

Problematika syndromu vyhoření u pracovníků ÚSZS Moravskoslezského kraje

Bc. Petra Chmelenská

Diplomová práce
2010



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Bc. Petra CHMELENSKÁ

Studijní program: N 7501 Pedagogika

Studijní obor: Sociální pedagogika

**Téma práce: Problematika syndromu vyhoření u pracovníků
Územního střediska záchranné služby
Moravskoslezského kraje**

Zásady pro vypracování:

Vyhledání teoretické odborné literatury, její prostudování a zpracování.

Stanovení cílů práce a výzkumného problému.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvantitativního výzkumu ve vybraných střediscích záchranné služby.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

BARTOŠÍKOVÁ, I. O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006. ISBN 80-7013-439-9.

KALLWASS, A. Syndrom vyhoření v práci a osobním životě. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-299-7.

KŘIVOHLAVÝ, J. Jak zvládat stres. Praha: Grada Avicenum, 1994. ISBN 80-7169-121-6.

RUSH, M. Syndrom vyhoření. Praha: návrat domů, 2003. ISBN 80-7255-074-8.

Vedoucí diplomové práce:

Ing. Mgr. Svatava Kašpárková, Ph.D.

Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce:

14. ledna 2010

Termín odevzdání diplomové práce:

30. dubna 2010

Ve Zlíně dne 14. ledna 2010

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 5.4.2010

..... *Petra Homolová*

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělčně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Cílem této diplomové práce je přiblížit problematiku syndromu vyhoření, a to především u pracovníků Územního střediska záchranné služby Moravskoslezského kraje.

V teoretické části je popsán pojem stres, syndrom vyhoření a jsou zde také uvedeny základní údaje o zdravotnické záchranné službě, specifikách její práce, poskytování psychosociální podpory, intervence a prevence pracovníkům záchranné služby.

Praktická část je zaměřena na zpracování a vyhodnocení dotazníkového šetření s cílem zmapovat stupeň vyhoření u pracovníků Územního střediska záchranné služby Moravskoslezského kraje. Také je zde uvedena analýza dat získaných prostřednictvím rozhovorů se zdravotnickými pracovníky Zdravotnické záchranné služby Havířov, jejímž cílem bylo proniknout hlouběji do problematiky syndromu vyhoření.

Klíčová slova: Stres, syndrom vyhoření, MBI – Maslach Burnout Inventory, prevence, zdravotnická záchranná služba.

ABSTRACT

The goal of my graduation theses is to come close to the problems of burnout syndrome especially with workers from Land Center for Rescue Service Moravia-Silesian Region.

In theoretical part are described the terms of stress and burnout syndrome which are written here as elementary specification of Medical rescue services, specifics their work, providing psycho-social assistance, intervention and prevention for workers of medical rescue service.

Practical part is focused on process and interpretation of investigation of charted grade of burnout workers from Land Center for Rescue Service Moravia-Silesian Region. Also there is listed analysis of informations which were took from interviews with medical workers from Medical rescue services from Havířov. This was the goal to more enter inside to the problem of burnout syndrome.

Keywords: Stress, burnout syndrome, MBI – Maslach Burnout Inventory, prevention, Medical rescue services.

Děkuji paní Ing. Mgr. Svatavě Kašpárkové, Ph.D. a panu PhDr. Lukáši Humplovi za metodickou pomoc, odborné rady a připomínky, které mi vždy ochotně poskytovali během zpracování diplomové práce.

*„Právě tak, jako byste se neměli pokoušet léčit oči bez hlavy a hlavu bez těla,
neměli byste léčit tělo bez duše.“ (Sokrates)*

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Ve Zlíně 25. 4. 2010

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 STRES	13
1.1 POJEM STRES.....	13
1.2 STRESORY A STRESOVÉ UDÁLOSTI.....	14
1.3 FÁZE STRESU.....	16
1.4 PŘÍZNAKY STRESOVÉHO STAVU A NEMOCI ZE STRESU	17
1.5 ZVLÁDÁNÍ STRESU	18
2 SYNDROM VYHOŘENÍ.....	21
2.1 POJEM SYNDROM VYHOŘENÍ.....	21
2.2 PŘÍZNAKY SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	23
2.3 FÁZE SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	24
2.4 RIZIKOVÉ FAKTORY SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	26
2.5 PŘEHLED PROFESÍ S RIZIKEM VZNIKU SYNDROMU VYHOŘENÍ	28
2.6 PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	29
2.6.1 Prevence syndromu vyhoření na úrovni jednotlivce	29
2.6.2 Prevence syndromu vyhoření na úrovni organizace.....	31
2.7 DIAGNOSTIKA SYNDROMU VYHOŘENÍ	32
3 ZÁCHRANNÁ ZDRAVOTNICKÁ SLUŽBA	34
3.1 PRACOVNÍK ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY	35
3.2 CHARAKTERISTIKA PRÁCE.....	36
3.2.1 Specifika zátěže zdravotnického personálu	37
3.2.2 Rizika a stresové faktory v práci zaměstnanců zdravotnických záchranných služeb.....	38
3.3 ETICKÝ ROZMĚR ZDRAVOTNICKÉ PRÁCE	39
3.3.1 Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů.....	39
3.4 PREVENTIVNÍ A INTERVENČNÍ TECHNIKY.....	40
II PRAKTICKÁ ČÁST	43
4 ÚZEMNÍ STŘEDISKO ZÁCHRANNÉ SLUŽBY MORAVSKOSLEZSKÉHO KRAJE.....	44
4.1 PSYCHOLOG ÚSZS MSK.....	44
5 VÝZKUM.....	46
5.1 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÝ PROBLÉM	46
5.2 DRUH VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ METODY	47
5.3 VÝZKUMNÝ VZOREK	47
5.4 REALIZACE VÝZKUMU	48
6 DOTAZNÍK.....	49

6.1	MBI DOTAZNÍK	49
6.2	ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT	52
6.3	VYHODNOCENÍ.....	52
6.3.1	Vyhodnocení složení výzkumného vzorku	52
6.3.2	Vyhodnocení položky EE	58
6.3.3	Vyhodnocení položky DP	59
6.3.4	Vyhodnocení položky PA	60
6.4	SHRNUTÍ	61
7	POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR	62
7.1	VÝZKUMNÝ VZOREK PRO ROZHOVOR	62
7.2	ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT	63
7.3	ANALYTICKÝ PŘÍBĚH.....	63
7.3.1	Stres	64
7.3.2	Syndrom vyhoření	65
7.3.3	Prevence	65
7.4	SHRNUTÍ	67
	ZÁVĚR	69
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	70
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	74
	SEZNAM OBRÁZKŮ	75
	SEZNAM TABULEK	76
	SEZNAM PŘÍLOH	77

ÚVOD

Dnešní doba je charakteristická rostoucím životním tempem a je zřejmé, že také náročnost práce ve zdravotnictví bude stále narůstat. Na zdravotníky jsou a budou kladeny stále vyšší požadavky na úrovni profesionální i sociální. Zdravotnictví patří mezi pomáhající profese charakteristické vysokou náročností práce především po psychické, ale i fyzické stránce a lze jej právem považovat za jedno z nejrizikovějších z hlediska přítomnosti syndromu vyhoření. Zátěž, se kterou se pracovníci záchranné zdravotnické služby denně potýkají, není zanedbatelná a myslím si, že účinnější je situacím syndromu vyhoření předcházet, než je následně léčit.

Téma mé diplomové práce Problematika syndromu vyhoření u pracovníků ÚSZS Moravskoslezského kraje (Územního střediska záchranné služby Moravskoslezského kraje) jsem si zvolila na základě toho, že mám kolem sebe okruh přátel zdravotníků záchranné služby a uvědomuji si náročnost jejich práce a právě problematice a prevenci syndromu vyhoření přikládám velký význam.

Cílem teoretické části diplomové práce je provedení rešerše dostupné odborné literatury. Tato část je rozdělena do tří hlavních kapitol. V první kapitole s názvem Stres je obecně nastíněn pojem stres, stresory, příznaky, fáze stresu a zvládání stresu. V další kapitole Syndrom vyhoření se zabývám samotným pojmem syndrom vyhoření, jeho příznaky, fázemi, rizikovými faktory, prevencí, diagnostikou, atd. Poslední kapitola je věnována zdravotnické záchranné službě, obecné charakteristice její práce, etickému rozměru, preventivním a intervenčním technikám.

V praktické části je proveden smíšený výzkum. Výzkumný problém je formulován následovně: Jaký stupeň syndromu vyhoření se objevuje u pracovníků ÚSZS Moravskoslezského kraje? Pomocí české verze MBI (Maslach Burnout Inventory) dotazníku se budu snažit zmapovat stupeň syndromu vyhoření u pracovníků ÚSZS Moravskoslezského kraje, což považuji za hlavní cíl praktické části. V druhé, kvalitativní části, svého výzkumu se budu snažit pomocí rozhovorů hlouběji proniknout do problematiky syndromu vyhoření a nalézt odpovědi na své dílčí výzkumné otázky.

Výsledky získané dotazníkovým šetřením a analýzou rozhovorů budou předány PhDr. Lukáši Humplovi, klinickému psychologovi a mluvčímu Územního střediska záchranné služby Moravskoslezského kraje, který se právě o tyto pracovníky stará (je podnikovým psychologem, pořádá různé semináře, péči na vyžádání, pořádá různá

individuální a skupinová sezení, peer programy atd.) a budou se zvažovat další postupy a opatření týkající se prevence syndromu vyhoření.

.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 STRES

Se stresem jsem konfrontován všichni každý den. Stres je součástí našich životů od narození a provází nás po celou dobu života. V dospělosti jsme díky pracovnímu procesu vystaveni navíc i tzv. pracovnímu stresu, který se prakticky vyskytuje v jakékoliv profesi či profesní situaci (Švingalová, 2006).

Každý z nás se setkává s těžkými životními situacemi, které mají různou podobu. Tyto situace mohou přijít při úmrtí blízkého člověka, při rozvodu, autohavárii, úrazu nemocí, nucené změně povolání, bydliště atd., přičemž mnohdy se mísí s pocity ohrožení a méněcennosti a často se dotýkají našeho já. Díky nim se snižuje naše sebevědomí, kladné sebehodnocení, ztrácíme pevnou půdu pod nohama (Křivohlavý, 1994).

Stres, pokud se vyskytuje v přiměřené míře, nemusí mít pouze jen záporný význam, ale může nás také aktivizovat, podněcovat k hledání řešení dané situace. Někteří mohou stresové situace, například ve formě adrenalinových sportů, vyhledávat i úmyslně, neboť mohou způsobovat přísun endorfinů do mozku a tím přivodit příjemné pocity (Vágnerová, 2004).

1.1 Pojem stres

Jako první definoval a popsal pojem stres (napětí, zátěž) patofyziolog židovského původu Hans Selye v první polovině minulého století (Sýkora, Dvořák, Ševčík, 2009). Pojmenoval tak fyziologické reakce, které pomáhají vytvořit adaptační syndrom a organismus se tak se můžeme bránit různým zátěžím. Jako hlavní zátěže Seley považoval především vedro, vážná zranění, těžké otravy apod. Levi pak stresující situace rozšířil o psychosociální sféru (Nakonečný, 1997).

„Stresem se obvykle rozumí vnitřní stav člověka, který je buď přímo něčím ohrožován, nebo takové ohrožení očekává a přitom se domnívá, že jeho obrana proti nepříznivým vlivům není dostatečně silná“ (Křivohlavý, 1994, s. 10).

Pro definování stresové situace čili stresu, je velmi důležitý poměr mezi velikostí (neboli mírou, intenzitou) ohrožujícího podnětu (tzv. stresoru) a schopnostmi jedince tuto situaci zvládnout. Pokud míra ohrožujících podnětů přesáhne mez zvládatelnosti jedince, poté můžeme hovořit o stresu (Křivohlavý, 2001).

Stres je fyziologický proces zprostředkovaný automatickou reakcí organismu na stresory a probíhá na úrovni hypotalamus → hypofýza → nadledvinky. Tento proces má za úkol připravit organismus na útěk nebo na zaútočení, popř. připravit organismus na přežití v krajně vypjatých situacích (Honzák, 2008).

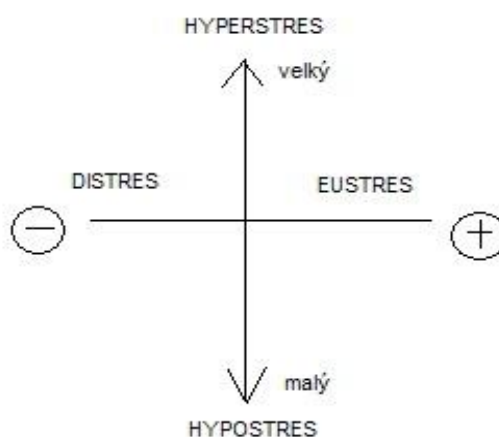
1.2 Stresory a stresové události

Existují různé pohledy na stránky stresu, přičemž stres může být vyvolán různými vlivy, okolnostmi, podmínkami, faktory. Na každého z nás působí podněty vyvolávající stres různě. Tento podnětům říkáme stresory a reakcím na ně stresové reakce. Každý máme individuální reakci na stejný stresor. Někteří lidé ve stresové situaci mohou pociťovat psychické nebo fyzické obtíže, jiní nemusí pociťovat žádné obtíže, naopak je pro ně situace výzvou (Herman, Doubek, 2008).

Podle malé či velké intenzity vztahující se k stresové reakci hovoříme o hyperstresu a hypostresu. Hyperstres je příliš vysoký a překračuje už hranice adaptability a vede k psychosomatickému zhroucení a naopak hypostres, označovaný taky jako „zátěž“, je zvládnutelný, nepřilíživý stres (Křivohlavý, 1994).

Rozlišujeme také stres, který působí na člověka kladně, mobilizuje ho a stimuluje, ten nazýváme eustres a naopak stres působící na člověka negativně, označujeme jako distres. (Křivohlavý, 1994; Plamínek, 2008).

Následující obrázek nám ukazuje základní rozměry stresu.



Obr. 1. Základní rozměry stresu
(Křivohlavý, 1994, s. 8).

Stres může vyvolávat řada událostí od závažných událostí až po běžné každodenní nepříjemnosti. Charakteristickými znaky jsou traumatizace, neovlivnitelnost a nepředvídatelnost. Traumatické události přesahující běžnou lidskou zkušenost jsou nejintenzivnějším zdrojem stresu. Stejně tak situace, které vnímáme jako neovlivnitelné a nepředvídatelné, protože je nemůžeme ovládat, mít pod kontrolou, zabránit jim (Herman, Doubek, 2008).

Mezi nejčastější každodenní stresory, se kterými se lidé setkávají, patří vztahové stresory, pracovní a výkonové stresory, stresory související s životním stylem a nemocí a handicapem.

Vztahové stresory

Mezi nejčastější spouštěče psychického stresu v osobních vztazích můžeme zařadit:

- neshody s rodiči, závislost (materiální či citová), společné bydlení s rodiči
- neshody v partnerském vztahu, rozvod, rozchod s partnerem
- žárlivost (jak pro žárlivce, tak pro druhého)
- nesoulad v sexuálním životě
- narození dítěte a vliv této události na celou rodinu, problémy dětí ve škole, potíže s dětmi v pubertě, odchod dítěte z rodiny (Praško, 2003).

Pracovní a výkonové stresory

Bartošíková (2006) a Praško (2003) uvádějí práci jako významný faktor, který ovlivňuje zdraví člověka. Na člověka jsou kladeny různé nároky, dle vykonávané práce. Pracovní a výkonové stresory klasifikují do několika kategorií:

- konflikty rolí (konfliktní vztahy s nadřízenými, kolegy nebo podřízenými)
- organizace práce, chaotičnost, potíže delegovat práci na druhé neschopnost říci ne při přetěžování, nejasné vymezení kompetencí a odpovědností
- nároky související s obsahem práce (pracovní zatížení a zodpovědnost)
- nedostatečné ohodnocení práce, nuda nebo nesmyslnost pracovní činnosti
- profesní perspektivista (nejasný kariérní řád, nevyužití kvalifikace)
- fyzikální prostředí (hluk, prach, teplota, bezpečnost práce)
- nízký příjem, který nestačí na uživení rodiny, ztráta práce, hrozba ztráty zaměstnání
- vlastní workoholismus nebo workoholismus u partnera.

Stresory související s životním stylem:

- nevyhovující bydlení
- nedostatek aktivit, chybění koníčků a zájmů
- monotónní a stereotypní životní styl
- nedostatek přátel a izolace, uzavřenost rodiny (Praško, 2003).

Nemoci, závislosti a handicapy:

- vlastní tělesná nebo psychická nemoc nebo nemoc člena rodiny
- zhoršování tělesného a psychického stavu rodičů
- vlastní závislost na drogách, alkoholu či lécích
- drogy, alkohol nebo jiná závislost u partnera, dětí
- hazardní hráčství či závislost na automatech u člena rodiny
- tělesný nebo psychický handicap člena rodiny (Praško, 2003).

Herman, Doubek (2008, s. 44) uvádí kategorie stresu podle oblasti působení a to:

1. „biologické stresory – infekce, úraz, operace, chlad, hlad, apod.
2. psychologické stresory – ohrožení sebevědomí, ohrožení sebeúcty, neúspěch, pocity bezmocnosti, neschopnost sebezprosažení, konflikt, apod.
3. sociální stresory – rodinný konflikt, pracovní konflikt, ztráta důležité osoby, ztráta postavení a kompetence apod.“

1.3 Fáze stresu

„Stres slouží ke znovuzískání vnitřní rovnováhy, která byla vnějšími vlivy narušena. Tento proces se nazývá všeobecný adaptační syndrom“ (Cungi, 2001, s. 16).

Seley rozlišuje tři fáze stresu:

- I. Působení stresoru – poplachová reakce, jedná se o akutní reakci každého jednotlivce na působení stresu.
- II. Zvýšení rezistence (odolnosti organismu) – stav pohotovosti signalizující, že organismus je v určitém trvalém napětí.

- III. Vyčerpání rezerv, sil a obranných možností – do této fáze se obvykle zařazuje průběh burn out syndromu. Tato fáze nastává, když se organismus nedokáže adaptovat (Křivohlavý, 1998; Cungi, 2001).

1.4 Příznaky stresového stavu a nemoci ze stresu

Příznaky lze rozdělit do tří skupin – fyziologické, emocionální a behaviorální. Poslední skupina obsahuje nejjemnější příznaky, které se objevují nejdříve (Vágnerová, 2004).

Křivohlavý (1994) uvádí následující přehled příznaků stresu dle Světové zdravotnické organizace:

A. Fyziologické příznaky stresu

- bušení srdce, bolest a svírání za hrudní kostí, časté nucení na močení, vyrážka v obličeji, křečovitě, svírající bolesti v dolní části břicha, průjem, svalové napětí, bolesti hlavy, migréna, výraznější změny v menstruačním cyklu, obtížné soustředění pohledu obou očí na jeden bod, nepříjemné pocity v krku atd.

B. Emocionální (citové) příznaky stresu

- prudké a výrazné změny nálad, zvýšená podrážděnost, popudlivost, trápení se nedůležitými věcmi, neschopnost spolucítit s ostatními lidmi a projevit citovou náklonnost, nadměrné starosti o vlastní zdravotní stav, vzhled, nadměrné pocity únavy, špatné soustředění se, nadměrné snění, omezení kontaktu s druhými lidmi, atd.

C. Behaviorální příznaky stresu (chování a jednání lidí ve stresu)

- nerozhodnost, nerozumné naříkání a bědování, zvýšená absence, nemocnost, zhoršení kvality práce se snahou vyhýbat se úkolům, odpovědnosti, podvádění, ztráta chuti k jídlu nebo naopak přejídání se, změněný denní životní rytmus, zvýšené množství vykouřených cigaret či zvýšená konzumace alkoholu, tablet na uklidnění, léků na spaní, atd.

Stres negativně ovlivňuje naše zdraví, a to je jedním z důvodů, proč se o něj zajímáme. Existují různé studie, které hovoří o stresových nemocech, civilizačních nemocech nebo

o psychosomatických nemocech. Lidé nezvládající stresové situace selhávají v boji se stresem a velmi často upadají do beznaděje, jejich život ztrácí smysl a jsou náchylnějším k různým nemocem. Mezi nejzávažnější nemoci, které označujeme jako nemoci ze stresu, patří hypertenze, rakovina a kardiovaskulární choroby (Křivohlavý, 1994, s. 36).

1.5 Zvládání stresu

Zvládáním stresu se rozumí to, co děláme, jak se chováme, jak jednáme, když se ocitáme ve stresové situaci. Lidé se snaží zvládat každodenní stres různými způsoby. Mezi cíle zvládání patří snížit úroveň toho, co nás zatěžuje, udržet si emocionální klid, duševní rovnováhu, snaha zlepšit pracovní podmínky atd. (Křivohlavý, 2010).

Křivohlavý (2010) uvádí následující strategie zvládání stresu:

- plánování hledání řešení konkrétního problému
- aktivní obrana – zklidnění emocí
- boj s těžkou situací (útok, konfrontace, postavení se tváří v tvář stresoru)
- udržení si odstupů od stresové situace
- nalézání kladných stránek dané situace
- hledání sociální opory (u rodiny, přátel, spolupracovníků apod.)
- přijetí vlastní zodpovědnosti za danou situaci
- snaha vyhnout se stresové situaci (únik z dané situace) apod.

Mezi techniky pro zvládání stresových situací patří různé formy relaxace, imaginace, meditace a využití metod zpětné vazby (biofeedbacku) atd. (Křivohlavý, 2010).

Způsoby vyrovnávání se se zátěžovými situacemi dělíme dle toho, zda jsou vědomé či nevědomé. Mezi vědomé patří **coping**. Coping může být zaměřený na řešení problému nebo na udržení přijatelné subjektivní pohody (Vágnerová, 2004).

„Byl to především Lazarus se spolupracovníky, kteří v 80. letech postulovali koncept coping, tedy postupy, jimiž lze modulovat a ovlivňovat další průběh. Pod tímto pojmem lze nalézt řadu postupů, které mohou pomoci ulevit psychosociálnímu tlaku, a tím i jeho biologickým důsledkům. V zásadě lze postupy rozdělit na neúčelné (byť s přechodnou úlevou) a účelné“ (Honzák, 2008, s. 27).

Neúčelnými postupy se rozumí například samoléčení. Běžně zneužívané prostředky (kofein, nikotin, alkohol, lehké drogy) mohou u zdravotníků díky snazšímu přístupu nahradit psychofarmaka (zejména anxiolytika, stimulanty). Taková samoléčba ovšem vyvolává další potíže a vzniká tzv. začarovaný kruh. Mezi účelné postupy patří vyčištění interpersonální situace a dobré sociální kontakty na pracovišti a zejména v rodině (Honzák, 2008).

Mezi další neefektivní strategie zvládnání stresu patří únik a agrese. Pokud budeme od práce a nevyřešených problémů utíkat do další práce, dostaví se pouze krátkodobé řešení. Stejně tak obviňováním druhých, agresivním chováním vůči druhým lidem atd. se nic nezlepší, a naopak přijdeme o zdroj sociální opory a na vše zůstaneme sami (Bartošíková, 2007).

Plamínek (2008) mezi doporučeními zvyšující odolnost vůči stresu uvádí:

- Udělat si dostatek času na spánek.
- Hýbat se.
- Zdravě se stravovat.
- Naučit se relaxovat.
- Nepoužívat nebo omezit prostředky, jenž uměle stimulují k aktivitě.
- Aktivně vyhledávat a prožívat eustresové situace.
- Být dobrými lidmi.

U Večeřové – Procházkové (2005) se můžeme setkat se způsoby zmírňování pracovního stresu změnou návyků v chování, postojích a péči o tělo:

Chování	Postoje	Péče o tělo
Anticipace problémů	Přehodnocení postojů a idejí	Relaxace
Procvičování kontroly	Testování očekávání	Zdravá strava
Řešení problémů	Nekatastrofizovat	Pracovní návyky
Dovednosti plánování času	Úprava priorit	
Komunikační dovednosti		
Sociální a interpersonální dovednosti		
Dovednosti zvládnání v praxi		

Tab. 1. Způsoby zmírňování pracovního stresu změnou návyků v chování, postojích a péči o tělo (Večeřová - Procházková, 2005, s. 28).

Sociální opora

Velmi důležitou roli při zvládnání stresových situací hraje tzv. **sociální opora**. Může se jednat o jednoho člověka nebo i skupinu lidí, kteří poskytují pomoc druhému. Skupinu lidí poskytující pomoc označujeme slovem sociální síť. Pomoc může mít různou podobu, mezi základní druhy sociální opory patří:

- Instrumentální opora - může se jednat například o odvoz z místa nehody, umožnění zavolání někomu blízkému a patří zde i finanční pomoc.
- Informační pomoc - tato pomoc začíná nasloucháním, důležité je vyslyšení, porozumění a pochopení toho, co nám chce dotyčný sdělit. Často se jedná i o splnění přání a informovanosti o tom, že bylo něčemu vyhověno.
- Emocionální opora - ve stresové situaci se derou do popředí negativní emoce, proto je důležitá snaha o porozumění, empatii, laskavost. Poskytnutím opory, podpory člověku v tísní navracíme „půdu pod nohama.“
- Hodnotící opora – vše zlé, co se člověku stane má vliv i na jeho sebehodnocení, proto je třeba vyjádřit mu úctu, posílit naději a ujistit postiženého o jeho hodnotě (Křivohlavý, 2010).

2 SYNDROM VYHOŘENÍ

Syndrom vyhoření neboli anglicky burn-out se začal používat v 70. letech 20. století. Tento název poprvé použil americký psychoanalytik Herbart J. Fredenberger v článku Staff burnout publikovaném v roce 1974 v časopise Journal of Social Issues (Morovicsová, 2008; Bartošíková 2006).

Anglické slovo „burn out“ může přeložit jako dohořet, vyhořet, vyhasnout, a proto slovem „burnout syndrome“ označujeme stavy jako syndrom vyhoření, vypálení, vyhaslosti a také vyčerpání (Kebza, Šolcová, 2003).

Problematika syndromu vyhoření ve zdravotnictví není zcela neznámým pojmem. V posledních asi deseti letech je mu intenzivněji věnována pozornost, neboť zdravotnictví jako pomáhající profese klade vysoké požadavky na výkon, zodpovědnost, přináší zdravotníkům zátěže v podobě chronických stresů, tlaku na neustálé vzdělávání, očekávání vysoké pracovní nasazenosti atd. (Bartošíková, 2006).

Ve zdravotnické práci velmi často nastává nerovnováha mezi emočními stavy a postupným vyčerpáním psychických i fyzických rezerv člověka, a proto je důležité brát na vědomí tuto skutečnost a věnovat pozornost především její prevenci (Zacharová, 2008).

2.1 Pojem syndrom vyhoření

Existuje mnoho definic vymezující pojem syndrom vyhoření, avšak všechny mají společné rysy, mezi něž patří přítomnost emočního vyčerpání, únavy a pokleslé nálady, negativně vytvořené pracovní postoje a výskyt u jinak psychicky zdravých lidí, tudíž syndrom vyhoření nesouvisí nijak s psychickou patologií (Vágnerová, 2004).

„Syndrom vyhoření lze popsat jako duševní stav objevující se často u lidí, kteří pracují s jinými lidmi a jejichž profese je na mezilidské komunikaci závislá. Tento stav ohlašuje celá řada příznaků: člověk se cítí celkově špatně, je emocionálně, duševně i tělesně unavený. Má pocity bezmoci a beznaděje, nemá chuť do práce ani radost ze života“ (Tošner, Tošnerová, 2002, s. 3).

Kallwass (2007, s. 9) charakterizuje syndrom vyhoření jako „stav extrémního vyčerpání, vnitřní distance, silného poklesu výkonnosti a různých psychosomatických obtíží. Oficiálně to však dosud není nemoc.“

Rush (2003, s. 7) definuje syndrom jako „druh stresu a emocionální únavy, frustrace a vyčerpání, k nimž dochází v důsledku toho, že sled (nebo souhrn) určitých událostí týkajících se vztahu, poslání, životního stylu nebo zaměstnání dotyčného jedince nepřinese očekávané výsledky.“

U Jaklové, Reitmayerové (2006) se můžeme setkat s označením „fenomén prvních let v zaměstnání“ pro syndrom vyhoření. Vyplyvá ze situace, kdy z prvotních vysokých očekávání a zanícení pro práci nastane zklamání, frustrace, bezmoc, rezignace.

Maslach a Jackson (In Křivohlavý, 1998) popisují burnout jako syndrom emocionálního vyčerpání, depersonalizace a sníženého pracovního výkonu. Syndrom může vést ke snížení kvality i kvantity práce a poskytovaných služeb, ale také souvisí i se změnou zaměstnání, častou absencí, s nízkou morálkou a pracovní spokojeností. Dále se také objevuje fyzické i psychické vyčerpání. Autorky také vypracovaly dotazníkovou metodu, která se zaměřuje na měření syndromu třech výše popsaných faktorů a to emocionálního vyčerpání, depersonalizace a sníženého pracovního výkonu.

Lze sledovat určité rozdíly ve výskytu syndromu vyhoření ve vztahu k osobnostním vlastnostem jedince, pohlavím a povoláním. Z hlediska osobnostních vlastností jsou nejčastěji zasaženi tímto syndromem lidé s nízkým sebevědomím, kteří mají pocit, že jejich práce má minimální nebo žádný význam. Nebo naopak lidé hledající smysl života pouze v práci, a proto si na sebe kladou stále větší nároky a požadavky. Z hlediska pohlaví se za více ohrožené považují ženy, což je způsobeno současným vedením domácnosti, výchovy dětí a jejich vnitřní potřebou být dokonalými jak doma, tak i na pracovišti (Morovicsová, 2008).

„Dle MKN 10 Mezinárodní klasifikace nemocí je zařazován do kategorie Z 73.0 Problémy spojené s obtížemi v uspořádání života. Mezi dalšími položkami této kategorie najdeme též Vyprahlost (vyhasnutí, vyhoření) a Chybění relaxace a odpočinku. Dlouhodobý burn - out může vést až k depresi a proto je jeho rozpoznávání a včasné ošetření, zejména v lékařské profesi naprosto zásadní nutností“ (Včelařová - Procházková, 2005, s. 26).

Burnout můžeme chápat jako protipól vrcholových zážitků, spokojenosti a dobrého duševního zdraví (Křivohlavý, 1998).

Rozlišuje se také mezi syndromem vyhoření a stresem. Do stresu se může dostat kdokoliv, avšak syndrom vyhoření se obvykle objevuje jen u lidí intenzivně zaujatých svou prací, u lidí přicházejícími do osobního styku s druhými lidmi. Stres obvykle přechází do burnout, ale ne každý stresový stav dochází do této fáze. Pokud je práce pro člověka smysluplná, překážky jsou zdolatelné, k syndromu vyhoření nedochází (Křivohlavý, 1998).

2.2 Příznaky syndromu vyhoření

„Příznaky syndromu vyhoření se neobjevují ze dne na den, ale plíživě během týdnů, měsíců, roků...Člověk je stále unavenější, nemocnější, psychicky labilnější, agresivnější. Stává se, že se mu chce přes den spát a v noci naopak bdí. Následkem toho pak může být nechut' cokoli dělat“ (Lenochová, 2008, str. 23).

Příznaky syndromu burnout může rozdělit do tří úrovní. Na **psychické úrovni** je výrazný pocit celkového, především duševního, vyčerpání, pokles a ztráta motivace. Dochází také k celkovému utlumení aktivity, projevuje se negativismus, cynismus, hostilita k pacientům (klientům, zákazníkům), pokles až naprostá zájmu o profesi, negativní hodnocení pracoviště, sebelítost, pocit nedostatku uznání (Kebza, 2005).

Na **fyzické úrovni** se jedná o stav celkové únavy organismu, apatie, vegetativní potíže (bolesti u srdce, zažívací a dýchací obtíže. Patrné jsou taky bolesti hlavy, poruchy krevního tlaku, poruchy spánku, bolesti ve svalech. Hrozí také zvýšené riziko vzniku závislostí všeho druhu (Kebza, 2005).

Na **úrovni sociálních** vztahů je zřejmý celkový útlum sociability, nezájem o spolupráci s kolegy a hodnocení ze strany druhých lidí, zřejmá nechut' k vykonávané profesi a všemu, co s ní souvisí, nízká empatie (přesto že původně byla vysoká). Postupně také dochází k nárůstu konfliktů a to především v důsledku nezájmu, lhostejnosti (Kebza, 2005).

Křivohlavý (1998) uvádí přehled citových stavů a těžkých myšlenek. Podle výpovědi pacient postižený příznaky syndromu vyhoření:

- pociťuje tělesné, emocionální vyčerpání
- cítí se duševně i duchovně na dně, „k smrti unaven“
- cítí se v koncích, v tísní, napětí, zcela bezcenným předmětem na tomto světě, odstrčený na vedlejší kolej
- je sláb, je mu lze, je plný obav a strachu, plný pesimismu, beznaděje, úzkosti

- je skleslý na těle i na duchu
- domnívá se, že člověk nemá žádnou hodnotu
- neví si rady sám se sebou, natož se svými problémy

Titíž pacienti s příznaky syndromu vyhoření se mezi druhými lidmi cítí:

- emocionálně chladně a lhostejně
- bez soucitu, přičemž stav druhých se mu stále více stává lhostejným
- jako neživý předmět když s někým jedná
- bez zájmu, co si o něm druzí lidé myslí, jak ho vidí, za koho ho považují, jak ho hodnotí atd. (Křivohlavý, 1998).

Většina výše uvedených příznaků nemusí ihned a vždy signalizovat syndrom vyhoření. Podobné příznaky můžeme zaznamenat například i po prodělaných onemocněních, jako třeba chřipce, přičemž tyto příznaky odezní a my se cítíme opět dobře. Hovoříme-li o syndromu vyhoření, jsou důležité především podmínky, za jakých vykonáváme dané povolání a na postupných fázích vývoje syndromu (Tošner, Tošnerová, 2002).

„Přestože syndrom vyhoření představuje skupinu specifických symptomů, není zatím v české výzkumné ani klinické praxi chápán jako diagnostická kategorie ve smyslu samostatné nosologické jednotky a přes prokazatelně negativní vliv na pracovní výkon není klasifikován jako choroba z povolání“ (Kebza, Šolcová, 2003, In Bartošíková, 2006, s. 25).

2.3 Fáze syndromu vyhoření

Masopust (2003) uvádí, že vyhořet může jenom ten, kdo hořel. Kdo plál nadšením, ideály, kdo se emočně angažoval. Lidé bez počáteční vysoké motivace mohou zažívat stres, odcizení, depresi, únavu nebo existenciální krizi, nemohou však vyhořet.

Syndrom nevzniká náhle, ale postižení procházejí jednotlivými fázemi, které nám mohou být signálem, že něco není v pořádku. Tyto fáze mohou různě dlouho trvat (Tošner, Tošnerová, 2002).

Jak je již výše popsáno, syndrom vyhoření je důsledkem dlouhodobého působení stresu a nevyořadání se s psychickou a fyzickou zátěží, přičemž chronickým stresem trpí

především lidé pracující v prostředí se zátěží v sociálně-emocionální oblasti. Psychologové vyčlenili různý počet fází syndromu vyhoření.

Tošner, Tošnerová (2002), Bártlová (2005) rozlišují 5 fází vývoje syndromu vyhoření:

1. **Nadšení** - Začínající pracovník má vysoké ideály, vysokou angažovanost, pracuje velmi často přesčas, pracuje nad rámec svých povinností, své volnočasové aktivity zanedbává a práce jej zcela naplňuje.
2. **Stagnace** - Počáteční nadšení pomalu opadá, nedaří se zcela realizovat ideály a motivace časem otupí. V této fázi jsou nejlepší předpoklady pro zabránění plnému syndromu vyhoření.
3. **Frustrace** - Pracovník začíná klienta vnímat negativně, začíná přemýšlet o efektivitě a smyslu své práce. Mohou se také vyskytnout spory s nadřízenými a začínají první emocionální a fyzické potíže.
4. **Apatie** - Mezi pracovníkem a klientem je nepřátelská atmosféra, pracovník se vyhýbá odborným rozhovorům s kolegy a dělá pouze to, co musí. Práci chápe pouze jako zdroj obživy a klienti ho spíše obtěžují. Vyhýbá se i dalšímu vzdělávání.
5. **Syndrom vyhoření** - Poslední fáze, kdy dochází k emocionálnímu vyčerpání, depersonalizace, ztráta smyslu práce, vymizení reflexe vnitřních norem, je dosaženo plné neangažovanosti, atd. (Tošner, Tošnerová, 2002; Bártlová 2005).

Schmidbauer (2008, s. 218-221) rozlišuje tyto čtyři fáze: počáteční fáze, propuknutí, fáze slábnutí výkonnosti, kompenzované vyhoření.

1. **Počáteční fáze** – pokud se jedná jen o slabé náznaky, potlačujeme je. Nadměrná angažovanost je považována za první ze signálů vyhoření. Postižení pracovníci se vzdávají volna, klidu, připadají si nepostradatelní, popírají vlastní potřeby, atd.
2. **Propuknutí** – už není možné popírat příznaky, lidé v této fázi reagují zmateně, mezi první signály této fáze patří chronická únava a nechuť pouštět se do práce. Lidé v této fázi prožívají svou práci jako velmi náročnou a zodpovědnou, ale jednu z nejhůře placených.
3. **Fáze slábnutí výkonnosti** – Neschopnost koncentrovat se přináší s sebou stále více chyb a opomenutí z nepozornosti. Vytrácí se pracovní angažovanost a je zřejmý odstup od práce. K symptomům z předešlých fází se přidávají i tělesné symptomy a to chronické bolesti zad a kloubů, nespavost, náchylnost k srdečním problémům a

k infekcím. Jelikož se krize u lidí v této fázi prohlubuje, zasahuje i jejich soukromý život a vzrůstá riziko nebezpečí zneužívání drog a alkoholu.

4. **Kompenzované vyhoření** – Případů pracovníků v této fázi je mnoho. Jedná se především o lidi, kteří slouží dle předpisů a zároveň se snaží svou nedostatečnou angažovanost maskovat tak, že si vymýšlejí různé výmluvy k ospravedlnění se. Závěrečná fáze syndromu vyhoření je už extrémní případ, ale můžeme se setkat s mnoha pracovníky ve fázi kompenzované vyhoření. Pokud je kolektiv neboli tým angažovaný, je práce potěšením, naopak ve vyhořelém kolektivu se každý těší domů a práci deleguje ostatní.

Christina Maslach je autorkou čtyřfázového modelu procesu vyhoření.

1. „Idealistické nadšení a přetěžování.
2. Emocionální a fyzické vyčerpání.
3. Dehumanizace druhých lidí jako obrany před vyhořením.
4. Terminální stadium: stavění se proti všem a proti všemu a objevení se syndromu burnout v celé jeho pestrosti („sesypání se“ a vyhoření všech zdrojů energie)“ (Křivohlavý, 1998).

Jak je zřejmé, syndromem vyhoření není postižen pouze záchranářských pracovník, ale v důsledku jeho vyčerpání dochází i k tomu, že jsou ovlivněny jeho postoje ke spolupracovníkům, výkonu služby a tím může být ohrožen i pacient (Bártlová, 2005).

2.4 Rizikové faktory syndromu vyhoření

Mezi rizikové faktory můžeme zařadit individuální faktory (zvyšující se nároky na sebe, neschopnost požádat druhé o pomoc, zátěž v soukromí, stres, atd.), pracovní a organizační faktory (nátlak sociální role, nedostatek autonomie, nedostatečná sociální opora, monotónní rutina apod.). Syndrom je také vždy spojen s otázkou smyslu vlastní práce (Bártlová, 2005).

Syndrom vyhoření představuje ohrožení pro lidi, kteří mají následující charakteristiku:

- nadšení pro danou věc

- oddanost dané věci je pro ně smyslem života
- zvyšování nároků na sebe sama
- prožívání neúspěchu jako osobní porážka
- brání si nadměrné množství práce
- neschopnost přenést zodpovědnost na druhé (chtění mít vše pod kontrolou)
- neschopnost relaxace, odpočinku
- nízké sebevědomí
- prožívání šoku z reality (díky vysokým ideálům)
- bytí pod tlakem z vícera stran (rodina, pracoviště) (Zachová, 2008).

Kebza, Šolcová (2003) mezi osobní charakteristiky činící člověka náchylnějšího k syndromu vyhoření řadí empatii, sensitivitu, obětavost, idealismus, zaměřenost na druhé, úzkost, pedantství, entuziasmus, tendence se přehnaně identifikovat s ostatními.

Vedle lidského faktoru se na syndromu vyhoření podílí nemalou měrou i podmínky pracovní prostředí. Často jsou kladeny nadměrné požadavky na zaměstnance, strohý přístup ze strany zaměstnavatele, zdůrazňování neúspěchů bez možnosti supervize, nekollegiální vztahy na pracovišti bez uznání a respektu, silná byrokratická kontrola chování zaměstnanců, nedostatek personálu, materiálního vybavení, času na odpočinek atd. (Zacharová, 2008; Jeklová, Reitmayerová, 2006).

Kallwas (2007) také uvádí mezi rizikové faktory nedostatečnou zpětnou vazbu, nedostatečně rozdělené úkoly a kompetence a také jednotvárnou práci.

U zaměstnanců ZZS za riziko vzniku a rozvoje syndromu se považuje vysoká zodpovědnost, vysoké nároky na schopnost rozhodování, minimální autonomie pracovního procesu, nutnost potlačení emocí v zájmu zvládnutí pracovních povinností na místě zásahu, vysoký podíl přesčasové práce (Šeblová, 2007).

2.5 Přehled profesí s rizikem vzniku syndromu vyhoření

„Tato porucha postihuje zejména lidi, od nichž se v práci vyžaduje vysoká míra pracovního i emocionálního nasazení a včítění, a to bez ohledu na konkrétní činnost“ (Kallwas, 2007, s.43).

Hlavní charakteristikou syndromu vyhoření je jeho vazba na zaměstnání. Lze se setkat s přehledem profesí, jež jsou označovány jako profese s rizikem vzniku syndromu vyhoření. Kebza, Šolcová (2003) uvádějí následující výčet, přičemž jak je zřejmé, zdravotníci patří mezi nejvíce ohrožené profese:

- lékaři, zdravotní sestry, další zdravotničtí pracovníci
- psychologové a psychoterapeuti
- sociální pracovníci a pracovníce ve všech oborech
- učitelé na všech stupních škol
- pracovníci pošt všeho druhu (zvláště u přepážek a doručovatelé)
- dispečeri, dispečerky (záchranné služby, dopravy atd.)
- policisté, kriminalisté
- právníci, advokáti
- pracovníci věznic
- profesionální funkcionáři, politici, manažeři
- poradci a informátoři
- úředníci v bankách a úřadech, orgánech státní správy
- duchovní a řádové sestry, atd.

Burnout syndrom se také může vyskytovat například i u nezaměstnanecých kategorií, pokud tyto osoby přicházejí do kontaktu s druhými lidmi a jsou závislé na jejich hodnocení. Jedná se především o špičkové (výkonné) sportovce, umělce, ale také i samostatně výdělečné osoby jako jsou dealeři, pojišťovací agenti a prodejci (Kebza, Šolcová, 2003).

Křivohlavý (1998) uvádí, že právě zdravotnictví jako první upozornilo na výskyt syndromu vyhoření. Jednalo se především o zdravotní sestry pracující v hospicích a pracovníky na onkologických odděleních. Třetí oblastí nejčastějšího výskytu syndromu vyhoření byla oddělení intenzivní péče. Burnout se však nevyhýbá ani lékařům a ve větší než průměrné míře se setkáváme s ním u všech zdravotnických pracovníků.

2.6 Prevence syndromu vyhoření

Prevenci syndromu vyhoření můžeme rozdělit na úroveň jednotlivce a na úroveň organizace.

2.6.1 Prevence syndromu vyhoření na úrovni jednotlivce

Mezi první preventivní opatření proti možnému vyhoření patří kritická sebereflexe a realistické nastavení požadavků (Honzák, 2008).

Hovoříme-li o prevenci syndromu vyhoření, nesmíme opomenout profesionální vyvíjení. Důležité je tedy speciální vzdělávání a v další fázi také přijímání a zpracování zpětné vazby. Síla uvádějící do pohybu procesy, které zakládají, řídí, udržují a rozvíjejí její profesionální identitu, se nazývá realistické sebevědomí. Budeme-li pozitivně přijímat a hodnotit realitu své profesní práce, budeme mít radost ze svého povolání, schopnost zlepšovat jednotlivosti, ekonomicky své povolání měnit.

„Pomocníci rezistentní vůči vyhoření:

1. dbají na své zdraví a zajímají se o práci, kterou vykonávají; necítí se obtěžováni svými pacienty a našli „svůj styl“ komunikace;
2. vnímají se jako rozvíjející profesionálové, kteří se učí zvládat počáteční zátěže a obtíže (jako jsou setkání s těžce nemocnými a umírajícími lidmi);
3. prožívají i potíže a břemena své práce jako cosi, co má smysl, dokážou se distancovat od nároku pomoci i v bezvýchodné situaci;
4. dosáhli rovnováhy mezi prací a soukromým životem, i když volný čas prožívají třeba s kolegy;
5. dosáhli vysokého stupně sebeurčení ve své práci a tuto autonomii dále upevňují a rozšiřují; rozvíjejí přitom nadprůměrnou vnitropodnikovou aktivitu a vědomě usilují o změny;
6. vnímají se jako iniciativní a mají pocit, že mohou sami změnit svou pracovní situaci; k podnětům z okolí přistupují spíše skepticky;
7. připadají si dostatečně či přiměřeně podporováni svými nadřízenými a kolegy, s nimiž jsou spíše v přátelských vztazích; pozitivně nicméně vnímají jen své bezprostřední kontakty (např. k přímému nadřízenému), zatímco vyšší nadřízené posuzují skepticky;

8. vnímají své povolání jako intelektuální výzvu, díky níž mohou růst, a rádi se přiučují něčemu novému“ (Schmidbauer, 2008, s. 225-226).

Pouze člověk v dobré psychické pohodě může ve svém povolání podávat dobrý výkon. Pokud chceme předcházet burnout syndromu, měli bychom si ujasnit náš žebříček hodnot, vědět co je pro nás důležité a co méně, mít reálný zcela konkrétní a dosažitelný cíl, ohlížet se nejenom na své vlastní potřeby, zájmy a vlastní spokojenost, ale pochopit a uspokojovat potřeby a zájmy i druhých lidí, především těch, kteří jsou s námi v úzkém kontaktu. Měli bychom se snažit žít smysluplným životem a mít trvalý zájem o rovnováhu mezi zátěží a tím, co nám dodává sílu a vitalitu, neboli salutory (Křivohlavý, Pečenková, 2004, s. 27-29).

Kebza, Šolcová (2003) zdůrazňují také vliv sociální opory, která má hlavní zdroje v rodině, v zaměstnání (spolupracovníci), u přátel a známých, v rámci trávení volného času, realizace zájmů, koníčků, atd. Nedostatek opory vzájemně souvisí s rostoucím burnout syndromem.

Herkuczová (2008) přikládá také důležitost emocionální opoře, kdy je poskytována útěcha, empatie, odborné ocenění a uznání, kdy jedinec vnímá, že jeho práce je doceněna. Sociální a emocionální opora by měly být využívány ve zdravotnickém kolektivu, neboť díky nim může být vytvořena příznivá atmosféra na pracovišti. V rámci prevence by měli být zdravotníci seznamováni s problematikou vyhoření, a také by měli vědět, na koho se mohou se svými problémy obrátit a kde hledat pomoc.

Mezi základní preventivní opatření u jednotlivce Herkuczová (2008) a Tošner, Tošnerová (2002) řadí:

- Žít smysluplným životem, slevit z příliš vysokých nároků a přijmout skutečnost, že člověk není dokonalý a může chybovat.
- Nepropadat syndromu pomocníka, tedy nesnažit se být zodpovědný za všechno a za všechny.
- Naučit se říkat NE, být asertivní, nepřetěžovat se.
- Naučit se odpočívat, relaxovat, věnovat se svým koníčkům, doplňovat energii.
- Určit si priority, rovnoměrně si rozdělit práci a nezapomínat na přestávky, racionálně zacházet s volným časem.

- Naučit se dávat najevo své pocity, pochválit se, mít se rád.
- Hledat emocionální, věcnou podporu. Mít dobré citové zázemí, funkční partnerský vztah a rodinu.
- Myslet pozitivně, v kritických situacích zachovat rozvahu.
- Podílet se na vytvoření dobrého pracovního prostředí, využívat nabídek pomoci, dále se vzdělávat.
- Zajímat se o své zdraví a věnovat pozornost varovným signálům těla.

Dle Bártlové (2005) by si zdravotníci měli také uvědomovat, kde končí jejich samoléčení a nebát se vyhledat odbornou pomoc v případě potřeby.

2.6.2 Prevence syndromu vyhoření na úrovni organizace

Do primární prevence stresu by se také měli zapojovat i zaměstnavatelé, neboť bylo zjištěno, že až 70% pracovních neschopností je způsobeno nemocemi souvisejícími se stresem (Herman, Doubek, 2008).

Jednou ze základních věcí je vytvoření dobrého týmu, který sdílí společný cíl, je v něm podporována spolehlivost a smysl pro závazky, panuje v něm vzájemná důvěra a respekt, jsou jasně definovány pravomoci a zodpovědnosti. Týmová práce také poskytuje sociální oporu, která se jeví jako jeden z nejdůležitějších faktorů při prevenci (viz kapitola 1.4 Zvládání stresu) (Bartošíková, 2006).

Zdravotnická zařízení by neměla pečovat pouze o pacienty, ale i o zaměstnance například zabezpečením možnosti regenerace, péče o bezpečnost a psychické zdraví pracovníků, podporováním růstu pracovníků, mapováním zátěží, zvýšením participace pracovníků na rozhodování (Bartošíková, 2006).

Supervize

V rámci prevence na úrovni organizace se můžeme také setkat s pojmem **supervize**. Ve zdravotnictví je tento pojem málo známý a také zpracovaný, přičemž v jiných pomáhajících profesích (např. sociálních službách a v poradnách) je již dlouhodobě využívána jako jedna z možností zkvalitňování práce zaměstnanců. Supervize se zaměřuje

na jednotlivce, týmy nebo skupiny spolupracovníků s cílem zlepšení situace, zkvalitněním práce (pracovní atmosféry, organizace práce a rozdělení kompetencí) a podporou profesního růstu pracovníků (Bartošíková, 2006; Bártlová, 2007).

Program CISM

„Dalším příkladem podpůrných a preventivních psychologických programů pro zdravotníky vybraných pracovišť je **program CISM** (Critical Incident Stress Management), který představuje soubor technik, které jsou určeny profesionálním, zejména tíšňovým složkám. Jejich cílem je prevence nadměrných zátěží a následné morbidity (syndrom vyhoření, posttraumatická porucha, příp. jiné psychopatologické příznaky)“ (Maternová, 2005 In Bartošíková, 2006, s. 66).

2.7 Diagnostika syndromu vyhoření

Ke zjištění stupně vyhoření se používá celá řada nejrůznějších dotazníků, tuto skutečnost lze také zjišťovat i pozorováním vlastních pocitů. Lze ji pozorovat i u druhých lidí vnímáním neobvyklostí a změn nálad v jejich chování (Kocmanová, 2005).

Mezi nejužívanější metody patří dotazníková šetření, která jsou založena na posuzovacích škálách. Jedná se například o dotazník MBI (Maslach Burnout Inventory) a BM (Burnout Measure), přičemž ve Státním zdravotním ústavu byly vytvořeny české verze některých těchto metod a postupně se ověřují v psychologické praxi (Kebza, Šolcová, 2003).

1.) MBI – Maslach Burnout Inventory

Autorkami jsou C. Maslach a S. Jackson. Dotazník je rozdělen na 3 části a diagnostikuje emocionální vyčerpání, depersonalizaci a snížený pracovní výkon.

Tento dotazník bude dále rozepsán v praktické části.

2.) BM – Burnout Measure

Tento dotazník byl sestaven autory A. Pinesem, E. Aronsonem a D. Kafrou a měří pocity fyzické exhausce a zjišťuje pocity fyzického vyčerpání, slabosti a únavy, pocity emocionální exhausce vztahující se k pocitům úzkosti, beznaděje a bezvýchodnosti a pocity psychického vyčerpání, odrážející pocity osobní bezcennosti a deziluze.

3.) Inventář projevů syndromu vyhoření

Tento inventář podle C. Henniga a G. Kellera se zaměřuje na čtyři roviny a to rozumovou, emocionální, tělesnou a sociální. Test slouží jako orientační zjištění náchylnosti ke stresu a syndromu vyhoření (Bartošíková, 2006, s. 69-75).

Křivohlavý (1998) mezi metodami zkoumání syndromu vyhoření uvádí i **Orientační dotazník**. Autory jsou Dno Hawkins, Frank Minirth, Paul Maier a Chris Thursman. Jedná se o velmi jednoduchou a v praxi vhodnou metodu, díky níž můžeme poznat blížící se stav psychického vyhoření. Jako pozitivum je spatřováno, že dotazník respektuje syndrom vyhoření jako proces a ne jako momentální statický stav.

3 ZÁCHRANNÁ ZDRAVOTNICKÁ SLUŽBA

Dle §4 Zákona 240/2000 Sb. jsou základními složkami integrovaného záchranného systému (IZS):

- Hasičský záchranný sbor České republiky (HZS ČR)
- Jednotky požární ochrany zařazené do plošného krytí kraje jednotkami požární ochrany
- Zdravotnická záchranná služba (ZZS)
- Policie České republiky (Smetana, Kratochvílová, 2007).

Logo ÚSZS MS Kraje



Obr. 2. Logo ÚSZS MS Kraje.

(ÚSZS MS Kraje, 2010, online)

„Zdravotnická záchranná služba poskytuje odbornou přednemocniční neodkladnou péči, což je péče o postižené na místě vzniku jejich úrazu nebo náhlého onemocnění a během jejich dopravy k dalšímu odbornému ošetření a při jejich předání do zdravotnického zařízení poskytována při stavech, které:

- Bezprostředně ohrožují život postiženého,
- Mohou vést prohlubováním chorobných změn k náhlé smrti,
- Způsobí bez rychlého poskytnutí odborné první pomoci trvalé chorobné změny,
- Působí náhlé utrpení a náhlou bolest,

- Působí změny chování a jednání postiženého, ohrožující jeho samotného nebo jeho okolí“ (Smetana, Kratochvílová, 2007, s. 28).

Příjem a zpracování tzv. tísňového volání řídí operační středisko, které je v nepřetržitém provozu a řídí činnost výjezdových skupin. Pracovníci operačního střediska na základě popisu stavu postiženého rozhodují o vyslání posádky ZZS a volajícímu podávají další instrukce o postupu. Záchranný zásah provádí tyto výjezdové skupiny:

- Rychlá zdravotnická pomoc (RZP) – posádka je nejméně dvoučlenná, tvoří ji diplomovaný zdravotnický záchranář a řidič, přičemž jeden z nich je vedoucí skupiny.
- Rychlá lékařská pomoc (RLP) – posádka je nejméně tříčlenná tvořena diplomovaným zdravotnickým záchranářem, řidičem a lékařem, který je vedoucí skupiny.
- Rychlá lékařská pomoc v setkávacím systému – tzv.: „rendez-vous“ (RLP-RV) - nejméně dvoučlenná posádka lékař a záchranář, který je zároveň i oprávněn řídit vozidla ZZS a na místě události se setkávají s vozidlem RLP.
- Letecká záchranná služba (LZS) – nejméně dvoučlenná posádka lékař a záchranář (Smetana, Kratochvílová, 2007).

3.1 Pracovník zdravotnické záchranné služby

Zdravotnický pracovník, jako osobnost, profesionál, provádí odbornou, fyzicky náročnou, psychicky vyčerpávající, velmi zodpovědnou a potřebnou práci. Denně se setkává s postiženými jedinci, kteří potřebují pomoc na místě nehody či náhlého onemocnění. Zdravotničtí pracovníci jsou vystavováni velké zátěži, která je způsobena i samotnou situací, jako je například havárie, sebevražda, náhlý porod, trestný čin, atd. Záchranná práce někdy může být ztížena například rodinnými příslušníky, kteří se strachují o blízkého člověka, náhodnými svědky, kteří chtějí pomoci, ale svou přílišnou snahou a kritikou a někdy až agresivitou situaci naopak zhoršují (Sihelská, 2007).

Práci zdravotnického záchranáře by měl vykonávat člověk, který:

- Má zájem danou práci vykonávat – a je si vědom, že této práci musí i něco obětovat, např. čas i o svátcích, noční směny.

- Pro výkon práce má fyzickou dispozici – důležitá je obratnost, vytrvalost, pevná vůle, schopnost sáhnout si až dno sil. Pracovníci by si také měli svoji kondici udržovat a zkvalitňovat.
- Je odborně vzdělaný – teoretické vědomosti a praktické zručnosti tvoří základ práce. Nezastupitelnou roli hraje i samostudium a další vzdělávání.
- Je psychicky a sociálně zralou osobností – pracovník záchranné služby by měl svou osobnost prezentovat vlastnostmi, které mu pomáhají v práci a to: dobrá orientace v prostoru, rozhodnost, obětavost, ochota pomáhat druhým, přesnost, spolehlivost, trpělivost, nepodlehnutí panice, respekt k druhým atd. Spolehlivá, klidná, harmonická, zdravě sebevědomá osobnost je také nápomocná při získávání si důvěry a autority u pacientů (Sihelská, 2007).

Důležitou faktorem je také týmová práce, neboť každý člen zdravotnického týmu zastává vlastní nezastupitelnou úlohu Při záchraně lidského života a při péči o postižené (Šamánková, 2006).

3.2 Charakteristika práce

Zdravotnická záchranná služba je specifická svým charakterem práce, a ačkoliv se jedná o zdravotnický obor, nemůžeme ji paušálně srovnávat s jinými zdravotnickými organizacemi. Mezi největší rozdíly v charakteristice práce oproti ostatním patří:

- velká zodpovědnost
- velké nároky na schopnost rozhodovat se
- setkání se s vyhrocenými situacemi
- malá autonomie pracovního procesu
- nutnost potlačit emoce na místě události
- vysoký počet přesčasové práce u některých zaměstnanců (lokální)
- nerovnoměrné rozložení výkonu práce v době služby
- posádka je připravena k zásahu nepřetržitě po dobu služby (to znamená, že nemá přestávku)
- nasazení v nepříznivých povětrnostních podmínkách
- čelení agresivitě samotných pacientů, či jejich příbuzných (Šeblová, 2010, online).

3.2.1 Specifika zátěže zdravotnického personálu

Zdravotničtí pracovníci se denně setkávají s více či méně intenzivní zátěží. Ta je však odlišná od zátěže jiných profesí, což je patrné na následujícím přehledu rizikových faktorů práce ve zdravotnictví dle Nešpora, Csémy (2001, In Hoskocová, 2009, s. 157):

- „kontakt s tabuizovanými oblastmi lidské existence (jako je bolest, smrt, tělní dutiny apod.)
- převážně emočně negativní stavy pacientů (deprese, vyčerpání, hněv, aj.)
- velká odpovědnost pracovníků
- konflikt rolí (např. lékařská versus ekonomická versus rodinná apod.)
- ostrý životní styl (kam můžeme zařadit mj. neoptimální životosprávu)
- směnný provoz, práce v noci
- nároky na flexibilitu, čas, vzdělání
- nutnost rozhodovat se při málo informacích
- interpersonální vztahy
- hluk a jiné fyzikální faktory

Naproti tomu můžeme vyčlenit i projektivní faktory, které zdravotníkům pomáhají vyrovnávat se s náročností své profese, jako jsou:

- většinou nadprůměrná informovanost o zdraví a o jeho ochraně
- znalost o tom, kde hledat odbornou pomoc
- pocit smysluplnosti a zaujetí
- obvykle vyšší inteligence a vzdělání
- společenská prestiž.“

„Pro práci na záchranné službě je na jedné straně charakteristická opakovaná expozice kritickým událostem, které u nepřivyklého jedince mohou vyvolat akutní reakci na stres, na druhé straně mezi typické osobnostní charakteristiky záchranářů podle zahraničních studií patří mimo jiné i vysoká odolnost vůči zátěži, ochota podstoupit vysoké riziko a orientace na činnost, tedy rysy, které ke zvládnání vypjatých situací pozitivně přispívají“ (Šeblová, Kebza, 2005, s. 27).

3.2.2 Rizika a stresové faktory v práci zaměstnanců zdravotnických záchranných služeb

U záchranářů se může po ukončení zásahu dostavit stres, který může přejít až do podoby posttraumatické reakce na zátěž. Hoskovcová (2009) mezi tyto jevy řadí například opětovné prožívání traumatu při podobném zásahu, událost se v myšlenkách stále vrací, opakují se tíživé sny, vyhýbání se věcem nebo událostem, které připomínají traumatizující zásah, neschopnost rozpomenout se na důležitou část zásahu, mohou nastat i poruchy spánku, podrážděnost, problémy s koncentrací pozornosti a přehnané úzkostné reakce, atd.

Je zřejmé, že zdravotnická práce je spojena s větší mírou stresu a je zde patrné, že díky nadměrné zátěži se zvyšuje riziko chybných výkonů a rozhodnutí, pracovních úrazů, psychosomatických onemocnění, což bývá také častým důvodem lékařů, zdravotníků odchodu ze zaměstnání (Bartošíková, 2006).

Hoskovcová (2009, s. 153) uvádí typy situací, jež mohou mít vliv na ztrátu osobnostních předpokladů k výkonu profese záchranáře:

Záchranář zažije:	Záchranář utrpí:	Záchranář způsobí sám:
úmrtí nebo těžké poranění jiných osob jako přímý svědek události (především u dětí nebo kolegů), např. obzvláště tragické události: nehody s množstvím obětí extrémně vypadající oběti katastrofy velké škodní události svědek sebevraždy	těžké ohrožení života nebo tělesné nedotknutelnosti, např.: přehřátí, poleptání, intoxikace, infekce, těžké poranění, např.: vážná dopravní nehoda zasypání, zavalení popálení	smrt nebo těžké zranění někoho jiného, např. v důsledku: dopravní nehody, chybného rozhodnutí, selhání „záchranné mise“

Tab. 2. Typy situací, jež mohou mít vliv na ztrátu osobnostních předpokladů k výkonu profese záchranáře (Hoskovcová, 2009, s. 153).

Dle výsledků studie zaměřené na zátěž a stres pracovníků záchranných služeb autorů Šeblové, Kebzy (2005) patří mezi hlavní stresory záchranářské práce resuscitace nebo smrt

dítěte, hromadné a závažné dopravní nehody. Mezi dalšími stresory se vyskytovaly řízení organizace, čekání na výjezd, zodpovědnost, nemožnost konzultace, neochota nemocnic přijmout pacienta. Naopak mezi pozitivy práce byly uváděny pomoc lidem a záchrana života nebo zdraví, akčnost, zajímavost a pestrost práce, kolektiv na pracovišti, náročnost práce, plat, volný čas díky směnnému pracovnímu režimu a společenské uznání.

3.3 Etický rozměr zdravotnické práce

Členové záchranného týmu musí být pro svou práci připraveni odborně, tělesně i morálně. Mezi podstatné znaky práce patří rychlost, koordinace, přesnost, zodpovědnost, spolehlivost. Denně se zdravotničtí pracovníci setkávají se specifickými situacemi, které urgentní stav s sebou přináší, při nichž zachraňují lidské životy, střetávají se se změnami psychického stavu pacientů atd. V urgentní medicíně není možné vždy zcela respektovat a zachovávat právo pacienta na nezávislost, informovaný souhlas, respektování lidské důstojnosti dle přání pacienta. Vše se podřizuje požadavkům záchrany co největšího počtu lidských životů (Rapčíková, 2007).

Další specifikum práce spočívá ve vystavování se určitému riziku souvisejícímu s daným místem, situací. Situací se může rozumět pacient trpící duševní, infekční chorobou, pracovník se dále může vyskytovat ve znečištěném či rizikovém prostředí atd. V těchto situacích je etická povinnost zachraňovat do jisté míry ovlivněna povinností chránit především svůj vlastní život a zdraví. Mezi další specifické situace patří i změny v psychickém stavu postižených, proto je důležitá trpělivost, dodání pocitu jistoty, podpory zdravotníků pacientům. Záchranářská práce je také velmi úzce spjata i medicínským a etickým faktorem a to prognózou onemocnění, neboť to ovlivňuje i další vývoj zdravotního stavu postiženého (Rapčíková, 2007).

3.3.1 Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů

„Chování a jednání zdravotnických pracovníků by se mělo řídit obecně platnými etickými a morálními zásadami vycházejícími z obecně platných etických principů, etických zásad, zdravotní etiky, morálky a mravnosti“ (Šamánková, 2006, s. 29).

Celý etický kodex nelékařských zdravotnických profesí považuji za důležitý, proto jej v plném znění uvádím v Příloze P I.

3.4 Preventivní a intervenční techniky

Práce v záchranné zdravotnické službě je náročná, stresující a jak je zřejmé velmi často vede k rozvoji syndromu vyhoření, proto velmi důležitou roli zde hraje prevence. V rámci prevence stresu a rizik vznikajících z psychické zátěže jsou od roku 2004 zaváděny intervenční techniky, které spočívají například ve formě různých psychologických programů. Programy jsou rozděleny na dvě základní oblasti a to péči o zaměstnance a druhou oblastí je zvýšení znalostí z oblasti psychosociálních urgencí. V současné době se může pochlubit nejširší nabídkou psychologických programů Územní středisko záchranné služby Středočeského kraje (Šeblová, 2007, online).

Jsou pořádány také různé přednášky, které zdravotníky seznamují s problematikou psychologické zátěže a důsledků profesního stresu a je kladen na důraz na osvojení si správných zvládacích mechanismů tzv. „coping“. Někdy bývají přednášky spojeny i s ukázkami technik krizové intervence (debriefing, defusing). Debriefingem se rozumí skupinový rozbor mimořádně důležité události a defusingem uvolňující rozhovor o prožité obtížné či krizové situaci, kde je v první řadě o získání pochopení, opory a redukci emočního napětí. Zaváděním psychologických programů zaměřených na pracovníky můžeme zvýšit pracovní pohodu, efektivnost práce, motivaci pracovníků a tím i zabránit předčasným odchodům kvalifikovaných zaměstnanců (Šeblová, 2007, online).

V současné době se zavádí program CISM (Critical Incident Stress Management). Jedná se o ucelený systém preventivních a intervenčních technik. Cílem je udržení, případně obnovení psychické rovnováhy profesionálů po náročných zásazích (Šeblová, 2010, online).

CISM je v této době na záchranných službách znám jako PIS (Psychosociální Intervenční Služba).

Podle sdělení klinického psychologa ÚSZS MSK je tento program stavěn na tzv. peerech neboli vyškolených kolezích, kteří jsou prostorově i svou činností nejbližší pracovníkům v organizaci a ukazuje se, že bývají často také daleko lépe přijímáni svými spolupracovníky. Pro pracovníky jsou peeři mnohdy bezpečnější a přijatelnější než odborník na duševní zdraví, tedy psycholog. Ten není navíc ve větší části situací pro kontakt se zasaženým záchranářem nutný, naopak může s sebou přinášet nechtěný efekt psychologizace. Peeři tedy budou svým kolegům k dispozici pro poskytnutí první psychické opory a samozřejmě v případě potřeby se mohou obrátit i na psychologa.

Škálu aktivit toho programu můžeme rozdělit do tří následujících kroků:

1. prevence – vzdělávání v oblasti stresu, učení se novému životnímu stylu
2. akutní stres a reakce na něj, druhy intervencí
3. chronický stres a posttraumatická stresová porucha (Hoskovcová, 2009).

„Zásadní prvky systému jsou:

1. vytvoření sítě vyškolených pracovníků – peerů
2. spolupráce s odborníky na duševní zdraví, kteří znají dobře problematiku dané profese (tj. pracovníků záchranných služeb)
3. koordinace v případě výskytu mimořádné události – předání informací, žádost o provedení intervence (individuálně/týmově traumatizující zásahy) nebo rozhodnutí o provedení intervence (mimořádná událost s větším počtem postižených)
4. timing a typ intervence
5. organizační zajištění – svolání účastníků, zajištění místnosti pro intervenci, hrazení nákladů“ (Šeblová, 2010, online).

Šeblová (2007, online) na základě svých zkušeností a výsledků studie ze zavádění preventivních přednášek a technik krizové intervence pro záchranné zdravotnické služby doporučuje:

- Zařadit v rámci nepřetržitého vzdělávání pracovníků preventivně zaměřené přednášky pro všechny zaměstnance i lékaře, s cílem zvýšení odolnosti proti stresu u jednotlivých pracovníků.
- Přednášky a semináře zaměřené na management jednotlivých organizací, neboť ten ovlivňuje mnoho z faktorů, které míru stresu ovlivňují (pracovní podmínky, jasná organizační struktura organizace, jasně vymezené kompetence, podpora kontinuálního vzdělávání a profesního růstu zaměstnanců).
- Zavádění programů krizové intervence i zpětné vyhodnocení účinnosti těchto programů. Důležitá je informovanost, že došlo ke kritické události, načasování intervence, logistické zajištění atd.
- Vytvoření specifického programu pro operátory/operátorky, jelikož jejich práce má odlišných charakter od výjezdových týmů a má vysokou míru psychologické

zátěže. Zde důležité se zaměřit především na komunikaci a větší vzájemnou propojenost výjezdových týmů a pracovníků operačních středisek.

- Vytvoření specifických intervenčních programů pro napadené pracovníky, vzhledem k vysokému riziku vlastního ohrožení během služby.

Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských a zdravotnických oborů v Brně (NCO NZO) nabízí v rámci prevence a celoživotního vzdělávání několik programů zaměřených na rozvoj osobnosti týkajících se dané problematiky. V nabídce certifikovaných kurzů můžeme najít např.:

- Formy a možnosti supervize
- Komunikační dovednosti u zdravotnických pracovníků
- Psychoterapeutické kurzy
- PEER programy péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – strategie zvládnání psychicky náročných profesních situací
- Zvládnání stresu a pracovní zátěže jako prevence syndromu vyhoření (NCO NZO, 2010, online).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 ÚZEMNÍ STŘEDISKO ZÁCHRANNÉ SLUŽBY MORAVSKOSLEZSKÉHO KRAJE

Svůj výzkum jsem zaměřila na zdravotnické pracovníky spadající pod Územní středisko záchranné služby Moravskoslezského kraje, proto bych zde ráda nastínila alespoň základní údaje týkající se tohoto střediska, a také význam a okruhy činnosti psychologa střediska.

Územní středisko záchranné služby Moravskoslezského kraje (ÚSZS MSK) je v současné době největší záchranná služba v České republice. Je příspěvkovou organizací, jejímž zřizovatelem je Moravskoslezský kraj. Územní středisko jako takové, vzniklo dne 1. ledna 2004 sloučením bývalých okresních záchranných služeb z Ostravy, Karviné, Opavy, Frýdku - Místku, Bruntálu a Nového Jičína.

ÚSZS MSK disponuje devětapadesáti posádkami, které jsou připraveny nepřetržitě zasáhnout na celém území Moravskoslezského kraje. Tato oblast o rozloze 5500 km² zahrnuje mimo velkou průmyslovou aglomeraci Ostravu a také pohoří Beskydy a část Jeseníků. ÚSZS MSK poskytuje přednemocniční péči přibližně jeden a čtvrt miliónů obyvatel, kteří v Moravskoslezském kraji žijí.

Mezi hlavní úkoly záchranné služby patří poskytování přednemocniční neodkladné péče pacientům akutně ohroženým na životě či zdraví. Jedná se především o náhle vzniklé a závažné onemocnění jakou jsou stavy cévní mozkové příhody, dechové obtíže, akutní srdeční infarkty, bezvědomí, křečové stavy (epilepsie), úrazy, dopravní nehody, atd. Péče je poskytována přímo v terénu na místě vzniku události nebo během převozu k dalšímu ošetření. Výjezdové skupiny zajišťují i mimo jiné sekundární transporty jako např. převozy pacientů ve velmi vážném stavu k poskytnutí specializované péče, a také dopravu transplantátů, dárců a příjemců orgánů k jejich transplantaci (Gřegoř, 2009, online).

4.1 Psycholog ÚSZS MSK

Územní středisko záchranné služby Moravskoslezského kraje má jako jediné v České republice svého klinického psychologa - PhDr. Lukáše Humpla, který je ve své funkci je od roku 2005.

Význam psychologa ÚSZS MSK:

- Podpora při zvládnání psychické zátěže, které jsou zaměstnanci ZZS vystaveni

- Pomoci přemýšlet, jak dělat práci dobře
- Minimalizovat rizika chyb, profesního selhání
- Výuková činnost
- Snížit riziko vzniku posttraumatické stresové poruchy, syndromu profesního vyhoření
- K dispozici záchranářům, na jejich straně
- Práce v terénu, intervence u sekundárních obětí (Humpl, 2009, online).

Okruhy činnosti psychologa ÚSZS MSK:

1. Preventivní činnost
 - Semináře
 - Kurzy
 - Rozbory událostí
 - Kazuistiky
 - Konzultace
2. Předkrizová příprava
3. Péče po zásahu (události přesahující běžnou zkušenost záchranářů - např. úmrtí dítěte, hromadné nehody, úrazy s výraznou deformací těl, ohrožení samotné posádky)
 - Individuální
 - Skupinová (demobilizace, defusing, debriefing)
4. Činnost v terénu (určena sekundárním obětem)
5. Individuální péče (pro zaměstnance – osobní, pracovní, rodinné problémy)
6. Práce s médii (Humpl, 2009, online).

Dle informace psychologa ÚSZS MSK se v současné době na ÚSZS MSK začíná zavádět Psychosociální intervenční služba (popsáno v kapitole 3.4 Preventivní a intervenční techniky) a prvních osmnáct účastníků ze záchranné zdravotnické služby je ve výcviku na NCO NZO v Brně.

5 VÝZKUM

Pro svůj výzkum jsem si vybrala pracovníky Územního střediska záchranné služby Moravskoslezského kraje. Charakteristiku tohoto střediska jsem popsala v kapitole 4.

Výzkum je realizován pro získání dat použitelných pro další práci PhDr. Humpla, psychologa ÚSZS Moravskoslezského kraje.

5.1 Cíl výzkumu a výzkumný problém

Hlavním cílem tohoto výzkumu je zmapovat stupeň syndromu vyhoření u pracovníků Územního střediska záchranné služby Moravskoslezského kraje.

Výzkumným problémem spatřuji otázku: Jaký stupeň syndromu vyhoření se objevuje u pracovníků Územního střediska záchranné služby Moravskoslezského kraje?

Jedná se o výzkumný problém popisný. Popisný neboli deskriptivní výzkumný problém obvykle hledá odpověď na otázku „jaké to je?“ a zjišťuje a popisuje situaci, stav nebo výskyt zkoumaného jevu (Gavora, 2000).

Na základě konzultace s podnikovým psychologem PhDr. Lukášem Humplem, jsem stanovila i dílčí výzkumné otázky, tak aby byly zasahovaly do oblasti jeho zájmu a práce s pracovníky záchranné zdravotnické služby a mohly být dále použitelné například pro zvažování dalších preventivních opatření.

1. Co si pracovníci představují pod pojmem stres?
2. Co osobně vnímají jako nadlimitní zátěž ve své profesi?
3. Jak se vyrovnávají se stresovými situacemi a jak jim v tom pomáhá jejich okolí?
4. Co si představují pod pojmem syndrom vyhoření?
5. Setkali se se syndromem vyhoření někdy u sebe nebo svých kolegů a jak se to projevovalo?
6. Cítí se oni sami ohroženi syndromem vyhoření?
7. Co vědí pracovníci o preventivních opatřeních ve své organizaci?
8. Jaká forma prevence ze strany zaměstnavatele by byla pro ně dostačující?

5.2 Druh výzkumu a výzkumné metody

Ve své diplomové práci jsem se rozhodla pro kombinaci kvantitativního a kvalitativního výzkumu a využít tak výhod obou přístupů. Použiji tedy smíšenou výzkumnou strategii. Kvantitativní výzkum mi umožňuje relativně rychlý a přímočarý sběr dat a jejich následnou rychlou analýzu (za pomoci využití počítačů). Naopak kvalitativní výzkum mi pomáhá získat podrobnější popis a vhled do zkoumané problematiky a dobře reaguje na místní situace a podmínky (Hendl, 2005).

Jako výzkumné metody jsem si zvolila dotazník a polostrukturovaný rozhovor. Obě tyto metody jsou dále popsány v kapitole 6 Dotazník a 7 Polostrukturovaný rozhovor.

5.3 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek dotazníkového šetření tvořili pracovníci ÚSZS Moravskoslezského kraje. Bylo rozdáno zhruba 200 dotazníků a návratnost byla 61%, tudíž výzkumu se zúčastnilo celkem 122 respondentů, mužů i žen ve věku 20 – 59 let na pracovní pozici lékař, záchranář - sestra, řidič ze ZZS Bohumín, ZZS Český Těšín, ZZS Frenštát, ZZS Frýdek Místek, ZZS Havířov, ZZS Jablunkov, ZZS Karviná, ZZS Nový Jičín, ZZS Orlová, ZZS Třinec. Na základě neúplného či chybně vyplněného dotazníku jsem 4 respondenty vyřadila. Podrobné vyhodnocení tohoto výzkumného vzorku je uvedeno v kapitole 6.3.1 Vyhodnocení složení výzkumného vzorku.

Respondenty pro rozhovor jsem získala ze ZZS Havířov. Rozhodla jsem se pro toto středisko na základě největší návratnosti vyplněných dotazníků, kde toto středisko bylo zároveň i nejvíce ochotné se mnou spolupracovat, a také na žádost PhDr. Humpla pro získání jeho určité zpětné vazby v problematice syndromu vyhoření. Soubor tvořilo 10 pracovníků, 2 ženy a 8 mužů ve věku 30 až 53 let na pozicích záchranář – sestra a řidič. Respondenta z řad lékařů se mi nepodařilo získat. Výzkumný vzorek je blíže specifikován v kapitole 7.1 Výzkumný vzorek pro rozhovor.

Dotazníkové šetření i rozhovory byly anonymní a všechny osoby v něm zapojené souhlasily se zpracováním získaných údajů a informací.

Záměrně jsem do výzkumu nezařazovala operátorky, neboť dle mého názoru, je to velmi specifická kategorie zaměstnanců, která má navíc své vlastní vzdělávací a preventivní programy.

5.4 Realizace výzkumu

Po předchozí domluvě s PhDr. Humplem jsme společně oslovili vrchní sestry jednotlivých středisek a požádali o pomoc při zprostředkování dotazníků respondentům. Na začátku měsíce února 2010 byly respondentům dotazníky rozděleny a s vrchními sestrami bylo domluveno datum vyzvednutí vyplněných dotazníků. Dotazník je uveden v Příloze P II.

Během měsíce února a začátku března jsem oslovila pracovníky Záchrané zdravotnické služby v Havířově a udělala s nimi polostrukturovaný rozhovor.

6 DOTAZNÍK

V první části výzkumu jsem jako kvantitativní výzkumný nástroj použila standardizovaný dotazník. Gavora (2000) vymezuje dotazník jako způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí na ně. Jedná se o soustavu předem důkladně připravených a pečlivě formulovaných otázek. Ty jsou promyšleně seřazeny a respondent na ně odpovídá písemně.

Výhodou dotazníku je, že umožňuje získat poměrně rychle data od velkého počtu respondentů (Chráška, 2007).

6.1 MBI dotazník

Rozhodla jsem se použít českou verzi **MBI dotazníku** (Maslach Burnout Inventory), která byla vytvořena pro Zdravotní ústav se sídlem v Brně PhDr. Zdeňkou Židkovou (Kocmanová, 2005).

Dotazník MBI jsme si vybrala, neboť se jedná již ověřenou metodu a všechny položky jsou jasné, srozumitelné a nevyžadují velkou časovou náročnost na vyplnění.

Dotazník se skládá z 22 položek neboli otázek. Ke každé otázce je přiřazena hodnotící škála v rozmezí 0-7. Respondenti doplňují do vyznačených políček u každého tvrzení čísla, dle uvedeného klíče.

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

Otázky jsou zaměřeny na zjištění výskytu míry syndromu vyhoření. MBI dotazník má 3 faktory, přičemž první dva jsou negativně laděny a poslední je pozitivně laděný:

- **EE** – emotional exhaustion – emocionální vyčerpání
- **DP** – depersonalization – ztráta úcty k druhým lidem jako k lidským bytostem, pocity odosobnění v práci
- **PA** – personal accomplishment – osobní uspokojení z práce (Kocmanová, 2005; Dimunová, 2009; Židková, 2010, online).

Řazení položek dotazníku MBI

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

Tab. 3. Řazení položek MBI dotazníku. (Židková, 2010, online)

Vyhodnocení dotazníku

„Syndrom vyhoření je složitým psychologickým konstruktem, proto jsou sub-škály kombinovány tak, aby postihly více oblastí, a nezjišťuje se celkový skóre. Protože pocity vyhoření jsou vnímány jako kontinuum, MBI měří na každé škále úroveň vyhoření ve třech stupních – vysoký, mírný, nízký. Pro emocionální vyhoření a depersonalizaci korespondují vysoké hodnoty s vysokým stupněm vyhoření, naopak u osobního uspokojení korespondují s vyhořením nízké hodnoty“ (Židková, 2010, online).

Vyhodnocení spočívání v součtu všech bodových hodnocení v jednotlivých sub-škálách:

Stupeň emocionálního vyčerpání EE

Nízký	0 - 16
Mírný	17 - 26
Vysoký	27 a více = vyhoření!

Stupeň depersonalizace DP

Nízký	0 - 6
Mírný	7 - 12
Vysoký	13 a více = vyhoření!

Stupeň osobního uspokojení PA

Vysoký	39 a více
Mírný	38 - 32
Nízký	31 - 0 = vyhoření! (Židková, 2010, online).

6.2 Způsob zpracování dat

Data získaná dotazníkovým šetřením jsem zpracovala pomocí běžných statistických metod a pro lepší přehlednost jsem vše zaznamenala do tabulek (je uvedena absolutní a relativní četnost v %) a také uvádím grafické znázornění.

Počet osob z celku, které dosáhli určité hodnoty, jsem označila jako absolutní četnost. Tabulku jsem doplnila o tzv. relativní četnost, která je vyjádřena v procentech. Chráska (2007, s. 41) uvádí, že „relativní četnost poskytuje informaci o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou hodnotu (kategorii).“

Data jsem třídila pomocí počítačového programu Microsoft Excel. Analyzuji každou z rovin, aby bylo zřejmé, které oblasti je potřeba věnovat větší pozornost. Při vyhodnocování dat jsem se řídila klíče, který jsem uvedla v podkapitole 6.1 MBI dotazník.

6.3 Vyhodnocení

V Příloze P III. uvádím základní tabulku vytvořenou v programu Microsoft Excel, která mi sloužila pro zpracování veškerých dat získaných dotazníkem.

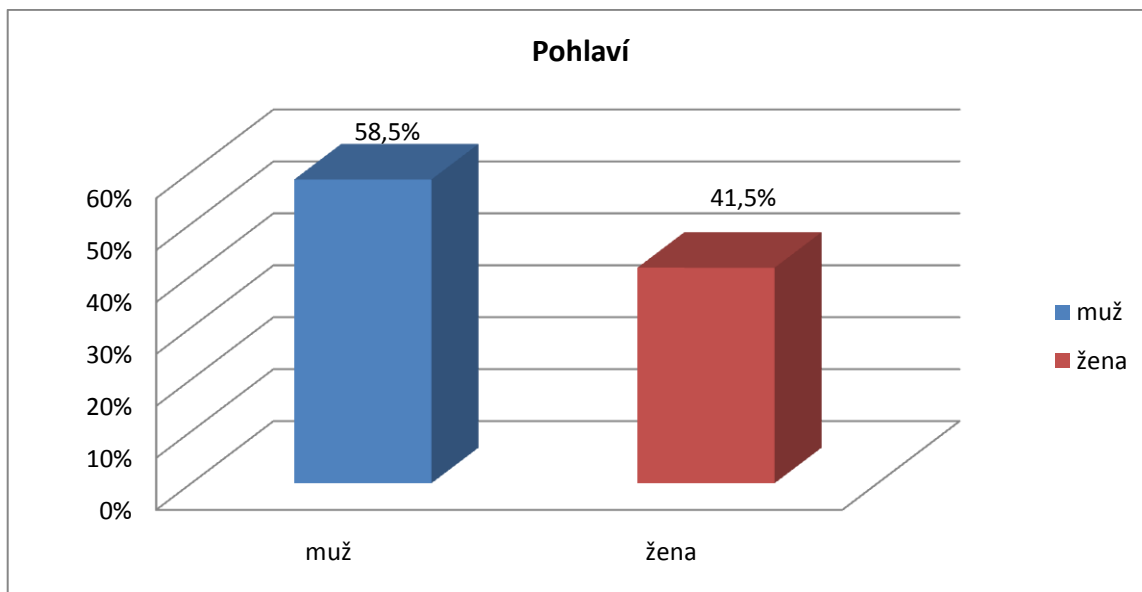
6.3.1 Vyhodnocení složení výzkumného vzorku

Pohlaví

Výzkumný soubor tvořilo 118 respondentů, z toho bylo 69 mužů (58,5%) a 49 žen (41,5%), což dokládá Tab. 4. a Obr. 3.

pohlaví	absolutní četnost	relativní četnost v %
muži	69	58,5 %
ženy	49	41,5 %
	Σ 118	Σ 100,0 %

Tab. 4. Pohlaví.



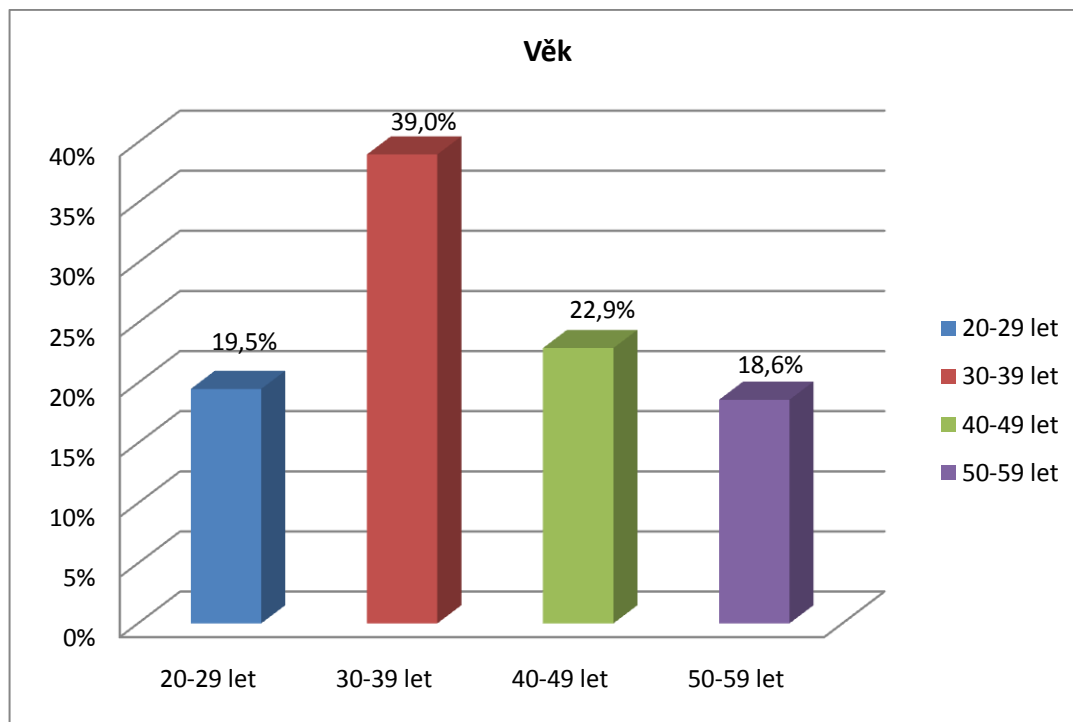
Obr. 3. Pohlaví.

Věk

Respondenty jsem si rozdělila do čtyř věkových kategorií. Jak je patrné z tabulky Tab. 5. a obrázku Obr. 4., všechny věkové kategorie byly zastoupeny. Nejpočetnější byla skupina respondentů ve věku 30 – 39 let, kterou tvořilo 46 osob (39%), dále 40 – 49 let tvořilo 27 osob (22,9 %), 20 – 29 let 23 respondentů (19,5%) a v kategorii 50 – 59 let se nacházelo 22 respondentů (18,6%).

věk	absolutní četnost	relativní četnost v %
20 - 29	23	19,5 %
30 - 39	46	39 %
40 - 49	27	22, 9%
50 - 59	22	18,6 %
	Σ 118	Σ 100,0 %

Tab. 5. Věk.



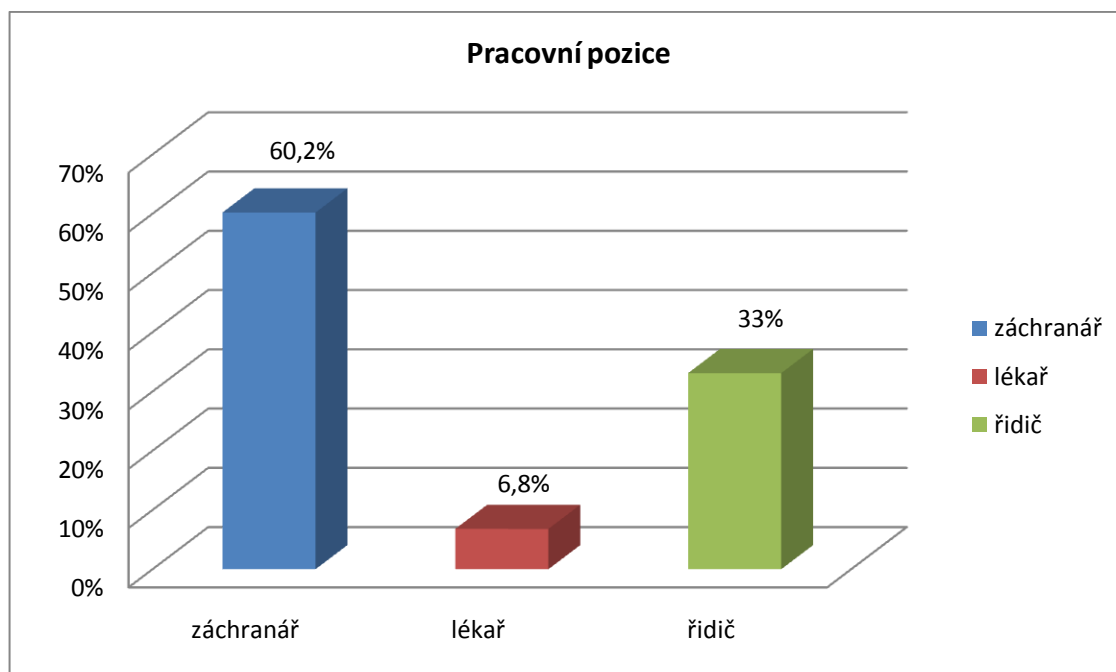
Obr. 4. Věk

Pracovní pozice

Z celkového počtu respondentů největší část tvořili záchranáři (sestry) a to 60,2 %, poté řidiči 33 % a lékařů se zúčastnilo 6,8 % (viz Tab. 6. a Obr. 5.)

pracovní pozice	absolutní četnost	relativní četnost v %
záchranář	71	60,2 %
lékař	8	6,8 %
řidič	39	33 %
	Σ 118	Σ 100,0 %

Tab. 6. Pracovní pozice.



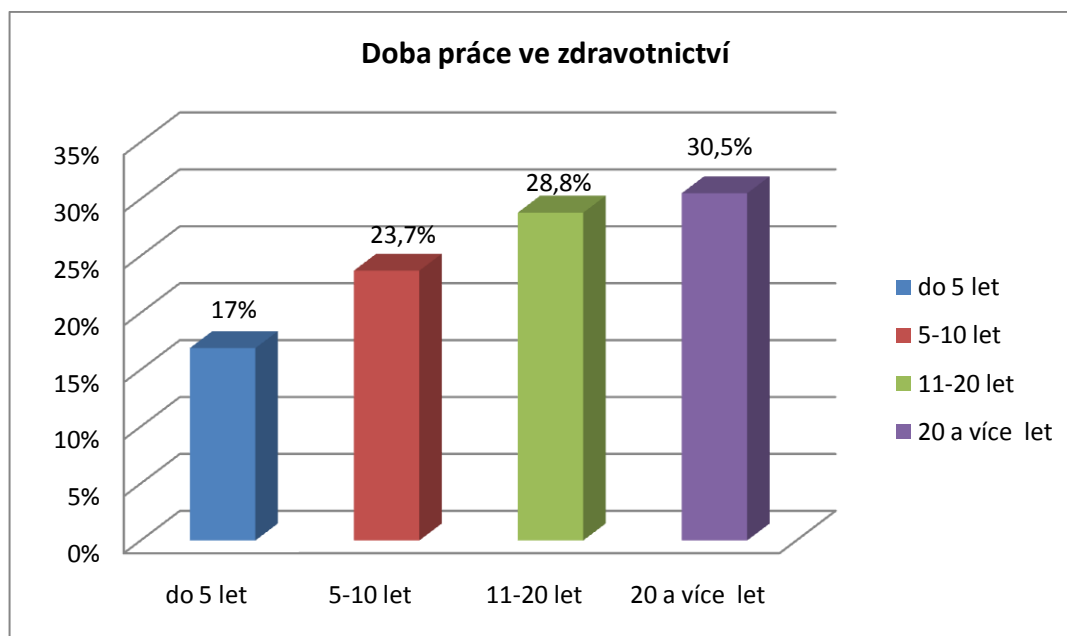
Obr. 5. Pracovní pozice.

Doba práce ve zdravotnictví

Jak je patrné z následující tabulky Tab. 7. a obrázku Obr. 6. byly zastoupeny všechny kategorie doby práce ve zdravotnictví a to 20 respondentů (17 %) pracuje ve zdravotnictví méně než 5 let, 28 respondentů (23,7 %) se věnuje zdravotnické profesi 5 – 10 let, 34 respondentů (28,8 %) 11 – 20 let a kategorii 20 let a více byla zastoupena největším počtem respondentů a to 36 (30,5 %).

dobu	absolutní četnost	relativní četnost v %
do 5 let	20	17 %
5 – 10 let	28	23,7 %
11 – 20 let	34	28,8 %
20 let a více	36	30,5 %
	Σ 118	Σ 100,0 %

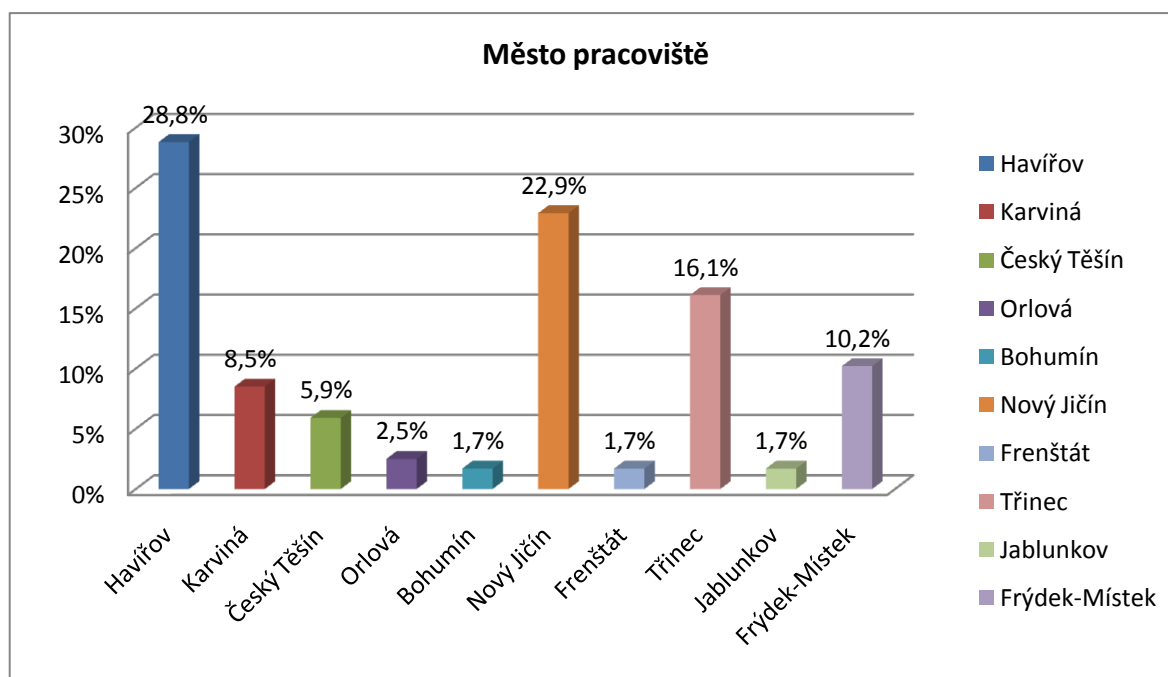
Tab. 7. Doba práce ve zdravotnictví.



Obr. 6. Doba práce ve zdravotnictví.

Město pracoviště

Po rozdělení výzkumného souboru na jednotlivá pracoviště vyšlo najevo, že nejvíce vyplněných dotazníků vrátila ZZS Havířov a to 28,8% (34 dotazníků) a naopak nejméně ZZS Bohumín, ZZS Frenštát, ZZS Jablunkov a to 1,7 % (2 dotazníky). Počet všech respondentů je patrný z následujícího Obr. 7. a Tab. 8.



Obr. 7. Město pracoviště.

město pracoviště	absolutní četnost	relativní četnost v %
Havířov	34	28,8 %
Karviná	10	8,5 %
Český Těšín	7	5,9 %
Orlová	3	2,5 %
Bohumín	2	1,7 %
Nový Jičín	27	22,9 %
Frenštát	2	1,7 %
Třinec	19	16,1 %
Jablunkov	2	1,7 %
Frýdek Místek	12	10,2 %
	Σ 118	Σ 100,0 %

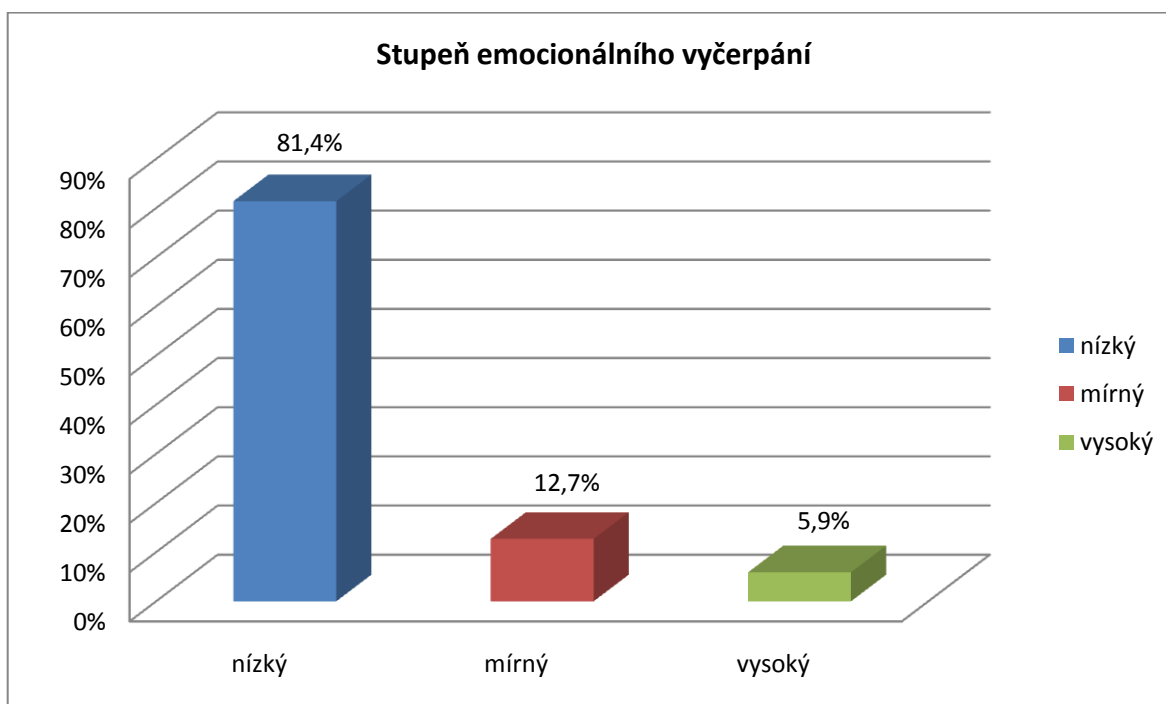
Tab. 8. Město pracoviště.

6.3.2 Vyhodnocení položky EE

Jak je zřejmé z tabulky Tab. 9. a grafického znázornění na Obr. 8. 81,4% zdravotnických pracovníků se nachází v nízkém stupni emocionálního vyčerpání, 12,7 % v mírném stupni. Vysoký stupeň emocionální vyčerpání byl zaznamenán u 5,9 % respondentů.

stupeň EE	absolutní četnost	relativní četnost v %
nízký	96	81,4 %
mírný	15	12,7 %
vysoký	7	5,9 %
	Σ 118	Σ 100,0 %

Tab. 9. Vyhodnocení položky EE.



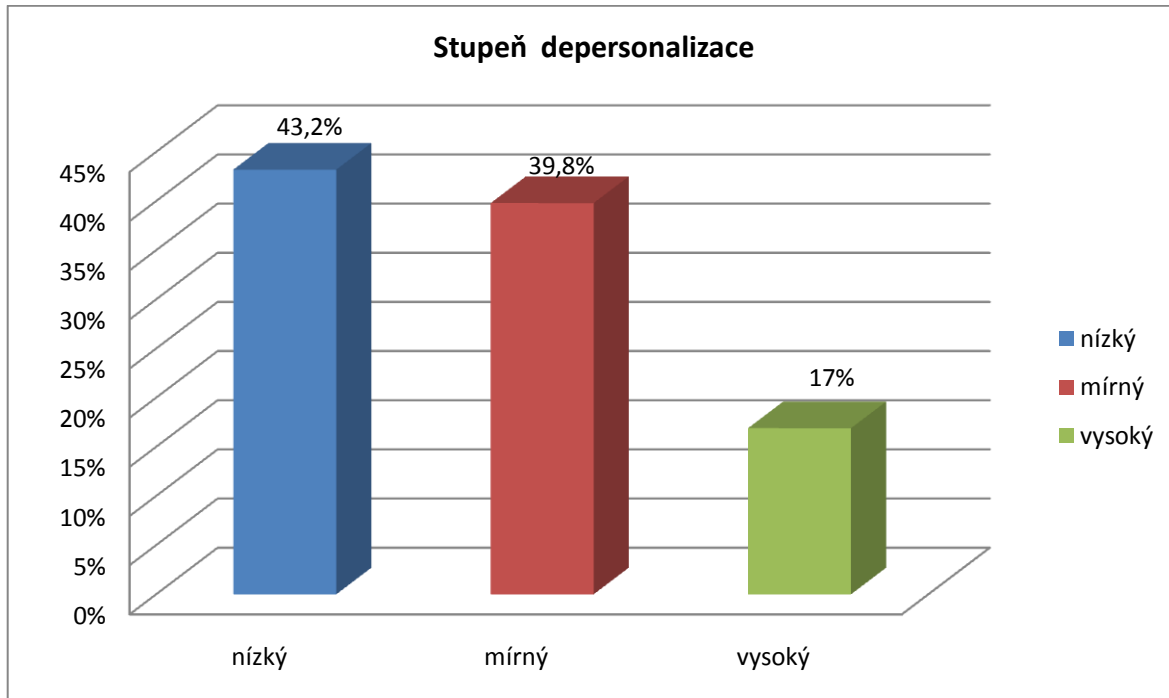
Obr. 8. Vyhodnocení položky EE.

6.3.3 Vyhodnocení položky DP

Z vyhodnocení položky depersonalizace je patrné, že 43,2 % se nachází v nízkém stupni depersonalizace, 39,8 % v mírném stupni. Alarmující je skutečnost, že 17 % zdravotnických pracovníků se již nachází ve vysokém stupni depersonalizace tedy vyhoření, což dokládá Tab. 10. a Obr. 9.

stupeň DP	absolutní četnost	relativní četnost v %
nízký	51	43,2 %
mírný	47	39,8 %
vysoký	20	17 %
	Σ 118	Σ 100,0 %

Tab. 10. Vyhodnocení položky DP.



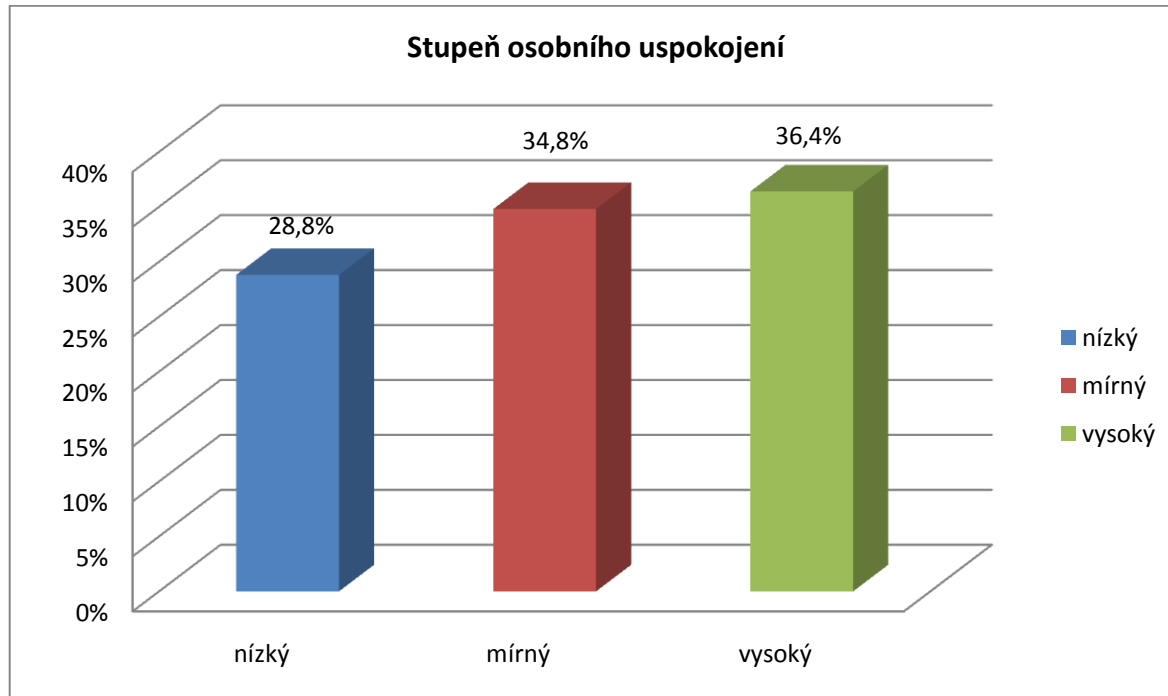
Obr. 9. Vyhodnocení položky DP.

6.3.4 Vyhodnocení položky PA

U položky osobního uspokojení nízký stupeň signalizuje vyhoření a naopak vysoký stupeň je vnímán velmi pozitivně. 36,4 % respondentů se nachází v pásmu vysokého osobního uspokojení, 34,8 % v mírném pásmu. Závažné je zjištění, že 28,8 % respondentů se nachází již v rovině vyhoření, tedy nízkého stupně osobního uspokojení (viz Tab. 11. a Obr. 10.).

stupeň PA	absolutní četnost	relativní četnost v %
nízký	34	28,8 %
mírný	41	34,8 %
vysoký	43	36,4 %
	Σ 118	Σ 100,0 %

Tab. 11. Vyhodnocení položky PA.



Obr. 10. Vyhodnocení položky PA.

6.4 Shrnutí

Hlavním cílem praktické části této diplomové práce bylo zmapovat stupeň syndromu vyhoření u pracovníků Územního střediska záchranné služby Moravskoslezského kraje.

Dotazníkové šetření přineslo zjištění, že syndrom vyhoření se objevuje u pracovníků ve všech třech dimenzích (emocionálního vyčerpání, depersonalizace a osobního uspokojení) a všech stupních (nízkém, mírném a vysokém). Závažné se jeví zjištění, že i vysoký stupeň emocionálního vyčerpání, depersonalizace a nízký stupeň osobního uspokojení, byl také zaznamenán a to konkrétně: vysoký stupeň emocionálního vyčerpání je u 5,9 % dotazovaných, vysoký stupeň depersonalizace u 17 % dotazovaných a nízký stupeň osobního uspokojení je patrný u 28,8 % dotazovaných. A právě tyto hodnoty jsou signálem vyhoření v jednotlivých oblastech.

Na začátku výzkumu jsem vyhodnotila i výzkumný vzorek, při dalších vyhodnocování dimenzí v závislosti na pohlaví, věku, pracovní pozici atd. jsem nenarazila na žádné závažné odchylky, a proto jsem výzkumný vzorek uvedla jako celek bez dalšího specifikování.

Z výše uvedených výsledků dotazníkového šetření je patrné, že je velmi důležité se věnovat problematice syndromu vyhoření a věnovat značnou pozornost především preventivním opatřením, neboť účinnější je syndromu vyhoření předcházet, než jej léčit.

7 POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR

Jako druhou výzkumnou metodu jsem si zvolila polostrukturovaný rozhovor, neboť jak uvádí Chráska (2007) velkou výhodou oproti jiným výzkumným metodám je navázání osobního kontaktu s respondenty a díky tomu možnost lepšího proniknutí do dané problematiky neboli do motivů a postojů respondentů.

7.1 Výzkumný vzorek pro rozhovor

Pro přehlednost jsem si sestavila následující tabulku respondentů, s nimiž byl uskutečněn rozhovor. Jak jsem uvedla v kapitole 5.3, pro rozhovor se mi nepodařilo získat respondenty z řad lékařů.

označení	pohlaví	věk	pracovní pozice	délka praxe	dosažené vzdělání
R 1	muž	32	záchranář	6 let	VOŠ
R 2	muž	30	záchranář	10 let	SŠ
R 3	muž	30	řidič	10 let	SŠ
R 4	žena	46	sestra	27 let	VŠ
R 5	muž	30	řidič	11 let	SŠ
R 6	muž	34	řidič	3 roky	SŠ
R 7	muž	34	záchranář	13 let	SŠ
R 8	žena	53	sestra	33 let	SŠ
R 9	muž	31	záchranář (řidič)	8,5 let	SŠ
R 10	muž	30	záchranář (řidič)	10 let	VOŠ

Tab. 12. Přehled respondentů pro rozhovor.

7.2 Způsob zpracování dat

Se souhlasem všech dotazovaných jsem si rozhovory nahrávala na diktafon. Poté jsem nahrávku převedla do textové podoby, neboli provedla transkripci. Získaná data jsem zpracovávala pomocí otevřeného kódování.

Při otevřeném kódování se analyzovaný text rozdělí na jednotky, kterým se přidělí určitý kód a hledají se podobnosti nebo rozdíly. Vzniklé kódy poté jsou seskupovány do kategorií na základě podobnosti. Poté vzniklý kategorizovaný seznam kódů se uspořádává do určité linky a sestaví se text takovým způsobem, aby byl převyprávěn obsah jednotlivých kategorií. Tato technika je nazývána technikou vyložení karet (Švaříček; Šed'ová, 2007).

V Příloze P IV uvádím základní otázky pro polostrukturovaný rozhovor a v Příloze P V je jeden vzorový rozhovor v textové podobě.

Kategorizovaný seznam kódů

- STRES

Pojem stres, popis nadlimitní zátěže, vyrovnávání se se zátěží, forma, aktivity, podpora okolí.

- SYNDROM VYHOŘENÍ

Vymezení syndromu vyhoření, kontakt, projev, obavy, ohrožení, vyhledávání péče, důvod, osobní zájem.

- PREVENCE

Povědomí o opatřeních, druhy, popis, účast, negativní hodnocení, pozitivní hodnocení, spokojenost, náměty.

7.3 Analytický příběh

Pro přehlednost a jasnou strukturu jsou jednotlivé kategorie (Stres, Syndrom vyhoření, Prevence) uvedeny jako kapitoly.

7.3.1 Stres

V závislosti na individuui si pod stresem lze představit cokoliv. Zdravotníci si pod tímto pojmem nejčastěji představují náročnou situaci (*„Náročnou situaci plnou křiku, nářku, sténání.“*), náročné zásahy (*„No, náročné zásahy, hromadné neštěstí, úmrtí dítěte.“*) nebo příliš mnoho práce. (*„Příliš mnoho úkolů, které už nezvládám.“*)

Zdravotníci denně bojují o záchranu druhého člověka, což s sebou může přinášet řadu stresových situací. (*„Pro mě určitě boj o záchranu druhého člověka a pak probírat, jestli se postupovalo dobře nebo špatně. Jestli se dalo udělat víc. Jak reagovalo to okolí, pokud to bylo někde na veřejnosti. Když je tam to okolí, tak ta stresová situace je vždycky vypjatější.“*) Jako nadlimitní zátěž ve své profesi očekávaně zdravotníci uváděli nejčastěji výjezdy k dítěti. (*„Ošetřování nějakého toho dítěte. Malinkatého dítěte.“*) Nadlimitní zátěží je chápáno také hromadné neštěstí a třeba i rozpory v záchranářském týmu, jako je arogantní lékař a špatná spolupráce celé posádky. (*„Asi hromadnou nehodu, úmrtí dítěte a taky nějaké rozpory v záchranářském týmu při zásahu.“*)

Respondenti se denně setkávají se stresovými situacemi a každý se s nimi vyrovnává sobě vlastním způsobem. Někteří volí aktivní formu odpočinku, jiní pasivní. Mezi aktivní formy odpočinku patří nejčastěji procházky a sport. (*„Vaření, procházky se psem, no a taky si zajdu sem tam třeba zaplavat a do sauny.“*) Některým naopak pomáhá spánek a klid doma. Je patrné, že i komunikace je jednou z forem vyrovnávání se stresovými situacemi a řekla bych, že i nejfrekventovanější. (*„No tak hlavně se vypovídám, člověkovu někdy pomůžu to dostat ze sebe a nějaká relaxace...no kolo, hory, sauna, dobrý filmek, utrácení peněz a takové ty příjemné věci.“*) Velmi zajímavé bylo zjištění, že prostředkem k vyrovnání se stresem je i u mužů alkohol, případně cigareta. (*„Alkoholem...Že jdem po šichtě na kalíšek, maximálně pivičko.“*)

Velkou roli při vyrovnávání se se stresovými situacemi pro většinu dotazovaných hraje i jejich okolí. Jako největší pomoc spatřují dotazovaní právě možnost vypovídat se svému pracovnímu i soukromému okolí, probrat s nimi stresové situace. (*„Ale jo. Přijdete domů, manžel dá pusenku, polituje a je všechno dobře.“*) Pouze ve dvou případech byla pomoc okolí odmítána. (*„To ne, já se s něma nerada bavím o práci.“*)

7.3.2 Syndrom vyhoření

Všichni pracovníci se shodli, že o syndromu vyhoření již slyšeli a pokusili se něco říci k tomuto pojmu, určitým způsobem ho definovat. Nejčastěji v souvislosti se syndromem vyhoření se objevovaly pojmy jako nezájem, laxní přístup k práci, k pacientům, automatizace práce. (*„Je to riziko u zdravotnických pracovníků a řekl bych, že se projevuje lhostejností, nezájmem o pacienta, zhoršeným chováním k pacientům.“*) Většina dotazovaných se shodla i na faktu, že právě zdravotničtí pracovníci jsou jednou z nejohroženějších skupin syndromem vyhoření. (*„Je to nějaký stav člověka, kdy je mu práce ukradená, pacienti jsou pro něho jenom věci, má prostě nezájem o všechno. A myslím, že právě lidi ve zdravotnictví to nejvíce postihuje.“*)

Všichni dotazovaní uvedli, že se se syndromem vyhoření setkali u svých kolegů. Jako projevy uváděly nezájem o pacienta, laxní přístup atd. (*„Projevovalo se to opravdu tím nezájmem o pacienta, chování k tomu pacientovi a samozřejmě to pak člověk pociťuje i na sobě. Nemáte se ráda, nevíte, co se s Vámi děje, samozřejmě trpí jak psychika, tak fyzická stránka – různá onemocnění.“*).

Sami se cítí ohroženi syndromem vyhoření a jako důvod uvádějí například fakt, že právě zdravotníci jsou jednou z nejohroženějších skupin. (*„Ano, neboť se to týká nejvíce zdravotníků a podobných profesí.“*). Pouze jedna respondentka uvedla, že aktivně vyhledává péči, která by ji mohla pomoci předejít syndromu vyhoření. (*„Já určitě kvůli tomu studuji psychologii. Určitě to byla jedna z únikových cest, abych si vysvětlila spoustu věcí.“ ... „No jak lidi reagují, pacienti, proč tak reagují.“*) Ostatní respondenti aktivně žádnou péči nevyhledávají, neboť si myslí, že ji nepotřebují. (*„Protože to zatím necítím potřebné.“*)

Pouze jeden muž si dokázal připustit, že na sobě pociťoval určité příznaky. (*„Absolutní nechuť do práce, papírování, ty akreditace, tohle všechno. Už nebyl čas se starat o pacienta, jen se papírovalo.“*) A právě tato skutečnost ho vedla k odchodu z nemocnice a věnování se záchrannářské profesi.

7.3.3 Prevence

Všem zaměstnancům je k dispozici podnikový psycholog, na kterého se mohou kdykoliv obrátit jak s pracovními, tak i osobními záležitostmi. Téměř všichni dotazovaní jsou si této skutečnosti vědomi. (*„Kdykoliv můžu kontaktovat našeho psychologa a můžu si sjednat*

schůzku.“) Pro zaměstnance jsou pořádány také různé semináře a péče na vyžádání při vysoké profesní zátěži (např. různá skupinová sezení). V současné době se rozjíždí psychosociální intervenční služba a jsou školeni první peer pracovníci („Máme svého klinického psychologa, máme semináře, momentálně se snaží klinický psycholog rozjet peer programy.“) Na druhou stranu se objevilo i jedno negativní hodnocení a nevědomost o možnosti kdykoliv kontaktovat např. psychologa, přestože bylo zmíněno setkání s psychologem, („Ne. A chybí. A určitě si myslím, že tady chybí každému. Jednou za půl roku setkání s psychologem nestačí.“) Z odpovědí lze sledovat, že valná většina ví alespoň o možnosti obrátit se na psychologa. Na jednu stranu jsou zde respondenti, kteří ví o možnosti zúčastnit se aktivit s psychologem, ale nikdy se nezúčastnili žádného sezení s psychologem a ani necítili potřebu ho kontaktovat. („Protože necítím vůbec potřebu, umím si to všechno srovnat a vyřešit sama. Seřadit žebříček priorit.“)

A na druhou stranu jsou zde pracovníci, kteří se seminářů, hromadných sezení účastní, a právě oni je velmi pozitivně hodnotí. Jako největší pozitivum bylo uváděno, že ví, na koho se mohou v případě potíží obrátit, jak jednat v krizových situacích. („Určitě, všechno má nějaký přínos a de facto tím přínosem, který je, tak se může promítnout do naší práce. Pokud na výjezdu jednáme s psychicky narušenými lidma, tak si zkusíme z toho sezení, které je, nebo nějaká přednáška, něco vzít a promítnout to do té praxe a pokud to pomůže alespoň jednomu člověku, tak je to jenom dobře.“)

Zaměstnavatel v rámci prevence kromě psychologické péče poskytuje svým zaměstnancům i finanční příspěvek na dovolenou, který lze využít i na různé wellness víkendy, ozdravné pobyty. Tato forma prevence je pro většinu dostačující. („Já myslím, že forma, kterou teď zaměstnavatel nabízí, co se týká pracovního hlediska, tak je dostačující, to je k dispozici podnikový psycholog a co se týká soukromí, myslím, že zaměstnavatel i po této stránce nám vlastně umožňuje čerpat dovolenou, přispívá nám na rekreační pobyty, takže já si myslím, že je to naprosto dostačující.“) Jako další nejčastěji uváděný podnět v rámci prevence od zaměstnavatele by někteří uvítali například delší dovolenou a nějaké kolektivní akce, ale také se zde i objevilo větší uznání ze strany zaměstnavatele. („Co se týká psychologické péče o zaměstnance, je dostačující a jinak by určitě k větší psychické pohodě přispěla...anebo k tomu psychickému zotavování... delší dovolená, možná víc kolektivních akcí, třeba sportovních a určitě i větší uznání ze strany zaměstnavatele a s tím spojené ty klidové pracovní podmínky jako je přístup k internetu, možnost zvyšování fyzické kondice, jako je třeba posilovna a to je asi tak všechno.“)

7.4 Shrnutí

Pomocí polostrukturovaného rozhovoru jsem měla možnost proniknout hlouběji do problematiky syndromu vyhoření a nalézt i odpovědi na dílčí výzkumné otázky stanovené na začátku práce.

Dílčí výzkumné otázky:

1. Co si pracovníci představují pod pojmem stres?

Každý vnímá stres individuálně, zdravotníkům se pod tímto pojmem nejčastěji vybaví náročná situace, náročný zásah a také příliš mnoho práce.

2. Co osobně vnímají jako nadlimitní zátěž ve své profesi?

Dle očekávání nejvíce respondentů zmínilo výjezdy k dítěti a hromadné nehody.

3. Jak se vyrovnávají se stresovými situacemi a jak jim v tom pomáhá jejich okolí?

Zdravotníci volí aktivní i pasivní formu odpočinku. Mezi aktivní formu odpočinku patří například procházky, sportovní aktivity a naopak mezi pasivní klid doma. Pomoc okolí spočívá především v komunikaci, možnosti promluvit si o dané situaci se svými kolegy či blízkými.

4. Co si představují pod pojmem syndrom vyhoření?

Syndrom vyhoření byl nejčastěji spojován s pojmy nezájem, laxní přístup k práci, k pacientům, automatizace práce.

5. Setkali se se syndromem vyhoření někdy u sebe nebo svých kolegů a jak se to projevovalo?

Všichni dotazovaní uvedli, že se setkali či setkávají se syndromem vyhoření u svých kolegů a mezi hlavní projevy uvedli laxní přístup, nezájem o pacienta.

6. Cítí se oni sami ohroženi syndromem vyhoření?

Zdravotníci si uvědomují, že jejich práce patří do skupiny nejvíce ohrožených syndromem vyhoření, avšak v současné době na sobě nepozorují žádné příznaky.

7. Co vědí pracovníci o preventivních opatřeních ve své organizaci?

Pracovníci mají určité povědomí o preventivních opatřeních. Všichni si byli vědomi, že je jim k dispozici podnikový psycholog. Někteří díky informativní schůzce zmínili už i peer program, který se teprve začíná rozjíždět.

8. Jaká forma prevence ze strany zaměstnavatele by byla pro ně dostačující?

Současná forma prevence ze strany zaměstnavatele se jeví většinou dostatečná. Někteří by však uvítali delší dovolenou, kolektivní akce a třeba i větší uznání ze strany zaměstnavatele.

ZÁVĚR

Díky zvýšenému životnímu tempu, rostoucím ekonomickým, sociálním a emočním nárokům výskyt syndromu vyhoření postupně roste a dle mého názoru je potřeba problematice věnovat značnou pozornost.

Během zpracování této diplomové práce jsem se dostala k mnoha odborným článkům a také díky výzkumu jsem si vytvořila širší náhled na problematiku syndromu vyhoření.

Téma mé diplomové práce jsem si zvolila záměrně, neboť mám kolem sebe okruh přátel zdravotníků a dle mého názoru by této problematice měla být věnována především dostatečná pozornost. Hlavní motivací mé práce byla další možnost využití výsledků získaných dotazníkovým šetřením a rozhovory podnikovým psychologem.

Dle mého názoru jsem splnila všechny cíle, které jsem na začátku diplomové práce stanovila. Výzkumný problém jsem formulovala takto: Jaký stupeň syndromu vyhoření se objevuje u pracovníků Územního střediska záchranné služby Moravskoslezského kraje? V praktické části jsem si také na něj díky dotazníkovému šetření odpověděla a zmapovala jednotlivé dimenze syndromu vyhoření.

V druhé části výzkumu jsem hledala odpovědi na dílčí výzkumné otázky, které jsem prokonzultovala s psychologem. Dle mého názoru jsem i tento úkol splnila, neboť pomocí polostrukturovaného rozhovoru jsem si poté dokázala na ně i odpovědět.

Je patrné, že ne u každého pracovníka se musí objevit syndrom vyhoření, ale jak je zřejmé i z výsledku dotazníkového šetření syndrom vyhoření se u zdravotnických pracovníků objevuje a potřeba se mu dostatečně věnovat.

Myslím si, že právě management má možnost problematiku syndromu ovlivňovat, proto bych doporučila více pracovníky o této problematice informovat, každý zaměstnanec by také měl vědět, že má možnost kdykoliv se obrátit na psychologa a požádat o radu, pomoc.

Všechny výsledky mé diplomové práce jsem předala PhDr. Humplovi a na základě jejich prostudování budou zvažována další preventivní opatření.

Dle mého názoru jsem splnila všechny cíle stanovené pro svou diplomovou práci.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-39-9.
- [2] BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vydání. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1197-4.
- [3] BÄRTLOVÁ, E. *Supervize v sociální práci*. Ústí nad Labem: Fakulta sociálně ekonomická, UJEP, Ústí nad Labem, 2007. ISBN 978-80-7044-952-3.
- [4] CUNGI, Ch. *Jak zvládat stres*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-465-6.
- [5] GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.
- [6] HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
- [7] HERMAN, E., DOUBEK, P. *Deprese a stres: Vliv nepříznivé životní události na rozvoj psychické poruchy*. Praha: Maxdorf, 2008. ISBN 978-80-7345-157-8.
- [8] HOSKOVCOVÁ, S. *Psychosociální intervence*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2009. ISBN 978-80-246-1626-1.
- [9] CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
- [10] JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-74-1.
- [11] KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření: Informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu*. 2.vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-231-7.
- [12] KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.
- [13] KALLWASS, A. *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-299-7.
- [14] KŘIVOHLAVÝ, J. *Sestra a stres: Příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3149-0.

- [15] KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-551-3.
- [16] KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada, 1994. ISBN 80-7169-121-6.
- [17] KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-774-4.
- [18] KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0784-5.
- [19] NAKONEČNÝ, M. *Motivace lidského chování*. Praha: Academia, 1997. ISBN 80-200-0592-7.
- [20] PLAMÍNEK, J. *Sebepoznávání, sebeřízení a stres: Praktický atlas sebeovládání 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2593-2.
- [21] PRÁŠKO, J. *Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0185-5.
- [22] RUSH, M. *Syndrom vyhoření*. Praha: návrat, 2003. ISBN 80-7255-074-8.
- [23] SCHMIDBAUER, W. *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-312-9.
- [24] SCHMIDBAUER, W. *Syndrom pomocníka*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-369-7.
- [25] SMETANA, M.; KRATOCHVÍLOVÁ, D. *Integrovaný záchranný systém a jeho složky*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2007. ISBN 978-80-7368-337-5.
- [26] SÝKORA, J., DVOŘÁK, J., ŠEFČÍK, V. *Chování člověka v krizových situacích*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2009. ISBN 978-80-7318-826-9.
- [27] ŠAMÁNKOVÁ, M. *Základy ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1091-4.
- [28] ŠVARŤÍČEK, R.; ŠEĐOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
- [29] ŠVINGALOVÁ, D. *Stres a „vyhoření“ u profesionálů pracujících s lidmi*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2006. ISBN 80-7372-105-8.

- [30] TOŠNER, J., TOŠNEROVÁ, T. *Burn – Out syndrom. Syndrom vyhoření: Pracovní sešit pro účastníky kurzů*. Praha: Hestia, 2002.
- [31] VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vydání rozšířené a přepracované. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

Internetové zdroje:

- [32] Diskusní a informační portál pro nelékařské zdravotnické pracovníky. *Etický kodex* [online]. [cit. 2010-4-5]. Dostupné na WWW: <<http://www.osetrovatelstvi.info/data/eticky-kodex.pdf>>.
- [33] HUMPL, L. *Psychologická péče v rámci ÚSZS MSK* [online]. Operační řízení ve zdravotnictví, 2009. [cit. 2010-04-09]. Dostupné na WWW: <http://operacni-řízení.cz/wp-content/prednasky/29_Humpl_1/29_Humpl_1.html>.
- [34] NCO NZO. *Certifikované kurzy*. [online]. [cit. 2010-02-09]. Dostupné na WWW: <<http://www.nconzo.cz/web/vzdelavani/6>>.
- [35] ŠEBLOVÁ, J. *Zátěž a stres pracovníků záchranných služeb* [online]. Výzkumný ústav bezpečnosti práce, 2007. [cit. 2010-02-02]. Dostupné na WWW: <http://www.bozpinfo.cz/utf/knihovna-bozpcitarna/clanky/ochrana_zdravi/stres_zachranari.html>.
- [36] ŠEBLOVÁ, J. *Zkušenosti z poskytování krizové intervence v rámci CISM* [online]. [cit. 2010-02-19]. Dostupné na WWW: <<http://www.unbr.cz/Data/files/KonfMeKa08/V5Seblova.pdf>>.
- [37] GŘEGOŘ, R. *Kdo jsme* [online]. Územní středisko záchranné služby Moravskoslezského kraje, 2009. [cit. 2010-04-02]. Dostupné na WWW: <<http://www.uszsmsk.cz/Default.aspx?mainhref=informace>>.
- [38] ŽIDKOVÁ, Z. *Maslach Burnout Inventory* [online]. [cit. 2010-02-19]. Dostupné na WWW: <<http://www.psvz.cz/zidkova/doc/mbi.rtf>>.

Časopisy:

- [39] DIMUNOVÁ, L. Výskyt syndromu vyhoření u sester na Slovensku, *Sestra*, 2009, č. 5, s. 32. ISSN 1210-0404.

- [40] HERKUCZOVÁ, E. Syndrom vyhoření – riziko ohrožující zdravotnické pracovníky, *Sestra*, 2008, č. 12, s. 56. ISSN 1210-0404.
- [41] HONZÁK, R. Burnout syndrom, *Sestra*, 2008, č. 4, s. 27-28. ISSN 1210-0404.
- [42] JANICZEKOVÁ, E. Stres v práci zdravotnického záchranára. *Urgentní medicína*, 2007, č. 1, s. 29-32. ISSN 1212-1924.
- [43] KOČMANOVÁ, A. Syndrom vyhoření, *Sestra*, 2005, č. 12, s. 20-22. ISSN 1210-0404.
- [44] LENOCHOVÁ, E. Syndrom vyhoření u pečujících o rodinné příslušníky, *Sestra*, 2008, č. 5, s. 23. ISSN 1210-0404.
- [45] MASOPUST, J. Syndrom profesionálního vyhoření. *Practicus: Odborný časopis praktických lékařů*, 2003, roč. 2, č. 10, s. 16-17. ISSN 1213-8711.
- [46] MOROVICSOVÁ, E. Profesia sestier a syndrom vyhorenia, *Florence*, 2008, č. 2, s. 67-68. ISSN 1801-464x.
- [47] RAPČÍKOVÁ, T. Etický rozmer práce zdravotníckeho záchranára. *Urgentní medicína*, 2007, č. 2, s. 26-30. ISSN 1212-1924.
- [48] SIHELSKÁ, D. Zdravotnícky záchranár – profesionál, osobnosť, *Urgentní medicína*, 2007, č. 2, s. 30-32. ISSN 1212-1924.
- [49] VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. Syndrom vyhoření jako důsledek zanedbání péče o sebe u lékařů a zdravotníků, *Urgentní medicína*, 2005, č. 2, s. 25-28. ISSN 1212-1924.
- [50] ZACHAROVÁ, E. Syndrom vyhoření v klinické praxi, *Florence*, 2008, č. 7-8, s. 305-306. ISSN 1801-464x.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

BM	Burnout Measure
CISM	Critical Incident Stres Management
DP	Depersonalizion, pocity odosobnění v práci
EE	Emotional Exhaustion, emocionální vyčerpání
HZS ČR	Hasičský záchranný sbor České republiky
IZS	Integrovaný záchranný systém
LZS	Letecká záchranná služba
MBI	Maslach Burnout Inventory
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
NCO NZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
PA	Personal Accomplishment, osobní uspokojení z práce
PIS	Psychosociální intervenční služba
RLP	Rychlá lékařská pomoc
RLP-RV	Rychlá lékařská pomoc v setkávacím systému, „rendez - vous“
RZP	Rychlá zdravotnická pomoc
ÚSZS	Územní středisko záchranné služby
ÚSZS MSK	Územní středisko záchranné služby Moravskoslezského kraje

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1. Základní rozměry stresu.....	14
Obr. 2. Logo ÚSZS MS kraje	34
Obr. 3. Pohlaví	53
Obr. 4. Věk.....	54
Obr. 5. Pracovní pozice	55
Obr. 6. Doba práce ve zdravotnictví	56
Obr. 7. Město pracoviště.....	56
Obr. 8. Vyhodnocení položky EE	58
Obr. 9. Vyhodnocení položky DP	59
Obr. 10. Vyhodnocení položky PA	60

SEZNAM TABULEK

Tab. 1. Způsoby zmírňování pracovního stresu změnou návyků v chování, postojích a péči o tělo	19
Tab. 2. Typy situací, jež mohou mít vliv na ztrátu osobnostních předpokladů k výkonu profese záchranáře	38
Tab. 3. Řazení položek MBI dotazníku.....	50
Tab. 4. Pohlaví	52
Tab. 5. Věk.....	53
Tab. 6. Pracovní pozice	54
Tab. 7. Doba práce ve zdravotnictví	55
Tab. 8. Město pracoviště.....	57
Tab. 9. Vyhodnocení položky EE	58
Tab. 10. Vyhodnocení položky DP	59
Tab. 11. Vyhodnocení položky PA	60
Tab. 12. Přehled respondentů pro rozhovor.....	62

SEZNAM PŘÍLOH

- P I Etický kodex nelékařských zdravotnických profesí
- P II Dotazník MBI
- P III Vyhodnocení dotazníkového šetření
- P IV Základní otázky pro polostrukturované rozhovory
- P V Vzorový rozhovor v textové podobě

PŘÍLOHA P I: ETICKÝ KODEX NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH PROFESÍ

„ETICKÝ KODEX ZDRAVOTNICKÉHO PRACOVNÍKA NELÉKAŘSKÝCH OBORŮ

ZN.: 13469/04/VVO REF. Bc. Köhlerová Irena

Etické zásady zdravotnického pracovníka nelékařských oborů

- Zdravotnický pracovník nelékařských oborů (dále jen „zdravotnický pracovník“) při své práci zachovává úctu k životu, respektuje lidská práva a důstojnost každého jednotlivce bez ohledu na věk, pohlaví, rasu, národnost, víru, politické přesvědčení a sociální postavení.
- Zdravotnický pracovník dbá na dodržování Úmluvy o lidských právech a biomedicíne, na dodržování práv pacientů, tak jak jsou vyjádřena v Chartě práv pacientů a v Chartě práv hospitalizovaných dětí.
- Zdravotnický pracovník je povinen přistupovat ke své práci s veškerou odbornou schopností, kterou má, s vědomím profesionální odpovědnosti za podporu zdraví, prevenci nemocí, za obnovu zdraví a zmírňování utrpení, za přispění ke klidnému umírání a důstojné smrti.
- Zdravotnický pracovník poskytuje zdravotní péči jednotlivcům, rodinám, skupinám a spolupracuje s odborníky jiných oborů. Při poskytování zdravotní péče vždy nadřazuje zájmy těch, kterým poskytuje péči, nad zájmy své.
- Zdravotnický pracovník je povinen chránit informace o těch, kterým poskytuje své služby, bez ohledu na způsob, jakým jsou tyto informace získávány, shromažďovány a uchovávány. Povinnou zdravotnickou dokumentaci vede pečlivě a pravdivě, chrání ji před zneužitím a znehodnocením.
- Zdravotnický pracovník aktivně prohlubuje znalosti o právních předpisech platných pro jeho profesi a dodržuje je.
- Zdravotnický pracovník nesmí podřizovat poskytování zdravotní péče komerčním zájmům subjektů, působících v oblasti zdravotnictví.

Zdravotnický pracovník a spoluobčané

- Zdravotnický pracovník při poskytování zdravotní péče respektuje životní hodnoty občanů, jejich životní zvyky, duchovní potřeby a náboženské přesvědčení a snaží se vytvářet podmínky zohledňující individuální potřeby jednotlivců.
- Zdravotnický pracovník v rozsahu své odbornosti a pravomocí poskytuje občanům informace, které jim pomáhají převzít spoluzodpovědnost za jejich zdravotní stav a případnou léčbu.
- Zdravotnický pracovník považuje informace o pacientech za důvěrné a je si vědom povinnosti zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvěděl v souvislosti s výkonem svého povolání.
- Zdravotnický pracovník při poskytování zdravotní péče dbá v maximální možné míře o zajištění intimity.
- Zdravotnický pracovník nesmí zneužít ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost jakýmkoliv způsobem (PRO).
- Zdravotnický pracovník se snaží při poskytování zdravotní péče docílit vztahu založeného na důvěře, který ctí práva pacienta, reaguje na aktuální rozpoložení pacienta, současně jsou respektována práva a povinnosti zdravotnického pracovníka jako poskytovatele zdravotní péče.

Zdravotnický pracovník a praxe

- Zdravotnický pracovník poskytuje zdravotní péči v rozsahu své odbornosti a pravomocí, s potřebnou mírou autoregulace a empatie.
- Zdravotnický pracovník aktivně usiluje o vlastní odborný, osobní a intelektuální růst po celou dobu svého profesionálního života a své nové znalosti a dovednosti se snaží využít v praxi.
- Zdravotnický pracovník usiluje o co nejvyšší kvalitu a úroveň poskytované zdravotní péče.
- Zdravotnický pracovník poskytne nezbytně nutnou zdravotní péči i nad rámec svých pravomocí, pokud ji nemůže poskytnout způsobilý zdravotnický pracovník a pokud nebezpečí, které plyne z prodlení, je větší než možné nebezpečí plynoucí z nedostačujících znalostí a dovedností zdravotnického pracovníka.

- Zdravotnický pracovník jedná a vystupuje tak, aby jeho chování přispělo k udržení prestiže a zvyšování společenského uznání zdravotnických povolání.
- Zdravotnický pracovník při přebírání úkolu i při pověřování úkolem zodpovědně zvažuje kvalifikaci svou i ostatních zdravotnických pracovníků.

Zdravotnický pracovník a společnost

- Zdravotnický pracovník působí na zdravotní uvědomění jednotlivců při poskytování zdravotní péče. Podle svých odborných schopností se podílí na podporování a šíření zásad zdravého života, zásad ochrany životního prostředí, objasňování problémů spojených s péčí o poškozené zdraví lidí.
- Zdravotnický pracovník spolupracuje při těch aktivitách, které směřují ke zlepšení zdravotního a sociálního prostředí v životě lidí.

Zdravotnický pracovník a spolupracovníci

- Zdravotnický pracovník spolupracuje v rámci mezioborového týmu s ostatními odborníky tak, aby byly splněny všechny cíle plánu komplexní zdravotní péče o pacienta.
- Zdravotnický pracovník respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů i spolupracovníků jiných odborností.
- Zdravotničtí pracovníci se navzájem podporují ve svých odborných rolích a aktivně rozvíjejí úctu k sobě i druhým.
- Zdravotnický pracovník vystupuje, podle aktuální situace, jako ochránce pacienta, zejména pokud je péče o něho ohrožena nevhodným chováním nebo jednáním jiného zdravotníka či osoby.

Zdravotnický pracovník a profese

- Zdravotnický pracovník je odpovědný za kvalitu jím poskytované zdravotní péče a za co nejvyšší odbornou úroveň svého vzdělávání.
- Zdravotnický pracovník dbá na udržování a zvyšování prestiže své profese.

- Zdravotnický pracovník se neustále snaží o rozvoj své profese, o rozvoj svého profesního zaměření a zvýšení své odborné úrovně“

(Diskusní a informační portál pro nelékařské zdravotnické pracovníky. *Etický kodex* [online]. [cit. 2010-4-5]. Dostupné na WWW: <http://www.osetrovatelstvi.info/-data/eticky-kodex.pdf>).

PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK MBI

Dobrý den,

Jmenuji se Petra Chmelenská a jsem studentkou 2. ročníku magisterského studia Sociální pedagogika Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Touto cestou Vás prosím o vyplnění následujícího dotazníku, který je zcela anonymní a slouží pro účely mé diplomové práce s názvem „Problematika syndromu vyhoření u pracovníku ÚSZS v Moravskoslezském kraji“.

(Zakřížkujte, případně doplňte jednu odpovídající možnost)

Pohlaví: muž žena

Věk: 20-29 30-39 40-49 50-59

Jste: záchranář (sestra) lékař řidič

Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví: do 5 let 5-10
 11-20 20 a více

Pracoviště:

DOTAZNÍK: MBI (Maslach Burnout Inventory)

V dotazníku doplňte do vyznačených políček u každého tvrzení čísla (0-7), označující podle níže uvedeného klíče sílu pocitů, které obvykle prožíváte.

Síla pocitů: **VŮBEC 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 VELMI SILNĚ**

1	Práce mne citově vysává.	
2	Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil.	
3	Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a.	
4	Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů.	
5	Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jednám jako s neosobními věcmi.	
6	Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá.	

7	Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů.	
8	Cítím „vyhoření“, vyčerpání ze své práce.	
9	Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňuji a nalaďuji.	
10	Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem.	
11	Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým.	
12	Mám stále hodně energie.	
13	Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení.	
14	Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává.	
15	Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty.	
16	Práce s lidmi mi přináší silný stres.	
17	Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru.	
18	Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty/pacienty.	
19	Za roky své práce jsem byl úspěšný a udělal/a hodně dobrého.	
20	Mám pocit, že jsem na konci svých sil.	
21	Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně.	
22	Cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy.	

Česká verze MBI vytvořena pro Zdravotní ústav se sídlem v Brně (*Maslach burnout inventory* [online]. [cit. 2010-02-14]. Dostupné na WWW: <<http://www.psvz.cz/zidkova/doc/mbi.rtf>>).

Velmi děkuji za čas a ochotu při vyplňování dotazníku.

Bc. Petra Chmelenská

PŘÍLOHA P III: VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Vzorek	Pohlaví	Věk	Pozice	Doba	Pracoviště	EE	DP	PA
1	muž	30-39	záchranář	5-10	Havířov	10	4	45
2	muž	30-39	záchranář	5-10	Havířov	2	1	20
3	žena	30-39	záchranář	11-20	Havířov	2	4	25
4	muž	20-29	řidič	5-10	Havířov	3	7	21
5	muž	20-29	řidič	5-10	Havířov	2	7	40
6	muž	50-59	lékař	20 a více	Havířov	11	8	43
7	muž	20-29	záchranář	do 5 let	Havířov	14	6	42
8	muž	30-39	řidič	5-10	Havířov	4	3	44
9	žena	40-49	záchranář	20 a více	Havířov	24	10	35
10	muž	30-39	řidič	5-10	Havířov	17	11	28
11	muž	30-39	řidič	11-20	Havířov	13	23	37
12	muž	40-49	záchranář	11-20	Havířov	9	3	36
13	žena	40-49	záchranář	20 a více	Havířov	7	6	49
14	muž	20-29	záchranář	5-10	Havířov	7	9	42
15	muž	30-39	řidič	do 5 let	Havířov	10	18	28
16	žena	40-49	záchranář	20 a více	Havířov	2	10	51
17	muž	30-39	řidič	11-20	Havířov	11	15	32
18	muž	50-59	řidič	11-20	Havířov	9	5	38
19	muž	30-39	řidič	5-10	Havířov	2	6	26
20	muž	20-29	záchranář	do 5 let	Havířov	4	3	23
21	muž	20-29	řidič	do 5 let	Havířov	20	17	26
22	muž	30-39	řidič	do 5 let	Havířov	4	11	34
23	žena	30-39	lékař	5-10	Havířov	10	10	20
24	žena	20-29	záchranář	do 5 let	Havířov	3	12	35
25	žena	50-59	záchranář	20 a více	Havířov	7	11	29
26	muž	20-29	záchranář	do 5 let	Havířov	17	10	29
27	muž	30-39	řidič	do 5 let	Havířov	1	4	29
28	žena	50-59	lékař	20 a více	Havířov	9	16	42
29	muž	30-39	řidič	do 5 let	Havířov	20	8	29
30	muž	30-39	záchranář	11-20	Havířov	23	12	39
31	žena	50-59	záchranář	20 a více	Havířov	14	14	27

Vzorek	Pohlaví	Věk	Pozice	Doba	Pracoviště	EE	DP	PA
32	muž	20-29	řidič	do 5 let	Havířov	50	29	26
33	muž	30-39	řidič	11-20	Havířov	0	4	32
34	muž	30-39	řidič	11-20	Havířov	4	4	46
35	žena	30-39	záchranář	11-20	Bohumín	4	2	34
36	žena	40-49	záchranář	20 a více	Bohumín	19	17	28
37	muž	40-49	záchranář	11-20	Karviná	16	3	30
38	muž	30-39	záchranář	11-20	Karviná	43	18	23
39	žena	40-49	záchranář	20 a více	Karviná	22	10	35
40	muž	30-39	záchranář	11-20	Karviná	33	18	30
41	muž	30-39	záchranář	11-20	Karviná	16	7	41
42	muž	40-49	záchranář	20 a více	Karviná	25	15	28
43	muž	40-49	lékař	11-20	Karviná	6	7	45
44	muž	30-39	řidič	11-20	Karviná	14	14	13
45	muž	40-49	záchranář	11-20	Karviná	14	8	38
46	žena	30-39	záchranář	5-10	Nový Jičín	10	5	37
47	žena	50-59	záchranář	20 a více	Nový Jičín	14	8	47
48	žena	50-59	záchranář	20 a více	Nový Jičín	9	6	36
49	žena	50-59	záchranář	20 a více	Nový Jičín	17	9	35
50	žena	30-39	záchranář	11-20	Nový Jičín	1	9	49
51	muž	50-59	řidič	11-20	Nový Jičín	2	7	40
52	muž	30-39	řidič	5-10	Nový Jičín	0	4	31
53	žena	50-59	záchranář	5-10	Nový Jičín	1	2	26
54	žena	50-59	záchranář	20 a více	Nový Jičín	22	10	28
55	žena	30-39	záchranář	20 a více	Nový Jičín	12	12	42
56	muž	30-39	řidič	5-10	Nový Jičín	0	3	38
57	muž	30-39	řidič	5-10	Nový Jičín	0	5	42
58	muž	30-39	řidič	11-20	Nový Jičín	0	5	47
59	muž	40-49	lékař	11-20	Nový Jičín	5	2	34
60	žena	40-49	záchranář	20 a více	Nový Jičín	14	8	33
61	muž	40-49	lékař	11-20	Nový Jičín	16	3	34
62	muž	40-49	řidič	5-10	Nový Jičín	9	5	33
63	muž	20-29	záchranář	do 5 let	Nový Jičín	6	4	46

Vzorek	Pohlaví	Věk	Pozice	Doba	Pracoviště	EE	DP	PA
64	muž	40-49	záchranář	20 a více	Frenštát	13	12	44
65	žena	50-59	záchranář	20 a více	Nový Jičín	6	3	39
66	žena	40-49	záchranář	5-10	Nový Jičín	10	15	35
67	žena	40-49	záchranář	20 a více	Nový Jičín	3	0	47
68	muž	40-49	řidič	5-10	Nový Jičín	7	0	48
69	žena	30-39	záchranář	11-20	Nový Jičín	18	16	34
70	muž	30-39	řidič	11-20	Nový Jičín	22	10	38
71	žena	30-39	záchranář	5-10	Nový Jičín	20	11	37
72	žena	30-39	záchranář	20 a více	Frenštát	13	10	24
73	žena	40-49	záchranář	20 a více	Orlová	28	14	34
74	muž	50-59	řidič	20 a více	Český Těšín	4	2	27
75	muž	20-29	záchranář	do 5 let	Český Těšín	3	7	36
76	muž	30-39	záchranář	11-20	Český Těšín	6	12	32
77	muž	50-59	řidič	20 a více	Český Těšín	21	11	43
78	žena	50-59	záchranář	20 a více	Český Těšín	3	7	40
79	žena	40-49	záchranář	20 a více	Český Těšín	16	9	35
80	muž	40-49	řidič	20 a více	Český Těšín	10	11	34
81	muž	30-39	řidič	11-20	Nový Jičín	9	4	30
82	muž	20-29	záchranář	5-10	Nový Jičín	6	13	41
83	muž	50-59	lékař	20 a více	Orlová	15	8	43
84	muž	30-39	řidič	11-20	Orlová	6	11	45
85	žena	50-59	záchranář	20 a více	Karviná	48	10	27
86	muž	40-49	řidič	5-10	Třinec	0	7	44
87	muž	20-29	řidič	5-10	Třinec	0	19	47
88	žena	50-59	lékař	20 a více	Třinec	1	2	35
89	muž	30-39	řidič	5-10	Jablunkov	2	2	33
90	muž	30-39	záchranář	5-10	Jablunkov	3	8	36
91	muž	30-39	záchranář	5-10	Třinec	11	11	38
92	žena	30-39	záchranář	11-20	Třinec	29	15	34
93	muž	30-39	řidič	11-20	Třinec	3	3	36
94	žena	50-59	záchranář	20 a více	Třinec	1	4	26
95	žena	40-49	záchranář	20 a více	Třinec	9	6	40

Vzorek	Pohlaví	Věk	Pozice	Doba	Pracoviště	EE	DP	PA
96	žena	50-59	záchranař	20 a více	Třinec	24	7	32
97	muž	30-39	řidič	5-10	Třinec	3	3	26
98	muž	20-29	řidič	do 5 let	Třinec	6	2	8
99	žena	20-29	záchranař	do 5 let	Třinec	1	4	52
100	muž	30-39	řidič	11-20	Třinec	6	9	45
101	muž	20-29	řidič	5-10	Třinec	9	3	34
102	žena	40-49	záchranař	5-10	Třinec	5	1	17
103	žena	50-59	záchranař	20 a více	Třinec	5	7	32
104	žena	30-39	záchranař	11-20	Třinec	1	4	19
105	muž	40-49	řidič	11-20	Třinec	0	5	33
106	žena	30-39	záchranař	11-20	Třinec	7	13	23
107	muž	30-39	záchranař	11-20	Frýdek-Místek	9	5	43
108	muž	20-29	záchranař	do 5 let	Frýdek-Místek	8	4	42
109	žena	20-29	záchranař	do 5 let	Frýdek-Místek	13	5	36
110	žena	20-29	záchranař	5-10	Frýdek-Místek	3	6	41
111	žena	20-29	záchranař	do 5 let	Frýdek-Místek	9	1	52
112	muž	20-29	záchranař	do 5 let	Frýdek-Místek	3	2	45
113	žena	30-39	záchranař	11-20	Frýdek-Místek	38	5	43
114	žena	40-49	záchranař	20 a více	Frýdek-Místek	9	13	41
115	žena	20-29	záchranař	do 5 let	Frýdek-Místek	7	7	42
116	muž	20-29	záchranař	do 5 let	Frýdek-Místek	4	11	35
117	žena	50-59	záchranař	20 a více	Frýdek-Místek	10	6	41
118	žena	40-49	záchranař	20 a více	Frýdek-Místek	12	11	33

PŘÍLOHA P IV: ZÁKLADNÍ OTÁZKY PRO POLOSTRUKTUROVANÉ ROZHOVORY

Zaznamenat: **pohlaví, věk, dosažené vzdělání**

1. Můžu se zeptat, na jaké pracovní pozici pracujete?
2. Jak dlouho se této profesi věnujete?
3. Co si představujete pod pojmem stres?
4. Co Vy osobně vnímáte jako nadlimitní zátěž ve Vaší práci?
5. Jak se vyrovnáváte se stresovými situacemi? Pomáhá Vám okolí?
6. Co byste dokázal /-la říci o syndromu vyhoření?
7. Setkal /-la jste se někdy se syndromem vyhoření u sebe nebo u svých kolegů během Vaší praxe?
8. Myslíte si, že jste Vy sám / sama jste ohrožen/-a syndromem vyhoření?
9. Víte o preventivních opatřeních ve Vaší organizaci?
10. Jaká forma prevence ze strany zaměstnavatele by byla pro Vás dostačující?

PŘÍLOHA P V: VZOROVÝ ROZHOVOR V TEXTOVÉ PODOBĚ

R 10: muž, 30 let, záchranář (řidič), praxe 10 let, VOŠ

Rozhovor č.10: Muž, 30 let, řidič - záchranář

Můžu se zeptat kolik je Vám let?

„Třicet“.

Jaké je vaše dosažené vzdělání?

„Vyšší odborné a mám specializaci ARIP“.

To je nějaká specializace s intenzivní péčí?

„Přesně to znamená specializace v anestézii, resuscitaci a intenzivní péči“.

Můžu se zeptat, na jaké pracovní pozici pracujete?

„Jako řidič a záchranář“.

Na hlavní pracovní poměr jako záchranář?

„Jo.“

Jak dlouho se této profesi věnujete?

„Deset let“.

Co si představujete pod pojmem stres? Jak byste ho definoval?

„Je to nějaká nadlimitní zátěž. Něco, na co člověk musí myslet delší dobu“.

Co vy osobně vnímáte jako nadlimitní zátěž ve vaší práci?

„Asi hromadnou nehodu, úmrtí dítěte a taky nějaké rozpory v záchranářském týmu při zásahu“.

A co myslíte rozpory v týmu?

„Pro mne to je arogantní neschopný lékař.“

Takže špatná spolupráce týmu.

„Ano, přesně tak.“

Jak se vyrovnáváte se stresovými situacemi?

„No tak hlavně se vypořádám, člověkovi někdy pomůže to dostat ze sebe a nějaká relaxace...no kolo, hory, sauna, dobrý filmek, utrácení peněz a takové ty příjemné věci“.

A pomáhá Vám Vaše okolí?

„Ano“.

A jak?

„Tak, že mě vyslechne, sportuje se mnou.“

Co byste dokázal říci o syndromu vyhoření?

„Je to nějaký stav člověka, kdy je mu práce ukradená, pacienti jsou pro něho jenom věci, má prostě nezáměr o všechno. A myslím, že právě lidi ve zdravotnictví to nejvíce postihuje“.

A setkal jste se někdy s ním u sebe nebo u svých kolegů během své praxe?

„Ano, setkal“.

U sebe?

„Ne ne... u kolegů.“

A jak se to projevovalo?

„No jak jsem výše uvedl. Je to ten nezáměr o práci, o pacienty, o kolegy, je mu všechno jedno, nepřipouští si žádné chyby, pořád se cítí v pohodě, což je ten paradox. Asi tak“.

Myslíte si, že jste vy sám ohrožen syndromem vyhoření?

„Ano“.

A proč si to myslíte?

„Myslím, že se to právě týká zdravotníků a podobných profesí.“

Vyhledáváte aktivně sám péči, která Vám pomůže?

„Ne“

Proč ji nevyhledáváte?

„Nemyslím si, že ji ještě potřebuji“.

Víte o preventivních opatřeních ve Vaší organizaci?

„Ano“.

Jaká opatření to jsou?

„Máme svého klinického psychologa, máme semináře, momentálně se snaží klinický psycholog rozjet peer programy.“

Můžete mi přiblížit ten pojem peer program?

„Jo, to budou vyškolení spolupracovníci, kteří můžou v případě naší potřeby psychologicky pomoci.“

A Zúčastnil jste se nějakých těch aktivit s psychologem?

„Ano, já se zúčastňuji vždy, když jsou nějaké semináře“.

Je to pro vás přínosné?

„Ano“.

Ano a v čem?

„Že vím, na koho se obrátit v případě, že mám nějaký problém a řekněme v uvozovkách, jak jednat v některých krizových situacích“.

Jaká forma prevence ze strany zaměstnavatele by byla pro Vás byla dostačující?

„Co se týká psychologické péče o zaměstnance je dostačující a jinak by určitě k větší psychické pohodě přispěla ... anebo k tomu psychickému zotavování ... delší dovolená, možná víc kolektivních akcí, třeba sportovních a určitě větší uznání ze strany zaměstnavatele a s tím spojené takové ty klidové pracovní podmínky jako je přístup k internetu, možnost zvyšování fyzické kondice, jako je třeba posilovna a to je asi tak všechno“.

Děkuji za rozhovor a přeji klidný zbytek dne.