

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FILOZOFICKÁ FAKULTA

**KATEDRA SOCIOLOGIE, ANDRAGOGIKY A KULTURNÍ
ANTROPOLOGIE**

SYNDROM VYHOŘENÍ V ORGANIZACI XY

Bakalářská diplomová práce

Obor studia: Andragogika se specializací personální rozvoj

Autor: Ondřej Machálka, DiS.

Vedoucí práce: Mgr. Dan Ryšavý, PhD.

Olomouc 2023

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou prací na téma „*Syndrom vyhoření v organizaci XY*“ vypracoval samostatně a uvedl v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použil.

V Olomouci dne

Podpis

Poděkování

Velmi rád bych poděkovala svému vedoucímu práce Mgr. Danu Ryšavému, Ph.D. za odborné vedení této práce, za jeho vstřícnost, cenné rady a informace v průběhu tvorby celé této práce.

Anotace

Jméno a příjmení:	<i>Ondřej Machálka, DiS.</i>
Katedra:	Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie
Obor studia:	<i>Andragogika se specializací personální rozvoj</i>
Obor obhajoby práce:	<i>Andragogika se specializací personální rozvoj</i>
Vedoucí práce:	<i>Mgr. Dan Ryšavý, PhD.</i>
Rok obhajoby:	2023

Název práce:	Syndrom vyhoření v organizaci XY
Anotace práce:	Tato bakalářská práce se zabývá syndromem vyhoření v organizaci Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje. Hlavním cílem práce je popsat míru ohrožení syndromem vyhoření těchto zaměstnanců. Dílčím cílem je indikovat míru informovanosti zaměstnanců a hodnocení přístupu zaměstnavatele v oblasti prevence syndromu vyhoření. K dosažení hlavního cíle bylo v empirické části práce použito kvantitativní šetření pomocí standardizovaného dotazníku MBI (Maslach Burnout Inventory).
Klíčová slova:	Syndrom vyhoření, zdravotnická záchranná služba, MBI dotazník, emocionální vyčerpání, depersonalizace, pracovní uspokojení, andragogika, celoživotní vzdělávání
Title of Thesis:	Employee burnout syndrome in organization XY
Annotation:	This bachelor thesis explores burnout syndrome in the organization of the Emergency medical services of the Pardubice region. The main objective of the thesis is to describe the level of threat of burnout syndrome of these employees. The sub-objective is to identify the level of employee awareness and

	evaluation of the employer's approach to the prevention of burnout syndrome. To achieve the main objective, the empirical part of the thesis used a quantitative investigation using a standardized questionnaire MBI (Maslach Burnout Inventory).
Keywords:	Burnout syndrome, emergency medical service, MBI questionnaire, emotional exhaustion, depersonalization, personal accomplishment, andragogy, lifelong education
Názvy příloh vázaných v práci:	Příloha 1: Zásady psychohygieny Příloha 2: Linka kolegiální podpory pro pracovníky ve zdravotnictví Příloha 3: Psychosociální intervenční služba ve zdravotnictví Příloha 4: Souhlas s provedením výzkumu Příloha 5: Dotazník
Počet literatury a zdrojů:	31
Rozsah práce:	63 s. (96 174 znaků s mezerami)

Obsah

1	ÚVOD	8
2	TEORETICKÁ ČÁST	11
2.1	STRES	11
2.1.1	<i>Definice</i>	11
2.1.2	<i>Stres v pomáhající profesi</i>	12
2.1.3	<i>Osobnost zdravotnického záchranáře</i>	14
2.2	SYNDROM VYHOŘENÍ.....	15
2.2.1	<i>Definice</i>	15
2.2.2	<i>Skupiny ohrožené syndromem vyhoření</i>	16
2.2.3	<i>Fáze syndromu vyhoření</i>	17
2.2.4	<i>Příčiny</i>	18
2.2.5	<i>Projevy</i>	19
2.2.6	<i>Diagnostika</i>	20
2.2.7	<i>Syndrom vyhoření v českém zdravotnictví</i>	23
2.2.8	<i>Syndrom vyhoření v kontextu vzdělávání</i>	25
2.2.9	<i>Syndrom vyhoření v kontextu pracovních podmínek</i>	27
2.2.10	<i>Prevence a edukace</i>	28
2.2.11	<i>SPIS (Systém psychosociální intervenční služby)</i>	31
2.2.12	<i>Supervize</i>	32
2.3	ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA PARDUBICKÉHO KRAJE.....	33
2.3.1	<i>Struktura organizace</i>	33
2.3.2	<i>Statistika</i>	34

2.3.3	Metodika v rámci prevence syndromu vyhoření.....	35
3	EMPIRICKÁ ČÁST.....	36
3.1	CÍLE DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	36
3.2	FORMULACE DÍLČÍCH DÍLŮ A HYPOTÉZ.....	36
3.3	METODIKA	38
3.4	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	39
3.5	ANALÝZA DAT	41
3.5.1	Vyhodnocení první části dotazníku: Identifikační otázky.....	41
3.5.2	Vyhodnocení druhé části dotazníku: MBI dotazník.....	43
3.5.3	Vyhodnocení třetí části dotazníku: Osobní zkušenost se syndromem vyhoření.....	46
3.6	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	47
4	DISKUZE	60
5	ZÁVĚR.....	67
6	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	71
7	SEZNAM ZKRATEK.....	74
8	SEZNAM TABULEK A GRAFŮ.....	75
	SEZNAM PŘÍLOH.....	77
	PŘÍLOHY	78

1 Úvod

Tato diplomová práce se zabývá syndromem vyhoření v organizaci Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje.

Hlavním cílem této práce je popsat míru ohrožení syndromem vyhoření zaměstnanců v této organizaci. Dílčím cílem této práce je identifikovat míru informovanosti zaměstnanců a jejich hodnocení ohledně přístupu zaměstnavatele v oblasti prevence syndromu vyhoření. Andragogický přesah této práce je právě založen na dvou oblastech. První je, že na základě tohoto šetření bude tato práce nabídnuta jako podklad pro vytvoření nové směrnice, resp. organizačně řídicího dokumentu v rámci organizace Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje. Tento dokument bude součástí materiálů pro adaptační proces nových zaměstnanců, včetně edukace stávajících zaměstnanců. Za druhé jde o rozvoj kvality vzdělání zaměstnanců z hlediska jejich přístupu k celoživotnímu vzdělávání, ale i celkovou spokojenost s prací. Syndrom vyhoření se ukazuje jako významná determinanta postoje ke vzdělávání i spokojenosti zaměstnanců. Čím vyšší je míra ohrožení syndromem vyhoření, tím je nižší míra spokojenosti s celoživotním vzděláváním. S tím je spojená i nižší míra motivace zaměstnance podílet se aktivně na vzdělávání se a s tím spojené riziko, které může vyústit ve snížení kvality poskytované přednemocniční neodkladné péče pro pacienty. Čím více se organizace bude zajímat o edukaci a zajištění preventivních kroků u svých zaměstnanců při rozvoji syndromu vyhoření, tím si výrazně zvyšuje rozvoj kvality vzdělání svých zaměstnanců z hlediska jejich přístupu k celoživotnímu vzdělávání. V tomto kontextu nejde jen o samotné vzdělávání, ale i celkovou spokojenost v práci. V tomto směru míru vyhoření zvyšují přesčasy, navýšení administrativy, interpersonální konflikty na pracovišti a v neposlední řadě i vysoké riziko zvýšené agrese v podobě verbálních či fyzických útoků od pacientů směrem ke zdravotnickému

personálu. Těmto jevům jsou vystavováni i zaměstnanci zdravotnické záchranné služby. Proto je nesmírně důležité se věnovat v tomto směru prevenci a snížit riziko rozvoje syndromu vyhoření na co nejnížší možnou míru.

Teoretická část této práce je členěna do kapitol tak, aby byl naplněn cíl práce. V první kapitole je proto potřeba nejprve obecně definovat stres a jeho dopady na organismus. V tomto pojetí zasazují termín stresu i do samotné pomáhající profese, kterou práce u zdravotnické záchranné služby neodmyslitelně je, včetně obecných předpokladů a charakterových rysů, které jsou pro tuto práci zásadní. Druhá kapitola je věnovaná syndromu vyhoření, kde se podrobně věnují obecným definicím ze stran autorit, kteří se touto problematikou zabývají. Zmiňují zde jak příčiny, projevy jednotlivých fází syndromu vyhoření, stejně tak i možnou diagnostiku, preventivní kroky, jak danému syndromu vyhoření předcházet a případnou nabídkou možností řešení této situace. Dále zde popisují syndrom vyhoření v rovině českého zdravotnictví, v kontextu vzdělávání a pracovních podmínek v návaznosti na andragogický přesah této práce.

V poslední kapitole popisují samotnou organizaci Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje. Zmiňují zde obecnou definici, obsah práce této organizace, statistické údaje, aktuální přístup organizace a její postoj v rámci problematiky syndromu vyhoření.

V praktické části byl pro dosažení hlavních cílů zvolen kvantitativní výzkum mezi zaměstnanci organizace Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje. Samotná spolupráce s touto organizací je doložena udělením souhlasu s provedením výzkumu. Sběr dat proběhl pomocí dotazníkového anonymního šetření, které bylo rozesláno přes intranet organizace každému zaměstnanci. Míru ohrožení syndromem vyhoření v tomto směru indikuje Maslach Burnout Inventory (MBI) dotazník. Doplňuje

jej baterie otázek, týkající se subjektivního hodnocení zaměstnanců ohledně míry informovanosti, hodnocení přístupu zaměstnavatele a osobní zkušenosti se syndromem vyhoření v jejich praxi.

Důvodem, proč jsem si zvolil toto téma, je má práce u zdravotnické záchranné služby ve výjezdové skupině včetně mé pozice ve středním managementu v roli vedoucího výjezdové základny. Dále působím i jako instruktor/lektor v rámci vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků v certifikovaných kurzech. Svým povoláním tudíž splňuji predispozice zvýšeného kontaktu se stresory, jež se mohou podílet na rozvoji syndromu vyhoření. Proto bych rád informoval a inicioval touto cestou nejen vedení organizace, které může reagovat na základě této práce a dotazníkového šetření k vytvoření nového organizačně řídicího dokumentu, týkajícího se prevence v této oblasti pro své zaměstnance. Stejně tak bych rád chtěl edukovat kolegy o možnostech preventivních kroků, aby se případné riziko s rozvojem syndromu vyhoření snížilo na co nejnižší možnou míru.

2 Teoretická část

2.1 Stres

2.1.1 Definice

Na samotnou definici stresu musíme zmínit pohled mnoha autorit, jež se věnují této problematice. Stres v tomto směru může mít mnoho podob. Zacharová (2017, s. 55), říká že „stres je považován za souhrn všech nespecifických změn vyvolaných funkčním porušením nebo opotřebováním organismu.“ Oproti tomu Křivohlavý (2001, s. 170) tvrdí, že „u člověka se hovoří o stresu tam, kde se dostává do zátěžových situací, tj. když na něho doléhá různý druh tlaku.“ S tímto výrokem do jisté míry souhlasí i Venglářová (2011, s. 47), která zmiňuje, že „stres je nespecifická obranná odpověď organismu na jakýkoliv požadavek, kterým byl organismus zatížen. Stejně tak je stres dlouhodobá tělesná a duševní zátěž vznikající v důsledku přehnaně vysokých nároků či škodlivých podnětů.“ V tomto směru se vyjadřuje i Ayers (2015, s. 52) a říká, že na stres jako takový je potřeba nahlížet z pohledu stresoru a samotné reakce na stres. Stresor je v tomto případě vnitřní nebo vnější spouštěč stresové reakce. Samotná reakce na stres pak probíhá v rovinách kognitivních, behaviorálních a fyziologických, které na sebe nemusí vzájemně působit.

Nutno však podotknout, že stres jako takový se dělí na dvě základní skupiny a ty zmiňuje Venglářová (2011, s. 48) jako „**eustres** (radostný, příjemný, dodává pozitivní energii, mám vliv na události) a **distres** (nepříjemný, působící škodlivě, nemám vliv na události). Stres také můžeme chápat jako silnou **frustraci** (zklamání, kdy jedinec nemůže dosáhnout vytyčeného cíle z důvodu překážek, které se mu postaví do cesty). Se stavem frustrace se pojí i termín **deprivace** (strádání, při kterém má jedinec nedostatek určitých podnětů).“

Křivohlavý (2010, s. 25) souhlasí s touto definicí a říká, že o „eustrese se hovoří tam, kde k přetížení daného člověka dochází, avšak jeho celková situace je pro něho vítaná. Distres je naopak v případě, kdy přetížení daného člověka v dané situace převyšuje jeho možnosti.“

Obecně lze tedy říci, že definice se shodují v jednom a to, že při působení stresu dochází k poruše vnitřní rovnováhy člověka čili situacím, kdy dochází k nadměrnému vystavení negativních podnětů na organismus. Je ale třeba říci, že v obecné rovině je stres zdravý a potřebný pro fungování lidského organismu. Důležitá je ovšem v tomto směru vyváženost.

2.1.2 Stres v pomáhající profesi

Na rizikové faktory se pohlíží ze širokého spektra, proto ve své knize Stock (2011, s. 36) udává, že „při vzniku syndromu vyhoření většinou nehrají roli jen situační faktory – s vnějšími stresory se každý člověk vyrovnává jinak. Znamená to, že spouštěče vyhoření se mohou ukrývat i v charakterových vlastnostech postiženého.“ V rámci tohoto Stock (2011) udává:

Typ chování A – jedinec s vysokými ambicemi, silně vyvinutý smysl pro povinnost, soutěživost, netrpělivost, perfekcionismus. Spěch a vznětlivost je pro ně charakteristická a psychologové tyto jedince označili jako závislé na své práci, tzv. „workoholiky“.

Typ chování B – antagonistu typu A čili jedinec s nižší mírou agresivity a soutěživého chování. Je zde typická vyšší trpělivost, klid a uvědomění spolu s nižší efektivitou a produktivitou práce.

Klíčová je v tomto směru vyváženost. Zde Ayers (2015, s. 53) uvádí rozdílnost v prožívání stresové reakce dle typu osobnosti, kde například represivní styl zvládání obtížných situací se u člověka projeví tak, že tito lidé mají nízký projev emočního stresu, ale přitom zároveň vykazují silné fyziologické reakce na stres.

Zvýšený stres v kontextu práce u zdravotnické záchranné služby zmiňuje ve své studii Klosiewicz et al. (2019), v níž za významné determinanty označuje především řízení vozu zdravotnické záchranné služby, nutnost činit složitá a často velmi psychicky těžké rozhodnutí ve velmi krátkém čase, noční služby, přesčasové hodiny, práce ve stresujícím prostředí, zvyšující se agresivita pacientů spojená s verbálním či fyzickým napadením. Toto vše se podílí negativně na dopadu na jejich zdraví. Studie probíhala v Polsku a zajímala se o subjektivní pocity 572 záchranářů na tyto rizikové stresující faktory. Na stupnici od 1 (nejnižší) do 5 (nejvyšší) ohodnotilo 40 % dotazovaných respondentů známkou 4 to, jak vnímají míru nebezpečí ve své práci. Nutno však podotknout, že většina dotazovaných přiznala, že kdyby si mohli znovu svoji kariéru pracovní naplánovat, tak by zvolili stejnou cestu práce u zdravotnické záchranné služby.

S podobným tvrzením přišel i Cenk (2019), který ve své studii, zabývající se mírou vyhoření a vystavení násilí u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby v Turecku. Udává, že ze 143 účastníků této studie již bylo vystaveno 86,7 % verbálnímu napadání, ze strany pacientů či okolí a u 35 % došlo k fyzickému napadení. Zmiňuje zde v souvislosti fakta, která potvrzují, že zkušenost s verbálním či fyzickým napadením výrazně zvyšuje stres v povolání zdravotnického záchranáře což tím pádem vede i k vyššímu riziku rozvoje syndromu vyhoření v této profesi.

Tímto tématem se zabývali i kolegové z Norska, a to konkrétně Reid et al. (2020), kteří provedli studii se zaměřením na přednemocniční stresory u lékařů letecké záchranné služby. Cílem bylo zjistit, jak subjektivně lékaři uvedou nebezpečné faktory (stresory), které působí na jejich zdraví. Nejčastěji uváděný zdroj stresu se týkal vzletů k těžkým dopravním nehodám, ohrožujícího chování ze strany pacientů (verbální a fyzický útok) a únavy. Studie poukazuje na nutnost holistického přístupu se zaměřením na školení,

simulace a preventivní programy, které mohou přispět ke zmírnění zátěže při působení stresorů v této práci. Proaktivní a systémový přístup vedení těchto organizací by měl být pro vedoucí pracovníky tou nejvyšší prioritou.

2.1.3 Osobnost zdravotnického záchranáře

Andršová (2012, s. 4) říká, že „profese záchranáře výrazně převyšuje rámec normálního povolání. Schopnost zvládat velkou psychickou zátěž patří k nutné osobnostní výbavě každého záchranáře. Tato činnost předurčuje záchranáře k tomu, aby zdolávali náročné situace ohrožení lidského života, byli schopni pracovat v improvizovaných podmínkách, ovládali své emoce, byli svědky životních tragédií a spolurozhodovali o přežití či nepřežití pacientů.“

S tím výrokem souhlasí i Zacharová (2011, s. 177) a přidává navíc, že „osobnost zdravotníka je i historicky ovlivněna prestiží tohoto povolání, profesní morálkou, která se očekává od tohoto povolání včetně dodržování etického kodexu.“

Soubor kompetencí a charakteristiky, které zmiňuje Andršová (2012, s. 8) určuje nezbytné předpoklady pro práci u zdravotnické záchranné služby:

Soubor profesně odborných charakteristik – dosažené vzdělání, řidičský průkaz, dopravně psychologické vyšetření na jízdu pod modrými světly, praxe, certifikované kurzy

Soubor charakterových vlastností – empatie, sociální inteligence, starostlivost, ohleduplnost, laskavost, ochota a milý přístup

Soubor výkonových kompetencí – pracovitost, rozhodnost, zručnost, postup dle standardů, rychlá orientace v terénu, schopnost práce ve stresu, aktivní přístup k celoživotnímu vzdělávání

Co se charakterových vlastností týče, je zde třeba zmínit i jeden termín a tím je altruismus. Vymětal (2008, s. 83) v tomto směru říká, že s „altruismem

lze počítat všude tam, kde se vyskytuje empatie, soucit a lidská blízkost, pro kterou je příznačná vzájemnost umožňující člověku existenci spolu s druhými“. Toto označil jako jeden z klíčových faktorů, který lidé v pomáhajících profesích udávají jako nejčastější důvod, proč si tento obor zvolili. Ovšem zjistilo se, že zde určitá skupina lidí vykazovala tzv. syndrom pomahačů čili lidí, kteří nepřipouští reciprocitu a nutí tím ostatní k pasivní závislosti. Jelikož tito lidé mají velmi intenzivní potřebu se o druhého starat na úkor sebe samotného. U těchto lidí hrozí vysoké riziko ohrožení syndromem vyhoření v profesním životě.

Lze tedy říci, že mezi typické charakteristické vlastnosti zdravotnického záchranáře patří především vysoká odolnost vůči psychické zátěži, ochota podstoupit vysoké riziko spolu s orientací na činnost. Mnoho z těchto vlastností je charakteristických právě pro výše zmíněný osobnostní typ A, který je ovšem více ohroženou skupinou nejen rizikem vzniku syndromu vyhoření, ale i projevem s psychosomatickým dopadem stresu na lidský organismus s ohrožením na životě (např. zvýšené riziko vzniku akutního infarktu myokardu).

2.2 Syndrom vyhoření

2.2.1 Definice

Syndrom vyhoření má mnoho definic, kdy z řad autorit zabývajících se touto problematikou dochází k interpretaci v různých rovinách, které se ovšem převážně potkávají ve stejných attributech. Při práci v pomáhajících profesích Andršová (2012, s. 31) píše, že syndrom vyhoření se definuje „specifickou emoční únavu a stavem citové vyčerpanosti.“ S obdobnou definicí přichází i Zacharová (2017, s. 169) která tvrdí, že „se syndromem vyhoření se setkáváme u všech subjektivně náročných povolání, kdy nastává nerovnováha v emoční oblasti a postupně dochází k vyčerpání psychických

i fyzických rezerv.“ Podobně jej popisuje i Venglářová (2011, s. 24), která zmiňuje, že se jedná o “psychosomatické onemocnění, při kterém dochází k fyzickému, psychickému a emocionálnímu vyčerpání organismu, kdy projevem je dlouhotrvající nadměrný stres.“ S tímto de facto souvisí i tvrzení Jochmannové & Kimplové (2022, s. 66), jenž popisuje syndrom vyhoření jako „jev, který v psychické oblasti popisuje stav, kdy přehnané úsilí může vést až k újmě na psychickém a fyzickém zdraví.“ Naproti tomu se vymezuje Stock (2011, s. 14) který zmiňuje, že dle Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace je „vyhoření zařazeno do doplňkové diagnózy a není tedy klasifikována jako nemoc.“ Zde právě Stock (2011) naráží na dvě roviny pohledu na samotný syndrom vyhoření. V prvním případě by došlo k znevýhodnění lidí, kteří by tímto syndromem trpěli, jelikož se nejedná o nemoc, a tudíž by se to v extrémním případě mohlo projevit nezaplacením úhrady za léčbu ze strany pojišťovny. Na druhou stranu je v dnešní době užití samotného syndromu vyhoření užíváno velmi hojně a kritici naráží na fakt, že tento fenomén vyčerpání zde byl vždy a jen je nyní prezentován v novém hávu. Tento popis se změnil v roce 2019 díky práci Ch. Maslach, kdy stav vyhoření, životního vyčerpání se objevuje v Mezinárodní klasifikaci nemocí pod kódem Z73.0. Kategorie Z obsahuje faktory ovlivňující zdravotní stav.

Obecně lze tedy říci, že syndrom vyhoření je poměrně složitým konstruktem projevující se jako stav emocionálního, psychického a fyzického vyčerpání, způsobeného dlouhodobým pobýváním v situacích, které jsou nadlimitně zátěžového charakteru.

2.2.2 Skupiny ohrožené syndromem vyhoření

Jochmannová (2022, s. 68) v této souvislosti říká, že „zdravotnictví bylo první oblastí, která upozornila na existenci syndromu vyhoření. Při zjišťování spouštěcích mechanismů syndromu vyhoření se ukázalo, že nejčastějším pocíťovaným problémem zdravotních sester bylo to, že nebyly připraveny na

emocionální zátěž, s níž se na praxi setkávaly, neunesly tíži sdělování špatných zpráv rodinným příslušníkům, pociťovaly nedostatek personálu a přílišnou přetíženost prací.“.

Je pravdou, že obecně syndrom vyhoření nejvíce ohrožuje exponované pomáhající profese, ale dnešní studie tento jev více zobecňují na profese, kde lidé vstupují do pracovního procesu s enormní mírou nadšení.

2.2.3 Fáze syndromu vyhoření

Venglářová (2011, s. 29) tvrdí, že „stále častěji je vyhoření popisováno nikoliv jako stav, ale jako neustále vyvíjecí se proces, který může trvat několik měsíců až let.“ V knize od Švamberg Šauerové (2018, s. 32) se uvádí, že „fáze syndromu vyhoření se dělí na **akutní** (v důsledku nadměrné pracovní zátěže, ve které dochází v krátkém časovém úseku – změna pracovních podmínek, změny v pracovním týmu, nové náročné úkoly) a **chronické** (dlouhodobé, opakované působení stresorů probíhající v pěti fázích).“ V tomto směru Stock (2011) souhlasí s výše zmíněnou definicí, jen zde zmiňuje i možnost, že ne všichni musí všemi fázemi projít postupně a nevylučuje i možnost některou z nich přeskocit. Mnoho autorů uvádí různé členění těchto fází. Níže zmiňuji fázový model od autorů Edelwiche a Brodského, které zmiňuje Stock (2011):

Nadšení – až idealistické nadšení jedince, který pracuje s nadprůměrným nasazením. Velké ideály v rozporu s nereálnými nároky kladenými na sebe.

Stagnace – v této fázi dochází k dostatečnému seznámení s realitou a často dochází k přehodnocování ideálů. Celý život se v podstatě orientuje jen na práci. Pro okolí je tento stav téměř nepoznatelný.

Frustrace – uvědomění si skutečnosti, že možnosti jsou omezené, začínající pochyby o smyslu svého snažení v pracovním procesu. Nadměrná

byrokracie, málo uznání ze stran pacientů či vedení. Nárůst osobního zklamání.

Apatie – jako obrana proti frustraci je vnitřní rezignace. S vidinou práce jako trvalého zdroje zklamání bez možností lepších vyhlídek do budoucnosti, dělá v práci jen to, co je nezbytně nutné. Nadšení z práce je zcela ztracené.

Mnoho autorů zde zmiňuje i pátou fázi, například Švamberk Šauerová (2018, s. 37) popisuje **Vyhoření** – období emocionálního vyčerpání, depersonalizace, pocit ztráty smyslu života.

2.2.4 Příčiny

V širokém pojetí se zde bavíme o **stresorech**, o kterých Venglářová (2011, s. 50) říká, že to jsou „negativní životní faktory, jinak řečeno vše, co člověka zatěžuje. Stresor je navozen pocitem ohrožení, strachem, že se něco stane nebo pocitem, že ztrácíme nad sebou kontrolu.“ Na člověka v tomto směru působí buď jeden stresor nebo více stresorů. Proto Venglářová (2011) tyto skupiny obecně dělí na **ministresory** (dlouhodobé devalvace člověka v práci, osobním životě), jde zde především o to, že tyto ministresory se postupem času sčítají, a tudíž pokud nebudeme mít v rukou antagonistický mechanismus, který by nám je kompenzoval, může se člověk dostat do nerovnováhy. Takto nahromaděné ministresory jsou následně spouštěčem a zdrojem deprese. Dále zde Venglářová (2011, s. 51) zmiňuje pojem **makrostresory** (devastující, vše ničící vlivy, přesahující určitou hranici, kterou člověk není schopen zvládnout). Patří sem krátkodobé stresory (záchrana života pacienta, akutní bolest) a dlouhodobé stresory (zodpovědnost za pacienty, dlouhodobá bolest u pacientů apod.). Antagonistou stresoru je **salutor**, který můžeme, jak zmiňuje (Venglářová, 2011) označit jako pozitivní faktor dodávající člověku sílu. Tento pocit můžeme najít v smysluplnosti své práce, pochvale za dobře odvedenou práci. Za správnou cestu v tomto smyslu je pak dosáhnout stavu, kdy nastolíme rovnováhu mezi salutory a stresory.

Volně přeloženo jde o stav balance mezi tím, co se od nás očekává a tím, co můžeme dělat.

2.2.5 Projevy

V rámci samotné prevence je nutné vnímat varovné příznaky z důvodu rozvoje syndromu vyhoření a s ním spojených vážnějších následků. Samotné projevy se dělí dle Stocka (2011, s. 14) na „tři základní symptomy vyhoření: vyčerpání, odcizení a pokles výkonnosti.“

Vyčerpání – fyzické (nedostatek energie, slabost, chronická únava) a emoční (bezmoc, beznaděj, pocit strachu a prázdnoty, ztráta odvahy).

Odcizení – člověk je ve své práci a vůči svému okolí odosobněný, až lhostejný. Chronická zátěž se projevuje i v osobním životě ve formě apatie či podráždění v důsledku celkové depersonalizace.

Pokles výkonnosti – nízká efektivita jde ruku v ruce se ztrátou ve vlastní schopnosti v rámci sebehodnocení. K plnění stejných úkolů, jak na začátku je nyní potřeba větší množství času a energie. Prodlužuje se i doba regenerace.

Venglářová (2011, s. 31) definuje příznaky jako „projevy symptomů v rovině psychické, změn v oblasti sociálního chování a tělesných příznaků.“

Psychické projevy – ztráta schopnosti radovat se, ztráta empatie, změny nálad, pronikavý pesimismus, netrpělivost, nervozita.

Změny v sociálním chování – cynismus, ironie, nekolegiální chování, ztráta přátel, omezení zájmů, pasivní agrese, negativní postoj vůči sobě.

Tělesné projevy – únava, vyčerpání, bolest hlavy, zažívací obtíže, zvýšené riziko psychosomatických obtíží, abúzus alkoholu a léků.

Stejně tak toto popisuje Jochmannová (2022, s. 72) jako třídění, kdy „příznaky můžeme pozorovat v oblasti psychické, fyzické i sociální.“

Psychické – postihuje negativně všechny duševní děje, konkrétně kognitivní procesy (úzkost, sebevražedné myšlenky), emotivní procesy (beznaděj, panika, deprese) a volní procesy (ztráta motivace).

Fyzické – dochází k celkovému vyčerpání organismu, které provází bolesti hlavy, břicha a pohybového aparátu, poruchy spánku, chronická únava.

Sociální – dochází k nezájmu o okolí, ztrátě empatie, vlídnosti k druhým lidem, často cynismu. Jedinec se postupně vyčleňuje ze společnosti.

2.2.6 Diagnostika

Obecná diagnostika syndromu vyhoření sama o sobě není jednoduchá, prolíná se zde více faktorů a směrů v rovinách (emocionálních, psychických, sociálních a fyzických). Jak již bylo zmíněno výše, tak syndrom vyhoření je složitým konstruktem. K samotné diagnostice je využíváno mnoho metod a nejčastěji jsou užívány dotazníky.

Venglářová (2011, s. 41-43) píše o možnostech měření míry ohrožení pomocí dotazníků a to konkrétně „dotazník hodnocení míry vyhoření, Maslach Burnout Inventory (dále jen MBI) a dotazník Burnout Measure (BM).“

Jochmanová (2022, s. 80) zmiňuje, že na „tři relativně samostatné faktory syndromu vyhoření je zaměřen primárně dotazník **Maslach Burnout Inventory**.“ Samotný dotazník má tři dimenze. Dvě jsou laděny negativně (emocionální vyčerpání a depersonalizace) a jedna je laděna pozitivně (osobní uspokojení v práci). Tento standardní hodnotící nástroj v podobě dotazníku vytvořila profesorka psychologie Christina Maslach, PhD., z Kalifornské univerzity v Berkeley. Její práce v oblasti syndromu vyhoření byla mnohokrát oceněna na světové úrovni a díky její snaze uznala Světová zdravotnická studie v roce 2019 syndrom vyhoření jako faktor ovlivňující zdravotní stav.

Nutné je ovšem zmínit do jisté míry omezení, jež popisuje Žídková (2010), která tvrdí, že v rámci České republiky neexistují jasně stanovené normy pro tento dotazník. Tato nejednotnost může do jisté míry ovlivňovat vyhodnocování syndromu vyhoření.

Venglářová (2011, s. 42) ve své knize uvádí že MBI je „nejznámější dotazník ke sledování syndromu vyhoření u exponovaných profesí.“ Pocity se zde hodnotí na stupnici četnosti nebo na stupnici intenzity a vyhodnocuje se celkové skóre pro jednotlivé dimenze. V knize Venglářové (2011) je použit originální MBI dotazník od Ch. Maslach, který přeložila Žídková (2010) do češtiny.

Existuje již i mnoho modifikací MBI dotazníku, které se přizpůsobují cílové skupině zkoumaných respondentů (GS – General Survey, HSS – Human Services Survey, HSSMP – Human Services Survey for Medical Personnel, ES – Educator Survey). Rozdílnost těchto dotazníků spočívá v konkretizaci otázek či jejich redukci pro danou cílovou oblast.

Tímto jevem se zabývala studie Havrdové et al. (2010), která zkoumala psychometrické vlastnosti dotazníků MBI-GS a AWS s výsledkem, že se výrazně neodlišují od originálních verzí či dostupných překladů. Výstupem je vždy míra ohrožení syndromem vyhoření v níže uvedených dimenzích. V rámci empirické části jsem vycházel z knihy Venglářové (2011), která zmiňuje právě MBI dotazník. Jedná se tedy o původní verzi MBI dotazníku.

Dotazník MBI hodnotí tři dimenze syndromu vyhoření:

- **Emocionální vyčerpání (EE)** – je charakterizováno stavem, v němž dochází ke ztrátě chuti do života, ztrátě zájmu a sil k jakékoliv činnosti. Bývá označována jako nejsměrodatnější ukazatel syndromu vyhoření.

- **Depersonalizace (DP)** – se vztahuje k chování, které jedinec projevuje k ostatním lidem. Tento stav se projevuje zahořkostí vůči těmto osobám, ztrátou respektu a úcty, případně odtažitým chováním.

- **Osobní uspokojení (PA)** – je poslední dimenze, která vyjadřuje tendenci k negativnímu posuzování sebe sama ve vztahu k práci a ostatním lidem a pocity vlastní kompetence. Představuje ohrožení pro ty jedince, jimž chybí schopnost zdravé sebedůvěry.

Maslach et al. (1996) udává, že každá dimenze má tři stupně z hlediska intenzity prožívání (nízký, střední a vysoký), které vyjadřují míru ohrožení syndromem vyhoření. Tyto dimenze a bodové hodnocení k nim byly určeny právě samotnou Ch. Maslach v procesu tvorby dotazníku MBI.

Adriaenssens et al. (2014) uvedli ve svém přehledu, který obsahoval data ze 17 studií sbíraných v celkové době 25 let, jasný závěr v tom, že v průměru 26 % nelékařského zdravotnického personálu bylo ohroženo syndromem vyhoření. V tomto případě je míra vyhoření v rámci této profese vysoká z hlediska nároků na práci samotnou, odpovědnost, administrativní zátěž, práci přesčas a zvýšenému riziku vystavení psychicky náročným situacím při výkonu svého povolání.

Juliá-Sanchis et al. (2019) zmiňují výsledky ve své deskriptivní studii, obsahující 550 respondentů pracujících v přednemocniční neodkladné péči na zdravotnické záchranné službě, kteří vyplnili MBI dotazník. Výsledky této studie ukázaly, že zaměstnanci Španělské zdravotnické záchranné služby vykazují podobnou míru vyhoření jako pracovníci v nemocnici. Jediný rozdíl se týkal toho, že zaměstnanci zdravotnické záchranné služby hodnotili svoji schopnost vykonávat práci a komunikovat s pacienty více empaticky než kolegové z urgentních příjmů. V závěru studie samotné se zmiňuje, že ke zlepšení je zapotřebí více vzdělávacích aktivit v této problematice.

2.2.7 Syndrom vyhoření v českém zdravotnictví

Obecnou predikcí výskytu syndromu vyhoření v českém zdravotnictví se zabývala ve své knize Špirudová (2015), která zkoumala 19 studií, z nichž vybrala 5, které použily pro výzkum dotazník MBI s celkovým počtem respondentů 615. Špirudová (2015, s. 25) uvádí v oblasti emocionálního vyčerpání vysoce ohrožených či s již rozvinutým syndromem vyhoření je souhrnně 158 sester (tj. 25,8 %), v oblasti depersonalizace 101 sester (tj. 16,42 %), v oblasti osobního uspokojení – resp. neuspokojení vykazuje vysoký stupeň ohrožení či již rozvinutý syndrom vyhoření 175 sester (tj. 25,8 %). Průměrná hodnota vysokého stupně ohrožení nebo již rozvinutého syndromu vyhoření u testovaných pomocí MBI dotazníku je u 144,67 sester, což představuje 23,52 %. Pokud výsledky těchto studií statisticky zpracujeme a vezmeme jako základ pro stanovení hrubé predikce ohrožení syndromem vyhoření zdravotních sester v ČR (v roce 2013–2014 registrováno 108 055 sester) může být v nízkém riziku vyhoření 50,2 % sester, ve středním riziku 30,8 % sester a ve vysokém stupni ohrožení 19 % sester. V absolutních číslech to znamená 20 530 českých sester, což nám říká, že ve vysokém stupni ohrožení či již rozvinutém syndromu vyhoření je každá 5. sestra v České republice.

Vévodová et al. (2016) ve své studii, zaměřující se na zjištění míry vyhoření pomocí MBI dotazníku, porovnával dvě skupiny. Jednou byli zaměstnanci urgentního příjmu Fakultní nemocnice Olomouc (dále jen FN OL) a druhou zaměstnanci Zdravotnické záchranné služby Olomouckého kraje (dále jen ZZS OL). Počet respondentů v této studii byl celkově 175 (90 FN OL, 85 ZZS OL). V průměru všech respondentů vyšlo ze studie:

- vysoké riziko vyhoření v oblasti EE u 32,7 %,
- vysoké riziko vyhoření v oblasti DP u 32 %,
- vysoké riziko vyhoření v oblasti PA u 26,3 %.

Z toho u skupiny ZZS OL konkrétně:

- vysoké riziko vyhoření v oblasti EE u 23,6 %,
- vysoké riziko vyhoření v oblasti DP u 37,6 %,
- vysoké riziko vyhoření v oblasti PA u 29,4 %.

V porovnání obou skupin bylo zjištěno, že ve skupině ZZS OL byla zaznamenána nižší úroveň ohrožení EE a vyšší úroveň ohrožení v DP a PA, než u skupiny FN OL. Sníženou míru ohrožení emocionálního vyčerpání a zvýšenou míru depersonalizace lze považovat za obranu a adaptační mechanismus proti syndromu vyhoření u zaměstnanců ZZS OL.

V tomto směru ve své studii i Klosiewicz et al. (2019) podotýkají, že v tomto směru by mělo být vynaloženo více úsilí na zvýšení informovanosti zdravotnických záchranářů a obecně nelékařských zdravotnických pracovníků, jak pracovat se stresem, kterému jsou ve svém povolání vystavováni.

S podobnou myšlenkou zkoumání vzájemného vztahu mezi pracovní zátěží a syndromem vyhoření přichází i Dimunová et al. (2018), která zkoumala soubor 770 zdravotních sester ze Slovenska. Výsledkem této studie bylo zjištění, že statisticky významná vyšší míra vyhoření byla zaznamenána u zdravotních sester, které mají delší dobu praxe, pracují na 8 či 12hodinové směny a jsou zaměstnány na pracovištích typu onkologie či jednotkách intenzivní péče. V konkrétních číslech této studie se zjistilo, že míra ohrožení v každé dílčí škále MBI dotazníků byla:

- vysoké riziko vyhoření v oblasti EE u 56,8 %,
- vysoké riziko vyhoření v oblasti DP u 29,4 %,
- vysoké riziko vyhoření v oblasti PA u 88,3 %.

Jednalo se o pracoviště, která svou povahou patří mezi ty, kde dochází k vyššímu výskytu psychické zátěže. Závěrem zde opět byla zmíněna nutná

podpora a vyvinutí tlaku směrem k managementu skrze zaměření se na prevenci snížení faktorů negativně ovlivňující psychický stav zdravotních sester, a tudíž zabránění rozvoje syndromu vyhoření.

2.2.8 Syndrom vyhoření v kontextu vzdělávání

Této oblasti se ve své knize věnuje Špirudová (2015, s. 28), která říká, že „problematice vzdělávání se studie nijak významně nevěnovaly, ačkoliv proces vzdělávání se a učení je významný faktor prevence syndromu vyhoření. Také z tohoto důvodu je potřebné usilovat o rozvoj a zkvalitňování celoživotního vzdělávání a také o implementaci konceptu učící se organizace do běžného a každodenního života v organizaci.“

Ve smyslu práce u zdravotnické záchranné služby a přístupu celoživotního vzdělávání, který je u zaměstnanců vyžadován v rámci platné legislativy, a to povinného interního vzdělávání v dotaci 16 hodin ročně. Dále je vyžadováno od zaměstnanců proaktivní přístup v rámci celoživotního vzdělávání ve formě aktivního/pasivního přístupu na odborných konferencích, certifikovaných kurzech či ve formě specializačního vzdělávání.

Samotné celoživotní vzdělávání Zormanová (2017, s. 21) definuje jako „celoživotní proces, který je uvědomělý a vede k formování osobnosti a postojů člověka, rozvoji jeho zájmů, osvojování vědomostí, dovedností, návyků, získávání zkušeností, osvojování efektivních vzorců chování, učí člověka vést kvalitní po všech stránkách plnohodnotný život ve společnosti.“

Pro rozvoj lidského kapitálu Vodák a Kucharčíková (2011, s. 37) píšou, že „podstatou tvorby, respektive zvyšování hodnoty lidského kapitálu je vynakládání peněžitých i nepeněžních prostředků v současnosti s cílem dosažení peněžních či nepeněžních výnosů v budoucnosti, nikoli však uspokojení současných potřeb.“ Zde v kontextu vzdělávání si osobně představuji aktivní podporu zaměstnanců ze strany zaměstnavatele nejen

v interním povinném vzdělávání, ale stejně tak například finanční podporou v rámci úhrady účasti na certifikovaných kurzech pro zvyšování odborné způsobilosti v podmínkách přednemocniční neodkladné péče. Stejně tak je zásadní podpora zaměstnavatele v rámci aktivní/pasivní účasti na odborných seminářích a konferencích v oblasti urgentní medicíny.

Stejně jak Vodák a Kucharčíková (2011, s. 38) zmiňují, že „investovat do lidského kapitálu jakožto výrobního vstupu může podnik různými formami. Může se orientovat i na zlepšování zdravotního stavu zaměstnanců.“

Co do vzdělávání a motivace ke vzdělávání je nutno podotknout i případné bariéry, které jsou překážkami bránící celoživotnímu vzdělávání. Zde Zormanová (2017, s.48) zmiňuje jako vnitřní bariéru právě nedostatek času na relaxaci a z něj vyplývající nárůst stresu, s tím spojená nízká motivace k celoživotnímu vzdělávání, rozvoj problémů na pracovišti při výkonu práce či v rámci konfliktů v interpersonální rovině.

Je zde potřeba vidět i andragogický přesah, respektive širší pojetí andragogiky tak, jak jej definoval Vladimír Jochman. Ve své knize Beneš (2014, s. 50–51) říká, že v rámci integrální andragogiky je zahrnuta i oblast edukace ve smyslu prevence sociálně nežádoucích jevů a zdravotní osvěty. Co se samotného zaměření integrální andragogiky týče, je zde především zaměření se na mobilizaci lidského kapitálu, orientace člověka v kritických uzlech jeho životní cesty či problémového průběhu jeho života (psychologický pohled).

Aplikování této myšlenky do konceptu prevence a snížení míry ohrožení syndromem vyhoření zaměstnanců zdravotnické záchranné služby je jednoznačná. Pokud se vedení organizace bude aktivně zajímat o zdraví zaměstnanců i v této podobě, například následným vytvořením směrnice, resp. organizačně řídicího dokumentu, bude se aktivně podílet na zvýšení informovanosti, a tudíž i snížení rizika rozvoje syndromu vyhoření svých zaměstnanců. Tento dokument by byl následně aplikován jako součást

adaptačního procesu nových zaměstnanců, či dán pomocí intranetu organizace k možnosti zhlédnutí a seznámení se s jeho obsahem pro zaměstnance stávající. Pokud zaměstnanci organizace budou mít snížené riziko vzniku syndromu vyhoření, vzniká zde souvislost s proaktivnějším přístupem ve smyslu pozitivního přístupu k celoživotnímu vzdělávání. To by následně mělo vést ke zvýšení teoretických znalostí a praktických dovedností zaměstnanců, a tudíž ke zlepšení kvality poskytované přednemocniční neodkladné péče, kterou organizace, jakou je zdravotnická záchranná služba, poskytuje.

2.2.9 Syndrom vyhoření v kontextu pracovních podmínek

Na tento jev se zaměřila ve své knize Jochmannová (2022, s. 74), která zmiňuje následující „faktory podílející se na syndromu vyhoření“. Jedná se o:

- nároky související s obsahem práce (nadměrné množství práce),
- nespravedlivé poměry a praktiky na pracovním prostředí,
- nedostatek sociální opory,
- špatná organizace práce (nejasná vymezení kompetencí),
- práce v prostředí konfliktů hodnot, nedostatečná odměna (ve smyslu ekonomickém, psychosociálním),
- profesní perspektiva (nejasný kariérní řád, nevyužitá kvalifikace),
- fyzické prostředí (hluk, teplota, osvětlení a bezpečnost).

Toto doplňuje ve své knize Špirudová (2015, s. 28) která tvrdí, že „spokojenost v práci souvisí s nízkou mírou ohrožení a naopak. Míru vyhoření v tomto případě zvyšují například i přesčasové hodiny.“

Stejně tak Špirudová (2015) zmiňuje ve studii Košnarové (2005), která byla provedena v rámci jedné z fakultních nemocnic, kdy téměř 33 % sester se nevyjádřilo na toto téma. Špirudová (2015) přikládá tento jev možnosti, kdy se ze stran sester mohla objevit obava, že tyto informace budou brány vedením

a managementem nemocnice jako stěžování si, a proto se radši na toto téma nevyjádřily. Zmiňuje zde i variantu, že v daném zdravotnickém zařízení se přesčasy vyskytují zřídka kdy čili sestry nepovažovaly za důležité se k této problematice vyjadřovat.

Debska et al. (2019) zmiňuje ve své studii zaměřené na hodnocení psychické a profesní zátěže vyhoření u sester pracujících na jednotkách intenzivní péče, kde jedna ze skupin byla tvořena právě sestrami z České republiky (106 respondentů z celkových 312). Zbylé dvě skupiny byly tvořeny sestrami ze Slovenska a Polska. Výsledky ukazují jasné vystavení riziku rozvoje syndromu vyhoření. Jedním z nástrojů v této studii byl právě MBI dotazník. V závěru studie Debska říká, že vzhledem k zdravotním rizikům, které s sebou syndrom vyhoření nese, je potřeba rozvíjet strategie pro zvládání stresu. Důsledkem toho mohou být vypracovány doporučené postupy pro vytvoření bezpečných pracovních podmínek s ohledem na mobilitu zaměstnanců v zemích EU a práci ve zdravotnictví.

2.2.10 Prevence a edukace

Ohledně prevence syndromu vyhoření je mnoho literatury a postupů, které lze aplikovat. V tomto ohledu Jochmannová (2022, s. 78) říká, že „klíčovým aspektem v boji proti syndromu vyhoření je včasná prevence, tedy příprava organismu na nadměrnou zátěž. Úkolem odborníků je tedy nejen studovat, ale také naznačit, jak je možno vyhoření předcházet. Práce lze v tomto směru rozdělit na dvě základní skupiny.“

Interní postupy – metody zaměřené na toho, kdo je ohrožen vyhořením. Především tam, kde je člověk zaměřen na jeden úzce definovaný cíl. Tito lidé berou úspěch jako největší smysl svého života a mají potřebu vynikat (charakteristika chování typu A).

Externí postupy – aktivity zaměřené na úpravu vnějších podmínek, které by mohly vyhoření napomoci. Sociální opora je v tomto směru považována za jeden z nejdůležitějších externích faktorů.

Z hlediska klíčových bodů v oblasti prevence se zmiňuje termín **duševní hygiena**, (viz příloha 1). Jochmannová (2022, s. 79) tento pojem definuje jako „systém vědecky propracovaných pravidel a rad, sloužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání zdraví a dušení rovnováhy.“ Zabývá se především:

- Duševně zdravými lidmi, kdy jde o upevnění a posílení duševního zdraví. Ve vztahu k syndromu vyhoření se jedná o prevenci.
- Lidmi na hranici zdraví a nemoci, u kterých lze diagnostikovat narušení duševní rovnováhy.
- Lidmi nemocnými, kteří přináší podněty k dodržení zásad životosprávy v době mimořádného zdravotního vypětí.

Andršová (2012, s. 105) v tomto směru zmiňuje, že „základní motto pomáhajících profesí by mělo znít: *Kdo chce dávat, musí také vědět kde brátí.*“ Naráží zde stejně tak na problematiku stigmatizace lidí, kteří v rámci České republiky navštěvují psychologa či vyhledají jinou odbornou pomoc a podporu v souvislosti s tím, jak jsou vnímáni svým okolím.

V tomto směru nelze než nesouhlasit a zároveň podotknout fakt, že v péči o své duševní zdraví je a měl by být zájem a zodpovědnost každého jednoho z nás. S tímto souhlasí i Venglářová (2011, s. 32), která píše o „plném převzetí zodpovědnosti za sebe a svůj život se vším všudy. To znamená postarat se o vlastní smysluplný, příjemný a fyzicky aktivní život mimo roli pomáhajícího.“ S tímto výrokem souhlasí i Honzák (2005, s. 18), který říká, že „mnoho věci změnit nelze, ale to, co člověk může bezpečně změnit, je on sám.“ Proto je nezbytné podporovat jedince v aktivním hledání vlastních zdrojů. Jinými slovy nutná sebereflexe a znalost sebe samotného, svých hranic

a limitů. Je důležité umět změnit životní styl (stravování, spánek aj.), někteří zdravotníci si v této době, kdy ztrácí zájem o práci hledají povzbuzení ve formě dalších firemních aktivit. Vezmou si pracovní úkoly navíc, začnou studovat. Důsledky těchto rozhodnutí jsou ovšem zcela kontraproduktivní. Nutné je umět si **vytvořit místo odpočinku** čili vytvoření fyzického prostoru a času jen pro sebe a své vlastní soukromí. Toto místo primárně užívat jen pro sebe samotného. Z hlediska organizace je pak na místě vytvoření například již zmiňované směrnice či organizačně řídicího dokumentu, který má za cíl informovat o možnostech prevence.

Jak uvádí Andršová (2012, s. 45) tak v rámci nejvhodnějšího řešení syndromu vyhoření je jeho samotná prevence. K tomu patří následující rady:

- **Nepropadat syndromu mesiáše** – nejsem zodpovědný za vše s čím se v praxi potkám, nemůžu změnit nespravedlnost.
- **Obohaťte svojí práci** – dělejte něco jiného, než jen samotnou záchranářskou práci (výuka první pomoci, zdravotník zotavovacích akcí).
- **Užijte si dostatečné přestávky** – u ZZS není možné si často přestávky plánovat, je však možné tyto chvíle využít na maximum.
- **Vyvarujte se negativního myšlení** – i když je člověk v beznaději a depresi. Pochvalte se, zkuste najít pozitiva na své práci a životě.
- **Předcházejte problémům s kolegy** – používat adekvátní komunikační techniky, nevstupovat do konfliktů, nenechat se vyprovokovat.
- **Pokuste se zachovat klid** – meditace, antistresové programy apod.

Zacharová & Šimíčková-Čížková (2011, s. 85) zmiňují, že v rámci prevence jsou především důležité tyto kroky:

- Snížit vysoké nároky na sebe i druhé.
- Naučit se říkat ne, nedovolit se nechat přetěžovat.
- Nepropadat syndromu pomocníka.
- Vyjadřovat otevřeně své pocity, ale s ohledem na druhé.

- Nestagnovat a být otevřený novým informacím.
- Využívat nabídky pomoci, vyhledat odborníka, využít supervizi.
- Zajímat se o své zdraví, vnímat varovné příznaky svého těla.

2.2.11 SPIS (Systém psychosociální intervenční služby)

Tento systém psychosociální služby a peer podpory v krizových situacích popisuje Špirudová (2015, s. 113) jako „podpůrnou službu pro všechny zdravotníky, kteří prožívají profesně náročné a někdy i nadlimitní těžké situace (náhlé úmrtí člena týmu, prožité ohrožení vlastního života, péče o zraněné a umírající dítě).“

Takto se sama definuje i SPIS (n.d.) na svých oficiálních internetových stránkách a zmiňuje zde dvě základní složky. Prvním je termín **peer**, zde je potřeba si představit kolegu (zdravotnického pracovníka), který prošel školením pro poskytování první psychologické pomoci svým kolegům (viz příloha 2 a 3). Druhou složkou je poskytování psychické pomoci lidem sekundárně zasaženým jakoukoliv psychicky náročnou situací (úmrtí člena rodiny, blízkého rodinného příslušníka). Tuto činnost provádí **zdravotnický intervent**, opět se jedná o proškoleného zdravotníka, který pomáhá a poskytuje psychickou podporu ve výše zmíněných případech.

Základní princip této podpory je založen na dobrovolnosti a kolegiální podpoře (peer). Tento koncept sám o sobě pochází ze zahraničí, které mají s tímto přístupem dlouholetou zkušenost. Obecná představa je taková, že zdravotník sám o sobě je osobou, která běžně nevyžaduje nutnost psychoterapeuta či psychiatra. Ovšem zde je nutno podotknout i fakt, že během dlouhodobého vystavení se nadlimitní zátěži při výkonu své práce se toto může projevit do celkového psychického zdraví jedince. Jak jsem již podotkl, základním principem je dobrovolnost ve smyslu, že služba jako taková je nabídnuta a zároveň stejně tak může být i odmítnuta. Samotné setkání je vždy striktně důvěrné. Poskytnutí této služby není psychoterapií či psychiatrickou

léčbou. Klíčovým cílem je hlavně prevence, psychická podpora, vzdělání zaměstnanců v dané problematice. Opět je zde třeba zmínit důraz na osobní zodpovědnost za své zdraví. Jelikož hromadění náročných a takto nezpracovaných situací může vést k dlouhodobé psychické zátěži, snížení kvality poskytované péče a zvýšení míry rizika profesní chyby.

Ve výroční zprávě Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje se uvádí že „v roce 2021 poskytl tým SPIS celkem 12 individuálních intervencí a 1 skupinovou intervenci. Na podzim tohoto roku proběhlo pracovní setkání týmů včetně absolvování povinného vzdělávání v problematice za účasti spolupracujícího psychologa.“

2.2.12 Supervize

Pro komplexnější pochopení tohoto termínu je nutno zmínit definice, které jsou uváděny v odborné literatuře. V tomto smyslu Venglářová (2013, s. 7) udává, že „smyslem supervize je péče o pracovníka, který díky dobré psychické pohodě i odbornému růstu může lépe poskytovat kvalitní péči pacientům.“

Stejně tak Venglářová (2013) zmiňuje supervizi jako proces, který pomáhá porozumět a dávat reflexi profesní roli danému pracovníkovi (týmu či skupině). V konceptu zdravotnictví je upřednostňován integrativní přístup, který se zaměřuje hlavně na zodpovědnost samotného pracovníka, dodržení etických principů. Sám supervizor jako osoba vyškolená v supervizi zde pomáhá s procesem porozumění pocitů, vyhodnocením dalšího postupu práce včetně řešení odborných problémů. Osobou, která tato doporučení přijímá, je pak supervidovaný. Důležité je zde říci, že samotná supervize by měla přicházet vždy zvenčí čili samotný supervizor by měla být osoba, která pracuje mimo dané pracoviště či organizaci. Samotná supervize by v takovém případě neměla být brána jako audit, kontrola či dohled nad kvalitou práce.

Jedná se posílení profesionality, podpora při zavádění nových postupů, možnosti profesního růstu, poradenství a učení.

Základní cíle supervize v tomto směru Venglářová (2013, s. 24) udává jako:

- **Vzdělávací (formativní)** – oblast pro rozvoj teoretických znalostí a praktických dovedností, vedoucí ke zlepšení kvality poskytované péče a komunikace s pacientem.

- **Podpůrná (restorativní)** – rozvíjení schopnosti sebereflexe, mluvit o pocitech, starostech a obavách zdravotnického pracovníka. Tato složka je nejdůležitější v rámci prevence rozvoje syndromu vyhoření.

- **Řídící (normativní)** – supervizor je prvkem kvality péče, obzvláště v rámci adaptačního procesu nových zaměstnanců, kde může pomoci hledat správné postupy poskytování péče a přebírání zodpovědnosti za výsledky své práce.

Cílem supervize (vzájemné interakce) je, aby mezi supervizorem a supervidovaným za pomoci vzájemného úsilí byl společný výstup, kdy supervidovaná osoba může efektivněji a účinněji pomáhat svým pacientům.

2.3 Zdravotnická záchranná služba Pardubického kraje

2.3.1 Struktura organizace

Zdravotnická záchranná služba Pardubického kraje (dále jen ZZS PAK) je příspěvková organizace a jejím zřizovatelem je Pardubický kraj. Jejím hlavním úkolem je poskytování zdravotních služeb v souladu se zákonem č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování ve znění pozdějších předpisů a zákonem č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě. Služba je garantovaná státem a je hrazena ze státního rozpočtu a zdravotního pojištění. Dalšími činnostmi ZZS PAK je realizace akreditovaných vzdělávacích programů pro zdravotníky, školení první

pomoci pro laickou veřejnost a zajištění zdravotnických asistencí při pořádání veřejných kulturních, společenských a sportovních akcí.

2.3.2 Statistika

Data zmíněná ve výroční zprávě organizace Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje jasně prokazují nárůst, co se týká počtu volání na tísňovou linku, tak i samotný počet výjezdů posádek ZZS PAK, viz následující tabulka. Na neustále navyšující počet se organizace snaží reagovat navýšením počtu výjezdových skupin. Bohužel i přes to se četnost volání i následných výjezdů neustále zvyšuje, což samo o sobě úzce souvisí s danou problematikou této práce. Nejen každoroční nárůst výjezdů ale s tím i spojená administrativní činnost, neindikované výjezdy, problematika směřování pacientů do cílových zdravotnických zařízení skrze přeplněné kapacity. Zvyšující se agresivita, ať už verbální či dokonce ve formě fyzické se tak celkově promítá do celkového obrazu, kterému jsou nelékařští zdravotničtí pracovníci vystavováni a která se prokazatelně podílí na rozvoji syndromu vyhoření.

Tabulka 1 Počty volání na tísňovou linku a počty výjezdů ZZS PAK

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Počet volání	64 344	66 726	67 380	69 840	71 349	77 250
Počet výjezdů	51 748	53 648	56 490	58 519	57 510	60 011

Zdroj: Výroční zpráva ZZS PAK 2022

2.3.3 Metodika v rámci prevence syndromu vyhoření

Co se metodiky prevence syndromu vyhoření týče, organizace, jakou je ZZS PAK, již momentálně nepracuje s organizačně řídicím dokumentem seznamujícím zaměstnance o možnostech prevence proti rozvoji syndromu vyhoření. Pracoviště krizové připravenosti říká, že metodika spočívá v obecné informovanosti zaměstnanců o systému SPIS, konkrétně formou a možnosti komunikace s kolegy peery. Tato informace je i součástí traumatologického plánu, který je vypracovaný pro tuto organizaci. Tito kolegové jsou primárně oslovováni jako podpora kolegům v situacích psychicky náročných. Především se jedná o situace, kdy zaměstnanec vnímá vyšší profesní zátěž, nadlimitní duševní události při své práci, je v přímém styku s pacienty (jejich nemocí, umíráním nebo smrti) nebo kdy jen cítí potřebu psychické podpory. Dále je organizace připravena poskytnout kontakty na nasmlouvané psychology, kteří jsou kontaktováni v případě nutnosti při výše uvedených událostech. S touto informací by dle slov pracoviště krizové připravenosti měli být seznámeni všichni zaměstnanci. Nově nastupující jsou tímto postupem informováni během adaptačního procesu či v rámci konferencí pořádaných pravidelně touto organizací. Nutno tedy podotknout fakt, že v tomto případě není v organizaci dostupná směrnice/organizačně řídicí dokument, zabývající se prevencí syndromu vyhoření. To, jak tuto problematiku vnímá, je až samotná nabídka řešení (důsledků) psychicky náročných situací, které se u zaměstnanců mohou objevit. Pro tyto výše zmíněné důvody jsem zvolil právě tematiku syndromu vyhoření pro vypracování mé diplomové práce, která by mohla být následně iniciací či oporou pro vytvoření nové směrnice/organizačně řídicího dokumentu v rámci této organizace.

3 Empirická část

3.1 Cíle dotazníkového šetření

Hlavním cílem této práce je popsat, jaká je míra ohrožení syndromem vyhoření u zaměstnanců v organizaci Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje. Dílčím cílem této práce je indikovat míru informovanosti zaměstnanců a hodnocení přístupu zaměstnavatele v oblasti prevence syndromu vyhoření.

3.2 Formulace dílčích dílů a hypotéz

K určení hlavních hypotéz 1-3 jsem vycházel především ze získaných dat ze studie Vévodové et al. (2016), která popisovala vysokou míru ohrožení v jednotlivých škálách emocionálního vyčerpání, depersonalizace a osobního uspokojení z práce u 85 zaměstnanců ZZS Olomouckého kraje. Na základě těchto výsledků jsem určil procentuální stupně pro jednotlivé škály pro porovnání výsledků získaných od zaměstnanců ZZS Pardubického kraje. Hypotéza 4 má návaznost na studii Colin et al. (2009), která zahrnovala 10 659 respondentů s jasným závěrem, že nenašla výrazné signifikantní rozdíly mezi pohlavím a rozvojem syndromu vyhoření. Hypotéza 5, 6 a 8 propojuje teoretickou část syndromu vyhoření v kontextu českého zdravotnictví. Hypotézy 5 a 6 jsou v tomto směru zaměřeny na vztah mezi délkou praxe, kterou zmiňuje Dimunová et al. (2018) a pracovní pozici respondentů. Hypotéza 8 navazuje na reálnou zkušenost respondentů se syndromem vyhoření v návaznosti na studii Špirudové (2015) s četností výskytu syndromu vyhoření v českém zdravotnictví. Hypotéza 7, 9 a 10 navazuje na kapitoly syndromu vyhoření v kontextu vzdělávání. Interpretuje se zde vztah syndromu vyhoření a snížené motivace k celoživotnímu vzdělávání, kdy Zormanová (2017) toto popisuje jako bariéry bránící celoživotnímu vzdělávání.

1. Zjistit stupeň emocionálního vyčerpání zaměstnanců Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje.

H1: Vysoký stupeň emocionálního vyčerpání bude přítomen minimálně u 25 % zaměstnanců Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje.

2. Zjistit stupeň depersonalizace zaměstnanců Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje.

H2: Vysoký stupeň depersonalizace bude přítomen minimálně u 35 % zaměstnanců Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje.

3. Zjistit stupeň osobního uspokojení z práce zaměstnanců Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje.

H3: Vysoký stupeň osobního uspokojení z práce bude přítomen minimálně u 30 % zaměstnanců Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje.

4. Popsat vztah mezi pohlavím a mírou ohrožení syndromem vyhoření.

H4: Pohlaví respondentů nebude mít vliv na vysokou míru ohrožení.

5. Popsat vztah mezi délkou praxe a mírou ohrožení syndromem vyhoření.

H5: Čím delší bude délka praxe, tím více se bude vyskytovat vysoká míra ohrožení syndromem ohrožení v jednotlivých škálách.

6. Popsat rozdíl mezi jednotlivými pracovními pozicemi a mírou ohrožení syndromem vyhoření.

H6: Řidiči budou méně ohrožení syndromem vyhoření než zdravotničtí záchranáři a lékaři.

7. Popsat, jak zaměstnanci subjektivně hodnotí své teoretické znalosti v oblasti prevence syndromu vyhoření.

H7: Více než 50 % zaměstnanců bude hodnotit svoje teoretické znalosti v oblasti syndromu vyhoření jako průměrné či lepší.

8. Popsat, jestli se zaměstnanci během své praxe setkali s kolegou/kolegyní vykazující příznaky syndromu vyhoření.

H8: Více než 75 % zaměstnanců se setkalo s kolegou/kolegyní, vykazující příznaky syndromu vyhoření.

9. Popsat, jak zaměstnanci hodnotí celkový přístup zaměstnavatele v oblasti prevence syndromu vyhoření.

H9: Více než 50 % zaměstnanců bude hodnotit celkový přístup zaměstnavatele v oblasti prevence syndromu vyhoření za nedostatečný.

10. Popsat, jestli by zaměstnanci uvítali více informací týkající se zabránění rozvoji syndromu vyhoření.

H10: Více než 50 % zaměstnanců by uvítalo více informací týkající se zabránění rozvoji syndromu vyhoření.

3.3 Metodika

Pro naplnění empirického cíle práce byl zvolen jako nástroj výzkumu dotazník. Tento dotazník byl vytvořený pro zaměstnance organizace Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje a je členěn do třech částí.

První část je věnována identifikaci respondenta z hlediska pracovní pozice, pohlaví a délky praxe v rámci práce ve zdravotnictví. Tyto informace budou následně využity pro popis vztahu mezi vysokou mírou ohrožení syndromem vyhoření a jednotlivými kategoriemi, které zmiňují výše.

Druhou částí je dotazník MBI, který obsahuje 22 otázek, z nichž devět se vztahuje k emocionálnímu vyčerpání (EE), pět otázek k depersonalizaci

(DP) a osm k úrovni osobního uspokojení (PA). Respondenti zvažují u každé položky intenzitu svých emocí na Likertově škále.

Třetí část dotazníku identifikuje subjektivní zkušenost a znalost respondenta v oblasti syndromu vyhoření. Tato část dotazníku vznikla v návaznosti na kapitolu 2.2.8 Syndrom vyhoření v kontextu vzdělávání. Nadmíra stresu výrazně ovlivňuje motivaci k celoživotnímu vzdělávání a jedná se o jednu ze zásadních bariér. Stejně tak zde navazují na přesah integrální andragogiky, do které je zahrnuta edukace ve smyslu prevence sociálně nežádoucích jevů a zdravotní osvěty. Proto se zde nacházejí otázky týkající se spokojenosti s přístupem zaměstnavatele, jeho postoje k problematice prevence syndromu vyhoření. Dále zde jsou otázky týkající se zájmu o případný dokument rozšiřující znalosti v oblasti prevence proti rozvoji syndromu vyhoření v návaznosti na teoretická východiska této práce. Předpokladem je zmírnit míru ohrožení syndromem vyhoření u těchto zaměstnanců. Následně by se tento jev měl projevit v podobě zvýšené motivace a proaktivního přístupu k celoživotnímu vzdělávání.

3.4 Charakteristika výzkumného souboru

Respondenti byli vzhledem k cíli práce získáni záměrným výběrem. Oslovovali se zaměstnanci Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje, a to konkrétně řidiči vozidla zdravotnické záchranné služby (dále jen řidič ZZS), zdravotničtí záchranáři/sestry se specializací (dále jen ZZ), operátoři zdravotnického operačního střediska (dále jen operátor ZOS) a lékaři. V rámci jedné organizace je počet respondentů limitován počtem zaměstnaných osob. K datu 31.12.2022 byl cestou personálního oddělení veden dotaz na aktuální počty zaměstnanců organizace. Celkový počet zaměstnanců při hlavním pracovním poměru je 351. Konkrétně dle pracovních pozic je uveden následující seznam:

- lékař/ka: 39,
- zdravotnický záchranář/sestra se specializací/: 198,
- řidič vozidla ZZS: 92,
- operátor/ka ZOS: 22.

Sběr dat pro toto dotazníkové šetření probíhal v termínu od 1.1. do 31.1. 2023. Sběr dat byl realizován pomocí online dotazníku, který byl zaslán přes intranet organizace každému jednomu zaměstnanci. Cílem bylo oslovit všechny zaměstnance, a vyvarovat se tak duplicitnímu vyplnění dotazníků, které by celkový výsledek tohoto šetření mohly ovlivnit.

Návratnost dotazníků byla z celkového počtu 351 oslovených zaměstnanců 36 %, tedy konkrétně 126 kompletně vyplněných dotazníků. Předvýzkum byl realizován rozesláním pilotního dotazníku pěti respondentům pro nastavení orientační časové doby na vyplnění dotazníku včetně ověření správného pochopení všech položených otázek. Výsledkem bylo rozdělení dotazníku do tří samostatných celků. V první části jsem oslovil vedoucí jednotlivých výjezdových základen v rámci organizace ZZS PAK, aby svým zaměstnancům poslali žádost s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku. Tento způsob jsem zvolil z toho důvodu, že vedoucí těchto stanovišť jsou pravidelně v kontaktu se svými kolegy a každý měsíc je seznamují se službami a aktuálními novinkami. Chtěl jsem takto zvýšit šanci na co nejvyšší možnou míru návratnosti dotazníku. Výsledkem bylo vyplnění 86 dotazníků. Následně jsem se cestou personálního oddělení organizace domluvil a nechal všem zaměstnancům poslat přes intranet organizace soukromou zprávu, kde jsem poděkoval těm, kteří již na dotazník odpověděli a požádal je, ať již tak znovu nečiní skrze duplicitní odpovědi. Požádal jsem tak touto cestou znovu ty, kteří na dotazník zatím neodpověděli a chtěli by se na toto téma vyjádřit. Podpora návratnosti v tomto směru získala odpověď od dalších 40

zaměstnanců navíc. Proto je celkový počet respondentů finálně 126 kompletně vyplněných dotazníků.

3.5 Analýza dat

3.5.1 Vyhodnocení první části dotazníku: Identifikační otázky

V první části dotazníku jsem se zaměřil na tři kategorie otázek týkající se identifikace samotného respondenta. Konkrétně se jednalo o pracovní pozici, kterou v organizaci ZZS PAK vykonává, délku praxe a pohlaví.

Pracovní pozice respondentů – specifická návratnost

Zastoupení pracovních pozic jsem zde porovnal se strukturou všech oslovených zaměstnanců ZZS. Přehledně to ukazuje tabulka níže, kde je zřejmá rozdílná návratnost u jednotlivých pracovních pozic. Nejnižší návratnost byla zjištěna pro pozici řidiče vozidla ZZS. Pozice zdravotnický záchranář a lékař byla zastoupena v obdobné míře. Naopak nejvyšší návratnost byla zaznamenána u operátorů ZOS. Jedním z možných důvodů, proč je skupina operátorů nejvíce zastoupena, může být daná povahou práce, která vyžaduje neustálou práci na počítači. Tudíž šance vyplnit tento dotazník v práci byla výrazně vyšší pro tuto skupinu, než tomu bylo u posádek ve výjezdové skupině. Na druhou stranu je třeba říci, že je povinností zaměstnanců pravidelně kontrolovat informace, které jsou zaslány přes intranet organizace.

Tabulka 2 Pracovní pozice – specifická návratnost

Pracovní pozice	Osloveno (n)	Odpovědělo (n)	Návratnost (%)
Lékař/ka	39	13	33 %
Zdravotnický záchranář	198	76	38 %
Operátor/ka ZOS	22	17	77 %
Řidič vozidla ZZS	92	20	22 %
Celkem	351	126	36 %

Pracovní pozice, délka praxe a pohlaví

Četnost jednotlivých pracovních pozic, délky praxe a pohlaví je zpracována pro lepší přehlednost v samostatné tabulce níže. Nejvíce zastoupenou skupinu v tomto souboru tvoří zaměstnanci v pozici zdravotnický záchranář, zbylé dvě skupiny operátorů a řidičů vozidla ZZS byly zastoupeny podobně. Nejmenší skupinou v tomto souboru jsou potom lékaři. Zastoupení jednotlivých pracovních pozic je poměrně nevyrovnané. Naopak se tomu děje v dalších dvou kategoriích. Co se týče délky praxe, zde došlo k vytvoření tří skupin. Díky tomuto kroku lze pracovat s třemi početně vyrovnanými skupinami, které budou využity k následnému porovnání míry ohrožení syndromem vyhoření. Také zastoupení mužů a žen v rámci tohoto dotazníkového šetření je vcelku vyrovnané.

Tabulka 3 Pracovní pozice, délka praxe a pohlaví respondentů

	Absolutní četnost (n=126)	Relativní četnost (%)
Pracovní pozice		
Lékař/ka	13	10 %
Zdravotnický záchranář	76	60 %
Operátor/ka ZOS	17	14 %
Řidič vozidla ZZS	20	16 %
Délka praxe		
Méně než 10 let	46	36 %
11–20 let	40	32 %
21 a více let	40	32 %
Pohlaví		
Muž	65	52 %
Žena	61	48 %

3.5.2 Vyhodnocení druhé části dotazníku: MBI dotazník

V druhé části dotazníku jsem vyhodnocoval samostatný MBI dotazník, který je dělený na tři dimenze. Každá jedna dimenze se hodnotí samostatně a jedná se konkrétně o emocionální vyčerpání (EE), depersonalizaci (DP) a osobní uspokojení z práce (PA).

Celkový počet otázek v této části je 22. Na každou otázku odpovídali respondenti na hodnotící škále 0-7, značící intenzitu pocitů tak, jak ji každý subjektivně vnímal. Hodnota 0 odpovídala pocitu „vůbec“ a naopak hodnota 7 značila sílu pocitu jako „velmi silně“. V rámci přehledu uvádím rozložení absolutních četností jednotlivých odpovědí pro vyhodnocení každé jedné otázky zvlášť.

Tabulka 4 Rozložení četnosti odpovědí MBI dotazníku

(n=126)	0	1	2	3	4	5	6	7
Otázka 1	15	12	34	21	19	12	9	4
Otázka 2	9	22	31	23	12	20	9	0
Otázka 3	32	26	24	11	9	13	11	0
Otázka 4	2	3	8	20	23	38	24	8
Otázka 5	27	28	26	15	12	12	5	1
Otázka 6	9	21	24	18	16	25	7	4
Otázka 7	1	1	5	20	25	34	33	7
Otázka 8	29	22	20	16	10	16	10	3
Otázka 9	2	2	17	28	21	30	17	9
Otázka 10	23	20	16	17	17	20	9	4
Otázka 11	19	13	13	16	22	25	15	3
Otázka 12	1	4	24	22	25	20	18	12
Otázka 13	26	28	19	13	15	12	10	3
Otázka 14	12	31	18	10	20	22	12	1
Otázka 15	24	26	14	26	20	11	3	2
Otázka 16	18	24	33	13	18	15	3	2
Otázka 17	0	3	11	19	29	32	24	8
Otázka 18	2	8	26	30	32	17	5	6
Otázka 19	0	1	6	23	24	33	23	16
Otázka 20	42	23	20	12	12	14	2	1
Otázka 21	3	9	15	28	19	28	16	8
Otázka 22	42	17	26	17	13	6	3	2

Emocionální vyčerpání

Pro vyhodnocení této škály je potřeba sečíst bodové ohodnocení z otázek 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 a 20 pro každého jednoho respondenta a následně jej rozlišit dle daného klíče do kategorie nízkého, mírného nebo vysokého stupně ohrožení v dané škále. Následný výsledek každého jednoho respondenta byl zaznamenán do připravené tabulky pro výskyt absolutní a relativní četnosti pro jednotlivé stupně. V rámci odkazu na kapitolu 2.2.6 připomínám, že užívám model MBI dotazníku, který ve své knize zmiňuje Venglářová (2011). V rámci ČR je značná nejednotnost užití těchto dotazníků, konkrétní mnou užívaný model dotazníku vychází z původní verze MBI dotazníku, který vytvořila psycholožka Ch. Maslach. Na základě svého zkoumání rozdělila jednotlivé dimenze do tří stupňů. Každá z těchto dimenzí má své individuální bodové hodnocení. Pro emocionální vyčerpání je tato škála rozlišena:

- nízký stupeň: 0-16 bodů,
- mírný stupeň: 17-26 bodů,
- vysoký stupeň: 27 a více bodů.

Tabulka 5 Stupeň emocionálního vyčerpání zaměstnanců ZZS PAK

Emocionální vyčerpání	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Nízký stupeň	52	41 %
Mírný stupeň	27	22 %
Vysoký stupeň	47	37 %
Celkem	126	100 %

Pro výše uvedenou tabulku je zřejmé, že vysokým stupněm ohrožení syndromem vyhoření v oblasti emocionálního vyčerpání je ohroženo celkem 47 respondentů čili 37 %. Dále v mírném stupni se jednalo o 27 respondentů čili 22 % a nízký stupeň míry ohrožení je zastoupen v celkovém počtu 52 respondentů čili 41 %.

Depersonalizace

Pro vyhodnocení této škály je potřeba sečíst bodové ohodnocení z otázek 5, 10, 11, 15 a 22 pro každého jednoho respondenta a následně jej rozlišit dle daného klíče do kategorie nízkého, mírného nebo vysokého stupně ohrožení v dané škále. Následný výsledek každého jednoho respondenta byl zaznamenán do připravené tabulky pro výskyt absolutní a relativní četnosti pro jednotlivé stupně. Pro emocionální vyčerpání je tato škála rozlišena:

- nízký stupeň: 0-6 bodů,
- mírný stupeň: 7-12 bodů,
- vysoký stupeň: 13 a více bodů.

Tabulka 6 Stupeň depersonalizace zaměstnanců ZZS PAK

Depersonalizace	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Nízký stupeň	31	25 %
Mírný stupeň	32	25 %
Vysoký stupeň	63	50 %
Celkem	126	100 %

Nejčastější odpovědí v oblasti depersonalizace je pro vysoký stupeň ohrožení a to konkrétně 63 respondentů čili 50 %. Pro mírný stupeň tohoto ohrožení vyšla hodnota 32 respondentů čili 25 % a pro poslední variantu nízkého stupně ohrožení, kde vyšel výsledek pro 31 respondentů čili 25 %.

Osobní uspokojení z práce

Pro vyhodnocení této škály je potřeba sečíst bodové ohodnocení z otázek 4, 7, 9, 12, 15, 17, 18, 19 a 21 pro každého jednoho respondenta a následně jej rozlišit dle daného klíče do kategorie nízkého, mírného nebo vysokého stupně ohrožení v dané škále. Následný výsledek každého jednoho respondenta byl zaznamenán do připravené tabulky pro výskyt absolutní

a relativní četnosti pro jednotlivé stupně. Pro emocionální vyčerpání je tato škála rozlišena:

- nízký stupeň: 39 a více bodů,
- mírný stupeň: 38-32 bodů,
- vysoký stupeň: 31-0 bodů.

Tabulka 7 **Stupeň osobního uspokojení z práce zaměstnanců ZZS PAK**

Osobní uspokojení z práce	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Nízký stupeň	38	30 %
Mírný stupeň	34	27 %
Vysoký stupeň	54	43 %
Celkem	126	100 %

Vysokým stupněm ohrožení v škále osobního uspokojení z práce byla nejvyšší četnost a to konkrétně 52 respondentů čili 43 %. Mírný stupněm ohrožení je ohroženo 34 respondentů čili 27 % a pro nízký stupeň ohrožení vyšla zbývající hodnota 38 respondentů čili 30 %.

3.5.3 Vyhodnocení třetí části dotazníku: Osobní zkušenost se syndromem vyhoření

V poslední části jsem se věnoval osobní zkušenosti respondenta se syndromem vyhoření. Tuto část jsem rozdělil do šesti samostatných otázek týkající se absolvování školení, uvítání více informací ohledně prevence, spokojenosti s přístupem organizace v této problematice, osobní zkušenosti se syndromem vyhoření a subjektivního hodnocení teoretických znalostí vztahující syndromu vyhoření. Samotná interpretace těchto otázek bude vyhodnocena a popsána v následující kapitole v návaznosti na stanovené hypotézy této práce.

3.6 Interpretace výsledků výzkumného šetření

Hypotéza 1:

Popsat stupeň emocionálního vyčerpání zaměstnanců Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje.

H1: Vysoký stupeň emocionálního vyčerpání bude přítomen minimálně u 25 % zaměstnanců Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje.

Tabulka 8 **Stupeň emocionálního vyčerpání (MBI – EE)**

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Nízký stupeň	52	41 %
Mírný stupeň	27	22 %
Vysoký stupeň	47	37 %
Celkem	126	100 %

Hypotéza 2:

Popsat stupeň depersonalizace zaměstnanců Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje.

H2: Vysoký stupeň depersonalizace bude přítomen minimálně u 35 % zaměstnanců Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje.

Tabulka 9 **Stupeň depersonalizace (MBI – DP)**

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Nízký stupeň	31	25 %
Mírný stupeň	32	25 %
Vysoký stupeň	63	50 %
Celkem	126	100 %

Hypotéza 3:

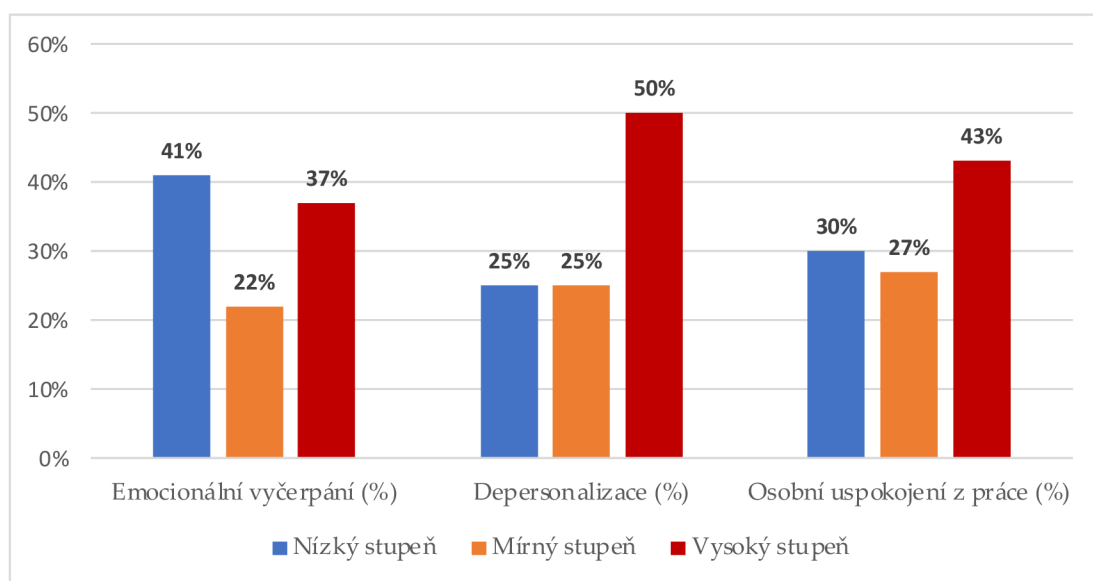
Popsat stupeň osobního uspokojení z práce zaměstnanců Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje.

H3: Vysoký stupeň osobního uspokojení z práce bude přítomen minimálně u 30 % zaměstnanců Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje.

Tabulka 10 **Stupeň osobního uspokojení v práci (MBI – PA)**

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Nízký stupeň	38	30 %
Mírný stupeň	34	27 %
Vysoký stupeň	54	43 %
Celkem	126	100 %

Graf 1 **Celkové vyhodnocení všech dimenzí MBI dotazníku k hypotézám 1-3**



Vysoká míra ohrožení syndromem vyhoření byla stanovena ve všech třech dimenzích jednotlivě. Bylo zde dosaženo konkrétních hodnot, a to pro emocionálního vyčerpání 37 %, depersonalizaci 50 % a osobního uspokojení 43 %. Všechny tyto hodnoty překonaly mnou stanovené limity u jednotlivých hypotéz. Tudíž tyto hypotézy považuji za potvrzené. Dle mého názoru se zde odráží každoroční nárůst počtu výjezdů ZZS v kombinaci se zvýšenou četností agresivního chování pacientů vůči pracovníkům ZZS. Toto chování může mít za následek ztrátu respektu či případného odtažitého chování vůči pacientům, kolegům, a to nezávisle na pracovním zařazení respondentů v organizaci ZZS Pardubického kraje.

Hypotéza 4:

Popsat rozdíl mezi pohlavím a vysokou mírou ohrožení syndromem vyhoření.

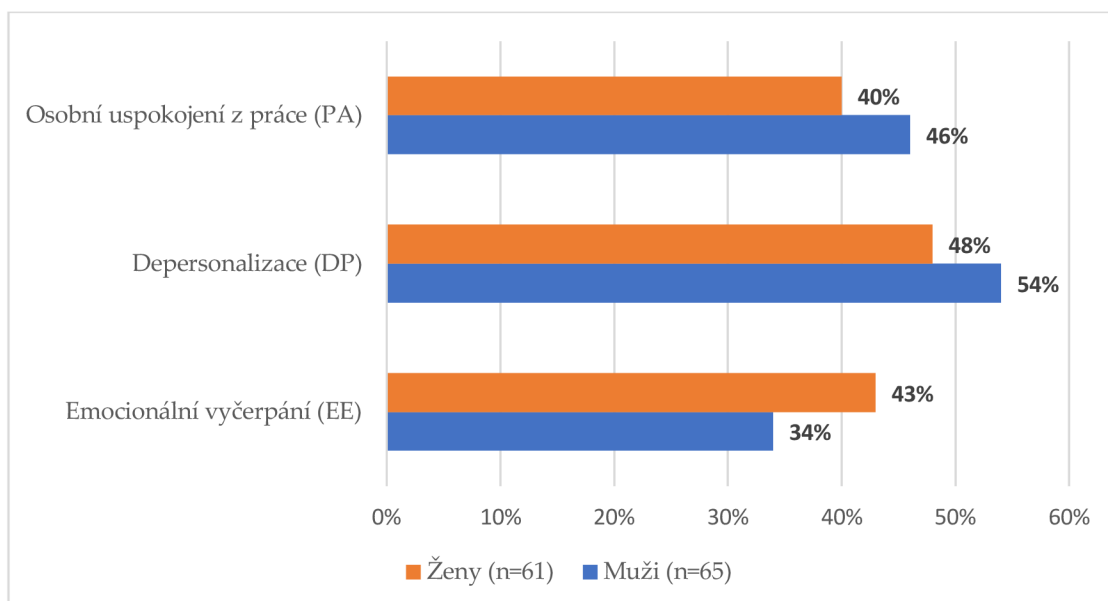
H4: Pohlaví respondentů nebude mít vliv na vysokou míru ohrožení.

Jednotlivé hodnoty vysokého stupně ohrožení v jednotlivých škálách byly hodnoceny samostatně a pro srovnání uvádím rozdíl mužů versus žen. Muži měli nižší výskyt emocionálního vyčerpání než ženy o 9 %, rovněž depersonalizace muži měli vyšší riziko než ženy o 6 %. V poslední škále hodnotící osobní uspokojení z práce měli opět muži vyšší riziko, a to o 6 %. Muži jsou ve dvou škálách DP a PA více ohrožení syndromem vyhoření než ženy. Vzhledem k celkové průměrné hodnotě je rozdíl mezi pohlavím 1 %, muži 45 % a ženy 44 %. Na základě tohoto zjištění hypotézu potvrzují.

Tabulka 11 Rozdílnost pohlaví a vysoké míry ohrožení syndromem vyhoření

	Muži (n=65)	Ženy (n=61)
Emocionální vyčerpání (EE)	34 %	43 %
Depersonalizace (DP)	54 %	48 %
Osobní uspokojení z práce (PA)	46 %	40 %
Průměr	45 %	44 %

Graf 2 Rozdílnost pohlaví a vysoké míry ohrožení syndromem vyhoření



Hypotéza 5:

Popsat vztah mezi délkou praxe a vysokou mírou ohrožení syndromem vyhoření.

H5: Čím delší bude délka praxe, tím více se bude vyskytovat vysoká míra ohrožení syndromem v jednotlivých škálách.

Pro emocionální vyčerpání (EE) a depersonalizaci (DP) jde vidět nárůst v každé kategorii délky praxe. Čím delší je doba praxe, tím se prokazatelně zvyšuje vysoká míra ohrožení syndromem vyhoření v oblastech EE a DP.

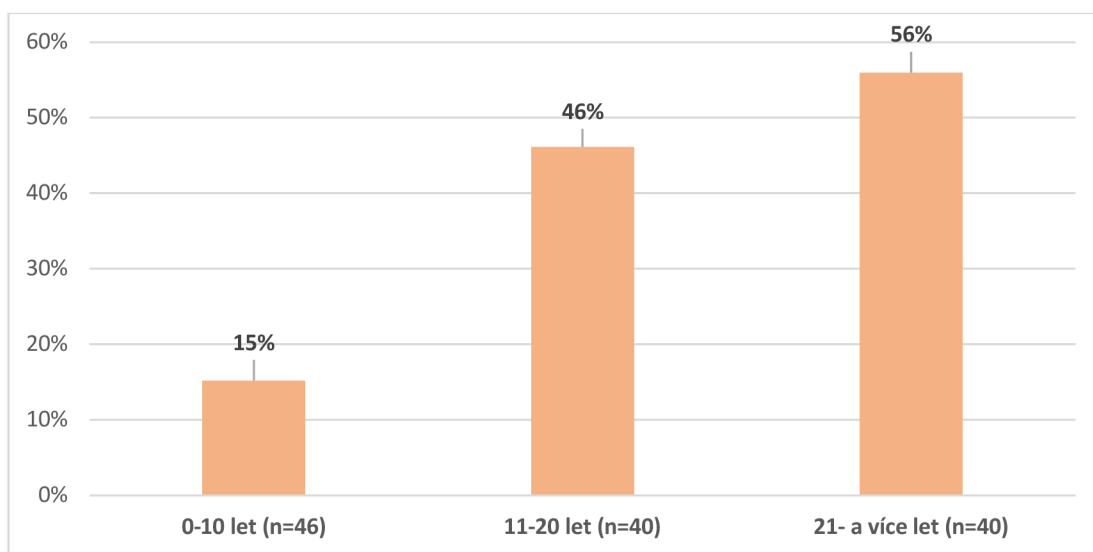
V oblasti profesního uspokojení z práce (PA) je mezi prvními kategoriemi viditelný vzestup, ten však následně střídá pokles o 25 %. Tento pokles může být způsoben tím, že nárůst pracovní nespokojenosti dosáhne takové míry, že zaměstnanci zvažují změnu pracovního místa a část z nich se rozhodne podat výpověď ze ZZS. Zbývající skupina těchto zaměstnanců i přes prokazatelně narůstající vysokou míru ohrožení v dimenzích EE a DP v práci zůstává. Jsou tedy nadále vystavováni negativním faktorům ovlivňujícím rozvoj syndromu vyhoření.

Vztah mezi délkou praxe a vysokým stupněm ohrožení je potvrzený v kategorii EE i DP. V oblasti PA se ovšem vyvrací. Finálně tedy musím konstatovat, že se hypotéza nepotvrdila.

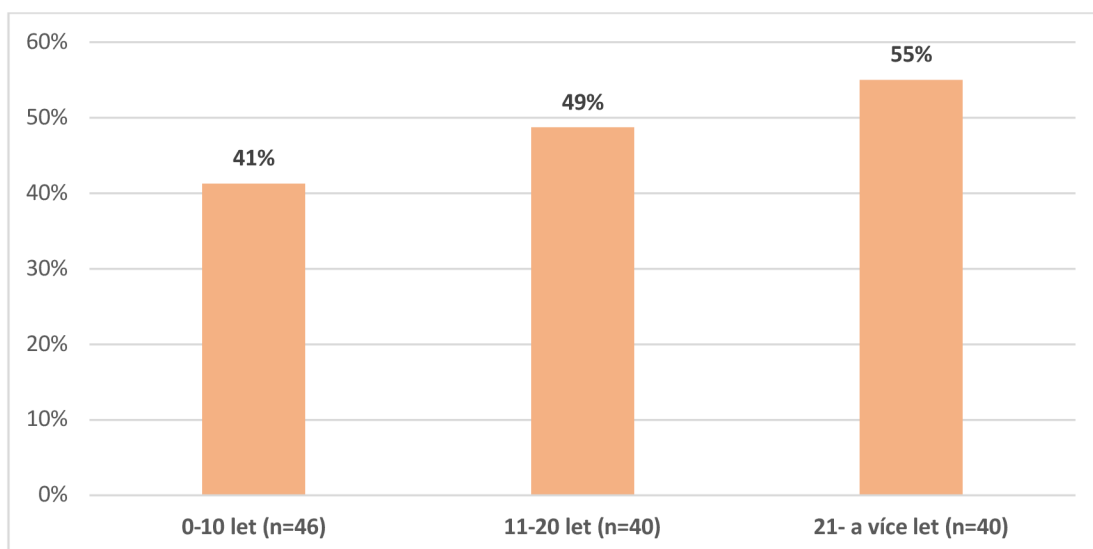
Tabulka 12 Vysoká míra ohrožení syndromem vyhoření a délka praxe

	0-10 let (n=46)	11-20 let (n=40)	21 a více let (n=40)
EE	15 %	46 %	56 %
DP	41 %	49 %	55 %
PA	30 %	56 %	31 %

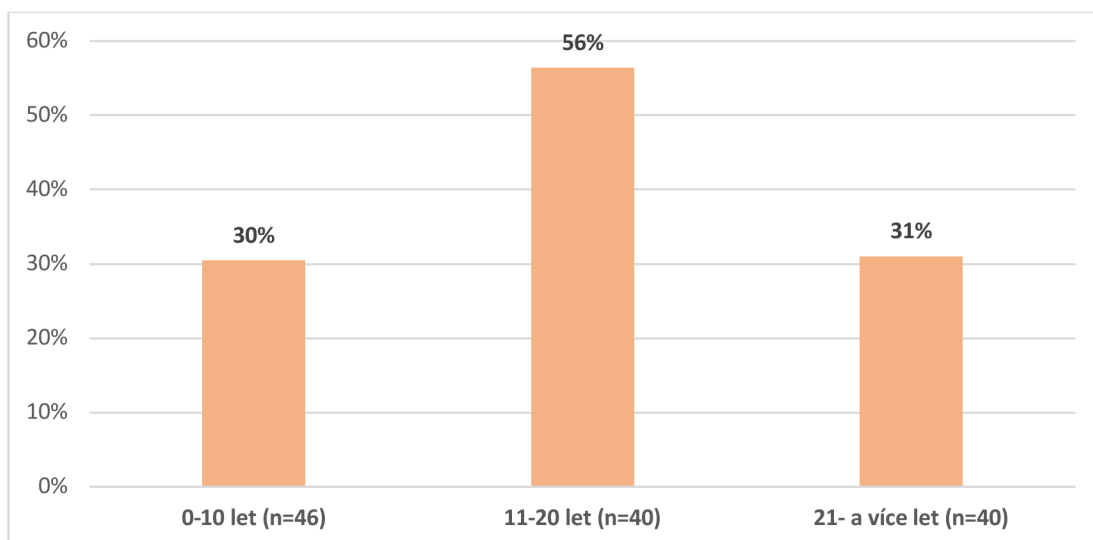
Graf 3 Vysoká míra emocionálního vyčerpání vs. délka praxe



Graf 4 Vysoká míra depersonalizace vs. délka praxe



Graf 5 Vysoká míra pracovního uspokojení vs. délka praxe



Hypotéza 6:

Popsat rozdíl mezi jednotlivými pracovními pozicemi a vysokou mírou ohrožení syndromem vyhoření.

H6: Řidiči budou méně ohrožení syndromem vyhoření než zdravotničtí záchranáři a lékaři.

Z uvedené tabulky plyne, že nejvíce ohroženou skupinou zaměstnanců jsou řidiči zdravotnické záchranné služby. Následně po nich s minimálním rozdílem jsou ohrožení lékaři. Pro srovnání jsem uvedl zvlášť skupinu zdravotnických záchranářů a operátorů krajského operačního střediska z důvodu odlišné náplně práce.

Tabulka 13 Vysoká míra ohrožení EE, DP a PA vs. pracovní pozice

	Řidič (n=20)	Zdrav. záchranář (n=76)	Operátor ZOS (n=17)	ZZ + ZOS (n=93)	Lékař (n=13)
EE	35 %	29 %	41 %	31 %	54 %
DP	60 %	39 %	53 %	42 %	62 %
PA	60 %	54 %	41 %	52 %	31 %

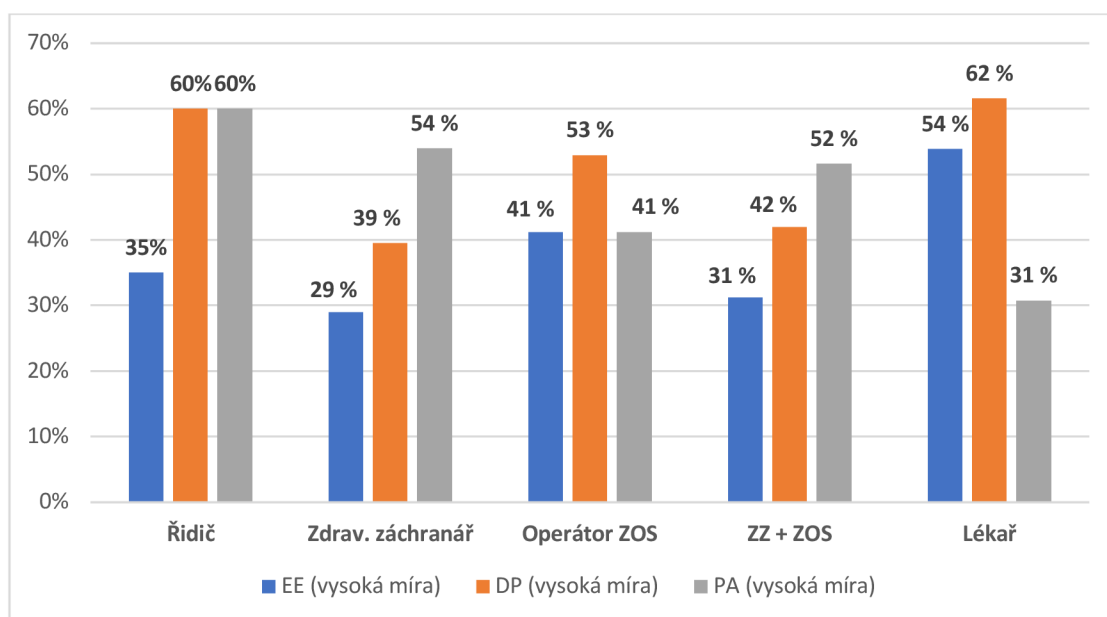
Za zmínku ovšem stojí, že řidiči zdravotnické záchranné služby dosahují vysokých hodnot v oblasti depersonalizace a pracovního uspokojení. Naopak složka emocionálního vyčerpání je v této skupině nízká. Řidič vozidla zdravotnické záchranné služby je plnohodnotnou součástí výjezdové skupiny, přesto nenesou rozhodovací schopnost a zodpovědnost za diagnostiku a terapii pacienta. V takovém postavení je méně ohrožen emocionálním vyčerpáním. Zato mu hrozí zvýšený stres v podobě řízení pod výstražným světlem modré barvy, kdy je zodpovědný za bezpečný a rychlý dojezd na místo události a transport pacienta do zdravotnického zařízení.

Naopak je tomu u lékařů, u nichž dosahuje EE mnohem častěji vysokých hodnot. Z toho důvodu lze tedy usuzovat, že lékaře práce u ZZS naplňuje a jsou v ní spokojeni. Bohužel nadměra depersonalizace

a emocionálního vyčerpání skrze rozhodovací mechanismy, zodpovědnost, ukazuje na vysokou míru ohrožení syndromem vyhoření právě v těchto dimenzích. Naopak u řidičů byla identifikována vysoká míra ohrožení v dimenzi depersonalizace a také nízká míra osobního uspokojení z práce. Přesto u těchto dvou skupin byla detekována nejvyšší míra ohrožení syndromem vyhoření.

Specifickou kategorií zde vidím pro zdravotnické záchranáře, kteří v návaznosti na vysokou míru výjezdů mohou právě pociťovat pracovní neuspokojení a pocit depersonalizace. Tento jev může mít za následek snížení emocionálního vnímání, bagatelizaci a nízkou míru empatie vůči pacientům. Vliv nelze přičítat pouze vysokému počtu výjezdů, ale i čím dál častějším konfliktům při předávání pacientů v cílových zdravotnických zařízeních s personálem nemocnice. Dále je zde třeba zmínit působení negativních vlivů v podobě navyšující se verbální agrese ze strany pacientů vůči posádkám ZZS. Hypotéza se v tomto případě nepotvrdila.

Graf 6 Vysoká míra ohrožení EE, DP a PA vs. pracovní pozice



Hypotéza 7

Popsat, jak zaměstnanci subjektivně hodnotí své teoretické znalosti v oblasti prevence syndromu vyhoření.

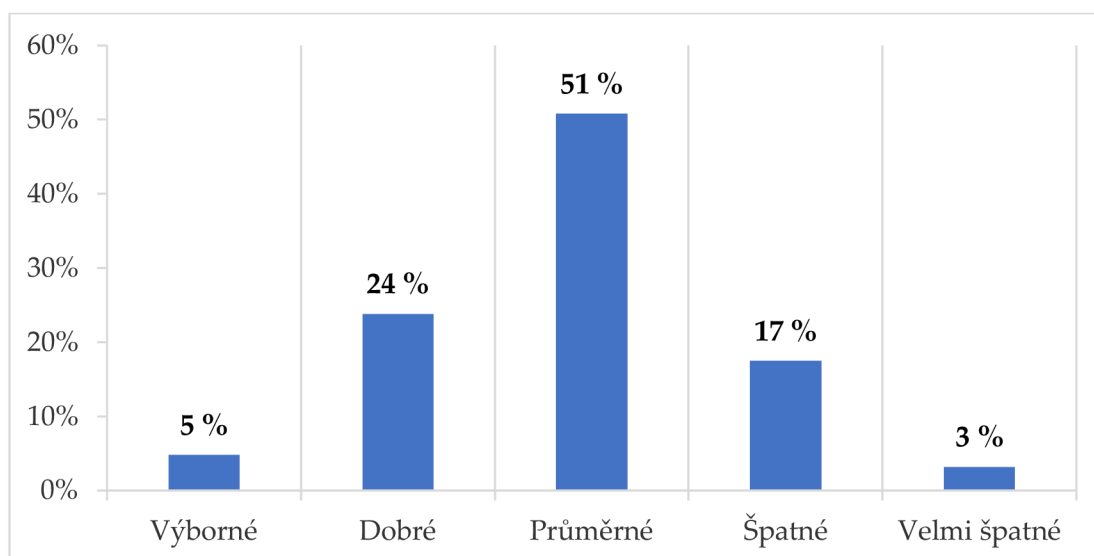
H7: Více než 50 % zaměstnanců bude hodnotit svoje teoretické znalosti v oblasti syndromu vyhoření jako průměrné či lepší.

Popis subjektivního hodnocení zaměstnanců v problematice prevence syndromu vyhoření byl obsahem sedmé hypotézy. Respondenti mohli v otázce vybírat z pěti možností. Z rozložení odpovědí je jasné, že zvolené odpovědi se kloní k průměrnému výsledku s mírnou odchylkou k lepšímu. Hypotéza se tedy v tomto případě potvrdila.

Tabulka 14 Teoretické znalosti v oblasti prevence syndromu vyhoření hodnotím jako

	Absolutní četnost muži (n)	Relativní četnost muži (%)
Výborné	6	5 %
Dobré	30	24 %
Průměrné	64	51 %
Špatné	22	17 %
Velmi špatné	4	3 %
Celkem	126	100 %

Graf 7 Teoretické znalosti v oblasti prevence syndromu vyhoření hodnotím jako



Hypotéza 8:

Popsat, jestli se zaměstnanci během své praxe setkali s kolegou/kolegyní vykazující příznaky syndromu vyhoření.

H8: Více než 75 % zaměstnanců se setkalo s kolegou/kolegyní, vykazující příznaky syndromu vyhoření.

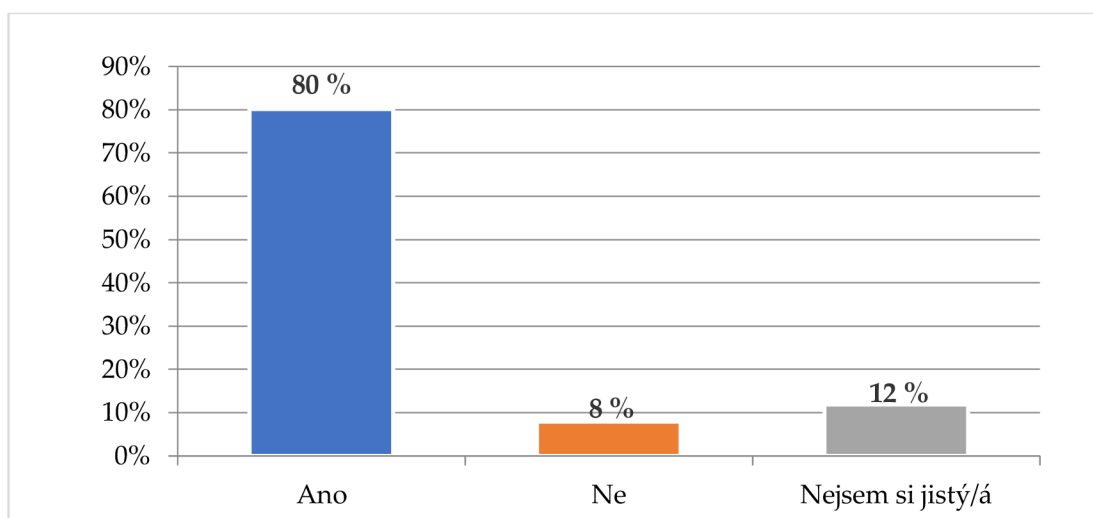
Osmá hypotéza se orientovala na to, jestli se zaměstnanci ZZS PAK setkali někdy během své praxe s kolegou/kolegyní, kteří vykazovali příznaky syndromu vyhoření. Výsledek této otázky a její pozitivní četnosti setkání se s tímto jevem spočívající v kladné odpovědi ano takto označilo 101 respondentů (80 %). Nutno zde podotknout, že 15 respondentů (12 %) si nebylo jisto, jestli o daný projev syndromu vyhoření šlo či nikoliv. Jedná se o subjektivní hodnocení, kde je obtížná verifikace tohoto výroku, nicméně vzhledem k odbornosti zaměstnanců ZZS PAK je jejich znalost této problematiky vysoká. Odkazují se v tomto směru i na výsledky hypotézy sedm, kdy téměř shodně 80 % zaměstnanců hodnotilo své teoretické znalosti v této oblasti jako průměrné s mírnou odchylkou k lepšímu.

Hypotéza se v tomto případě potvrdila.

Tabulka 15 Setkal/a jste se během své práce s kolegou vykazující příznaky vyhoření?

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	101	80 %
Ne	10	8 %
Nejsem si jistý/á	15	12 %
Celkem	126	100 %

Graf 8 Setkal/a jste se během své práce s kolegou vykazující příznaky vyhoření?



Na předchozí otázku bylo zaznamenáno 101 kladných odpovědí. Na tomto základě jsem zjišťoval, jak daná situace při setkání se s kolegou/kolegyní vykazující příznaky syndromu vyhoření byla řešena. Respondenti mohli zvolit více možností.

Tabulka 16 Řešení situace při výskytu syndromu vyhoření

	Absolutní četnost (n)
Kontaktováním peera	44
Jiné	32
Kontaktováním nadřízeného	30
Kontaktováním psychologa	6
Celkem	112

Odpovědi jiné poskytují odlišné názory respondentů na řešení dané situace. Tyto odpovědi byly zaznamenány v celkovém počtu 32, kde byly zastoupeny, a to konkrétně:

- Nijak: 13 x
- Nevím: 9 x
- Situace se neřeší: 2 x
- Osobní pohovor: 1 x

- Spíš mi přijde, že se peer ptá sám od sebe: 1 x
- Výpověď od zaměstnavatele, další dala výpověď sama: 1 x
- Nijak, všichni to věděli a nedělalo se nic: 1 x
- Neřešení situace, zlehčování psychického stavu: 1 x
- Řešili jsme mezi sebou, nikam jsme nehlásili: 1 x
- Medikace: 1 x
- Nevnímám, že by se věnovala zvýšená pozornost prevenci, či lidem mající známky syndromu vyhoření, ale nemohu hodnotit komplexně za celou organizaci: 1 x

Za důležité mi v tomto případě přijde popsat kategorii jiné, kde mě překvapily právě odpovědi naznačující, že o tomto problému kolegové/vedení ví a nikdo nemá ochotu toto řešit. Může se samozřejmě jednat o situace, v nichž dotyčná osoba v rámci nedostatečné sebereflexe nevnímá, že by v této oblasti měla jakýkoliv problém. Nicméně odpovědi typu, že docházelo ke zlehčování stavu, kolektivní nečinnosti či možné výpovědi mě osobně v tomto směru překvapily. Z povahy práce a osobnostních rysů zdravotnických záchranářů bych přitom očekával reakce zcela opačné. Konkrétně větší projev empatie a kolegiality se snahou pomoci za podmínky, že není chování zaměstnanců již ovlivněno svou vlastní depersonalizací. Na druhou stranu je třeba zmínit, že ne každý dokáže být natolik psychicky odolný, aby stres vyvolaný povahou práce u ZZS na takovou osobnost neměl negativní dopad. Tyto předpoklady mohou být přítomny již při výběru tohoto povolání a stejně tak se mohou projevit v průběhu doby, kdy zde zaměstnanec pracuje a je vystavován negativním faktorům, o kterých jsem se zmiňoval výše.

Hypotéza 9:

Popsat, jak zaměstnanci hodnotí celkový přístup zaměstnavatele v oblasti prevence syndromu vyhoření.

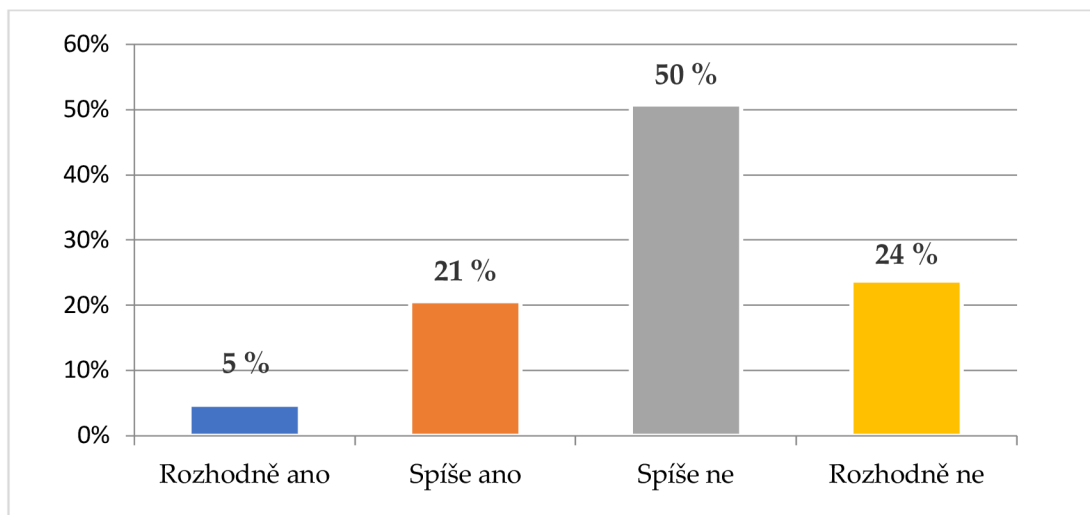
H9: Více než 50 % zaměstnanců bude hodnotit celkový přístup zaměstnavatele v oblasti prevence syndromu vyhoření za nedostatečný.

Pro hodnocení zaměstnavatele a jeho přístupu v oblasti prevence syndromu vyhoření vůči svým zaměstnancům byla vytvořena devátá hypotéza. Na základě výsledků odpovědí na otázku bylo zjištěno, že 64 respondentů (50 %) volilo odpověď spíše ne a 30 respondentů (24 %) zvolilo možnost rozhodně ne. Celkově tedy v součtu těchto dvou odpovědí je dosaženo četnosti 94 negativních odpovědí, což odpovídá 74 % respondentů, kteří považují celkový přístup zaměstnavatele v této problematice za nedostatečný. Hypotéza se tedy v tomto případě potvrdila.

Tabulka 17 Jste spokojen/a s přístupem organizace v oblasti prevence syndromu vyhoření?

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Rozhodně ano	6	5 %
Spíše ano	26	21 %
Spíše ne	64	50 %
Rozhodně ne	30	24 %
Celkem	126	100 %

Graf 9 Jste spokojen/a s přístupem organizace v oblasti prevence syndromu vyhoření?



Hypotéza 10:

Popsat, jestli by zaměstnanci uvítali více informací týkající se zabránění rozvoji syndromu vyhoření.

H10: Více než 50 % zaměstnanců by uvítalo více informací týkající se zabránění rozvoji syndromu vyhoření.

Desátá hypotéza se zaměřila na to, zda by zaměstnanci ZZS PAK chtěli a uvítali možnost se v této oblasti více vzdělávat. Výsledky této otázky reflektují zájem zaměstnanců o získání více informací z problematiky syndromu vyhoření, konkrétně to deklaruje 74 % dotazovaných. Zbývajících 25 % respondentů mohou tvořit zaměstnanci, kteří znalosti v této problematice mají nadprůměrné, anebo naopak se může jednat o zaměstnance s krátkou délkou praxe, kteří jsou ohroženi nejméně či může jít o zaměstnance nově proškolené v rámci adaptačního procesu čili přínos v oblasti prevence nemusí považovat za hodnotný. V tomto případě se hypotéza potvrdila.

Tabulka 18 Uvítal/a byste více informací ohledně prevence syndromu vyhoření?

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Rozhodně ano	31	25 %
Spíše ano	62	49 %
Spíše ne	32	25 %
Rozhodně ne	1	1 %
Celkem	126	100 %

S touto hypotézou je spojena i otázka z dotazníku, která zjišťovala, jestli respondenti někdy absolvovali školení týkající se syndromu vyhoření. Výsledkem v tomto případě bylo, že 24 % zaměstnanců školení někdy absolvovalo. Zbýlých 64 % uvedlo, že ne a skupina 12 % označila odpověď, že si nejsou jistí.

4 Diskuze

Součástí diskuze bude shrnutí mnou zjištěných výsledků v kontextu stávajících zjištění (studií, teoretických informací) ohledně problematiky syndromu vyhoření v kontextu zdravotnictví, konkrétně přednemocniční neodkladné péče. Pro lepší orientaci v textu bych diskuzi rozdělil dle hlavních a dílčích cílů mé práce.

Hlavním cílem bylo popsat míru ohrožení syndromem vyhoření u zaměstnanců Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje. Míra ohrožení byla určena MBI (Maslach Burnout Inventory) dotazníkem, který se zaměřuje na syndrom vyhoření z pohledu tří dimenzí, které jej zahrnují. Jedná se o emocionální vyčerpání, depersonalizaci a pracovní uspokojení. Dále bylo poukázáno na rozdíl v míře ohrožení syndromem vyhoření mezi muži a ženami, zaměstnanců s rozdílnou délkou praxe a profesní pozicí v organizaci Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje. Dílčím cílem bylo identifikovat míru informovanosti zaměstnanců a hodnocení přístupu zaměstnavatele v oblasti prevence syndromu vyhoření. Do dotazníkového šetření bylo zahrnuto 126 dotazovaných respondentů, což odpovídá celkové návratnosti 36 %. Specifikum tohoto souboru bylo, že se jednalo pouze o zaměstnance pracující ve výjezdové skupině v pozicích řidič zdravotnické záchranné služby, zdravotnických záchranář/sestra se specializací, operátor zdravotnického operačního střediska a lékař v organizaci Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje.

Vysoká míra emocionálního vyčerpání byla indikována u 37 % respondentů. Zjištěná úroveň je vyšší ve srovnání s výzkumem pracovníků ZZS Olomouckého kraje (Vévodová 2016), kdy průměrná hodnota vysoké míry ohrožení v oblasti emocionálního vyčerpání byla zjištěna u 23 % zaměstnanců. Výsledky pěti šetření (Špirudová 2015) dosahují hodnoty 26 %. Na druhé straně Dimunová (2018) poukázala na ještě vyšší míru

emocionálního vyčerpání v případě zdravotních sester. V její studii bylo ohroženo vysokou mírou emocionálního vyčerpání 56 % účastníků.

V míře depersonalizace se v případě Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje ukázala vůbec nejvyšší míra ohrožení ze srovnávaných studií. Vysoká míra ohrožení byla popsána u 63 respondentů (50 %). Tato polovina respondentů s vysokou mírou ohrožení předčí výzkumy Vévodové (2016) s hodnotou 38 %, Dimunové (2018) s 29 % a Špirudové (2015) s 16 %.

Vysoká míra ohrožení v oblasti osobního uspokojení z práce je zjištěna u 54 respondentů (43 %). Tato úroveň je vyšší v rámci srovnání se studii Vévodové (2016), s průměrnou hodnotou 29,4 % a Špirudové (2015) s 25,8 %. Naopak Dimunová (2018) v tomto směru zmiňuje daleko vyšší hodnotu v této dimenzi, a to konkrétně hodnotu 88,3 %.

Průměrná hodnota vysokého stupně ohrožení nebo již rozvinutého syndromu vyhoření u testovaných pomocí MBI dotazníku je u 55 zaměstnanců, což představuje 43 % v rámci všech respondentů. Ve srovnání 1-3 hypotézy v kontextu zmiňovaných studií lze za relevantní z mého pohledu považovat srovnání se studií Vévodové, jelikož se jednalo o stejný vzorek, a to zaměstnanců zdravotnické záchranné služby. Zbylé dvě studie jsou vedeny na zdravotní sestry/sestry se specializací, ale limitaci zde vidím osobně v rozdílné náplni práce, době strávené s pacientem, rozdílnost a náročnost oddělení, kde studie probíhaly (oddělení intenzivní péče, onkologické ambulance, anesteziologicko-resuscitační oddělení apod.). Výše zmiňované výsledky Dimunové v tomto směru se zcela odlišují ve srovnání se zmíněnými studii Vévodové a Špirudové, kde hodnoty dosahují průměru většiny studií, které jsem v tomto směru měl možnost srovnat.

Dále byl zjišťován vztah vysoké míry ohrožení syndromem a rozdílem mezi mužským a ženským pohlavím. Tento vzorek byl reprezentován 65 muži (52 %) a 61 ženami (48 %). Průměrná hodnota vyhoření pro muže byla 45 %

a pro ženy 44 %. V tomto kontextu jsem nenašel studii zohledňující genderový pohled v rámci povolání u zdravotnické záchranné služby a užití MBI dotazníku. Studie, která mi byla nápomocnou, je od Colin et al. (2009), kde v souboru čítající 10 951 respondentů (7 905 všeobecných chirurgů, 2 248 studentů medicíny, 465 zaměstnanců fakulty interní medicíny, 333 rezidentů interní medicíny) nebyl popsán signifikantní rozdíl mezi pohlavím a rozvojem syndromu vyhoření. Vévodová (2016), ve své studii sice rozlišuje, že z 85 respondentů je 48 žen a 37 mužů, ovšem vztah k míře vyhoření zde udán není. Studie zabývající se genderem v nemocničním prostředí ve většině případů nepoukazovaly podle Colin et al. (2009) na jakoukoliv rozdílnost v pohlaví. Nehledě na fakt, že podmínky pro srovnání by v tomto případě nebyly stejné.

Mimo jiné popisují i vztah délky praxe a četnosti vysoké míry ohrožení syndromem vyhoření. Pro oblast emocionálního vyčerpání šel vidět jasný zvýšený nárůst v každé kategorii, konkrétně 15 %, 46 % a 56 %. Pro kategorii depersonalizace se jednalo o hodnoty 41 %, 49 % a 55 %. Zde je nutno podotknout, že hodnota 41 % je hodně alarmující, jelikož se objevila u nejkratší délky praxe. Pravděpodobně zde může být vliv narůstajících výjezdů a vystavení vysoké zátěži v tomto směru. Poslední kategorie osobního uspokojení z práce byla vyhodnocena jako 30 %, 56 % a 31 %. Zajímavý zde je popsán pokles poslední skupiny, díky které se tato hypotéza a její predikovaný nárůst nepotvrdil. Osobně přisuzuji tento pokles změně pracovního místa či podání výpovědi v organizaci Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje u zaměstnanců, kteří do 20 let praxe cítili narůstající osobní neuspokojení z této práce. Samotné pracovní neuspokojení může mít mnoho faktorů a jedním z nich může být právě rozvoj syndromu vyhoření. Tato domněnka bohužel nelze verifikovat ze strany personálního oddělení, jelikož tato data nejsou dostupná.

V další části jsem se zabýval popisem rozdílů jednotlivých pracovních pozic na zdravotnické záchranné službě versus výskytem vysoké míry ohrožení v oblastech EE, DP a PA. Výsledek řidičů ZZS byl v oblasti EE 35 %, DP 60 % a PA 60 %. Zdravotnický záchranář/sestra se specializací EE 29 %, DP 39 % a PA 54 %. Operátor/ka ZOS pro EE 41 %, DP 53 % a PA 41 %. Lékaři dosáhli výsledku EE 54 %, DP 62 %, PA 31 %. Zajímavé je pozorovat rozdíl nízkého EE řidičů a vysokého PA řidičů versus vysokého EE lékařů a nízkého PA lékařů. Může zde být naznačen vztah mezi náplní práce a vyšší úrovní emocionální zátěže (řidič a záchranáři nižší ohrožení, lékaři vyšší ohrožení) versus vysoké míry ohrožení osobního uspokojení z práce samotné (řidiči vyšší ohrožení, lékaři nižší ohrožení). Což by naznačovalo vztah mezi mírou spokojenosti/seberealizace v práci a její odpovědností při rozhodovacích procesech, která je pro každou z porovnávaných pracovních pozic odlišná. Nejvíce ohroženou skupinou byli vyhodnoceni řidiči zdravotnické záchranné služby.

Interpretovalo se zde i subjektivní hodnocení zaměstnanců v oblasti svých teoretických znalostí ohledně prevence syndromu vyhoření. Jako výborné hodnotilo 5 %, dobré 24 %, průměrné 51 %, špatné 17 % a velmi špatné 3 %. Jak jsem již zmiňoval, udává se zde subjektivní hodnocení, které by mohlo být jiné při objektivním ověření pomocí testu. Cílem této otázky bylo zaměření se na sebereflexi jednotlivých respondentů a odhad svých teoretických znalostí v návaznosti na zájem o získání novinek v této problematice. Jako průměrné nebo lépe hodnotilo své znalosti 100 respondentů (80 %).

Zajímala mě dále osobní zkušenost respondenta s tím, jestli během své praxe potkal kolegu/kolegyni, vykazující příznaky syndromu vyhoření. Zde odpovědělo ano 80 %, ne zvolilo 8 % a variantu nejsem si jistý/á 12 %. Je tedy jednoznačné, že vnímání respondentů je v tomto smyslu vysoké a četnost přes

80 % tomu nasvědčuje. Zároveň je nutno podotknout, že syndrom vyhoření je v tomto směru složitý konstrukt tvořený třemi oblastmi, kdy se každá kategorie hodnotí zvlášť. Tudíž je potřeba zohlednit a zmínit, že se opět jedná o subjektivní hodnocení respondenta, které může být ovlivněno mnoha faktory jak v pozitivním, tak i negativním slova smyslu dle odhadu dané situace. Nicméně číslo 80 % v tomto případě považuji za velmi vysoké i s ohledem na celkovou výše zmíněnou situaci.

V neposlední řadě jsem chtěl zjistit, jak je respondenty hodnocen celkový přístup zaměstnavatele v oblasti prevence syndromu vyhoření. Spokojenost vyjádřilo 26 %, naproti tomu téměř tři čtvrtě dotázaných zvolilo negativní odpověď. Z výsledků této hypotézy je tedy jednoznačné, že 74 % všech respondentů je nespokojených s celkovým přístupem zaměstnavatele v oblasti prevence syndromu vyhoření.

Nakonec popisují, jestli by zaměstnanci uvítali více informací ohledně prevence v oblasti syndromu vyhoření. Souhlas vyjadřuje téměř tři čtvrtě všech dotázaných (74 %), ostatní více informací nepotřebují, nebo je alespoň nežádají. Obecně je zde ale vidět spíše zájem zaměstnanců po novinkách, informacích týkající se připomenutí preventivních kroků rámci tohoto tématu. Organizace ZZS PAK v tuto chvíli nedisponuje organizačně řídicím dokumentem s touto tematikou. Toto považuji za zásadní z hlediska možné reakce zaměstnavatele v návaznosti na výše zmíněná zjištění. Mohlo by to být impulzem pro vytvoření této nové směrnice, zabývající se prevencí rozvoje syndromu vyhoření u svých zaměstnanců.

Hlavní limitaci práce vnímám v počtu 126 respondentů, kteří tvoří 36 % z celkově množství oslovených zaměstnanců. Jedná se o téma, které je pro mnohé lidi citlivé, a dává tudíž pohled pouze na část organizace konkrétně těch, kteří byli ochotni tento dotazník vyplnit. Je otázkou, jak moc by se finální výsledky mohly lišit od stávajících zjištění, aby se tato zjištěná data dala reálně

zobecnit na celkový soubor všech zaměstnanců. Některé skupiny, a to především lékaři a řidiči ZZS, nebyli tak četně zastoupeni jako zdravotničtí záchranáři. Je zde tedy patrné pod reprezentování a nad reprezentování jednotlivých skupin. Tím, že je tato práce úzce profilovaná na práci u jedné konkrétní organizace, jakou je Zdravotnická záchranná služba Pardubického kraje, nabízí se přesahové srovnání na bázi zapojení všech záchranných služeb v České republice, které by takový průzkum mohly zajistit. Mohl by se tak získat komplexní pohled na tuto problematiku a docílit tak republikového zobecnění. Mnoho prací je primárně zaměřeno na nemocniční prostředí, které nese svá specifika. Proto tyto studie lze srovnávat s problematikou přednemocniční péče pouze do jisté míry. Jediná zmíněná studie Vévodové (2016) v rámci České republiky zkoumala mimo jiné i zdravotnické záchranáře Olomouckého kraje. Ve srovnání s touto studií realizovanou v rámci Pardubického kraje však bylo u ZZS OK zjištěno menší riziko rozvoje syndromu vyhoření.

Přínos a originalitu práce vnímám v tom, co může nabídnout organizaci, ve které se samotné dotazníkové šetření provádělo. Nejen z hlediska nahlédnutí na míru spokojenosti a toho, jak organizaci zaměstnanci hodnotí včetně zjištění, jak jsou její zaměstnanci ohroženi syndromem vyhoření. Navíc jak již bylo zmíněno, nedisponuje se zde žádným oficiálním organizačně řídicím dokumentem, který by seznamoval stávající či nové zaměstnance ohledně možností prevence proti syndromu vyhoření. Existuje zde systém peer, o kterém většina zaměstnanců povědomí má, ale je limitující do jisté míry tím, že tento princip nemusí nutně vyhovovat všem a je vnímám až jako řešení již vzniklého problému v oblasti psychické zátěže. Proto si myslím, že na základně zjištění by toto mohlo být impulzem pro vytvoření nové směrnice/organizačně řídicího dokumentu, který by tato rizika rozvoje syndromu vyhoření u zaměstnanců mohl reálně snížit či zabránit jeho rozvoji.

Následně by se toto snížení mohlo odrazit na celkové ochotě a zvýšené motivaci zaměstnanců k práci samotné, včetně podpory jejich postoje k celoživotnímu vzdělávání. Díky tomu dojde ke zvyšování teoretických a praktických znalostí potřebných pro výkon tohoto povolání s cílem zlepšit kvalitu poskytovaných zdravotních služeb v oblasti přednemocniční neodkladné péče.

5 Závěr

Mnoho publikací a studií se věnuje rozvoji a prevenci syndromu vyhoření ve zdravotnictví, a to především v nemocniční sféře. Tato práce by měla přispět pohledem na ne moc prozkoumanou oblast v přednemocniční sféře, kterou je právě syndrom vyhoření u zaměstnanců v organizaci Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje.

V teoretické části této práce se zaměřuji na autority, zabývající se touto problematikou, a to především ve vydefinování faktických údajů týkajících se obecně stresu a jeho dopadu na organismus, roli stresu v pomáhající profesi a obecně ve vztahu k povaze zdravotnického záchranáře. Dále zde popisují syndrom vyhoření a jeho příčiny, projevy a možnosti diagnostiky. V tomto směru jsem se zde zvláště věnoval propojení syndromu vyhoření v kontextu českého zdravotnictví, vzdělávání a pracovních podmínek. Další důležitou kapitolou v tomto směru je i zmínka o možnostech prevence a edukace v oblasti zásadních kroků zabraňujících rozvoji syndromu vyhoření. Dále je zde věnována pozornost již aktivnímu systému SPIS (systém psychosociální služby) a supervizi, která ve zdravotnictví má svoji roli v oblasti prevence a řešení těžkých životních situací/událostí, kterým jsou zdravotníci vystavováni. V poslední části zmiňuji a popisují obecně organizaci Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje, její strukturu, statistická data, aktuální postoj a metodiku v rámci informovanosti zaměstnanců v problematice syndromu vyhoření.

V empirické části této práce popisují výsledky dotazníkového šetření, které byly stanoveny na základně hlavního cíle práce a dílčích cílů. Hlavním cílem této práce bylo popsání míry ohrožení syndromem vyhoření pomocí MBI (Maslach Burnout Inventory) dotazníku, který definuje syndrom vyhoření jako složitý konstrukt tří dimenzí, a to konkrétně emocionálního vyčerpání, depersonalizace a osobního uspokojení z práce. Stejně tak se zde

popisuje vztah vysoké míry ohrožení syndromem vyhoření vzhledem k pracovní pozici, délce praxe a genderu. Dílčím cílem této práce je indikovat míru informovanosti zaměstnanců a jejich hodnocení ohledně přístupu zaměstnavatele v oblasti prevence syndromu vyhoření.

Pro naplnění hlavního cíle práce byly vytvořeny hypotézy 1-3, zabývající se mírou vyhoření v oblastech emocionálního vyčerpání, depersonalizace a osobního uspokojení z práce. Výsledky šetření Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje napovídají, že vysoká míra ohrožení v oblasti v emocionálního vyčerpání je popsána u více než třetiny respondentů, v oblasti depersonalizace to byla přesně polovina a v poslední oblasti pracovního uspokojení jde o menší polovinu. Tyto dosažené výsledky jsou vyšší než ve studii srovnávající respondenty z Olomouckého kraje v oblasti přednemocniční péče.

Dílčí cíle tvoří hypotézy 4-6 popisují vztahy mezi vysokou mírou vyhoření v oblastech ve vztahu k pracovní pozici, délce praxe a genderu. Zde bylo zajímavé zjištění, že v rovině emocionálního vyčerpání dosahovala polovina lékařů nejvyšších hodnot oproti výskytu u zdravotnických záchranářů. Naopak při pracovním uspokojení lékaři měli nejnižší hodnoty ve vysoké míře ohrožení syndromem vyhoření oproti zdravotnickým záchranářům a řidičům, kde v těchto dvou skupinách byl tento jev popsán u větší poloviny respondentů. V oblasti délky praxe se vyvíjel a potvrdil vztah, že čím delší byla praxe, tím větší bylo riziko vyhoření v emocionálním vyčerpání a depersonalizaci. V oblasti osobního uspokojení z práce tento vztah naznačen byl, ale v poslední věkové skupině byl detekován výrazný pokles vysoké míry ohrožení. Předpokladem pro vysvětlení tohoto poklesu je pravděpodobná změna pracovní pozice těchto zaměstnanců. Pro oblast genderu zde byl popsán vztah, který naznačoval vyšší riziko rozvoje

syndromu vyhoření pro muže, ovšem statistický rozdíl ve srovnání se skupinou žen nebyl rozdílný natolik, aby se dal považovat za signifikantní.

Pro splnění zbylých dílčích cílů byly vytvořeny hypotézy 7-10 popisující informovanost zaměstnanců v oblasti hodnocení přístupu zaměstnavatele v prevenci, osobní zkušenosti zaměstnance s touto problematikou a jeho zájmu o vzdělávání se v této oblasti. Zde popisují výsledek pro oblast subjektivního hodnocení znalostí ohledně prevence, kde přes tři čtvrtě respondentů hodnotilo své znalosti za průměrné a lepší. V rámci osobní zkušenosti se syndromem vyhoření u svého kolegy/kolegyně odpovědělo tři čtvrtě, že tuto zkušenost má a setkalo se s kolegou/kolegyní, kteří vykazovali tyto příznaky. Hodnocení zaměstnanců ohledně přístupu zaměstnavatele v této problematice je popsáno tak, že tři čtvrtě dotázaných není spokojeno se stávajícím přístupem a stejný počet respondentů by uvítal více informací ohledně možnosti prevence.

Na základě výše uvedených faktů věřím, že se mi podařilo naplnit jak hlavní cíl, tak i dílčí cíle této práce. Také pevně doufám, že data získaná tímto šetřením budou využita pro andragogický přesah této práce, tedy pro vytvoření organizačně řídicího dokumentu (směrnice) seznamující nové i stávající zaměstnance Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje o možnostech prevence rozvoje syndromu vyhoření. S tímto je třeba zmínit i druhý faktor korelace syndromu vyhoření ve vzdělávání zaměstnanců, a to vztah, který říká, že čím je vyšší míra syndromu vyhoření, tím je nižší míra spokojenosti s celoživotním vzděláváním, a tedy i motivace se vůbec vzdělávat. V návaznosti na toto zjištění by tedy mělo být v zájmu zaměstnavatele se o tuto problematiku zajímat, a zvýšit tak motivaci a proaktivní přístup svých zaměstnanců, který bude mít pozitivní dopad poskytování přednemocniční neodkladné péče pacientům. Jako příležitost vnímám rozšíření této práce na úroveň České republiky s cílem vytvořit

jednotný metodický pokynu/doporučeného postupu pro zaměstnance pracující v organizacích typu zdravotnické záchranné služby.

6 Seznam použité literatury

Adriaenssens, J., Gucht De V., & Maes, S., (2014) Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: A systematic review of 25 years of research. *International Journal of Nursing Studies* 52, 649-661. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.004>

Andršová, A. (2012). *Psychologie a komunikace pro záchranáře*. Praha: Grada.

Ayers, S. (2015). *Psychologie v medicíně*. Praha: Grada.

Beneš, M. (2014). *Andragogika*. Praha: Grada.

Cenk Sibel Coskun (2019) An analysis of the exposure to violence and burnout levels of ambulance staff. *Turkish Journal of Emergency Medicine* 19, 21-25. <https://doi.org/10.1016/j.tjem.2018.09.002>

Collin, P., Lisellote, N., Jeff, A., (2009) Single item measures of emotional exhaustion and depersonalization are useful for assessing burnout in medical professionals. *Society of General Medicine* 24, 1318-21. <https://doi.org/10.1007/s11606-009-1129-z>

Debska, G., Kaducakova, H., Kratka, A., & Pasek, M., (2019) Assessment of Psychological Burden and Occupational Burnout in Nurses Working in Intensive Care Units in Poland, Slovakia and the Czech Republic. *Clinical Social Work and Health Intervention* 10, 53-61. https://doi.org/10.22359/cswghi_10_2_08

Dimunova, L., Soosvoa Sovariova, M., & Mohnyanszki, F., (2019) Work-related factors influencing burnout syndrome in nurses. *Clinical Social Work and Health Intervention* 9, 25-30. http://dx.doi.org/10.22359/cswghi_9_1_04

Havrdová, Z., Šolcová, I., Hradcová, D., & Rohanová, E., (2010) Kultura organizace a syndrom vyhoření. *Československá psychologie* 54(3), 235-248. <https://kramerius.lib.cas.cz/view/uuid:0ae18d8f-6a5d-44a7-a950-cb666f38b038?article=uuid:ec98430c-c54a-40bf-a013-08aa88460993>

Honzák, R. (2005). *Svépomocná příručka sestry*. Praha: Galén.

Jochmannová, L. & Kimplová, T. (2022). *Psychologie zdraví*. Praha: Grada.

Juliá-Sanchis, R., Richart-Martínez, M., García-Aracil, N., José-Alcaide, L., Piquer-Donat, T., & Castejón-de-la Encina, M., (2019) Measuring the levels of burnout syndrome and empathy of Spanish emergency medical service professionals. *Australasian Emergency Care* 22, 193-199. <https://doi.org/10.1016/j.auec.2019.04.003>

Klosiewicz, T., Zalewski, R., & Dabrowski, M., (2019) Emergency healthcare providers perception of workplace danger in the Polish emergency medical service: A multi-centre survey study. *Disaster and Emergency Medical Journal* 4, 166-172. <http://dx.doi.org/10.5603/DEMJ.a2019.0030>

Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.

Křivohlavý, J. (2010). *Sestra a stres*. Praha: Grada.

Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *MBI: Maslach Burnout Inventory (third edition)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press

Reid Ole, B., Haugland, H., Abrahamsen Bojrheim, H., Bjornsen Petter, L., Ulleberg, O., & Kruger, A., (2020) Prehospital stressors: A cross-sectional study of Norwegian helicopter emergency medical physicians. *Air Medical Journal* 39, 383-388. <https://doi.org/10.1016/j.amj.2020.05.016>

SPIS cloud. (n.d.). *Vzorová směrnice SPIS*. <https://www.spis.cloud/wp-content/uploads/2021/03/VZOROVA-SMERNICE-SPIS.pdf>

Stock, Ch. (2010). *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada.

Švamberská Šauerová, M. (2018). *Techniky osobnostního rozvoje a duševní hygieny učitele*. Praha: Grada.

Špirudová, L. (2015). *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Praha: Grada.

Venglářová, M. (2011). *Sestry v nouzi, syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada.

Venglářová, M. (2013). *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada.

Vévodová, Š., R., Vévoda, J., Vetešníková, M., Kisvetrová, H., & Chrastina, J., (2016) The relationship between burnout syndrome and empathy among nurses in emergency medical services. *Journal of nursing and social sciences related to health and illness – Kontakt 1*, 17-22. <http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2016.02.002>

Vodák, J. & Kucharčíková, A. (2011). *Efektivní vzdělávání zaměstnanců 2*. Praha: Grada.

Vymětal, J. (2008). *Lékařská psychologie*. Praha: Portál.

Zacharová, E. & Šimíčková-Čížková, J. (2011). *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada.

Zacharová, E. (2017). *Zdravotnická psychologie, teoretická a praktická cvičení*. Praha: Grada.

Zdravotnická záchranná služba Pardubického kraje (2023). *Výroční zpráva 2022*. Citováno 24. února 2023. Dostupné z: https://www.zzspak.cz/files/uploads/soubory/Zpráva_o_činnosti_a_plnění_úkolů_PO_2022_final_podepsaná+výkazy.pdf

Židková, Z. (2010). *Dotazník MBI*. Citováno 15. prosince 2022. Dostupné z: <https://zdenka-zidkova-psvz.webnode.cz/metody/>

Zormanová, L. (2017). *Didaktika dospělých*. Praha: Grada.

7 Seznam zkratk

AWS	Areas of Worklife Survey
BM	Burnout Measure
DP	Depersonalizace (Depersonalization)
EE	Emocionální vyčerpání (Emotional Exhaustion)
FN OL	Fakultní nemocnice Olomouckého kraje
MBI	Maslach Burnout Inventory
PA	Pracovní uspokojení (Personal Accomplishment)
SPIS	Systém psychosociální intervenční služby
ZOS	Zdravotnické operační středisko
ZZ	Zdravotnický záchranář
ZZS	Zdravotnická záchranná služba
ZZS OL	Zdravotnická záchranná služba Olomouckého kraje
ZZS PAK	Zdravotnická záchranná služba Pardubického kraje

8 Seznam tabulek a grafů

Tabulka 1 Počty volání na tísňovou linku a počty výjezdů ZZS PAK	34
Tabulka 2 Pracovní pozice – specifická návratnost.....	41
Tabulka 3 Pracovní pozice, délka praxe a pohlaví respondentů	42
Tabulka 4 Rozložení četnosti odpovědí MBI dotazníku	43
Tabulka 5 Stupeň emocionálního vyčerpání zaměstnanců ZZS PAK.....	44
Tabulka 6 Stupeň depersonalizace zaměstnanců ZZS PAK.....	45
Tabulka 7 Stupeň osobního uspokojení z práce zaměstnanců ZZS PAK ...	46
Tabulka 8 Stupeň emocionálního vyčerpání (MBI – EE)	47
Tabulka 9 Stupeň depersonalizace (MBI – DP)	47
Tabulka 10 Stupeň osobního uspokojení v práci (MBI – PA).....	48
Tabulka 11 Rozdílnost pohlaví a vysoké míry ohrožení syndromem vyhoření	49
Tabulka 12 Vysoká míra ohrožení syndromem vyhoření a délka praxe	50
Tabulka 13 Vysoká míra ohrožení EE, DP a PA vs. pracovní pozice.....	52
Tabulka 14 Teoretické znalosti v oblasti prevence syndromu vyhoření hodnotím jako.....	54
Tabulka 15 Setkal/a jste se během své práce s kolegou vykazující příznaky vyhoření?.....	55
Tabulka 16 Řešení situace při výskytu syndromu vyhoření	56
Tabulka 17 Jste spokojen/a s přístupem organizace v oblasti prevence syndromu vyhoření?.....	58
Tabulka 18 Uvítal/a byste více informací ohledně prevence syndromu vyhoření?.....	59

Graf 1 Celkové vyhodnocení všech dimenzí MBI dotazníku k hypotézám 1-3.....	48
Graf 2 Rozdílnost pohlaví a vysoké míry ohrožení syndromem vyhoření. 49	
Graf 3 Vysoká míra emocionálního vyčerpání vs. délka praxe	51
Graf 4 Vysoká míra depersonalizace vs. délka praxe	51
Graf 5 Vysoká míra pracovního uspokojení vs. délka praxe	51
Graf 6 Vysoká míra ohrožení EE, DP a PA vs. pracovní pozice	53
Graf 7 Teoretické znalosti v oblasti prevence syndromu vyhoření hodnotím jako.....	54
Graf 8 Setkal/a jste se během své práce s kolegou vykazující příznaky vyhoření?.....	56
Graf 9 Jste spokojen/a s přístupem organizace v oblasti prevence syndromu vyhoření?.....	58

Seznam příloh

Příloha 1 Zásady psychohygieny	78
Příloha 2 Linka kolegiální podpory pro pracovníky ve zdravotnictví.....	80
Příloha 3 Psychosociální intervenční služba ve zdravotnictví	81
Příloha 4 Souhlas s provedením výzkumu	82
Příloha 5 Dotazník.....	83

Přílohy

Příloha 1 Zásady psychohygieny



Zásady psychohygieny v kostce aneb jak rychle uvolnit napětí, vztek a nezbláznit se z toho



V práci

Progresivní relaxace = zatínej a povoluj svaly opakovaně 

Hluboké dýchání = dýchej zhluboka, do břicha – pomalu

Imaginace = zavři oči a mysl na příjemné místo, kde je Ti dobře

Body scan = projdi si všechny části svého těla a všimni si pocitů, které v nich cítíš

Nadlehčuj atmosféru, uchovej si **humor**

Zvuky = hudba, videa, zvuky deště, šumění moře, lesa – rozptyl se 

Boxovací pytel = vybij se, pár bouchnutí do pytle nebo polštáře pomáhá

Mysli na své **základní potřeby** - jsou důležité, abychom mohli být v pohodě

Odměňuj se

Podpoř **emočně své kolegy** a mluv **o svých pocitech, obavách** 

Ve volném čase

Odpocívej, nezapomínej na **spánek** 

Oblíbené **činnosti**, které Tě **nabíjejí** (procházka, cvičení, hudba, běh, ...) 

Najdi si **každý den** něco **pozitivního**

Řekni si každý den **nahlas**, co se Ti **povedlo**

Nech **se hýčkat** od blízkých. Nemusíš zachraňovat svět nonstop 

Dopřej si ráno čas na snídani, **v klidu**

Každý den vyjdi chvíli **na čerstvý vzduch** (vystup o zastávku dříve, zaparkuj auto dál)

Dej si horkou, příjemnou koupel nebo dlouhou **sprchu**

Nauč se **pochválit**, **odměnit se** a **odpouštět si chyby** 

Vyhýbej se dlouhým nikam nevedoucím **debatám**

Sdílej své emoce, **nezůstávej** se svými pocity **o samotě** 

Kdy poznám, že jsem v psychické nepohodě?



Nálada – neklid, nervozita, výbuchy hněvu

Chování – sociální staženost, zhoršený pracovní výkon

Myšlení a přístup – zhoršené soustředění, paměť, chybějící smysl pro humor, sarkasmus

Zvýšená konzumace návykových látek, kofeinu, sladkého

Fyzický stav – problémy se spánkem, bez energie, změna hmotnosti, změna chuti k jídlu

Co s tím?



Relaxace – např. autogenní trénink, hluboké dýchání, body scan

Více „nabíječek“ než „vybíječek“

Psychohygienu a její dodržování – nenos si práci domů, užívej si volný čas

Naučit se **říkat NE** – pamatuj na sebe, nemusíš vycházet vstříc všem

Co nemůžeš ovlivnit, neovlivňuj

Psychosociální podpora (intranet) – peeři - jsme tu pro Tebe, vyslechneme Tě, podpoříme

Linka psychické podpory pro zdravotníky – 607 400 591, 720 219 618

Podpůrné psychoterapie

Mindfulness techniky - víc si všiměj toho, jak se cítíš



Zdroj: <https://www.spis.cz/wp-content/uploads/2021/03/Zasady-psychohygieny-v-kostce.pdf>



LINKA KOLEGIÁLNÍ PODPORY

pro pracovníky ve zdravotnictví

 **530 331 122**

 **530 331 131**

Linka je k dispozici nepřetržitě a je určena vám, pracovníkům ve zdravotnictví, v různém pracovním zařazení a pozicích. Můžete ji využít, když na vás dopadá aktuální krizová situace a:

- vnímáte vyšší profesní zátěž, než obvykle
- prožíváte duševně nadlimitní události při své práci
- jste v přímém styku s pacienty, jejich nemocí, umíráním nebo smrtí
- neposkytujete přímou péči (farmaceuti, operátoři ZZS, vedoucí pracovníci)
- jste vystaveni zátěžovému pracovnímu režimu, obavě z nákazy
- máte také obavy o zdraví své a svých blízkých
- cítíte potřebu psychické podpory

Linka nabízí bezpečný prostor pro podpůrný rozhovor, podporu při zvládnání stresové zátěže, obav, frustrace či třeba emocí. Kolegiální telefonická podpora vám tak dává prostor v klidu hovořit s profesním kolegou, který ví, co práce ve zdravotnictví obnáší. Podporu zajišťují zdravotničtí peeri a psychologové SPIS. Linka je anonymní a hovory nejsou monitorovány.

V těžké situaci nemusíte zůstat sami... jsme tu pro vás.

   MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY 

www.spis.cz www.soggiorno.cz

Zdroj: <https://www.spis.cz>

PSYCHOSOCIALNÍ INTERVENČNÍ SLUŽBA VE ZDRAVOTNICTVÍ (SPIS)



Hlavní cíle služby:

- Podpora zdravotníků, kteří byli vystaveni nadlimitní psychické zátěži
- Seznámení s problematikou stresu a s vhodnými způsoby jeho zvládnání
- Vede k pochopení reakce na krizovou událost, normalizuje stresovou reakci
- Pomoc s obnovením normální úrovně fungování jedince
- Ochrana a zachování lidských zdrojů
- Snížení rizika vzniku a rozvoje psychosomatických onemocnění, závislostí, syndromu vyhoření, prevence profesního selhání

Příklady profesně náročných situací:

- Kumulovaný stres
- Napadení zdravotníka
- Úmrtí či zranění kolegy/známého, příbuzného
- Sebevražda či sebevražedný pokus kolegy/známého, příbuzného
- Vážné poranění či smrt dítěte
- Hromadné neštěstí
- Událost s nadměrným zájmem médií či veřejnosti
- Události, které mají subjektivně silný dopad

Komu je služba určena:

- Všem pracovníkům, na něž při výkonu profese působí nadlimitní psychická zátěž:
 - lékařům
 - zdravotnickým záchranářům
 - středním zdravotnickým pracovníkům
 - operátorům
 - řidičům sanitních vozů
 - ostatnímu zdravotnickému personálu
 - managementu



SPIS je založen především na systému profesních kolegů - peerů a v případě potřeby také odborníků na duševní zdraví

Peer

- je profesním kolegou, zná prostředí a problematiku oboru
- je vyškolen v poskytování první psychické podpory
- vyslechne, podpoří, doporučí
- neradí
- peer není psycholog
- spolupracuje s krajskými koordinátory a odborníky na duševní zdraví

Podoby intervenční péče:

- skupinová péče
- individuální péče

Zásady poskytování intervenční péče:

- dobrovolnost
- důvěrnost
- mlčenlivost a diskrétnost
- anonymita
- profesionalita



S náročnou profesní zkušeností nemusíte zůstat sami

www.spiscr.info



ASOCIACE ZDRAVOTNICKÝCH
ZÁCHRANNÝCH SLUŽEB ČR

Souhlas s provedením výzkumu

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

Věc: Žádost o udělení souhlasu ke sběru dat

Vážený pane řediteli,

obracím se na Vás s žádostí o udělení souhlasu k realizaci výzkumného šetření, jenž je součástí mé diplomové práce pod odborným dohledem pana doc. Mgr. Dana Ryšavého, Ph.D. Výzkum je zaměřen na zjištění míry ohrožení syndromem vyhoření zaměstnanců v organizaci Zdravotnické záchranné služby Pardubického kraje. Metodou sběru dat je dotazníkové šetření. Do zkoumaného souboru by byli zařazeni řidiči vozidla ZZS, zdravotničtí záchranáři a lékaři. Účast na dotazníkovém šetření by byla dobrovolná.

V případě Vašeho souhlasu bych anonymní sběr dat realizoval v termínu od 1.1.2023 do 1.2.2023.

Děkuji Vám předem za vstřícnost a Vaše vyjádření.

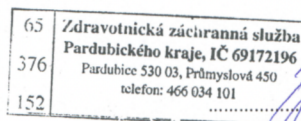


Ondřej Machálka, DiS.
Student 3. ročníku
Andragogika se specializací personální rozvoj
FF UPOL v Olomouci

Vyjádření k realizaci výzkumného šetření:

Souhlasím Nesouhlasím

V Pardubicích dne, 21.12.2022



 MUDr. Paar Igor

Příloha 5 Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Ondřej Machálka, pracuji v organizaci ZZS PAK jako zdravotnický záchranář. Dále jsem studentem oboru Andragogika na Univerzitě Palackého v Olomouci. Rád bych Vás touto formou požádal o vyplnění níže uvedeného dotazníku, který je součástí mé závěrečné práce.

Zabývám se v ní mírou ohrožení syndromem vyhoření u zaměstnanců ZZS PAK.

Dotazník je anonymní, obsahuje 31 otázek a jeho vyplnění Vám zabere nejvýše 10 minut.

Vyplnění dotazníku je zcela dobrovolné.

Velice Vám dopředu děkuji za ochotu a čas při vyplňování dotazníku.

1. Část: Identifikační otázky

Vyberte prosím jednu z nabízených možností.

1) Vaše pracovní pozice:

- Řidič vozidla ZZS
- Zdravotnický záchranář/sestra se specializací
- Operátor/ka zdravotnického operačního střediska
- Lékař

2) Délka praxe:

- Méně než 5 let
- 6–10 let
- 11–20 let
- 21–30 let
- Více než 31 let

3) Pohlaví:

- Žena
- Muž

2. Část: Dotazník MBI (Maslach Burnout Inventory)

V následujícím souboru otázek prosím vyznačte sílu svých pocitů u každého tvrzení, které obvykle prožíváte (vůbec = 0, velmi silně = 7).

Síla pocitů: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7

1	Práce mne citově vysává	
2	Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil	
3	Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a	
4	Velmi dobře rozumím pocitům svých pacientů	
5	Mám pocit, že někdy s pacienty jednám jako s neosobními věcmi	
6	Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá	
7	Jsem schopen/schopna velmi účinně vyřešit problémy svých pacientů	
8	Cítím "vyhoření", vyčerpání ze své práce	
9	Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňují a naladují	
10	Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal/a jsem se méně citlivým/á k lidem	
11	Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým	
12	Mám stále hodně energie	
13	Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení	
14	Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává	
15	Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými pacienty	
16	Práce s lidmi mi přináší silný stres	
17	Dovedu u svých pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru	
18	Cítím se svěží a povzbuzený/á, když pracuji se svými pacienty	
19	Za roky své práce jsem byl/a úspěšný/á a udělal/a hodně dobrého	
20	Mám pocit, že jsem na konci svých sil	
21	Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně	
22	Cítím, že pacienti mi přičítají některé své problémy	

3. Část: Vaše osobní zkušenost se syndromem vyhoření

V následujícím souboru otázek prosím označte odpovědi týkající se Vaší znalosti/zkušenosti s problematikou syndromu vyhoření.

26) Absolvoval/a jste někdy školení týkající se syndromu vyhoření?

- Ano
- Ne
- Nejsem si jistý/á

27) Uvítal/a byste více informací týkající se preventivních opatření zabraňujících rozvoji syndromu vyhoření?

- Rozhodně ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Rozhodně ne

28) Jste spokojen/a s celkovým přístupem organizace z hlediska informovanosti ohledně prevence rozvoje syndromu vyhoření?

- Rozhodně ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Rozhodně ne

29) Setkal/a jste během své praxe s kolegou/kolegyní, který/á vykazoval/a příznaky syndromu vyhoření?

- Ano
- Ne
- Nejsem si jistý/á

30) V případě, že jste odpověděli ano, víte, jak reagovala organizace v rámci řešení této události? (lze označit více odpovědí)

- Kontaktováním nadřízeného zaměstnance
- Kontaktováním nasmlouvaného psychologa
- Kontaktováním kolegy peera (systém psychosociální intervenční péče)
- Jiné

31) Své teoretické znalosti v oblasti prevence syndromu vyhoření hodnotím jako:

- Výborné
- Dobré
- Průměrné
- Špatné
- Velmi špatné