

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

**ZÁTĚŽ, STRES A RIZIKO VYHOŘENÍ U VÝJEZDOVÝCH
POSÁDEK ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY**

PHYSICAL AND PSYCHOLOGICAL STRESS AND THE RISK OF BURNOUT
SYNDROME IN THE EMERGENCY MEDICAL SERVICE CREWS



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Bc. Jana Smutná**
Vedoucí práce: **MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.**

Olomouc
2022

Poděkování

Tento prostor bych ráda využila k tomu, abych poděkovala především své rodině za možnosti a bezednou podporu při celém studiu a psaní této bakalářské práce. Velice ráda bych také poděkovala vedoucímu diplomové práce, panu MUDr. PhDr. Miroslavu Orlovi, Ph.D., který mi poskytoval cenné rady a velice ochotně reagoval na veškeré mé dotazy a nejasnosti. Také bych chtěla poděkovat paní Mgr. Lucii Viktorové, Ph.D. za velmi ochotnou pomoc s citacemi zdrojů.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Zátěž, stres a riziko vyhoření u výjezdových posádek zdravotnické záchranné služby“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

Podpis

OBSAH

ÚVOD.....	5
TEORETICKÁ ČÁST.....	6
1 Zdravotnická záchranná služba	7
1.1 Výjezdové skupiny zdravotnických záchranných služeb.....	8
1.2 Vymezení pojmu zdravotnický záchranář.....	8
1.3 Vymezení pojmu řidič vozidla zdravotnické záchranné služby.....	9
1.4 Provoz výjezdových skupin	10
2 Zátěž a syndrom vyhoření	11
2.1 Zátěž a stres.....	12
2.1.1 Psychická zátěž.....	15
2.1.2 Pracovní zátěž.....	21
2.2 Syndrom vyhoření.....	25
2.2.1 Vznik syndromu vyhoření	26
2.2.2 Příznaky syndromu vyhoření.....	27
2.2.3 Rizikové faktory syndromu vyhoření	28
2.2.4 Fáze syndromu vyhoření.....	30
2.2.5 Prevence syndromu vyhoření.....	31
VÝZKUMNÁ ČÁST.....	33
3 Výzkumný problém, cíle práce a výzkumné otázky	34
4 Typ výzkumu a použité metody	35
4.1 Metody získávání dat	36
4.2 Metody zpracování a analýzy dat.....	40
5 Sběr dat a výzkumný soubor	42
5.1 Etické problémy a způsob jejich řešení.....	43
6 Výsledky.....	44

6.1	Okruh 1 – Vývoj zátěže.....	44
6.2	Okruh 2 – Pandemie Covid 19.....	47
6.3	Okruh 3 – Budoucnost	50
6.4	Okruh 4 – Prevence	52
6.5	Schéma potenciální faktorů evokujících rozvoj burnout syndromu	54
7	Diskuse	56
8	Závěry.....	62
	SOUHRN.....	66
	LITERATURA	69
	PŘÍLOHY	

ÚVOD

Problematika zátěže, stresu a syndromu vyhoření neboli burnout syndromu je u pomáhajících profesí stále aktuálnějším námětem. Uvědomuji si, že témata týkající se syndromu vyhoření jsou opakujícími se a velmi oblíbenými nejen studentů vysokých škol, ale také u autorů publikujících odborné články, z řad zdravotnických sester a lékařů. Rozhodla jsem se však toto téma otevřít z pohledu zdravotnického záchranáře a během vypracovávání budu také vycházet ze své dosavadní praxe, přímých zkušeností na zdravotnické záchranné službě, v nemocnici na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, centrálním příjmu nemocných a v současné době také na zdravotnickém operačním středisku zdravotnické záchranné služby. Moje praxe na zdravotnické záchranné službě je zhruba 5letá, přičemž rok na plný úvazek a zbytek formou nižšího úvazku.

Cílem diplomové práce bylo zmapovat individuální pohled členů výjezdových posádek zdravotnické záchranné služby na pracovní zátěž a stres. Dále zjistit možnou podobu faktorů, podílejících se na rizikovosti vzniku syndromu vyhoření a jeho prevenci. Také bylo snahou přiblížit problematiku zátěže a stresu výjezdových posádek z pohledu zdravotnického záchranáře se získanou praxí.

Teoretická část vychází nejen z odborné literatury a legislativního rámce, ale i z vlastní praxe. Zaměřuje se na strukturu systému zdravotnických záchranných služeb, na zátěž, stres, syndrom vyhoření a prevenci jeho vzniku.

Praktickou část tvoří kvalitativní design výzkumu, který proběhl v rámci výjezdových posádek zdravotnické záchranné služby. Výzkumný vzorek tvořilo 8 respondentů. Data byla analyzována za pomoci interpretativní fenomenologické analýzy.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Zdravotnická záchranná služba

Tato bakalářská práce se zabývá zátěží, stresem a rizikem vyhoření u výjezdových posádek zdravotnické záchranné služby, a proto považuji za vhodné v následujícím bloku přiblížit strukturu zdravotnické záchranné služby a samotnou povahu výkonu povolání pracovníků výjezdových posádek.

Zdravotnická záchranná služba poskytuje dle § 2, odst. 1, Zákona č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě (dále jen Zákon o zdravotnické záchranné službě) **přednemocniční neodkladnou péči** na základě tísňové výzvy osobám, u kterých se vyskytne závažné postižení zdraví či je přímo ohrožen jejich život. V tomto kontextu hovoří i Zeman a Mika (2007).

Zřizovatelem zdravotnické záchranné služby je dle § 8, odst. 1, Zákona o zdravotnické záchranné službě příspěvková organizace zřízená krajem, která má oprávnění k provozování zdravotnické záchranné služby podle Zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (Zákon o zdravotních službách).

Cílem zřizovatele je celoplošné pokrytí kraje výjezdovými základnami tak, aby dojezd na místo události jednotlivými výjezdovými posádkami byl maximálně 20 minut od předání výzvy operačním střediskem členům výjezdových posádek. Dosah výjezdových základen je koncipován tak, aby při odkrytí části území mohla případný výjezd zajistit posádka další, a to z nejbližší výjezdové základny zdravotnické záchranné služby daného kraje (poznámka autorky).

Součástí logistiky je i zajištění **nepřetržitého provozu** operačního střediska zdravotnické záchranné služby a tím pádem i jednotlivými výjezdovými posádkami zdravotnických záchranných služeb. Tento provoz je ošetřen § 8, odst. 3, Zákona o zdravotnické záchranné službě.

Šín (2017) v návaznosti na nepřetržitý provoz přibližuje jednotlivé složky **integrovaného záchranného systému** a podobně jako Blažková et al. (2015) hovoří o tom, že poskytování přednemocniční neodkladné péče je v rámci již výše zmíněného nepřetržitého provozu.

Zdravotnická záchranná služba tvoří dle § 4, odst. 1, Zákona č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů na území České republiky společně s Hasičským záchranným sborem

České republiky a jednotkami požární ochrany a Policií České republiky, jednu ze základních složek integrovaného záchranného systému, jehož funkce spočívá například ve spolupráci při hromadných neštěstích, dopravních nehodách, aj. Je to tedy koordinovaný postup jednotlivých složek při záchranných a likvidačních pracích.

1.1 Výjezdové skupiny zdravotnických záchranných služeb

Jelikož cílovou skupinou, na kterou se budeme v této bakalářské práci zaměřovat, jsou výjezdové posádky zdravotnické záchranné služby, je zde účelné i zaměření na organizační strukturu jednotlivých posádek. Výjezdové skupiny zdravotnické záchranné služby jsou definovány § 13, odst. 1 – 4, Zákona o zdravotnické záchranné službě.

Výjezdová skupina je tedy nejméně dvoučlenná skupina, tvořena zdravotnickými pracovníky. Podle činnosti a složení se dělí výjezdové skupiny na skupiny rychlé lékařské pomoci, jejímž členem je mimo dalšího nelékařského personálu také lékař a dále na skupiny rychlé zdravotnické pomoci, kde jsou členy nelékařští zdravotničtí pracovníci (Remeš & Trnovská, 2013).

Tyto skupiny mohou vykonávat svou činnost buď samostatně, nebo společně v rámci setkávacího systému na základě pokynů operátorů zdravotnického operačního střediska, jejichž úkolem je nepřetržitý příjem tísňových volání, rozhodování o naléhavosti jednotlivých událostí, aj. (Franěk, 2008).

1.2 Vymezení pojmu zdravotnický záchranář

Zdravotnický záchranář získává svou odbornou způsobilost k výkonu povolání dle § 18, odst. 1, Zákona o nelékařských zdravotnických povoláních. S tím související odbornou činnost vykonává v souladu s § 3, odst. 1, Vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů (dále jen Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků), bez odborného dohledu a bez indikace lékaře a poskytuje neodkladnou péči podle § 17, odst. 1 a 3, Vyhlášky o činnostech zdravotnických pracovníků.

Dále vykonává činnost v rozsahu své odborné způsobilosti bez odborného dohledu na základě indikace lékaře podle § 17, odst. 2, Vyhlášky o činnostech zdravotnických pracovníků.

Mezi jeho kompetence, bez indikace lékaře, tak patří úkony v rámci **přednemocniční neodkladné péče**, jimiž jsou například výkony související s kardiopulmonální resuscitací, zajištěním žilního vstupu, ošetřením krvácivých ran nebo neodkladnými úkony v rámci probíhajícího porodu, aj. Na základě indikace lékaře by to pak byly kompetence k úkonům typu přístrojové ventilace nebo podání léků.

Stejně tak jako zdravotnický záchranář může přednemocniční neodkladnou péči ve výjezdových skupinách zdravotnické záchranné služby poskytovat zdravotní sestra se specializovanou způsobilostí, získanou navazujícím magisterským studiem – sestra pro intenzivní péči (dále jen zdravotní sestra), po splnění podmínek na základě § 18, odst. 1, Zákona o nelékařských zdravotnických povoláních.

Tuto odbornou činnost poté vykonává dle § 55, odst. 2, Vyhlášky o činnostech zdravotnických pracovníků, který zdravotní sestru opravňuje k využití stejných kompetencí, kterými disponuje zdravotnický záchranář.

1.3 Vymezení pojmu řidič vozidla zdravotnické záchranné služby

Řidič vozidla zdravotnické záchranné služby je **zdravotnický pracovník**, který získává odbornou způsobilost na základě § 35, Zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

Vykonává činnost pod dohledem lékaře nebo jiného, odborně kvalifikovaného nelékařského pracovníka, způsobilého k poskytování péče bez odborného dohledu v rozsahu své odborné způsobilosti podle § 3, odst. 2 a § 36, Vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků.

Odborně způsobilým nelékařským pracovníkem tak může být v rámci svých kompetencí buď zdravotnický záchranář, nebo zdravotní sestra, kteří mohou jednotlivou práci delegovat (poznámka autorky).

Primárním úkolem řidiče zdravotnické záchranné služby je dopravit posádku na místo události, kooperativní činnost v rámci péče o pacienta a jeho transportu na základě indikace lékaře či zdravotnického záchranáře a převoz do nemocničního zařízení (poznámka autorky).

1.4 Provoz výjezdových skupin

V reálném provozu jsou pozemní výjezdové skupiny zdravotnických záchranných služeb v obdobném procentuálním zastoupení napříč kraji a svým složením odpovídají několika formám.

Minoritní zastoupení již dnes mají výjezdové skupiny **rychlé lékařské pomoci**. Stručně si je přiblížíme. Tato posádka je tvořena lékařem a dvěma zdravotnickými záchranáři či lékařem, zdravotnickým záchranářem a řidičem vozidla zdravotnické záchranné služby. Zasahuje s velkým vozidlem (sanitní vůz) určeným pro transport pacientů. Kvůli neefektivnímu využití lékaře v této sestavě je tento druh posádky na ústupu (Vilášek et al., 2014).

Další výjezdové skupiny rychlé lékařské pomoci, zasahují s malým, osobním vozidlem bez možnosti transportu pacientů a téměř vždy v setkávacím systému, tzv. **Rendez-vous**, s posádkou rychlé zdravotnické pomoci. Tato lékařská posádka je tvořena lékařem a zdravotnickým záchranářem či lékařem a řidičem vozidla zdravotnické záchranné služby (Šenovský et al., 2007).

V praxi tato posádka během směny spolupracuje s několika posádkami rychlé zdravotnické pomoci a její výhodou je především mobilita a efektivita využití lékaře (poznámka autorky).

Poslední nejčteněji zastoupená je **výjezdová skupina rychlé zdravotnické pomoci**. Ta je tvořena dvěma zdravotnickými záchranáři či zdravotnickým záchranářem a řidičem vozidla zdravotnické záchranné služby, která pacienta následně buď za doprovodu lékaře (v rámci setkávacího systému), nebo samostatně transportuje k cílovému poskytovateli zdravotní péče (nemocniční zařízení). Zasahuje s velkým sanitním vozidlem, určeným pro transport a ošetření pacientů (Vilášek et al., 2014).

Kvůli jejímu největšímu procentuálnímu zastoupení z pozemních výjezdových skupin byla pro účel této práce včetně její výzkumné části vybrána jako vzorek, skupina zahrnující příslušníky této výjezdové skupiny. Soubor tedy zahrnuje zdravotnické záchranáře a řidiče vozidel zdravotnických záchranných služeb.

2 Zátěž a syndrom vyhoření

V předchozí kapitole jsme si vymezili pojmy související s výkonem povolání ve výjezdových posádkách zdravotnických záchranných služeb a nyní bych chtěla přiblížit jednotlivá rizika, se kterými se pracovníci zdravotnických záchranných služeb při výkonu povolání setkávají. Zabývat se budeme především zátěží, syndromem vyhoření a prevencí. Je to vhodné vzhledem k cíli a zaměření celé práce.

Na úvod do problematiky zátěže a syndromu vyhoření si upřesníme pojmy, s nimiž budeme v následující kapitole pracovat.

Prvním z nich bude pojem **zdraví**, o kterém Vašina (2009) hovoří jako o hodnotě, kterou považuje za nejdůležitější napříč dobou a lidskými kulturami. Křivohlavý (2001) hovoří o tom, že zdraví je soubor správných funkcí a koordinací celého organismu, které ho tvoří bezproblémovým.

Další pojem, který bych zde chtěla zmínit je **duševní hygiena**, která je ve své podstatě preventivní lékařský obor, jejímž cílem je především prevence proti nežádoucím vlivům na organismus, které na člověka působí v souvislosti s životními a pracovními podmínkami (Vašina, 2009).

Kebza (2012) hovoří o tom, že **mentální hygiena**, někdy též psychohygiena, je systematická koncepce poznatků, která může redukovat či úplně odstraňovat negativně působící jevy na lidské zdraví. V některých literaturách již dochází k eliminaci názvu duševní hygiena a je zařazován a do obecnějšího pojmu duševní zdraví.

Baštecká (2003) v souvislosti s výše uvedeným uvádí, že **prevence** je aktivita, která se snaží předcházet vzniku nemocí a je tak neopomenutelnou složkou péče o duševní zdraví.

Landy a Conte (2013) hovoří o **zátěži** jako o situaci, za které jsou na pracovníky kladeny pracovní požadavky, přičemž pokud jsou v souladu s kapacitou organismu, hovoříme o pozitivní zátěži (přiměřené), v opačném případě o zátěži nepřiměřené či negativní. Reakcí organismu je poté uplatňování obranných mechanismů a copingových strategií, které mohou být jak negativní (alkohol), tak i pozitivní (seberozvoj).

2.1 Zátěž a stres

Po uvedení základní terminologie se můžeme posunout o kus dál a přejít k primárně **ohrožujícím faktorům**, kterým výjezdové posádky čelí. Neopomenutelnými termíny této kapitoly jsou pojmy zátěž, resp. **psychická zátěž** a **stres**. V rámci této bakalářské práce se budeme spíše zajímat o zátěž psychickou, jelikož fyzická zátěž není dle mého názoru v celkovém konceptu signifikantním problémem, který by byl u výjezdových posádek natolik ohrožujícím faktorem, vedoucím k rozvoji syndromu vyhoření.

Zátěž a stres spolu velmi úzce souvisí a pojem stres, Vymětal (2004) popisuje jako stav, který je vyvolaný vlivem působení podnětů v nadbytečném množství. **Stresorem** je tak podnět, který vyvolá psychosociální a fyziologicko-endokrinnologickou odpověď organismu. Stresorem může být i podnět fyzikální povahy (hluk) nebo přehřel podnětů, například rychlé rozhodování, které jsou již povahy psychosociální.

Zátěž lze tedy chápat jako takovou míru stresu, která je obvyklá (Uzel, 2008).

O zátěži též často hovoříme jako o **požadavcích**, které sami o sobě nejsou hrozbou pro zdraví a jsou nutné pro další lidský rozvoj (Kebza, 2012).

Pelcák (2015) vyjadřuje pojem zátěž pomocí tří složek. Řadí mezi ně subjektivní prožitky, podněty a reakce na ně.

Landy a Conte (2013) hovoří o **zátěžových rysech** vyplývajících z prostředí, jímž je například již výše zmíněný hluk nebo rysech vyplývajících z pracovního úkolu, čímž by byl ilustračně časový tlak nebo kapacitní přetížení.

Paulík (2012) zátěž rozděluje do několika kategorií. Člení je na základě **délky působení, intenzity** a **emoční odezvy**, poté dle druhu **zátěžových podnětů** na biologickou, psychickou a fyzickou, dle **oblastí** na sensorickou, emocionální a mentální a v neposlední řadě podle **perspektivy** jedince na optimální a neoptimální

Dle Bartošíkové (2006) bychom zátěž mohli rovněž obecně rozdělovat na fyzickou, chemickou a fyzikální, do nichž spadá např. zatížení páteře, infekce, radiace. Dále na zátěž psychickou, emocionální a sociální, které zahrnují např. flexibilitu, střet s utrpením nebo konflikt sociální role.

S rostoucí produktivitou se dostáváme k tomu, že jsou zvyšovány **pracovní nároky**, na čím dál tím menší počet jedinců, pro které se zvyšování nároků stává stresem, na jejichž zvládnání lidská kapacita nestačí (Kebza, 2012; Stock, 2010).

Pauknerová (2012) uvádí, že zvýšená zátěž je markantní příčina stresu, a to zejména v pracovních podmínkách, resp. při výkonu zaměstnání libovolné povahy. Uvádí, že velké množství stresových situací v pracovním procesu je ovlivněno především nedostatkem jednoznačných příkazů nebo naopak přesytením informacemi. Také zde hovoří o tom, že zejména profese, ve kterých se jedinci potýkají s jinými lidmi, resp. pracují s nimi, jsou nejvíce ohroženi pracovním stresem. Do této kategorie tak spadají i členové výjezdových posádek zdravotnických záchranných služeb.

Ze své dosavadní praxe a zkušeností mohu doplnit, že psychická zátěž u výjezdových posádek převyšuje zátěž fyzickou. Jedná se zejména o počet výjezdů a jejich samotná povaha, které jsou distribuovány mezi jednotlivé výjezdové posádky.

Pro ilustraci, dle souhrnu výjezdů z ročenky Zdravotnické záchranné služby Hlavního města Prahy (2020), Zdravotnická záchranná služba Hlavního města Prahy v roce 2019 (před pandemií Covid 19) řešila 123 595 výjezdů (příloha 4).

Druhé největší město České republiky, Brno (příloha 4), oproti tomu řešilo průměrně 58 478 za rok 2019 (Zdravotnická záchranná služba Jihomoravského kraje, 2020).

Jednotlivá čísla jsou ovšem zatížena určitými proměnnými, kdy například Praha je značně ovlivněna turistickým ruchem, absencí sekundárních převozů, aj. Data jsou tak pouze ukázkou toho, jak se zhruba liší vytížení posádek v souvislosti s počtem obyvatel (poznámka autorky).

Za rok 2020, uvádí ročenka Zdravotnické záchranné služby Hlavního města Prahy (2021) 114 413 případů.

Ročenka Zdravotnické záchranné služby Jihomoravského kraje (2021) pro Brno-město pak pro rok 2020 udává 55 824 případů (celá Zdravotnická záchranná služba Jihomoravského kraje pak 98 955 výjezdů).

Pozn.: Všimněme si pravopisu u jednotlivých záchranných služeb. Zdravotnická záchranná služba Jihomoravského kraje, ale píšeme-li zkratku, pak ZZS JmK. To samé platí i v případě ZZS HMP.

Bělohávek (1996) uvádí, že stres je reakcí organismu na **nadměrné požadavky** přicházející z okolí, resp. z pracovního prostředí. Chronický stres, který se tak neustále opakuje, může vést k **vyčerpání** jedince. Též hovoří o tom, že vlivem kaskád fyziologických odpovědí organismu může dojít ke kaskádě onemocnění, která mohou v krajním případě fatální následky.

Maslach a Schaufeli (1993) uvádí vyčerpání jako jednu ze tří složek rozvíjejícího se syndromu vyhoření. V tomto kontextu hovoří i Maslach a Leiter (2007).

Šeblová (2007) uvádí, že občany, ale taktéž samotnými pracovníky výjezdových posádek zdravotnických záchranných služeb je povolání obecně vnímáno především jako kontinuální nadměrná zátěž a stres. Zejména opakovanou expozicí kritickým událostem je zdravotnický personál vystaven psychologické morbiditě. To však není jediným rizikem, číhajícím na výjezdové posádky. Je zde totiž ještě jeden rizikový faktor, kterým je tzv. **chronický stres**.

Chronický stres tak může být ovlivněn zejména nedostatkem pocitu bezpečí v pracovních podmínkách, což v nás udržuje vyčerpávající pocit nejistoty a strachu (Pešek & Praško, 2016).

Pražáková (2015) chronický stres považuje za jeden z nejdůležitějších faktorů, iniciující rozvoj syndromu vyhoření. Tento druh stresu zde popisuje jako každodenní a nekonečný.

Z mého pohledu je chronický stres získanou nevratnou výbavou, kterou si členi výjezdových posádek nesou do budoucích pracovních let. Není tomu jen na základě rozmanitosti výjezdů, ale je to spleť myšlenkových pochodů, které se jedinci mísí hlavou při každodenním příchodu do práce. Do této kategorie však musíme také zahrnout nekonečné dohady na příjmových ambulancích nemocničních zařízení ohledně předávání pacientů. Patří sem také obavy o rodinu a blízké, jak z pohledu zdravotního (infekce), sociálního (dopravní nehody, aj.). Také bychom mohli hovořit o pocitu závazku za osudy druhých lidí.

2.1.1 Psychická zátěž

Pelcák (2015) považuje za psychickou zátěž takový stav, kdy dochází k narušení celkové integrity organismu a rovnováhy s životním prostředím, a to v rámci různých povahových struktur. Má tak dopad na psychiku jedince. S psychickou i pracovní zátěží, souvisí pojmy stres a stresor.

Psychická zátěž se tak může objevovat tam, kde je akcent na výkon **emocionální práce** nebo tam, kde dochází ke střetu s **rolovými stresory**, jimiž mohou být například konflikt či přetížení role (Landy & Conte, 2013).

Jak nároky na emocionální výkon, tak zejména přetížení rolí jsou dle mého názoru v pomáhajících profesích stěžejními oblastmi, na které je třeba zaměřit včasnou primární prevenci jako obranu proti vzniku alostatické zátěže (viz kapitola 2.1.2), tak i obranu proti rozvoji syndromu vyhoření (viz kapitola 2.2).

Hartl a Hartlová (2010) psychickou zátěž přímo spojují s termínem stres a podle Paulíka (2012) je stres neoptimální zátěž.

O stresu tak v souvislosti s psychickou zátěží můžeme hovořit jako o stavu obtížných situací či těžkostí (Kebza, 2012).

Pauknerová (2012) mezi nejčastější druhy psychické zátěže řadí:

- situace s problematickým kontextem,
- rušivě působící stres,
- frustraci,
- nepříznivé okolnosti omezující rozhodování člověka,
- konfliktní situace intraindividuální – zaměření na rozhodování mezi dvěma pozitivními či negativními alternativami,
- konfliktní situace interindividuální – střet s okolím.

Hrnčíř (2007) ještě například psychickou zátěž rozděluje na:

- emocionální – evokují afektivní odpověď,
- sensorickou – vyplývá z nároků centrální a periferní nervové soustavy,
- mentální – vychází z nároků na zpracovávání informací pro psychické funkce a procesy.

Oproti tomu Mikšík (2003) rozděluje psychickou zátěž do čtyř oblastí. Jedná se o zátěž:

- běžnou – standardní životní události,
- optimální – stimuluje rozvoj osobnosti,
- hraniční – řešení událostí s mimořádným vypětím sil,
- extrémní psychickou – jedinec není schopen situaci řešit běžnými prostředky.

Psychickou zátěž u výjezdových posádek tak značně ovlivňují **typické krizové situace**, kterým jsou zdravotničtí pracovníci nejvíce exponováni. Jsou to především traumata dětí, **kardiopulmonální resuscitace** mladých lidí obecně, termická traumata nebo například smrt kolegy (James, 1998, citováno v Šeblová, 2007).

Dle mého názoru, mezi největší psychickou zátěž a nejčastější stresory, zejména pro mladé nastupující zdravotnické záchranáře, patří nejen traumata a kardiopulmonální resuscitace dětí, ale i **nadměrná očekávání** od povolání (reálné počty dopravních nehod, resuscitací, polytraumat a jiných závažných akutních stavů), také střet s realitou a zjištění vlivu počtů výjezdů na psychiku členů výjezdové posádky. V neposlední řadě jsou to neshody zdravotnických pracovníků při předávání nemocných na příjmových ambulancích.

Slabý (2019) uvádí, že stále snižující se úroveň závažnosti stavu jednotlivých výjezdů na zdravotnických záchranných službách je značně dyskomfortní situace, která je částečně i důsledkem úbytku výjezdových lékařských služeb první pomoci, populačním nebo historickým vývojem. Tabulku s přehledem počtu výjezdů a počtu skutečných pacientů příkládám do příloh této bakalářské práce (příloha 3).

Úroveň závažnosti s sebou nese i problematiku neshod při předávání pacientů v nemocničním zařízení (poznámka autorky).

Gřegoř (2019) v této souvislosti poukazuje na fakt, že zavedení **finančního filtru**, který by zároveň měl psychologický efekt, by mohl být značnou úlevou, zejména v počtu úpadku neindikovaných výjezdů pro zdravotnické záchranné služby.

Tím by tak nedocházelo k nadměrné zátěži jednotlivých členů posádek a byla by tak pozdvižena zóna, kterou Slabý (2019) označuje jako dyskomfortní.

Dalším aspektem, který ovlivňuje zejména psychickou zátěž jsou **vztahy na pracovišti** nebo mezi členy výjezdových posádek. Bohužel některé situace s sebou mohou přinést i problematiku mobbingu (poznámka autorky).

Fontana (2016) udává, že organizačně nejasně definované role jsou velmi častým podnětem ke vzniku konfliktu na pracovišti. Podobně o organizační roli a o její nejasné náplni hovoří Bělohlávek (1996).

Dále uvedu dle mého názoru zásadní situace, se kterými se členové výjezdových posádek setkávají a mají značný vliv na míru psychické zátěže.

KARDIOPULMONÁLNÍ RESUSCITACE

Psychologický slovník téma resuscitace vykládá jako systémovou činnost, se snahou o obnovu základních životních funkcí a vědomí jedince (Hartl & Hartlová, 2010).

Resuscitace může být jednak chápána buď jako nevědomý pokus o potlačení vlastní myšlenky na úmrtí jedince samotného, nebo jako naprosto vědomá struktura s jasným cílem, kterým je záchrana pacienta (Šeblová, 2007).

Zdravotnická záchranná služba Hlavního města Prahy například za rok 2019 (před pandemií Covid 19) řešila dle ročenky Asociace zdravotnických záchranných služeb (2020) 674 resuscitací v terénu. Zdravotnická záchranná služba Jihomoravského kraje dle téže ročenky řešila v roce 2019 resuscitací 792.

V ročence Asociace zdravotnických záchranných služeb (2021) to pak bylo za rok 2020 (období pandemie Covid 19) 712 resuscitací, pro Zdravotnickou záchrannou službu Hlavního města Prahy a pro Zdravotnickou záchrannou službu Jihomoravského kraje 826.

Zdravotnický záchranář má zákonnou povinnost resuscitaci zahájit či v ní pokračovat, i když existují i určité výjimky, které tuto povinnost neukládají. Příkladem nám mohou být jasné známky smrti, mezi které patří například posmrtné skvrny, hnilobný rozklad, ztuhlost, chlad a další, na jejichž základě lze rozhodnout o nezahájení resuscitace. Ukončit kardiopulmonální resuscitaci smí pouze lékař (poznámka autorky).

Šeblová (2007) uvádí, že největším stresorem pro výjezdové posádky zdravotnických záchranných služeb je neúspěšná kardiopulmonální resuscitace a **smrt dítěte**. Také ale zmiňuje klima, které je pro výjezdové posádky dalším expozičním faktorem, který může působit jak pozitivně, tak i negativně.

Výše uvedené mohu potvrdit na základě dosavadní praxe, ačkoliv bych ve stejnou pozici jako je kardiopulmonální resuscitace, která je samozřejmě také poměrně častá a pro posádky náročná situace, vyzdvihla **počet demotivujících výjezdů, počet výjezdů**

celkově a počet **neshod** se zdravotnickým personálem při předávání pacientů. Je to především z toho důvodu, že pokud se člověk rozhodne pro takové povolání, určitým způsobem s akutními stavy počítá a je si plně vědom toho, že se bude s takovými případy, jako je kardiopulmonální resuscitace ať už dětí, mladých nebo dospělých střetávat.

S čím však podle mého názoru nelze tak dobře počítat jsou osobní prožitky každého jednotlivého člena výjezdového týmu v souvislosti s počty výjezdů, nedostatkem času na uspokojení základních životních potřeb, které samozřejmě přibývající praxí negativně kumulují (jídlo, pití, toaleta). V neposlední řadě jsou to výše uvedené neshody při předávání pacientů v nemocničním zařízení (poznámka autorky).

Nejen zdravotničtí záchranáři, ale i lékaři, mezi sebou často během svých setkání hovoří o tom, že na smrt a resuscitaci, zejména tedy dospělých, si lze zvyknout, případně že s tím člověk při výkonu povolání počítá. Prožívání těchto stavů se s délkou praxe snižuje. Je to dáno zejména tím, že jsou stále v množství výjezdů resuscitace dospělých relativně časté. Nárůst intenzity prožívání je vyšší u resuscitací dětí. Smrt dítěte a jeho resuscitace je situací, na kterou si zdravotník nezvykne nikdy a pokaždé to v něm zanechá stopu. Zejména pokud je rodič. Jelikož resuscitace cizího dítěte, které má obličej dcery nebo syna nemůže být snadnou situací pro nikoho z nás. Za svou pracovní praxi na záchranné službě, jsem byla přítomna u dvou resuscitací velice malých dětí, resp. miminek a dodnes si pamatuji přesný sled událostí a celou situaci, kterou si jsem schopna do detailu vybavit. Je to již několik let a dodnes mám tyto vzpomínky uložené. Na rovinu si však můžeme přiznat, že pokud přijede výjezdová posádka zdravotnické záchranné služby k mrtvému 90letému člověku, který leží doma v posteli v rodinném kruhu, na jeho těle jsou již patrné posmrtné skvrny, chlad, hnilobný rozklad a ztuhlost, které jsou považovány za jisté známky smrti, zanechá to na něm daleko menší otisk než v případě, že by se jednalo o dítě (poznámka autorky).

Bláha (1999), například uvádí, že permanentní střet se smrtí, traumaty či jinými druhy onemocnění, vyvolávají pocity vlastní vulnerability a dochází často k propojování kontextu výjezdu s vlastní prožívanou sociální vazbou k primární skupině.

Baštecká (2003) hovoří o tom, že v dnešní době se cítí zejména záchranáři povinováni každou srdeční zástavu nastalou u člověka resuscitovat. Současný stav však s sebou nese v tomto okruhu i mnohá úskalí, a to například s rozvojem technologií a lékařských

postupů, které mají tendenci všem lidem život prodlužovat, a to s relativně nízkým ohledem na následnou kvalitu života.

Ze své dosavadní praxe (nejen na záchranné službě, ale i na anesteziologicko-resuscitačním oddělení a centrálním příjmu) mohu říci, že pokud se zdravotník ocitne v situaci, kdy stojí nad 80letým člověkem se zástavou oběhu, který ať již doposud zdrav či s anamnézou polymorbidního charakteru, hlavou mu lítá otázka, zda zaintubovaný 80letý člověk na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, postavený před nozokomiální nákazy (onemocnění získané v nemocničním prostředí), jiné respirační onemocnění a vidina následného nekvalitního života (podle okolností) je to, co by si daný člověk pro sebe a své nejbližší přál.

Baštecká (2003) hovoří o tzv. **dobré smrti**, kdy člověk splnil v životě vše, co měl a nenásilná, přirozená smrt je v tomto případě dobrá.

Negativním důsledkem resuscitace tak může být riziko prodlužování utrpení a procesu umírání. Jedná se tak o značné etické dilema. Cílem medicíny není prodlužovat život za každou cenu a na zahájení resuscitace by se mělo pohlížet i z hlediska plánování následné péče a kvality pozdějšího života (Ballance et al., 2015)

Myslím si, že technologické pokroky a nové lékařské metody k prodlužování lidského života jsou na místě v takových případech, kdy se dá hovořit o tom, že zresuscitovaný pacient bude mít vidinu kvalitního života po propuštění z nemocnice.

KONTEXT PANDEMIE COVID 19

Během vypracovávání této bakalářské práce se celý svět střetává s pandemií Covid 19. Považuji tak za důležité tento faktor zahrnout do kapitoly zátěže a stresu (resp. psychické zátěže), avšak jej nebudu intenzivněji rozebírat. Snahou předkládané bakalářské práce je přiblížit problematiku syndromu vyhoření, zátěže a stresu výjezdových posádek zdravotnické záchranné služby napříč dobou, nikoliv však vztahem k pandemii Covid 19.

Závažné akutní respirační onemocnění SARS-CoV-2, způsobuje onemocnění známé pod názvem Covid 19. Jeho rychlé rozprostření po světě, v prvních měsících roku 2020 zapříčinilo jeho deklaraci Světovou zdravotnickou organizací na pandemii Covid 19. Pandemie značně zatížila zdravotnické záchranné služby, a to nejen v souvislosti s nutností

inovativních strategií, zahrnující plány reakcí na tuto náročnou celosvětovou situaci (Häikiö et al., 2021).

„Pandemická doba“ byla ze samotného počátku obdobím, které bylo charakterizováno zejména ztrátou jistot a zhroucením některých plánů. Nejistota, nedostatek informací o průběhu onemocnění a postupech byly značným důvodem nárůstu depresivních a úzkostných symptomů. K všeobecným stresorům patří zejména onemocnění Covidem 19, ekonomická situace jedince, nedostatečná informovanost, ztráta zaměstnání, aj. Nárůst odpracovaných hodin se zvyšoval, a i zdravotníky nevyjímaje. Strach o rodinu, děti a blízké se nevyhýbal ani lidem v první linii. K tomu přispívaly i izolační restriktce a ekonomické dopady v rámci celosvětové populace. Zejména zdravotníci se tak ocitají na prahu dvojího tlaku. Je to jednak tlak již výše uvedených ekonomických a osobních stresorů, které se mohou objevovat v podobě ztráty zaměstnání nebo také subjektivní pocit nedostatku informací, aj. Během pandemie vznikla mezinárodní studie HEROES, kladoucí si za cíl popsat psychický stav pracovníků sociálních služeb a zdravotníků. Do výzkumu bylo použito 1416 dokončených dotazníků. 27,9 % odpovědělo kladně na otázku stigmatizace či diskriminace zdravotníků. Zhruba 5 % vyzařovalo větší riziko suicida nebo deprese (Šeblová et al., 2020).

Konkrétním podkladem by nám tak mohl posloužit tento modelový příklad, při kterém vycházím z reálné situace.

Nacházíme se na počátku „doby covidové“ (březen roku 2020). Nikdo zpočátku neví, jak se bude situace vyvíjet, co je vlastně vir, jemuž čelíme. Člen výjezdové posádky má doma trvalý příkaz na splátku hypotéky, 80leté rodiče, dítě/děti či těhotnou manželku. Pro samotného občana je výskyt Covid 19 sám o sobě stresující. Riziko nákazy stejně jako obavy jsou velké. Proto pro samotného člena výjezdové posádky a ostatní zdravotnické pracovníky je situace daleko závažnější, jelikož riziko nakažení je podstatně vyšší než u běžného občana. Pracovníka výjezdové posádky konfrontuje strach především z pozice manžela, otce, syna a v neposlední řadě občana, který je povinován splátkovým kalendářem. Během tohoto období jsou tak posádky vystavovány dlouhodobému stresu, kdy je obava o existenci jako takovou každodenním tématem. Píše se rok 2022 a Covid 19 je tu s námi stále (poznámka autorky).

2.1.2 Pracovní zátěž

Pracovní zátěž Bělohlávek (1996) spojuje v souvislosti s přetížením versus nevytížením pracovníka v jeho pracovní roli a je tak hlavním determinantem pracovního stresu. Přetěžování zde rozvíjí nadměrné nároky na pracovní vytížení jedince a nevytížení popisuje jako stav nedostatečného nasycení v náročnosti úkolů, které tak neumožňují seberealizaci jedince. Stejně tak o této problematice hovoří Landy a Conte (2013).

Komačenková (2009) hovoří o tom, že pracovní stres je největší záporný faktor v rámci bezpečnosti a ochrany zdraví. Postihuje jednoho ze čtyř pracovníků v rámci poskytování ošetrovatelské péče.

Lamková (2007) pracovní zátěž rozděluje do tří kategorií:

- nejasně definovaná role,
- obsah pracovní náplně,
- organizačně-pracovní oblast.

Kebza (2012) rozlišuje pracovní **zátěž celkovou** a **alostatickou**. Celkovou pracovní zátěž vysvětluje jako součet placené a neplacené práce, přičemž neplacenou práci vymezuje jako aktivitu související s chodem rodiny a domácnosti. Alostatickou zátěž vymezuje jako míru nahromaděné fyziologické zátěže, které je organismus vystaven s cílem adaptace na okolní podmínky.

Landy a Conte (2013) hovoří o alostatické zátěži jako o stavu, který je poháněn snahou o vytvoření rovnováhy mezi kapacitou jedince a okolím, za předpokladu nákladů na adaptaci, které bychom mohli přirovnat ke kontokorentu. Snahou je jednak negativní zátěž eliminovat a v případě, že již došlo k jejímu vzniku snižovat náklady, které se snažíme i zároveň přeměnit v provizorium a předejít tak alostatické zátěži.

Hrnčír (2007) naproti tomu hovoří o **neuropsychické pracovní zátěži**, která zaznamenává průběžnou zátěž organismu a může tak vyústit v jeho náhlé selhání či psychické poruchy. Rozděluje i stresory pracovního prostředí, mezi které například řadí:

- organizační strukturu,
- další pracovní rozvoj,
- uspokojení biologických a sociálních potřeb,
- pracovní prostředí a podmínky, ve kterých se zaměstnanci nachází,
- mezilidské vztahy, aj.

Fontana (2016) tento seznam rozšiřuje například o nedostatek personálu nebo dlouhou pracovní dobu.

Dle mého názoru je nedostatek zdravotnického personálu, částečná zdravotní negramotnost obyvatel, a tím tak navýšení pacientů (poznatek z praxe zhruba 6 – 9 výjezdů na směnu pro jednu posádku, liší se dle **směnnosti** služeb), velmi podstatným bodem, který syndrom vyhoření značně urychlí. Zrovna tak tomu je i dle mých poznatků s délkou pracovní doby a skutečně odpracovaných hodin za měsíc. Mezi nadměrnou pracovní zátěž bych na základě dosavadní praxe zařadila i administrativu, která má na každém výjezdu svou specifickou váhu a pro jednotlivce je tak důkazem v případných sporech soudního i mimosoudního charakteru.

Kebza (2012) uvádí, že mezi nejčastější stresory, zejména pro zdravotnické pracovníky, patří nadměrná administrativa, rovněž tak jako vysoká odpovědnost nebo očekávání, se kterými jedinec nastoupil do zdravotnické profese, pracovního prostředí, aj. Stres zde rozděluje na akutní, chronický a periodicky opakující se.

Konkrétní příčiny stresu (tzv. **stresory**), se kterými se v pracovním procesu setkáváme a pro účely této bakalářské práce vyzdvihneme je časová tíseň, konflikty či zodpovědnost na pracovišti (Fontana, 2016; Paulík, 2012).

V následujícím textu uvedu časté situace, zvyšující pracovní zátěž. Jedná se o konflikty a časovou tíseň.

KONFLIKTY ROLE A ZODPOVĚDNOST

Problematickým prvkem v souvislosti s organizační rolí je i tzv. konflikt role (Fontana, 2016).

Zde se například zdravotnický záchranář může setkat se vznikem **dvojné vazby**, při které řeší dilema, zda se zachovat podle metodických pokynů či postupovat s určitým pochopením, například u opilého, který svou hladinu alkoholu v krvi jednou neohlídal. Samozřejmě pokud se na takového jedince jezdí zpravidla několikrát do měsíce, nejedná se již o konflikt role, ale zde již vyvstává na povrch počátek emocionálního vyčerpání a beznaděje (poznámka autorky).

Ve spoustě případů, nejasně stanovená zodpovědnost jednoho a druhého pracovníka, může vést ke **střetu vykonávaných činností** a vyvstává z toho závěr břemene odpovědnosti, která souvisí s mírou nejednoznačnosti. Též uvádí, že pokud se pracovník dlouho vyskytuje v prostředí, kde se stýká s lidmi a nese za ně určitou část odpovědnosti, dochází k syndromu vyhoření (Vašina, 2009).

Fontana (2016) zmiňuje, že nedorozumění s přáteli, rodinou nebo partnery zažil každý z nás a víme tak, jaký negativní dopad může mít rozpor mezi dvěma lidmi, mezi kterými existuje na rozdíl od pracovního vztahu citové pouto. **Příčin konfliktů** v pracovních vztazích může být tak několik. Ať již ve formě časové tísně, špatná komunikace či organizace.

Vašina (2009) uvádí, že **mezilidské vztahy** jsou jednou z nejčastějších organizačních dysfunkcí dané instituce.

Na základě dosavadní praxe mohu říct, že v profesi zdravotnického záchranáře je zejména asertivní komunikace stěžejním nástrojem, kterým ovšem nedisponuje každý člen pracující v organizaci nebo na příjmové ambulanci v nemocničním zařízení. Může tak docházet ke sporům nejen s pacienty, ale i s ostatním zdravotnickým personálem.

Pro zvládání pracovního stresu je důležitá **sociální podpora** (Paulík, 2012; Vašina, 2009).

Zcela odlišným případem, který je sociální podpoře na pracovišti opozicí je tzv. mobbing, který Vašina (2009) vysvětluje jako stav, kdy je jedinec znevažován, zesměšňován nebo šikanován.

Landy a Conte (2013) uvádí tzv. buffering efekt, který hovoří o tom, že pokud se nastřádá zátěže více, je její míra ovlivněna sociální oporou. Jinými slovy má-li dotyčný ve svém okolí dostatečnou sociální oporu je vnímána nižší míra zátěže.

Mobbing můžeme chápat i jako systematické napadání oběti, za domáhání se zákonnými prostředky svých práv, které vyvstávají z pracovně-právního vztahu. Jinými slovy jde o to, že je skupinou potlačována jakákoliv nežádoucí aktivita s cílem udržení dominance mobbujícího pachatele či skupiny. Frekvence útoků musí splňovat podmínky alespoň 1x za týden a po dobu minimálně 6 měsíců (Wagnerová et al., 2011).

Pauknerová (2012) v této souvislosti hovoří o tom, že problémové chování na pracovišti je zaznamenáváno od počátku fungování ekonomiky za jasně stanovených pravidel.

ČASOVÁ TÍSEŇ

Vašina (2009) uvádí, že práce, ve které se setkáváme s časovým tlakem, kdy je zapotřebí udělat hodně práce za krátký časový úsek je sama o sobě stresorem.

Fontana (2016) uvádí, že neustálá práce pod časovým tlakem není v dlouhodobém horizontu proveditelná.

V souvislosti s výkonem povolání v rámci výjezdových posádek zdravotnických záchranných služeb proto shledávám, že nově nastupující absolvent vysoké školy (3letý bakalářský obor), v tomto režimu a provozu v jakém nynější výjezdové posádky zejména ve velkých městech fungují, bude mít obtížné zachovat si psychickou kondici do důchodového věku. Především z důvodu četnosti výjezdů, jejich indikace, směnnosti či nedostatečného uspokojování základních životních potřeb v pracovním procesu.

2.2 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření, burnout syndrom, budeme používat jako synonyma. Je to nejčastější důsledek nadměrného zatížení pomáhajících profesí. Má plíživý charakter a jeho výskyt se zvyšuje. V této kapitole se zaměříme na jeho projevy, rozvoj a možnosti prevence.

O syndromu vyhoření hovoříme, jako o stavech spojených s **depersonalizací, emocionálním vyčerpáním** vedoucí ke ztrátě pracovního zájmu a **snížení efektivity pracovního výkonu** (Raboch, 1951, citováno v Practicus, 2014).

Stavy profesionálního vyčerpání v souvislosti s výskytem chronického stresu jsou podstatným bodem v rámci rozvoje burnout syndromu. Během posledních let se syndrom vyhoření vyskytuje také v propojení sociálních a osobních oblastí, a to zejména ve spojitosti s pandemií Covid 19 (García-Rivera et al., 2022).

Během pandemie Covid 19 se u zdravotnických pracovníků zvýšil výskyt nespavosti, úzkosti, deprese, aj. Situace je připisována každodennímu boji s Covidem 19, za současného předpokladu automatického zvládnání a vyrovnávání se škodlivému distresu (Zhang et al., 2020).

Ilustračním příkladem pro detekci projevů syndromu vyhoření, by mohly být námi uvedené spory a konflikty při předávání pacientů zdravotnickými záchranáři v nemocničním zařízení, a to nejen během pandemie Covid 19. Můžeme uvést i modelový příklad. *Zdravotničtí záchranáři řeší ve 3 hodiny ráno chronický stav pacienta s bolestmi zad a s vědomím, že jej musí předat v nemocničním zařízení zdravotnickému personálu* (poznámka autorky).

Šeblová (2007) hovoří o tom, že zejména zodpovědnost, nároky na rozhodnost, pracovní autonomie nebo potlačování emocí vyvolaných jednotlivými událostmi jsou potenciálním determinantem v důsledku rozvoje syndromu vyhoření. Také hovoří o tom že, charakter pracovní náplně výjezdových posádek zdravotnických záchranných služeb je sám o sobě rizikem, v souvislosti s rozvojem burnout syndromu.

Hawkins a Shohet (2004) například uvádí, že syndrom vyhoření je pouze jiným pojmenováním slova „nezvládnání“ a není nijak rozpoznatelný ani zachytitelný.

Situace dnešních dnů (pandemie Covid 19), je dle mého názoru ukazatelem toho, jak jsou zdravotníci, a to nejen záchranných služeb, ale i ostatních lékařských i nelékařských zdravotních oborů, exponováni stresorům, různých etiologií a mají tak na ně širokospektrý

dopad. Proto si nemyslím, že za „necovidového období“, by se nemohly nastavit zdravotníkům takové podmínky, aby syndrom vyhoření neměl exponenciální nárůst, nýbrž přinejmenším konstantní charakter. V kontextu nárůstu a poklesu výskytu syndromu vyhoření hovořil i Gřegoř (2019) (kapitola 2.1.1).

V systému 12hodinových směnných služeb a za současné situace, je skutečně riziko vzniku syndromu vyhoření značné. Vezmeme-li v úvahu, že jednotliví pracovníci v podobném režimu pracují i za normálních podmínek, pak pandemie Covid 19 je velkým potencionálním spouštěčem, a to například v navyšování směn, z důvodů nedostatku personálu, výskytu onemocnění nebo počtu případů, a to jak v rámci zdravotnických záchranných služeb, tak i nemocničních zařízeních.

Kebza (2012) uvádí, že zejména lékaři a ostatní nelékařský zdravotnický personál jsou nejohroženější skupinou, co do vzniku syndromu vyhoření, který je tak aktuálním tématem nejen z důvodu samotného ohrožení zdravotníků, ale i v rámci poskytované zdravotnické péče.

2.2.1 Vznik syndromu vyhoření

Burnout syndrom, není co do vzniku, jednodenní záležitostí. Je uvedeno, že jeho vznik se může pohybovat od velmi krátkých časových intervalů, až po letité praxe v zaměstnání (Pešek & Praško, 2016).

Pudil (1998) uvádí, že syndrom vyhoření není primárně projevem akutního stresu, ale je **ukazatelem dlouhodobého a chronického stresu**, který na jedince působí.

Vymětal (2004) tento popis doplňuje ještě o informaci, že chronický stres je skrytý a nebezpečný.

Na syndrom vyhoření můžeme též pohlížet jako na kombinaci více-faktorového modelu, zahrnující dlouhodobý/chronický stres, absenci pracovní motivace jedince a pocity neuspokojení. Tento pohled byl sledován v rámci longitudinální studie (Šolcová et al., 2017).

Můžeme se setkávat i s tezí, že je syndrom vyhoření důsledkem vnějších a déletrvajících faktorů, souvisejících bezprostředně s výkonem povolání. Též je uváděno, že nejohroženější skupinou v souvislosti s rozvojem vyhoření jsou právě zdravotničtí pracovníci (Kebza, 2012).

Pelcák (2015) hovoří o tom, že zejména pomáhající profese jsou silně ohroženy rozvojem syndromu vyhoření, a to především v souvislosti s kontaktem s ostatními lidmi a jsou odkázáni na jejich hodnocení.

Kebza (2012) uvádí, že mezi nejčastější spouštěcí prvky a příčiny, patří také osobnostní charakterové rysy, které souvisí nejen s frustrační, ale i se stresovou odolností organismu (viz kapitola 2.2.3).

Podle mého názoru a na základě poznatků z mé dosavadní praxe, není největším podnětem k rozvoji syndromu vyhoření délka výkonu povolání či samotná povaha práce s lidmi, ale jde spíše o souhrn charakterového balíčku, kterým je jedinec vybaven. Dále jsou to také vztahy na pracovišti a především režim, ve kterém dnes celé zdravotnictví funguje. Přehřel pacientů, nedostatek zdravotnického personálu a v současné době i nové nemoci (Covid 19, postcovidové syndromy), se kterými se doposud nikdo nesetkal. Příkladem nám může být „koronavirová éra“, která začala v roce 2020. Nikdo ji zpočátku neznal, neuměl řešit a zejména zdravotničtí pracovníci tak byli vystaveni obrovskému stresu a zátěži, a to nejen v souvislosti s nakažením, nejistou budoucností, ale i strachem o své blízké, které pramenilo z podstaty povolání. V neposlední řadě je rizikovým faktorem také vysoký počet každodenních výjezdů posádek zdravotnických záchranných služeb a s tím spojené spory při předávání pacientů v nemocnicích.

2.2.2 Příznaky syndromu vyhoření

Ptáček a Čeledová (2011) uvádí, že mezi hlavní projevy syndromu vyhoření patří zejména **příznaky psychické a fyzické**. Od palpitací, cefalgie, insomnie, dušnosti až po deprese, paranoiu, celkový útlum či záchvaty zlosti a hněvu.

Podobně v této souvislosti hovoří i Baštecká (2003), která navíc doplňuje, že jedinec nemá chuť do práce ani do života a jeho duševní stav vyzařuje pocity beznaděje a bezmoci. Také uvádí, že syndrom vyhoření je zejména projevem psychického vyčerpání.

Maslach a Leiter (2007) uvádí tři základní položky poukazující na rozvoj syndromu vyhoření. Řadí sem vyčerpání, cynismus a nemožnost dosáhnout svého cíle. Cynismus evokuje opoziční postoj vůči zaměstnání. Nemožnost dosáhnout svého cíle pak odkazuje jedince v rámci sebehodnocení na to, že není schopen v pracovních podmínkách dosáhnout uspokojivého závěru.

Společně s termínem burnout syndrom se vyvíjela i koncepce zvaná **vyčerpání životních sil**, která je definována třemi aspekty, mezi které řadíme pocit zvýšené podrážděnosti, demoralizaci, málo energie a neúnosnou únavu (Appels, 1980, citováno v Kebza & Šolcová, 1998).

Baštecká (2003) uvádí, že mezi charakteristické rysy burnout syndromu patří především **únava, beznaděj a plíživost**. Únava zejména emoční nebo nesoustředěnost, se projevuje nedůvěrou a necitlivým přístupem k ostatním lidem nebo také nezájmem o pacienta a jeho zdravotní stav. Bezmocnost, která se pojí s pocitem beznaděje, se projevuje černými scénáři, které jedinec vytváří v rámci vizualizace své budoucnosti, a to nejen v souvislosti s pracovní náplní, ale i svým osobním životem. Člověk se tak stává náchylnější k somatickým onemocněním, jejichž výskyt se prohlubováním burnout syndromu zvyšuje. Plíživost je oblast, kterou si samotný pracovník nemusí všimnout. Je proto dobré, aby byl přítomný supervizor, který by tento stav mohl časně odhalit a jednotlivci tak podat včasnou možnost řešení situace (viz kapitola 2.2.5).

Supervizi v přednemocniční neodkladné péči zajišťují inspektoři provozu, kteří mají na starosti nejen řídicí roli pro zdravotnické složky v případě mimořádné události, ale mají za úkol i dohlížet na dodržování bezpečnosti práce či kvalitu poskytované péče (poznámka autorky).

Kebza a Šolcová (1998) v souvislosti s diferenciací od depresivních stavů, hovoří o tom, že manifestující projevy syndromu vyhoření postrádají na rozdíl od depresí pocity viny, nicotnosti a smutku.

V další publikaci je k projevům syndromu vyhoření doplněna obezita a hypertenze (Shirom, 2007, citováno v Kebza & Šolcová, 2012).

2.2.3 Rizikové faktory syndromu vyhoření

Jeklová a Reitmayerová (2006, citováno v Pelcák, 2015) uvádí některé rizikové faktory, ze kterých můžeme pro účely této bakalářské práce vybrat například permanentní časový tlak, pracovní prostředí, přetěžování personálu či nedostatek odpočinku.

Pelcák (2015) uvádí, že neopomenutelnou roli hraje i sociální opora, zvládací copingové strategie nebo osobnostní rysy.

Nakonečný (1998) jednotlivé rysy osobnosti člení v následujících dimenzích. Patří sem temperament, vlastnosti sobě specifické, schopnosti, postoje, motivy, charakter.

Můžeme posuzovat i oblasti, které zmiňuje i Vágnerová (2004):

- **introverze vs. extraverze** – jedinec zaměřený dovnitř, na své pocity, prožitky, aj. vs. člověk otevřený, společenský a zaměřený vně,
- **emoční labilita vs. stabilita** – jedinec emočně nestálý (neurotický) vs. jedinec emočně stálý (vyrovnaný),
- **submise vs. dominance** – sebe-podřizující se, méně sebevědomý jedinec vs. jedinec a jeho nadměrná potřeba sebe-prosazení, který má zároveň velké sebevědomí,
- **hostilita vs. láska** – jednání jedince je ofenzivní vs. defenzivní,
- **rozum vs. senzitivita** – racionální vs. iracionální osobnostní stránka.

Sklon k vyhoření je tak podstatně silnější u introvertů, emočně labilnějších jedinců, submisivních, senzitivnějších a u jedinců upřednostňujících defenzivní jednání (Křivohlavý, 1998).

Nižší skóre neuroticismu a vyšší skóre extraverze negativně korelují se syndromem vyhoření. V tomto kontextu je tak extraverze považována za důležitou psycho-defenzivní vlastnost. Výskyt nižšího skóre extraverze a vyššího skóre neuroticismu u zdravotních sester či zdravotnických záchranářů, se tak může projevit v rámci maladaptace neboli špatnému přizpůsobení se pracovnímu prostředí. Zkoumání osobnosti v souvislosti s povoláním zdravotnických záchranářů a zdravotních sester je poměrně nedostatečně prozkoumaná oblast, která je značně zranitelná (Mason et al., 2020).

Baštecká (2003) řadí mezi **rizikové aspekty**, které mohou u zdravotnického personálu vyvolat syndrom vyhoření například péči o pacienty, nejednoznačnost či nevladatelnost jednotlivých situací nebo v neposlední řadě nedostatečnou sociální podporu.

Baštecká (2003) jednotlivé oblasti rozděluje na **oblast spočívající v jedinci**, kterou diferencuje na aspekty psychické nebo fyzické. Uvádí například základní re-aktivitu, neefektivní copingové strategie, chyby v myšlení (negativismus), aj. Dalším bodem je **oblast spočívající v organizaci**, kam zahrnuje neadekvátní pracovní podmínky či přípravu pro zaměstnání, nevhodnou organizaci práce a další. A v neposlední

řadě uvádí **oblast spočívající ve společnosti**, do které zahrnuje klienty, míru požadavků nebo společenské ocenění.

Podobné rozdělení příčin rozvoje burnout syndromu spatřují Hennig a Keller (1996).

Do oblasti spočívající ve společnosti bych ze svého pohledu zahrнула především plošnou zdravotní gramotnost a také respekt ke členům výjezdových posádek.

Kebza (2012) uvádí, že velký podíl na vznik syndromu vyhoření nenesou pouze práce s pacienty, ale zejména administrativa, která tvoří poměrně velkou část při práci s pacientem (viz kapitola 2.1.2). Dále je to ohodnocení, organizace práce a samotné pracovní podmínky. Také zmiňuje, že se na rozvoji burnout syndromu podílí i věk nebo pohlaví.

2.2.4 Fáze syndromu vyhoření

Podle Hennia a Kellera (1996) se syndrom vyhoření skládá z několika fází. Jsou to fáze:

1. **nadšení**, kdy je jedinec plný sil a očekávání se těší na střet s realitou,
2. **stagnace**, při které nastává střet s realitou a ukazuje nemožnost naplnění ideálů,
3. **frustrace**, kdy dochází k tomu, že jsou pacienti vnímáni spíše negativně a je k nim zaujímám ofenzivní postoj,
4. **apatie**, které deklaruje příjezd k pacientovi v duchu nezájmu o samotnou podstatu jeho stavu a výjezdu jako takového (zaměstnanec je v práci, protože musí) a
5. **vyhoření**, kdy jedinec odmítá s lidmi pracovat, jeho nezájem paralelně koresponduje s vyčerpáním.

Model Maslachové (1996, citováno v Bartošíková, 2006) rozděluje čtyři fáze syndromu vyhoření a uvádí pouze nadšení, vyčerpání, dehumanizaci a negativismus.

Je popisován i 12fázový model burnout syndromu, který ještě navíc obsahuje například depresi, depersonalizaci, prázdnotu, kompulzivní popírání, prázdnotu a další (James, 1982, citováno v Krivohlavý, 1998).

Krivohlavý (1998) uvádí model podle A. Laengle, který zahrnuje též fázi nadšení, ve druhé fázi se vidina realizace dosavadních ideálů a smyslu práce vytrácí a chození do práce se pojí s finanční stránkou. V poslední fázi se jedná o tzv. „**život v popeli**“, který v sobě

zahrnuje absenci úcty, zejména k hodnotám ostatních, ale také k vlastnímu bytí. V neposlední řadě je to cynismus jak k sobě, tak i k ostatním.

2.2.5 Prevence syndromu vyhoření

Prevence syndromu vyhoření souvisí s pojmenováním zdrojů. Maslach a Leiter (2004) vypracovali 6 kategorií zahrnující pracovní oblasti v organizaci, které pomohou možné **zdroje** odhalit a včasné detekovat rozvoj syndromu vyhoření. Do kategorií zařadili:

- zátěž na pracovišti,
- kontrolu a ovlivňování na pracovišti,
- odměnu a stimulaci z pozice zaměstnavatele,
- společnost v souvislosti interpersonálních vztahů,
- poctivost v souvislosti se spravedlností na pracovišti,
- hodnoty zahrnující cíle a očekávání.

Povaha pracovní náplně může být tedy prediktorem určení úrovně zátěže a stresu. V rámci efektivního managementu, napomáhající snižování výskytu syndromu vyhoření zejména u pomáhajících profesí, by tak měla být brána v potaz oblast mezilidských vztahů a zlepšování postojů zaměstnanců. Jedná se tedy především o oblasti ovlivnitelné naplánovanou strategií pro snížení výskytu burnout syndromu (Rivas et al., 2021).

V souvislosti s rozvojem syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků a eliminaci jeho spouštěčů je nutné rozvíjet a provozovat preventivní programy, zahrnující uvědomění si svého zdravotního stavu, organizační podporu a zároveň snížení emocionální práce například prostřednictvím fyzických aktivit (Kim et al, 2022).

Pudil (1998) uvádí, že mezi základní možnosti prevence v rámci syndromu vyhoření patří správná **životospráva**. Řadí sem především fyzickou aktivitu během volna, dodržování stravování, vyhýbání se návykovým látkám, aj.

Problematika dodržování **zdravého životního stylu** je u výjezdových posádek značně ztížena. Nepravidelná směnnost, denní a noční služby, kontinuálně narušený spánkový cyklus během nočních směn je denní chléb každého člena týmu a správně načasovaná životospráva je zde relativně nemožná (poznámka autorky).

Především **duševní hygiena**, optimalizace vztahu mezi zátěží a odpočinkem a tělesný pohyb jsou podle Honzáka (2008) doporučením pro všechny pracovníky pohybující se v provozu se zvýšenou zátěží. Těž odkazuje na asertivitu a s tím související schopnost říci NE.

Pražáková (2015) vyzdvihuje též **hranice**, které pojímá v souvislosti s vlastními hranicemi (co zvládnu), hranice uživatele (jakou pomoc potřebuje) a hranice systému (reálné možnosti pomoci).

Podle Baštecké (2003) a Klevetové (2011) bychom mohli rozlišovat možné kroky jednak z pohledu zdravotníka, tak ze strany organizace. Z pohledu zaměstnance by se jednalo zejména o sebereflexi, reálnost stanovených cílů, péče o vlastní zdraví, odpočinek aj. Z pohledu organizace bychom zde zařadili rozpoznání maladaptavního jednání, peer programy, efektivní komunikaci, jasné cíle, aj.

Bez ohledu na to, že v úvodu do problematiky syndromu vyhoření uváděli, že jej není možné zachytit nebo rozpoznat, v průběhu publikace hovoří autoři o tom, že prevence je nejdůležitějším krokem v boji se syndromem vyhoření. Zejména pak o tom, že smysluplnost a aktivita v rámci osobního mimopracovního života, je nedílnou částí kvalitní prevence (Hawkins & Shohet, 2004).

Mezi další aspekty prevence vzniku syndromu vyhoření je kvalitní supervize, v jejímž rámci se zaměřujeme na pracovní proces se snahou zkvalitnit tuto službu (Baštecká, 2003; Dynáková et al., 2010).

Hawkins a Shohet (2004) rozdělují supervizi na výukovou (role učitele supervizora), výcvikovou (supervizor přejímá část odpovědnosti), řídicí (supervizor je zároveň nadřízeným), poradenskou (se supervizorem je možné konzultovat, odpovědnost však zůstává na supervidovaným).

Jak jsem již zmiňovala v kapitole 2.2.2 supervize je v rámci zdravotnických záchranných služeb prováděna inspektorem provozu.

VÝZKUMNÁ ČÁST

3 Výzkumný problém, cíle práce a výzkumné otázky

V první fázi praktické části diplomové práce je důležité určit **výzkumný problém**. Ten přesně stanovuje oblast, kterou je studie vedena. Vhodné je rozpoznat a stanovit, jestli je výzkumný problém aktuální, přínosný, realizovatelný a řešitelný. Výzkumník určí, předem rozmyšlený rozsah a dosah práce, poté stanoví její **cíl** (Hendl, 2005).

Výzkumným problémem předložené diplomové práce tak byla zátěž, stres a syndrom vyhoření u pracovníků zdravotnické záchranné služby.

Při výše uvedeném jsem si kladla za **výzkumné cíle** zmapovat individuální pohled členů výjezdových posádek zdravotnické záchranné služby, na pracovní zátěž a stres. Dále zjistit možnou podobu rizikových faktorů podílejících se na vzniku syndromu vyhoření a jeho prevenci. Zajímá mě nejen vývoj pracovního nasazení, energie, pohled na růst či pokles pracovní zátěže, ale i jejich pohled na rizikové faktory podílející se na rozvoji burnout syndromu.

Praktická část předkládané diplomové práce je vedena kvalitativní metodikou, která nepoužívá statistické metody, ale zaměřuje se na menší výzkumný soubor a na individuální prožitky, zkušenosti a pohled participanta.

Cíle výzkumu realizované praktické části byly následovné:

- *Výzkumný cíl 1: Zmapovat individuální pohled členů výjezdových posádek zdravotnických záchranných služeb na pracovní zátěž a stres.*
- *Výzkumný cíl 2: Zjistit možnou podobu faktorů podílejících se na rizikosti vzniku syndromu vyhoření a jeho prevenci.*

Během rozhovorů s respondenty jsem vytvořila zužující **výzkumné otázky**. Tyto otázky blíže specifikují danou problematiku. Výzkumné otázky jsou:

- *Výzkumná otázka 1: Jak respondenti pohlíží na vývoj zátěže a stresu u výjezdových posádek záchranných služeb během své praxe?*
- *Výzkumná otázka 2: Co respondenti považují za hlavní hrozby rozvoje syndromu vyhoření v souvislosti s dosavadními zkušenostmi a praxí?*
- *Výzkumná otázka 3: Jaké jsou protektivní faktory burnout syndromu?*

4 Typ výzkumu a použité metody

Pro stanovenou problematiku a cíle bakalářské práce byl vybrán kvalitativní design, jehož zvolení bylo vhodné vzhledem k výtěžnosti jednotlivých okruhů.

Kvalitativní metodologie využívá malý výzkumný vzorek a k analýze dat není využíváno statistických metod. Jedná se tedy spíše o metodu společensko-vědní a explorativní, používající holistické a měkké metody. Využívá spíše záměrný a malý výběr vzorku. Oproti tomu kvantitativní metodologie je spíše metodou nomotetickou a explanativní, využívající tvrdé metody, náhodný výběr a statistické programy (Zháněl et al., 2014).

V dobách minulých byly kvalitativní a kvantitativní metodologie řazeny mezi soupeřící odvětví, pro jejich odlišná paradigmatata. V současné době jsou obě metodologie řazeny na přístupy s odlišnou strategií získání a vyhodnocování dat, nejsou však již stavěny na konkurenční rovinu (Laufková et al., 2013).

Miovský (2006) mezi kvalitativní přístupy zařazuje terénní výzkum, analýzu dokumentů, případovou studii, kvalitativní evaluaci a kvalitativní experiment.

Případová studie obsahuje dle Hendla (2005) 3 oblasti:

1. jednopřípadová studie, která se specializuje na konkrétní etáže jedince (klinická kazuistika),
2. studie s komplexnějším pohledem zaměřující se například na vztahové vazby mezi jedinci (případová studie rodiny) a
3. Life story nesoucí obsah jedince od narození po současný stav, nese s sebou v patrnosti mnoho faktorů a proměnných.

Výzkum předložené diplomové práce vychází z případové studie a věnuje se pohledu respondentů na vývoj zátěže, na rizikové faktory vzniku syndromu vyhoření a na preventivní faktory. Rozebírá zejména stres a zátěž při výkonu povolání, ale také se zaměřuje na výjezdovost a (ne)indikovanost výjezdů posádek zdravotnických záchranných služeb. V této části jsem se zaměřila na jednotlivé rozhovory s participanty, ve kterých jsem chtěla získat pohled na problematiku zátěže (včetně konkrétních příkladů) a dále na jejich celkovou pracovní energii od počátku praxe dosud (popřípadě do odchodu ze záchranné služby). Snahou bylo získat autentická data a pohled na poskytování přednemocniční neodkladné péče v návaznosti na psychický stav respondentů.

4.1 Metody získávání dat

Kvalitativní výzkum se soustřeďuje na individualitu jedince, jeho zkušenost, interakci v sociálních skupinách a jeho chování v kontextu životních událostí a etap jimiž prochází, nebo ve kterých se aktuálně ocitá. **Rozhovor** nebo **extrospekce** (pozorování), patří mezi nejhojněji využívané metody sběru dat a vzhledem k tomu, že je výzkumný soubor malý, se lze soustředit na individualitu vztahových, zkušenostních a prožitkových prvků každého respondenta. Snahou výzkumníka je pochopení interpretace zkušeností respondentů. Vzhledem k tomu, že je výzkumný soubor poměrně malý a často v rádech jednotek, max desítek respondentů, nelze hovořit o populační validitě či standardizaci (Hendl, 2005; Miovský, 2006).

Interview mohou být nestrukturované, polostrukturované a strukturované. **Polostrukturované interview** je výhodné v tom, že výzkumník může zaměřovat okruhy tématu dle potřeby. Kromě polostrukturace a částečně tak volné ruky výzkumníka, zahrnuje rozhovor jádro, které v sobě nese kostru, jíž se výzkumník drží. Rozhovor má 3 fáze. Řadíme mezi ně fázi **úvodu** do rozhovoru, **jádra** rozhovoru a **závěru** (Miovský, 2006).

Kvalitativní data diplomové práce byla shromážděna pomocí výše uvedených **polostrukturovaných rozhovorů**. Tento výběr považuji za vhodný, vzhledem k výtěžnosti a individualitě získaných dat. Polostrukturované rozhovory měly stanovené okruhy a kostru, od které se rozhovor odvíjel, pokud jsme se s respondenty dostali k vyčerpání konkrétního bloku. Citlivá témata či případnou živou a nekomfortní oblast participanta, bylo možné spatřit v rámci extrospekce.

Díličí rozhovory bakalářské práce byly vedeny následovně. Všechny interview byly předem telefonicky domluveny. Respondenty jsem oslovila, informovala o průběhu výzkumu, a i o jejich roli. Všechny rozhovory probíhaly od března do srpna roku 2021 a probíhaly na neutrální půdě v kavárnách, které si participanti zvolili.

Rozhovory probíhaly se členy výjezdových posádek zdravotnické záchranné služby, přičemž každý respondent souhlasil s účastí ve výzkumu, kterou potvrdil podepsáním informovaného souhlasu, jehož součástí byla i formule o anonymizaci a odvolatelnosti účasti ve výzkumu. Rozhovory byly nahrávány na mobilní telefon.

Po ústním souhlasu a podepsání jeho písemné formy (příloha 5), byly respondentům předloženy časové osy (příloha 6), které na začátku vykreslili. Vytvořené grafy

jsem následně zakryla, aby se respondenti nemohli držet nakreslené linie a necítili se povinováni dodržovat meze výkresu. Rozhovory trvaly od 45 do 60 minut.

Participantům jsem sdělila téma bakalářské práce a pomocí připravených otázek, tvořící kostru rozhovoru, jsem s nimi probírala danou problematiku. Měla jsem připravený záznamový arch, kam jsem si dle své potřeby zapisovala poznámky a dílčí situace odehrávající se během rozhovoru. Během interview, mi napomohla také extrospekce, která například napověděla o tom, jak je dané téma respondentovi (ne)příjemné. Vzhledem ke své dosavadní praxi na zdravotnické záchranné službě jsem o dané problematice byla informovaná, jelikož jsou tato témata mezi zdravotníky stále aktuální a často diskutovaná.

Během interview jsem začínala od lehčích témat a postupně jsem se dostávala k otázkám náročnějším. Ty jsem opět prokládala dle potřeby otázkami lehčími. Vzhledem k polostrukturaci interview, bylo snadné držet se jádra tématu a postupně se doptávat na věci kolem. Vzhledem k několikaleté znalosti respondentů bylo snadné navodit klidnou, přátelskou, a především důvěrnou atmosféru, ve které se všichni respondenti cítili komfortně.

OTÁZKY POLOSTRUKTUROVANÉHO ROZHOVORU

Při vytváření okruhů a otázek jsem vycházela ze studia zdrojů, dosavadní praxe, znalostí problematiky zátěže, stresu a syndromu vyhoření. Vzhledem k tomu, že téma je u zdravotnických záchranných služeb aktuální a probírané, vyplývaly z daných otázek otázky další, které byly dle intenzity více rozebírány.

Jelikož mi problematika zátěže, stresu a syndromu vyhoření není cizí a s jednotlivými respondenty jsem během praxe měla možnost toto téma několikrát otevřít, byly otázky formulované tak, aby byla výtěžnost co nejvíce efektivní.

Otázky jsem rozdělila do 4 okruhů. Tyto oblasti byly záměrně uspořádány tak, aby těžká témata byla uprostřed rozhovoru a respondenti, tak nebyli vyčerpáni již v samotném počátku rozhovorů.

Okruhy rozhovorů byly následující:

1. vývoj zátěže,
2. pandemie Covid 19,
3. budoucnost a
4. prevence.

Na jednotlivé okruhy nasedalo celkem 13 otázek, rozprostřených do jednotlivých oblastí. Na začátku rozhovoru dostal po sobě každý respondent dvě časové osy. Na jedné měl zaznamenat křivku své počáteční a nynější pracovní energie. Druhá časová osa pak měla zaznamenávat křivku, znázorňující respondentův pohled na vývoj zátěže výjezdových posádek zdravotnické záchranné služby od počátku jeho praxe.

Také jsem se snažila o to, abych měla porovnání mluveného slova a grafického znázornění.

Otázky v rámci polostrukturovaného rozhovoru s respondenty byly vytvořeny a zařazeny následovně:

Okruh 1 – Vývoj zátěže

- 1.1** Jak byste hodnotil svou počáteční a nynější pracovní energii? Jaké události Vám berou energii nejvíce a proč? (+ časová osa 1)
- 1.2** Jak byste hodnotil zátěž v období nástupu do práce, před „korona krizí“ a během ní? (+ časová osa 2)
- 1.3** Jak se nyní cítíte v zaměstnání? Jak byste si představoval případnou změnu? Případně jak si případně vykládáte své negativní ladění v zaměstnání?
- 1.4** Myslíte, že se Vás týká syndrom vyhoření? V čem je pro Vás problematika syndromu vyhoření nebezpečná?

Okruh 2 – Pandemie Covid 19

- 2.1 Nacházeli jsme se v nouzovém stavu v souvislosti s pandemií Covid 19. Jak na Vás celá atmosféra působila? Změnil se nějak Váš psychický stav?
- 2.2 Napadlo Vás během pandemie něco ve smyslu: „Teď jsem ve správný čas na správném místě“? Co se Vám nejčastěji honilo nejčastěji hlavou?
- 2.3 Čeho jste se v nouzovém stavu nejvíce obával?

Okruh 3 – Budoucnost

- 3.1 Kdybyste měl tu možnost podívat se do budoucnosti, na jaké pracovní pozici byste se chtěl za pár let vidět a proč?
- 3.2 Kdybyste měl možnost vrátit čas a po střední škole se rozhodnout kam půjdete dál, co by Vás odrazovalo od toho jít studovat zdravotnického záchranáře? A naopak, co by Vás vedlo k tomu udělat stejné rozhodnutí jako kdysi a jít tento obor studovat znovu?
- 3.3 Co byste doporučil nově nastupujícím kolegům/kolegyním, kteří by se chtěli stát zdravotnickým záchranářem ve výjezdové posádce zdravotnické záchranné služby?

Okruh 4 – Prevence

- 4.1 Jak uskutečňujete svou duševní očistu?
- 4.2 Jakou možnost Vám poskytuje v rámci prevence a intervence Váš zaměstnavatel?
- 4.3 Kdybyste věděl, co Vás v nynějším zaměstnání bude provázet (ať již z psychického či fyzického hlediska), měnil byste?

4.2 Metody zpracování a analýzy dat

Audio nahrávky jsem přepsala do textové podoby. Analýza přepsaných textů byla provedena za pomoci **interpretativní fenomenologické analýzy**, která mi umožnila vnoření se do dané problematiky natolik, aby byla data maximálně využita. Její podstatou je pohled na smysluplnost, kterou participanti přisuzují osobním, sociálním zkušenostem či událostem. Snahou bylo od každého participanta shromáždit data od počátku praxe na zdravotnické záchranné službě, až do současného stavu a mít tak komplexní data oslovených respondentů.

Zpracování a analýza získaných dat prostřednictvím interpretativní fenomenologické analýzy, zahrnuje porozumění zkušenostem respondentů. Má 3 kotevní body jimiž je **fenomenologie**, **hermeneutika** a **idiografický přístup**. V rámci fenomenologie pak výzkumník hledá individualitu a zkušenost pro konkrétní kontext a čas. Hermeneutika a tzv. **hermeneutická spirála** má pak za úkol porozumění subjektivní zkušenosti respondenta s daným problémem a současně se výzkumník snaží dospět k pochopení toho, jakou cestou respondent svého porozumění dosáhl. Idiografický přístup pak spočívá v tom, že výzkumník cílí na konkrétního respondenta, který během svého života zažívá specifickou situaci nebo událost. Interpretativní fenomenologická analýza s ohledem na výše uvedené začíná niterným probádáváním případu a pokračuje v tom do požadovaného stupně porozumění sloužící k interpretaci shromážděných dat. Teprve poté se přesouvá k jinému případu (Řiháček et al., 2013).

Výběrový soubor v rámci interpretativní fenomenologické analýzy, se pohybuje v rozmezí 1 až maximálně 20 participantů. Jedná se zejména o homogenní záměrný výběr, který ovšem může zahrnovat i několik anti-typů. Při tvorbě a získávání kvalitativních dat, se klade důraz na rozmanitost dat. Analýza získaných dat probíhá v několika krocích. Po transkripci dat, redukci 1. a 2. řádu, nastává prostor pro neustálé znovu pročitání dat a tvorbě počátečních kódů. Postupně se začínají vytvářet z jednotlivých kódů **témata**. Mezi jednotlivými rozhovory (resp. daty), se začínají vytvářet témata jiná, mezi kterými se snažíme nalézt konvergenci a divergenci. Následně pak sepíšeme interpretaci vzniklých výsledků a vzniká nám případová studie (Miovský, 2006; Smith et al., 2009).

Po sběru dat jsem tedy postoupila k přepisu rozhovorů, jejich pročitání a následné redukci. Poté jsem opět přešla ke kroku opakovaného čtení, hledání dílčích kódů a jejich shlukování

do hlavních kategorií. Jednotlivé kódy jsem barevně označovala a hledala jsem mezi nimi souvislosti. Takto jsem postupovala u každého přepsaného a zredukovaného materiálu každého respondenta. Po nalezení souvislostí mezi tématy jednotlivých respondentů jsem vytvořila schéma rizikových faktorů podílejících se na vzniku psychické zátěže a tím tak na rozvoji syndromu vyhoření. Výstupy prezentuji v příslušných kapitolách.

5 Sběr dat a výzkumný soubor

Vzhledem ke kvalitativnímu designu bakalářské práce, byl zvolen vzorek o rozsahu 8 participantů. Výběr respondentů výzkumného souboru předložené diplomové práce probíhal kvótním výběrem, který Řehák (1979) označuje za metodu, kdy se snažíme zajistit určitou část shody sociodemografických znaků tak, že jim předepíšeme kvóty (počty respondentů v jednotlivých kategoriích).

Pro respondenty byla stanovena následující vstupní kritéria:

- vzdělání pro výkon pozic členů výjezdové posádky zdravotnické záchranné služby (řidič vozidla zdravotnické záchranné služby nebo zdravotnický záchranář),
- praxe na záchranné službě v délce minimálně 1 rok.

Účastníci byli zvoleni tak, aby byly v datech znatelné kontrasty délky praxí a zkušeností. Zkoumaný jev byl všem respondentům na základě vlastní sebereflexe a zkušeností znám.

Výzkumný soubor tvořili muži ve věkové kategorii od 25 let do 40 let (včetně) a od 41 let do 60 let (včetně). Praxe na zdravotnické záchranné službě se pohybovala v rozsahu od 1 roku do 15 let (včetně) a nad 16 let do 35 let (včetně). Kategorie jsou následovné:

- věkové rozmezí: 40- (respondenti 25 – 40 let), 41+ (respondenti 41 – 60 let),
- rozmezí délky praxe: 15- (1 – 15 let), 16+ (16 – 35 let).

Jelikož celkový počet pracovníků záchranné služby není velký, upouštím od podrobnější charakteristiky respondentů výzkumného souboru, neboť by mohlo dojít ke ztrátě anonymizace dat a identifikaci jednotlivých respondentů.

Stručnou charakteristiku respondentů zapojených do výzkumu uvádím v přehledové tabulce 1 (z praktických důvodů tabulka na další straně).

Tabulka 1 – Základní členění výzkumného souboru

RESPONDENT Č.	1	2	3	4	5	6	7	8
VĚKOVÉ ROZMEZÍ	40-	40-	41+	41+	40-	40-	41+	40-
DÉLKA PRAXE (LET)	15-	15-	16+	16+	15-	15-	15-	15-

5.1 Etické problémy a způsob jejich řešení

Během výzkumu této bakalářské práce byly dodržovány veškeré etické principy a pravidla. Vzhledem k tomu, že jsem nežádala přístup k respondentům přes organizaci, ale oslovovala jsem je přímo, předkládala jsem tak informace o výzkumu přímo participantům, kteří se zúčastnili dobrovolně. Byli předem osloveni a seznámeni s výzkumem, jeho průběhem a cílem. Dále pak, byli seznámeni se zpracováním a shromažďováním dat a veškeré informace byly sepsány do informovaného souhlasu (příloha 5). V něm souhlasili s nahráváním rozhovorů, jejich přepisem a použitím zjištěných dat v diplomové práci.

Nahrané rozhovory byly přepsány, redukovány a kódovány příslušnými kódy. Po zpracování byly veškeré materiály zlikvidovány. Aby byla zajištěna plná anonymizace údajů nebudu uvádět jména, přesný věk, přesnou délku praxí jednotlivých respondentů a ani regiony sběru dat. Uvedu pouze věkové rozmezí a rozmezí dosavadní praxe jednotlivých respondentů.

V rámci výzkumu bakalářské práce si nejsem vědoma žádných etických pochybení případně nedodržení etických pravidel.

6 Výsledky

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat individuální pohled členů výjezdových posádek zdravotnické záchranné služby na **pracovní zátěž** a **stres**. Dále zjistit možnou **podobu faktorů** podílejících se na rizikosti vzniku syndromu vyhoření a jeho prevenci.

Výsledky budou dále prezentovány podle 4 okruhů, kterými jsou: Vývoj zátěže, Pandemie Covid 19, Budoucnost, Prevence. V rámci jednotlivých okruhů, uvedu vždy příklady konkrétních výpovědí respondentů. K danému formátu prezentace výstupů jsem přistoupila pro zvýšení přehlednosti a strukturovaného dělení.

6.1 Okruh 1 – Vývoj zátěže

Tato oblast zahrnovala odpovědi jednotlivých respondentů v souvislosti s vývojem zátěže a jejich celkové pracovní energie. Každý respondent mi v rámci prvních dvou otázek nakreslil graf vývoje pracovní zátěže a průběh pracovní energie. Poté jsme rozebírali jednotlivá témata daného okruhu. Kategorie zahrnuje dílčí kódy **indikace, spory, počet událostí, pracovní kolektiv, psychická zátěž**, které jsem zahrnula do **hlavního kódu SYSTÉMOVÉ NASTAVENÍ**.

Ukázku tvorby kódů uvádím v tabulce 2 (z praktických důvodů na další straně). Příklady výpovědí označené Rx, značí číslo respondenta.

Tabulka 2 – Ukázka výpovědí respondentů v okruhu Vývoje zátěže

PŘÍKLAD VÝPOVĚDI	DÍLČÍ KÓD	HLAVNÍ KÓD
R5: „... je to regulérní <i>paralelní vztah</i> .“		
R4: „... musíš mít <i>skvělého člověka vedle sebe</i> .“	pracovní	
R1: „Na začátku jsem měl <i>dobry part'áky</i> a energie bylo dost a nadšení samozřejmě bylo větší.“	kolektiv	
R7: „... problém se odvíjí od <i>předávání, každé s tebou akorát vysírá</i> .“		SYSTÉMOVÉ NASTAVENÍ
R1: „...začalo to třeba od druhého roku na záchrance. Souvisí to s <i>přepřacovaností a neindikovaností</i> . Je to spíš z <i>nasrání</i> .“	spory, psychická zátěž, indikace,	
R5: „... těch výjezdů bývalo podstatně <i>míň</i> , ... a to <i>předávání je strašný</i> , takový to možná jemu něco neurologicky, možná traumaticky něco a <i>tady ho máte</i> .“	počet událostí	

Pracovní energie respondentů, při nástupu na zdravotnickou záchrannou službu, dle vykreslených grafů a odpovědí participantů, má u všech oslovených klesající charakter. Participanté také referovali, že základní příčinu úbytku své pracovní energie vidí v **neindikaci** výjezdů a s tím spojenými spory, přímo s pacienty či se zdravotnickými pracovníky při jejich předávání v nemocnici. Objevuje se tak faktor určité občanské zdravotní negramotnosti. Jinými slovy a pro ilustraci, pokud jede výjezdová posádka například na událost, kdy pacient volá ve 3 hodiny ráno vozidlo zdravotnické záchranné služby na rodinnou hádku nebo týden trvající bolest zad. Řešit takovouto událost během ranních hodin, předat pacienta v nemocnici, kde bude čekat unavený personál, často nepřinese příjemné rozhovory ani pro jednu stranu.

- Například respondent č. 7 uvedl: „... sestra v nemocnici mi povídá, vy jste takový taxikáři.“

Při *hodnocení zátěže* se jednotliví respondenti shodli na tom, že zejména **psychická zátěž** má rostoucí charakter, a že mezi příčiny patří zejména výše uvedená **neindikace** výjezdů a s tím spojené spory nebo také **počet událostí** pro danou výjezdovou skupinu.

Jeden participant sdělil při hodnocení fyzickou zátěž, a to v souvislosti, že je náročné transportovat několik těžkých pacientů během směny, když v některých objektech chybí výtahy. Ostatní respondenti fyzickou zátěž neshledávali jako zatěžující faktor.

V části *teoretické změny a současného duševního rozpoložení* v zaměstnání jednotliví respondenti odpovídali podobně. V rámci duševní pohody se všichni respondenti shodli na tom, že pro příjemné klima na pracovišti hraje podstatnou roli **kolektiv** a **druhý kolega** („**parták**“) výjezdové posádky. Oslovení participanti zároveň referovali, že psychické rozpoložení ovlivňuje také předávání v nemocnicích (a s tím spojené **spory** se zdravotnickým personálem). Dále také uvedli, že na aktuální duševní stav má vliv **indikovanost** výjezdů během směny. Mezi odpověďmi také zaznělo, že by si dokázali představit případnou legislativní změnu zejména v kompetencích zdravotnických záchranářů, a to v rámci analgezie bez nutnosti konzultace s lékařem.

V rámci otázky na *rizika syndromu vyhoření* respondenti sdělili, že je pro ně burnout syndrom nebezpečný zejména v rezignaci myslí, tzn. v tom, že by mohli začít práci podceňovat a stali by se neprofesionály. Také řekli, že by měli strach z promítnutí projevů syndromu vyhoření do osobního života a hrozící ztráty rodiny. Všichni respondenti (ačkoliv na začátku problematiku sporů uvedla pouze část oslovených) se shodli na tom, že problematika syndromu vyhoření, celkové zátěže a úbytku energie pramení ze **sporů** a **neshod**, a to jednak s pacienty, nebo při konfliktech v rámci jejich předávání zdravotnickému personálu v nemocničním zařízení. Pozitivním a posilujícím aspektem, byl pro všechny oslovené **dobrý pracovní kolektiv** a vhodný „**parták**“, který je dle systémového nastavení jednotlivých zdravotnických záchranných služeb buď ve fixní dyádě, nebo dle rozpisu směn (pokaždé jiný).

- Respondent č. 7 sdělil v rámci nárůstu psychické zátěže následující: „... *problém se odvíjí od předávání, každé s tebou akorát vysírá.*“
- V návaznosti na respondenta č. 7, uvedu vzhledem k několika dekadové praxi respondenta č. 3 ještě jeden úryvek: „... *když jsem začínal, v nemocnici o víkendů nikdo nebyl, nikdo tam nešel. Sestry se přetahovaly o pacienty.*“
- Respondent č. 6 referoval: „... *taky mě rozčiluje to, když přijedu do nemocnice, chci předat pacienta, ale už od dveří na mě někdo huláká, proč jedu zrovna sem.*“

V celkovém pohledu na okruh Vývoj zátěže, se jednotliví respondenti shodli na tom, že klesající charakter pracovní energie a rostoucí křivka psychické zátěže, je ovlivněna **počtem výjezdů, neindikovaností některých výjezdů a spory** s pacienty či se zdravotnickým personálem, při předávání nemocných. Kladný a posilující vliv na výše uvedené, má však dobrý „parták“ a **pracovní kolektiv**.

- Respondent č. 5 v souvislosti s „partákem“ referoval: „... *je to regulérní paralelní vztah.*“
- Respondent č. 6 v souvislosti v dobrým pracovním kolegou uvedl toto: „... *je to druhé manželství.*“

6.2 Okruh 2 – Pandemie Covid 19

Následující okruh zahrnuje oblast pandemie Covid 19, který byl v České republice poprvé potvrzen v březnu roku 2020. V tomto období, tak začala nejen pro posádky zdravotnických záchranných služeb platit první pravidla a došlo v souvislosti s pandemií Covid 19 k rozšíření využití ochranných pomůcek u pomáhajících profesí. Respondenti hovořili především o 2 vlnách *Covid 1* (jaro 2020 – léto 2020) a *Covid 2* (podzim 2020 – jaro 2021). Tato kategorie zahrnuje jednotlivé kódy, kterými jsou **informace, nejistota, dynamika výjezdovosti, indikace, pracovní prestiž, strach o blízké, rutinizace a smysluplnost**. Ty jsem zařadila pod hlavní kód **VNĚJŠÍ VLIVY**. Pro přehled přikládám tabulku 3, zahrnující ukázky tvorby kódů. Příklady výpovědí označené Rx, značí číslo respondenta.

Tabulka 3 – Ukázka výpovědí respondentů v okruhu Pandemie Covid 19

PŘÍKLAD VÝPOVĚDI	DÍLČÍ KÓD	HLAVNÍ KÓD
R5: „... množství neindikovaných výjezdů se minimalizoval .“	dynamika výjezdovosti	
R2: „Loni na jaře to bylo v pohodě, nejezdilo se .“		
R1: „Bojím se o rodiče a o svoje blízkéhlavně na začátku nikdo neměl žádné informace .“	strach o blízké, informace,	
R6: „... strach, že to nikdy neskončí . A hlavně taky, že to přitáhnu domů “	nejistota	
R6: „... A hlavně taky, že to přitáhnu domů . To bylo ale jen zpočátku, pak to trochu odeznělo .“	rutinizace	VNĚJŠÍ VLIVY
R3: „Měl jsem strach o to abych něco nechytnul a nepřinesl to domů. Ale to jen chvíli .“		
R2: „... lidi si nás vážili .“	smysluplnost,	
R3: „...napadlo mě, že jsem právě ted' na správném místě, byl jsem na to hrdej . Lidi si nás vážili , děkovali a nosili nám jídlo.“	pracovní prestiž	

Pohled na pandemii měli respondenti podobný. Participantů uváděli, že pro ně bylo zpočátku obtížné orientovat se v situaci pro **nedostatek informací**. Nikdo nevěděl, jaké je skutečné riziko nákazy a co vše to obnáší. Rostla **nejistota**. Kromě jednoho respondenta participantů uvedli, že postupem času docházelo k **rutinizaci** postupů, pomůcek a strach či nejistota zevšedněla. Participantů také uváděli, že během *Covid 1* značně **klesla výjezdovost** a zvýšila se indikace výjezdů. Lidé se báli, do nemocnic nechtěli a přemýšleli nad tím, jestli je jejich stav natolik vážný, aby si volali zdravotnickou záchrannou službu. Vlnu *Covid 2* respondenti uváděli za tzv. horší vlnu. **Vzrostla výjezdovost** a vozili se velice nemocní lidé, převážně tedy Covid 19 pozitivní pacienti. Byli to i mladí lidé a v rámci zpětné vazby z nemocnic působilo stresově, že vitální lidé převezení do nemocničního zařízení s lehkým průběhem Covid 19, byli za pár dní po smrti. **Rostla beznaděj**.

- Respondent č. 5 uvádí, že: „... množství neindikovaných výjezdů se během Covid 1 minimalizoval.“
- Respondent č. 2 sdělil: „Loni na jaře to pro mě bylo nabíjecí období, nejezdilo se, a když, tak indikovaný.“

Zaznívali také odpovědi, že během pandemie Covid 19 přišla respondentům práce **smysluplnější**, a také uváděli, že pocítili silnou **pracovní prestiž**. Participantů také sdělují, že lidé projevovali respekt a obdiv k povolání vztyčeným palcem směrem nahoru, na výjezdové základny nosili jídlo, sladkosti, pití, nutričně bohaté potraviny, aj.

Někteří respondenti také uváděli, že se během vlny Covid 1 obávali nejvíce toho, aby nedošlo k zavlečení viru do rodin. **Strach o blízké**, a především o rodiče, převažoval nad obavami o sebe samého. Respondenti uváděli faktor nejistoty a sdělili, že strach byl také v rámci nejisté vidiny konce pandemie. I zde však postupem času došlo k **rutinizaci** a zevšednění obav. Samotný strach o své zdraví neuvedl ani jeden respondent.

- Respondent č. 5 uvádí: „Obavy jsou hlavně z toho, že to přitáhnu domů.“
- Respondent č. 6 referoval následovně: „... strach, že to nikdy neskončí. A hlavně taky, že to přitáhnu domů. To bylo ale jen zpočátku, pak to trochu odeznělo.“

Okruh pandemie Covid 19 byl tedy rozdělen účastníky na vlny Covid 1 a Covid 2. Počáteční obavy vzniklé například pro nedostatek **informací** a nejistota vidiny konce pandemie Covid 19 u jednotlivých respondentů zevšednila a stala se pro ně **rutinou**. **Strach o blízké** a rodinu byl větší než obavy o zdraví sebe samého, a i zde došlo po čase k poklesu strachu a snížila se tak psychická zátěž. Nevymizela však úplně. **Prestiž povolání** a větší **smysluplnost** práce byla pro část respondentů pozitivním posilovačem. Ani v této sekci se respondenti nezapomněli zmínit o **výjezdovosti** a **indikaci** jednotlivých událostí. Během vlny Covid 1 respondenti pocítovali značný pokles pracovní zátěže, a to zejména úbytkem neindikovaných výjezdů, ale i snížením výjezdovosti obecně. Vlna Covid 2 byla již ve znamení nárůstu, a to zejména počtu výjezdů ke Covid 19 pozitivním pacientům. Rušivě pak na některé respondenty působilo i úmrtí, toho času ještě vitálních Covid 19 pozitivních pacientů.

6.3 Okruh 3 – Budoucnost

V této kategorii respondenti referovali o tom, jak vidí svou pracovní budoucnost a zda by své rozhodnutí pro výkon tohoto povolání měnili. Dílčí kódy **odolnost**, **realistický pohled** a **sebereflexi** jsem začlenila do hlavního kódu **DETERMINANTY RESILIENCE**. V tabulce 4 uvádím příklady tvorby dílčích a hlavních kódů. Příklady výpovědí označené Rx, značí číslo respondenta.

Tabulka 4 – Ukázka výpovědí respondentů v okruhu Budoucnost

PŘÍKLAD VÝPOVĚDI	DÍLČÍ KÓD	HLAVNÍ KÓD
R1: „... <i>nově nastupujícím bych doporučil, co nejrealističtější pohled na věc.</i> “	realistický	
R3: „..., <i>aby to brali s nadhledem, aby je to neodradilo.</i> “	pohled	
R4: „... <i>musí vědět do čeho jdou.</i> “		
R7: „... <i>at' si to dobře rozmyslí. Mladý odchází víc než starý.</i> “		DETERMINANTY RESILIENCE
R5: „ <i>Vše záleží na povaze, fyzická zdatnost není úplně prioritní.</i> “	sebereflexe, odolnost	
R8: „... <i>dokud se člověk nespálí, stejně neuvěří.</i> “		

Kromě jednoho respondenta všichni oslovení participanti uvedli, že by i nadále chtěli setrvat na dosavadní pozici, za předpokladu zdraví, stejného „partáka“ a dobrého pracovního kolektivu. Všichni respondenti uvedli, že by rozhodnutí stát se zdravotnickým záchranářem udělali znovu. Někteří respondenti dodali, že pokud by nastupovali do současného módu výjezdovosti a indikovanosti, tak by na záchranné službě dlouho nevydrželi.

V rámci *doporučení pro nově nastupující kolegy*, všichni oslovení uvedli, že by uchazečům doporučili především **psychickou odolnost**, která je uplatňována nejen v rámci sporů s pacienty, v nemocnici při předávání pacientů, ale také v případě špatného kolektivu či „partáka“.

- Respondent č. 5 v rámci doporučení pro nově nastupující řekl například: „..., aby šli jinam. Vše záleží na povaze. Fyzická zdatnost asi není úplně prioritní. První mrtvolu jsem měl ještě měsíc před očima. Člověk otupí.“
- Respondent č. 2 prohlásil: „Je strašně důležitý, s kým jezdíš.“

Všichni respondenti také uvedli, že pokud máte dobrého „partáka“ máte vyhráno. Mezi odpověďmi se také vyskytovali výroky, že je zapotřebí mít na celou situaci **realistický pohled** a je potřeba sejmout růžové brýle ještě před nástupem na zdravotnickou záchrannou službu. Počet výjezdů a jejich indikace je značně mediálně zkreslena a nově nastupující, tak mohou přicházet s nadměrnými očekáváními, která budou poměrně rychle ubývat.

- Respondent č. 1 referoval: „... nově nastupujícím bych doporučil, co nejrealističtější pohled na věc.“

Respondenti také uvedli, že je vhodné, pokud má jedinec zdravou **sebereflexi**, která napomáhá orientovat se a pohybovat se na poli konfliktů a sporů.

Ani v okruhu Budoucnost nechyběla zmínka indikací a počtů výjezdů posádek zdravotnické záchranné služby. Volba stejného povolání byla zmíněna u všech respondentů, ačkoliv se tak zpočátku rozhovorů nemuselo prvotně zdát. Mezi základní doporučované předpoklady nově nastupujícím zdravotnickým záchranářům byla jednohlasně doporučována **psychická odolnost** a zdravá **sebereflexe**.

- Respondent č. 7 uvádí: „..., at' si to dobře rozmyslí. Mladý odchází víc než starý.“

6.4 Okruh 4 – Prevence

V následujícím okruhu jsem s respondenty zaobírala duševní očistou a tím, jak se udržují duševně kompenzováni. Dílčí kódy **ventil**, **sociální opora**, **fyzická aktivita**, **debreefing** a **peer program** jsem zahrнула pod hlavní kód **INDIVIDUÁLNÍ PREVENCE**. Pro přehled přikládám tabulku 5 s ukázkou výpovědí a tvorbou kódů. Příklady výpovědí označené Rx, značí číslo respondenta.

Tabulka 5 – Ukázka výpovědí respondentů v okruhu Prevence

PŘÍKLAD VÝPOVĚDI	DÍLČÍ KÓD	HLAVNÍ KÓD
R1: „... vadí mi, že není nějaká zpětná vazba, zejména v tom, že nevím, co s těmi pacienty pak skutečně po zdravotní stránce bylo. “	debreefing	INDIVIDUÁLNÍ PREVENCE
R5: „ líbilo by se mi, kdybych měl nějakou zpětnou vazbu. “		
R2: „ Drží mě rodina a také je dobrý sport. “	fyzická aktivita,	
R5: „ V kavárně s kávou a kamarádem. “	sociální opora	
R3: „... duši si vyčistím sám po svém, a nemusím mít nikoho kolem. “	ventil	
R4: „... spánek, alkohol, sex, dobrý jídlo, výlet. “		
R1: „... nedokážu si představit, že bych šel za interventem od zaměstnavatele. “	peer program	
R3: „... musel by to být člověk, kterého znám a mám v něj důvěru, jinak ne. “		

Všichni respondenti mají svoje aktivity a konkrétní podobu individuálního **ventilu**, zejména ve formě zábavy, kterými uskutečňují svou duševní očistu. Zmíněna byla **sociální opora**, **fyzická aktivita**, ale také alkohol, spánek. Respondenti se však shodli na tom, že podstatnou roli hraje zejména výše uvedená sociální podpora.

- Respondent č. 1 sděluje: „*Je to hlavně sociální opora. Dále pak sport, hudba, rodina, jízda autem.*“
- Respondent č. 2 v rámci duševní hygieny uvedl: „*Drží mě rodina a také je dobrý sport.*“

V rámci prevence a intervence měli všichni respondenti povědomí o **peer programu**, který by ale z oslovených využil 1 respondent za předpokladu osobní důvěry. Ostatní participanti by využili kolegu či externího pracovníka (psychologa, zdravotníka). Peer program od zaměstnavatele se tak participantům jeví neefektivním.

- Respondent č. 2 referuje: „*... tady jsou nějaký ty pečeři. V rámci organizace bych nešel, nemám v to důvěru.*“
- Respondent č. 5 například v souvislosti s prevencí a intervencí uvedl: „*... možná pečeři tady jsou, ale ty jsou tady pro mě nepoužitelný.*“

Respondenti také uváděli, že by uvítali možnost **debreefingu** či pouhou informaci o skutečné diagnóze pacienta.

- Respondent č. 1 v rámci debreefingu řekl: „*... vadí mi, že není nějaká zpětná vazba, zejména v tom, že nevím, co s těmi pacienty pak skutečně po zdravotní stránce bylo.*“

Závěrem celého rozhovoru byla položena poslední otázka: „*Kdybyste věděl, co Vás v nynějším zaměstnání bude provázet (ať již z psychického, či fyzického hlediska) měnil byste? Jednohlasná odpověď všech participantů zněla: „NE.“*“

6.5 Schéma potenciální faktorů evokujících rozvoj burnout syndromu

Na základě interpretativní fenomenologické analýzy získaných dat jsem pro přehled vytvořila schéma vzniku psychické zátěže a hlavních determinantů ovlivňujících její dynamiku. V textu této kapitoly a předloženém schématu 1, názorně vyznačím souběh a vzájemnou regulaci jednotlivých aspektů, podílejících se na rozvoji psychické zátěže a tím pádem vznikající potenciální platformou umožňující rozvoj syndromu vyhoření. Pro větší názornost budu používat vedlejší kódy, které mi umožní konkrétní podobu jednotlivých aspektů, participujících se na nárůstu psychické zátěže s potenciálním rozvojem syndromu vyhoření.

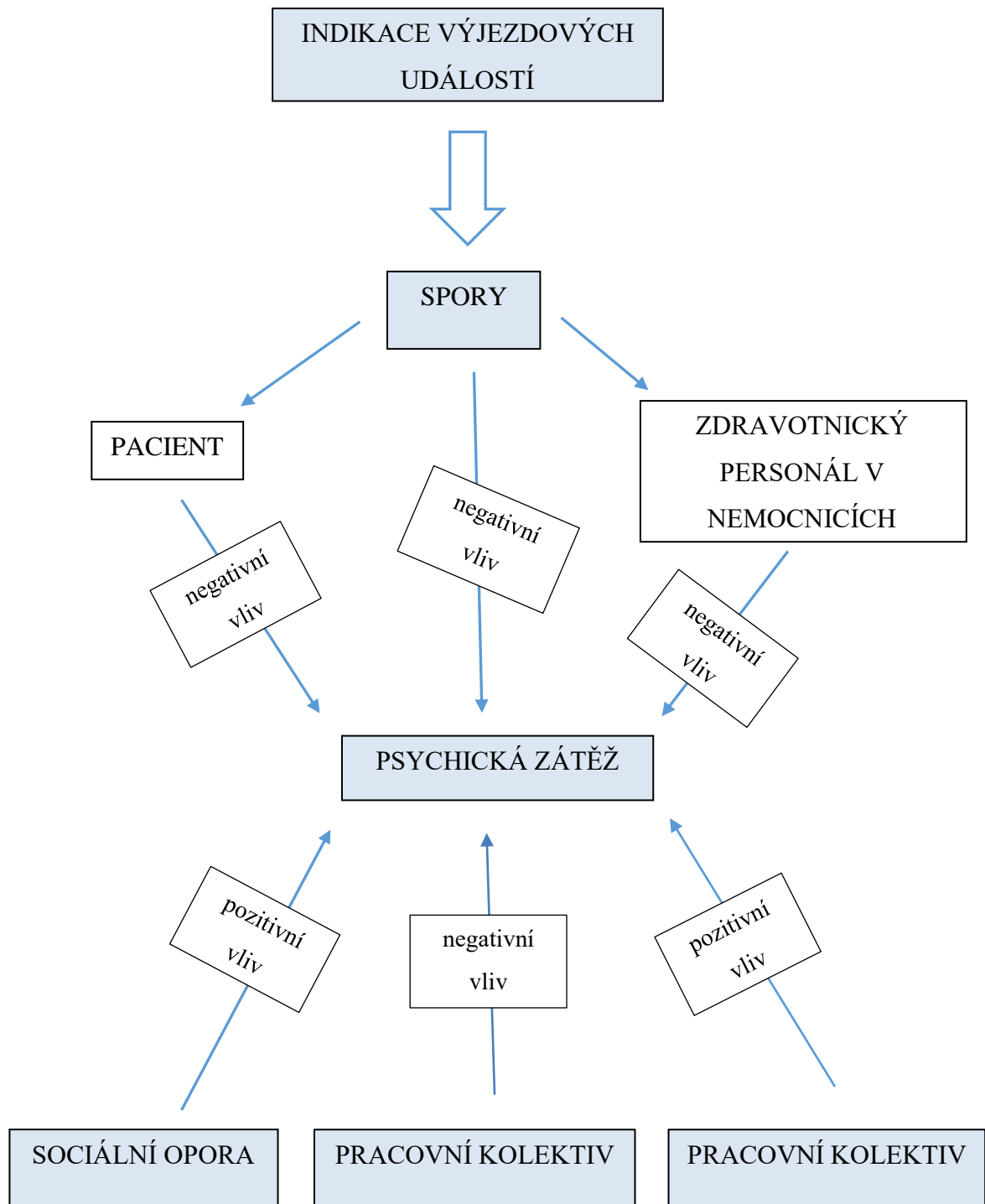
Schéma 1 ukazuje, že důležitost vlivu **indikací** jednotlivých událostí, pro výjezdové posádky zdravotnické záchranné služby, má dopad nejen na psychickou rovinu zdravotnických záchranářů, ale i na emocionální rozpoložení přijímajícího personálu ve zdravotnickém zařízení. Je znázorněn pozitivní i negativní vliv.

Indikace zahrnují rovinu intraindividuálního konfliktu, která se projevuje například emočním prožitkem beznaděje či vyčerpáním z případné neindikace výjezdu pro výjezdovou posádku zdravotnické záchranné služby. Nesou s sebou však i podstatné téma pro hrozící **spor** s pacientem či při jeho předávání zdravotnickému personálu v nemocničním zařízení a zahrnuje tak i rovinu interindividuálního konfliktu.

Tímto tak narůstá **psychická zátěž** pro členy výjezdových posádek zdravotnických záchranných služeb a její nárůst s sebou může nést aspekty vznikajícího chronického stresu, který je plíživým atributem v rozvoji syndromu vyhoření.

Ze schématu 1 tak můžeme vyzorovat, že psychická zátěž je do poměrně značné míry regulována **sociální oporou** (rodina, kamarádi) a dobrým **pracovním kolektivem**. Absence těchto dvou ukazatelů může vyústit v předčasný rozvoj syndromu vyhoření, se kterým se můžeme setkávat například již v brzkém období praxe na zdravotnické záchranné službě.

Schéma 1 – Vznik psychické zátěže a hlavní determinanty ovlivňující dynamiku



7 Diskuse

Bakalářská práce je širšího rozsahu, než je u diplomových prací tohoto typu obvyklé. Vzhledem k tomu, že považuji téma za důležité a práce obsahuje relevantní data podložená literaturou a praxí, bych však objem informací pokládala za možný.

Výsledky výzkumu bakalářské práce ukázaly, že ačkoliv s sebou povolání zdravotnického záchranáře nese mnohá úskalí, jednotliví respondenti by svá rozhodnutí stát se zdravotnickými záchranáři udělali znovu a považují své zaměstnání spíše za poslání. Pracovní zátěž participantů obecně roste a jejich pracovní energie má klesající charakter. Výsledky výzkumu nyní srovnáme s dosavadními teoretickými poznatky.

Šeblová (2007) uvádí, že zejména širší společnosti je pozice pracovníků zdravotnických záchranných služeb, chápána převážně jako práce psychicky náročná. Zejména pro svou stresovou a zátěžovou povahu. Jednotliví respondenti uvedli, že během své praxe psychickou zátěž posuzují jako rostoucí. Šeblová (2007) doplňuje, že zejména chronický stres (v našem případě dlouhodobě zvyšující se psychická zátěž) je dalším rizikem, které postihuje zdravotnické pracovníky.

Häikiö et al. (2021) uvádí, že pandemie značně zatížila zdravotnické záchranné služby, a to nejen v souvislosti s nutností inovativních strategií zahrnující plány reakcí na tuto náročnou celosvětovou situaci. Pražáková (2005) ve výše uvedeném kontextu uvádí, že zejména chronický stres je každodenní a nekončící. V souvislosti s vlnou Covid 2 (podzim 2020 – jaro 2021) respondenti zmiňovali nejen několikahodinové turnusy v ochranných pomůckách, ale i pocit nekončícího odbavování Covid 19 pozitivních pacientů. Především zmiňovali, že se jednalo o pocit nejistoty a beznaděje. Baštecká (2003) uvádí, že zejména plíživost, únava a beznaděj patří mezi charakteristické rysy burnout syndromu.

Landy a Conte (2013) zařazují mezi zátěžové faktory například výše uvedený časový tlak nebo kapacitní přetížení. Také rozšiřují poznatky Šeblové (2007) a Pražákové (2005) a uvádí, že psychická zátěž se může objevovat zejména tam, kde se objevuje emocionálně náročná práce nebo například při konfliktních situacích. Respondenti zmiňovali, že problematika zejména sporů, a to jak s pacienty, tak i se zdravotnickým personálem při předávání v nemocnicích, hraje významnou roli v rámci jejich celkového duševního stavu. Kim et al. (2022) v souvislosti s rozvojem syndromu vyhoření uvádí, že je nutné rozvíjet a provozovat preventivní programy zahrnující uvědomění si svého zdravotního

stavu, organizační podporu a zároveň snížení emocionální práce například prostřednictvím fyzických aktivit. Fontana (2016) poznatky Landy a Conteho (2013) doplňuje a uvádí, že kontinuální práce pod časovým tlakem a z dlouhodobého hlediska není proveditelná.

Dělení druhů zátěže z pohledu konfliktů dle Pauknerové (2012) se tak ukázalo v rámci této diplomové práce jako nejvhodněji aplikovatelné. Jedná se o situace s problematickým kontextem, rušivě působící stres, frustraci, nepříznivé okolnosti omezující rozhodování člověka, konfliktní situace intraindividuální – zaměření na rozhodování mezi dvěma pozitivními či negativními alternativami, konfliktní situace interindividuální – střet s okolím. Na problematiku konfliktů z pohledu důležitosti působení časového tlaku nahlíží též Fontana (2016) a Paulík (2012). Dále o tom hovoří také Pauknerová (2012), která mezi nejčastější druhy zátěže uvádí výše zmíněné konflikty interindividuální, intraindividuální či v neposlední řadě konflikty v situacích s problematickým kontextem. Ilustračním příkladem intraindividuálního konfliktu nám poslouží příklad, kdy zdravotničtí záchranáři řeší ve 3 hodiny ráno chronický stav pacienta s bolestmi zad a s vědomím, že jej musí předat v nemocničním zařízení zdravotnickému personálu. Jeden z respondentů toto okomentoval ve smyslu „*řešení neřešitelného*“.

Všichni respondenti se shodli na tom, že podstatnou roli v rozvoji burnout syndromu hraje pracovní kolektiv a sociální opora, které Paulík (2012) a Vašina (2009) uvádí jako důležité komponenty pro zvládání pracovního stresu.

Vašina (2009) v souvislosti s dobrým pracovním kolektivem uvádí, že mezilidské vztahy jsou jednou z nejčastějších dysfunkcí organizace. Z výsledku výzkumu také vychází, že dobrý pracovní kolektiv je základním atributem pro snadnější zvládání psychické zátěže a je tak dobrým preventivním a posilujícím prvkem proti vzniku syndromu vyhoření.

Poměrně často byla respondenty zmiňována v negativním spojení indikace jednotlivých výjezdů. Slabý (2019) uvádí, že snižující se naléhavost jednotlivých stavů je značně nešťastná. Z výzkumu předkládané bakalářské práce vychází, že problematika indikací výjezdových událostí s sebou nese rušivý element, který se může projevit v případných sporech s pacienty či mezi samotnými zdravotníky.

Gřegoř (2019) na téma indikací pro zdravotnické záchranné služby navazuje ve spojení s finančním filtrem, o kterém hovoří jako o značném psychologickém efektu, který by mohl neindikované výjezdy zdravotnických záchranných služeb snižovat. Dále uvádí, že by se pro posádky vytvořila komfortnější zóna, ve které by tak nedocházelo

k nadměrně se zvyšující psychické zátěži. V rámci systémového nastavení činnosti zdravotnické záchranné služby, respondenti neuváděli širší výčet potenciálních změn, které by majíc tu moc provedli (kromě problematiky analgezie). To bychom mohli považovat za projev zralé osobnosti.

V kontextu přetěžování pracovníků hovoří i Bělohlávek (1996), který jej považuje za hlavního činitele pracovního stresu.

Kebza (2012) uvádí, že mezi stresory zdravotnických pracovníků patří také nadměrná administrace. V této souvislosti však hovořil pouze jeden z oslovených respondentů.

Vašina (2009) vyzdvihuje zdraví jako nejdůležitější hodnotu napříč dobou i kulturami. Respondenti uváděli, že by na pozici zdravotnických záchranářů chtěli zůstat, dokud jim to zdraví umožní a zdravotní stav pro výkon zaměstnání by tak byl bez vážnějších zdravotních indispozic. Křivohlaví (2001) zdraví uvádí jako soubor korektních funkcí a spolupráce celého organismu, které jej tvoří bezproblémovým.

Vašina (2009) popisuje duševní hygienu jako soubor opatření působící proti nežádoucím vlivům. Jednotliví respondenti uváděli rozsáhlý výčet činností v rámci jejich duševní očisty. Bohužel našly se mezi nimi i negativní copingové strategie ve formě alkoholu. O těchto strategiích hovoří Landy a Conte (2013).

Participantů také uváděli, že jsou pro ně obtížné situace, ve kterých hrají roli malé děti. Uvedli, že to je zejména od doby, kdy se stali rodiči. Bláha (1999) uvádí, že střet se smrtí a traumaty navozuje vlastní prožívanou sociální vazbu. Šeblová (2007) doplňuje toto téma o poznatek, že samotná kardiopulmonální resuscitace dítěte či jeho smrt je největším stresorem pro výjezdové posádky zdravotnických záchranných služeb. Tuto informaci potvrzuje polovina oslovených respondentů.

LIMITY VÝZKUMU

Jsem si vědoma toho, že při výběru vzorku během pandemie Covid 19 jsem použila malý okruh respondentů a můj výběr nezahrnoval adekvátní rozložení pohlaví, praxe a věku. Jednotlivá úskalí se mohla objevovat i v rámci plošných omezení na území České republiky. Výzkumný soubor byl zvolen v rámci jednoho kraje, proto může být napříč územím České republiky zatížen odchylkami. Jsem si také plně vědoma toho,

že by vlivem osobní praxe mohlo dojít k neobjektivitě. Z toho důvodu jsem si více hlídala roli výzkumníka a profesionalitu při sběru dat.

Kvalitativní design, který byl pro tuto bakalářskou práci zvolen umožňuje menší počet respondentů. V rámci této diplomové práce bylo osloveno 8 participantů, s jejichž aktivní účastí došlo k dostatečnému nasycení dat. Vzhledem k tomu, že na zdravotnické záchranné službě působím již 5 let, mé působení zahrnuje i malou praxi na anesteziologicko-resuscitačním oddělení a centrálním příjmu nemocných, jsem při zpracování vycházela nejen z odborné literatury, z výsledků výzkumu, ale i ze zkušeností. Uvědomuji si proto, že jsem během výzkumu nemusela klást vhodně otázky a nemusela tak být probrána veškerá úskalí daného tématu. Uvědomuji si, že výzkum probíhal během pandemie Covid 19, a že jednotlivá zjištění mohou mít přidanou emoční polaritu vlivem celorepublikově variabilních podmínek.

Také jsem si plně vědoma toho, že získaná data nelze generalizovat a napříč Českou republikou by širší záběr dat mohl odrážet parciálně odlišnou intenzitu problematiky. To je však obecný limit kvalitativního výzkumu, který prioritně přináší individuální výpovědi a originální vhled do problematiky.

PŘÍNOS

Výsledky této diplomové práce mohou napomoci detailnějšímu pohledu do provozu výjezdových skupin zdravotnické záchranné služby a přiblíží jejich pohled na pracovní pozici.

V rámci praktické využitelnosti výsledků této bakalářské práce bych si dovedla představit například aplikaci finančního filtru (Gřegoř, 2019), kdy by celoplošně poklesla výjezdovost umocněná neindikovanými výjezdy zdravotnických záchranných služeb. Také bych v rámci praktického využití shledala v celku reálné, zajistit adekvátní zpětnou vazbu jak v rámci poskytnuté péče, tak i v pracovní diagnóze, kterou zdravotnický záchranář v terénu stanovuje.

Další praktickou využitelnost bych shledávala i pro systémové nastavení a management zdravotnických záchranných služeb, v rámci vyhodnocování indikací jednotlivých stavů. Výsledky výzkumu by také mohli navést na adekvátní metodiku základních a středních škol v rámci zdravotní gramotnosti dětí, adolescentů a tím také dospělé veřejnosti.

Mezi doporučení do praxe pro nově nastupující zaměstnance respondenti zahrnovali sejmout si růžové brýle a na celou situaci se podívat realisticky. Částečná neindikovanost výjezdů pro zdravotnickou záchrannou službu, konflikty a spory různé povahy (všichni oslovení respondenti), kolegialita (všichni respondenti), rostoucí zátěž pro posádky (všichni oslovení respondenti) jsou nedílnou součástí pozice zdravotnického záchranáře či řidiče vozidla zdravotnické záchranné služby, ať je motivace pro výkon povolání jakákoliv.

Práce mne obohatila nejen teoretickým ukotvením v jednotlivých oblastech, ale také mi přinesla zkušenosti v rámci realizace a vyhodnocení kvalitativního výzkumu.

DALŠÍ DOPORUČENÍ PRO NAVAZUJÍCÍ VÝZKUM

Pro detailnější rozpracování této problematiky bych považovala za zajímavé, zjistit důvody a příčiny postojů přijímacího zdravotnického personálu v nemocničním zařízení a zjistit tak pohled na naléhavost jednotlivých stavů, které přivádí zdravotnické záchranné služby do nemocnic. Následným spojením by tak dle mého názoru bylo zajímavé zjištění dílčích komponent sporů mezi samotnými zdravotnickými pracovníky v případném zavedení vhodných opatření do praxe. Bylo by tak zajímavé pozorovat potenciální uvolnění oboustranné tenze s eventuálním poklesem psychické zátěže a nárůstu pracovní energie.

Doporučila bych tedy rozšířit počet respondentů, zahrnout nejen nelékařský zdravotnický personál a řidiče vozidla zdravotnické záchranné služby, ale například i lékaře či sestry z příjmových ambulancí, přijímající pacienty od posádek zdravotnických záchranných služeb. Také bych doporučila zahrnout větší spektrum krajů.

UZAVŘENÍ DISKUSE

Ráda bych využila tento prostor pro krátké zamyšlení. Pandemie Covid 19 (hlavní kód VNĚJŠÍ VLIVY) nám ukázala, že některé stavy nejsou natolik závažné, aby vyžadovaly bezprostřední přítomnost zdravotnické záchranné služby. Dříve nemyslitelné přemýšlení nad skutečností život ohrožujícího stavu se nyní ukázalo jako funkční a možné. Počet událostí a závažnost jednotlivých stavů (hlavní kód SYSTÉMOVÉ NASTAVENÍ) v první vlně Covid 1, se projevil značnou polaritou a vliv na duševní rozpoložení

respondentů měly spíše pozitivní. DETERMINANTY RESILIENCE se projevily spíše v rovině mezilidských vztahů, což i já považuji za faktor klíčový. Hlavní kód INDIVIDUÁLNÍ PREVENCE se projevily zejména aspektem sociální opory a dobrého pracovního kolektivu, o jejichž nezastupitelnosti není pochyb.

Při zpracovávání této bakalářské práce jsem si některé své dosavadní poznatky podložila příslušnou odbornou literaturou a došlo i k přehodnocení některých stanovisek. Velice si vážím ochoty respondentů a jejich spolupráce, bez které by vyhotovení této práce nebylo možné.

8 Závěry

Cílem diplomové práce bylo zmapovat individuální pohled členů výjezdových posádek zdravotnické záchranné služby na pracovní zátěž a stres. Dále zjistit možnou podobu faktorů podílejících se na rizikovosti vzniku syndromu vyhoření a jeho prevenci. Také odpovědět na výzkumné otázky.

Z výpovědí dotázaných respondentů vyplývá především, že:

- klíčovou roli v souvislosti s psychickou zátěží a rozvojem syndromu vyhoření hrají **spory** s pacienty nebo s nemocničním personálem při předávání v nemocnic, **pracovní zátěž** od počátku praxe respondentů **roste**, **pracovní energie** od počátku praxe **klesá** (všichni oslovení respondenti),
- rozhodnutí pro výkon tohoto povolání **nelitují** a stali by se zdravotnickými záchranáři znovu (všichni respondenti),
- nově nastupujícím by doporučili zejména pracovat na své **psychické odolnosti** a mít **realistický pohled** na situaci,
- povědomí o peer programu organizace měla většina respondentů, ale raději by využili konzultace s kolegou nebo s někým komu bezprostředně důvěřují,
- v souvislosti s vlnou Covid 2 měli pocity **nekončícího** odbavování Covid 19 pozitivních pacientů a několikahodinových turnusů v ochranných pomůckách,
- během pandemie Covid 19 ať již strach, nebo tolerance ochranných pomůcek zevšedněli a došlo k **rutinizaci**,
- na souvislost mezi aktuálním duševním rozpoložením má vliv **indikace** výjezdů během probíhající směny, že počet neindikovaných výjezdů **snižuje** jejich pracovní **energii** a v neposlední řadě, že **počet neindikovaných výjezdů** s sebou **přináší nárůst sporů** při předávání pacientů v nemocnicích,
- na počátku pandemie Covid 19 hrál roli nedostatečný přísun **informací** o viru, což následně vyústilo v pocity **nejistoty a strach o rodinu**, dále že pocítili značnou **prestiž** pozice zdravotnického záchranáře a také uvedli obavy ze syndromu vyhoření v souvislosti s případně hrozící neprofesionalitou a následným podceněním stavu pacienta,
- by měli v rámci burnout syndromu strach ze zavlečení problému do vztahů a jejich případného rozpadu, také poukázali na **množství** výjezdů pro danou výjezdovou skupinu za směnu (12 hodin) a uvedli, že během vlny Covid 1 značně

poklesla výjezdovost a vzrostla indikace, během vlny Covid 2 naopak narostla výjezdovost a vozili se převážně indikovaní Covid 19 pozitivní pacienti

- značně stresové situace jsou ty, ve kterých hraje roli život dítěte,
- individuální prevenci spatřují především v sociální opoře (rodina, kamarádi), fyzické aktivitě a v jiných individuálních ventilech ve formě zábavy (hudba, jízda autem, aj.),
- peer program od zaměstnavatele není efektivní,
- podstatným protektivním faktorem burnout syndromu je **pracovní kolektiv** a druhý kolega ve výjezdové posádce („part’ák“),
- během pandemie Covid 19 pocítili **větší smysluplnost** práce, a že by si dokázali představit legislativní změny například v rámci analgezie.

Stručné odpovědi na výzkumné otázky vyplývající z prezentovaných výsledků jsou následující:

- *Výzkumná otázka 1: Jak respondenti pohlíží na vývoj zátěže na výjezdové posádky záchranných služeb během své praxe?*

Všichni dotázaní respondenti uvedli, že psychická zátěž od počátku jejich praxe roste a energie potřebná k výkonu povolání postupně klesá. Participanti referují, že psychická zátěž roste s praxí strávenou na zdravotnické záchranné službě a její vývoj má exponenciální charakter. Příčinu vidí mimo jiné i v určité zdravotní negramotnosti občanů, indikacích výjezdů, konfliktních situacích a sporech, a to nejen s pacienty, ale především i při předávání zdravotníkům v nemocničních zařízeních. Covid měl na část respondentů negativní vliv, zejména v rámci pocitu nekončícího odbavování Covid 19 pozitivních pacientů a několikahodinových turnusů v ochranných pomůckách. Bylo to však především ve vlně Covid 2. Také ale zároveň pocítovali větší smysluplnost podstaty své práce. Vlna Covid 1 neměla v rámci pracovní psychické zátěže na oslovené respondenty vlivnější dopad a vzhledem k poklesu výjezdovosti psychická zátěž klesla. Obavy však byly na občanské úrovni, zejména pro nedostatek informací a obavy o rodinu.

- *Výzkumná otázka 2: Co respondenti považují za hlavní hrozby rozvoje syndromu vyhoření v souvislosti s dosavadními zkušenostmi a praxí?*

Oslovení respondenti se shodli na tom, že hlavní hrozby rozvoje burnout syndromu jsou především spory ať již s pacienty, nebo s nemocničním personálem při předávání ošetřovaného na příjmové ambulanci, které mohou souviset i s částečnou neindikací výjezdů posádek zdravotnických záchranných služeb. Mezi odpověďmi se také objevila problematika kardiopulmonální resuscitace dětí a její negativní dopad na lidskou psychiku (zejména u respondentů, kteří jsou rodiče).

- *Výzkumná otázka 3: Jaké jsou protektivní faktory burnout syndromu?*

Participantů uvádí nutnost dobrého pracovního kolektivu a vhodného spolupracovníka, se kterým tráví pracovní čas. Dotázaní respondenti referují, že pozitivním preventivním aspektem ochrany před zvyšující se psychickou zátěží je sociální opora, dobré vztahy s pracovním kolektivem a přátelské vztahy se spolupracovníkem. V rámci duševní hygieny to pak byly faktory ve formě fyzické aktivity (sport, práce v dílně), sociální opory (rodina, posezení s přáteli) a jiné formy ventilu (jízda autem, spánek, aj.).

Z výsledků tak vyplývá, že oslovení respondenti pociťují značný **nárůst psychické zátěže** a **pokles pracovní energie**, což spojují zejména se **spory** ať s pacienty, nebo se zdravotnickým personálem při předávání pacientů v nemocnici.

Vezmeme-li však v potaz příčinu sporů s pacienty i při jejich předávání na příjmových ambulancích, zjistíme, že podstatnou roli nehraje jen aspekt člověka a jeho osobnosti, ale také indikace a povaha jednotlivých výjezdů zdravotnické záchranné služby.

Dále je z výsledků rozhovorů poměrně patrné, že nedílným předpokladem funkčních copingových strategií oslovených participantů je dobrý **pracovní kolektiv, přátelský vztah s druhým členem výjezdové posádky a sociální opora**, pomocí nichž je zátěž lépe tolerována a odbourávána. I za současného stavu by všichni oslovení udělali rozhodnutí stát se zdravotnickým záchranářem znovu, za což si zaslouží velký obdiv a respekt. Ukázalo se, že ať je přítomen strach, dyskomfort či nejistota, postupem času dochází k rutinizaci postupů, některé stresory zevšední, avšak nevymizí. Obavy ze syndromu

vyhoření jsou ze stran participantů zejména v souvislosti s neprofesionalitou či ztrátou sociální opory a rodiny.

SOUHRN

Syndrom vyhoření je často diskutovaným tématem zejména v pomáhajících profesích. Ačkoliv je tak toto téma poměrně hojně zpracováváno, rozhodla jsem se jej otevřít z pohledu zdravotnického záchranáře a vycházela jsem nejen z odborné literatury, ale i ze své dosavadní praxe na zdravotnické záchranné službě, v nemocnici a také na zdravotnickém operačním středisku zdravotnické záchranné služby.

Bakalářská práce s názvem **Zátěž, stres a riziko vyhoření u výjezdových posádek zdravotnické záchranné služby** zahrnuje teoretickou a praktickou část.

V **teoretické části** zahrnuje problematikou systému zdravotnických záchranných služeb, jejichž členy jsou zdravotničtí záchranáři, řidiči vozidla zdravotnické záchranné služby či lékaři v systému Rendez-vous. Centrální jednotkou jsou výjezdové skupiny, pozice jednotlivých členů posádek zdravotnických záchranných služeb a provoz výjezdových skupin jsou určeny Zákonem o zdravotnické záchranné službě a Zákonem o nelékařských zdravotnických povoláních. Pokrytí krajů výjezdovými posádkami a základnami je uzpůsobeno tak, aby byla splněna zákonná doba dojezdu posádek zdravotnických záchranných služeb do 20 minut od předání výzvy zdravotnickým operačním střediskem.

Téma zátěže a stresu jsou pro posádky zdravotnických záchranných služeb primárně ohrožujícími faktory, přičemž největší riziko je jejich přechod do chronicity. Rizikem je následné vyčerpání organismu a rozvoj syndromu vyhoření. V rámci burnout syndromu hraje podstatnou roli zejména chronický stres, časový tlak nebo přetěžování pracovníků. Pracovní zátěž zahrnuje zátěž celkovou a alostatickou. Psychická zátěž je nejčastěji zastoupena formou frustrace, interindividuálními či intraindividuálními konfliktními situacemi, situacemi s problematickým kontextem, aj. Zátěžové stavy jsou rovněž typické krizové situace, tedy především traumata dětí, kardiopulmonální resuscitace mladých lidí a dětí nebo smrt kolegy. Syndrom vyhoření zahrnuje zejména depersonalizaci, emocionální vyčerpání vedoucí ke ztrátě pracovního zájmu a snížení efektivity pracovního výkonu.

Pozitivní aspekty v rámci prevence burnout syndromu, zahrnují zejména sociální oporu, duševní hygienu, zdravý životní styl, supervizi aj.

V **praktické části** jsem se zaměřila na individuální pohled členů výjezdových posádek zdravotnických záchranných služeb na pracovní zátěž a tres. Dále se zabývám možnou podobou faktorů, podílejících se na vzniku syndromu vyhoření a jeho prevenci.

Do výzkumného souboru bylo zařazeno 8 respondentů s praxí v rozmezí 1 – 35 let, ve věkovém rozmezí 25 – 60 let. Účastníky výzkumu byli muži. Analýza dat byla provedena v rámci kvalitativní metodologie, metodou interpretativní fenomenologické analýzy.

Respondenty jsem vybírala cíleně tak, aby byla získaná data co nejvíce saturována a co možná nejvíce rozprostřena do všech možných osobnostních oblastí a délek praxí. K tomuto účelu jsem použila kvótní výběr respondentů a formu polostrukturovaných rozhovorů. Osmičlenný výzkumný soubor byl vzhledem k saturaci dat dostačující. Všichni respondenti podepsali informovaný souhlas, ve kterém souhlasili s nahráváním rozhovorů. Rozhovory probíhaly na neutrální půdě a byly dodržovány etické principy. Interviews obsahovaly 4 okruhy, kterými byly: Vývoj zátěže, Pandemie Covid 19, Budoucnost a Prevence.

Následnou analýzou jsem dospěla k několika dílčím kódům, které jsem zahrnuje do kódu hlavního. Mezi hlavní kódy jsem zařadila SYSTÉMOVÉ NASTEVNÍ, VNĚJŠÍ VLIVY, DETERMINANTY RESILIENCE a INDIVIDUÁLNÍ PREVENCE. V rámci jednotlivých kategorií jsem hledala témata, která jsem dávala do souvislostí mezi jednotlivými výpověďmi respondentů. Pro strukturaci a přehled jsem vytvořila schéma, které jsem pro lepší ilustraci vytvořila z některých dílčích kódů a determinantů podílejících se na vzniku psychické zátěže. Mezi dílčí kódy patřily například SPORY, PRACOVNÍ KOLEKTIV, PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ, aj. Při analýze se vynořily výzkumné otázky, které jsem zpočátku neměla přesně stanoveny.

Výsledky analýzy zahrnují značnou paralelu rostoucí psychické zátěže zejména se spory, a to nejen s nespolupracujícími pacienty, ale i zdravotnickým personálem, kterému je ošetřovaný v nemocnici předáván. Ukázalo se tak, že vlivem interindividuálních konfliktů, vzniklých zejména na podkladě indikací výjezdů posádek zdravotnických záchranných služeb a celkovému přepracování zdravotníků, dochází k zvyšování psychické zátěže, která může mít za následek rozvoj syndromu vyhoření. Také můžeme z výsledků zaregistrovat určitou míru nevraživosti mezi zdravotníky, a to zejména při předávání pacientů v nemocničních zařízeních. Je zřejmé, že nejen pro zdravotnické

záchranáře a řidiče sanitních vozů, je problematika parciálně se vyskytujícími neindikací výjezdů, ale i pro samotný nemocniční personál, je částečná zdravotní negramotnost obyvatel České republiky indikátorem k obnově intenzivní zdravotní gramotnosti na základních a středních školách. Také nám indikátor rostoucího napětí mezi zdravotníky, může být vodítkem k faktu, že nedostatečná zdravotní gramotnost a tendence k přenosu odpovědnosti občanů za své zdraví na zdravotníky, značně ovlivňuje psychický stav pracovníků nejen zdravotnických záchranných služeb, ale i zdravotníků v nemocnicích. Celková pracovní energie oslovených respondentů v souvislosti s délkou praxe značně klesá. Pozitivním posilovačem se ukázal zejména dobrý pracovní kolektiv a sociální opora.

Diplomová práce by mohla být přínosem zejména pro oblast řízení a managementu jednotlivých organizací zdravotnických záchranných služeb, a to zejména se zaměřením na indikaci událostí pro posádky zdravotnických záchranných služeb. Dále by se na základě některých poznatků mohla přizpůsobit vhodná metodika zdravotní gramotnosti na základních a středních školách, kde by se v dětech a dospívajících pěstovala daleko větší zdravotní gramotnost, než tomu je doposud. Také bych v tomto směru shledávala využití pro oblast klinických psychologů, v jejichž působnosti by se jednalo zejména o podporu skupin přijímajících pacienty od zdravotnických záchranných služeb. Rovněž bych také, v návaznosti na výše uvedená zjištění, našla optimální řešení v podobě nabídek kontaktů od zaměstnavatele na externí psychologické služby, které by saturovaly potřeby členů posádek zdravotnických záchranných služeb plošně Českou republikou.

LITERATURA

- 1) Asociace zdravotnických záchranných služeb. (2020). *Statistika výjezdové činnosti ZZS ČR 2019*. Získáno 26. října 2021 z https://www.azzs.cz/data/web/old_data/doc/zzs-v-cislech/Statistika%20v%c3%bdjezov%c3%a9%20%c4%8dinnosti%20ZZS%20%c4%8cR%202019_.pdf
- 2) Asociace zdravotnických záchranných služeb. (2021). *Statistika výjezdové činnosti ZZS ČR 2020*. Získáno 26. října 2021 z https://www.azzs.cz/data/web/dokumenty/Vybran%C3%A9%20ukazatele%20ZZS/Statistika%20v%C3%BDjezdov%C3%A9%20C4%8Dinnosti/Statistika-vjezdov-innosti-ZZS-R_2020.pdf
- 3) Ballance, J., Khalifa, A. G., Domanovits, H., Lockey, A., Perkins, G., Soar, J., Xanthos, T., Schlieber, J., & Truhlář, A. (2015). *Advanced Life Support*. Belgium: European Resuscitation Council.
- 4) Bartošíková, I. (2006). *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.
- 5) Baštecká, B. (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál.
- 6) Baštecká, B. (2005). *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada.
- 7) Bělohávek, F. (1996). *Organizační chování: jak se každý den chovají spolupracovníci, nadřízení, podřízení, obchodní partneři či zákazníci*. Praha: Rubico.
- 8) Bláha, K., (1999). Psychologicko-etické aspekty práce v záchranné službě. *Urgentní medicína*, 2, 38-39.
- 9) Blažková, K., Buček, D., Dittrich, D., Dittrichová, Z., Hrubá, A., Koleňák, I., Šiman, J., Lukeš, M., Tilcerová, E., Rosinová, M., Menšíková, D., Peichlová & M., Musílek, J., (2015). *Ochrana obyvatelstva a krizové řízení: skripta*. Ministerstvo vnitra – generální ředitelství Hasičského záchranného sboru ČR. Získáno 2. listopadu 2020 z <https://ndk.cz/view/uuid:b7f89120-7267-11ea-8f71-005056827e52?page=uuid:451c5ce7-a650-45ed-b4c4-ae77d55cae46>

- 10) Dynáková, Š., Kožnar, J., & Hermanová, M. (2010). Supervize jako prevence syndromu vyhoření u zdravotníků. *Praktický lékař*, 90(6), 365-366.
- 11) Fontana, D. (2016). *Stres v práci a v životě: jak ho pochopit a zvládat*. Praha: Portál.
- 12) Franěk, O. (2008). *Medicínský a koordinační rozměr práce operačního střediska. Územní středisko záchranné služby Středočeského kraje*. Získáno 30. října 2020 z <https://ndk.cz/view/uuid:c61c29f0-5ce9-11e8-983f-005056827e51?page=uuid:2fb32390-759b-11e8-be68-5ef3fc9bb22f>
- 13) García-Rivera, B. R., Mendoza-Martínez, I. A., García-Alcaraz, J. L., Olguín-Tiznado, J. E., Camargo Wilson, C., Aranibar, M. F., & García-Alcaraz, P. (2022). Influence of Resilience on Burnout Syndrome of Faculty Professors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(2). <https://doi.org/10.3390/ijerph19020910>
- 14) Gregoř, R. (2019). Koho ohrožuje nadměrné zatěžování zdravotnických záchranných služeb. *Urgentní medicína*, 19(1), 43-44.
- 15) Häikiö, K., Andersen, J. V., Bakkerud, M., Christiansen, C. R., Rand, K., & Staff, T. (2021). A retrospective survey study of paramedic students' exposure to SARS-CoV-2, participation in the COVID-19 pandemic response, and health-related quality of life. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 29(1), 153. <https://doi.org/10.1186/s13049-021-00967-2>
- 16) Hartl, P., & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.
- 17) Hawkins, P., & Shohet, R. (2004). *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha: Portál.
- 18) Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- 19) Hennig, C., & Keller, G. (1996). *Antistresový program pro učitele: projevy, příčiny a způsoby překonání stresu z povolání*. Portál. Získáno 1. listopadu 2020 z <https://ndk.cz/view/uuid:b88d3640-f07c-11e3-b72e-005056827e52?page=uuid:df6ca3e0-fe73-11e3-99ee-001018b5eb5c>
- 20) Honzák, R. (2008). Prevence burnout syndromu. *Lékařské listy*, 2008(8), 28-31.
- 21) Hrnčíř, K. (2007). *Psychická zátěž*. Rožnov pod Radhoštěm: Rovs.
- 22) Kebza, V. (2012). *Psychická zátěž, stres a psychohygienu v lékařských profesích*. Praha: Grada.

- 23) Kim, M.-N., Yoo, Y.-S., Cho, O.-H., & Hwang, K.-H. (2022). Emotional Labor and Burnout of Public Health Nurses during the COVID-19 Pandemic: Mediating Effects of Perceived Health Status and Perceived Organizational Support. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1). <https://doi.org/10.3390/ijerph19010549>
- 24) Klevetová, D. (2011). Supervize jako prevence syndromu vyhoření. *Sestra*, 21(10), 20-22.
- 25) Komačenkova, D. (2009). Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetrovatelské péče – prevence, ochrana a podpora zdraví sestry. *Sestra*, 19, 26-28.
- 26) Křivohlavý, J. (1998). *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada. Získáno 2. listopadu 2020 z <https://ndk.cz/view/uuid:439b7fb0-a539-11e3-9d7d-005056827e51>
- 27) Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- 28) Lamková, I. (2007). Svízelné situace v práci sestry – cesta k syndromu vyhoření. *Konference pro sestry*, 23-27.
- 29) Landy, F. J. & Conte, J. M. (2013). *Work in 21st Century. An Introduction to Industrial and Organizational Psychology (4th ed.)*. Hoboken: Wiley.
- 30) Laufková, V., Moraová, H., & Medřická, T. (2013). *Metodologické přístupy v pedagogických a psychologických doktorských výzkumech*. Recenzovaný sborník z doktorské konference konané dne 20. května 2013 v Praze. Získáno 30. srpna 2021 z <https://pages.pedf.cuni.cz/konference13/files/2013/12/Sbornik-2013-Metodologick%c3%a9-p%c5%99%c3%adstupy.pdf>
- 31) Leiter, M. P., & Maslach, C. (2004). Areas of worklife: A structured approach to organizational predictors of job burnout. In P. L. Perrewé & D. C. Ganster (Eds.), *Emotional and physiological processes and positive intervention strategies*, 3, 91–134. Elsevier Science/JAI Press. Získáno 1. října 2020 z https://www.researchgate.net/publication/235297409_Areas_of_Worklife_A_Structured_Approach_to_Organizational_Predictors_of_Job_Burnout
- 32) Maslach, C., & Leiter, M. P. (2007). Burnout. In book: *Encyclopedia of Stress*. 358-362. Edition: 2nd. Publisher: Elsevier. Získáno 14. září 2020 z https://www.researchgate.net/publication/303791742_Burnout

- 33) Maslach, C., & Schaufeli, W. B. (1993). Historical and conceptual development of burnout. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*, 1–16, Taylor & Francis. Získáno 15. října 2020 z <https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/043.pdf>
- 34) Mason, R., Roodenburg, J., & Williams, B. (2020). What personality types dominate among nurses and paramedics: A scoping review? *Australasian Emergency Care*, 23(4), 281–290. <https://doi.org/10.1016/j.auec.2020.06.001>
- 35) Mikšík, O. (2009). *Psychika osobnosti v období závažných životních a společenských změn*. Praha: Karolinum. Získáno 1. listopadu 2020 z <https://ndk.cz/view/uuid:5318f150-db5a-11e3-b110-005056827e51?page=uuid:c81a1ca0-f265-11e3-97c9-001018b5eb5c>
- 36) Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- 37) Nakonečný, M. (1998). *Základy psychologie*. Praha: Academia.
- 38) Pauknerová, D. (2012). *Psychologie pro ekonomy a manažery*. Praha: Grada.
- 39) Paulík, K. (2012). *Psychologické aspekty zvládnání zátěže muži a ženami*. Ostrava: Ostravská univerzita.
- 40) Pelcák, S. (2015). *Stres a syndrom vyhoření*. Hradec Králové: Gaudeamus.
- 41) Pešek, R., & Praško, J. (2016). *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. Praha: Pasparta.
- 42) Pražáková, L. (2015). Syndrom vyhoření. *Ošetřovatelská péče*, 1, 4-7.
- 43) Ptáček, R., & Čeledová, L. (2011). *Stres a syndrom vyhoření u lékařů posudkové služby*. Praha: Karolinum.
- 44) Pudil, J. (1998). Profesionální stres zdravotnických záchranářů. *Urgentní medicína*, 1, 23-25.
- 45) Raboch, J., & Ptáček, R. (2014). Syndrom vyhoření a deprese u českých lékařů. *Practicus*, 13(9-10), 29-30.
- 46) Remeš, R., & Trnovská, S. (2013). *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada.

- 47) Rivas, N., López, M., Castro, M.-J., Luis-Vian, S., Fernández-Castro, M., Cao, M.-J., García, S., Velasco-Gonzalez, V., & Jiménez, J.-M. (2021). Analysis of Burnout Syndrome and Resilience in Nurses throughout the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (19). <https://doi.org/10.3390/ijerph181910470>
- 48) Řehák, J. (1979). Kvótní výběr. *Sociologický Časopis / Czech Sociological Review*, 15(6), 601–614. <http://www.jstor.org/stable/41129428>
- 49) Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.
- 50) Slabý, M. (2019). Zneužívání zdravotnické záchranné služby. *Urgentní medicína*, 19(1), 36-39.
- 51) Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research*. SAGE Publications Inc.
- 52) Stock, C. (2010). *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada.
- 53) Šeblová, J. (2007). Zátěž a stres pracovníků záchranných služeb v České republice: expozice kritickým událostem a výskyt syndromu vyhoření v letech 2003-2005. *Československá psychologie*, 51(4), 404-416.
- 54) Šeblová, J., Šeblová, D., & Prototopová, D. (2020). Pandemie SARS-COV-2 a její dopady na psychické zdraví. *Urgentní medicína*, 20(4), 45-51.
- 55) Šenovský, M., Adamec, V., & Hanuška, Z. (2007). *Integrovaný záchranný systém* (2. vyd). Ostrava: Sdružení požárního a bezpečnostního inženýrství. Získáno 30. října 2020 z <https://ndk.cz/view/uuid:23b64bb0-d92e-11e4-8565-005056827e52?page=uuid:23960c40-ede4-11e4-a511-5ef3fc9ae867>
- 56) Šín, R. (2017). *Medicína katastrof*. Praha: Galén. Získáno 1. listopadu 2020 z <https://ndk.cz/view/uuid:8d901990-763b-11e9-8cea-005056827e52?page=uuid:26a70900-c4b3-4d5e-a379-9d05f9884bbb>
- 57) Šolcová, I., Kebza, V., & Kodl, M. (2017). Self-reported health status predicting resilience and burnout in longitudinal study. *Central European journal of public health*, 25(3), 222-227.
- 58) Vágnerová, M. (2004). *Základy psychologie*. Praha: Karolinum.

- 59) Vašina, B. (2009). *Základy psychologie zdraví*. Ostrava: Pedagogická fakulta Ostravské univerzity.
- 60) Vilášek, J., Fiala, M., & Vondrášek, D. (2014). *Integrovaný záchranný systém ČR na počátku 21. století*. Praha: Karolinum.
- 61) Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Česká republika.
- 62) Vymětal, J. (2004). *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada.
- 63) Wagnerová, I. (2011). *Psychologie práce a organizace: nové poznatky*. Praha: Grada.
- 64) Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Česká republika.
- 65) Zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Česká republika.
- 66) Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Česká republika.
- 67) Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě. Česká republika.
- 68) Zdravotnická záchranná služba Hlavního města Prahy. (2021). Ročenka ZZS HMP 2020. Získáno 30. srpna 2021 z https://zzshmp.cz/wp-content/uploads/2021/07/ZZSHMP_ROCENKA_2020.pdf
- 69) Zdravotnická záchranná služba Jihomoravského kraje. (2020). Zpráva o činnosti tabulky 2019. Získáno 30. srpna 2021 z https://www.zzsjmck.cz/sites/default/files/dokumenty/zprava_o_cinnosti_tabulky_2019.pdf
- 70) Zdravotnická záchranná služba Jihomoravského kraje. (2021). Zpráva o činnosti tabulky 2020. Získáno 30. srpna 2021 z https://www.zzsjmck.cz/sites/default/files/dokumenty/zprava_o_cinnosti_tabulky_2020.pdf

- 71) Zeman, M., & Mika, O. J. (2007). *Integrovaný záchranný systém*. Vysoké učení technické v Brně, Fakulta chemická. Získáno 1. listopadu 2020 z <https://ndk.cz/view/uuid:77096e30-7dff-11e9-8a38-005056827e51?page=uuid:7f1e417f-6066-4975-b8c4-dd14f1fd8884>
- 72) Zháněl, J., Hellebrandt, V., & Sebera, M. (2014). *Metodologie výzkumné práce*. Masarykova univerzita. Získáno 22. září 2021 z https://is.muni.cz/el/1451/jaro2017/nk2019/um/Zhanel-metodologie-vyzkumne-prace_2014.pdf
- 73) Zhang, W., Wang, K., Yin, L., Zhao, W., Xue, Q., Peng, M., Min, B., Tian, Q., Leng, H., Du, J., Chang, H., Yang, Y., Li, W., Shangguan, F., Yan, T., Dong, H., Han, Y., Wang, Y., Cosci, F., & Wang, H. (2020). Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(4), 242–250. <https://doi.org/10.1159/000507639>

PŘÍLOHY

Příloha 1: Abstrakt diplomové práce

Příloha 2: Abstract of thesis

Příloha 3: Počet výjezdů a počet pacientů ZZS v letech 2008 – 2019

Příloha 4: Tabulky s daty počtu výjezdů ZZS HMP, ZZS JmK ÚO Brno

Příloha 5: Informovaný souhlas

Příloha 6: Ukázka časové osy – respondent č. 7

Příloha 1: Abstrakt diplomové práce

Název práce: Zátěž, stres a riziko vyhoření u výjezdových posádek zdravotnické záchranné služby

Autor práce: Bc. Jana Smutná

Vedoucí práce: MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.

Počet stran a znaků: 75 stran, 115 310 znaků

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 73

Abstrakt (800–1200 zn.):

Výzkumný problém této diplomové práce byl zaměřen na Zátěž, stres a riziko vyhoření výjezdových posádek zdravotnické záchranné služby a cílem bylo zmapovat individuální pohled členů výjezdových posádek zdravotnické záchranné služby na pracovní zátěž a stres a zjistit podobu možných faktorů podílejících se na vzniku burnout syndromu a jeho prevenci. Teoretická část přibližuje systém zdravotnických záchranných služeb, problematiku zátěže, stresu a syndromu vyhoření. Výzkumná část byla provedena v rámci kvalitativní metodologie, za pomoci interpretativní fenomenologické analýzy. Polostrukturované rozhovory byly uskutečněny s 8 respondenty s širokou škálou jejich praxe na zdravotnické záchranné službě. Výsledky ukázaly, že rostoucí psychická zátěž a klesající energie participantů do značné míry ovlivňují spory s pacienty či zdravotnickým personálem při předávání v nemocnici. Důvody sporů, které vyplývají z analýzy rozhovorů zahrnují aspekty lidské psychiky, indikaci a povahou jednotlivých výjezdových událostí. Pozitivním posilovačem se v tomto případě projevila sociální opora a pracovní kolektiv.

Klíčová slova: výjezdová posádka zdravotnické záchranné služby, syndrom vyhoření, zátěž, stres, prevence, rizikové faktory

Příloha 2: Abstract of thesis

Title: Physical and psychological stress and the risk of burnout syndrome in the emergency medical service crews

Author: Bc. Jana Smutná

Supervisor: MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.

Number of pages and characters: 75 pages, 115 310 characters

Number of appendices: 6

Number of references: 73

Abstract (800–1200 characters):

The research problem of this master thesis was physical and psychological stress and the risk of burnout syndrome in the emergency medical service crews and the aim was to find out the work load in the perspective of emergency medical crews and find out the form of possible factors involved in the development of burnout syndrome. The theoretical part introduces the emergency medical services system, the issues of workload, stress and burnout syndrome. The research part was conducted within a qualitative methodology, using an interpretative phenomenological analysis. Semi-structured interviews were conducted with 8 respondents with a wide range of their experience in the emergency medical service. The results showed that increasing psychological strain and decreasing energy of the participants largely influenced disputes with patients or medical staff during handover in the hospital. The reasons for the disputes that arise from the analysis of the interviews include aspects of the human psyche, the indications and the nature of the individual events. Social support and the work team proved to be a positive reinforcer in this case.

Key words: emergency medical service crew, burnout syndrome, burden, stress, prevention, risk factors

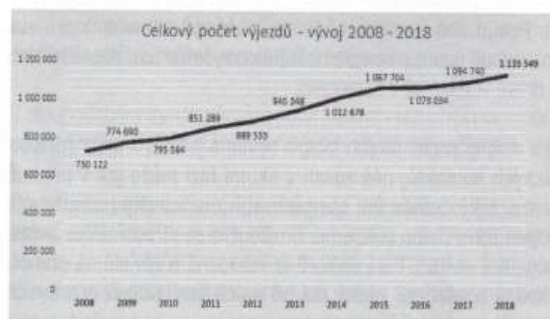
Příloha 3: Počet výjezdů a počet pacientů ZZS v letech 2008 – 2019

	Celkový počet výjezdů	Celkový počet událostí	Celkový počet pacientů
ZZS hlavního města Prahy	137 298	124 945	121 887
ZZS Moravskoslezského kraje	125 923	113 284	110 519
ZZS Středočeského kraje	139 988	113 871	113 633
ZZS Jihomoravského kraje	103 798	90 580	101 102
ZZS Ústeckého kraje	91 987	84 510	89 000
ZZS Jihočeského kraje	83 778	63 066	64 174
ZZS Libereckého kraje	61 419	51 827	63 245
ZZS Plzeňského kraje	69 270	54 234	54 619
ZZS Zlínského kraje	65 570	62 682	54 863
ZZS Olomouckého kraje	55 859	60 700	55 573
ZZS Královéhradeckého kraje	52 421	46 912	45 034
ZZS Pardubického kraje	53 648	46 727	57 950
ZZS Kraje Vysočina	48 217	41 591	31 225
ZZS Karlovarského kraje	44 373	37 573	37 967
Celkem ČR	1 133 549	992 502	1 000 791

Graf č. 1 – Počty výjezdových skupin v letech 2008–2018 (zdroj – AZZS ČR)

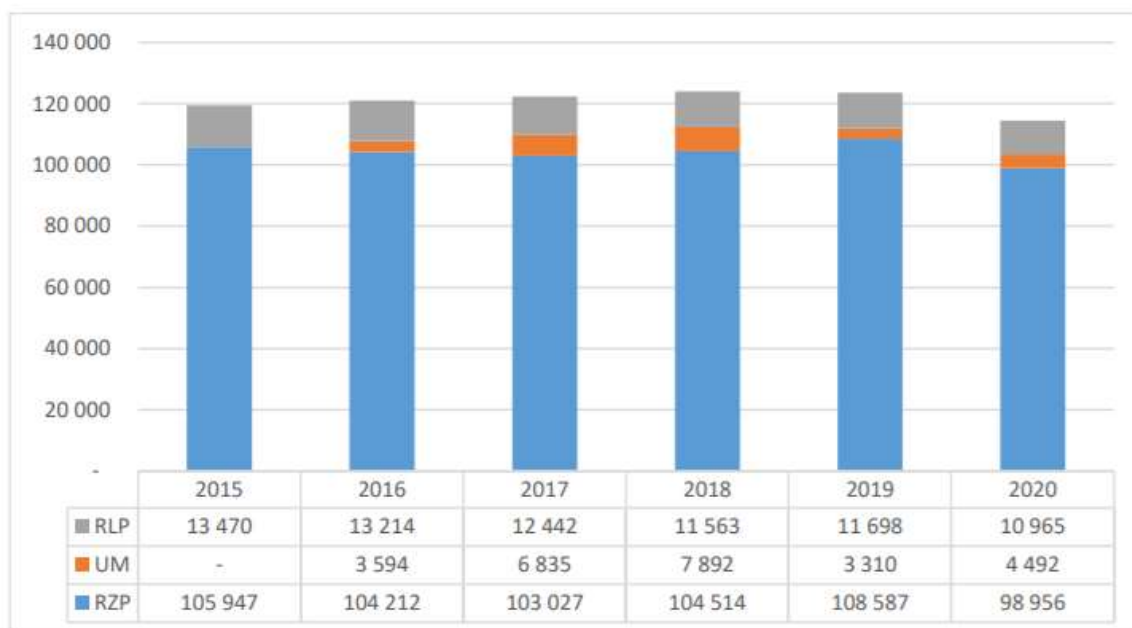


Graf č. 2 – Celkový počet výjezdů v letech 2008–2019 (zdroj AZZS ČR)



(AZZS ČR 2008-2019, citováno v Slabý, 2019, str. 39)

Příloha 4: Počty výjezdů ZZS HMP, ZZS JmK ÚO Brno



(ZZS HMP, 2021)

ÚO Brno	Brno-Bohunice	Brno-Cernovice	Brno-střed	Brno-Tuřany (LZS)	Ivančice	Pohořelice	Tišnov	ÚO celkem	č. %
počet výjezdů celkem	18 653	13 056	17 588	840	3 880	1 435	3 026	58 478	100
z toho: RLP	2 156	2 144	4 524	840	1 263	1 435	987	13 349	23
z toho: RZP	16 497	10 912	13 064		2 617		2 039	45 129	77
počet primárních výjezdů	17 856	12 718	16 339	671	3 626	1 434	2 995	55 638	100
z toho: RLP	2 141	2 129	3 726	671	1 238	1 434	981	12 320	22
z toho R-V	2 141	2 129	1 910					6 180	11
z toho: RZP	15 714	10 589	12 613		2 388		2 014	43 318	78
nad 20 min. RLP	32	33	137		37	33	24	296	1
nad 20 min. RZP	513	182	183		283		147	1 308	2
nad 20 min. celkem	545	215	320		320	33	171	1 604	3
počet sekundárních výjezdů	798	338	1 249	169	254	1	31	2 840	100
z toho: RLP	15	15	798	169	25	1	8	1 029	36
z toho: RZP	783	323	451		229		25	1 811	64

(ZZS JmK, 2020)

ÚO Brno	Brno-Bohunice	Brno-Cernovice	Brno-střed	Brno-Tuřany (LZS)	Ivančice	Pohořelice	Tišnov	ÚO celkem	č. %
počet výjezdů celkem	18 838	12 060	16 377	685	3 740	1 269	2 855	55 824	100
z toho: RLP	1 912	1 861	3 558	685	1 165	1 269	853	11 303	20
z toho: RZP	16 926	10 199	12 819	0	2 575	0	2 002	44 521	80
počet primárních výjezdů	17 366	11 769	14 855	624	3 554	1 262	2 841	52 271	100
z toho: RLP	1 849	1 842	2 758	624	1 144	1 262	851	10 330	20
z toho R-V	1 839	1 812	1 522	18	0	0	0	5 191	10
z toho: RZP	13 577	9 927	12 097	0	2 410	0	1 990	40 001	77
nad 20 min. RLP	37	44	67	93	27	43	33	344	1
nad 20 min. RZP	532	220	235	0	237	0	177	1 401	3
nad 20 min. celkem	569	264	302	93	264	43	210	1 745	3
počet sekundárních výjezdů	1 472	291	1 522	61	186	7	14	3 553	100
z toho: RLP	63	19	800	61	21	7	2	973	27
z toho: RZP	1 409	272	722	0	165	0	12	2 580	73

(ZZS JmK, 2021)

Příloha 5: Informovaný souhlas

Informovaný souhlas pro účastníky výzkumu

Já (JMÉNO, PŘIJÍMENÍ)byl/a jsem seznámen/a s podmínkami, cílem a obsahem bakalářské práce Jany Smutné s názvem „Zátěž, stres a riziko vyhoření u výjezdových posádek zdravotnické záchranné služby“. Rozumím jim a souhlasím s nimi. Souhlasím s účastí na tomto projektu jakožto respondenta. Dávám své svolení, aby materiál, který jsem jí poskytl/a, použila za účelem sepsání bakalářské práce a pro další odborné publikace a prezentace vycházející, v souvislosti s jejím obhájením. Souhlasím se způsobem, jak bude zachována důvěrnost a jak bude má identita chráněna během výzkumu i po jeho skončení. Zpracování přepisu rozhovorů a jejich následná analýza proběhne v naprosté anonymitě. Souhlasím s nahráváním mého rozhovoru s Janou Smutnou, s analýzou výsledného zvukového záznamu a jeho přepisu. Dávám souhlas k tomu, že výzkumnice může v bakalářské práci a v dokumentech souvisejících s její obhajobou citovat informace, které jí poskytují, rovněž za předpokladu anonymity. Rozumím tomu, že pokud se v průběhu rozhovoru objeví pro mne nepříjemná témata, mohu odmítnout odpovědět na jakoukoliv otázku nebo kdykoliv ukončit rozhovor. Byly mi zodpovězeny mé dotazy a nejasnosti. Mám tyto připomínky.....
.....
.....

Rozumím tomu, že mohu kdykoliv odstoupit z tohoto výzkumného projektu a mohu kdykoliv svůj informovaný souhlas vzít zpět. Učinit tak mohu na základě uvedeného kontaktu janasmutna032@gmail.com

Místo:

Datum:

Podpis zúčastněných.....

Příloha 6: Ukázka časové osy – respondent č. 7

