

Česká zemědělská univerzita v Praze

Provozně ekonomická fakulta

Katedra psychologie (PEF)



Diplomová práce

**Chování člověka v krizových situacích spojených
s výkonem profese**

Bc. Lucie Dědková

© 2023 ČZU v Praze

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Bc. Lucie Dědková

Veřejná správa a regionální rozvoj – c.v. Litoměřice

Název práce

Chování člověka v krizových situacích spojených s výkonem profese

Název anglicky

Human behavior in crisis situations associated with the job performance

Cíle práce

Cílem práce je podrobně vymezit oblast stresu, duševní hygieny a syndromu vyhoření. Záměrem práce bude zjistit vliv stresu a míru výskytu syndromu vyhoření u zaměstnanců ve vybrané profesi.

Metodika

Tato práce bude rozdělena do dvou částí. Teoretická část bude věnována představení aktuálního stavu řešené problematiky. V praktické části bude pro sběr dat použit anonymní dotazníkové šetření zaměřené na výskyt stresu a syndromu vyhoření u skupiny sledovaných respondentů. Na základě statistického zpracování získaných dat a vyhodnocení výstupů budou navržena konkrétní doporučení pro případná zlepšení ve sledovaných oblastech a pro co nejlepší případnou prevenci následků stresu a syndromu vyhoření u pracovníků ve vybrané profesi.

Doporučený rozsah práce

70-80 stran

Klíčová slova

duševní hygiena, krize, prevence, stres, syndrom vyhoření

Doporučené zdroje informací

ARNOLD, J. Psychologie práce: pro manažery a personalisty. Brno: Computer Press, 2007. ISBN 978-80-251-1518-3

BEDRNOVÁ, E. Management osobního rozvoje: duševní hygiena, sebeřízení a efektivní životní styl. Praha: Management Press, 2009. ISBN 978-80-7261-198-0.

HONZÁK, R. Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření. 3. vydání. Praha: Vyšehrad, 2018. ISBN 978-80-7601-004-8.

KEBZA, V. Psychosociální determinanty zdraví. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.

ŠTIKAR, J. Psychologie ve světě práce. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 978-80-246-0448-0.

Předběžný termín obhajoby

2022/23 LS – PEF

Vedoucí práce

PhDr. Hana Chýlová, Ph.D.

Garantující pracoviště

Katedra psychologie

Elektronicky schváleno dne 9. 6. 2022

PhDr. Pavla Rymešová, Ph.D.

Vedoucí katedry

Elektronicky schváleno dne 27. 10. 2022

doc. Ing. Tomáš Šubrt, Ph.D.

Děkan

V Praze dne 28. 11. 2023

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že svou diplomovou práci "Chování člověka v krizových situacích spojených s výkonem profese" jsem vypracovala samostatně pod vedením vedoucí diplomové práce PhDr. Hany Chýlové, Ph.D. a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu použitých zdrojů na konci práce. Jako autor uvedené diplomové práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušila autorská práva třetích osob.

V Praze dne 28. 11. 2023

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala své vedoucí práce PhDr. Haně Chýlové, Ph.D. a plk. Ing. Jiřímu Vlčkovi, řediteli územního odboru HZS v Ústí nad Labem za jejich velmi vstřícný přístup a cenné rady a připomínky při zpracování této diplomové práce. Současně bych chtěla poděkovat svému synovi za trpělivost během mého studia.

Chování člověka v krizových situacích spojených s výkonem profese

Abstrakt

Předpokladem pro výkon služby v pomáhajících profesích je dobrá psychická kondice a s tím spojené dodržování duševní hygieny. Tato práce byla zaměřena na vliv stresu a možné riziko rozvoje syndromu vyhoření u pracovníků Hasičského záchranného sboru v Ústeckém kraji. Cílem práce bylo podrobně prozkoumat oblast stresu u výjezdových hasičů, zjistit jakým způsobem se starají o duševní hygienu a jak velké je u nich riziko rozvoje syndromu vyhoření. Na základě těchto zjištění následně doporučit vhodná opatření, jak syndromu vyhoření předcházet. Dosažení cíle vyžadovalo provedení průzkumu mezi výjezdovými hasiči v podobě anonymního dotazníkového šetření. Tato primární data přinesla základní identifikační údaje o výjezdových hasičích. Prozkoumáno bylo jejich subjektivní vnímání stresové zátěže, které jsou ve službě vystaveni a zda vykazují znaky syndromu vyhoření. Dotazy směřovaly také na způsoby praktikování duševní hygieny a na vnímání aktuální podoby poskytované psychosociální podpory HZS. Po sběru dat byly otestovány stanovené hypotézy, výsledky těchto testů přinesly odpovědi na výzkumné otázky. Lokalita Ústeckého kraje byla pro výzkum zvolena záměrně z důvodu mimořádné události v podobě rozsáhlého lesního požáru v Českém Švýcarsku v červnu 2022, který pro hasiče znamenal zvýšené fyzické i psychické vypětí. Navržená doporučení představovala zejména změny v organizaci práce a jasné stanovení rolí u výjezdových hasičů, snížení jejich administrativní zátěže, zaměření se na sportovní aktivity jako jednoho z nejvhodnějších prostředků k eliminaci stresu, seznámení hasičů s dalšími technikami duševní hygieny, rozšíření nabízených služeb v poskytování psychologické péče a zajištění optimálních podmínek pro výkon služby a předcházení tak zbytečným podstavům u HZS, ale i v celém IZS, kde se jeho složky při záchranných akcích vzájemně doplňují. Preventivní opatření mohou napomoci snížit chybovost při výkonu práce a snížit náklady na psychologickou pomoc.

Klíčová slova: krizová situace; stres; stresor; duševní hygiena; PTSD; syndrom vyhoření; Hasičský záchranný sbor

Human behavior in crisis situations associated with the job performance

Abstract

A prerequisite for service performance in the integrated rescue system is good mental condition and observance of mental hygiene. The thesis investigates the impacts of work stress, the risk of developing burnout syndrome, and the mental hygiene practices among firefighters of the Fire Rescue Service of the region Ústí nad Labem. The Ústí nad Labem region was deliberately chosen for the research due to an emergency event in the form of a large forest fire in the locality of Czech Switzerland in June 2022, which increased the physical and mental strain of firefighters. The survey, in the form of an anonymous questionnaire, was conducted among professional firefighters to gather relevant data. This primary data yielded basic identifying information about the on-call firefighters. Their subjective perceptions of the workload stress they are exposed to and the possible burnout syndrome symptoms were explored. Inquiries were also directed at the ways of practising mental hygiene and the perception of the current forms of psychosocial support provided by the Fire Rescue Service. After data collection, the stated hypotheses were tested. The survey's results provided answers to the research questions. Based on these findings, the appropriate measures to prevent burnout syndrome are proposed. The proposed recommendations include, in particular, changes in the organization of work and a precise definition of the roles of the on-call firefighters, reduction of their administrative burden, focus on sporting activities as one of the most appropriate means of eliminating stress, introduction of the firefighters to effective mental hygiene techniques, expansion of the provided psychological care services, and provision of optimal conditions for the performance of the service. Preventive measures can help reduce work performance errors and psychological assistance costs.

Keywords: crisis situation; stress; stressor; mental hygiene; PTSD; burnout syndrome; the Fire Brigade

Obsah

Obsah	9
1 Úvod.....	11
2 Cíl práce a metodika	13
2.1 Cíl práce	13
2.2 Metodika	15
3 Teoretická východiska	19
3.1 Krize.....	19
3.1.1 Definice krize.....	19
3.1.2 Příčiny krize	21
3.1.3 Druhy krize	22
3.1.4 Fáze krize	24
3.1.5 Faktory krize	25
3.1.6 Využití krize	26
3.1.7 Pomoc v krizi	26
3.1.8 Neformální pomoc	27
3.1.9 Formální pomoc	27
3.1.10 Strategie k překonání krize	28
3.2 Stres.....	29
3.2.1 Eustres a distres	30
3.2.2 Hypostres a hyperstres	31
3.2.3 Akutní a chronický stres	32
3.2.4 Stresová reakce	32
3.2.5 Důsledky stresu.....	33
3.2.6 Stresor	34
3.2.7 Zvládání stresu.....	35
3.3 Posttraumatická stresová porucha	43
3.4 Syndrom vyhoření	46
3.5 Hasičský záchranný sbor ČR	50
3.5.1 Legislativa a právní vymezení	50
3.5.2 Organizační struktura.....	50
3.5.3 Hasičský záchranný sbor Ústeckého kraje.....	51
4 Výzkumné šetření	55
4.1 Výzkum	55
4.1.1 Postup při zpracování výzkumu.....	55
4.1.2 Výzkumný vzorek respondentů	56

4.2	Popisná statistika	56
4.3	Testované hypotézy	60
4.3.1	Výzkumná otázka a hypotéza č. 1	60
4.3.2	Výzkumná otázka a hypotéza č. 2	62
4.3.3	Výzkumná otázka a hypotéza č. 3	63
4.3.4	Výzkumná otázka a hypotéza č. 4	65
4.3.5	Výzkumná otázka a hypotéza č. 5	67
4.3.6	Výzkumná otázka a hypotéza č. 6	68
4.3.7	Výzkumná otázka a hypotéza č. 7	70
4.4	Interpretace zjištěných dat	71
5	Výsledky a diskuse	75
6	Závěr	80
7	Seznam použitých zdrojů	84
7.1	Seznam obrázků	88
7.2	Seznam tabulek	88
7.3	Seznam grafů	88
7.4	Seznam použitých zkratk	88
8	Přílohy	89

1 Úvod

Dnešní uspěchaná doba vyvíjí na člověka stále větší nároky, což se odráží zejména v pracovní oblasti. Lidé jsou nuceni navzdory svým biologickým predispozicím čelit stále se zvyšujícím požadavkům na větší výkon a produktivitu práce. To vše na úkor regenerace. V důsledku globalizace se svět zrychlil a člověku dochází síly na takové tempo. Světová populace se zvyšuje, mezilidské vztahy jsou stále napjatější, na planetě ubývá zeleně a míst, která slouží lidem k regeneraci. Technický pokrok se žene kupředu, digitalizace pohltila pracovní sektor a společnost propadla konzumu. Moderní doba přináší jistě své výhody, ale otázkou zůstává, jak dlouho bude člověk schopen přizpůsobovat se stále větší zátěži. Snad každý člověk se během svého života setkal s menší či větší krizí. Existuje mnoho odborných příruček, v zaměstnání jsme nuceni absolvovat bezpočet kurzů na zvládnání krizových situací. Všichni obecně víme, co máme a nemáme dělat, ale když se dostaví skutečná krize, jsme bezradní. Profesionály na zvládnání krizových situací by měli být zejména ti, kteří pracují v pomáhajících profesích. Tato povolání volí nejčastěji lidé, kteří vidí hlubší smysl ve službě druhým. Jejich smysl pro povinnost a zodpovědnost je větší než strach ze selhání a nikdy nekončící práce. Podstata jejich služby vyžaduje neustálé získávání odborných znalostí, tvrdou práci a notnou dávku sebeovládání. Pomáhající profese si vybírají svou daň v podobě narušeného psychického zdraví a ztráty soukromého života. Nejbližší krizovým situacím jsou hasiči – záchranáři. Riziková náplň práce z nich dělá navenek hrdiny, zachránce, ale uvnitř se musí potýkat s přívaly emocí, bezmoci a strachu. Bez ohledu na počet odsloužených let, vykonaných testů a zkoušek a schopnosti věřit sám sobě, jsou to jen lidé. A údělem člověka je chybovat a ze svých chyb se ponaučit.

Jak často jsou hasiči – záchranáři vystaveni stresu, jaké stresory na ně působí a jakým způsobem se se zátěží vyrovnávají, bude jedním z předmětů zkoumání v této práci. Je obecně známo, že působení stresorů, zejména pak v dlouhodobém časovém horizontu, způsobuje nevratné psychologické a fyziologické změny. Otázkou zůstává, v jakém pořadí. O negativním vlivu stresu na zdraví člověka se toho z lékařského hlediska ví mnoho. Existují však vědecky potvrzené důkazy, že stres by neměl být skloňován pouze v negativních konotacích. Přiměřená míra stresu je pro člověka potřebná. Zpravidla k tomu, aby byl vůbec schopen nějaké akce. Bez vyprovokování těla k činnosti zůstane pasivní a může přijít o život. Krátkodobý stres je pro člověka prospěšný. Hasič – záchranář zná dobře pocit, kdy působící stres při záchranných akcích povzbudí každou buňku jeho těla k aktivitě, adrenalin stoupá,

tělo je schopné udělat cokoliv. Když se k tomu přidá vyrovnaná mysl, odborné znalosti, tvrdé výcviky a záchranářská praxe, stává se z něj profesionál v oboru. Výzkum stresu však přináší mnoho otázek. Tolik faktorů denně působí na psychiku hasiče, že je často těžké rozeznat dobrý stres od toho hraničního. Neustálá expozice krizovým situacím je může činit značně otupělými. V tuto chvíli nesmí být opomíjena úloha velitele jednotky. Měl by to být on, kdo má přehled o psychických schopnostech svých podřízených, o jejich útrapách v soukromém životě, pakliže se dostanou do nepříjemné životní situace. Zvýšená pozornost velitele, pokud u některého z jeho podřízených dojde ke změně chování, může zamezit problémům nejen v jeho soukromém životě, ale i v tom pracovním. Vědecké studie poukazují na exponenciální růst depresí končících syndromem vyhoření. Symptomy přichází pomalu a nepozorovaně, avšak s urputnou vytrvalostí. Z dlouhodobého hlediska se vyplácí prevence v podobě pravidelné spolupráce s odborníky HZS, kteří poskytují psychologickou pomoc. Samozřejmostí by měla být také duševní hygiena každého jednotlivce.

S výhledem do budoucna je třeba počítat s dalšími možnými příznaky duševních poruch. Na vině je působení nových faktorů na psychické zdraví jedince z důvodu neustále se měnících podmínek na planetě, klimatických změn a škodlivých zásahů člověka. Nová povaha stresorů znamená větší tlak na příslušníky HZS, kteří jsou nuceni se vzniklým situacím přizpůsobit a reagovat na ně operativně. Důkazem je pandemie COVID – 19, která zasáhla celou planetu nepřipravenou a zanechala ji v pocitu šoku a bezmoci. Hasiči patřili mezi ty, na které dopadla tato krize z profesního hlediska nejtvrději. Nepřipraveni, nevybaveni, zato s velkými nároky a očekáváním veřejnosti. Teprve nyní s odstupem času lze sbírat účty za obrovskou zátěž, které museli čelit a která se jistě odrazila na jejich duševním zdraví. Poučení z předchozích zkušeností dnes víme, že podobné pandemie se budou opakovat. Poslední roky ale přinesly i další náročné krizové situace. Mezi ně bezpochyby patřilo tornádo na Moravě v roce 2021 a lesní požár v národním parku České Švýcarsko poblíž Hřenska v roce 2022. Všechny tyto mimořádně zátěžové situace se pravděpodobně podepsaly na psychice hasičů – záchranářů. V jak velké míře, bude zjištěno v této práci ve výzkumu stresu a jeho dopadu na vznik syndromu vyhoření. Důležitost péče o vlastní psychiku spočívá zejména v ochraně lidského zdraví. Přináší také ekonomické benefity. Zdraví jedinci nezatěžují tolik zdravotní systém, vykazují lepší produktivitu práce a budují zdravější mezilidské vztahy. Získaná zjištění v této práci mohou mít dopad i na ostatní pomáhající profese v rámci IZS, např. u zdravotnické záchranné služby nebo Policie ČR.

2 Cíl práce a metodika

2.1 Cíl práce

Cílem práce bude podrobně vymežit oblast stresu, duševní hygieny a syndromu vyhoření. Záměrem práce tak bude zjistit vliv stresu a míru výskytu syndromu vyhoření u zaměstnanců ve vybrané profesi.

Předmětem zkoumání bude zjištění, zda působící stresory a jejich frekvence mohou mít vliv na vznik syndromu vyhoření u vybrané skupiny respondentů. Dílčím cílem práce pak bude odpovědět na otázku, zda praktikování duševní hygieny, jako formy prevence, může zamezit riziku syndromu vyhoření. Skupinu respondentů budou tvořit profesionální výjezdoví hasiči Ústeckého kraje, pod který spadá celkem sedm územních odborů.

V práci bude detailně věnována pozornost stresorům, které mohou na výjezdové hasiče v rámci plnění jejich služebních povinností působit. Následně dojde ke komparaci těchto stresorů s mírou rizika vzniku syndromu vyhoření.

Další oblast výzkumu bude patřit duševní hygieně. Pozornost zde bude zaměřena na zjištění, zda respondenti používají některou z technik duševní hygieny, a zda mohou mít tato preventivní opatření vliv na riziko syndromu vyhoření. Současně budou poptáváni na jejich vnímání aktuálního stavu psychosociální péče poskytované Hasičským záchranným sborem, a zda považují tyto služby za dostačující.

Práce tak bude tvořit ucelený přehled o příčinách a následcích stresových situací, se kterými přicházejí výjezdoví hasiči každodenně do kontaktu. Následně bude podrobněji zkoumán jejich vliv na syndrom vyhoření a v neposlední řadě bude prověřena účelnost péče o duševní hygienu jako prevence vzniku syndromu vyhoření.

Pro dosažení cíle práce budou položeny níže uvedené výzkumné otázky a s nimi související hypotézy:

1. Ovlivňuje stres, který působí na výjezdové hasiče, vznik syndromu vyhoření?

H0: Stresory, které působí na výjezdové hasiče, nemají vliv na vznik syndromu vyhoření.

H1: Stresory, které působí na výjezdové hasiče, mají vliv na vznik syndromu vyhoření.

2. Ovlivňuje praktikování duševní hygieny u výjezdových hasičů vznik syndromu vyhoření?

H0: Duševní hygiena u výjezdových hasičů nemá vliv na vznik syndromu vyhoření.

H1: Duševní hygiena u výjezdových hasičů má vliv na vznik syndromu vyhoření.

3. Snižují sportovní aktivity výjezdových hasičů riziko syndromu vyhoření?

H0: Praktikování sportovních aktivit nesnižuje riziko syndromu vyhoření.

H1: Praktikování sportovních aktivit snižuje riziko syndromu vyhoření.

4. Snižuje četba u výjezdových hasičů riziko syndromu vyhoření?

H0: Četba nesnižuje riziko syndromu vyhoření.

H1: Četba snižuje riziko syndromu vyhoření.

5. Snižuje sociální opora od kolegů jako forma eliminace stresu při výjezdu riziko vzniku syndromu vyhoření?

H0: Sociální opora od kolegů nesnižuje při výjezdu riziko syndromu vyhoření.

H1: Sociální opora od kolegů snižuje při výjezdu riziko syndromu vyhoření.

6. Existuje vztah mezi frekvencí vyhledání odborné pomoci, jako formy prevence, a syndromem vyhoření?

H0: Mezi frekvencí vyhledání odborné pomoci, jako formy prevence, a syndromem vyhoření neexistuje vztah.

H1: Mezi frekvencí vyhledání odborné pomoci, jako formy prevence, a syndromem vyhoření existuje vztah.

7. Souvisí délka služebního poměru výjezdových hasičů se vznikem syndromu vyhoření?

H0: Délka služebního poměru nemá souvislost se vznikem syndromu vyhoření.

H1: Délka služebního poměru má souvislost se vznikem syndromu vyhoření.

2.2 Metodika

Práce bude rozdělena na dvě části. V teoretické části budou na základě rešerše podrobně vymezeny pojmy krize a problematika stresu. Část kapitoly bude věnována problematice duševní hygieny a posttraumatické stresové poruchy. Samostatná kapitola bude určena syndromu vyhoření. Současně bude uvedeno dosavadní poznání zahraničních výzkumníků s podrobným popisem výsledků. Zjištění z těchto studií budou východiskem pro vlastní zpracování práce. Odborné články z vědeckých časopisů budou čerpány z portálu Web of Science a EBSCO Discovery Service. Poslední kapitola bude věnována HZS ČR.

Praktická část práce bude obsahovat vlastní výzkumné šetření s využitím kvantitativních metodologických postupů. Typologicky bude výzkum zařazen k neexperimentálnímu kvantitativnímu výzkumu. Výběrový vzorek budou tvořit výjezdoví hasiči Ústeckého kraje a výsledky testování spolu s navrženými doporučeními budou generalizovány na HZS v ostatních krajích. Výběr Ústeckého kraje má své opodstatnění kvůli zvýšené zátěži hasičů při bezprecedentním lesním požáru v Českém Švýcarsku. Tímto záměrným výběrem respondentů dojde k pokusu o zajištění reprezentativnosti vzorku, který spadá do kategorie stratifikovaného vzorku. Vzhledem k podstatě výzkumného šetření bude použita korelační studie, kde bude vždy zkoumán vzájemný vztah mezi dvěma měřeními. Výsledkem bude potvrzení kladného nebo záporného vztahu mezi těmito měřeními (Walker, 2013).

Prvním krokem bude zpracování dotazníku, na základě kterého dojde ke sběru primárních dat. „Velkou výhodou dotazníku je pokrytí relativně velkého vzorku. V dnešní době jsou ideální dotazníky, které může respondent vyplnit on-line na internetu. Nevýhodou dotazníkových šetření je anonymita respondenta. Další nevýhodou dotazníku je nízká návratnost rozeslaných dotazníků, která může ohrozit reprezentativitu výsledků šetření“ (Vojtíšek, 2012, str. 27). Při jeho zpracování budou využity poznatky z výzkumu autorů Wong a kol. (2013). Dotazník bude zpracován samotným autorem práce s využitím škál pro měření stresu a syndromu vyhoření. Jeho tvorba proběhne elektronicky s využitím Google Forms v MS Office. Celkem bude obsahovat 45 otázek, které budou kombinací otevřených, uzavřených a škálových otázek. Uzavřené otázky nabízejí předem stanovené odpovědi, a to buď dichotomní (ano/ne) nebo odpovědi o více tvrzeních, ze kterých si respondent vybere, nebo volbu „jiné“ s možností uvedení vlastní specifikace. Otevřené otázky dávají respondentovi možnost sdělit své vlastní názory. Jsou však obtížně interpretovatelné a vyhodnotitelné. U škálových otázek respondent vybírá sílu odpovědi na pevně stanovené

sedmibodové stupnici Likertovy škály (Vojtíšek, 2012). Škály se v dotazníku používají tam, kde nelze přesně specifikovat jejich vnímání. „*Slouží k vyjádření a především měření respondentových názorů, postojů, mínění, motivů, vztahů, znalostí atd.*“ (Kozel a kol., 2011, str. 32). Dotazník bude strukturován do čtyř oblastí, kdy první oblast bude obsahovat otázky informativního charakteru o respondentech.

Druhá oblast bude zaměřena na výzkum stresu, konkrétně na zjištění stresorů, které působí na výjezdové hasiče při výkonu jejich profese. K tomuto účelu bude použit nástroj škály vnímaného stresu Perceived Stress Scale (PSS) se 14 škálovými otázkami. PSS představuje metodu kvantifikace míry stresu založenou na dotazníkovém šetření, která více odpovídá psychologickému přístupu. Zaměřuje se na subjektivní metody založené na Lazarusově transakční teorii stresu. Tohoto nástroje je využíváno především ke stanovení nespécifického vnímaného stresu a behaviorálních poruch (Buršíková Brabcová a kol., 2018). U každé otázky bude respondent odpovídat na to, jak velký stres jim způsobuje konkrétní situace. Čtyři varianty odpovědí budou formulovány pozitivně (jejich výběr znamená nižší stres) a tři varianty odpovědí budou formulovány negativně (jejich výběr znamená vyšší stres). Čím vyšší bude celkové skóre, tím vyšší bude míra stresu.

Třetí oblast bude zaměřena na syndrom vyhoření. O této problematice nebudou respondenti v dotazníku předem informováni, aby došlo k co nejmenšímu zkreslení odpovědí. Všechny otázky budou směřovat ke zjištění, jak se respondenti subjektivně cítí. K vyhodnocení rizika syndromu vyhoření bude použita česká verze Shirom - Melamedovy škály (Shirom - Melamed Messure), zkráceně SMBM. Dotazník pro měření míry vyhoření pomocí Shirom - Melamedovy škály je jedním z nejčastěji používaných měřítek pro zjištění možného výskytu syndromu vyhoření. Pro šetření SMBM budou použity typologické otázky emočního vyčerpání, fyziologického vyčerpání a kognitivní únavy. První čtyři odpovědi budou opět formulovány pozitivně (jejich výběr bude představovat nižší míru syndromu vyhoření), zbylé tři odpovědi negativně (jejich výběr bude představovat vyšší míru syndromu vyhoření). Čím vyšší bude celkový skór, tím vyšší bude tendence k syndromu vyhoření (Vojtíšek, 2012).

Čtvrtá oblast se bude věnovat duševní hygieně. Obsahem této části bude jedenáct otázek navržených autorem práce. Záměrem bude dojít ke zjištění, zda a v jaké formě nebo frekvenci respondenti využívají některou z technik duševní hygieny a jak subjektivně vnímají aktuální stav psychologické péče o výjezdové hasiče. Druhy otázek budou kombinací uzavřených a škálových otázek. Odpovědi u uzavřených otázek budou ve formě

více tvrzení, nabídnuta bude i varianta „jiné“, kde mohou respondenti uvést další variantu odpovědi nebo ji blíže specifikovat (Vojtíšek, 2012).

Dotazník bude rozeslán elektronicky ředitelům územních pracovišť v Ústeckém kraji prostřednictvím Krajského ředitelství v Ústí nad Labem. Ti ho rozešlou na emailové adresy výjezdových hasičů. Vyplnění dotazníku bude anonymní, o čemž budou respondenti v úvodu dotazníku informováni. Časové období pro sběr dat nebude konkrétně vymezeno. Zpracovaný dotazník bude součástí přílohy této práce.

Získaná data budou hodnocena kvantitativní metodou induktivní statistiky (Ferjenčík, 2000). Základní charakteristiky souboru respondentů z první části dotazníku budou zpracovány pomocí deskriptivní statistiky v MS Excel. Dle druhu měření se jedná o nominální typ proměnných. Výstupem bude vlastní zpracování tabulek s komentářem ke zjištěnému stavu (Buršíková Brabcová a kol., 2018). Následovat bude testování hypotéz za účelem zodpovězení výzkumných otázek.

Hypotézy č. 1, 2 a 7 budou testovány Pearsonovým korelačním koeficientem pro určení závislosti mezi dvěma proměnnými. „*Lineární závislost či nezávislost popisujeme pomocí charakteristiky nazvané korelační koeficient. Nabývá hodnoty mezi – 1 a 1*“ (Mošna, 2017, str. 8). Korelační koeficient blízký 1 naznačuje přímo úměrnou závislost, korelační koeficient blízký – 1 naznačuje nepřímou závislost. Pokud je koeficient blízko 0, jedná se o nezávislost veličin (Mošna, 2017).

Vzorec Pearsonova korelačního koeficientu:

$$r = \frac{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})}{\sqrt{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2 \sum_{i=1}^n (y_i - \bar{y})^2}}$$

Hypotézy č. 3 a 5 budou testovány Dvouvýběrovým t-testem s nerovností rozptylů (Welchův test). V případě rozhodování jaký test použít pro porovnání průměrů se Welchův test použije tehdy, pokud jsou rozptyly významně rozdílné (Řehák a kol., 2015). „*Test platí asymptoticky i pro měření, která nejsou normálně rozdělena*“ (Hendl, 2012, str. 221).

Vzorec pro Dvouvýběrový t-test s nerovností rozptylů:

$$t = \frac{\bar{x} - \bar{y}}{\sqrt{\frac{s_1^2}{m} + \frac{s_2^2}{n}}}$$

Hypotéza č. 4 bude testována Dvouvýběrovým t-testem s rovností rozptylů. Dvouvýběrové testy porovnávají dvě skupiny náhodných veličin, kde jsou veličiny ze dvou

náhodných výběrů nezávislé (Hendl, 2016). Tyto „případy rozlišují, zda rozptyly jsou v obou populacích stejné, nebo různé“ (Hendl, 2012, str. 220).

Vzorec pro Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů:
$$t = \frac{\bar{x} - \bar{y}}{s \sqrt{\frac{1}{m} + \frac{1}{n}}}$$

Hypotéza č. 6 bude testována pomocí Kendallova korelačního koeficientu. Tím je měřena síla vztahu mezi dvěma proměnnými. Jeho pravděpodobnostní interpretace bývá jednoduchá a „jeho teoretickou hodnotu v populaci označujeme τ_k nebo Kendallovo tau“ (Hendl, 2012, str. 271).

Vzorec Kendallova korelačního koeficientu:
$$\tau_k = \frac{S}{\frac{n(n-1)}{2}} S = \sum_{i=1}^{n-1} \sum_{j=i+1}^n v_{ij}$$

Pro testování statistických hypotéz bude položena vždy nulová hypotéza H_0 a proti ní bude vystupovat alternativní hypotéza H_1 . „Nulová hypotéza H_0 je tvrzení, které obvykle deklaruje „žádný rozdíl“ (tj. jakýkoli nalezený rozdíl lze přičíst přirozené variabilitě dat). To je hypotéza, kterou by výzkumník rád spíše zamítl“ (Hendl, 2012, str. 182). Naproti tomu alternativní hypotéza H_1 vyjadřuje neplatnost hypotézy H_0 . „Obvykle se vyjadřuje jako „existence difference“ mezi skupinami nebo „existence závislosti“ mezi proměnnými“ (Hendl, 2012, str. 182).

U každé výzkumné otázky bude uveden tvar ověřované hypotézy s komentářem, co daná hypotéza testuje a ze kterých dotazníkových otázek vychází. Také zde bude popsáno, jakým statistickým testem je hypotéza testována. Výsledky testování budou zobrazeny v tabulce a podpořeny vhodným typem grafu. Na základě interpretace hypotéz a sběru dat z dotazníku budou navržena vhodná doporučení pro zlepšení dané situace.

3 Teoretická východiska

3.1 Krize

V dnešní době je pojem krize často používán. Pokud na tento pojem nahlížíme z medicínského hlediska, většinou ji chápeme v negativních konotacích. Krizí vyjadřujeme vrchol nějaké události nebo situace, která pro nás představuje neúnosnou zátěž. Přesto se často setkáváme s případy, kdy člověk prohlásí, že má krizi jen proto, že zrovna prožívá špatné dny nebo se mu nedaří plnit své plány a přání. Dochází tak k nadužívání a zveličování tohoto pojmu. Krize v pravém slova smyslu je zakotvena v odborné literatuře a v důsledku zrychleného životního stylu se stává předmětem neustálého bádání odborníků. Každá doba má své specifické podoby krizí a úroveň jejich zvládnutí je závislá primárně na míře přijetí dotčené osoby. Krizi je možné zažívat jak v osobním, tak v pracovním životě. Rozdíly v jejím zvládnutí mezi oběma skupinami tkví v technickém nácviku a odborném školení, které se dostává zejména pracovníkům v pomáhajících profesích jako povinných vstupních předpokladů k výkonu tohoto povolání (Dahlke, 2017).

3.1.1 Definice krize

V odborné literatuře je na krizi nahlíženo několika úhly pohledu. V souvislosti s pomáhajícími profesemi se užívá zejména pojmu duševní krize. Obecně se rozlišuje akutní psychická krize, dlouhodobá krize a chronická krize. Od toho se poté odvíjí poskytovaná intervence. Krize není nemocí ani patologickým stavem, nicméně je součástí kontinuity lidského života. Nejedná se tedy o poruchu, ale o přirozenou reakci na nepřiměřeně těžkou situaci. Jejím průvodním jevem je ohrožení dosavadní jistoty s vidinou úpadku. Obecně lze říci, že krize je spojena s psychosociální zátěží, zdravotním stavem a možnostmi sociální podpory, ale zároveň úzce souvisí s duchovním stavem daného jedince. Důsledky krize mohou být negativní, ale také pozitivní. V závažných případech může krize vyústit v duševní poruchu nebo dokonce v sebevraždu. Mezi pozitiva, vyplývající z prodělané krize, naopak patří osobní rozvoj a hluboké přijetí vlastní existence. Často ale také dochází k situacím, kdy jsou prožitky z krize nevyužity a příležitost ke změně je promarněna (Cimrmanová a kol., 2013).

V případě osobnostních krizí lze často dosáhnout určité transformace osobnosti daného člověka. Dle autorky Vodáčkové (2012) je možné krizi chápat jako situaci velkého rozsahu, kterou člověk subjektivně vnímá jako ohrožující a která současně vytváří potenciál

změny. Bez krize tak není možný životní posun. Na krizi jako na příležitost k osobnímu rozvoji pohlíží také autorka Kastová (2010), dle které je důležité vidět v každé krizi možnost zásadní změny. O pozitivním významu krize je přesvědčena také autorka Špatenková a kol. (2017), ale pouze za předpokladu, že je rozpoznána a řešena včas. V opačném případě, kdy krize neodezní, přechází zpravidla v psychickou labilitu nebo může vést až k poruše psychického zdraví, například v podobě posttraumatické stresové poruchy.

Psychické krize se dělí na krize akutní, traumatické, déletrvající (chronické) a v neposlední řadě vývojové. Ty bývají považovány za běžné krize, se kterými se pojí různá přechodová období, jakými jsou období dospívání, klimakteria nebo přechodu do důchodu. Krizi lze definovat jako proces, kterým člověk prochází, a má čtyři stadia vývoje. Prvním stadiem jsou varovné signály, které se přechází, aniž by si je člověk uvědomil. Druhým stadiem je akutní fáze, která trvá několik hodin až dnů. Třetím stadiem je fáze chronická, která má zpravidla dlouhodobý charakter, a čtvrtým stadiem je fáze restituce, ze které člověk vychází poučen a vybaven prostředky pro lepší zvládnutí budoucí krizové situace (Špatenková a kol., 2004).

Krize se zpravidla objevuje nečekaně. Dotyčný jedinec jí bývá zaskočen, a to i v případech, že sled událostí ke krizi dlouhodobě směřoval. Míra jejího zvládnutí je závislá na aktuálním rozpoložení jedince a jeho přístupu k řešení nastalé situace. Je třeba mít na paměti, že součástí období krize jsou i faktory, které jedinec nemůže ovlivnit ani změnit. Nevýhodou krize je, že ji nemůžeme odložit na později, až budeme mít více sil a budeme schopni ji řešit. Její přítomnost tak vyžaduje neodkladné řešení. Všechny krizové situace spojuje velký časový tlak na naše rozhodování. Vyplatí se zachovat klid a neztrácet čas, což nebývá jednoduché. Také předchozí zkušenost s krizí může být nápomocna při řešení nově nastalé situace. Pokud jsme v minulosti nějakou krizí úspěšně zvládli, je pravděpodobné, že se nám v hlavě promítnou již zažitá zkušenosti a najednou víme, jak se v dané situaci zachovat. Pocity, které zažíváme při krizových momentech, jsou spojeny s hrozbou a nebezpečím. Jsou pro nás velice důležité, neboť pokud bychom si je neuvědomovali, nebyli bychom schopni situaci vyhodnotit jako nebezpečnou. Pokud si člověk nebezpečí při krizových momentech neuvědomuje, ať už z důvodu ohromení, šoku nebo jiných příčin, připravuje se o příležitost podchytit výstražné signály včas a začít jednat (Záborcová, 2017).

3.1.2 Příčiny krize

Důležitým faktorem pro rozvoj krize není paradoxně to, co se stalo, ale komu se to stalo. Zásadní jsou pocity daného jedince, jakým způsobem situaci vnímá a zda ji považuje za ohrožující. Krize je tedy definována spíše subjektem než podnětem. V procesu formování krize dochází k průběhu několika stádií, přičemž počátečním stadiem je spouštěcí událost, na kterou navazuje pocit vnímání události jako ohrožující. Poté následuje subjektivní distres, vedoucí ke sníženému fungování jedince. To má za následek neschopnost jedince situaci vyřešit a odpovídajícím způsobem zvládnout. Pokud se člověk ocitá v tomto vakuu, stává se více zranitelným, až dojde k dezintegraci a nastupuje krize. Spouštěcími faktory krize jsou kritické životní události. I přes skutečnost, že každý člověk je jiný a vnímá situaci různými způsoby, existují společné prvky, které krizi spouštějí. Mohou to být zejména emočně významné události, které se nestávají každý den, jako je např. narození dítěte nebo naopak smrt blízkého člověka. Dále změny, které probíhají v průběhu života, jako např. změna zaměstnání nebo odchod do důchodu. A v neposlední řadě také události, se kterými jsme běžné konfrontováni, a které mohou mít pozitivní nebo negativní emoční podtext, jako je např. svatba v podobě pozitivního vnímání nebo nevěra v podobě negativního vnímání (Špatenková a kol., 2017).

Mareš (2012) je dalším autorem, který přikládá důležitost spíše pocitům a vnímání krizové situace než skutečnosti, že krizová událost vůbec nastala. Pokud člověk zažije těžkou životní událost, jeho představy o světě jsou od základu otřeseny. Dostává se do stresové situace a vzniká potřeba znovu vše promyslet a přezkoumat. Pokud dojde ke zjištění, že pro něj jeho dosavadní model světa ztratil význam, dochází ke snaze jej přebudovat. V případě, že však převládají negativní emoce, vyznačuje se tento přechod bohužel negativními změnami a člověk se propadá do temného světa, provázeného depresi, beznadějí a naučenou bezmocností.

Příčinou krize mohou být také přírodní katastrofy. Autorka Baštecká (2005) má za to, že přírodní katastrofy jsou o něco milosrdnější ve vztahu k vnímání člověkem, a to kvůli tomu, že existuje možnost se na ně připravit. Také skutečnost, že přírodními katastrofami bývá postiženo větší množství lidí najednou, zmírňuje alespoň dočasně průběh bolesti. Naopak katastrofy způsobené člověkem jsou nepředvídatelné a navozují zejména šok. Hledá se zde snáze viník a jeho nalezení nepřináší vždy úlevu. Je prokázáno, že psychické dopady na oběti jsou závažnější a mívají delší průběh, pokud byla tragédie způsobena člověkem, než při zásahu přírody nebo vyšší moci.

3.1.3 Druhy krize

Dle autorky Špatenkové (2017) se krize dělí na krize z očekávaných životních změn (vývojové, normativní, tranzitorní), krize situační (traumatické) a krize chronické (kumulované). Kritériem pro toto dělení je povaha prvotní spouštěcí krizové události. Psychologové také rozlišují mezi krizí a traumatem. Zatímco krizí je definována jakákoliv situace, kterou jedinec subjektivně vnímá jako nezvladatelnou dosud používanými prostředky, trauma má objektivní příčiny a často se jedná o přímé ohrožení života nebo zdraví. Je to reakce na událost, která má závažný dopad na psychiku člověka. Mezi méně známé typy krize patří tzv. maskovaná krize. V praxi se však nejedná o ojedinělý jev a s jejími symptomy se potýká pravděpodobně více lidí, než uvádí literatura. Maskovaná krize se projevuje nevysvětlitelnou únavou, ztrátou radosti ze života nebo psychosomatickými obtížemi (Cimrmanová a kol., 2013).

Obecné dělení krize na individuální (osobní) a skupinovou (komunitní) se dále člení na afektivní, vývojovou, kumulovanou a krizi identity. Afektivní krize se vyznačuje nahromaděním emocí a jejich následným vybitím. Vývojová krize souvisí s určitým věkovým obdobím a pro daného jedince problematickým přechodem z jednoho období do druhého. Kumulovaná krize přichází v případě, že jedinec předchozí krize neřešil a ve svých vzpomínkách se k nim stále vrací. To má za následek kumulaci negativních prožitků. Krize identity nastupuje zejména ve věku od dvanácti do dvaceti let a je spojena se zařazením identity jedince ve společnosti (Kebza, 2011).

U pracovníků v pomáhajících profesích je pravděpodobnost, že se u nich projeví některý z typů krize, mnohem větší, než u jiných povolání. Nejčastěji se mohou setkat s krizemi situačními, chronickými a také s traumatem. S těmito krizemi mohou přijít do kontaktu buď u osob, kterým poskytují pomoc, nebo jimi mohou procházet na osobní úrovni. Níže jsou podrobněji popsány jednotlivé typy krizí dle dosavadního poznání (Baštecká, 2005).

3.1.3.1 Vývojové krize

Vývojové krize (neboli normativní, tranzitorní) postihují téměř každého člověka v průběhu jeho života. Patří mezi očekávané krize, kdy v mnoha případech víme, že mohou nastat, a dokonce si je i sami přejeme. Hlavním znakem je vždy změna. Tato situace vyžaduje přijetí nových strategií a postupů a je doprovázena zvýšeným emočním napětím, které může

způsobovat silné negativní pocity. Člověk o sobě začíná pochybovat, zda nově nastalé úkoly zvládne. Tyto krize jsou většinou přechodné (Špatenková a kol., 2004).

Mezi vývojové krize patří také čtvrtživotní krize, která nejčastěji postihuje jedince v období od 21 do 30 let. Je spojena s přehodnocováním identity a dosavadních rozhodnutí. V tomto věkovém období je nutné se vypořádat s pocitem nadměrného množství příležitostí a s nesouladem mezi dosavadními provedenými skutky a subjektivním pocitem osobní zralosti či nezralosti. Tento druh krize vyvolává nejčastěji pocity opuštěnosti, izolace, pochybností o sobě samém a strachu z neúspěchu (Millová a Svárovská, 2020).

3.1.3.2 Situační krize

Situační krize se označují také jako traumatické krize. Nejsou předvídatelné a přicházejí náhle. Přicházejí z vnějšího prostředí a nelze se na ně předem připravit. Pro psychiku člověka představují obzvláště velké nebezpečí, neboť způsobují pocity zoufalství. Při dlouhodobém přetrvávání tohoto stavu může dojít až k narušení imunitního systému a k rozvoji nemoci, zejména k psychosomatickému onemocnění. Tento druh krize souvisí nejčastěji se závažnými událostmi, jakými jsou např. úmrtí blízké osoby, vlastní těžké onemocnění nebo onemocnění rodinného příslušníka. Dále mohou na člověka působit sociální aspekty jako např. výpověď ze zaměstnání nebo přírodní katastrofy (Vymětal, 1995).

3.1.3.3 Chronické a akutní krize

Chronické krize bývají označovány jako kumulované krize. Typickým je pro ně dlouhodobý trvalý stav. Většinou jsou nenápadné a člověk se s nimi může potýkat i roky. Patří sem nejčastěji dlouhodobě neřešené konflikty v rodině nebo v zaměstnání. Stejně tak ale mohou propuknout po prožité traumatické události, a to i několik let po tom, co k ní došlo. Chování člověka v jejím průběhu se vyznačuje depresí, apatií a bezradností. Výsledkem je pak nedostatek energie k tomu něco změnit a následná rezignace. Chronická krize bývá často vyústěním krize akutní a naopak. Z akutní krize se může lehce rozvinout krize chronická (Vodáčková, 2012).

Akutní krize mají jasně ohraničený začátek a konec. Jejich průběh je velmi intenzivní až bouřlivý. Objevují se zpravidla do šesti až osmi týdnů od kritické události. Vzhledem k tomu, že si je člověk plně uvědomuje a dokáže je definovat, může tak včas vyhledat odbornou pomoc. To představuje významný prvek v pomoci. Při jejím prožívání bývá

člověk agresivní, zlostný nebo úzkostný. Přesto je při tom schopný přemýšlet o budoucnosti, což je velmi důležitý předpoklad pro úplné překonání krize (Špatenková a kol., 2004).

3.1.4 Fáze krize

Každá krize, ať krátkodobá nebo dlouhodobá, prochází určitým procesem. Nejdříve krize vzniká, poté se vyvíjí a následně by se mělo přistoupit k jejímu řešení. Přestože se jednotlivé krize vyznačují svou individuální podobou, určité znaky mají společné. Průběh procesu krize popsala Špatenková a kol. (2004), která celý proces rozfázovala do čtyř fází.

První fáze začíná v okamžiku, kdy je jedinec konfrontován s událostí, při které se cítí ohrožen. To v něm vyvolává negativní pocity a značné nepohodlí. Následně se spouští jeho adaptační mechanismy a situaci se snaží řešit obvyklými způsoby. V případě, že je řešení neúspěšné, krize se prohlubuje a přechází do další fáze. Pro tuto fázi je charakteristické krátkodobé zvýšené napětí.

V druhé fázi je jedinec přesvědčen, že není schopen situaci sám vyřešit. Ztrácí nad ní kontrolu a cítí se neschopný, což má za následek snížení sebevědomí. Snaží se situaci řešit operativně pomocí náhodných a dosud nevyzkoušených postupů. Pokud ani v této fázi nedojde ke zdárnému vyřešení problému, napětí se stupňuje a přechází do další fáze. Charakteristické pro tuto fázi je plně uvědomované napětí.

Třetí fáze se vyznačuje aktivací všech dosavadních rezerv. Dochází k maximální možné snaze nalézt nová řešení daného problému. V tuto chvíli je jedinec nejvíce nakloněn k přijetí pomoci zvenčí. Pokud se mu podaří situaci zvládnout, dochází k překonání krize. Vrací se mu ztracené sebevědomí a nastává duševní pohoda, která je pro tuto chvíli obzvlášť žádoucí. V případě, že je snažení neúspěšné, jedinec začne kompletně odmítat existenci problému. Tento stav představuje riziko v podobě přechodu z krize akutní do krize chronické, která může trvat několik měsíců až několik let. Pokud nedojde k překonání krize, ani k jejímu odmítnutí, nastupuje poslední fáze. Pro třetí fázi je typické opětovné zvýšení napětí, úzkost a maximální nepohodlí.

Ve čtvrté fázi je napětí již nesnesitelné. Jedinec však může navenek působit klidným dojmem. Upouští od sociálních kontaktů a ovládá ho vnitřní chaos, který vede k panice. Jeho vnímání je zkreslené. Běžné postupy fungování se hroutí a adaptační mechanismy také přestávají plnit svou funkci. Vznikají vážné změny v kognitivní, psychické i emocionální oblasti. Jedinec se často chová podrážděně, může mít sebevražedné myšlenky a větší

dispozice k požívání alkoholu a návykových látek. V této fázi nastává další zvýšené napětí, dezorganizace a vážná krize (Špatenková a kol., 2017).

3.1.5 Faktory krize

Jak již bylo řečeno, každá krize je svým způsobem specifická. To, co ovlivňuje její vznik a průběh, záleží na typu spouštěcí události, vrozených dispozicích jedince, jeho duševním zdraví, rodinném zázemí, kvalitě sociálních vztahů a dalších mnoha faktorech. Popis přesného schématu nelze sestavit. Stejně tak jako je obtížné popsat fungování duše, nelze ani s určitostí odhadnout přesný okamžik vzniku krize. Ale ani to, v jakém chronologickém sledu probíhá a s jakým výsledkem skončí (Cimrmanová a kol., 2013).

Jak dále uvádí Špatenková a kol. (2004), kromě aktuální situace jedince, ve které se momentálně nachází, zde hraje zásadní roli sociální kontext události. Tedy do jaké míry dokáže jeho sociální okolí akceptovat to, že je v krizi, a také jaká je pravděpodobnost, že ho dokáže podpořit a pomoci mu. Nezanedbatelný vliv má současně skutečnost, zda jedinec pochází z funkční nebo dysfunkční rodiny. Faktory, které mají vliv na průběh krize, znázorňuje níže uvedená tabulka.

Tabulka 1: Faktory ovlivňující vznik a průběh krize

Faktor	Vliv na vznik a průběh krize
Věk	psychika člověka; názory o společnosti; sklony ke krizi
Pohlaví	četnost a intenzita vnímaných pocitů; dispozice k vyhledání pomoci
Životní úroveň	zdraví člověka; spokojenost; materiální zajištění; duševní pohoda
Zdravotní stav	psychika; fyzická kondice; odolnost proti nemocem; vznik symptomatických příznaků
Osobnostní faktory	charakter; emoční stabilita; temperament; odolnost; adaptabilita; extroverze/introverze
Předchozí nevyřešené krize	chronické krize vzešlé z akutních krizí; odolnost vůči dalším krizím
Souběh krizí	narušení psychické a fyzické pohody; zvýšená citlivost; prohloubení sekundární krize
Schopnost zvládat krizové situace	obránné mechanismy; zvládnutí krize (coping); resilience; minimalizace vulnerability
Naděje	víra; nalezení smyslu v krizi; nová životní etapa; přiblížení k duchovní stránce
Sociální opora	emocionální stav; utváření názorů; přijímání kritiky; hmotná výpomoc

Zdroj: Špatenková a kol. (2004, str. 25)

3.1.6 Využití krize

Mezi autory, kteří upozorňují na nutnost přikládat krizi také pozitivní význam, patří i německý autor Dahlke (2017). Ten uvádí, že každá krize nás přinejmenším konfrontuje s možností volby. Můžeme ji buď přijmout, nebo se proti ní všemi silami bránit. A právě tento okamžik rozhoduje, zda se krize pro nás stává šancí nebo nebezpečím. Pokud je na krizi nahlíženo pouze jako na negativní aspekt, zůstává pohled na ni omezen. V medicíně je znám pojem krize jako rozhodující moment v průběhu nemoci, který má pozitivní smysl a který je obratem k lepšímu, tedy k uzdravení. Součástí takového procesu je pravděpodobně i okamžik rozhodnutí, který je tak možno brát jako klíč k podstatě všech krizí.

Pokud se člověk postaví zodpovědně k řešení krize, může mu tato zkušenost pomoci posunout se vpřed a dozrát v procesu řešení určitých situací. Krize tak nemusí mít na jedince pouze negativní dopad, ale může mu také nastolit nové možnosti a poznání. Překonání krize ale neznamená, že jedinec zapomene na to, co se stalo a úplně tento okamžik vytěsni. Také není vhodné, aby si myslel, že život bude stejný jako dřív (Dahlke, 2017).

Překonání krize znamená, že jedinec opětovně získá energii k řešení každodenních záležitostí, znovu obnoví sociální vztahy se svým okolím, začne se projevovat radost a pocity uspokojení. Také potíže, které se projevovaly ve formě změny nálad, negativními myšlenkami a fyzickou bolestí se vyskytují s menší četností. Je třeba se ale smířit s tím, že se čas od času budou objevovat vždy. Přesto je prokázáno, že i z těch nejtragičtějších situací je možné i něco získat. Přestože si to člověk v tu chvíli neuvědomí, může díky takové události osobnostně dozrát, stát se psychicky odolnějším, rozvinout se na duchovní úrovni a také zlepšit vztahy se svým okolím (Špatenková a kol., 2017).

3.1.7 Pomoc v krizi

Přestože v některých případech platí pravidlo, že každá krize má svůj čas, pro její překonání je důležitá včasná pomoc. Pokud se nejedná o krizovou situaci v souvislosti s hromadným neštěstím, živelní katastrofou nebo neštěstím způsobeném zaviněním cizí osoby, kdy se dotčenému dostává profesionální pomoci téměř okamžitě, snaží se jedinec nejdříve bojovat s krizí sám. Jak bylo zjištěno z rešerše, jedinec prochází několika fázemi a teprve až poté, kdy má pocit, že už situaci nedokáže zvládnout vlastními silami, hledá pomoc zvenčí. Zvládání krize tak představuje zkoušku jak pro člověka samotného, tak pro pomáhající osoby. Významnou roli v pomoci lidem v krizi hraje sociální okolí a stupeň jeho podpory (Vodáčková, 2012). Dle povahy krizové situace a momentálních schopností

postiženého jedince lze určit, jakou formu pomoci je nutné zahájit. Z teoretického hlediska se pomoc dělí na neformální a formální (Kastová, 2010).

3.1.8 Neformální pomoc

Často bývá nazývána jako **svépomoc**, kdy zejména v počátku akutních fází krize jedinec mobilizuje všechny vnitřní zdroje. Snaží se pomoci si sám a intervenci dalších osob považuje za zbytečnou nebo se stydí o ni požádat.

Dalším druhem pomoci je **vzájemná pomoc**. Zde se zapojuje nejbližší okolí, tj. rodina, příbuzní, přátelé nebo kolegové v zaměstnání. V případě pomoci zvenčí je důležité zajistit dotyčnému bezpečí, uklidnění, emoční podporu a ujistit ho, že není sám. Pokud se ohrožená osoba ocitá v šoku, který se může projevovat netečností a motorickým útlumem nebo naopak nepřiměřeným neklidem, je třeba neponechávat ji o samotě a poskytnout jí první pomoc. Ta spočívá primárně v zajištění tepla, sucha, tekutin a v tlumení bolesti. Po odeznění šoku se doporučuje důkladně analyzovat celou situaci, aby se našly optimální zdroje k vyrovnání se s krizovou situací. Tyto dva způsoby neformální pomoci patří mezi nejběžnější a nejúčinnější (Paulík, 2017).

3.1.9 Formální pomoc

K formální pomoci se řadí **krizová intervence**. Jedná se o profesionální psychologickou první pomoc a vyznačuje se intenzivním dočasným zásahem. Jejím úkolem je stabilizovat jedince a nasměrovat ho k jeho vlastní aktivitě nebo zájmu hledat další formy pomoci. Přichází na řadu poté, co neformální způsoby pomoci selhaly. Přestože danou krizi nevyřeší, může pozitivně ovlivnit její průběh. Nezaměřuje se na změnu chování jedince, ale na daný problém. Je však důležité dodržovat etický kodex, neboť osoba v krizi je zranitelná a může dojít lehce k jejímu zneužití. Základy krizové intervence by měl ovládat každý pracovník v pomáhající profesi. Specializovaní krizoví interventi absolvují speciální výcvik. Jejich zásah by měl být neodkladný, způsobilý, bezpečný a co nejbližší v dosahu klienta. Po krizové intervenci nastupují další formy pomoci, např. poradenství nebo terapie. Ty již mají komplexnější dopad. V praxi krizová intervence poskytuje oporu, podporuje uvolnění emocí, omezuje tendenci ke zkreslování reality a dodává naději. Zároveň identifikuje hlavní problém, nasměruje klienta k jeho samostatnému řešení a vytvoří celkový plán pomoci (Špatenková a kol., 2017).

3.1.10 Strategie k překonání krize

Vodáčková (2012) uvádí strategie pro zvládnutí krizové situace:

- Vědomá orientace v pocitech a schopnost odreagování, kdy je důležité autentické prožití a vyjádření vlastních emocí. Důraz je kladen na odreagování v podobě pláče nebo hněvu člověka v masivním stresu, který bývá zaskočen intenzitou svých emocí, stydí se za ně a potlačuje je.
- Schopnost sdělovat a sdílet vlastní pocity s blízkými osobami. Pokud je nablízku osoba ochotná přijmout s porozuměním těžkosti druhých, působí tato podpora ve stresu protektivně a současně obohacuje vzájemné vztahy.
- Vnímavost k tělesným pocitům a potřebám, protože masivní stres bývá spojován se snížením senzitivity k vlastní bolesti a signálům vlastního těla. Naslouchání svému tělu může napomoci odhalit problém ještě před jeho objektivním vznikem. Ve stavu tělesného vyčerpání je nutné uspokojit základní životní potřeby, jako jsou jídlo, pití, teplo, sucho a spánek. Neméně důležitý je také lidský kontakt.
- Vnímavost k dalším potřebám. Pokud se podaří překonat kritické momenty v životě, může to napomoci obrátit se k jiným potřebám, které byly doposud opomíjeny.
- Využití dostupných informací a prostředků potřebných k orientaci v situaci. Ve stresu dochází k celkovému kognitivnímu zmatku a ke zkreslení vjemového pole. Problematičtější bývá také vybavení si obsahu z paměti. Jak poznamenává Paulík (2017, str. 143) „*Přehledné uspořádání dostupných informací může pomoci získat klid i určitý pocit jistoty, podpořený racionálním hodnocením stávajících poznatků a stanovením potřeby jejich případného doplnění a detailnějšího zhodnocení.*“ Vhodné je využít vlastních zkušeností z minulosti nebo zkušeností ostatních. K tomu se využívá metody rozhovorů, při kterých se naslouchá sdělením ostatních lidí. Negativním

aspektem zde může být účelová manipulace nebo zřeknutí se vlastní odpovědnosti.

- Využití potenciálu přirozené komunity. Výhodou je smíšená komunita složená z lidí různého věku, pohlaví, vzdělání a schopností. To zaručuje větší množství rad a doporučení. Nevýhodou je odlišení se od zvyklostí komunity a možné riziko vyloučení.

3.2 Stres

Průběh krize ovlivňuje míra a intenzita stresu. Ten je aktivován při situacích se zvýšenými nároky na adaptaci jedince. Tyto situace vyžadují vynaložení většího úsilí, které však nemusí být na jejich úspěšné zvládnutí postačující. Stres je spojován se situacemi, které jsou pro jedince obtížné nebo ohrožující a tyto situace způsobují významné změny v jeho organismu a v celkovém měřítku vyvolávají i změny v imunitním systému. Z odborného hlediska je vliv stresu a zátěže posuzován komplexně, a to působením psycho, bio, socio, spirituálně, ekologických aspektů. Z tohoto pohledu je stres chápán jako specifický případ obecně pojaté zátěže, jejíž míra přesahuje pro daného jedince únosnou mez, přičemž jeho adaptační systémy organismu selhávají. Tato míra závisí na podílu expozičních a dispozičních faktorů. Situace, které jsou v rozporu s těmito faktory, se nazývají stresové situace. Vzniklá zátěž vede k nutnosti zpracovat nadměrné množství kladených nároků na osobnostní dispozice jedince nebo naopak může potlačit jeho výkonové kapacity. Zátěžové podněty mohou být extrémně silné nebo kumulované, skutečně ohrožující nebo nereálné, které ale jedinec vnímá jako ohrožující (Paulík, 2017).

Stresem v zaměstnání a jeho negativními dopady se zabýval Urban (2016), dle kterého je dlouhodobý neustálý stres příčinou změny genetické výbavy člověka. Důsledky jeho působení jsou dokonce pro organismus závažnější než dopady všech nezdravých potravin dohromady. Spouštěčem stresu však není konkrétní činnost jako taková, ale to, jak k ní dotyčný přistupuje a jaké okolnosti ji provázejí. Pro rozvoj stresu je zásadní způsob, jakým na něj reagujeme nebo jak o něm přemýšlíme. Určitá míra pracovního stresu je přirozená a není nijak závažná. Mírný stres je dokonce žádoucí pro to, aby člověk aktivoval své síly a vydal ze sebe to nejlepší. Naopak zátěž vzniklá z náročných požadavků, které přesahují míru schopnosti jedince určitý úkol zvládnout, vede postupně ke stresu. Podobný vývoj vykazuje také stres, který vznikl ze situací, které se vymykají kontrole dotyčného

jedince. Pokud je stres trvalý, odráží se na jeho celkové psychické pohodě. V závažnějších případech může docházet k bolestem hlavy a žaludku, poruchám spánku, narušení schopnosti koncentrace nebo ke zvýšené vznětlivosti. K příznakům dlouhotrvajícího chronického stresu patří zejména vysoký krevní tlak, srdeční problémy a celkové oslabení imunitního systému. Po psychické stránce se stres podepisuje na nespavosti, zvýšené únavě až apatii, velmi často vede k depresím a oslabení pracovní motivace, která končí syndromem vyhoření. Takto postižený jedinec se dostává do sporu i se svými pracovními kolegy a vzniká tak prostor pro pracovní neshody.

Krátkodobý stres může být sice také intenzivní a může mít stejné příčiny vzniku, ale jeho výhoda spočívá v délce působení. Zpravidla se vyznačuje trváním v řádu několika dnů nebo týdnů. Podobné znaky vykazuje jednorázový stres. I když je u každého typu stresové situace délka trvání různá, větší roli zde hraje intenzita (Kožíňová, 2022).

Khalatbari a kol. (2013) ve svém výzkumu zjišťoval korelaci mezi pracovním stresem, spokojeností s prací, pracovní motivací a syndromem vyhoření ve vztahu k prožívání vlastního pocitu stresu na vzorku 160 nemocničních zaměstnanců. Za využití korelačního koeficientu a regresní analýzy bylo zjištěno, že vlastní pocítování stresu je v plné korelaci s pracovním stresem, spokojeností s prací a motivací k práci. Stejně tak syndrom vyhoření je plně v korelaci s pracovním stresem, ale naopak není v korelaci s pracovní spokojeností. Přestože výzkumný vzorek představují zdravotníci v nemocnici, lze dle charakteru náročnosti práce tyto závěry aplikovat i na ostatní pracovníky integrovaného záchranného systému. I oni se potýkají s umírajícími lidmi, jejich náplň práce vyžaduje včasné a správné rozhodnutí a také musí často čelit tlaku svých nadřízených a nevyhýbají se jim ani občasná konfrontace s kolegy. Autoři práce tak zastávají domněnku, že čím více jsou zaměstnanci vystaveni stresu, tím větší je pravděpodobnost pracovního vyčerpání. Připouští přímou souvislost pracovního stresu s pracovním vyčerpáním a psychickým tlakem.

3.2.1 Eustres a distres

Jak popisuje Pešek a kol. (2016), z psychologického hlediska se stres dělí na dobrý stres (eustres) a špatný stres (distres). Jeho důležitou úlohou je ochrana organismu před nebezpečím tím, že nás na něj upozorní a přinutí tělo reagovat a spustit poplachovou reakci. V té je poté udržováno do doby, než nebezpečí odezní. V případě, že se jedná o ochranu života, bývá stresová reakce velmi funkční. Na fyziologické úrovni dochází ke spuštění adrenalinu a noradrenalinu a aktivaci sympatických nervů, kdy dochází k zúžení cév. Tato

práce se zaměřuje převážně na psychologické ohrožení jedince. Na takovéto ohrožení ale tělo reaguje stejným způsobem jako na fyzické ohrožení.

Eustres se vyznačuje prožíváním pozitivních emocí. Vede k němu například výkon povolání, které nás baví a naplňuje. Vždy se jedná o události, které si jedinec vysvětluje myšlenkově pozitivně. Tato forma stresu není tedy nijak pro psychiku a jeho organismus závadná. Eustres bývá také popisován jako situace, která je pro člověka sice zatěžující, ale nijak závažně mu nevadí a často si jí ani nevšimne (Křivohlavý, 2010).

K distresu vedou události, které nemá jedinec obvykle pod kontrolou. V hlavě mu probíhají negativní myšlenky, na základě kterých poté prožívá negativní emoce, jako jsou strach, úzkost nebo bezmoc. Obecně toto shrnuje Křivohlavý (2010), dle kterého lze o distresu hovořit v případě, že přetížení člověka v určité situaci výrazně převyšuje jeho možnosti zvládnutí.

Často také dochází k situacím, kdy je prožíván zároveň eustres i distres. Tyto emoce jsou nazývány jako smíšené (Kožinová, 2022).

3.2.2 Hypostres a hyperstres

Dle míry intenzity působení stresu na organismus lze rozlišit stres na hypostres a hyperstres. Hypostres se vyznačuje slabší formou stresu, který nedosahuje hranice odolnosti zátěže a jedinec se s ním dokáže snadno vyrovnat. Člověk se s ním setkává v každodenním životě, kdy působící minitresory průběžně eliminuje, až může stres zcela vymizet (Mukšnáblova, 2015).

Naopak hyperstres již přesahuje hranice lidské adaptability a pro člověka je zatěžující. V těch nejhorších případech je pro něj dokonce na životě ohrožující. Vzniká působením makrostresorů nebo dlouhodobým působením minitresorů, kdy zátěž přestává být pro něj snesitelná (Mukšnáblova, 2015).

Dle Kebzy (2005) je termínů hypostres a hyperstres využíváno k vyjádření rozdílu mezi zátěží a stresem. Konkrétně představuje rozlišení mezi fyzickým a psychickým stresem. Fyzický stres zde představuje fyzické poškození organismu. Psychický stres zase psychický prožitek bolesti, který vyvolává pocity napětí, strachu nebo úzkosti.

3.2.3 Akutní a chronický stres

Paulík (2017) popisuje rozdílnou reakci organismu při akutním a chronickém stresu. V případě působení akutních stresorů dochází k vzestupu imunitní aktivity. Jako stresory zde lze označit drobné každodenní nepříjemnosti. U působení chronických stresorů dochází naopak k poklesu imunitní aktivity. Stresory jsou již vážnějšího charakteru a působí dlouhodobě.

Greenberg (2019) upozorňuje na riziko opotřebení těla a mysli při dlouhodobém odolávání psychické zátěži. Akutní stres je reakcí na krátkodobý stresor, který přináší na jedné straně nepohodlí, například úzkost nebo psychosomatické symptomy, na straně druhé může přivodit užitečné reakce. Těmi mohou být přivaly energie a pocity vzrušení, díky kterým lze dosáhnout lepšího výkonu. Po jeho zvládnutí přichází pocit uspokojení a sebejistoty.

Chronický stres představuje pro postiženého jedince vždy zdravotní riziko. Jedná se o reakci na stresor, který působí dlouhodobě. Jeho negativní účinky se projevují častěji v situacích, které nemůže daný jedinec změnit. Důsledky nezvládnutého chronického stresu vedou k abnormální únavě, vysokému krevnímu tlaku a k přibývání na váze. Výzkumy však ukázaly, že je možné naučit se akutní a chronický stres korigovat. Za pomoci technik lze dosáhnout přeměny stresu v pocit výzvy a energie, které vedou k pocitu sebejistoty. I když je stresová reakce v mozku pevně zakódovaná a z části automatická, současné výzkumy dokazují, že lze opakovaným nácvikem nového způsobu myšlení a chování změnit způsob, jakým je stres v mozku zpracováván a interpretován. Takovýto proces dokáže změnit nervové dráhy a chemii v mozku (Mukšnáblova, 2015).

3.2.4 Stresová reakce

Rozvoj stresové reakce je ovlivněn hormonálními a nervovými vlivy (Vožeh, 2017). Organismus se při ní dostává do stavu napětí a je připraven na ni reagovat. To má však příznivý účinek za předpokladu, že dojde k fyzické aktivitě a jedinec je nucen se bránit nebo zmobilizovat tělo k útěku. V ostatních případech je takováto reakce organismu destruktivní. Na tyto podněty není vynaloženo fyzické úsilí, do těla se dostávají jedy a dochází k jeho zbytečnému opotřebení (Plamínek, 2008).

Podle řady autorů se žít bez stresu pravděpodobně nedá. Je důležité se nestresovat kvůli tomu, že jsme ve stresu. Většina populace dnes trpí nadbytkem stresu, který způsobují dva faktory. Prvním z nich je zrychlené životní tempo a stále se zvyšující komplikovanost

žití. Lidské tělo je od přírody nastaveno vnímat stres pouze jako výjimečnou situaci. Dnešní doba vystavuje jedince stresu příliš často a stává se jeho každodenního součástí života. Problematickým se stává také charakter faktorů vyvolávajících stres. Z biologického hlediska je tělo přizpůsobeno reagovat na stresovou situaci přísunem adrenalinu a dalších hormonů, které je však nutné využít, například v podobě boje nebo útěku. Dnes však k tomuto využití zpravidla nedochází a nezbyvá, než nechat fyziologické procesy v těle proběhnout bez jakéhokoliv vybití (Clegg, 2005).

3.2.5 Důsledky stresu

Pokud člověk nedisponuje obrannými prostředky proti působení negativních vlivů, dříve či později se u něj projeví tělesné nebo duševní příznaky stresu. Reakce těla mohou být na kognitivní, emocionální, svalové nebo vegetativně – hormonální úrovni (Kraska-Lüdecke, 2007).

3.2.5.1 Fyziologické důsledky

Fyziologické důsledky přílišného stresu popisuje Fontana (2016) a rozděluje stresovou reakci člověka na autonomní a kognitivní. Zatímco reakci organismu na autonomní úrovni nelze ovlivnit, na kognitivní úrovni ano, neboť je to právě kognitivní hodnocení co určuje, zda se spustí autonomní reakce. Záleží na vědomém rozhodnutí jedince, zda situaci vyhodnotí jako ohrožující či nikoliv. Přestože každá z tělesných reakcí na stres je užitečná, v jejím průběhu dochází v organismu k celé řadě procesů, které hrají důležitou roli v přípravě organismu na ohrožující události. K jakým účinkům v těle při působení stresu dochází na fyziologické úrovni, popisuje Obrová a kol. (2020) na schématu Přílohy 1 (Mechanismy možných účinků působení stresu na fyziologické procesy).

3.2.5.2 Psychologické důsledky

Pokud míra stresu překročí určitou hranici, ubývá psychické energie a výkon člověka se oslabuje. Dochází k narušení psychiky a negativním myšlenkám. Fontana (2016) v této souvislosti zmiňuje teorii generalizovaného adaptačního syndromu (GAS). Tento model jako první představil lékař Selye. Jedná se o biologický model reakcí na stres, který lze aplikovat i na psychologické faktory. Stresová reakce je rozdělena do tří fází: A: Poplachová reakce B: Stadium rezistence C: Stadium vyčerpání.

V počáteční fázi dostává tělo varování (poplachovou reakci), následně se spustí autonomní reakce (stadium rezistence) a v případě dlouhého trvání dochází k poškození a nastupuje zhroucení (stadium vyčerpání). Tělo a psychika jsou úzce propojeny, proto se téměř u každého jedince překrývají fyziologické fáze s těmi psychologickými. O prospěšnosti stresu lze ještě hovořit ve fázi B (stadium rezistence), ve fázi C (stadium vyčerpání) je však již škodlivý. Celý proces průběhu stresové reakce je graficky znázorněn v Příloze 2 (Tři stadia generalizovaného adaptačního syndromu GAS).

K jakým změnám v těle dochází v jednotlivých fázích, popisuje Nešpor (2013). Při poplachové fázi je stres prozatím jen v mozku a stresová reakce se dá lehce zvládnout, např. odlehčením situace, svěřením se druhé osobě nebo uvolněním. V případě, že došlo k aktivaci nadledvin, zvládnutí stresu je již těžší a časově náročnější. K jeho eliminaci se používá fyzická aktivita. Ve stadiu rezistence je problém vyřešen a dochází k postupnému zotavení psychiky. Tato fáze vyžaduje dostatek času k obnově sil. Stadium vyčerpání se vyznačuje působením dlouhodobého stresu nebo několika stresorů najednou. Snižuje se tělesná i psychická odolnost a takto lze žít pouze po omezenou dobu. Nastupují stavy smutku a úzkosti. Zhoršuje se imunita, pracovní, tělesná i duševní výkonnost.

3.2.6 Stresor

Křivohlavý (1994) označuje negativní vlivy, které na člověka působí, jako stresory. Odlišují tak vnitřní těžkou situaci člověka, který je ve stresu od okolností, které na něj doléhají. Stresorem může být nedostatek potravy nebo tekutin, ty představují materiální faktory, nebo neblahé působení jednoho člověka na druhého, což jsou sociální faktory. Stresorem však může být také pocit osamocení nebo naopak nedostatek vlastního prostoru nebo časová tíseň.

Obecně se stresory dělí na reálné stresory, které člověka přímo ohrožují, a potenciální stresory, které mohou v určitých situačních aspektech vyvolat stres. Rozhodující vliv na přeměnu potenciačních stresorů na reálné stresory má působení určitých faktorů. Prvním faktorem je subjektivní hodnocení. Jedná se o individuální zhodnocení vnějších podmínek a okolností daným jedincem, kdy zvažuje míru ohrožení svých hodnot a své možnosti jak situaci zvládnout. Druhý faktor představují vlastní osobnostní charakteristiky, které mají vliv na hodnocení zátěže. Mezi ně patří např. odolnost, intelekt, vlastní pracovní kapacita nebo konstruktivní myšlení. Třetím faktorem je způsob, jakým se jedinec vyrovnává se zátěží. Nejznámější z těchto způsobů jsou coping nebo obranné reakce. Čtvrtý faktor představuje

skutečnost, nakolik se v životě jedince vyskytují nepříznivé životní události nebo i malé denní nepříjemnosti. Pátým faktorem je dosavadní zkušenost jedince se stresem. Šestá faktorem sociální opora, kterou je zamýšlen přístup k pomoci od okolí v případě potřeby, a posledním faktorem je sociální status jedince (Paulík, 2017).

Příkladů stresorů, které mohou na jedince působit, je však velká řada. Ve studii zaměřené na genderové rozdíly pracovních stresorů a příznaků stresu u mužských i ženských příslušníků HZS bylo zjištěno, že pro obě pohlaví představují největší stresovou zátěž poruchy spánku, obava o mzdu, obava o pracovní dovednosti, nevyhovující vybavení a obava o bezpečnost (Murphy a kol., 2008).

Podobná zjištění přinesl výzkum autorů (Rajabi a kol., 2020), který byl zaměřen na identifikaci nejvýznamnějších stresorů. Pracovní stresory byly rozděleny do čtyř oblastí, na manažerskou, osobní, interpersonální a operativní oblast. Autoři zjistili, že největší stresory pro hasiče z manažerské oblasti vyplývají zejména z nedostatečného odměňování zaměstnanců a nedostatečného zajištění bezpečnosti práce ze strany managementu. Z osobní oblasti byla pro ně nejvíce zatěžující neschopnost sladit pracovní a soukromý život a strach z vlastního selhání. Z interpersonální oblasti měli největší strach z narušených vztahů se svými kolegy a z jejich kritiky nebo kritiky svých nadřízených. Operativní oblast zahrnovala obavy z výbuchu na místě nehody nebo z jedovatého kouře a plynů při požárech. Výsledky výzkumu ukázaly, že největší pracovní stresory jsou způsobeny organizačními faktory, které vyplývají z manažerské oblasti. Jako doporučení bylo navrženo zaměřením se na realizaci řídicích strategií, které povede ke snížení pracovního stresu hasičů.

3.2.7 Zvládání stresu

Jak již bylo uvedeno výše, stres může být prospěšný i škodlivý. Vzhledem k tomu, že se mu nelze zcela vyhnout, nezbyvá, než se ho pokusit alespoň minimalizovat. Stresová zátěž nepostihuje každého stejně. Jakým způsobem na ni zareagujeme, záleží na spoustě fyzických a psychických vlivů. Míru jejich působení ovlivňuje např. vznětlivost nebo naopak klidnější povaha jedince a v neposlední řadě také zdravotní stav. I když jsou dispozice k vyrovnání se se stresovou situací do značné míry dané, existují způsoby, jak může jedinec stres ovládnout nebo alespoň regulovat jeho přirozenou hladinu (Clegg, 2005).

Prvním krokem k zvládnutí stresové zátěže je samotná identifikace stresorů. Tím se problém dostane na hmatatelnější úroveň a je tak lépe zvladatelný. V dalším kroku je vhodné stresor zařadit do jedné ze tří kategorií. Kategorie jsou rozděleny dle možných přístupů

k řešení jednotlivých stresorů, kdy prvním přístupem je řešit problém okamžitě, druhým přístupem je řešit problém v budoucnu a třetím krokem je problém ignorovat nebo se mu přizpůsobit. Řešit problém okamžitě lze u stresoru, který můžeme vyřešit v krátkodobém horizontu, např. hned, dnes nebo během několika dní. Řešit problém v budoucnu lze u stresoru, který má předpoklad k řešení, ale u kterého zatím není jasné, v jakém časovém horizontu. Do kategorie ignorace problému patří ostatní stresory, které nemají v dohledné budoucnosti řešení, a nezbyvá, než se s nimi vyrovnat (Fontana, 2016).

Jak poznamenává Plamínek (2008), nejlepší obranou proti stresu je jeho prevence. I když každá stresová zátěž představuje kombinaci času, místa, osob a kontextu, existují typy stresorů, které se vyskytují neobvykle často a jejichž eliminace vyžaduje značné úsilí. Patří mezi ně přetížení, vnější nejistota, vnitřní nejistota, naléhavost, důležitost, bezmocnost, vnitřní rušení, kterým může být např. projev nemoci nebo důsledek úrazu, a vnější rušení, které bývá zapříčiněno např. hlukem.

3.2.7.1 Kvalitní pracovní prostředí

Míru pocíťovaného stresu značně ovlivňuje také pracovní prostředí. Jeho kvalita se odvíjí od vzájemných interpersonálních vztahů mezi zaměstnanci a od schopnosti nadřízených osob zajistit na pracovišti zdravou organizační strukturu. Pro výkon profesionálního hasiče je pak zvláště důležité vytvořit na pracovišti takové prostředí, které splňuje podmínky pro střídání fáze pracovní aktivity, fyzické aktivity a fáze odpočinku, kterým jsou ve službě denně vystavováni. Vzhledem k tomu, že práce profesionálního hasiče je založena zejména na týmové spolupráci a nikoliv na individuálním výkonu, který je spíše typický pro ostatní profese, spokojenost na pracovišti je zásadní. Přestože předpokladem pro výkon profese výjezdového hasiče je zejména touha zachraňovat lidské životy nebo alespoň je lidem usnadňovat, efektivita jeho pracovního výkonu a motivace k práci má přímou souvislost s jeho spokojeností v zaměstnání (Clegg, 2005). Pracovní spokojenost definuje Štikar (2003) jako psychologický aspekt, který se skládá ze subjektivního hodnocení pracovní činnosti jedince. Hodnocení obsahuje znaky, kterými jsou hodnotová orientace jedince, uplatnění jeho schopností a vědomostí, postojů, potřeb a směřování k jeho celkové realizaci.

Důležitost zabývat se stresem v zaměstnání vyzdvihují i autorky Chýlová a Nezkusilová (2020), které sledovaly, jaké důsledky přináší stres v práci v souvislosti s duševním zdravím zaměstnanců. Ve svém výzkumu se zaměřily na osobní zdroje

v souvislosti s bojem proti úzkosti a depresi, které bývají vyvolány pracovním stresem ve vysoce rizikových povoláních. Výsledky výzkumu ukázaly, že osobní zdroje jsou významné mediační faktory mezi pracovním stresem a úzkostí nebo depresí u zaměstnanců.

Arnold a kol. (2007) jsou dalšími autory, kteří používají spokojenost zaměstnanců s prací jako ukazatel psychické pohody nebo duševního zdraví jedince. Výzkumy tak potvrzují, že vhodně nastavená „firemní“ kultura povzbuzuje a motivuje jedince k lepším výkonům a pracovní efektivitě. Potřeba zajistit pro své zaměstnance co nejvíce harmonické prostředí je u profesionálních hasičů důležitá vzhledem k jejich silnému pracovnímu kolektivismu, který je podmíněn důvěrou v jeden druhého.

3.2.7.2 Obranné reakce

Při úvahách nad technikami zvládnání stresu je nutné zaměřit se primárně na děj, který se v konkrétní zátěžové situaci odehrává. Následně je vhodné si proces zvládnání zátěže rozdělit na počátek, průběh a ukončení. Poté je doporučeno pozornost věnovat důsledkům vzešlým z dané situace. Každý proces vyžaduje svůj zvláštní přístup k řešení. Přizpůsobení se subjektivně nepříjemným situacím zajišťují obranné mechanismy. Jedná se o neuvědomované způsoby, které vedou k omezení pocitu úzkosti a k navození pocitu sebejistoty. Jedním z předpokladů úspěšného zvládnutí stresové zátěže je pocit jistoty, který může danému jedinci zajistit podmínky pro správné a racionální řešení zátěžové situace. Základem pocitu jistoty je konzistentní a ustálené hodnocení sebe sama. Mezi obranné mechanismy patří nevědomé vytěsnění a vědomé potlačení. Nevědomé vytěsnění odstraňuje nepříjemné pocity a myšlenky z vlastního vědomí. Oproti tomu vědomé potlačení je záměrné upuštění od aktivity, která je pro jedince atraktivní, nebo její odložení na pozdější dobu (Paulík, 2017).

Velkou roli v boji proti stresu hraje také optimistický přístup jedince. Je známo, že optimističtí lidé vykazují viditelně menší fyzické projevy stresu, jakými jsou strach, napětí, výbuchy vzteku nebo únava, která bývá nejčastějším symptomem. Že se jedná o destruktivní aspekty, potvrzují i výzkumy, které dokazují, že v situacích silného působení stresu dochází k blokaci mozkových funkcí a člověk není schopen myslet. Sklony k optimismu však patří k vrozeným dispozicím (Nürnbergger, 2011).

Pro aktivní a vědomý přístup zvládnání stresu se používá tzv. coping. Jeho uplatnění je vhodné v případech nadlimitní zátěže, kterou pociťuje jedinec ve vztahu ke své odolnosti. Zjednodušeně lze říci, že tento termín znamená umět si poradit s mimořádně složitou situací

a lze ho výstižně vyjádřit slovem „zvládnání“ (Křivohlavý, 1994). V souvislosti s copingem připomíná Večeřová-Procházková a kol. (2008) také důležitost úhlu pohledu jedince na stresovou situaci. V rovině kognitivně behaviorálního přístupu se má za to, že problém není nic, co existuje samostatně, a záleží, zda na něj jedinec pohlíží ve smyslu známého přísloví poloprázdné nebo poloplné sklenice. Zvládnání stresu probíhá na biologické, psychologické a fyziologické úrovni, a i když existují techniky jeho eliminace, často tyto snahy ztroskotají na stereotypním způsobu řešení.

Paulík (2010) popisuje coping jako děj, při kterém jedinec prožívá zátěžovou situaci, hodnotí ji a svým vlastním způsobem na ni reaguje. K tomu využívá strategických postupů, které lze zařadit mezi zvládací, tedy copingové strategie. Jejich použití závisí na psychosomatickém stavu jedince a na vnějších situačních podmínkách. Při hodnocení situace se obvykle rozhoduje, zda je možné problém zvládnout nebo zda je lepší se na něj adaptovat.

Copingové strategie se často dělí na dvě skupiny, a to dle podstaty svého zaměření. První skupinu tvoří strategie zaměřené na problém, druhou skupinu pak strategie zaměřené na emoce. Strategie zaměřené na problém jsou orientovány na chování člověka, konkrétně na jeho činy nebo na jeho plánování. Jejich cílem je zlepšení zdraví jedince a snížení negativních vlivů, které je považováno za pozitivní konstruktivní důsledek. Oproti tomu strategie zaměřené na emoce jsou cíleny na vnímání člověka a jeho očekávání a bývají spojovány s negativními důsledky, jako je např. špatný zdravotní stav a působení negativních vlivů (Jamal a kol., 2017)

Dle Stocka (2010) lze definici copingu představit jako souhrn všech způsobů chování, které člověk uplatňuje při zvládnání mimořádně obtížných životních situací. Copingové strategie zde dělí do tří skupin, kdy kromě dvou výše zmíněných strategií, zaměřených na problém a emoce, přidává ještě neefektivní postupy, kdy se jedinec zátěžové situaci vyhýbá nebo ji vědomě potlačuje. Tento způsob však není efektivní, neboť ačkoliv dochází k okamžitému odstranění problému, z dlouhodobého hlediska není problém vyřešen a vrací se. Výběr vhodné strategie a její správné užití mohou hrát důležitou roli v prevenci vzniku syndromu vyhoření.

Na výběru a využití typu obranných mechanismů má vliv odolnost daného jedince. Profese hasiče vyžaduje specifické osobnostní charakteristiky ve fyzické i duševní oblasti. Ty prokazují způsobilost k výkonu náročné profese a předpoklady ke snížení negativního chování ve službě. Aby se předešlo možným rizikům, je kladen důraz na přijímání odolných

jedinců. Z těchto důvodů je nástup k hasičským sborům podmíněn absolvováním zkoušky fyzické způsobilosti a testů prokazujících jejich osobnostní dispozice (Andršová, 2012).

Na míru a posílení odolnosti hasičů byl zaměřen výzkum autorů Heydari a kol. (2022). Na základě výsledků výzkumu byl předložen návrh na preventivní opatření k rozvoji jejich odolnosti, která bezprostředně souvisí s jejich chováním ve službě. Zásadní roli hrály pracovní faktory, duševní faktory a fyzická kondice. Jako důležitý faktor se ukázal být samotný věk hasičů, který hrál významnou roli v počtu úmrtí i pracovních úrazů bez smrtelných následků. Ukázalo se, že věkově starší hasiči umírají častěji než ti mladší. Naopak u mladších kolegů jsou větší dispozice k pracovním úrazům. Dalším významným faktorem bylo fyzické zdraví. Přísné zdravotní prohlídky mají za cíl včas odhalit akutní nebo chronické onemocnění, které by mohlo vést k omezení nebo ztížení výkonu povolání. S tím souvisí důraz na fyzickou kondici, která odráží schopnost plnit fyzicky náročné operace. V případě špatné fyzické kondice se zvyšují předpoklady k častějším zraněním. Pro posílení odolnosti je zásadní také duševní zdraví. To je ve studii definováno jako stav psychické pohody a absence psychické nemoci. Stále více bývá apelováno na zkvalitnění psychologické pomoci v hasičských záchranných sborech a na častější preventivní vyšetření psychických poruch. Včasné odhalení depresí a spánkových poruch může zamezit ohrožení kolegů na pracovišti i špatným rozhodnutím při záchranných operacích. Neméně významným faktorem v budování odolnosti jsou pracovní kompetence. Ty souvisí s výkonností, odbornými dovednostmi a znalostmi, přístupem k práci, organizačními dovednostmi a schopností týmové práce. Životní styl jako další faktor výzkumu vypovídá o jeho každodenních činnostech.

3.2.7.3 Techniky zvládnání stresu

Úspěšné zvládnutí stresu je podmíněno především aktivním přístupem, na základě kterého jsou doporučovány následující zásady:

- otevřenost k okolnímu dění, zájem o své okolí a pozitivní přístup k probíhajícím událostem
- pozitivní přístup ke změnám a schopnost přijmout je jako výzvu
- proaktivní postoj k negativní životní události a hledání způsobu jejího řešení
- pochopení stresu jako nezbytné součásti každodenního moderního života a pokus o jeho eliminaci

- schopnost oddělit stres od jednotlivých aktivit a rozdělit ho na pracovní stres a soukromý stres
- utužovat kvalitní mezilidské vztahy a obklopit se přáteli
- identifikovat zdroje stresu a v případě, že je může ovlivnit sám, aktivně, vstřícně a s rozvahou se je pokusit řešit
- dodržovat zdravý životní styl, který předpokládá dostatek spánku, dostatek pohybu a vyloučení užívání škodlivých návykových látek (Kebza, 2011).

Jak autor dále k uvedeným technikám doplňuje, jejich použití by mělo být v souladu s určením si priorit, které jsou v daném okamžiku důležité. Tím se pozornost soustředí na aktuálně důležité činnosti pro daného jedince a ty ostatní přestávají být zdrojem stresu. Dalšími doporučeními jsou zejména, v případě možnosti, vyhýbání se zbytečně stresujícím činnostem a umění relaxovat v rámci denního, týdenního a ročního časového horizontu. K okamžitému snížení účinku stresu se doporučuje intenzivní pohybová aktivita (Kebza, 2005).

3.2.7.4 Duševní hygiena

Duševní hygiena, též psychohygiena, je komplexní soubor různých technik, které mají za cíl dosáhnout optimálního duševního zdraví. To je posuzováno subjektivně i objektivně. Přestože jedinec vykazuje objektivní známky dobrého duševního zdraví, nemusí to být v souladu s jeho subjektivním vnímáním. Totéž platí i v opačném případě. Jedním z nástrojů k dosažení dobrého duševního zdraví je právě duševní hygiena. Jedná se o množství různých nástrojů, pomocí nichž lze předcházet destruktivním následkům z prožitých negativních událostí a z nadměrného působení stresorů. (Švamberk Šauerová, 2018).

Hartl (2004) ve svém psychologickém slovníku definuje duševní hygienu jako mentální hygienu, která se zabývá rozvojem a podporou mentálního zdraví, preferencí duševních poruch a nemocí. Mezi její stěžejní oblasti řadí životosprávu, zdravotní výchovu a poradenství.

Na pojem duševní hygiena je nutno nahlížet z užšího i komplexního hlediska. Zatímco v užším pojetí je spojena s fyziologickými a psychologickými souvislostmi, v tom širším měřítku bývá spojována se socializací lidských jedinců. Ta může být v lepším případě zdrojem, v tom horším případě limitem jejího uplatnění v běžném životě. Samotné základy

duševní hygieny sahají až k počátkům lidské civilizace. Stručně, ale výstižně lze duševní hygienu také definovat jako optimalizaci postoje jedince k vnitřnímu a vnějšímu prostředí, kterým je obklopen. Na úspěšném zvládnutí jednotlivých technik se významně podílí osobnost jedince. Každému vyhovuje něco jiného, proto určit všeobecně platné zásady je velmi složité z hlediska různorodosti lidských povah a jejich kapacit pro dosažení optima (Bedrnová, 1999).

Stav duševní rovnováhy je charakterizován jako pocit, kdy se člověk dobře cítí, konstruktivně myslí a efektivně jedná. Formuje se již od časného dětství působením rodinných a ontogenetických vlivů. V průběhu života se v důsledku získávání zkušeností, nutnosti čelit různým problémům a překonáváním životních překážek tento pocit vytrácí. Často je na vině stereotypní používání negativních postojů a myšlenkových vzorců, které vedou k úzkostným stavům, depresím nebo vztahovým problémům. V dnešní době existují různé techniky a postupy, jak lze dosáhnout duševní rovnováhy. Někdy stačí jen malé změny, například odvedení pozornosti k potlačení dotěrné myšlenky, jindy je cesta k vytvoření si nových návyků složitá (Peterková, 2014). Světová zdravotnická organizace (WHO) vymezuje duševní zdraví jako „*stav pohody, při kterém jedinec realizuje své schopnosti, dokáže se vyrovnat s běžnou životní zátěží, pracuje produktivně a užitečně a přispívá společnosti*“ (Dosedlová, 2017, str. 93).

Ve studii, zabývající se faktory působícími na pozitivní duševní zdraví vytvořili autoři komplexní rámec na základě zařazení 25 faktorů duševního zdraví do čtyř oblastí na následující úrovni:

- **jedince** (zdravotní stav, fyzická aktivita, well-being, spiritualita, návykové látky, odolnost, copingové strategie a zvládnání, ochrana v dětství, trauma)
- **rodiny** (vztahy v rodině, rodičovská výchova, zdravotní anamnéza rodiny, duševní zdraví rodiny, požití návykových látek v rodině, domácí příjmy, počet členů v domácnosti)
- **komunity** (školní prostředí, sociální opora, sociální sítě, politické názory, pracovní prostředí, sousedské vztahy)
- **společnosti** (diskriminace, politická participace, stigma, sociální nerovnost) (Orpana a kol., 2016).

Profesionální hasiči jsou v rámci své profese opakovaně vystavováni sekundárnímu traumatickému stresu, který je definován jako trauma, které převyšuje běžnou lidskou

zkušenost. Výzkumy ukazují, že jen práce na směny a s tím spojený nedostatek spánku negativně ovlivňuje jejich duševní zdraví. Studie zaměřená na duševní poruchy a kvalitu života hasičů v Řecku prokázala, že 48,7 % z nich mělo problémy se spánkem. Podobných výsledků bylo dosaženo také v USA s 59 % a v Brazílii s 51 %. Tato zjištění souvisela s rozvojem deprese, ale také s problémy s pohybovým aparátem. Dle nejnovějších poznatků se zdá, že práce na směny negativně ovlivňuje duševní zdraví, stravovací návyky a způsobuje poruchy v cirkadiánním rytmu. Také fyzická zranění způsobená při zásazích mohou být příčinou rozvoje deprese. Ve stejném výzkumu bylo zjištěno, že hasiči, kteří byli zraněni ve službě, vykazovali 15% pravděpodobnost, že se u nich rozvine deprese v porovnání s 1,5 % těch, kteří nebyli zraněni. Potvrdila se tak korelace mezi fyzickým zraněním a duševní poruchou. Dále výsledky výzkumu prokazují, že rozvoj duševní poruchy u hasičů je ovlivněn také kvalitou života, uměním využívat copingové strategie a četností prožití sekundárního traumatu. Tyto negativní faktory často vedou k posttraumatické stresové poruše a syndromu vyhoření. Autoři studie doporučují působení alespoň jednoho psychologa v každém hasičském sboru, který by pomohl včas odhalit počínající depresi a poskytl školení v oblasti zvládnání stresu, emočního vypětí a relaxačních technik. Rozvoj a realizace takovýchto programů přináší z počátku četné investice, ale s ohledem na očekávané přínosy se jedná o investice návratné (Androutsakos, 2018).

V posledních letech se v souvislosti s technikami v oblasti duševní hygieny objevuje anglické slovo mindfulness, v překladu všímavost. Její prokazatelné výsledky na psychické zdraví člověka jsou neoddiskutovatelné. Australští výzkumníci se proto zaměřili na vztah mezi mindfulness a duševním zdravím hasičů. Cílem výzkumu bylo zjistit, jakou potenciální roli může hrát mindfulness v podpoře duševního zdraví pracovníků v pomáhajících profesích, kteří byli v nedávné době vystaveni traumatu. Pomocí vícenásobné lineární regrese bylo zjišťováno, zda použití technik mindfulness vykazuje spojitost s depresí, úzkostí a celkovou duševní pohodou respondentů s ohledem na jejich věk a počet odsloužených let. Výsledky výzkumu prokázaly snížení deprese a úzkosti při použití určité úrovně mindfulness. Naopak kvalita jejich psychické pohody se zvýšila bez ohledu na věk a hasičskou praxi. Závěry studie tak vyzdvihují významné souvislosti mezi dispoziční všímavostí a ukazateli duševního zdraví, jakou jsou deprese, úzkost a celková duševní pohoda (Counson a kol., 2019).

V rámci psychologické podpory ukrajinských hasičů – záchranářů byl proveden výzkum se zaměřením na efektivitu využití moderních technologií v práci psychologa

s profesionálními hasiči. Ve výzkumu byly použity komplexní psychodiagnostické a psychofyziologické výzkumné metody, které zahrnovaly hodnocení úrovně mentální pracovní kapacity a potenciálu respondentů, studium změn v aktivaci jejich mozkových hemisfér, diagnostiku nálad, pocitů, vlastní dotazování a analýzu výsledků jejich administrativní činnosti. Respondenti byli rozděleni do dvou skupin, přičemž kontrolní skupina, která nebyla vystavena těmto výzkumným metodám, vykazovala zhoršení funkčního stavu, zatímco u experimentální skupiny respondentů, která jim vystavena byla, došlo k výraznému zlepšení funkčního stavu. K optimalizaci jejich stavu došlo zejména na základě použití neuromuskulárních, relaxačních a dechových cvičení v kombinaci s aromaterapií. Dalšími podpůrnými nástroji se ukázaly být relaxační hudba a masáž biologicky aktivních bodů. Oproti tomu užívání nápojů z léčivých bylin neprokázalo žádný výsledek. Současně byla prokázána efektivita použití VR – metod, tedy metod využívajících virtuální reality v procesu jejich psychologického výcviku k formování odolnosti při výkonu profese. Zkoumané techniky tak mohou být využity při praktické činnosti služebního psychologa za účelem optimalizace funkčního stavu a formování psychické odolnosti při plnění úkolů ve službě (Formych, 2023).

3.3 Posttraumatická stresová porucha

Existují případy, kdy člověk reaguje na stres, až když nebezpečí odezní. Tento stav doprovází posttraumatickou stresovou poruchu, která se vyznačuje opožděnou reakcí na stresovou situaci. Mezi její projevy patří emocionální otupělost, laxnost k dříve preferovaným činnostem, izolace, opakované promítání si traumatu, úzkost a napětí, poruchy spánku, poruchy koncentrace a nepřiměřená nedůvěřivost k okolí (Bedrnová, 2009). Jak uvádí Kebza (2011), první popis posttraumatické stresové poruchy přinesla americká psychiatrie na základě pozorování chování amerických veteránů, ale projevy tohoto stavu se objevovaly již u vojáků z první světové války. Posttraumatická stresová porucha vzniká „jako opožděná (protahovaná) maladaptivní reakce na prožitá závažná traumatická události, která trvá nejméně jeden měsíc a je spojena s vtíravými myšlenkami, představami a/nebo sny, v nichž se prožitá traumatická událost postiženému člověku opakovaně vrací, takže má pocit, jakoby se traumatická událost opakovala a znovu při této vzpomínce zažívá intenzivní psychický stres“ (Kebza, 2011, str. 86).

Je důležité zmínit, že se jedná o duševní poruchu, která může nastat v každém věku. Klinické příznaky se objevují bezprostředně po nehodě, ale častější výskyt bývá udáván

několik týdnů nebo měsíců po prožití traumatické události. V naprosté většině dochází dříve nebo později k uzdravení, ovšem vyskytují se i případy, kdy nastává chronický průběh, který může trvat několik let. V takovýchto případech se může změnit komplexně osobnost. Pokud se jedinci nepodaří emočně zpracovat katastrofickou událost, hrozí riziko duševních poruch, z jejichž dlouhého seznamu jsou nejtypičtější chronické psychosomatické poruchy, deprese, nesoulad v partnerských vztazích a v konečném důsledku pokusy o sebevraždu. Způsob léčby se odvíjí od délky uplynutí doby od traumatického zážitku. V případě započetí léčby krátce po události je úsilí zaměřeno na prevenci vzniku posttraumatické stresové poruchy. Ta spočívá v odvedení postiženého jedince z místa události a zahájení krizové intervence. V případě, že již došlo k rozvinutí poruchy, je nutné nasadit psychofarmaka a zahájit spolupráci s psychoterapeutem. Úspěšnost léčby je současně závislá na podpoře rodiny a sociálního okolí (Hosák a kol., 2015).

Andršová (2012, str. 237) doplňuje, že „*posttraumatická stresová reakce je normální reakcí na abnormální událost*“. Tato událost se vyznačuje jako traumatizující, přičemž význam traumatu spočívá v tom, co vyvolalo hrůzu, pocit bezmoci nebo intenzivní strach.

Kritériem traumatu je poté dle Mareše (2012) stupeň otřesu daného jedince, kterým byl převrácen jeho dosavadní život naruby. To samo o sobě vystihuje relativitu závažnosti traumatu, která může být pro každého jedince různá. Jako traumatické charakterizoval následující události:

- šokující - vyskytly se náhle a neočekávaně
- neovlivnitelné – jedinec nemá vliv na jejich kontrolu
- nezaviněné – jedinec nemůže za jejich vznik a průběh
- představující hrozbu – jedinci hrozí fyzická nebo psychická újma
- mimořádné – vyskytující se v souvislosti s danou událostí
- nevyřešitelné – přinášející nevratné problémy

Andršová (2012) oproti tomu podrobněji popisuje charakteristické prvky posttraumatického stresového syndromu, mezi které patří:

- nezájem o dříve preferované činnosti, pocit letargie, asocializace, celkové emoční změny, neschopnost umět se radovat a prožívat pozitivní emoce
- opakované a nutkavé prožívání traumatu ve své mysli a ve snech
- úzkost, poruchy koncentrace, snížená pozornost, spánkové poruchy, nepřiměřené úlekové reakce
- popírání traumatické události, místa nebo lidí s nimi spojených

Výzkumem potenciálního vztahu mezi prožitým traumatem a vznikem posttraumatické stresové poruchy a deprese se zabývali na vzorku malajsijských profesionálních hasičů výzkumníci Majani a kol. (2022). Na základě vyjádření Americké psychiatrické asociace, která v roce 2013 oficiálně přiznala zvýšené riziko rozvoje PTSD u profesionálních záchranářů vystavených traumatu, se výzkumníci zaměřili na hypotézu, zda jejich opakovaná expozice život ohrožujícím situacím může zvýšit jejich šance na rozvoj PTSD a deprese. Průzkum byl proveden na respondentech ve věku 19 až 60 let, u kterých bylo měřeno psychické trauma a depresivní symptomy. Naměřené výsledky poukázaly na větší pravděpodobnost vzniku příznaků PTSD u hasičů s projevy deprese, než bez deprese. Současně byla zjištěna větší prevalence příznaků PTSD oproti vzniku deprese po tom, co utrpěli pracovní úraz. Dalším zjištěním bylo, že všichni respondenti si nesou nejméně jeden traumatický zážitek, kterému byli vystaveni buď přímo, nebo nepřímo a který vyplýval z plnění pracovních povinností. Přitom míra traumatu spojeného s prací byla srovnatelná s traumatem z přírodních katastrof. Studie tak potvrzuje, že zvýšená expozice záchranářů traumatickým událostem způsobuje depresivní symptomy. V případě, že jsou přímému traumatu vystavováni opakovaně, riziko vzniku symptomů se zvyšuje. Vzhledem k povaze pracovní náplně záchranářů autoři studie doporučují zohlednit tyto poznatky v návrzích intervenčního, léčebného a poradenského programu HZS.

Podrobným výzkumem symptomů PTSD u pracovníků Integrovaného záchranného systému se zabývali také američtí výzkumníci. Tato kohorta je úzce spojována s vysokým rizikem rozvoje symptomů posttraumatické stresové poruchy. Ačkoliv prvotní data ukazovala na nejvyšší míru symptomů PTSD, po zahrnutí strukturovaného klinického pohovoru pro přesnější diagnostický obraz, byla zjištěna srovnatelná úroveň s civilní úrovní. Jedním z faktorů ovlivňujících PTSD byl věk. Ukázalo se, že mladší a svobodní hasiči mají větší dispozice k jejímu rozvoji. Naopak vyšší věk, spojený s délkou služby u HZS, vykazoval vyšší úroveň psychického stresu. Tyto poznatky však mohou být zkreslené z důvodu podhodnocení hlášení příznaků PTSD služebně staršími záchranáři. Dalším z faktorů bylo fyzické zdraví. Výsledky výzkumu potvrdily, že časté vystavení traumatickým událostem negativně ovlivňuje jejich zdraví a může vést k rozvoji PTSD. U faktoru duševního zdraví se šetření zaměřilo na otázku sebevraždy. Prokázala se třikrát větší pravděpodobnost spáchání sebevraždy u hasičů než u ostatních složek HZS. K rizikovým faktorům patřil také sklon k negativnímu sebehodnocení a pesimismus, stav duševního zdraví před událostí, četnost vystavení traumatu, nedostatek sociální podpory a negativní

sociální interakce. Jako ochranné faktory autoři studie doporučují školení, nabyté pracovní zkušenosti, sociální podporu, stmelený kolektiv, pocit vlastní hodnoty a smysl pro humor. Vzhledem k tomu, že dlouhodobý pracovní stres vede k emočnímu a fyzickému vyčerpání, rozvoji cynismu, depersonalizaci a nepřátelství, použití humoru jako strategie zvládnání během traumatických událostí vede k podpoře relaxace, utužování vztahů s kolegy a přeformulování situace. Výzkumníci tak došli k závěru, že PTSD je často komorbidní s problémy fyzického a duševního stavu včetně deprese, zvýšené úzkosti, nepřátelství a hněvu (Klimley a kol., 2018).

3.4 Syndrom vyhoření

Pojem syndrom vyhoření (anglicky burn-out) se poprvé začal objevovat v 70. letech 20. st. Na základě pozorování ve své praxi jej jako první označil v souvislosti s psychickým stavem americký psychoanalytik německého původu Herbert Freudenberger a zanedlouho na něj navázala americká psycholožka Christina Maslach. V průběhu let jeho význam nabíral na intenzitě a dnes je tento pojem ve společnosti stejně tak zažitý jako pojem stres. Podstatu definice slova vyhoření nejlépe vystihuje popis dlouhodobého procesu extrémního emočního vyčerpání se znaky postupného odcizení se společenskému životu daného jedince za současného sníženého výkonu. Samotná diagnostika je ale i dnes stále obtížná vzhledem k širokému spektru působících faktorů a následných projevů. Shoda však panuje u oblastí nejčastějšího výskytu syndromu vyhoření, kterými jsou pomáhající profese. Zde lze pozorovat přímou souvislost mezi častým kontaktem s jinými lidmi a náchylností k syndromu vyhoření (Poschkamp, 2013). Vznik vyhoření zapříčiňuje souhra rizikových faktorů, které lze nalézt v osobnosti člověka, pracovní sféře a v mimopracovním životě. Předchází mu fáze nadšení, stagnace, frustrace a apatie. Jeho projevy se nachází v myšlenkách, emocích, tělesných reakcích a v zjevném chování. Nevyznačuje se jako samostatná diagnostická jednotka a jeho důsledky postihují jak samotného člověka, tak jeho pracovní kolektiv a blízké okolí (Pešek a kol., 2016).

Obecně se má za to, že vyhoření vzniká působením nadměrného stresu. Za jeho vznikem se však skrývají další příčiny. Syndrom vyhoření lze popsat na základě čtyřfázového modelu. První fáze je poplachová. V této fázi má cesta k vyhoření individuální charakter, konflikt s ní spojený je však komplexní. Na fyziologické úrovni dochází k náhlým změnám, typickým pro příznaky stresu, např. nepravidelný tlukot srdce, pocení, vlhké ruce apod. Na psychologické úrovni si jedinec začíná vytvářet v hlavě možná řešení a na

emocionální úrovni se objevují symptomy jako nervozita, nejistota, strach a celkové napětí. Druhá fáze je odporová. Ta představuje nejzásadnější fázi vyhoření. Odpor totiž spotřebovává mnoho sil a vyžaduje notnou dávku rezervy. Zde se fyzické projevy typické pro poplachovou fázi stupňují. Třetí fází je fáze vyčerpání a představuje počátek vyhoření. Jedinec vnímá zátěž jako abnormální a trvalou. Čtvrtou a poslední fází je fáze ústupu, ve které je syndrom vyhoření plně rozvinut. Na fyziologické úrovni se zvyšuje pocit slabosti a vyčerpání. V emocionální rovině bývá typická nenávist vůči sobě a na úrovni sociální se vyhoření projevuje omezováním kontaktu s okolím, pocitem izolace a celkovou nevšímavostí. Nastupuje konečná zkáza jednotlivce, která často způsobuje zkázu celého systému, ve kterém se pohyboval a jehož pravidla již není schopen dodržet (Priess, 2015).

Jak uvádí Kebza (2011,) syndrom vyhoření se nejčastěji vyskytuje u profesí, jejichž podstatou je profesionální pomoc ostatním lidem, a dle Mezinárodní klasifikace nemocí se řadí do kategorie pod kódem Z 73-0. Tento kód představuje problémy, spojené s potížemi při vedení života. Dle autora vychází intervence z psychoterapie a z uskutečnění organizačních nebo situačních změn. Preventivní opatření by měla podporovat kladný vztah k novým zkušenostem, aktivní přístup k řešení náročných situací, schopnost oddělit pracovní stres od ostatních aktivit, potlačit strach z případných změn a rozvíjet kvalitní sociální vztahy. Na pracovní úrovni je nutné nastolit přiměřené pracovní nároky a zajistit podpůrné prostředí. Neméně důležité je také osvojení si zdravého životního stylu a využití sociální opory. Na dotaz doktora Honzáka bývalému řediteli odboru IZS plk. Dr. Ing. Zdeňku Hanuškoví, jak je možné, že ho za celou kariéru syndrom vyhoření nepostihl, odpověděl následujícím způsobem: „*Je otázkou, zda já jako oslovený člověk jsem schopen se sám hodnotit, zda trpím či netrpím syndromem vyhoření. Myslím, že přes jisté oscilace nadšení i pádů uvedený syndrom nemám. Snad je to tím, že dělám to, co jsem od dětství začal jako koníček, vybral jsem si své povolání sám a snažím se, aby ta práce měla nějaké výsledky, a také byla pestrá řešenými problémy. Jako profesionální hasič pracuji 30 let. Jinak u HZS ČR tento problém sledujeme*“ (Honzák, 2015, str. 219). Sdělení bývalého nejvyššího představitele IZS je tak potvrzením, že ne vždy je člověk schopen si uvědomit, zda vykazuje příznaky syndromu vyhoření nebo zda jím už není zasažen. Z tohoto důvodu je vhodné záchranáře testovat nezávislou osobou za použití odborných testovacích metod. Současně tak potvrzuje, že sledování přítomnosti faktorů syndromu vyhoření se u záchranářů stává sice pomalu, ale jistě uplatňovanou praxí.

Zajímavé výsledky přinesla studie polských výzkumníků Studzińské a kol. (2020), kteří se zabývali vlivem čtyř faktorů na vznik syndromu vyhoření polských hasičů. Zkoumanými proměnnými byla délka služby, četnost intervencí, samostatnost a stres. Cílem výzkumu bylo potvrdit nebo vyvrátit hypotézu, zda služebně starší hasiči s větším počtem zásahů vykazují větší míru vnímaného stresu a syndromu vyhoření a zda spoléhání se na sebe sama tyto příznaky snižuje. Na základě Link Burnout dotazníku, desetistupnicové škály vnímaného stresu, GSE (General Self-Efficacy Scale) a nezávislého dotazníku byla provedena korelace mezi jednotlivými proměnnými za pomoci Kruskal Wallis testu. Zjištěné výsledky neprokázaly vliv četnosti intervencí na míru prožívaného stresu a syndromu vyhoření. Oproti tomu pracovní zkušenosti, související s délkou služby, vykazovaly přímý vliv na míru vnímaného stresu, spojeného s pocitem zklamání a zhoršení kvality sociálních vztahů. Důležitým zjištěním byl významný vliv schopnosti spoléhat se sám na sebe, který vede ke snížení stresu i všech aspektů profesionálního vyhoření, které se vyznačují psychickým a fyzickým vyčerpáním, zhoršením kvality vztahů, pocitem profesní nevýznamnosti a deziluzí.

Studie Smitha a kol. (2019) zkoumala vliv pracovního tlaku, pracovního stresu a nevyváženosti mezi prací a rodinou na syndrom vyhoření amerických hasičských záchranářů. V době zpracování studie v roce 2017 existovalo jen málo poznatků o příčinách syndromu vyhoření a jeho účincích na profesionální hasiče. Cílem studie byl pokus o vyplnění těchto znalostních mezer a identifikaci syndromu vyhoření mezi americkými hasiči. Hlavními proměnnými byly sociodemografické charakteristiky, pracovní tlak, pracovní stres a konflikt mezi prací a rodinou. Úroveň působení jednotlivých proměnných byla měřena na pětibodové Likertově škále. Zjištěná data byla hodnocena pomocí statistické metody Cronbachovy alfa a regresní analýzy. Ukázalo se, že zatímco naměřené hodnoty u sociodemografických faktorů byly statisticky významné pouze nepatrně, u pracovního tlaku, pracovního stresu a nerovnováhy mezi prací a rodinou dosahovaly statisticky významných hodnot. Nejsilnější vztah byl prokázán u posledních dvou zmiňovaných proměnných. Autoři studie tak došli k závěrům, že pracovní stres a neschopnost sladit práci s rodinou jsou spojeny se syndromem vyhoření. Jejich doporučení spočívá v zavedení intervenčních programů na posílení pracovních zdrojů, rozšíření znalostí záchranářů, kultivaci pracovního prostředí, která zajistí sociální podporu, pevné vedení a bezpečnostní záruky. Neméně důležitým preventivním opatřením se jeví také změna organizace práce, zajišťující eliminaci pracovního tlaku, jasné stanovení rolí a posílení pracovního kolektivu. Tato opatření mohou

být účinná při snižování stresu a pracovně-rodinné nerovnováhy a sloužit jako prevence syndromu vyhoření. Stulberg a kol. (2019) připomíná, že prevence vzniku syndromu vyhoření nespočívá pouze v opatřeních spojených se stresem, ale důležitost hraje také faktor regenerace mezi jednotlivými službami. Plány směn by tak měly být navrhovány s maximální pečlivostí.

Cenná zjištění přinesl výzkum autorů Gebera a kol. (2018) z oblasti sportovního prostředí ve Švýcarsku. Výzkumníci se zaměřili na mladé elitní sportovce s cílem prozkoumat vliv stresu a psychické odolnosti na syndrom vyhoření a příznaky deprese. Dílčím cílem bylo prozkoumat vzájemnou interakci stresu a psychické odolnosti při predikci syndromu vyhoření a depresivních symptomů. Výzkumné šetření probíhalo šest měsíců na 257 respondentech. Pro hodnocení syndromu vyhoření byla vybrána metoda SMBM (Shirom-Melamed Burnout Measure). Stupeň vnímání stresu byl hodnocen pomocí škály vnímaného stresu (Perceived Stress Scale - PSS). Z průřezové i prospektivní analýzy bylo zjištěno, že v případě vystavení silnému stresu mají respondenti s vyšší psychickou odolností méně psychických problémů, než respondenti s nízkou psychickou odolností. Oproti tomu při vystavení nízké hladině stresu nehrála psychická odolnost žádnou roli v oblasti duševního zdraví. Téměř každý desátý respondent vykazoval klinicky významné symptomy syndromu vyhoření a deprese. Závěry studie poukazují na skutečnost, že zatímco vysoká hladina vnímaného stresu zhoršuje duševní zdraví, psychická odolnost může některé negativní vlivy významně ovlivnit. Přestože psychická odolnost závisí převážně na genetických faktorech, její úroveň se může během života měnit a být modifikována specifickými zásahy. Tato studie poslouží jako východisko pro zpracování praktické části práce uvedené níže, s rozdílem v aplikaci na pracovníky Hasičského záchranného sboru Ústeckého kraje. I zde budou použity stejné výzkumné nástroje v podobě měření škály syndromu vyhoření pomocí metody Shirom-Melamed Burnout Measures (SMBM) a měření škály vnímaného stresu pomocí metody Perceived Stress Scale (PSS). Zatímco fyziologické důsledky syndromu vyhoření jsou poměrně snadno identifikovatelné a patrné na pohled, odhalení těch psychologických často vyžaduje odborné vyšetření.

Jaké jsou kognitivní deficity u syndromu vyhoření zjišťuje studie výzkumníků Riedricha a kol. (2017), která vznikla v důsledku prevalence syndromu vyhoření a s tím spojeného zvýšeného vědeckého zájmu. Zároveň toho času existovalo jen málo studií zkoumajících specifické kognitivní deficity u těchto pacientů. Studie přinesla značná diferenciatní zjištění způsobená pravděpodobně rozdílnou metodikou. Společným

konsenzem však bylo poškození kognitivních funkcí, zejména bdělosti, obsahu paměti, trvalé pozornosti a nedostatečné obnovování paměťových buněk. Bylo prokázáno, že prospektivní a sémantická paměť je částečně narušena. Zajímavé byly výsledky subjektivního vnímání kognitivního omezení samotnými jedinci s již rozvinutými příznaky vyhoření. Ukázalo se totiž, že toto vnímání neodpovídá aktuálnímu stavu jejich kognitivních schopností. Nevýhodou studie je šetření osob s již rozvinutými příznaky syndromu vyhoření. Výzkumníci proto apelují na další studie osob, na které jsou kladeny vysoké pracovní nároky. Zásadní je zjistit, jaké faktory ovlivňují vznik a důsledky syndromu vyhoření u prvotně zdravých jedinců. Také faktory způsobující změny kognitivních schopností mohou být zkresleny dalšími proměnnými, které je třeba zohlednit. Nejčastěji to bývá nedostatek spánku, užívání léků, alkoholu, drog nebo kouření. I když má tato studie řadu omezení, přináší cenné informace v oblasti změn chování postižených jedinců, které následně ovlivňuje i jejich chování na pracovišti. Vzhledem k odpovědnosti, kterou na sebe hasiči ve službě přebírají, je další výzkum změn kognitivních schopností v důsledku syndromu vyhoření více než žádoucí.

3.5 Hasičský záchranný sbor ČR

3.5.1 Legislativa a právní vymezení

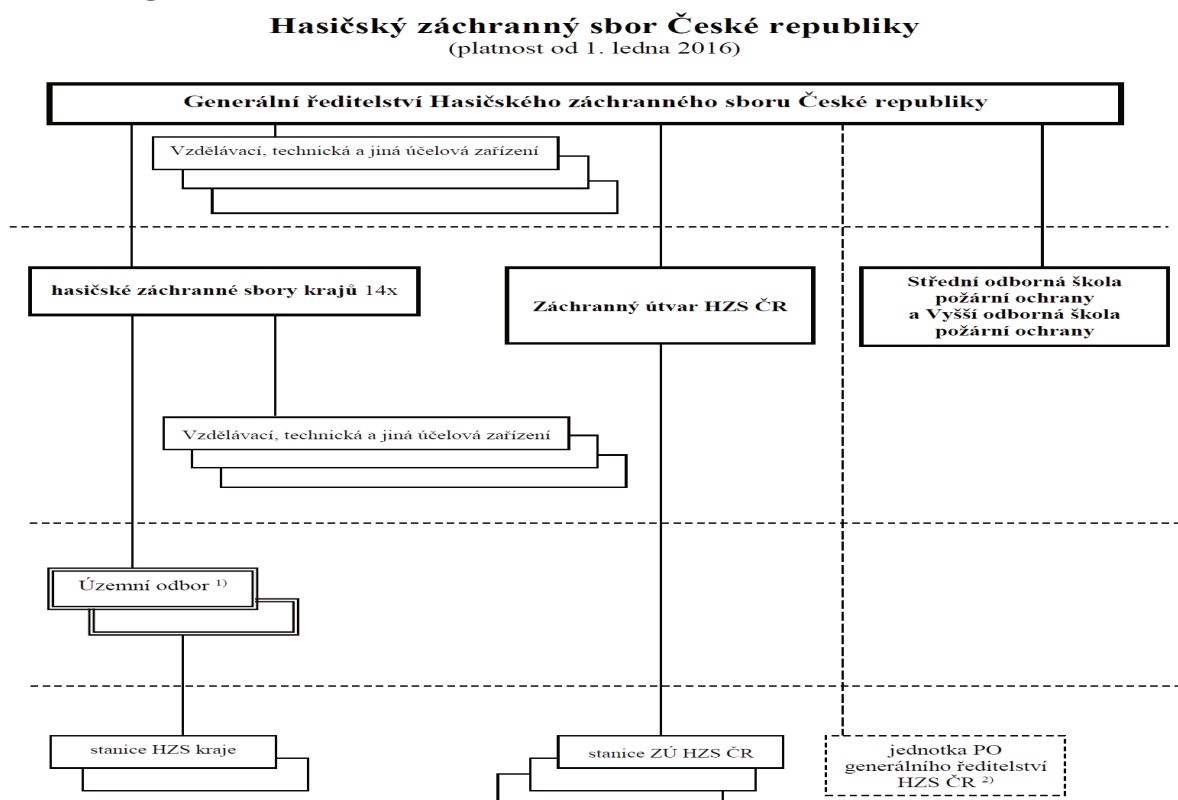
Hasičský záchranný sbor ČR spadá pod Integrovaný záchranný systém (dále jen IZS), který má na starosti koordinaci složek v souvislosti se záchrannými a likvidačními pracemi. Samotný HZS ČR se řídí zákonem č. 320/2015 Sb., zákon o Hasičském záchranném sboru České republiky a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Jedná se o bezpečnostní sbor ČR s povinností chránit lidské životy, zdraví obyvatel, zvěř, majetek a životní prostředí před požáry a jinými krizovými událostmi (Generální ředitelství Hasičského záchranného sboru ČR, 2023).

3.5.2 Organizační struktura

Organizační struktura HZS ČR je tvořena hierarchicky v čele s Generálním ředitelstvím HZS ČR, pod které spadají hasičské záchranné sbory krajů v celkovém počtu 14 krajů pro Českou republiku. V čele stojí ředitel HZS ČR generálporučík Ing. Vladimír Vlček, Ph.D., MBA. Pro lepší přehled znázorňuje organizační strukturu HZS ČR Obrázek 1 (Organizační struktura HZS ČR). Organizační struktura Krajského ředitelství HZS

Ústeckého kraje a organizační struktura územního odboru HZS Ústí nad Labem tvoří Přílohu 3 a 4 této práce (Generální ředitelství Hasičského záchranného sboru ČR, 2023).

Obrázek 1: Organizační struktura HZS ČR



Zdroj: (Generální ředitelství HZS ČR, 2023)

3.5.3 Hasičský záchranný sbor Ústeckého kraje

Hasičský záchranný sbor Ústeckého kraje (dále jen HZS Ústeckého kraje) je součástí HZS ČR. Navenek vystupuje jako organizační složka státu. Jeho hospodaření je součástí rozpočtu Ministerstva vnitra ČR. Jeho územní obvod se shoduje s územním obvodem vyššího územního samosprávného celku a spadá pod něj krajské ředitelství a sedm územních odborů s příslušnými stanicemi (Děčín, Chomutov, Litoměřice, Most, Teplice, Ústí nad Labem a Žatec). V čele stojí ředitel se sídlem na krajském ředitelství v Ústí nad Labem (Generální ředitelství hasičského záchranného sboru ČR, 2023).

3.5.3.1 Služební poměr

Délka služebního poměru může být v podobě doby určité nebo neurčité. Při přijetí do služebního poměru se příslušník zařadí do doby určité s dobou trvání 3 roky, pokud

předtím nevykonával žádnou činnost ve služebním poměru. Příslušník, který již služební poměr v minulosti vykonával minimálně 3 roky, se zařadí do výkonu služby na dobu určitou s dobou trvání 1 rok (Tomek, 2012).

3.5.3.2 Funkce příslušníka HZS

Při zásahu plní hasič různé funkce dle získané odbornosti. Hlavním rozlišením v rámci jedné hasičské jednotky jsou tyto funkce:

- velitel jednotky – velí jednotce a má výhradní zastoupení
- velitel družstva – musí být přítomen v počtu alespoň jedné osoby
- strojník – obsluhuje čerpadlo a řídí vozidlo
- hasič technik – ostatní členové hasičské jednotky

Zásah několika hasičských jednotek u jedné události si vyžaduje rozlišení hasičů z pohledu velení u zásahu (Lhota Rapotina, 2023).

3.5.3.3 Služební činnost výjezdového hasiče

Výjezdoví hasiči pracují v třisměnném provozu, kdy se střídají tři směny pod označením písmeny A, B, C. Každá ze směn pracuje v jednom intervalu 24h. Po směně následuje dvoudenní volno. Podmínkou pro zapojení se do služeb HZS ČR je absolvování kurzu pro začátečníky, ve kterém musí být splněny náročné fyzické i psychologické testy (Kutálek, 2019).

3.5.3.4 Psychické nároky na příslušníka HZS

Profese hasiče se od těch ostatních profesí liší především nadměrným působením emocionální zátěže. Hasiči jsou ve službě prakticky denně vystavováni situacím, na které se nelze předem připravit. V častých případech je nemohou ani ovlivnit. Ocítají se ve vysoce rizikových a mimořádných situacích, které na ně kladou značné fyzické, psychické i emocionální nároky. Neustále jsou nuceni vypořádat se s četnými pracovními stresory, jako jsou fyzická zátěž, časový tlak, pracovní doba, práce na směny nebo snaha o hledání rovnováhy mezi pracovním a soukromým životem. Poměrně časté je u nich nutkání k potlačování svých emocí. Problémem bývají i jejich samotné osobnostní charakteristiky, např. uzavřenost, která jim nedovoluje svěřit se s pociťovanou úzkostí a strachem. Při dlouhodobém působení negativních emocí a absenci jejich ventilace dochází k syndromu vyhoření nebo depresi (Michiniovová, 2022).

Na základě pokynu Generálního ředitelství HZS (dále jen GŘ HZS) byl vydán dokument Bojový řád jednotek požární ochrany, který určuje, jak mají požární jednotky postupovat ve své činnosti. Tento interní dokument obsahuje metodické předpisy k redukci možných nebezpečí při záchranných operacích (Hasičský záchranný sbor ČR, 2023).

Mezi faktory snižující pracovní a odborný potenciál hasiče, které následně způsobují zátěž, patří:

- tempo práce a množství informací
- odpovědnost za včasné vyřešení události se všemi riziky
- problém vnitřního nesouhlasu jednotlivého záchranáře
- vnější faktory prostředí při práci v extrémních podmínkách (Šváb, 2006).

3.5.3.5 Psychologická pomoc pro příslušníka HZS

V případě, že se hasič ocitne ve stavu psychické nouze, může se obrátit na linku důvěry pod názvem Anonymní linka pomoci v krizi. Její provoz spustilo v roce 2002 Policejní prezidium ČR jako formu rozšíření psychologické podpory pro příslušníky bezpečnostních sborů ČR, mezi které patří i HZS ČR. Cílem je nabídnout svým zaměstnancům a příslušníkům nepřetržitou, anonymní psychickou podporu v situacích, kdy se ocitnou v obtížné životní fázi. Linka pomoci tak doplňuje systém posttraumatické stresové péče, která tvoří další formu psychologické péče. Kromě využití telefonní linky je nabízena psychologická pomoc prostřednictvím emailu nebo přes Skype (Generální ředitelství HZS ČR, 2023).

Psychologická služba HZS je postavena na třech pilířích: personální práci s hasiči, péči o hasiče a péči o další oběti. Cílem poskytování odborné péče je seznámit hasiče s preventivní osvětou, poradenstvím a nabídnout jim posttraumatickou péči. Snahou je tak zachování tělesného i duševního zdraví a omezení nárůstu mentální únavy, která vede k psychickému vyčerpání a předčasnému snížení pracovního výkonu. Následkem pak bývá ukončení služebního poměru. Při poskytování odborné péče se odborníci na duševní zdraví a pomocníci z řad hasičů zaměřují na rozšiřování znalostí o traumatu a jeho následcích na lidskou psychiku, nauku zdravějšího životního stylu a zkvalitnění vztahu k sobě samému. Hlavní úsilí však spočívá zejména v poskytování intervenční posttraumatické stresové péče hasičům i jejich rodinám (Baštecká, 2005).

HZS je povinen zajistit v každém kraji svého psychologa, který bude zajišťovat pro své zaměstnance psychologickou péči. Jeho úkolem je zajišťovat podklady pro personální práci, posuzovat psychickou způsobilost při přijímání do služebního poměru HZS a jeho specializovaných funkcí, spolupracovat se státními a nestátními organizacemi, přednášet na odborných učilištích požární ochrany, provádět psychologické výcviky a nabízet pomoc v těžkých životních situacích. Jeho kancelář se nachází na Generálním ředitelství příslušného kraje (Generální ředitelství HZS ČR, 2023).

Zásadním předpokladem pro úspěšnost práce psychologické služby je získat si důvěru všech příslušníků HZS. Ta však může vzniknout pouze při trvale kvalitní práci všech členů psychologické služby. V případě podcenění významu nebo praktického využití psychologické služby, vznikají velitelům problémy, které mohou být později velice špatně řešitelné. Nevyplácí se ani psychologickou službu bagatelizovat (Šváb, 2006).

4 Výzkumné šetření

4.1 Výzkum

Podkladem pro zpracování výzkumu jsou studie uvedené v teoretické části práce. Snahou autora této práce je navázat na jejich zjištění a získané poznatky aplikovat na prožitky stresu v náročné profesi hasiče záchranáře. Současně autor usiluje o rozšíření poznání a zkušeností z praxe zahraničních kolegů do českého prostředí, ve kterém není stále ještě pojem syndrom vyhoření pevně zakotven jako potenciální hrozba pracovníků v záchranných profesích, do které hasiči bezesporu patří.

Pro sběr dat bude použito dotazníkové šetření s aplikací otázek týkajících se dotazů na stres a možný výskyt syndromu vyhoření. Skladba otázek bude v souladu s hypotézami uvedenými v kapitole Cíl práce a metodika. Získaná data budou využita jako nástroj pro testování jednotlivých hypotéz, z nichž každá bude hodnocena a okomentována zvlášť. Tvorba výzkumných otázek a z nich plynoucích hypotéz směřuje ke zjištění, zda jednotlivé proměnné mají vliv na vznik syndromu vyhoření.

4.1.1 Postup při zpracování výzkumu

Forma sběru dat v podobě dotazníku představuje kvantitativní metodu sběru dat. Dotazník byl vytvořen v aplikaci Microsoft Forms, přičemž byla dodržena anonymita respondentů. Zpracovaný dotazník byl předán v elektronické podobě řediteli územního odboru HZS v Ústí nad Labem, který zajistil jeho distribuci elektronickou cestou ostatním ředitelům územních odborů v rámci Ústeckého kraje. Jejich úkolem bylo dotazník přeposlat na emailové adresy výjezdových hasičů. Údaje o počtu vyplněných dotazníků se průběžně zobrazovaly ve složce „Odpovědi“. V aplikaci bylo možné zobrazit obdržená data v tabulkách a grafech, čímž byla zajištěna lepší přehlednost.

Při zpracování dotazníku bylo použito vědecky ověřených nástrojů pro měření stresu a míry syndromu vyhoření. První část dotazníku obsahovala informativní charakter o respondentech. V druhé části byl použit validní nástroj pro měření aktuální hladiny vnímaného stresu ve formě české verze škály pocíťovaného stresu Perceived Stress Scale (PSS). Cílem bylo zjistit, zda respondenti vnímají povinnosti spojené s výkonem profese jako stresující. Třetí část dotazníku obsahovala nástroj pro měření výskytu syndromu vyhoření ve formě Shirom–Melamedovy škály (Shirom-Melamed Measure, tzv. SMBM). Respondenti vybírali tvrzení vystihující pocity, které se u nich mohou projevit. Čtvrtá část

dotazníku se zaměřovala na duševní hygienu a zjištění, zda jsou respondenti dostatečně informováni o způsobech duševní hygieny. Závěrem byl položen dotaz na zlepšení psychologické péče Hasičským záchranným sborem.

4.1.2 Výzkumný vzorek respondentů

Z celkového počtu 651 výjezdových hasičů, kteří slouží na sedmi územních odborech Ústeckého kraje, dotazník vyplnilo 116 respondentů. Tato nízká návratnost může být způsobena obecně celkovou neochotou respondentů participovat na sběru dat. Dalším důvodem může být časová vytíženost výjezdových hasičů a v neposlední řadě také nízká návštěvnost jejich emailových schránek. Pracovní náplň výjezdového hasiče je přeci jen odlišná od pracovní náplně kancelářských pracovníků, kteří používají své emaily mnohem častěji.

Samotné vyplnění dotazníku vyžadovalo pouhé kliknutí na odkaz v emailu a zaškrtnutí jedné nebo více odpovědí dle typologie otázek. Každá otázka musela být vyplněna, aby bylo možné se následně přesunout na další stranu dotazníku. V závěru stačilo pouze potvrdit nabídku odeslat. Celkový počet vyplněných dotazníků a shromážděná data se v systému Google Forms zobrazovala u každé otázky buď v koláčových, nebo sloupcových grafech s procentuálním vyhodnocením.

Časové období sběru dat bylo od března do června 2023. Autor práce očekává, že do odpovědí respondentů se promítly zážitky z mimořádných událostí posledních let, jako byla pandemie COVID 19 nebo rozsáhlý požár v Českém Švýcarsku. Předpokladem je, že právě tyto události pro ně byly více zatěžující než běžné činnosti, se kterými se do té doby setkali. Lze se tak domnívat, že nadměrná zátěž se projevila jak po fyzické, tak zejména po psychické stránce.

4.2 Popisná statistika

Otázka č. 1.1: Pohlaví

Tabulka 2: Zastoupení respondentů dle pohlaví

Pohlaví	Četnost respondentů	Zastoupení v %
muž	116	100 %
žena	0	0 %

Zdroj: Vlastní zpracování (2023)

Z celkového počtu 116 respondentů tvoří celý výzkumný soubor pouze muži. Procentuální zastoupení tedy činí 100 % mužů a žádné procento žen. To odráží skutečnost,

že pozici výjezdových profesionálních hasičů v Ústeckém kraji vykonávají, zřejmě kvůli samotné povaze práce, pouze mužští představitelé.

Otázka č. 1.2: Jaký je Váš věk?

Tabulka 3: Zastoupení respondentů dle věku (v letech)

Věk	Četnost respondentů	Zastoupení v %
20-30	21	18,10
31-40	48	41,38
41-50	34	29,31
51-60	13	11,21

Zdroj: Vlastní zpracování (2023)

Z celkového počtu 116 respondentů tvoří věkový interval 20-30 let 21 respondentů, což je 18,10 %. Do věkového intervalu 31–40 let spadá 48 respondentů, vyčísleno procentuálně na 41,38 %. V intervalu 41–50 let je 34 respondentů (29,31 %) a poslední interval 51–60 let je tvořen 13 respondenty, tedy 11,21 %. Nejčetněji je zde zastoupena věková skupina 31–40 let. Po ní následuje věková skupina 41–50 let. Většinové zastoupení těchto dvou skupin může být ovlivněno fyzickou náročností, které jsou výjezdoví hasiči vystaveni a která přímo vyžaduje fyzicky zdatné jedince. Tyto podmínky z fyziologického hlediska splňují především obvykle jedinci mladšího věku. Současně ale, jak znázorňuje Tabulka 3, tvoří nezanedbatelný podíl věková skupina 20–30 let. Ti sice spadají do kategorie mladých, ale tento relativně nízký stav může vypovídat o neochotě dnešních mladých ekonomicky aktivních jedinců započít kariéru u HZS.

Otázka č. 1.3: Jaký je Váš rodinný stav?

Tabulka 4: Zastoupení respondentů dle rodinného stavu

Rodinný stav	Četnost respondentů	Zastoupení v %
svobodný/á	30	25,86
ženatý/vdaná	68	58,62
rozvedený/á	18	15,52

Zdroj: Vlastní zpracování (2023)

Z celkového počtu 116 respondentů tvoří výzkumný soubor 30 svobodných respondentů (25,86 %), 68 respondentů je ženatých (58,62 %) a zbylí respondenti, v počtu 18 (15,52 %), jsou rozvedení. Data ukazují, že naprostá většina výjezdových hasičů (přes 2/3 výzkumného souboru) žije v manželském svazku. Tato skutečnost může ovlivnit otázku ve čtvrté části dotazníku (Otázka č. 4.10 „Kdo Vám pomáhá, v případě potřeby, vyrovnat se

se stresovou zátěží?“), kdy respondenti mohou uvádět rodinu jako významný faktor v pomoci při eliminaci stresu. Třetina respondentů byla v době výzkumného šetření svobodná, což nevylučuje soužití v domácnosti s družkou nebo druhem a i v tomto případě může mít nemalý vliv na otázku v souvislosti se snižováním stresu. Zbývající necelá třetina respondentů je rozvedená. Toto může být pro změnu vnímáno jako negativní aspekt, narušující duševní hygienu.

Otázka č. 1.4: Jste věřící?

Tabulka 5: Zastoupení respondentů dle víry v náboženství

Věřící	Četnost respondentů	Zastoupení v %
ano	17	14,66
ne	95	81,9
nechci uvést	4	3,45

Zdroj: Vlastní zpracování (2023)

Z celkového souboru 116 respondentů tvoří 95 respondentů (81,9 %) skupinu ateistů, tedy nevěřících v jakékoliv náboženství. Tato skupina výrazně převažuje nad skupinou věřících, 17 respondentů (14,66 %), bez ohledu na typ náboženského přesvědčení. Čtyři respondenti (3,45 %) nebyli ochotni na tuto otázku odpovědět. Z uvedených dat vyplývá, že naprostá většina respondentů není věřících a nepřiklání se tak k žádnému druhu náboženství.

Otázka č. 1.5: Jak dlouho sloužíte u HZS? (v letech)

Tabulka 6: Zastoupení respondentů dle délky služby

Doba služby	Četnost respondentů	Zastoupení v %
1-5 let	34	29,31
6-10 let	17	14,66
11-15 let	10	8,62
16-20 let	19	16,38
21 a více let	22	18,97

Zdroj: Vlastní zpracování (2023)

Otázka na délku služby u HZS byla v dotazníku položena formou otevřené otázky. Respondenti tak měli možnost uvést přesný počet let služby u HZS. Z důvodu velmi rozsáhlé škály uvedených let byla délka služby rozdělena do pěti intervalů. Z celkového počtu 116 respondentů jich 34 (29,31 %) uvedlo, že u HZS pracuje v délce intervalu 1–5 let. Tato

skupina je také z celého vzorku nejčetnější. Vzhledem k početnému zastoupení věkových skupin respondentů ve věku 31–40 let a 41–50 let (celkem 82 respondentů) v otázce 1.2 („Jaký je Váš věk?“) zde může existovat souvislost mezi vystřídáním několika služebních poměrů nebo zaměstnání během jejich ekonomicky aktivního života, případně pozdějším nástupem k HZS na straně jedné a aspirací k možnému syndromu vyhoření na straně druhé. A to v případě, že by se prokázala souvislost mezi délkou služby a syndromem vyhoření ve výzkumné otázce č. 7 („Souvisí délka služebního poměru výjezdových hasičů se vznikem syndromu vyhoření?“). Dobu služby v intervalu 6–10 let následně uvedlo 17 (14,66 %) respondentů, v intervalu 11–15 let 10 (8,62 %) respondentů, v intervalu 16–20 let 19 (16,38 %) respondentů a poslední skupinu 21 a více let služby tvořilo 22 (18,97 %) respondentů. Jak lze vidět z Tabulky 6, kromě intervalu doby služby 11–15 let, která je zastoupena nejméně, a intervalu doby služby 1–5 let, která je, jak již bylo zmíněno výše, zastoupena nejčetněji, jsou zbylé skupiny zastoupeny poměrně rovnoměrně.

Otázka č. 1.6: Jaká je Vaše pracovní pozice u HZS?

Tabulka 7: Zastoupení respondentů dle pracovní pozice

Pozice	Četnost respondentů	Zastoupení v %
velitel	36	31,03
strojník	36	31,03
hasič	44	37,93

Zdroj: Vlastní zpracování (2023)

Z celkového počtu 116 respondentů jich 36 (31,03 %) pracuje jako velitel směny. Stejný počet respondentů, tedy 36 (31,03 %) zastává pozici strojníka a zbylá skupina respondentů v počtu 44 (37,93 %) spadá do pracovního zařazení jako hasič. Pro objektivitu výzkumu je významné, že celková skupina respondentů je zhruba rovnoměrně rozvržena mezi tři pracovní pozice, které obecně dohromady nazýváme výjezdovými hasiči. Všechny tyto tři skupiny spolu pracují v rámci jedné směny, jsou na sobě při výjezdu závislé a navzájem se ovlivňují. Jejich odpovědi jsou přínosné z hlediska vytvoření si celkového obrazu vnímání stresové zátěže v rámci celé jedné výjezdové jednotky.

4.3 Testované hypotézy

Cílem výzkumného šetření je nalézt odpověď na sedm výzkumných otázek. Za tímto účelem je otestováno sedm hypotéz, které s výzkumnými otázkami věcně souvisí. Každá hypotéza je testována odpovídajícím statistickým testem a doplněna komentářem dle výsledků testování. Jako podpůrný prostředek pro slovní hodnocení hypotéz slouží některé otázky z dotazníku.

Hypotézy č. 1 a 2 jsou testovány pomocí Pearsonova korelačního koeficientu. U hypotézy č. 3 je nejdříve proveden test normality dat, konkrétně Lilieforsův test normality. Následně bylo nutné provést F-test na shodu rozptylů a v závěru otestovat shodu průměrného skóre syndromu vyhoření Dvouvýběrovým t-testem s nerovností rozptylů. Ten bývá nazýván také jako Welchův test. Hypotéza č. 4 je testována dle stejného postupu jako hypotéza č. 3, pouze v závěru testování se použije Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů. Hypotéza č. 5 má také stejný postup testování jako hypotéza č. 3, tedy test normality dat, poté F-test na shodu rozptylů a nakonec Dvouvýběrový t-test s nerovností rozptylů. Hypotéza č. 6 naopak vyžaduje testování Kendallovým korelačním koeficientem. U hypotézy č. 7 je použit opět Pearsonův korelační koeficient. Všechny statistické testy jsou testovány v programu Excel s využitím doplňku real-statistics. Formulace položených výzkumných otázek a s nimi souvisejících hypotéz je uvedena v kapitole Cíl práce a metodika.

4.3.1 Výzkumná otázka a hypotéza č. 1

Výzkumná otázka:

Ovlivňuje stres, který působí na výjezdové hasiče, vznik syndromu vyhoření?

Testovaná hypotéza:

H0: Stresory, které působí na výjezdové hasiče, nemají vliv na vznik syndromu vyhoření.

H1: Stresory, které působí na výjezdové hasiče, mají vliv na vznik syndromu vyhoření.

Tato hypotéza má ověřit, zda může stres, který působí na výjezdové hasiče při výkonu služby, rozvinout vznik syndromu vyhoření u těchto hasičů. Testování hypotézy vychází z celkového součtu skóre škály vnímaného stresu Perceived Stress Scale (PSS), která je v dotazníku zastoupena otázkami č. 2.1 až 2.14, a z celkového součtu skóre Shirom – Melamedovy škály (SMBM), tvořené otázkami č. 3.1 až 3.14.

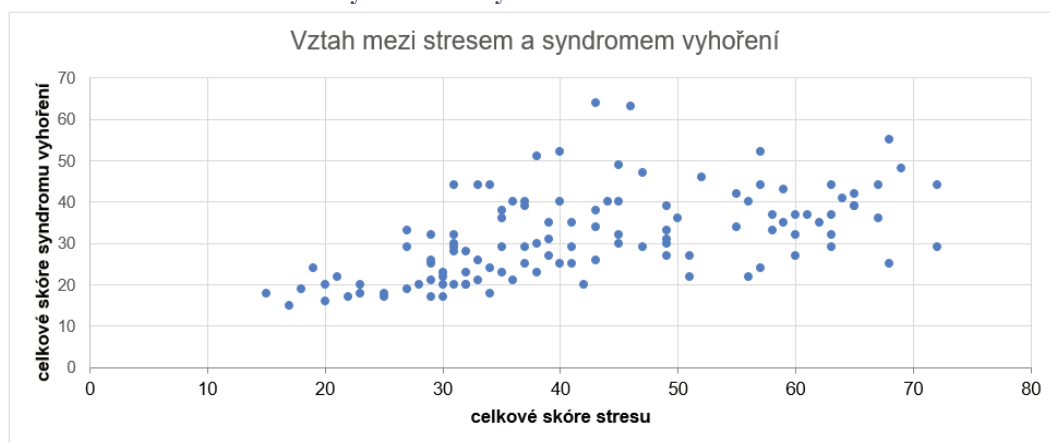
Tabulka 8: Výpočet Pearsonova korelačního koeficientu

Korelační koeficient	
Pearsonův koeficient	0,541444736
Pearsonův koeficient (t test)	
Hladina významnosti alfa	0,05
Směrodatná odchylka	0,078742173
Testové kritérium	6,876172142
P-hodnota	3,48011E-10

Zdroj: Vlastní zpracování (2023)

Výpočet hypotézy je níže podpořen grafem, který zobrazuje vztah mezi stresem a syndromem vyhoření a je na něm patrný určitý lineární pás, ve kterém se hodnoty obou veličin nachází:

Graf 1: Vztah mezi stresem a syndromem vyhoření



Zdroj: Vlastní zpracování (2023)

K testování této hypotézy je použit Pearsonův korelační koeficient. Důvodem jeho použití je snaha změřit sílu lineární závislosti mezi dvěma různými veličinami, tedy stresem a syndromem vyhoření. Veličiny zde nabývají velkého množství různých hodnot, protože jsou spočteny jako součet hodnot ze 14 otázek. Korelační koeficient mezi sledovanými veličinami má hodnotu 0,541, což ukazuje na středně silnou přímou lineární závislost. To znamená, že čím větší je hodnota celkového skóre stresu, tím větší je také hodnota celkového skóre syndromu vyhoření. Testové kritérium má hodnotu 6,876.

P-hodnota (3,48011E-10) je menší než 0,05. Znamená to tedy, že na 5% hladině významnosti se jedná o statisticky významnou korelaci a zamítáme nulovou hypotézu H0. S 95% pravděpodobností lze tak říci, že stresory, které působí na výjezdové hasiče, mají vliv na vznik syndromu vyhoření.

4.3.2 Výzkumná otázka a hypotéza č. 2

Výzkumná otázka:

Ovlivňuje praktikování duševní hygieny u výjezdových hasičů vznik syndromu vyhoření?

Testovaná hypotéza:

H0: Duševní hygiena u výjezdových hasičů nemá vliv na vznik syndromu vyhoření.

H1: Duševní hygiena u výjezdových hasičů má vliv na vznik syndromu vyhoření.

Cílem testování této hypotézy je ověřit, zda výjezdoví hasiči, v případě, že používají některou ze strategií péče o duševní hygienu jako prevenci, se mohou v budoucnu vyhnout vzniku syndromu vyhoření. Testování vychází pouze z otázek v dotazníku č 4.2 až 4.7. Každá z těchto otázek nabízí jednu techniku duševní hygieny, u které měli respondenti označit intenzitu její aplikace v běžném životě. Pět těchto otázek je pozitivního charakteru, pouze otázka č. 4.6 („Zapíjíte stres alkoholem?“) demonstruje negativní chování.

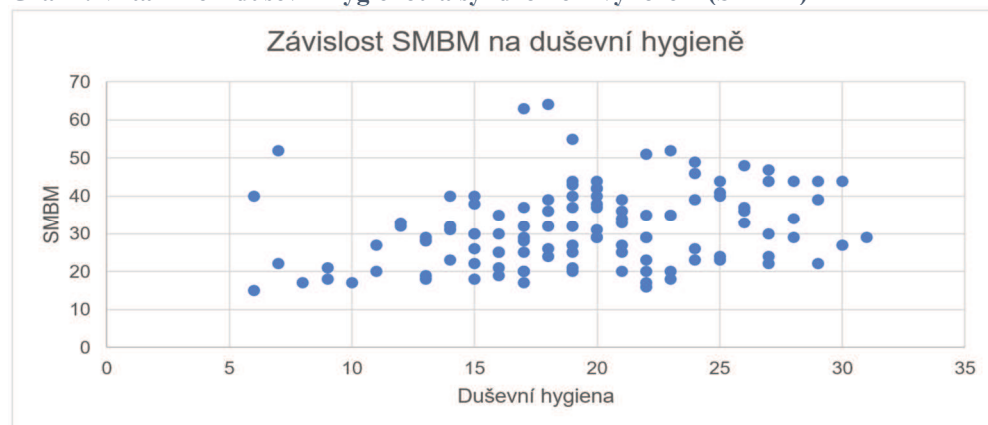
Tabulka 9: Výpočet Pearsonova korelačního koeficientu

Korelační koeficient	
Pearsonův koeficient	0,25282242
Pearsonův koeficient (t test)	
Hladina významnosti alfa	0,05
Směrodatná odchylka	0,090615867
Testové kritérium	2,790045817
P-hodnota	0,006179082

Zdroj: Vlastní zpracování (2023)

Výpočet hypotézy je níže podpořen grafem, který zobrazuje vztah mezi duševní hygienou a syndromem vyhoření:

Graf 2: Vztah mezi duševní hygienou a syndromem vyhoření (SMBM)



Zdroj: Vlastní zpracování (2023)

K testování této hypotézy je opět použit Pearsonův korelační koeficient. A to ze stejných důvodů jako u hypotézy č. 1, pouze s tím rozdílem, že veličinami jsou zde duševní hygiena a syndrom vyhoření. Korelační koeficient má hodnotu 0,253. Jedná se tedy o slabou přímou závislost mezi sledovanými veličinami. I zde platí, že čím vyšší je celkové skóre duševní hygieny, tím vyšší je celkové skóre syndromu vyhoření. Tento vztah však není tak silný jako u předchozí hypotézy, tedy stresu a syndromu vyhoření. Testové kritérium má hodnotu 2,790.

P-hodnota (0,006179082) je menší než hladina významnosti alfa (0,05). To znamená, že na 5% hladině významnosti zamítáme nulovou hypotézu H_0 . S 95% pravděpodobností lze tedy říci, že v tomto případě platí H_1 a duševní hygiena u výjezdových hasičů má vliv na vznik syndromu vyhoření. Výsledek testování je velice překvapivý. Jedná se o přímou korelaci a znamená to tedy, že péče o duševní hygienu způsobuje vyšší riziko syndromu vyhoření (SMBM). Z logické úvahy by se však dalo předpokládat, že duševní hygiena bude riziko SMBM spíše eliminovat. Důvodem může být již zmiňovaná otázka č. 6 s dotazem na zapíjení stresu alkoholem, kdy alkohol je vnímán spíše negativně.

4.3.3 Výzkumná otázka a hypotéza č. 3

Výzkumná otázka:

Snižují sportovní aktivity výjezdových hasičů riziko syndromu vyhoření?

Testovaná hypotéza:

H_0 : Praktikování sportovních aktivit nesnižuje riziko syndromu vyhoření.

H_1 : Praktikování sportovních aktivit snižuje riziko syndromu vyhoření.

Testování této hypotézy má ověřit, zda praktikování sportovních aktivit výjezdovými hasiči může mít do budoucna vliv na to, že se u nich vyskytne syndrom vyhoření. Uvažujeme zde o pravidelné sportovní činnosti, kterou mají ostatně hasiči v náplni své práce, neboť musí povinně utužovat svoji fyzičku. Testování vychází z otázky č. 4.8 („Jakou techniku duševní hygieny používáte?“) a ze skóre syndromu vyhoření (SMBM), otázek č. 3.1 až 3.14. Data byla rozdělena na dvě skupiny, podle toho, zda respondenti označili volbu „sport“ či nikoliv.

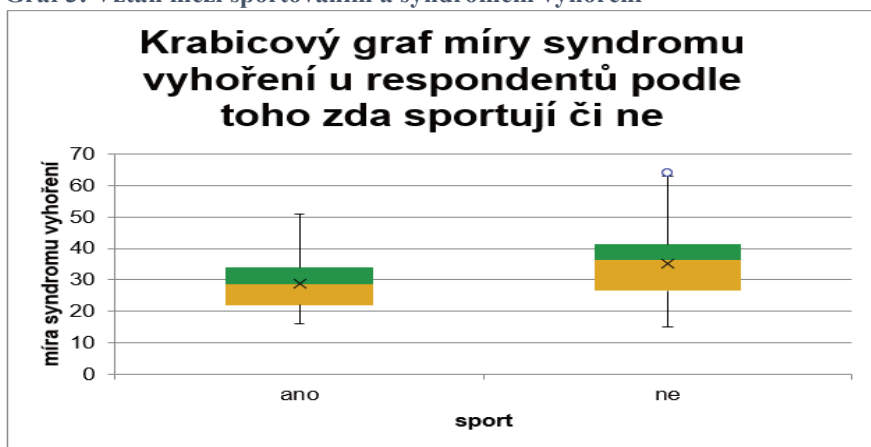
Tabulka 10: Výpočet Dvouvýběrového t-testu s nerovností rozptylů

Dvouvýběrový t-test s nerovností rozptylů		
	sport ano	sport ne
Střední hodnota	28,91176471	35,35416667
Testové kritérium	-3,260450211	
P-hodnota jednostranná	0,000814042	
Testové kritérium (1)	1,663883913	
P-hodnota oboustranná	0,001628084	
Testové kritérium (2)	1,989686323	

Zdroj: Vlastní zpracování (2023)

Výpočet hypotézy je níže podpořen krabicovým grafem, který zobrazuje vztah mezi sportováním a syndromem vyhoření:

Graf 3: Vztah mezi sportováním a syndromem vyhoření



Zdroj: Vlastní zpracování (2023)

Zde se jedná o dvě nezávislé skupiny respondentů. Jedna skupina provozuje sport, druhá skupina neprovozuje sport. Výsledná veličina je považována za spojitou veličinu, protože je velmi mnoho hodnot míry SMBM vzhledem k tomu, že se jedná o součet za 14 podotázek. Z tohoto důvodu bylo nutné nejdříve udělat test normality dat, aby se určilo, zda se použije parametrická nebo neparametrická metoda na porovnání míry syndromu vyhoření. Vzhledem k většímu počtu dat v souborech byl použit Lilieforsův test normality, kde vyšly p-hodnoty 0,255 a 0,725. Obě dvě hodnoty jsou větší než hladina významnosti alfa (0,05), proto se nulová hypotéza H_0 o normalitě dat nezamítla a na srovnání míry syndromu vyhoření se tak použily parametrické metody.

Následně byl proveden F-test na shodu rozptylů. Jeho p-hodnota vyšla 0,019958246. Vzhledem k tomu, že je tato hodnota menší než hladina významnosti alfa (0,05), nulová hypotéza H_0 o shodě rozptylů byla zamítnuta.

V konečné fázi došlo k samotnému testování shody průměrného skóre syndromu vyhoření, pro nějž byl použit výše uvedený Dvouvýběrový t-test s nerovností rozptylů, tzv. Welchův test. Testové kritérium má hodnotu -3,260. Z důvodu alternativní hypotézy H1 nás zajímá p-hodnota jednostranná (0,000814042). Protože je tato hodnota menší než hladina významnosti alfa (0,05), zamítáme nulovou hypotézu H0. Znamená to tedy, že s 95% pravděpodobností praktikování sportovních aktivit snižuje riziko syndromu vyhoření. Vzhledem k tomu, že průměrné skóre syndromu vyhoření (tedy střední hodnota v Tabulce 10) je u sportujících respondentů 28,91 a u nespportujících respondentů 35,35, potvrzuje se, že sportující respondenti mají opravdu menší míru syndromu vyhoření. Na shora přiloženém Grafu 3 jsou rozdíly mezi skupinami velmi dobře viditelné.

4.3.4 Výzkumná otázka a hypotéza č. 4

Výzkumná otázka:

Snižuje četba u výjezdových hasičů riziko syndromu vyhoření?

Testovaná hypotéza:

H0: Četba nesnižuje riziko syndromu vyhoření.

H1: Četba snižuje riziko syndromu vyhoření.

Tato hypotéza se zabývá zjištěním, zda mohou hasiči četbou, jako jednou z technik duševní hygieny, snížit riziko výskytu syndromu vyhoření. Četba je zde myšlena jako volnočasová aktivita. Testování hypotézy vychází také z otázky č. 4.8 („Jakou techniku duševní hygieny používáte?“) a ze skóre syndromu vyhoření (SMBM) otázek č. 3.1 až 3.14. Data byla rozdělena na dvě skupiny dle toho, zda respondenti označili volbu „četba“ či nikoliv.

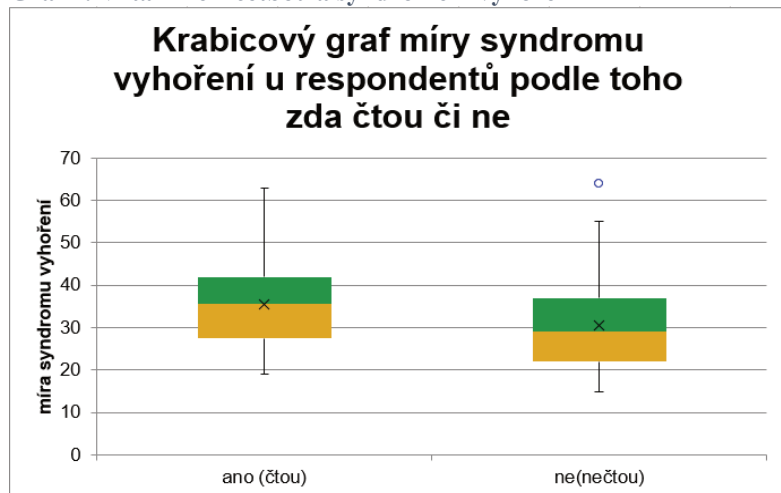
Tabulka 11: Výpočet Dvouvýběrového t-testu s rovností rozptylů

Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů		
	ano (čtou)	ne(nečtou)
Střední hodnota	35,53846154	30,43333333
Testové kritérium	2,241902923	
P-hodnota jednostranná	0,013451417	
Testové kritérium (1)	1,658329969	
P-hodnota oboustranná	0,026902833	
Testové kritérium (2)	1,980992298	

Zdroj: Vlastní zpracování (2023)

Výpočet hypotézy je níže podpořen krabicovým grafem, který zobrazuje vztah mezi četbou a syndromem vyhoření:

Graf 4: Vztah mezi četbou a syndromem vyhoření



Zdroj: Vlastní zpracování (2023)

Hypotéza je hodnocena dle stejného postupu jako předchozí hypotéza č. 3. I zde byl proveden test normality dat u dvou souborů dle toho, zda respondenti čtou nebo nečtou. Jeho p-hodnoty vyšly 0,822 a 0,044. Vzhledem k tomu, že u druhého souboru vyšla hodnota menší než 0,05, měla by se použít neparametrická metoda, nejlépe Mann - Whitney test na porovnání mediánů namísto průměrů. Protože ale porušení normality není příliš velké, jsou použity parametrické testy.

U F-testu na shodu rozptylů vyšla p-hodnota 0,854692. Jelikož je tato hodnota větší než 0,05, nulovou hypotézu H_0 o shodě rozptylů nezamítáme. Z tohoto důvodu je použit na srovnání středních hodnot míry vyhoření Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů.

Testové kritérium má zde hodnotu 2,242. I zde nás zajímá p-hodnota jednostranná 0,013451417. Ale protože je průměrné skóre u čtenářů (35,538) naopak vyšší než průměrné skóre u nečtenářů (30,433), je třeba p-hodnotu (0,013451417) upravit odečtením od 1, aby byla v souladu se zněním H_1 , ve které se tvrdí, že četba snižuje riziko syndromu vyhoření. Výsledná p-hodnota je tedy 0,986548583. Protože je tato hodnota vyšší než hladina významnosti alfa 0,05, nulovou hypotézu H_0 nezamítáme. To znamená, že s 95% pravděpodobností četba nesnižuje riziko syndromu vyhoření. Toto tvrzení podporuje také průměrné skóre syndromu vyhoření (střední hodnota v Tabulce 11), které je u čtenářů vyšší než u nečtenářů. Tím tedy nemůžeme logicky H_1 potvrdit.

4.3.5 Výzkumná otázka a hypotéza č. 5

Výzkumná otázka:

Snižuje sociální opora od kolegů jako forma eliminace stresu při výjezdu riziko vzniku syndromu vyhoření?

Testovaná hypotéza:

H0: Sociální opora od kolegů nesnižuje při výjezdu riziko syndromu vyhoření.

H1: Sociální opora od kolegů snižuje při výjezdu riziko syndromu vyhoření.

Tato hypotéza se zabývá sociální oporou od kolegů, zejména vztahem mezi konverzací výjezdových hasičů se svými kolegy ve chvílích, kdy jedou k zásahu a výskytem syndromu vyhoření u těchto hasičů. Hypotéza je testována na základě otázky č. 4.1 („Jakým způsobem se snažíte zmírnit stres při výjezdu?“) a na základě otázek ze škály syndromu vyhoření (SMBM) č. 3.1 až 3.14. Soubor je rozdělen do dvou skupin, kdy jednu skupinu tvoří respondenti, kteří v dotazníku označili variantu „konverzace s kolegy“ a druhou skupinu tvoří ti, kteří tuto variantu neoznačili.

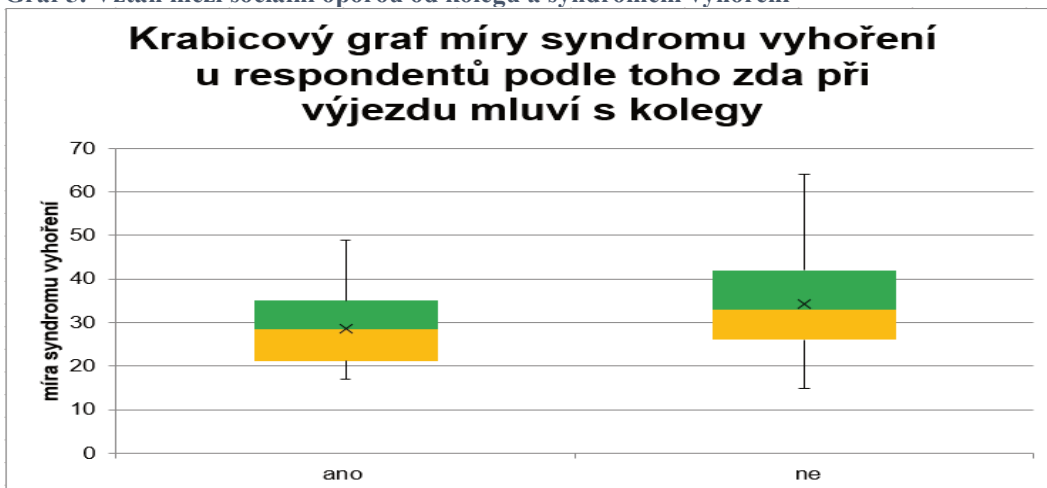
Tabulka 12: Výpočet Dvouvýběrového t-testu s nerovností rozptylů

Dvouvýběrový t-test s nerovností rozptylů		
	Konverzace ano	Konverzace ne
Střední hodnota	28,51851852	34,24193548
Testové kritérium	-3,121348135	
P-hodnota jednostranná	0,001145265	
Testové kritérium (1)	1,658572629	
P-hodnota oboustranná	0,00229053	
Testové kritérium (2)	1,981371815	

Zdroj: Vlastní zpracování (2023)

Výpočet hypotézy je níže podpořen krabicovým grafem, který zobrazuje vztah mezi konverzací s kolegy a syndromem vyhoření:

Graf 5: Vztah mezi sociální podporou od kolegů a syndromem vyhoření



Zdroj: Vlastní zpracování (2023)

Testování této hypotézy proběhlo dle stejného principu jako u hypotézy č. 3. Byl použit test normality dat s výslednými p-hodnotami dvou souborů 0,129 a 0,709. Obě hodnoty jsou větší než 0,05, proto lze data považovat za normálně rozdělená v obou těchto souborech. Na základě těchto zjištění se použijí parametrické testy.

U F-testu na shodu rozptylů vyšla jeho p-hodnota 0,032694396. Protože je tato hodnota menší než 0,05, nulovou hypotézu H_0 o shodě rozptylů zamítáme a na srovnání středních hodnot míry vyhoření se proto použil Dvouvýběrový t-test s nerovností rozptylů.

I v tomto případě nás zajímá p-hodnota jednostranná (0,001145265). A protože je tato hodnota menší než hladina významnosti alfa (0,05), zamítáme nulovou hypotézu H_0 . Testováním této hypotézy se tak s 95% pravděpodobností podařilo prokázat, že konverzace s kolegy opravdu snižuje riziko syndromu vyhoření. Vzhledem k tomu, že je průměrné skóre syndromu vyhoření u těch, kteří komunikují s kolegy, rovno 28,52 a u těch, kteří nekomunikují s kolegy, rovno 34,24, je tento pokles již statisticky významný.

4.3.6 Výzkumná otázka a hypotéza č. 6

Výzkumná otázka:

Existuje vztah mezi frekvencí vyhledání odborné pomoci, jako formy prevence, a syndromem vyhoření?

Testovaná hypotéza:

H_0 : Mezi frekvencí vyhledání odborné pomoci, jako formy prevence, a syndromem vyhoření neexistuje vztah.

H1: Mezi frekvencí vyhledání odborné pomoci, jako formy prevence, a syndromem vyhoření existuje vztah.

Testováním této hypotézy je snaha zjistit, zda frekvence preventivního využívání odborné pomoci výjezdovými hasiči ovlivňuje riziko vzniku syndromu vyhoření. V této hypotéze je odborná pomoc myšlena jako vědomá prevence výjezdových hasičů před možným vznikem syndromu vyhoření. Hypotéza je testována na základě odpovědí z otázky č. 4.5 („Jak často eliminujete stres prostřednictvím odborné pomoci?“) a celkovým skóre syndromu vyhoření (SMBM) z otázek č. 3.1 až 3.14.

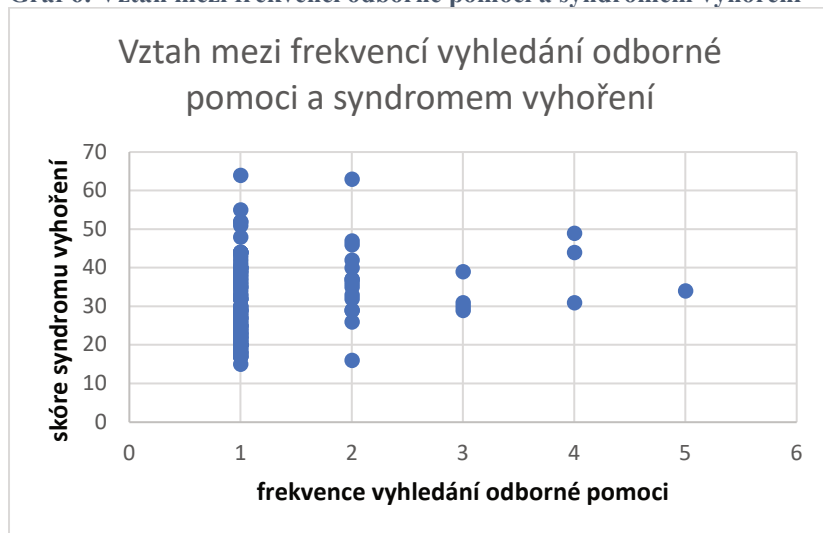
Tabulka 13: Výpočet Kendallova korelačního koeficientu

Korelační koeficient	
Kendallův korelační koeficient	0,19778
Kendallův koeficient (test)	
Hladina významnosti alfa	0,05
P-hodnota	0,008854

Zdroj: Vlastní zpracování (2023)

Výpočet hypotézy je níže podpořen grafem, který zobrazuje vztah mezi frekvencí vyhledání odborné pomoci a syndromem vyhoření:

Graf 6: Vztah mezi frekvencí odborné pomoci a syndromem vyhoření



Zdroj: Vlastní zpracování (2023)

K otestování této hypotézy je použit Kendallův korelační koeficient z toho důvodu, že jedna z veličin má poměrně málo kategorií. Z Tabulky 13 lze vidět, že na 5% hladině významnosti se jedná o statisticky významnou závislost. Hodnota korelačního koeficientu je

0,198, což znamená, že mezi veličinami existuje slabá přímá závislost. Můžeme tak říci, že čím větší je hodnota stresu, tím častěji respondenti vyhledávají odbornou pomoc.

P-hodnota (0,008854) je menší než 0,05, což znamená, že na 5% hladině významnosti zamítáme nulovou hypotézu H_0 . S 95% pravděpodobností tak můžeme potvrdit, že existuje vztah mezi frekvencí vyhledání odborné pomoci a syndromem vyhoření.

Kendallův koeficient má zde kladnou hodnotu a jde o přímou závislost. Tedy čím častější je frekvence vyhledávání odborné pomoci, tím větší je skóre syndromu vyhoření. Dalo by se však očekávat, že tomu bude naopak. Tedy čím častější bude frekvence vyhledání odborné pomoci, tím menší bude skóre syndromu vyhoření. Výsledek lze ale interpretovat i tak, že čím více jsou respondenti vyhořelí, tím častěji vyhledávají odbornou pomoc. V tomto případě SMBM vystupuje jako příčina a vyhledání odborné pomoci jako důsledek.

Zde je třeba zmínit, že v dotazníku na otázku č. 4.5 („Jak často eliminujete stres prostřednictvím odborné pomoci?“) uvedli respondenti odpovědi pouze na pěti úrovních frekvence ze sedmi možných, tedy od „nikdy nebo téměř nikdy“ do „docela často“. Z dotazníkového šetření také vyplývá, že respondenti vyhledávají odbornou pomoc spíše vzácně, protože naprostá většina respondentů (80,2 %) nevyhledává odbornou pomoc nikdy a malé procento respondentů jen zřídka.

4.3.7 Výzkumná otázka a hypotéza č. 7

Výzkumná otázka:

Souvisí délka služebního poměru výjezdových hasičů se vznikem syndromu vyhoření?

Testovaná hypotéza:

H_0 : Délka služebního poměru nemá souvislost se vznikem syndromu vyhoření.

H_1 : Délka služebního poměru má souvislost se vznikem syndromu vyhoření.

Cílem testování poslední hypotézy je prokázat vztah mezi délkou služebního poměru výjezdových hasičů a míry syndromu vyhoření. K otestování hypotézy byla použita otázka z dotazníku č. 1.5 („Jak dlouho sloužíte u HZS?“).

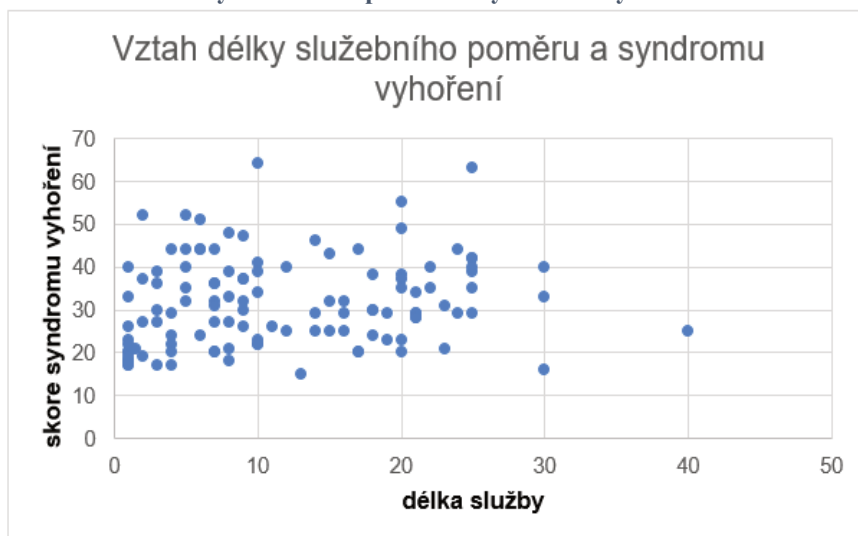
Tabulka 14: Výpočet Pearsonova korelačního koeficientu

Korelační koeficient	
Pearsonův korelační koeficient	0,177756454
Pearsonův koeficient (t test)	
Testové kritérium	1,928634012
P-hodnota	0,056262813

Zdroj: Vlastní zpracování (2023)

Výpočet hypotézy je níže podpořen grafem, který zobrazuje vztah mezi délkou služby u HZS a syndromem vyhoření:

Graf 7: Vztah délky služebního poměru a syndromu vyhoření



Zdroj: Vlastní zpracování (2023)

Aby se vyjádřila síla lineárního vztahu mezi délkou služebního poměru a míry syndromu vyhoření, byl zde opět použit Pearsonův korelační koeficient. Hodnota korelačního koeficientu je 0,178, což znamená, že mezi veličinami může existovat slabá přímá závislost. Vypočtená p-hodnota (0,056262813) je větší než 0,05, tudíž na 5% hladině významnosti nezamítáme nulovou hypotézu H_0 . S pravděpodobností 95 % lze tedy říci, že se neprokázal významný lineární vztah mezi délkou služebního poměru u HZS a mírou syndromu vyhoření. To mimo jiné naznačuje i Graf 7, kde podle rozdělení hodnot se nejeví, že by existoval nějaký jiný vztah (např. kvadratický, apod.).

4.4 Interpretace zjištěných dat

Testování hypotéz předcházelo zpracování dotazníku a sběr dat mezi výjezdovými hasiči v Ústeckém kraji. Respondenti byli seznámeni s tím, že jeho vyplnění je zcela anonymní. Časový interval pro sběr dat nebyl vymezen. Po obdržení 116 vyplněných dotazníků byl však sběr dat ukončen kvůli prodlužujícím se časovým prodlevám při návratnosti odpovědí.

Dotazník byl rozvržen do čtyř částí, z nichž každá představovala vlastní tematickou oblast. První část dotazníku se týkala informačních údajů o respondentech, druhá část stresu, třetí část syndromu vyhoření a čtvrtá část duševní hygieny. Dotazník obsahoval celkem 45

otázek a jeho vyplnění časově nezabralo více jak sedm minut. Otázky byly pokládány tak, aby z jejich odpovědí bylo možné co nejlépe otestovat stanovené hypotézy. Obsahem této kapitoly je zejména zhodnocení zjištěných dat z druhé a čtvrté části dotazníku pro komparaci s výsledky testovaných hypotéz a návrh možných doporučení v závěru práce.

Otázky informativního charakteru č. 1.1 až 1.6 byly zpracovány a okomentovány již výše v podkapitole 4.2 (Popisná statistika).

Otázky z druhé části dotazníku, pojednávající o stresové zátěži respondentů č. 2.1 až 2.14, byly zodpovězeny na škále 1 až 7, kdy 1 představovala volbu „nikdy nebo téměř nikdy“ a 7 volbu „vždy nebo téměř vždy“. Pro slovní hodnocení je vzat většinový procentuální podíl odpovědí respondentů z každé jednotlivé otázky. Na otázku č. 2.1, s dotazem na *fyzickou zátěž* jako stresující faktor, většina respondentů (77,6 %) uvedla, že jim stres buď nepůsobuje, nebo způsobuje jen zřídka. Na otázku č. 2.2, dotazující se na *emocionální zátěž* jako stresor, ji třetina respondentů (25,9 %) uvedla jako velmi zřídka stresující nebo někdy stresující. Otázka č. 2.3, dotazující se na *kognitivní zátěž*, nepředstavovala pro 49,1 % respondentů žádnou zátěž a pro 19,8 % respondentů je zatěžující pouze někdy. Otázka č. 2.4 se zaměřovala na *časovou tíseň* jako možný druh stresoru, 24,1 % respondentů ji vnímá jako zřídka zatěžující, 17,2 % respondentů jako někdy zatěžující a 19 % respondentů ji považuje za velmi často zatěžující. Zde již skupina respondentů nevystupuje ve svých odpovědích tak jednotně jako v těch předchozích. Rozdíl mezi subjektivním vnímáním časové tísně respondenty je znatelný. Otázka č. 2.5 nabízí jako stresor *pocit zodpovědnosti*. Pro 44 % respondentů je zřídka zatěžující, ale pro 22,4 % respondentů je již docela často zatěžující. I zde jsou viditelné rozdíly v tom, jak respondenti vnímají pocit zodpovědnosti jako formu stresoru. Otázka č. 2.6 se dotazuje, zda je pro hasiče stresující riziko *ohrožení vlastního života*. Přestože zahraniční studie uvádí velké obavy hasičů o svůj život, v této skupině respondentů se 27,6 % ve službě ohrožených necítí a 62 % se ohroženo cítí pouze někdy. Otázka č. 2.7 se dotazuje na to, jak respondenti vnímají *24hodinovou službu*. Pro naprostou většinu z nich (67,2 %) nepředstavuje stresor, pro 25 % respondentů je stresující pouze zřídka. Další otázka č. 2.8 se ptá na vnímání *pocitu bezmoci ve službě*. Ten za stresující nepovažuje 35,3 % respondentů, pro 31,9 % respondentů je stresující pouze zřídka. *Povinná zdravotní prohlídka* v otázce č. 2.9 je již vnímána značně rozdílně. Pro 27,6 % respondentů není stresující, pro 39,7 % respondentů je stresující zřídka. Naopak 25,9 % přináší stres velmi často, nebo dokonce vždy. Procentuální zastoupení skupiny, která považuje povinnou zdravotní prohlídku jako stresor, je přibližně stejné jako u skupiny, která ji za stresující

nepovažuje. V otázce 2.10 s dotazem na *zkoušku z odborné způsobilosti* ji 46,6 % respondentů pociťuje jako stresující pouze někdy a pro 25,9 % je stresující vždy. *Povinné fyzické testy* v otázce č. 2.11 jsou pro 25 % respondentů stresující velmi často a pro 37 % nejsou stresující. *Administrativní zátěž* v otázce č. 2.12 vnímá 47,4 % respondentů jako zátěž pouze někdy a 30,2 % respondentů často. Otázka č. 2.13 nabízela jako možný stresor přímo své kolegy. Pro 50,7 % respondentů jejich kolegové stresor nepředstavují, pro 49,3% představují stresor pouze zřídka. Poslední otázka č. 2.14 se zaměřuje na *neočekávané situace při výjezdu*. Ty jsou pro 64,6 % respondentů stresující pouze někdy, pro 12,1 % jsou stresující vždy.

Třetí část dotazníku se týkala syndromu vyhoření, ke kterému směřovaly všechny výzkumné otázky. K zjištění, zda jím mohou být respondenti do budoucna ohroženi, byla použita standardizovaná metoda měření syndromu vyhoření, Shirom – Melamedova škála (SMBM). Aby nedošlo k případnému zkreslení odpovědí, nebyli respondenti v dotazníku záměrně obeznámeni s tím, k čemu se metoda používá. Přesto si je autor práce vědom, že respondenti mohli tuto metodu měření znát, nebo si informace dohledat dodatečně na internetu. Zhodnocení dotazníkových otázek č. 3.1 až 3.14 je součástí testovaných hypotéz ve shora uvedené podkapitole 4.3 (Testované hypotézy). Za zmínku stojí tvrzení z dotazníku č. 3.6 („Cítím se vyhořelý/á“), kdy 56 % respondentů uvedlo, že nikdy, 30,2 % zřídka, 9,5 % někdy a 4,3 % docela často.

Čtvrtá část dotazníku se zaměřuje na duševní hygienu. Ta tvoří také nedílnou součást testovaných hypotéz a vyžaduje podrobnější komentář. První otázka, č. 4.1, vedla ke zjištění, jakým způsobem se snaží hasiči *eliminovat stres při výjezdu*. Nejvíce z nich (46,6 %) uvedlo, že jim pomáhá konverzace s kolegy, 37,1 % se snaží strach potlačit a 31,9 % provádí dechové nebo jiné techniky. *Fyzickou aktivitou* v otázce č. 4.2 zmírňuje stres 54,4 % respondentů pouze někdy a 30,2 % často. *Zájmovou činností* (otázka č. 4.3) eliminuje stres 51,7 % jen zřídka, ale 33,6 % respondentů často. V otázce č. 4.4 na dotaz, zda volí respondenti *setkání s přáteli* jako formu eliminace stresu, jich 56 % uvedlo, že pouze zřídka, 34,4 % se jich s přáteli setkává často. Zajímavá zjištění přinášejí odpovědi na otázku č. 4.5, zda respondenti využívají ke zmírnění stresu *odbornou pomoc*. Naprostá většina z nich (80,2 %) odbornou pomoc nevyužívá nikdy, 18,9 % ji využívá jen zřídka. Další otázka, č. 4.6, se dotazuje na to, zda respondenti zapíjí stres *alkoholem*. Tento způsob eliminace stresu představuje negativní charakter, čehož si jsou respondenti, vzhledem k odpovědím, většinou vědomi. Polovina výzkumného vzorku (50 %) nezapíjí stres alkoholem nikdy, 41,4 % pouze

někdy. *S kolegy mluví o traumatizujícím zážitku při zásahu* (otázka č. 4.7) 60,4 % respondentů jen zřídka a 28,5 % často. Jako *techniku duševní hygieny* (otázka č. 4.8) používá 58,6 % sport, 48,3 % se věnuje koníčkům, 41,4 % sleduje filmy, 28,4 % respondentům pomáhá procházka se psem a 22,4 % se věnuje četbě. Zde mohli respondenti označit více odpovědí najednou. Na dotaz, zda jsou respondenti dostatečně *informováni o způsobech duševní hygieny* (otázka č. 4.9), jich 38,8 % uvedlo spíše ano a 32,8 % spíše ne. Se *stresovou zátěží* (otázka č. 4.10) respondentům v 60,3 % pomáhá rodina, v 53,4 % přátelé a v 37,9 % kolegové. I zde byla možnost označit více odpovědí. Poslední otázka, č. 4.11, se dotazovala na návrhy *zlepšení psychologické péče poskytované HZS*. Respondenti měli na výběr ze čtyř variant, plus možnost volné odpovědi. Z nabízených odpovědí jich 35,3 % požadovalo zavést poskytování rad jinou formou, než je osobní setkání, 29,3 % by uvítalo možnost vybrat si svého psychologa a 19 % by chtělo zavést pravidelná sezení se služebním psychologem nebo duchovní péčí. Volně doplňující odpovědi byly poměrně rozmanité, ovšem měly malou výpovědní hodnotu (0,9 %).

5 Výsledky a diskuse

Cílem práce bylo podrobně vymežit oblast stresu, duševní hygieny a syndromu vyhoření. Záměrem práce tak bylo zjistit vliv stresu a míru výskytu syndromu vyhoření u zaměstnanců ve vybrané profesi. V souladu s tím bylo v práci položeno sedm výzkumných otázek a s nimi souvisejících sedm hypotéz, jejichž účelem bylo potvrdit nebo vyvrátit daná tvrzení.

Pomocí dotazníkového šetření bylo osloveno celkem 651 profesionálních výjezdových hasičů v Ústeckém kraji. Distribuce dotazníku byla zajištěna prostřednictvím ředitele HZS v Ústí nad Labem přes Krajské ředitelství v Ústí nad Labem. Odtud byl dotazník přeposlán ředitelům jednotlivých územních odborů, kteří ho dále rozeslali do emailových schránek vybrané skupině respondentů, tedy výjezdovým hasičům. Návratnost dotazníků byla, vzhledem k celkovému počtu oslovených, poměrně nízká, 116 vyplněných dotazníků. Faktický sběr dat probíhal téměř čtyři měsíce. Důvodem nízkého počtu obdržených dotazníků mohla být nižší frekvence návštěvnosti emailových schránek výjezdovými hasiči, než například kancelářskými pracovníky, kteří vyřizují emaily mnohem častěji.

Skupina respondentů byla zastoupena výhradně muži, kteří byli nejčastěji ve věku třicet jedna až čtyřicet let (41,38 %), což představovalo téměř polovinu výzkumného vzorku. V souvislosti s jejich rodinným stavem jich byla více než polovina (58,62 %) ženatých. To může hrát pozitivní roli v případě potřeby pomoci od některých rodinných příslušníků. V otázce víry v náboženství převažoval v naprosté většině ateismus (81,9 %).

Pro riziko vzniku syndromu vyhoření se může jevit jako ohrožující faktor délka služby respondentů. Data z dotazníku však ukázala, že největší zastoupení mají respondenti s nejkratší délkou služby, která je mezi jedním rokem až pěti lety. Uvádí ji 29,31 % respondentů. Ostatní kategorie byly zastoupeny poměrně rovnoměrně. Příčinou většího zastoupení krátce sloužících hasičů může být fluktuace, kdy respondenti od HZS po několika málo letech odcházejí nebo se rekválifikují na vyšší pracovní pozici. Výzkumu se také mohlo zúčastnit jednoduše jen větší procento nově příchozích pracovníků. Nejdéle u HZS slouží 18,97 % respondentů, a to v délce dvacet jedna a více let. Pro relevantnější výsledky testování vztahu délky služby a syndromu vyhoření by bylo potřeba většího zastoupení déle sloužících respondentů ve výzkumném vzorku.

Významný vliv na expozici různými stresory může mít pracovní pozice u HZS. Její podoba pak může představovat jeden z faktorů rizika syndromu vyhoření. Skupina výjezdových hasičů byla rozdělena na tři kategorie dle pracovní náplně (velitel, strojník, hasič). Každá z těchto pracovních pozic zaujímá při výjezdu svou funkci a navzájem se doplňuje. Velitel zásahu vydává ostatním hasičům přímé rozkazy. Strojník řídí hasičské vozidlo a provádí jeho obsluhu na místě zásahu. Povinností hasiče je provádět hasičské a záchranné práce a poskytovat předlékařskou pomoc. I zde byla skupina respondentů poměrně rovnoměrně zastoupena. V kategorii velitel 31,03 %, v kategorii strojník také 31,03 % a v kategorii hasič 37,93 %. Tento poměr je zcela určitě výhodou pro větší objektivitu celého výzkumu. Lze tak získat přehled o subjektivním vnímání stresu hasičů ze všech třech pracovních kategorií, kteří se účastní výjezdů společně.

Další částí výzkumného šetření bylo testování hypotéz. Na základě jejich výsledků mohly být poté zodpovězeny výzkumné otázky. Testování hypotéz přineslo v některých případech překvapivá zjištění. Ta byla někdy i v rozporu s původním očekáváním autora práce. Stejně tak odpovědi respondentů často nekorespondovaly s výsledky testování.

První hypotéza, která je stěžejní, prokázala vliv stresu na vznik syndromu vyhoření. V praxi to znamená, že čím více zažívají hasiči ve službě stres, tím větší je riziko, že se u nich projeví syndrom vyhoření. Působícími stresory jsou zde myšleny pracovní úkony a požadavky, které musí pravidelně plnit, od fyzických testů po absolvování povinné zdravotní prohlídky. Některé ze stresorů mohou hasiči ovlivnit sami. Úspěšného splnění fyzických testů hasiči dosáhnou pravidelnou fyzickou přípravou, dostatečnou učební přípravou zase zdárně absolvují odborné zkoušky. Některé stresory však ovlivnit nemohou. Mezi takové patří zejména nejistota při výjezdu, kdy mnohdy často neví, co je na místě události čeká, nebo také obavy z pravidelné zdravotní prohlídky. Vzhledem k tomu, že se prokázala středně silná přímá závislost mezi veličinami a hodnoty skóre syndromu vyhoření se zvyšovaly v závislosti na zvyšujících se hodnotách skóre škály vnímaného stresu, je vhodné se zaměřit na eliminaci stresové zátěže. Z odpovědí respondentů vyplynulo, že při výjezdu se nejčastěji snaží zmírnit stres tím, že komunikují se svými kolegy (46,6 %). Poměrně velké zastoupení respondentů (37,1 %) se ale snaží stres potlačit. Jsou tu tedy dvě skupiny, z nichž se každá vyrovnává se stresem naprosto opačným způsobem. V souvislosti s metodami eliminace stresu byly testovány některé z dalších hypotéz, ve kterých byla představena vždy jedna metoda snížení stresu.

Druhá hypotéza prokázala vliv duševní hygieny na riziko syndromu vyhoření. Tedy v případech, že se budou hasiči starat o svou duševní hygienu, může to ovlivnit skutečnost, že se u nich neprojeví syndrom vyhoření. Jelikož se ale prokázala slabá závislost, nelze s jistotou říci, že pokud budou dbát na prevenci duševní hygieny, syndrom vyhoření je nepostihne. Testovaná hypotéza již nenabízela odpověď na nejlepší techniku duševní hygieny. Jak ale vyplynulo z dotazníku, nejvíce hasiči používají k potlačení stresu sport nebo se věnují svým koníčkům a sledování filmů. K eliminaci stresu jsou tedy využity jak aktivní, tak pasivní činnosti. Slabinou v testování zde může být portfolio technik duševní hygieny. Zatímco ve většině případů nabízené techniky představovaly kladné činnosti, v jednom případě se jednalo o negativní činnost v podobě zapíjení stresu alkoholem.

Zda sport snižuje výskyt syndromu vyhoření, bylo testováno ve třetí hypotéze. V té bylo potvrzeno, že sportující hasiči opravdu čelí menší míře syndromu vyhoření. A rozdíly mezi sportujícími a nesportujícími byly znatelné. Zajímavostí byly odpovědi respondentů, kteří uvedli, že fyzickou aktivitou potlačují stres pouze někdy, zatímco jako nejčastěji používanou techniku duševní hygieny označili právě sport (58,6 % respondentů). Tím dochází k rozporu mezi jejich odpověďmi. Vysvětlením může být absence přesné specifikace fyzické aktivity nebo určení síly varianty „někdy“ na stupnici Likertovy škály. Respondenti si tak mohli pod pojmem fyzické aktivity představit sportování, ale také např. práci na zahradě.

Čtvrtá hypotéza neprokázala snížení rizika syndromu vyhoření prostřednictvím četby. Ta byla do testování zahrnuta z důvodu, že se jedná o pasivní činnost duševní hygieny. Hasiči, kteří se snaží vzdělávat v oblasti duševní hygieny četbou, tak nezamezí riziku syndromu vyhoření. Výsledky testování naopak prokázaly opačný vliv, tedy že četba zvyšuje riziko syndromu vyhoření. Vysvětlením může být zamyšlení se nad osobností respondentů, kteří se v oblasti duševní hygieny snaží vzdělávat četbou. Číst tak mohou ti, kteří již mají nějaké psychické potíže nebo se necítí psychicky dobře. To může ovlivňovat míru prožívání stresu. Četbu jako techniku duševní hygieny uvedlo 22,4 % respondentů, což není zanedbatelné množství. Autor práce ale zdůrazňuje, že respondenti nebyli v dotazníku obeznámeni s tím, zda se jedná o literaturu odbornou nebo volnočasovou.

Pátá hypotéza byla poslední hypotézou, která se zabývala testováním jedné z forem eliminace stresu, a navazovala na první hypotézu. Testováním se prokázalo, že hasiči, kterým je poskytována sociální opora od kolegů, např. ve formě vzájemné komunikace při výjezdu, mohou poměrně výrazně předcházet riziku syndromu vyhoření. Navíc téměř

polovina respondentů (46,6 %) uvedla, že tuto techniku také v praxi používá. Jde o případ, kdy se odpovědi respondentů shodovaly s výsledkem testování hypotézy. Nedá se ale říci, že sociální opora od kolegů je ta jediná správná technika, neboť záleží na osobnosti daného člověka. Někteří lidé jsou spíše introvertnějšího typu a uzavírají se více do sebe. To ostatně potvrdily i výsledky dotazníkového šetření, kde se ukázalo, že 37,1 % respondentů se snaží při výjezdu stres potlačit. Z těchto výsledků je také dobře viditelné, že vysoké procento respondentů (více než 83,7 %) prožívá stres nejčastěji právě při výjezdu.

V šesté hypotéze byl prokázán vztah mezi frekvencí vyhledání odborné pomoci a syndromem vyhoření. Tato hypotéza je však nejvíce diskutabilní. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že celých 80,2 % respondentů odbornou pomoc v praxi nevyužívá. Je však možné, že se respondenti styděli přiznat, že by tuto formu pomoci vyhledávali, přestože bylo vyplnění dotazníku anonymní. Z výsledků navíc paradoxně vyplynulo, že čím častěji hasiči vyhledávají odbornou pomoc, tím větší mají dispozice k syndromu vyhoření. To by mohlo naznačovat, že vyhledání odborné pomoci je až reakce na výskyt syndromu vyhoření. Při testování se uvažovalo o odborné pomoci jako o prevenci před syndromem vyhoření. Výsledky testování však poukázaly na opačný jev. Tedy, že čím více je hasičů vyhořelých, tím častější je frekvence vyhledání odborné pomoci. O vyhledání odborné pomoci lze tedy uvažovat jako o příčině, ale i následku.

Poslední hypotéza se zabývala testováním vztahu mezi délkou služby u HZS a vznikem syndromu vyhoření. Inspirací k testování byla studie výzkumníků Studzińské et.al. (2020), kteří se zabývali vlivem délky služebního poměru polských hasičů jako jednoho z faktorů pro rozvoj syndromu vyhoření. V této práci byla ale použita jiná metoda testování než u polských výzkumníků. Zjištěné výsledky neprokázaly souvislost mezi délkou služby a syndromem vyhoření. Tato zjištění byla v rozporu s výsledky polské studie, která potvrdila významný vliv pracovních zkušeností, spojených s délkou služby a rozvoje syndromu vyhoření. Výzkum však mohl být ovlivněn poměrem zastoupení respondentů, kterého se zúčastnila většina těch, kteří slouží u HZS teprve krátce. Konkrétně v intervalu mezi jedním rokem až pěti lety. Za rozdílnými výsledky výzkumu v obou zemích může stát také kvalita přípravy hasičů v jednotlivých zemích a kvalita odborné přípravy jejich služebních psychologů.

Zjištěné výsledky byly porovnány s výsledky výzkumu Smitha a kol. (2019), který se také zabýval vlivem pracovního stresu a tlaku na syndrom vyhoření u amerických profesionálních hasičů. Naměřené hodnoty prokázaly velmi silný vztah mezi pracovním

stresem a tlakem a syndromem vyhoření. Studie tak dosáhla stejných výsledků, jako bylo dosaženo v této práci, kdy byla potvrzena významná korelace mezi zkoumanými proměnnými. Rozdíl spočíval pouze v síle korelace, kdy u americké studie byla prokázána velmi silná korelace, zatímco v této práci korelace středně silná. Důvodem pro podobná zjištění může být skutečnost, že stres je multifaktoriální problém, který zaujímá hledisko jak fyziologické, tak i psychosociální, a jeho eliminace závisí na mnoha vlivech. To potvrzuje mimo jiné i výzkum Gebera a kol. (2018), kteří se zabývali vztahem psychické odolnosti a syndromu vyhoření u švýcarských sportovců. Za použití stejných nástrojů, jakých bylo využito v této práci (PSS a SMBM), byl tento vztah potvrzen a autoři došli k závěrům, že vyšší psychická odolnost může snížit negativní vlivy na duševní zdraví, které byly způsobené stresem.

Nebezpečí syndromu vyhoření spočívá převážně v tom, že spouští širokou škálu negativních projevů, jako jsou úzkost, deprese, ale i fyziologické problémy v podobě bolestí hlavy a nadměrné únavy. Ve Švédsku patří klinická míra vyčerpání k nejčastějším důvodům dlouhodobé pracovní neschopnosti (Bianchi a kol., 2023). Z tohoto důvodu je důležitá prevence v oblasti duševní hygieny, kdy *„při péči o duši pečujeme o to, co si myslíme, jaké máme představy, jaká máme pojetí různých věcí, lidí a událostí, co prožíváme (emoce a city), a o to, co vlastně v životě chceme a pro co se rozhodujeme, co je cílem a smyslem našeho života“* (Křivohlavý, 2010, str. 18).

6 Závěr

Cílem této diplomové práce bylo podrobně vymežit oblast stresu, duševní hygieny a syndromu vyhoření. Záměrem práce bylo zjistit vliv stresu a míru výskytu syndromu vyhoření u zaměstnanců ve vybrané profesi. Dílčím cílem práce bylo následně ověřit, zda může praktikování duševní hygieny v rámci prevence zamezit vzniku syndromu vyhoření.

Za tímto účelem byly v teoretické části práce podrobně vymezeny oblast krize a krizových situací, oblast stresu, duševní hygieny a syndromu vyhoření. Pozornost byla věnována vědeckým studiím, které se stejným nebo podobným tématem již zabývaly. Výsledky jejich zkoumání byly v některých případech porovnány s výsledky ve výzkumné části práce.

Praktická část práce vycházela z dotazníkového šetření a z testování sedmi stanovených hypotéz, které měly přinést odpovědi na výzkumné otázky. Výstupy z dotazníku byly porovnány s výsledky otestovaných hypotéz. Zásadní pro celé výzkumné šetření bylo prokázání vlivu stresu výjezdových hasičů na riziko vzniku syndromu vyhoření. Přestože v této práci nebyla zkoumána doba působení stresorů, která může mít také vliv na vznik syndromu vyhoření, z praktického hlediska je vhodné zavést mezi hasiči preventivní opatření. Jak bylo zjištěno z rešerše, ve Spojených státech amerických je syndrom vyhoření oficiálně diagnostikován jako nemoc a zdejší profesionální hasičské sbory s preventivními opatřeními proti syndromu vyhoření již běžně pracují. V České republice tato praxe není zatím zcela využívána, přestože tato problematika začíná být stále více brána na vědomí.

Důležitým zjištěním bylo potvrzení vlivu duševní hygieny na syndrom vyhoření. Preventivní péče o duševní hygienu sice nezajistí absenci výskytu syndromu vyhoření, ale lze ho tímto způsobem eliminovat. Tím byl naplněn také dílčí cíl práce, kdy bylo ověřeno, že praktikování duševní hygieny riziku syndromu vyhoření nezamezí, ale přesto má na něj podstatný vliv. Jako nejvhodnější forma duševní hygieny vyšel z průzkumného šetření sport. U něj došlo ve třetí hypotéze k ověření, že snižuje výskyt syndromu vyhoření. Vzhledem k tomu, že mají hasiči k pohybovým aktivitám velice blízko a z výčtu jejich odpovědí vyplynulo, že se jim také často věnují, je vhodné zaměřit pozornost v rámci duševní hygieny zejména na sportovní aktivity.

Jako četný eliminátor stresu se ukázala sociální opora od kolegů, zejména vzájemná konverzace při výjezdu na místo nehody. Nelze však obecně říci, že se jedná o jediný účinný postup při snižování stresu. Velmi záleží na typu osobnosti jedince. Jak vyplynulo

z výzkumu, polovině hasičů pomáhá, když spolu navzájem při výjezdu komunikují, ale další téměř polovině tento způsob nevyhovuje a stres se snaží potlačit sami. Testováním hypotézy se však potvrdilo, že ti, kteří tuto techniku eliminace stresu používají, poměrně významně snižují riziko syndromu vyhoření. Zdá se, že komunikativnější jedinci jsou lépe chráněni před stresem a tím i před syndromem vyhoření. Přesto nelze na základě tohoto zjištění jednoznačně doporučit vzájemnou komunikaci hasičů při výjezdu, neboť záleží na dalších faktorech ovlivňujících povahu člověka. Zejména pak na jeho introverzi nebo extroverzi. Tedy vlastnostech, které jsou člověku od narození dané.

Méně překvapivé bylo zjištění, že četba nijak nesnižuje riziko syndromu vyhoření. Při stanovení výzkumné otázky byla četba zamýšlena jako volnočasová aktivita v rámci duševní hygieny. Vzhledem k absenci specifikace druhu četby ji však respondenti mohli považovat za volnočasovou, ale i odbornou. Avšak výsledky testování prokázaly dokonce zvýšené riziko syndromu vyhoření u čtenářů. Při zamyšlení se nad tímto jevem se nabízela otázka, co tito čtenáři čtou, z jakého důvodu čtou a zda mají již nějaké psychické nebo fyzické problémy. Pokud ano, lze se domnívat, že respondenti již mohli disponovat některými z příznaků syndromu vyhoření a četbou odborné literatury se snažili svému problému lépe porozumět. To mohlo být jednou z příčin zvýšení skóre syndromu vyhoření.

Za úvahu také stojí výsledky testování vztahu mezi frekvencí vyhledání odborné pomoci a syndromem vyhoření. Přestože byl testováním tento vztah prokázán, tak vyplynulo, že čím více hasiči odbornou pomoc využívají, tím více jsou ohroženi syndromem vyhoření. Zjištěný stav může vypovídat o tom, že hasiči odbornou pomoc vyhledávají opět tehdy, když vykazují znaky syndromu vyhoření, než jako formu prevence. V dotazníkovém šetření však naprostá většina výjezdových hasičů uvedla, že žádnou odbornou pomoc nevyužívá. Příčinou může být skutečnost, že jim ve velké míře pomáhá s odreagováním od stresové zátěže rodina, ale také blízký okruh přátel. Zároveň může být tento nezájem o odborné psychologické služby způsoben neochotou k osobnímu setkání se služebním psychologem. I v dotazníkovém šetření se objevily návrhy na zlepšení psychologické péče ve formě jiného způsobu pomoci, než je setkání se služebním psychologem, ale i možnost vybrat si svého psychologa.

Přestože je syndrom vyhoření u pomáhajících profesí také často spojován s délkou služby, v této práci se souvislost mezi ním a délkou služebního poměru nepotvrdila. Vliv na to mohla mít i vyšší účast hasičů, kteří slouží u HZS krátce, konkrétně mezi jedním rokem a pěti lety. Dalším důvodem mohla být možnost střídání jiných činností a prostředí. Hasiči

slouží 24h službu a poté mají dva dny volna, během kterých mohou regenerovat nebo vykonávat jiné pracovní činnosti, například brigády.

Na základě získání přehledu o aktuálním stavu stresové zátěže a technikách duševní hygieny výjezdových hasičů v Ústeckém kraji jsou předložena doporučení, která mají pomoci jejich stresovou zátěž snížit nebo jí předcházet. Tato preventivní opatření mohou přispět k lepší práci se stresem, jehož vliv na syndrom vyhoření byl prokázán.

Prvotním doporučením je zavedení změn v organizaci práce a jasné stanovení rolí. Tím by došlo k eliminaci působení stresu v důsledku časové tísně, která je pro hasiče zatěžující, a k minimalizaci stresu z pocitu zodpovědnosti nebo bezmoci ve službě. Vhodná je také redukce administrativního zatížení výjezdových hasičů ve formě delegace na kancelářské pracovníky nebo elektronizace, která by administrativní procesy alespoň trochu zjednodušila. Dalším doporučením je podpora hasičů ve sportovních aktivitách, nejlépe skupinových. Pravidelný pohyb je lépe připraví na fyzické testy, které jsou pro ně stresující, a také může výrazně vylepšit interpersonální vztahy. Podpora se může týkat zajištění prostor a vybavení k týmovým aktivitám z provozního rozpočtu. Důležitým doporučením je také zvýšit povědomí hasičů v oblasti duševní hygieny a seznámit je s dalšími technikami, nejlépe z odborných poznatků. Z nich by se mohly vybrat takové techniky, které by nejvíce odpovídaly jejich potřebám. Posledním doporučením je rozšířit aktuální podobu psychologické péče, kterou poskytuje HZS svým zaměstnancům. Vedle již zřízené anonymní linky důvěry a poskytování odborné pomoci emailem nebo přes Skype by byly účelné odborné aplikace, které by sloužily jako preventivní opatření před stresovou zátěží. Neméně důležité je ale také zavedení sezení se služebním psychologem v pravidelných intervalech. Tím by byly zajištěny užší vazby mezi psychologem a klientem, pro kterého by mohlo být jednodušší se svými problémy svěřit. Ke zkvalitnění psychologické péče by jistě přispěly i služby peera, který by využil své znalosti ze specifického výcviku psychosociální podpory kolegů. V případě asistence peera na každém územním pracovišti HZS by tak byla zajištěna okamžitá první psychická pomoc.

Všechna tato navrhovaná doporučení jsou v gesci vedení na lokální úrovni, ovšem zásadní je pro ně spolupráce a zejména pokyny z Generálního ředitelství, které by se mělo problematikou syndromu vyhoření více zabývat. Zároveň je nutné zaměřit se více na zlepšení pracovních podmínek u HZS. Zajištění optimálních podmínek a bezpečnostních záruk pro výjezdové hasiče může totiž výrazně pomoci prodloužit jejich délku působení ve službě a vyvarovat se tak zbytečným podstavům, které následně vedou ke zvýšené míře

stresu. Pro hasiče je jistě přitěžující okolností, pokud zasahují u místa nehody v nouzovém počtu z důvodu nedostatku zaměstnanců.

Navrhovaná doporučení mohou být využita také u ostatních složek IZS, zejména u zdravotnické záchranné služby nebo Policie ČR, které jsou vystaveny obdobné míře působení nadměrného stresu a jejichž povaha práce vyžaduje také zvýšené nároky na prevenci duševní hygieny.

7 Seznam použitých zdrojů

- ANDROUTSAKOS, I. *Coping, quality of life, burnout, secondary trauma and mental disorders*. Řecko: Academia [online], nedatováno. [cit. 17. 06. 2023]. Dostupné z: https://scholar.google.com/scholar?hl=cs&as_sdt=0%2C5&q=Coping%2C+quality+of+lif e%2C+burnout%2C+secondary+trauma+and+mental+disorders+among+firefighters&btn G=>.
- ANDRŠOVÁ, A. *Psychologie a komunikace pro záchranáře*. Praha: Grada, 2012. ISBN 9788024779751.
- ARNOLD, J., SILVESTER, J., PATTERSON, F., ROBERTSON, I., COOPER, G., BAŠTECKÁ, B. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. Praha : Grada Publishing, 2005. ISBN 9788024707082.
- BEDRNOVÁ, E. *Duševní hygiena a sebeřízení*. Praha: Fortuna, 1999. ISBN 80-7168-681-6.
- BEDRNOVÁ, E. *Management osobního rozvoje: duševní hygiena, sebeřízení, efektivní životní styl*. Praha: Management Press, 2009. ISBN 978-80-7261-198-0.
- BIANCHI, R., VERKUILEN, J., MEIER, L. *Is Burnout a Depressive Condition? A 14-Sample Meta-Analytic and Bifactor Analytic Study*. *Cogent Psychology*. Clinical Psychological Science. Sv. 10, 1, 2023. DOI 10.1177/2167702620979597.
- BURNES, B. *Psychologie práce: pro manažery a personalisty*. Brno: Computer Press, 2007. ISBN 978-80-251-1518-3.
- BURŠÍKOVÁ BRABCOVÁ, D., KOHOUT, J. *Psychometrické ověření české verze škály vnímaného stresu*. *E-psychologie*. s. 37, 2018. ISSN 1802-8853.
- CIMRMANOVÁ, T. *Krize a význam pomáhajícího prvního kontaktu*. Praha : Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2205-7.
- CLEGG, B. *Stress Management*. Brno: CP Books, 2005. ISBN 80-251-0617-9.
- COUNSON, I., HOSEMANS, D., LAL, T., MOT, B., HARVEY, S., SADHBH, J. *Mental health and mindfulness amongst Australian fire fighters*. *BMC Psychology*, 2019. ISSN 2050-7283.
- DAHLKE, R. *Životní krize jako vývojové šance*. Praha: Albatros Media, 2017. ISBN 9788026417187.
- FERJENČÍK, J. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál, 2000. 256 s. ISBN 80-7178-367-6.
- FONTANA, D. *Stres v práci a v životě - Jak ho pochopit a zvládat*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1033-7.
- FORMYCH, M. *Checking the effectiveness of modern technologies in the work of a psychologist with firefighters-rescuers*. *Insight. The psychological Dimensions of Society*, 2003. p. 169-189. ISSN 2664-6005.
- GEBER, M. *Effects of stress and mental toughness on burnout and depressive symptoms: A prospective study with young elite athletes*. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 2018. p. 1200-1205. DOI 10.1016/j.jsams.2018.05.018.
- Generální ředitelství HZS ČR. *O hasičském záchranném sboru ČR*. [online], nedatováno. [cit. 28. 06. 2023]. Dostupné z: <https://www.hzscr.cz/clanek/hasicsky-zachranny-sbor-ceske-republiky.aspx>.
- Generální ředitelství HZS ČR. *Úřední deska*. [online], nedatováno.[cit. 28. 06. 2023]. Dostupné z: <https://www.hzscr.cz/clanek/uredni-deska-povinne-zverejnovane-informace-povinne-zverejnovane-informace.aspx>.

Generální ředitelství HZS ČR. *Služební poměr*. [online], nedatováno. [cit. 28. 06. 2023]. Dostupné z: <https://www.hzscr.cz/clanek/specifikace-sluzebniho-pomeru.aspx?q=Y2hudW09MQ%3d%3d>.

Generální ředitelství HZS ČR. *Nabídka volných míst ve služebním poměru*. [online], nedatováno. [cit. 28. 06. 2023]. Dostupné z: <https://www.hzscr.cz/clanek/nabidka-volnych-mist-ve-sluzebnim-pomeru.aspx?q=Y2hudW09OA%3d%3d>.

Generální ředitelství HZS ČR. *Linka pomoci v krizi*. [online], nedatováno. [cit. 28. 06. 2023]. Dostupné z: <https://www.hzscr.cz/clanek/linka-pomoci-v-krizi.aspx>.

Generální ředitelství HZS ČR. *Organizační struktura KŘ HZS ÚK*. [online], nedatováno. [cit. 19. 11. 2023]. Dostupné z: <https://www.hzscr.cz/>.

Generální ředitelství HZS ČR. *Organizační struktura územního odboru HZS Ústí nad Labem*. [online], nedatováno. [cit. 19. 11. 2023]. Dostupné z: <https://www.hzscr.cz/>.

Generální ředitelství HZS ČR. *Psychologická služba u Záchranného útvaru HZS ČR*. [online], nedatováno. [cit. 29. 06. 2023]. Dostupné z: <https://www.hzscr.cz/clanek/organizacni-slozky-zachranny-utvar-menu-integrovan-y-zachranny-system-psychologicka-sluzba-psychologicka-sluzba.aspx>.

Generální ředitelství HZS ČR. *Bojový řád jednotek požární ochrany*. [online], nedatováno. [cit. 28. 06. 2023]. Dostupné z: <https://www.hzscr.cz/clanek/bojovy-rad-jednotek-pozarni-ochrany-v-dokumentech-491249.aspx>.

GREENBERG, M. *Jak lépe zvládat nepříjemné situace a konflikty*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-2584.

HARTL, P. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80–7178–803–1.

HENDL, J. *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0200-4.

HONZÁK, R. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. Praha: Vyšehrad, 2015. ISBN 978-80-7429-552-2.

HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER, J. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.

JAMAL, Y., ZAHRA, S., YASEEN, F., NASREEN, M. *Coping strategies and hardiness as predictors of stress among rescue workers*. Pakistan Journal of Psychological Research, 2017. Vol. 32, No. 1. p. 141-154. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/320136141_Coping_strategies_and_hardiness_as_predictors_of_stress_among_rescue_workers.

KASTOVÁ, V. *Krizy a tvořivý přístup k ní: typy životních krizí, jejich dynamika a možnosti krizové intervence*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-800-5.

KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.

KEBZA, V. *Chování člověka v krizových situacích*. Praha: Česká zemědělská univerzita v Praze, Provozně ekonomická fakulta, 2011. ISBN 978-80-213-1971-4.

KHALATBARI, J., GHORBANSHIROUDI, S., FIROUZBAKHSI, M. *Correlation of Job Stress, Job Satisfaction, Job Motivation and Burnout and Feeling Stress*. 2013. Procedia - Social and Behavioral Sciences. p. 860-863.

KLIMLEY, K., VAN HASSELT, V., STRIPLING, A. *Posttraumatic stress disorder in police, firefighters, and emergency dispatchers. Aggression and Violent Behavior*. 2018. Sv. 43. p. 33-44. DOI 10.1016/j.avb.2018.08.005.

KOZEL, R., MYNÁŘOVÁ, L., SVOBODOVÁ, H. *Moderní metody a techniky marketingového výzkumu*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3527-6.

KOŽINOVÁ, D. *Jak zvládnout stres a posílit odolnost*. Praha: Grada, 2022. ISBN 9788027134137.

- KRASKA-LÜDECKE, K. *Nejlepší techniky proti stresu*. Praha: Grada Publishig, 2007. ISBN 978-80-247-1833-0.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Sestra a stres*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3149-0.
- KUTÁLEK, R. *Hasiči*. Praha: Albatros Media, 2019. ISBN 9788020455963.
- LHOTA Rapotina. *Funkční označení členů JSDH*. [online], nedatováno.[cit. 28. 06. 2023]. Dostupné z: <https://www.lhotarapotina.eu/funkcni-oznaceni-clenu-jsdh>.
- MAJANI, A., GHAZALI, S., YONG, Ch., PAUZI, N., ADENAN, F., MANOGARAN, K. *Job-related psychological trauma, posttraumatic stress disorder (PTSD), and depressive symptoms among Malaysian firefighters*. Asian Journal Psychiatry, 2022. ISSN 1876-2018.
- MAREK, L., JAROŠOVÁ, E., PECÁKOVÁ, I., POUROVÁ, Z., VRABEC, M. *Statistika pro ekonomy - aplikace*. Praha: Kamil Mařík - Professional Publishing, 2005. ISBN 80-86419-68-1.
- MAREŠ, J. *Posttraumatický rozvoj člověka*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3007-3.
- MICHINOVOVA, E. *The Moderating Role of Emotional Intelligence on the Relationship Between Conflict Management Styles and Burnout among Firefighters*. Safety and Health at Work. 2022. p. 448-455, 2022. DOI 10.1016/j.shaw.2022.07.001.
- MILLOVÁ, K., SVÁROVSKÁ, Š. *Čtvrtživotní krize, její výskyt a prediktory u českých mladých dospělých*. [pdf] 11, Ostrava: Psychologický ústav, Filosofická fakulta, Masarykova univerzita, Psychologie a její kontexty, 2020. Sv. 2.
- MOŠNA, F. *Základní statistické metody*. Praha: Univerzita Karlova v Praze - Pedagogická fakulta, 2017. ISBN 9788072909728.
- MUKNŠNÁBLOVÁ, M. *Prevence nemocí: Nejčastější problémy na cestě k obnovení nebo udržení zdraví*. Praha: Ebux.cz, 2015. ISBN 978-80-260-8028-2.
- NEŠPOR, K. *Sebeovládání: stres, rizikové emoce a bažení lze zvládat*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0843-3.
- OBROVÁ, J., SOVOVÁ, E., NAKLÁDALOVÁ, M., ŠKROBÁNKOVÁ, A. *Stres jako rizikový faktor kardiovaskulárních onemocnění*. Hygiena, 2020. Sv. 2, s. 56-62.
- ORPANA, H., VACHON, J., DYKXHOORN, J., MCRAE, L., JAYARAMAN, G. *Monitoring positive mental health and its determinants in Canada: the development of the Positive Mental Health Surveillance Indicator Framework*. Health Promot Chronic Dis Prev Can, 2016. p. 1-10. DOI 10.24095/hpcdp.36.1.01.
- PAULÍK, K. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5646-2.
- PEŠEK, R., PRAŠKO, J. *Syndrom vyhoření - jak se prací a pomáháním druhým nezničit*. Praha: Pasparta, 2016. ISBN 978-80-88163-00-8.
- PETERKOVÁ, M. *Kurz duševní rovnováhy*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0585-2.
- PLAMÍNEK, J. *Sebepoznání, sebeřízení a stres. Praktický atlas sebezvládnání*. Praha : Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2593-2.
- POSCHKAMP, T. *Vyhoření: rozpoznání, léčba, prevence*. Praha: Albatros Media, 2013. ISBN 978-80-266-0161-6.
- PRIESS, M. *Jak zvládnout syndrom vyhoření: najděte cestu k sobě*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5394-2.
- RAJABI, F., MOLAEIFAR, H., JAHANGIRI, M., TAHERI, S., BANAEI, S., FARHADI, P. *Occupational stressors among firefighters: application of multi-criteria decision making (MCDM) Techniques*. Heliyon. 2020. Sv. 6, 4. DOI 10.1016/j.heliyon.2020.e03820.
- RIEDRICH, K., WEISS, E., DALKNER, N., REININGHAUS, E., PAPOUSEK, I. *Kognitive Defizite beim Burnout-Syndrom – Ein Überblick*. Neuropsychiatr. Sv. 31. p. 24-31. 2017. DOI 10.1007/s40211-017-0217-2.

- ŘEHÁK, J., BROM, O. *SPSS - Praktická analýza dat*. Brno: Computer Press, 2015. ISBN 978-80-251-4609-5.
- SMITH, T., DEJOY, D., DYAL, M., HUANG, G. *Impact of work pressure, work stress and work-family conflict on firefighter burnout*. Archives Of Environmental & Occupational Health. 2017. Sv. 74. p. 215-222. DOI 10.1080/19338244.20171395789.
- STOCK, Ch. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada, 2010. ISBN: 978-80-247-3553-5.
- STUDZIŃSKA, M., WAJDA, Z., LIZIŃCZYK, S. *Years of Service, Self-efficacy, Stress and Burnout among Polish Firefighters*. International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health. 2020. Sv. 33(3). p. 28. DOI 10.13075/ijom.eh.1896.01483.
- STULBERG, B., MAGNESS, S. *Na vrcholu*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-2230-1.
- ŠPATENKOVÁ, N., SOBOTKOVÁ, I., SÝKOROVÁ, D., PŘÍHODOVÁ, A. *Krize: psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada, 2004. ISBN 9788024708881.
- ŠPATENKOVÁ, N., DOHNAL, D., DOHNALOVÁ, S., IVANOVÁ, K. *Krize a krizová intervence*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-9951-8.
- ŠTIKAR, J. *Psychologie ve světě práce*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 978-80-246-0448-0.
- ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, M. *Techniky osobnostního rozvoje a duševní hygieny učitele*. Praha: Grada, 2018. ISBN 78-80-271-0470-3.
- ŠVÁB, S. *Psychologie práce pro nováčky, hasiče-záchranáře, ale nejen pro ně*. Ostrava : Sdružení požárního a bezpečnostního inženýrství, 2006. ISBN 8086634841.
- TOMEK, P. *Zákon o služebním poměru příslušníků bezpečnostních sborů s komentářem*. Praha: ANAG, 2012. ISBN 8072637525.
- URBAN, J. *Přestaňte se v práci stresovat*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-9161-1.
- VODÁČKOVÁ, D. *Krizová intervence: krize v životě člověka. Formy krizové pomoci a služeb*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0212-7.
- VOJTÍŠEK, P. *Výzkumné metody*. Praha: Vyšší odborná škola sociálně právní, 2012. ISBN 978-80-905109-3-7.
- VOŽEH, F. *Stres - nejen užitečný záchránce, ale i sebevražedná zbraň*. Plzeňský lékařský sborník. 2017. s. 67-80. ISSN 0551-1038.
- VYMĚTAL, J. *Duševní krize a psychoterapie*. Hradec Králové: Konfrontace, 1995. ISBN 80-901773-4-4.
- WALKER, J. *Výzkumné metody a statistika*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3920-5.
- WONG, J., LIN, J., LIU, S., WAN, T. *Fireman's job stress: integrating work/non-work conflict with job demand-control-support model*. Revue européenne de psychologie appliquée. 2013. Sv. 64, 2. p. 83-91. DOI 10.1016/j.erap.2013.12.002.
- ZABORCOVÁ, M. *Jak projít životními krizemi k životním výhrám*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-9921-1.

7.1 Seznam obrázků

Obrázek 1: Organizační struktura HZS ČR	51
---	----

7.2 Seznam tabulek

Tabulka 1: Faktory ovlivňující vznik a průběh krize	25
Tabulka 2: Zastoupení respondentů dle pohlaví	56
Tabulka 3: Zastoupení respondentů dle věku (v letech)	57
Tabulka 4: Zastoupení respondentů dle rodinného stavu.....	57
Tabulka 5: Zastoupení respondentů dle víry v náboženství.....	58
Tabulka 6: Zastoupení respondentů dle délky služby	58
Tabulka 7: Zastoupení respondentů dle pracovní pozice.....	59
Tabulka 8: Výpočet Pearsonova korelačního koeficientu.....	61
Tabulka 9: Výpočet Pearsonova korelačního koeficientu.....	62
Tabulka 10: Výpočet Dvouvýběrového t-testu s nerovností rozptylů	64
Tabulka 11: Výpočet Dvouvýběrového t-testu s rovností rozptylů	65
Tabulka 12: Výpočet Dvouvýběrového t-testu s nerovností rozptylů	67
Tabulka 13: Výpočet Kendallova korelačního koeficientu.....	69
Tabulka 14: Výpočet Pearsonova korelačního koeficientu.....	70

7.3 Seznam grafů

Graf 1: Vztah mezi stresem a syndromem vyhoření.....	61
Graf 2: Vztah mezi duševní hygienou a syndromem vyhoření (SMBM).....	62
Graf 3: Vztah mezi sportováním a syndromem vyhoření	64
Graf 4: Vztah mezi četbou a syndromem vyhoření	66
Graf 5: Vztah mezi sociální oporou od kolegů a syndromem vyhoření	68
Graf 6: Vztah mezi frekvencí odborné pomoci a syndromem vyhoření.....	69
Graf 7: Vztah délky služebního poměru a syndromu vyhoření	71

7.4 Seznam použitých zkratk

GAS	Generalizovaný adaptační syndrom
GSE	General Self-Efficacy Scale
GŘ	Generální ředitelství
HZS ČR	Hasičský záchranný sbor České republiky
HZS ÚK	Hasičský záchranný sbor Ústeckého kraje
IZS	Integrovaný záchranný systém
PSS	Perceived Stress Scale
PTSD	Posttraumatická stresová porucha
SMBM	Shirom-Melamed Burnout Measure
WHO	Světová zdravotnická organizace
ZÚ HZS ČR	Záchranný útvar HZS ČR

8 Přílohy

Příloha 1: Mechanismy možných účinků působení stresu na fyziologické procesy

Příloha 2: Tři stadia generalizovaného adaptačního syndromu (GAS)

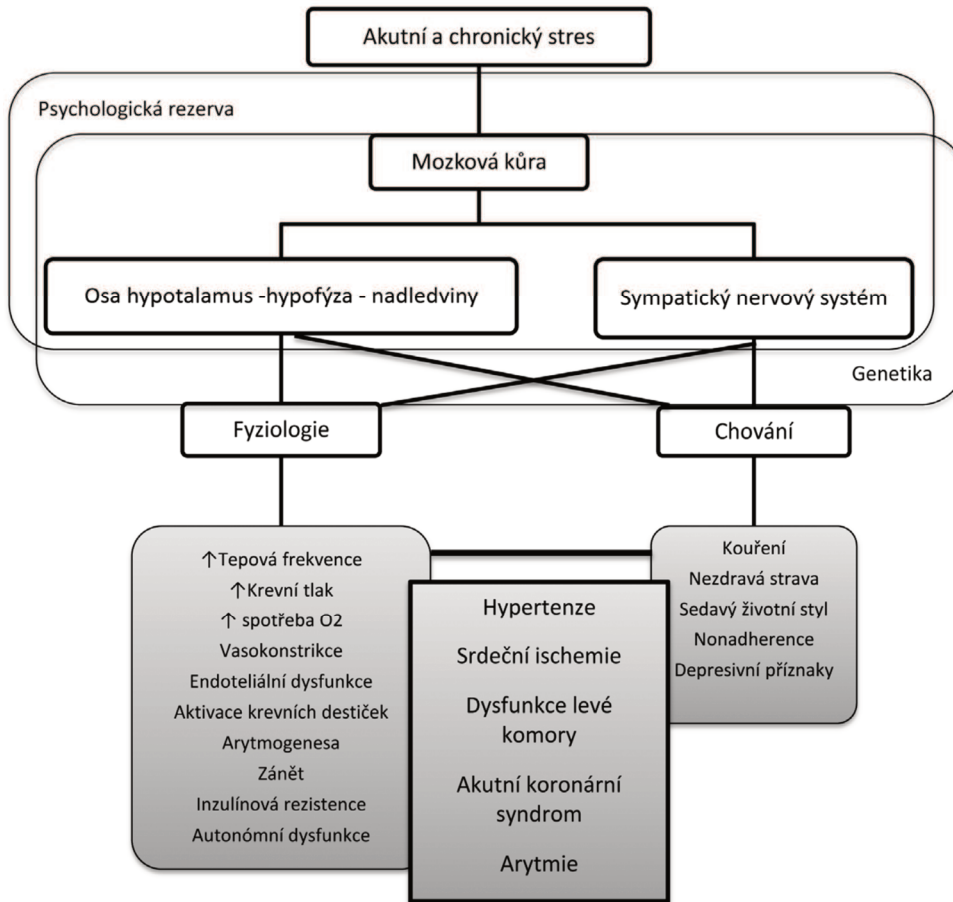
Příloha 3: Organizační struktura KŘ HZS Ústeckého kraje

Příloha 4: Organizační struktura územního odboru HZS Ústí nad Labem

Příloha 5: Dotazník

Příloha č. 1

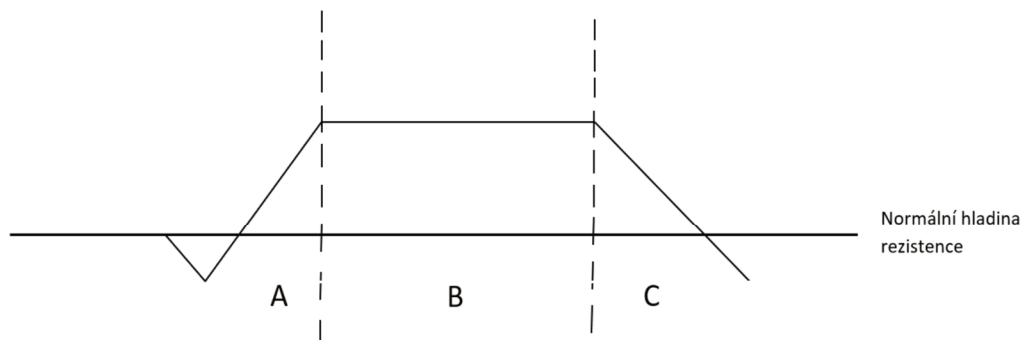
Příloha 1: Mechanismy možných účinků působení stresu na fyziologické procesy



Zdroj: Obrová a kol. (2020, str. 53)

Příloha č. 2

Příloha 2: Tři stadia generalizovaného adaptačního syndromu (GAS)



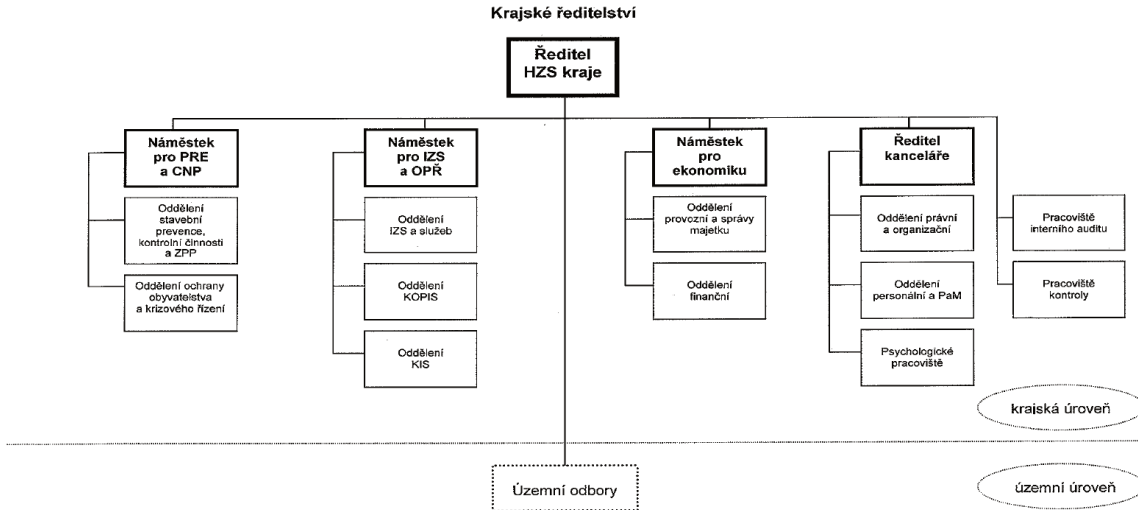
Tři stadia generalizovaného adaptačního syndromu

Zdroj: Fontana (2016, str. 28)

Příloha č. 3

Příloha 3: Organizační struktura KŘ HZS Ústeckého kraje

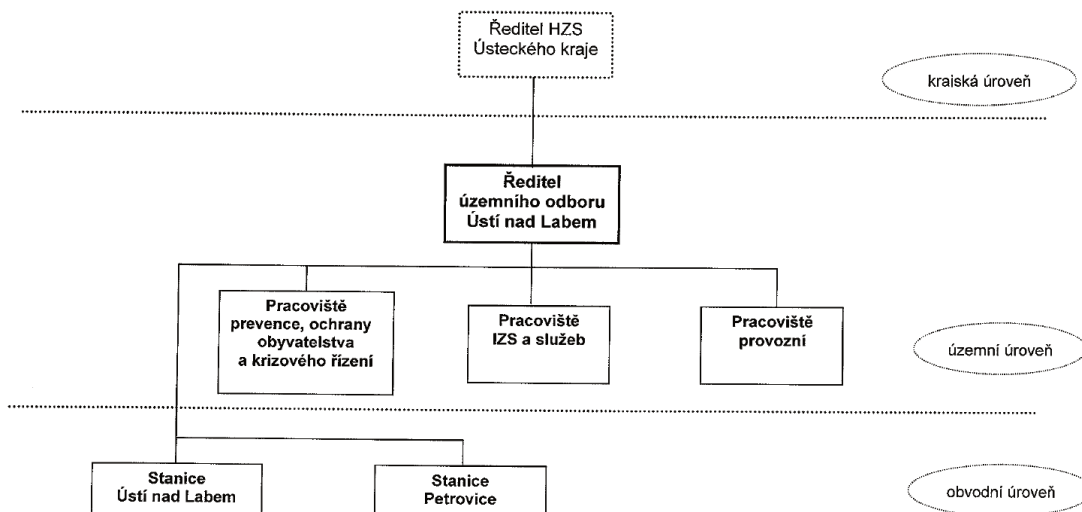
Hasičský záchranný sbor Ústeckého kraje
schéma organizační struktury krajského ředitelství



Zdroj: GŘ HZS ČR (2023)

Příloha č. 4

Příloha 4: Organizační struktura územního odboru HZS Ústí nad Labem
Hasičský záchranný sbor Ústeckého kraje
schéma organizační struktury územního odboru



Zdroj: GŘ HZS ČR (2023)

Příloha č. 5

Dotazník - Stresová zátěž

Vážení kolegové,

v rámci výzkumu stresové zátěže ve své diplomové práci na téma "Chování člověka v krizových situacích spojených s výkonem profese" se na Vás obracím s prosbou o vyplnění dotazníku, který je zaměřen výhradně na příslušníky HZS Ústeckého kraje. Úspěšnost celého výzkumu je závislá na co největším množství získaných dat, proto Vás prosím o úplné vyplnění dotazníku. Ten je zcela anonymní a jeho vyplnění by Vám nemělo zabrat více než 7 minut. Předem Vám děkuji za ochotu a spolupráci. Lucie Dědková

* Označuje povinnou otázku

1. 1.1 Pohlaví *

Označte jen jednu elipsu.

- muž
 žena

2. 1.2 Jaký je Váš věk? (uvedte v letech) *

3. 1.3 Jaký je Váš rodinný stav? *

Označte jen jednu elipsu.

- svobodný/á
 ženatý/vdaná
 rozvedený/á

<https://docs.google.com/forms/d/1GSM9fbkJKrio1lImTJf7Wp1p4hfH-cWC5Bh4Na8fNI/edit>

1/39

<https://docs.google.com/forms/d/1GSM9fbkJKrio1lImTJf7Wp1p4hfH-cWC5Bh4Na8fNI/edit>

2/39

07.07.23 14:31

Dotazník - Stresová zátěž

7. 2.1 Způsobuje Vám stres nadměrná fyzická zátěž? *

1. nikdy nebo téměř nikdy
2. velmi zřídka
3. zřídka
4. někdy
5. docela často
6. velmi často
7. vždy nebo téměř vždy

Označte jen jednu elipsu.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

—

<https://docs.google.com/forms/d/1GSM9fbkJKrio1lImTJf7Wp1p4hfH-cWC5Bh4Na8fNI/edit>

3/39

07.07.23 14:31

Dotazník - Stresová zátěž

8. 2.2 Způsobuje Vám stres nadměrná emocionální zátěž? *

1. nikdy nebo téměř nikdy
2. velmi zřídka
3. zřídka
4. někdy
5. docela často
6. velmi často
7. vždy nebo téměř vždy

Označte jen jednu elipsu.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

—

<https://docs.google.com/forms/d/1GSM9fbkJKrio1lImTJf7Wp1p4hfH-cWC5Bh4Na8fNI/edit>

3/39

<https://docs.google.com/forms/d/1GSM9fbkJKrio1lImTJf7Wp1p4hfH-cWC5Bh4Na8fNI/edit>

4/39

4. 1.4 Jste věřící? *

Označte jen jednu elipsu.

- ano
 ne
 nechci uvést

5. 1.5 Jak dlouho sloužíte u HZS? (uvedte v letech) *

6. 1.6 Jaká je Vaše pracovní pozice u HZS? *

Označte jen jednu elipsu.

- velitel
 strojník
 hasič

Škála vnímaného stresu (Perceived Stress Scale – PSS)

Uvedená tabulka obsahuje dotazy na stresovou zátěž, která na Vás může ve službě působit. Označte, prosím, v každém řádku na škále 1 až 7 v jakém časovém intervalu na Vás dané stresory působí

9. 2.3 Způsobuje Vám stres kognitivní zátěž? (např. školení) *

1. nikdy nebo téměř nikdy
2. velmi zřídka
3. zřídka
4. někdy
5. docela často
6. velmi často
7. vždy nebo téměř vždy

Označte jen jednu elipsu.

1

2

3

4

5

6

7

10. 2.4 Způsobuje Vám stres časová tíseň? *

1. nikdy nebo téměř nikdy
2. velmi zřídka
3. zřídka
4. někdy
5. docela často
6. velmi často
7. vždy nebo téměř vždy

Označte jen jednu elipsu.

1

2

3

4

5

6

7

11. 2.5 Způsobuje Vám stres pocit zodpovědnosti? *

1. nikdy nebo téměř nikdy
2. velmi zřídka
3. zřídka
4. někdy
5. docela často
6. velmi často
7. vždy nebo téměř vždy

Označte jen jednu elipsu.

1

2

3

4

5

6

7

12. 2.6 Způsobuje Vám stres riziko ohrožení vlastního života? *

1. nikdy nebo téměř nikdy
2. velmi zřídka
3. zřídka
4. někdy
5. docela často
6. velmi často
7. vždy nebo téměř vždy

Označte jen jednu elipsu.

1

2

3

4

5

6

7

13. 2.7 Způsobuje Vám stres 24hodinová služba? *

1. nikdy nebo téměř nikdy
2. velmi zřídka
3. zřídka
4. někdy
5. docela často
6. velmi často
7. vždy nebo téměř vždy

Označte jen jednu elipsu.

1

2

3

4

5

6

7

14. 2.8 Způsobuje Vám stres pocit bezmoci ve službě? *

1. nikdy nebo téměř nikdy
2. velmi zřídka
3. zřídka
4. někdy
5. docela často
6. velmi často
7. vždy nebo téměř vždy

Označte jen jednu elipsu.

1

2

3

4

5

6

7

15. 2.9 Způsobuje Vám stres povinná zdravotní prohlídka? *

1. nikdy nebo téměř nikdy
2. velmi zřídka
3. zřídka
4. někdy
5. docela často
6. velmi často
7. vždy nebo téměř vždy

Označte jen jednu elipsu.

1

2

3

4

5

6

7

16. 2.10 Způsobuje Vám stres zkouška z odborné způsobilosti? *

1. nikdy nebo téměř nikdy
2. velmi zřídka
3. zřídka
4. někdy
5. docela často
6. velmi často
7. vždy nebo téměř vždy

Označte jen jednu elipsu.

1

2

3

4

5

6

7

17. 2.11 Způsobují Vám stres povinné fyzické testy? *

1. nikdy nebo téměř nikdy
2. velmi zřídka
3. zřídka
4. někdy
5. docela často
6. velmi často
7. vždy nebo téměř vždy

Označte jen jednu elipsu.

1

2

3

4

5

6

7

18. 2.12 Způsobuje Vám stres administrativní zátěž? *

1. nikdy nebo téměř nikdy
2. velmi zřídka
3. zřídka
4. někdy
5. docela často
6. velmi často
7. vždy nebo téměř vždy

Označte jen jednu elipsu.

1

2

3

4

5

6

7

19. 2.13 Způsobují Vám stres kolegové? *

1. nikdy nebo téměř nikdy
2. velmi zřídka
3. zřídka
4. někdy
5. docela často
6. velmi často
7. vždy nebo téměř vždy

Označte jen jednu elipsu.

1

2

3

4

5

6

7

20. 2.14 Způsobují Vám stres neočekávané situace při výjezdu? *

1. nikdy nebo téměř nikdy
2. velmi zřídka
3. zřídka
4. někdy
5. docela často
6. velmi často
7. vždy nebo téměř vždy

Označte jen jednu elipsu.

1

2

3

4

5

6

7

Shirom - Melamedova škála (Shirom-Melamed Measure – SMBM)

Uvedená tabulka obsahuje tvrzení vystihující pocity, které se u Vás mohou projevit. Označte, prosím, v každém řádku na škále 1 až 7 pocity, které jste za posledních 30 dní pocítil/a ve službě.

Jak často jste se takto cítil/a ve službě?

21. 3.1 Cítím se unavený/á *

1. nikdy nebo téměř nikdy
2. velmi zřídka
3. zřídka
4. někdy
5. docela často
6. velmi často
7. vždy nebo téměř vždy

Označte jen jednu elipsu.

1

2

3

4

5

6

7

22. 3.2 Nemám sílu jít do služby *

1. nikdy nebo téměř nikdy
2. velmi zřídka
3. zřídka
4. někdy
5. docela často
6. velmi často
7. vždy nebo téměř vždy

Označte jen jednu elipsu.

1

2

3

4

5

6

7

23. *

3.3 Cítím se fyzicky oslabený/á

1. nikdy nebo téměř nikdy
2. velmi zřídka
3. zřídka
4. někdy
5. docela často
6. velmi často
7. vždy nebo téměř vždy

Označte jen jednu elipsu.

1

2

3

4

5

6

7

24. 3.4 Cítím se v napětí *

1. nikdy nebo téměř nikdy
2. velmi zřídka
3. zřídka
4. někdy
5. docela často
6. velmi často
7. vždy nebo téměř vždy

Označte jen jednu elipsu.

1

2

3

4

5

6

7

25. 3.5 Cítím se bez energie *

1. nikdy nebo téměř nikdy
2. velmi zřídka
3. zřídka
4. někdy
5. docela často
6. velmi často
7. vždy nebo téměř vždy

Označte jen jednu elipsu.

1

2

3

4

5

6

7

26. 3.6 Cítím se vyhořelý/á *

1. nikdy nebo téměř nikdy
2. velmi zřídka
3. zřídka
4. někdy
5. docela často
6. velmi často
7. vždy nebo téměř vždy

Označte jen jednu elipsu.

1

2

3

4

5

6

7

27. 3.7 Mám zpomalené myšlení *

1. nikdy nebo téměř nikdy
2. velmi zřídka
3. zřídka
4. někdy
5. docela často
6. velmi často
7. vždy nebo téměř vždy

Označte jen jednu elipsu.

1

2

3

4

5

6

7

28. 3.8 Špatně se soustředím *

1. nikdy nebo téměř nikdy
2. velmi zřídka
3. zřídka
4. někdy
5. docela často
6. velmi často
7. vždy nebo téměř vždy

Označte jen jednu elipsu.

1

2

3

4

5

6

7

29. 3.9 Cítím, že nepřemýšlím jasně *

1. nikdy nebo téměř nikdy
2. velmi zřídka
3. zřídka
4. někdy
5. docela často
6. velmi často
7. vždy nebo téměř vždy

Označte jen jednu elipsu.

1

2

3

4

5

6

7

—

30. 3.10 Při přemýšlení se špatně koncentruji *

1. nikdy nebo téměř nikdy
2. velmi zřídka
3. zřídka
4. někdy
5. docela často
6. velmi často
7. vždy nebo téměř vždy

Označte jen jednu elipsu.

1

2

3

4

5

6

7

—

31. 3.11 Mám problém s přemýšlením o složitých věcech *

1. nikdy nebo téměř nikdy
2. velmi zřídka
3. zřídka
4. někdy
5. docela často
6. velmi často
7. vždy nebo téměř vždy

Označte jen jednu elipsu.

1

2

3

4

5

6

7

—

32. 3.12 Cítím, že se mi nedaří být citlivý/á k potřebám svých kolegů *

1. nikdy nebo téměř nikdy
2. velmi zřídka
3. zřídka
4. někdy
5. docela často
6. velmi často
7. vždy nebo téměř vždy

Označte jen jednu elipsu.

1

2

3

4

5

6

7

—

33. 3.13 Nejsem schopen/-a cítit lítost s oběťmi krizových událostí *

1. nikdy nebo téměř nikdy
2. velmi zřídka
3. zřídka
4. někdy
5. docela často
6. velmi často
7. vždy nebo téměř vždy

Označte jen jednu elipsu.

1

2

3

4

5

6

7

34. 3.14 Cítím, že nejsem schopen/-a být milý/á na své kolegy *

1. nikdy nebo téměř nikdy
2. velmi zřídka
3. zřídka
4. někdy
5. docela často
6. velmi často
7. vždy nebo téměř vždy

Označte jen jednu elipsu.

1

2

3

4

5

6

7

35. 4.1 Jakým způsobem se snažíte zmírnit stres při výjezdu? *

Zaškrtněte jednu nebo více z uvedených možností.

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- vědomým dýcháním
- koncentrací na určitý předmět
- využitím některé z psychologických technik
- konverzací s kolegy
- snažím se ho potlačit
- Jiné: _____

36. 4.2 Jak často eliminujete stres fyzickou aktivitou? *

1. nikdy nebo téměř nikdy
2. velmi zřídka
3. zřídka
4. někdy
5. docela často
6. velmi často
7. vždy nebo téměř vždy

Označte jen jednu elipsu.

1

2

3

4

5

6

7

37. 4.3 Jak často eliminujete stres zájmovou činností? *

1. nikdy nebo téměř nikdy
2. velmi zřídka
3. zřídka
4. někdy
5. docela často
6. velmi často
7. vždy nebo téměř vždy

Označte jen jednu elipsu.

1

2

3

4

5

6

7

38. 4.4 Jak často eliminujete stres setkáním s přáteli? *

1. nikdy nebo téměř nikdy
2. velmi zřídka
3. zřídka
4. někdy
5. docela často
6. velmi často
7. vždy nebo téměř vždy

Označte jen jednu elipsu.

1

2

3

4

5

6

7

39. 4.5 Jak často eliminujete stres prostřednictvím odborné pomoci? *

1. nikdy nebo téměř nikdy
2. velmi zřídka
3. zřídka
4. někdy
5. docela často
6. velmi často
7. vždy nebo téměř vždy

Označte jen jednu elipsu.

1

2

3

4

5

6

7

40. 4.6 Zapijíte stres alkoholem? *

1. nikdy nebo téměř nikdy
2. velmi zřídka
3. zřídka
4. někdy
5. docela často
6. velmi často
7. vždy nebo téměř vždy

Označte jen jednu elipsu.

1

2

3

4

5

6

7

41. 4.7 Jak často mluvíte o traumatizujícím zážitku při zásahu s kolegy? *

1. nikdy nebo téměř nikdy
2. velmi zřídka
3. zřídka
4. někdy
5. docela často
6. velmi často
7. vždy nebo téměř vždy

Označte jen jednu elipsu.

1

2

3

4

5

6

7

42. 4.8 Jakou techniku duševní hygieny používáte? *

Zaškrtněte jednu nebo více z uvedených možností.

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- sport
- četba
- sledování filmů
- koníčky
- procházky se psem
- Jiné: _____

43. 4.9 Máte pocit, že jste dostatečně informováni o způsobech péče duševní hygieny? *

Označte jen jednu elipsu.

- určitě ano
- spíše ano
- spíše ne
- určitě ne
- nevím

44. 4.10 Kdo Vám pomáhá, v případě potřeby, vyrovnat se se stresovou zátěží? *

Zaškrtněte jednu nebo více z uvedených možností.

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- rodina
- přátelé
- kolegové
- nikdo

45. 4.11 Co byste zlepšil/a v psychologické péči poskytované HZS? *

Zaškrtněte jednu nebo více z uvedených možností.

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- zavést pravidelná sezení se služebním psychologem
- zavést poskytování rad jinou formou, než je osobní setkání
- možnost vybrat si svého psychologa
- zavést duchovní péči
- Jiné: _____