

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**SYNDROM VYHOŘENÍ A ZVLÁDÁNÍ STRESU U
PRACOVNÍKŮ ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY**



Bakalářská diplomová práce

Autor: Lucie Šonová, DiS.

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

Olomouc

2012

Palacky University in Olomouc

Faculty of Philosophy

Department of Psychology

BURNOUT AND COPING STRATEGIES FOR ER WORKERS



Bachelor thesis

Author: Lucie Šonová, DiS.

Supervisor: Doc. PhDr. Zdeněk Vtípil, CSc.

Olomouc

2012

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Syndrom vyhoření a zvládání stresu u pracovníků zdravotnické záchranné služby“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Liberci 25. března 2012

Podpis

Ráda bych poděkovala vedoucímu diplomové práce docentu PhDr. Zdeňku Vtípilovi, CSc. za odborné vedení a cenné rady. Dále bych chtěla poděkovat Ing. Janu Raisovi za pomoc při statistickém zpracování dat. V neposlední řadě také děkuji všem respondentům, kteří se zúčastnili výzkumné části diplomové práce.

Obsah

Úvod.....	7
I. Teoretická část	8
1. Stres	8
1.1. Vymezení pojmu stres a stresor	8
1.2. Druhy stresu	10
1.3. Projevy stresu a vývoj stresové reakce.....	10
1.4. Psychofyzická reakce na stres a vliv osobnosti na stres	11
1.4.1. Akutní reakce na stres.....	12
1.4.2. Osobnost typu „A“ a „B“	12
2. Zvládání stresu	13
2.1. Coping (zvládání) a copingové strategie.....	13
2.2. Adaptace.....	14
2.3. Zdroje zvládání stresu	14
2.4. Protistresové strategie	15
3. Syndrom vyhoření.....	16
3.1. Vymezení pojmu syndrom vyhoření.....	16
3.2. Příčiny syndromu vyhoření.....	17
3.3. Příznaky syndromu vyhoření	18
3.3.1. Tělesné příznaky	19
3.3.2. Psychické příznaky	19
3.3.3. Sociální příznaky	19
3.4. Vývoj syndromu vyhoření.....	20
3.5. Faktory ovlivňující syndrom vyhoření.....	21
3.5.1. Osobnostní rizikové faktory.....	22
3.5.2. Vnější rizikové faktory	22
3.5.3. Rizikové faktory vedoucí ke vzniku syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků	23
4. Prevence a terapie syndromu vyhoření.....	24
4.1. Vnitřní možnosti ovlivnění syndromu vyhoření	25
4.1.1. Relaxace a cvičení	25
4.1.2. Časový management	26
4.1.3. Sebepoznání a sebehodnocení	26
4.2. Vnější možnosti ovlivnění syndromu vyhoření	27
4.2.1. Sociální opora	27
4.2.2. Úloha zaměstnavatele v prevenci syndromu vyhoření	28

4.2.3.	Supervize	28
4.2.4.	Psychoterapie	29
5.	Specifika zdravotnické záchranné služby	29
5.1.	Ekonomické a sociální problémy zdravotnických záchranných služeb	30
5.2.	Pracovní prostředí a charakter práce	32
5.3.	Rizikové faktory vzniku syndromu vyhoření z hlediska zdravotnické záchranné služby	33
II.	Výzkumná část.....	35
6.	Metodologický rámec výzkumu	35
6.1.	Problém	35
6.2.	Cíle	35
6.3.	Hypotézy	36
6.4.	Aplikovaná metodika	36
6.4.1.	Dotazníky	36
6.4.2.	Statistika.....	38
6.4.3.	Výzkumný soubor	39
6.4.4.	Organizace a průběh šetření.....	41
6.4.5.	Symbolika výsledkové části.....	42
7.	Výsledky výzkumu	42
7.1.	Základní výsledky SVF – 78.....	42
7.2.	Korelace mezi výsledky dotazníku SVF – 78 a věkem.....	45
7.3.	Základní výsledky Burnout Measure – BM	45
7.4.	Korelace mezi výsledky dotazníku SVF – 78 a Burnout Measure – BM	47
7.5.	Korelace vybraných proměnných a výsledků Burnout Measure – BM	49
7.6.	Studentův t – test pro určení rozdílu mezi muži a ženami ve skóre vyhoření	50
7.7.	K platnosti hypotéz	51
8.	Diskuze	52
9.	Závěr	54
10.	Souhrn	55
	Seznam použitých zdrojů a literatury	57
	Přílohy diplomové práce	59

Úvod

Reakce na zátěž, nebo na náročné životní situace je stará jako lidstvo samo. Dříve nám soubor těchto reakcí sloužil k přežití, k obstarání potravy, k útěku před nepřítelem aj. Svět se od dob dávno minulých výrazně změnil, ale prastaré mechanismy, kterými naše tělo reaguje na zátěž, zůstávají. Dnes se mnohem více snažíme naše reakce na nepříjemné, nebo jinak stresující situace potlačit, snažíme se za každou cenu zachovat tvář. Tím bohužel sami sobě často způsobujeme nemalé obtíže, v podobě potlačených afektů, v podobě nahromaděné energie, kterou jsme nedokázali v pravou chvíli využít.

V teoretické části diplomové práce se budeme zabývat základními poznatky z oblasti stresu a zvládání náročných životních situací. Zaměříme se na faktory, které vedou ke vzniku stresu a syndromu vyhoření. V neposlední řadě se budeme zabývat strategiemi zvládání stresových situací a způsoby prevence a léčby syndromu vyhoření.

Teoretická část bude také zaměřena na specifika práce ve zdravotnické záchranné službě, na faktory, které u záchranářů přispívají k rozvoji syndromu vyhoření. Dále se seznámíme s ekonomickými, sociálními a psychologickými problémy zdravotnické záchranné služby.

Práce ve zdravotnické záchranné službě je náročná jak psychicky tak fyzicky. Záchranáři se setkávají s utrpením druhých, jsou každý den vystaveni nepřírozenosti smrti, především smrti neočekávané, náhodné, což je zřejmě jeden z důvodů, proč jsou záchranáři ve větší míře ohroženi syndromem vyhoření. Syndrom vyhoření nepostihuje jen oblast psychiky jedince, ale s tím i související kvalitu života, mezilidské vztahy, pracovní výkonnost a motivaci.

Cílem diplomové práce je zmapování způsobů, jakými se pracovníci zdravotnických záchranných služeb vyrovnávají se stresem a jakým způsobem zvládají náročné životní situace. Zda spíše inklinují k negativním způsobům zvládání stresu, které stres spíše zvyšují, nebo zda používají v těžkých situacích pozitivní strategie zvládání stresu, které směřují k redukci stresu.

Rovněž se ve výzkumné části práce pokusíme zjistit míru syndromu vyhoření pracovníků zdravotnických záchranných služeb. Tyto informace včetně demografických údajů, jako jsou věk, délka praxe v oboru, pohlaví aj., dáme do vzájemného vztahu a následně z nich vyvodíme relevantní závěry.

I. Teoretická část

1. Stres

Slovo stres k nám proniklo z anglického výrazu „stress“ kde vyjadřuje stavy strasti, útrap, těžkostí, ale také duševního napětí, obtížných situací, tísně a neštěstí (Baštecká, 2009). Křivohlavý (1994) uvádí, že původ toho slova nacházíme v latinském slovese „stingo, stingere, stinxi, strictum“ což znamená utahovati, stahovati, zadržovati, nebo také škrábnou, poškodit či otrhat. Slovo stres je v dnešní době často nadužíváno a dalo by se říci, že v běžné řeči zlidovělo. Hovorově je výraz stres spíše užíván pro zátěž, než pro samotnou odezvu na ni. „V přeneseném smyslu slova – v oblasti věd o člověku - výroku „býti ve stresu“ můžeme rozumět jako „býti vystaven nejrůznějším tlakům“ a proto „býti v tísní“ (Křivohlavý, 1994, s. 7).

1.1. Vymezení pojmu stres a stresor

Stres

Existuje mnoho pohledů na stres a samozřejmě také nacházíme různé definice pojmu stres. Známe pojetí fyziologické, endokrinologické a také pojetí psychologické. Mnoho z autorů se snaží o průnik těchto pojetí.

Baštecká (2001) nabízí seznam jednotlivých pohledů na stres, které uvádějí různí autoři. Podle H. Seleyho je stres stav, který se projevuje specifickým syndromem sestávajícím se ze všech nespecificky navozených změn uvnitř biologického systému. Dle R. S. Lazaruse stres přináší ohrožení pohody a zahrnuje nepříjemné emoce. Jiný pohled přináší W. H. Teichner. V jeho pojetí je stres výchylka informačního vstupu za jeho obvyklé hranice, která vyvolává nepříznivou rovnováhu mezi aktivací a kapacitou zpracovávat informace s ohledem na provozní rozmezí pozornosti.

Za zakladatele teorie stresu jsou považováni W. B. Cannon, H. Selye a R. S. Lazarus. Walter Bradford Cannon byl zastáncem fyziologického pohledu na stresovou reakci. Zabýval se významem sympatoadrenálního systému na vznik stresové reakce. Na základě svých poznatků formuloval koncepci poplachové reakce. Za základní reakci organismu na stres označil útok nebo útěk (fight or flight reaction).

Hans Selye se věnoval převážně endokrinologii, v roce 1936 popsal obecný adaptační syndrom (general adaptation syndrome), což je biologická reakce organismu na stres

(Baštecká, 2001). Obecný adaptační syndrom se skládá ze tří fází. Jako první se v reakci na stres objevuje adaptační reakce. Tento pojem si Selye vypůjčil od W. B. Cannona. Poté nastává stav resistance (odolnosti) a nakonec dochází k vyčerpání a únavě organismu. „Podle Selyeho definice z roku 1971 je stres nespecifickou reakcí organismu na jakýkoliv požadavek prostředí např. na jeho změnu. Je to stereotypní, fylogeneticky stará adaptační reakce, původně připravující organismus na fyzickou aktivitu, např. na boj nebo únik“ (Baštecká, 2001. s. 241).

Americký psycholog Richard Stanley Lazarus považuje stres především za individuální reakci organismu. Jedná se o kognitivní pojetí stresu, kdy vlastní hodnocení jedince rozhoduje o tom, co bude prožíváno stresově a co nikoli.

Jak tedy správně uchopit slovo stres? Příznačná se zdá definice, kterou uvádí Baštecká v Encyklopedii psychologie. „Stres je stav organismu, který je celkovou odezvou na subjektivně prožívanou zátěž. Organismus tak reaguje na zátěžový podnět z prostředí, který ohrožuje jeho individuální vnitřní stabilitu“ (Baštecká ed., 2009, s. 382).

Stresor

Stresorem nazýváme podnět, který vyvolává stresovou reakci. Jedná se o různé vlivy, které jedinec považuje za ohrožující a působí mu nadměrnou zátěž. „H. Selye hovoří o fyzikálních a emocionálních stresorech“ (Křivohlavý, 1994, s. 12). Obecně můžeme stresory rozdělit z hlediska jejich původu, intenzity působení a doby působení.

Stresory z hlediska jejich původu:

- fyzikální – nadměrný hluk, teplota, prudké světlo,
- fyziologické – fyzická námaha, přetěžování páteře, nerespektování cirkadiálního rytmu,
- psychologické – strach, frustrace, u zdravotníků zejména zodpovědnost za pacienty,
- psychosociální – souvisí s mezilidskými vztahy, životními událostmi přinášejícími změnu, s profesní perspektivou.

Stresory můžeme dělit z hlediska časového trvání. „R. Lazarus rozděluje stresory na krátkodobě a dlouhodobě působící“ (Křivohlavý, 1994, s. 26). Baštecká (2001) uvádí tři typy stresorů z hlediska jejich doby působení, a to stresory akutní, přerušované a chronické. Při akutním působení stresorů je organismus náhle vystaven zátěži. Odpověď organismu na tuto zátěž bývá zpravidla prudká. Chronické nebo také dlouhodobé „...stresory působí na člověka nepřetržitě po delší dobu, aniž by měl dotyčný možnost se dostatečně zotavit“ (Stock, 2010, s. 17). Dlouhodobému působení stresorů se často

organismus přizpůsobí, ale zároveň se také opotřebovává. Za nejnáročnější pro organismus je považováno přerušované působení stresorů. V tomto případě je stres svojí povahou spíše chronický, ale jen velice těžko se na něj dá adaptovat. „*Intermitentní působení zátěžových podnětů by mohlo mít souvislost např. se syndromem vyhoření*“ (Baštecká, 2001, s. 254).

1.2. Druhy stresu

Stres může na člověka působit negativním i pozitivním způsobem. Podle toho jak stres na člověka působí, rozeznáváme dva protipóly, eustres a distres. Eustres označuje tzv. dobrý stres, nebo také kladně působící stres. Jedná se o reakci organismu na podněty, které obecně považujeme za příjemné, nebo jejichž zvládnutí vede k osobnostnímu růstu. Eustres je vnímán jako méně intenzivní stres, který je spojený s navozováním pozitivních emocí a také s velkou mírou svobody ve volbě situace, která ke vzniku situace vedla.

Naproti tomu distres (špatný stres) je způsoben negativně působícími stresory. Což mohou být všechny vnitřní a vnější požadavky, které pociťujeme jako nepříjemné nebo nebezpečné. Distres vyžaduje vynaložení velkého množství energie, při kterém postupně dochází k selhávání adaptačních mechanismů. V běžné řeči je slovo stres většinou používáno v tomto negativním smyslu.

1.3. Projevy stresu a vývoj stresové reakce

Projevy stresu

Projevy stresu můžeme popisovat jazyky různých oborů. Jedním z nich je jazyk psychologie, který říká, že člověk na kterého působí stres, prožívá strach, obavy, pocity beznaděje. Jedná se tedy především o negativní emoční reakce. Jiný jazyk je blízký spíše lékařům, popisuje fyziologické reakce organismu na stres např. zvýšení tepové frekvence, krevního tlaku,... Stres je biologicky smysluplná adaptační reakce těla. Naše tělo mobilizuje za extrémních podmínek všechny energetické rezervy pro vnější svalové činnosti. V případě nebezpečí dochází k reakci organismu a ke změně uvnitř organismu, která probíhá na ose hypotalamus - hypofýza - nadledvinky.

O stresu se dá také hovořit jazykem behaviorálních věd, který popisuje chování lidí. Venglářová (2011) ve své knize uvádí, že se behaviorální příznaky, změny v chování jedince, objevují nejdříve. Patří mezi ně nerozhodnost, výbušnost, podrážděné reakce, poruchy spánku a usínání, změny ve vztahu k potravě (nechutenství nebo naopak zvýšená chuť k jídlu), ztráta chuti do práce.

Mezi fyziologické reakce na stres můžeme zařadit bušení srdce, svalové napětí, poruchy trávení, dyspeptický syndrom, zvýšení krevního tlaku, pocení a další.

Jako psychické příznaky stresu pozorujeme nejčastěji negativní emoční reakce. Objevují se výrazné změny nálady, úzkostnost, podrážděnost, pocity únavy, frustrace a ohrožení.

Vývoj stresové reakce

Reakce na zátěž je u všech lidí podobná. Nejčastěji se projevuje v symptomech obecného adaptačního syndromu (general adaptation syndrome), který v roce 1936 popsal H. Selye (Baštecká, 2001). Jedná se o mechanismus, kterým se organismus pokouší vyrovnat s působením zátěžové situace. „*Adaptační syndrom se skládá ze třech fází: poplachová reakce, fáze resistance, v níž je tělesná adaptace vůči stresu největší, a fáze vyčerpání*“ (Venglářová, 2011, s. 56).

Cílem poplachové reakce je v co nejkratším čase zmobilizovat síly organismu, které jsou potřebné k zvládnutí zátěže, to znamená uvést organismus do stavu všeobecné pohotovosti. Při poplachové reakci je aktivován autonomní nervový systém, především jeho sympatické části. Postupně se zvyšuje sekrece tzv. stresových hormonů, jako je adrenalin, noradrenalin a kortikosteroidy.

Při fázi rezistence dochází k postupnému snižování reakce organismu na zátěž a nastává adaptace. Mizí stádium poplachu a organismus je schopen lépe využívat uvolňovanou energii.

Pokud nedojde k úspěšnému vyřešení stresové situace, nebo pokud tato situace trvá neúměrně dlouho, dochází k vyčerpání adaptační schopnosti organismu. Fáze vyčerpání se projevuje sníženou obranyschopností organismu, která může vyvolat onemocnění (nejčastěji psychosomatické, psychické poruchy, syndrom vyhoření), ale i smrt.

1.4. Psychofyzická reakce na stres a vliv osobnosti na stres

Podstatou akutní reakce na stres jsou obranné mechanismy, které mobilizují rezervy jedince. „*Na signál takového ohrožení náš systém reaguje rychlou biochemickou změnou a ovlivňuje tak náš vegetativní systém*“ (Vodáčková, 2007, s. 368). Tyto obrany jsou nám fylogeneticky dány. Sloužily již našim předkům k tomu, aby si uchovali zdraví a život v situaci, kdy byli ohroženi. Ve stresových situacích, se kterými se dnes setkáváme, většinou nejde o život, spíše se jedná o zachování hodnot, jako je čest, společenský status, image a postavení. V dnešní době své reakce často potlačujeme. Náš organismus se tak opakovaně dostává na vysokou úroveň aktivace, která v případě že není přirozeným

způsobem snížena, se obvykle stává příčinou určitých obtíží. Je také zřejmé, že reakce na stres je ovlivněna osobnostními rysy jedince.

1.4.1. Akutní reakce na stres

Můžeme rozeznat dvě podoby akutní reakce na stres. Pokud v situaci zátěže převládá funkce sympatiku, jedná se o akutní reakci, která se projevuje aktivitou typu útok nebo útěk. Méně často se také může uplatnit akutní reakce na zátěž, při které se dostává do popředí parasympatikus. V tomto případě hovoříme o reakci pasivní, jindy také nazývanou reakcí „mrtvý brouk“.

Podstatou obrané reakce typu útěk nebo útok je rychlá mobilizace sil, aby se člověk mohl aktivně ubránit. Můžeme pozorovat změny na tělesné, emoční i behaviorální úrovni. Mezi tělesné změny řadíme zvýšení svalového napětí, zarudnutí v obličeji, pocení, tachykardii, tachypnoe, psychomotorický neklid, tremor a další. Na emocionální úrovni dochází ke zvýraznění emocí, převažují projevy smutku a zlosti, často doprovázené křikem nebo nářkem. V chování pozorujeme agresivní projevy, překotné tempo řeči, těkavý pohled a nesoustředěnost.

Obranná reakce „mrtvý brouk“ je dle Vodáčkové (2009, s. 362) „*vývojově starší strategie, která nás chrání před ohrožením tím, že „nejsem“, stavím se býti mrtvým*“. Tímto způsobem se člověk chrání před přívalem silných emocí, u kterých je pravděpodobné, že by je nezvládl udržet pod kontrolou. Reakce typu mrtvý brouk se projevuje ztuhlostí, strnulostí, nekoordinovanými pohyby, studeným potem a zpomalením psychofyzických funkcí. Emoce nejsou projevovány ani pociťovány, může se objevit nejapný úsměv. Jedinec se dostává do stavu derealizace, depersonalizace a má sníženou schopnost porozumět verbálním sdělením.

1.4.2. Osobnost typu „A“ a „B“

Citlivost člověka vůči zátěži ovlivňují různé faktory. Vodáčková (2009) mezi ně řadí obecnou kapacitu jedince odolávat zátěži, zralost a úroveň kognitivních funkcí, míru opory, kterou člověk získává ze sociálního okolí, předchozí zkušenosti se zátěží a v neposlední řadě některé osobnostní rysy.

Baštěcká (2001) uvádí, že základ teorie vlivu osobnostních rysů na chování určitého typu při zvládání zátěže položili M. Friedman a R. H. Rosenman v padesátých letech minulého století. Zabývali se pozorováním jedinců, kteří onemocněli ischemickou chorobou srdeční a snažili se najít společné osobnostní rysy a znaky chování těchto osob.

Jedince, kteří se projevovali nadměrnou snahou po výkonu, která byla spojená s úsilím splnit úkol v termínu za každou cenu, označili jako jedince s chováním typu „A“. „Chování typu „A“ bývá široce definováno jako: nadměrná soutěživost, snaha po úspěchu, agresivita, časová tíseň, zrychlení obvyklých aktivit, neklid, hostilita (nepřátelskost), zvýšená bdělost, výbušnost a kolísavost v síle řeči, zvýšená rychlost a hlasitost řeči, napětí obličejových svalů a pocit souboje s nedostatkem času a necitlivostí okolí“ (Baštecká, 2001, s. 259).

Protikladem je chování typu „B“, které je jak uvádí Baštecká (2001, s. 259) „uvolněné, klidné, spokojené a neuspěchané“. Pokud lidé s chováním typu „B“ o něco usilují, dosažené výsledky je spíše motivují a dodávají jim sebedůvěru. Z pozorování vyplynulo, že tyto jedinci mají častěji neurotické a depresivní rysy.

V literatuře také můžeme objevit zmínky o osobnosti typu „D“ – tzv. depresivní osobnost. Jsou tak označováni jedinci, kteří se vyznačují poruchou sebehodnocení, sníženou schopností zvládat zátěž a náklonností více prožívat ztrátu.

Můžeme konstatovat, že tyto vzorce chování jsou hluboce zasazeny v osobnostní struktuře jedince a jsou podporovány společností a kulturou, která jedince obklopuje.

2. Zvládání stresu

Každý jedinec na stres reaguje jinak, pro vyrovnání a zvládání těžkých životních situací používá jiné strategie a chování. V případě zvládání stresu hovoříme o copingových strategiích a o adaptaci. Mohlo by se zdát, že slova coping a adaptace vyjadřují podobné. Oba termíny jsou vztahovány k aktivitě člověka v obtížné situaci. Adaptaci chápeme jako vyrovnání se se zátěží, která se pohybuje v relativně normálních mezích. Naproti tomu coping znamená boj s nepřiměřenou zátěží.

Křivohlavý (1994, s. 40) uvádí myšlenku R. W. Whitea: „jedním z kladů výzkumů adaptace a zvládání těžkých životních situací (coping) je, že se tak znovu uvádějí do psychologie otázky odvahy zvládat překážky, s nimiž se na cestě životem střetneme, otázky vůle k životu“.

2.1. Coping (zvládání) a copingové strategie

Slovo coping, do češtiny překládáno jako zvládání, se stále častěji používá ve významu zvládat nadlimitní zátěž, do které se jedinec dostal působením těžké nemoci, životních krizí a jiných událostí. „V angličtině coping znamená umět si poradit a vypořádat se

s mimořádně obtížnou, téměř nezvládnutelnou situací, stačit na těžký úkol“ (Křivohlavý, 1994, s. 42).

Klasickou definici copingu formulovali Cohen a Lazarus, podle nich se *„zvládáním rozumí snaha – jak intrapsychická, tak zaměřená a určitou činnost – řídit, tolerovat, redukovat a minimalizovat vnitřní i vnější požadavky kladené na člověka a střety mezi těmito požadavky“ (Křivohlavý, 1994, s. 43).*

Křivohlavý i Paulík rozlišují mezi copingem a adaptací, to koresponduje s rozlišením zátěže a stresu, kdy stres chápeme jako neoptimální zátěž, kdežto adaptaci vztahujeme k zvládání zátěže jako takové.

Strategie je vypracovaný plán, který nás vede k dosažení určitého cíle. Strategií zvládání stresu se zabývá i R. Lazarus, který definoval čtyři typy strategií: strategie netečnosti (apatie), strategie vyhnutí se noxy, strategie napadení útočníka a strategie posilování vlastních zdrojů síly (Křivohlavý, 1994).

2.2. Adaptace

Slovo adaptace je latinského původu, nejčastěji se odvozuje od složeného tvaru ad-aptare, kde výraz aptare znamená připravit, upravit, ale také duševně se připravit na přicházející těžkou životní situaci (Křivohlavý, 1994). Adaptace tedy znamená schopnost přizpůsobit se neobvyklým změnám vnějšího prostředí. Při adaptaci jedinec hledá vhodné způsoby zvládání úkolů.

Otázkou adaptace se nezabývá jen psychologie, patří také ke klasickým darwinovským tématům, kde termín adaptace znamená schopnost organismu přizpůsobit se novým podmínkám a vlivům vnějšího prostředí.

2.3. Zdroje zvládání stresu

Zdroje zvládání stresu můžeme rozdělit na vnější, kam patří zejména sociální opora, pomoc a podpora okolí a na vnitřní, které vycházejí z jedince samotného, z jeho osobnosti. Osobními zdroji zvládání stresu rozumíme zdraví a energie jedince, schopnost řešit problémy, hledat informace a řešení, způsoby chování ve stresu a přesvědčení o svých schopnostech.

Někteří autoři rozlišují moderátory, což jsou osobnostní a sociální proměnné a mediátory účinku stresu, kam patří pozornost, kognitivní zhodnocení situace (Baštecká, 2009).

2.4. Protistresové strategie

Neexistuje žádná universální strategie na překonání stresu, která by fungovala u všech lidí stejně. Záleží vždy na jedinci samotném, na jeho osobním nastavení. Repertoár zvládání stresu si osvojujeme v průběhu celého života.

Protistresové strategie se zaměřují především dvěma směry. „Lazarus určil dva základní obecné typy copingu, podle toho jak působí: coping zaměřený na problém (*problem-focused coping*) a coping zaměřený na emoce (*emotion-focused coping*)“ (Paulík, 2010, s. 80). Tyto typy se prosazují podle toho, jak jedinec vyhodnotí situaci. Pokud usoudí, že je možné ve vzniklé situaci něco dělat, volí strategii zaměřenou na problém. Ale pokud jeho hodnocení vyústí do závěru, že se nedá nic dělat, převládne strategie zaměřená na emoce. C. S. Caver, M. F. Scheier a J. K. Weintraub kromě dvou předchozích rozlišili i třetí dysfunkční způsob zvládání, který charakterizují projevy negativních emocí, mentálním a behaviorálním odpoutáním se od problému, pasivitou, bezmocí a snahou uniknout z obtížné situace (Paulík, 2010).

Postupy, které se zaměřují na řešení či odstranění problému. Venglářová (2011, s. 64) mluví o „*vyvinutí vlastní aktivity k řešení problému – např. odstranit to, co působí obavy a strach, likvidovat stresové vlivy a změnit podmínky, které zhoršují celkový stav*“. Jako příklad můžeme uvést hledání informací o stresové situaci, schopnost situaci řešit, určit si priority, hledat pozitivní stránky na vzniklé situaci, umět si správně zorganizovat čas a samozřejmě řada dalších. Křivohlavý (2010) tyto strategie nazývá kognitivní strategie, jelikož využívají naši schopnost myslet a myšlením řešit problém.

Druhý směr zvládání stresu se zaměřuje na zvládnutí emocí. V našem pojetí to znamená zklidnění emocí s cílem udržet si vnitřní rovnováhu. Používají se relaxační a meditační postupy. Spontánní relaxace nastává při spánku a odpočinku. Dále máme možnost využít bleskové relaxační techniky, které zaberou jen několik minut, např. dechová cvičení, nebo relaxačně koncentrační metody např. Schultzův autogenní trénink, aromaterapii, muzikoterapii,...

Existují také neefektivní strategie zvládání stresu, mezi které patří užívání návykových látek (tabák, kofein, alkohol, hypnotika, anxiolytika), úniky a vyhýbání se povinností, agrese projevující se obviňováním druhých, okolností a osudu, někdy také naučená bezmocnost.

3. Syndrom vyhoření

Společně se stresem je často spojován pojem syndrom vyhoření, nebo také burnout. Jaká je tedy spojitost mezi stresem a syndromem vyhoření? Odpověď můžeme najít například u Stocka (2010, s. 15), který ve své knize píše: „*vyhoření není totéž co stres. Dochází k němu v důsledku chronického stresu. Stresové faktory coby spouštěče tedy hrají při vzniku burnout syndromu zásadní roli*“. Stres je tedy považován za příčinu obtíží a vyhoření za jeho důsledek.

3.1. Vymezení pojmu syndrom vyhoření

Dle B. A. Potterové byl termín vyhoření (burnout) původně slangově používán pro označení narkomana, který se ocitl na dně. Jeho užívání v pracovní oblasti se začalo ve Spojených státech na přelomu 70. a 80. let minulého století, kdy se vyhoření stalo vyjádřením rezignace, letargie a vyčerpání v zaměstnání (Vodáčková, 2007). Pojem burnout byl uveden do literatury v roce 1974 H. Freudenbergerem v jeho stati, kterou publikoval v časopise Journal of Social Issues a to v podstatě v rozměrech současného pojetí (Kebza, Šolcová, 2003).

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

Vyhoření neboli vyhasnutí nacházíme v Mezinárodní klasifikaci nemocí. Syndrom vyhoření je zařazen v číselných diagnózách MKN – 10 pod značkou Z73.0. Diagnózy Z73 pod sebou ukrývají problémy spojené s obtížemi při vedení života. Jedná se o faktory ovlivňující zdravotní stav jedince v případě, že je přítomna nějaká okolnost, která ovlivňuje zdravotní stav jedince, ale sama o sobě není běžnou nemocí.

Existuje mnoho definic syndromu vyhoření, pro ukázkou uvádím alespoň některé.

Plháková (2008) definuje syndrom vyhoření jako specifickou dysfunkci, která se často vyskytuje mezi příslušníky pomáhajících profesí. Syndrom vyhoření vidí jako důsledek nadměrných požadavků na psychickou odolnost jedince.

Dle Janáčkové (2008) je syndrom vyhoření profesionální selhávání, které vzniká na základě vyčerpání způsobeného zvyšujícími se požadavky jak od okolí, tak od jedince samotného.

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

Pro Vymětala (2009, s. 113) je syndrom vyhoření *„...obtížně léčitelné onemocnění, které je uvedeno v Mezinárodní klasifikaci nemocí. Vyskytuje se u povolání, která pracují s lidmi, a bývá charakterizováno jako totální emocionální vyčerpání, které je reakcí na práci v rovině psychické, tělesné i sociální“*.

Existují různá pojetí vymezení syndromu vyhoření, která se v některých aspektech vzájemně liší. Kebza (2003) uvádí sjednocující body všech pojetí:

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

3.2. Příčiny syndromu vyhoření

Původně se předpokládalo, že jednou z hlavních příčin syndromu vyhoření je práce s lidmi. Nyní se také často hovoří o trvalém nekompromisně prosazovaném požadavku na vysoký a nekolísavý výkon, který je v dnešní době považován za standard. Jedinec má při svém výkonu povolání malou či žádnou možnost úlevy, odchylek, nebo vysazení. V případě chyb a omylů se potýká se závažnými důsledky.

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

Baštecká (2003) považuje za ústřední etiologický činitel samu podstatu pomáhajícího vztahu a dále nároky na stálý a bezchybný pracovní výkon.

Jsou popisovány různé cesty vedoucí k vyhoření. Jako první příčina je někdy uváděna ztráta ideálů jedince. Počáteční nadšení z nového zaměstnání se postupem času vytrácí, začínají narůstat potíže a postupně dochází ke ztrátě smysluplnosti práce samé. O další cestě ke vzniku syndromu vyhoření hovoří Jeklová a Reitmayerová (2006) jako o teroru příležitostí. V tomto případě je každý nový úkol brán jako zajímavá a lákavá příležitost. Později jedinec zjistí, že není v jeho silách všechny úkoly zvládnout. „*Neschopnost slevit může pracovníka po čase dovést právě k syndromu vyhoření*“ (Jeklová, Reitmayerová, 2006, s. 15). Další příčinou může být stálý tlak náročných úkolů trvajících delší dobu, vysoké osobnostní nároky a snaha dosáhnout příliš mnoha cílů.

Henning a Keller vidí příčiny syndromu vyhoření ve třech zdrojích, v jedinci, v organizaci a ve společnosti (Baštecká, 2003):

- příčiny spočívající v jedinci - jedná se o příčiny na úrovni psychické i fyzické. Můžeme sem zařadit reaktivní základní postoj, negativní myšlení, neúčinné strategie zvládání stresu, nahromadění nepříznivých životních událostí, nezdravý způsob života,
- příčiny spočívající v organizaci – špatné pracovní podmínky, špatná organizace práce, špatná příprava pro povolání a špatný příklad pracoviště,
- příčiny spočívající ve společnosti – složení klientely (větší náročnost problémů u lidí), změna expertního přístupu na partnerský, větší nároky na angažovanost pracovníka a malé společenské ohodnocení.

3.3. Příznaky syndromu vyhoření

Venglářová (2011) uvádí, že vyhoření je výsledkem souhry několika hlavních faktorů, mezi které řadí ztrátu smyslu práce a života, ztrátu pozitivního vnímání světa, pocity osamocení, zášti, hořkosti a beznaděje. „*Syndrom vyhoření se projevuje na různých úrovních tendenci k únikovým mechanismům. Energeticky jedinec funguje na plamínek stažený na minimum, je unavený a skleslý*“ (Vodáčková, 2007, s. 174). Křivholavý (2009, s. 280) označuje syndrom vyhoření jako „*psychosomatické onemocnění, při kterém dochází k fyzickým, psychickým i emocionálním změnám a následně až k vyčerpání organismu*“. Syndrom se skládá z řady symptomů, které se projevují především v rovině psychické, fyzické a sociální.

V případě syndromu vyhoření zpočátku pozorujeme první varovné příznaky:

- jedinec má pocit, že svou práci nezvládá, zpochybňuje její význam,

- působí nervózním, nespokojeným a podrážděným dojmem,
- v oblasti tělesných obtíží se u něj začínají objevovat potíže se spaním, bolesti břicha a bolesti zad.

3.3.1. Tělesné příznaky

Syndrom vyhoření je vymezen především chronickou únavou a velkou unavitelností, což znamená, že po krátké etapě relativního zotavení nastává rychlý návrat k únavě. Jedinec má pocit nedostatku energie, trpí svalovými bolestmi a pocity tělesné slabosti. Časté jsou u něj absence v zaměstnání v důsledku zvýšené nemocnosti. Objevují se poruchy spánku, bolesti hlavy a přetrvávající napětí. „*Fyzická únava ze sportu nebo z práce po odpočinku přejde, v případě vyhoření je únava spojená s pocity viny a selhávání*“ (Venglářová, 2011, s. 24). Objevuje se zvýšená potřeba spánku, který je obvykle nekvalitní. Jedinec se syndromem vyhoření se ráno po probuzení cítí nevyspalý a neodpočatý. Baštecká (2009) uvádí, že jedinci se syndromem vyhoření jsou ohroženi zvýšeným rizikem závislostí všeho druhu. Jedná se o nadužívání alkoholu, hypnotik, anxiolytik, drog,...

3.3.2. Psychické příznaky

„*Mezi hlavní příznaky vyhoření na psychické úrovni jsou uváděny nejčastěji pocity zklamání a marnosti, prožitek celkového, především však duševního vyčerpání, utlumení celkové aktivity, a zvláště redukce kreativity, spontaneity a invence*“ (Baštecká, 2009, s. 433). U jedince se objevuje silná nechuť k vykonávání činnosti a ke všemu, co s touto činností souvisí. Často pozorujeme depresivní ladění, frustraci a pocity smutku. Jedinec se může schylovat k sebelítosti, trápí ho pocity bezvýchodnosti a marnosti ve vztahu k vynakládanému úsilí. V jeho chování nacházíme projevy negativismu, hostility a cynismu. Činnost, kterou vykonává, redukuje pouze na rutinní minimum.

Psychické vyčerpání se odráží v negativních postojích k sobě, ale i k druhým. Jedinec postupně mění své dosavadní životní postoje. „*Jeho život a práce přestává mít smysl, mohou se objevit sebevražedné myšlenky*“ (Venglářová, 2011, s. 25).

3.3.3. Sociální příznaky

V souvislosti se syndromem vyhoření mluvíme o sociální nebo vztahové úrovni. Na této úrovni se vyhoření projevuje jako celkový útlum sociability. Jedinci, trpící syndromem vyhoření mají tendenci redukovat kontakt s lidmi, kteří jsou spojováni s vykonávanou činností.

Dalším projevem je nízká empatie, což se stává velkým problémem hlavně u zdravotnických pracovníků a pracovníků z krizových center, kde je jejich profese v nemalé části založena právě na empatii a porozumění. Jedinec se cítí prázdný, už nechce být empatický, spíše se snaží kontaktu s lidmi vyhýbat a uzavírá se do sebe. Původní radost z kontaktu s lidmi se vytrácí, což se projevuje nejprve v práci, ale postupně se toto přenáší i do rodinného života. „*Rodinu a přátele přestává vnímat jako zdroje radosti a uspokojení, reaguje na ně podrážděně, stávají se pro něj přítěží*“ (Bartošíková, 2006, s. 86).

Baštecká (2009) hovoří také o sociálně deficitním konkrétně operačním stylu myšlení, který vysvětluje jako účelné vykonávání rutinního profesního minima s minimalizací kontaktů jak se spolupracovníky, tak s klienty.

V pozdějších stádiích syndromu vyhoření dochází k nárůstu konfliktů jak pracovních tak rodinných, které jsou způsobeny nezájmem, lhostejností, sociální apatií k okolí, nekolegiálním jednáním,...

3.4. Vývoj syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření bývá chápán jako stav, ale častěji je popisován jako vyvíjející se proces, který může trvat několik měsíců až let. „*Často si ani sami postižení, ani jejich nejbližší vůbec nevšimnou plíživého procesu, který může končit manifestním syndromem vyhoření*“ (Kallwas, 2007, s. 52).

Vývoj syndromu vyhoření je popisován v několika stupních. V každém z nich zasahuje více určité oblasti života. V počáteční fázi převažuje emoční vyhoření, na které jsou velice citlivé ženy. Dále dochází k psychickému vyhoření, které v posední fázi přechází k vyčerpání fyzickému. Tento proces může přejít až do psychosomatického onemocnění. „*Jde o následek dlouhodobého potlačovaného stresu a přirozených reakcí, jako jsou agresivita, zlost, pláč, strach a hněv*“ (Venglářová, 2011, s. 29).

Existují různé pohledy na vývoj syndromu vyhoření. Jedním z nerozšířenějších je dělení vývoje do pěti fází, které nacházíme u Kerstin Kraska-Lüdeckeové (2007), stejně tak popisují fáze syndromu vyhoření Henning a Keller (in Baštecká, 2003).

Fáze syndromu vyhoření:

1. nadšení – pracovník se angažuje, jak pro organizaci ve které pracuje, tak pro lidi, kterým pomáhá, převažují ideály, jasný cíl, kvalita práce, nápady, často dochází k přetěžování jedince,

2. stagnace (uvážnutí) – počáteční nadšení uvadá, dochází ke slevování z ideálů, nedaří se uskutečňovat původní představy, pracovníka začínají obtěžovat požadavky přicházející od klientů a od organizace,
3. frustrace (zmaření) – pracovník je svým zaměstnáním zklamán, trápí ho otázky po smyslu a efektivitě své práce, objevuje se u něj tunelové vidění, jedinec má v hlavě jen svou práci, cítí se svými problémy osamělý,
4. apatie (netečnost) – pracovník dělá jen to nejnutnější, klienti jsou vnímáni nepřátelsky, dochází k vyhýbání se komunikaci s klienty, povolání se stává pouze zdrojem obživy,
5. vyhoření – vyčerpání, negativismus, lhostejnost, vyhýbání se profesním požadavkům.

Ch. Maslachová vychází ze čtyř základních fází syndromu vyhoření (Kebza, Šolcová, 2003). Jako první se objevuje prvotní nadšení a zaujetí pro věc, spojené s déletrvajícím přetěžováním. Druhou fází charakterizuje psychické a částečně i fyzické vyčerpání. Ve třetí fázi nastupují počátky dehumanizované percepce okolí, které slouží jako obranný mechanismus před dalším vyčerpáním. Nakonec přichází čtvrtá fáze totálního vyčerpání, negativismu, nezájmu a lhostejnosti. Toto dělení se velice přibližuje výše uvedeným pěti fázím syndromu vyhoření.

Odlišně pojímá vývoj syndromu vyhoření R. Schwab (Kebza, Šolcová, 2003). V jeho pojetí vzniká syndrom vyhoření v procesu interakce mezi jedincem a situačními podmínkami. Syndrom vyhoření má dle R. Schwaba tři fáze:

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

„Proces vyhoření má pozvolný, plíživý průběh a může probíhat bez náležitého povšimnutí....Jestliže se proces vyhoření završí, má tendenci se zacyklovat a jedinec se stává jeho vězněm“ (Vodáčková a kol., 2007, s. 175).

3.5. Faktory ovlivňující syndrom vyhoření

Existují určité profese, které jsou náchylnější ke vzniku syndromu vyhoření. Hovoří se především o povoláních, při kterých hraje významnou roli kontakt s lidmi. Riziko se ještě zvyšuje tam, kde se jedinec setkává s problémy druhých a snaží se je emočně podpořit

v jejich zvládání. Kebza a Šolcová ve své knize Syndrom vyhoření (2003) uvádějí přehled profesí s rizikem vzniku syndromu vyhoření. Jmenujme zde alespoň některé: lékaři, zdravotní sestry, další zdravotničtí pracovníci, dispečeri záchranné služby, psychologové, sociální pracovníci, učitelé, duchovní a řádové sestry, úředníci a další.

Ale profese sama o sobě není jediný faktor vedoucí ke vzniku syndromu vyhoření. Faktory ovlivňující vyhoření můžeme rozdělit do dvou hlavních skupin, na vnitřní rizikové faktory neboli osobnostní a na faktory vnější.

3.5.1. Osobnostní rizikové faktory

Jako vnitřní faktory jsou označovány osobnostní charakteristiky jedince, jeho fyzický stav, způsoby chování a reagování ve stresových situacích.

Mezi osobnostní rizikové faktory řadíme:

- chování typu „A“ s důrazem na soutěživost až hostilitu,
- nízkou asertivitu,
- neschopnost aktivního a pasivního odpočinku,
- veliké nadšení pro práci,
- špatné vnitřní sebehodnocení a silné vnímání neúspěchu,
- kladení příliš vysokých nároků na sebe sama, přílišná odpovědnost a pečlivost,
- špatná fyzická kondice,
- nepravidelný biorytmus.

3.5.2. Vnější rizikové faktory

Vnější faktory se týkají kontextu a situací, ve kterých se jedinec nachází. Jsou to podmínky v zaměstnání, v osobním životě a samozřejmě také podmínky ve společnosti, v níž žijeme a které na nás každodenně klade.

Vnější rizikové faktory vycházející z podmínek v zaměstnání a organizace práce:

- zvýšená pracovní zátěž, zahrnující vyšší nároky na kvalitu poskytovaných služeb,
- nedostatek samostatnosti, snížená možnost tvůrčího rozvoje pracovníků, pracovní rutina – výzkumy ukazují, že čím širší pole působnosti v zaměstnání lidé mají, tím více je práce baví,
- nedostatek uznání, tím není myšleno jen finanční ohodnocení, ale také pocit, že si jejich práce někdo váží a dovede ji ocenit a to jak ze strany vedení, tak ze strany klientů,
- špatný kolektiv, zejména soutěživé prostředí na pracovišti,

- konflikt hodnot, který vzniká, pokud se hodnoty organizace významně odlišují od individuálních hodnot jedince,
- nespravedlnost,
- dlouhodobé a opakované jednání s lidmi,
- nedostatek odpočinku v průběhu práce, příliš mnoho pracovních úkolů, které mají být zvládnuty, pracovní přetížení,
- nedostatek vnitřní struktury organizace, vymezení kompetencí, nevyváženost práv a povinností pracovníků.

„Nejčastější příčiny vzniku syndromu vyhoření pocházejí z pracovní oblasti. Náročné podmínky, soutěživé prostředí nebo strach o pozici vedou u mnoha postižených ke stresu“ (Stock, 2010, s. 31).

Vnější rizikové faktory vycházející z podmínek v rodině:

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

Vnější rizikové faktory vycházející z podmínek společnosti:

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

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

3.5.3. Rizikové faktory vedoucí ke vzniku syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků

Ve zdravotnictví rizikové faktory zahrnují péči o pacienty s infaustní prognózou, o chronicky nemocné, depresivní pacienty, dále léčbu závislostí a práci v krizových centrech. Maslachová (in Baštecká, 2003) uvádí rizikové faktory, které mají vliv na vznik syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků. Maslachová k nim řadí:

- péči o pacienty, kam patří zacházení s emočními reakcemi pacientů a rodinných příslušníků, starost o pacienta a jeho blízké,

- nejednoznačnost a nezvladatelnost situací – léčebné výsledky se nedají předvídat, zdravotník se také dostává do nejednoznačných situací při jednání s kolegy,
- nedostatek sociální opory zejména od kolegů, bylo zjištěno, že kolegiální opora projevující se péčí, možností sdílet pocity a rozdílné reakce na podobné problémy a možností se od těžkých situací emočně vzdálit, souvisí s nižším rizikem vyhoření.

4. Prevence a terapie syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření můžeme chápat jako důsledek nerovnováhy mezi profesním očekáváním jedince a profesní realitou. S touto nerovnováhou se dá bojovat a dá se zmenšit jak na straně jedince, tak na straně zaměstnavatele. Syndrom vyhoření se promítá nemalou měrou do výkonu v pracovní činnosti, způsobuje absenci v zaměstnání, změny zaměstnání, sníženou pracovní spokojenost a jiné potíže. Z výše jmenovaného vyplývá, že syndrom vyhoření má ekonomické důsledky a tudíž je i v zájmu zaměstnavatele, aby se prevencí syndromu vyhoření zabýval. „*Proto je nyní v popředí zájmu organizací rozvoj programů zaměřených na osobnostní rozvoj, pracovní poradenství, výcvik v profesních dovednostech, týmovou spolupráci, zvýšení podílu pracovníků na řízení atd.*“ (Kebza, 2003, s. 19).

U syndromu vyhoření je prevence velice důležitá, může výrazně pomoci v boji proti vyhoření. Preventivní opatření mají různé zdroje, některá vycházejí z osobní roviny, za jiná by měl převzít zodpovědnost zaměstnavatel, nebo by měl alespoň umožnit jejich realizaci. V případě, že se jedinec dostane do určité fáze syndromu vyhoření nebo dokonce do té poslední, je určitá terapie možná, záleží ovšem na různých podmínkách. Jako u každé jiné nemoci, je důležité, aby si jedinec uvědomil, že se s ním něco děje, aby akceptoval, že trpí syndromem vyhoření. Dále je potřebné najít dostatečnou osobní motivaci, chtít s tímto stavem něco dělat, převzít osobní zodpovědnost.

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

4.1. Vnitřní možnosti ovlivnění syndromu vyhoření

Kopřiva (2011) říká, že v první řadě, je třeba si uvědomit, že za zážitky, které prožíváme a které v nás vyvolávají druzí, ti druzí nemohou. Může za to naše vlastní vnímání světa kolem nás. Při vyhoření se mění právě naše vnímání světa, ale nemění se svět kolem nás.

4.1.1. Relaxace a cvičení

Prevenčí syndromu vyhoření je dobrá tělesná kondice, zdravá životospráva, dostatek spánku a pravidelný denní režim. Některá tato doporučení je zejména pro zdravotnické pracovníky, kteří často pracují ve směnném provozu, těžké dodržet. Někdy se musí jedinec trpící syndromem vyhoření naučit znovu odpočívat, což znamená odpočívat, když je unaven a ne až v okamžiku, kdy na odpočinek má čas. *„Výsledky nejdůležitějších zkoumání potvrdily, že pravidelný pohyb přispívá ke zlepšení nálady. To je dáno jednak působením endorfinů, tzv. „hormonů štěstí“, které začne tělo vylučovat při zvýšené svalové zátěži, jednak také změnou neurotransmiterů, tedy látek, jež řídí mozkovou činnost“* (Stock, 2010, s. 73).

Na vyšší míru stresu reaguje organismus zvýšením činnosti sympatické části nervového systému, dochází k vyplavení adrenalinu. Pokud stres přetrvává delší dobu, bez toho aniž by byl patřičně uvolněn, začíná se v kůře nadledvin produkovat kortizol. Vlivem stresu vzrůstá svalové napětí, zhoršuje se prokrvení kůže, zrychluje srdeční frekvence a stoupá krevní tlak. *„Cílem všech relaxačních postupů je snížení aktivity sympatiku a aktivizace parasympatiku, jeho protipólu v rámci vegetativního nervového systému“* (Stock, 2010, s. 71).

Lidé trpící syndromem vyhoření často pro práci zapomínají na svůj osobní život. Ztrátou zájmů a koníčků jsou větší měrou ohroženy ženy, které k pracovním povinnostem zároveň přijímají roli matek a manželek. Ze zkušeností vyplývá, že nejvíce jsou syndromem vyhoření ohroženi jedinci, kteří neumí nebo zapomínají odpočívat. Každému vyhovuje jiný typ relaxace, někdo chodí rád cvičit, jiný si zase odpočine u knihy. *„Pěstování osobních zájmů, zálib, koníčků vnáší do života radost, uvolnění a uspokojení. Člověk, který se věnuje svým zájmům, je také tolerantní k zájmům druhých“* (Venglářová, 2011, s. 37). To, co děláme rádi, je zdrojem emočních zážitků a energie.

Existují různé možnosti relaxace. Některé uvolňovací techniky používáme intuitivně, například protažení a vydýchnutí. Dále můžeme použít rychlá antistresová a dechová cvičení, která vyrovnávají dech a snižují napětí. Mezi relaxační techniky, které můžeme

využít, řadíme tělesná i duševní cvičení, dechová cvičení, autogenní tréninky, meditaci, poslech hudby aj. U všech relaxačních cvičení je důležité, aby se prováděla delší dobu, tím se zvyšuje jejich ozdravný efekt. Účinky pravidelného cvičení a relaxace dle Stocka (2010) zahrnují klid a vyrovnanost, duševní svěžest, snížení svalového napětí, snížení tepové frekvence a tlaku krve, snížení spotřeby kyslíku a pravidelnost dýchání, snížení pocitu napětí a stresových stavů, zvýšenou schopnost koncentrace, posílení sebevědomí, které je dáno tím, že jedinec má pocit, že něco dokázal.

4.1.2. Časový management

Časový management nezahrnuje jen organizaci času, ale také se zabývá otázkou stanovení priorit. Jedinec musí myslet na to, aby pracovní povinnosti nepohltily veškerý jeho volný čas. Vždy mu musí zůstat prostor pro koníčky, přátele, odpočinek, rodinu,...

Stock (2010) hovoří o tzv. „žroutech času“. Tímto termínem označuje aktivity, které jedince okrádají o čas. Při organizaci času je nutné odhalit ve svém harmonogramu tyto požírače času a pokud možno je omezit na minimum. Důležité je aby jedinec prozkoumal rozvrh svých schůzek a povinností a určil ty úkoly, které za něj mohou udělat ostatní, nebo zkusit popřemýšlet o možnosti, zda se některé úkoly nedají dělat jinak a efektivněji. Zcela klíčové se pro řízení času jeví posouzení závažnosti úkolů a určení priorit. U stanovení priorit je dobré zhodnotit naléhavost a důležitost pracovních úkolů, které se hromadí. „*Pro člověka jemuž hrozí vyhoření, je velmi problematické určit, co je skutečně naléhavé a co důležité*“ (Stock, 2010, s. 89). Jedinec by si měl položit otázku, jaké jsou jeho dlouhodobé cíle, kterých chce dosáhnout a poté se pokusit život dle těchto cílů nasměrovat.

Při časovém managementu je nutné plánovat svůj čas, naučit se s ním efektivně pracovat, dělat uvážená rozhodnutí a poté se pokusit provést zpětnou vazbu a tím dojít ke zjištění, zda je s časem zacházeno efektivně. V případě, že se všechno toto podaří, bude mnohem snadnější najít ve svém harmonogramu chvíle pro relaxaci a odpočinek.

4.1.3. Sebepoznání a sebehodnocení

Sebepoznání a sebehodnocení umožňuje jedinci lépe se adaptovat a zvládat náročné situace. „*Sebepoznání je neustálé uvědomování si dobrých vlastností, schopností, nedostatků, ale také vlastních pocitů, a to v každé situaci, ve které se nacházíme*“ (Venglářová, 2011, s. 35). Na základě sebepoznání dochází během života jedince k sebehodnocení. „*Kladné sebehodnocení zvyšuje sebedůvěru, vede k optimistickému*

pohledu na svět, k dobrému fyzickému a duševnímu stavu, k vyšším výkonům, ke zvýšenému úsilí při překonávání překážek“ (Venglářová, 2011, s. 36).

Sebepoznání a sebehodnocení bychom mohli shrnout do několika bodů:

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

4.2. Vnější možnosti ovlivnění syndromu vyhoření

V předchozí části jsme se zabývali vnitřními možnostmi ovlivnění syndromu vyhoření, jinak řečeno tím, co může pro sebe jedinec udělat sám. Nyní se budeme věnovat faktorům ovlivňujícím syndrom vyhoření, které přicházejí zvenčí. Jedná se o oporu blízkých lidí, podporu zaměstnavatele a v neposlední řadě o pomoc odborníků.

4.2.1. Sociální opora

Sociální opora vychází z našeho okolí. Jedná se o podporu lidí v našem bližším i vzdálenějším okolí, rodina, přátelé. Lidé si kolem sebe vytvářejí sociální podpůrnou síť, což je existence blízkých lidí, kteří jedinci naslouchají, povzbuzují ho a tím mu poskytují faktickou i emocionální podporu. Dle Křivohlavého (1998) se ukazuje, že čím má člověk lepší vztahy s ostatními lidmi v okolí, tím má i relativně nižší úroveň psychického vyhoření a tím méně vykazuje příznaků vyhoření. *„Řada studií ukázala, že sociální opora je velmi významným faktorem jak při prevenci stresu a psychického vyhoření, tak při zvládání těchto negativních jevů“ (Zacharová, 2008, s. 42).*

Můžeme nalézt dva hlavní zdroje sociální opory. Jednak to jsou lidé z blízkého prostředí jedince, sem řadíme fungující rodinu a přátelé. Jako další se jeví opora kolegů, dobrý pracovní tým a přátelské vztahy na pracovišti.

Důležitým faktorem sociální opory je spolupráce, vědomí toho, že člověk není na problémy sám, má kolem sebe lidi, na které se může spolehnout. K dalším faktorům

sociální opory patří naslouchání, sdílení zážitků, potíží i radostí bez hodnocení. Pro jedince je důležitá podpora a povzbuzení, které „*dodávají podněty k dalšímu růstu, podporují naši práci, dodávají motivaci a smysluplnost*“ (Jeklová, Reitmayerová, 2006, s. 25). Lidé kolem nás nám poskytují zpětnou vazbu. Poskytují nám informaci o tom, jak se chováme, jak působíme na ostatní a na základě těchto informací můžeme naše snažení korigovat a rozvíjet.

4.2.2. Úloha zaměstnavatele v prevenci syndromu vyhoření

„*Dříve se předpokládalo, že některé profese k vyhoření povedou a že je třeba, aby je pracovník po nějaké době opustil. Nyní můžeme pozorovat narůstající snahu organizací si dostatečně zkušené a dostatečně nadšené pracovníky udržet*“ (Baštecká, 2003, s. 142).

Zaměstnavatel by měl být schopen ohodnotit dobrou práci jedince, umět ho pochválit a poskytnout mu podporu.

Úloha zaměstnavatele spočívá ve vytvoření optimálních podmínek pro práci, dobré organizaci práce. Dále je úkolem zaměstnavatele udělování pochval za dobře vykonanou práci a podpora vzdělávání pracovníků. V případě, že pracovník bude cítit, že mu jeho práce přináší nadměrný stres, měl by mu zaměstnavatel umožnit dočasnou změnu pracovní činnosti a zprostředkovat psychologickou pomoc. Dobré je vytvořit a podporovat možnost mimopracovních aktivit, které zlepšují soudržnost týmu a pěstují dobré vztahy mezi zaměstnanci.

Jako další možností prevence syndromu vyhoření na straně zaměstnavatele se jeví pořádání seminářů o syndromu vyhoření a o stresu, dále pořádání výcviku v profesních dovednostech a podpora zaměstnanců v dalším vzdělávání.

4.2.3. Supervize

Supervize se dá vysvětlit jako kontrola, řízení, vedení, někdy se používá ve významu nadhled. Supervize je nástroj, který se používá k pravidelné korekci profesionálního jednání a zároveň také jako zajišťování prevence v rámci syndromu vyhoření. Můžeme ji chápat jako podporu zaměstnanců, při které se mohou zaměřit na vlastní obtíže v práci a zároveň se mohou podělit se supervizorem o část odpovědnosti za práci s klienty. Cílem je zlepšit práci zaměstnanců, podpořit jejich profesionalitu a tím zabránit pracovnímu stresu. „*Jde o systematickou pomoc (individuální či skupinovou) při řešení profesionálních problémů v neohrožující atmosféře, která dovolí pochopit osobní, zejména emoční podíl člověka na jeho profesním problému*“ (Jeklová, Reitmayerová, 2006, s. 27). Také se

používá k pravidelnému očištění od myšlenek a emocí, které jedinci uvíznou v hlavě a stále se vracejí.

4.2.4. Psychoterapie

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

Hlavním zdrojem pomoci v léčbě syndromu vyhoření se v současnosti jeví existenciálně orientované směry v psychoterapii. Existenciální psychoterapie se zabývá tématy svobody, odpovědnosti, samoty, smrti a smyslu života. Pochybnosti o smyslu existence s některými doprovodnými jevy například se sebevražednými myšlenkami, jsou typické příznaky syndromu vyhoření v pokročilém stádiu.

Logoterapie je terapeutický přístup orientovaný na téma smyslu v životě (Baštecká ed., 2009). Zaměřuje se na potíže člověka žít smysluplný život, na hledání tohoto smyslu a na směřování života.

Uplatnění daseinsanalytické psychoterapie nacházíme v léčbě duševních a psychosomatických onemocnění. Nemoc je podle daseinsanalýzy vysvětlována jako nesvobodný, neautentický způsob bytí. Podstatou je rozumět smyslu svého bytí ve světě. Ztráta tohoto porozumění vede k nesvobodě, jejíž jednou částí je nemoc.

5. Specifika zdravotnické záchranné služby

Práce na zdravotnické záchranné službě je stresující a náročná, zaměstnanci se často potýkají s vypjatými událostmi, z čehož pramení jejich větší sklon k rozvoji syndromu vyhoření. Šeblová (2005) poukazuje na okolnost, že pro práci na záchranné službě je typické opakované vystavení kritickým událostem, které u nepřivykého jedince mohou vyvolat akutní reakci na stres. Zároveň také dodává, že dle zahraničních studií jsou pro záchranáře typické osobnostní charakteristiky, mezi které patří vysoká odolnost vůči zátěži, ochota podstoupit vysoké riziko a orientace na činnost, což jsou vlastnosti, které pozitivně přispívají ke zvládnutí vypjatých situací.

Záchranář se ovšem nepotkává jen s vypjatými situacemi, kdy jsou lidé v ohrožení života. Často musí bojovat spíše s různými systémovými problémy, které mu jeho práce přináší. Mezi tyto obtíže patří například neochota zdravotnických zařízení přijímat pacienty z terénu. Jako další se jeví malé kompetence středně zdravotnického personálu (záchranářů), kteří často vyjíždějí na případy, kde musí tyto kompetence překročit.

5.1. Ekonomické a sociální problémy zdravotnických záchranných služeb

Zdravotnické záchranné služby v celé České republice trpí přibližně stejnými problémy v sociální i ekonomické oblasti. Tyto problémy jsou způsobeny především nestandardním ukotvením zdravotnické záchranné služby, jako jedné z hlavních složek integrovaného záchranného systému, v české legislativě. Na rozdíl od policie ČR a hasičského záchranného sboru nejsou zdravotnické záchranné služby složkou řízenou Ministerstvem vnitra. Pro její zaměstnance neplatí služební zákon a financování je přímo závislé na zřizovateli, tedy na krajských úřadech nebo magistrátu hlavního města.

Financování zdravotnických záchranných služeb je v české republice nastaveno následovně. Na příjmové stránce rozpočtu jsou z $\frac{1}{3}$ příjmy od zdravotních pojišťoven. Zbylé $\frac{2}{3}$ potřebných finančních prostředků tvoří provozní dotace od zřizovatele. Ostatní příjmy z vedlejších činností zdravotnických záchranných služeb jsou vzhledem k obratu celé organizace naprosto zanedbatelné. Na výdajové stránce figurují s převahou takřka 80% mzdové náklady, zbytek výdajů tvoří provozní náklady, jako například pohonné hmoty, náklady na provoz výjezdových stanovišť, údržbu technologií... Investiční prostředky, ve valné většině případů, nejsou schopny zdravotnické záchranné služby ze svých rozpočtů tvořit vůbec. Investiční nákupy bývají získávány opět z rozpočtu zřizovatele a to zpravidla ke konci účetních období, nebo při dělbě přebytku z hospodaření krajů, což bývá většinou v prvním čtvrtletí roku. V průběhu běžného roku tak nelze investiční akce efektivně plánovat.

Takto nastavené financování zdravotnických zařízení je naprosto demotivující, a to především pro nemožnost dosažení vyrovnaného hospodářského výsledku, zaručeného vlastní činností. Zvyšování počtu výkonů pro zdravotní pojišťovny a tím vylepšování hospodářského výsledku vede často k snížení provozní dotace ze strany zřizovatele, neboť náklady jsou se započítáním inflace a procenta růstu mzdových prostředků přibližně stejné

je možno ponížit provozní příspěvek právě o tu část o jakou vzrostly příjmy z veřejného zdravotního pojištění.

Tento způsob financování je v evropských zemích raritou. Setkáváme se sice i v jiných zemích s kombinovaným způsobem financování, ale takovýto poměr mezi příjmy z vlastní činnosti a příjmy z provozních dotací je nevídaný. Například na sousedním Slovensku je úhrada výkonů výjezdových skupin z veřejného zdravotního pojištění stanovena tak, že pokrývá veškeré náklady na provoz výjezdových skupin, včetně tvorby potřebného zisku. Z provozních dotací je hrazen pouze provoz zdravotnických operačních středisek. Ta jsou však přímo pod správou ministerstva zdravotnictví a ministerstvo tak jejich provoz přímo financuje.

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

Ekonomické prostředí zdravotnických záchranných služeb má samozřejmě přímý dopad do roviny sociální. Přestože na první pohled jsou zdravotnické záchranné služby konzistentními a pevně zakotvenými organizacemi, působí nestabilita managementů značně destruktivně. Vzhledem k faktu, že v republice neexistuje žádné metodické řízení v této oblasti, přichází každé nové vedení s jinými představami o fungování organizace. Tyto představy jsou však často značně vzdáleny od reality a v průběhu času opět sklouznou k zažitým standardům. To nepříznivě působí na výkonné složky organizace, které se musí neustále přizpůsobovat systémovým změnám.

Další palčivý sociální problém zdravotnických záchranných služeb je nedostatek kvalifikovaných lékařů. Záchranné služby se tento problém snaží řešit systémovými

opatřeními. Například vhodnou kombinací lékařských posádek a posádek rychlé zdravotnické pomoci v setkávacím režimu. Problém je v nedostatečných kompetencích středně zdravotnického personálu. Nedostatečné kompetence neumožňují efektivní práci zdravotnických posádek při poskytování neodkladné přednemocniční péče a to právě při použití setkávacího systému. Tyto posádky mají na místě zásahu „svázané“ ruce a nemohou bez konzultace s lékařem aplikovat život zachraňující léčebné přípravky. Tato situace staví zdravotnické posádky do nezáviděníhodné situace na místě zásahu a kumulují se tak v nich pocity beznaděje a méněcennosti. I pro lékaře je nedostatek kompetencí středně zdravotnického personálu značnou komplikací. Lékaři povolují aplikaci léčiv na základě telefonické konzultace, tj. bez fyzického kontaktu s pacientem, což vyžaduje naprostou důvěru na obou stranách. Naprostým paradoxem je stav, kdy pacient zcela odmítá zdravotnickou péči poskytovanou středně zdravotnickým personálem, je při plném vědomí a je schopen posoudit, jaké případné následky pro něj může odmítnutí poskytované péče mít. Ani za tohoto stavu nemůže zdravotnická posádka odjet a zanechat pacienta odmítajícího péči na místě. Musí na místě vyčkat příjezdu lékaře, který výše uvedené pravomoci má. Tento stav nepřiměřeně systém prodražuje, vystavuje ostatní obyvatele obhospodařované oblasti zbytečnému riziku, ale především negativně působí na psychiku všech zúčastněných zdravotnických pracovníků.

5.2. Pracovní prostředí a charakter práce

Záchranná služba je typická týmovým charakterem práce, kde každý pracovník má svou nezastupitelnou roli. Důležité je adekvátní rozdělení rolí a nepřekračování nastavených kompetencí jednotlivého člena týmu. V tomto případě je týmový charakter práce přínosem. Záchranáři se oproti jiným zdravotnickým pracovníkům potýkají s prací v nepříznivých klimatických podmínkách (v dešti, mrazu, horku,...). Také se ve větší míře dostávají do kontaktu s rodinou a blízkými pacientů. Jedná se o kontakt v akutní fázi onemocnění pacienta, na který jak pacienti tak jejich nejbližší často reaguji neadekvátně a nepředvídatelně. Může dojít jak ke slovní tak k fyzické agresi pacientů nebo jejich blízkých. Záchranáři vstupují do jejich obydlí a tím dochází k narušování soukromí pacientů. Zároveň toto prostředí nepředstavuje bezpečné a známé pracovní prostředí pro samotné záchranáře, které jiným zdravotnickým pracovníkům poskytuje např. oddělení nemocnice.

Pracovníci záchranné služby se dostávají do kontaktu se silnými emocemi klientů. Jedná se o projevy smutku, zoufalství, ale také zlosti a agrese, které klient a jeho blízcí někdy více či méně vědomě obražejí proti záchranářům.

Zodpovědnost je jedna z hlavních charakteristik práce na zdravotnické záchranné službě. Ve výzkumné části práce se zaměřuji na zdravotní sestry/záchranáře a řidiče, tedy na posádku rychlé zdravotnické pomoci. V tomto typu posádky sestra přebírá zodpovědnost za léčebná opatření. Řidič se dle instrukcí sestry zapojuje do zdravotní péče a hlavní měrou zodpovídá za bezpečnou a rychlou dopravu posádky na místo zásahu a následně za bezpečný transport pacienta do zdravotnického zařízení.

5.3. Rizikové faktory vzniku syndromu vyhoření z hlediska zdravotnické záchranné služby

Karel Nešpor (2007) uvádí ve svém článku Prevence profesionálního stresu a syndromu vyhoření zdroje profesionálního stresu v lékařské praxi. Domnívám se, že se nejedná jen o praxi lékařskou, ale mnohé z těchto faktorů se dají použít i při popisu rizikových faktorů vyhoření při práci na zdravotnické záchranné službě. Rizikových faktorů je celá řada a ve velké míře se uplatňují vzájemných interakcí. Řadíme sem:

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

K zátěžovým faktorům nepatří jen obsah sdělení klienta, ale i forma jakou je komunikace vedena. Často se záchranáři setkávají s problémovou komunikací, která na ně klade vysoké nároky na soustředění, ladění na jazyk klienta a hledání společné řeči.

Záchranáři přicházejí do kontaktu s nelehkými příběhy klientů. Některá témata se mohou dotýkat jich samotných. „*Někdy práce s klientem může otevřít jejich stará neošetřená traumata a nastartovat jejich souběžný psychický proces*“ (Vodáčková, 2007, s. 176).

Šeblová (2007) uvádí faktory, které při práci na záchranné službě ohrožují jejich zaměstnance vznikem syndromu vyhoření. Patří mezi ně vysoká zodpovědnost, vysoké nároky na schopnost rozhodování, minimální autonomie pracovního procesu, nutnost potlačení emocí v zájmu zvládnutí pracovních povinností na místě zásahu, často také vysoký podíl přesčasové práce. Ze studie, kterou provedla Zdravotnická záchranná služba středočeského kraje ve spolupráci s Centrem zdraví a životních podmínek Státního zdravotního ústavu v Praze (Šeblová, 2007) vyplývá, že za největší stresory sami záchranáři považují neúspěšnou kardiopulmonální resuscitaci nebo úmrtí dítěte, dále vlastní ohrožení během výkonu služby v podobě napadení posádky nebo nehody sanitního vozidla. Jako pozitivní faktory záchranáři vnímají pomoc lidem, záchranu života a zdraví, dobrý pracovní kolektiv a akční a pestrou práci.

II. Výzkumná část

6. Metodologický rámec výzkumu

6.1. Problém

Z hlediska psychologické morbidity jsou pracovníci pomáhajících profesí, mezi které patří i pracovníci zdravotnických záchranných služeb, ohroženi jak akutní reakcí na stres, tak i posttraumatickou stresovou poruchou a syndromem vyhoření. (Šeblová, Kebza, 2005)

České republice byly provedeny různé studie zabývající se syndromem vyhoření a strategiemi zvládání stresu. J. Šeblová a V. Kebza (2005) se zabývali problémem zátěže a stresu pracovníků záchranné služby s potencionálním vyústěním v burnout syndrom, včetně možností včasné diagnózy, terapie a prevence. Studie byla zaměřena na identifikaci zátěže a stresorů pracovníků zdravotnických záchranných služeb, dále na stanovení míry hladiny psychické zátěže a na míru vyhoření. Studie se zúčastnilo 290 respondentů a bylo zjištěno, že známky počínajícího nebo manifestního syndromu vyhoření vykazuje 17% respondentů. Dále bylo zjištěno, že u mužů je skóre syndromu vyhoření nepatrně vyšší než u žen.

Výzkumem strategií zvládání stresu a jejich vztahem k dalším charakteristikám (př. neuroticismus aj.) u řidičů zdravotnických záchranných služeb se zabývala M. Horáková (2009). V této studii bylo pomocí dotazníku SVF - 78 zjištěno, že řidiči ve větší míře používají pozitivní strategie zvládání stresu oproti negativním.

Porovnáním výskytu profesionálního syndromu vyhoření zdravotnických pracovníků psychiatrické léčebny a interního oddělení se zabývali Hosák L. společně s Hosákovou J. (2005). Jedním ze zkoumaných faktorů byl věk respondentek a délka praxe ve zdravotnictví. Nebylo prokázáno, že by tyto faktory statisticky významně korelovaly s mírou syndromu vyhoření.

6.2. Cíle

Cílem výzkumu je zmapovat profil dimenzí strategií zvládání stresu a míry vyhoření u pracovníků Zdravotnické záchranné služby Libereckého kraje, resp. zjistit míru vyhoření u pracovníků Zdravotnické záchranné služby Libereckého kraje.

Dalším cílem výzkumu je zjistit vztah mezi délkou praxe na zdravotnické záchranné službě, dosaženým vzděláním, pracovní pozicí a věkem vzhledem ke strategiím zvládání stresu a míře syndromu vyhoření.

6.3. Hypotézy

H1: Negativní strategie zvládání dle SVF 78 u zkoumaných osob vykazuje statisticky významnou korelaci s výsledky míry vyhoření.

H2: Se zvyšující se senioritou se statisticky významně zvyšuje míra vyhoření.

H3: Se zvyšující se délkou praxe se statisticky významně zvyšuje míra vyhoření.

H4: Skóre pozitivní strategie dle SVF 78 statisticky významně pozitivně souvisí se zvyšujícím se věkem.

H5: Průměrný skór míry vyhoření je statisticky významně vyšší u žen než u mužů.

6.4. Aplikovaná metodika

6.4.1. Dotazníky

Pro výzkumnou část bakalářské práce byly využity dva dotazníky. První z dotazníků Burnout Measure – BM patří mezi nejčastěji používané nástroje pro zjišťování míry vyhoření. Druhý dotazník SVF - 78 zjišťuje strategie zvládání stresových situací.

Burnout Measure – BM

Jedná se o jeden z neužívanějších dotazníků pro diagnostiku syndromu vyhoření. Dotazník BM zkonstruovali Ayala Pines a Elliot Aronsan v roce 1980, do českého jazyka byl přeložen J. Křivohlavým (1998). Škála Burnout Measure se skládá z 21 tvrzení, která jsou hodnocena na sedmibodové škále. Odpovídá se na otázku „Jak často máte následující pocity a zkušenosti“, rozpětí odpovědí je od 1 – nikdy až po 7 – vždy. Dotazník je zaměřen na tři aspekty jediného psychického jevu, kterým je celkové vyčerpání. Mezi tyto tři aspekty řadíme:

- pocit fyzického vyčerpání - únava, oslabení, úbytek sil,
- pocit emocionálního vyčerpání - pocity tísně, beznaděje, bezmoci,
- pocit psychického vyčerpání - bezcennost, marnost, ztráta iluzí.

Dotazník BM má dobrou vnitřní konzistenci a vysokou reliabilitu (míru shody) při opakování po uplynutí jednoho až čtyř měsíců. Křivohlavý (1998) uvádí, že v základním studiu navrhovatelů byla zjištěna průměrná hodnota BM 3,3, což bylo zkoumáno na vzorku 5000 Američanů.

Pro interpretaci dotazníku BM je důležitý upřímný postoj vyplňujícího. Za dobrý výsledek z hlediska psychologie zdraví je považován BM = 2,0 a nižší. BM = 2,0 – 3,0 je možné hodnotit jako uspokojivý výsledek. BM mezi 3,0 – 4,0 znamená potenciální ohrožení syndromem vyhoření, doporučuje se ujasnit si žebříček hodnot a zamyslet se nad životem a prací, nad jejich smyslem. Výsledek BM v rozmezí 4,0 – 5,0 ukazuje na přítomnost syndromu psychického vyčerpání. Je-li hodnota BM vyšší než 5,0 je to považováno za havarijní signál a je nutné vyhledat odbornou pomoc. (Křivohlavý, 1998)

SVF 78 – Strategie zvládání stresu

Dotazník SVF (Stressverarbeitungsforschungsbogen) je vícedimenzionální sebeposuzovací inventář strategií při zpracování a zvládání stresu, který je určen pro dospělou populaci. Autorem dotazníku SVF 78 je Gisela Erdmannová a Wilhelm Janke, do českého jazyka byl přeložen a upraven Josefem Švancarou. Dotazník zachycuje různé způsoby, které jedinec rozvíjí a uplatňuje při zpracování a zvládání zátěžových situací. Dotazník SVF zahrnuje 78 otázek, které jsou rozděleny do třinácti subtestů, viz tabulka.

Vyhodnocení dotazníku se provádí pomocí vyhodnocovacího listu, kde jsou jednotlivé položky řazeny dle subtestů. Zaznamenané bodové hodnoty se v každém sloupci sečtou a tím získáme hrubý skóre pro každý subtest. Pomocí tabulek, které jsou zvlášť pro muže a pro ženy, se hrubé skóre převedou na T-skóre. Zpracování výsledků SVF 78 umožňuje analýzu jak pozitivních strategií směřujících k redukci stresu, tak negativních strategií vedoucích k jeho zesílení.

Pozitivní strategie (POZ) se vypočítá jakou aritmetický průměr hrubých skóre subtestů 1, 2, 3, 4, 5, 6 a 7. V rámci pozitivní strategie dělíme POZ 1 - Strategie přehodnocení a devalvace, je sycena subtestem 1 a 2, snahou jedince je přehodnotit a často snížit závažnost stresoru a prožívání stresu. POZ 2 - Strategie odklonu, vypočítá se jako aritmetický průměr 3. a 4. subtestu, ukazuje tendence k jednání, která jsou orientovaná na odklon d stresující události, nebo příklon k alternativním situacím a aktivitám. POZ 3 – Strategie kontroly, je aritmetický průměr subtestů 5, 6, 7, poukazuje na konstruktivní snahy po zvládnutí a kompetenci.

Negativní strategie (NEG) je tendence k nasazení nepříznivých, spíše stres zesilujících způsobů zpracování zátěže. Určuje se jako aritmetický průměr hrubých skóre subtestů 10, 11, 12, 13.

Tabulka č. 1 – charakteristika subtestů SVF 78

Číslo subtestu	Název subtestu	Charakteristika
1	Podhodnocení	tendence podhodnocovat vlastní reakce ve srovnání s jinými osobami, nebo je hodnotit příznivěji
2	Odmítání viny	zdůraznit, že nejde o vlastní zodpovědnost
3	Odklon	odklon od zátěžových situací, tendence navodit psychické stavy, které stres zmírňují
4	Náhradní uspokojení	obrat k pozitivním situacím nebo aktivitám, které se vztahují k sebezpevňování vnějšími odměnami
5	Kontrola situace	analýza situace, plánování a uskutečnění jednání za účelem kontroly a řešení problému, získat kontrolu nad zátěžovou situací
6	Kontrola reakcí	zajistit a udržet kontrolu vlastních reakcí při zátěži, nedovolit aby došlo ke vzrušení, nedat to na sobě znát
7	Pozitivní sebeinstrukce	přisuzovat sobě kompetenci a schopnost kontroly, dodávat si odvalu v zátěžových situacích
8	Potřeba sociální opory	přání zajistit si sociální oporu a pomoc, získat podporu při řešení problému
9	Vyhýbání se	předsevzetí zamezit zátěžím, nebo se jim vyhnout
10	Úniková tendence	tendence vyváznout ze zátěžové situace, snížená schopnost čelit této situaci
11	Perseverace	nedokázat se myšlenkově odpoutat od problému, dlouho o něm přemýšlet
12	Rezignace	vzdávat se s pocitem bezmocnosti a beznaděje, nedostatek možností zvládat zátěžové situace
13	Sebeobviňování	připisovat vznik zátěže vlastnímu chybnému jednání

6.4.2. Statistika

Pro bakalářskou práci byla jako metoda získávání dat použita kvantitativní metoda. Důvodem vybrání této metody byla potřeba získání velkého množství proměnných od velkého počtu respondentů.

K popisu základních charakteristik výzkumného souboru byla použita deskriptivní statistika. Pro přehlednost byly dále k popisu základních charakteristik výzkumného

souboru použity tabulky četností. Stejné statistické metody byly použity pro stanovení četností a základní charakteristiku dotazníků SVF - 78 a BM.

Ke zjišťování vztahu mezi jednotlivými proměnnými byla použita metoda korelace.

T-test byl použit k porovnání dosažených skóre v dotazníku Burnout Measure – BM mezi muži a ženami. Data byla zpracována pomocí softwarového nástroje Microsoft Excel 2010. Kritické hodnoty „r“ při N=140. 1% hladina významnosti: $r=0,2540$, 5% hladina významnosti: $r=0,1946$.

6.4.3. Výzkumný soubor

Jako výzkumný soubor byli vybráni pracovníci Zdravotnické záchranné služby Libereckého kraje. Testový soubor tvořil středně zdravotnický personál tj. zdravotní sestry se specializací v oboru anestezie-resuscitace nebo intenzivní medicína a zdravotničtí záchranáři. Druhou výzkumnou skupinu tvořili řidiči zdravotnické záchranné služby.

Zdravotnická záchranná služba Libereckého kraje skýtá 120 středně zdravotnických pracovníků, z čehož je 27 mužů a 131 řidičů, z toho počtu je jedna řidička žena.

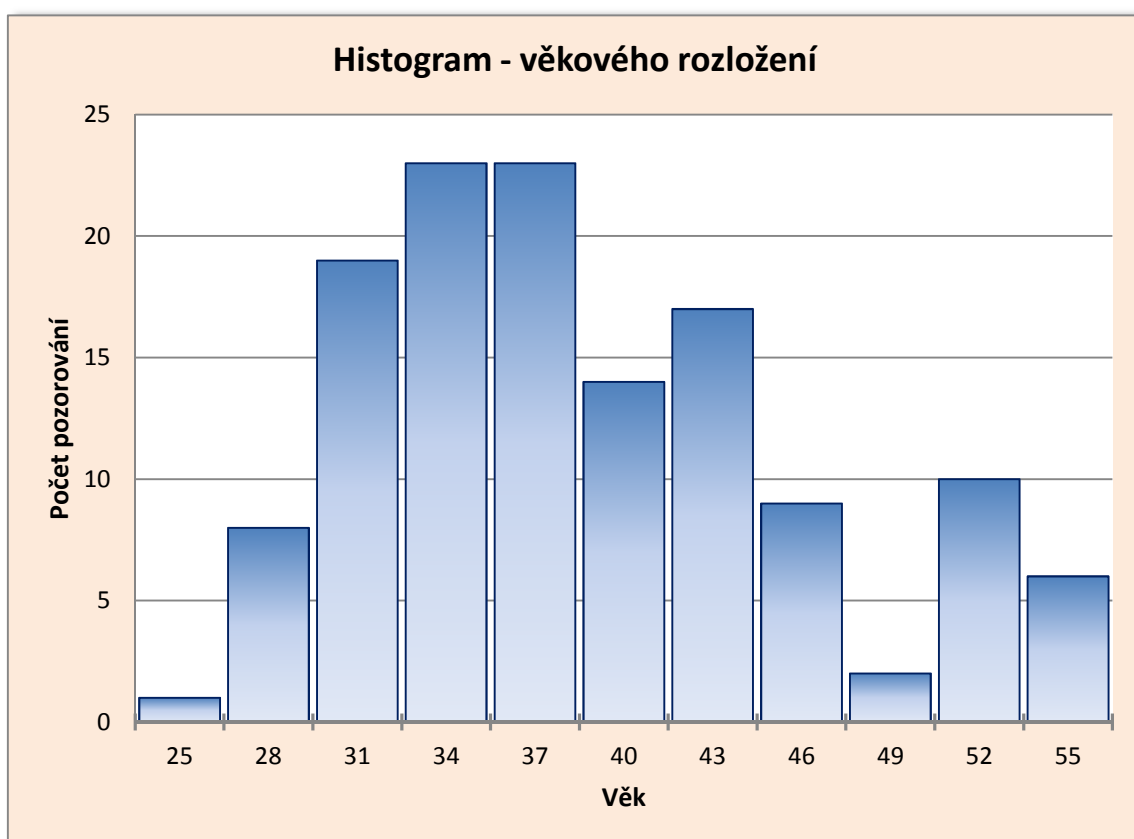
Do výzkumu bylo zařazeno 70 respondentů na pozici středně zdravotnického personálu, z tohoto počtu bylo 9 mužů a 70 respondentů na pozici řidiče.

Účast na výzkumu byla ze strany respondentů dobrovolná. Byli informováni o skutečnosti, že výsledky budou zpracovány anonymně a budou použity pouze pro potřeby bakalářské práce.

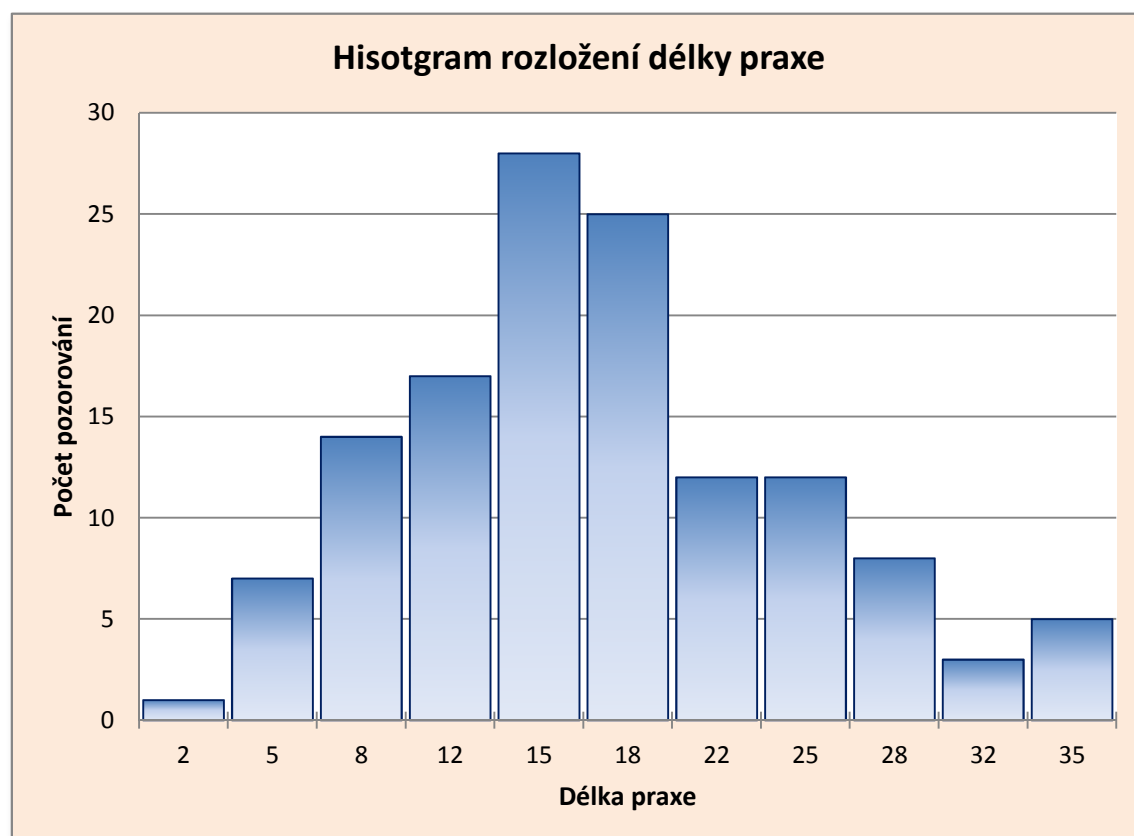
Tabulka č. 2 – Popisná statistika výzkumného souboru

	N platných	Průměr	Minimum	Maximum	Sm. odchylka
Věk	140	38,93571	25,00000	58,00000	8,37881
Praxe	140	17,45500	2,10000	39,00000	8,61019

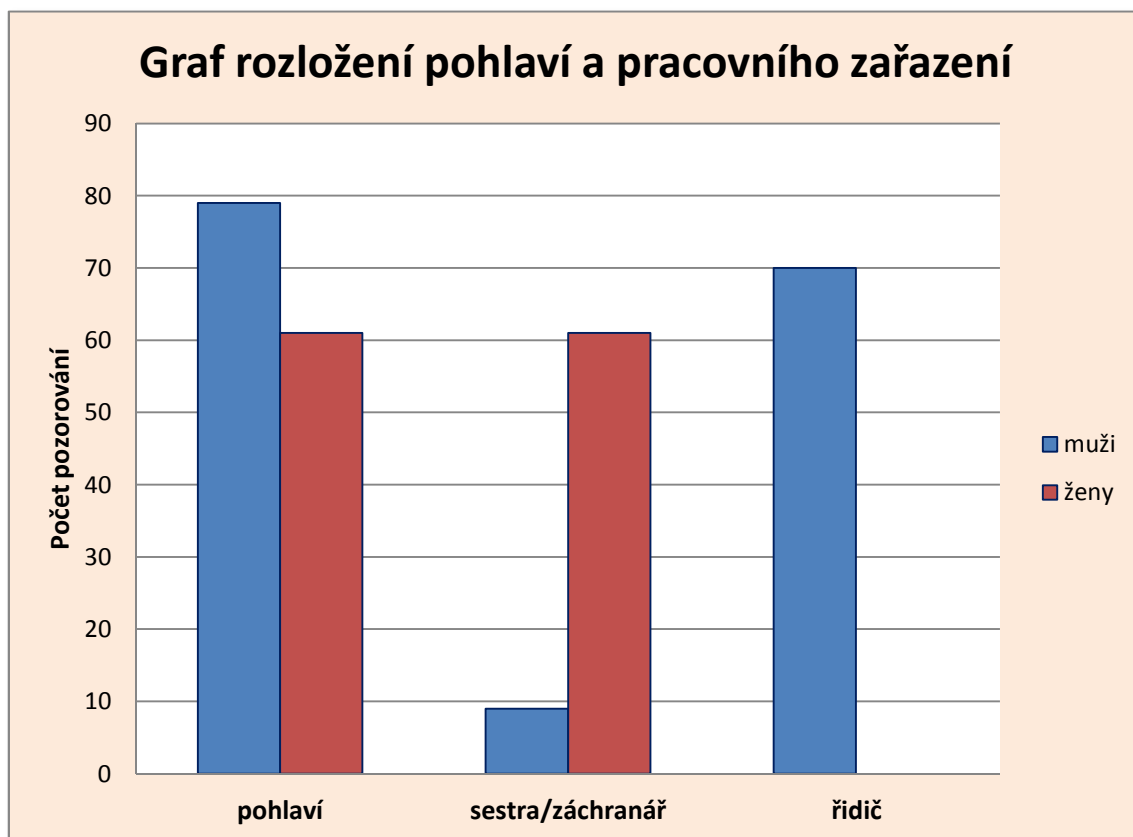
Graf č. 1 – Histogram věkového rozložení



Graf č. 2 – Histogram rozložení délky praxe



Graf č. 3 – graf rozložení pohlaví a pracovního zařazení



6.4.4. Organizace a průběh šetření

Pro potřeby výzkumné části bakalářské práce byly použity dva dotazníky, dotazník SVF – 78 a Burnout measure – BM. Tyto dotazníky byly distribuovány zaměstnancům na výjezdová stanoviště Zdravotnické záchranné služby Libereckého kraje prostřednictvím staničních sester jednotlivých stanovišť v průběhu měsíce října a listopadu 2011. Celkem bylo distribuováno 155 dotazníků. Návratnost činila 147 dotazníků což je 95%. Ze 147 dotazníků bylo 7 vyřazeno pro neúplnost vyplněných údajů.

6.4.5. Symbolika výsledkové části

Tabulka č. 3 – používané symboly ve výsledkové části

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

7. Výsledky výzkumu

7.1. Základní výsledky SVF – 78

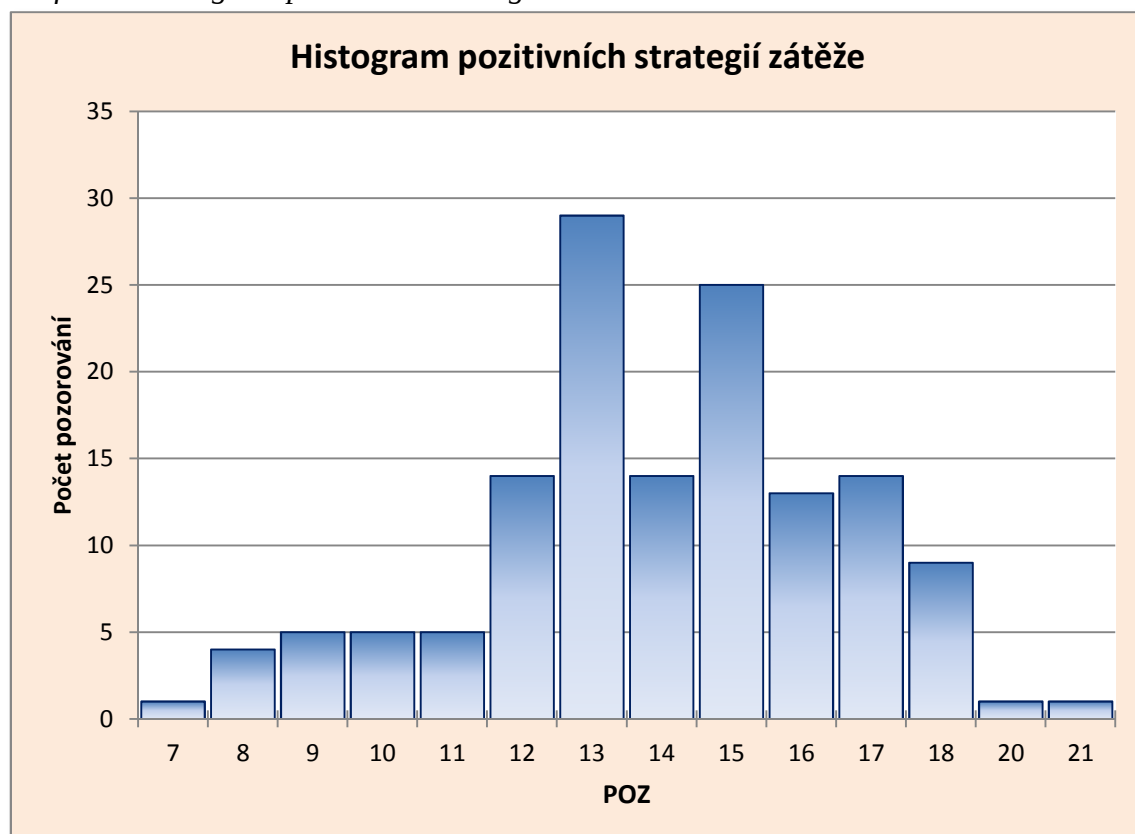
Při vyhodnocování dotazníku strategie zvládání stresu SVF – 78 byl kladen důraz především na pozitivní a negativní strategie zvládání.

Z výsledků vyplynulo, že pracovníci Zdravotnické záchranné služby Libereckého kraje ve větší míře preferují pozitivní strategie zvládání stresu oproti negativním.

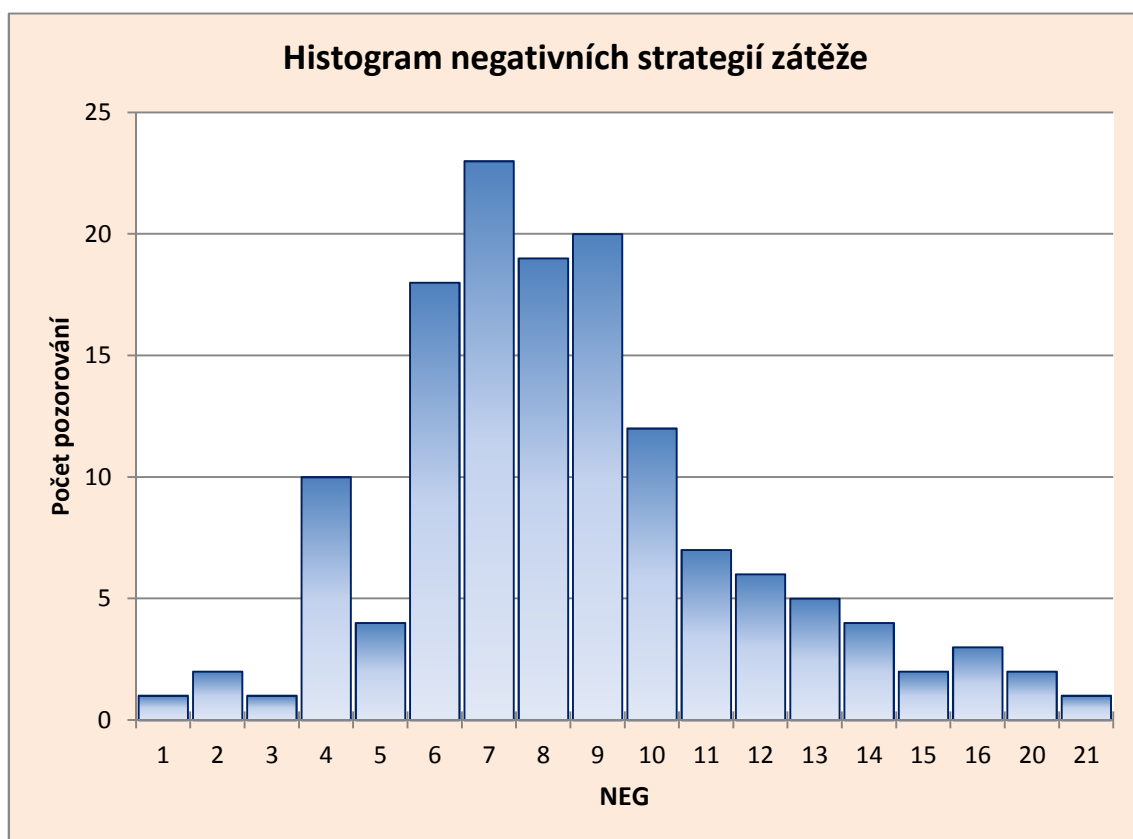
Tabulka č. 4 – Základní přehled výsledků SVF - 78

	N platných	Průměr	Minimum	Maximum	Sm. odchylka
POZ	140	14,38428	7,70000	21,90000	2,60498
NEG	140	8,95357	1,00000	21,50000	3,45797
POZ 1	140	12,80142	3,50000	22,50000	3,60846
POZ 2	140	13,13214	3,50000	22,00000	3,480991
POZ 3	140	16,49071	7,70000	23,70000	3,275808
PDH	140	12,97857	3,00000	24,00000	4,05974
ODV	140	12,63571	3,00000	24,00000	3,94058
ODK	140	14,46428	5,00000	24,00000	3,37236
NUS	140	11,75000	0,00000	23,00000	4,59453
KOS	140	15,85000	6,00000	24,00000	3,81010
KOR	140	16,77143	6,00000	24,00000	3,46481
PSI	140	16,80000	7,00000	24,00000	3,95878
PSO	140	13,28571	2,00000	24,00000	5,02838
VYH	140	14,50000	2,00000	27,00000	4,77090
ÚNT	140	9,135714	1,00000	22,00000	4,05751
PER	140	10,75000	0,00000	24,00000	4,89769
RZG	140	7,37857	0,00000	20,00000	3,90253
SEB	140	8,57857	2,00000	24,00000	3,64833

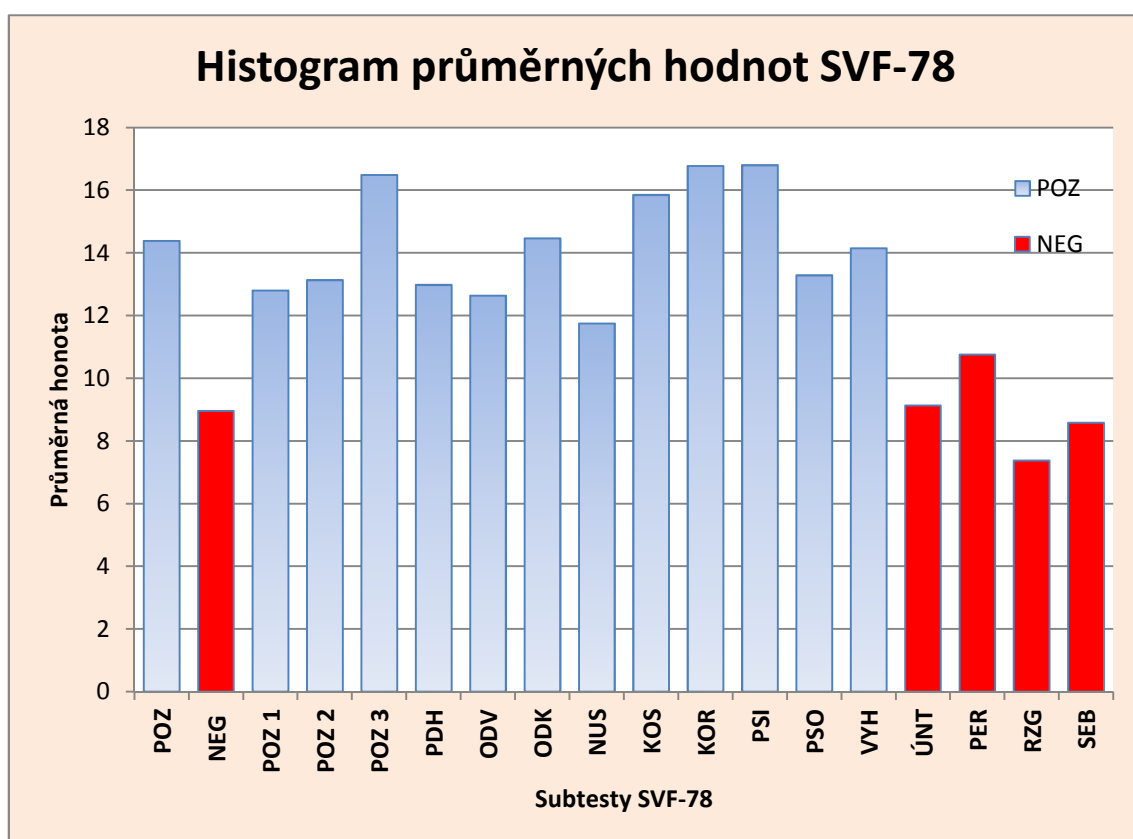
Graf č. 4 – histogram pozitivních strategií zátěže



Graf č. 5 – histogram negativních strategií zátěže

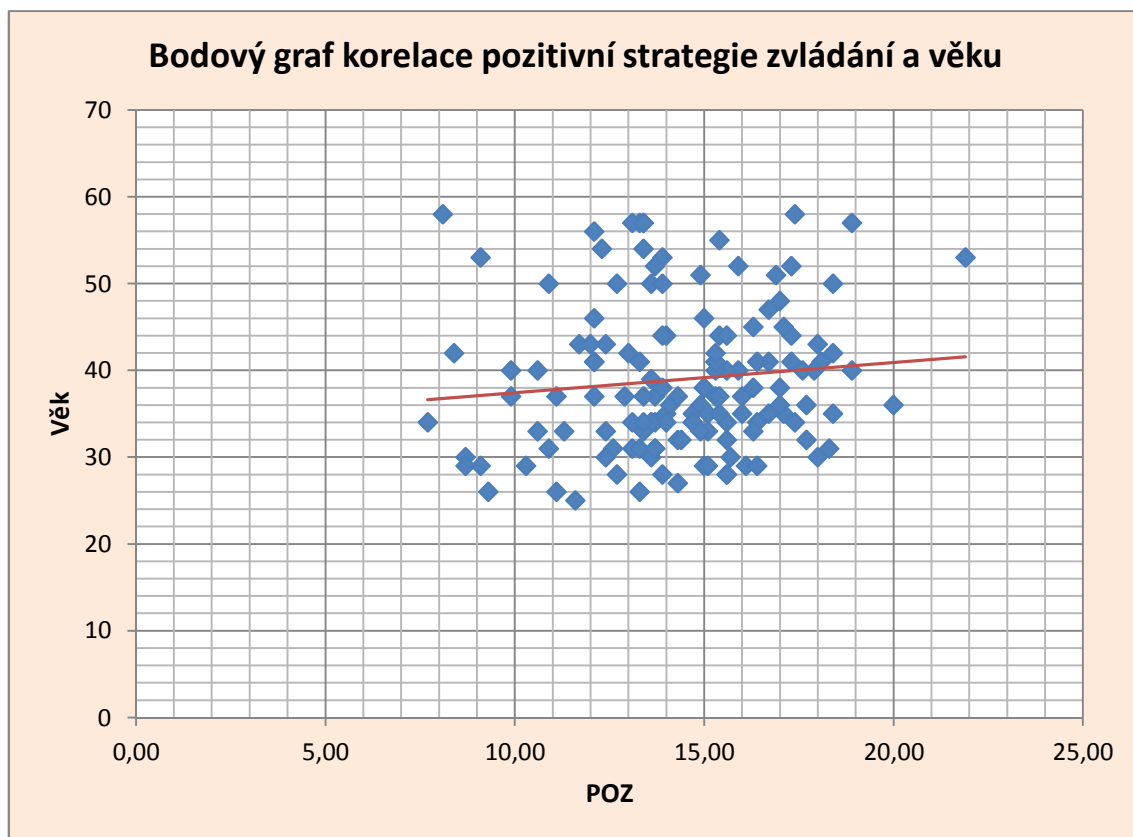


Graf č. 6 – histogram průměrných hodnot subtestů SVF - 78



7.2. Korelace mezi výsledky dotazníku SVF – 78 a věkem

Graf č. 7 – Bodový graf korelace pozitivní strategie zvládání a věku



Tabulka č. 5 – Korelace pozitivní strategie zvládání SVF – 78 a věkem

	POZ
Věk	0,108493

Korelací skóre SVF- 78 pozitivní strategie zvládání stresu a seniority bylo zjištěno, že na hladině významnosti $\alpha=0,05$ neexistuje statisticky významný vztah mezi zvyšujícím se věkem a vyšší mírou preference pozitivní strategie zvládání stresu.

7.3. Základní výsledky Burnout Measure – BM

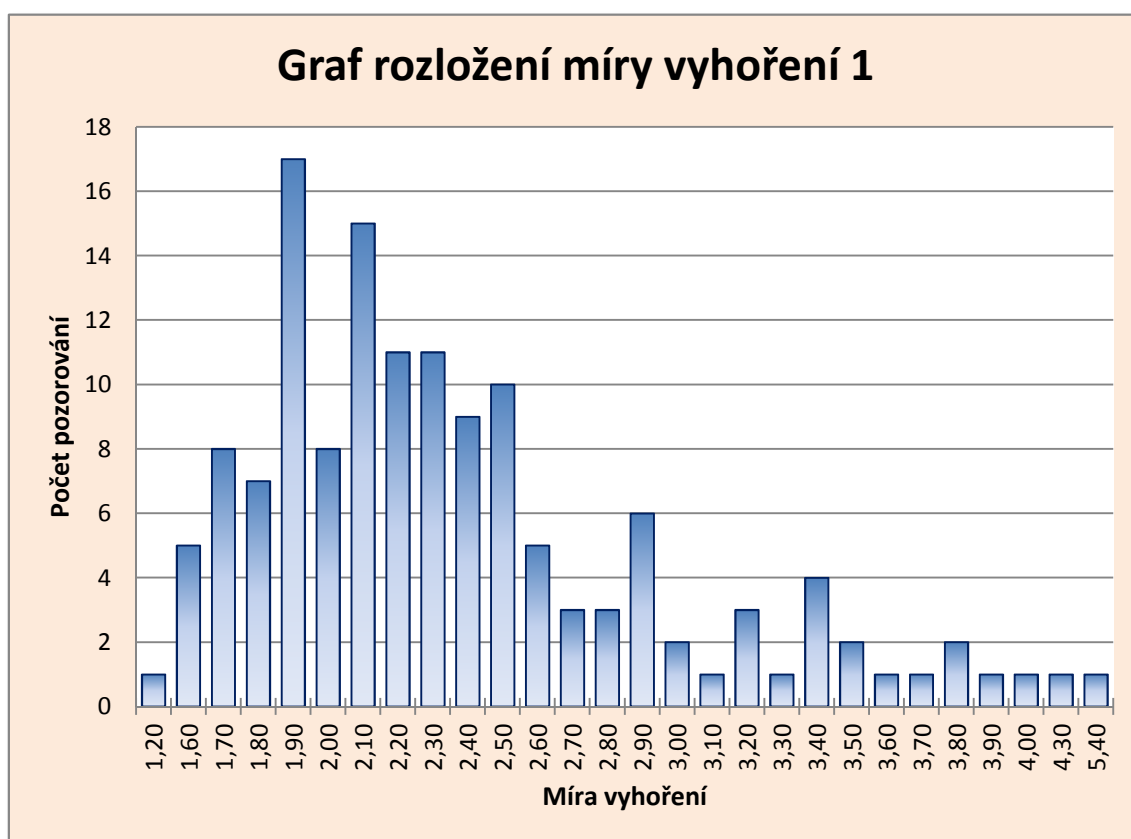
Výsledky šetření, při kterém byl použit dotazník Burnout Measure – BM určuje míru vyhoření ve zkoumaném souboru. Výsledek BM, který dosahuje hladiny do 3 je považován za uspokojivý výsledek z hlediska psychologie zdraví. Výsledek Od 3 do 4 znamená potencionální ohrožení jedinců vyhořením. BM větší než 5 je závažný signál, který značí rozvinuté vyhoření.

Z výsledků vyplývá, že 85% oslovených respondentů se pohybuje v rozmezí, kdy je riziko vyhoření nejmenší. Pouhá 2% respondentů vykazují vysokou míru vyhoření. Tento výsledek můžeme považovat za více než uspokojivý.

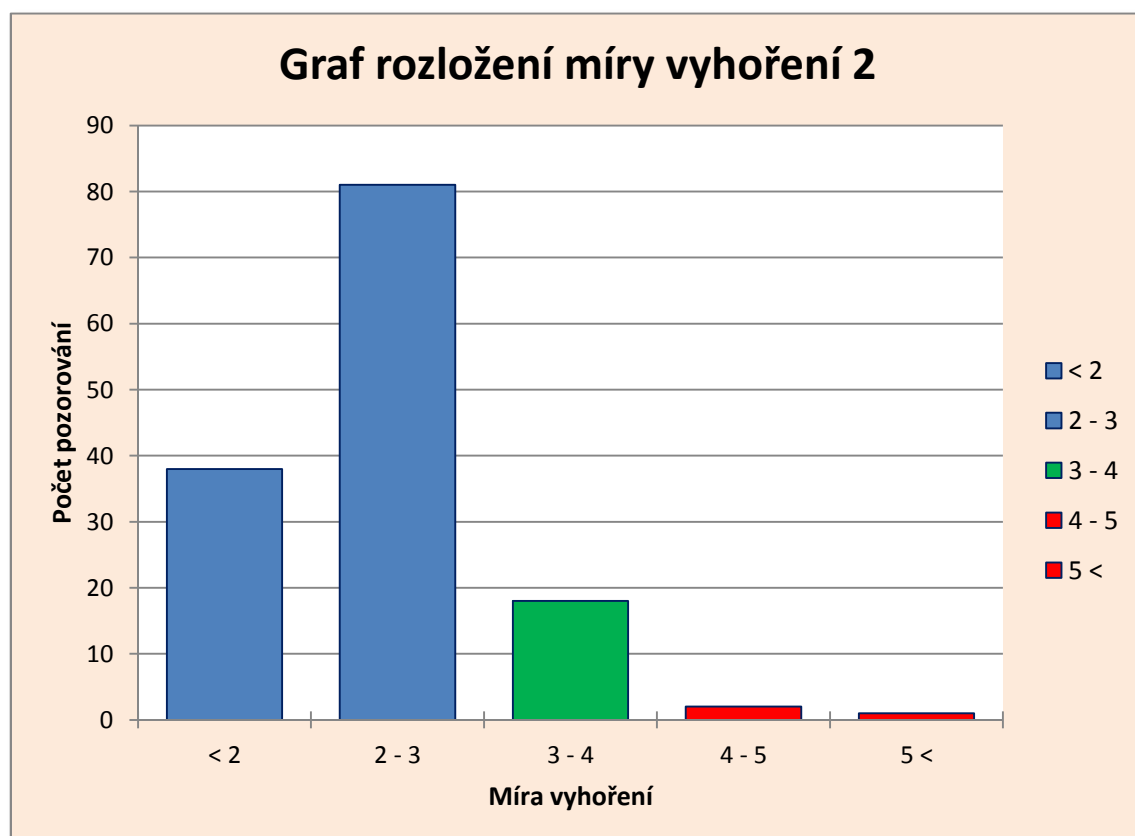
Tabulka č. 6 – Přehled výsledků Burnout Measure - BM

Míra vyhoření					
BM	< 2	2 - 3	3 - 4	4 - 5	5 <
Četnost	38	81	18	2	1
Četnost v %	27	58	13	1	1

Graf č. 8 – graf rozložení míry vyhoření 1



Graf č. 9 – graf rozložení míry vyhoření 2



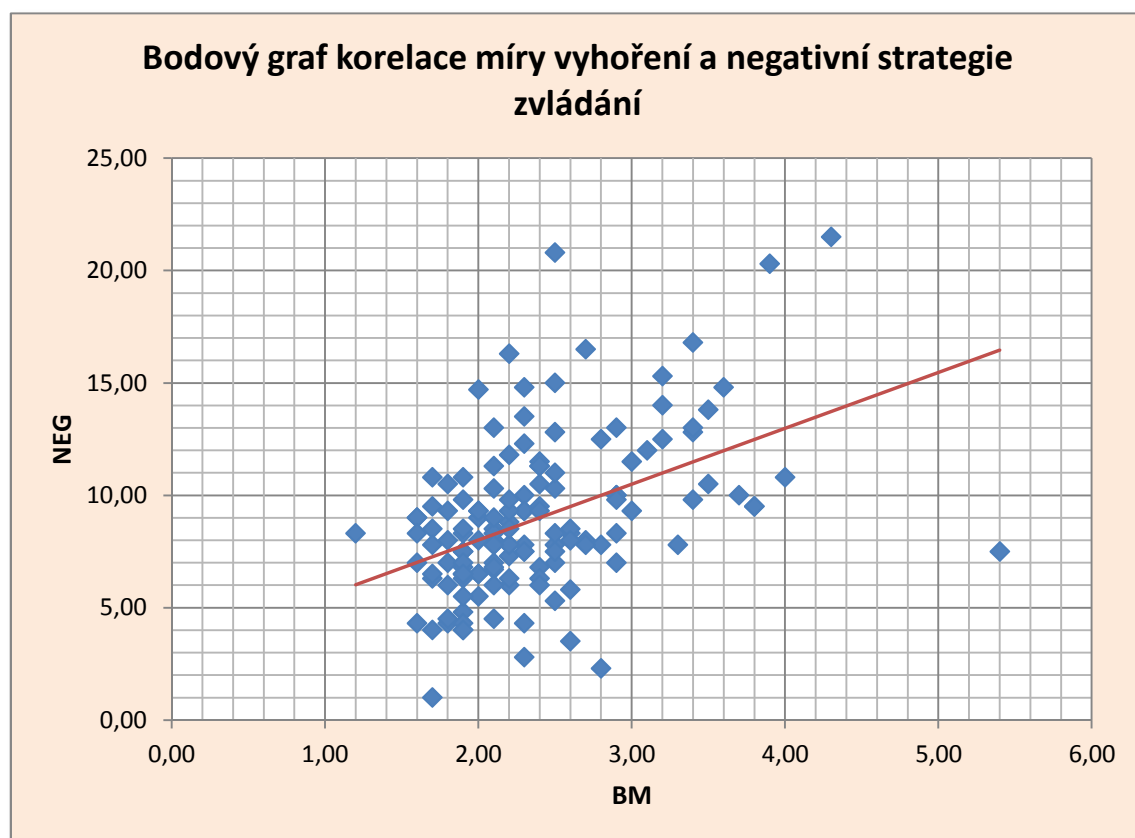
7.4. Korelace mezi výsledky dotazníku SVF – 78 a Burnout Measure – BM

Tabulka č. 7 – Korelace výsledků SVF – 78 a BM

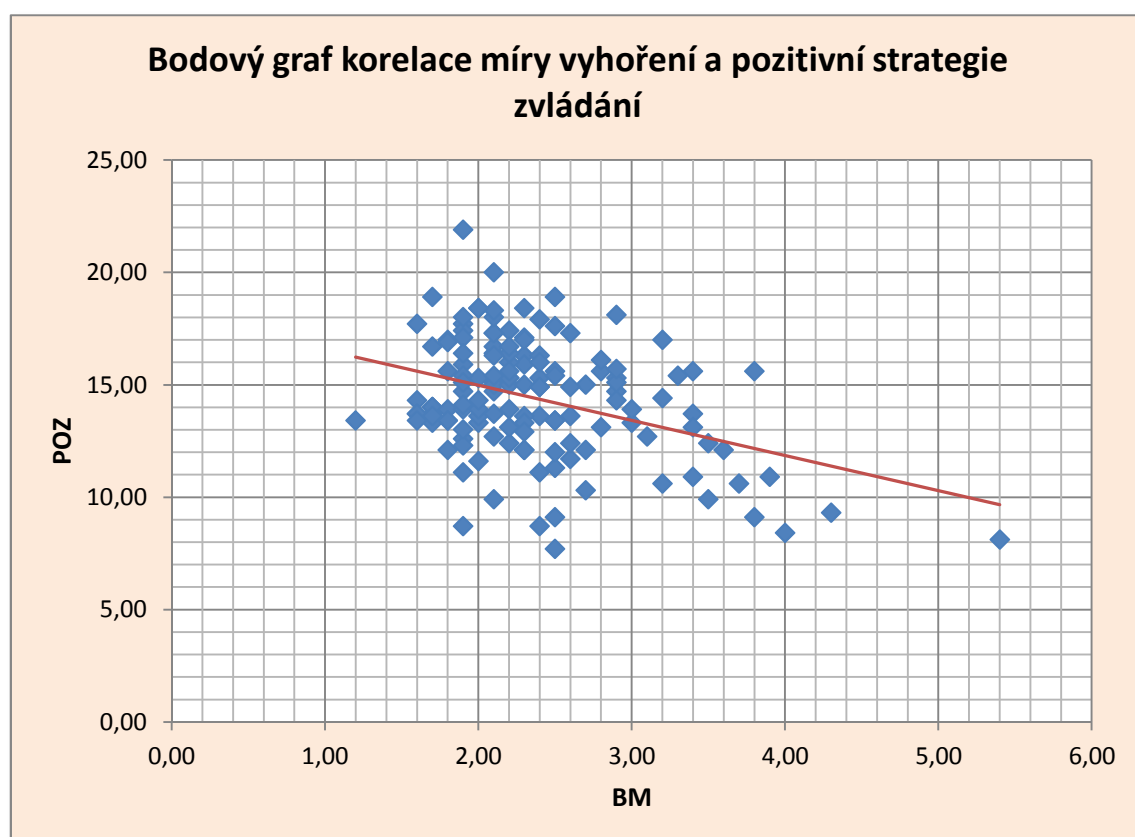
	BM
NEG	0,455660
POZ	-0,380407

Obě korelace jsou statisticky významné na 1% hladině, což značí, že existuje statisticky významný vztah mezi uplatňováním pozitivních strategií zvládání stresu a mírou vyhoření. Významný korelační vztah na hladině významnosti $\alpha=0,01$ nám vyšel také mezi používáním negativních strategií zvládání stresu a mírou vyhoření. Bylo zjištěno, že s uplatňováním pozitivních strategií zvládání stresu se snižuje míra vyhoření. Naproti tomu, u respondentů, kteří preferují negativní strategie zvládání stresu, dochází ke zvyšování míry vyhoření.

Graf č. 10 – Bodový graf korelace míry vyhoření a negativní strategie zvládání stresu



Graf č. 11 – Bodový graf korelace míry vyhoření a pozitivní strategie zvládání stresu



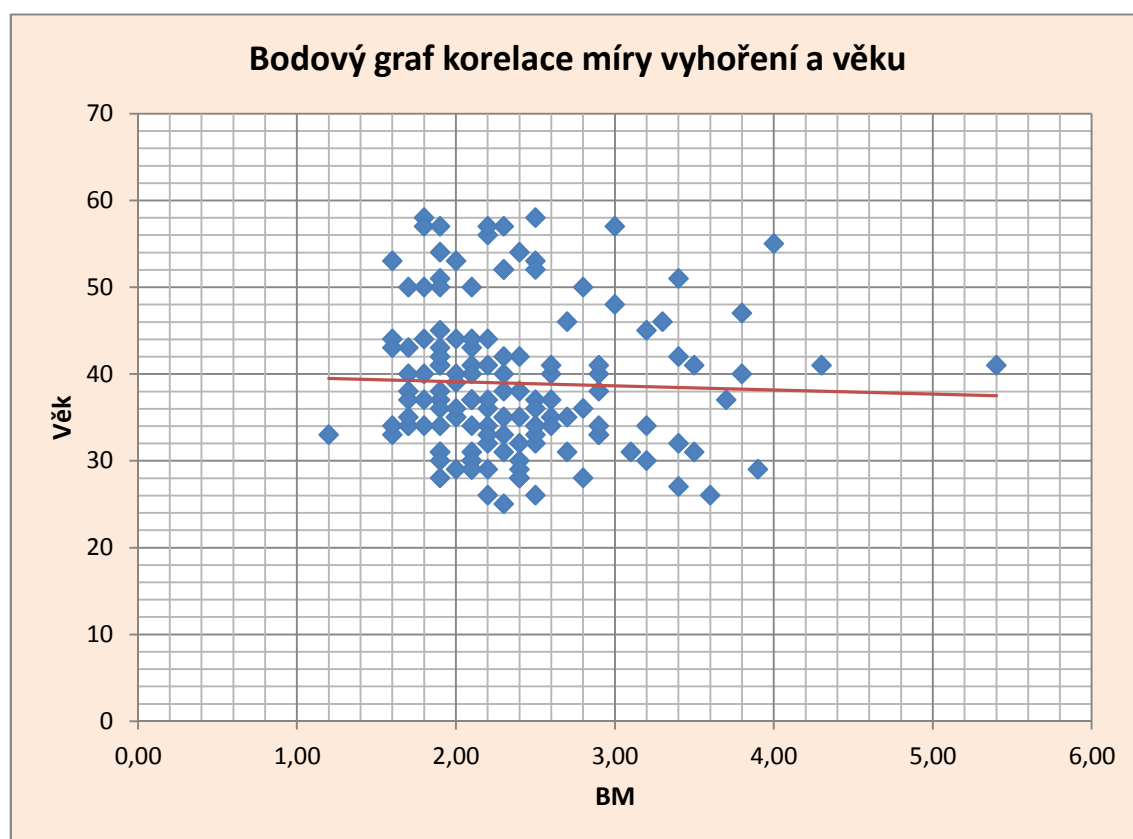
7.5. Korelace vybraných proměnných a výsledků Burnout Measure – BM

Tabulka č. 8 – Korelace vybraných proměnných a výsledků BM

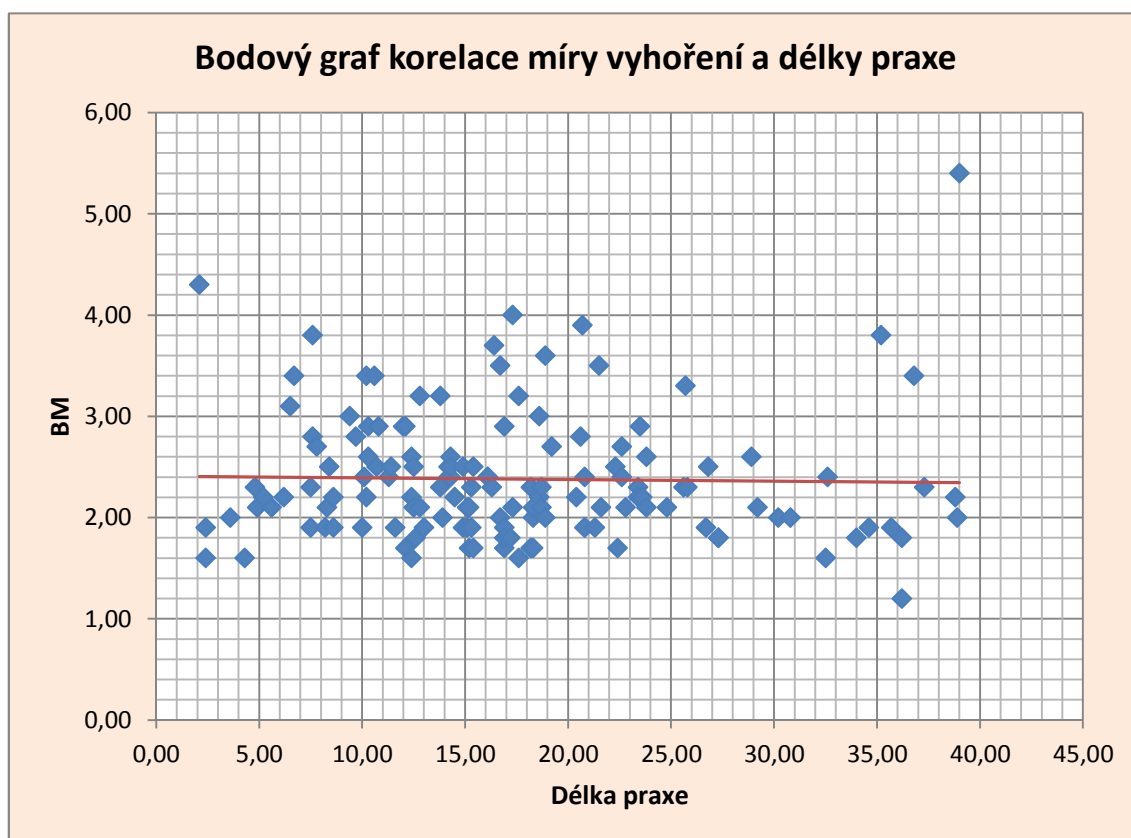
	BM
Věk	-0,030716
Délka praxe	-0,022584

Pomocí provedené korelační analýzy mezi mírou vyhoření a vybranými proměnnými (věkem a délkou praxe) jsme na hladině významnosti $\alpha=0,05$ nenalezli žádný statisticky významný vztah.

Graf č. 12 – Bodový graf korelace míry vyhoření a věku



Graf č. 13 – Bodový graf korelace míry vyhoření a délky praxe



7.6. Studentův t – test pro určení rozdílu mezi muži a ženami ve skóre vyhoření

F – testem pro rozptyl bylo zjištěno, že $P < 0,01$ a zároveň $F > F_{\text{krit}}$, z čehož vyplývá, že mezi rozptyly sledovaných výběrů existuje signifikantní rozdíl. Dále byl použit t – test pro nerovnost rozptylů. Dle vypočtených výsledků je $|t\text{-stat}| < t_{\text{krit}}$ a tudíž mezi sledovanými soubory mužů a žen v závislosti na míře není signifikantní rozdíl.

Tabulka č. 9 – Dvouvýběrový t – test s nerovností rozptylů

	Ženy	Muži
Stř. hodnota	2,463934426	2,316455696
Rozptyl	0,556677596	0,278059072
Pozorování	61	79
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	103	
t Stat	1,311474091	
$P(T \leq t) (1)$	0,096306782	
t <i>krit</i> (1)	1,659782274	
$P(T \leq t) (2)$	0,192613565	
t krit (2)	1,98326409	

7.7. K platnosti hypotéz

H1: *Negativní strategie zvládání dle SVF 78 u zkoumaných osob vykazuje statisticky významnou korelaci s výsledky míry vyhoření.*

Tato hypotéza se potvrdila. Korelační koeficient dosahuje na hladině významnosti $\alpha=0,01$ hodnoty $r=0,455660$, z čehož vyplývá, že u zkoumaných osob existuje statisticky významný vztah mezi preferencí negativních strategií zvládání stresu a mírou vyhoření. U respondentů, kteří používají negativní strategie při zvládání stresu, dochází ke zvyšování míry vyhoření.

H2: *Se zvyšující se senioritou se statisticky významně zvyšuje míra vyhoření.*

Hypotéza H2 se nepotvrdila. Z výsledků vyplývá, že mezi zvyšující se senioritou a mírou vyhoření neexistuje signifikantně významný vztah. Korelační koeficient na hladině významnosti $\alpha=0,05$ dosahuje hodnoty $r= -0,030716$.

H3: *Se zvyšující se délkou praxe se statisticky významně zvyšuje míra vyhoření.*

Tato hypotéza se nepotvrdila. Mezi délkou praxe a mírou vyhoření neexistuje statisticky významný vztah. Korelační koeficient dosahuje na hladině významnosti $\alpha=0,05$ hodnoty $r= -0,022584$.

H4: *Skóre pozitivní strategie dle SVF 78 statisticky významně pozitivně souvisí se zvyšujícím se věkem.*

Tato hypotéza se nepotvrdila. Z korelačního koeficientu $r=0,108493$ na hladině významnosti $\alpha=0,05$ vyplývá, že neexistuje statisticky významný vztah mezi zvyšujícím se věkem a vyšší mírou preference pozitivní strategie zvládání stresu.

H5: *Průměrný skór míry vyhoření je statisticky významně vyšší u žen než u mužů.*

Hypotéza H5 se nepotvrdila. Pomocí Studentova t-testu pro nerovnost rozptylů bylo zjištěno, že míra vyhoření není statisticky významně vyšší u žen než u mužů.

8. Diskuze

V empirické části diplomové práce jsme se zaměřili na posouzení výsledků dvou dotazníků. Prvním z nich byl dotazník zkoumající strategii zvládání stresu SVF - 78 a druhý byl dotazník určující míru syndromu vyhoření Burnout Measure – BM. Z výsledků vyplývá, že pracovníci Zdravotnické záchranné služby Libereckého kraje dosahují nižších skóre v jednotlivých negativních strategiích zvládání stresu oproti většině pozitivním strategiím. Stejně tak mají nižší skóre i v celkové negativní strategii NEG oproti celkové pozitivní strategii POZ. Z toho můžeme usuzovat, že pracovníci Zdravotnické záchranné služby Libereckého kraje spíše používají pozitivní strategie ke zvládání stresu a náročných životních situací, které vedou k redukci stresu. Tyto výsledky potvrzují výsledky studie, kterou provedla M. Horáková (2009). V této studii bylo na výzkumném vzorku řidičů sanit zjištěno, že ve větší míře používají pozitivní strategie zvládání stresu nad strategie negativními.

Z výsledků dotazníku BM – Burnout Measure, který určuje míru vyhoření, jsme se dozvěděli, že ze zkoumaného souboru 140 respondentů se 85% pohybuje na hladině, kdy je riziko vyhoření nejmenší. 13% respondentů se pohybuje na rozmezí, které znamená potencionální ohrožení vyhořením. V tomto případě se jedincům doporučuje ujasnit si žebříček hodnot a zamyslet se nad smyslem svého povolání a života. Pouhá 2% respondentů se pohybují v rozmezí, kdy je již vyhoření přítomno. Celkové výsledky považujeme za velice uspokojivé. Můžeme říci, že pracovníci Zdravotnické záchranné služby se pohybují z 85% v rozmezí, kdy u nich nepozorujeme rozvoj syndromu vyhoření. Podobně se jeví výsledky u studie J. Šeblové (2005) kdy bylo zjištěno, že známky počínajícího nebo manifestního syndromu vyhoření má 17% respondentů.

V další části diplomové práce jsme se zaměřili na korelace mezi jednotlivými dimenzemi dotazníků a zkoumali jsme jejich vzájemný vztah s délkou praxe ve zdravotnictví a věkem respondentů. Výsledky ukázaly, že mezi pozitivní strategií zvládání stresu a věkem neexistuje statisticky významný vztah. Předpokládali jsme, že pracovníci Zdravotnické záchranné služby Libereckého kraje s vyšší délkou praxe ve zdravotnictví budou vykazovat vyšší míru syndromu vyhoření. Tento předpoklad se neprokázal. Bylo zjištěno, že mezi mírou vyhoření a délkou praxe nebo věkem neexistuje signifikantně významný vztah. Kebza (2003) považuje délku praxe a věk za neutrální faktory z hlediska rozvoje a vzniku syndromu vyhoření. Stejně tak Hosák a Hosáková (2005) v svém výzkumu profesionálního syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků zjistili, že věk

respondentů a počet odpracovaných let statisticky významně nekoreluje s mírou syndromu vyhoření.

V empirické části diplomové práce jsme se také zabývali vztahem mezi mírou vyhoření a negativní strategií zvládání stresu. Předpokládali jsme, že respondenti s vyšší mírou vyhoření preferují negativní strategie zvládání stresu před pozitivními. Tento předpoklad považujeme za potvrzený. Bylo zjištěno, že mezi mírou vyhoření a negativní strategií zvládání stresu existuje statisticky významný vztah. Pracovníci s vyšším skóre míry vyhoření v dotazníku Burnout Measure používají spíše negativní strategie zvládání stresu, které vedou k zesílení stresu. Také bylo zjištěno, že existuje signifikantně významný vztah mezi pozitivní strategií zvládání stresu a mírou vyhoření. Respondenti s nižší mírou vyhoření preferují pozitivní strategie ke zvládání stresu, které stres redukují a přispívají tak k nižší míře vyhoření.

Jako poslední jsme se zabývali rozdílem mezi muži a ženami v míře vyhoření. Nepotvrdila se hypotéza, že ženy vykazují vyšší míru vyhoření. Naproti tomu výzkum provedený J. Šeblovou (2005) ukázal, že u mužů bylo skóre syndromu vyhoření nepatrně vyšší u mužů než u žen. Kebza (2003) uvádí, že názor na vztah mezi syndromem vyhoření a pohlavím není jednotný. Vznik a rozvoj syndromu vyhoření ovlivňují jiné faktory, které nejsou závislé na pohlaví respondentů.

Bylo by zajímavé zjistit, jaké konkrétní strategie zvládání stresu pracovníci Záchrané služby Libereckého kraje používají. Zda je pro tuto skupinu typická určitá strategie zvládání stresu a do jaké míry se tyto strategie odlišují od normy.

Z dosažených výsledků vyplývá, že pracovníci Zdravotnické záchrané služby Libereckého kraje používají při zvládání stresu především pozitivní strategie zvládání stresu, které významně redukují stres. Dále bylo zjištěno, že 13% respondentů je ohrožen vznikem syndromu vyhoření a u 2% je syndrom vyhoření rozvinut. Vzniku a rozvoji syndromu vyhoření se dá předcházet na mnoha úrovních. V teoretické části práce jsme hovořili o otázkách organizace práce, vztahů na pracovišti a přístupu managementu. Dále by bylo výhodné zavést pro pracovníky zdravotnických záchraných služeb preventivní programy, které by upozornili na problém stresu a syndromu vyhoření, naučili pracovníky pozitivním technikám, jak stresové reakce rozpoznat a jak je zvládnout. Ze zkušeností z jiných krajů se jeví jako další možnost zavedení intervenčních programů po expozici kritickým událostem s cílem dobře tuto událost zpracovat a zabránit tak následné psychologické morbiditě.

9. Závěr

Úkolem diplomové práce bylo zjistit strategie zvládání stresu a míry vyhoření u pracovníků Zdravotnické záchranné služby Libereckého kraje. Tyto údaje jsme získali pomocí dotazníku SVF – 78, který mapuje strategie zvládání stresu a dotazníku Burnout Measure, který určuje míru vyhoření.

Z dotazníku SVF – 78 jsme zjistili, že pracovníci Zdravotnické záchranné služby Libereckého kraje mají vyšší tendence k používání pozitivních strategií zvládání stresu a těžkých životních situací oproti negativním.

Z dotazníku Burnout Measure můžeme usuzovat, že více jak $\frac{3}{4}$ respondentů se pohybuje v rozmezí, kdy je riziko vyhoření minimální. U 15% respondentů pozorujeme manifestní nebo rozvinutý syndrom vyhoření.

Dále jsme dali do vzájemného vztahu věk respondentů a délku jejich praxe ve zdravotnictví společně s mírou vyhoření, získanou z dotazníku Burnout Measure. Byl potvrzen fakt, že se věk a délka praxe v oboru považují za neutrální faktory vzhledem k míře vyhoření. Také jsme zjistili, že u respondentů neexistuje rozdíl mezi muži a ženami v míře vyhoření.

Výsledky výzkumu potvrdily hypotézu, že míra vyhoření souvisí s negativní strategií zvládání stresu. Zjistili jsme, že pracovníci Zdravotnické záchranné služby Libereckého kraje s vyšší mírou vyhoření ve větší míře používají negativní strategie zvládání stresu. Stejně tak pracovníci s nižší mírou vyhoření preferují ve větší míře pozitivní strategie zvládání stresu. Z výsledků je možné usuzovat, že právě preference určitých strategií zvládání stresu ovlivňuje míru vyhoření.

Vzhledem k faktu, že ve Zdravotnické záchranné službě Libereckého kraje pracují na pozici řidič výhradně muži a na pozici sestra/záchranář cca z 85% ženy, nelze výsledky výzkumu zobecňovat na všechny záchranné služby v České Republice, především na čistě „mužské“ záchranné služby, jako je např. Zdravotnická záchranná služba Hlavního města Prahy.

10. Souhrn

Diplomová práce se zaměřuje na problematiku stresu, strategií zvládání stresu a syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků. První dvě kapitoly se zabývají stresem a zvládáním stresu. Jsou zde popsány různá pojetí stresu, od pojetí fyziologického, přes endokrinologické až po chápání stresu v dimenzích psychologických. Dále práce popisuje faktory, které stres způsobují, druhy stresu a stresové reakce, které se u lidí objevují. Každý jedinec reaguje na zátěžové situace jinak, volí jiné způsoby jak se vyrovnat se zátěží. Zároveň neexistuje obecně platná strategie, která by fungovala u všech lidí stejně. Následující kapitoly diplomové práce pojednávají o syndromu vyhoření, popisují definici vyhoření, základní příčiny vzniku vyhoření, příznaky a faktory ovlivňující syndrom vyhoření.

Čtvrtá kapitola se zabývá prevencí a terapií syndromu vyhoření. Prevence i terapie se často prolínají. V oblasti prevence se diplomová práce zaměřuje na dvě základní roviny ovlivnění syndromu vyhoření. První je rovina na osobnostní, která značí, co může pro sebe jedinec udělat sám. Druhá je rovina vnějších možností, jež zahrnuje zejména sociální oporu a úlohu zaměstnavatele v předcházení profesního vyhoření. Pro terapeutické řešení syndromu vyhoření se používá především psychoterapie.

V poslední kapitole teoretické části je nastíněna práce ve zdravotnické záchranné službě, její specifika, ekonomické, sociální i psychologické problémy. Zároveň jsou zde popsány specifické faktory, které ovlivňují rozvoj a vznik syndromu vyhoření u pracovníků zdravotnických záchranných služeb.

Empirická část diplomové práce je zaměřena na zmapování strategií zvládání stresu a těžkých životních situací a na míru vyhoření. Jako výzkumný soubor byl použit vzorek sedmdesáti záchranářů nebo zdravotních sester a sedmdesáti řidičů Zdravotnické záchranné služby Libereckého kraje. Pro sběr dat byly použity dva standardizované dotazníky, dotazník SVF – 78, který mapuje strategie zvládání stresu a dotazník Burnout Measure určující míru vyhoření. Jako statistické nástroje byla použita korelační analýza a Studentův t – test. Z výsledků dotazníku SVF – 78 vyplynulo, že respondenti preferují pozitivní strategie zvládání stresových situací, před negativními. Dále bylo zjištěno, že neexistuje statisticky významný vztah mezi pozitivní strategií zvládání stresu a věkem. Což znamená, že s rostoucí senioritou nedochází k vyšší preferenci pozitivních strategií zvládání stresu.

Z dotazníku Burnout Measure bylo zjištěno, že 85% respondentů se pohybuje v rozmezí, kdy je riziko vzniku a rozvoje syndromu vyhoření minimální. Výsledky míry vyhoření byly pomocí korelační analýzy dány do vztahu s věkem respondentů a s délkou jejich praxe. Z výsledků vyplývá, že mezi těmito dimenzemi neexistuje statisticky významný vztah, tedy může o věku a o délce praxe hovořit, jako o neutrálních faktorech vzhledem ke vzniku syndromu vyhoření.

Za statisticky významné nám vyšly korelace mezi pozitivní a negativní strategií zvládání stresu a mírou vyhoření. Respondenti s vyšší mírou vyhoření preferují negativní strategie zvládání stresu. Oproti tomu respondenti s nízkou mírou vyhoření používají především pozitivní strategie zvládání stresu, které vedou k redukci stresu.

Jako poslední byl srovnáván rozdíl mezi muži a ženami v míře vyhoření. Pomocí Studentova t – testu jsme dospěli k závěru, že mezi muži a ženami neexistuje signifikantně významný rozdíl v míře vyhoření.

Zajímavé by bylo detailnější prozkoumání jednotlivých strategií zvládání stresu. Zda pracovníci zdravotnických záchranných služeb upřednostňují konkrétní strategie, jak pozitivní tak negativní. Jestli mají na určité strategie zvládání stresu vliv faktory, jako jsou věk nebo pohlaví respondentů. Dále by bylo zajímavé pokusit se zamyslet nad důvody, proč záchranáři používají právě tyto strategie zvládání.

Seznam použitých zdrojů a literatury

1. Bartošíková, I. (2006). *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: NCONZO.
2. Baštecká, B., Goldman, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.
3. Baštecká, B. (Ed.). (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál.
4. Baštecká, B., (Ed.). (2009). *Psychologická encyklopedie – Aplikovaná psychologie*. Praha: Portál.
5. Horáková, M. (2009). Výzkum strategií zvládání stresu a jejich vztah k dalším charakteristikám u řidičů záchranné služby [elektronická verze]. *E-psychologie*. 3 (2), 10 – 21. dostupné na <http://e-psycholog.eu/pdf/horakova.pdf>
6. Hosák, L., Hosáková, J. (2005). Syndrom profesionálního vyhoření zdravotnických pracovníků. *Psychologie pro praxi*. 6 (4), 202 – 203.
7. Janáčková, L. (2008). *Základy zdravotnické psychologie*. Praha: Triton.
8. Jeklová, M., Reitmayerová, E. (2006). *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí.
9. Kallwas, A. (2007). *Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě*. Praha: Portál.
10. Kebza, V., Šolcová, I. (2003). *Syndrom vyhoření*. Praha: SZÚ.
11. Kopřiva, K. (2011). *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál.
12. Kraska-Lüdecke, K. (2007). *Nejlepší techniky proti stresu*. Praha: Grada.
13. Křivohlavý, J. (1998). *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada.
14. Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.
15. Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
16. Křivohlavý, J. (2010). *Sestra a stres*. Praha: Grada.
17. Nešpor, K. (2007). Prevence profesionálního stresu a syndromu vyhoření. *Medicína pro praxi*. 4 (9), 371 – 373.
18. Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada.
19. Plháková, A. (2007). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: ACADEMIA.
20. Ryba, A., Prchlík, I. (2008). [Pilotní projekt odboru krizové připravenosti MZČR – Syndrom vyhoření u pracovníků ZZS HMP - výzkum provedený mezi pracovníky ZZS HMP – ÚSZS v období 15. 9. 2008 do 15. 10. 2008]. nepublikovaná data.
21. Stock, Ch. (2010). *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada.
22. Šeblová, J., Kebza, V. (2005). Zátěž stres pracovníků záchranných služeb – výsledky první části studie. *Urgentní medicína*. 8 (1), 27 – 29.

23. Šeblová, J. (2007). Zátěž a stres pracovníků zdravotnických záchranných služeb. 112. 6 (3), 12 – 14.
24. Švancara, J. (2003). Strategie zvládání stresu. Praha: Testcentrum.
25. Venglářová, M., (Ed.). (2011). Sestry v nouzi. Praha: Grada.
26. Vodáčková, D., (Ed.). (2007). Krizová intervence. Praha: Portál.
27. Vymětal, Š. (2009). Krizová komunikace a komunikace rizika. Praha: Grada.
28. Zacharová, E. (2008). Syndrom vyhoření – riziko ohrožující zdravotnické pracovníky. Interní medicína. 10 (1), 41 – 42.

Přílohy diplomové práce

Příloha č. 1: Formulář zadání bakalářské diplomové práce

Příloha č. 2: Český abstrakt diplomové práce

Příloha č. 3: Anglický abstrakt diplomové práce

Příloha č. 4: Zdrojová data

Příloha č. 1: Formulář zadání bakalářské diplomové práce

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2010/2011

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

Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
ŠONOVÁ Lucie DiS.	Kosmonautů 361, Liberec - Kristiánov	109050

TÉMA ČESKY:

Syndrom vyhoření a zvládání stresu u pracovníků zdravotnické záchranné služby

NÁZEV ANGLICKY:

Burnout and coping strategies for Emergency workers

VEDOUCÍ PRÁCE:

Doc. PhDr. Zdeněk Vtípil, CSc. - PCH

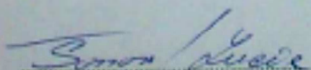
ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

Zvláštní zaměření: K obecným ekonomickým, sociálním a psychologickým problémům zdravotnické záchranné služby, Stres a copingové strategie, Syndrom vyhoření, podstatu, projevy, K psychologickému profilu pracovníků státní zdravotnické služby, empirie, literární údaje ke stresu a syndromu vyhoření. Cíle práce: a) Profil dimenze SVF 78 u souboru, b) Míra syndromu vyhoření, c) Sociodemografické proměnné (věk, délka praxe, pohlaví atd.) a jejich relace k proměnným SVF 78 a BM, d) Komparace proměnných SVF 78 a BM z hlediska intersexuálního, resp. z hlediska profese (a d) po dohodě s vedoucím práce). Metodika: SVF 78, dotazník BM. Zkoumaný soubor: 70 řidičů, 70 záchranářů. Statistika: Pears. korel. koeficient (event.Studentův t-test). Formální parametry: Norma Měrovský.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

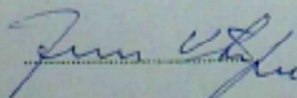
Výrost, J., Slaměník, J. (eds.) (2009). Sociální psychologie. Praha: Grada.
Arnold, J., Silvester, J. et al. (2007). Psychologie práce pro manažery a personalisty. Brno: Computer Press.
Stuchlíková, I. (2002). Základy psychologie emocí. Praha: Portál.
Hinton, J. (2009). Jak překonat stres. Praha: Svojtka.
Křivohlavý, J. (2009). Psychologie nemocí. Praha: Grada.
Vágnerová, M. (2010). Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál.
Hewstone, M., Stroebe, W. (2009). Sociální psychologie. Praha: Portál.
Kallwass, A. (2007). Syndrom vyhoření v práci a osobním životě. Praha: Portál.
Grohar, M.E., Diercke, H.R. (2004). Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče. Praha: Grada.
Časopisy: Psychologie pro praxi, Zdravotnické ročníky, Sestra, sezonní zdroje. Elektronické prameny.

Podpis studenta:



Datum: 

Podpis vedoucího práce:



Datum: 

Abstrakt diplomové práce

Název práce: Syndrom vyhoření a zvládání stresu u pracovníků zdravotnické záchranné služby

Autor práce: Lucie Šonová, DiS.

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

Počet stran a znaků: 63 stran, 99 908 znaků:

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 28

Cílem diplomové práce je zmapovat, strategie zvládání stresu a míru vyhoření u pracovníků zdravotnických záchranných služeb. Dále určit vztah těchto strategií a míry vyhoření k jiným proměnným (věk, délka praxe, pohlaví respondentů). Typem výzkumu byl zvolen kvantitativní výzkum. Pro sběr dat byly použity standardizované dotazníky SVF – 78 a dotazník Burnout Measure. Do výzkumu se zapojilo 140 pracovníků Zdravotnické záchranné služby Libereckého kraje, z toho 70 na pozici zdravotní sestra/záchranář a 70 na pozici řidič. Pro analýzu dat byl použit Studentův t – test a korelační analýza.

Výsledky ukazují souvislost mezi vyšší mírou vyhoření a používání negativních strategií zvládání stresu. Dále ukazují faktor věku, délky praxe a pohlaví jako neutrální k míře vyhoření, jedná se o faktory, které míru vyhoření neovlivňují.

V teoretické části práce vycházíme z teorií stresu, copingových strategií a syndromu vyhoření. Zabýváme se specifikací práce ve zdravotnické záchranné službě, jejími ekonomickými, sociálními a psychologickými problémy.

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

Abstract of the thesis

Title: Burnout and coping strategies for Emergency workers

Author: Lucie Šonová, DiS.

Supervisor: Doc. PhDr. Zdeněk Vtípil, CSc.

Number of pages and characters: 66, 99 908

Number of appendices: 4

Number of references: 28

The aim of the diploma thesis is to map strategies of stress management and volume of burnout syndrome at salvage and rescue service workers. Next step is determination of the relationship between these strategies, burnout syndrome volume and other parameters (age, length of service, sex of respondents). The chosen type of research is a quantitative research. To collect data standardized questionnaires SVF - 78 and a questionnaire Burnout Measure were used. There were 140 participants in the research, workers of the Salvage and Rescue Service of the Liberecký Region, from that 70 workers were in position of a nurse/rescuer and 70 drivers. To analyse data Student's t-test and correlation analysis were used.

The outcomes indicate a relationship between higher level of burnout syndrome and usage of negative strategies for stress management. They also indicate the age factor, length of service and sex of respondents as neutral in relation to the burnout syndrome volume; these factors do not affect the burnout syndrome volume.

In theoretical part we result from stress theories, coping strategies and burnout syndrome. We focus on specification of work in salvage and rescue service, on its economic, social and psychological problems

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

Příloha č. 4: Zdrojová data

P.č.	pohlaví	věk	vzdělání	profese	praxe	BM	POZ	NEG	POZ1	POZ2	POZ3
1	Ž	3	SS	sestra	23,8	2,1	17,3	6,7	17	15,5	18,7
2	Ž	2	SS	sestra	10,6	3,4	13,7	16,8	9	13,5	17
3	Ž	3	SS	sestra	16,9	2,9	18,1	13	18,5	20	16,7
4	Ž	1	VOŠ	sestra	3,6	2	11,6	14,7	7,5	11,5	14,3
5	Ž	2	SS	sestra	12,4	2,2	12,4	16,3	3,5	22	12
6	Ž	3	SS	sestra	16,9	1,9	15,9	6,8	16	14,5	16,7
7	Ž	3	SS	sestra	17,3	4	8,4	10,8	11,7	10,5	10,5
8	Ž	3	VOŠ	sestra	18,3	1,7	14	8,5	13,5	12,5	15,3
9	Ž	2	SS	sestra	10,2	3,4	10,9	9,8	7	9,5	14,3
10	Ž	2	SS	sestra	17,6	3,2	17	14	13,5	17,5	19
11	Ž	2	SS	sestra	17,6	1,6	17,7	7	15	14,5	21,7
12	Ž	4	SS	sestra	40,1	5,4	8,1	7,5	8,5	8,5	7,7
13	Ž	2	SŠ	sestra	10,2	2,2	13,1	11,8	10	13	15,3
14	Ž	1	VOŠ	sestra	2,4	1,9	11,1	6,3	10	8	14
15	Ž	2	SS	sestra	10,7	2,5	15,6	12,8	13	14,5	18
16	Ž	3	SS	sestra	21,5	3,5	12,4	10,5	10,5	7,5	17
17	Ž	1	VOŠ	sestra	7,6	3,8	15,6	9,5	9	17	19
18	M	2	VŠ	sestra	10,1	2,4	8,7	6,8	7,5	6	11,3
19	M	1	VŠ	sestra	7,5	1,9	8,7	4,8	7	3,5	13
20	M	2	VOŠ	sestra	12,8	2,1	15,1	8,5	14,5	13	17
21	M	2	VOŠ	sestra	12	2,9	14,7	10	11,5	12	18,7
22	M	2	VŠ	sestra	10,8	2,9	14,3	7	19,5	5,5	16,7
23	M	1	VOŠ	sestra	4,3	1,6	14,3	4,3	14	13	15,3
24	M	3	SS	sestra	12,5	2,5	7,7	5,3	6	8	8,7
25	Ž	3	SS	sestra	27,3	1,8	17	10,5	12	16,5	20,7
26	Ž	2	VOŠ	sestra	9,4	3	13,3	11,5	10,5	14,5	14,3
27	Ž	3	SS	sestra	12,4	1,6	13,7	9	16	12,5	13
28	Ž	2	SS	sestra	22,4	1,7	13,3	10,8	12	14,5	13,3
29	Ž	1	VOŠ	sestra	2,1	4,3	9,3	21,5	5,5	12	10
30	Ž	2	SS	sestra	14,2	2,5	11,3	7,8	8,5	10	14
31	M	1	SŠ	sestra	6,7	3,4	15,6	12,8	10,5	18,5	17
32	Ž	1	SS	sestra	11,3	2,4	13,6	10,5	14	12	14,3
33	Ž	2	SS	sestra	16,1	2,4	14,9	11,3	10,5	14,5	18
34	M	2	VŠ	sestra	10	1,9	12,6	6,5	13	12	12,7
35	Ž	2	VOŠ	sestra	12,5	2,1	16,4	11,3	16	16,5	16,7
36	Ž	4	SS	sestra	35,7	1,9	12,3	4	13,5	10	13
37	Ž	4	SS	sestra	34,6	1,9	21,9	9,8	22	20,5	22,7
38	Ž	3	SS	sestra	15,4	1,7	18,9	1	22,5	19,5	16
39	Ž	3	SS	sestra	25,8	2,3	17,1	4,3	16	13	20,7
40	Ž	2	VOŠ	sestra	18,2	1,7	13,7	4	14	9,5	16,3