Mezi mladší a starší skupinou záchranářů je statisticky významný rozdíl v používání pozitivní copingové strategie odklonu.
- H2: Ženy vykazují na statisticky významné úrovni vyšší míru pozitivní copingové strategie odklonu než muži.
- H3: Starší skupina záchranářů vykazuje statisticky vyšší úroveň pozitivní copingové strategie kontroly, než mladší skupina záchranářů.

### **Sebehodnocení (Self-esteem)**

- H4: Vyšší míra sebehodnocení souvisí statisticky významně s copingovými strategiemi podhodnocení a devalvace.
- H5: Starší skupina záchranářů souvisí statisticky významně s vyšší mírou negativního sebehodnocení oproti mladší skupině záchranářů.

### **Syndrom vyhoření (Burnout Syndrome)**

- H6: Copingová strategie sebeobviňování na statisticky významné úrovni souvisí s emocionálním vyčerpáním.
- H7: Muži vykazují statisticky významně vyšší míru depersonalizace než ženy.
- H8: Negativní copingové strategie na statisticky významné úrovni souvisí s emocionálním vyčerpáním.

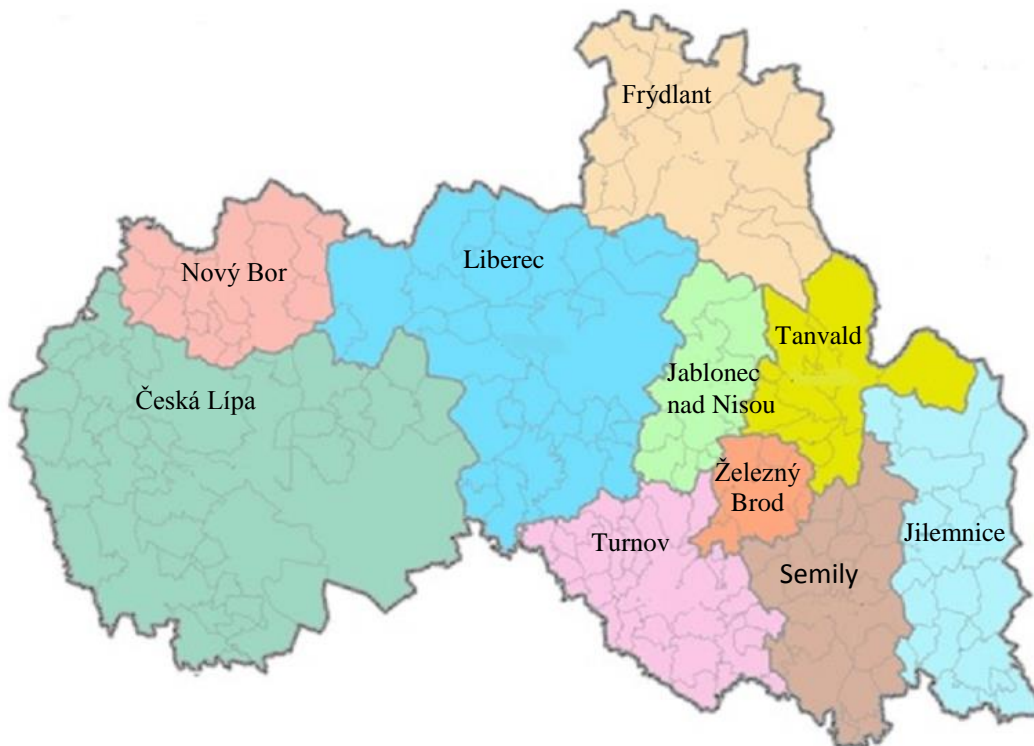
## **7.2 Výzkumný soubor**

### **Popis zařízení**

Na začátku metodické části bychom rádi stručně popsali a představili organizaci, ve které jsme výzkum prováděli. Výzkum byl proveden v Libereckém kraji na základnách Česká Lípa, Doksy a v Jabloné. Původně Zdravotnická záchranná služba Česká Lípa byla

samostatná okresní ZZS, pod kterou spadaly také ZZS Doksy a Jabloné, ale 1. 10. 2003 došlo ke sloučení okresních Zdravotnických záchranných služeb okresů Liberec, Semily, Jablonec nad Nisou a Česká Lípa. ZZSLK dnes funguje jako nezisková organizace poskytující přednemocniční neodkladnou péči systémem setkávání se dvou posádek **a)** doktor (RV), **b)** rychlá záchranná pomoc (RZP). Součástí organizace je také Letecká záchranná služba. Liberecký okres sčítá celkem 31 výjezdových skupin řízených Zdravotnickým operačním střediskem (ZOS). Na základně v České Lípě, najdeme k dispozici 2 záchranná vozidla a ty se skládají z posádky (2x řidič, 1x sestra a 1x doktor). V Doksech je na základně 1 záchranné vozidlo v sestavě (řidič, sestra, doktor). V Jablonné můžeme najít dvě záchranná vozidla v sestavě (2x řidič, 1x sestra a 1x doktor), (Liberecký kraj, 2014).

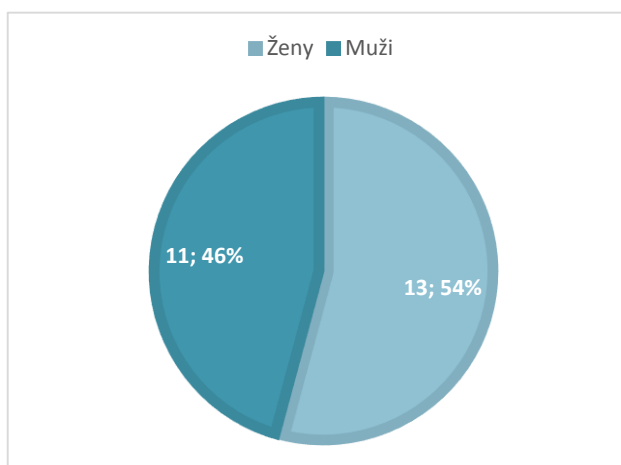
Obrázek č. 1: mapa Libereckého kraje a rozmístění základen ZZS



## Popis výzkumného souboru

Při výběru města, ve kterém měl výzkum probíhat, důležitou roli sehrálo to, zda už nebylo v daném městě několik výzkumů stejného typu provedeno. Celý výzkumný soubor se tedy skládá z pracovníků tří základen a to ze základny Česká Lípa, Jablonné a Doksy. Můžeme tedy říct, že struktura výběru byla předem promyšlená. Do výzkumu se mohl zapojit každý, kdo pracoval na pozici Zdravotnický záchranář, lékař a řidič - záchranář. Celkem bylo vráceno 24 vyplněných dotazníků od záchranářů, což dělá 80 % a bylo uskutečněno 1 interview s psychologem, jednalo se tedy o příležitostný výběr participantů. Jak jde vidět na grafu č. 1. gendrové rozložení bylo téměř vyrovnané v počtu 13 žen a 11 mužů. Průměrný věk respondentů byl 41 let, nejmladší člen posádky byl 28 let starý a nejstarší člen posádky měl 65 let. Mezi mladší skupinu spadali záchranáři ve věku 25-39 let, mezi starší skupiny, záchranáři ve věku 40-65 let.

Graf č. 1: Rozdělení výzkumného souboru podle pohlaví



Tabulka č. 2. rozložení respondentů podle věku

Věkové rozložení	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %	Průměr	Médian	Modus	maximum	minimum
Ženy	13	13,54	39,9	37,0	33;34;37	53	33
Muži	11	11,46	43,5	40,0	51	65	28
Celkem	24	25,00	41,7	38,5	34	65	28

Průměrný věk u žen byl 39,9 let, u mužů byl o 3,6 roků vyšší a to 43,5 let. Medián byl vyšší u mužů o 3 roky, modusy byly odlišné, u žen byly nejčastější 33, 34 a 37 let kdežto u mužů to byla věková hranice 51 let. Nejmladší respondent měl 28 let, nejstarší respondent měl 65 let.

### **7.3 Použité metody**

V bakalářské práci jsme pracovali celkem se třemi dotazníky. Pro identifikaci míry syndromu vyhoření jsme využili dotazník MBI (Maslach burnout syndrome), sestavený Maslachovou & Jacksonovou (1981), pro určení míry sebehodnocení jedince byla použita Rosenbergova škála sebehodnocení (Rosenberg self – esteem scale) vytvořená (Rosenberg 1965) a ke zjištění copingových strategií jsme použili dotazník SVF 78 (Streßverarbeitungsfragenbogen), jehož autory jsou Erdmannová, Janke (2002).

#### **Maslach Burnout Inventory**

Metoda autorek Maslachové a Jacksonové (1981) patří k nejčastěji využívaným nástrojům v diagnostice syndromu vyhoření. Položky v inventáři MBI jsou koncipovány tak, aby měřily aspekty syndromu vyhoření u člověka ve třech dimenzích (Maslach & Jackson, 1981). V České republice nemá dotazník MBI provedenou standardizaci, proto jsme původní verzi od Maslachové & Jacksonové (1981) přeložili do češtiny na základě vlastních provedených analýz. Originál MBI dotazník jsme nechali přeložit pěti vysokoškolským studentům a jejich překlady spolu s dalšími třemi diplomovými pracemi, které rovněž využily vlastní překlad MBI, porovnali. Překlady během konzultací s garantem bakalářské práce prošly důkladnou lingvistickou a obsahovou analýzou. Do analýzy jsme nepoužili obě škály MBI měřící intenzitu a frekvenci, ale zjišťovala se pouze frekvence. Maslachová & Jacksonová (1981) dotazník MBI rozdělily do třech dimenzí, z nichž každá měří jinou oblast syndromu vyhoření. První oblast tzv. EE – Emotional exhaustion měří emocionální vyčerpání. Druhá oblast DP – Depersonalization měří míru depersonalizace a třetí oblast PA – Personal accomplishment měří osobní uspokojení člověka.



### **EE- Emocionální vyčerpání**

Tento faktor zahrnuje nedostatek sil a nulovou motivaci k jakékoliv činnosti, Emocionální vyčerpání a ztrátu chuti k životu. Tyto aspekty jsou považovány za základní příznaky syndromu vyhoření. Emocionální vyčerpání můžeme považovat za základní ukazatel přítomnosti syndromu vyhoření (Křivohlavý, 1998).

### **DP- Depersonalizace**

Projev depersonalizace můžeme sledovat u lidí, kteří potřebují pozitivní zpětnou vazbu tzv. reciprocitu od lidí, se kterými pracují. V momentě, kdy tuto zpětnou vazbu nemají, pak se stávají cynickými a zahořklými ve vztahu k druhým lidem. Přestávají v lidech vidět lidské osobnosti, ztrácejí k nim očekávaný a bezpodmínečný respekt a úctu. V extrémní situaci s nimi mohou jednat jako s neživými předměty (Křivohlavý, 1998).

### **PA- Osobní uspokojení**

Charakteristika sníženého Osobního uspokojení se nejčastěji vyskytuje u lidí, kteří disponují nízkou mírou zdravého sebe – hodnocení, sebe – důvěry (tzv. self esteem). Jelikož si tito lidé sami sebe neváží dostatečně, nemají proto dostatek energie ke zvládnutí konfliktů, stresových a životních situací (Křivohlavý, 1998).

Dotazník MBI se skládá ze 7 otázek zaměřených na Emocionální vyčerpání (EE), ze 7 otázek zaměřených na Depersonalizaci (DP) a 8 otázek zjišťujících Osobní uspokojení (PA). Dotazník je rozdělený do dvou škál, kdy v první škále respondenti hodnotí intenzitu (intensity) a na druhé škále frekvenci (frequency) svých pocitů. Frekvence je hodnocena na 7 bodové škále (0-6 bodů) od „nikdy“ až po „každý den“. Škála intenzity je hodnocena na osmi bodové škále (0-7 bodů) od „velmi mírně (very mild)“ po „velmi silně (very strong)“ (Maslach & Jackson, 1981).

Tab. 3: Bodové ohodnocení pro stupně vyhoření (Maslach & Jackson, 1981)

Stupeň emocionálního vyčerpání (EE)		Stupeň depersonalizace (DP)		Stupeň osobního uspokojení (PA)	
Nízký	0-16	Nízký	0-6	Nízký	31-0
Mírný	17-26	Mírný	7-12	Mírný	38-32
Vysoký	27 a více	Vysoký	13 a více	Vysoký	39 a více

Tabulka č. 4: Přehled dimenzí MBI (Maslach & Jackson, 1981)

<b>Emocionální vyčerpání (EE)</b>		
<b>Č. položky</b>	<b>Dimenze</b>	<b>Znění položky</b>
1	EE	Práce mě emočně vyčerpává.
2	EE	Na konci pracovního dne mi dochází trpělivost.
3	EE	Cítím se vyčerpaný, když ráno vstávám a musím se vypořádat s dalším pracovním dnem.
6	EE	Celodenní práce s lidmi ode mě vyžaduje velké úsilí.
8	EE	Mám pocit, že mě má práce ničí.
13	EE	Cítím se frustrovaný/á svou prací.
14	EE	Mám pocit, že v zaměstnání pracuji příliš usilovně.
16	EE	Velice mě stresuje pracovat v přímém kontaktu s lidmi.
20	EE	Mám pocit, že jsem na pokraji svých sil.
<b>DEPERSONALIZACE (DP)</b>		
5	DP	Mám pocit, že s některými pacienty jedním neosobně, jakoby to byly věci.
10	DP	Od té doby, co vykonávám svou profesi, jsem k lidem více lhostejný.
11	DP	Obávám se, že tato práce mě činí bezcitným.
15	DP	Opravdu mě nezajímá, co se děje s některými mými pacienty.
22	DP	Mám dojem, že někteří mí klienti se snaží na mě přenést zodpovědnost za své problémy.
<b>OSOBNÍ USPOKOJENÍ (PA)</b>		
4	PA	Jsem schopen snadno porozumět, tak jak se moji pacienti cítí.
7	PA	Velmi efektivně dokážu řešit problémy svých pacientů.
9	PA	Cítím, že svou prací pozitivně ovlivňuji životy ostatních lidí.
12	PA	Cítím se plný energie.
17	PA	Jsem schopný snadno vytvořit uvolněnou atmosféru se svými klienty.
18	PA	Cítím se svěží, když úzce pracuji se svými klienty.
19	PA	Ve své profesi vykonávám mnoho užitečných činností.
21	PA	V práci řeším emocionální problémy s rozvahou.

Dimenze Emocionálního vyčerpání spolu s dimenzí Depersonalizace jsou považovány za negativní ukazatele, jejich vysoký skóre označuje vysoký stupeň syndromu vyhoření. Naopak třetí dimenze (Osobní uspokojení) je laděna pozitivně a odpovědi jsou

převrácené, což znamená, že čím větší počet bodů jednotlivce dosáhne, tím menší je míra jeho vyhoření. Počet bodů odpovídá stupni vyhoření v dané dimenzi (Depersonalizace, Emocionální vyčerpání, Osobní uspokojení). V každé dimenzi může jedinec dosáhnout nízkého, mírného nebo vysokého stupně vyhoření (Rutherford, Hamwi, Friend, & Hartmann, 2011).

### **Rosenbergova škála sebehodnocení**

Jednou z nejpoužívanějších metod pro zjištění úrovně sebehodnocení, především ve Spojených státech amerických, se používá právě Rosenbergova škála sebehodnocení (Blatný & Osecká, 1994), která měří celkovou úroveň vztahu k sobě sama (Blatný, Osecká, 1997). Tato Rosenbergova škála sebehodnocení měřící globální vztah k sobě byla vytvořena již v roce 1965. Původně sloužila k testování adolescentů, ale v současné době se s ní můžeme setkat i u jiných vzorků populace (Blatný & Osecká, 1994).

Rosenbergova škála sebehodnocení je z jednoho pohledu vnímána jako jednodimenzionální jev odrážející ve většině případů pozitivní a negativní sebehodnocení v souhrnném měřítku (Rosenberg 1965 in Owens, 1993; Fleming & Courtney, 1984). Blatný a Osecká (1994) analyzovali Rosenbergovu škálu na vysokoškolských studentech a zjistili, že sebehodnocení nemusí být čistě jedno dimenzionální, ale může působit jako dvou i tří dimenzionální. Škála totiž zahrnuje pozitivní i negativní složku. Obě složky jsou tvořeny pozitivně, respektive negativně formulovanými položkami. Poslední, třetí složka vychází z těch pozitivně formulovaných položek a srovnávají se s těmi ostatními. Tvzení Blatného a Osecké (2004) nemůžeme brát jako všeobecný fakt, protože odborníci nejsou stále jednotní, zda jde doopravdy o pozitivní a negativní složku (Blatný, Osecká, 1994). Rosenbergova škála obsahuje 10 položek, což jsou věty, ke kterým respondent na Likertově škále vyjadřuje osobní souhlas, či nesouhlas. Deset položek je rozdělených na polovinu, přičemž 5 položek je formulovaných negativně, a při vyhodnocování dochází k jejich rekódování, takže vysoké skóre naznačuje vysoké sebehodnocení a nízký stupeň sledované proměnné. Další 5 položek je formulováno pozitivně. Vzhledem k rozšířenosti škály se používají různé stupnice hodnocení (Halama & Bieščad, 2006). Do bakalářské práce jsme zvolili 4 bodovou stupnici od 0 (rozhodně nesouhlasím) po 3 (rozhodně souhlasím) spolu s vlastním překladem Rosenbergovy škály hodnocení (Dolejš & Skopal, 2013).

## SVF78

Dotazník SVF 78 (*Stressverarbeitungsfragebogen*) od autorů Jankeho & Erdmannové (2003) je vícedimenzionální sebezpozorovací inventář, umožňující zachytit různorodost způsobů, které jedinec vytváří, rozvíjí a využívá během zpracování a zvládnutí zátěžových situací. O českou úpravu a překlad se postaral Josef Švancara (2003). Dotazník je složený ze 78 tvrzení, kterým předchází věta „*Když jsem něčím nebo někým poškozen (a), vnitřně rozrušen (b), nebo vyveden (c) z míry...*“. Respondenti odpovídají na 5 bodové škále od 0 (vůbec ne), po 4 (velmi pravděpodobně) jak uvádí autoři testu (Janke & Erdmannová, 2003). Vyhodnocení výsledků SVF 78 umožňuje analýzu strategií směřujících k redukci stresu, což jsou pozitivní strategie nebo naopak vedoucích k zesílení stresu, což jsou negativní strategie. SVF 78 se vyhodnocuje buď v rámci 13 subtestů, na základě hrubých skóru nebo v rámci sekundárních hodnot. Sekundární hodnoty zahrnují negativní a pozitivní strategie, přičemž pozitivní strategie se dále dělí na POZ 1 strategie podhodnocení a devalvace viny, POZ 2 Strategie odklonu a POZ 3 Strategie kontroly. Jako první české vydání byla zvolena nová verze SVF 78 (2002), což je zkrácená verze dotazníku SVF 120. V nové verzi SVF 78 zůstalo zachováno 13 škál, a) Podhodnocení vyjadřující přisuzování si menší míry stresu ve srovnání s ostatními škálami, b) Odmítání viny zdůrazňující, že nejde o vlastní odpovědnost, c) Odklon od zátěžových aktivit/situací, případně příklon k situacím inkompatibilním se stresem, d) Náhradní uspokojení neboli obrácení se k pozitivním aktivitám/situacím, e) Kontrola situace zahrnující analyzování situace, plánování a uskutečnění jednání za účelem kontroly a řešení problému, f) Kontrola reakcí neboli zajištění a udržení kontroly vlastních reakcí, g) Pozitivní sebeinstrukce označující přisuzování si kompetencí a schopnosti kontroly, h) Potřeba sociální opory vyjadřující přání zajistit si sociální oporu a pomoc, h) Vyhýbání se označující stav Předsevzetí zamezit zátěží nebo se jim vyhnout, ch) Úniková tendence vyjadřující tendenci (rezignační) vyvážnout ze zátěžové situace i) Perseverace neboli jinak neschopnost se myšlenkově odpoutat, dlouho přemítat, j) Rezignace vyjadřuje vzdávání se s pocitem bezmocnosti, beznaděje, k) Sebeobviňování vyjadřuje připisování zátěže vlastnímu chybnému jednání. Copingové strategie Janke & Erdmannová (2003) dělí na a) Pozitivní strategie, k nimž řadíme strategie Podhodnocení, Odmítání viny, Odklon, Náhradní uspokojení, Kontrola situace, Kontrola reakce a Pozitivní sebeinstrukce, b) Negativní strategie obsahují Únikovou tendenci, Perseveraci, Rezignaci, a Sebeobviňování,

c) Singulární strategie, které nejsou řazeny ke strategiím pozitivním, a jsou to strategie Potřeby sociální opory a Vyhýbání se. Tyto strategie si žádají samostatnou interpretaci, avšak v kontextu ostatních strategií (Janke & Erdmannová, 2003).

### **Semistrukturované interview**

Jako hlavní zdroj informací a dat jsme zvolili testovou baterii, která byla předložena Zdravotnickým záchranářům. Získaná data jsme chtěli podpořit, popřípadě rozvětvit výpovědi psychologa, který je se záchranáři v kontaktu a řeší s nimi problémové situace a ochranu vlastní osoby na rovině jak fyzické, tak psychické. K získání dat jsme zvolili semistrukturované interview, řešící mnoho nevýhod, se kterými se setkáváme u strukturovaného nebo nestrukturovaného interview. Semistrukturované interview je charakteristické předem vytvořeným a závazným schématem, což tvoří tzv. **jádro interview**, neboli minimum otázek, které má tazatel za povinnost probrat. Ve schématu se většinou specifikují otázky, na které se budeme účastníků ptát během rozhovoru, jejich pořadí je zaměnitelné a upravuje se podle potřeby a možností tak, abychom maximalizovali co největší výtěžnost z celého interview. Během interview je vhodné využívat možnost upřesnění a vysvětlení od respondenta, abychom se ujistili, že jsme vše správně pochopili. Pro upřesnění používáme doplňující otázky, které pokládáme tak dlouho, jak dlouho dostáváme relevantní odpovědi a dokud nevyčerpáme časový limit pro interview. Pro provedení interview je nejvhodnější např. psychologická ordinace, kancelář, ale nevylučuje se ani tichý koutek v restauraci. Při interview využíváme různých pomůcek, především **a)** záznamového archu, kde si zaznamenáváme socioekonomické a podobné údaje, **b)** různých forem osnov, které slouží jako malý tahák pro tazatele (Miovský, 2006). Před konáním rozhovoru s psychologkou jsme měli připravených 34 otázek, které byly v průběhu rozhovoru doplněny také dalšími údaji i ze strany psychologky. Na uskutečnění rozhovoru byli osloveni dva psychologové, ale nakonec proběhl rozhovor jen s jedním psychologem, protože druhý psycholog pracoval s oběťmi nehod a jeho informace by nebyly pro výzkum použitelné.

Před samotným testováním jsme vytvořili testovou baterie, která se skládala z výše popsaných tří dotazníků SVF 78, MBI a RŠS. Celková testová baterie se skládala ze 110 otázek. Respondent si mohl před zahájením vyplňování dotazníku na titulní straně přečíst úvod k testové baterii a poté vyplnil dvě demografické otázky (pohlaví a věk) spolu s třetí

otázkou týkající se vyplnění data administrace. Při vyplňování respondent podle svých odpovědí dosáhl určitého hrubého skóru (součet všech zaškrtnutých čísel v dotazníku), které sloužily k dalšímu vyhodnocování v rámci jednotlivých 13 subtestů nebo k vyhodnocení sekundárních hodnot. V dotazníku SVF 78 se respondenti pohybují v rozmezí 78-390 bodů v kategorii hrubých skóru. V dotazníku MBI se vyhodnocuje každá kategorie zvlášť. V kategorii Emocionální vyčerpání se respondent pohybuje v rozmezí 0-27 a více bodů, v kategorii Depersonalizace 0-16 a více bodů a v kategorii Osobní uspokojení 31-39 a více bodů. V dotazníku RŠS se s body pohybujeme v rozmezí 0-30 bodů. Administrace celé testové baterie trvala zhruba 10-15 minut. Abychom ověřili spolehlivost jednotlivých dotazníků, použili jsme koeficient Cronbachovo alfa ( $\alpha$ ) (Cronbach, 1951). Pro dotazník RŠS dosahuje Cronbachovo alfa 0,61, pro dotazník SVF 71 Cronbachovo alfa dosahuje hodnoty 0,91. V dotazníku MBI celkové Cronbachovo alfa dosahuje 0,76. Vypočítali jsme také Cronbachovo alfa pro jednotlivé subtesty MBI, kdy v subtestu Emocionální vyčerpání je Cronbachovo alfa 0,80, pro dimenzi Depersonalizace je hodnota 0,86 a pro dimenzi Osobního uspokojení je Cronbachovo alfa 0,91. Prokázali jsme vysokou vnitřní konzistenci a reliabilitu použitých nástrojů.

## **7.4 Postup při získávání dat**

Než jsme začali data vůbec sbírat, museli jsme si určit, kde výzkum chceme dělat. Nejatraktivnější volbou byla Olomouc nebo jiné velké města jako je Praha, Ostrava nebo Brno, jenže v těchto oblastech už podobné výzkumy provedené byly, proto jsme se podívali na jiné kraje a došli k závěru, že nejvhodnější lokalitou pro výzkum je České Lípa. Na základně jsme byli v dlouhodobějším kontaktu s jedním z pracovníků ZZS Česká Lípa, který nám pomohl navázat spolupráci s vedením a byl nám oporou po celou dobu výzkumu. První kontakt proběhl s náměstkyní nelékařských zdravotnických profesí pro celý Liberecký kraj, která nám umožnila provedení výzkumu za předpokladu, že bakalářská práce bude přístupná k uveřejnění. Žádost o provedení výzkumu jsme zaslali na Zdravotnickou záchrannou službu Libereckého kraje (ZZSLK) na začátku ledna 2014. Po obdržení povolení jsme kontaktovali vedoucí základny v České Lípě. Společně jsme se dohodli na datu testování, které proběhlo během tří dnů na začátku února. Během testování jsme rozdali testové baterie právě sloužící směně a určili jednotné místo pro odevzdávání

vyplněných dotazníků. Všichni respondenti byli ujištěni, že celý proces testování je naprosto anonymní a výsledky nebudou identifikovatelné k respondentovi. Na začátku byli motivováni malým blokem a propiskou, které jim už zůstaly za ochotu při vyplňování dotazníků.

Během jednoho dne jsme se potkali s dvěma směnami a třetí směnu jsme zastihli další den ráno. V blízkém okolí České Lípy byla další dvě stanoviště a to stanoviště Doksy a Jablonné. V Doksech proběhl sběr dat u jedné směny. V Jablonné byli záchranáři zrovna na výjezdu, takže k oslovení respondentů v tu chvíli nedošlo, ale během dvou týdnů mi byly zaslány další 4 dotazníky, které zůstaly na středisku k vyplnění pro směnu, kterou jsme nezastihli. Třetí den pobytu proběhl v Liberci, kde jsme měli domluvenou schůzku kvůli rozhovoru s psychologkou. Rozhovor trval přibližně 1 hodinu v ordinaci v Liberci, při kterém nám byly poskytnuty další potřebné a doplňující informace.

Z vyplněných dotazníků nebyl vyřazen ani jeden, všechny byly vyplněny řádně, pouze u třech dotazníků se musela dopočítat jedna položka, která byla vypočtena z průměrů odpovědí všech respondentů na danou otázku. Jako doplňující informace jsme se rozhodli v bakalářské práci použít celorepublikové statistiky zahrnující počty zdravotnických Záchranářů, řidičů – záchranářů, lékařů, vozového vybavení, výjezdových skupin a primárních výjezdů. Statistiky jsme získali od ÚZISU (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky).

Tabulka č. 5: celorepublikové statistiky záchranných jednotek a vybavení.

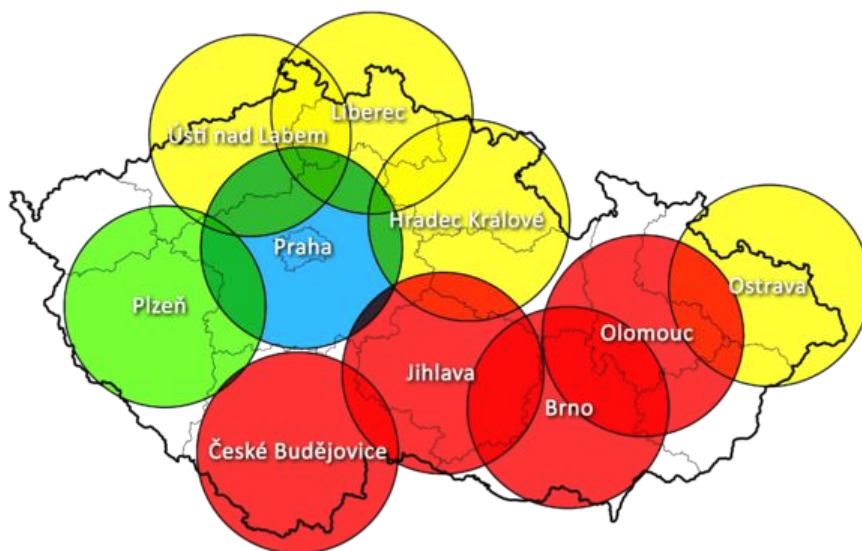
Počet vybavení a záchranných jednotek	Rychlá lékařská pomoc	Rychlá záchranná pomoc	Rendezvous	Letecká záchranná služba	Zdravotnický záchranář	Lékaři	Operátoři	Celkový počet
Počet vozidel a vrtulníků	235	459	116	10	x	x	x	810
Počet primárních výjezdů celkem	208 188	539 516	118 748	5 726	x	x	x	872 178
Počet lékařů	x	x	x	x	1887	1003	344	3234

Výjezdové skupiny/ nepřetržitý provoz	134	282	79	10	x	x	x	505
Výjezdové skupiny/ omezený provoz	17	58	3	x	x	x	x	78

Zdroj: Statistické informace aktuální k datu 31. 12. 2013 byly zpracovány na požádání v Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR, (2013).

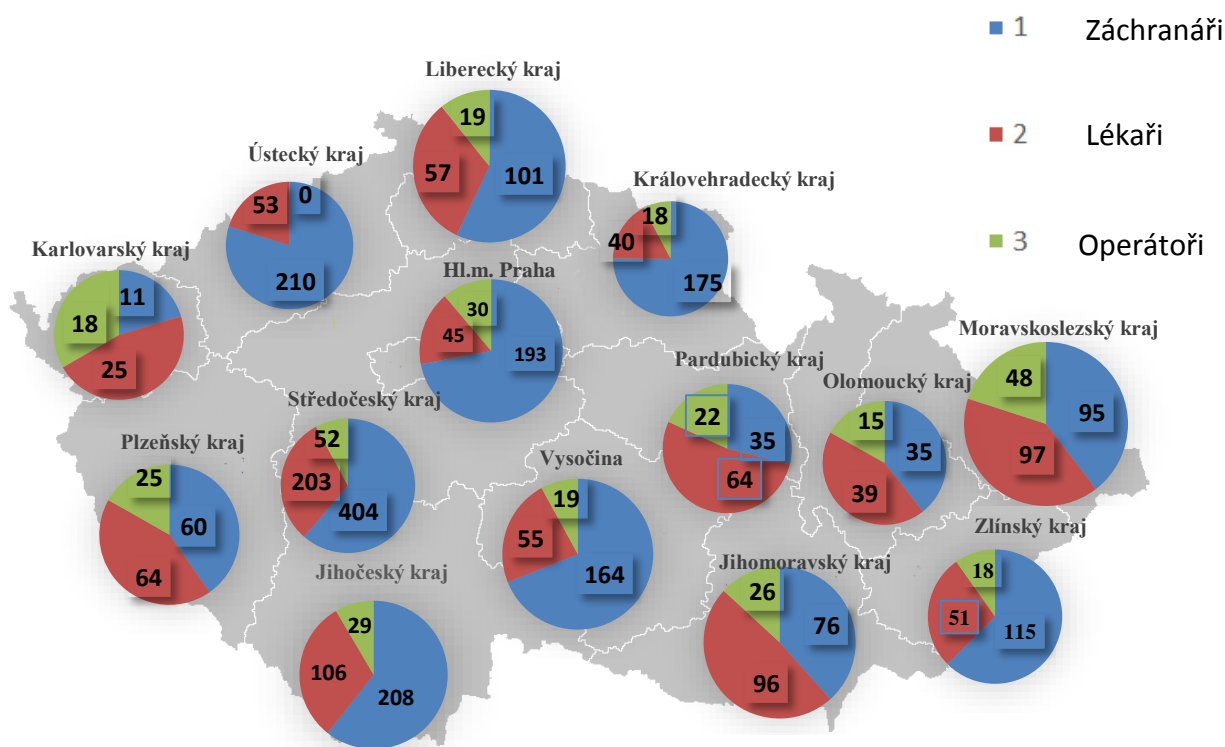
Letecká služba v České republice se vyskytuje v 10 ze 14 krajů. Prozatím tato služba nebyla zřízena v těchto krajích - v Karlovarském, Plzeňském, Pardubickém a Středočeském kraji, avšak zajištěna je z okolních regionů (Letecká záchranná služba, nedat.). Pro lepší orientaci v rozmístění letecké a Zdravotnické záchranné služby jsme zvolili grafickou verzi s jednotlivými středisky.

Obrázek č. 2: Rozmístění letecké záchranné služby v ČR.





Obrázek č. 3: Grafické znázornění počtu Zdravotnické záchranné služby a personálního rozdělení na lékaře, záchranáře a operátory z operačního záchranného střediska v rámci 14 krajů České republiky.



Zdroj: mapa s rozmístěním letecké záchranné služby byla převzata ze zdroje: [Wikipedie.cz](http://Wikipedie.cz), Mapa rozložení stanic letecké záchranné služby v ČR od roku 2009 (nedat.) Okresní Zdravotnické záchranné služby byly v roce 2003 spojeny a vznikly pouze Krajské Zdravotnické služby, jejichž činnost je spravovaná krajem a zároveň garantovaná státem (Zdravotnická záchranná služba, nedat.).

## 7.5 Způsob zpracování dat

Data získaná z dotazníků byla zpracovaná kvantitativně a statistickými metodami. Dříve, než proběhla analýza, vytvořili jsme si pracovní tabulku v programu Microsoft Office Excel 2013, kde došlo k přepisu a kódování získaných dat. U dotazníku MBI došlo v každé dimenzi k součtu hrubých skóre, u dotazníků SVF 78 se rovněž sčítaly hrubé skóre a dopočítávaly se pozitivní a negativní strategie. U dotazníků RŠS před sečtením hrubých skóre muselo proběhnout převrácení 5 negativních položek. Ke statistickému zpracování dat byla použita deskriptivní statistika, konkrétně Spearmanův korelační koeficient a Mann-Whitneyův U test pro 2 nezávislé výběry. Deskriptivní statistikou jsme také zjišťovali další

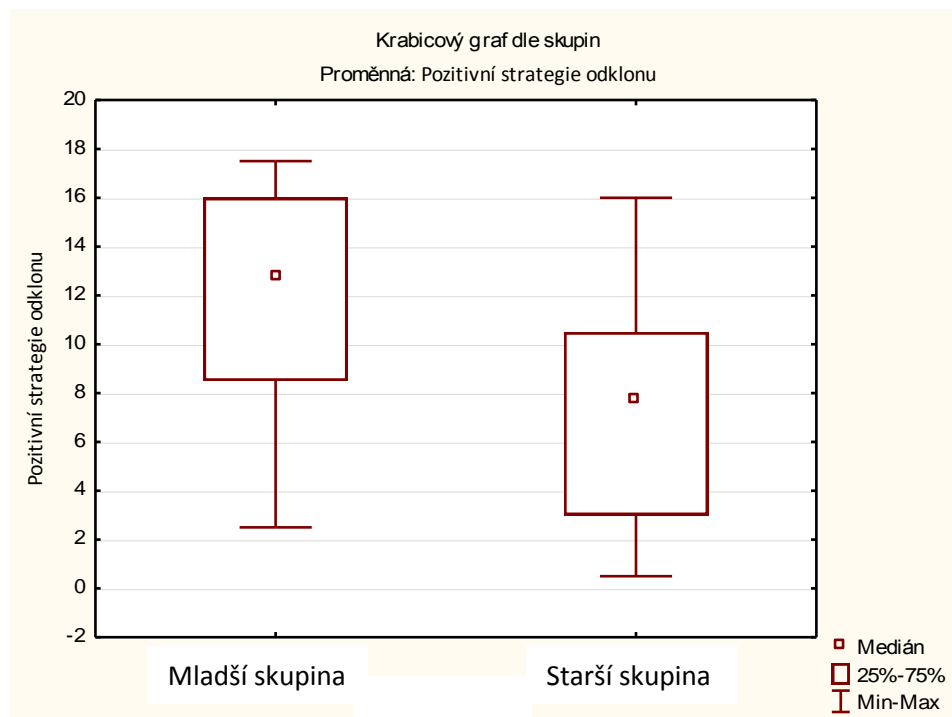
údaje typu relativní četnosti, průměry, mody, mediány, směrodatné odchylky, minimální a maximální odchylky. Pro samotnou analýzu jsme zvolili počítačový program Statistica 10. Man-Whitneyův test jsme použili na zjištění rozdílů v míře sebehodnocení a vyskytujících se copingových strategií mezi muži a ženami a také mezi starší a mladší skupinou záchranářů. Spearmanův korelační koeficient jsme použili ke zjištění korelačních vztahů mezi jednotlivými dimenzemi metod SVF 78, MBI a RŠS.

## 8 Popis výsledků

V kapitole popis výsledků se budeme zabývat výsledky a grafy, které vznikly na základě stanovených hypotéz a výzkumných otázek. Výsledky jsou seřazeny podle skupin hypotéz ve stejném pořadí, jako v kapitole 7.1. Popis jednotlivých výzkumných otázek bude následovat hned za popisem všech hypotéz

**H1: Mezi mladší a starší skupinou záchranářů je statisticky významný rozdíl v používání pozitivní copingové strategie Odklonu.**

Graf č. 2: rozdíl mezi mladší a starší skupinou ve výskytu pozitivní strategie Odklonu



Starší skupina vykazuje statisticky významně nižší míru v používání copingové strategie Odklonu než mladší skupina. Statistická významnost u dimenze pozitivní strategie Odklonu dosahuje předem stanovené hodnoty  $p < 0,05$ , průměrná hodnota u starší skupiny dosahuje 7,35 bodů, naproti tomu u mladší skupiny průměrná hodnota dosahuje 11,95 bodů. Směrodatná odchylka u starší skupiny u dimenze Pozitivní strategie odklonu je 5,09 bodů,

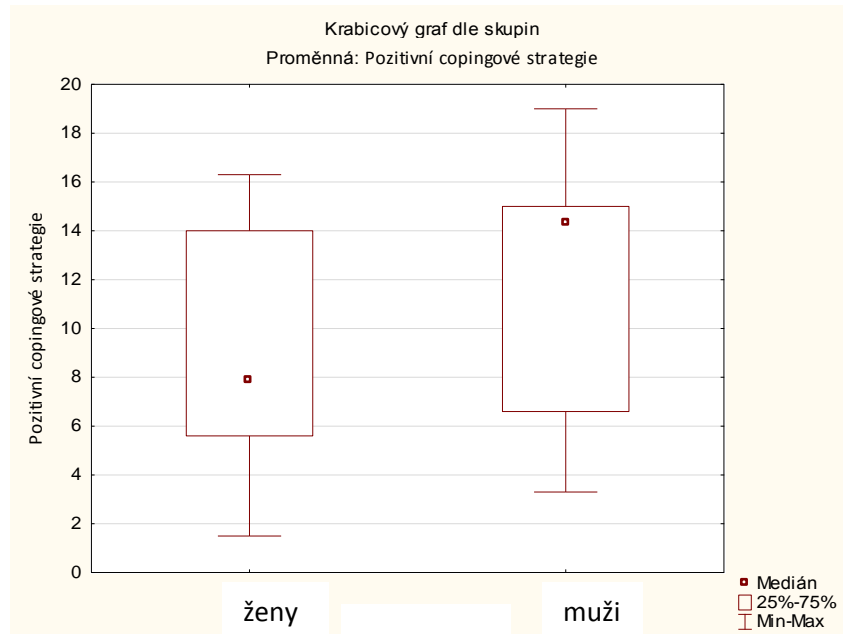
naproti tomu u mladší skupiny záchranářů je směrodatná odchylka 4,95 bodů. **Hypotézu H1 přijímáme.**

**H2: Negativní copingové strategie na statisticky významné úrovni souvisí s Emocionálním vyčerpáním.**

Z výsledků je patrné, že mezi dimenzi Emocionálního vyčerpání a negativními copingovými strategiemi existuje statisticky významná souvislost. Směrodatná odchylka u negativních copingových strategií byla 4,24 bodů, průměrná hodnota činila 6,78 bodů. Směrodatná odchylka u Emocionálního vyčerpání byla 6,22 bodů a průměrná hodnota 17,2 bodů. U 11 respondentů (46%) s nízkým stupněm Emocionálního vyčerpání (0-16) bodů, se objevuje jedinec s nejvyšší dosaženou hodnotou v dimenzi negativních copingových strategií, což můžeme považovat za abnormalitu v tomto vzorku. Polovina respondentů (50%) se pohybuje v rozmezí (17-26) bodů, což je oblast mírného stupně Emocionálního vyčerpání. Jeden respondent vyskytující se na hranici vysokého stupně Emocionálního vyčerpání s dosaženým počtem 26 bodů spadá do kategorie mladší skupiny záchranářů (40 let). Jeden respondent, tvořící (4%) zkoumaného vzorku, se pohybuje v rozmezí 27 a více bodů, což je oblast vysokého stupně Emocionálního vyčerpání. Tento jedinec opět spadá do kategorie mladší skupiny záchranářů (40 let). Tyto výsledky ukazují, že čím vyšší počtu bodů v dimenzi Emocionálního vyčerpání jedinec dosahuje, tím více používá negativní strategie zahrnující Únikové tendence, Rezignace, Sebeobviňování a Perseveraci. **Hypotézu H2 přijímáme.**

**H3: Ženy vykazují na statisticky významné úrovni vyšší míru pozitivní copingové strategie Odklonu než muži.**

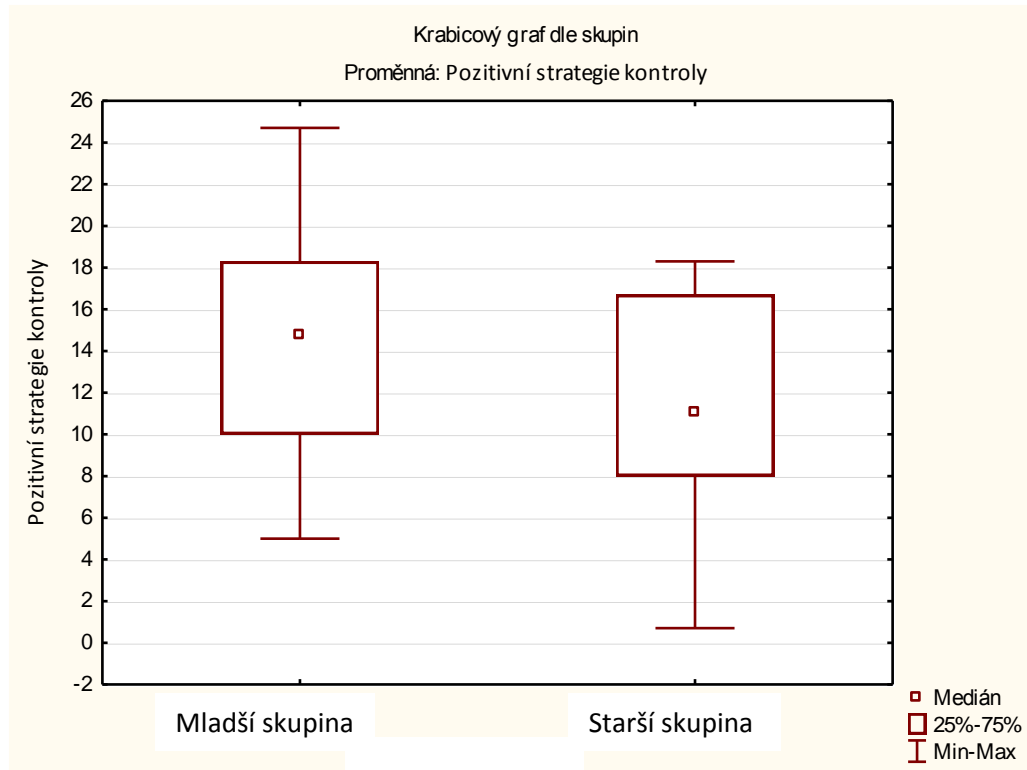
Graf č. 3: Rozdíl mezi muži a ženami v pozitivní copingové strategii



Ženy nevykazují statisticky významně nižší míru pozitivní strategie Odklonu jako muži. Copingová strategie Odklonu dosahuje vysoké hodnoty  $p= 0,24$ . Průměrná hodnota u žen je 8,61 bodů. Směrodatná odchylka dosahuje u žen 5,66 bodů. Průměrná hodnota u mužů dosahuje 10,04 bodů a směrodatná odchylka dosahuje 5,34 bodů. Hypotézu zamítáme. **Hypotézu zamítáme.**

**H4: Starší skupina záchranářů vykazuje statisticky vyšší úroveň pozitivní copingové strategie Kontroly, než mladší skupina záchranářů.**

Graf č. 4: Rozdíl mezi starší a mladší skupinou v copingové strategii kontroly



Podobně jako u copingové strategie Odklonu u mladší a starší skupiny se ani u pohlaví neprojevil statisticky významný rozdíl v copingové strategii Kontroly. Copingová strategie Kontroly dosahuje hodnoty ( $p=0,26$ ). Starší skupina záchranářů dosahuje průměrných hodnot 11,32 bodů a směrodatné odchylky 5,36 bodů. Průměrná dosažená hodnota u mladší skupiny záchranářů je 14,68 bodů, směrodatná odchylka je 5,68.

**Hypotéze je zamítnuta**

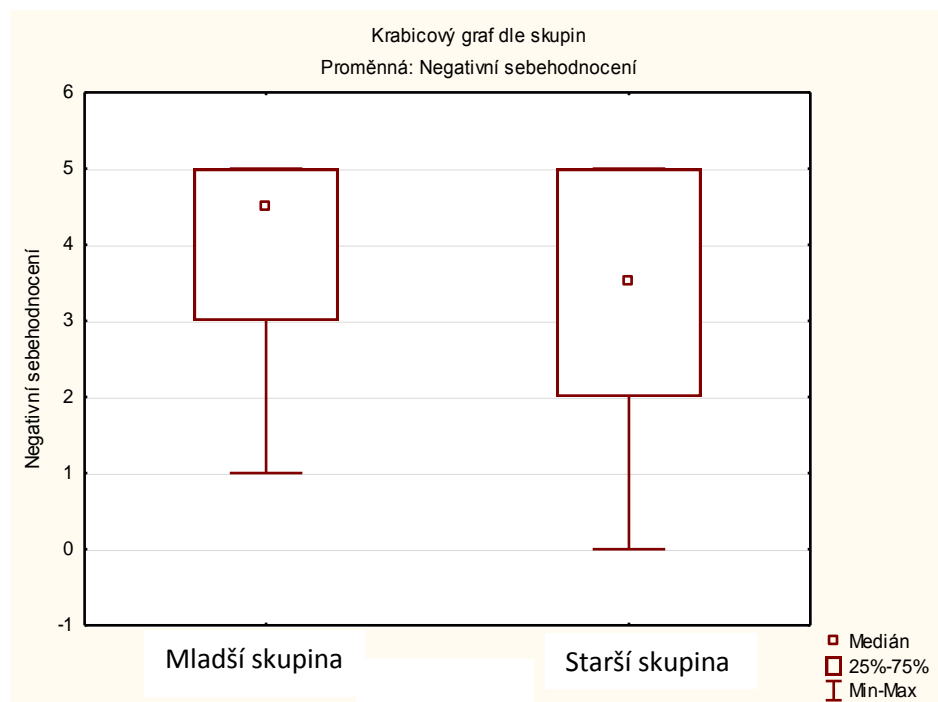
**H5: Vyšší míra sebehodnocení statisticky významně souvisí s copingovými strategiemi Podhodnocení a Devalvace.**

Výsledky ukázaly, že mezi pozitivní copingovou strategií Podhodnocení a devalvací viny a sebehodnocením neexistuje žádná statisticky významná souvislost. Korelace dosahovala statisticky nevýznamné hodnoty ( $p=0,31$ ) bodů. Průměrně dosažená hodnota

pro RŠS byla 15,0 bodů a směrodatná odchylka 4,11 bodů. Průměrná hodnota pro kategorii Podhodnocení a Devaluaci viny byla 8,27 bodů a směrodatná odchylka 5,35. Jeden respondent se vyskytoval výrazně výš oproti ostatním na škále celkového sebehodnocení. **Hypotéza byla zamítnuta.**

**H6: Starší skupina záchranářů vykazuje statisticky významně vyšší míru negativní sebehodnocení oproti mladší skupině záchranářů.**

Graf č. 5: Rozdíl mezi starší a mladší skupinou v negativním sebehodnocení



V rámci negativního sebehodnocení se u mužů a žen nepotvrdily žádné statisticky významné rozdíly. Negativní sebehodnocení dosahuje na hladině významnosti ( $p= 0,29$ ). Průměrné hodnoty negativního sebehodnocení dosahovaly u starší věkové skupiny 3,14 bodů a směrodatná odchylka 1,70 bodů. Průměrná dosažená hodnota u mladší skupiny je 3,9 bodů a směrodatná odchylka je 1,37 bodů. **Hypotézu zamítáme.**

**H7: Copingová strategie sebeobviňování na statisticky významné úrovni souvisí s emočním vyčerpáním.**

Z výsledků vyplývá, že mezi dimenzemi Emocionálního vyčerpání a copingovou strategií sebeobviňování existuje statisticky významná souvislost. Směrodatná odchylka u Emocionálního vyčerpání byla 6,22 bodů a průměrná hodnota činila 17,2 bodů. Směrodatná odchylka u copingové strategie Sebeobviňování činila 4,65 bodů a průměrná hodnota 7,16 bodů. Celkový trend je rostoucí a projevila se stoupající tendence při hladině významnosti  $p=0,42$ . Podobně jako u vztahu mezi Emocionálním vyčerpáním a negativními strategiemi, také u souvislosti Emocionálního vyčerpání s copingovou strategií Sebeobviňování se 11 respondentů (46 %) nachází v oblasti nízkého stupně Emocionálního vyčerpání (0-16) bodů, kde se objevují dva jedinci z celého vzorku, jeden z nich dosahuje nízkého počtu bodů jak v dimenzi Sebeobviňování, tak v dimenzi Emocionálního vyčerpání a druhý proband dosahuje nízkého počtu v dimenzi Emocionálního vyčerpání, avšak i vysokého stupně Sebeobviňování, což můžeme považovat v tomto vzorku za abnormalitu. Výsledky ukazují, že čím více bodů jedinec získá na škále Emocionálního vyčerpání, tím více používá copingovou strategii Sebeobviňování. **Hypotézu H7 přijímáme.**

**H8: Muži vykazují statisticky významně vyšší míru Depersonalizace než ženy**

Vyšší míra Depersonalizace u mužů oproti ženám se nepotvrdila. Mezi muži a ženami se neprojevily žádné statisticky významné rozdíly. Dimenze Depersonalizace nedosahuje žádné statistické významnosti na hladině ( $p=0,32$ ) bodů. Průměrné hodnoty Depersonalizace dosahovaly u žen 17,46 bodů a směrodatná odchylka 6,45 bodů. Průměrné dosažené hodnoty u mužů dosahovaly 15,36 bodů a směrodatná odchylka 7,67 bodů. Hypotéza se nám nepotvrdila, **hypotézu zamítáme.**



Tabulka č. 6: Korelace copingových strategií se syndromem vyhoření

	<b>Emocionální vyčerpání</b>	<b>Depersonalizace</b>	<b>Osobní uspokojení</b>
Negativní sebehodnocení	0,24	-0,06	-0,04
Celkový skór RŠS	0,13	-0,09	0,28
Pozitivní sebehodnocení	-0,07	-0,13	0,30
Podhodnocení	0,10	-0,25	-0,02
Odmítání	0,28	-0,09	-0,02
Odklon	0,16	0,07	-0,14
Náhradní uspokojení	0,24	-0,06	-0,09
Kontrola situace	0,29	-0,13	0,07
Kontrola reakce	0,25	-0,07	-0,03
Pozitivní sebeinstrukce	0,14	-0,12	0,13
Potřeba sociální opory	0,29	0,00	-0,12
Vyhýbání se	0,29	0,04	-0,30
Úniková tendence	0,44	0,19	-0,25
Perseverace	0,46	0,33	-0,18
Rezignace	0,36	0,21	-0,38
Sebeobviňování	0,42	0,26	-0,23
Pozitivní strategie	0,17	-0,16	0,04
Pozitivní strategie Odklonu	0,16	-0,26	0,00
Pozitivní strategie Devalvace a viny	0,20	-0,03	-0,13
Pozitivní strategie Kontroly	0,18	-0,20	0,10
Negativní strategie	0,47	0,27	-0,31

Označené jsou hodnoty, které jsou statisticky významné na hladině  $p < 0,05$

## Výzkumné otázky

Polostrukturované interview s psychologkou využíváme jako zdroj doplňujících informací sloužících pro lepší pochopení úkolu psychologa ve vztahu psycholog a záchranář. Rozhovor jsme analyzovali a vyňali z něho informace potřebné pro zodpovězení výzkumných otázek. První výzkumnou otázkou jsme chtěli zjistit pohled psychologky na současný stav v oblasti poskytování intervence, a jaké jsou její představy o případné změně aktuálního stavu. Druhá otázka směřovala na zábrany a možné důvody, proč se těžko navazuje spolupráce se záchranáři a jaký je důvod obav z případných intervencí. Ve třetí otázce jsme se zaměřili na existující, ale také na používané intervenční techniky. Zajímalo nás názor psychologky, co si o jednotlivých technikách myslí, jaké techniky používá a v čem spatřuje jejich přínosnost.

### **1. Jak by se dal vylepšit současný stav intervence/intervenčních technik u ZZS podle psychologa?**

Psycholožka vidí smysl a budoucnost v organizování většího počtu interaktivních workshopů jako byl letos v březnu workshop SPIS (systém psychosociální intervenční služby), kde by se záchranáři mohli podívat na sehrané skupinové sezení posádky, která se právě vrátila po zásahu a peerové s nimi začnou situaci rozebírat za pomoci intervenčních technik. Další příležitost se nabízí na tradičních každoročních závodech v Jeseníkách na tzv. Raelly Rejvíz, kde se záchranáři nacvičují různé zátěžové situace a poté by si měli projít také psychologickým ošetřením, což je dobrá příležitost pro nacvičení Debriefingu, ale toto je zatím otázka budoucích plánů.

*“No my budeme třeba dělat v březnu půldenní workshop, který bude vypadat tak, že ti, kteří jsou na to zvědaví, můžou přijít a budeme jim vlastně, kromě nějakého krátkého úvodu, o čem to je, protože to už většina z nich ví, tak jim opravdu ukážeme skupinové sezení. Zde budou diváky, my tam přehrajeme posádku zasaženou náročnou událostí a já to povedu. Peerři tam také budou, a když se toto podaří, tak oni vidí, jak to opravdu vlastně, ta věc funguje, někteří si to můžou navzájem říct. Takže teď momentálně na to jdeme takovouto*

*formou, jako je ukazování, aby věděli, jak to vypadá. Moje představa je, že budou za rok, dva až tři workshopy a kdo bude chtít, tak bude moci přijít.“*

## **2. Co je největší problémem při komunikaci mezi psychologem/peerem a záchranářem?**

Těch překážek, které brání ve snadnější komunikaci je více, ale jako hlavní čtyři překážky psycholožka zmiňuje a) finanční nemotivovanost, b) osobnostní dispozice, c) nedůvěra vůči kolegovi (peer), d) zavedení nového systému. Z rozhovoru vyplývá, že záchranáři dělají podstatnou práci a jejich motivační finanční složka se stále snižuje. Problém je, že když skoro neuživí svou rodinu, tak nemají chuť si ani vykládat o problémech, týkajících se zásahů. Intervence se často stávají spíše diskusí o financích. Problém s osobnostními dispozicemi jde vidět hlavně ve výrocích záchranářů *„Já to zvládnou vždycky a sám a v pohodě; nepotřebuji to; otravuje mě to; kdyby nám raději zvedli platy, než nám tady dávali psychologa.“* Problém s Peery tkví v tom, že jich není dostatek a že je málo peerů mezi muži, což se ale bude měnit s dalším proškolením záchranářů – řidičů. Poslední problém je viděn v samotném zavádění něčeho nového, co záchranáři neznají a nejsou na to zvyklí. Je to hodně práce za malý výsledek. Záchranáři si musí zvyknout na práci psychologa, na to, že to je jenom člověk a že se nemají čeho obávat. Obavy vycházejí hlavně ze subjektivního pocitu týkajícího se prozrazení anonymity, i přesto že je zavedené pravidlo povinné mlčenlivosti.

*„Pak jsou lidi, kteří už zjistili, že měli problém, bylo to pro ně těžké a docela zjistili, že vlastně si můžou popovídat. Ale nechtějí nic pro to moc udělat, spíš chtějí, aby si je někdo takhle odchytil, tak to by měli dělat hodně ti peeri. No a pak myslím, že jich je hodně málo, které to psychologické baví a zajímá.“*

## **3. Jaké strategie při intervenci využívají psychologové a jak hodnotí jejich efektivitu?**

V ideálním případě by se měly používat všechny tři techniky a) demobilizace, která by měla přijít okamžitě po zásahu, je nejméně strukturovaná a nejrychlejší b) defusing, který

je skupinovou záležitostí, ale v praxi si ho posádky poskytují samy sobě navzájem, c) debriefing, který by měl přijít do 72 hodin od zásahu, má vysoce strukturovaný 7 bodový postup a měl by trvat co nejdéle. Jako efektivní varianta je považována běžná diskuse po zásahu u šálku kávy, ale tohle se neděje často, protože to by tam psycholog musel být 24 hodin denně. V opačném případě, kdy se podobné techniky provádějí velmi málo nebo skoro vůbec, mají ohrožující potenciál. V nejideálnějším případě by to mělo probíhat tak, že záchranáři dostanou možnost od vedení si po těžkém zásahu půl hodiny povídat v rámci pracovní doby, pak by techniky měly větší smysl, ale tento případ podle psycholožky v nejbližší době nenastane.

*„Myslím, že by to mělo smysl, kdyby si na to zvykli. Když se to dělá velmi málo, nahodile nebo skoro vůbec, tak to má hodně ohrožující potenciál, nebo to musí vzniknout hodně rychle. To znamená, situace, která mě se nestala, ale dokážu si představit, že by byla dobrá, že je opravdu těžký výjezd, já tam můžu přijet hned na to stanoviště, oni by měli půl hodinu pauzu, což je nereálný, a mají čas si sednout. Ještě jsou ve službě a ještě o tom hovořit. Oni tohle si ty posádky většinou dělají navzájem, logicky. Jo ale někdy jste prostě v posádce, s kým vám to nejde, tak je to prostě blbý, když máte pocit, že na tom místě měl ten druhý dělat něco jiného a jste na něj naštvaný, tak s ním prostě nejde sednout a pobavit se. Toto by bylo takové ideální a tam, si myslím, by to bylo nejvíc nosný, jenže to by tam musel být psycholog 24 hodin. To je nereálný.“*

## 9 Etika

Výzkum je neodmyslitelně spojený s etikou, která hraje nezastupitelnou roli od samotného počátku až do konce výzkumu. I my jsme se potýkali s různými etickými otázkami, z nichž některými jsme se zabývali při přípravě výzkumu a s jinými během testování. Podle Miovského (2006) by výzkumník měl přijímat, zaznamenávat všechny údaje, nesmí ovšem zapomínat na opatrnost během vyhodnocování, při kterém by se měl zdržet jakéhokoliv hodnocení. Hlavním kritériem adekvátnosti v konkrétních situacích je jedincova schopnost chovat se empaticky a v rovnováze, což mu pomůže získat validní výzkumná data. Ve výzkumu ctíme určité etické pravidla chránící účastníky výzkumu. Mezi hlavní pravidla patří **informovaný souhlas**, který musí být vždycky dobrovolný a účastník musí rozumět povaze a důsledkům použitého modelu. V našem výzkumu jsme použili slovní informovaný souhlas a srozumitelně vysvětlili potřebné informace každému probandovi. Další důležitý aspekt je nezbytné omezení informovaného souhlasu, kdy vědecký pracovník úmyslně klame a utajuje údaje za účelem provedení psychologického výzkumu a získání nových vědeckých výsledků. Neméně podstatným pravidlem je ochrana soukromí a osobních údajů účastníka spojená s ochranou před poškozením nebo újmou účastníka. Jako poslední etické pravidlo se uvádí odměna účastníka (Miovský, 2006). Dříve, než jsme začali realizaci sběru dat, komunikovali jsme s náměstkyní nelékařských zdravotnických profesí Libereckého kraje, kde byla zaslána žádost o provedení výzkumu. Dále proběhla komunikace s vedoucí základny v České Lípě ohledně konkrétního termínu samotného sběru dat. Při vytváření testové baterie byl dbán maximální ohled na anonymitu účastníků. Účastníci nikde neudávali své jméno ani žádné jiné rozpoznávací nebo osobní údaje. Při vyplňování testové baterie uváděli pouze pohlaví a věk. Dotazníky ukládali na jedno určené místo na zdravotnické základně, kde jsme si je později vybrali. Všichni účastníci byli obeznámeni o dobrovolnosti výzkumu a o možnosti dotazník nevyplňovat.

## 10 Diskuse

V této kapitole se budeme zabývat diskusí nad zkoumaným tématem zabývající se souvislostmi mezi copingovými strategiemi, sebehodnocením a jejich vlivem na syndrom vyhoření u Zdravotnické záchranné služby (dále jen ZZS). V souvislosti s tématem jsme zkoumali rozdílnost v jednotlivých dimenzích dotazníků, mezi starší (od 40 let a výš) a mladší (do 40 let) skupinou Zdravotnických záchranářů a rozdíly mezi muži a ženami v rámci různých dimenzí. V rámci kapitoly shrnujeme zjištěné výsledky, které se snažíme interpretovat a porovnat v rámci dalších výzkumů zabývajících se podobným tématem. V závěru kapitoly se zaměříme na limity a možné návrhy pro další výzkumy.

V rámci první hypotézy jsme se zabývali rozdílem mezi mladší a starší skupinou v oblasti copingové strategie Odklonu podobně jako Folkmanová, Lazarus, Pimley, & Novacek (1987), kteří prokázali rozdíl v používání různých copingových strategií u věkově odlišných skupin. Z jejich výsledků vyplývá, že starší skupina používá spíše emocionálně zaměřené copingové strategie, kde řadíme právě strategii Odklonu oproti mladší skupině, používající copingové strategie zaměřené na problém (Folkman, Lazarus, Pimley, & Novacek, 1987), což je v rozporu s našimi výsledky, kde nám vyšlo, že starší skupina používá strategii Odklonu v menší míře oproti skupině mladších záchranářů. Pro strategii Odklonu je typický odklon od dané situace k alternativním situacím, aktivitám, navození psychického stavu zmírňujícího stres nebo náhradní uspokojení, které je spojené s vnějšími odměnami, např. dobré jídlo nebo koupě něčeho nového (Janke, Erdmannová 2003). Mladší skupina záchranářů, tedy záchranáři od 28 do 40 let podle Langmeiera, & Krejčířové (2007) jsou na přelomu Časně dospělosti, která je typická převzetím určitých vývojových úkolů a dosažení určitého stupně osobnostní zralosti, a Střední dospělosti, pro kterou je typické období plné výkonnosti a osobní stability. Můžeme se domnívat, že tato vývojová období mohou být příčinou schopnosti používat strategii Odklonu více než u starší skupiny záchranářů, pro kterou je období mezi 40-65 rokem obdobím nejzákladnějších krizí (Langmeier & Krejčířová, 2007) a schopnost náhradního uspokojení, popřípadě snadné navození psychického stavu zmírňujícího stres slábne. V druhé hypotéze jsme se zaměřili na vztah mezi negativními copingovými strategiemi a dimenzí Emocionálního vyčerpání, tento se nám potvrdil, hypotézu jsme přijali. Výsledky potvrdily naši domněnku, že se zvyšujícím se Emocionálním vyčerpáním se zvyšuje i používání negativních copingových strategií.

Negativní copingové strategie jedinec může projevovat formou únikové tendence, při které se snižuje jeho schopnost čelit zátěžové situaci nebo zůstat ve stavu perseverace neboli neustálém myšlenkovém lpění na prožívané zátěži. Jednou z možností je rezignace doprovázená bezmocností a pocitem beznaděje nebo sebeobviňováním vyvolávající sklíčenost a přisuzování chyb vlastnímu počínání (Janke, Erdmannová 2003). Při korelaci těchto dvou vztahů vyšel najevo vysoký stupeň Emocionálního vyčerpání u jednoho z respondentů a zároveň vysoký počet bodů (26 – hranice mezi mírným a vysokým stupněm vyčerpáním) u dalšího respondenta. U takového věkového rozptylu, jaký se v našem výzkumu projevil, se dá očekávat určité procento Vysokého stupně Emocionálního vyčerpání, ale zajímavé je, že se tento jev vyskytl u záchranářů do 40 let, což nám přijde jako varovný signál a vhodná příležitost pro zintenzivnění psychologické péče, která by mohla podobným případům předcházet. Jiná abnormalita se ukázala u jedince, který měl nejmenší možný počet bodů v dimenzi Emocionálního vyčerpání, ale nejvyšší počet bodů v používání negativních strategií, což si můžeme vysvětlit možnými zažitými a naučenými vzorci chování z ranějšího období. Další stanovená hypotéza, řešila vyšší výskyt pozitivní strategie Odklonu u žen oproti mužům, tato hypotéza se nepotvrdila, což je ve shodě s výzkumem Aldwina (2007), který svými výsledky potvrzuje, že při zaměření se na konkrétní situaci ženy používají spíše copingové strategie zaměřené na problém než na emoce, což strategie Odklonu je (Aldwina 2007), avšak na základě průměrného počtu dosažených bodů u žen 8,61 bodů a u mužů 10,06 bodů se můžeme domnívat, že při větším testovaném vzorku by vyšel statisticky významný rozdíl mezi pohlavím. V další hypotéze jsme zkoumali rozdíl mezi starší a mladší skupinou záchranářů ve výskytu copingové strategie Kontroly. Tuto hypotézu zamítáme, znamená to tedy, že není výrazný rozdíl u mladší a starší skupiny záchranářů při plánování opatření kvůli zlepšení situace, analýzy situace, popřípadě aktivního zásahu do situace. Blíže se touto problematikou zabývá Folkmanová, (1984), která zkoumala případnou redukci stresu pomocí strategie Kontroly nad situací přes tzv. mediátory (výzva a hrozba). Starší a mladší skupina se neliší v kontrole vlastních reakcí, což znamená, nenechat se vyvést z míry, nedovolit, aby došlo k vzrušení, popřípadě to vzrušení na sobě nedát znát (Janke, Erdmannová 2003). Rozdílné postoje nezaujímají ani v pozitivní sebeinstrukci, kdy je potřeba zachovávat vlastní pozitivní myšlenky zvyšující sebedůvěru případně sugesci „nevzdat se“. Při další hypotéze jsme neprokázali souvislost mezi vyšším sebehodnocením a copingovými strategiemi

Podhodnocení a Devalvace, což je ve shodě s výsledky výzkumu Baumeisteho, Campbella, Kruegera, & Vohse (2003), kteří zjistili, že lidé s větším sebehodnocením vnímají negativní události s větší rezervou a ke copingovým strategiím přistupují spíše optimisticky, což vede k menšímu stresu (Baumeiste, Campbell, Krueger, & Vohs, 2003). V další hypotéze jsme se zabývali myšlenkou, zda muži dosahují větší míry Depersonalizace než ženy, ale tuhle hypotézu jsme museli zamítnout stejně jako Kristina Pešková (2013), která během svého výzkumu „O souvislosti optimismu a copingových strategií s mírou syndromu vyhoření u lékařů“, zjistila, že muži nemají větší sklon k Depersonalizaci než ženy (Kristina Pešková, 2010). Muži nedisponují větší dehumanizací v interpersonálních vztazích, neprojevují méně empatie a nejsou více cyničtí než ženy ve vztahu k pacientům a kolegům (Křivohlavý, 1998). V další hypotéze nás zajímala souvislost mezi copingovou strategií Sebeobviňování a Emocionálním vyčerpáním, tuto hypotézu přijímáme. Prokázali jsme vztah mezi těmito dvěma dimenzemi, můžeme se tedy domnívat, že jedinci s vyšším Emocionálním vyčerpáním budou s větší pravděpodobností používat copingovou strategii Sebeobviňování. Tito záchranáři budou projevovat větší sklony ke sklíčenosti a k chybám ve vlastním jednání, mohou si dávat za vinu vznik určitých zátěžových situací (Křivohlavý 1989). Ve výsledcích se vyskytli dva respondenti, kteří zaujímají výrazně odlišnou pozici oproti ostatním, a to právě svým nízkým výsledkem na škále Emocionálního vyčerpání, ale vysokým výsledkem na škále Sebeobviňování, což si můžeme interpretovat jako anomálii, ale zároveň bychom se měli pozastavit nad možností zvýšení psychohygieny, aby se pocity těchto záchranářů nevyšly i na škále Emocionálního vyčerpání a nezpůsobily tak přechod na vysoký stupeň Emocionálního vyčerpání. V poslední hypotéze nás zajímalo, zda starší skupina záchranářů má vyšší míru negativního sebehodnocení oproti mladší skupině záchranářů. Tato hypotéza se nám nepotvrdila a zamítáme ji.

Mimo hypotézy jsme si stanovili také tři výzkumné otázky, na které jsme dostali odpověď od psycholožky pro Zdravotnickou záchrannou službu Libereckého kraje (ZZSLK). Na první otázku „*jak by se mohl vylepšit současný stav intervence a intervenčních technik*“, psycholožka navrhovala větší počet interaktivních workshopů, kde by si záchranáři mohli vyzkoušet a prožít debriefing hned po zásahu, popřípadě by se účastnili sehrané scénky na téma „po zásahové sezení s psychologem“, které by nemuselo být přímo o nich, ale hlavní roli by hráli peerové. Podlé výzkumu Anety Langrové (2010) provedeného ve středisku Linky bezpečí, 65% konzultantů preferuje skupinové setkání s intervizory, což



může být způsobené malou informovaností o individuálním setkávání nebo faktem, že tyto setkání jsou součástí placené směny (Aneta Langrová, 2010), což u ZZS prozatím nefunguje. Druhá otázka směřovala na možné problémy v komunikaci mezi psychologem a záchranáři. Mezi hlavní překážky v komunikaci psycholožka uvádí především a) osobní dispozice, kdy si záchranáři myslí, že tuhle péči nepotřebují, b) v samotném faktu, že tento systém je stále nezaběhnutý a nový, c) nedostatečná finanční motivovanost, kdy při tak náročné práci je finanční složka poměrně nízká, d) panující strach svěřit se svému kolegovi, který má rozšířený výcvik peera, ze subjektivní obavy prozrazení osobních informací vedení. Třetí otázka se zaměřuje na používané intervenční techniky. Největší přínos vidí psycholožka v diskusi mezi psychologem a záchranářem u šálku kávy po zásahu, ale při současném stavu vidí toto řešení jako nereálné, protože si ZZS nemohou dovolit mít vlastního psychologa na středisku 24 hodin. K přijetí, popřípadě zamítnutí všech hypotéz jsme použili posuzovací dotazníky MBI, RŠS a SVF 78 právě pro jejich vysokou vnitřní konzistenci, kdy MBI dosahuje (Cronbachovo  $\alpha=0,76$ ), SVF 78 dosahuje (Cronbachovo  $\alpha=0,91$ ) a RŠS dosahuje (Cronbachovo  $\alpha=0,61$ ). MBI nemá prozatím provedenou standardizaci v České republice, avšak patří mezi ověřené metody, mající více než třicetiletou historii a zároveň patří mezi nejpoužívanější metodu pro zjišťování syndromu vyhoření u exponovaných profesí. Metodu SVF 78 jsme zvolili kvůli provedené redukci původní verze SVF 120 na kratší verzi SVF 78, kde byla provedená také standardizace pro Českou republiku na vzorku 368 lidí. Poslední metodu – Rosenbergovu škálu sebehodnocení jsme zvolili jako doplňkovou metodu, která nám měla podat informace o vztahu záchranáře k sobě sama. RŠS jsme zvolili pro její nejvyšší konzistenci v oblasti škál sebehodnocení.

V rámci našeho výzkumu si uvědomujeme i jednotlivé limity, které se vyskytly. Domníváme se, že hypotézy, které se nám nepodařilo potvrdit, byly zapříčiněny malým počtem respondentů v počtu 24 záchranářů, avšak to činí 80 % ze základny Česká Lípa, Doksy a Jablonné. Jak je známo, pro účely výzkumu je vhodnější rozsáhlejší výzkumný soubor, avšak větší počet záchranářů se nám nepodařilo kontaktovat, což přikládáme k faktu, že tato profese je často vystavená velkému množství dotazníkového šetření, ať už z řad studentů nebo zaměstnavatele a neustále vypisování činí záchranáře méně ochotnými. Jako další důvod malého vzorku bych považoval téma výzkumu, které je vysoce citlivé a osobní pro každého člověka, obzvláště když jde o záchranáře, kteří mají sníženou tendenci říkat si o pomoc v rámci psychologické roviny (psycholožka, nedat.). Jako další omezení

ve výzkumu považují rozdělení záchranářů na starší a mladší skupinu, které by nemělo být tak hrubé, mladší skupina do 39 let a starší skupina od 40 let a výše. Toto rozdělení by potřebovalo zjemnit, abychom mohli pozorovat průběh syndromu vyhoření. Dalším problémem by mohla být délka testové baterie, která byla tvořena 110 otázkami, což byla také příčina odstoupení několika respondentů od výzkumu. Práce byla také limitovaná špatnou kontrolou záchranářů během vyplňování testové baterie, které proběhlo na různých místech, za různých podmínek a mnohdy i přerušovaně. Jako limitující faktor během rozhovoru s psychologkou vnímám možné obsahové nedostatky v kvalitě a hloubce otázek a dočasné přerušení rozhovoru kvůli vybité baterii v notebooku, což mohlo zapříčinit rozladění nebo ztrátu informačního toku myšlenek. Nemalé riziko ovlivňující výsledek v testu MBI mohlo být způsobeno vlastním překladem dotazníků, navíc během vyplňování dotazníků MBI, záchranáři tvrdili, že je stavěný spíše pro pracovníky v nemocnici, takže některé otázky byly pro ně nevyhovující.

Námi provedený výzkum je přínosný a inovativní právě v tom, že je designovaný a zaměřený konkrétně na základnu v České Lípě a okrajové základny v Doksech a Jablonné, takže veškeré výsledky mohou přispět ke zvýšení žádostí po intervenčních sezeních a zvýšení povědomí o jejich potřebnosti a nezanedbatelnosti. Domníváme se, že výzkum by se mohl v budoucnu rozšířit na všechny základny Libereckého kraje, což by znamenalo výzkumný soubor o 160 záchranářích a lékařích, jejichž data by měla větší vypovídající hodnotu v oblasti současného stavu psychického stavu záchranářů a intervenčních technik. Doporučovali bychom srovnání záchranářů s populačními normami SVF 78, abychom věděli, jak velký je rozdíl v používání copingových strategií mezi záchranáři a běžnou populací. Při dalším výzkumu bychom do výzkumu zapojili také peery a zjišťovali jejich pozici v rámci dané základny v navazování spolupráce a důvěrného vztahu se záchranáři, kteří zasahovali při závažné události. Na základě výsledků výzkumu se můžeme domnívat, že většina záchranářů se pohybuje v rozmezí nízkého a středního stupně Emocionálního vyčerpání. Za alarmující výsledek považujeme výskyt jednoho probanda do 40 let na hranici s vysokým stupněm Emocionálního vyčerpání a jednoho a probanda v rovině vysokého Emocionálního vyčerpání. Dále jsme zaznamenali výskyt několika záchranářů poměrně vysoko v pásmu negativních copingových strategií, což může postupem času zapříčinit posun k vyššímu stupni Emocionálního stupně vyčerpání a ztráty vlastní motivace.

## 11 Závěr

Hlavním cílem bakalářské diplomové práce bylo teoretické a empirické prozkoumání oblasti syndromu vyhoření v závislosti na používaných copingových strategiích a vlivu sebehodnocení u Zdravotnické záchranné služby na základně Česká Lípa. Stěžejním bodem v teoretické části bylo pojmové a obsahové vymezení základních fenoménů úzce spjatých s problematikou syndromu vyhoření, copingových strategií, sebehodnocení a Zdravotnické záchranné služby. V první kapitole čtenáře seznamujeme s historií a činností Zdravotnické záchranné služby, druhou kapitolu věnujeme seznámení s intervenčními systémy a jednotlivými intervenčními technikami. Dále přibližujeme problematiku sebehodnocení a copingových strategií, na které navazuje problematika stresu a závěr je věnovaný samotnému syndromu vyhoření. Na základně teoretických poznatků získaných z již provedených výzkumů jsme stanovili několik hypotéz a výzkumných otázek, které byly v rámci této práce přijaty či zamítnuty. První hypotéza se zabývala rozdílem mezi mladší a starší skupinou v používání copingové strategie Odklonu. Podařilo se nám prokázat také souvislost mezi negativními copingovými strategiemi a Emocionálním vyčerpáním, což signalizuje skutečnost, že čím více bodů dosahují záchranáři na škále Emocionálního vyčerpání, tím více používají negativní copingové strategie typu Perseverace, Úniková tendence apod. 11 respondentů (46 %) se pohybuje v nízkém stupni Emocionálního vyčerpání, 12 respondentů (50 %) v mírném stupni Emocionálního vyčerpání a 1 respondent (4 %) ve vysokém stupni Emocionálního vyčerpání. Předmětem další hypotézy byla otázka, zda ženy vykazují na statistické úrovni vyšší míru copingové strategie Odklonu než muži, tuto hypotézu ale zamítáme, signifikantní rozdíl jsme neprokázali. Při další hypotéze nás zajímalo, zda starší skupina záchranářů používá více copingovou strategii Kontroly oproti mladší skupině, ale i tuto hypotézu zamítáme. U starší a mladší skupiny nás také zajímal rozdíl v negativním sebehodnocení, zda starší skupina vykazuje vyšší míru negativního sebehodnocení než mladší skupina, tuto hypotézu jsme zamítli. Do souvislosti jsme dávali vyšší míru sebehodnocení a copingovou strategii Podhodnocení a Devalvace, jenže ani tady se nenašly prokazatelně signifikantní výsledky. Domnívali jsme se, že muži vykazují větší míru Depersonalizace než ženy, ale podle výsledku z výzkumu tomu tak není, muži nejsou více neosobní a neprojevují menší dávku empatie než ženy. Zajímavá je ovšem statisticky významná souvislost mezi copingovou strategií Sebeobviňování a Emocionálním

vyčerpáním, které ukazují, že při větším dosaženém počtu bodů na škále Emocionálního vyčerpání bude mít jedinec větší sklony k sebeobviňování se. Kromě hypotéz jsme si stanovili také tři výzkumné otázky a odpovědi, na ně jsme zjišťovali odpovědi u psychologů pro ZZSLK. Na první otázku, jak by se dal zlepšit současný stav intervence a intervenčních technik, nám odpověděla, že by se měly častěji konat workshopy zaměřené na vzdělávání záchranářů v oblasti psychohygieny, rozšířit a více aplikovat myšlenku o potřebnosti těchto sezení a vzdělání se. Druhá výzkumná otázka se týkala problémů stávajících v komunikaci mezi psychologem a záchranáři. Jako hlavní problém psychologka uvedla 4 ovlivňující faktory. Hlavním faktorem jsou osobní dispozice záchranáře, který je zaměřený spíše somaticky, než psychologicky, proto nevnímá takovou potřebu téma psychohygieny rozebírat. Dalším silným faktorem je finanční nemotivovanost, např. v podobě placeného sezení v rámci služební doby. Třetí překážka je v otázce důvěry k peerovi, který si udělá rozšiřující kurz a poté by ho měli záchranáři navštěvovat, avšak cítí vůči peerovi nedůvěru, tkvící v subjektivním pocitu, že by se tyto informace dostaly k vedení. Posledním problémem je samotné zavádění debriefingu jakožto zavádění něčeho nového a nezažitého. Poslední otázka se týkala intervenčních technik a jejich efektivity. Psycholožka se domnívá, že debriefing prováděný jednou za čas může mít poškozující charakter, proto by doporučovala častější sezení, což je z časového a finančního hlediska prozatím dost náročné, proto vznikla pozice tzv. peerů, kteří budou zprostředkovateli této intervenční péče.

Ještě jednou bych chtěl poděkovat všem, kteří se jakkoliv podíleli na tvorbě naší bakalářské diplomové práce. Chtěl bych konkrétně poděkovat mému vedoucímu práce PhDr. Martinu Dolejšovi, PhD. Honzovi a Veronice Nevřelovým, paní psychologce za poskytnutí rozhovoru, lidem podílejícím, a především všem ochotným účastníkům výzkumu při vyplňování testové baterie. Bez Vás by tato práce nikdy nevznikla.

## Souhrn

Základním a hlavním cílem této práce je zjištění vlivu copingových strategií a sebehodnocení na syndrom vyhoření u Zdravotnické záchranné služby (ZZS) na základně v České Lípě. Při plnění tohoto cíle jsme vycházeli z teoretických základů různých výzkumů v oblasti podobné bakalářské diplomové práce. V rámci výzkumného designu byly použity tři dotazníky MBI (Maslachburnout syndrome), sestavený Maslachovou & Jacksonovou (1981), RŠS (Rosenberg self – esteem scale) vytvořená Rosenbergem (1965) a SVF 78 (Streßverarbeitungsfragenbogen), jehož autory jsou Erdmannová, Janke (2002). Následně jsme tyto dotazníky a jejich jednotlivé dimenze podrobili korelační analýze.

V teoretické části, se v první kapitole věnujeme ZZS z hlediska jejího historického vývoje na našem území, rozdělení ZZS v rámci celé České republiky a zmiňujeme její stěžejní úkoly, od orientace po třídění raněných na místě nehody. Do obsahu první kapitoly patří také Zdravotnické operační středisko (ZOS) přijímající telefonické výzvy a předávání pokynu k výjezdu nejbližší výjezdové skupině. Tímhle se dostáváme k poslední části první kapitoly „výjezdové skupiny“, které dělíme na Rende-Vous, což je systém založen na setkávání se dvou výjezdových skupin, jehož úkolem je co možná nejvíce zkrátit dojezdový čas k pacientovi a zároveň umožnit efektivní využití lékaře, rychlou lékařskou pomoc, což je posádka tvořená tříčlenným týmem (řidičem, lékařem a zdravotnickým pracovníkem), která vyjíždí k pacientovi, jemuž selhaly základní vitální funkce, rychlou zdravotnickou pomoc složenou z dvoučlenného až tříčlenného týmu (řidič, zdravotnický pracovník, popřípadě sanitář) a leteckou zdravotnickou pomoc (Zdravotnická záchranná služba Karlovarského kraje, 24. února 2014). Druhá kapitola je zaměřená na teoretické uchopení základních intervenčních systémů CISM (critical incident stress management), který „*tvorí ucelený systém preventivních a intervenčních technik, jejichž cílem je udržení, případně obnovení psychické rovnováhy profesionálů po náročných zásazích*“ (Andršová, 2012, 100) a SPIS (systém psychosociální intervenční služby), který slouží jako „*podpora a péče o zaměstnance a důsledkem toho také komfortnější péče o pacienty. Je vhodná v případech, kdy hrozí, že budou záchranáři zasaženi psychicky zatěžující situací, či v případech, kdy si potřebují prostě jenom s někým promluvit a nemají s kým*“ (Buriánková & Ryba, 2009, 100). Oba systémy patří mezi nejfrekventovanější systémy v oblasti psychosociální pomoci, především u vysoce exponovaných profesí. Oba systémy zahrnují intervenční techniky, které

slouží záchranářům k obnovení sil a zachování psychické rovnováhy po těžkých zásazích. V rámci druhé kapitoly se zabýváme také krizí, která v praxi mnohdy předchází následným intervenčním technikám. Krize se vymezuje jako proces, neboli průběh reakce na situaci, kterou jedinec nedokáže řešit obvyklými prostředky, jakými ji řešil doposud (Baštecká & kol, 2005). S krizí souvisí krizová intervence, kterou Špatenková & kol (2004) popisují jako metodu, při které pracovník svým chováním navozuje v klientovi pocit úlevy a pocit, že situaci dokáže zvládnout. Krizovou intervenci a intervenční techniky provádí buď psycholog nebo nově se zaučují tzv. Peerové, to jsou kolegové s rozšířeným výcvikem, co podle Cousinse (2011) přistupují ke svým kolegům jako koučové, jako spojky a partneři, kteří se jim snaží pomáhat překlenout se zpátky do reality.

V následující kapitole se zabýváme bližším rozborem sebehodnocení, což je první ze tří faktorů, které chceme ve *výzkumné části zkoumat*. *Sebehodnocení jako takové je podle Marshe (1986, 322) „nedílný konstrukt, který je ovlivněn základní hierarchií konkrétních vlastních úsudků.“ Sebehodnocení je složitý konstrukt, který můžeme vnímat z různých pohledů, např. Rosenberg (1965) rozděluje sebehodnocení podle úrovně na vysoké a nízké sebehodnocení, naproti tomu Zeigler-Hill (2006) a Kernis (2003) sebehodnocení vnímají jako vysoké nestabilní a vysoké bezpečné. Mimo jednotlivá dělení a popis sebehodnocení dáváme do vztahu s různými aspekty života např. zdraví, práce v kolektivu a spokojenost.*

*Dalším zkoumaným jevem jsou copingové strategie, neboli změna behaviorálního a kognitivního úsilí, řídicí vnitřní i vnější požadavky člověka, které jsou vnímané jako náročné a zároveň přesahující vlastní zdroje (Lazarus & Folkman, 1984). V rámci této kapitoly popisujeme výzkumy zabývající se jak gendrovými rozdíly, tak jednotlivým základním dělením copingových strategií a) **coping zaměřený na problém**, což znamená, že vykonáme určitou činnost, abychom změnili současný stav, **b) coping zaměřený na emoce**, při kterém člověk dá průchod svým emocím nebo hledá způsob, jak emoce vyjádřit, **c) vyhýbání se** dané situaci nebo soustředění pozornosti na jinou věc (Tennen, Affleck, Armeli, & Carney, 2000). Jako doplňující informace je blíže rozebrána jedna ze strategií, a to je situační kontrola a rozšiřující strategie využívané především při konfrontaci záchranáře se smrtí a umíráním.*

Nepostradatelnou součástí každodenní práce záchranáře jsou zátěžové situace a s nimi spojený stres. *Jak řekl Selye (1979, 6) „Stres je kořením života“, je nevyhnutelný a dokonce je nežádoucí, aby se mu člověk vyhýbal. V průběhu kapitoly se zabýváme*

možnými pojetími stresu od několika autorů (Lazarus & Folkman, 1984, 19; Lazarus & Cohen, 1977), stresem v rámci pracovních skupin, který se projevuje pracovními přesčasy, rolovým přetížením, popřípadě pracovními rodinnými konflikty. Dále se v kapitole vyskytuje část o posttraumatické stresové reakci (PTSD) a posttraumatickém růstu, protože pravděpodobnost výskytu PTSD v případě zanedbání psychohygieny je vysoká. V poslední kapitole teoretické části se věnujeme třetímu zkoumanému jevu, syndromu vyhoření. Tento jev Schaufeli & Greenglass (2001, 122) definovali jako „stav psychického, emocionálního a mentálního vyčerpání, který je výsledkem dlouhodobé účasti v pracovních situacích, které jsou emocionálně náročné“. Aby toto vymezení syndromu vyhoření bylo do důsledku pochopeno, zařadili jsme jako součást kapitoly identifikaci a původ, na které navazuje část o společných znacích a příznacích syndromu vyhoření. Na závěr jsme přidali část o případné prevenci proti syndromu vyhoření a výzkumy (Stanetiće & Tešanoviće, 2013; European General Practice Research Network) v rámci celé Evropy v oboru lékařství. V rámci výzkumné části jsme se věnovali několika oblastem. Stěžejním cílem bylo srovnání tří metod, konkrétně se to týkalo srovnání škály sebehodnocení, copingových strategií a hledání souvislosti mezi copingovými strategiemi a dimenzemi syndromu vyhoření. Výzkum byl smíšený, takže data podléhala kvantitativní i kvalitativní analýze. Základna, kde byl výzkum prováděn, byla vybrána záměrným výběrem, avšak účastníci už jen příležitostným výběrem. Celkem se zúčastnilo 24 probandů (80 %) z 30 přítomných na základnách Doksy, Jablonné a Česká Lípa a jedna psycholožka. Výzkumná baterie se skládala ze tří metod a to MBI sloužící k zjištění míry syndromu vyhoření, SVF 78 standardizované metodě vhodné pro zjištění používaných copingových strategií, RŠS, které patří mezi nejpoužívanější a vnitřně nejkonzistentnější škálu sebehodnocení a semistrukturované interview s psycholožkou jako kvalitativní podklad pro kvantitativně zpracovaná data.

Ze stanovených hypotéz nám vyplývá několik závěrů. Z výsledků jsme našli jistou souvislost mezi starší (od 40 let výše) a mladší (do 40 let) skupinou záchranářů v používání pozitivní copingové strategie Odklonu, kde starší skupina používá tuto strategii v menší míře oproti mladší skupině. Tento výsledek je v rozporu se zjištěním Folkmanové, Lazaruse, Pimleyho, & Novaceka (1987), kterým vyšel opačný výsledek. V rámci výzkumu jsme přišli na další souvislost mezi negativními strategiemi a Emocionálním vyčerpáním, což jinak řečeno znamená, že čím výše záchranáři skórují na škále Emocionální vyčerpání, tím více budou používat negativní copingové strategie zahrnující např. Útěkovou tendenci

a Perseveraci. Další souvislost se prokázala v případě copingové strategie sebeobviňování a Emocionálním vyčerpání. Při vyšším Emocionálním vyčerpání s velkou pravděpodobností budou záchranáři mít tendence k sebeobviňování se. Některé z hypotéz jsme zamítli, protože se neprojevila signifikantní souvislost. Zjistili jsme, že muži nejsou více neosobnějšími než ženy ve vztazích k pacientům a spolupracovníkům, nemají zde proto statisticky významný rozdíl mezi muži a ženami v dimenzi Depersonalizace. Ženy nepoužívají ve větší míře pozitivní copingovou strategii Odklonu oproti mužům. Nejistili jsme ani významnější rozdíl mezi starší a mladší skupinou záchranářů v používání copingové strategie Kontroly. V neposlední řadě se neprokázala ani souvislost mezi sebehodnocením a copingovými strategiemi Podhodnocení a devalvace. Ve výzkumných otázkách jsme zjišťovali a) jak by se podle psycholožky dal vylepšit současný stav intervence a intervenčních technik, b) jaké jsou problémy v komunikaci mezi záchranáři, c) jaké využívá strategie během intervence a jak hodnotí jejich efektivitu. Řešení první otázky spočívalo v rozšíření intervenčních workshopů typů SPIS (systém psychosociální intervenční služby), kde si záchranáři mohou vyzkoušet průběh intervence nebo jen přihlížet. Odpověď na druhou otázku je komplexnější, ale hlavním důvodem zábran mezi psychologem a záchranářem spočívá ve finanční nemotivovanosti, v osobnostních dispozicích záchranáře, nedůvěra vůči svému kolegovi peerovi a v neposlední řadě samotné zavádění něčeho nového.



## Literatura

1. Smetana, M., & Kratochvílová, D. (2007). *Integrovaný záchranný systém a jeho složky*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta.
2. Aldwin, C. M. (2007). *Stress, Coping and Development*. New York: The Guilford Press.
3. Andršová, A. (2012). *Psychologie a komunikace pro záchranáře*. Praha: Grada Publishing.
4. Baštecká, B., & kol. (2005). *Terénní krizová práce- psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada.
5. Baumeiste, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier Lifestyles? *American Psychological Society*, 1-46.
6. Baumeister, R. F., Boden, J. M., & Smart, L. (1996). Relation of Threatened Egotism to Violence and Aggression the dark side of high self esteem. *Psychological Review*, 5-33.
7. Blatný, M., & Osecká, L. (1994). Rosenbergova škála sebehodnocení: Struktura globálního vztahu k sobě. *Československá psychologie*, 481-488.
8. Blatný, M., & Osecká, L. (1997). Vztah sebehodnocení a struktury významu já. *Československá psychologie*, 314-323.
9. Blatny, M., Jelinek, M., Osecka, T. (2004). Stabilita osobnosti mezi adolescenci a střední dospelosti: rysy osobnosti a sebepojetí. In I. Ruisel, D. Luptak, M. Falat (Eds.), *Socialne procesy a osobnost 2004*. Bratislava: Ustav experimentalnej psychologie SAV (CD-ROM).
10. Bosson, J. K., Brown, R. P., Zeigler-Hill, V., & Swann, W. B. (2003). Self-EnhancementTendencies Among People With High Explicit Self-Esteem:TheModerating Role of Implicit Self-Esteem. *Self and Identity*, 169-187.
11. Brázdil, M., & Fellnerová, I. (2011). *Urgentní medicína záchrana lidského života, resuscitace*. Olomouc: Univerzita Palackého.
12. Bryant, R. A., Brooks, R., Silove, D., Creamer, M., O'Donnell, M., & McFarlane, A. C. (2011). Peritraumatic dissociation mediates the relationship between acute

- panic and chronic posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 346-351.
13. Buriánková, H., & Ryba, A. (2009). Systém "Psychosociální intervenční služby - PIS" na Zdravotnické záchranné službě hl. m. Prahy - územního střediska záchranné služby. *Urgentní medicína* (2), 35-38.
  14. Cohen, S. (1992). Social Support, Stress, and Health. *This Week's Citation Classic*, 16.
  15. Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 16(3), 297-334.
  16. DeLongis, A., & Holtzman, S. (2005). Coping in Context: The Role of Stress, Social Support and Personality in Coping. *Journal of Personality*, 1-25.
  17. Dvořáček, D. (8. 5 2010). [www.zdravi.e15.cz](http://www.zdravi.e15.cz). Načteno z Zdravotnictví a medicína: <http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/z-domova/historie-zdravotnicke-zachranne-sluzby-> Fiala, M., & Vilášek, J. (2010). *Vybrané kapitoly z ochrany obyvatelstva*. Praha : Nakladatelství Karolinum.
  18. Fleming, J. S., & Courtney, B. E. (1984). The Dimensionality of Self-Esteem: II. Hierarchical Facet Model for Revised Measurement Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 404-421.
  19. Folkman, S. (1984). Personal Control and Stress and Coping Processes A Theoretical Analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 839-852.
  20. Folkman, S., Lazarus, R. S., Pimley, S., & Novacek, J. (1987). Age Differences in Stress and Coping Processes. *Psychology and Aging*, 171-184.
  21. Freudeberger, H. (1985). *Women's burnout: How to spot it, how to reverse it, and how to prevent it*. New York: Doubleday.
  22. Gawronski, B., & Bodenhausen, G. (2006). Associative and propositional processes in evaluation: An integrative review of implicit and explicit attitude change. *Psychological Bulletin*, 692-731.
  23. Greenwald, A. G., & Banaji, M. R. (1995). Implicit Social Cognition: Attitudes, Self-Esteem, and Stereotypes. *Psychology review*, 4-27.
  24. Cousins, R, Guy, L. L. (9 2011). *Department of Health and Human Services, State of Maine*. Načteno z Substance Abuse and Mental Health Services: <http://www.maine.gov/dhhs/samhs/mentalhealth/>

25. Halama, P., & Bieščad, M. (2006). Psychometrická analýza Rosenbergovej škály a sebahodnotenia s použitím metód klasickej teórie testov (CTT) a teórie odpovede na položku (IRT). *Československá psychologie*, 569-582.
26. Halpern, J., Maunder, R. G., Schwartz, B., & Gurevich, & M. (2012). Identifying, Describing, and Expressing Emotions After Critical Incidents in Paramedics. *Journal of Traumatic Stress*, 111-114.
27. Hodgkinson, P. E., & Stewart, M. (1998). *Coping with catastrophe: A handbook of post-disaster psychosocial aftercare*. London: Routledge.
28. Honzák, R. (2013). *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. Vyšehrad: Praha.
29. Jacobson, N., Trojanowski, L., & Dewa, C. S. (2012). What do peer support workers do? A job description. *Health Services Research*, 1-11.
30. Janke, W., & Erdmannová, G. (2003). *Stressverarbeitungsfragebogen*. Praha: testcentrum.
31. Jenkins, S. R. (1997). Coping and Social Support Among Emergency Dispatchers: Hurricane Andrew. *Journal of Social Behavior and Personality*, 201-216.
32. Jex, S. M., & Bliese, P. (1999). Efficacy beliefs as a moderator of the impact of work-related. *Journal Applied Psychology*, 349-361.
33. Jex, S. M., & Thomas, J. L. (2009). Relations between stressors and group perceptions: Main and mediating effects. *Work & stress*, 158-169.
34. Jex, S., & Gudanowski, D. (1992). Efficacy beliefs and work stress: An exploratory study. *Journal of Organizational Behavior*, 509-517.
35. Kallwass, A. (2007). *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*. Praha: Portá.
36. Karlovarský kraj, (24. 2 2014). [www.zachrankakv.cz](http://www.zachrankakv.cz). Načteno z Zdravotnická záchranná služba Karlovarského kraje: <http://www.zachrankakv.cz/5-vyjezdove-skupiny.html>
37. Kebza, V., & Šolcová, I. (5 1998a). Burnout syndrom: Teoretická východiska, diagnostické a intervenční možnosti. *Československá psychologie*, 385-478.
38. Kernis, M. H. (2003). Toward a conceptualization of optimal self-esteem. *Psychological Inquiry*, 1-26.
39. Kernis, M. H., Cornell, D. P., Sun, C.-R., Berry, A., & Harlow, T. (1993). There's More to Self-Esteem Than Whether It Is High or Low: The Importance of Stability of Self-Esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1190-1204.

40. Kernis, M. H., Grannemann, B. D., & Barclay, L. C. (1989). Stability and Level of Self-Esteem as Predictors of anger arousal and hostility. *American Psychological Association*, 1013-1022.
41. Kernis, M. H., Grannemann, B. D., & Mathis, L. C. (1991). Stability of Self-Esteem as a Moderator of the Relation Between Level of Self-Esteem and Depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80-84.
42. Křivohlavý, J. (1998). *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada publishing.
43. Lazarus, R. (1993). From Psychological stress to the emotions A History of Changing Outlooks. *by Annual Reviews Psychol*, 1-21.
44. Lazarus, R. S., & Cohen, J. B. (1977). The Hassles scale. *Unpublished scale measure*, University of California at Berkeley.
45. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
46. LEBEL, E. P. (2010). Attitude Accessibility as a Moderator of Implicit and of Implicit and. *Psychology Press*, 195-208.
47. Liberecký kraj, (11. 3 2014). Záchraná Zdravotnická služba Libereckého kraje. Načteno z [www.zzslk.cz](http://www.zzslk.cz): <http://www.zzslk.cz/>
48. Marc, C., & Oşvat, C. (2013). Stress and Burnout among Social Workers. *Revista de Asistență Socială*, 121-130.
49. Marčič1, R., & Grum, D. K. (2011). Gender differences in self-concept and self-esteem components. *studia psychologica*, 373-384.
50. Marsh, H. W. (1986). global self-esteem: its relation to specific facets of self-concept and their importance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1224-1236.
51. Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). burnout, The measurement of experienced. *Journal*, 99-113.
52. McCammon, S., Durham, T. W., Allison, E. J., & Williamson, J. f. (1987). Emergency Workers' Cognitive Appraisal and Coping with Traumatic Events'. *Journal of Traumatic Stres*, 353-374.
53. Kernis, M. H., B. D. (1989). Stability and level of self-esteem as predictors of anger arousal and hostility. *Journal of Personality and Social Psycholog*, 1013-1022.
54. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing a.s.

55. Mucha, J., & Svobodová, D. (2003). Organizační a právní podklady činnosti ZZS in V F. Ertlová, J. Mucha, & kolektiv, *Přednemocniční neodkladná péče* (stránky 9-365). Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických odborů.
56. Niina, & Nurmi. (2010). Coping with Coping Strategies How Distributed Teams and Their Members Deal with the Stress of Distance, Time Zones and Culture. *Stress and Health*, 123-143.
57. Organ, D. W., & Rya, K. (1995). A meta-analytic review of attitudinal and dispositional predictors of organizational citizenship behavior. *Personnel psychology*, 775-803.
58. Orth, U., Robins, R. W., & Meier, L. L. (2009). Disentangling the Effects of Low Self-Esteem and Stressful Events on Depression: Findings From Three Longitudinal Studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 307-321.
59. Owens, T. J. (1993). Accentuate the Positive—and the Negative: Rethinking the use of Self - esteem, Self Deprecation and Self - Confidence. *Social Psychology Quarterly*, 288-299.
60. Palmer, C. (1983). A note about paramedics' strategies for dealing with death and dying. *Journal of Occupational Psychology*, 83-86.
61. Pelham, B. W., Kooleb, S. L., Hardinc, C. D., Hetts, J. J., Seaha, E., & DeHart, T. (2005). Gender moderates the relation between implicit and explicit self-esteem. *Journal of Experimental Social Psychology*, 84-89.
62. Petty, R. E., Tormala, Z. L., Brin~ol, P., & Jarvis, W. B. (2006). Implicit Ambivalence From Attitude Change: An Exploration of the past model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 21-41.
63. Ploeg, V. d., & Kleber, K. (2003). Acute and job stressors among ambulance personnel: predictors of health symptoms. *Occupational and environmental medicine*, 140-146.
64. Praha, Z. z. (23. 2 2014). [www.zzshmp.cz](http://www.zzshmp.cz). Načteno z zzshmp: [http://www.zzshmp.cz/?page\\_id=256](http://www.zzshmp.cz/?page_id=256)
65. Prati, G., Pietrantonio, L., & Cicognani, E. (2011). Coping Strategies and Collective Efficacy as Mediators Between Stress Appraisal and Quality of Life Among Rescue Workers. *International Journal of management*, 84-93.

66. Roberts, A. (2002). Crisis intervention Handbook: Assessment, Treatment and Research. *Oxford University Press*, 161-164.
67. Rogers, C. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
68. Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent self - image*. Princeton: Princeton University Press.
69. Rush, M. D. (2003). *Syndrom Vyhoření*. Praha: Návrat domů.
70. Rutherford, B. n., Hamwi, G. A., Friend, S. B., & Hartmann, N. n. (2011). Measuring salesperson Burnout: a reduced Maslach Burnout inventory for sales researchers. *Journal of Personal Selling & Sales Management*, 429–440.
71. Seery, M. D., Blascovich, J., Weisbuch, M., & Vick, S. B. (2004). The Relationship Between Self-Esteem Level, Self-Esteem Stability, and Cardiovascular Reactions to Performance Feedback. *Journal of Personality and Social Psychology*, 133-145.
72. Selye, H. (1979). A personal message from Hans Selye. *Journal of Extension*, 6-11.
73. Schaufeli, W. B., & Greenglass, E. R. (2001). Introduction to special issue on burnout and health. *Psychology and health*, 501-510.
74. Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, Coping, and Health Assessment and Implications of Generalized Outcome Expectancies. *HEALTH PSYCHOLOGY*, 219-247.
75. Schröder-abe', M., Rudolph, a., & Schütz, a. (2007). High Implicit Self-Esteem is not Necessarily Advantageous Discrepancies Between Explicit and Implicit Self-Esteem and Their Relationship with Anger... *European Journal of Personality*, 319-339.
76. Schwab, L. (1996). Individual Hardiness and staff Satisfaction. *NURSING ECONOMIC*, 171-174.
77. Soukup, J. (13. 9 2006). *Zkola.cz*. Načteno z disociativní procesy a poruchy v dětství aadolescenci:<http://www.zkola.cz/rodice/socpatologjevy/psychickeproblemy/Stranky/Soukup,-Jan-Disociativn%C3%AD-procesy-a-poruchy-v-d%C4%9Btstv%C3%AD-a-adolescenci.aspx>
78. Sparks, K., Cooper, C., Fried, Y., & Shirom, A. (1997). The effects of hours of work on health: A meta analytic review. *Journalof Occupational and Organizational Psychology*, 391-408.

79. Spector, P. E. (1987). Interactive effects of perceived control and job stressors on affective reactions and health outcomes for clerical workers. *Work & Stress*, 155-162.
80. Spector, P. E., & Jex, S. M. (1998). Development of four self-report measures of job stressors and strain: Interpersonal Conflict at Work Scale, Organizational Constraints Scale, Quantitative Workload Inventory, and Physical Symptoms Inventory. *Journal of Occupational Health Psychology*, 356-367.
81. Stanetić, K., & Tešanović, G. (2013). Influence of age and length of service on the level of stress and burnout syndrome. *Primary Health Centre Banja Luka*, 153-162.
82. Swann, W. B., Griffin, J. J., Predmore, J. S., & Gaines, B. (1987). The Cognitive-Affective Crossfire: When Self-Consistency Confronts Self-Enhancement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 881-889.
83. Šeblová, J., Kebza, V., Vignerová, V., & Čepická, J. (1/2009). Preventivní a intervenční psychologické techniky pro zaměstnance záchranných služeb. *Urgentní medicína*, 26-31.
84. Špatenková, N., & kol. (2004). *Krize psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada Publishing.
85. Špatenková, N., & kol. (2004). *Krizová intervence pro praxi 2. aktualizovaná a doplnění vydání*. Praha: Grada Publishing.
86. Tennen, H., Affleck, F., Armeli, S., & Carney, M. A. (2000). A Daily Process Approach to Coping. *American Psychologist*, 626-636.
87. Ústav zdravotnických informací a statistiky, Č. (12. 3 2014). Zdravotnická ročenka České republiky. Načteno z <http://www.uzis.cz>
88. *Variability in Automatic Activation as an Unobtrusive Measure of Racial Attitude*. (nedatováno).
89. Velden, P. G., Kleber, R. J., Christiaanse, B., Gersons, B. P., Drogendijk, F. G., Grievink, L., & Meewisse, M. O. (2006). The independent predictive value of peritraumatic Dissociation for Postdisaster Intrusions, Avoidance Reactions, and PTSD Symptom Severity. *Journal of Traumatic Stress*, 493-506.
90. Vlášková, L., & Kolářová, V. (2009). Psychologická metoda "debriefing" a její praktická aplikace u záchranářů v rámci Rallye - Rejvíz. *Urgentní medicína*, 23-25.

91. Zeigler-Hill, V. (2006). Discrepancies Between Implicit and Explicit Self-Esteem: Implications for Narcissism and Self-Esteem Instability. *Journal of Personality*, 119



# **ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ DIPLOMOVÉ PRÁCE**

**Název práce:** Vliv copingových strategií a sebehodnocení na syndromu vyhoření u  
Zdravotnické záchranné služby – Česká Lípa

**Autor práce:** Martin Nevřela

**Vedoucí práce:** PhDr. Martin Dolejš, PhD.

**Počet stran a znaků:** 113; 150 278

**Počet příloh:** 9

**Počet titulů použité literatury:** 91

**Abstrakt (800–1200 zn.):**

Bakalářská práce je výsledkem provedeného výzkumu v ZZSLK, kde jsme zkoumali sebehodnocení a copingové strategie u Zdravotnických záchranářů. Hlavním cílem výzkumu bylo určení vztahu mezi použitými metodami MBI od autorky Maslachové a Jacksonové (1981), SVF 78 od Erdmannové, Jankeho (2002), RŠS, vytvořené Rosenbergem (1965) a zjištění vztahu mezi dimenzemi metod. V první kapitole definujeme ZZS, aby si čtenář ujasnil základní pojmy a rozdělení posádek. Druhá kapitola se zabývá intervenčními systémy a technikami. Následuje kapitola zabývající se sebehodnocením, a jeho vztahem k různým typům chování. Po kapitole sebehodnocení popisujeme dělení copingových strategií a jejich definování v rámci genderových skupin. Pátá kapitola definuje stres, jeho základní pojetí, PTSD a rekonvalescenci. Poslední teoretická kapitola se věnuje syndromu vyhoření.

Výzkumu se účastnilo 24 respondentů a jedna psycholožka. Respondenti byli vybráni příležitostným výběrem, potřebné data sebrána pomocí testové baterie, vytvořené ze tří výše uvedených metod a semistrukturovaným interview s psycholožkou. V závěrečné kapitole výzkumné části se snažíme najít vztahy mezi metodami a mezi dimenzemi metod a záchranáři.

**Klíčová slova:** Syndrom vyhoření, copingové strategie, sebehodnocení, Zdravotnická  
záchranná služba

# **ABSTRACT OF BACHELOR'S THESIS**

**Title:** Impact of Coping strategies and Self – esteem on Syndrome of Burnout in Emergency medical services – Česká Lípa

**Author:** Martin Nevřela

**Supervisor:** PhDr. Martin Dolejš, PhD.

**Number of pages and characters:** 113; 150 278

**Number of appendices:** 9

**Number of references:** 91

**Abstract (800–1200 characters):**

The thesis is the result of research carried out in the ZZSLK, where we explored the self-esteem and coping strategy for the Medical rescuers. The main objective of the research was to determine the relationship between the methods of MBI from authors Maslach & Jackson (1981), SVF 78 from Erdmann, Janke's (2002), RŠS, created by Rosenberg (1965) and determine the relationship between the dimensions of the methods. In the first chapter we define EMS to get the reader to clarify the basic concepts and the allocation of crews. The second chapter deals with the intervention systems and techniques. Followed by a chapter dealing with the self-esteem, and its relationship to different types of behavior. After chapter we describe the division copings self-esteem strategies and define them in the framework of the gender groups. The fifth chapter defines stress, its basic concept, PTSD and convalescence. The last theoretical chapter is dedicated to burnout. The research involved 24 respondents and one psychologist. The respondents were selected by occasional selection, the required data the occasional captured using the test battery, created of the three above methods and semistructured interview with psychologist. In the final chapter of the research section, we try to find the relationship between the methods and between the dimensions methods, and the rescuers.

**Key words:** Burnout syndrome, Coping strategy, Self - esteem, Emergency medical services

## Seznam tabulek, grafů a obrázků

Tab. 1: Používané metody intervence

Tab. 2: Rozložení respondentů podle věku

Tab. 3: Bodové ohodnocení pro stupně vyhoření (Maslach & Jackson, 1981)

Tab. 4: Přehled dimenzí MBI (Maslach & Jackson, 1981)

Tab. 5: Celorepublikové statistiky záchranných jednotek a vybavení.

Tab. 6: Korelace copingových strategií se syndromem vyhoření

Graf 1: Rozdělení výzkumného souboru podle pohlaví

Graf 2: Rozdíl mezi mladší a starší skupinou ve výskytu pozitivní strategie Odklonu

Graf 3: Rozdíl mezi muži a ženami v pozitivní copingové strategii

Graf 4: Rozdíl mezi starší a mladší skupinou v copingové strategii kontroly

Graf 5: Rozdíl mezi starší a mladší skupinou v negativním sebehodnocení

Obrázek 1: Mapa libereckého kraje a rozmístění základen ZZS

Obrázek 2: Rozmístění letecké záchranné služby v ČR.

Obrázek 3: Grafické znázornění počtu Zdravotnické záchranné služby a personálního rozdělení na lékaře, záchranáře a operátory z operačního záchranného střediska v rámci 14 krajů České republiky.

## **Přílohy**

- Příloha č. 1. Abstrakt bakalářské diplomové práce
- Příloha č. 2. Abstract of Bachelor's Thesis
- Příloha č. 3. Zadání bakalářské práce
- Příloha č. 4. Žádost o provedení výzkumu
- Příloha č. 5. Otázky k rozhovoru s psychologem
- Příloha č. 6. Činnost Zdravotnické záchranné služby z výkazu o činnosti zdravotnických zařízení ve vybraných oborech léčebně preventivní péče 2012
- Příloha č. 7. Personální zajištění Zdravotnické záchranné služby z výkazu o činnosti zdravotnických zařízení ve vybraných oborech léčebně preventivní péče 2012
- Příloha č. 8. Ukázka rozhovoru s psychologem
- Příloha č. 9. Ukázka části matice dat

## **ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ DIPLOMOVÉ PRÁCE**

**Název práce:** Vliv copingových strategií a sebehodnocení na syndrom vyhoření u  
Zdravotnické záchranné služby – Česká Lípa

**Autor práce:** Martin Nevřela

**Vedoucí práce:** PhDr. Martin Dolejš, PhD.

**Počet stran a znaků:** 113, 150 278

**Počet příloh:** 9

**Počet titulů použité literatury:** 91

**Abstrakt (800–1200 zn.):**

Bakalářská práce je výsledkem provedeného výzkumu v ZZSLK, kde jsme zkoumali sebehodnocení a copingové strategie u Zdravotnických záchranářů. Hlavním cílem výzkumu bylo určení vztahu mezi použitými metodami MBI od autorek Maslachové a Jacksonové (1981), SVF 78 od Erdmannové, Jankeho (2002), RŠS, vytvořené Rosenbergem (1965) a zjištění vztahu mezi dimenzemi metod. V první kapitole definujeme ZZS, aby si čtenář ujasnil základní pojmy a rozdělení posádek. Druhá kapitola se zabývá intervenčními systémy a technikami. Následuje kapitola zabývající se sebehodnocením, a jeho vztahem k různým typům chování. Po kapitole sebehodnocení popisujeme dělení copingových strategií a jejich definování v rámci genderových skupin. Pátá kapitola definuje stres, jeho základní pojetí, PTSD a rekonvalescenci. Poslední teoretická kapitola se věnuje syndromu vyhoření.

Výzkumu se účastnilo 24 respondentů a jedna psycholožka. Respondenti byli vybráni příležitostným výběrem, potřebné data sebrána pomocí testové baterie, vytvořené ze tří výše uvedených metod a semistrukturovaným interview s psycholožkou. V závěrečné kapitole výzkumné části se snažíme najít vztahy mezi metodami a mezi dimenzemi metod a záchranáři.

**Klíčová slova:** Syndrom vyhoření, copingové strategie, sebehodnocení, Zdravotnická  
záchranná služba

## **ABSTRACT OF BACHELOR'S THESIS**

**Title:** Impact of Coping strategies and Self – esteem on Syndrome of Burnout in Emergency medical services – Česká Lípa

**Author:** Martin Nevřela

**Supervisor:** PhDr. Martin Dolejš, PhD.

**Number of pages and characters:** 113; 150 278

**Number of appendices:** 9

**Number of references:** 91

**Abstract (800–1200 characters):**

The thesis is the result of research carried out in the ZZSLK, where we explored the Self-esteem and coping strategy for the Medical rescuers. The main objective of the research was to determine the relationship between the methods of MBI from authors Maslach & Jackson (1981), SVF 78 from Erdmann, Janke's (2002), RŠS, created by Rosenberg (1965) and determine the relationship between the dimensions of the methods. In the first chapter we define EMS to get the reader to clarify the basic concepts and the allocation of crews. The second chapter deals with the intervention systems and techniques. Followed by a chapter dealing with the self-esteem, and its relationship to different types of behavior. After chapter we describe the division copings self-esteem strategies and define them in the framework of the gender groups. The fifth chapter defines stress, its basic concept, PTSD and convalescence. The last theoretical chapter is dedicated to burnout. The research involved 24 respondents and one psychologist. The respondents were selected by occasional selection, the required data the occasional captured using the test battery, created of the three above methods and semistructured interview with psychologist. In the final chapter of the research section, we try to find the relationship between the methods and between the dimensions methods, and the rescuers.

**Key words:** Burnout, Coping strategies, Self-esteem, Emergency medical services

## Příloha č. 3. Zadání bakalářské práce

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Akademický rok: 2012/2013

Studijní program: Psychologie  
Forma: Prezenční  
Obor/komb.: Psychologie (PCH)

### Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
NEVŘELA Martin	21.dubna 22, Vřesina	F110049

#### TÉMA ČESKY:

Vliv sebehodnocení a copingových strategií na syndrom vyhoření u RZS - Česká Lípa

#### NÁZEV ANGLICKY:

The influence of self-esteem and coping strategies on burnout syndrome at rescue squad- Czech Lipa

#### VEDOUcí PRÁCE:

PhDr. Martin Dolejš, Ph.D. - PCH

#### ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

Prvně nastudují potřebnou literaturu k tématu, poté dojde k přípravné fázi výzkumného projektu, za jehož cíl považují zjištění znalostí ohledně copingových strategií a ochoty účastnit se vzdělávacích seminářů z oblasti psychohygieny. Po zpracování metodologické stránky zahájím samotný výzkum u 15 záchranářů podáním patřičných dotazníků a provedením polostrukturovaných interview. Následně dojde ke zpracování výsledků, jejich interpretaci, diskusi a konečnému souhrnu bakalářské práce.

#### SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

Křivohlavý, J. (1994). Jak zvládat stres. Praha: Grada. Míček, L. (1984). Duševní hygiena. Praha: SPN. Macháč, M., & kol. (1984). Duševní hygiena a prevence zátěže. Praha: SPN. Andršová, A. (2012). Psychologie a komunikace pro záchranáře. Praha: GRADA. Vodáčková, D. a kol. (2002): Krizová intervence. Praha: Portál. 1. vyd. ISBN 80-7178-696-9. Vymětal, Š. (2006). Psychosociální pomoc v situacích mimořádných událostí: Současný stav v České republice UM Urgentní medicína. Mediprax CB s.r.o. roč. 9. vyd. 4. ISSN 1212 71924 Schmidbauer, W. (2000). Psychická úskalí pomáhajících profesí. Praha: Portál. Kobic, K. (1995). O Balintovské skupině. In Eis Eis, Z. (eds.), (1995). Supervize. Praha: Pražský psychoterapeutický institut, PALLATA. Kebza, V., Šolcová, I. (2003). Syndrom vyhoření. Praha: Státní zdravotní ústav. Coping Strategies and Collective Efficacy as Mediators Between Stress Appraisal and Quality of Life Among Rescue Workers. Self-efficacy moderates the relationship between stress appraisal and quality of life among rescue workers

Podpis studenta: .....

Datum: .....

Podpis vedoucího práce: .....

Datum: .....

**Příloha č. 4:** Žádost o provedení výzkumu

TO: Mgr. Jana Kučerová nám. nelékař. zdrav. Profese,  
k rozhodnutí o možnosti realizace výzkumné studie-  
Vliv sebehodnocení a copingových strategií na  
Syndrom vyhoření u Zdravotnické záchranné služby.

Věc: Žádost o spolupráci na výzkumném projektu

V České Lípě 15. Ledna 2014

Vážená paní Kučerová,

Jmenuji se Martin Nevřela a jsem studentem III. ročníku Katedry psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Obracím se na Vás s prosbou o realizaci výzkumného projektu, do kterého bylo Vaše středisko vybráno. Cílem projektu je získání dat potřebných ke zjištění současné situace v oblasti copingových strategií využívaných záchranářů. Jedná se o výzkumný projekt, který je zaměřen výhradně na Vaše středisko, z čehož plynou výhody, které Vám výzkum přinese. Po dokončení výzkumu Vám budou doručeny výsledky projektu zaštitěného panem PhDr. Martinem Dolejšem PhD., na jejichž základě si budete moci vytvořit představu o využívaných copingových strategiích a jejich vlivu na syndrom vyhoření u záchranářů ve Vašem záchranném středisku. V případě Vašeho zájmu budete rovněž moci výsledky využít k případným změnám v oblasti prevence syndromu vyhoření. Veškerá výzkumná činnost bude realizována pouze se souhlasem záchranářů, peeru, externích psychologů a vedoucího střediska (ti mají právo účast ve výzkumu odmítnout). Výzkum je po celou dobu anonymní (nikde neuvádějte své jméno). Během výzkumu budu dodržovat maximální úroveň ochrany všech dat týkajících se záchranářů, peeru, externích psychologů a střediska. Z výsledků nebude možné identifikovat žádná osobní data.

Tímto žádám o provedení výzkumu na středisku Zdravotnické záchranné služby Česká Lípa (Purkyňova 1849, 470 77 Česká Lípa). Dále bych Vás rád požádal o kontakt na kompetentní osobu (vedoucího základny), se kterým budu dojednávat bližší podmínky a v neposlední řadě kontakt na Peery a externí psychology, se kterými bych rád provedl rozhovor na téma týkající



se jejich osobního pohledu na náročnost práce Peera a úkolů, které musí během své služby vykonávat. V případě zájmu Vás seznámím s technickými a detailními informacemi týkajícími se výzkumu. Pokud byste měla jakékoli další dotazy, obraťte se prosím přímo na realizátora výzkumné studie Martina Nevřelu (telefon: 773 574 612, email [martinnevrela@email.cz](mailto:martinnevrela@email.cz)) nebo na garanta projektu PhDr. Martina Dolejše (telefon: 777 233 098, e-mail: [vdolek@atlas.cz](mailto:vdolek@atlas.cz)).

Děkuji za Vaší vstřícnost a ochotu,

na společnou spolupráci se těší

Martin Nevřela

Realizátor výzkumné studie

V Olomouci dne 20. 12. 2013

.....

podpis

## **Příloha č. 5: Otázky k rozhovoru s psychologem**

### **➤ Úvod**

1. Kolik let už vykonáváte práci u rychlé záchranné služby jako (externí psycholog)
2. Jak jste se dostal k práci psychologa?
3. Jaká byla Vaše motivace při výběru téhle práce?
4. Jaké máte jako psycholog vzdělání?
5. Účastníte se jako externí psycholog školicích kurzů v rámci své práce?
6. Jaké aktivity psychologa u RZS vás naplňují?
7. Jaké aktivity v práci peera u RZS vnímáte negativně?

### **8. Četnost setkání se záchranáři a počet školení**

9. Jak často se vidáte se záchranáři?
10. Provádíte hromadné školení (3 a více záchranářů)?
11. Jak často jsou hromadné školení?
12. Jakého tématu se týkají školení?
13. Jak dlouho průměrně trvá jedno setkání se záchranářem?
14. Jak často vy Sám se účastníte odborných školení?

### **15. Zásahy a případná intervence**

16. Účastníte se přímo zásahu? Pokud ano, jak často?
17. Dostanete se přímo do kontaktu s obětí nehody?
18. Je Vaším úkolem bezprostřední intervence po zásahu?
19. Intervenujete přímo na místě nehody nebo až po skončení záchranné akce na stanici?
20. Používáte rozdílné techniky při intervenci během a po záchranné akci? Pokud ano, tak jaké?
21. Provádíte intervenční techniky Debriefing a Defusing? Pokud ano, jak hodnotíte jejich užitečnost?
22. Jak k těmto technikám přistupují záchranáři?
23. Praktikujete i jiné techniky?

**24. Vztahy mezi Peerem a záchranáři**

- 25. Zkuste se zamyslet a zhodnotit ochotu záchranářů říct si a přijímat pomoc od vás, jako od Peera
- 26. Jaký hodnotíte vztah mezi vámi a záchranáři?
- 27. využívají vašich služeb záchranáři sami od sebe, když potřebují poradit, či pomoc?
- 28. Vnímáte rozdíl v přijetí Vaší intervence mezi muži a ženami?

**29. Péče o sebe sama a kontakt s psychologem**

- 30. Máte vlastního supervizora, s kým řešíte své pocity nebo osobní a profesní problémy?
- 31. Spolupracujete, či chodíte pro radu (ohledně témat týkajících se intervence u RZS) i k jiným psychologům?
- 32. Pokud ano, jak často takovýchto schůzek využíváte?
- 33. Jak taková spolupráce vypadá?
- 34. Jakým způsobem se vyrovnáváte se zátěží, kterou podstupujete

**Příloha č. 6.** Činnost Zdravotnické záchranné služby z výkazu o činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech léčebně preventivní péče 2012.

**Činnost Zdravotnické záchranné služby**

Zdravotnická záchranná služba (ZZS) zabezpečuje a poskytuje odbornou neodkladnou péči pacientům posádkami rychlé lékařské pomoci, rychlé Zdravotnické pomoci (RZP), rendez - vous a letecké záchranné služby. Leteckou záchrannou službu nemají kraje Středočeský, Karlovarský, Pardubický a Zlínský. V roce 2012 bylo na území České republiky celkem 168 telefonních linek 155 a 294 výjezdových stanovišť včetně letecké záchranné služby. ZZS disponovala celkem 134 výjezdovými skupinami rychlé lékařské pomoci, 79 skupinami rendez - vous a 282 výjezdovými skupinami rychlé Zdravotnické pomoci v nepřetržitém provozu. Počet výjezdových skupin v omezeném provozu byl zastoupen 17 výjezdovými skupinami rychlé lékařské pomoci, 3 skupinami rendez – vous a 58 výjezdovými skupinami rychlé Zdravotnické pomoci. Zdravotnická záchranná služba disponovala v roce 2012 celkem 810 vozidly, z čehož bylo 235 vozidel rychlé lékařské pomoci, 459 vozidel rychlé Zdravotnické pomoci a 116 vozidel rendez - vous. Systém rendez - vous znamená, že lékař přijíždí na místo události v osobním voze se zdravotnickým vybavením a se skupinou RZP se setkává až u pacienta. Lékař na místě provede nutné ošetření a stabilizovaný pacient je většinou převezen do Zdravotnického zařízení skupinou RZP. Lékař pak může vyjíždět k dalšímu případu. Lékař doprovází pacienta tehdy, když to vyžaduje jeho zdravotní stav. Ve Zdravotnické záchranné službě v roce 2012 pracovalo 1 003 lékařů, 1 887 záchranářů a 344 operátorek (průměrný roční přepočtený počet pracovníků včetně smluvních pracovníků). Na základě tísňové výzvy bylo řešeno celkem 835 993 událostí, tj. 96 % všech zásahů. Celkový počet pacientů ošetřených podle povahy nejzávažnějšího stavu řešeného posádkou Zdravotnické záchranné služby (každý pacient ošetřený ZZS na základě tísňové výzvy je započítán právě jednou) činil 794 554 pacientů. Proti roku 2011 se počet pacientů v roce 2012 zvýšil o 3,6 %. Ošetření traumat představovalo 20,9 %, ošetření somatických onemocnění 65,8 % a 13,3 % připadlo na různá jiná ošetření. V roce 2012 byla změněna dojezdová doba z 15 minut na 20 minut. Dojezdová doba do 20 minut byla u necelých 95 % výjezdů. Pacienti se na základě závažnosti jejich

zdravotního stavu rozdělují do 4 skupin dle klasifikace NACA. NACA 0–3 představuje závažnost zdravotního stavu žádnou, lehkou, střední a vysokou, kde funkční porucha nebo úraz neohrožuje bezprostředně život pacienta. NACA 4–5 představuje závažnost stavu pacienta s potenciálním ohrožením života nebo přímým ohrožením života, kde funkční porucha nebo úraz ohrožují jeho život. NACA 6 znamená resuscitace pacienta, kdy pacientovi selhávají základní životní funkce. NACA 7 představuje úmrtí pacienta. Rozdělení pacientů podle závažnosti jejich zdravotního stavu bylo následující: 92,3 % připadalo na ošetření NACA 0–3, 4,1 % na ošetření NACA 4–5, 0,9 % na ošetření NACA 6 a 2,7 % na ošetření NACA 7. Podobně jako v loňském roce představovaly primární výjezdy 92 % a sekundární výjezdy 8 %. Letecká Zdravotnická služba podnikla v roce 2012 celkem 5 726 misí. Mise do terénu představovaly 73,3 % a 24,0 % misí bylo z důvodu akutního převozu pacienta do jiného Zdravotnického zařízení (nemocnice). Z důvodu ošetřování traumat bylo uskutečněno 58,2 % misí, pro onemocnění 34,7 %, a zbylých 7,1 % z jiných důvodů. Z hlediska závažnosti stavu pacienta se jednalo převážně o ošetřování NACA 0 až 5, tj. (85,9 %)

**Příloha č. 7. Personální zajištění Zdravotnické záchranné služby z výkazu o činnosti zdravotnických zařízení ve vybraných oborech léčebně preventivní péče 2012.**

**7.1 Personální zajištění zdravotnické záchranné služby**

Území, kraj	Lékaři		ZPBD			
	průměrné přepočtené počty	na 10 000 obyvatel	průměrné přepočtené počty	na 10 000 obyvatel	z toho	
					záchranáři	operátorky
Hl. m. Praha	45,25	0,36	233,32	1,88	193,12	30,70
Středočeský	203,13	1,58	475,70	3,70	404,02	52,45
Jihočeský	106,00	1,67	237,52	3,73	208,14	29,38
Plzeňský	64,99	1,14	193,63	3,39	60,12	25,12
Karlovarský	25,20	0,83	99,16	3,28	11,00	18,50
Ústecký	53,54	0,65	210,73	2,55	210,73	0,00
Liberecký	57,42	1,31	121,41	2,77	101,66	19,75
Královéhradecký	40,53	0,73	194,61	3,52	175,98	18,63
Pardubický	64,86	1,26	122,89	2,38	35,12	22,81
Vysočina	55,98	1,09	184,17	3,60	164,58	19,08
Jihomoravský	96,61	0,83	242,25	2,08	76,43	26,80
Olomoucký	39,77	0,62	141,12	2,21	35,40	15,25
Zlínský	51,97	0,88	133,91	2,28	115,00	18,91
Moravskoslezský	97,35	0,79	319,72	2,60	95,62	46,33
ČR	1 002,60	0,95	2 910,14	2,77	1 886,92	343,71

**7.2 Počet pacientů ošetřených podle povahy nejzávažnějšího stavu řešeného posádkou ZZS**

Území, kraj	Počet pacientů podle povahy ošetření		
	traumata	somatická onemocnění	jiné
Hl. m. Praha	24 535	71 821	8 717
Středočeský	17 557	51 189	24 548
Jihočeský	12 121	32 842	10 331
Plzeňský	8 686	27 280	983
Karlovarský	4 638	15 745	7 998
Ústecký	12 604	47 903	3 191
Liberecký	12 193	43 786	4 168
Královéhradecký	7 520	23 026	6 203
Pardubický	7 253	25 803	1 466
Vysočina	7 287	22 481	4 275
Jihomoravský	14 986	50 441	2 408
Olomoucký	9 066	23 414	11 433
Zlínský	9 098	28 748	3 643
Moravskoslezský	18 867	57 919	16 381
ČR	166 411	522 398	105 745

## **Příloha č. 8. Ukázka rozhovoru s psychologkou**

### **Já: Kolik let už vlastně vykonáváte práci s tou záchrannou službou**

**Psycholožka:** Se záchrannou službou tady v Libereckém kraji jsem asi už čtyři roky, postupně to zavádíme někdy od roku 2010 zhruba, protože v roce 2010 ministerstvo oficiálně si na to vzalo garanci a jmenovalo krajské koordinátory a já jsem vlastně byla jmenována jako první krajskéj koordinátor péče, protože tady na kraji nebyl proškolený záchranář, který by mohl dělat koordinátora v jiných krajích to je většinou záchranář, tady v té době nebyl nikdo a já jsem ten výcvik na vlastně takový ty intervence pro záchranné složky dělala v roce 2002 asi, jo, takže dlouhý bylo takovýto úsilí od těch prvních výcviků snahy to zavést nějak jako než to ministerstvo zdravotnictví vzalo za své. Protlačilo se to tam jako oficiální systém a dneska je to v legislativě v tom zákoně.

### **Já: Výborně, další otázka, jak jste se dostala vůbec k téhle práci, k práci psychologa?**

**Psycholožka:** K práci psychologa. Já jsem v době, kdy jsem studovala ještě na gymplu, tak jsem shodou okolností začala docházet na stáž na linku důvěry, který tenkrát šéfovala Bohunka Blažtecká a to byl takový první školitel a díky tomu, že jsem tak jako víc viděla tu práci, hlavně teda krizovou intervenci v praxi, tak mě to hodně oslovilo a první rok jsem se nedostala na psychologii, takže mě vzali na linku důvěru, takže jsem jakože jako bylo v 19 najednou hozena do vody a pak jsem se dostala na psychologii a vlastně ale tu krizovou intervenci jsem nikdy moc neopustila. Tak jako by po dobu vejšky jsem sloužila na lince a po skončení vejšky. Jako ta krizová intervence mi je tak nějak hodně vlastní. Já: Takže kdybychom se podívali na to, jaká byla třeba vaše motivace, abyste tuhle práci vykonávala?

**Psycholožka:** Úplně ta počáteční motivace bylo určitě taková ta naivní, povídat si s lidma, to si myslím má kdekdo a i možná teda do hloubky lidských duší, ale mám pocit, že teda hned ten první rok té praxe mě tak jako dostal hodně někam jinam, že začnete zkoumat jako, že pro některý lidi je ta péče důležitá, zjistíte, že je spousta lidí, co tu péče nadužívaj, takže začnete tak jako přemýšlet jak se věnovat třeba právě těm potřebnejm, no a co se týká přímo krizový intervence, tak jsem zjistila, že na ni mám ráda tu pestrost, protože v žádném jiném oboru se neseťkáte s celou škálou klientů, když děláte na krizovém centru, tak vám vlastně přijdou od psychotiků až po pozůstalý, jo je to pestrý a je to hodně adrenalinový, je to takový jako o akutních věcech, není to takový letitý.

**Já: Jakým jste musela projít veškerým vzděláním, abyste mohla vykonávat tuhle práci?**

**Psycholožka:** Tak úplně první zaškolení jsem měla jako výcvik při té krizové intervenci pod Bohumilou Bašteckou a pak vlastně už na veřejce jsem začla chodit do dalších doplňujících výcviků, jako byla právě práce s tělem, která byla u hodně o traumatizovaných klientech, potom jsem začla dělat surps, což si myslím, že je hodně základ pro sebezkušenost, aby to pak člověk ustál v těch těžkých situacích. No, a jelikož jsem ve zdravotnictví, tak jsem vlastně prošla celou tou předatestační přípravou, atestace z klinický psychologie, atestace z psychoterapie, což jsou vlastně podmínky, když chcete dál fungovat ve zdravotnictví, takže tímhle vším jsem musela projít a dneska jako posledních pět let spíš si to jako doplňuju na bázi jako zajímavých výcviků, které sem přivážejí cizinci naposled jsem dělala desenzibilizaci očními pohyby, což je taková ta léčba traumatu skrz neurologický věci no, protože vlastně furt tam sledujete, že ze světa se sem šinou nový a nový věci.

**Já: Tak a školu jste měla kde?**

**Psycholožka:** pražskou psychologii

**Já: Takže když bychom se podívali na ty kurzy, kromě těch, které jste teď vyjmenovala, tak prošla jste ještě nějakými? Nějaké školení?**

**Psycholožka:** No, spousta jako takových tématických kratších školení. Když jsem dělala v Relapsu, tak jsme procházeli tématem, já nevím. Práce s panickým klientem, práce s rodinou krizí, zacházení s nějakou prevencí vyhoření, jo, takže neříkala bych tomu velký ucelený kurzy, spíš jsou to vždycky jako tématický věci, který, když jste na nějakým pracovišti, tak většinou máte povinnost se vzdělávat podle toho, v čem děláte, tak to tam bylo a v zásadě většinou jsem zvyklá si tak doplňovat věci, podle toho, s jakou klientelou zrovna teď pracuji, takže teď třeba poslední roky jezdím na prevence supervize právě spojené s tématem spojené s péči o záchranáře, protože tohohle tématu a kde jste hodně vlastně i trénoval takový ty skupinový metody, i ty individuální intervence i nějaká spolupráce s peerama, protože to je taky jako novinka.

**Já: a tady na ty konference jezdíte jenom v rámci české republiky?**

**Psycholožka:** Jenom v Český Republice



**Příloha č. 9. Ukázka části matice dat**

pořadové číslo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Kód respondenta	ČL1	ČL2	ČL3	ČL4	ČL5	ČL6	ČL7	ČL8	ČL9	ČL10	ČL11	ČL12	ČL13	ČL14	ČL15	ČL16
Věk	50	47	34	53	33	37	51	40	#	34	37	33	50	39	38	37
Datum administrace	4.2.	4.2.	4.2.	4.2.	4.2.	4.2.	4.2.	4.2.	3.2.	3.2.	4.2.	3.2.	3.2.	4.2.	3.2.	3.2.
Pohlaví	D	CH	D	D	D	CH	CH	CH	D	D	D	CH	D	D	CH	D
RŠS	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1
Mám pocit, že si uchovávám svoji osobní důstojnost nejméně v takové míře jako většina ostatních lidí.	3	3	3	2	1	2	2	3	2	3	3	2	3	2	3	2
Jsem vždy náchylný/á považovat se za neúspěšného člověka.	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1
Myslím si, že mám řadu dobrých vlastností.	2	3	2	0	2	1	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2
Jsem schopný/á dělat mnoho věcí stejně dobře jako ostatní.	2	3	2	0	2	2	2	2	2	3	3	2	3	2	2	3
Zdá se mi, že nemohu být na sebe na nic zvláštního hrdý/á.	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1
Mám k sobě dobrý vztah.	2	2	2	0	1	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	3
Chtěl/a bych si sám/a sebe víc vážit.	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1
Jsem se sebou vcelku spokojený/á.	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	3	2	1	2	2	3
Občas jasně pociťuji svoji neužitečnost.	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0
Někdy si myslím, že jsem naprosto neschopný/á.	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0