

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**COPINGOVÉ STRATEGIE U PRACOVNÍKŮ
ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY**



Magisterská diplomová práce

Autor: Bc. Lucie Šonová, DiS.

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Zdeněk Vtípil, CSc.

Olomouc

2014

Palacky University in Olomouc
Faculty of Philosophy
Department of Psychology

**COPING STRATEGIES FOR EMERGENCY SERVICES
WORKERS**



Master's thesis

Author: Bc. Lucie Šonová, DiS.

Supervisor: Doc. PhDr. Zdeněk Vtípil, CSc.

Olomouc

2014

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „*Copingové strategie u pracovníků záchranné služby*“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité zdroje a literaturu.

V Liberci 20. března 2014

Podpis

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu mé diplomové práce docentu PhDr. Zdeňku Vtípilovi, CSc. za odborné vedení a cenné rady. Dále bych chtěla poděkovat Petru Matějčkoví, vedoucímu záchranáři krajského operačního střediska Libereckého kraje za umožnění provedení výzkumu. V neposlední řadě také děkuji všem respondentům, kteří se zúčastnili výzkumné části diplomové práce.

Obsah

Úvod.....	7
I. Teoretická část	8
1. Stres a jeho problematika.....	8
1.1. Vymezení základních pojmů.....	8
1.2. Projevy stresu a vývoj stresové reakce.....	10
1.3. Reakce na stres a vliv osobnosti na stres	11
1.3.1. Akutní reakce na stres	11
1.3.2. Rysy osobnosti a stres.....	12
2. Copingové strategie	13
2.1. Coping	13
2.2. Teoretická východiska	13
2.2.1. Psychodynamický model	13
2.2.2. Transakční model.....	14
2.2.3. Osobnostně dispoziční přístup	14
2.2.4. Interakční přístup	14
2.3. Faktory ovlivňující coping	14
2.3.1. Osobnost a coping.....	14
2.3.2. Faktor pohlaví a coping	15
2.3.3. Věk a coping	15
2.4. Copingové strategie.....	16
3. Syndrom vyhoření.....	18
3.1. Vymezení pojmu	18
3.2. Činitele ovlivňující vznik syndromu vyhoření.....	19
3.2.1. Činitele spočívající v osobnosti jedince.....	20
3.2.2. Činitele spočívající v prostředí jedince.....	20
3.2.3. Činitele ovlivňující vznik syndromu vyhoření ve zdravotnictví	22
3.3. Příznaky syndromu vyhoření	22
3.4. Stádia syndromu vyhoření.....	24
4. Východiska syndromu vyhoření	26
4.1. Prevence a léčba syndromu vyhoření vycházející z prostředí	26
4.1.1. Informace	26
4.1.2. Týmová spolupráce.....	27
4.1.3. Sociální opora	27
4.1.4. Úloha zaměstnavatele v boji se syndromem vyhoření.....	28
4.1.5. Pomoc supervize	29

4.1.6.	Psychoterapeutická pomoc	29
4.2.	Prevence a léčba syndromu vyhoření vycházející z jedince	30
4.2.1.	Tělesná aktivita, cvičení, relaxace	30
4.2.2.	Zdravý životní styl	31
4.2.3.	Management času	31
4.2.4.	Práce na sebezpojetí.....	32
5.	Zdravotnická záchranná služba.....	33
5.1.	Charakteristika zdravotnické záchranné služby	33
5.2.	Zdravotnické operační středisko	33
5.2.1.	Činnost, úkoly a kompetence ZOS	34
5.2.2.	Komunikace	34
5.2.3.	Zátěž a stres v práci dispečera	35
5.2.4.	Psychologická charakteristika dispečera	37
5.2.5.	Opatření proti stresu v kontextu ZOS	38
5.3.	Ekonomické a sociální problémy ZZS	39
5.4.	Rizikové faktory vzniku syndromu vyhoření z hlediska ZZS	41
II.	Výzkumná část.....	42
6.	Metodologický rámec výzkumu	42
6.1.	Výzkumný problém.....	42
6.2.	Výzkumné cíle	42
6.3.	Výzkumné hypotézy.....	43
6.4.	Použité metody.....	43
6.4.1.	Burnout Measure.....	44
6.4.2.	SVF - 78.....	44
6.4.3.	Použité metody zpracování dat.....	46
6.4.4.	Výzkumný soubor.....	46
6.4.5.	Organizace a průběh šetření.....	49
6.4.6.	Symbolika výsledkové části.....	49
7.	Výsledky výzkumu	50
7.1.	Základní výsledky dotazníku SVF – 78	50
7.2.	Výsledky dotazníku Burnout Measure	55
7.2.1.	Základní výsledky dotazníku Burnout Measure	55
7.2.2.	Studentův t-test pro určení rozdílu mezi muži a ženami a mírou vyhoření... 56	
7.3.	Korelace vybraných proměnných a dimenzí SVF-78	57
7.4.	Korelace vybraných proměnných a výsledků Burnout Measure	58
7.5.	Korelace mezi vybranými dimenzemi dotazníku SVF – 78 a Burnout Measure..60	

7.6. Studentův t – test pro určení rozdílu mezi výsledky Burnout Measure dispečerů ZOS ZZS LK a řidičů a záchranářů ZZS LK.....	62
7.7. Studentův t-test pro určení rozdílu mezi výsledky mužů a žen v preferenci strategie potřeby sociální opory SVF – 78.....	63
8. K platnosti hypotéz	65
9. Diskuze	67
10. Závěr	70
11. Souhrn.....	71
Seznam použitých zdrojů a literatury	73
Přílohy diplomové práce	77

Úvod

Zdravotnická záchranná služba - myslím že v představách mnohých z nás se odehrává podobný scénář. Houkající sanitní vozy, neohrožení záchranáři a záchranářky se ze všech sil snaží pomoci zraněným, řidiči sanitních vozidel neohroženě kličkují hustou dopravou, vrtulník vznášející se nad hromadnou nehodou, křičící děti, plačící rodiče, zdánlivý zmatek, ve kterém nacházíme řád, hra o minuty často i o vteřiny. Záchranáři mají ale i svou druhou tvář, tu kterou mnozí z nás neznají, kterou po záchraně lidského života nezabírají objektivy kamer, tu bez které by ale žádná akce záchranáře v terénu nebyla možná. Jedná se o dispečink záchranné služby, centrální mozek, bez kterého by nebylo možné zahájit fungování záchranné řetězce, na jehož konci stojí zachráněný pacient.

Dispečer záchranných služeb musí zvládat nepřehledné množství činností, komunikací s volajícím počínaje, přes analýzu výtěžených informací, vyhodnocení dostupnosti prostředků a zajištění tak adekvátní pomoci až po aktivní vedení a instruktáž volajícího k provedení život zachraňujících výkonů. Trvalou součástí práce dispečerů je stres, většina jejich rozhodnutí musí být provedena v časové tísní s omezeným množstvím informací a často bývají nezvratné.

Diplomová práce se věnuje právě této profesi, jež je na zdravotnické záchranné službě vykonávána. Zaměřuje se na problematiku stresu, copingových strategií, syndromu vyhoření včetně jeho léčby a prevence. Výzkumů provedených právě s dispečery záchranných služeb nacházíme poskrovnu, ale z těch málo informací můžeme vyčíst, že právě oni jsou nejohroženější profesí záchranné služby syndromem vyhoření.

Obdobný výzkum jsme provedli v rámci bakalářské práce, ve které jsme se také zaměřili na středně zdravotnický personál, ale na jeho výkonnou složku – řidiče a záchranáře výjezdových skupin. Výsledky předešlého výzkumu nám tak umožní vzájemně porovnat naměřené hodnoty a vytvořit tak ucelený obraz o copingových strategiích a míře psychického vyhoření mezi pracovníky záchranných služeb.

I. Teoretická část

1. Stres a jeho problematika

Pojem stres jsou vyjadřovány stavy strasti, útrap, těžkostí, ale také duševního napětí, obtížných situací, tísně a neštěstí (Baštecká, 2009). Křivohlavý (1994) uvádí, že původ slova nacházíme v latinském slovese „stingo, stingere, stinxi, strictum“ což znamená utahovati, stahovati, zadržovati, nebo také škrábnou, poškodit či otrhat. V dnešní době je pojem stres nadužíván, slyšíme ze všech stran, že je člověk ve stresu, nebo je jeho stav zapříčiněn stresem,... Lidé výraz stres spíše užívají pro zátěž, než pro samotnou odezvu na ni. Všeobecně je stres vztahován k událostem, které jsou vnímány jako ohrožující. Ohrožení se může týkat jak tělesné, tak duševní pohody. Míra stresu vždy souvisí s určitou událostí a u jedinců se může v návaznosti na tuto událost lišit. *„Lidé rozdílným způsobem vnímají míru ovlivnitelnosti a předvídatelnosti dané situace a odlišně vnímají i nároky, které daná situace klade na jejich schopnosti a sebepojetí“* (Nolen-Hoeksema, Ed., 2012, s. 586). Z výzkumů vyplývá, že čím méně může jedinec situaci ovlivnit, tím více ji považuje za stresovou. Také bylo zjištěno, že pokud jedinec dokáže vznik určité situace předvídat, vnímá ji jako méně stresovou a to i v případě, že ji nedokáže ovlivnit (Nolen-Hoeksema, Ed., 2012).

1.1. Vymezení základních pojmů

Stres

V literatuře nacházíme mnoho pohledů na stres, mezi ty nejznámější patří pojetí fyziologické, endokrinologické a v neposlední řadě pojetí psychologické. Můžeme také nalézt snahu o integrační přístup k těmto teoriím a k vytvoření definice, která by v sobě zahrnovala ucelený pohled na problematiku stresu. Za zakladatele teorie stresu jsou považováni W. B. Cannon, H. Selye a R. S. Lazarus. Walter Bradford Cannon se na problematiku stresu dívá z pohledu fyziologie. Na základě svých poznatků o významu sympatoadrenálního systému formuloval koncepci poplachové reakce, jejíž základní odezvou organismu na stres je útok nebo útek. H. Selye, jako představitel endokrinologického pojetí, označuje stres jako stav, který se projevuje specifickým syndromem sestávajícím se ze všech nespecificky navozených změn uvnitř biologického systému. Biologickou reakci organismu na stresor označuje za obecný adaptační syndrom, který se skládá ze tří fází, z fáze adaptace, rezistence a konečné fáze vyčerpání organismu.

R. S. Lazarus považuje stres za individuální reakci organismu, kde vlastní hodnocení jedince rozhoduje o tom, co bude prožíváno stresově a co nikoli. Jiný pohled nacházíme u W. H. Teichnera, který stres vnímá jako výchylku informačního vstupu za jeho obvyklé hranice, která vyvolává nepříznivou rovnováhu mezi aktivací a kapacitou zpracovávat informace s ohledem na provozní rozmezí pozornosti (Baštecká, Goldmann, 2001).

O stresu hovoříme ve chvíli, kdy psychogenní podnět vyvolá v organismu specifickou reakci, která je doprovázena příslušnými změnami v psychických procesech. Stresovou reakci často doprovází pocit neovlivnitelnosti, nevládnutelnosti a nepředvídatelnosti situace (Janiczeková, 2007; Joshi, 2007). Stres tedy můžeme chápat jako „*stav organismu, který je celkovou odezvou na subjektivně prožívanou zátěž. Organismus tak reaguje na zátěžový podnět z prostředí, který ohrožuje jeho individuální vnitřní stabilitu*“ (Baštecká, Ed., 2009, s. 382).

V literatuře se setkáváme s pojmy eustres a distres. Eustres jako tzv. dobrý stres, nebo také kladně působící stres, je reakce organismu na podněty, které obecně považujeme za příjemné, nebo jejichž zvládnutí vede k osobnostnímu růstu. Distres je jedincem vnímán jako špatný stres, jenž je způsoben vnitřními a vnějšími požadavky, které jsou pocíťovány jako nepříjemné nebo nebezpečné. Distres vyžaduje vynaložení velkého množství energie k jeho zvládnutí, kdy postupně dochází k selhávání adaptačních mechanismů.

Stresor

Stresorem můžeme označit jakýkoliv požadavek, který útočí na tělesné a duševní rezervy jedince. Jedná se o různé vlivy, jež jsou považovány za ohrožující a působí nadměrnou zátěž. Člověk se během svého života setkává s celou řadou náročných situací, avšak ne každá taková situace pro něj musí představovat stresor. Zda se stresorem stane a bude vnímána jako nadlimitní, záleží na psychice jedince, jeho vnímání a hodnocení dané situace (Kebza, Šolcová, 2004).

H. Selye hovoří o fyzikálních a emocionálních stresorech. Naproti tomu Lazarus rozděluje stresory na krátkodobě a dlouhodobě působící (in Křivohlavý, 1994). Obecně můžeme stresory rozdělit z hlediska jejich původu, intenzity a doby působení.

Stresory z hlediska jejich původu dělíme na:

- fyzikální – nadměrný hluk, teplota, prudké světlo,
- fyziologické – fyzická námaha, přetěžování páteře, nerespektování cirkadiálního rytmu,
- psychologické – strach, frustrace, u zdravotníků zejména zodpovědnost za pacienty,

- psychosociální – souvisí s mezilidskými vztahy, životními událostmi přinášejícími změnu, s profesní perspektivou.

Z hlediska délky působení nadlimitní zátěže hovoříme o stresorech akutních, přerušovaných a chronických. Dlouhodobému působení stresorů se často organismus přizpůsobí, ale zároveň se také opotřebovává. Za nejnáročnější pro organismus je považováno přerušované působení stresorů, kdy je stres svojí povahou spíše chronický, ale jen velice těžko se na něj dá adaptovat. Právě přerušované působení zátěžových podnětů je vztahováno k vzniku a rozvoji syndromu vyhoření (Baštecká, Goldmann, 2001; Stock, 2010).

1.2. Projevy stresu a vývoj stresové reakce

Projevy stresu

„Stres je mechanismus ochraňující život, a to za nesmírně vysokou cenu, navíc však také za cenu vypnutí některých funkcí v zájmu posílení funkcí zásadních a prioritních“ (Honzák, 2004, s. 26). Je zřejmé, že při vystavení se nepříznivým podmínkám probíhají u jedince určité změny a to jak v rovině fyziologické, tak v rovině psychologické a behaviorální. V emocionální rovině jedinec prožívá strach, obavy, pocity beznaděje, úzkosti, výrazné změny nálady. Z hlediska fyziologie dochází ke zvýšení tepové frekvence a krevního tlaku, zrychlenému dýchání, svalovému napětí, poruchám trávení, pocení a dalším projevům. Stres je biologicky smysluplná adaptační reakce těla, naše tělo mobilizuje za extrémních podmínek všechny energetické rezervy pro vnější svalové činnosti, dochází k reakci organismu a ke změně uvnitř organismu, která probíhá na ose hypotalamus - hypofýza - nadledvinky. Na poli behaviorální změn se objevují změny v chování jedince, jako nerozhodnost, výbušnost, podrážděné reakce, poruchy spánku a usínání, změny ve vztahu k potravě (nechutenství nebo naopak zvýšená chuť k jídlu), ztráta chuti do práce (Venglářová, Ed., 2011).

Vývoj stresové reakce

Stres si můžeme představit jako autonomně probíhající kaskádu dějů, které mají v první poplachové fázi připravit jedince na útok nebo útek, ve druhé fázi rezistence pak na přežití za krajně nepříznivých podmínek. Tato kaskáda dějů, kterou nemůžeme z velké části vědomě ovlivnit, se nejčastěji se projevuje v symptomech obecného adaptačního syndromu, který v roce 1936 popsal H. Selye (in Baštecká, Golamann, 2001). Jedná se o mechanismus,

kterým se organismus pokouší vyrovnat s působením zátěžové situace a jehož cílem je v co nejkratším čase zmobilizovat veškeré síly organismu, které jsou potřebné k zvládnutí zátěže. Při fázi adaptace dochází k aktivaci autonomního nervového systému, především jeho sympatických částí, což se projevuje zvýšením sekrece tzv. stresových hormonů, jako je adrenalin, noradrenalin a kortikosteroidy. Organismus dále přechází do fáze rezistence, ve které mizí stádium poplachu a organismus je schopen lépe využívat uvolňovanou energii. V případě že nedojde k úspěšnému vyřešení stresové situace, nebo pokud tato situace trvá neúměrně dlouho, dochází k vyčerpání adaptační schopnosti organismu, které se projevuje sníženou obranyschopností organismu.

1.3. Reakce na stres a vliv osobnosti na stres

Podstatou akutní reakce na stres jsou fylogeneticky dané obranné mechanismy, které mobilizují rezervy jedince. Tyto mechanismy sloužily již našim předkům k tomu, aby si v případě ohrožení uchovali zdraví a život. V dnešní době se setkáváme s náročnými situacemi, ve kterých většinou nejde o život, ale spíše je naším cílem zachování hodnot, jako je čest, společenský status, image a postavení. Víše popsané vede k častému potlačování našich reakcí. Organismus se tak opakovaně dostává na vysokou úroveň aktivace, která v případě že není přirozeným způsobem snížena, se obvykle stává příčinou určitých obtíží (Vodáčková, Ed., 2007).

1.3.1. Akutní reakce na stres

V literatuře nacházíme dvě základní akutní reakce na stres, které se dělí dle aktivity, jakou jedinec při střetu se stresorem vyvine. Pokud v situaci zátěže převáží funkce sympatiku, dojde k reakci projevující se aktivitou typu útok nebo útek. Méně často se při střetu se zátěží dostává do popředí parasimpatikus, který způsobí spíše pasivitu organismu.

Podstatou obranné reakce typu útek nebo útok je rychlá mobilizace sil. V organismu dochází ke změnám tělesným, emocionálním a behaviorálním, které směřují k jedinému cíli, aktivně se ubránit vzniklé situaci. Naproti tomu obranná reakce „mrtvý brouk“ je dle Vodáčkové (2007) vývojově starší a jejím cílem je ochrana před ohrožením tím, že „nejsem“, stavím se býti mrtvým“. Jedná se o častou reakci, kterou jedinec používá jako ochranu před přívalem silných emocí, u kterých je pravděpodobné, že by je nezvládl udržet pod kontrolou. Reakce typu mrtvý brouk se projevuje ztuhlostí, strnulostí, nekoordinovanými pohyby, studeným potem, zpomalením psychofyzických funkcí a oploštěním emočních reakcí. Jedinec se

dostává do stavu derealizace, depersonalizace a má sníženou schopnost porozumět verbálním sdělením.

1.3.2. Rysy osobnosti a stres

Skutečnost, zda bude jedinec vnímat situaci jako nadlimitní, ovlivňují různé faktory. Vodáčková mezi ně řadí obecnou kapacitu jedince odolávat zátěži, zralost a úroveň kognitivních funkcí, míru sociální opory, předchozí zkušenosti se zátěží a v neposlední řadě některé osobnostní rysy (Vodáčková, Ed., 2007). M. Friedman a R. H. Rosenman předložili v padesátých letech minulého století teorii o vlivu osobnostních rysů na chování jedince při zvládnutí zátěže. Lidé, projevující se nadměrnou snahou po výkonu spojenou s úsilím splnit úkol v termínu za každou cenu označili chováním typu A. Chování typu A se projevuje nadměrnou soutěživostí, snahou dosáhnout úspěchu, agresivitou, časovou tísní, zrychlením obvyklých aktivit, neklidem, zvýšenou bdělostí, zvýšenou rychlostí, hlasitostí řeči, pocitem souboje s nedostatkem času a necitlivostí okolí. Protikladem je chování typu B, které je uvolněné, klidné, spokojené a neuspěchané. Pokud tito lidé o něco usilují, dosažené výsledky je spíše motivují a dodávají jim sebedůvěru (Baštecká, Goldmann, 2001).

V literatuře také nacházíme zmínky o osobnosti typu D – tzv. depresivní osobnost. Takto jsou označováni jedinci vyznačující se poruchou sebehodnocení, sníženou schopností zvládat zátěž a náklonností více prožívat ztrátu. Bylo zjištěno, že tyto vzorce chování jsou hluboce zasazeny v osobnostní struktuře jedince a jsou podporovány společností a kulturou, která jedince obklopuje (Baštecká, Goldmann, 2001).

2. Copingové strategie

Lidé reagují na zátěžové situace různým způsobem, pro vyrovnání se s těžkými životními situacemi volí jiné strategie. V souvislosti se zvládáním stresu hovoříme o copingových strategiích a o adaptaci. Coping i adaptace se vztahují k aktivitě člověka v obtížné situaci. Adaptaci ale chápeme jako vyrovnání se se zátěží, která se pohybuje v relativně normálních mezích, naproti tomu coping je chápán jako boj s nepřiměřenou zátěží.

2.1. Coping

Pojem coping je převzat do českého názvosloví z anglického jazyka a je používán ve významu zvládat nadlimitní zátěž, do které se jedinec dostal působením těžké nemoci, životních krizí a jiných událostí. Správný překlad slova coping zní zvládnout, stačit na něco nebo vypořádat se něčím (Křivohlavý, 1994).

V literatuře nacházíme pro coping množství definic, z nichž každá akcentuje jinou stránku tohoto pojmu. Lazarus vymezuje coping jako dynamický proces řízení vnějších a vnitřních faktorů, které člověk v konfrontaci se stresovou událostí hodnotí jako ohrožení jeho vlastních zdrojů (Křivohlavý, 2001). Klasickou definici copingu formuloval Cohen společně s Lazarusem, podle nichž je coping „*snaha – jak intrapsychická, tak zaměřená na určitou činnost – řídit, tolerovat, redukovat a minimalizovat vnitřní i vnější požadavky kladené na člověka a střety mezi těmito požadavky*“ (Křivohlavý, 1994, s. 43).

Křivohlavý i Paulík rozlišují mezi copingem a adaptací, což koresponduje s rozlišením zátěže a stresu, kdy stres chápou jako neoptimální zátěž, kdežto adaptaci vztahují k zvládání zátěže jako takové (Křivohlavý, 1994; Paulík, 2010).

2.2. Teoretická východiska

Nacházíme různé teoretické přístupy ke copingu, jejichž rozdílnost je v příčinách preference určitého typu strategií zvládání stresu.

2.2.1. Psychodynamický model

Ve dvacátých letech 20. století převažovalo psychodynamické pojetí copingových strategií, které byly vnímány jako součást dynamické složky osobnosti a byly spojovány s obrannými mechanismy. Rozdíl mezi obrannými mechanismy a copingovými strategiemi nacházíme ve vztahu k realitě. Copingové strategie vychází z realistického pohledu na určitou situaci a z vlastní možnosti tuto situaci zvládnout. Kritické tohoto přístupu poukazují zejména na

nejednotnost pojmů a také na nerozlišování obranných mechanismů a jejich výsledků (Blatný, Kohoutek, Janušová, 2002; Výrost, Slaměník, 2008).

2.2.2. Transakční model

Představitelé transakčního modelu Lazarus a jeho spolupracovníci Cohen a Folkmanová, kladou důraz na situační determinanty chování v náročných situacích. Zároveň z části odmítli roli osobnostních dispozic při reakci na zátěž. Z pohledu osobnosti je podstatná kognitivní a zkušenostní složka osobnosti. Jedinec si volí typ copingové strategie dle situace, ve které se nachází. Pokud jedinec vnímá situaci jako nepředvídatelnou a nekontrolovatelnou, volí ve větší míře strategie zaměřené na emoce. Naopak v situaci, kterou považuje za ovlivnitelnou a kontrolovatelnou upřednostňuje strategie zaměřené na řešení problému (Blatný, Kohoutek, Janušová, 2002).

2.2.3. Osobnostně dispoziční přístup

Tato teorie připisuje nezaměnitelnou roli osobnostním rysům při zvládnání zátěže. Jako významné se jeví výzkumy, dle kterých preference určitých stylů zvládnání zátěže souvisí s charakteristikami osobnosti. Výzkumy bylo potvrzeno, že strategie vyhýbání se problému souvisí s neuroticismem, dále strategie hledání sociální opory souvisí s extravertzí (Blatný, Kohoutek, Janušová, 2002).

2.2.4. Interakční přístup

Interakční přístup se snaží o spojení předcházejících teorií. Přístup k zvládnání zátěže není závislý jen na povaze situace, ale svou roli hraje také environmentální omezení situace, zdroje a osobnost jedince včetně jeho potřeb a schopností. Zvládnání zátěže je tak proces interakce mezi jedincem, situací a kontextem, ve kterém se situace odehrává (Blatný, Kohoutek, Janušová, 2002).

2.3. Faktory ovlivňující coping

Výzkumníci se snažili ve svých experimentech zjistit, zda výběr copingových strategií podmiňují nějaké determinanty. V popředí jejich zájmu byly a stále jsou především osobnostní rysy jedince a dále genderové rozdíly a další sociodemografické proměnné.

2.3.1. Osobnost a coping

Jedním z témat výzkumů posledních let je vztah mezi osobností jedince a preferencí určitých druhů copingových strategií. Autoři Kuhl a Kazén (2002) charakterizují osobnost jako

množinu individuálních rozdílů, které se začnou specificky projevovat ve chvíli, kdy je jedinec vystaven náročné situaci a je nucen tuto situaci řešit. Existují charakteristiky osobnosti, které se podílejí na způsobu zvládnání zátěžových situací. Křivohlavý (2001) mezi takové rysy osobnosti řadí locus of control, resilienci, koherenci, hardeness, self-efficacy, sebehodnocení, sebedůvěru a optimismus. Horáková (2009) ve své práci poukazuje na rozdíl ve výběru copingových strategií v souvislosti s extravertí a introvertí. Extraverti se jeví jako více odolní vůči stresu a jsou všeobecně méně senzitivní k signálům ohrožení a používají ve větší míře racionální strategie orientované na řešení problému. Naproti tomu W. Janke a G. Erdmannová (2003) popisují se svým dotazníku SVF-78 copingové strategie jako ustálené rysy osobnosti, které dle jejich mínění nejsou podmíněny jinými osobnostními charakteristikami.

2.3.2. Faktor pohlaví a coping

Studie zabývající se vztahem genderových rozdílů a preferencí copingových strategií přinášejí rozporuplné výsledky. Některé z nich nepovažují příslušnost k určitému pohlaví za rozhodující faktor v závislosti na použité strategii, jiné naopak přiřazují strategie k určitému typu pohlaví. Bylo například zjištěno, že muži ve větší míře používají při střetu se stresovou situací agresivní chování, zatímco ženy mají spíše sklon reagovat depresivně (Bartesonová, 2000). V jiné studii se ukázalo, že ženy používají více strategií zvládnání stresu než muži, jejich repertoár je pestřejší a zároveň je jejich přístup k řešení situace aktivnější. Bylo také jisté, že ženy oproti mužům používají ve větší míře jako copingovou strategii sociální oporu (Tamres, Janicki, Helgeson, 2002). Vliv genderových rozdílů na výběr copingových strategií nalzáme také ve studii Folkmanové a Lazaruse (1980). Dle jejich výzkumů muži preferují spíše strategie orientované na řešení problému. Zároveň ale nebyl zjištěn rozdíl u strategií, které se orientují na emoce. Otázkou zůstává, zda opravdu příslušnost k určitému pohlaví ovlivňuje výběr strategie nebo nás spíše tato příslušnost předurčuje k vystavování rozdílným zátěžovým situacím a v návaznosti na situace volíme copingové strategie.

2.3.3. Věk a coping

Jako další faktor, který by mohl ovlivnit výběr copingových strategií se jeví věk. Folkmanová a Lazarus (1980) nevidí věk jako určující faktor při výběru strategie. Dle jejich názoru se preference strategií během života nemění, ale dochází ke změně zdrojů stresu, které samozřejmě ovlivňují výběr strategií. Janke a Erdmannová (2003) naopak přináší rozdíl v senioritě a preferenci strategií zvládnání stresu. Šetřením bylo zjištěno, že mladší lidé,

což je dle dotazníku SVF-78 skupina lidí 20 – 34 let, vykazují větší míru používání negativních strategií oproti skupině starších lidí (35 – 64). Můžeme tedy říci, že neexistují přesné důkazy o skutečnosti, že existuje vztah mezi věkem jedince a jeho preferencí určitých druhů copingových strategií.

2.4. Copingové strategie

Strategii chápeme jako vypracovaný plán, který vede jedince k dosažení určitého cíle. Neexistuje žádná universální strategie zvládnání náročných životních situací, která by fungovala u všech lidí stejně. Repertoár zvládnání stresu si osvojujeme v průběhu celého života.

Jeden z nejznámějších konceptů copingových strategií přinesli S. Folkmanová a R. S. Lazarus, kteří určili dva základní obecné typy copingu podle jejich působení. Prvním z nich jsou strategie zaměřené na problém (problem-focused coping), kdy jedinec vyvíjí vlastní aktivitu a snaží se při střetu s náročnou životní situací nalézt konstruktivní řešení. Druhou množinou jsou strategie zaměřená na emoce (emotion-focused coping) při které dochází k regulaci emocionálního stavu. To jaký způsob zvládnání si jedinec zvolí, záleží na hodnocení vzniklé situace. Pokud usoudí, že je možné v situaci něco dělat, volí strategii zaměřenou na problém, ovšem v případě že jeho hodnocení vyústí do závěru, že se nedá nic dělat, převládne strategie zaměřená na emoce. C. S. Caver, M. F. Scheier a J. K. Weintraub kromě dvou předchozích strategií rozlišili i třetí dysfunkční způsob zvládnání, který charakterizují projevy negativních emocí, mentálním a behaviorálním odpoutáním se od problému, pasivitou, bezmocí a snahou uniknout z obtížné situace (Folkman, Lazarus, 1980; Paulík, 2010).

Na koncepci Lazaruse a Folkmanové navázal D. L. Tolbin a jeho spolupracovníci, kteří představují hierarchický model copingových strategií. Tento model se skládá ze třech úrovní strategií:

- terciální úroveň, která obsahuje faktory angažovanosti (příklonu) projevující se aktivním jednáním a faktory neangažovanosti (odklonu) vyznačující se izolací a odklonem myšlení,
- sekundární úroveň rozdělující terciální faktory na čtyři podúrovně dle orientace na problém nebo emoce,

- primární úroveň skládající se z osmi faktorů – řešení problémů, kognitivní restrukturalizace, vyjádření emocí, hledání sociální opory, vyhýbání s problému, fantazijní únik, sebeobviňování a sociální izolace (Tolbin et al, 1989).

Zmíníme se také o koncepci předloženou Janke a Erdmannovou, kteří způsoby zpracování stresu vnímají jako pochody, jež mohou nastupovat plánovitě nebo neplánovitě při střetu se stresem a zároveň mohou být vědomé nebo nevědomé. Jejich cílem je ukončení nebo zmírnění zátěžové situace. Janke a Erdmannová rozlišují dvě velké množiny copingových strategií. Prvním je akční způsob zpracování stresu, kam řadí útek, útok, navázání sociálního kontaktu, sociální uzavřenost a další komplexní činnosti směřující k odstranění zátěžové situace. Druhou množinou jsou intrapsychické strategie zahrnující kognitivní procesy (myšlení, emoce, vnímání). K této množině přiřazují odklon, popírání a přehodnocení stresové situace. Autoři se také zabývali myšlenkou, že některé copingové strategie mohou stres zvyšovat a jiné naopak snižovat. Například vyhýbání nebo bagatelizace redukuje stres pouze krátkodobě, z dlouhodobého hlediska stres naopak zvyšují (Janke, Erdmannová, 2003).

J. H. Amirkham (1990) vytvořil na základě faktorové analýzy teorii, která se sestává ze tří typů strategií. Instrumentální strategie zaměřující se na problém a jeho aktivní řešení, dále vyhledávání sociální opory a jako poslední strategie vyhnutí se, zahrnující únikové reakce. Tyto tři typy nezahrnují celý repertoár strategií, ale dle empirických šetření se jedná o tři základní reakce, které lidé používají v případě střetu s náročnými životními situacemi.

Křivohlavý (2010) dělí copingové strategie dle pojetí Lazaruse a Folkmanové. Postupy, které se zaměřují na řešení či odstranění problému, nazývá kognitivní strategie, jelikož využívají naši schopnost myslet a myšlením řešit problém. Do této skupiny řadí hledání informací o stresové situaci, schopnost situaci řešit, určit si priority, hledat pozitivní stránky na vzniklé situaci, umět si správně zorganizovat čas a samozřejmě řada dalších. Strategie zaměřené na emoce vnímá jako proces vedoucí ke zklidnění emocí s cílem udržet si vnitřní rovnováhu. Křivohlavý také upozorňuje na neefektivní strategie zvládání stresu, jako je užívání návykových látek (tabák, kofein, alkohol, hypnotika, anxiolytika), úniky a vyhýbání se povinnostem, agrese projevující se obviňováním druhých, okolností a osudu, někdy také naučená bezmocnost.

Pokud se podíváme na všechny předchozí teorie, můžeme v nich vždy najít základní prvky vyplývající z teorie Lazaruse a Folkmanové.

3. Syndrom vyhoření

Stres může v některých případech přejít, často velice nenápadně, v syndrom vyhoření. Jaký je tedy rozdíl mezi stresem a syndromem vyhoření. Odpověď nacházíme například u Stocka, který problematiku definuje takto: „*vyhoření není totéž co stres. Dochází k němu v důsledku chronického stresu. Stresové faktory coby spouštěče tedy hrají při vzniku burnout syndromu zásadní roli*“ (Stock, 2010, s. 15). Stres je tedy považován za příčinu a spouštěč obtíží a vyhoření za jeho důsledek. Syndrom vyhoření bývá, dle dostupných zdrojů, vnímám jako důsledek dlouhodobě působícího stresu a je obvykle spojován s profesemi, jejichž podstatnou složkou pracovní náplně je práce s lidmi (Švingalová, 2006; Rush, 2003).

3.1. Vymezení pojmu

Pojem vyhoření pochází z anglického spojení burn out. Sloveso to burn znamená hořet, spojení burn out, vyhořet nebo vyhasnout. Baštecká (2009, s. 432) hovoří o vyhoření takto: „*silně hořící oheň, symbolizující v psychologické rovině vysokou motivaci, nadšení, zájem, aktivitu a nasazení, přechází pod vlivem zvolna se vynořujících problémů, překážek a přesvědčení, že očekávaný efekt se přes veškerou snahu nedostavuje, do dohořívání, doutnání, vyhaslosti*“.

Termín vyhoření byl původně slangově používán pro označení narkomana, který se ocitl na dně. V 70. a 80. letech minulého století se termín začal používat i v pracovní oblasti pro vyjádření rezignace, letargie a vyčerpání v zaměstnání (Vodáčková, Ed., 2007). Pojem burnout byl uveden do literatury v roce 1974 H. Freudenbergerem v jeho stati, kterou publikoval v časopise Journal of Social Issues a to v podstatě v rozměrech v jakých ho známe dnes (Kebza, Šolcová, 2003).

V odborné literatuře nacházíme řadu definic syndromu vyhoření, pro ukázkou uvádím alespoň některé. Plháková (2008) definuje syndrom vyhoření jako specifickou dysfunkci, která se často vyskytuje mezi příslušníky pomáhajících profesí, jedná se o důsledek nadměrných požadavků na psychickou odolnost jedince. Dle Janáčkové (2008) je syndrom vyhoření profesionální selhávání, které vzniká na základě vyčerpání způsobeného zvyšujícími se požadavky jak od okolí, tak od jedince samotného.

„*Syndrom vyhoření je psychosomatické onemocnění, při kterém dochází k fyzickému, psychickému (mentálnímu) a emocionálnímu (citovému) vyčerpání organismu. Pokud jde o patofyziologické mechanismy, je zcela jednoznačné, že je projevem dlouhotrvajícího a nadměrného stresu*“ (Křivohlavý, 2009, s. 280).

Vymětal (2009) hovoří o syndromu vyhoření jako o nemoci uvedené v Mezinárodní klasifikaci nemocí, projevující se totálním emočním vyčerpáním a zasahujícím do oblastí psychické, tělesné i emoční. Onemocnění je obtížně léčitelné. Vyhoření dává do souvislosti s povoláními, jejichž náplní práce je kontakt lidmi.

Kebza (2003) se vzhledem k nepřebornému množství definic syndromu vyhoření pokusil sjednotit základní body všech pojetí:

- jedná se o psychický stav, prožitek vyčerpání,
- vyskytuje se především u profesí, jejichž hlavní pracovní náplní je práce s lidmi,
- je tvořen symptomy v oblasti psychické, fyzické i sociální,
- hlavní složkou je emoční exhauce, kognitivní vyčerpání a celková únava,
- všechny hlavní složky vycházejí z chronického stresu.

Těmito body jsou shrnuty nejzákladnější podmínky vzniku vyhoření a jeho hlavní charakteristiky.

3.2. Činitelé ovlivňující vznik syndromu vyhoření

Jako jedna z hlavních příčin syndromu vyhoření se zdá být zaměstnání, kde je hlavní náplní práce s lidmi. Baštecká (2003) považuje za ústřední etiologický činitel samu podstatu pomáhajícího vztahu a dále nároky na stálý a bezchybný pracovní výkon. K dalším faktorům se řadí trvalé nekompromisně prosazované požadavky na vysoký a nekolísavý výkon, který je v dnešní době považován za standard. Jedinec tak má při svém výkonu povolání malou možnost úlevy, odchylek, nebo vysazení a v případě chyb a omylů se potýká se závažnými důsledky.

Hering společně s Kellerem uvádějí tři okruhy činitelů ovlivňující syndrom vyhoření, faktory spočívající v jedinci samotném, v organizaci a ve společnosti:

- faktory spočívající v jedinci jsou na úrovni psychické i fyzické. Můžeme sem zařadit reaktivní základní postoj, negativní myšlení, neúčinné strategie zvládnání stresu, nahromadění nepříznivých životních událostí a nezdravý způsob života,
- faktory spočívající v organizaci zahrnují špatné pracovní podmínky, špatnou organizaci práce, špatnou přípravu pro povolání a špatný příklad pracoviště,
- faktory spočívající ve společnosti obsahují složení klientely (větší náročnost problémů u lidí), změna expertního přístupu na partnerský, větší nároky na angažovanost pracovníka a malé společenské ohodnocení (in Baštecká, 2003).

Řada autorů spatřuje příčiny syndromu vyhoření v kombinaci několika vlivů, které mají pro vznik vyhoření klíčový význam, jedná se o chronický nezvládaný stres, stereotypii vykonávané činnosti a nízkou autonomii pracovní činnosti. „*Jednou z hlavních příčin tohoto syndromu je mj. i každodenní, zdánlivě nekonečná a nevyhnutelná povaha chronického stresu. Akutní stres k vyhoření nevede*“ (Kebza, Šolcová, 2003, s. 9).

3.2.1. Činitele spočívající v osobnosti jedince

Za činitele spočívající v osobnosti jedince jsou označovány jeho osobnostní charakteristiky jedince, fyzický stav a způsoby chování a reagování ve stresových situacích. Pokud se na problematiku podíváme podrobněji, můžeme do této skupiny zařadit:

- chování typu „A“,
- soutěživost,
- nízkou asertivitu,
- neschopnost aktivního i pasivního odpočinku,
- přílišné nadšení pro práci,
- špatné vnitřní sebehodnocení a silné vnímání neúspěchu,
- kladení příliš vysokých nároků na sebe sama, přílišnou odpovědnost a pečlivost,
- špatnou fyzickou kondici,
- nepravidelný biorytmus.

Jeklová a Reitmayerová (2006) uvádějí, že míru syndromu vyhoření ovlivňují určité osobnostní charakteristiky, např. senzitivita, zranitelnost a odpovědnost za vlastní nevyřešené konflikty. Ve výzkumu, který byl proveden na vzorku německých zdravotních sester, bylo zjištěno, že existuje statisticky významný vztah mezi osobnostními rysy, jako je neuroticismus, extraverte a vnější místo kontroly a mírou syndromu vyhoření (Bühler, Land, 2004). Dále bylo potvrzeno, že existuje vztah mezi syndromem vyhoření a osobností typu A (Lavano, 1997).

3.2.2. Činitele spočívající v prostředí jedince

Vnější faktory se týkají kontextu a situací, ve kterých se jedinec nachází. Jsou to podmínky v zaměstnání, v osobním životě a samozřejmě také podmínky společnosti, ve které žijeme. *Okolnosti vycházející z podmínek v zaměstnání a organizace práce:*

- zvýšená pracovní zátěž, zahrnující vyšší nároky na kvalitu poskytovaných služeb,

- nedostatek samostatnosti, snížená možnost tvůrčího rozvoje pracovníků, pracovní rutina. Výzkumy ukazují, že čím širší pole působnosti v zaměstnání lidé mají, tím více je práce baví,
- nedostatek uznání, tím není myšleno jen finanční ohodnocení, ale také pocit, že si jejich práce někdo váží a dovede ji ocenit a to jak ze strany vedení, tak ze strany klientů,
- špatný kolektiv, zejména soutěživé prostředí na pracovišti,
- konflikt hodnot, který vzniká, pokud se hodnoty organizace významně odlišují od individuálních hodnot jedince,
- nespravedlnost,
- dlouhodobé a opakované jednání s lidmi,
- nedostatek odpočinku v průběhu práce, pracovní přetížení,
- nedostatek vnitřní struktury organizace, vymezení kompetencí, nevyváženost práv a povinností pracovníků.

Yilridim (2008) se zabýval vlivem sociální opory na vznik a rozvoj syndromu vyhoření. Jeho výzkumy ukazují, že sociální opora ze strany nadřízeného, kolegů, přátel a rodiny je nezbytná při snižování stresu a předcházení syndromu vyhoření.

Okolnosti vycházející z rodinného zázemí:

- partnerské problémy a konflikty,
- neutěšené finanční, bytové a sociální podmínky,
- zátěž v rodině, zvláště dlouhodobá nemoc některého z členů rodiny,
- přehnaná pozornost a věnování se problémům ostatních členů rodiny.

Okolnosti vycházející ze společnosti:

- soutěživý charakter společnosti, který vede jedince ke stanovování stále vyšších a vyšších cílů, které postupem času začnou překračovat jejich fyzické a psychické možnosti,
- zrychlující se tempo naší společnosti kladoucí nemalé nároky na jedince.

Jelikož je syndrom vyhoření spojován se zaměstnáním objevují se výzkumy, které se zajímají o vliv délky praxe a věku pracovníků na rozvoj vyhoření. Výsledky studií zkoumající míru syndromu vyhoření v souvislosti s věkem a délkou praxe nejsou jednoznačné. Výzkum, který provedl Ahol a kolegové ukazuje, že riziko vzniku a rozvoje syndromu vyhoření je proměnlivé v čase. Více než na věku jedince závisí na rodinném

životě, sociální opoře a fázi kariéry, ve které se jedinec nachází (Ahola, Honkonnen, Virtanen, Aroma, Löngvist, 2008).

Vznik syndromu vyhoření je o to pravděpodobnější, čím více rizikových faktorů se u jedince vyskytne a kumuluje, jejich vliv se společně znásobuje.

3.2.3. Činitelé ovlivňující vznik syndromu vyhoření ve zdravotnictví

Existují určité profese, u kterých se syndrom vyhoření vyskytuje ve větší míře. Hovoří se především o povoláních, při kterých hraje významnou roli kontakt s lidmi. Riziko se ještě zvyšuje tam, kde se jedinec setkává s problémy druhých a snaží se je emočně podpořit v jejich zvládnutí. Kebza a Šolcová (2003) řadí mezi nejvíce ohrožené profese lékaře, zdravotní sestry a další zdravotnické pracovníky, dispečery záchranné služby, psychology, sociální pracovníky, učitele, duchovní, řádové sestry a další.

Mezi rizikové faktory ve zdravotnictví můžeme zařadit péči o pacienty s infaustní prognózou, o chronicky nemocné, depresivní pacienty, dále léčbu závislostí a práci v krizových centrech.

Maslachová (in Baštecká, 2003) uvádí rizikové faktory, které mají vliv na vznik syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků:

- péči o pacienty, kam patří zacházení s emočními reakcemi pacientů a rodinných příslušníků, starost o pacienta a jeho blízké,
- nejednoznačnost a nezvladatelnost situací – léčebné výsledky se nedají předvídat, zdravotník se také dostává do nejednoznačných situací při jednání s kolegy,
- nedostatek sociální opory zejména od kolegů a nadřízených.

3.3. Příznaky syndromu vyhoření

Vyhoření je výsledek souhry několika hlavních faktorů, mezi které řadíme ztrátu smyslu práce a života, ztrátu pozitivního vnímání světa, pocity osamocení, zášti, hořkosti a beznaděje (Venglářová, 2011). Křivholavý (2009, s. 280) označuje syndrom vyhoření jako „*psychosomatické onemocnění, při kterém dochází k fyzickým, psychickým i emocionálním změnám a následně až k vyčerpání organismu*“. Syndrom se skládá z řady symptomů, které se projevují především v rovině psychické, fyzické a sociální. Jedná se proces, na jehož počátku pozorujeme první varovné příznaky. Jedinec má pocit, že svou práci nezvládá a zpochybňuje její význam, působí nervózním, nespokojeným a podrážděným dojmem.

Tělesné příznaky:

- chronická únava,

- nedostatek energie,
- svalové bolesti, tělesná slabost, bolesti hlavy, nechutenství
- různé příznaky somatických onemocnění,
- poruchy spánku, který je nekvalitní, člověk se cítí neodpočatý
- zvýšená nemocnost.

Psychické příznaky:

- zklamání, marnost, ztráta smyslu,
- pocit psychického vyčerpání,
- utlumení celkové aktivity,
- redukce kreativity, spontaneity a invence,
- depresivní ladění, frustrace, pocity smutku, sebevražedné myšlenky,
- negativismus, hostilita a cynismus,
- negativní postoje k sobě samému.

Sociální příznaky:

- útlum sociálních vztahů,
- omezení kontaktu s kolegy a klienty,
- neprofesionální přístup, lhostejnost,
- cynický, neosobní přístup,
- malá pracovní a společenská angažovanost.

Vyhoření se projevuje nízkou empatií, což je velkým problémem hlavně u pracovníků v pomáhajících profesích, kde je jejich profese z nemalé části založena právě na empatii a porozumění. Jedinec se cítí prázdný, už nechce být empatický, spíše se snaží kontaktu s lidmi vyhýbat a uzavírá se do sebe. Původní radost z kontaktu s lidmi se vytrácí, což se projevuje nejprve v práci, ale postupně se přenáší i do rodinného života. Rodina a přátelé pro něj přestávají znamenat zdroj radosti a uspokojení, spíše se pro něj stávají přítěží a jeho reakce jsou podrážděné (Bartošíková, 2006). V pozdějších stádiích syndromu vyhoření dochází k nárůstu konfliktů jak pracovních tak rodinných, které jsou způsobeny nezájmem, lhostejností, sociální apatií k okolí, nekolegiálním jednáním,...

3.4. Stádia syndromu vyhoření

Vyhoření není v literatuře popisováno jako stav, nýbrž jako dlouhodobý proces trvající několik měsíců až let, ve kterém jedinec prochází určitými fázemi. Kallwas (2007) popisuje vyhoření jako plíživý proces, kterého si postižený ani jeho nejbližší nemusí vůbec všimnout a který může vyústit až do manifestního syndromu vyhoření.

Jelikož je vyhoření popisováno jako proces, můžeme během jeho vývoje najít různé fáze, kterými jedinec postupně prochází. V literatuře je popisován čtyřfázový model C. Maslachové, pětifázový model Edelwicka a Brodskeho nebo model skýtající tři stupně dle A. Laengleho (Kebza, Šolcová, 2003; Bartošíková, 2006; Křivohlavý, 1998). Modelům je společná počáteční fáze nadšení a pracovní angažovanosti, kdy jedinec vykonává mnoho práce navíc, cítí se nepostradatelný a potlačuje své vlastní potřeby. Počáteční nadšení z nového zaměstnání se postupem času vytrácí, začínají narůstat potíže a postupně dochází ke ztrátě smysluplnosti práce samotné. Jedinec se začne uzavírat před okolím, objevuje se apatie a frustrace, dochází k izolaci a odcizení a začíná se objevovat vyhoření.

Jeklová a Reitmayerová (2006) v souvislosti se syndromem vyhoření hovoří o teroru příležitostí, kdy je každý nový úkol brán jako zajímavá a lákavá příležitost. Postupem času ale jedinec zjistí, že není v jeho silách všechny úkoly zvládnout.

Jedním z nerozšířenějších modelů vývoje syndromu vyhoření je pojetí Edelwicka a Brodskeho kteří dělí proces vyhoření do pěti fází (in Bartošíková, 2006). Obdobné dělení nacházíme u Kerstin Kraska-Lüdeckeové (2007), nebo u Henninga a Kellera (in Baštecká, 2003).

Pětifázový model syndromu vyhoření:

1. nadšení – pracovník se angažuje, jak pro organizaci ve které pracuje, tak pro lidi, kterým pomáhá, převažují u něj ideály, jasný cíl, kvalita práce, nápady, často dochází k přetěžování jedince,
2. stagnace (uváznutí) – počáteční nadšení uvadá, dochází ke slevování z ideálů, nedaří se uskutečňovat původní představy, pracovníka začínají obtěžovat požadavky přicházející od klientů i od organizace,
3. frustrace (zmaření) – pracovník je svým zaměstnáním zklamán, trápí ho otázky po smyslu a efektivitě své práce, objevuje se u něj tunelové vidění, jedinec má v hlavě jen svou práci, cítí se se svými problémy osamělý,
4. apatie (netečnost) – pracovník dělá jen to nejnutnější, klienty vnímá nepřátelsky, vyhýbá se komunikaci s nimi, povolání se pro něj stává pouze zdrojem obživy,

5. vyhoření – objevuje se vyčerpání, negativismus, lhostejnost a vyhýbání se profesním požadavkům.

Další z modelů, které můžeme najít v odborné literatuře, je čtyřfázový model Ch. Maslachové. Jako první se objevuje prvotní nadšení a zaujetí pro věc, spojené s déletrvajícím přetěžováním. Druhou fází charakterizuje psychické a částečně i fyzické vyčerpání. Ve třetí fázi nastupují počátky dehumanizované percepce okolí, které slouží jako obranný mechanismus před dalším vyčerpáním. Nakonec přichází čtvrtá fáze totálního vyčerpání, negativismu, nezájmu a lhostejnosti (Kebza, Šolcová, 2003).

Odlišně nahlíží na vývoj syndromu vyhoření R. Schwab. V jeho pojetí vzniká syndrom vyhoření v procesu interakce mezi jedincem a situačními podmínkami. Syndrom vyhoření má dle R. Schwaba tři fáze:

1. nerovnováha mezi požadavky zaměstnání a schopnostmi jedince těmto nárokům dostát,
2. bezprostřední krátkodobá emocionální odpověď na tuto nerovnováhu, provázena pocity úzkosti, tenze a únavy,
3. změny v postojích a chování, tendence jednat s klienty mechanicky (Kebza, Šolcová, 2003).

Fáze syndromu vyhoření ukazují postupný vývoj tohoto onemocnění. Na počátku stojí veliké nadšení, pocit smysluplnosti a vidina určitého cíle. V konečné fázi dochází ke ztrátě všech těchto věcí, které jsou pro jedince samotného a pro výkon jeho profese nezbytné.

4. Východiska syndromu vyhoření

Jak již bylo v předchozím textu řečeno, syndrom vyhoření je spojován s profesí jedince. Můžeme ho chápat jako důsledek nerovnováhy mezi profesním očekáváním jedince a profesní realitou. Odpovědnost za prevenci a terapii syndromu vyhoření tak zůstává jak na straně jedince samotného, tak na straně zaměstnavatele. V kontextu syndromu vyhoření je vždy nedůležitější prevence, léčba bývá ve většině případů velice obtížná a často je spojena s odchodem ze zaměstnání. Preventivní opatření mají různé zdroje, některá vycházejí z osobní roviny, za jiná by měl převzít zodpovědnost zaměstnavatel, nebo by měl alespoň umožnit jejich realizaci.

Pokud dojde u jedince k rozvoji syndromu vyhoření, je určitá terapie možná. Jedním z nejdůležitějších faktorů je, aby si jedinec uvědomil, že se s ním něco děje, aby sám akceptoval, že trpí syndromem vyhoření. Dále je potřebné najít dostatečnou osobní motivaci, chtít s tímto stavem něco dělat, převzít osobní zodpovědnost.

Prevence a terapie se u syndromu vyhoření prolínají. V léčbě profesionálního stresu a syndromu vyhoření lze použít preventivní strategie, které je nutné společně kombinovat a použít s větší intenzitou. Z tohoto důvodu se jim budeme v následující kapitole věnovat společně.

4.1. Prevence a léčba syndromu vyhoření vycházející z prostředí

Faktory, které ovlivňují syndrom vyhoření, nacházíme jak u jedince samotného, tak v jeho okolí, zejména v zaměstnání. Mezi vnější možnosti prevence a léčby syndromu vyhoření řadíme oporu blízkých lidí, podporu zaměstnavatele a v neposlední řadě pomoc odborníků.

4.1.1. Informace

Informace jsou alfou a omegou prevence syndromu vyhoření a boje se stresem. Myslím, že co se informovanosti o této problematice týče, měl by hlavní roli hrát zaměstnavatel, jelikož syndrom vyhoření je spojován zejména se zaměstnáním a s pracovním stresem. Jedinec sám se málo kdy o své vůli začne zajímat o problematiku stresu a vyhoření. Dnešní rychlá doba ho nutí spíše vykonávat přesně a rychle zadané úkoly a získávat nové informace v jeho oboru, zvyšovat si tím erudici a kvalifikaci, na problematiku stresu mu tak nezbyvá čas.

Pokud zaměstnavatel informuje své zaměstnance o problematice stresu, jeho zvládnutí a vyhoření, přispívá tím k rozpoznání syndromu vyhoření v jeho časnějších fázích. Zároveň zaměstnanec dostává zprávu od organizace, že takový problém může nastat, že se nemusí

bát o své zaměstnání a že jsou v organizaci nastaveny takové procesy, které mu například umožní na nějaký čas změnu vykonávané činnosti. Zaměstnanec by měl cítit, že na problém není sám a má se na koho obrátit.

4.1.2. Týmová spolupráce

Týmová spolupráce je společná práce lidí s různými vlastnostmi, schopnostmi a znalostmi na určitém projektu. Pokud týmová spolupráce dobře funguje, dostávají se lepší výsledky, než kdyby úkol plnil jednotlivec. Je výhodou, pokud mají lidé v týmu rozdílné znalosti a zkušenosti a přistupují k práci rozdílným způsobem, čímž přinášejí nový pohled na řešený problém. V rámci týmu také funguje odpovědnost vůči spolupracovníkům, která jedince motivuje k vyšším výkonům. Lidé v týmu si jsou vzájemně oporou. Týmová spolupráce je ve zdravotnictví stěžejní předpoklad pro to, aby byla péče o pacienta prováděna na odpovídající úrovni. Správně fungující týmová spolupráce přispívá k boji proti stresu a vyhoření. V rámci dobře fungujícího týmu je nezbytné, aby byly mezi členy týmu jasně vymezené kompetence a odpovědnost. Vedoucí zaměstnanec nebo vedoucí týmu by měl navodit atmosféru spolupráce a sounáležitosti. V týmu dochází ke sdílení společného cíle, který by měl být jasně definovaný. Kvalitní vztahy jak v týmu, tak na pracovišti dodávají zaměstnancům energii do další práce a jsou jedny z hlavních faktorů v prevenci proti vyhoření.

4.1.3. Sociální opora

Sociální opora vychází z našeho okolí, jedná se o podporu lidí v našem bližším i vzdálenějším okolí, rodinu, přátele, spolupracovníky. Lidé si kolem sebe vytvářejí podpůrnou síť sociálních vazeb, existenci blízkých lidí, kteří jedinci naslouchají, povzbuzují ho a tím mu poskytují faktickou i emocionální podporu. Bylo zjištěno, že čím má člověk lepší vztahy s ostatními lidmi, tím má i relativně nižší úroveň psychického vyhoření a tím méně vykazuje příznaků vyhoření (Křivohlavý, 1998). „*Řada studií ukázala, že sociální opora je velmi významným faktorem jak při prevenci stresu a psychického vyhoření, tak při zvládání těchto negativních jevů*“ (Zacharová, 2008, s. 42). Le Blanc (2007) a jeho spolupracovníci provedli v Nizozemí výzkum společně se zavedením intervenčního programu, kterého se zúčastnilo 664 zdravotních sester. V rámci toho výzkumu bylo zjištěno, že čím vyšší je u respondentů míra sociální opory, tím nižší je míra syndromu vyhoření.

Nalézáme dva hlavní zdroje sociální opory, první skupinou jsou lidé z blízkého okolí jedince, fungující rodina a přátelé. Druhou skupinou jsou kolegové z práce, jejich opora, dobrý pracovní tým a přátelské vztahy na pracovišti.

Důležitým faktorem sociální opory je spolupráce, vědomí toho, že člověk není na problémy sám, má kolem sebe lidi, na které se může spolehnout. Jeklová a Reimayerová (2006) hovoří v rámci sociální opory o naslouchání, sdílení zážitků, potíží i radostí bez hodnocení. Jedinec tak dostává podněty k dalšímu růstu. Lidé, kteří nás obklopují, nám poskytují informaci o tom, jak se chováme, jak působíme na ostatní a na základě těchto informací můžeme naše snažení korigovat a rozvíjet.

4.1.4. Úloha zaměstnavatele v boji se syndromem vyhoření

Úloha zaměstnavatele zejména v prevenci syndromu vyhoření je nezastupitelná. Vyhoření ovlivňuje výkon jedince, způsobuje absenci v zaměstnání, zvyšuje míru fluktuace a snižuje pracovní spokojenost. Vyhoření zaměstnance má tak pro organizaci ekonomické důsledky. Do popředí zájmu organizací se pomalu dostává rozvoj programů zaměřených na pracovní poradenství, osobní rozvoj zaměstnanců, týmovou spolupráci, výcvik profesních dovedností a dochází i ke zvyšování podílu zaměstnanců na řízení organizace. Těmito nástroji zaměstnavatel předchází rozvoji vyhoření. Zároveň není nutné, aby jedinec, u kterého se projeví vyhoření, nutně opustil své zaměstnání, jak tomu bylo dříve pravidlem. Osvícení zaměstnavatelé si snaží zkušené pracovníky udržet, tím že jim umožní na nějaký čas vykonávat v organizaci jinou činnost. Zaměstnavatel by měl být schopen ohodnotit dobrou práci jedince, umět ho pochválit a poskytnout mu podporu. (Kebza, Šolcová, 2003; Baštecká, Ed., 2003).

V čem spočívá úloha zaměstnavatele v boji s vyhořením? Pro zaměstnance je nezbytné vytvoření optimálních podmínek pro práci a dobré organizace práce. Zaměstnanci by měli vědět jaká je vize organizace, kam směřuje, jaká jsou v organizaci nastavená pravidla, jakým způsobem probíhá komunikace na vertikální a horizontální úrovni. Měli by mít jasně stanovené kompetence a odpovědnost. Bylo zjištěno, že nejasná pravidla a kompetence a špatná komunikace přispívají k pracovnímu stresu. Dalším z kroků ze strany zaměstnavatele je udělování pochval za dobře vykonanou práci a podpora vzdělávání pracovníků. V případě, že pracovník bude cítit, že mu jeho práce přináší nadměrný stres, měl by mu zaměstnavatel umožnit dočasnou změnu pracovní činnosti a zprostředkovat psychologickou pomoc. Jako výhodná se jeví podpora mimopracovních aktivit, které zlepšují soudržnost týmu a pěstují dobré vztahy mezi zaměstnanci.

V neposlední řadě by měl zaměstnavatel využívat výše zmíněné informace, ve formě pořádání seminářů o syndromu vyhoření a stresu, dále pořádání výcviku v profesních dovednostech a podpory zaměstnanců v dalším vzdělávání.

4.1.5. Pomoc supervize

Supervizi chápeme jako kontrolu, řízení, vedení, někdy ji můžeme použít ve významu nadhled. Jedná se o nástroj, který se používá k pravidelné korekci profesionálního jednání a zároveň slouží jako zajišťování prevence v rámci syndromu vyhoření. Měla by sloužit k podpoře zaměstnanců, k zaměření se na vlastní pracovní obtíže. Zaměstnanci se prostřednictvím supervize mohou podělit se supervizorem o část odpovědnosti za práci s klienty. Cílem je zlepšení práce zaměstnanců, podpoření jejich profesionality, zabránění pracovnímu stresu, očištění od stále se vracejících myšlenek a emocí. Jeklová a Reitmayerová popisují supervizi jako „*systematickou pomoc (individuální či skupinovou) při řešení profesionálních problémů v neohrožující atmosféře, která dovolí pochopit osobní, zejména emoční podíl člověka na jeho profesním problému*“ (Jelková, Reitmayerová, 2006, s. 27). Supervize je v dnešní době poskytována zejména v sociálních službách, do oblasti zdravotnictví proniká velice pozvolna. Můžeme jen hádat, co je příčinou, zda se jedná o neochotu ze strany zaměstnavatele, poskytnout odbornou pomoc svým zaměstnancům, nebo o nedostatek financí v organizaci. Problém by také mohl být na straně samotných zaměstnanců, kteří často jen velice neradi svěřují své problémy někomu cizímu, kteří vnímají podobné služby jako něco nežádoucího. Obvykle se bojí, že problémy, se kterými by do supervize přišli, by byly dále předávány vedení organizace a ta by z takto získaných informací vyvozovala důsledky. Zavedení supervize do oblasti zdravotnictví tak vidím jako běh na dlouhou trať, při kterém bude nutné překonat nemalé překážky.

4.1.6. Psychoterapeutická pomoc

Léčba syndromu vyhoření bývá obtížná a zdlouhavá. Nejčastěji se používají psychoterapeutické přístupy, jako je existenciální psychoterapie, logoterapie, kognitivně-behaviorální terapie a daseinsanalýza. Psychoterapie napomáhá jedinci k sebepoznání, pomáhá regulovat jeho nežádoucí psychosomatické stavy např. úzkost. „*Psychoterapie se uplatňuje a je účinná všude tam, kde se na vnitřní nepohodě, ale též vzniku, rozvoji a udržování poruchy zdraví výrazněji podílejí psychosociální činitele a způsob, jakým lidský jedinec určitou situaci vnímá, hodnotí a prožívá, i jak se s ní vyrovnává*“ (Baštecká, Ed., 2009, s. 306).

Baštecká (2009) považuje za neúčinnější směry v léčbě vyhoření existenciální psychoterapii a logoterapii. Existenciální psychoterapie se zabývá tématy svobody, odpovědnosti, samoty, smrti a smyslu života. Pochybnosti o smyslu existence s některými doprovodnými jevy například se sebevražednými myšlenkami, jsou typické příznaky syndromu vyhoření v pokročilém stádiu. Logoterapie je terapeutický přístup orientovaný na téma smyslu života. Cílem jedince je žít smysluplný život a logoterapie by měla jedinci pomoci tento smysl najít.

4.2. Prevence a léčba syndromu vyhoření vycházející z jedince

V předešlé kapitole jsme se věnovali léčbě a prevenci syndromu vyhoření, která přichází zvenčí. Nyní se blíže podíváme na metody, kterými si jedinec může pomoci sám. Je třeba si uvědomit, že za zážitky, které v nás vyvolávají druzí a které prožíváme, ti druzí nemohou. Příčinou je naše vlastní vnímání světa. Při vyhoření dochází ke změně vnímání světa kolem nás i přesto že svět zůstává stejný (Kopřiva, 2011).

4.2.1. Tělesná aktivita, cvičení, relaxace

Jednou z prevencí syndromu vyhoření je dobrá tělesná kondice. Výsledky studií potvrzují, že pravidelná tělesná aktivita přispívá ke zlepšení nálady, což je způsobeno jak působením endorfinů, které se při pohybu uvolňují, tak změnou neurotransmiterů, látek řídících činnost mozku (Stock, 2010). Pokud se jedinec dostane do stresu, dochází ke zvýšení činnosti sympatického nervového systému a ke zvýšené produkci adrenalinu. Pokud stres přetrvává delší dobu, bez toho aniž by byl patřičně uvolněn, začíná se v kůře nadledvin produkovat kortizol. Působením těchto hormonů dochází ke vzrůstání svalového napětí, zhoršení prokrvení kůže, zrychlení srdeční frekvence, zvýšení krevního tlaku, větší chuti k jídlu, ... Cílem pohybové aktivity a relaxace je nastolení rovnováhy, snížení činnosti sympatiku a aktivizace parasympatiku, která vede k odstranění popisovaných příznaků. Pravidelné cvičení má vliv na mentální a emocionální aspekty života a přispívá k ovlivnění depresivních a úzkostných stavů (Blahušová, 2005). Pro správný efekt je důležité, aby byla pohybová aktivita zdrojem radosti a uspokojení.

Lidé, kteří trpí vyhořením často kvůli svému pracovnímu a rodinnému vytížení zapomínají na svůj osobní život, zapomínají na sebe samé, na aktivity, které by jim dělaly radost. Bylo zjištěno, že ztrátou zájmů a koníčků jsou větší měrou ohroženy ženy, které k pracovním povinnostem zároveň přijímají roli matek a manželek. Ze zkušeností vyplývá, že nejvíce jsou syndromem vyhoření ohroženi jedinci, kteří neumí odpočívat.

Každému vyhovuje jiný typ relaxace, kterých existuje nepřeborné množství. Některé uvolňovací techniky používáme intuitivně, například protažení a práce s dechem. Jako další metodu můžeme použít rychlá antistresová a dechová cvičení, která vyrovnávají dech a snižují napětí. Mezi relaxační techniky řadíme tělesná i duševní cvičení, autogenní tréninky, meditaci, poslech hudby, jógu aj. U všech těchto cvičení je důležité, aby se prováděla delší dobu, čímž dochází ke zvýšení jejich ozdravného efektu. Účinky pravidelného cvičení a relaxace dle Stocka (2010) zahrnují klid a vyrovnanost, duševní svěžest, snížení svalového napětí, snížení tepové frekvence a tlaku krve, snížení spotřeby kyslíku a pravidelnost dýchání, snížení pocitu napětí a stresových stavů, zvýšenou schopnost koncentrace, posílení sebevědomí, které je dáno tím, že jedinec má pocit, že něco dokázal.

4.2.2. Zdravý životní styl

S pohybovou aktivitou a relaxací jde ruku v ruce zdravý životní styl. Za stěžejní body zdravého životního stylu bychom mohli považovat dostatečné množství kvalitního spánku, zdravou, vyváženou a pravidelnou stravu, pitný režim a aktivní i pasivní odpočinek. Tyto body bývají pro pracovníky ve zdravotnictví často nedosažitelné. Dostatečné množství kvalitního spánku je narušováno směnným a nepravidelným provozem. Nepřeborné množství úkolů, nedostatek personálu a přemíra administrativy často způsobuje, že zdravotník nemá čas na pravidelnou stravu a nedodrжуje pitný režim. Důležité je o těchto problémech vědět a snažit se svůj den naplánovat tak, aby se dala zvládnout jak péče o pacienty, tak péče o sebe samotného. V rámci odpočinku je nutné naučit se odpočívat ve chvíli, kdy si tělo řekne, kdy se jedinec cítí unavený a ne až ve chvíli kdy bude na odpočinek dostatek času.

4.2.3. Management času

Pod pojmem časový management není zahrnuta jen organizace času, ale také téma stanovení priorit. Jedinec musí myslet na to, aby pracovní povinnosti nepohltily veškerý jeho volný čas. Vždy mu musí zůstat prostor pro koníčky, přátele, odpočinek, rodinu,...

Stock (2010) hovoří o tzv. „žroutech času“ čímž má na mysli aktivity, které jedince okrádají o čas. V rámci organizace času je nutné odhalit ve svém harmonogramu požirače času a pokud možno je omezit na minimum. Jako stěžejní se jeví pečlivé prozkoumání rozvrhu svých schůzek a povinností a určení úkolů, které za něj mohou udělat ostatní. Dalším bodem je zkusit popřemýšlet o možnosti, zda se některé úkoly nedají dělat jinak a efektivněji. Zcela klíčové se pro řízení času jeví posouzení závažnosti úkolů a určení priorit. Při stanovení

priorit je dobré zhodnotit naléhavost a důležitost pracovních úkolů, které se hromadí. Pro jedince, kterému hrozí vyhoření, je velmi problematické určit, který z úkolů je skutečně naléhavý a důležitý. Z tohoto důvodu by si měl položit otázku, jaké jsou jeho dlouhodobé cíle, kterých chce dosáhnout a poté se pokusit život dle těchto cílů nasměřovat (Stock, 2010). Časový management nás učí plánovat svůj čas, efektivně s ním pracovat, dělat uvážená rozhodnutí a poté se pokusit provést zpětnou vazbu a tím dojít ke zjištění, zda je s časem zacházeno efektivně. V případě, že se všechno podaří, bude mnohem snadnější najít ve svém harmonogramu chvíle pro relaxaci a odpočinek.

4.2.4. Práce na sebepojetí

Do boje se stresem a vyhořením je vhodné zahrnout práci na sebepoznání a sebehodnocení, která umožňuje jedinci lépe se adaptovat a zvládat náročné situace. „*Sebepoznání je neustálé uvědomování si dobrých vlastností, schopností, nedostatků, ale také vlastních pocitů, a to v každé situaci, ve které se nacházíme*“ (Venglářová, 2011, s. 35). Sebepoznání a sebehodnocení můžeme shrnout do několika bodů:

- uvědomování si toho, co děláme,
- přijetí sebe samého, ujasnění si vztahu k sobě a ke světu, vytvoření pozitivního vztahu jak k sobě, tak k druhým a ke světu kolem,
- ujasnění si svých cílů a očekávání, stanovení si dosažitelných cílů,
- sebereflexe, která zahrnuje úvahy o tom, pod jakými vlivy jedinec momentálně jedná, které stresující faktory ho dostávají pod tlak a způsobují mu chronický stres,
- introspekce, která značí pozorování sama sebe, zejména pochod vlastního jednání v přítomné chvíli,
- sebezpozorování zaměřené na vlastní citové prožívání a hledání příčin, které dané emoce vyvolávají.

Pokud se podaří rozvíjet kladné sebehodnocení, dochází ke zvyšování sebedůvěry a k optimistickému pohledu na svět. Vyšší sebedůvěra je často spojena s dobrým duševním a fyzickým stavem a vede jedince k vyšším výkonům a ke zvýšenému úsilí při překonávání překážek (Venglářová, 2011).

5. Zdravotnická záchranná služba

Někteří lidé vstoupí do našich životů a zase odejdou. Někteří zůstanou jen chvíli a na vždy změni náš život.

Záchranáři jsou přesně takovými lidmi, kteří do životů ostatních lidí vstupují jen na nepatrnou chvíli, aby se pokusili vyhrát nelítostný a často nerovný boj s osudem a změnili tak to co se často zdá být nezvratné.

5.1. Charakteristika zdravotnické záchranné služby

Zdravotnická záchranná služba (dále jen ZZS) je dle zákona 374/2011 Sb. zdravotní službou, v jejímž rámci je na základě tísňové výzvy poskytována přednemocniční neodkladná péče osobám se závažným postižením zdraví nebo osobám v přímém ohrožení života. Hlavním cílem přednemocniční neodkladné péče je eliminovat následky akutního postižení zdraví a náhlého zhoršení chronického onemocnění tak, aby se nemocní mohli vrátit zpět do života bez výrazných omezení a deficitů (Pokorný, Ed., 2004). Přednemocniční neodkladná péče musí být poskytována v co nejkratší době a na odborné úrovni. Při jakémkoliv selhání v záchranném řetězci naděje na záchranu postiženého rychle klesá. ZZS zajišťuje přednemocniční neodkladnou péči v dané spádové oblasti, pomocí zdravotnického operačního střediska nepřetržitě řídí výjezdové skupiny a úzce spolupracuje s ostatními složkami integrovaného záchranného systému a se ZZS přilehlých oblastí.

Přednemocniční neodkladnou péči poskytují v rámci ZZS jednotlivé výjezdové skupiny, které jsou dle složení a povahy činnosti děleny na posádky s lékařem, nebo posádky se zdravotnickým pracovníkem se specializačním vzděláním v oboru přednemocniční neodkladné péče a urgentní medicíny.

V následujícím textu se budeme věnovat převážně problematice zdravotnického operačního střediska, jehož pracovníci jsou předmětem výzkumu diplomové práce.

5.2. Zdravotnické operační středisko

Zdravotnické operační středisko (dále jen ZOS) je hlavním řídicím a koordinačním prvkem ZZS. Nadneseně by se dalo říci, že se jedná o centrální mozek příslušné ZZS. ZOS je centrálním pracovištěm operačního řízení, které pracuje v nepřetržitém provozu.

5.2.1. Činnost, úkoly a kompetence ZOS

Vlastní činnost ZOS je vymezena zákonem 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě, dle kterého je ZOS centrálním pracovištěm, jehož úkolem je vyhodnocení stupně naléhavosti tísňového volání, rozhodnutí o nejvhodnějším okamžitým řešení tísňové výzvy dle zdravotního stavu pacienta, rozhodnutí o vyslání výjezdové skupiny, rozhodnutí o přesměrování výjezdové skupiny a operační řízení výjezdových skupin. Mezi hlavní úkoly ZOS patří příjem tísňové výzvy, operační řízení a informační služby. Příjem tísňové výzvy si můžeme představit jako sběr informací, jejich následné vyhodnocení, stanovení priority naléhavosti výzvy a vyslání adekvátní pomoci k postiženému. Příjem tísňové výzvy je první článek záchranného řetězce, na který navazuje operační řízení sloužící k optimalizaci fungování systému jako celku. Smyslem operačního řízení je brát zřetel na charakter a dostupnost prostředků, koordinaci jednotlivých výjezdových skupin a koordinaci ostatních složek integrovaného záchranného systému. Jedním z dalších úkolů ZOS je poskytování informačních služeb a to nejen volajícím na tísňovou linku, ale také samotným posádkám výjezdových skupin. ZOS poskytuje podporu záchranářům v terénu, pomocí dostupných databází podává posádkám přesné informace o místě zásahu, o volných kapacitách v nemocničních zařízeních,... (Franěk, 2013).

5.2.2. Komunikace

Komunikace je alfou a omegou práce na dispečera, je to jeho jediný nástroj jak volajícím pomoci, poradit, uklidnit a zároveň jak získat potřebné informace, které budou sloužit ke správnému a efektivnímu posouzení situace. Komunikace na ZOS je omezena pouze na verbální kontakt s volajícím, obě strany jsou ochuzeny o neverbální složku. Základem hovoru v rámci přijetí tísňové výzvy je aktivní poslech. Jedná se o naslouchání bez předsudků a bez zkreslení, snahu vnímat co volající říká, dávat si během hovoru věci do souvislostí, snahu vytvořit obraz situace na místě události a respektovat volajícího. Chybou je přílišné hodnocení samotného volajícího, vnímání a reagování na způsob, jak informace sděluje. Bylo zjištěno, že na úspěchu komunikace s volajícím se z pohledu volajícího podílí empatické chování dispečera, aktivní přístup a nabídka reálného řešení situace. Pouze v 15% se na úspěšné komunikaci podílí medicínská odbornost dispečera (Franěk, 2013).

Dispečerův pomocí konstruktivní a profesionální komunikace zvyšují šanci na přežití postižených. Známkou profesionality je pozitivní, věcný a klidný přístup. Úkolem dispečera je volajícího uklidnit. Rozrušení volajícího je třeba tolerovat, prudká reakce ze strany

dispečera nevede k úspěchu. Jen takový volající, který bude cítit, že je ze strany dispečera brán jako partner, bude naslouchat dispečerovým radám a pokynům, při poskytování telefonicky asistované první pomoci. Komunikace by vždy měla probíhat přiměřeně schopnostem volajícího, je třeba brát zřetel na komunikaci s dětmi, s agresivními lidmi, nebo lidmi pod vlivem alkoholu a jiných návykových látek, protože i takoví volající mohou ohlašovat závažnou událost.

Jak vidíme komunikace je jediný nástroj, který dispečer má a proto nás nepřekvapí, že právě ona se stává jedním z největších stresorů v práci na ZOS.

5.2.3. Zátěž a stres v práci dispečera

Zátěž

V odborné literatuře je pracovní zátěž rozdělena do třech kategorií, jedná se o zátěž fyzickou, psychickou a senzoryckou. Pokud určitý typ pracovní zátěže převyšuje možnosti pracovníků, postupem času může dojít k poškození zdraví. Setkáváme se zejména s onemocněním svalů, kloubů, narušením stability páteře v důsledku jednostranného zatěžování lidského těla, s psychosomatickými obtížemi,... V rámci fyzické pracovní zátěži dochází k zatěžování pohybového, kardiovaskulárního a dýchacího systému (Baumruk, Cikrt, Hlávková, 2001). Mohlo by se zdát, že se fyzická pracovní zátěž dispečerů netýká, opak je ale pravdou. Nejedná se o fyzicky náročnou práci, ve smyslu dynamiky pohybů. Z pohledu práce na ZOS se jedná o zátěž statickou, kdy jsou dvanáct hodin zapojovány pouze určité svalové skupiny, v návaznosti na rozmístění a uspořádání dispečerského pracoviště. Práce má sedavý charakter, v jehož důsledku dochází u dispečerů k problémům se stabilitou páteře, k bolestem zad a kloubů. Senzorická pracovní zátěž znamená přetížení smyslových orgánů, u dispečerů se jedná zejména o přetížení zraku, které je způsobeno dvanáctihodinovým sledováním nejméně dvou obrazovek monitorů najednou. Psychická pracovní zátěž je definována jako proces psychického zpracování a vyrovnávání se s požadavky pracovního prostředí. Zahrnujeme sem také zátěž mentální, kam patří pozornost, představivost, paměť, myšlení, rozhodování a zátěž emocionální.

Stres

Z povahy práce dispečera vyplývá, že větší či menší stres je její trvalou a nedílnou součástí. Příčiny stresu na ZOS vyplývají z různých faktorů, charakterem samotné dispečerské práce počínaje až charakteristikou pracovního prostředí konče.

Problematika charakteristiky pracovního prostředí zahrnuje směnnost provozu, a nestejnou měrnost pracovního zatížení. Směnný provoz klade zvýšené nároky na adaptaci, která souvisí se změnami životního stylu. Dochází k omezení sociálních kontaktů s rodinou a přáteli, k omezení realizace společenských a kulturních zájmů, k posouvání a nepravidelnosti pracovního volna. Směnný provoz ovlivňuje cirkadiální rytmus, lidé pociťují únavu, spánkový deficit, depresi. Nestejnou měrnost pracovního zatížení znamená kolísání období klidu a období tzv. špiček, které jsou velice náročné na organizační schopnosti dispečera a na jeho psychickou odolnost. Vývoj pracovního zatížení na ZOS se nedá předpovědět. Každou vteřinu se mohou objevit nové informace, které zcela zásadním způsobem zasáhnou do rozhodovacích procesů. Dispečer na ně musí rychle a správně reagovat, jelikož na jeho rozhodnutí mohou záviset lidské životy. Navíc volající nejsou profesionálové vycvičení pro zvládnání mimořádných situací s předvídatelnými reakcemi, ale jsou to obyčejní lidé, s nimiž se domluvit může být často neobyčejně svízelné a jejichž reakce jsou někdy zcela nečekané (Franěk, 2013). Dále bychom do této kapitoly mohli zařadit otázky firemní kultury, profesní přípravy a výcviku. Špatná firemní kultura zahrnuje špatnou organizaci práce, nevhodné pracovní podmínky, nevyhovující zázemí pro dispečery zahrnující například nemožnost krátkodobé relaxace na pracovišti. Profesní příprava dispečerů ZOS je často skloňovaným tématem. V rámci České republiky neexistuje systémové vzdělávání dispečerů. Špatný výcvik a nejasně nastavená pravidla vedou k nejistotě a k tápání při rozhodování dispečerů.

Od tápání a nejistoty při rozhodování dispečerů se dostáváme k největšímu stresoru v dispečerské práci, tedy k chybě. Nad dispečery neustále visí hrozba chyby, která může mít fatální následky. Dispečer se nejednou ocitá v situaci, kterou není chopen řešit, nebo se její řešení jeví jako obtížné a je nucen se rychle rozhodovat a improvizovat většinou pod tlakem času a zodpovědnosti. Při práci na ZOS musí být rozhodnutí učiněna velice rychle bez možnosti opravy a nejednou se stává, že dochází k řešení více událostí najednou. Dispečer má strach z chyby, bojí se, že situace není taková, jak se zdá, že výzvu špatně vyhodnotil a že již není čas na opravu jeho rozhodnutí. Chyba nemusí být způsobena jen faktory na straně dispečera, ale i na straně volajícího nebo samotné techniky.

Dispečer často pociťuje bezmoc, je si vědom kritické situace, ve které se postižený nachází, ale kterému nemůže pomoci, především mu nemůže pomoci aktivně. Nikdy přesně neví co se na místě události děje, nemůže aktivně přiložit ruku k dílu, může pouze komunikovat a poskytovat návod jak postupovat. Míra stresu, která je tím na dispečera kladena, je nezměrná.

Franěk (2013) hovoří o práci na ZOS jako o neustálém hledání kompromisů. Výsledkem vždy bývá nedokonalé řešení. ZOS se musí vypořádat s řadou nejrozličnějších požadavků protichůdných autorit (vedení organizace, nemocniční zařízení, pojišťovny, veřejnost, spolupracovníci). Systém práce na ZOS se často mění v návaznosti na výsledcích voleb a na nastavení ekonomických parametrů pojišťovnami, nebo zřizovatelem ZZS. ZOS a dispečeri slouží v organizaci jako tzv. hromosvod, na němž se střetává očekávání volajícího s frustrací členů výjezdových skupin, což obě strany dávají najevo kritikou práce operačního střediska. Dispečeri nebývají mediálně známí jako jejich kolegové z výjezdu, málo kdo jim za jejich práci a rady poděkuje, tím pádem si připadají ve své práci nedocenění.

Stres se může také zvyšovat v případě, že dispečer nemá dostupné prostředky k řešení situace, v případě kdy posádky nemohou nalézt místo zásahu, při opakovaném urgování volání ze stran postižených nebo pokud jsou volající agresivní.

Jak vidíme, stresorů v práci dispečerů je celá řada. A není v jejich silách ani v silách organizace všechny odstranit. Některé je třeba brát v potaz a snažit se s nimi pracovat.

5.2.4. Psychologická charakteristika dispečera

Pracovním nástrojem záchranáře je jeho osobnost. Staňková (2002) popisuje některé osobnostní požadavky pro povolání záchranáře nebo zdravotní sestry, jako je samostatnost, ochota a schopnost převzít zodpovědnost, osobní zaujetí pro věc, angažovanost jedince a v neposlední řadě důvěryhodnost.

Práce dispečerů za ZOS bývá někdy srovnávána s prací leteckých dispečerů. Z tohoto důvodu se v rámci psychologické charakteristiky budeme opírat o dominantní charakteristiky dispečerů letového provozu, mezi které patří:

- abstraktní myšlení,
- prostorová a časová představivost,
- schopnost střídání koncentrace a distribuce pozornosti,
- schopnost stanovení priorit,
- dlouhodobé udržení koncentrace,
- týmová spolupráce,
- odolnost proti rušení a stresu (Šulc, 2003).

Všechny výše jmenované charakteristiky jsou nezbytné pro práci dispečera ZOS. Dále bychom mohli doplnit empatii, rozhodnost, konstruktivní myšlení a asertivitu.

Šeblová (2007) řadí mezi osobnostní charakteristiky záchranáře potřebu řídit, ochotu podstoupit vysoké riziko, zvýšenou potřebu stimulace a okamžitého ocenění, vysokou

odolnost vůči zátěži, orientaci na činnost a neschopnost říkat ne. Tyto charakteristiky by se daly najít u osobnosti typu A. Jedinci s chováním typu A zřídka udávají subjektivní obtíže, neuvědomují si, že nedostatek relace a vysoké pracovní vypětí mohou vyvolat zdravotní problémy včetně syndromu vyhoření (Stock, 2010).

5.2.5. Opatření proti stresu v kontextu ZOS

Cílem preventivních opatření je udržet dispečera v takové duševní pohodě, aby mohl s klidem a s přehledem řešit situace, které mu práce přináší. Preventivní opatření vyplývají ze stresorů, které na dispečery útočí.

Mezi preventivní opatření můžeme zařadit:

- *firemní kulturu* – kde ZOS bude považováno za rovnocenného člena týmu v rámci ZZS, pracovník na ZOS by si měl být jistý, že pokud bude postupovat ve své práci podle jasně daných pravidel a bude se řídit platnými pokyny, vedení se za něj v případě sporu postaví,
- *jasná pravidla* – vymezení mantinelů v práci dispečerů, jasně definovaná pravidla pro příjem tísňové výzvy, standardy indikací příjmu výzev, která vedou ke snížení nutnosti improvizace dispečera a snížení jeho pochyb o svém rozhodnutí, což vede ke snižování stresu. Součástí tohoto systému je i kontrola a rozbor jednotlivých případů včetně jejich hodnocení, s cílem nejen poukázat na chyby, ale i pochválit a kladně ohodnotit správně převzaté výzvy,
- *výcvik a vzdělávání* – nácvik komunikace s volajícím v krizi, nácvik telefonicky asistované první pomoci a nedokladné resuscitace, vzdělávání v oblasti přednemocniční neodkladné péče a jejich novinkách. Jen pomocí opakovaného nácviku a získávání dalších informací si dispečer v sobě vypěstuje jistotu a klid při jeho práci,
- *možnost zpětné vazby* – dispečer si vytváří svou představu o situaci a základě získaných údajů, zkušeností a pravidel, ale posádka se ocitá v reálné situaci. Je dobré po ukončení výjezdu poskytnout dispečerovi zpětnou vazbu o situaci na místě zásahu. Dochází tak k objasnění nejasností, předchází se tím konfliktům mezi dispečerem a posádkou a zpětná vazba má také vzdělávací efekt. Dispečer tak získává novou zkušenost, kterou může při příštím příjmu tísňové výzvy využít.
- *optimální pracovní podmínky* – jedná se o úkol hlavně pro vedení organizace, která by měla brát zřetel na potřeby pracovníku na ZOS a snažit se jim vytvořit co nejlepší pracovní podmínky,

- *péči o tým* – by měl být úkol pro vedoucího ZOS. Při práci dispečera je důležitá jak individualita jedince, tak koherence celého týmu. Lidé v týmu by si měli navzájem důvěřovat, měla by mezi nimi panovat přátelská atmosféra, zároveň by ale měly být jasně vymezené role, každý z týmu by měl vědět jaké má kompetence.
- *péči o duši* – jedná se o péči o jedince samotného. Tato péče má dvě roviny, jednou z nich je, co pro sebe může udělat jedinec sám a druhá znamená, co pro jedince může udělat organizace. Péče o sebe samého a prevence stresu a vyhoření byla již v textu zmíněna. Jedná se o správný životní styl, dostatečný spánek, pravidelný pohyb, odpočinek, relaxaci a udržování zdravých sociálních vazeb. Zaměstnavatel by měl pracovníkům poskytnout v případě obtíží nebo v případě náročných situací pomoc psychologa.

5.3. Ekonomické a sociální problémy ZZS

Zdravotnická záchraná služba se při své činnosti potýká také s mnoha problémy, které jsou způsobeny především nestandardním ukotvením ZZS, jako jedné z hlavních složek integrovaného záchraného systému, v české legislativě. Na rozdíl od policie ČR a hasičského záchraného sboru nejsou ZZS složkou řízenou Ministerstvem vnitra, z čehož vyplývá, že pro její zaměstnance neplatí služební zákon a financování je přímo závislé na zřizovatelích, tedy na krajských úřadech nebo magistrátu hlavního města.

Financování ZZS je v České republice nastaveno následujícím způsobem. Na příjmové stránce rozpočtu jsou z 1/3 příjmy od zdravotních pojišťoven, zbylé 2/3 potřebných finančních prostředků tvoří provozní dotace od zřizovatele. Ostatní příjmy z vedlejších činností ZZS (zdravotnické asistence při sportovních a kulturně společenských akcích, školení,...) jsou vzhledem k obratu celé organizace naprosto zanedbatelné. Na výdajové stránce figurují s převahou takřka 80% mzdové náklady, zbytek výdajů tvoří provozní náklady, jako například pohonné hmoty, náklady na provoz výjezdových stanovišť, údržbu technologií... Investiční prostředky většinou nejsou schopny ZZS ze svých rozpočtů tvořit vůbec. Investiční nákupy bývají získávány opět z rozpočtu zřizovatele a to zpravidla ke konci účetních období, nebo při dělbě přebytku z hospodaření krajů, což bývá většinou v prvním čtvrtletí roku, v průběhu běžného roku tak nelze investiční akce efektivně plánovat. Takto nastavené financování zdravotnických zařízení je naprosto demotivující, a to především pro nemožnost dosažení vyrovnaného hospodářského výsledku, zaručeného vlastní činností. Zvyšování počtu výkonů pro zdravotní pojišťovny a tím vylepšování hospodářského výsledku vede často k

snížení provozní dotace ze strany zřizovatele, neboť náklady jsou se započítáním inflace a procenta růstu mzdových prostředků přibližně stejné a je možno ponížít provozní příspěvek právě o tu část o jakou vzrostly příjmy z veřejného zdravotního pojištění.

Tento způsob financování je v ostatních evropských zemích raritou. Můžeme se sice setkat s kombinovaným způsobem financování, ale takovýto poměr mezi příjmy z vlastní činnosti a příjmy z provozních dotací je nevídaný. V sousedním Slovensku je úhrada výkonů výjezdových skupin z veřejného zdravotního pojištění stanovena tak, aby došlo k pokrytí veškerých nákladů na provoz výjezdových skupin, včetně tvorby potřebného zisku, z provozních dotací je hrazen pouze provoz zdravotnických operačních středisek, která jsou však přímo pod správou ministerstva zdravotnictví, které jejich provoz přímo financuje.

Je tu bohužel ještě jeden zásadní fakt, který tento způsob řízení a financování přináší. ZZS jsou většinou jedny z největších příspěvkových organizací svých zřizovatelů a jsou tak pod neustálým tlakem politického zastoupení zřizovatele, musí se neustále přizpůsobovat politické vůli zastupitelů. Tento nestálý tlak je pro managementy záchranných služeb značně svazující a deprimující. Vždyť od posledních voleb do krajských zastupitelství valná většina ředitelů ZZS ve svých funkcích skončila a to bez ohledu na to zda jimi řízená organizace byla úspěšná či nikoli. Z výše uvedených důvodů jsou vrcholové managementy nuceni vnímat své mandáty jako volebním obdobím časově omezené, což přináší nemalé obtíže. Plánovat rozvoj, zavádět nové standardizované principy v poskytování přednemocniční neodkladné péče, které jsou ve svých důsledcích politicky nepopulární, v takto krátkém časovém období je „manažersky sebevražedné“.

Ekonomické prostředí ZZS má samozřejmě přímý dopad do roviny sociální. Přestože na první pohled jsou ZZS konzistentními a pevně zakotvenými organizacemi, působí nestabilita managementů značně destruktivně. V České republice neexistuje žádné metodické řízení v oblasti řízení ZZS, přichází tak každé nové vedení s jinými představami o fungování organizace, které někdy bývají značně vzdáleny od reality a v průběhu času opět sklouznou k zažitým standardům. Tento fakt nepříznivě působí na výkonné složky organizace, které se musí neustále přizpůsobovat systémovým změnám.

Další palčivý sociální problém ZZS je nedostatek kvalifikovaných lékařů, který se snaží řešit systémovými opatřeními, například vhodnou kombinací lékařských posádek a posádek rychlé zdravotnické pomoci v setkávacím režimu. Problém ale zůstává v nedostatečných kompetencích středně zdravotnického personálu, které neumožňují efektivní práci zdravotnických posádek při poskytování neodkladné přednemocniční péče a to právě při použití setkávacího systému. Posádky bez lékaře tak mají na místě zásahu svázané ruce a

nemohou bez konzultace s lékařem aplikovat život zachraňující léčebné přípravky. Tato situace staví zdravotnické posádky do nezáviděníhodné situace na místě zásahu a kumulují se v nich pocity beznaděje a méněcennosti. I pro lékaře znamená nedostatek kompetencí středně zdravotnického personálu značné komplikace. Lékaři povolují aplikaci léčiv na základě telefonické konzultace, tj. bez fyzického kontaktu s pacientem, což vyžaduje naprostou důvěru na obou stranách.

5.4. Rizikové faktory vzniku syndromu vyhoření z hlediska ZZS

Faktorů, které by potencionálně mohli vést k rozvoji syndromu vyhoření, nalezneme v práci záchranáře nepřeberné množství. Ve většině případů nestačí jeden z faktorů, aby došlo k rozvoji vyhoření, ale velké míře dochází k jejich vzájemné interakci. Mezi rizikové faktory řadíme:

- kontakt s tabuizovanými oblastmi lidské existence (bolest, soukromí pacientů, smrt),
- styk s negativními emocemi pacientů a jejich příbuzných (smutek, vyčerpání, zlost, hněv),
- morální a právní odpovědnost, nejistota při volbě léčebného postupu,
- nutnost rychle se rozhodnout, často při neúplnosti potřebných informací,
- nedostatečná pozornost k vlastním neřešeným problémům,
- náročný životní styl, směnný provoz, práce přesčas,
- nárazový charakter práce,
- nároky plynoucí z týmové práce a interpersonálních problémů (Nešpor, 2007).

Z výzkumu pracovníků ZZS Středočeského kraje vyplývá, že nejzávažnější stresor v práci záchranáře je úmrtí dítěte a jeho neúspěšná resuscitace. Dále respondenti uváděli mezi zátěžovými faktory, které mohou potencionálně vést k vyhoření, pracovní podmínky (práce v noci), nepravidelnost životního režimu, vysokou zodpovědnost a nutnost rychlého rozhodování v časové tísní. Pro dispečery je stresorem sama práce na ZOS, při které hraje svoji úlohu nedostatečná komunikace s volajícím, nemožnost dostatečného vyhodnocení výzvy, faktor času a nedostatek posádek pro výjezd (Šeblová, Kebza, Vignerová, Čepická 2009).

II. Výzkumná část

6. Metodologický rámec výzkumu

6.1. Výzkumný problém

V teoretické části jsme se věnovali problematice stresu, strategiím jeho zvládnání a syndromu vyhoření. Oblast tohoto zájmu zaznamenala velký rozvoj na konci dvacátého století. Do povědomí zdravotnických pracovníků se ale dostává postupně a dalo by se říci, že trochu okrajově, jako by oni sami neměli zájem se dozvědět něco více, nebo je to možná strach z informací, které by se dozvěděli. Diplomová práce se zabývá pracovníky zdravotnických záchranných služeb, kteří jsou jednou ze základní složky integrovaného záchranného systému společně s policií a hasičským záchranným sborem a která jako jediná nemá ve své organizační struktuře začleněnu psychologickou pomoc pro své zaměstnance.

V odborné literatuře nacházíme různé studie zabývající se vyhořením a stresem u zdravotnických pracovníků, ale výzkumů týkajících se záchranné služby nacházíme poskrovnu. Jeden z největších výzkumů byl proveden na zdravotnické záchranné službě ve Středočeském kraji. Studie se zaměřila na identifikaci zátěže, stresorů a na stanovení míry vyhoření u pracovníků záchranné služby (Šeblová, Kebza, 2005). Dále nacházíme výzkum věnující se problematice strategií zvládnání stresu vzhledem k osobnostním charakteristikám u řidičů záchranných služeb (Horáková, 2009).

Výzkumů věnujících se problematice stresu ve zdravotnictví je více. Jmenujme například výzkumy zabývající se výskytem syndromu vyhoření u pracovníků psychiatrických léčen a oddělení nemocnic (Hosák, Hosáková, 2005; Honzák, 2009).

6.2. Výzkumné cíle

Předmětem výzkumu této diplomové práce je zmapování vztahů mezi mírou vyhoření a copingovými strategiemi v povolání dispečerů zdravotnického operačního střediska Zdravotnické záchranné služby Libereckého kraje (dále jen ZOS ZZS LK). Obdobný výzkum jsme provedli v roce 2011 v rámci bakalářské diplomové práce s názvem „Syndrom vyhoření a zvládnání stresu u pracovníků zdravotnické záchranné služby“. Pro potřeby výzkumu, kterého se zúčastnilo 140 řidičů a záchranářů ZZS LK, byly použity dotazníky Burnout Measure a SVF – 78. Stejně metody jsou použity i v této práci, ve které se zabýváme často opomíjenou složkou záchranných služeb a to jejich zdravotnickým operačním

střediskem (dispečinkem). V naší práci se pokusíme nově nasbíraná data porovnat s výsledky předešlého výzkumu, abychom tak dostali ucelený obraz o problematice stresu a syndromu vyhoření na záchranné službě.

Cílem naší práce je zjistit preference copingových strategií u dispečerů ZOS ZZS LK nejen v rámci celého výběrového souboru, ale i s ohledem na příslušnost k pohlaví, dosaženému věku a délce jejich praxe ve zdravotnictví a tyto výsledky následně porovnat s výsledky výzkumu provedeného v rámci bakalářské práce. Dalším cílem je zmapovat míru vyhoření u dispečerů ZOS ZZS LK opět s ohledem na jejich věk, délku praxe a pohlaví. Následně zjistit zda existuje rozdíl mezi dispečery a řidiči a záchranáři ZZS LK v míře vyhoření.

6.3. Výzkumné hypotézy

H1: Skóre pozitivní strategie dle SVF – 78 u výběrového souboru dispečerů ZOS ZZS LK statisticky významně pozitivně souvisí s věkem.

H2: Skóre pozitivní strategie dle SVF – 78 u výběrového souboru dispečerů ZOS ZZS LK vykazuje statisticky významně vyšší skóre než u normy.

H3: U výběrového souboru dispečerů ZOS ZZS LK se s délkou praxe statisticky významně zvyšuje míra vyhoření

H4: Skóre negativní strategie dle SVF – 78 ve výběrovém vzorku ZOS ZZS LK vykazuje statisticky významnou korelaci s mírou vyhoření.

H5: Ženy ve výběrovém vzorku dispečerů ZOS ZZS LK ve větší míře využívají strategii sociální opory dle SVF – 78.

H6: Výběrový vzorek dispečerů ZOS ZZS LK vykazuje statisticky významně vyšší míru vyhoření než výběrový vzorek řidičů a záchranářů ZZS LK.

6.4. Použité metody

Pro výzkumný účel diplomové práce jsme zvolili kvantitativní metodu, ve které jsme použili dva druhy dotazníků. Jedná se o standardizovaný dotazník Strategie zvládání stresu SVF – 78 a Burnout Measure, určující míru vyhoření. Dotazníky byly distribuovány pomocí kontaktní osoby na krajském operačním středisku ZZS LK ve formě tužka/papír. Účastníci

výzkumu byli informováni o cílech výzkumu, o způsobu vyplnění dotazníků a v neposlední řadě o dobrovolnosti účasti na výzkumu a anonymitě při jeho vyplňování.

6.4.1. Burnout Measure

Burnout Measure (BM) je jeden z nejběžnějších dotazníků zjišťujících míru syndromu vyhoření. Jeho autory jsou Ayala Pinesová a Eliot Aronson. Dotazník se zaměřuje na celkové vyčerpání, které zkoumá ze tří různých aspektů:

- fyzické vyčerpání – únava, celková slabost, pocity ztráty sil,
- emocionální vyčerpání – deprese, pocity tísně, beznaděje, bezvýchodnosti,
- psychické vyčerpání – bezcennost, ztráta iluzí, pocit marnosti.

BM se skládá ze zjednadvaceti otázek, které respondent hodnotí na číselné škále od jedné do sedmi (1 – nikdy, 2 – jednou za čas, 3 – zřídka, 4 – někdy, 5 – často, 6 – obvykle, 7 – vždy). Interpretace dotazníku se provádí pomocí výpočtu, kde konečný výsledek je hodnota psychického vyčerpání jedince. Průměrná hodnota, kterou respondenti dosahují je 3,3 bodu. Za dobrý výsledek z hlediska vzniku a rozvoje je považována hodnota psychické vyhoření do 2 bodů. Uspokojivý výsledek je interpretován jako zisk 2 – 3 bodů. Při konečné hodnotě 3 – 4 bodů můžeme pomýšlet na pomalý vznik syndromu vyhoření, jedinci se doporučuje zabývat se smyslem svého života a přehodnotit si žebříček hodnot a postojů. Pokud je bodová hodnota v rozmezí 4 – 5, můžeme hovořit o přítomnosti syndromu vyhoření, výsledek nad 5 bodů již naznačuje havarijní stav, kdy je nutné neprodleně jednat a vyhledat odbornou pomoc (Křivohavý, 1998).

6.4.2. SVF - 78

SVF – 78 (Stressverarbeitungsfragebogen) je sebesposuzovací inventář autorů Wilhelma Jankeho a Gisely a Erdmannové, který vznikl zkrácením předešlého dotazníku SVF – 120. Dotazník umožňuje zachytit rozmanitost způsobů, které jedinec uplatňuje ve chvílích, kdy na něj působí zátěžové situace a při jejich zvládnutí. Dotazník SVF – 78 obsahuje 13 škál - podhodnocení, odmítání viny, odklon, náhradní uspokojení, kontrola situace, kontrola reakcí, pozitivní sebeinstrukce, potřeba sociální opory, vyhýbání se, úniková tendence, perseverace, rezignace, sebeobviňování, přičemž každá obsahuje 6 položek. Respondent má za úkol ohodnotit na stupnici od nuly do čtyř (0 – vůbec ne, 1 – spíš ne, 2 – možná, 3 – pravděpodobně, 4 – velmi pravděpodobně), do jaké míry dané výroky vystihují jeho vlastní chování.

Výsledky dotazníku nám umožňují analyzovat strategie směřující k redukci stresu (pozitivní strategie) nebo naopak strategie vedoucí k zesílení stresu (negativní strategie).

Interpretace základních subtestů:

- POZ 1: Strategie přehodnocení a devalvace – zahrnuje subtest podhodnocení a odmítání viny, charakteristická je snaha přehodnotit, především snižovat, prožívání stresu, chybí vlastní odpovědnost za zátěž,
- POZ 2: Strategie odklonu – obsahuje subtest odklon a náhradní uspokojení, pro jedince je typické jednání orientované na odklon od stresující události nebo příklon k alternativním situacím a aktivitám,
- POZ 3: Strategie kontroly – skládá se ze subtestů kontrola situace, kontrola reakcí, pozitivní sebeinstrukce, zahrnuje konstruktivní snahy zvládat a kontrolovat situaci a zůstat v zátěžových situacích kompetentní,
- NEG: Negativní strategie – zahrnuje subtesty úniková tendence, perseverace, rezignace, sebeobviňování, jedná se o strategie, které stres zesilují, zachycují chybějící kompetence zvládnutí, únikové tendence, rezignaci a neschopnost uvolnit se.

Tabulka č. 1 Popis subtestů dotazníku SVF - 78

Strategie	Název subtestu	Charakteristika
POZ 1 strategie přehodnocení a devalvace	Podhodnocení	tendence podhodnocovat vlastní reakce ve srovnání s jinými osobami, nebo je hodnotit příznivěji
	Odmítání viny	zdůraznit, že nejde o vlastní zodpovědnost
POZ 2 strategie odklonu	Odklon	odklon od zátěžových situací, tendence navodit psychické stavy, které stres zmírňují
	Náhradní uspokojení	obrat k pozitivním situacím nebo aktivitám, které se vztahují k sebeposílení vnějšími odměnami
POZ 3 strategie kontroly	Kontrola situace	analýza situace, plánování a uskutečnění jednání za účelem kontroly a řešení problému, získat kontrolu nad zátěžovou situací
	Kontrola reakcí	zajistit a udržet kontrolu vlastních reakcí při zátěži, nedovolit aby došlo ke vzrušení, nedat to na sobě znát
	Pozitivní sebeinstrukce	přisuzovat sobě kompetenci a schopnost kontroly, dodávat si odvalu v zátěžových situacích

	Potřeba sociální opory	přání zajistit si sociální oporu a pomoc, získat podporu při řešení problému
	Vyhýbání se	předsevzetí zamezit zátěžím, nebo se jim vyhnout
NEG	Úniková tendence	tendence vyváznout ze zátěžové situace, snížená schopnost čelit této situaci
	Perseverace	nedokázat se myšlenkově odpoutat od problému, dlouho o něm přemýšlet
	Rezignace	vzdávat se s pocitem bezmocnosti a beznaděje, nedostatek možností zvládat zátěžové situace
	Sebeobviňování	připisovat vznik zátěže vlastnímu chybnému jednání

6.4.3. Použité metody zpracování dat

Získaná data z dotazníku SVF – 78 a Burnout Measure byla vyhodnocena dle instrukcí v manuálu. Takto získané údaje byly převedeny do elektronické podoby a zpracovány pomocí softwarového nástroje Microsoft Excel 2013.

6.4.4. Výzkumný soubor

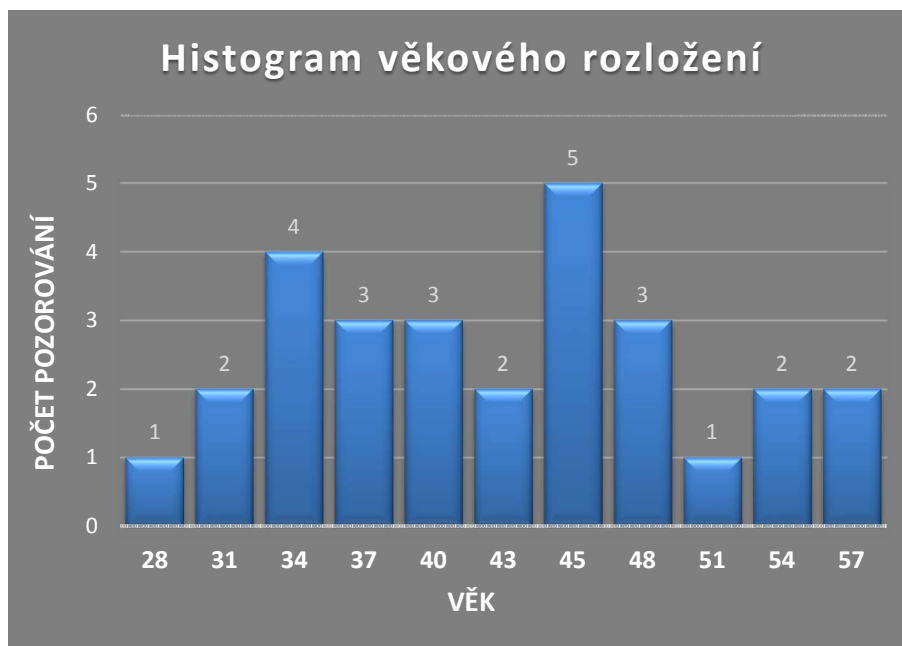
Výzkumný soubor diplomové práce tvořili dispečeri zdravotnického operačního střediska Zdravotnické záchranné služby Libereckého kraje. Testovaný soubor zahrnoval celkem 30 dispečerů, z tohoto počtu bylo 8 mužů a 22 žen. Tento genderový nepoměr je dán situací a trendy na záchranných službách, kdy posádky výjezdových skupin jsou ve větší míře tvořeny muži a dispečerské pozice jsou obsazovány spíše ženami. Věkové rozpětí respondentů se pohybovalo v rozmezí 28 – 60 let, průměrný věk činil 42 let.

Pro graf rozložení věku a pohlaví dispečerů ZOS ZZS LK byly použity intervaly věku dle vyhodnocovacího manuálu dotazníku SVF – 78. Ve věkovém rozmezí 20 – 34 let se pohybovalo 50% respondentů mužského pohlaví, zatímco nejvyšší procentuální zastoupení 54% žen bylo věkovém rozmezí 35 – 49 let. Poměrně velké procentuální zastoupení žen 27% nacházíme ve věkovém rozmezí 50 – 64 let, což můžeme připisovat skutečnosti, že záchranáři, kteří se již necítí fyzicky zdatní pro práci v terénu v rámci výjezdových skupin, se přesouvají v rámci organizace na zdravotnické operační středisko. V posledních letech můžeme na ZOS pozorovat ústup od tohoto trendu. Díky většímu množství práce a rozvíjející se technologické podpoře se i práce na ZOS stává velice náročnou především na pozornost a koncentraci.

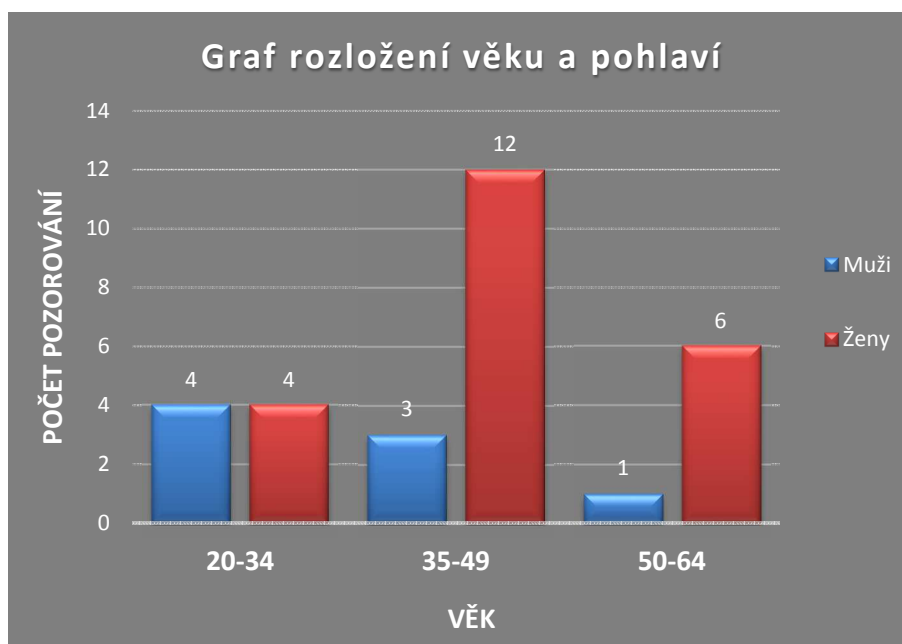
Tabulka č. 2 Popisná statistika výzkumného souboru

	N platných	Průměr	Minimum	Maximum	Sm. odch.
Věk	30	42,06666667	28	60	9,239843756
Praxe	30	20,53333333	6,4	39,6	8,926455579

Graf č. 1 Histogram věkového rozložení

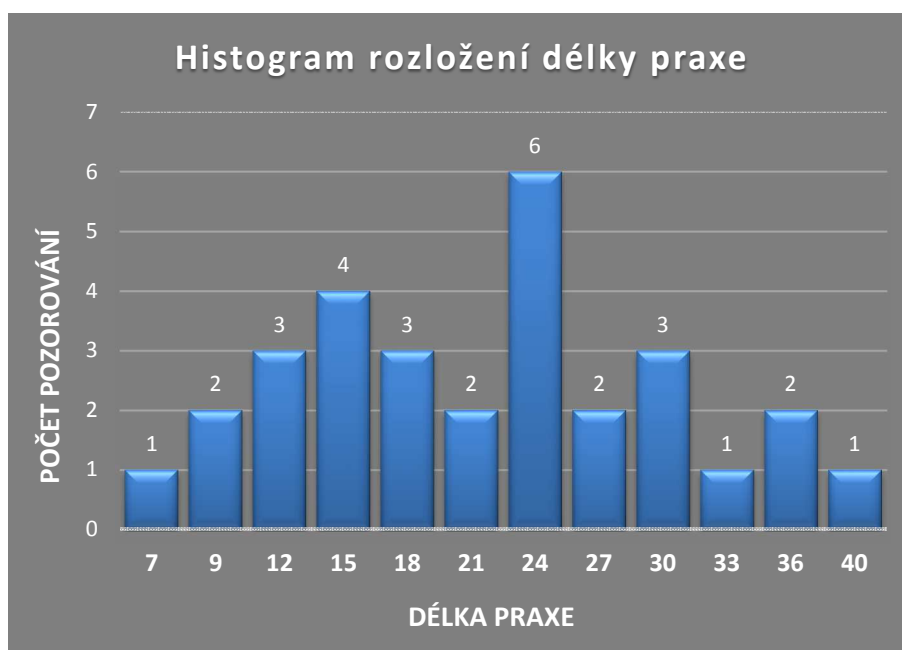


Graf č. 2 Graf rozložení věku a pohlaví

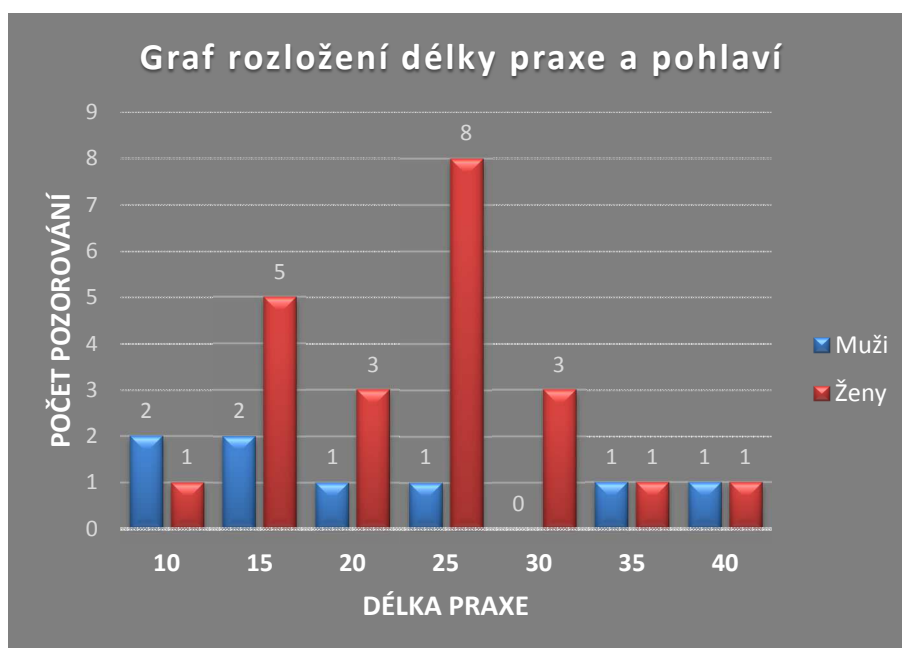


V rámci popisné statistiky se věnujeme také otázce délky praxe respondentů. Délka praxe ve zdravotnictví dispečerů ZOS ZZS LK se pohybovala v rozmezí 6,4 – 39,6 let. Průměrná délka činila 20,5 let. Z příložených grafů je zřejmé, že nejvíce respondentů se vzhledem k tomuto ukazateli pohybuje v rozmezí 18 – 24 let.

Graf č. 3 Histogram rozložení délky praxe



Graf č. 4 Graf rozložení délky praxe a pohlaví



6.4.5. Organizace a průběh šetření

V rámci dotazníkového šetření magisterské práce byly použity standardizované dotazníky Strategie zvládání stresu SVF – 78 a Burnout Measure, ve verzi tužka papír. Dotazníky byly distribuovány dispečerům prostřednictvím vedoucího záchranáře krajského zdravotnického operačního střediska Libereckého kraje. Šetření bylo provedeno v průběhu měsíců říjen a listopad 2013. Z celkového počtu 32 dotazníků bylo navraceno 97% dotazníků tj. 31. Jeden dotazník byl vyřazen pro neúplnost vyplněných dat.

Účast na výzkumu byla pro respondenty dobrovolná. V úvodu dotazníků byly uvedeny cíle výzkumu, účel zpracování a byl kladen důraz na anonymitu respondentů. Dotazníky byly vyplňovány pomocí metody tužka/papír. V rámci zachování anonymity respondentů bylo možné vkládat dotazníky do obálek a zalepit.

6.4.6. Symbolika výsledkové části

Tabulka č. 3 – používané symboly ve výsledkové části

Symbol	Název
PDH	Podhodnocení
ODV	Odmítání viny
ODK	Odklon
NUS	Náhradní uspokojení
KOS	Kontrola situace
KOR	Kontrola reakcí
PSI	Pozitivní sebeinstrukce
PSO	Potřeba sociální opory
VYH	Vyhýbání se
ÚNT	Úniková tendence
PER	Perseverace
RZG	Rezignace
SEB	Sebeobviňování
POZ	Pozitivní strategie
NEG	Negativní strategie
POZ 1	Pozitivní strategie 1
POZ 2	Pozitivní strategie 2
POZ 3	Pozitivní strategie 3
BM	Burnout Measure

7. Výsledky výzkumu

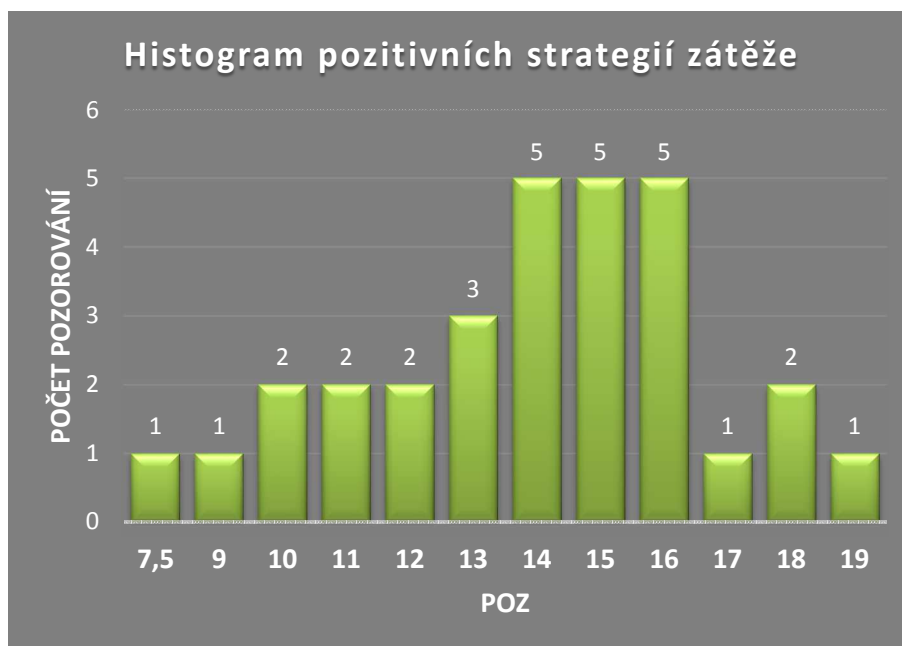
7.1. Základní výsledky dotazníku SVF – 78

Jedním z cílů práce bylo zmapovat preference strategií zvládání u dispečerů ZOS ZZS LK. Tabulka č. 4 ukazuje základní přehled výsledků SVF – 78 se zaměřením na negativní a pozitivní strategie zvládání stresu. Z hlediska celého souboru respondentů byla zjištěna vyšší preference pozitivních strategií zvládání před negativními. V rámci pozitivních strategií zvládání dispečerů v největší míře preferují Strategii kontroly POZ 3, která zahrnuje subtesty kontrola situace, kontrola reakcí a pozitivní sebeinstrukce. POZ 3 zahrnuje aktivní snahu zvládnout situaci a zachovat si kompetenci.

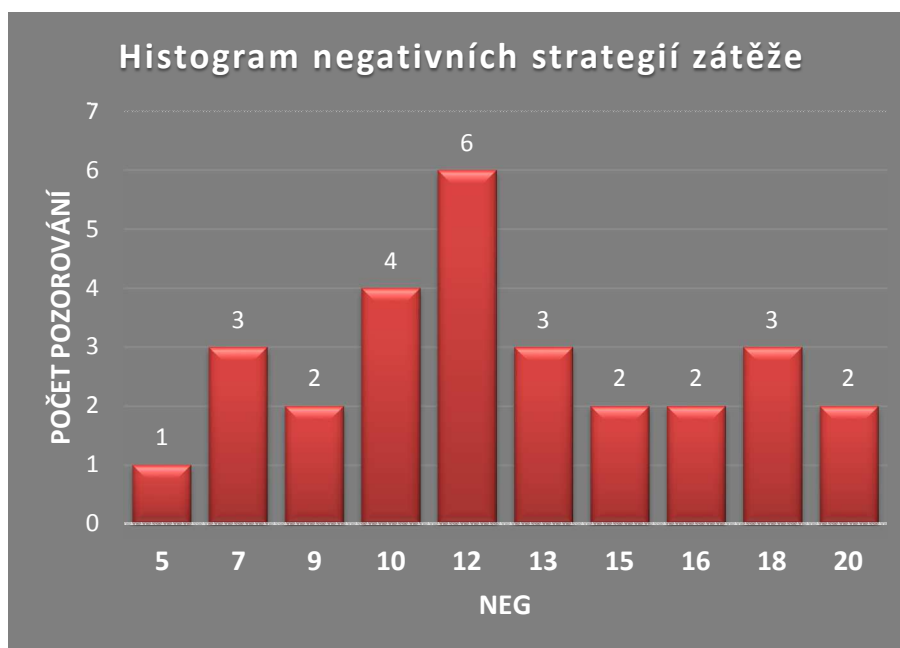
Tabulka č. 4 Základní přehled výsledků SVF – 78 pro N = 30

	Průměr	Min.	Max.	Sm. odch.	Norma
POZ	13,42666667	7,3	18,1	2,772890106	12,22
NEG	12,32666667	7,4	20,8	4,393171295	10,52
POZ 1	10,95	3,5	18,5	3,740159502	10,09
POZ 2	12,96666667	8,5	20	2,722617064	10,37
POZ 3	15,4	8,3	21,3	3,439927826	16,19

Graf č. 5 Histogram pozitivních strategií zátěže



Graf č. 6 Histogram negativních strategií zátěže



Tabulka č. 5 ukazuje průměrné hodnoty hrubých skóre ve všech subtestech SVF – 78. Výsledky značí, že nejméně preferovanou strategií zvládnání stresu u dispečerů ZOS ZZS LK je podhodnocení, vyznačující se snahou podhodnocovat vlastní reakce ve srovnání s jinými lidmi a hodnotit je přívětivěji a rezignace, zahrnující pocity bezmocnosti a beznaděje vzhledem k zátěžové situaci a nemožnost tuto situaci řešit. Jako nejvíce preferovaná strategie zvládnání stresu byla u dispečerů kontrola reakcí.

Tabulka č. 5 Průměrné hodnoty hrubých skóre subtestů SVF – 78 pro $N = 30$

	Průměr	Min.	Max.	Sm. odch.
POZ	13,42666667	7,3	18,1	2,772890106
NEG	12,32666667	7,4	20,8	4,393171295
POZ 1	10,95	3,5	18,5	3,740159502
POZ 2	12,96666667	8,5	20	2,722617064
POZ 3	15,4	8,3	21,3	3,439927826
PDH	10,533333	2	20	4,360744
ODV	11,36666667	4	20	3,727653726
ODK	13,833333	8	19	2,653343
NUS	12,06667	4	23	3,78685
KOS	15,16667	9	22	3,31229

KOR	15,96667	6	22	3,755303
PSI	15,13333	5	22	4,423552
PSO	14,2	3	24	5,378117
VYH	14,66667	5	21	3,526582
ÚNT	12,26667	4	21	5,264935
PER	15,66667	6	24	4,751285
RZG	10,43333	3	20	4,761073
SEB	11,03333	5	24	4,498914

Dalším z cílů diplomové práce bylo porovnání výsledků SVF – 78 s normami. Pomocí Studentova t-testu byl prokázán statisticky významný rozdíl v preferencích pozitivních strategií zvládnání mezi dispečery ZOS ZZS LK a normou. Dispečeři využívají ve větší míře pozitivní strategie zvládnání stresu než běžná populace. Při srovnání norem a výsledků SVF – 78 dle rozdílnosti pohlaví se ukázalo, že ženy dispečerky používají ve větší míře pozitivní strategie zvládnání než muži. Muži dispečeři více preferují negativní strategie a jejich hrubý skóre je vyšší než u normy. Tabulka č. 7 ukazuje na nejvyšší průměrný hrubý skóre v negativních strategiích zvládnání u celého vzorku dispečerů ve věkovém rozmezí 20 – 34. Vzhledem k věku respondentů bylo zjištěno, že největší pozitivní rozdíl mezi průměrným naměřeným hrubým skóre a normou v rámci pozitivních strategií je ve věkovém rozmezí 35 – 49 a to jak u mužů, tak u žen. Zároveň výsledky ukazují nižší preferenci pozitivních strategií než norma u celého souboru dispečerů ve věkovém rozmezí 20 - 34 a 50 – 64. Pokud tyto výsledky srovnáme s výzkumem provedeným v roce 2011 v rámci bakalářské práce, kterého se zúčastnilo 140 řidičů a záchranářů ZZS LK můžeme konstatovat, že řidiči a záchranáři preferují více pozitivní strategie zvládnání stresu než dispečeři ZOS ZZS LK. Jejich průměrný hrubý skóre činil 14,38, což je více než u dispečerů a než ukazuje norma. Průměrný hrubý skóre negativních strategií zvládnání řidičů a záchranářů ZZS LK byl nižší než norma, činil 8,95. Tento výsledek je mnohem menší než u dispečerů ZOS ZZS LK, kde je průměrný hrubý skóre vyšší než norma.

Tabulka č. 6 Srovnání výsledku SVF – 78 dle pohlaví s normami

	Muži		Ženy	
n	8		22	
strategie	POZ	NEG	POZ	NEG
Naměřená hodnota	12,525	13,7125	13,75455	11,82273
Norma	12,47	9,49	11,96	11,56
Sm. odch.	2,29	3,40	2,32	4,02

Tabulka č. 7 Srovnání výsledků SVF- 78 dle věku a pohlaví s normami

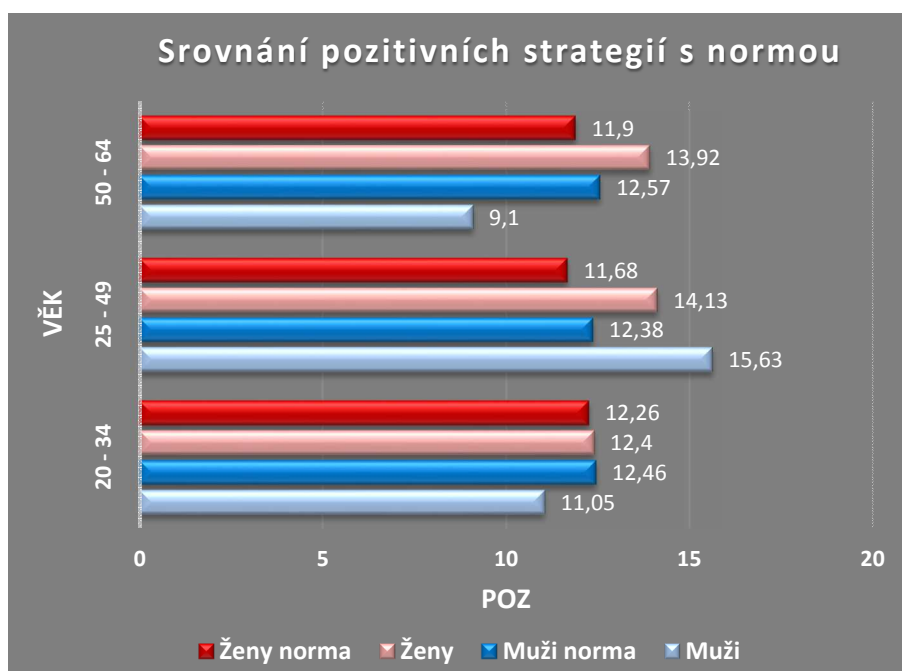
	Muži						Ženy					
Věk	20 - 34		25 - 49		50 - 64		20 - 34		25 - 49		50 - 64	
n	4		3		1		4		12		6	
strategie	POZ	NEG	POZ	NEG	POZ	NEG	POZ	NEG	POZ	NEG	POZ	NEG
Naměřená hodnota	11,05	16,38	15,63	11,57	9,10	9,50	12,40	14,65	14,13	10,79	13,92	12,00
Norma	12,46	10,17	12,38	9,13	12,57	9,07	12,26	12,63	11,68	11,02	11,90	10,90
Sm. odch.	2,43	3,13	2,15	3,86	2,32	3,21	2,24	3,42	2,27	4,66	2,48	3,83

Tabulka č. 8 – Studentův t-test s rovností rozptylů pro určení rozdílu v preferenci POZ mezi dispečery a běžnou populací

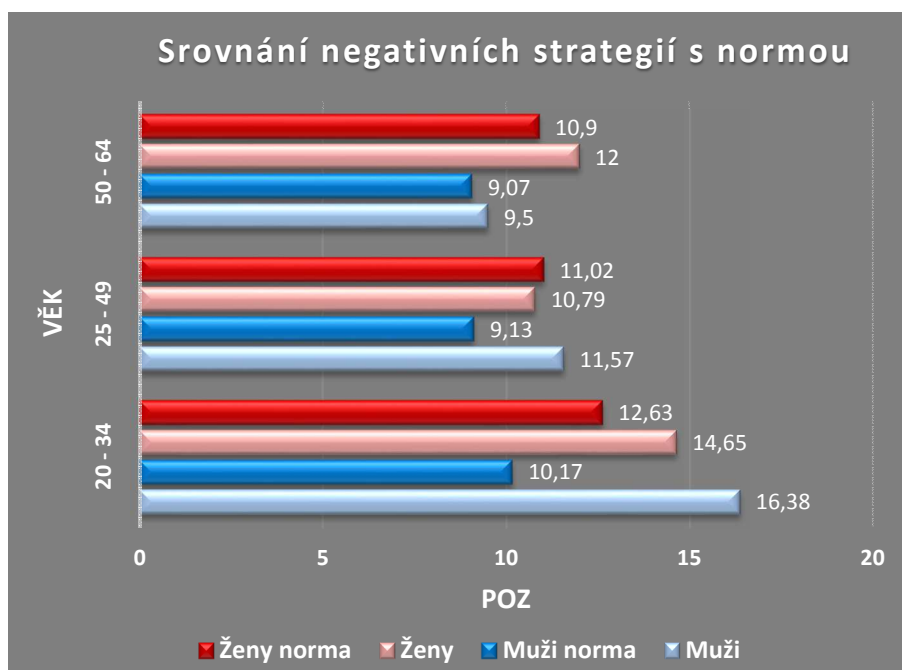
Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů		
	POZ dispečeri	POZ norma
Stř. hodnota	13,42667	12,096
Rozptyl	7,68892	0,052618
Pozorování	30	30
Společný rozptyl	3,870769	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	58	
t Stat	2,619487	
P(T<=t) (1)	0,00561	
t krit (1)	1,671553	
P(T<=t) (2)	0,01122	
t krit (2)	2,001717	

$|t \text{ Stat}| > t \text{ krit} (2)$ – existuje signifikantní rozdíl v průměrech sledovaných výběrů

Graf č. 7 Srovnání pozitivních strategií s normou



Graf č. 8 Srovnání negativních strategií s normou



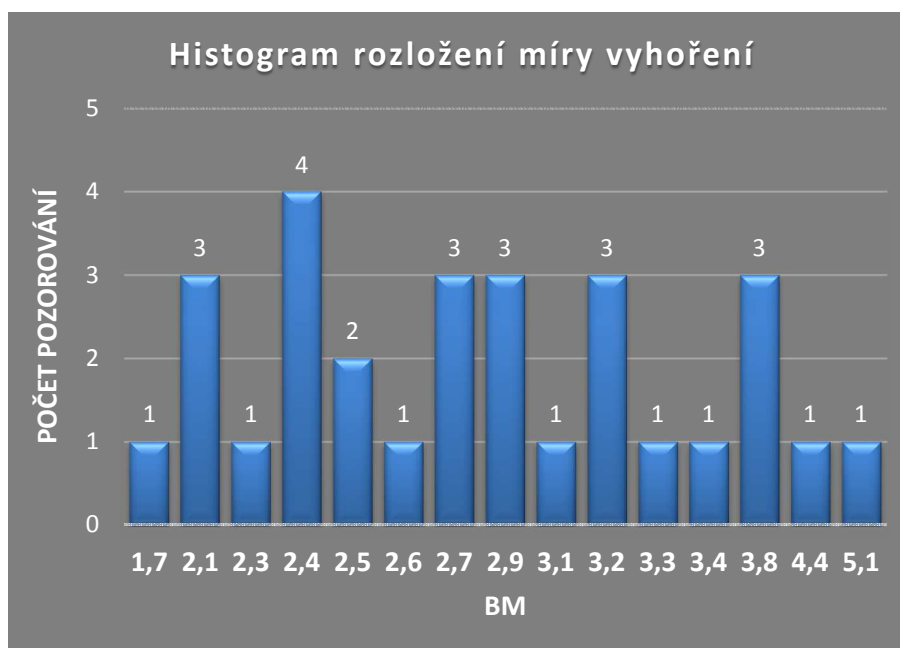
7.2. Výsledky dotazníku Burnout Measure

7.2.1. Základní výsledky dotazníku Burnout Measure

Výsledná hodnota dotazníku Burnout Measure určuje míru vyhoření, které se sestává z fyzického, emocionálního a psychického vyčerpání. Tabulka č. 9 ukazuje základní výsledky míry vyhoření u dispečerů ZOS ZZS LK. Z naměřených hodnot můžeme usuzovat, že 64 % respondentů se pohybuje v rozmezí do 3 bodů, což je z hlediska psychologie zdraví a potencionálního ohrožení vyhořením vnímáno jako dobrý výsledek. Křivohlavý (1998) uvádí, že průměrná dosažená hodnota při vyplňování dotazníku je 3,3 bodů. Soubor dispečerů ZOS ZZS LK vykazuje průměrnou hodnotu 2,7 bodů. Dle získaných výsledků vykazuje 30 % respondentů potencionální riziko ohrožení vyhořením a u 6,6 % je syndrom vyhoření přítomen.

Při porovnání těchto výsledků s předchozím výzkumem zjistíme, že 85 % řidičů a záchranářů ZZS LK se pohybuje v rozmezí, kdy je potencionální riziko vyhořením nejmenší, u dispečerů ZOS ZZS LK je to 63,3 %. Řidiči a záchranáři vykazují menší procentuální zastoupení respondentů s počínajícím vyhořením než dispečeri. Naopak obdobné výsledky nalezneme u již propuknutého syndromu vyhoření, dispečeri 6,6 % a řidiči a záchranáři 2 %.

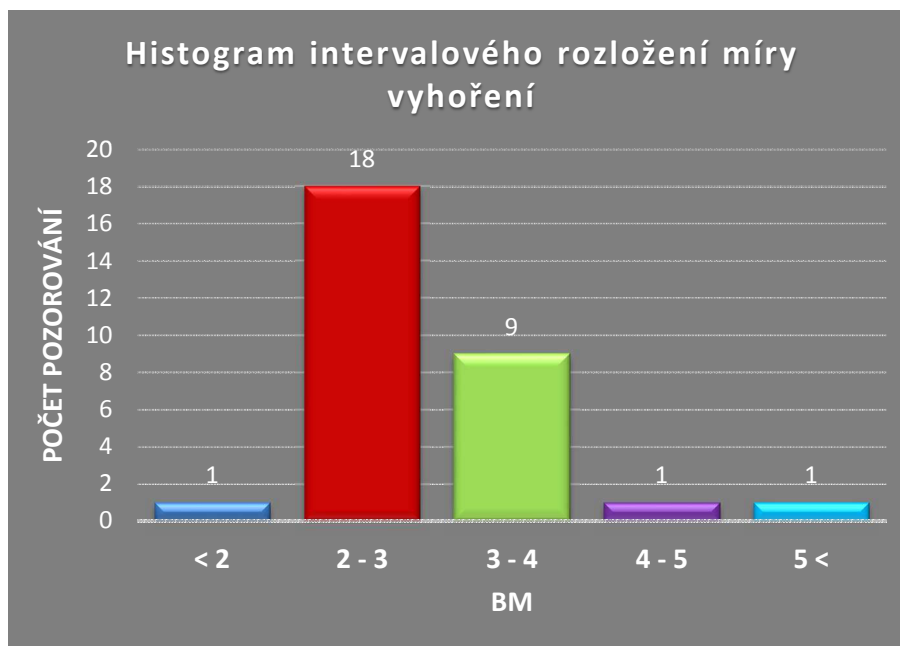
Graf č. 9 Histogram rozložení míry vyhoření



Tabulka č. 9 Základní výsledky dotazníku Burnout Measure pro N = 30

Míra vyhoření					
BM	< 2	2 - 3	3 - 4	4 - 5	5 <
Četnost	1	18	9	1	1
Četnost %	3,3	60	30	3,3	3,3

Graf č. 10 Histogram intervalového rozložení míry vyhoření



7.2.2. Studentův t-test pro určení rozdílu mezi muži a ženami a mírou vyhoření

Pro určení rozdílu mezi mírou vyhoření u mužů a žen jsme použili Studentův t-test s nerovností rozptylů, jelikož při výpočtu F-testu pro rozptyl nám vyšel signifikantní rozdíl mezi rovností rozptylů. Z výsledku testu vyplývá, že ve výběrovém vzorku dispečerů ZOS ZZS LK existuje statisticky významný vztah mezi pohlavím respondentů a mírou vyhoření. Při porovnání výsledků je patrné, že muži vykazují vyšší míru vyhoření než ženy. Toto srovnání jsme provedli i v rámci bakalářské práce u výběrového vzorku 140 řidičů a záchranářů ZZS LK, kde jsme neshledali signifikantní rozdíl mezi příslušností k určitému pohlaví a mírou vyhoření.

Tabulka č. 10 Studentův t-test s nerovností rozptylů pro určení rozdílu mezi výsledky BM u mužů a žen

Dvouvýběrový t-test s nerovností rozptylů		
	<i>BM muži</i>	<i>BM ženy</i>
Stř. hodnota	3,6	2,636363636
Rozptyl	0,96285714	0,180519481
Pozorování	8	22
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	8	
t Stat	2,68754597	
P(T<=t) (1)	0,01380069	
t krit (1)	1,85954804	
P(T<=t) (2)	0,02760137	
t krit (2)	2,30600414	

$|t \text{ Stat}| > t \text{ krit} (2)$ – existuje signifikantní rozdíl v průměrech sledovaných výběrů

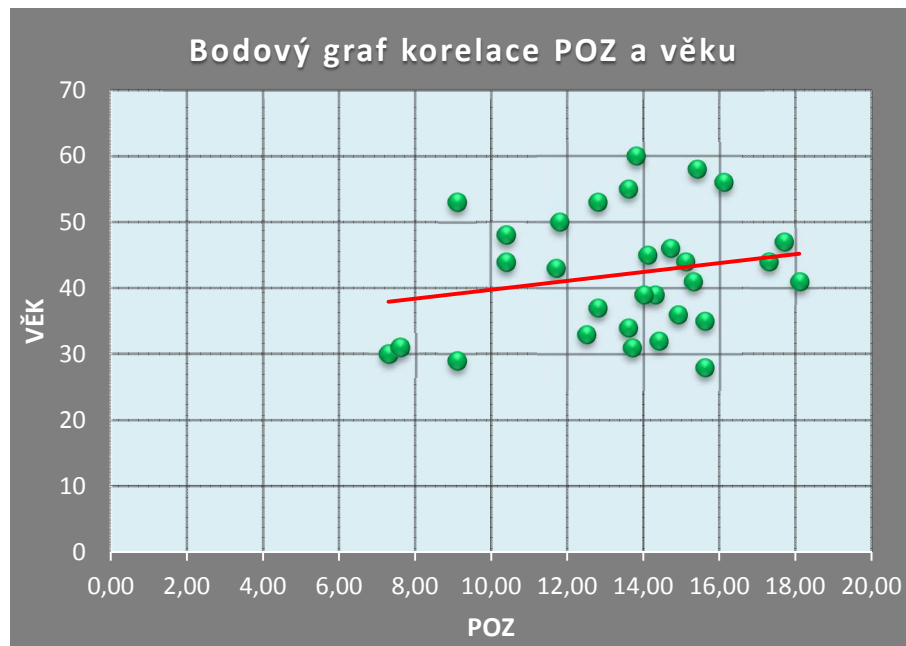
7.3. Korelace vybraných proměnných a dimenzí SVF-78

V rámci vyhodnocování výsledků diplomové práce jsme se pokusili najít vztah mezi sociodemografickými proměnnými a vybranými copingovými strategiemi dle SVF – 78 se zaměřením na pozitivní a negativní strategie zvládání stresu. Pomocí korelace bylo zjištěno, že na hranici významnosti $\alpha=0,05$ neexistuje signifikantní vztah mezi věkem, praxí a pozitivními a negativními strategiemi zvládání stresu. Při porovnání těchto výsledků s výzkumem provedeným v rámci bakalářské práce na výběrovém vzorku 140 řidičů a záchranářů jsme zjistili, že ani u této skupiny respondentů jsme nenašli statisticky významný vztah mezi věkem, praxí a vybranými dimenzemi SVF – 78.

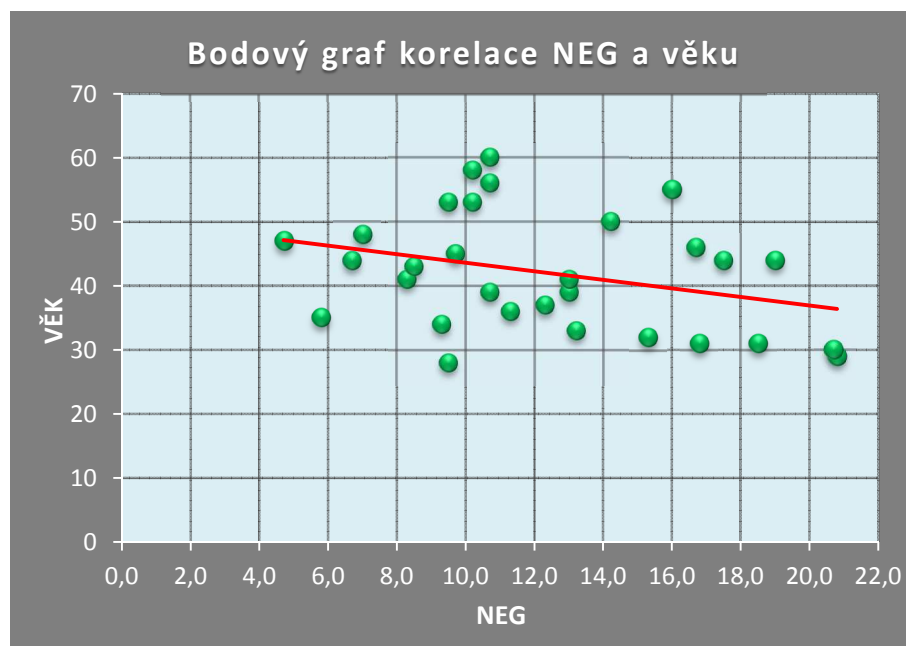
Tabulka č. 11 Výsledky korelace vybraných proměnných a dimenzí SVF – 78 ($\alpha=0,05$)

Korelace vybraných proměnných a dimenzí SVF – 78					
	POZ	NEG	POZ 1	POZ 2	POZ 3
Věk	0,201809	-0,316191	0,15476	0,072055	0,233036
Praxe	0,172752	-0,25123	0,127194	0,089080	0,186516

Graf č. 11 Bodový graf korelace pozitivní strategie zvládnání a věku



Graf č. 12 Bodový graf korelace negativní strategie zvládnání a věku



7.4. Korelace vybraných proměnných a výsledků Burnout Measure

U provedené korelační analýzy nebyl nalezen statisticky významný vztah u výběrového vzorku dispečerů ZOS ZZS LK mezi sociodemografickými proměnnými (věkem, praxí) a výsledky dotazníku Burnout Measure. Stejnou skutečnost jsme zjistili i v předešlém

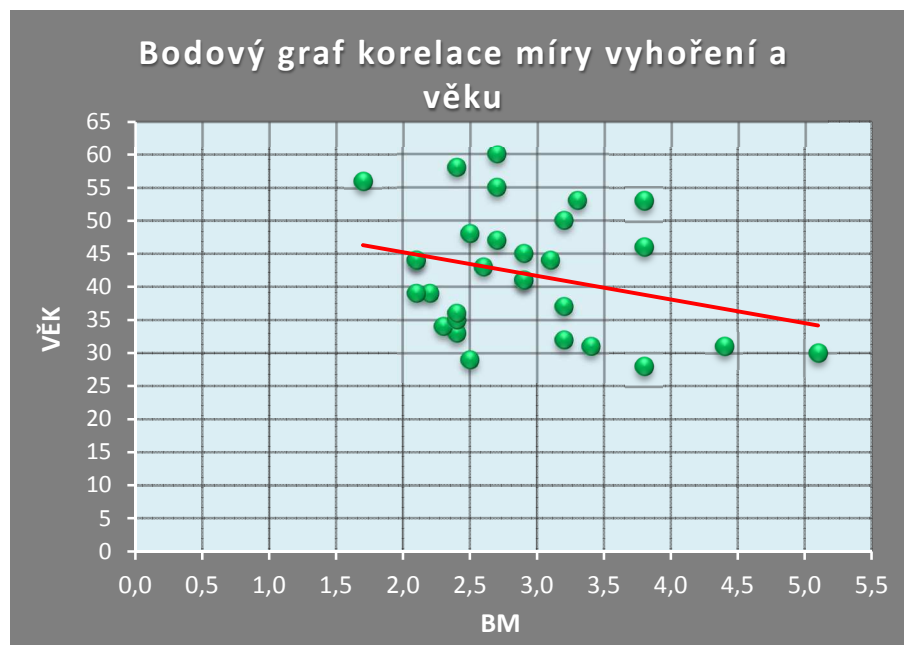
výzkumu provedeném s výběrovým vzorkem řidičů a záchranářů ZZS LK v rámci bakalářské práce. Pro přehlednost uvádíme výsledky korelační analýzy obou výzkumů v tabulce č. 12.

Tabulka č. 12 Korelace vybraných proměnných a výsledků BM ($\alpha=0,05$)

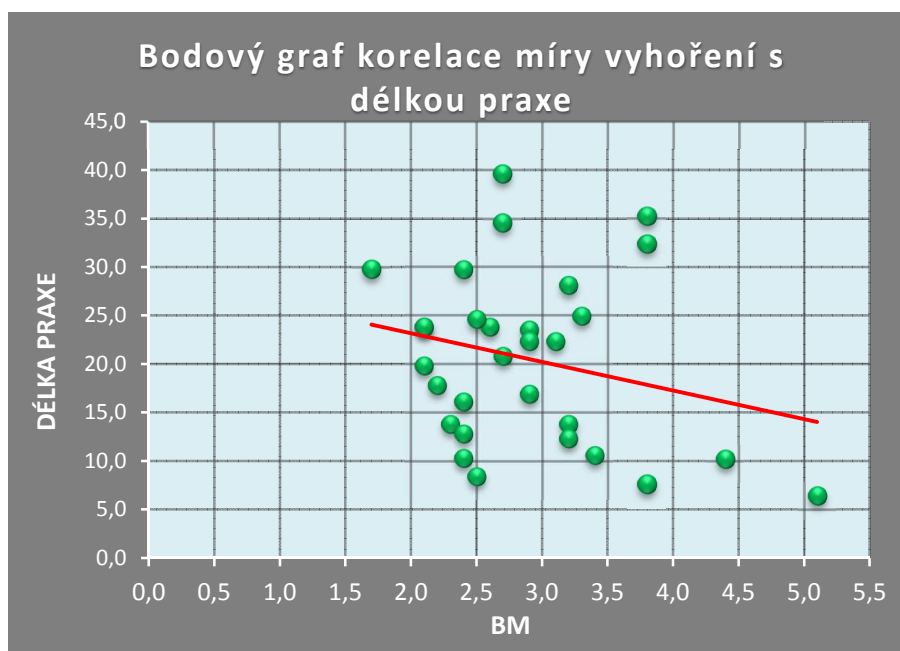
	věk	Praxe
BM	-0,28752	-0,24493
BM *	-0,030716	-0,022584

BM * - výsledky korelace provedených v rámci bakalářské práce, N=140, řidiči a záchranáři ZZS LK

Graf č. 13 Bodový graf korelace míry vyhoření a věku



Graf č. 14 Bodový graf korelace míry vyhoření s délkou praxe



7.5. Korelace mezi vybranými dimenzemi dotazníku SVF – 78 a Burnout Measure

V další části výzkumu jsme si dali za úkol zmapovat vztah mezi základními dimenzemi dotazníku SVF – 78 a výsledky Burnout Measure. Pro toto porovnání jsme použili Pearsonův korelační koeficient. Výpočty bylo zjištěno, že u výběrové souboru dispečerů ZOS ZZS LK existuje statisticky významný vztah na hladině významnosti $\alpha=0,05$ mezi mírou vyhoření a pozitivními strategiemi zvládnání stresu. Respondenti, kteří vykazují vyšší skóry pozitivních strategií zvládnání stresu dle SVF – 78 zároveň vykazují nižší skór u míry vyhoření dotazníku Burnout Measure. Při porovnání negativních strategií zvládnání dle SVF – 78 a výsledků BM byl u stejného výzkumného souboru také zjištěn statisticky významný vztah na hladině významnosti $\alpha=0,05$. Dispečeré, kteří v zátěžové situaci preferují negativní strategie zvládnání stresu, vykazují v dotazníku BM vyšší skór.

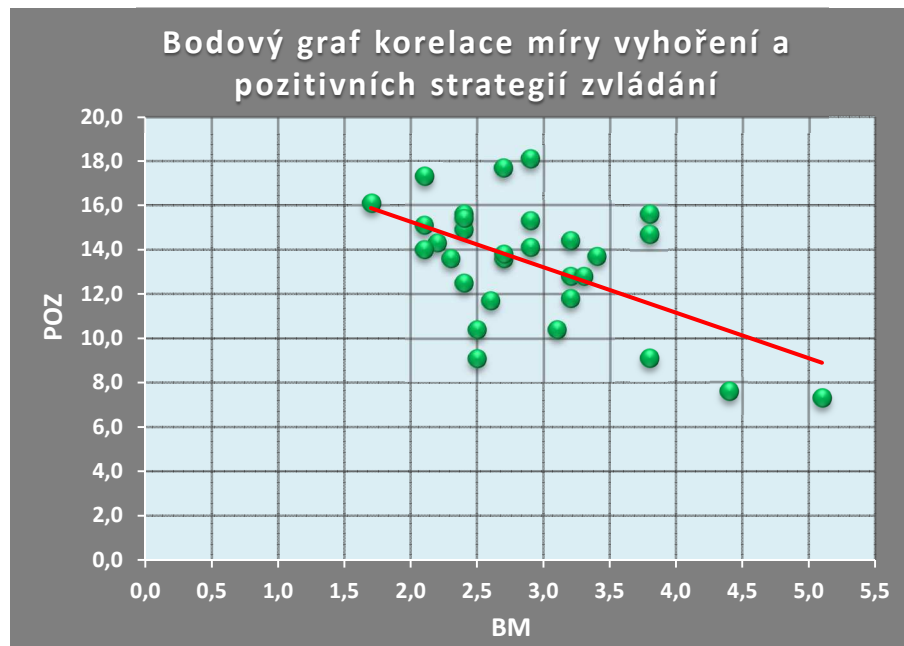
Tyto výsledky jsme porovnali s předchozím výzkumem z bakalářské práce a zjistili jsme, že u řidičů a záchranářů se také objevuje statisticky významný vztah mezi dimenzemi POZ a NEG a výsledky dotazníku BM. Pro větší názornost jsme výsledky z předchozího výzkumu zahrnuli do tabulky č. 13.

Tabulka č. 13 Korelace mezi vybranými dimenzemi dotazníku SVF – 78 a BM ($\alpha=0,05$)

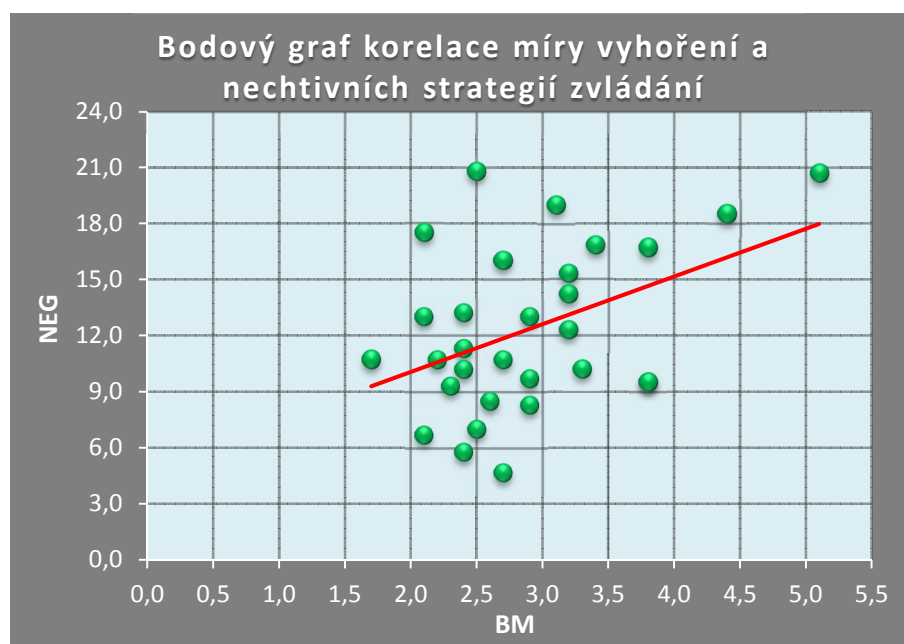
	POZ	NEG
BM	-0,54925	0,431806
BM *	-0,380407	0,455660

BM * - výsledky korelace provedených v rámci bakalářské práce, N=140, řidiči a záchranáři ZZS LK

Graf č. 15 Bodový graf korelace míry vyhoření a pozitivních strategií zvládání



Graf č. 16 Bodový graf korelace míry vyhoření a nechtivních strategií zvládání



7.6. Studentův t – test pro určení rozdílu mezi výsledky Burnout

Measure dispečerů ZOS ZZS LK a řidičů a záchranářů ZZS LK

Jako první jsme porovnali výběrový vzorek dispečerů ZOS ZZS LK se vzorkem záchranářů ZZS LK, u kterých jsme provedli výzkum v roce 2011 v rámci bakalářské práce. Srovnání těchto pracovních pozic jsme provedli z hlediska jejich dosaženého vzdělání, které je pro obě pracovní pozice stejné. V rámci organizační struktury se tyto pozice pohybují na stejné úrovni hierarchie organizace včetně stejného platového ohodnocení. Pomocí Studentova t-testu s rovností rozptylů bylo zjištěno, že existuje statisticky významný rozdíl v průměrech sledovaných výběrů. Dispečeri ZOS ZZS LK vykazují oproti záchranářům ZZS LK vyšší míru vyhoření.

Ve druhém případě jsme porovnali výběrový vzorek dispečerů ZOS ZZS LK s řidiči i záchranáři ZZS LK. Pro porovnání jsme opět zvolili Studentův t-test s rovností rozptylů. Výsledky ukazují na existenci statisticky významného rozdílu v průměrech sledovaných souborů. Vyšší míru vyhoření dle dotazníku Burnout Measure vykazují dispečeri ZOS ZZS LK oproti řidičům a záchranářům ZZS LK.

Tabulka č. 14 Studentův t-test s rovností rozptylů pro určení rozdílu mezi výsledky BM u dispečerů ZOS ZZS LK a záchranářů ZZS LK

Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů		
	<i>BM dispečeri</i>	<i>BM záchranáři</i>
Stř. hodnota	2,893333333	2,455714286
Rozptyl	0,550988506	0,524242236
Pozorování	30	70
Společný rozptyl	0,532156948	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	98	
t Stat	2,749071247	
P(T<=t) (1)	0,003558224	
t krit (1)	1,660551217	
P(T<=t) (2)	0,007116447	
t krit (2)	1,984467455	

$|t \text{ Stat}| > t \text{ krit} (2)$ – existuje signifikantní rozdíl v průměrech sledovaných výběrů

Tabulka č. 15 Studentův t-test s rovností rozptylů pro určení rozdílu mezi výsledky BM u dispečerů ZOS ZZS LK a řidičů i záchranářů ZZS LK

Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů		
	BM dispečeri	BM řidiči a záchranáři
Stř. hodnota	2,893333333	2,380714286
Rozptyl	0,550988506	0,401711716
Pozorování	30	140
Společný rozptyl	0,427479734	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	168	
t Stat	3,897060597	
P(T<=t) (1)	7,02105E-05	
t krit (1)	1,653974208	
P(T<=t) (2)	0,000140421	
t krit (2)	1,974185191	

$|t \text{ Stat}| > t \text{ krit} (2)$ – existuje signifikantní rozdíl v průměrech sledovaných výběrů

7.7. Studentův t-test pro určení rozdílu mezi výsledky mužů a žen v preferenci strategie potřeby sociální opory SVF – 78

Rozdíl mezi muži a ženami v preferenci potřeby sociální opory, jako strategii zvládnání stresu, nás zajímá zejména z důvodu, že se jedná o jednu z mála strategií, ve které se setkáváme s rozdíly v použití v rámci příslušnosti k určitému pohlaví. Ženy mají silnější touhu řešit zátěžové situace tímto způsobem. Potřeba sociální opory je tendence jedince být s druhými lidmi, potřeba jejich opory při rozhodování a řešení stresových situací.

Pomocí Studentova t-testu s rovností rozptylů jsme zjistili, že výběrový vzorek dispečerů ZOS ZZS LK nevykazuje rozdíl v preferenci strategie potřeby sociální opory mezi muži a ženami.

Tabulka č. 16 Studentův t-test s rovností rozptylů pro určení rozdílu mezi výsledky mužů a žen v preferenci strategie potřeby sociální opory

Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů		
	<i>PSO muži</i>	<i>PSO ženy</i>
Stř. hodnota	16,125	13,5
Rozptyl	39,8392857	24,73809524
Pozorování	8	22
Společný rozptyl	28,5133929	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	28	
t Stat	1,1906951	
P(T<=t) (1)	0,12188511	
t krit (1)	1,70113093	
P(T<=t) (2)	0,24377023	
t krit (2)	2,04840714	

$|t \text{ Stat}| < t \text{ krit} (2)$ – nexistuje signifikantní rozdíl v průměrech sledovaných výběrů

8. K platnosti hypotéz

H1: *Skóre pozitivní strategie dle SVF – 78 u výběrového souboru dispečerů ZOS ZZS LK statisticky významně pozitivně souvisí s věkem.*

Tato hypotéza se nepotvrdila. Korelační koeficient vykazuje hodnotu 0,172752 na hladině významnosti $\alpha=0,05$, z čehož vyplývá, že mezi skórem pozitivní strategie zvládnání zátěže a věkem respondentů není statisticky významný vztah.

H2: *Skóre pozitivní strategie dle SVF – 78 u výběrového souboru dispečerů ZOS ZZS LK vykazuje statisticky významně vyšší skóre než u normy.*

Tato hypotéza se potvrdila. Pomocí Studentova t-testu bylo zjištěno, že průměrné hrubé skóre pozitivní strategie zvládnání zátěže vykazují u výběrového souboru vyšších hodnot než u normy.

H3: *U výběrového souboru dispečerů ZOS ZZS LK se s délkou praxe statisticky významně zvyšuje míra vyhoření*

Tato hypotéza se nepotvrdila. Korelační koeficient dosahuje na hladině významnosti $\alpha=0,05$ hodnotu -0,24493. Můžeme tedy říci, že mezi délkou praxe a mírou vyhoření neexistuje u výběrového souboru statisticky významný vztah.

H4: *Skóre negativní strategie dle SVF – 78 ve výběrovém vzorku ZOS ZZS LK vykazuje statisticky významnou korelaci s mírou vyhoření.*

Tato hypotéza se potvrdila. Korelační koeficient dosahuje hodnotu 0,431806 na hladině významnosti $\alpha=0,05$. Negativní strategie zvládnání stresu staticky významně souvisí s mírou vyhoření. S vyšší mírou vyhoření dochází ke zvyšování skóre negativní strategie zátěže.

H5: *Ženy ve výběrovém vzorku dispečerů ZOS ZZS LK ve větší míře využívají strategii sociální opory dle SVF – 78.*

Tato hypotéza se nepotvrdila. U výzkumného souboru se nepodařil prokázat vztah mezi preferencí strategie sociální opory a příslušnosti k určitému pohlaví.

H6: *Výběrový vzorek dispečerů ZOS ZZS LK vykazuje statisticky významně vyšší míru vyhoření než výběrový vzorek řidičů a záchranářů ZZS LK.*

Tato hypotéza se potvrdila. Pomocí Studentova t-testu s rovností rozptylů bylo zjištěno, že existuje statisticky významný vztah v míře vyhoření mezi dispečery ZOS ZZS LK a řidiči a záchranáři ZZS LK. Výběrový vzorek dispečerů vykazuje vyšší míru vyhoření než vzorek řidičů a záchranářů.

9. Diskuze

Cílem našeho výzkumu bylo zmapovat strategie, které dispečeri ZOS ZZS LK používají v zátěžových a nadlimitních situacích, porovnat tyto strategie s normami a pokusit se odhalit vztah mezi sociodemografickými proměnnými a strategiemi zvládnání. Dále jsme se u dispečerů ZOS ZZS LK zajímali o míru jejich psychického vyhoření ve vztahu k věku a délce praxe na záchranné službě. Obdobný výzkum jsme provedli již v roce 2011 v rámci bakalářské práce na vzorku 140 řidičů a záchranářů ZZS LK, proto jsme mohli vzájemně výsledky porovnávat.

Výzkumu se zúčastnilo 30 dispečerů ZOS ZZS LK z tohoto počtu bylo 8 mužů a 22 žen ve věkovém rozmezí 28 – 60 let. Průměrná délka praxe respondentů činila 20,5 let.

V rámci hodnocení výsledků dotazníku SVF – 78 bylo zjištěno, že dispečeri ve větší míře používají pozitivní strategie zvládnání stresu před negativními. Preferenci pozitivních strategií zvládnání před negativními u řidičů záchranných služeb, který provedla M. Horáková (2009). Nejvyšší průměrné hrubé skóry jsme našli u POZ 3 a u strategie kontroly reakcí, naopak nejnižší hrubé skóry jsme zaznamenali u strategie podhodnocení a rezignace. Při porovnání výsledků s normami jsme našli u dispečerů vyšší průměrné hrubé skóry u pozitivní strategie zvládnání a zároveň vyšší u negativních strategií zvládnání. Pokud výsledky pozitivních a negativních strategií porovnáme se vzorkem řidičů a záchranářů dojdeme ke zjištění, že výběrový soubor řidičů a záchranářů ZZS LK vykazuje mnohem nižší hrubé skóry u negativních strategií zvládnání než běžná populace a než nacházíme u dispečerů a zároveň vyšší hrubé skóry u pozitivních strategií zvládnání než u dispečerů.

Obecně můžeme říci, že pracovníci ZZS LK preferují tvář tvář stresové situaci pozitivní strategie zvládnání, což ukazuje na aktivní snahu situace řešit, zachovat si kompetenci a nepodlehnout rezignaci. Pro povolání záchranáře je typické získání kontroly v situacích zátěže. Jejich snahou je nevzdat se, kontrolovat za všech okolností své reakce a nenechat se vyvést z míry a dát na sobě znát emocionální vzrušení, jen tak je možné v náročném povolání obstát a být pacientovi a jeho blízkým v těžkých chvílích oporou.

Dále jsme se pokusili nalézt vztah mezi věkem respondentů, délkou jejich praxe ve zdravotnictví a strategiemi zvládnání stresu. Výsledky nám ukázaly, že mezi těmito ukazateli a preferencí jednotlivých strategií neexistuje statisticky významný vztah. Obdobně tomu bylo i ve výzkumu, který jsme provedli v rámci bakalářské práce. Naše výsledky také potvrzují studie Horákové, která také nenašla statisticky významný vztah mezi věkem řidičů záchranných služeb a strategiemi zvládnání stresu (Horáková, 2009).

Ve výzkumu jsme se zaměřili na míru syndromu vyhoření u dispečerů ZOS ZZS LK. Z celkového počtu třiceti dispečerů je u 63,3 % riziko vzniku psychického vyhoření nejnižší, u 30 % nalézáme potencionální riziko vyhořením a u 6,6 % je vyhoření přítomno. Řidiči a záchranáři ZZS LK vykazují 85 % v pásmu, kde je riziko vyhoření nejnižší, u 13 % je potencionální riziko vyhoření a 2 % jsou vyhořením zasaženi. Pokud se podíváme na obdobné výzkumy provedené v podmínkách českých záchranných služeb, musíme konstatovat, že nalézáme určitou shodu. Šeblová (2007) ve své studii uvádí, že nejvíce ohroženou profesní skupinou jsou dispečeré záchranných služeb vykazující nejvyšší míru vyhoření. Výzkum provedený na Zdravotnické záchranné službě hlavního města Prahy také ukazuje, že nejohroženější skupinou ze všech pracovníků záchranné služby jsou právě dispečeré. Pro svůj výzkum použili dotazník MBI (Maslach Burnout Inventory), který měří vyhoření ve třech dimenzích. Dispečeré oproti ostatním pracovníkům vykazují v dimenzi depersonalizace a osobního uspokojení hodnot, které spadají do škály s nejvyšší mírou vyhoření (Ryba, Prchlík, 2008). Kde hledat příčinu vysoké míry vyhoření právě u dispečerů záchranných služeb. Můžeme se domnívat, že příčina by mohla být v postavení dispečerů v rámci organizace, kdy často nejsou ostatními pracovníky považováni za rovnocenné partnery. V rámci organizace se jim nedostává takového profesního uznání jako samotným záchranářům výjezdových skupin. Problém může být i v samotném charakteru práce na operačním středisku. V rámci výjezdu má záchranář čas a prostor nějakým způsobem se stresem pracovat, aktivně se do situace zapojit a tím ho eliminovat, obdobně jako při reakcích útoku a útěku. Dispečer se stává pouze pozorovatelem situace, nemůže se aktivně zapojit, není tak kde své nabuzení eliminovat.

V další části výzkumu jsme se zabývali vztahem mezi věkem, délkou praxe a mírou vyhoření. Mezi těmito proměnnými a mírou vyhoření jsme nenašli statisticky významný vztah. Můžeme konstatovat, že obdobné výsledky nám vyšly i v předchozím výzkumu na vzorku řidičů a záchranářů ZZS LK. Výsledky studií zabývající se mírou vyhoření v souvislosti s věkem a délkou praxe jsou nejednoznačné. Věk a délka praxe jsou v některých výzkumech považovány za neutrální faktory vzhledem k rozvoji syndromu vyhoření (Kebza, Šolcová, 2003; Ahola, Honkonnen, Virtanen, Aroma, Lonngvist, 2008; Hosák, Hoáková, 2005). Naproti tomu Honzák (2009) uvádí, že nejvíce jsou vyhořením ohroženi mladší pracovníci s kratší praxí, zatímco jako protektivní se jeví věk nad šedesát let a praxe delší než třicet let.

Zajímavý výsledek jsme zjistili při porovnání míry syndromu vyhoření u dispečerů mužů a žen. Výsledky nám ukázaly, že muži vykazují vyšší míru vyhoření než ženy. Při výzkumu

řidičů a záchranářů ZZS LK se vliv pohlaví na míru vyhoření nepotvrdil. Muži vykonávající dispečerskou profesi, také více preferují negativní strategie zvládnání, které stres spíše posilují. Můžeme se domnívat, že všeobecně muži více používají při zvládnání stresu strategie zaměřené na řešení problému, to znamená aktivní strategie, které se nedají při práci na dispečinku úplně rozvíjet. V rámci negativních strategií zvládnání u nich může docházet k pocitu nedostatku kompetence zvládat zátěžové situace. Často právě samotným aktivním zvládnáním dochází k odreagování stresu.

Při porovnání pozitivních a negativních strategií zvládnání stresu s mírou vyhoření u dispečerů ZOS ZZS LK jsme zjistili, že mezi těmito dimenzemi existuje statisticky významný vztah. Dispečeri preferující pozitivní strategie zvládnání stresu vykazují nižší míru vyhoření a zároveň ti, kteří volí negativní strategie, vykazují vyšší míru vyhoření. Ke stejným závěrům jsme došli i při výzkumu řidičů a záchranářů ZZS LK. Můžeme tak konstatovat, že pozitivní strategie zvládnání přispívají k redukci stresu, čímž slouží jako protektivní faktor proti vyhoření. Naopak negativní strategie zvládnání stresu posilují a tím posilují i míru psychického vyhoření.

V poslední řadě jsme se zabývali strategií sociální opory u dispečerů ZOS ZZS LK. Pokusili jsme se najít vztah mezi pohlavím a preferencí této strategie. Potřeba sociální opory je tendence jedince být s druhými lidmi, potřeba jejich podpory při rozhodování a řešení zátěžových situací. Tato strategie je dle výzkumů všeobecně více preferována ženami (Janke, Erdmannová, 2003). U našeho výzkumného vzorku dispečerů a dispečerek jsme signifikantní rozdíl v preferenci této strategie nenašli.

10. Závěr

Tématem diplomové práce bylo zmapovat strategie zvládání stresu a určit míru vyhoření u dispečerů zdravotnického operačního střediska ZZS LK a porovnání těchto výsledků s výzkumem provedeným v rámci bakalářské práce na vzorku řidičů a záchranářů ZZS LK. Výzkum byl proveden pomocí administrace dotazníků SVF – 78 a Burnout Measure.

V rámci zmapování strategií zvládání stresu jsme zjistili, že dispečeré ve větší míře používají pozitivní strategie zvládání stresu ve srovnání s běžnou populací. Pozitivní strategie zvládání také preferují před negativními. Zároveň ale byla zjištěna i větší preference negativních strategií zvládání než u běžné populace, což je dáno především jejich preferencí u mužů dispečerů. U vzorku řidičů a záchranářů jsme našli vyšší preferenci pozitivních strategií zvládání a nižší preferenci negativních.

Dotazník Burnout Measure nám ukázal míru psychického vyhoření u dispečerů ZOS ZZS LK. Bylo zjištěno, že více jak polovina respondentů není vyhořením ohrožena. Jako alarmující bychom mohli vidět 30 % respondentů, kteří jsou potencionálně vyhořením ohroženi a 6,6 % u kterých je již vyhoření přítomno. Při srovnání s výsledky z předešlého výzkumu musíme konstatovat, že jsou dispečeré ve větší míře ohroženi syndromem vyhoření než řidiči a záchranáři ZZS LK. Při plánování intervenčních programů, zaměřených na pomoc v krizových situacích je nutné brát na tento fakt zřetel.

Dále jsme se zabývali korelací jednotlivých škál dotazníků se sociodemografickými ukazateli jako je věk respondentů, nebo délka praxe ve zdravotnictví a také korelací výsledků jednotlivých dotazníků mezi sebou. Mezi věkem respondentů nebo délkou praxe a dotazníky jsme nenašli žádný statisticky významný vztah, obdobně tomu bylo i u výzkumu v bakalářské práci. Nejvýznamnější výsledky potvrdily vztah mezi pozitivními a negativními strategiemi zvládání stresu a mírou vyhoření. Dispečeré v nižší mírou vyhoření preferují pozitivní strategie zvládání stresu, naproti tomu dispečeré vyšší mírou vyhoření využívají negativní strategie zvládání. U řidičů a záchranářů ZZS LK jsme zaznamenali mezi těmito dimenzemi stejný statisticky významný vztah.

Výzkum provedený na Zdravotnické záchranné službě Libereckého kraje nemůžeme zobecňovat na všechny záchranné služby. Ne ve všech krajích je centrální krajské operační středisko, jako v Libereckém kraji. Zároveň kraj od kraje je jiný způsob uspořádání práce na ZOS, jiné vedení organizace, jiné platové podmínky, jiné pracovní prostředí a organizace práce,... Všechny tyto faktory a mnohé další mohou stres a syndrom vyhoření ovlivnit.

11. Souhrn

Diplomová práce se zabývá tématem stresu a to především stresu v pracovním prostředí, jeho působením na jedince, copingovými strategiemi a syndromem vyhoření. Celý kontext práce je zasazen do prostředí pracovníků zdravotnické záchranné služby.

V teoretické části práce se věnujeme problematice stresu, základním definicím tohoto pojmu, průkopníkům zkoumání stresu a reakcemi jedinců na zátěžové situace. Druhá kapitola pojednává o copingových strategiích, vysvětluje pojem coping a nastiňuje teoretická východiska copingových strategií dle jednotlivých psychologických proudů. Dále se věnuje faktorům ovlivňujícím coping a samotným copingovým strategiím. Ve třetí kapitole se práce zabývá syndromem vyhoření, jeho příčinami, příznaky na úrovni fyzické, psychické a behaviorální roviny a fázemi, kterými jedinec při vývoji syndromu vyhoření prochází. Čtvrtá kapitola je věnována prevenci a terapii vyhoření, způsoby jeho zvládnutí a ovlivnění. Poslední kapitola teoretické části práce je zaměřena na problematiku zdravotnických záchranných služeb, zejména se věnuje práci záchranářů na zdravotnickém operačním středisku, která se odlišuje od práce záchranáře výjezdových skupin. Představuje činnost a kompetence zdravotnického střediska, charakteristiku dispečera, zátěž a stres v práci dispečera včetně způsobů jak s ním bojovat a dotýká se také problematiky vzniku syndromu vyhoření z hlediska zdravotnické záchranné služby.

Empirická část diplomové práce je zaměřena na problematiku copingových strategií a míry syndromu vyhoření. Výzkum jsme provedli s 30 dispečery ZOS ZZS Libereckého kraje, kterým jsme administrovali dva dotazníky, SVF – 78 k zachycení používaných strategií zvládnutí zátěže a Burnout Measure pro určení míry psychického vyhoření. Tyto výsledky jsme dále porovnávali s výsledky výzkumu bakalářské práce, který jsme provedli v roce 2011 se vzorkem 140 řidičů a záchranářů ZZS LK. Výsledky dotazníku SVF – 78 ukázaly, že dispečeri preferují pozitivní strategie zvládnutí stresu před negativními a používají je více než běžná populace, což potvrdilo naše závěry z bakalářské práce. Z výsledků dotazníku Burnout Measure je patrné, že více jak polovina dispečerů není potenciaálně ohrožena mírou vyhoření, u řidičů a záchranářů jsou to více jak tři čtvrtiny. Jako alarmující vidíme zjištění, kdy 30 % dispečerů je ohroženo vyhořením a u 6,6 % se již vyskytuje. Oproti řidičům a záchranářům se jedná o více jak dvojnásobné skóre.

Při korelaci výsledků obou dotazníků se sociodemografickými proměnnými, jako je věk a délka praxe, jsme nenašli žádný statisticky významný vztah, což koresponduje se výsledky předešlého výzkumu. Výsledky korelace strategií zvládnutí stresu s mírou vyhoření ukázaly,

že dispečeri preferující pozitivní strategie zvládání vykazují nižší míru vyhoření a ti kteří používají spíše negativní strategie, vykazují vyšší míru vyhoření. Stejných výsledků jsme dosáhli v bakalářské práci

Seznam použitých zdrojů a literatury

1. Ahola, K., Honkonen, T., Virtanen, M., Aroma, A., Löngvist, J. (2008). Burnout in relation o ages in the adult working population. *Journal of Occupational Health*. 50, 362 – 365.
2. Amirkhan, J. H. (1990). A factor analytically derived measure of coping: The coping strategy indicator. *Journal of Personality and Social Psychology*. 59 (5), 1066 – 1074.
3. Bartošíková, I. (2006). *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: NCONZO.
4. Baštecká, B., Goldmann, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.
5. Baštecká, B. (Ed.). (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál.
6. Baštecká, B., (Ed.). (2009). *Psychologická encyklopedie – Aplikovaná psychologie*. Praha: Portál.
7. Bateson, M. C. (2000). *Full circles overlapping lives*. New Yourk: Random House.
8. Blahušová, E. (2005). *Wellness a fitness*. Praha: Karolinum.
9. Blatný, M., Kohoutek, T., Janušová, P. (2002). Situačně kognitivní a osobnostní determinanty chování v zátěžové situaci. *Československá psychologie*. 46 (2), 97 – 108.
10. Baumruk, J., Cikrt, M., Hlávková, J. (2001). *Analýzy rizik při práci*. Praha: Fortuna.
11. Bühler, K. E., Land, T. (2004). Burnout and peronality in extreme nursing: an empirical study. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr*. 155, 35 – 42
12. Franěk, O. (2013). *Manuál dispečera Zdravotnického Operačního Střediska*. Praha: MUDr. Ondřej Franěk.
13. Folkman, S., Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in middle-age community sample. *Journal of Healthand Social behavior*. 21, 219 – 239.
14. Horáková, M. (2009). Výzkum strategií zvládnání stresu a jejich vztah k dalším charakteristikám u řidičů záchranné služby [elektronická verze]. *E-psychologie*. 3 (2), 10 – 21. Získáno 10. října 2013 z <http://e-psycholog.eu/pdf/horakova.pdf>
15. Hosák, L., Hosáková, J. (2005). Syndrom profesionálního vyhoření zdravotnických pracovníků. *Psychologie pro praxi*. 6 (4), 202 – 203.

16. Honzák, R. (2004). Logika stresové kaskády. *Lékařské listy: příloha Zdravotnických novin*. 53 (31), 26.
17. Honzák, R. (2009). Burnout u personálu psychiatrické léčebny Horní Beřkovic. *Psychosom.* 7 (2), 76 – 93. Získáno 14. listopadu 2013 z http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psychosom_2_2009_def_web.pdf
18. Janáčková, L. (2008). *Základy zdravotnické psychologie*. Praha: Triton.
19. Janiczeková, E. (2007). Stres v práci zdravotnického záchranára. *Urgentní medicína*. 10 (1), 39 – 40.
20. Janke, E., Erdmannová, G. (2003). *Strategie zvládnutí stresu*. Praha: Testcentrum.
21. Jeklová, M., Reitmayerová, E. (2006). *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí.
22. Joshi, V. (2007). *Stres a zdraví*. Praha: Portál.
23. Kallwas, A. (2007). *Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě*. Praha: Portál.
24. Kebza, V., Šolcová, I. (2003). *Syndrom vyhoření*. Praha: SZÚ.
25. Kebza, V., Šolcová, I. (2004). *Komunikace a stres*. Praha: SZÚ.
26. Kopřiva, K. (2011). *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál.
27. Kraska-Lüdecke, K. (2007). *Nejlepší techniky proti stresu*. Praha: Grada.
28. Křivohlavý, J. (1994). *Jak zvládat stres*. Praha: Grada.
29. Křivohlavý, J. (1998). *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada.
30. Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
31. Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.
32. Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
33. Křivohlavý, J. (2010). *Sestra a stres*. Praha: Grada.
34. Kuhl, J., Kezén, M. (2002). *PSSI – Inventář stylů osobnosti a poruch osobnosti*. Praha: Testcentrum.
35. Lavanco, G. (1997). Burnout syndrome and type A behavior in nurses and teachers in Sicily. *Psychological Report*. 81 (2), 523 – 524.

36. Le Blanc, P., Hox, J., Schaufeli, W., Taris, T., Peeters, M. (2007). Take Care! The Evaluation of a Team – Based Burnout. Intervention Program for Onkology Care Providers. *Journal of Applied Psychology*. 92 (1), 213 – 227. Získáno 14. října 2014 z <http://www.fss.uu.nl/sop/schaufeli/263.pdf>
37. Nešpor, K. (2007). Prevence profesionálního stresu a syndromu vyhoření. *Medicína pro praxi*. 4 (9), 371 – 373.
38. Nolen-Hoeksema, S., Fredrickson, B. L., Loftus, G. R., Wagenaar, W. A. (2012). *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. Praha: Portál.
39. Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada.
40. Plháková, A. (2008). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: ACADEMIA.
41. Pokorný, J., et al. (2004). *Urgentní medicína*. Praha: Galén.
42. Ryba, A., Prchlík, I. (2008). [Pilotní projekt odboru krizové připravenosti MZČR – Syndrom vyhoření u pracovníků ZZS HMP - výzkum provedený mezi pracovníky ZZS HMP – ÚSZS v období 15. 9. 2008 do 15. 10. 2008]. nepublikovaná data.
43. Rush, M. (2003). *Syndrom vyhoření*. Praha: Návrat domů.
44. Staňková, M. (2002). *Sestra – reprezentant profese. Praktická příručka pro sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.
45. Stock, Ch. (2010). *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada.
46. Šeblová, J., Kebza, V. (2005). Zátěž a stres pracovníků záchranných služeb – výsledky první části studie. *Urgentní medicína*. 8 (1), 27 – 29.
47. Šeblová, J. (2007). Zátěž a stres pracovníků zdravotnických záchranných služeb. *112*. 6 (3), 12 – 14.
48. Šeblová, J., Kebza, V., Vignerová, J., Čepická, B. (2009). Preventivní a intervenční psychologické techniky pro zaměstnance záchranných služeb. *Urgentní medicína*. 12 (1), 30 - 32.
49. Šulc, J. (2003). *Učebnice létání – letecká psychofyziologie*. Praha: Avion.
50. Švingalová, D. (2006). *Stres a vyhoření u profesionálů pracujících s lidmi*. Liberec: Technická univerzita.

51. Tamers, L. K., Janicki, D., Helgeson, V. S. (2002). Sex differences in coping behavior: A meta-analytic review and an examination of relative coping. *Personality and Social Psychology Review*. 6 (1), 2 – 30.
52. Tobin, D. L., Holroyd, K. A., Reynolds, R. V., Wirtgal, J. K. (1989). The hierarchical factor structure of the coping strategy inventory. *Cognitive Therapy and Research*. 13. 343 – 361.
53. Venglářová, M., (Ed.). (2011). *Sestry v nouzi*. Praha: Grada.
54. Vodáčková, D., (Ed.). (2007). *Krizová intervence*. Praha: Portál.
55. Vymětal, Š. (2009). *Krizová komunikace a komunikace rizika*. Praha: Grada.
56. Výrost, J., Slaměník, I. (2008). *Sociální psychologie*. Praha: Grada.
57. Yilridim, I. (2008). Relationships between burnout, sources of social support and sociodemographic variables. *Social Behavior & Personality: an International Journal*. 36 (5), 603 – 616.
58. Zacharová, E. (2008). Syndrom vyhoření – riziko ohrožující zdravotnické pracovníky. *Interní medicína*. 10 (1), 41 – 42.

Přílohy diplomové práce

Příloha č. 1 Formulář zadání bakalářské diplomové práce

Příloha č. 2 Český abstrakt diplomové práce

Příloha č. 3 Anglický abstrakt diplomové práce

Příloha č. 4 Zdrojová data

Příloha č. 1 Formulář zadání bakalářské diplomové práce

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

Studijní program: Psychologie
Forma: Kombinovaná
Obor/komb.: Psychologie (PSYN)

Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
Bc. ŠONOVÁ Lucie DiS.	Kosmonautů 361/7, Liberec - Kristiánov	F120700

TÉMA ČESKY:

Copingové strategie u pracovníků zdravotnické záchranné služby

NÁZEV ANGLICKY:

Coping strategies for ER workers

VEDOUCÍ PRÁCE:

Doc. PhDr. Zdeněk Vtípil, CSc. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

Spec. zaměření: K současným ekonomickým, sociálním a psychologickým problémům zdravotnické záchranné služby v ČR, Ke kritériím pracovní způsobilosti pracovníků zdravotnické záchranné služby, orientační psychologický profesiogram, Stres, pojetí, projevy, faktory, důsledky, Faktory stresu v situacích činnosti záchranné služby, Coping a copingové strategie, základní pohledy na zkoumání copingu, copingové strategie a styly, relace copingu a některých osobnostních proměnných, Copingové strategie u zdravotníků v závislosti a) na sociodemografických proměnných b) proměnných subjektivní povahy c) míře vyhoření d) situací. Cíle práce: 1) Profil dimenzí SVF 78 celého souboru, 2) Profil dimenzí SVF 78 u souboru žen ve vztahu k normě, 3) Profil dimenzí SVF 78 u souboru mužů ve vztahu k normě, 4) Intersexuální rozdíly v dimenzích SVF 78, 5) Koreláty SVF 78 a BQ, 6) Koreláty vybraných dimenzí SVF 78 a věku, 7) Koreláty vybraných dimenzí SVF 78 a seniority, 8) Srovnání souboru zdravotních sester a fidičů z hlediska proměnných SVF 78. Metodika: SVF 78, dotazník BM. Zkoumaný soubor: 140 respondentů. Statistika: Pearsonův korel. koeficient, Studentův T-test. Formální parametry práce: Viz K. Bendová et al. 2011.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Křivohlavý, J. (2012). Psychologie zdraví. Praha: Portál.
Stuchlíková, I. (2012). Základy psychologie emocí. Praha: Portál.
Vágnerová, M. (2012). Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál.
Výrost, J., Slaměník, I. (2012). Sociální psychologie. Praha: Grada.
Paulík, K. (2012). Psychologie lidské odolnosti. Praha: Grada.
Andršková, A. (2012). Psychologie a komunikace pro záchranáře. Praha: Grada.
Šolcová, I. (2012). Vývoj resilience v dětství a dospělosti. Praha: Grada.
Venglářová, M. et al. (2012). Sestry v nouzi. Praha: Grada.
Plevová, I. (2012). Management v ošetrovatelství. Praha: Grada.
Bica, M. et al. (0996). Učebnice pro záchranné zdravotnické služby. Praha: Revue.
Bendová, K. et al. (2011). Manuál psaní diplomových prací na Katedře psychologie FF UP. Olomouc: UP.
Časopisy: Zdravotnické noviny, Sestra, Urgentní medicína. Rezortní zdroje. Základní vyhlášky, elektronické prameny.

Abstrakt diplomové práce

Název práce: Copingové strategie u pracovníků zdravotnické záchranné služby

Autor práce: Bc. Lucie Šonová, DiS.

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Zdeněk Vtípil, CSc.

Počet stran a znaků: 83 stran, 116 571 znaků

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 58

Cílem diplomové práce je zmapovat strategie zvládání stresu a míru vyhoření u dispečerů zdravotnických záchranných služeb. Určit vztah těchto strategií a míry vyhoření k jiným proměnným (věk, délka praxe, pohlaví respondentů) a porovnat je s normou. Typem výzkumu byl zvolen kvantitativní výzkum. Pro sběr dat byly použity standardizované dotazníky SVF – 78 a dotazník Burnout Measure. Pro analýzu dat byl použit Studentův t-test a korelační analýza. Výzkumné části práce se zúčastnilo 30 dispečerů zdravotnického operačního střediska Zdravotnické záchranné služby Libereckého kraje. Výsledky jsme dále srovnávali s hodnotami, které jsme získali prostřednictvím výzkumu bakalářské práce, kterého se zúčastnilo 140 řidičů a záchranářů Zdravotnické záchranné služby Libereckého kraje.

Teoretická část diplomové práce je věnována problematice stresu, copingovým strategiím, syndromu vyhoření a jeho zvládání. Práce je zasazena do kontextu zdravotnické záchranné služby, věnuje se charakteristice práce na zdravotnickém operačním středisku, osobnosti záchranáře a prevenci stresu a syndromu vyhoření.

Klíčová slova: zdravotnická záchranná služba, stres, syndrom vyhoření, copingové strategie, dispečer

Abstract of theisis

Title: Coping strategies for Emergency services workers

Author: Bc. Lucie Šonová, DiS.

Supervisor: Doc. PhDr. Zdeněk Vtípil, CSc.

Number of pages and characters: 83 pages, 116 571 characters

Number of appendices: 4

Number of references: 58

The aim of the diploma thesis is to map strategies of stress management and volume of burnout syndrome at emergency medical dispatchers. Determinate the relationship between these strategies, proportion of burnout with respect to other parameters (age, length of service, sex of respondents), and compare with standard. The chosen type of research is a quantitative research. Standardized questionnaires SVF - 78 and a questionnaire Burnout Measure was used to collect data. To analyze data Student's t-test and correlation analysis were used. There were 30 emergency medical dispatchers from EMS dispatch centre emergency medical services Liberec Region participating in the research.

We compared outcomes with values, which we have gained through the bachelor theses, attended by 140 drivers and paramedics from emergency medical services Liberec Region. The theoretical part of the thesis is devoted to problems of stress, coping strategies, burnout syndrome and its managing. The work is set in the context of emergency medical services, deals with the characteristics of the work on the emergency medical dispatch center, paramedics personality and the prevention of stress and burnout syndrome.

Key words: Emergency medical service, stress, burnout, coping strategies, dispatcher

Příloha č. 4: Zdrojová data

P.č.	pohlaví	věk	vzdělání	praxe	BM	POZ	NEG	POZ1	POZ2	POZ3	POH	ODV	OOK	NUS	KOS	KOR	PSI	PSO	VYH	ÚNT	PER	RZG	SEB
1	1	44	SS	23,80	2,10	17,30	6,70	17,00	15,50	18,70	18,00	16,00	15,00	16,00	17,00	17,00	22,00	13,00	8,00	5,00	12,00	3,00	7,00
2	1	31	SS	10,60	3,40	13,70	16,80	9,00	13,50	17,00	8,00	10,00	16,00	11,00	16,00	18,00	17,00	24,00	14,00	18,00	22,00	13,00	14,00
3	1	28	VOŠ	7,60	3,80	15,60	9,50	9,00	17,00	19,00	11,00	7,00	19,00	15,00	17,00	19,00	21,00	18,00	13,00	6,00	17,00	9,00	6,00
4	1	36	SS	16,10	2,40	14,90	11,30	10,50	14,50	18,00	9,00	12,00	13,00	16,00	18,00	19,00	17,00	20,00	14,00	9,00	16,00	8,00	12,00
5	1	53	SS	35,20	3,80	9,10	9,50	10,00	9,50	8,30	12,00	8,00	10,00	9,00	9,00	6,00	10,00	3,00	5,00	12,00	10,00	11,00	5,00
6	1	31	VOŠ	10,20	4,40	7,60	18,50	3,50	8,50	9,70	2,00	5,00	13,00	4,00	12,00	12,00	5,00	19,00	17,00	21,00	21,00	15,00	17,00
7	1	30	VOŠ	6,40	5,10	7,30	20,70	4,00	9,00	8,30	4,00	4,00	11,00	7,00	13,00	6,00	6,00	18,00	14,00	20,00	24,00	20,00	19,00
8	1	46	SS	32,40	3,80	14,70	16,70	14,50	14,50	15,00	16,00	13,00	14,00	15,00	15,00	16,00	14,00	14,00	14,00	17,00	18,00	19,00	13,00
9	2	41	SS	16,90	2,90	18,10	13,00	18,50	20,00	16,70	17,00	20,00	17,00	23,00	14,00	20,00	16,00	8,00	21,00	18,00	12,00	11,00	11,00
10	2	32	SS	13,80	3,20	14,40	15,30	10,50	14,00	17,30	9,00	12,00	18,00	10,00	17,00	18,00	17,00	23,00	15,00	16,00	20,00	12,00	13,00
11	2	29	VOŠ	8,40	2,50	9,10	20,80	6,50	11,00	9,70	6,00	7,00	12,00	10,00	10,00	12,00	7,00	10,00	14,00	20,00	22,00	20,00	24,00
12	2	34	SS	13,80	2,30	13,60	9,30	14,00	12,00	14,30	15,00	13,00	11,00	12,00	10,00	16,00	17,00	12,00	12,00	13,00	10,00	8,00	6,00
13	2	41	SS	23,50	2,90	15,30	8,30	10,00	14,00	19,70	10,00	10,00	15,00	13,00	20,00	19,00	20,00	18,00	16,00	8,00	10,00	5,00	10,00
14	2	43	SS	23,80	2,60	11,70	8,50	11,00	9,00	14,00	12,00	10,00	12,00	6,00	10,00	18,00	14,00	10,00	16,00	9,00	10,00	9,00	6,00
15	2	44	SS	23,80	2,10	15,10	17,50	13,50	17,00	15,00	12,00	15,00	18,00	16,00	17,00	15,00	13,00	18,00	18,00	18,00	17,00	17,00	15,00
16	2	39	SS	19,80	2,10	14,00	13,00	9,50	13,00	17,50	10,00	9,00	16,00	10,00	18,00	17,00	18,00	18,00	18,00	13,00	17,00	12,00	11,00
17	2	33	SS	10,30	2,40	12,50	13,20	13,50	9,50	14,00	13,00	14,00	8,00	11,00	13,00	14,00	15,00	11,00	13,00	12,00	20,00	8,00	13,00
18	2	55	SS	34,60	2,70	13,60	16,00	9,50	13,50	16,00	5,00	14,00	12,00	15,00	17,00	17,00	15,00	21,00	15,00	18,00	23,00	12,00	11,00
19	2	48	SS	24,60	2,50	10,40	7,00	6,50	11,00	12,60	4,00	9,00	12,00	10,00	12,00	13,00	13,00	13,00	9,00	6,00	9,00	6,00	7,00
20	2	53	SS	24,90	1,30	12,80	10,20	8,00	13,00	16,00	8,00	8,00	12,00	14,00	19,00	15,00	14,00	10,00	17,00	8,00	16,00	9,00	9,00
21	2	39	SS	17,80	2,20	14,30	10,70	11,00	12,50	17,70	12,00	10,00	14,00	11,00	18,00	17,00	18,00	13,00	17,00	10,00	14,00	9,00	10,00
22	2	60	SS	39,60	2,70	13,80	10,70	9,00	14,00	17,00	9,00	9,00	14,00	14,00	17,00	18,00	16,00	6,00	17,00	8,00	17,00	8,00	10,00
23	2	56	SS	29,80	1,70	16,10	10,70	13,00	11,50	21,30	14,00	12,00	13,00	10,00	22,00	22,00	20,00	17,00	18,00	8,00	13,00	9,00	13,00
24	2	58	SS	29,70	2,40	15,40	10,20	12,50	11,50	20,00	13,00	12,00	13,00	10,00	19,00	22,00	19,00	17,00	18,00	9,00	15,00	8,00	9,00
25	2	47	SS	20,80	2,70	17,70	4,70	18,50	16,50	18,00	20,00	17,00	15,00	18,00	15,00	17,00	22,00	8,00	10,00	5,00	6,00	3,00	5,00
26	2	45	SS	22,30	2,90	14,10	9,70	9,00	16,00	16,30	8,00	10,00	18,00	14,00	16,00	17,00	16,00	18,00	17,00	9,00	16,00	6,00	8,00
27	2	50	SS	28,10	3,20	11,80	14,20	9,00	13,00	13,00	6,00	12,00	15,00	11,00	13,00	14,00	12,00	6,00	18,00	14,00	18,00	12,00	13,00
28	2	37	VOŠ	12,30	3,20	12,80	12,30	14,00	11,00	13,30	13,00	15,00	12,00	10,00	14,00	15,00	11,00	10,00	11,00	14,00	14,00	9,00	12,00
29	2	44	SS	22,30	3,10	10,40	19,00	8,50	11,00	11,30	7,00	10,00	11,00	11,00	11,00	12,00	11,00	19,00	18,00	20,00	21,00	18,00	17,00
30	2	35	VOŠ	12,80	2,40	15,60	5,80	15,50	13,00	17,30	13,00	18,00	16,00	10,00	16,00	18,00	18,00	11,00	13,00	4,00	10,00	4,00	5,00