

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav zdravotnického managementu a ochrany veřejného zdraví

Bc. Barbora Bartošová

Management a řešení stresových situací u pracovníků v urgentní medicíně

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Koutná

Olomouc 2023

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 15. dubna 2023

Barbora Bartošová

Poděkování

V prvé řadě chci poděkovat své vedoucí diplomové práce Mgr. Veronice Koutné za její vstřícnost, ochotu a cenné rady a připomínky, které mi pomohly tuto práci dokončit.

Anotace

- Typ práce:** Diplomová práce
- Téma práce:** Management a řešení stresových situací u pracovníků v urgentní medicíně
- Název práce:** Management a řešení stresových situací u pracovníků v urgentní medicíně
- Název práce v AJ:** Management and dealing with stressful situation in emergency departments
- Datum zadání:** 31. 1. 2021
- Datum odevzdání:** 5.5. 2023
- VŠ, fakulta, ústav:** Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Ústav zdravotnického managementu a ochrany veřejného zdraví
- Autor práce:** Bc. Barbora Bartošová
- Vedoucí práce:** Mgr. Veronika Koutná
- Oponent práce:**

Abstrakt v ČJ: Hlavním cílem této diplomové práce je zmapovat výskyt stresových situací v urgentní medicíně a zjistit, jakým způsobem zdravotníci urgentní medicíny subjektivně hodnotí stres na pracovišti. Cílem je také zjistit možnosti prevence stresových situací, způsoby zmírňování dopadu těchto událostí a management zdravotnických organizací v rámci této problematiky. Ke sběru dat byl použit nestandardizovaný vytvořený dotazník a standardizovaný dotazník Maslach Burnout Inventory (MBI). Výzkum byl prováděn v zařízeních Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje a v Nemocnici Jindřichův Hradec. Výzkumu se účastnilo celkem 90 respondentů. K výzkumu byl připojen polostrukturovaný ústní rozhovor se čtyřmi respondenty, kteří zastávají vedoucí pozici na těchto pracovištích. Byla zjišťována délka praxe v oblasti urgentní medicíny, pracovní pozice, vnímané stresory, míru stresové náročnosti jejich zaměstnání, možnosti poskytované

jejich zaměstnavateli, způsoby provádění prevence proti stresu a jiná data, která pak byla vyhodnocována společně s daty získanými dotazníkem MBI. Výsledkem bylo zjištění, že celkem 16,7 % respondentů vykazuje známky syndromu vyhoření, tyto respondenti výrazně méně aplikují jakékoliv formy prevence proti dopadu stresových situací. Prostor pro zlepšení respondenti shledávají ve změně legislativy, financování zdravotnických zařízení a lepším oceněním (finanční či společenské).

Abstrakt v AJ: The aim of the study is to summarize knowledge about the occurrence of stressful situations in emergency medicine and to find out how emergency medicine workers subjectively assess stress at their workplace. The aim is also to find out the possibilities of preventing stressful situations, ways of mitigating the impact of these events and the management of healthcare organizations within this issue. A non-standardized created questionnaire and a standardized Maslach Burnout Inventory (MBI) questionnaire were used to collect data. The research was applied in the department of the South Bohemian Region Medical Ambulance Service and the Jindřichův Hradec Hospital. A total of 90 respondents took part in the research. The research was accompanied by a semi-structured verbal interview with four respondents who act as managers at these workplaces. The objects of the questionnaire were the length of practice in emergency medicine, job positions, perceived stress, the level of workload of their jobs, options provided by their employers, methods of stress prevention and others. These data were then evaluated together with the data obtained by the MBI questionnaire. The found result was that total of 16,7 % of respondents show signs of the burnout. These respondents significantly less apply forms of prevention against the impact stressful situations. Respondents see possibility for improvement in changes in legislation, financing of healthcare facilities and better valuation (financial or social).

Klíčová slova v ČJ: Urgentní medicína, stresové situace, management stresu, prevence stresu, syndrom vyhoření

Klíčová slova v AJ: emergency medicine, emergency department, stressful situations, stress management, stress prevention, burnout

Rozsah: 95 stran, 9 příloh

Obsah

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1. Vymezení pojmu „stres“.....	9
2. Teorie stresu	10
2.1. Biologická teorie stresu	10
2.2. Psychologická teorie stresu.....	12
2.3. Teorie stresu A. Steinberga a R. F. Ritzmanna.....	12
3. Druhy stresu.....	13
3.1.Dle typu emocí	13
3.1.1. Distres	13
3.1.2. Eustres.....	13
3.2.Dle druhu stresoru a intenzity působení.....	13
3.2.1. Akutní stres	13
3.2.2. Chronický stres	13
3.2.3. Posttraumatický stres	14
4. Příznaky stresu.....	14
4.1. Projevy stresu v kognitivní oblasti.....	14
4.2. Projevy stresu v emocionální oblasti	15
4.3. Projevy stresu v behaviorální oblasti	15
4.4. Projevy stresu ve fyziologické oblasti	16
4.5. Obranné mechanismy	16
5. Diagnostikování stresu	16
5.1. Fyziologické metody diagnostikování stresu.....	16
5.2. Psychologické metody diagnostikování stresu	17
5.3. Zjišťování těžkých životních událostí.....	17
5.4. Diagnostikování drobných každodenních starostí	18
6. Vliv stresu na zdravotní stav	19
7. Faktory ovlivňující míru stresu.....	19
8. Stresory.....	20
Zaměstnání	21
Hluk.....	21

Spánek	22
Vztahy mezi lidmi	22
Obavy z kriminálních činů	22
9. Stress management	23
9.1. Cíle stress managementu:	23
9.2. Pojem „coping“	23
9.3. Osobnostní faktory důležité pro zvládání zátěžových situací.....	24
9.4. Strategie copingu	27
9.4.1. Pět „R“	27
9.4.2. Strategie aktivní (ofenzivní) a pasivní (defenzivní).....	28
9.4.3. Strategie zaměřená na řešení problému	28
9.4.4. Strategie zaměřená na zvládnutí emocí.....	28
9.4.5. Pozitivní a negativní copingové strategie	29
9.4.6. Singulární strategie	30
9.4.7. Malcoping	31
10. Prevence stresu	31
10.1. Primární prevence	31
10.2. Sekundární prevence	32
10.3. Terciární prevence	32
11. Urgentní medicína	33
12. Stresové faktory ve zdravotnictví.....	33
13. Stresové rizikové faktory zdravotnické záchranné služby	34
14. Pracovní stres	34
15. Akutní reakce na stres	35
16. Posttraumatická stresová porucha	36
17. Syndrom vyhoření	37
17.1. Pojem syndrom vyhoření	37
17.2. Příznaky syndromu vyhoření	37
17.3. Rizikové faktory	37
17.4. Diagnostika syndromu vyhoření.....	38
17.5. Pomoc a léčba	38
18. Management pracovišť v dané oblasti.....	39
18.1. Povinnosti zaměstnavatele	39

18.2. Management prevence stresu v pracovní organizaci	39
18.3. Management syndromu vyhoření na pracovištích	40
VÝZKUMNÁ ČÁST	41
Výzkumné cíle.....	41
Metodika výzkumu.....	42
Realizace výzkumu	42
Charakteristika výzkumného souboru.....	43
Zpracování dat.....	43
Výsledky výzkumu.....	44
Interpretace výsledků nestandardizovaného dotazníku.....	44
Interpretace výsledků standardizovaného dotazníku MBI.....	59
Rozhovor s pracovníky v managementu	65
DISKUZE.....	67
ZÁVĚR.....	71
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	73
SEZNAM ZKRATEK.....	78
PŘÍLOHY	79
Příloha č. 1 - Test – Skóre vulnerability vůči stresu	79
Příloha č. 2.....	80
Příloha č.3.....	85
Příloha č. 4.....	86
Příloha č. 5.....	87
Příloha č. 6.....	88
Příloha č. 7.....	89
Příloha č.8.....	91
Příloha č. 9 - Korelační koeficienty zkoumaných dat	93

ÚVOD

Každé povolání v oblasti zdravotnictví je stresově velmi náročné, jelikož je to pomáhající profese a zdravotníci jsou svědky mnoha rozmanitých situací, ať už úmrtí, sdělování tragických zpráv, dopravních nehod, či kontakt s osobami pod vlivem nejrůznějších látek. Těchto situací – tzv. stresorů, je mnohem větší množství. Všechny se ovšem promítají na psychickém i fyzickém zdraví zdravotníků, neboť problémy somatické mohou být odrazem našeho duševního zdraví a naopak. V prostředí urgentní medicíny jsou nedílnou součástí stresory v podobě především časové tísně, variability prostředí výjezdů, vysoké rychlosti vozu zdravotnické záchranné služby a hrozba autonehody, nonstop poskytování péče, riziko vlastního ohrožení aj.

Stresovou situaci může každý člověk vstřebávat jinak. Míra vlivu stresu je dána osobnostními charakteristikami (např. empatie), ale i sociálními zdroji danými kvalitou i kvantitou interpersonálních vztahů. Vliv stresu je také ovlivněn typem strategie zvládání stresových situací. Každý jedinec se naučil zvládat stres různým způsobem, jenž je dán především zvykem, sociální dědičností a celkovým životním postojem.

Tato diplomová práce se zabývá právě stresovými situacemi v oblasti urgentní medicíny a způsobu managementu zaměstnávající organizace v této problematice. Je totiž důležité zvolit správný přístup jak samotného pracovníka, tak zaměstnavatele ke stresu na pracovišti a být na pozoru co se týče syndromu vyhoření. Diplomová práce má za cíl zmapovat výskyt stresových situací v urgentní medicíně a zjistit, jakým způsobem zdravotníci urgentní medicíny subjektivně hodnotí stres na pracovišti. Cílem je také zjistit možnosti prevence stresových situací a způsoby zmírňování dopadu těchto událostí.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Vymezení pojmu „stres“

Pojem „stres“ pochází z anglického slova *stress*, které překládáme jako tlak, zátěž, nebo také nápor. Tento pojem se objevuje v angličtině zhruba od přelomu 14. a 15. století, kdy byl užíván v souvislosti s pojmy *hardship* (strast, útrapy), *straits* (tíseň, obtížná situace) či *adversity* (protivenství, neštěstí, nepřízeň osudu). Od 17. - 18. století tento pojem částečně nabýval poněkud odlišného významu a začal se objevovat v kontextu fyzikálního tlaku, síly či napětí. Současným způsobem užívání se tedy částečně vracíme k původnímu anglickému kontextu (Kebza, 2005).

Teorii stresu jako první vypracoval Hans Selye, který stres definoval: „Stres je soubor reakcí organismu na vnitřní nebo zevní změny narušující normální chod funkcí organismu, např. psychosomatické funkce, nebo dokonce ohrožující jeho existenci.“ (Selye, 1956).

Podle Kraska-Lüdecke je stres nespecifická obranná reakce (odpověď) organismu na jakýkoliv požadavek (zátěž), kterým byl organismus zatížen (Kraska-Lüdecke, 2007).

Dle R.S. Lazaruse je stres nárok na jednotlivce, jenž přesahuje jeho schopnosti se s nárokem vyrovnat (Lazarus, 2006).

Dle J. Křivohlavého se stresem obvykle rozumí vnitřní stav člověka, který je buď přímo něčím ohrožován, nebo takové ohrožení očekává, a přitom se domnívá, že jeho obrana proti nepříznivým vlivům není dostatečně silná (Křivohlavý, 2006).

Další definicí je, že stres je setrvalá, dlouhodobá tělesná nebo duševní zátěž vznikající v důsledku přehnaně vysokých nároků či škodlivých podnětů. Definic stresu je velké množství, ale všechny mají společný fakt, že vždy dochází k narušení vnitřní rovnováhy člověka (Venglářová, 2011).

Každý jedinec reaguje na stres a stresové situace odlišně, není možné tedy jednoznačně říci, jak se daná stresová situace projeví na konkrétním organismu. To, jak lidé zvládají stres ovlivňuje několik faktorů. Těmi je aktuální stav mysli jedince, věk, fyzická a psychická kondice, dále také zkušenosti s danou situací, či schopnosti jedince přizpůsobit se. Záleží také na druhu stresoru i na délce jeho působení, neboť se se stresem se setkáváme každý den, ať už v práci nebo doma a jde pouze o to, jak náš organismus bude reagovat a jak budeme schopni adaptace (Zacharová, Šimíčková – Čížková, 2011).

2. Teorie stresu

2.1. Biologická teorie stresu

První, kdo přišel s ucelenější koncepcí, která se týkala otázek adaptace a rezistence organismů, byl americký fyziolog Walter Cannon. Ten v roce 1914 přišel s klíčovým termínem tzv. poplachové reakce „fight-or-flight response“, kdy se tělo ve chvíli konfrontace s hrozbou, se připravuje buď na boj nebo na útěk (Greenberg, 2017). Základním poznatkem bylo, že v situaci ohrožení dochází k mobilizaci organismu a tím se zvyšuje činnost sympatického nervového systému, čímž pak dochází k mobilizaci celého organismu. Tento proces má typické fyziologické projevy, kterými je tachykardie, zvýšení srdečního výdeje, mydriáza, hyperglykémie. Díky těmto reakcím je organismus schopný vydat energii při boji nebo při útěku. Tyto projevy jsou protikladem relaxovaného stavu. Cannon je tedy považován za průkopníka studování tzv. sympato-adernálního systému při stresu (Křivohlavý, 2009).

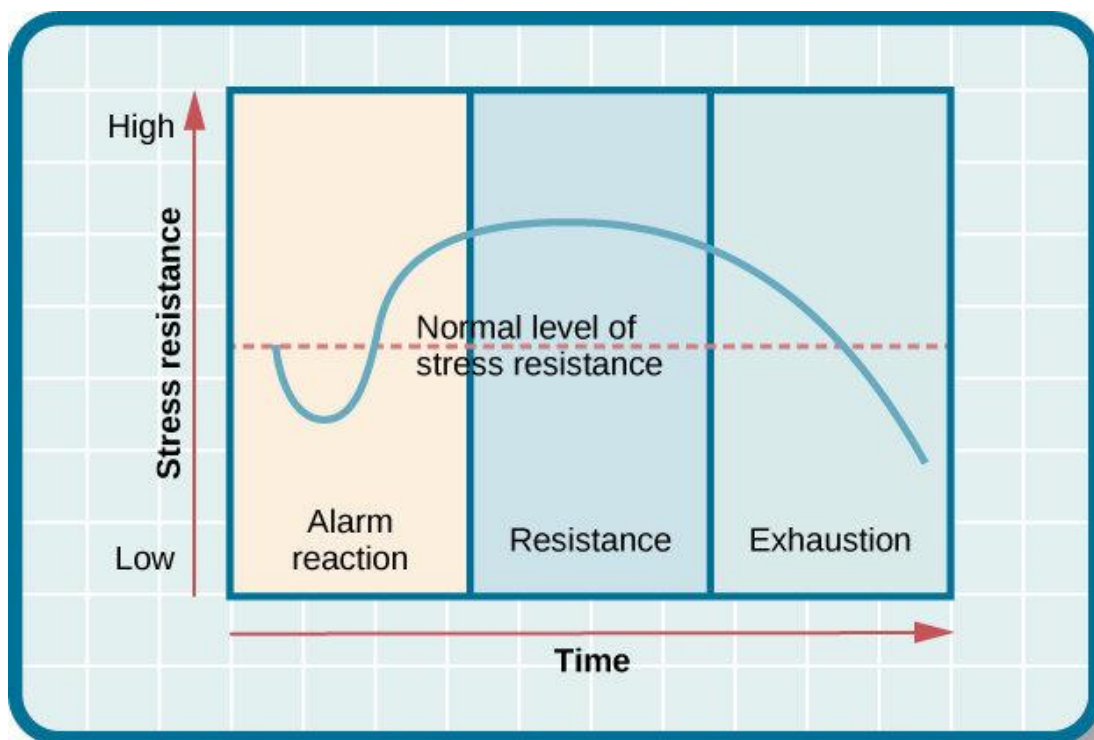
Na sympato-adrenální pojetí stresu Waltera Cannona navázal ve čtyřicátých letech 20. století kanadský endokrinolog Hans Selye, který je pokládán za zakladatele tzv. kortikoidní teorie stresu (Křivohlavý, 2009). Při zkoumání stresových situací se zaměřil na funkci nadledvinek a produkci stresových hormonů. Jeho zásadním zjištěním bylo, že soubor změn fyziologických funkcí ve stresové situaci vykazuje určitou stálost a bez závislosti na druhu zátěže se objevuje stále stejný obraz. Tento stabilní vzorec odpovědi organismu popsal v roce 1936 a pojmenoval jej *Obecným adaptačním syndromem* – general adaptation syndrom (GAS) (Baštecká, Goldmann, 2001).

Obecný adaptační syndrom vzniká kvůli narušení homeostázy organismu a skládá se ze tří fází, jež představují všechny nespecifické změny, ke kterým dochází působením stresu. Ne vždy se však GAS skládá ze těchto tří fází, jelikož v některých případech mohou být stresory tak silné, že vedou rovnou k vyčerpání organismu (Baštecká, Goldmann, 2001).

- 1. Poplachová fáze** – v této fázi organismus při střetu se stresorem aktivuje své obranné možnosti. Dochází k aktivaci sympatického nervového systému, do krevního řečiště se dostává větší množství adrenalinu, zvyšuje se srdeční frekvence, krevní tlak, zrychluje se dýchání, potní žlázy zvyšují exkreci. Tělo je tedy připraveno na reakci „fight-or-flight“. V dnešním civilizovaném světě není tato stresová reakce adekvátní, současný člověk většinou nemá možnost s někým fyzicky bojovat či není kam utéct. A tak stresovou reakcí vzniklá energie, která by měla být spotřebována svalovou činností, zůstává v organismu nezužitkována a předpokládá

se, že právě tento fakt může stát za vznikem stresových onemocnění (Křivohlavý, 2009).

- 2. Fáze rezistence** – samotný boj organismu se stresorem. Z toho vyplývá, že záleží na tom, jak je tento stresor silný a jak bojeschopný je organismus. Při dlouhodobém trvání této fáze se setkáváme s příznaky značící zhoršující se stav organismu – to nazýváme termínem „*nemoci adaptace*“ (žaludeční, či dvanáctníkové vředy, hypertenze, kardiovaskulární onemocnění, bronchiální astma a další) (Křivohlavý, 2009).
- 3. Fáze vyčerpání** – tato fáze je charakteristická aktivací parasymptického systému. V této fázi organismus v boji se stresorem podléhá a hroučí se. Tento stav se projevuje například příznaky deprese a v některých případech i úmrtím (Křivohlavý, 2009).



Obrázek 1- Schéma obecného adaptačního syndromu. Převzato z (Weiser, 2014)

Vedle vysokého uznání byl Hans Selye kritizován, jelikož nebral v úvahu duševní stránku člověka a emoce, přitom boj se stresory je jimi vždy neoddělitelně doprovázen. Dále byl problém, že W. Cannon i H. Selye a jejich práce byla soustředěna na studium chování zvířat

v těžkých životních situacích a výsledky byly zevšeobecnovány jako plně platné pro lidi. A tak se Richard Lazarus ujal úkolu studování specificky lidských forem zvládnání těžkostí. (Křivohlavý, 2009).

2.2. Psychologická teorie stresu

Americký psycholog Richard Lazarus tedy kladl důraz na psychiku člověka, který se dostává do těžké životní situace. Také studoval specifickou lidskou činnost – snahu poznat smysl toho, co se děje, určit odkud nebezpečí přichází, jakou má povahu, co by mohlo člověka ohrozit a jak na to reagovat. Výsledky svého pozorování zformuloval do modelu dvojího zhodnocování situace ohrožení. *Prvotní zhodnocení situace (primary appraisal)* – jedná se o zvážení situace z hlediska ohrožení (zdraví, vlastní existence, vlastní pověsti aj.), kdy je brán v úvahu bral nejen momentální stav ohrožení, ale i možné důsledky situace. *Sekundární zhodnocení (secondary appraisal)* – jedná se o zvážení, co je možné v zátěžové situaci udělat. Jedná se o odhad vlastních možností, reakcí a předpokládaných důsledků chování (Lazarus, Folkman, 1984). V poslední práci R. Lazaruse z roku 1999 se hovoří o třetí fázi – *terciární hodnocení – cognitive reappraisal*. Tou se rozumí přehodnocení situace a účinnosti zvolené strategie. Tato fáze nastupuje obvykle později, kdy osoba na základě nově získaných informací může pozměnit svůj pohled na danou situaci (Komárková, Slaměník, Výrost, 2001).

2.3. Teorie stresu A. Steinberga a R. F. Ritzmanna

Mezi novější koncepce stresu patří univerzalistická teorie stresu A. Steinberga a R. F. Ritzmanna, otevírá totiž prostor pro interdisciplinární integraci poznatků z oblasti biologických, psychologických a sociálních věd. Tito autoři definují stres jako přetížení či podtížení vstupu do živého systému hmotou, energií či informacemi, anebo výstupu z něj. Tímto narušením vnitřní rovnováhy vzniká podle autorů napětí, které vyvolává adaptační pochody, jimiž se systém snaží obnovit homeostázu. O tom, jak stres ovlivňuje fyziologické reakce bude diskutováno v samostatné kapitole (Hladký, 1993).

3. Druhy stresu

3.1. Dle typu emocí

3.1.1. Distres

Distres neboli negativně prožívaný stres, je označení pro psychické i fyziologické reakce organismu na negativní podněty. Pramení velmi často z pocitu přetížení, bezmoci, zoufalosti a ztrát a může vést až k frustraci či deprivaci. K distresu dochází tam, kde se domníváme, že nemáme dostatek sil a možností ke zvládnutí situace, kdy nás něco ohrožuje a není nám emocionálně dobře (Venglářová, 2011).

3.1.2. Eustres

Eustres neboli pozitivní stres je možné chápat jako rozrušení a psychosomatické reakce organismu na výrazně kladné emoční prožitky, či situace, kdy se člověk snaží zvládnout něco, co mu přináší radost, ale vyžaduje to určitou námahu (např. radost z vítězství, z dosaženého cíle či očekávané pozitivní události jako narození dítěte, svatba aj.). Tento stres podněcuje člověka ke zvýšené aktivitě, ale i tak může dojít k přetížení člověka (Kopecká, 2015).

3.2. Dle druhu stresoru a intenzity působení

3.2.1. Akutní stres

Akutní stres je nejčastěji vyvolán takovými událostmi, kdy je ohrožen život. Jedná se o náhlou událost trvající jen krátkou dobu. Projevuje se většinou jak v psychice, tak v narušení některých tělesných funkcí, v jaké míře, to je závislé na závažnosti události, ale také podle typu osobnosti. Při akutním stresu dochází například ke ztrátě paměti, zmatenému jednání, ztuhnutí až po vznik šoku. Šok je provázen sníženým přísunem kyslíku do tkání, zejména do mozku, poruchami krevního oběhu a srdeční činnosti až po ztrátu vědomí (Matoušek, 2003).

3.2.2. Chronický stres

Chronický neboli dlouhodobý stres vzniká působením jednoho anebo více stresorů. Způsobují ho obvykle stresory sociální, fyzikální, ale i jiné a jejich intenzita působení je většinou mírnější a může se v průběhu delší doby měnit, případně se vyskytovat v nepravidelných intervalech. Nejčastěji se chronický stres projevuje pocity úzkosti, napětím,

podrážděností, nepřiměřenými reakcemi na běžné situace, únavou, vyčerpaností a dalšími tělesnými potížemi jako jsou bolesti hlavy, bušení srdce, svalové napětí, závratě a poruchy spánku. Tento druh stresu se spojuje hlavně se stresem na pracovišti (Matoušek, 2003). Tento druh stresu lze nazývat také stresem prodlužovaným (protrahovaným) a čím déle trvá, tím je větší pravděpodobnost výskytu psychosomatického onemocnění (Hartl, Hartlová, 2015).

3.2.3. Posttraumatický stres

Označuje se také jako posttraumatická porucha nebo lze použít termín stres následný. Jedná se o opožděnou reakci na stresovou situaci, která většinou trvá krátkou dobu, avšak je velmi intenzivního, hrozivého až katastrofického charakteru se závažnými následky. Posttraumatický stres provází různé negativní emoce – jako jsou pocity úzkosti, deprese, psychické napětí. Jejich intenzita kolísá a projevuje se v nepravidelných časových úsecích (reminiscence). Posttraumatický stres také bývá provázen pocity marnosti, bezvýchodnosti, ztrátou sebedůvěry a obavami z budoucnosti. Osoby s posttraumatickou poruchou se často vyhýbají místům či objektům, které jim připomínají prožité trauma. Mnoho osob se s ním nedokáže vyrovnat ani po delší době (Praško, 2003).

4. Příznaky stresu

Podle Praška a Praškové (2001) se stres projevuje zejména ve čtyřech úrovních, které se navzájem ovlivňují.

4.1. Projevy stresu v kognitivní oblasti

V této oblasti hovoříme o kaskádách automatických negativních myšlenek či katastrofických představách, které zvyšují napětí a vedou k neúčelné aktivitě, případně k rezistenci. Myšlenky plné obav obvykle následují po určitém spouštěči a člověk nad těmito myšlenkami nemá rozumovou kontrolu. Tyto myšlenky mají podobu tvrzení typu: „To nezvládnou“, „Nemá cenu se do toho pouštět“, „Nikdy se mi nic nepodařilo“ aj. (Praško, Prašková, 2001).

Příznaky prožívaného stresu v této oblasti jsou tedy zhoršené myšlení, snížená myšlenková plynulost, produkce negativních myšlenek, pokles pozornosti, nerozhodnost, snížená sebejistota, celkový pokles psychické výkonnosti a zhoršená koordinace všech kognitivních funkcí (Švingalová, 2006).

4.2. Projevy stresu v emocionální oblasti

Charakteristickými emocionálními projevy souvisejícími se stresem jsou především strach, úzkost, vztek a agrese. Strach i vztek v podstatě signalizují nebezpečí, jsou spouštěčem mechanismu celkové reakce organismu na dané ohrožení. Strach je emocionální odpověď na obecnou hrozbu, a je velmi subjektivní reakcí na subjektivní hodnocení určitého podnětu. Blokuje kognitivní funkce a narušuje svalovou činnost zvýšením tvorby kyseliny mléčné a interferencí při využití kyslíku a glukózy ve svalovém metabolismu. K dalším příznakům strachu patří pilomotorická reakce (tzv. husí kůže), pupilární reflex (rozšíření zornic), zblednutí, zveličování nebezpečí, narušení probíhající aktivity apod. Úzkost se od strachu odlišuje bezpředmětností a nekonkrétností. K projevům úzkosti patří např. psychomotorický neklid, pocity bezmocnosti, poruchy hodnocení, obsese (nutkavé představy o ohrožení) a somatické potíže (Praško, Prašková, 2001).

Vztek je emoce provázená aktivací organismu z důvodu svého spojení s útokem (agresí) proti překážce a pokud se jedná o překážku sociální, také s postoji a pocity nepřátelství (hostility). Toto spojení vzteku a agrese je biologicky účelné, protože útok vyžaduje zvýšený výdej energie, a tu opatřuje právě vztek spojený s agresí. Vztek je doprovázen zvýšeným svalovým napětím a zvýšenou motorickou aktivitou. Zrychluje se dýchání a tlukot srdce, snižuje se peristaltika střev a sekrece žaludečních šťáv (Nakonečný, 2005).

Dalšími emocionálními projevy stresu jsou výrazné a rychlé změny nálady, nadměrné trápení se s věcmi, které nemají takovou důležitost, neschopnost projevit empatii, omezení kontaktu s druhými lidmi, nadměrné pocity únavy, obtíže se soustředěním, zvýšená podrážděnost a úzkost (Křivohlavý, 1994).

4.3. Projevy stresu v behaviorální oblasti

Mezi projevy stresu v chování řadíme *zabezpečování*, čímž rozumíme snahu zajistit se před nepříjemnými prožitky (např. požití uklidňujícího léku, požití alkoholu, přesunutí problému na jinou osobu. Dalším projevem je vyhýbání se, projevy agrese, nervózní chování (např. okusování nehtů, uhýbání pohledem, pohrávání si s předměty apod.) (Praško, Prašková, 2001). Dále se uvádí nerozhodnost, nespavost či naopak nadměrná spavost – změněný denní životní rytmus (problémy s usínáním, dlouhé noční bdění, pozdní vstávání, pocit velké únavy), snížení sexuální výkonnosti, snížená výkonnost v práci, apatie, projevy zkratkovitého jednání, roztržitost, zvýšená konzumace návykových látek, přejídání či nechutenství, neschopnost

se psychicky i fyzicky uvolnit. V krajním případě může docházet k sebepoškozujícím tendencím až k suicidálnímu jednání (sebedestruktivní stresová reakce) (Hošek, 1999).

4.4. Projevy stresu ve fyziologické oblasti

Mezi fyziologické symptomy stresu se řadí palpitace (vnímání zrychlené, nepravidelné či silnější činnosti srdce), stenokardie (bolest a sevření za hrudní kostí), dýchací potíže, bolesti hlavy, migrény, nechutenství, plynatost, křečovitě bolesti břicha, nauzea, zvracení, průjem nebo zácpa. Dále časté nucení k močení, impotence, snížení libida, změny menstruačního cyklu, podivné pocity v končetinách, napětí a bolesti krční páteře, exantém – vyrážka v obličeji, nepříjemné pocity v krku, dvojitě vidění, svalový třes, pocení, či záškuby v obličeji (Křivohlavý, 1994).

4.5. Obranné mechanismy

Obranné mechanismy jsou přirozenou reakcí jedince na působení stresu. Tyto mechanismy působí na vědomé úrovni a slouží k obraně ohroženého sebepojetí člověka, jež je ohroženo úzkostí vzniklou vlivem stresu (Mlčák, 2005).

5. Diagnostikování stresu

Metody pro diagnostikování měření stresu je podle Křivohlavého (2009) možné rozdělit do několika skupin:

- využití poznatků o fyziologických a biomedicínských příznacích stresu;
- využití dotazníků zaměřených na zjišťování psychologických charakteristik příznaků stresu;
- využití dotazníků zaměřených na těžké životní události;
- využití dotazníků zaměřených na každodenní starosti.

5.1. Fyziologické metody diagnostikování stresu

Z fyziologických metod se nejčastěji používají údaje o katecholaminech v moči při biochemickém vyšetření. Jedná se tedy o využití poznatků, k nimž došel ve svých studiích Cannon (1932). Dále je možné využít příznaku distresu prokázaných H. Selyem – adrenokortikálních změn, zvláště sekrece kortikosteroidů. Dále lze posuzovat fyziologické příznaky stresu jako celý soubor. V praxi se jedná o údaje krevního tlaku, frekvence tepu, údaje

o dýchání (hloubka a frekvence), galvanické kožní reakce. Ačkoliv se jedná o důležité údaje, zdrojem stresu pro vyšetřovanou osobu může být jejich samotné snímání. (Křivohlavý, 2009).

5.2. Psychologické metody diagnostikování stresu

V případě psychologických metod se jedná zejména o pozorování chování vyšetřované osoby, avšak nejedná se o standardizovanou metodu. Dále se setkáváme s dotazníky například WHO (Světové zdravotnické organizace), které se zabývají již výše zmíněnými emocionálními, kognitivními, fyziologickými a behaviorálními příznaky stresu. Dotazníků zaměřených ke zjišťování stresového stavu však existuje mnoho (Křivohlavý, 2009).

5.3. Zjišťování těžkých životních událostí

Na základě výzkumu amerických psychologů Rahea a Holmesa z roku 1967 byla vytvořena stupnice (škála) těžkých životních situací, která obsahuje celkem 43 situací seřazených od poměrně nejtěžší situace (ta má 100 bodů) po relativně nejlehčí (11 bodů). Pro ilustraci situace ohodnocena 100 body je úmrtí partnera či partnerky, rozvod je ohodnocen 73 body, odchod do vězení 63 body a jako nejméně ohodnocená situace (11 bodů) jsou považované drobné právní přestupky (nezaplacení parkovného, rušení nočního klidu apod.). Předpokládalo se, že pokud jedinec „nasbírá“ během posledních dvanácti měsíců 150 - 300 bodů, představuje to výraznou psychickou zátěž, která může ovlivnit jeho celkový zdravotní stav. Při hodnotách vyšších než 300 jsou téměř jisté nepříznivé zdravotní důsledky. (viz tabulka č.1) Tato stupnice byla ovšem kritizována pro svou obecnost, jelikož rozvod může být pro každého jedince z daného páru naprosto odlišnou záležitostí – pro jednoho srdcervoucí a pro druhého relativně šťastnou. A tak Holmes a Rahe v roce 1974 sestavili Stupnici sociálního přizpůsobení (SRRS – Social Readjustment Rating Scale) po zjišťování těžkých životních situací u více jak pěti tisíc lidí, přičemž závažnost těchto těžkých životních situací byla poté hodnocena skupinou expertů. (Holmes, Rahe, 1967). Další metodou je metodika zvaná PERI – Psychiatric Epidemiology Research Interview neboli Výzkumný dotazník zrodu psychiatrických obtíží (Dohrenwend et al. 1982). Existuje například i dotazník zaměřený čistě na vysokoškolské studenty – USQ – Undergraduate Stress Questionnaire (Crandal et al. 1992), který obsahuje 83 otázek týkajících se poslouchání nudných či naopak velice těžkých přednášek, přípravy na zkoušku a vlastní zkoušení (Křivohlavý, 2009).

Tabulka 1 - Škála životních událostí

Životní událost	hodnota	Životní událost	hodnota
Smrt partnera	100	Změna odpovědnosti v zaměstnání	29
Rozvod	73	Odchod syna nebo dcery z domu	29
Rozchod manželů	65	Problémy s příbuznými ze strany partnera	29
Uvěznění, výkon trestu, odnětí svobody	63	Vynikající osobní úspěch	28
Smrt blízkého příbuzného	63	Manželka začala nebo přestala pracovat	26
Vlastní zranění, nebo nemoc	53	Zahájení nebo ukončení studia	26
Sňatek	50	Změna životních podmínek	25
Výpověď z práce	47	Změna osobních zvyků	24
Smiřeni manželů	45	Problémy s nadřízenými	23
Odchod do penze	45	Změna bydliště	20
Onemocnění rodinného příslušníka	44	Změna školy	20
Těhotenství	40	Změna rekreace	19
Sexuální potíže	39	Změna náboženských aktivit	19
Přirůstek nového člena do rodiny	39	Změna společenských aktivit	18
Změna zaměstnání	39	Změna spánkových návyků	16
Změna finanční situace	38	Změna stravovacích návyků	15
Smrt blízkého přítele	37	Dovolená	13
Změna pracovního zaměření	36	Vánoce	12
Zabavení zastaveného majetku	30	Drobné porušení zákona	11

5.4. Diagnostikování drobných každodenních starostí

V této oblasti je popsán dotazník, ve kterém je kladen důraz na subjektivní hodnocení jak těžkostí prožívané situace, tak vlastních zdrojů – schopností danou situaci řešit. Dotazník se nazývá HS – Hassles Scale – kdy termín „hassles“ je překládán jako „starosti, potíže, každodenní těžkosti, hádky, spory, zmatky“. Zavedl je R. Lazarus, obsahuje 117 položek a dotazuje se na věci, které lidi uvádějí do napětí, dráždí je, trápí, frustrují aj. Tento dotazník byl ovšem kritizován, poněvadž obsahuje dotazy, jež mohou být interpretovány, jak jako důsledky, tak jako zdroje stresu. Vznikly tak další dva dotazníky. SRLE – Survey of Recent Life Experiences (Přehled nedávných životních zkušeností – Kohn a Macdonald, 1992), kdy se tento dotazník skládá z 51 položek zaměřených na události ze života, a ne na zážitky napětí a stresu, a dotazník obdobného charakteru zvaný ICSRLE – The Inventory of College Students' Recent Life Experiences (Přehled událostí v životě studentů). Kladem tohoto dotazníku je skutečnost, že se již podařilo prokázat jeho významný vztah ke zdravotnímu stavu studentů (Brannon, Feist, 1997).

6. Vliv stresu na zdravotní stav

Přímým účinkem stresu na zdravotní stav jedince se rozumí obvykle jeho vliv na imunitní, endokrinní nebo nervový systém. Nepřímým vlivem stresu na zdravotní stav se rozumí vliv stresu na chování člověka- např. na změnu jeho životního stylu, tj. na jeho zdravotně důležité formy a způsoby života (Křivohlavý, 2001).

Behaviorální studie popisují vliv chronického stresu a depresivního ladění na klíčové mechanismy zánětlivého procesu. Deprese a chronický stres působí nepříznivě na aktivitu parasymptiku, jenž umožňuje souhru mezi mozkiem a trávením, a inervuje tkáně podílející se na trávení, absorpci a metabolismu nutrientů. Chronický stres tedy působí prozánětlivě, podporuje imunitní deregulaci, oslabuje protilátkovou odpověď na vakcinaci, zpomaluje hojení ran a potlačuje buněčnou imunitu (Christian, 2012). Prozánětlivé nastavení imunity je patogenetickým mechanismem, společným pro řadu komplexních chorob (kardiovaskulární onemocnění, metabolické a autoimunitní poruchy, obezita, nádory, deprese aj.) a obecně pro degenerativní proces a stárnutí (Kemeny, 2009).

7. Faktory ovlivňující míru stresu

Každý jedinec má různorodé reakce na stres, existuje u nich individuální variabilita. Vliv může mít vrozená reaktivita nervového systému, ale také další osobnostní charakteristiky, které určují psychologický stresový práh a stresovou toleranci. Existují některé faktory ovlivňující, v jaké míře situace způsobí stres na jedince.

Těmito faktory je například míra **traumatičnosti události**. Mluvíme o mimořádně nebezpečných situacích, které se vymykají běžné lidské zkušenosti (například přírodní katastrofy, vážné nehody, fyzické útoky, katastrofy způsobené člověkem aj.). V těchto případech je bezprostřední reakce jedinců velmi odlišná právě v závislosti na druhu a závažnosti katastrofy. Obecný vzorec chování je ale u všech stejný – jedná se o tzv. katastrofický syndrom. V první fázi tohoto syndromu jsou jedinci ohromeni, omráčeni, nemusí si uvědomovat svá zranění či hrozící nebezpečí. Druhou fází je fáze pasivity a neschopnosti začít sám od sebe jednat. Ve třetí fázi oběti začínají pociťovat úzkosti a obavy, obtížně se soustředí a neustále mají potřebu vyprávět, jak ke katastrofě došlo (Atkinsonová et al., 1995).

Dalším faktorem je **neovlivnitelnost události**. Čím více je situace neovlivnitelná, tím spíše je vnímána jako stresová. Situace, jež nelze ovlivnit, jsou například smrt blízkého, ztráta zaměstnání, zranění či nemoc. Příčina stresu v tomto případě je to, že tyto situace

nemůžeme mít pod kontrolou, nemůžeme jim zabránit, řídit je apod. Má-li jedinec možnost ovlivnit průběh události, snižuje to jeho míru stresu (Atkinsonová et al., 1995).

Nepředvídatelnost situace je dalším faktorem, který ovlivňuje, jak moc stresově bude situace na jedince působit. Při možnosti předvídat výskyt stresové události (byť může být neovlivnitelná), se snižuje intenzita působícího stresu. Je to zřejmě dáno možností spustit přípravný proces na tento stres (dopravní nehoda x dlouhodobě se vyvíjející nemoc) (Atkinsonová et al., 1995).

Dalším faktorem jsou hranice našich schopností, psychofyzická odolnost organismu a jeho adaptační schopnost, dále vlastní interpretace situace, subjektivní zhodnocení, respektive kognitivní a emoční zpracování situace, míra sebedůvěry ve vlastní schopnosti vyřešit stresovou situaci, míra sociální opory, aktuální psychický stav a vnitřní konflikty, osobnostní dispozice a osobnostní charakteristiky (temperament), druh, intenzita a délka trvání stresoru (Švingalová, 2006).

8. Stresory

Stresory jsou spouštěče neboli podněty, které vyvolávají stresovou reakci organismu. Existují stresory fyzikální, jako je námaha, teplo, chlad, trauma, infekce, anebo psychologické stresory, jako je strach, úzkost, sociální porážka, zklamání a někdy dokonce i intenzivní radost (McEwan, Stellar, 1994).

Mezi fyzikální faktory v zaměstnání zdravotníků patří například působení rentgenového záření, zátěž při aplikaci cytostatik, hluk, nepravidelné stravování, nepravidelný biologický rytmus, přetěžování páteře aj. Jako psychologické faktory ve zdravotnictví, a hlavně na poli urgentní medicíny jsou považovány velké pracovní nároky, časová tíseň, odpovědnost za pacienty aj. (Venglářová, 2011).

Podle Křivohlavého (1998) je stres definovaný působením dvou protikladných sil. Na jedné straně stojí stresor, čili něco, co je pro nás velkou zátěží, na druhé straně je soubor tzv. salutorů. Tímto pojmem míní soubor našich obranných schopností, jak zvládat těžkosti. Za salutory můžeme považovat například pochvalu za vykonanou práci, nebo naši vnitřní motivaci dokončit danou práci.

Salutory si musíme vyhledávat a vytvářet sami, zatímco stresory jsou všude kolem nás. Jsou-li tyto schopnosti vyrovnané, neděje se nic zlého. Převažují-li stresory, dochází ke stresu.

Přesahuje-li pak tento nepoměr zvládnutelnou hranici, dochází k distresu, který je patologický (Venglářová, 2011).

Nejčastějšími stresogenními faktory v dětství jsou hospitalizace, špatný školní prospěch, šikana od vrstevníků, dysfunkční rodina, úmrtí v rodině, zneužívání, týrání aj. (Ayers, Baum, McManus, 2007).

V následující části si představíme podrobněji některé skupiny stresorů, se kterými se jedinec setká v dospělosti.

Zaměstnání

Bylo zjištěno, že vysoká míra požadavků kladených na člověka kombinovaná s malou mírou možností řídit běh dění vede v práci ke stresu. Kromě aspektu požadavků v práci, je důležité zmínit i vzájemné vztahy mezi lidmi na pracovišti. Bylo zjištěno, že tento aspekt ovlivňuje intenzitu stresu, jak v kladném, tak v záporném smyslu slova. V kladném smyslu je to například sociální opora a dobré vzájemné vztahy, v záporném to pak jsou konflikt a vztahy napjaté (Křivohlavý, 2009).

Přetížení z množství práce je také závažný stresor na pracovišti. Rozumíme tím situaci, kdy množství práce, kterou má daný pracovník vykonat, je vyšší, než je tento jedinec schopen vykonat za čas, který k tomu má k dispozici. O závažnosti této situaci nelze pochybovat, například v Japonsku existuje zákon, který uznává pracovní přetížení (overload) jako důvod přiznání odškodného. Podobně je tomu i u nás, např. nemoc z povolání různého charakteru. Je nutné brát v úvahu individualitu každého jedince. Co je pro jednoho nadměrné, pro druhého může být v mezích normálu (Křivohlavý, 2009).

Hluk

Hluk je stresorem nejen na pracovišti, ale také v osobním životě. Studie zjistily, že pobyt osob v hlučném prostředí způsobuje negativní následky jako je zvýšená nespavost, bolesti hlavy, zvracení, žaludeční vředy, hypertenze, náladovost atd. Při hodnocení vlivu hluku na stres u lidí hluku vystavených lze použít definici Brannona a Feista (1997): „Za hluk je třeba považovat ten zvuk, který daná osoba nechce poslouchat.“ (Brannon, Feist, 1997)

Spánek

Je zjištěno, že nedostatek spánku je závažný stresor. Ukazuje se, že nedostatek spánku vede k nadměrným pocitům únavy, těžkostem v rozhodování, úzkostem, a nejen že nedostatek spánku může být příčinou stresu., ale že i stres může způsobovat poruchy spánku. Vzhledem k předmětu této diplomové práce je podstatné zmínit negativní ovlivnění spánku směnností práce (Křivohlavý, 2009).

Vztahy mezi lidmi

V běžném životě jsou nejčastějšími stresory v této oblasti vyplývající ze vztahů v rodině či zaměstnání. Gottman v roce 1991 zjistil, že míra stresu u žen je podstatně vyšší v případě, kdy se oba manželé či partneři nepodílí „spravedlivě“ na práci v domácnosti (Křivohlavý, 2009).

Obavy z kriminálních činů

Bylo zjištěno, že osoby, jež se obávali napadení, zranění či znásilnění, měly vyšší míru zdravotních potíží. Taktéž osoby, jež bydlely v oblastech se zvýšenou kriminalitou, prokazovaly zvýšenou míru projevů charakterizující stresový stav (Křivohlavý, 2009).

Většina stresorů zahrnuje jak fyzické, tak psychické komponenty, jež se překrývají, a tak je obtížné je v rámci analýzy separovat. Pro to je vhodná klasifikace psychologických stresorů:

- *katastrofické životní události* – mají nejzávažnější vliv na zdraví jedince;
- *chronické stresory* – dlouhodobé stresory;
- *běžné každodenní starosti* – zdánlivě nepodstatné každodenní události, mohou však ovlivňovat jedince svým kumulovaným efektem;
- *životní změny a napětí* – tyto situace vytváří nároky, kterým se jedinci musí přizpůsobovat.

Lze tedy říci, že určitá úroveň stresu je nezbytná pro růst duševní a fyzické výkonnosti a odolnosti (Mikšík, 2009).

Je důležité zmínit, že povaha stresorů se v naší společnosti, jež se dynamicky rozvíjí, velmi změnila, výrazně ubylo situací, které jedinec řešil bojem či útekem. Zatímco psychofyzilogická výbava, podněcující tento způsob reakce, se v průběhu vývoje

lidské společnosti změnila minimálně, povaha lidské společnosti a života v ní se změnila zásadním způsobem. V dnešní době nebylo stresorů, ale změnila se jejich povaha. Mnohem častěji se objevují stresory způsobující psychosociální stres, tj. stres založený na nadměrných požadavcích na výkon, výkon omezený časem atd. (Kebza, 2005).

9. Stress management

Stres management je soubor metod a technik, které pomáhají vypořádat se se stresem a zátěžovými situacemi. Výsledkem dobře provedeného stress managementu je předcházení stresu (Bedrnová, 2009).

9.1. Cíle stress managementu:

- **Sebepoznání**, kdy je potřeba uvědomit si, jak se běžně se stresem vypořádáváme a jaké to má důsledky. Pochopit kvůli kterým faktorům stres vzniká, jakou má délku trvání a intenzitu. Cílem je také pochopit smysl a význam naší odolnosti, citlivosti, emocí a růstu. Uvědomit si potřebu osobního rozvoje, rozpoznat a překonávat bariéry růstu a také poznat různé přístupy a postoje k náročným a obtížným situacím.
- **Rozvinutí techniky emoční inteligence**, čímž se rozumí poznání pojmů, zákonitostí a principů emoční inteligence. Také nacvičení techniky soustředění, úlevy, relaxace (propojení „mysl a tělo“). Dále umět mobilizovat svou kreativní energii, umět překonat špatné vzpomínky, a naopak uchovat a vizualizovat si příjemné zážitky. Podstatné je uvědomit si možnost změny nevyhovujících návyků a umět v sobě netlumit negativní energii, naopak ji umět ventilovat ven bezpečným způsobem.
- **Péče o dlouhodobou výkonnost**, kdy je nutné uvědomit si svou výkonnost, stáří, zdraví a psychickou pohodu, pochopit, které aspekty ovlivňují naši kondici a najít postupy pro jednoduchou, příjemnou, a hlavně funkční péči o naši dlouhodobou výkonnost (Clegg, 2005).

9.2. Pojem „coping“

Problematika zvládání stresu (čelení) se nazývá také *coping*. Tento termín je převzatý z anglického jazyka a znamená umět si poradit a vypořádat se s mimořádně obtížnou, téměř nezvladatelnou situací. Klasickou definicí pro zvládání stresu dle R. S. Lazaruse (1966) je: „Zvládáním se rozumí proces řízení vnějších i vnitřních faktorů, které jsou člověkem ve stresu

hodnoceny jako ohrožující jeho zdroje.“ V jiné definici R.S. Lazarus uvádí: „*Jádrem zvládnání je využívání snah (jak intrapsychických, tak typu určité aktivity) řídit (monitorovat, ovládnout, minimalizovat, zmenšovat, tolerovat) vnitřní či vnější požadavky, které těžce doléhají na člověka (a konflikty mezi nimi). Jedná se zde o požadavky mimořádně vysoké, které člověka značně namáhají, zatěžují, či převyšují zdroje, které má osoba k dispozici.*“. Od těchto snah je zapotřebí odlišit tzv. zvládací reakce (coping reactions), které jsou vrozené. Probíhají automaticky, bez účasti našeho vědomí. Kladem této definice je fakt, že bere v potaz jak požadavky kladené na člověka, tak zdroje jeho sil. Tato definice zvládnání klade důraz na 4 skutečnosti:

1. Coping není jednorázová záležitost. Jedná se o dynamický proces.
2. Coping není automatickou reakcí.
3. Coping vyžaduje určitou vědomou snahu a námahu jednající osoby.
4. Coping je snahou řídit dění – stress management (Křivohlavý, 2009).

Copingové strategie jsou tudíž procesy, kterými se člověk snaží vyrovnat se se zátěžovými situacemi. Dle R. S. Lazaruse mohou být adaptivní (tzn. vedou k redukci napětí), nebo maladaptivní (že stres se nemírní, naopak může dojít k jeho navýšení) (Baštecká, Goldmann, 2001).

Výrost a Slaměník (2001) definují coping jako „*kognitivní a behaviorální úsilí vynaložené na zvládnutí, tolerování nebo redukování požadavků, které zatěžují nebo převyšují psychické zdroje osoby*“.

Křivohlavý (1994) rozlišuje *coping* a *adaptaci*. Oba pojmy se vztahují k aktivitě člověka v těžké situaci. Adaptace se považuje za reakci při relativně normální zátěži. Coping oproti tomu se chápe jako vyrovnávání se s nadlimitní zátěží. Nadlimitní ve smyslu intenzity i ve smyslu délky trvání (takto definovanou zátěž označuje jako *distres*). Pojem coping v tomto smyslu nevyjadřuje jen schopnost umět se vypořádat s určitou obtížnou situací, ale také schopnost zápasit s velice krutým a zákeřným nepřítelem.

9.3. Osobnostní faktory důležité pro zvládnání zátěžových situací

Jedním z faktorů je **vulnerabilita**. Vulnerabilitu lze chápat jako psychickou zranitelnost daného jedince. Důsledkem vlivů stresorů a sním souvisejícím navozením prožitku nízké či nulové kontroly nad vývojem situace, bezmoci a beznaděje se může na psychické úrovni zvýšit vulnerabilita jedince vůči některým duševním a pravděpodobně i tělesným chorobám

(Kebza, 2005). Míru zranitelnosti stresem je možné posoudit dotazníkem: Skóre vulnerability vůči stresu (viz. příloha č. 1).

Dalším faktorem ovlivňující zvládání stresu je **odolnost (nezdolnost – hardiness)**. Hardiness je struktura dovedností a postupů, které poskytují dostatek odvahy a strategie k proměnění stresových podmínek od potencionálních katastrof k příležitostem k růstu (Maddi, 2007). Je to důležitá osobnostní charakteristika ovlivňující vztah mezi stresem a zdravím. Nezdolní lidé věří, že mají kontrolu nad událostmi, jež prožívají, cítí se k nim zavázáni a vnímají toto měnící se prostředí jako příležitost k jejich růstu (Kobasa, 1979). Tím navazujeme na složky, které jsou navzájem propojené a napomáhají nezdolnému zvládnutí zátěžové situace. Jedná se o *oddanost, závazek* – jde o určité přesvědčení, do jaké míry se jedinec ztotožňuje s tím, co dělá, co považuje za odpovědné. Další složkou je *zvládnutelnost, kontrola* – čímž se rozumí kontrola nad tím, co se děje, schopnost řídit průběh událostí. A jako poslední složkou je *výzva* – chápání životních úkolů jako výzev, které mohou umocňovat adaptační schopnosti. Na základě těchto poznatků byl definován osobnostní typ, nazývaný jako *hardy personality – vytrvalá nezdolná osobnost*. Pro tento typ osobnosti je charakteristický nízký tlak, nízká nemocnost, nízká hladina triglyceridů, bezstarostná osobnost, malý psychologický stres. Osoba je aktivně zapojena do života, věří, že za své jednání je odpovědný, má kontrolu nad svým životem a změnu chápe jako součást života. Tito jedinci pod tlakem prospívají (Kobasa, 1982), mají jasnou představu o svých cílech a schopnostech a objevuje se u nich tendence adaptovat se svému okolí cílevědomě (Mohapl, 1992).

Dalším důležitým faktorem je **přístup člověka k těžkostem**. Typ lidí, kteří, když se postaví k problému, tak vychází ze sebe, z vlastních zkušeností, z možností, dovedností a ze své vlastní iniciativy a chuti „jít do boje“, se označuje „lidé s interním locus of control“ (LOC) - interním – vnitřním – čili s osobním ohniskem řízení vlastní činnosti. Na druhé straně jsou lidé, kteří vycházejí z toho, co je před nimi a domnívají se, že těžká situace se vyřeší sama (díky osudu, či štěstí/smůly, či změny okolnosti). Iniciativa tedy podle nich nevychází z nich samotných, ale ze situace, ve které jsou. Označují se „lidé s externím LOC“ – externí – vnější – mimo daného člověka. Někde mezi těmito dvěma extrémy se nachází každý z nás (Křivohlavý, 2009).

Smysl pro integritu (sence of coherence – SOC) je dalším faktorem, který ovlivňuje coping. Ten je definován třemi základními aspekty (dle A. Antonovsky, 1979) – *srozumitelností, smysluplností a zvládnutelností*. *Srozumitelnost (comprehensibility)* je kognitivní stránka SOC a jde o způsob chápání světa, věcí i lidí jako toho, co je logicky

pochopitelné. Osoba vidí nejen určitý výsek situace, ale celkový obraz světa, a to jí umožňuje chápat funkci i hodnotu věcí, lidí i sebe sama ve světě. V tomto obrazu poznává určitý řád, jehož existenci chápe jako něco, na co se může spolehnout. Díky tomu se dá budoucnost do jisté míry předvídat. *Smysluplnost (meaningfulness)* je motivační zaměření dané osoby k jejímu životnímu cíli. Tento aspekt vyjadřuje pocit člověka, že problémy, které potkává, stojí za to a má smysl, aby do nich investoval úsilí, chápe je jako výzvu. *Zvládnutelnost (manageability)* představuje vnímání možností, které má osoba k dispozici ke zvládnutí kladených požadavků. Základem je povědomí o přiměřenosti vlastních sil a také důvěra v účinnost toho, co má k vyřešení dané situace k dispozici (Křivohlavý, 2009).

Dalším faktorem je **vnímaná osobní zdatnost (self—efficacy)**, jinými slovy též sebeúčinnost. Bylo zjištěno, že subjektivní představa vlastní schopnosti kontrolovat, řídit běh dění, v němž se osoba nachází, je podstatný faktor pro zvládání životních těžkostí. Představy osoby o vlastní zdatnosti ovlivňují míru zranitelnosti stresem. Pocit, že je člověk schopen řídit chod dění, byl vždy spojován s představou úspěšnějšího zvládání životních těžkostí (Bandura, 1977).

Negativní afektivita je dalším faktorem. Tento pojem zavedli D. Watson a L.A. Clark. Osoby s vysokou negativní afektivitou mají sklon k většímu prožívání stresu, rozmrzelosti, nespokojenosti a jsou všeobecně více orientovány na nepříznivé aspekty života. Osoby s nižší negativní afektivitou jsou spokojenější, sebejistější a klidnější. Negativní afektivita zahrnuje 3 protichůdné komponenty. Těmi jsou nervozita – klid, nespokojenost – spokojenost, pesimismus – optimismus. Naopak osoby s pozitivní afektivitou jsou chápány jako energické, aktivní, entuziastické, spokojené sami se sebou a prožívající životní pohodu (Mlčák, 2005).

Mezi další faktory ovlivňující vypořádávání se se stresem můžeme zařadit optimismus, který působí pozitivně, smysl života, který dává naději na smysluplnou budoucnost, spiritualitu i fyzickou kondici. Také můžeme zmínit faktor bezmoci, který je založen na faktu, že jedinec není schopen kontrolovat svou situaci (Kebza, Šolcová, 2004).

Ve zvládání zátěžových situací hrají roly i faktory vnější. Mezi ty patří především příslušnost k sociální třídě, materiální zabezpečení, sociální opora (= systém vztahů a vazeb, v nichž se osoba pohybuje a jež mu pomáhají zvládnout náročné situace). Studie také dokazují, že čím je vyšší socioekonomický status jedince (postavení v sociální hierarchii), tím více má zdrojů (sociálních, psychologických, ekonomických) ke zvládnutí negativních situací. Naopak vyplývá, že jedinec z nižší sociální vrstvy má nižší kompetence k překonávání stresových událostí (kvůli nižšímu vzdělání, nižší kontrole aj.) (Payne, 2005).

9.4.Strategie copingu

Strategie zvládání stresu jsou způsoby zpracování stresu, které se dějí plánovitě či nepánovitě, vědomě či nevědomě při vzniku stresové situace s cílem eliminace stresu. Každý jedinec si v průběhu života osvojuje své individuální možnosti vypořádávání se se stresem a vlivem získávaných zkušeností dochází k modifikaci strategií (Křivohlavý, 1994).

9.4.1. Pět „R“

Rozlišení strategií je velké množství, například Dr. Rich Blonn (2005) uvádí rozdělení strategií do tzv. pěti R (The five R's), které zahrnuje vícestupňový přístup v managementu stresu.

- *Přehodnocení (rethink)* – tyto strategie nám pomáhají přehodnotit naše myšlenky a iracionální, nelogické očekávání o životě nahradit logickým a racionálním postojem. Pomáhají nám zneškodnit potenciální stresor pomocí změny pohledu. (např. strategie stanovení cílů, naučeného optimismu, racionálně emoční terapie aj.).
- *Redukce (reduction)* – tyto strategie jsou zaměřené na redukci stresorů v našich životech. Patří sem například strategie management času, efektivní komunikace, strategie trojího A – abolish (odstranit), avoid (vyhnout se), alter (změnit).
- *Relaxe (relaxation)* - relaxace snižují kognitivní, nervové napětí a je nekompatibilní se stresem. Strategie fungující na základě relaxace jsou např. dýchání, meditace, autogenní trénink, progresivní svalová relaxace aj.
- *Uvolnění (release)* – tyto strategie poskytují pozitivní a intenzivní fyzický ventil pro energii, která je stresem produkována. Tyto strategie pomáhají redukovat nabuzení navozením stavu uvolnění, který je spojován s fyzickou aktivitou. Jedná se o strategie např. redukce stresu pomocí fyzické aktivity, úprava stravovacích návyků, fyzický kontakt jako forma fyzické aktivity aj.
- *Reorganizace (reorganisation)* – smyslem reorganizace je zapojení technik z předchozích úrovní do více stresu odolného životního stylu. Tento životní styl pak více odolává stresu v dimenzi fyzické, sociální, spirituální, emocionální, intelektuální, pracovní i enviromentální (Blonn, 2005).

9.4.2. Strategie aktivní (ofenzivní) a pasivní (defenzivní).

Hošek (1999) rozděluje strategie zvládání zátěžových situací na *aktivní (ofenzivní)* a *pasivní (defenzivní)*. *Aktivní postupy* jsou charakteristické pro boj jedince se stresem. Tento postup obsahuje následující kroky. Prvním krokem je diagnóza situace, kdy dochází ke zvyšování informovanosti a k detailnímu poznávání situace. Druhým krokem je mobilizace rezerv (obranyschopnost, kognitivní zvládání, motivace, zvládání emocí, asertivita apod.). Třetím krokem je plánování boje – rozdělení cesty na etapy, stanovení cílů aj.). Čtvrtým krokem je realizace (protiútok, tvorba antistresových bariér apod.). Posledním krokem je persistence, čímž se rozumí vytrvalost, výdrž, akceptace, snaha nenechat se odradit, přehodnotit situaci apod.). Opakem *aktivního postupu* je *postup pasivní*. Ten je charakterizován vnějším klidem a pasivitou. Prvním krokem je vyčkávání (ignorování, stáhnutí a přesunutí sil, hledání nových postupů). Druhým krokem je lhostejnost – nezájem, apatie, stoický postoj. Třetím krokem je rezignace (odevzdanost osudu). Posledním krokem je odepsanost, čímž se rozumí bezmocnost, padnutí na dno, ze kterého je ale možnost se odrazit (Hošek, 1999).

Nejčastěji se ale v odborné literatuře popisují dvě hlavní strategie zvládání zátěžových situací. Jedná se o *Strategii zaměřenou na řešení problému* a *Strategie zaměřená na zvládnutí emocí*, které popisuje Lazarus a Folkman (1984) (Atkinsonová, 2009).

9.4.3. Strategie zaměřená na řešení problému

Strategie zaměřená na řešení problému představuje aktivní zvládání, vymezení problému, hledání alternativních řešení, hodnocení možností z hlediska námahy a přínosu, realizace. Také úmyslné zvýšení snahy dosáhnout cíle, zvažování, jak zvládnout problematickou situaci, potlačení protichůdných aktivit – úmyslné odsunutí jiných záležitostí, či zdrženlivé zvládání (tzn. vybrat si vhodný čas a nejednat bezprostředně). Dle Billingse a Moose bylo zjištěno, že lidé, kteří mají sklon ve stresu aplikovat strategii zaměřenou na řešení problému, vykazují v průběhu a po odeznění stresové situace nižší hladiny deprese (Atkinsonová, 2009).

9.4.4. Strategie zaměřená na zvládnutí emocí

Strategie zaměřená na zvládnutí emocí je používána pro zabránění zaplavení negativními emocemi. Je použitelná v situacích, kdy člověk vyhodnotí situace jako nezměnitelné a musí je přijmout. Jedná se tedy o zmírnění negativních emocí,

aniž by se člověk snažil zátěžovou situaci změnit. Jedinec se snaží regulovat jeho emocionální stav buď po behaviorální stránce (tělesným cvičením, hledání psychické podpory u přátel, pití alkoholu, vybití vzteku aj.), nebo po stránce kognitivní (dočasným odsunutím problému z vědomí a zmírnění významu situace) (Atkinsonová, 2009).

Někteří autoři mluví rozlišují ještě třetí strategii, a tou je *Strategie vyhýbavého zvládnání*, kdy místo toho, aby jedinec čelil stresové události, tak hledá cesty, jak se jí vyhnout (odvrácením pozornosti či rozptýlením aj.) (Kebza, 2005).

9.4.5. Pozitivní a negativní copingové strategie

Janke a Erdmannová (2003) rozlišují copingové strategie především do dvou hlavních skupin – pozitivní copingové strategie a negativní copingové strategie. **Pozitivní copingové strategie** jsou strategie, které přinášejí úspěch při zvládnání těžkostí. Řadí sem *podhodnocení* – kdy se jedná o tendenci podhodnocovat vlastní reakce na stres a jeho prožívání, snižovat významnost stresoru. V podstatě se jedná o strategii, která pomáhá zachovat chladnou hlavu a nenechá jedince ovládnout negativními emocemi. Další pozitivní strategií je *odmítání viny*, kdy jedinec odmítá zodpovědnost za zátěž, avšak aby se jednalo o pozitivní strategii, musí tomuto stanovisku předcházet důkladné zvážení situace. Je zde myšleno hlavně vyhnutí neoprávněným pocitům viny. Další strategií je *odklon*. Smyslem této strategie je odklonit pozornost k něčemu jinému, než je právě prožívaný stres. *Náhradní uspokojení* je další strategií, kdy si jedinec prostřednictvím jednání zaměřeného na kladné pocity posiluje vnitřní ladění, které je inkompatibilní se stresovou reakcí, například prostřednictvím dobrého jídla, příjemného zážitku, atraktivní věci, aktivity aj. Další pozitivní strategií je *kontrola situace*, kdy pomocí tří kroků jedinec získává kontrolu nad zátěžovou situací. Nejprve se snaží analyzovat aktuální situaci a příčinu vzniku, dále plánuje opatření ke zlepšení stavu a posledním krokem je aktivní zásah do situace, čímž se rozumí učinění opatření k vyřešení této stresové situace. Dále zmíníme strategii nazvanou *kontrola reakcí*. Tato strategie spočívá ve snaze ovládat sám sebe v zátěžové situaci, zachovat klid, či to na sobě nenechat znát. Poslední pozitivní strategií je *pozitivní sebeinstrukce*. Zde se jedná o snahu posilovat sám sebe v těchto zátěžových situacích, navodit si pocit kompetentnosti zvládnout situaci, dodávat si odvalu (Erdmannová, Janke, 2003).

Do skupiny **negativních copingových strategií**, které nemají za výsledek úspěšné vypořádání se se stresovými situacemi, patří *únikové tendence*. V tomto případě se rezignovaný jedinec snaží zátěžové situaci uniknout, pomyslně či fyzicky například prostřednictvím užívání látek, které zmírňují prožívání negativních emočních stavů (alkohol, léky apod.). Další negativní strategií je *perseverace*, kdy se jedná o prodloužené přemítání, kdy se jedinec nedokáže oprostit od prožívaných problémů, neustále nad nimi přemýšlí a opakovaně si je zpřítomňuje. Negativní myšlenky a pocity se tak neustále vnucují a setrvávají po dlouhou dobu, čímž se prodloužuje trvání zátěžové situace. Dále *rezignace*, tím se rozumí subjektivní nedostatek možností zvládnout danou zátěžovou situaci. Projevuje se pocity bezmoci, beznaděje ve vztahu k dané situaci a k vlastním možnostem situaci zvládnout. Jedinec se pak vzdává dalšího snažení o zvládnutí situace a setrvává v ní. Poslední negativní strategií je *sebeobviňování*, kdy dochází k přehnaným a neopodstatněným přisuzováním chyb svému jednání (Erdmannová, Janke, 2003).

9.4.6. Singulární strategie

Singulární strategie, jsou strategie, které nejsou zařazeny ani v pozitivních ani v negativních copingových strategiích. Záleží u nich na interpretaci jejich využívání v konkrétních situacích. Jedná se o strategii *potřeba sociální opory*, kdy jedinec při stresu vyhledává kontakt s druhými lidmi pro získání podpory, zpracování, či řešení problému. Dále sem patří *vyhýbání se*, kdy se jedná o snahu vyhnout se samotnému střetu se stresovou situací. Pozitivní strategií je singulární strategie tehdy, pokud se jedinec snaží předejít znovuprožití stresu ve stejných situacích, nebo pokud se jedná o stresor, jenž jedinec sám není schopen ovlivnit. Negativní strategií je tato strategie v případě, kdy se jedinec snaží vyhýbat všem situacím, které vnímá jako zátěžové a to, aniž by se je pokusil někdy konstruktivně zvládnout (Erdmannová, Janke, 2003).

Bylo zjištěno, že ženy častěji používají strategie *náhradní uspokojení*, *únikové tendence*, *perseverace*, *rezignace*, *sebeobviňování*, *vyhýbání se* a *potřeba sociální opory*, zatímco muži častěji učívají strategii *podhodnocení* a *odmítání viny*. Mladší jedinci mají sklony častěji používat strategie *náhradní uspokojování*, *rezignace*, *sebeobviňování* a *potřebu sociální opory* (Erdmannová, Janke, 2003).

9.4.7. Malcoping

Další strategií, kterou je nutné zmínit, je malcoping, čímž se rozumí riskantní, nebezpečná a poškozující strategie zvládnání stresu. Jsou to snahy, které nejsou vhodné. Nejčastějšími metodami malcopingu bývá konzumace alkoholu a návykových látek (včetně cigaret). Mezi další metody patří například i přejídání se, nadměrná konzumace kávy, promiskuitní sexuální chování či zneužívání léků. Ve většině případech tyto metody přinesou pouze krátkodobou úlevu. Je prokázáno, že malcopingové metody jsou spojené s vysokými zdravotními riziky (nádorová onemocnění, infekční choroby, kardiovaskulární onemocnění, závislosti) (Strnadová, Vašina, 2009).

10. Prevence stresu

Možnosti předcházení neoptimálním stresovým situacím jsou poměrně rozsáhlé, přičemž v první řadě by se mělo začít v rodině v rámci výchovy už od útlého věku. Podstatná jsou opatření, která podporují funkce rodiny potřebné pro vytvoření podmínek pro zdravý vývoj (vhodné sociální, ekonomické, hygienické a zdravotní podmínky) (Paulík, 2017).

Z technického pohledu lze omezit vznik stresových zátěžových situací snižováním účinku nežádoucích stresorů, jako je například nadměrný hluk, chlad. Dále také vyhýbáním se konfliktům s lidmi v okolí, organizace time managementu. Další možností je snaha se do potencionálně stresové situace vůbec nedostát, vyhnout se zátěži, což ovšem není vždy úplně možné. Opačnou možností je posilování vlastní odolnosti například osvojováním si potřebných dovedností, tréninkem či stupňováním zátěže (Paulík, 2017).

10.1. Primární prevence

U primární prevence stresu se jedná hlavně o jeho eliminaci a odstranění ještě před jeho vznikem. Je kladen důraz na osobní prevenci jedince, životní styl a zdraví, jelikož právě zdraví je nezbytnou podmínkou kvalitního a plnohodnotného života. Zdraví je dle WHO definováno jako stav psychické, fyzické a sociální pohody bez přítomnosti choroby. O zdraví je nutné pečovat ve všech oblastech, které se na jeho kvalitě podílí. Podstatným způsobem péče o psychické zdraví je duševní hygiena (Švamberk Šauerová, 2018).

Duševní hygiena je soubor technik a zásad, jež přispívají k redukci působení stresorů, a zvyšují odolnost jedince vůči stresorům. Pomáhá jedinci připravit se na náročné zátěžové situace a předcházet jim. Základními zásadami duševní hygieny je pravidelná fyzická aktivita,

relaxační techniky a dodržování denního režimu. Je doporučováno spojit fyzickou aktivitu s relaxací v přírodě, čehož lze dosáhnout například pěší či cykloturistikou, chalupařením aj. Další vhodnou taktikou v rámci duševní hygieny jsou zážitky spojené s péčí o tělo jedince. Tím jsou myšlené různé druhy masáží, sauny, péče o vlasy, pokožku aj. Dodržováním denního režimu se myslí dostatečná doba spánku a dodržování zásad zdravé výživy. Mezi doporučení v této tématice patří nezahrnovat do svého jídelníčku polotovary, instantní jídla, sladké limonády, sladkosti, potraviny s nadbytkem ochucovadel a barviv. Naopak je žádoucí začlenit do jídelníčku potraviny jako celozrnné obiloviny, luštěniny, vlákninu, dostatek zeleniny a ovoce. Závažným stresorem je nedostatek spánku, neboť jeho vlivem dochází ke zhoršení koncentrace, pocitům únavy či pocitům úzkosti (Švamberk, Šauerová, 2018).

10.2. Sekundární prevence

Sekundární prevence je prevence, která se zaměřuje již na probíhající negativní jev. Zabráňuje jeho sílení, zmírňuje jeho dopady a snaží se tyto jevy odstranit. Jedná se vlastně o pozitivní strategie copingu (zmíněné výše) (Medina, 2011).

10.3. Terciární prevence

Terciární prevence představuje poradenské služby, služby zdravotnického personálu a farmakologie pro jedince, kdy je potřeba využít péče odborníků, jelikož hladina jeho stresu přesáhla zvládnutelnou úroveň. Léčbou duševních poruch se zabývá klinická psychologie a psychiatrie. Léčba probíhá většinou kombinací psychoterapie a farmakoterapie (Bedrnová, 2009).

11.Urgentní medicína

Urgentní medicína zahrnuje přednemocniční a nemocniční neodkladnou péči o pacienta. Přednemocniční neodkladná péče se odehrává skrz zdravotnickou záchrannou službu (ZZS) a nemocniční urgentní péče se odehrává v nemocnicích na urgentních příjmech. Specifikem tohoto oboru je především časová tíseň, povinnost poskytnout pomoc bez odkladu. Definiuje ji taktéž mnohdy nedostatek potřebných informací, nepřátelské a agresivní jednání pacientů i okolí, vysoké fyzické a psychické nároky kladené na pracovníky, v případě zdravotnické záchranné služby omezená dostupnost lékaře, neznámé prostředí, proměnlivé počasí aj. Práce v rámci urgentní medicíny vyžaduje umění rychle se rozhodovat a improvizovat, umění koordinace, strategické rozhodování a spolupráci s ostatními pracovníky (Remeš, Trnovská, 2013).

12.Stresové faktory ve zdravotnictví

Stresující faktory, jež působí na pracovníky ve zdravotnickém povolání, přehledně a uceleně uvádí Nešpor (2001):

- kontakt s tabuizovanými oblastmi lidské existence (bolest, soukromí, smrt),
- emoční stavy pacientů a jejich reakce (deprese, vyčerpání, podrážděnost, hněv aj.,
- velká odpovědnost (morální a právní),
- nejistota při zodpovědné volbě optimálního léčebného postupu,
- nutnost rozhodovat se i při nedostatku informací,
- konflikt rolí,
- nedostatečná pozornost vlastním neřešeným problémům,
- náročný životní styl a nepřipravenost uspokojovat své vlastní psychické potřeby,
- snadná dostupnost k lékům (i návykovým), samoléčení,
- domnělá nebo skutečná profesionální selhání,
- zdravotník bývá svým okolím často vnímán přes svoji profesi, což může vést k obtížnějšímu oddělování soukromého a profesionálního života,
- reálná rizika některých zdravotnických profesí (např. riziko infekce či napadení pacientama),
- trojsměnný provoz, noční práce, případně i spánková deprivace,
- časové i jiné nároky na průběžné vzdělávání,
- nutnost adaptovat se nové situaci a novým přístupům,
- nároky plynoucí z týmové práce a interpersonálních problémů,

- nárazový charakter práce v mnoha oborech (zdravotník bývá náhle zavalen složitými i neslučitelnými úkoly, které má zvládnout v omezeném čase (Nešpor, 2001).

Nešpor (2001) uvádí též některé ochranné (neboli protektivní) faktory, které zmírňují dopad rizikových stresových faktorů, působí proti nim nebo je alespoň kompenzují. Je to pocit smysluplnosti, zaujetí pro práci, obvykle vyšší inteligence a vzdělání, relativně vysoká společenská prestiž a v neposlední řadě i více znalostí o zdraví, jeho ochraně a o zdrojích pomoci.

13. Stresové rizikové faktory zdravotnické záchranné služby

Ve výzkumné studii Šeblové a Kebzy (2005) bylo zjištěno, že nejvíce zastoupenými stresovými faktory v oblasti působení zdravotnické záchranné služby jsou hromadné dopravní nehody, popáleniny či smrt nebo kardiopulmonální resuscitace dětí nebo mladých lidí. Dalším stresovým faktorem je uváděna nehoda sanitního vozu, napadení cizími osobami, pracovní přetížení a vztahy na pracovišti, zneužití zdravotního systému atd. (Kebza, Šeblová, 2005).

14. Pracovní stres

Pracovní stres je výsledkem několika různých stresorů, jako jsou např. nedostatek personálu, pracovní přetížení, nedostatek podpory, konflikty mezi kolegy. Příčiny stresu na pracovišti se mohou týkat organizační složky (potíže s komunikací, nejasné vymezení kompetencí a odpovědnosti), samotného pracovního procesu (monotónní práce, časově náročná práce, samotný obsah práce, pracovní zatížení) a nejistoty v důsledku reorganizačních změn. Dalšími vlivy a projevy pracovního stresu se stávají narušené interpersonální vztahy (konflikty rolí), špatná komunikace s nadřízenými a ostatními spolupracovníky (Matoušek, 2003).

Pracovníci v urgentní medicíně (především pracovníci zdravotnické záchranné služby, ale i urgentních příjmů) jsou velmi ohroženi akutní reakcí na stres, posttraumatickou stresovou poruchou a syndromem vyhoření. Rozvoji těchto poruch lze předcházet mnohými způsoby (v oblasti organizace práce, vztahů na pracovišti, přístupu managementu přes preventivní programy) (Kebza, Šeblová, 2005).

15. Akutní reakce na stres

Akutní reakce na stres (ARS) je přechodná porucha významné závažnosti. Vzniká u jedince jako odpověď na výjimečný fyzický či duševní stres a odeznívá obvykle během několika hodin či dnů. Stresory, jež ARS mohou způsobit, byly zmíněny již v textu výše. Jedinec na zátěžovou reakci reaguje svými obrannými mechanismy, stejně jako při vyrovnávání se s běžnou stresovou situací. Pokud nedeje k vypořádání se stresem a obranné mechanismy selžou, dochází pak k ARS. Její projevy jsou velmi individuální, ale typický je úvodní stav ustrnutí se zúženým vědomím a pozorností, neschopnost chápat podněty a dezorientace. Na tento stav pak může navazovat tzv. stažení se a odklon od situace (psychogenní ztuhnutí) nebo naopak agitace a hyperaktivity (útěková reakce nebo fuga = nemotivované dezorientované toulání se). Většinou jsou přítomné vegetativní příznaky panické úzkosti – tachykardie pocení, zčervenání. Příznaky se obvykle objevují během několika minut po dopadu stresujícího podnětu a odcházejí během několika hodin (nejdéle do 2-3 dnů). Na toto období může být částečná až úplná amnézie (ztráta paměti). Setkáváme se i s případy, kdy v této části může dojít i k fyzickému sebepoškození. Tělo totiž může na extrémní stres reagovat znečitlivěním, kdy sebepoškození představuje záměrné podráždění s potřebou znovu pocítit. Dále zde může docházet k sebevražedným úvahám, k rozvoji psychotického obrazu, čímž rozumíme poruchu reálného vnímání světa, rozvoj bludu, halucinace, nereálná a nevývratná myšlenka, k regresi, kdy se jedinec chováním navrácí do raného dětství (žvatlání, cucání prstu). Může také docházet k tzv. sekundárnímu feedbacku, kdy jedná část jedince funguje jako svědek a druhá část není schopná jednat smysluplně a výsledkem může být strach ze zbláznění. Dále může docházet k tzv. flashbacku, k tomu dochází už v klidu, kdy někdo udělá prudký pohyb na hranici zorného pole poškozeného jedince a ten aktivuje obranné reakce (například agrese). Akutní stresová reakce může být buď bezprostřední nebo odložená. Odložená se může projevat například až po prvním spánku, kdy se jedinec uvolní (Knopová, 1996).

16. Posttraumatická stresová porucha

Na rozdíl od akutní stresové reakce vzniká posttraumatická stresová porucha (PSP) jako zpožděná či protražovaná odezva se stresovou událost neobvykle hrozivého či katastrofického rázu. Řadíme sem například přírodní katastrofy, lidmi zaviněné nehody, úmyslně způsobená neštěstí. Charakteristickými příznaky PSP je tzv. znovuprožívání traumatické události, kdy se jedná o nepříjemné sny, náhlé pocity či jednání, jako kdyby událost opět nastala, tj. intenzivní úzkost, při kontaktu s osobami či věcmi událost připomínající, nebo pocity viny vázající se k traumatické události. Dalším rysem PSP je vyhýbání se podnětům, myšlenkám, pocitům, činnostem a situacím spojených s událostí. Dále se může vyskytovat amnézie na událost, ztráta zájmu o důležité činnosti, depersonalizace (pocit odcizení sebe sama), derealizace (pocit odcizení okolního světa), neschopnost normálně vnímat lidi. Dalšími charakteristickými příznaky je přetrvání projevů zvýšeného podráždění – obtížné usínání, špatná koncentrace, hněv, zvýšená bdělost, přemrštěné reakce na překvapení, fyziologická reakce na předměty, které připomínají stresovou událost (reakce oběhového a dechového systému). PSP je často doprovázena depresemi, úzkostmi, explozí agresivního či impulzivního jednání. Příznaky se mohou objevit až několik měsíců od traumatické události a mohou přetrvávat mnoho let. Člověk trpící PSP nemusí být přímo postižen traumatickou událostí, ale může být pouze svědkem traumatické události (např. příslušníci integrovaného záchranného systému). PSP mění vnímání, motoriku, paměť, náladu a asociace, dále vede k imunosupresi (potlačení imunitní odpovědi), biochemickým změnám (pokles hormonů) a také ke změnám neurotransmiterů (= látky přenášející v mozku signály mezi mozkovými buňkami) (Praško, Tichý, 2000).

17. Syndrom vyhoření

17.1. Pojem syndrom vyhoření

Pojem syndrom vyhoření byl dříve používán pouze ve spojení s lidmi pracujícími v pomáhajících profesích, jako jsou právě zdravotní sestry, lékaři, záchranáři a ošetrovatelky. V současnosti se tento pojem rozšířil i do dalších oblastí lidského života a se syndromem vyhoření se může potýkat prakticky kdokoliv (Venglářová, 2011). Autorem tohoto pojmu je Herbert J. Freudenberger, který jako první v roce 1974 použil pojem „burnout“ (Honzák, 2022). Jedná se o psychosomatické onemocnění, při kterém dochází k fyzickému, psychickému i emocionálnímu vyčerpání jedince. Vzniká jako důsledek dlouhodobého (chronického) působení stresu na organismus a také potlačováním stresu a dalších přirozených reakcí organismu (Vymětal, 2009).

Podle mezinárodní klasifikace nemocí WHO není syndrom vyhoření klasifikován jako nemoc, je pouze zařazeno do doplňkové kategorie diagnóz. Lidé trpící syndromem vyhoření tak mohou být znevýhodňováni, protože jim pojišťovny nehradí léčbu (Stock, 2010).

17.2. Příznaky syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření se u každého jedince vyznačuje jiným způsobem. Převážně se ale opakují příznaky jako je únava, poruchy spánku, nervozita, pocit bezmoci, nespokojenosti, negativní postoj v životě, zapomínání, popudlivost, uzavřenost, vysoký krevní tlak, srdeční arytmie, potíže s dýcháním, bolesti hlavy, břicha anebo zad, nechutenství a vyšší nemocnost. V pracovním prostředí se syndrom vyhoření může projevovat jako nechut' k práci, chaotické plnění úkolů, nesoustředěnost, pocit nedostatečného uznání a absence motivace. Ve vztahu k lidem se tito jedinci chovají k pacientům neprofesionálně, lhostejně, cynicky, bez osobního přístupu. Na pracovišti tak vzniká větší počet sporů, konflikty ovšem nastávají i v soukromém životě (Vymětal, 2009).

17.3. Rizikové faktory

Pro syndrom vyhoření jsou nejpodstatnější dva faktory. Prvním je nezkrotná touha po společenském uznání (očekávání pracovního ocenění, úspěchu) a nereálné požadavky na vztahy mezi lidmi. Rizikovými faktory predikující vznik syndromu vyhoření je nadměrné množství práce, nespravedlivé poměry a praktiky na pracovišti, nedostatek sociální podpory, malé kompetence v pracovním procesu, konflikty hodnot na pracovišti či nedostačující odměna (ekonomická i psychosociální). Typické charakteristiky osob náchylných ke vzniku syndromu

vyhoření jsou empatie, sensitivita, obětavost, idealismus, úzkost aj. (Honzák, 2022). Bartošíková (2006) uvádí, že vyhořet může pouze ten kdo hořel. Tím se rozumí ti jedinci, kteří se do práce pouštějí s nadšením, zápallem a jsou emočně vysoce angažovaní. Dále také ti, jež se setkávají s nesplněnými ideály a nadměrným očekáváním na pracovišti. V neposlední řadě to mohou být lidé, kteří na sebe kladou vysoké nároky a nesplnění cílů prožívají jako porážku (Bartošíková, 2006).

17.4. Diagnostika syndromu vyhoření

Identifikace syndromu vyhoření spočívá v pozorování jednotlivých symptomů u osob, v jejichž chování se tento syndrom začíná projevovat. Je nutné odlišit syndrom vyhoření od jiných, známějších či častěji diagnostikovaných poruch nebo chorob – deprese aj. Při diagnostice se využívají hodnotící škály, kterých je velké množství, ale nejvíce se využívají právě tyto dvě. „Burnout Measure – BM“ (Míra vyhoření – autoři: Ayala Pines a Elliot Aronson) a „Maslach Burnout Inventory – MBI“ (autoři: Christina Maslach a Susan Jackson), jež je dále použita ve výzkumné části této diplomové práce (Kebza, Šolcová, 2003).

17.5. Pomoc a léčba

Zásadním krokem pro pomoc a léčbu u syndromu vyhoření je nutnost uvědomit si, že něco není v pořádku, srozuměnost s tím, že jedinec trpí syndromem vyhoření a že se jedná o vážný stav. Další podmínkou pro úspěšnou léčbu je, aby jedinec chtěl něco dělat se svým zdravotním stavem, aby měl motivaci k uzdravení. S tímto úzce souvisí převzetí osobní zodpovědnosti za zotavující proces. Velmi záleží na tom, jaké podmínky pro ozdravný proces vytváří dané pracoviště, zda jedince podporuje a poskytuje mu pro tento proces prostor. Důležitá je i podpora v domácím prostředí (Jeklová, Reitmayerová, 2006).

Pomoc se dělí na pomoc sám sobě a pomoc zvenčí. V rámci pomoci sám sobě je důležité uvědomit si vlastní vnímání světa, což znamená, že je pouze na nás abychom změnili emoce, jež prožíváme na základě zážitků z okolního světa. Dále je nutné nabytí pocitu smysluplnosti vlastního života a práce, jež vykonáváme. Dále lze syndromu vyhoření předcházet redukováním stresorů, či naopak vzrůstem salutorů. Dalším důležitým ozdravným prvkem je odpočinek, pohyb a relaxace. K vyhoření dochází nejvíce u osob, které intenzivně pracují, jsou svou prací pohlceni a postupně jim v jejich životě ubývá odpočinku. Odpočinkem se zde rozumí „přepnutí“ od pracovní činnosti. Relaxací se myslí cílené uvolňování napětí v organismu, které se v něm tvoří během pracovní činnosti. Jednou z dalších velmi důležitých pomoci

při vyhoření je sociální opora v našem okolí, kdy je nejvíce nápomocná spolupráce (nebýt na problémy sám), naslouchání, podpora a povzbuzení, uznání, emoční podpora, zpětná vazba a rovnocennost vztahu. Další možností z pomoci sám sobě je usilování o jasné, srozumitelné a přijatelné pracovní podmínky v zaměstnání (Jeklová, Reitmayerová, 2006).

Pomoc zvenčí přichází na řadu ve chvíli, kdy zaměstnavatel zjistí, že něco není v pořádku, nebo když zaměstnanec sám požádá o pomoc. Pomoc v tuto chvíli má několik podob, jako například úprava pracovních podmínek, jasné vymezení pracovních úkolů a kompetencí, zajištění konkrétního místa, kam lze odejít z pracoviště odpočinout si a naplánovaný odpočinkový čas. Důležitý je i dobře fungující tým bez patologické soutěživosti, (Jeklová, Reitmayerová, 2006).

18. Management pracovišť v dané oblasti

18.1. Povinnosti zaměstnavatele

Určitá kritéria a závazky, jež musí zaměstnavatel v tomto směru zajistit, jsou zakotvena v zákoně č.2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod, například v Hlavě IV., čl. 28 – *Zaměstnanci mají právo na spravedlivou odměnu za práci a na uspokojivé pracovní podmínky*. Detaily pak dále upravuje Zákoník práce – paragraf 35, odst. 1 písm. a) – *Zaměstnavateli je uloženo, kromě jiného, vytvářet podmínky pro úspěšné plnění pracovních úkolů a dodržovat ostatní pracovní podmínky stanovené právními předpisy nebo kolektivní nebo pracovní smlouvou*. Hlava III., oddíl 1. upravuje pracovní dobu a přestávky v práci. V Hlavě III., oddíle 3. je zakotveno právo na dovolenou. Hlava V. zaručuje bezpečnost a ochranu zdraví při práci, kde jsou přesně definovány povinnosti zaměstnavatele. Dále pak Hlava VI., oddíl 1. pojednává o péči o zaměstnance – řeší se zde pracovní a životní podmínky zaměstnanců a jejich odborný rozvoj. V oddíle 2. téže hlavy jde o zabezpečení při pracovní neschopnosti a ve stáří. Právě tyto skutečnosti bývají velice často podstatnými stresory. Ideální prostředí, kde zaměstnavatel zajišťuje vhodné pracovní podmínky, nabízí širokou nabídku vzdělávacích programů, dbá na zdraví všech svých zaměstnanců atd., nebude však nikdy dobře fungovat, pokud v pracovním týmu nebude vládnout důvěra a nekonfliktní vztahy (Jeklová, Reitmayerová, 2006).

18.2. Management prevence stresu v pracovní organizaci

Organizace by měly v rámci předcházení stresu zanalyzovat specifické stresové faktory na svém pracovišti a zahrnout prevenci stresu do systému péče o zaměstnance. Dále by měly

vytvářet situaci, kdy míra odpovědnosti a míra pravomocí daného pracovníka si navzájem odpovídají. Organizace by měly podporovat odborné kontakty a konzultace zaměstnanců (s psychoterapeuty, peer konzultanty apod.) a vytvářet podmínky pro jejich soustavné vzdělávání, např. pořádáním různých seminářů, exkurzí i kursů zvládnání stresu. Důležité jsou také preventivní programy, které mají za cíl upozornit na problém a naučit pracovníky pozitivním technikám a opatřením, jak stresové reakce rozpoznat a jak se s nimi pomocí těchto technik vypořádat, zavedení intervenčních programů pro expozici kritickým událostem (Jeklová, Reitmayerová, 2006).

Dále vhodně zvolené rekreační akce v mimopracovní době umožňující účast rodin zaměstnanců mohou zvýšit soudržnost pracovních týmů a napomoci k dobrému vztahu mezi zaměstnanci a vedením. Organizace by měly také podporovat zdraví napomáhající praktiky ze strany pracovníků a zprostředkovat užitečné informace a dovednosti z této oblasti. Vyhovující pracovní prostředí je dalším z aspektů, jež přispějí předcházení stresové zátěži (určitá míra soukromí, méně nepředvídatelného hluku, dobré větrání, přiměřená teplota, osvětlení atd.). U profesí, kde je zvláště zatížen pohybový systém (což je ve zdravotnictví časté), je vhodné nabízet rehabilitační cvičení a další metody rehabilitace a fyzioterapie. Nemělo by se opomíjet ani na finanční ohodnocení zaměstnanců, které má význam jak praktický, tak morální. Vedoucí pracovníci na všech úrovních by měli být schopni efektivně komunikovat a zbytečně psychicky netraumatizovat podřízené (např. při spolupráci lékaře se sestrou). Organizace by měly také vytvářet podmínky pro efektivní týmovou práci (například týmovou supervizi) (Nešpor, 1995).

18.3. Management syndromu vyhoření na pracovištích

Pokud pracovník začne vykazovat známky vyhoření, úkoly vedoucího pracovníka jsou následující. Prvním krokem se stává efektivní oddělení pracovníka od zdroje problému. Zaměstnavatel/vedoucí oddělení může pracovníka dočasně pověřit jinými úkoly, umístit jej na jiné pracoviště nebo jej nechat pracovat s jinými lidmi do té doby, než se jeho stav zlepší. Zaměstnavatel má samozřejmě možnost zaměstnance propustit, tím mu ovšem většinou příliš nepomůže, protože vnímaný problém vlastního selhání si pracovník odnese s sebou do dalšího pracovního poměru. Nejeftektivnějším řešením tohoto problému se proto stále jeví snaha o řešení této osobní krize pomocí přehodnocení svého stavu, s využitím odborné pomoci ve formě supervize nebo psychologa a pomoci restrukturalizace (alespoň dočasné) pracovního místa (Jeklová, Reitmayerová, 2006).

VÝZKUMNÁ ČÁST

Výzkumné cíle

Hlavním cílem výzkumu bylo zmapování výskytu stresových situací v urgentní medicíně a subjektivního hodnocení stresu v této oblasti zdravotnickými pracovníky, také zjistit možnosti prevence stresových situací a zmírňování dopadu těchto událostí. K hlavnímu cíli byly stanoveny dílčí cíle.

Dílčí cíl 1: Zmapovat subjektivní hodnocení stresové náročnosti v zaměstnání v oblasti urgentní medicíny.

Dílčí cíl 2: Zjistit, co je považováno za největší stresory v zaměstnání pracovníků v oblasti urgentní medicíny.

Dílčí cíl 3: Zjistit situaci na pracovišti co se týče managementu opatření, která podporují zvládnutí nadlimitně psychicky zátěžových situací zasahujících zdravotnického pracovníka v souvislosti s výkonem profese.

Dílčí cíl 4: Zjistit možnosti zlepšení dané situace ve zkoumaných pracovištích.

Dílčí cíl 5: Popsat nejčastěji používané strategie vyrovnávání se se stresem a metody prevence užívané respondenty.

Dílčí cíl 6: Popsat míru výskytu syndromu vyhoření ve vztahu k subjektivním datům respondentů.

Metodika výzkumu

Výzkumná část diplomové práce je složena ze dvou částí. První část představuje kvantitativní výzkumné šetření, jež bylo realizováno prostřednictvím dvou dotazníků. Prvním dotazníkem je standardizovaný dotazník MBI (Maslach Burnout Inventory – Christina Maslach a Susan E. Jackson, 1996), který je zaměřený na syndrom vyhoření u zdravotníků, sociálních pracovníků, učitelů a dalších pomáhajících profesích. Tento dotazník se skládá z 22 otázek, přičemž 9 otázek se týká emočního vyčerpání, 5 otázek se zabývá depersonalizací a 8 otázek se zaměřuje na míru osobního uspokojení u respondentů. Tázaný respondent každou otázku hodnotí číslem 0–7 dle míry souznění s uvedeným textem (příloha č.2). Druhým dotazníkem byl vlastní nestandardizovaný polostrukturovaný dotazník týkající se subjektivního hodnocení míry stresu na pracovišti dotazovaných respondentů, nejčastějších zdrojů stresu, duševní hygieny, nabízených možnostech prevence stresových situací ze strany zaměstnavatele. (příloha č.2). Druhá část praktické části diplomové práce obsahuje polostrukturovaný rozhovor s respondenty, kteří zastávají manažerskou pozici na pracovišti urgentní medicíny, přičemž náplní rozhovorů je prevence stresových situací a následků těchto situací na jejich oddělení. (příloha č.3)

Realizace výzkumu

Do výzkumu byly zařazeny 2 organizace, které poskytují zdravotnickou péči v rámci urgentní medicíny. Těmito organizacemi byly Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s. a Zdravotnická Záchraná služba Jihočeského kraje. Před realizací výzkumu proběhlo udělení písemného souhlasu výše uvedenými pracovišti a také proběhlo udělení souhlasu etickou komisí FZV UP (přílohy č. 4,5,6). Výzkum byl realizován v období od 1.8.- 31.8.2022. V tomto období proběhly i ústní rozhovory s vedoucími pracovníky těchto organizací, kterým předcházelo podepsání informovaného souhlasu (příloha č.7). Do každého zařízení byly autorkou doručeny dotazníky v papírové formě společně s uzavřenou schránkou pro jejich následný sběr. K dotazníkům byl taktéž připojen informovaný souhlas (příloha č.8). Dotazníky byly na konci měsíce srpna z pracovišť vyzvednuty. Celkem bylo do pracovišť rozdáno 130 dotazníků, navrátilo se celkem 96 dotazníků, z nichž 6 dotazníků bylo vyplněno nekompletně, a proto byly vyřazeny. Návratnost dotazníků je tedy 69,2 %. Celkový počet dotazníků je tedy 90 kusů.

Polostrukturovaného rozhovoru v druhé části výzkumu se zúčastnili 4 respondenti zastávající vedoucí pozici na těchto výše zmíněných pracovištích. Původně měl být rozhovor nahráván a následně přepsán, s čímž však tázaní respondenti nesouhlasili, a tak byly jejich odpovědi v průběhu rozhovoru ručně poznamenávány v bodech. Rozhovor se skládal z 15 otázek a každý rozhovor trval přibližně 30 minut. Každému rozhovoru předcházelo podepsání informovaného souhlasu s ručně zanesenou změnou ohledně záznamu rozhovoru.

Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumu se zúčastnili zaměstnanci Nemocnice v Jindřichově Hradci, tudíž lékaři a nelékařští zdravotničtí pracovníci (jako zdravotničtí záchranáři, všeobecné sestry, sestry pro intenzivní péči). Dále se zúčastnili pracovníci Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje, tedy lékaři, zdravotničtí záchranáři a řidiči. Během celého výzkumu byla zachována absolutní anonymita.

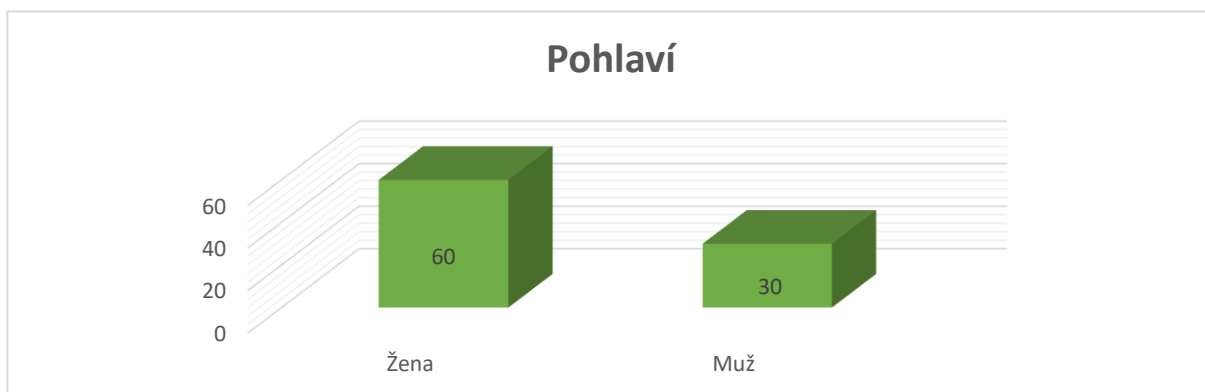
Zpracování dat

Získaná data z nestandardizovaného dotazníku i z dotazníku standardizovaného Maslach Burnout Inventory byla zpracována pomocí programu Microsoft Office – Excel 365. U dotazníku MBI byly hodnoty sečteny podle jednotlivých kategorií, jimiž jsou EE (emocionální vyčerpání), DP (depersonalizace) a PA (osobní uspokojení). Kvantitativní výsledky byly prezentovány pomocí popisné statistiky a kvalitativní data pomocí grafů a kontingenčních tabulek. Data z polostrukturovaného rozhovoru byla v jeho průběhu bodově poznamenávána a následně z poznámek byl vytvořen souhrn získaných informací.

Výsledky výzkumu

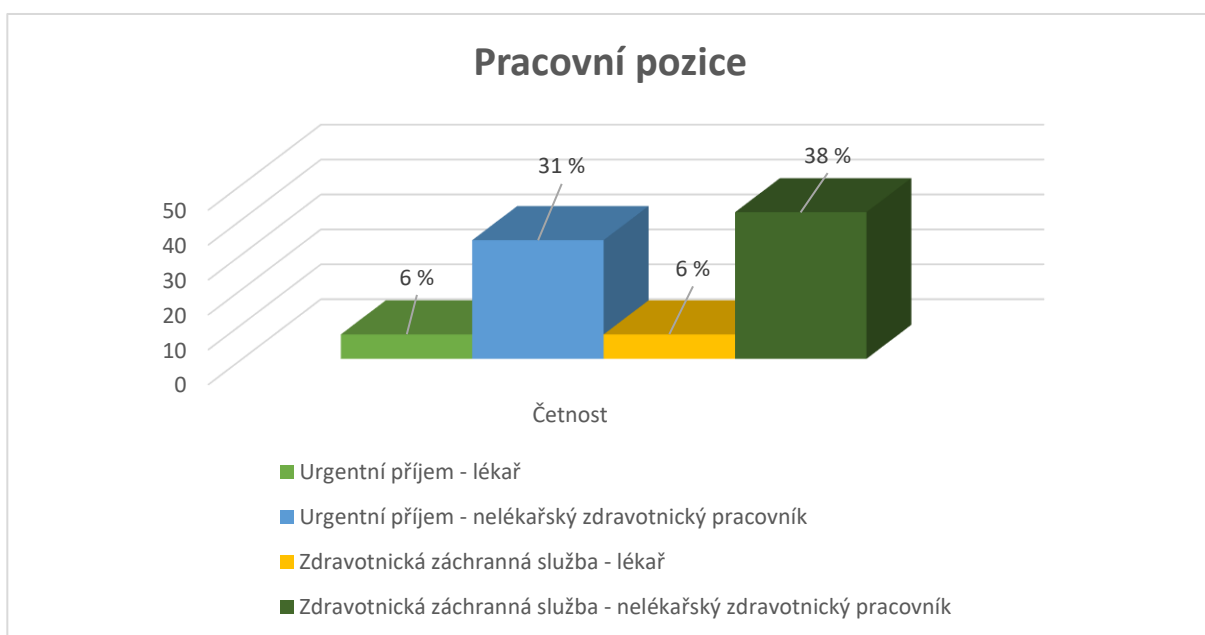
Interpretace výsledků nestandardizovaného dotazníku

Výzkumného šetření se celkem zúčastnilo celkem 90 respondentů. Z toho bylo 30 mužů a 60 žen. (graf č. 1)



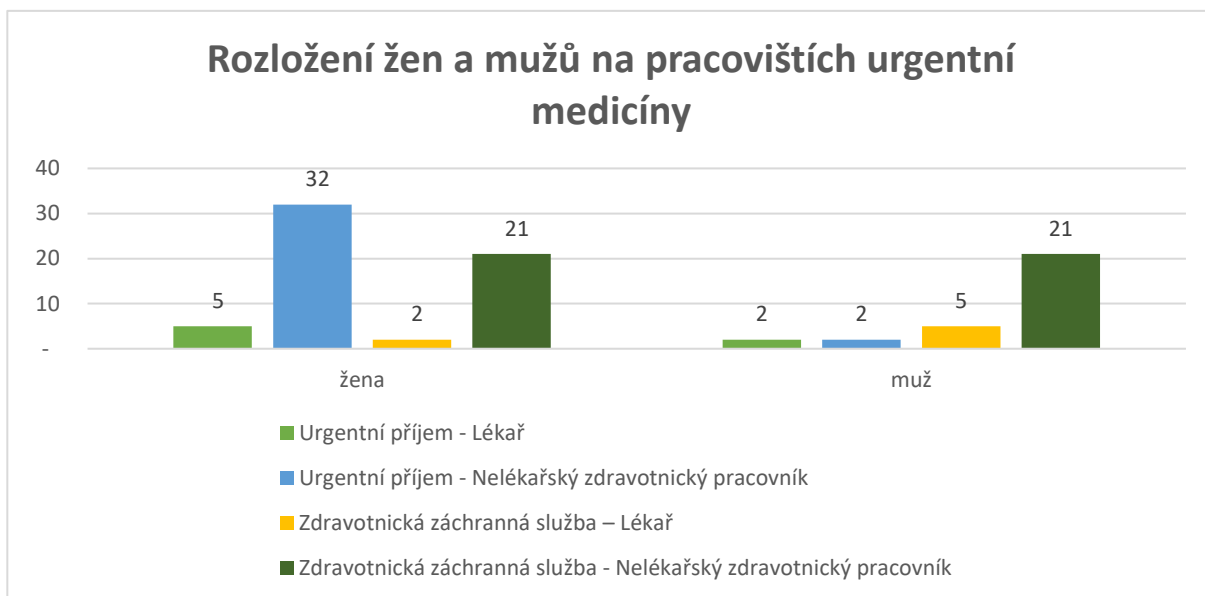
Graf 1 - Pohlaví

Z celkového počtu 90 respondentů se výzkumu zúčastnilo 7 lékařů urgentního příjmu, 34 nelékařských zdravotnických pracovníků urgentního příjmu, 7 lékařů zdravotnické záchranné služby a 42 nelékařských zdravotnických pracovníků zdravotnické záchranné služby. Následující graf č. 2 zobrazuje zastoupení pracovních pozic v procentech.



Graf 2- Pracovní pozice

Z grafu č. 3 lze vyčíst, že celkem 5 žen a 2 muži ze všech tázaných respondentů pracují na pozici lékaře/ky na urgentním příjmu. Pouze 2 muži ze všech respondentů zastávají pozici nelékařského zdravotnického pracovníka na urgentním příjmu, tu samou pozici ovšem zastává 32 žen. 5 mužů z tázaných respondentů vykonává funkci lékaře ZZS, 2 ženy vykonávají funkci lékařek ZZS. Ze 42 tázaných respondentů pracujících ve zdravotnické záchranné službě jako nelékařský zdravotničtí pracovníci je 21 žen a 21 mužů.



Graf 3- Rozložení žen a mužů na pracovištích urgentní medicíny

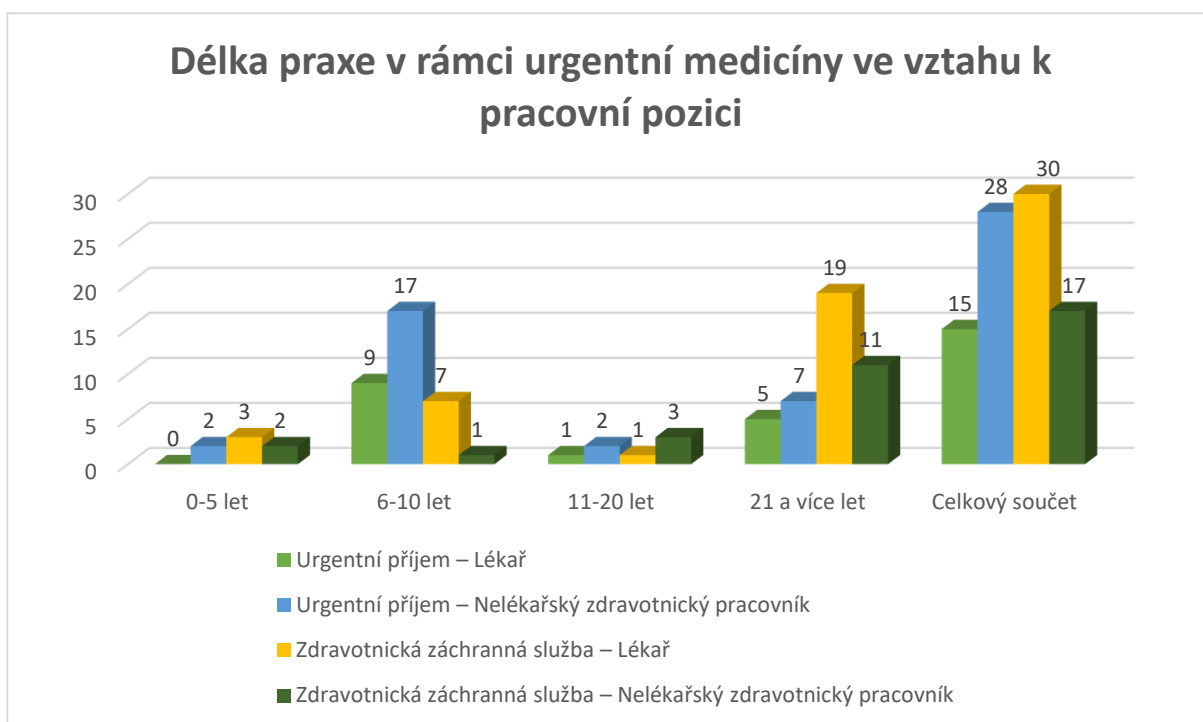
Nejmladšímu respondentovi bylo 25 let, nejstaršímu 58 let. Mediánem je věk 45 let.

Podrobněji je věk respondentů ve vztahu k jejich pozici znázorněn v tabulce č. 2.

Tabulka 2 - Věk respondentů ve vztahu k pracovní pozici

Pracovní pozice	Věkový průměr	Maximum	Minimum
Urgentní příjem – Lékař	46,71	54	41
Urgentní příjem – Nelékařský zdravotnický pracovník	40,44	52	25
Zdravotnická záchranná služba – Lékař	50,29	56	46
Zdravotnická záchranná služba – Nelékařský zdravotnický pracovník	43,40	58	25
Celkem	43,08	58	25

Nejčastěji uváděná délka výkonu povolání v rámci urgentní medicíny je více než 21 let, byla uvedena 42 respondenty. Druhou nejčastěji uváděnou délkou praxe (34 respondentů) je 6 až 10 let. Délku 0-5 let a 11-20 let uvedlo v obou případech 7 respondentů. (graf č. 4)



Graf 4 - Délka praxe v rámci urgentní medicíny ve vztahu k pracovní pozici

Z celkového počtu celkem 55,6 % respondentů uvádí, že práce v rámci urgentní medicíny je *rozhodně* stresově náročná. Dalších 37,8 % respondentů odpovědělo na otázku, zda považují práci v oblasti urgentní medicíny za stresově náročnou, *spíše ano*. Odpověď *spíše ne* označilo celkem 6,7 % respondentů. Ani jeden z respondentů neodpověděl na otázku odpovědí, že *neumí ohodnotit*, či že by práce *rozhodně nebyla* stresově náročná.

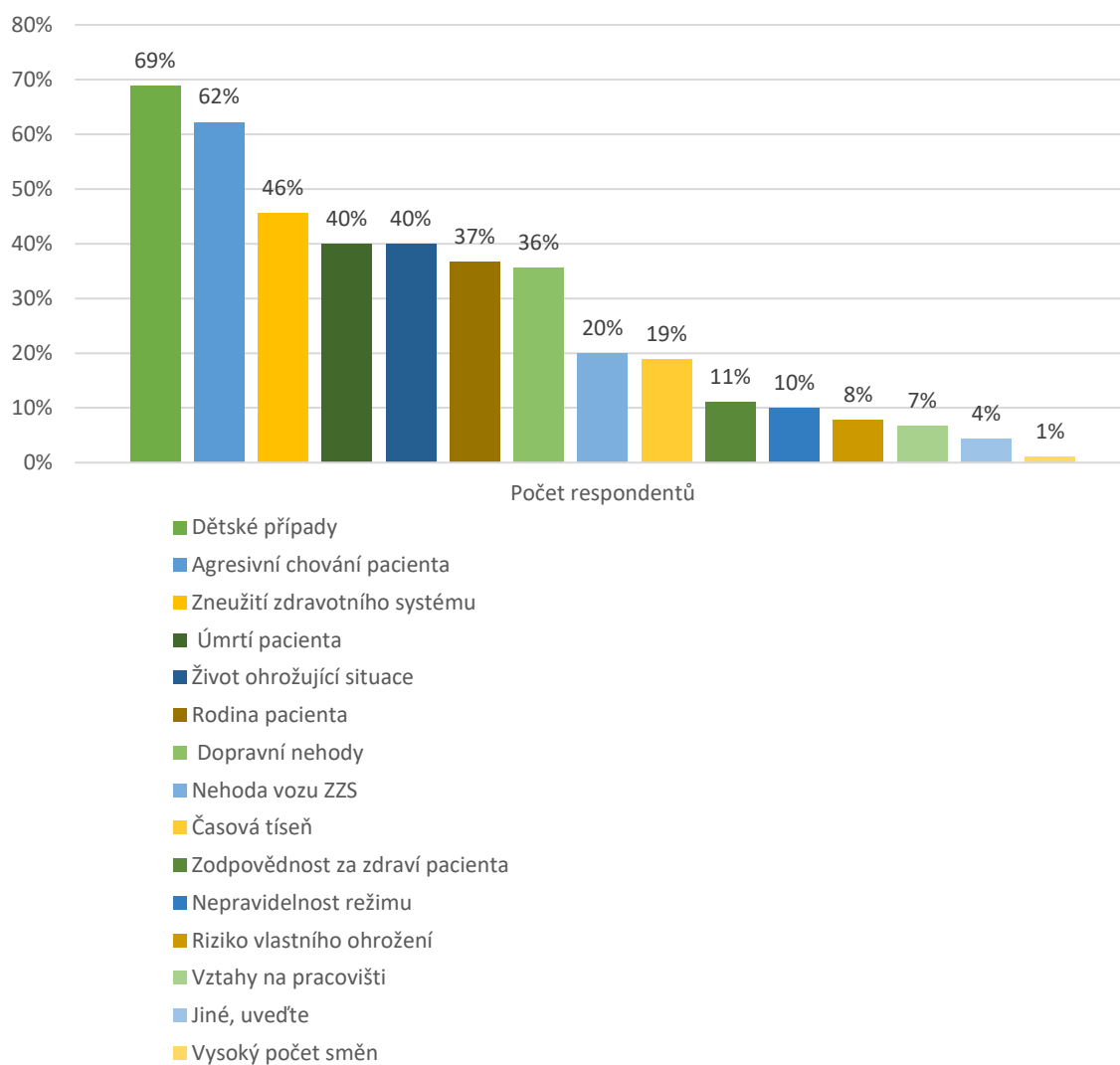
Zajímavé je porovnání míry stresu na pracovišti s vykonávanou pracovní pozicí. Například u nelékařského zdravotnického pracovníka na oddělení urgentního příjmu převažovalo hodnocení práce jako „spíše stresové“ (37,8 % ze všech respondentů/ 17,8 % z respondentů na této pozici), a také respondenti na této pozici jako jediní hodnotili práci jako stresově nenáročnou (13,3 % ze všech respondentů/ 6,7 % z respondentů na této pozici). Oproti tomu u nelékařských zdravotnických pracovníků na ZZS převažuje odpověď na stresovou náročnost „*rozhodně ano*“. (tabulka č. 3)

Tabulka 3 - Hodnocení míry stresu ve vztahu k pracovní pozici

	<i>Rozhodně ano</i>	<i>Spíše ano</i>	<i>Spíše ne</i>	<i>Rozhodně ne</i>	<i>Neumím ohodnotit</i>	<i>Celkový součet</i>
<i>Urgentní příjem – Lékař</i>	5	2	0	0	0	7
<i>Urgentní příjem – Nelékařský zdravotnický pracovník</i>	12	16	6	0	0	34
<i>Zdravotnická záchranná služba – Lékař</i>	4	3	0	0	0	7
<i>Zdravotnická záchranná služba – Nelékařský zdravotnický pracovník</i>	29	13	0	0	0	42
<i>Celkový součet</i>	50	34	6	0	0	90

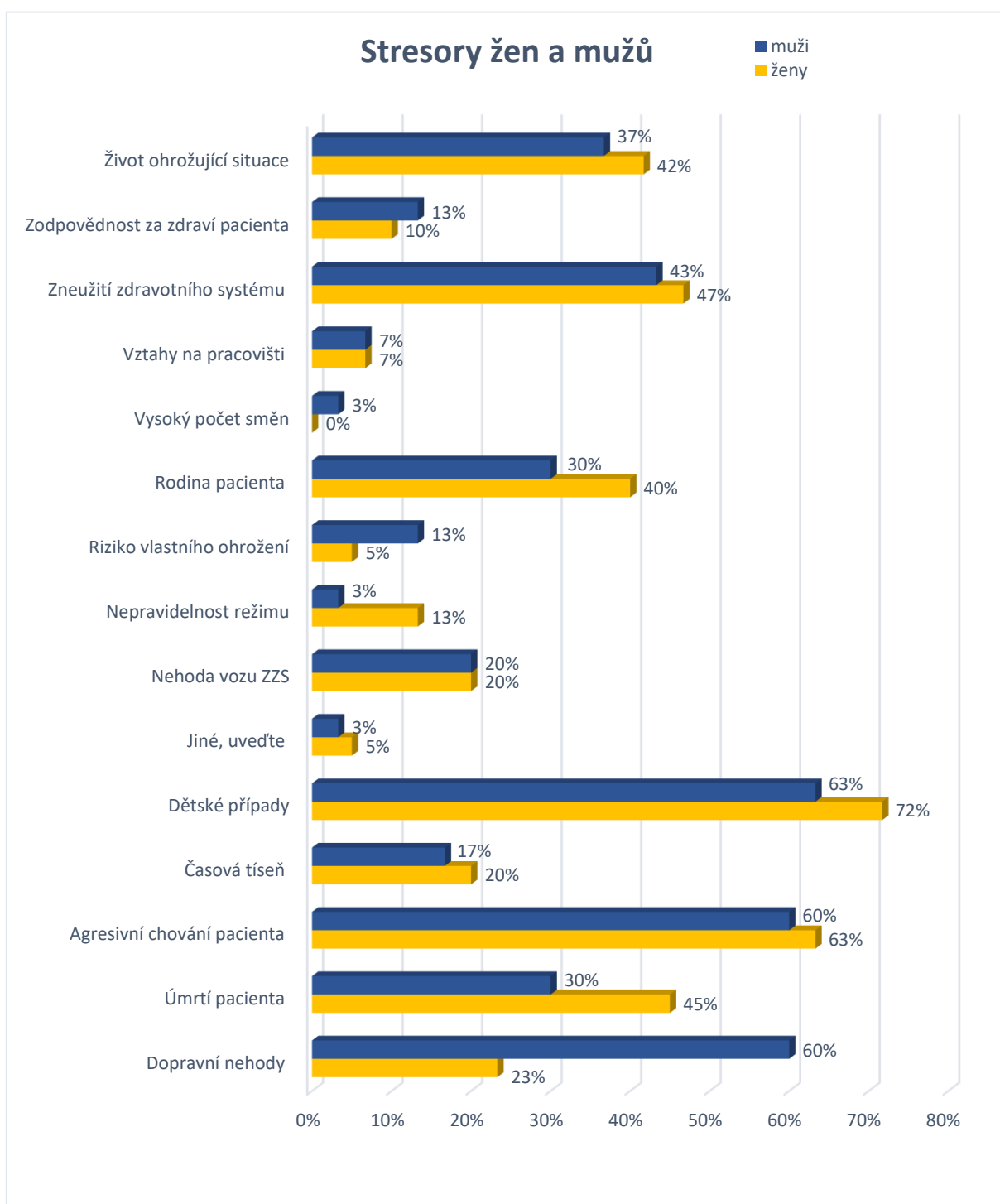
Dále se budeme věnovat stresorům, se kterými se respondenti nejčastěji potýkají. V následujícím grafu č. 5 jsou všechny stresory z dotazníku seřazené podle procentuálního počtu respondentů, kteří tyto stresory označili. Mezi *jiné* respondenti udali jako stresor *nerozhodné lékaře, byrokracii, kontinuální přísun pacientů, podfinancování zdravotnického sektoru, nedostatečnou kapacitu lůžek*. Nejčastěji uváděným stresorem byly jednoznačně *dětské případy*, ty označilo celkem 68,9 % respondentů (62 respondentů). Dále ve velké míře byl udáván stresor *agresivní chování pacienta* – 62,2 % a také *zneužití zdravotního systému* – 45,6 %. Naopak nejméně byl za stresor považován *vysoký počet směn*.

Stresory v urgentní medicíně



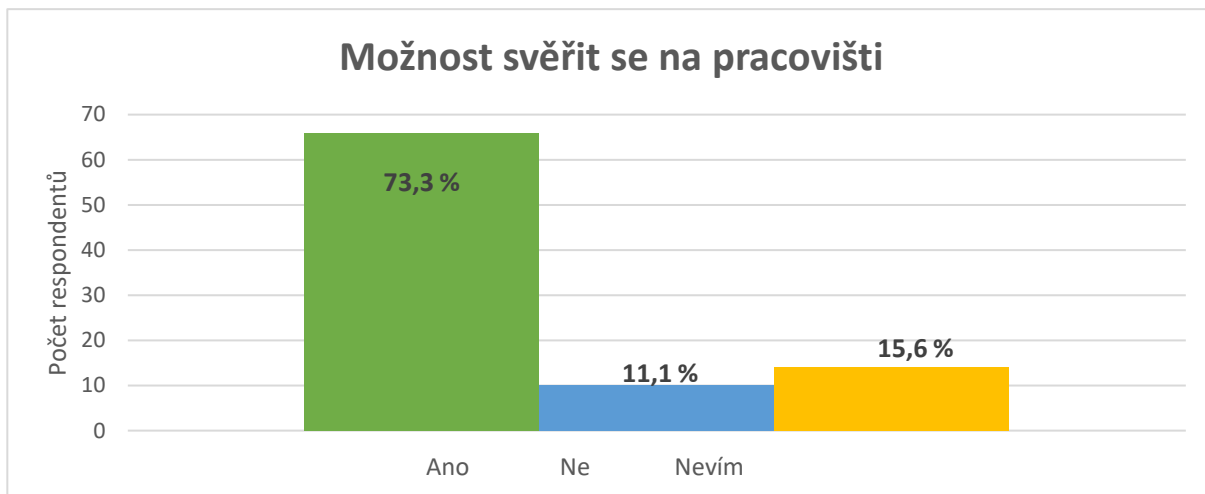
Graf 5 - Stresory v urgentní medicíně

V následujícím grafu č. 6 můžeme vidět rozdíly mezi uváděnými nejvýznamnějšími stresory u žen a u mužů. U obou pohlaví byly nejčastějším udávaným stresorem *dětské případy*. Největší rozdíl je u stresoru *dopravní nehody*, kdy jej jako stresor uvedlo 60 % mužů a pouhých 23,3 % žen. Naopak *úmrtí pacienta* uvedlo 45 % žen a 30 % mužů.



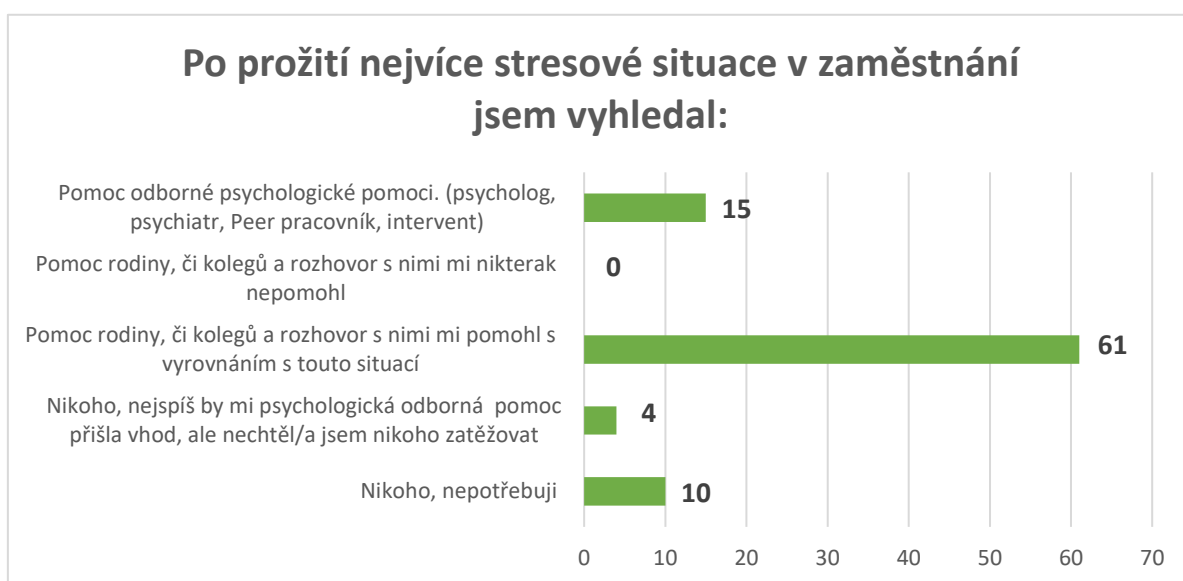
Graf 6- Stresory žen a mužů

Na otázku č. 7 „Cítíte, že máte na svém pracovišti možnost se někomu svěřit, či řešit stresovou situaci?“ odpovědělo 66 respondentů *ano*, 10 respondentů že *ne*, a 14 respondentů *nevím* (graf č. 7).



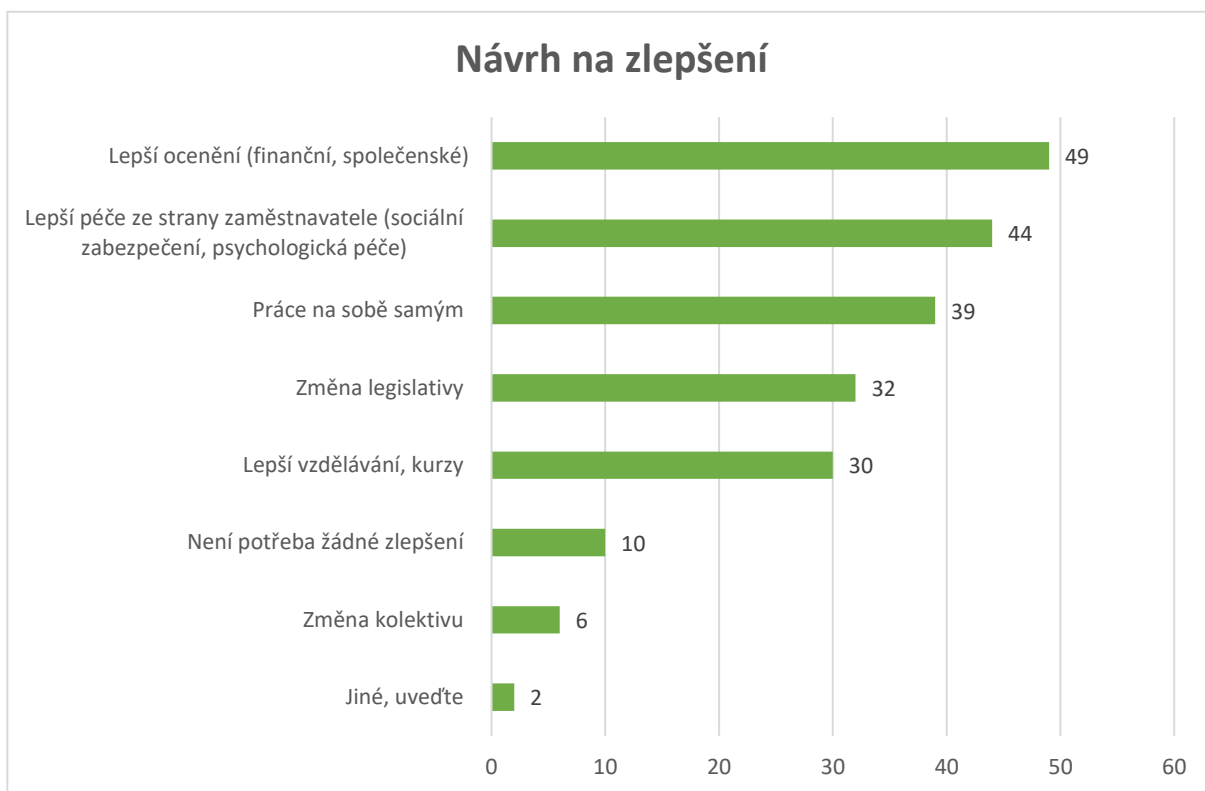
Graf 7- Možnost svěřit se

Po prožití nejvíce stresové situace v zaměstnání nejvíce respondentů (61) vyhledalo pomoc rodiny či kolegů a rozhovor s nimi jim pomohl a stačil k vyrovnání se se stresovou situací. 15 respondentů využilo pomoc odborné psychologické pomoci, 10 respondentů uvedlo, že nepotřebují pomoc od nikoho, 4 respondenti by ocenili odbornou psychologickou pomoc, ale nechtěli nikoho zatěžovat. Ani jeden respondent nevedlo, že by mu pomoc od rodiny či od kolegů nepomohla (graf č. 8).



Graf 8- Vyhledání pomoci po stresové situaci

Na otázku č. 9 „Jakým způsobem byste zlepšili situaci na Vašem pracovišti?“ nejvíce respondentů zvolilo odpověď *lepší ocenění (finanční, společenské)*. Nejmenší počet zvolení měla možnost *změna kolektivu*. 10 respondentů uvedlo, že *není potřeba žádné zlepšení*. Dva respondenti odpověděli *jiné*, při čemž uvedli, že navrhuji pro zlepšení dané situace na pracovišti zjednodušení administrativy a počítačového programu a také, že by pomohlo zlepšení povědomosti společnosti o fungování zdravotnictví (viz. graf č. 9).



Graf 9- Návrh na zlepšení

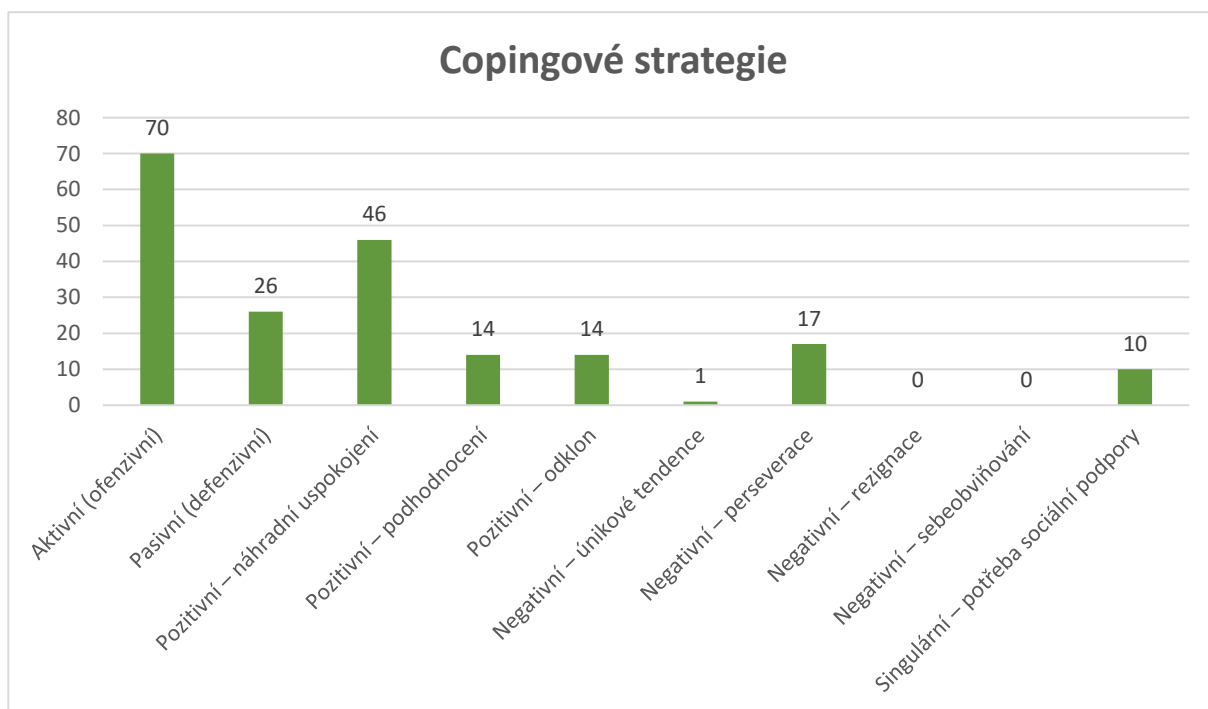
Otázka č. 10 se respondentů táže: „Jakým způsobem se stavíte k prožívanému stresu (lze vybrat více možností). Tato otázka je zaměřena na zmapování copingových strategií respondentů. Odpovědi jsou navrženy tak, aby se dalo z dat určit, zda respondenti používají spíše aktivní, pasivní, pozitivní, negativní nebo singulární copingové strategie. Respondenti mohli uvést více možností. V následující tabulce č. 4 je zaznamenáno, která odpověď značí určité strategie.

Tabulka 4 - Odpovědi přiřazené copingovým strategiím

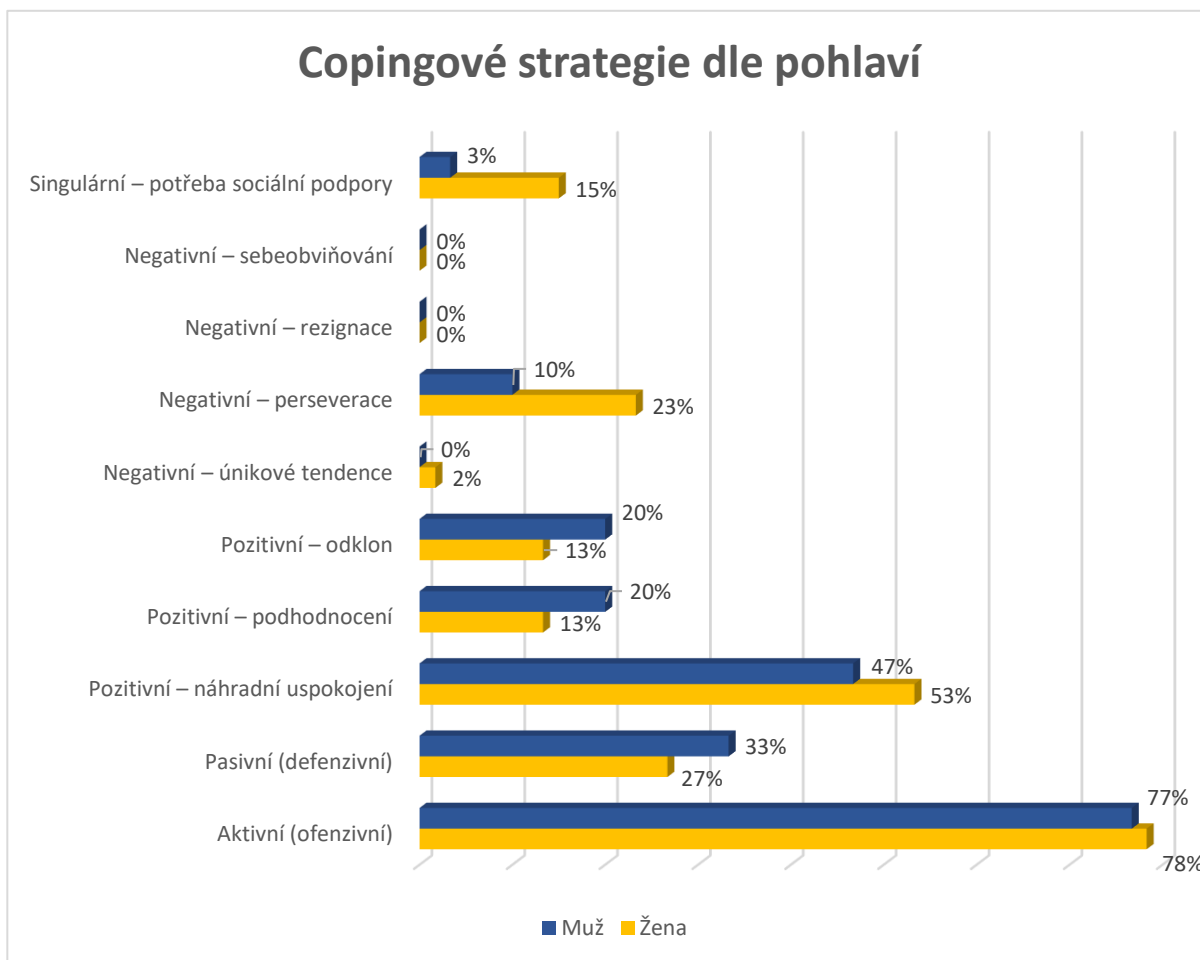
<i>Odpověď respondenta</i>	<i>Strategie</i>
a) Situaci se postavím, pokouším se jí zvládnout, rozmýšlení dalšího postupu, aktivně hledám řešení, pozitivní přehodnocení.	Aktivní (ofenzivní)
b) Vyčkávám, až se situace sama nějak vyřeší.	Pasivní (defenzivní)
c) Pokud nelze situaci změnit, snažím se chránit před zátěžovou situací (fyzická aktivita, podpora přátel/rodiny, dobré jídlo, příjemné zážitky, pití alkoholu, vybití vzteku, ...).	Pozitivní – náhradní uspokojení
d) Podvědomě podhodnocuji vlastní reakce na stres, snižuji jeho význam.	Pozitivní – podhodnocení
e) Odkláním pozornost k jiným věcem.	Pozitivní – odklon
f) Snažím se situaci uniknout prostřednictvím alkoholu, léků, drog (ke zmírnění negativního emočního stavu).	Negativní – únikové tendence
g) Po zátěžové situaci se myšlenkami opakovaně vracím k situaci, prodlouženě o ni přemítám.	Negativní – perseverace
h) Velmi často mám pocit, že nejsou žádné možnosti, jak zvládnout stresovou situaci.	Negativní – rezignace
i) Velmi často si dávám za vinu vznik stresové situace.	Negativní – sebeobviňování
j) Velmi často při stresových situacích vyhledávám oporu v druhých lidech.	Singulární – potřeba sociální podpory

Z celkového počtu celkem 70 respondentů uvedlo, že při prožívaném stresu se situaci postaví, pokouší se jí zvládnout a udělají pro to vše, aktivně hledám řešení. Znamená to tedy, že 70 respondentů (77,8 %) při prožívaném stresu použije aktivní strategii (ofenzivní). 26 (28,9 %) respondentů uvedlo, že vyčkávají, až se situace sama nějak vyřeší – používají tedy

strategii pasivní (defenzivní). Z pozitivních strategií byla nejvíce uváděná strategie *náhradní uspokojení*, čímž se myslí, že pokud nelze situaci změnit, tak se jedinec snaží posilovat své vnitřní ladění prostřednictvím kladných pocitů, snaží se chránit před stresovou reakcí (fyzická aktivita, podpora přátel/rodiny, dobré jídlo, příjemné zážitky, pití alkoholu, vybití vzteku aj.). Tuto strategii uvedlo celkem 46 respondentů, tedy více než polovina – 51,1, %. Ze škály negativních copingových strategií byla uvedena 17 respondenty strategie *perseverace*, zde se jedná o prodloužené přemítání, kdy se jedinec nedokáže oprostít od prožívaných problémů, neustále nad nimi přemýšlí a opakovaně si je zpřítomňuje. Pouze 1 respondentem byla uvedena strategie *únikové tendence*, kdy se jedinec snaží zátěžové situaci uniknout, pomyslně či fyzicky například prostřednictvím užívání látek, které zmírňují prožívání negativních emočních stavů (alkohol, léky apod.). Ani jeden respondent nezmínil negativní strategie *rezignace* či *sebeobviňování*. 10 respondentů uvedlo strategii *potřeba sociální podpory*, která se řadí mezi tzv. singulární strategie. Ty nejsou zařazeny ani v pozitivních ani v negativních copingových strategiích. Záleží u nich na interpretaci jejich využívání v konkrétních situacích. Přehled nejčastěji volených strategií lze vidět v grafu č. 10.



Graf 10 - Copingové strategie

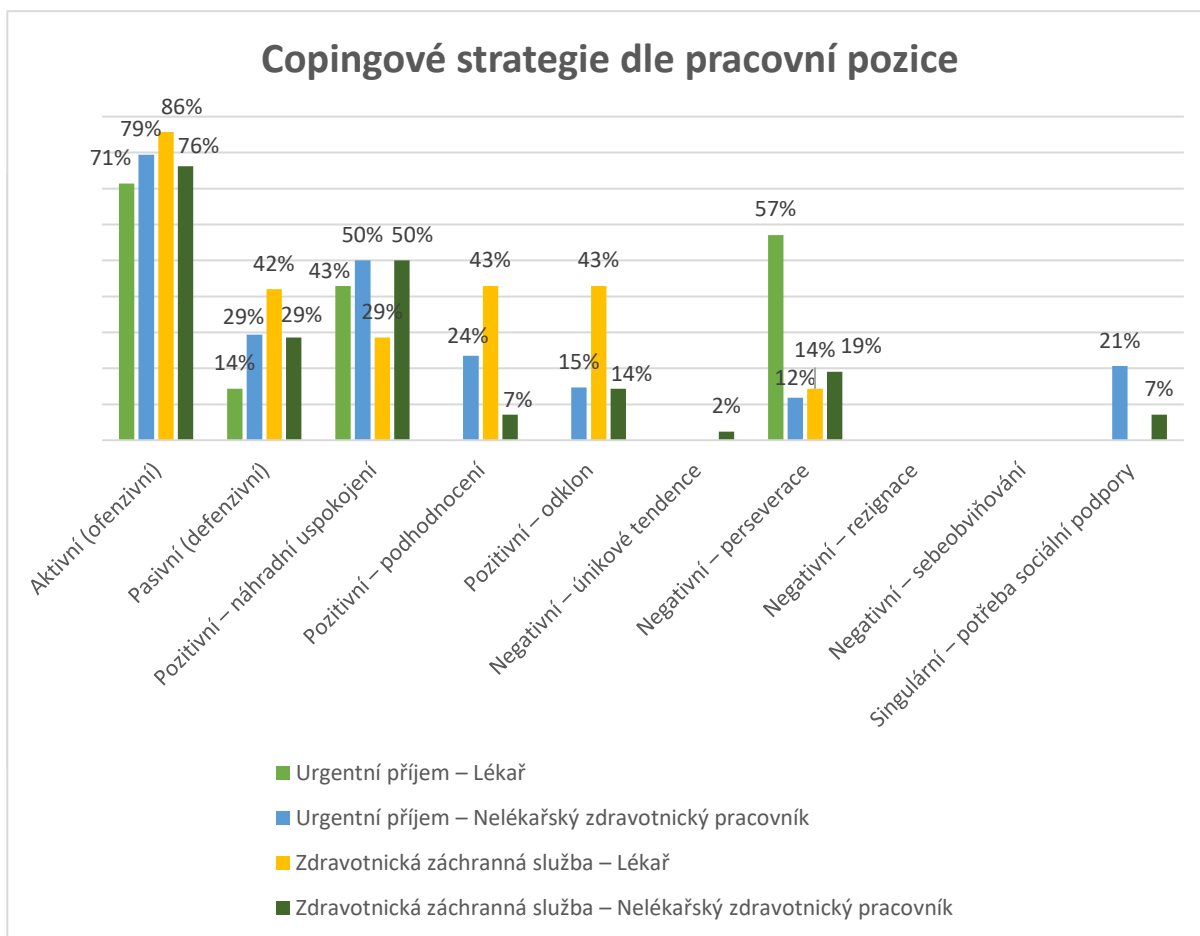


Graf 11 - Copingové strategie dle pohlaví

V předchozím grafu č. 11 můžeme vidět, že není významný rozdíl ve strategiích mezi muži a ženami. Na první příčce je u obou skupin aktivní copingová strategie. Patrný rozdíl je v tom, že o 11,7 % více ženy volí strategii *potřebu sociální podpory* – tudíž potřebu se se svými problémy svěřovat a mít oporu v druhých lidech. Další rozdíl je, že ženy o 13,3 % více volí negativní strategii *perseverace*. Graf je znázorněn v procentech z důvodu nerovnoměrného rozložení zkoumaného vzorku (stejně tomu je v následujícím grafu).

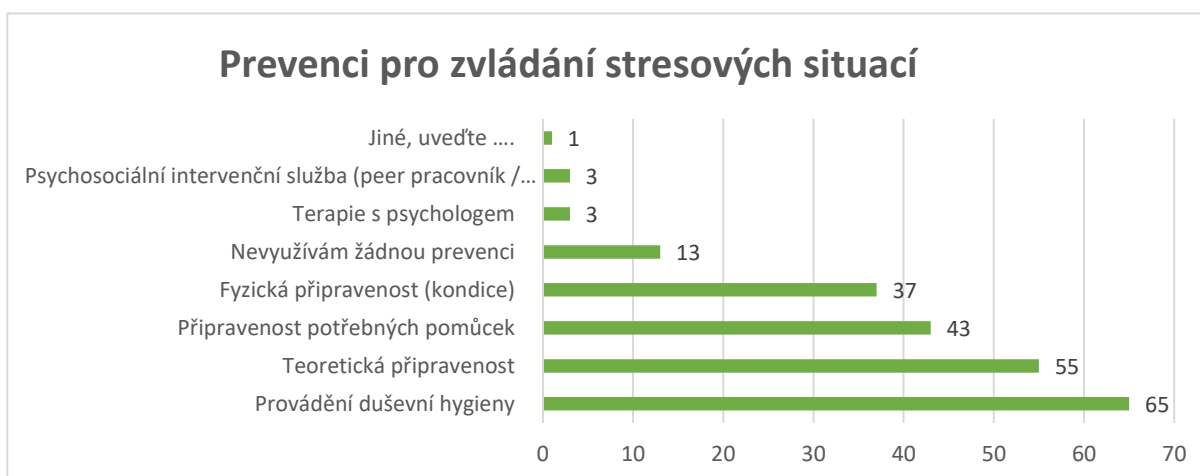
V následujícím grafu č. 12 můžeme vidět znázornění copingových strategií v závislosti na pracovní pozici. Zajímavostí je, že ani jeden z pozic lékařů nevedl oproti pozici nelékařských zdravotnických pracovníků strategii *potřebu sociální podpory* (ať už působících na zdravotnické záchranné službě nebo na urgentním příjmu). Další zajímavostí je fakt, že v negativní strategii *perseverace* převládají s hodnotou 57,1% lékaři urgentního příjmu. Naopak v rámci pozitivních strategií *podhodnocení* a *odklonu* mají lékaři urgentního příjmu

hodnoty nulové. Ve všech skupinách dle pracovní pozice převládá aplikování *aktivní (ofenzivní) strategie*.



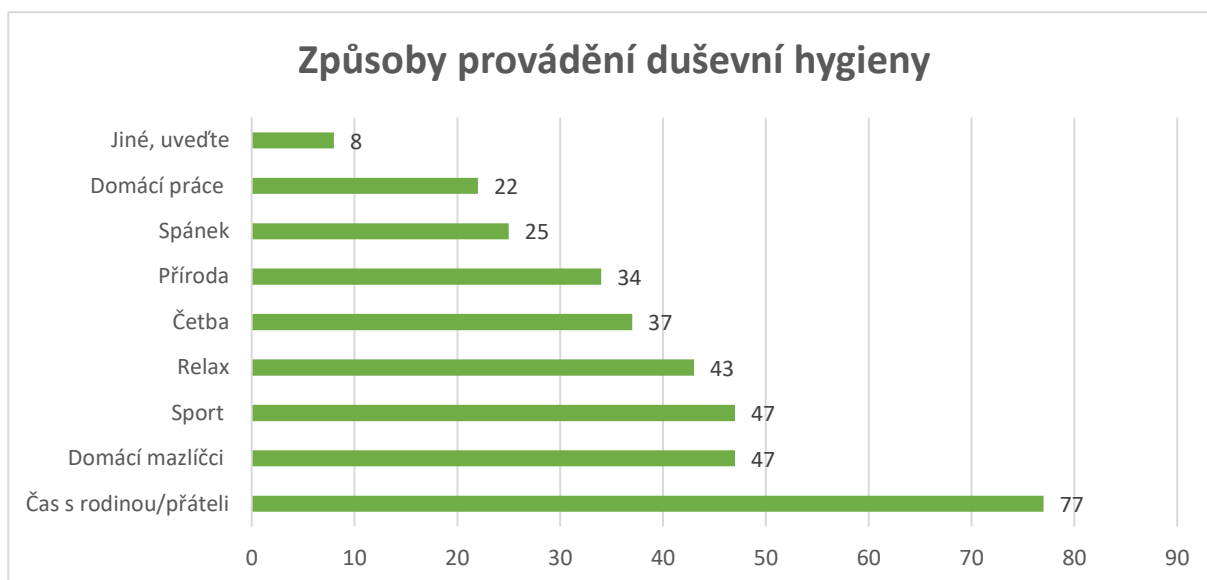
Graf 12- Copingové strategie dle pracovní pozice

V grafu č. 13 můžeme vidět jaké prevence pro zvládnání stresových situací respondenti nejvíce využívají. Výsledkem je fakt, že velmi malé množství respondentů využívá služeb peer pracovníků, krizových interventů či psychologů.



Graf 13 - Prevence pro zvládnání stresových situací

Otázka č. 12 byla zaměřená na zjištění způsobů provádění duševní hygieny. Respondenti měli možnost označit více možností. Nejčastěji označovaná možnost (77 respondentů z 90) byla trávení času s rodinou či přáteli. Druhým nejčastějším způsobem je sport a domácí mazlíčci (47 respondentů). V možnosti *jiné* respondenti uváděli například turistiku, gastronomii, studium, hudbu či chalupaření (graf č. 14).



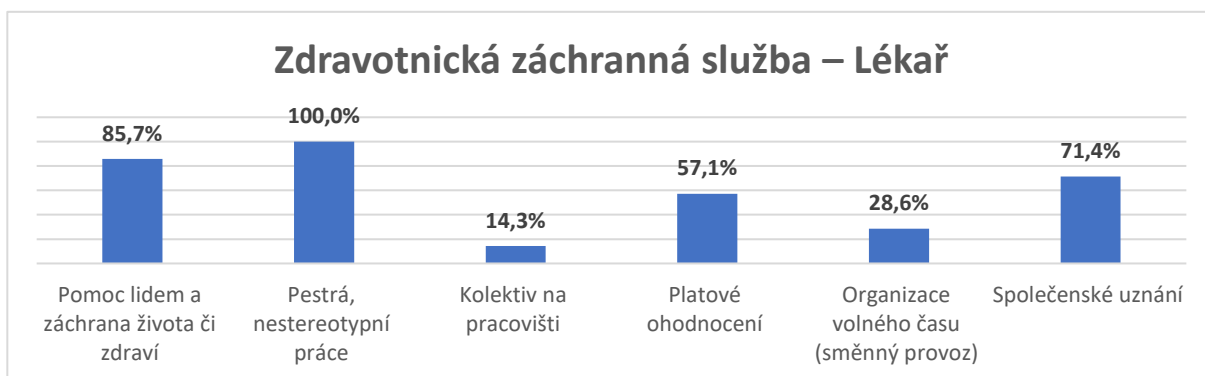
Graf 14 - Způsoby provádění duševní hygieny

Poslední otázka nestandardizovaného dotazníku byla zaměřená na subjektivně vnímaná pozitiva zaměstnání v oblasti urgentní medicíny. Graf č. 15 poukazuje na pozitiva práce. Bez ohledu na pracovní pozici převažuje pozitivum *pomoc lidem a záchrana života a zdraví*, které označilo 88,9 % všech respondentů. Nejméně respondenti uváděli *platové ohodnocení* (14,4 %).

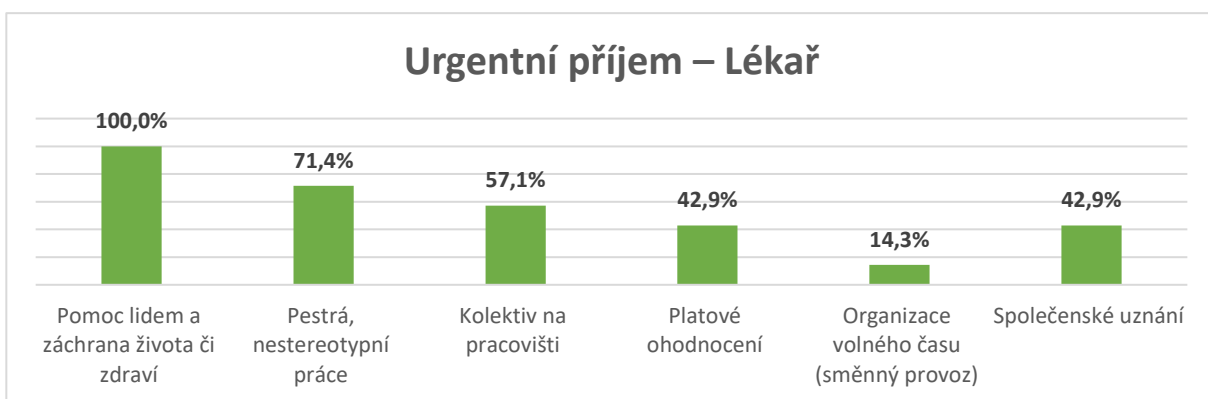


Graf 15 - Pozitiva práce

Zajímavé je porovnání dle pracovních pozic (graf č. 16,17,18,19). Například co se týče kategorie lékařů ve zdravotnické záchranné službě, ti nejvíce označovali pozitivum *pestrá a nestereotypní práce* (100 %), na druhém místě *pomoc lidem a záchrana života či zdraví* (85,7 %), nejméně udávali pozitivum *kolektiv práce*. (14,3 %).



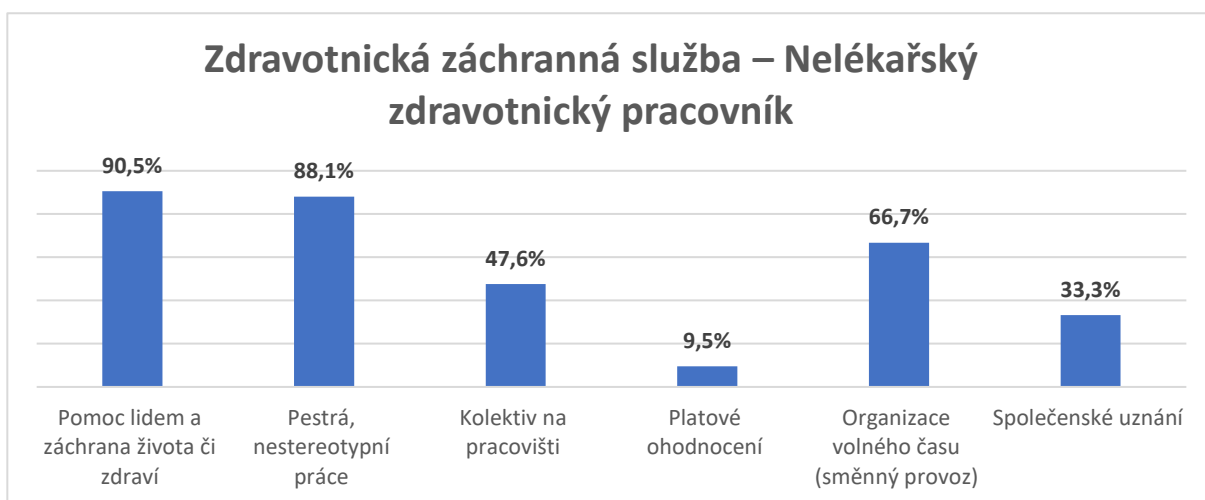
Graf 16 - Pozitiva práce – Lékaři ZZS



Graf 17 - Pozitiva práce – Lékaři UP

Při porovnání kategorií lékařů urgentního příjmu a ZZS bylo zjištěno, že všichni lékaři urgentního příjmu shledávají jako pozitivum práce *pomoc lidem a záchrana života či zdraví*. Naopak všichni lékaři ZZS shledávají jako pozitivum své práce *pestrá a nestereotypní práci*. Rozdíl mezi těmito dvěma kategoriemi je v pozitivu *kolektiv na pracovišti*, kdy na urgentních příjmech byl zvolen 57,1 % respondenty, u ZZS to za pozitivum práce považuje pouze 14,3 % respondentů. Velký rozdíl je patrný také v pozitivu *společenské uznání*. Na ZZS shledávají společenské uznání pozitivem práce celkem 71,4 % respondentů, na urgentním příjmu pouze 42,9 % respondentů.

Při porovnání odpovědí mezi kategoriemi nelékařských zdravotnických pracovníků (dále jen NLZP) působících na urgentním příjmu či na ZZS došlo ke zjištění následujícího. Ani jedna z kategorií neudává platové hodnocení jako pozitivum práce ve velké míře (pouze 9,5 % a 5,9 % respondentů). Téměř o polovinu více respondentů NLZP urgentních příjmů udává pozitivum *kolektiv na pracovišti* (82,4 %) než respondentů NLZP zdravotnické záchranné služby (47,6 %). V kategorii zdravotnické záchranné služby označilo 33 % respondentů pozitivum *společenské uznání*, oproti tomu v rámci urgentního příjmu pouze 5,9 %. Jinak jsou odpovědi rozloženy podobným způsobem. Na prvních příčkách se řadí pozitiva *pomoc lidem a záchrana života či zdraví*, *pestrá a nestereotypní práce*, *kolektiv na pracovišti* a *organizace volného času*.



Graf 18 - Pozitiva práce – NLZP ZZS



Graf 19 - Pozitiva práce – NLZP UP

Interpretace výsledků standardizovaného dotazníku MBI

Standardizovaný dotazník MBI byl vyhodnocován podle manuálu autorek (Maslach,, Jackson, Leiter, 1996). Odpovědi jsou při vyhodnocování rozděleny do skupin, které se týkají různých oblastí. 9 otázek se týká emocionálního vyčerpání, kdy emocionální vyčerpání značí naprosté vyčerpání, ztrátu zájmu prožívat a vychutnávat život. Tento ukazatel vyhoření je nejměrodatnější. Dalších 5 otázek se zaměřuje na depersonalizaci. V případě depersonalizace dochází ke ztrátě úcty k druhým lidem. Zbýlých 8 otázek se zaměřuje na míru osobního uspokojení z práce. Nedostatek osobního uspokojení se vyskytuje u osob s nízkým sebevědomím sebehodnocením. Tyto osoby mají málo energie ke zvládnání situací v zaměstnání a snižuje se jejich výkonost. Respondenti hodnotí každou otázku čísly 0–7 dle síly pocitů, které s otázkou prožívají. (Maslach, Jackson, Leiter, 1996)

V následující tabulce č. 5 jsou znázorněny hodnoty pro vyhodnocování dotazníku dle manuálu. Hodnoty značící vyhoření jsou v červeném poli. Tedy vysoký stupeň emocionálního vyčerpání a depersonalizace poukazuje na syndrom vyhoření. Stejně tak nízký stupeň osobního uspokojení.

Tabulka 5- Hodnoty pro vyhodnocení dotazníku MBI – EE - emocionální vyčerpání; DP – depersonalizace; PA – uspokojení z práce

<i>Stupeň</i>	<i>EE</i>	<i>DP</i>	<i>PA</i>
<i>Nízký</i>	0-16	0-6	0-31
<i>Mírný</i>	17-26	7-12	32-38
<i>Vysoký</i>	27+	13+	39+

V oblasti emocionálního vyčerpání je průměrná hodnota všech respondentů 24,4, což odpovídá mírnému stupni vyhoření. Nejvyšší zjištěnou hodnotou mezi všemi respondenty bylo 42 a nejnižší 7.

V oblasti depersonalizace je průměrnou hodnotou všech respondentů 13,7, což je znepokojující zjištění, jelikož tato hodnota už odpovídá vysokému stupni vyhoření. Nejnižší hodnotou v případě depersonalizace ze všech respondentů byla hodnota 1 a nevyšší hodnotu 21.

V oblasti osobního uspokojení je průměrná hodnota všech respondentů 31,6, což je přesně na hranici mezi nízkým a mírným stupněm vyhoření. Nejnižší hodnotou byl údaj 13 (v tomto případě je to opačně než u předchozích oblastí, nízká hodnota značí vyšší stupeň vyhoření). A nejvyšší hodnotou bylo číslo 42.

V následující tabulce č. 6 jsou hodnoty porovnány s průměrnými „normativními“ hodnotami ze studie *Publisher, Consulting Psychologists Press, Inc., Palo Alto, CA 94303 from MBI-Human Services Survey by Christina Maslach and Susan E. Jackson. Copyright 1996 by Consulting Psychologists Press.*

Tabulka 6 - Průměrné hodnoty dotazníku MBI

	<i>Průměrné hodnoty tohoto výzkumu</i>	<i>Normativní průměrné hodnoty</i>
<i>Emocionální vyčerpání</i>	24,4	19
<i>Depersonalizace</i>	13,7	6,6
<i>Osobní uspokojení</i>	31,6	36,8

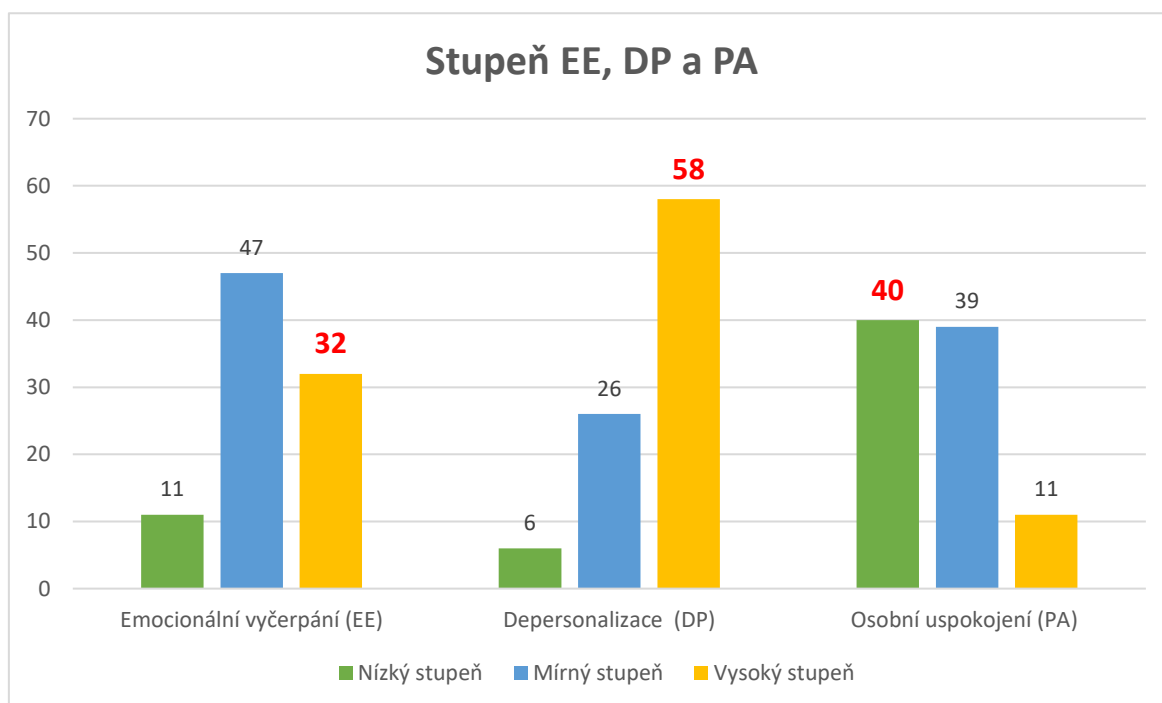
Průměrné hodnoty získané od respondentů tohoto výzkumu jsou vyšší než normativní průměrné hodnoty. V oblasti emocionálního vyčerpání jejich průměrná hodnota odpovídá mírnému stupni emocionálního vyčerpání, v oblasti depersonalizace odpovídá průměrná hodnota vysokému stupni depersonalizace. V oblasti osobního uspokojení je průměrná hodnota našeho vzorku opět na úrovni mírného stupně osobního uspokojení. Respondenti tedy pouze v oblasti *depersonalizace* vykazují známky vyhoření. Avšak i vykazování mírného stupně v kategoriích není ideální situací.

Z grafu č.20 je celkové shrnutí získaných dat pomocí dotazníku MBI. Ohledně *emocionálního vyčerpání* nejvíce respondentů (47) vykazuje *mírný stupeň*. 37 respondentů vykazuje *vysoký stupeň emocionálního vyčerpání*.

V oblasti *depersonalizace* výrazně převažuje *vysoký stupeň*, vykazuje jej celkem 58 respondentů. *Mírný stupeň depersonalizace* celkem vykazuje 26 respondentů a *nízký stupeň* vykazuje pouze 6 respondentů.

V oblasti *osobního uspokojení* převažuje pouze o jednoho respondenta *nízký stupeň uspokojení* (40 respondentů), *mírný stupeň osobního uspokojení* vykazuje celkem 39 respondentů a *vysoký stupeň osobního uspokojení* vykazuje pouze 11 respondentů.

Červené zbarvení označuje kategorie, které znamenají výskyt syndromu vyhoření.



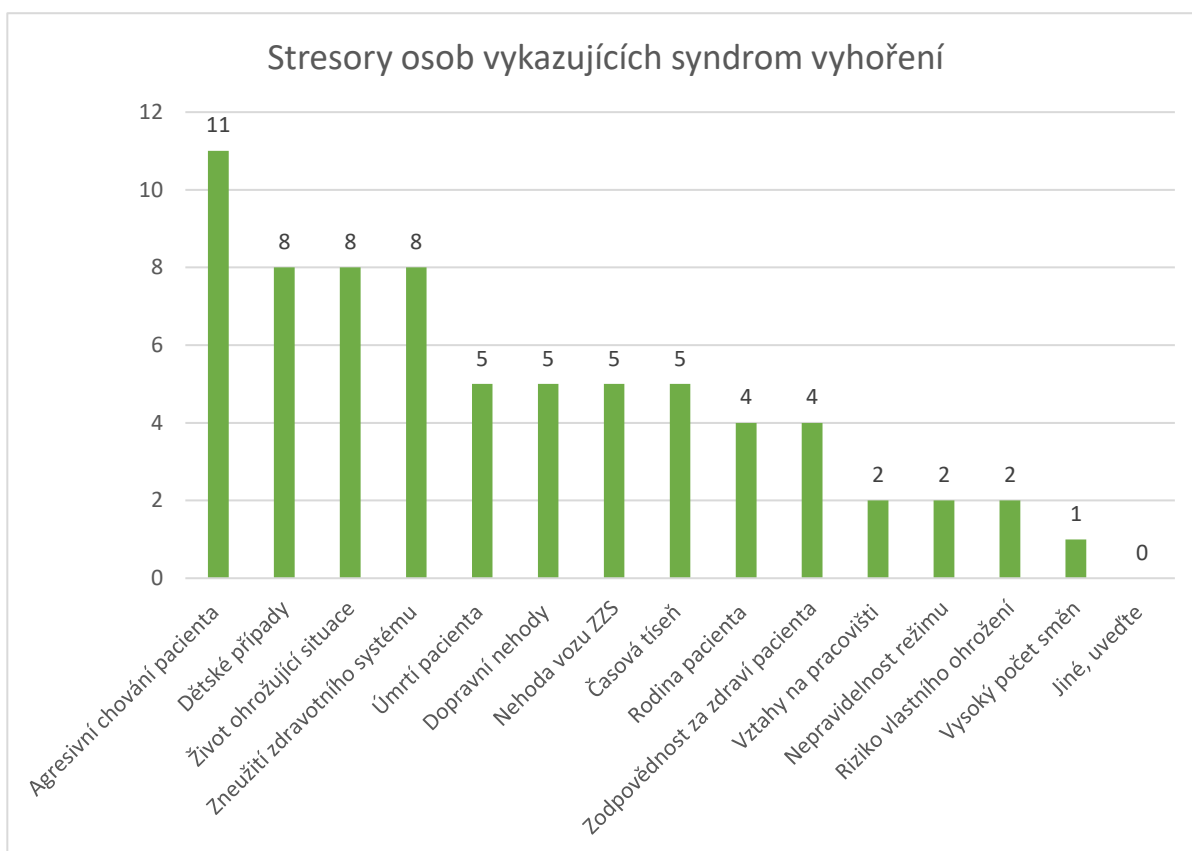
Graf 20 – Stupně EE, DP a PA

Celkem 15 respondentů z 90 vykazuje ve všech kategoriích stupeň poukazující na syndrom vyhoření. Dalších 16 respondentů naopak nevykazuje ani v jedné kategorii známky syndromu vyhoření. Jinými slovy pouze 17,8 % respondentů nejeví známky syndromu vyhoření. Naopak 16,7 % respondentů jeví absolutní známky syndromu vyhoření. Z toho vyplývá, že 59 respondentů vykazuje alespoň v jedné kategorii stupeň poukazující na syndrom vyhoření.

V souboru 16 respondentů, kteří nevykazují známky syndromu vyhoření je mediánem 45 let. Nejmladšímu respondentovi bez známek vyhoření je 25 let a nejstaršímu je 56 let. Tento soubor tvoří 12 žen a 4 mužů. Z těchto 12 žen 9 odpovědělo, že rozhodně shledávají práci v oblasti urgentní medicíny stresově náročnou, zbylé 3 ji spíše shledávají stresově náročnou. Všichni 4 muži rozhodně shledávají svou práci stresově náročnou. Co se týče délky praxe na poli urgentní medicíny u respondentů, kteří nevykazují známky syndromu vyhoření, je to 6 osob s délkou praxí 0-5 let, 5 osob s délkou 6-10 let, 3 osoby s délkou praxe 11-20 let a 2 osoby s délkou praxe více než 21 let. Lze zde vidět sestupnou tendenci. Co se týče pracovní pozice u respondentů, kteří nevykazují známky syndromu vyhoření, je to 1 lékař urgentního příjmu, 5 nelékařských zdravotnických pracovníků urgentního příjmu, 2 lékaři zdravotnické záchranné služby a 8 nelékařští zdravotničtí pracovníci zdravotnické záchranné služby. Zajímavý je fakt, že 14 ze 16 respondentů nevykazujících známky syndromu vyhoření udávají, že mají možnost se na pracovišti někomu svěřit. Jako prevenci syndromu vyhoření tito respondenti nejčastěji uvádějí provádění duševní hygieny (14 respondentů), teoretickou připravenost (13 respondentů), připravenost potřebných pomůcek (12 respondentů) a fyzickou připravenost (9 respondentů). Co se týče duševní hygieny nejčastěji ji provádějí prostřednictvím trávení času s rodinou či přáteli (15 respondentů), sportu (11 respondentů), domácích mazlíčků (9 respondentů), domácích prací, četby či přírody (vše 7 respondentů).

Dále se zaměříme na skupinu respondentů, kteří vykazují známky syndromu vyhoření ve všech kategoriích dotazníku MBI – emocionální vyčerpání, depersonalizace a osobní uspokojení. Z dotazníku vyplynulo, že je to celkem 15 respondentů z celkového počtu 90. Mediánem je také hodnota věku 45. Nejmladšímu respondentovi prokazující známky syndromu vyhoření je 25 let a nejstaršímu 56 let, což je úplně stejné jako u skupiny respondentů, kteří nevykazují žádné známky syndromu vyhoření. Rozložení dle pohlaví je 7 žen a 8 mužů. Ze 7 žen 5 odpovědělo, že rozhodně shledávají práci v oblasti urgentní medicíny stresově náročnou. Zbylé 2 ji spíše shledávají stresově náročnou. Z 8 mužů 5 uvedlo, že rozhodně shledávají práci v oblasti urgentní medicíny stresově náročnou a 3 ji spíše shledávají stresově náročnou. Co se týče délky praxe v urgentní medicíně pouze 1 respondent vykazující známky syndromu vyhoření udává délku praxe 0-5 let. 5 respondentů uvedlo délku praxe 6-10 let, 4 respondenti 11-20 let a 5 respondentů se pohybuje v urgentní medicíně déle než 21 let. Pouze 1 respondent vykazující známky syndromu vyhoření zastává pozici lékaře na urgentním příjmu. Dále jsou to 3 respondenti na pozici nelékařských zdravotnických pracovníků urgentního příjmu, 3 lékaři zdravotnické záchranné služby a 8 nelékařských zdravotnických

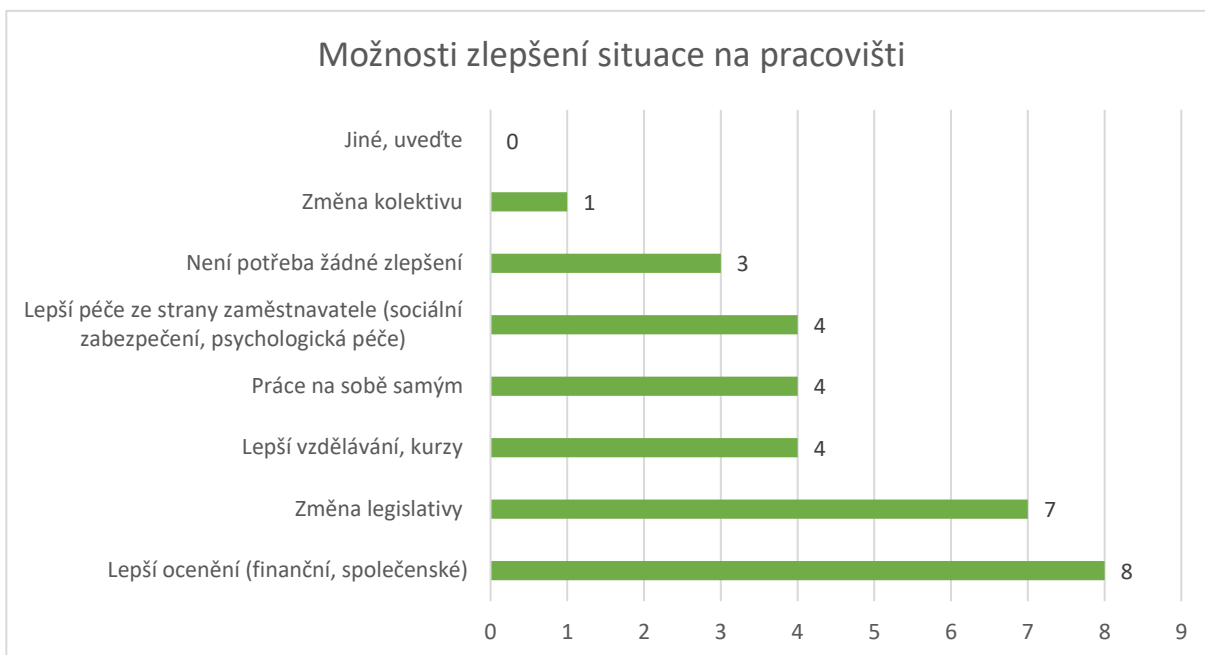
pracovníků zdravotnické záchrané služby. V následujícím grafu č. 21 jsou uvedené nejvíce uváděné stresory u respondentů vykazujících známky syndromu vyhoření.



Graf 21 - Stresory osob vykazujících syndrom vyhoření

Z 15 respondentů 7 uvedlo, že mají možnost se na svém pracovišti někomu svěřit, či řešit stresovou situaci. 3 respondenti uvedli, že neví a 5 respondentů uvedlo, že tuto možnost nemá. Na otázku „Po prožití Vaší nejvíce stresové situace v zaměstnání jsem vyhledal:“ uvedli 4 respondenti, že nevyhledali nikoho, nemají tu potřebu. Většina respondentů (10) uvedlo, že jim stačila pomoc rodiny, či kolegů a rozhovor s nimi. 1 respondent uvedl, že využil možnost odborné psychologické pomoci.

V následujícím grafu č. 22 jsou znázorněny možnosti k vylepšení situace na jejich pracovišti, které uvedli respondenti, kteří vykazují známky syndromu vyhoření.



Graf 22 - Možnosti zlepšení situace na pracovišti

Jako prevenci syndromu vyhoření tito respondenti nejčastěji uvádějí provádění duševní hygieny (8 respondentů), teoretickou připravenost (8 respondentů), fyzickou připravenost (6 respondentů) a že nevyužívají žádnou prevenci. Tuto poslední možnost uvedlo celkem 5 respondentů. Co se týče duševní hygieny nejčastěji ji provádějí prostřednictvím trávení času s rodinou či přáteli (10 respondentů), relaxu (9 respondentů), domácích mazlíčků (8 respondentů), četby (6 respondentů), spánku (5 respondentů), sportu (4 respondenti) aj.

Po provedení korelačních analýz získaných dat (příloha č. 9) bylo zjištěno, že u mužů míra prevence a provádění duševní hygieny signifikantně klesá s věkem a praxí daných respondentů, kdežto u žen souvislost s mírou duševní hygieny či prevence zjištěna nebyla. Dále se ukázalo, že muži jsou citlivější na vnímání pozitiv své práce, což přímo souvisí s osobním uspokojením. Pokud muži – respondenti nevidí ve své práci mnoho pozitiv, mohou být náchylnější k emocionálnímu vyčerpání, a je zde tudíž větší riziko syndromu vyhoření. Při porovnání pracovních pozic se potvrdilo, že míra provádění duševní hygieny a prevence proti stresu s věkem a praxí výrazně klesá, zejména u lékařských pracovníků, jak na urgentním příjmu, tak ZZS. Tyto pracovní pozice jsou také daleko citlivější na vnímání pozitiv své práce a osobní uspokojení, u lékařů ZZS dokonce hrozí vyšší riziko syndromu

vyhoření z důvodu silnější vazby osobního uspokojení a depersonalizace na věk. Míra prevence se ukázala jako zásadní faktor u všech pracovních pozic, nicméně u lékařů ZZS byla nalezena přímá souvislost s rizikem syndromu vyhoření. U NLZP nebyly výsledky tak kategorické, ovšem vliv prevence a význam osobního uspokojení v práci i zde ukázal svůj nepopíratelný vliv.

Rozhovor s pracovníky v managementu

Polostrukturovaný rozhovor (otázky jsou k dispozici v příloze č. 3) probíhal se čtyřmi respondenty, kteří zastávají manažerskou pozici na pracovišti urgentní medicíny (tedy vedoucí lékaři, primáři, vrchní sestry, staniční sestry, v rámci zachování anonymity není možná bližší charakteristika). Na základě těchto rozhovorů byly zjištěny následující informace.

Všichni tázaní pracovníci si myslí, že práce na jejich pracovišti je pro jejich podřízené velmi stresově náročná. Jako největší stresory uvádějí situaci, kdy je ohrožen život, opravdu nemocní pacienti. Také péče o dětské pacienty je považována za velmi stresově náročnou. Další stresogenní situací je kontinuální přísun pacientů, následný nedostatek lůžek a přetížení personálu, péče o více než jednoho pacienta v danou chvíli, časová tíseň. Jako další podstatný stresor uvádějí agresivitu pacientů a zneužívání zdravotnické péče, kdy je brána jako samozřejmost. Jako další stresor může působit pro každého i osobní sektor, kdy si své starosti ze soukromého života nosí zaměstnanci v hlavě a pak se může odrážet na pracovním výkonu, což je dle vedoucích pozic naprosto přirozené a týká se to i jich samotných. Dalším stresorem je každopádně nenaplnění základních fyziologických potřeb, nejvíce vnímaným je hlad, když zkrátka není čas se najíst. Uveden byl i stresor – vztahy na pracovišti, kdy, jakmile není kolektiv funkční, dochází ke ztěžování práce.

Velké části stresorů dle vedoucích pracovníků nelze předcházet (stresorům z vnějšího prostředí). Lze ovlivnit pouze svou část, tím je myšleno tvořit dobré zázemí a prostředí, ve kterém se snáze pracuje (pomůcky, nástroje, strategicky promyšlené rozmístění, aj.) moci se spoléhat jeden na druhého, mít soudržný kolektiv, kdy záleží na snaze celé skupiny. Dopad stresových situací na pracovníky se snaží vedoucí pracovníci snižovat tím, že si stresové situace rozebírají a dávají prostor o nich mluvit, samozřejmě je k dispozici krizový intervent či peer program. Jako důležitý faktor zmiňují i motivaci pracovníků.

Co se týče otázky, zda se podřízení svěřují svým nadřízeným, odpovědí bylo u některých ano, u některých jen částečně.

Na otázku, zda vedoucí pracovníci mají na svém pracovišti možnost psychické pomoci pro podřízené či sami pro sebe, bylo odpovědí, že funguje peer pracovník v nemocnici, či krizový intervent a peer pracovník na ZZS.

Polovina tázaných vedoucích pracovníků uvedla, že si myslí, že mají na svém pracovišti zaměstnance trpícího syndromem vyhoření. Projevuje se to negativním postojem k pacientům ale i ke kolegům. Zaměstnanec je kvůli tomu neoblíbený, kolegové s ní/m neradi slouží, jelikož své emoce šíří do okolí, neplní velmi často své pracovní povinnosti, je unavený, naštvaný a podrážděný. Když je nějaká pomoc tomuto člověku nabízena, je to bez úspěchu. Také si jeden vedoucí pracovník myslí, že snahu musí vyvinout hlavně dotyčná osoba, nikdo jiný to nemůže zvládnout.

Svou vlastní manažerskou práci vedoucí pracovníci shledávají velmi stresově náročnou, hlavně s přibývajícím věkem. V práci se snaží nepřenášet stres na podřízené. „Když jsem ve stresu já, jsou i ostatní.“ Důležité je dle respondentů mít kam jít domů, do klidného prostředí a tam se snažit nemyslet na starosti, věnovat se svým aktivitám (duševní hygieně), trávit čas s rodinou, ale ne vždy je čas a prostor na tyto aktivity.

Na otázku, zda někdy neuvažovali nad změnou zaměstnání z důvodu nadměrného stresu, byly odpovědi „nikdy“, další odpovědí bylo „zatím ne, spíše do budoucna ano“ a také „velmi často, ale už je pozdě něco měnit“.

Na své práci mají tázaní respondenti rádi učení nových věcí, nestereotyp v zaměstnání, kolektiv a práci s lidmi, možnost někomu pomoci.

Nápadů na změnu a zlepšení situace na jejich oddělení je prý mnoho, chybí k tomu ovšem finance a vůle vedení nemocnice (například lepší zázemí, přístroje více personálu, benefity pro zaměstnance, více dovolené pro zaměstnance, týmové aktivity), eliminovat v kolektivu ty, kteří stres podporují.

DISKUZE

Účast respondentů v tomto výzkumu je závislá na ochotě a zájmu o danou problematiku pracovníků tázaných pracovišť. Krom toho lze předpokládat, že jedinci, kteří výrazně prokazují známky syndromu vyhoření, nebudou mít zájem se podílet z důvodu negativistického postoje. Výhodou však je zachování veškeré anonymity, která zaručuje svobodu a upřímnost odpovědí. Z důvodu ne příliš vysokého počtu respondentů nelze výsledky výzkumu zobecňovat.

Výzkumu se účastnilo celkem 90 respondentů, kdy rozložení dle pohlaví nebylo rovnoměrné (60 žen a 30 mužů). Zúčastnilo se ovšem stejné množství lékařů urgentních příjmů i lékařů ZZS (v obou případech 7) a podobné množství nelékařských zdravotnických pracovníků urgentních příjmů a ZZS (34 a 42 respondentů), což činí získané výsledky v tomto směru srovnatelné. 55,6 % respondentů hodnotí práci v rámci urgentní medicíny za rozhodně stresově náročnou, 37,8 % respondentů za spíše stresově náročnou. Pouze 6,7 % pracovníků odpovědělo, že práci v urgentní medicíně spíše neshledávají stresově náročnou. Těchto 6,7 % respondentů byli všichni pracovníky urgentních příjmů, tudíž všichni dotazovaní zaměstnanci ZZS shledávají svou práci spíše či rozhodně stresově náročnou.

Bylo zjištěno, že největšími stresory pro tázané respondenty jsou dětské případy, agresivní chování pacienta, zneužívání zdravotnického systému, úmrtí, život ohrožující situace, rodina pacienta a dopravní nehody. Studie Šeblové, Kebzy a Vignerové (2007) zaměřená na zátěž a stres pracovníků záchranných služeb udává nejvíce uváděné stresory: smrt či KPR dětí či mladých lidí, hromadné a závažné dopravní nehody, pracovní přetížení (nepravidelnost režimu, vztahy na pracovišti), zneužití záchranných služeb aj. V tomto směru se naše výsledky svým charakterem převážně shodují.

Většina respondentů (66) má pocit, že se může na svém pracovišti svěřit či řešit stresovou situaci. Znepokojující je fakt, že 10 osob, tzn. Přes 10 % respondentů, má pocit, že tuto možnost nemá a 14 osob není schopno odpovědět, což je 15 % ze všech respondentů. Dalším znepokojujícím faktem je, že 4 respondenti po prožití nejvíce stresové situace v zaměstnání nevyhledali žádnou psychologickou pomoc, protože nechtěli nikoho obtěžovat, ačkoliv by ji ocenili. Pouze 15 respondentů vyhledalo odbornou psychologickou pomoc a 61 respondentů, což je většina, si vystačilo s pomocí od rodiny či kolegů. Nutno podotknout, že každý zaměstnavatel je povinen zajistit svým zaměstnancům bezpečnost a ochranu zdraví při práci se zohledněním rizik možného ohrožení jejich života a zdraví, která se týkají výkonu jejich práce. Tuto povinnost upravuje § 101 odst. 1 a 2 zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce.

Jde o aktivní opatření podporující zvládnutí nadlimitně psychicky zátěžových situací zasahujících zdravotnického pracovníka v souvislosti s výkonem profese. Poskytování psychosociální podpory je právě prevencí proti syndromu profesního vyhoření, který je u zdravotnických pracovníků diagnostikován častěji než u jiných povolání se zvýšenou psychickou zátěží. Poskytování psychosociální podpory zdravotnickým pracovníkům není hrazeno z veřejného zdravotního pojištění, náklady na jejich poskytování hradí zaměstnavatel (Metodické doporučení č. ZD36/2019).

V rámci části, která se zaměřuje na návrhy na zlepšení dané situace na pracovištích, respondenti nejvíce navrhovali lepší ocenění (finanční či společenské). Dle vedoucích pracovníků je tím nejvíce myšleno například zvýšení platů, více dovolené, více zaměstnaneckých benefitů aj. Dalším návrhem byla lepší péče ze strany zaměstnavatele, tím bylo myšleno například zvýšit povědomí o peer programu, jelikož někteří neví, že mají k dispozici tyto možnosti psychologické odborné pomoci. Dalším návrhem byla práce na sobě samém, provádění prevence, provádění duševní hygieny.

Co se týče copingových strategií, 77,8 % námi tázaných respondentů uvádí, že při prožívaném stresu používají aktivní strategii (ofenzivní) s následným pozitivním přehodnocením. Dle studie z roku 2019, která se zaměřuje na copingové strategie sester v oboru intenzivní zdravotní péči a na stresory v zaměstnání, je taktéž nejvíce používaná strategie aktivní – ofenzivní a strategie přehodnocení, tedy pozitivní strategie (Isa, Ibrahim, Abdul – Manan et al., 2019). Také bylo zjištěno, že významným prediktorem poruch nálady a tím pádem i sklonu k syndromu vyhoření je používání vyhýbavé copingové strategie (odklon) a negativní strategie perseverace (Healy, McKay, 2000). Patrný je v této oblasti rozdíl mezi ženami a muži, ženy spíše mají větší tendence používat strategii potřebu sociální podpory, tudíž svěřovat se se svými potížemi druhým a mít v nich oporu.

Jako nejčastější prevenci pro lepší zvládnání stresových situací a snižování dopadu jejich působení nejčastěji respondenti uváděli provádění duševní hygieny (65 respondentů, tj. přes 72 %). Dále je pro většinu respondentů důležité být připraven po teoretické stránce, mít k dispozici potřebné pomůcky a také mít fyzickou zdatnost pro zvládnutí náplně práce.

Respondentům byl dále distribuován dotazník MBI, jehož úkolem bylo zjistit u nich míru syndromu vyhoření. Lze říci, že z našich respondentů 16,7 % jeví známky syndromu vyhoření ve všech kategoriích a 17,8 % respondentů nejeví známky vyhoření ani v jedné kategorii. Při srovnání dat respondenty uvedených v nestandardizovaném dotazníku, je patrný rozdíl mezi respondenty vykazující známky syndromu vyhoření a nevykazující tyto známky především

v aplikování prevence proti dopadu stresových situací, zejména pak aplikování duševní hygieny. Zároveň je patrné, že respondenti nevykazující tyto známky jsou převážně pracovníci s kratší dobou praxe v urgentní medicíně a s klesající tendencí. Zároveň je patrné, že nejcitlivější skupinou s rizikem syndromu vyhoření jsou lékaři na ZZS, pro obecnější výsledky by ovšem bylo potřeba daleko více respondentů, případně další respondenti z jiných pracovišť. Avšak autorka Velecká (2015) ve své diplomové práci uvádí, že dle jejího výzkumu neexistuje statisticky významná souvislost mezi syndromem vyhoření a délkou praxe. Tento výzkum byl prováděn pomocí dotazníku MBI se zdravotními sestrami v oboru intenzivní medicíny. Rozdílem mezi těmito dvěma skupinami je fakt, že 14 z 16 respondentů nevykazující známky syndromu vyhoření mají pocit, že mohou stresové situace na svém pracovišti řešit a mají možnost se svěřit. Oproti tomu z 15 respondentů vykazující známky vyhoření 5 uvedlo, že tuto možnost nemají a 3 respondenti neumí zhodnotit.

V rámci polostrukturovaného rozhovoru s respondenty zastávající vedoucí pozici v oblasti urgentní medicíny, uváděla většina, že jejich velkou snahou je vytváření vztahů, které by vytvářely příjemné prostředí pro svěřování jejich zaměstnanců, pro možnost rozebírat stresové situace a pro to být si navzájem oporou. Jako prostor pro zlepšení této situace proto shledávají poskytnutí více financí jak pro vytvoření vhodnějšího prostředí, prostorů, motivaci zaměstnanců atd.

Výzkumem zastoupení jednotlivých lékařských profesí na syndromu vyhoření se v roce 2007 začala intenzivně zabývat americká klinika Mayo, přičemž bylo zjištěno, že nejvíce postižené medicínské obory jsou právě urgentní medicína, následuje obor urologie, fyzioterapie a rehabilitace, praktičtí lékaři, radiologie atd. (Swensen, Kabcenell, Shanafelt, 2016).

V další práci z roku 2015 se Linzer et al. snažili prokázat na soukromých pracovištích primární péče, jak může pouhé zlepšení pracovních podmínek snížit pracovní stres a výskyt syndromu vyhoření. Na pracovištích zlepšili vzájemnou komunikaci a časový rozvrh a provedli změny zaměřené na zlepšení kvality činnosti. Hodnotili pracovní podmínky, jako je časový tlak, chaos na pracovišti a výsledky práce za 12–18 měsíců. Ze 135 pracovišť, na nichž se tento projekt uskutečnil, poklesl syndrom vyhoření z 21,8 % na 7,1 % a spokojenost stoupla z 10,0 % na 23,1 %. Příjemné pracovní prostředí a spolupráce mezi personálem má velký vliv na to, že se pracovníci cítí spokojenější. Výsledky tohoto výzkumu ukazují, že syndrom vyhoření může být příznivě ovlivněn pouze organizačními změnami na pracovišti. (Linzer, Poplau, Grossman et al., 2015)

Na poliklinice v Clevelandu zavedli pro pomoc se syndromem vyhoření osmihodinový trénink nazvaný REDE (Relationship: Establishment, Development and Engagement). Orientuje se na jeden ze zdrojů syndromu vyhoření – postoj k pacientovi. Má podstatně zlepšit vztah mezi lékařem a pacientem. Celkem se tohoto tréninku zúčastnilo 1 500 z 3 200 lékařů Clevelandské polikliniky. Pouze 20 % před začátkem tréninku předvíдалo, že by mohl být úspěšný. Po jeho absolvování jej 58 % považovalo za jednoznačně výhodný. (Parks, 2016)

Pro výzkum na podobné téma většího rozsahu by bylo vhodnější použít standardizovaný dotazník CISS (Copy Inventory for Stressful Situations) zaměřený na strategie vyrovnávání se se stresem v kombinaci právě se zde použitým standardizovaným dotazníkem MBI.

ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývala problematikou stresu a jeho managementem v oblasti urgentní medicíny, tudíž na urgentních příjmech a zdravotnické záchranné službě. V teoretické části byl vymezený samotný pojem „stres“, byly představeny teorie stresu, druhy stresu dle různých druhů dělení, příznaky stresu a jeho diagnostika, vliv stresu na zdravotní stav člověka. Dále se teoretická část věnovala stress managementu, kdy bylo vysvětleno, co se rozumí pojmem „coping“, a bylo představeny základní strategie pro vypořádání se se stresem a prevence stresu. Také byl představen pojem urgentní medicína, byly popsány specifické stresové faktory ve zdravotnictví a v neposlední řadě se teoretická část zabývá syndromem vyhoření.

Hlavním cílem výzkumu bylo zmapování výskytu stresových situací v urgentní medicíně a subjektivního hodnocení stresu v této oblasti zdravotnickými pracovníky, také zjistit možnosti prevence stresových situací a zmírňování dopadu těchto událostí. K hlavnímu cíli byly stanoveny dílčí cíle, díky kterým bylo dosaženo splnění hlavního cíle. Bylo zjištěno, že 55,6 % respondentů hodnotí své zaměstnání jako rozhodně stresově náročné, 33,8 % respondentů ji považují za spíše stresově náročnou. Pouze 6,7 % respondentů shledávají svou práci spíše stresově nenáročnou, těmito respondenty byli pouze nelékařští zdravotní pracovníci urgentních příjmů. Ostatní respondenti na zbylých pracovních pozicích shledávají tedy svou práci stresově náročnou. Bylo zjištěno, že největšími stresory pro tázané respondenty jsou především dětské případy, agresivní chování pacienta, zneužívání zdravotnického systému, úmrtí, život ohrožující situace, rodina pacienta a dopravní nehody. Prostor pro zlepšení situace je velmi omezený, je to dáno legislativou, financováním zdravotnictvím a také tím, že například vnější faktory (jako je kontinuální přísun pacientů, zneužívání zdravotní péče, agresivita pacientů aj.) není snadné ovlivnit. Dále byla zjištěna míra výskytu syndromu vyhoření, která činí 16,7 % z celkového vzorku výzkumu. Co se týče prevence dopadu stresových situací, a tudíž i prevence syndromu vyhoření je respondenty nejvíce využíváno provádění duševní hygieny.

Z toho vyplývá, že zaměstnání by nemělo být jediným cílem, smyslem a zájmem v životě zdravotníků. Důležité je hledat emocionální podporu důvěrníka, kterému můžete otevřeně sdělit svoje problémy, nebát se využít odbornou psychologickou pomoc, která je každému zaměstnanci k dispozici, což je ukotveno v zákoníku práce. Práce zdravotnických profesí se řadí mezi pomáhající profese. V těchto profesích jde o přímou pomoc jednoho člověka druhému, což sebou nese zátěž, která může vést k nadměrnému stresu a syndromu vyhoření. Také je nutné si uvědomit, že problematika syndromu vyhoření

je aktuální a závažné téma. Lidé dnešní společnosti si neuvědomují závažnost tohoto problému a spíše jej považují za součást dnešní doby. Syndrom vyhoření je však důležité nepodceňovat, včas rozpoznat jeho příznaky jak u sebe samotných, tak u svých spolupracovníků. Následky mohou dopadnout fatálně, člověk totiž neublíží jen sám sobě, nýbrž i svému blízkému okolí a svým spolupracovníkům. Na závěr je důležité dodat, že velkou roli v boji proti syndromu vyhoření má prevence. Prevence by měla být nejen na úrovni jednotlivce, ale i na úrovni managementu organizace.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- ATKINSONOVÁ, R. L. et al. Psychologie. Praha: Victoria Publishing, 2009. ISBN 978-80-7367-569-1.
- AYERS S, BAUM A, MCMANUS C. Cambridge handbook of psychology, health and medicine. Cambridge: Cambridge University Press; 2007.
- BANDURA, Albert. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215.
- BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-439-9.
- BAŠTECKÁ, Bohumila a Petr GOLDMANN. Základy klinické psychologie. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-550-4.
- BEDRNOVÁ, Eva. Management osobního rozvoje: duševní hygiena, sebeřízení a efektivní životní styl. Praha: Management Press, 2009. ISBN 978-80-7261-198-0.
- BLONNA, Richard. Maximize your coaching effectiveness with acceptance and commitment therapy. New Harbinger Publications, 2011.
- BRANNON, Linda; FEIST, Jess; UPDEGRAFF, John A. Health psychology: An introduction to behavior and health. Cengage Learning, 2013.
- BRANNON, L. and J. FEIST: Health Psychology: An Introduction to Behavior and Health (3rd Ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole, 1997.
- CHRISTIAN, Lisa M. Psychoneuroimmunology in pregnancy: Immune pathways linking stress with maternal health, adverse birth outcomes, and fetal development. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 2012, 36.1: 350-361.
- CLEGG, Brian. Stress management. Brno: CP Books, 2005. V kostce (CP Books). ISBN 80-251-0617-9.
- EDRMANN, Gisela a Wilhelm JANKE. Strategie zvládání stresu. Praha. Testcentrum, 2003. ISBN 80-86471-24-1
- Family Therapy, 1991, 17.1: 3-7.
- GREENBERG, Jerrold S. Comprehensive stress management. Fourteenth edition. New York, NY: McGraw-Hill Education, [2017]. ISBN 978-0-07-802866-3.
- HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. Psychologický slovník. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0873-0.
- HEALY, C. M., & MCKAY, M. F. (2000). Nursing stress: the effects of coping strategies and job satisfaction in a sample of Australian nurses. *Journal of advanced nursing*, 31(3), 681–688. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01323.x>

- HOLMES, Thomas H.; RAHE, Richard H. The social readjustment rating scale. *Journal of psychosomatic research*, 1967, 11.2: 213-218.
- HLADKÝ, Aleš. 1993. *Zdravotní aspekty zátěže a stresu*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1993. 173 s. ISBN 80-7066-784-2.
- HONZÁK, Radkin. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. 4. vydání. V Praze: Vyšehrad, 2022. ISBN 978-80-7601-668-2.
- HOŠEK, Václav. *Psychologie odolnosti*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-889 1.
- ISA, K. Q., IBRAHIM, M. A., ABDUL-MANAN, H. H., MOHD-SALLEH, Z. H., ABDUL-MUMIN, K. H., & RAHMAN, H. A. (2019). Strategies used to cope with stress by emergency and critical care nurses. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 28(1), 38–42. <https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.1.38>
- JEKLOVÁ, Marta a Eva REITMAYEROVÁ. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-74-1.
- KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.
- KEBZA, Vladimír a Jana Šeblová, *Zátěž a stres pracovníků záchranných služeb – výsledky první části studie*. *Urgentní medicína. Časopis pro neodkladnou lékařskou péči*. České Budějovice. Mediprax CB, 2005, ISSN 1212 – 1924.
- KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. *Komunikace a stres*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2004. ISBN 80-7071-246-5.
- KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ (2008). Hlavní koncepce psychické odolnosti. *Československá psychologie*, 52(1), 1-19
- KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. *Syndrom vyhoření*. 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003, s. 10. ISBN 80-707-1231-7
- KEMENY, Margaret E. Psychobiological responses to social threat: Evolution of a psychological model in psychoneuroimmunology. *Brain, behavior, and immunity*, 2009, 23.1: 1-9.
- KNOPOVÁ, D.: In *Základní teze dvoudenního workshopu pro velitele praporu IFOR AČR a psychology AČR*. Č. Krumlov, 1996. 5 s.
- KOBASA, Suzanne C. Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *Journal of personality and social psychology*, 1979, 37.1: 1.
- KOBASA, Suzanne C., et al. The hardy personality: Toward a social psychology of stress and health. *Social psychology of health and illness*, 1982, 4: 3-32.

- KOMÁRKOVÁ, Růžena, Ivan SLAMĚNÍK a Jozef VÝROST, ed. Aplikovaná sociální psychologie. Praha: Grada, 2001. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0180-4.
- KOPECKÁ, Ilona, 2015. Psychologie 3 díl: učebnice pro obor sociální činnost. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3877-2.
- KRASKA-LÜDECKE, Kerstin. Nejlepší techniky proti stresu. Přeložil Dagmar BREJLOVÁ. Praha: Grada Publishing, 2007. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-1833-0.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie zdraví. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Jak zvládat stres. Praha: Grada, 1994. Pro vaše zdraví. ISBN 80-7169-121-6.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Jak neztratit nadšení. Praha: Grada, 1998. Psychologie pro každého. ISBN 80-7169-551-3.
- LAZARUS, Richard S. Stress and emotion: A new synthesis. Springer publishing company, 2006
- LAZARUS, Richard S.; FOLKMAN, Susan. Stress, appraisal, and coping. Springer publishing company, 1984.
- LINZER M., POPLAU S., GROSSMAN E., et al. A cluster randomized trial of interventions to improve work conditions and clinician burnout in primary care: results from the Healthy Work Place (HWP) study. J Gen Intern Med 2015;30:1105–1111.
- MADDI, Salvatore R. Relevance of hardiness assessment and training to the military context. Military psychology, 2007, 19.1: 61-70.
- MASLACH, C., JACKSON, S. E., & LEITER, M. P. *Maslach burnout inventory manual*. Palo Alto, Calif: Consulting Psychologists Press. 1996. ISBN 978-99-963-4577-7. MATOUŠEK, Oldřich. Pracovní stres a zdraví. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce, 2003. Bezpečný podnik. ISBN 80-903604-1-6.
- MCEWEN, Bruce S.; STELLAR, Eliot. Stress and the individual: Mechanisms leading to disease. Archives of internal medicine, 1993, 153.18: 2093-2101.
- MEDINA, John. Pravidla mozku dítěte: [nejnovější vědecké objevy pro výchovu chytrých a šťastných dětí]. Brno: Computer Press, 2011. ISBN 978-80-251-3619-5.
- Metodické doporučení č. ZD36/2019, pro poskytování psychosociální podpory ve zdravotnictví. In [Systém ASPI]. Wolters Kluwer [cit. 2023-4-15]. Dostupné z: www.aspi.cz. ISSN 2336-517X.

- MIKŠÍK, Oldřich. Psychika osobnosti v období závažných životních a společenských změn. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1600-1.
- MLČÁK, Zdeněk. Psychologie zdraví a nemoci. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta, 2005. ISBN 80-7368-035-1.
- MOHAPL, Přemysl. Úvod do psychologie nemoci a zdraví. Olomouc: Univerzita Palackého, 1992. Acta Universitatis Palackianae Olomucensis. Facultas philosophica. ISBN 80-7067-127 - 0.
- NAKONEČNÝ, Milan. Sociální psychologie organizace. Praha: Grada, 2005. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0577-X.
- NAKONEČNÝ, Milan. Psychologie osobnosti. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Academia, 2009. ISBN 978-80-200-1680-5.
- NEŠPOR, Karel. Prevence a zvládání profesionálního stresu ve zdravotnictví. Zdravotnické noviny: týdeník odborných profesí ve zdravotnictví. Praha: Strategie, 1995, 44.s. 14-15. ISSN 0044-1996
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L. Návyková rizika a stres u zdravotnických profesí. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2001 . s.36
- PARKS T. Cleveland Clinic's approach to burnout focuses on relationships. AMA Wire, 7. prosince 2016.
- PAULÍK, Karel. Psychologie lidské odolnosti. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5646-2.
- PAYNE, Jan. Kvalita života a zdraví. V Praze: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
- PRAŠKO, Ján. Stop traumatickým vzpomínkám: jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu. Praha: Portál, 2003. Rádcí pro zdraví. ISBN 80-7178-811-2.
- PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ. Proti stresu krok za krokem. Praha: Grada, 2001. Psychologie pro každého. ISBN 80-247-0068-9.
- PRAŠKO, Ján a Vlastimil TICHÝ. Akutní reakce na stres a posttraumatická stresová porucha. Vojenské zdravotnické listy. Praha. 2000 č.4. Dostupné z: <https://www.mmsl.cz/pdfs/mms/2000/04/03.pdf>
- REMEŠ, Roman a Silvia TRNOVSKÁ. Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4530-5.
- REPETTI, Rena L. Short-term effects of occupational stressors on daily mood and health complaints. Health Psychology, 1993, 12.2: 125.

- RIGER, Stephanie. Crime as an environmental stressor. *Journal of Community Psychology*, 1985, 13.3: 270-280.
- SELYE, Hans. *The stress of life*. 1956.
- SELYE, Hans. *Stres života*. Přeložila Petra KUDRNÁČOVÁ. Hodkovičky: Pragma, [2016]. ISBN 978-80-7349-392-9.
- STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada, 2010. *Poradce pro praxi*. ISBN 978-80-247-3553-5.
- SWENSEN S, KABCENELL A, SHANAFELT T. Physician-Organization Collaboration Reduces Physician Burnout and Promotes Engagement: The Mayo Clinic Experience. *J Healthc Manag*. 2016;61(2):105-127.
- ŠEBLOVÁ, J., KEBZA, V., VIGNEROVÁ, J. Zátěž a stres pracovníků záchranných služeb v České republice. *Československá psychologie*, 2007, roč. 51, č. 4, s. 404-417.
- ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, Markéta. *Techniky osobnostního rozvoje a duševní hygieny učitele*. Praha: Grada, 2018. *Pedagogika (Grada)*. ISBN 978-80-271-0470-3.
- ŠVINGALOVÁ, Dana. *Stres a "vyhoření" u profesionálů pracujících s lidmi*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2006. ISBN 80-7372-105-8.
- VAŠINA, Lubomír a Věra STRNADOVÁ. *Psychologie osobnosti I*. 3. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2009. ISBN 978-80-7041-491-0.
- VELECKÁ, J. *Syndrom vyhoření u sester pracujících v oborech intenzivní péče*. Brno, 2015. Diplomová práce. Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta, Katedra Ošetrovatelství. Vedoucí práce PhDr. Eva Hrenáková
- VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011. *Sestra (Grada)*. ISBN 978-80-247-3174-2.
- WEISER, Eric. *Stress, Lifestyle and Health*. Psychology OpenStax College. 2014. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/291348598_Stress_Lifestyle_and_Health
- VYMĚTAL, Štěpán. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. Praha: Grada, 2009. *Psyché (Grada)*. ISBN 978-80-247-2510-9.
- ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2011. *Sestra (Grada)*. ISBN 978-80-247-4062-1.

SEZNAM ZKRATEK

ARS – akutní reakce na stres

DP – depersonalizace

EE – emocionální vyčerpání

GAS – General Adaptation syndrom

HS – Hassles scale

ICSRLE – The Inventory of College Students' Recent Life Experiences

LOC – Locus of Control

PPERI – Peri Psychiatric Epidemiology Research Interview

PA – osobní uspokojení

PSP – posttraumatická stresová porucha

SOC – Sence of Coherence

SRLE – Survey of Recet Life Experiences

SRRS – Social Readjusment Rating Scale

USQ – Undergraduate Stress Questionnaire

WHO – World Health Organization

ZZS – Zdravotnická záchranná služba

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 - Test – Skóre vulnerability vůči stresu

(upraveno dle Beecha, 1987)

1	Musím často vyhledávat lidi, kteří by mi rozmluvili mé "černé myšlenky".	ANO	NE
2	Musím přiznat, že moje nálada je velmi proměnlivá. Někdy se cítím dost rozrušený, aniž by se stalo něco, co tento pocit vyvolalo.	ANO	NE
3	Mám sklon být příliš citlivý na kritiku nebo nevlídné poznámky.	ANO	NE
4	Dost často trpím pocity viny bez skutečného důvodu.	ANO	NE
5	Často se cítím dost napjatý/á a vzrušený/á.	ANO	NE
6	Čas od času bývám nejistý/á, rozčilený/á a utrápený/á.	ANO	NE
7	Dost snadno se stávám podrážděným či špatně naloženým.	ANO	NE
8	Jsem ustaraný a mám sklon vidět černé stránky věcí	ANO	NE
9	Mám sklon probírat minulé problémy a myslet na to co se stane.	ANO	NE
10	Stávám se velmi nervózní, když se něco nedaří.	ANO	NE
11	Mám sklon příliš se podceňovat a srovnávat se s druhými lidmi ve svůj neprospěch.	ANO	NE
12	Nespím příliš dobře a cítím se unavenější než druzí.	ANO	NE

Skórování: počítá se počtem kladných odpovědí.

0-5 = v normě

6-12 = vaše citlivost je zvýšená

Výše skóre vám ukazuje vaši tendenci ke zranitelnosti, přecitlivělosti, k braní věcí na příliš těžkou váhu a příliš k srdci.

Příloha č. 2



Fakulta
zdravotnických věd

Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci
Tř. Svobody 8 | 771 11 Olomouc | T: 585 632 852
www.fzv.upol.cz

Dobrý den,

Jmenuji se Barbora Bartošová a jsem studentkou oboru Organizace a řízení ve zdravotnictví na Ústavu zdravotnického managementu, Fakulty zdravotnických věd, Univerzity Palackého v Olomouci. Ráda bych Vás požádala o vyplnění následujícího dotazníku, který je zaměřený na stresové situace v urgentní medicíně a na jejich management. Dotazník je zcela anonymní a bude použit k vypracování praktické části mé diplomové práce. V první části Vás čeká nestandardizovaný otazník složený z 13 otázek. Druhá část pak obsahuje standardizovaný dotazník (MBI – Maslach Burnout Inventory) pro zjištění míry „vyhoření“ ve zdravotnictví.

Poprosím Vás, abyste dotazník vyplnili pravdivě a sami za sebe.

Část první:

1) Jaké je Vaše pohlaví?

- a. Žena
- b. Muž

2) Jaký je Váš věk?

- a. 20 – 30 let
- b. 31 – 40 let
- c. 41 – 50 let
- d. 51 a více let

3) Jak dlouho již pracujete v oblasti urgentní medicíny?

- a. 0 – 5 let
- b. 6 – 10 let
- c. 11 – 20 let
- d. 21 a více let

4) Jaká je vaše pracovní pozice?

- a. Urgentní příjem – Lékař
- b. Urgentní příjem – Nelékařský zdravotnický pracovník
- c. Zdravotnická záchranná služba – Lékař
- d. Zdravotnická záchranná služba – Nelékařský zdravotnický pracovník
- e. Jiná (prosím, napište)

5) Považujete práci v oblasti urgentní medicíny za stresově náročnou?

- a. Rozhodně ano
- b. Spíše ano
- c. Spíše ne
- d. Rozhodně ne
- e. Neumím ohodnotit

6) Co je pro vás největším stresorem ve vašem zaměstnání? (lze vybrat více možností)

- a. Úmrtí pacienta
- b. Dětské případy
- c. Dopravní nehody
- d. Život ohrožující situace
- e. Nehoda vozu ZZS
- f. Zneužití zdravotního systému
- g. Agresivní chování pacienta
- h. Rodina pacienta
- i. Vztahy na pracovišti
- j. Nepravidelnost režimu
- k. Vysoký počet směn
- l. Zodpovědnost za zdraví pacienta
- m. Riziko vlastního ohrožení
- n. Časová tíseň
- o. Jiné, uveďte ...

7) Cítíte, že máte na svém pracovišti možnost se někomu svěřit, či řešit stresovou situaci?

- a. Ano
- b. Ne
- c. Nevím

8) Po prožití Vaší nejvíce stresové situace v zaměstnání jsem vyhledal:

- a. Nikoho, nepotřebuji
- b. Nikoho, nejspíš by mi psychologická odborná pomoc přišla vhod, ale nechtěl/a jsem nikoho zatěžovat

- c. Pomoc rodiny, či kolegů a rozhovor s nimi mi pomohl s vyrovnáním s touto situací
- d. Pomoc rodiny, či kolegů a rozhovor s nimi mi nikterak nepomohl
- e. Pomoc odborné psychologické pomoci. (psycholog, psychiatr, Peer pracovník, intervent)

9) Jakým způsobem byste zlepšili situaci na Vašem pracovišti? (lze vybrat více možností)

- a. Lepší vzdělávání, kurzy
- b. Práce na sobě samým
- c. Lepší péče ze strany zaměstnavatele (sociální zabezpečení, psychologická péče)
- d. Lepší ocenění (finanční, společenské)
- e. Změna kolektivu
- f. Změna legislativy
- g. Není potřeba žádné zlepšení
- h. Jiné, uveďte

10) Jakým způsobem se stavíte k prožívanému stresu? (lze vybrat více možností)

- a. Situaci se postavím, pokouším se jí zvládnout, udělám pro to vše, aktivně hledám řešení.
- b. Vyčkávám, až se situace sama nějak vyřeší.
- c. Pokud nelze situaci změnit, snažím se chránit před zátěžovou situací (fyzická aktivita, podpora přátel/rodiny, dobré jídlo, příjemné zážitky, pití alkoholu, vybití vzteku, ...)
- d. Podvědomě podhodnocuji vlastní reakce na stres, snižuji jeho význam.
- e. Odkláním pozornost k jiným věcem.
- f. Snažím se situaci uniknout prostřednictvím alkoholu, léků, drog (ke zmírnění negativního emočního stavu).
- g. Po zátěžové situaci se myšlenkami opakovaně vracím k situaci, prodlouženě o ni přemítám.
- h. Velmi často mám pocit, že nejsou žádné možnosti, jak zvládnout stresovou situaci.
- i. Velmi často si dávám za vinu vznik stresové situace.
- j. Velmi často při stresových situacích vyhledávám oporu v druhých lidech.

11) Jakou prevenci pro zvládání stresových situací využíváte? (lze vybrat více možností)

- a. Teoretická připravenost
- b. Fyzická připravenost (kondice)
- c. Připravenost potřebných pomůcek
- d. Terapie s psychologem
- e. Psychosociální intervenční služba (peer pracovník / krizový intervent) 5

- f. Provádění duševní hygieny
- g. Nevyužívám žádnou prevenci
- h. Jiné, uveďte

12) Jakým způsobem provádíte duševní hygienu? (lze vybrat více možností)

- a. čas s rodinou/přáteli
- b. domácí mazlíčci
- c. domácí práce
- d. četba
- e. sport
- f. relax
- g. příroda
- h. spánek
- i. Jiné, uveďte...

13) Jaká pozitiva shledáváte na práci v oblasti urgentní medicíny? (lze vybrat více možností)

- a. Pomoc lidem a záchrana života či zdraví
- b. Pestrá, nestereotypní práce
- c. Kolektiv na pracovišti
- d. Platové ohodnocení
- e. Organizace volného času (směnný provoz)
- f. Společenské uznání
- g. Jiné, uveďte...

Část druhá:

Standardizovaný dotazník MBI (Maslach Burnout Inventory) pro zjištění míry „vyhoření“

V tomto dotazníku doplňte do vyznačených políček u každého tvrzení čísla, označující podle níže uvedeného klíče sílu pocitů, které obvykle prožíváte.

Síla pocitů: **Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně**

1	Cítíte se prací emocionálně vyčerpaný	
2	Na konci pracovní doby se cítím opotřebený	
3	Cítím únavu, když ráno vstávám a musím začít nový pracovní den	
4	Snadno se vcítím do svých pacientů	
5	Mám pocit, že s některými pacienty jedním jako s předmětem	
6	Pracovat celý den s lidmi je pro mě velmi namáhavé	
7	Problémy se svými pacienty mám pod kontrolou	
8	Mám pocit, že svou prací pozitivně ovlivňuji život jiných lidí	
9	Od té doby, kdy jsem začal pracovat ve své profesi, jsem vůči ostatním více netečný	
10	Kvůli své práci se cítím vyhořelý	
11	Obávám se, že moje práce znečitlivuje	
12	Cítím se velmi čínorodý	
13	Moje práce mě frustruje	
14	Mám pocit, že pracuji příliš tvrdě	
15	U některých pacientů je mi jedno, co s nimi bude	
16	Přímá práce s lidmi je pro mě velkou zátěží	
17	Je pro mě snadné vytvářet při práci s pacienty uvolněnou atmosféru	
18	Po intenzivním styku se svými pacienty cítím povzbuzení	
19	Mnoho věcí, které jsem svou prací dosáhl, za tu námahu stálo	
20	Mám pocit, že nevím kudy kam	
21	Se svými emocionálními problémy v práci nakládám velmi klidně	
22	Mám pocit, že mi pacienti dávají za vinu za některé své problémy	

Moc Vám děkuji za vyplnění dotazníku. Výsledky šetření budou použity a interpretovány v mé diplomové práci, která bude volně přístupná na portálu Univerzity Palackého v Olomouci.

S pozdravem a přáním hezkého dne

Bc. Barbora Bartošová



Management prevence a řešení stresových situací u pracovníků v urgentní medicíně

Předběžná struktura polostrukturovaného rozhovoru s dotazovanými respondenty, kteří zastávají vedoucí pozici v oblasti urgentní medicíny.

- 1) Kolik pracovníků máte na Vašem oddělení? Jaký je podíl mužů a žen?
- 2) Myslíte si, že práce na Vašem oddělení je pro Vaše podřízené stresově náročná?
- 3) Jaké situace jsou těmi největšími stresory?
- 4) Jak se těmto situacím snažíte předcházet? Jak se snažíte svým podřízeným pomoci zvládat tyto situace?
- 5) Máte nějaké způsoby, jak snižovat dopady stresových situací na podřízené?
- 6) Svěřují se Vám Vaši podřízení se složitými situacemi, s prosbou o pomoc či radu, co se týče stresových situací?
- 7) Máte na svém pracovišti možnost psychické pomoci pro své podřízené i pro Vás? (např. v podobě peer pracovníka, aj.)
- 8) Myslíte si, že máte na oddělení pracovníka se syndromem vyhoření?
- 9) Jak se to u něj projevuje?
- 10) Snažíte se nějak tomuto člověku pomoci řešit jeho situaci?
- 11) Shledáváte Vy svou práci stresově náročnou?
- 12) Jakým způsobem se se stresem snažíte vyrovnat, provádíte duševní hygienu?
- 13) Uvažoval jste někdy o změně zaměstnání z důvodu nadměrného stresu? Či uvažujete do budoucnosti?
- 14) Co máte rád/a na své práci?
- 15) Máte nějaké nápady, které by mohly zmírnit dopad stresových situací na Vás a vaše podřízené?

Příloha č. 4

Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.

U Nemocnice 380/III

377 01 Jindřichův Hradec

V Jindřichově Hradci dne 20.3.2021

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v Nemocnici Jindřichův Hradec, a.s.

Vážené představenstvo,

Dovoluji si vás požádat o povolení výzkumného šetření na oddělení Urgentní příjem ve Vaší nemocnici, jenž by mělo být součástí magisterské diplomové práce studentky Bc. Barbory Bláhové, narozené dne 21.8.1997 v Jindřichově Hradci, studentky oboru Organizace a řízení ve zdravotnictví na Ústavu zdravotnického managementu při Fakultě zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci.

Cílem této diplomové práce je sumarizace poznatků o výskytu, o subjektivním vnímání a následném managementu stresových situací u pracovníků v oblasti urgentní medicíny. Cílem je také na základě zjištěných poznatků analýza možností prevence těchto situací, či zmírňování jejich dopadu na výkon povolání a osobní život.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který je přiložen k žádosti. Je složen z jednoho standardizovaného dotazníku (MBI - Maslach Burnout Inventory) a z jednoho nestandardizovaného dotazníku. Tento dotazník bude předán vedení oddělení Urgentního příjmu. Součástí výzkumného šetření by byl i rozhovor osobami na vedoucích pozicích tohoto oddělení. Tento rozhovor bude zcela anonymní a dobrovolný.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Anna Zatloukalová, PhD.

Výsledky šetření vám ráda poskytnu.

Prosím o sdělení vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Bc. Barbora Bláhová

Vajgar 708/III

Jindřichův Hradec, 377 01

Vyjádření vedení instituce:

Souhlasím

Nesouhlasím

Datum: 26.3.21

Mgr. Dana VELIMSKÁ, MBA
hlavní sestra
Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.

Podpis a razítko

Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.
U Nemocnice 380/III
377 38 Jindřichův Hradec
IČ 260 95 157 DIČ CZ26095157
DIČ pro DPH CZ699005400 -24-

Příloha č. 5

Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje

Boženy Němcové 1931/6

370 01 České Budějovice

V Jindřichově Hradci dne 20.3.2021

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření ve Zdravotnické záchranné službě Jihočeského kraje

Vážený pane řediteli,

Dovoluji si vás požádat o povolení výzkumného šetření v některých oblastních střediscích Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje, jenž by mělo být součástí magisterské diplomové práce studentky Bc. Barbory Bláhové, narozené dne 21.8.1997 v Jindřichově Hradci, studentky oboru Organizace a řízení ve zdravotnictví na Ústavu zdravotnického managementu při Fakultě zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci.

Cílem této diplomové práce je sumarizace poznatků o výskytu, o subjektivním vnímání a následném managementu stresových situací u pracovníků v oblastí urgentní medicíny. Cílem je také na základě zjištěných poznatků analýza možností prevence těchto situací, či zmírňování jejich dopadu na výkon povolání a osobní život.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který je přiložen k žádosti. Je složen z jednoho standardizovaného dotazníku (MBI - Maslach Burnout Inventory) a z jednoho nestandardizovaného dotazníku. Tento dotazník bude předán do různých oblastních středisek Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje po předchozí domluvě s vedoucími pracovníky. Součástí výzkumného šetření by byl i rozhovor s osobami na vedoucích pozicích těchto středisek. Tento rozhovor bude zcela anonymní a dobrovolný.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Anna Zatloukalová, PhD.

Výsledky šetření vám ráda poskytnu.

Prosím o sdělení vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Bc. Barbora Bláhová

Vajgar 708/III

Jindřichův Hradec, 377 01

Vyjádření vedení instituce:

Souhlasím

Nesouhlasím

Datum: 22.5.2022


**ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA
JIHOČESKÉHO KRAJE**
B. Němcové 1931/6, 370 01 České Budějovice
IČO: 48199931 Tel.: 387 762 115

Podpis a razítko



Fakulta
zdravotnických věd

Genius lo

UPOL - 156789/1070-2022

Vážená paní
Bc. Barbora Bláhová

2022-07-29

Vyjádření Etické komise FZV UP

Vážená paní bakalářko,

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byla Vaše výzkumná část diplomové práce posouzena a po vyhodnocení všech zaslaných dokumentů Vám sdělujeme, že diplomové práci s názvem „**Management prevence a řešení stresových situací u pracovníků v urgentní medicíně**“, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP .

S pozdravem,

Mgr. Renáta Váverková
předsedkyně
Etické komise FZV UP



Informovaný souhlas

Pro výzkumný projekt: **Management prevence a řešení stresových situací u pracovníků v urgentní medicíně**

Období realizace: **1.7. – 31.8. 2022**

Řešitelé projektu: **Bc. Barbora Bláhová**

Vážená paní, vážený pane,

obracíme se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném šetření, jehož cílem je zmapování výskytu stresových situací v urgentní medicíně a subjektivního hodnocení těchto situací zdravotníky. Cílem je také zjistit možnosti prevence stresových situací a také zmírňování dopadu těchto událostí, jak z pohledu řadového zaměstnance, tak vedoucího pracovníka oddělení. Výzkumné šetření bude probíhat formou rozhovoru, který bude nahráván. Po zpracování výsledků bude nahrávka smazána. Rozhovor by měl trvat přibližně půl hodiny a bude zcela zachována anonymita. Z účasti na výzkumu pro Vás nevyplývají žádná rizika a zúčastnění se výzkumu neponese žádný dopad na budoucí výkon práce. Výhodou účasti na výzkumném šetření je zamyšlení se nad danou problematikou. Pokud s účastí na výzkumu souhlasíte, připojte podpis, kterým vyslovujete souhlas s níže uvedeným prohlášením.

Prohlášení účastníka výzkumu

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Řešitelka projektu mě informovala o podstatě výzkumu a seznámil/a mne s cíli a metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na výzkumu

vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány, použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se řešitelky zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na výzkumu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Osobní údaje (sociodemografická data) účastníka výzkumu budou v rámci výzkumného projektu zpracovány v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (dále jen „nařízení“).

Prohlašuji, že беру на vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu a způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží účastník výzkumu (nebo zákonný zástupce) a druhý řešitel projektu.

Jméno, příjmení a podpis účastníka výzkumu (zákonného zástupce):

V _____ dne: _____

Jméno, příjmení a podpis řešitele projektu:



Informovaný souhlas

Pro výzkumný projekt: **Management prevence a řešení stresových situací u pracovníků v urgentní medicíně**

Období realizace: **1.7. – 31.8. 2022**

Řešitelé projektu: **Bc. Barbora Bláhová**

Vážená paní, vážený pane,

obracíme se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném šetření, jehož cílem je zmapování výskytu stresových situací v urgentní medicíně a subjektivního hodnocení těchto situací zdravotníky. Cílem je také zjistit možnosti prevence stresových situací a také zmírnování dopadu těchto událostí, jak z pohledu řadového zaměstnance, tak vedoucího pracovníka oddělení. Výzkumné šetření bude probíhat formou dotazníku. Dotazník je zcela anonymní a jeho vyplnění zabere přibližně 15 minut. Je složen z jednoho standardizovaného dotazníku (MBI - Maslach Burnout Inventory) a z jednoho nestandardizovaného dotazníku. Z účasti na výzkumu pro Vás nevyplývají žádná rizika a zúčastnění se výzkumu neponese žádný dopad na budoucí výkon práce. Výhodou účasti na výzkumném šetření je zamyšlení se nad danou problematikou a možnost zjištění nových informací.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Řešitelka projektu mne informovala o podstatě výzkumu a seznámil/a mne s cíli a metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na projektu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány, použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se řešitelky zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na výzkumu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Osobní údaje (sociodemografická data) účastníka výzkumu budou v rámci výzkumného projektu zpracována v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (dále jen „nařízení“).

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu a způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Vyplněním tohoto dotazníku souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu.

Příloha č. 9 - Korelační koeficienty zkoumaných dat

ENY	Věk	Praxe	Míra prevence	Míra provádění duševní hygieny	Vnímání pozitiv práce	EE	DP	PA
Věk	1,00							
Praxe	0,63	1,00						
UM stres	-0,25	-0,27						
míra prevence	0,01	-0,14	1,00					
míra duševní hygieny	-0,03	-0,25	0,30	1,00				
pozitiva práce	-0,01	0,03	0,35	0,24	1,00			
EE	0,11	0,17	-0,24	0,09	-0,27	1,00		
DP	0,19	0,10	0,10	0,15	0,02	0,39	1,00	
PA	0,10	-0,10	0,55	0,35	0,35	-0,30	0,14	1,00

MUŽI	Věk	Praxe	Míra prevence	Míra provádění duševní hygieny	Vnímání pozitiv práce	EE	DP	PA
Věk	1,00							
Praxe	0,78	1,00						
UM stres	0,15	-0,02						
míra prevence	-0,33	-0,30	1,00					
míra duševní hygieny	-0,74	-0,55	0,33	1,00				
pozitiva práce	-0,19	-0,18	0,35	0,10	1,00			
EE	0,41	0,26	-0,22	-0,19	-0,28	1,00		
DP	0,40	0,42	-0,30	-0,22	-0,15	0,40	1,00	
PA	-0,35	-0,19	0,43	0,16	0,57	-0,54	-0,29	1,00

<i>UP – lékař</i>	<i>Věk</i>	<i>Praxe</i>	<i>Míra prevence</i>	<i>Míra provádění duševní hygieny</i>	<i>Vnímání pozitiv práce</i>	<i>EE</i>	<i>DP</i>	<i>PA</i>
Věk	1,00							
Praxe	0,90	1,00						
UM stres	-0,20	-0,42						
míra prevence	-0,29	-0,34	1,00					
míra duševní hygieny	-0,81	-0,74	0,67	1,00				
pozitiva práce	-0,35	-0,36	0,38	0,53	1,00			
EE	-0,30	0,00	-0,15	-0,03	-0,21	1,00		
DP	-0,27	-0,26	-0,42	-0,29	0,02	0,51	1,00	
PA	-0,07	0,00	0,11	0,19	0,89	-0,17	0,11	1,00

<i>UP – NLZP</i>	<i>Věk</i>	<i>Praxe</i>	<i>Míra prevence</i>	<i>Míra provádění duševní hygieny</i>	<i>Vnímání pozitiv práce</i>	<i>EE</i>	<i>DP</i>	<i>PA</i>
Věk	1,00							
Praxe	0,32	1,00						
UM stres	0,09	0,00						
míra prevence	0,04	-0,35	1,00					
míra duševní hygieny	0,10	-0,06	0,27	1,00				
pozitiva práce	-0,08	0,05	0,33	0,17	1,00			
EE	-0,02	0,16	-0,29	0,28	-0,34	1,00		
DP	0,22	0,11	0,24	0,28	0,05	0,42	1,00	
PA	0,27	-0,06	0,57	0,31	0,19	-0,16	0,35	1,00

ZZS – lékař	Věk	Praxe	Míra prevence	Míra provádění duševní hygieny	Vnímání pozitiv práce	EE	DP	PA
Věk	1,00							
Praxe	0,52	1,00						
UM stres	-0,22	-0,40						
míra prevence	-0,41	-0,06	1,00					
míra duševní hygieny	-0,73	-0,60	0,67	1,00				
pozitiva práce	-0,22	0,45	0,21	0,04	1,00			
EE	0,45	0,40	-0,67	-0,77	0,28	1,00		
DP	0,64	0,20	-0,84	-0,71	0,06	0,73	1,00	
PA	-0,83	-0,15	0,67	0,77	0,51	-0,42	-0,73	1,00

ZZS – NLZP	Věk	Praxe	Míra prevence	Míra duševní hygieny	Vnímání pozitiv práce	EE	DP	PA
Věk	1,00							
Praxe	0,87	1,00						
UM stres	-0,13	0,05						
míra prevence	-0,19	-0,19	1,00					
míra duševní hygieny	-0,46	-0,43	0,35	1,00				
pozitiva práce	-0,27	-0,30	0,36	0,35	1,00			
EE	0,27	0,18	-0,15	-0,22	-0,35	1,00		
DP	0,13	0,29	-0,08	-0,07	-0,05	0,38	1,00	
PA	-0,24	-0,23	0,48	0,25	0,56	-0,55	-0,15	1,00