



**ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE**

---

**Fakulta biomedicínského inženýrství**

**katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva**

**Účinky syndromu vyhoření na pracovníky  
integrovaného záchranného systému**

**The effects of burnout syndrome on emergency  
workers**

Diplomová práce

Studijní program: Ochrana obyvatelstva

Studijní obor: Civilní nouzové plánování

Vedoucí práce: doc. PhDr. Darina Brukkerová, Ph.D., MPH

**Bc. Denisa Charlotte Ralbovská**

---

**Kladno, květen 2016**

## Zadání diplomové práce

Student: **Bc. Denisa Charlotte Ralbovská**  
Studijní obor: Civilní nouzové plánování  
Téma: **Účinky syndromu vyhoření na pracovníky integrovaného záchranného systému**  
Téma anglicky: The effects of burnout syndrome on emergency workers

### Zásady pro vypracování:

Cílem diplomové práce bude přinést ucelený náhled na problematiku syndromu vyhoření a jeho vlivu na členy integrovaného záchranného systému. V teoretické části budou uvedeny a rozebrány základní informace a termíny k této problematice. Ve výzkumné části této práce bude provedeno průzkumné šetření pomocí anonymního nestandardizovaného dotazníku, v rámci kterého bude kritériem výběru respondentů příslušnost k IZS a minimální počet bude 80 respondentů. Následně bude provedena komparace námi dosažených výsledků s výsledky jiných autorů. Rovněž budou navrženy návrhy pro praxi v oblasti critical incident stress managementu.

### Seznam odborné literatury:

- [1] KALLWASS, Angelika, Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě, Portál, 2007, [z německého originálu přeložil Petr Babka], ISBN 9788073672997  
[2] KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I., zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu, Státní zdravotní ústav, 2003, ISBN 80-7071-231-7  
[3] HERMAN, Erik a Pavel DOUBEK, Deprese a stres: vliv nepříznivé životní události na rozvoj psychické poruchy, Maxdorf, 2008, ISBN 978-80-7345-157-8

Vedoucí: doc. PhDr. Darina Brukkerová, Ph.D., MPH

Zadání platné do: 20.08.2017

.....  
vedoucí katedry / pracoviště

.....  
děkan

V Kladně dne 18.11.2015

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci s názvem **Účinky syndromu vyhoření na pracovníky integrovaného záchranného systému** vypracovala samostatně a použila k tomu úplný výčet citací použitých pramenů, které uvádím v seznamu přiloženém k diplomové práci.

Nemám závažný důvod proti užití tohoto školního díla ve smyslu §60 Zákona č. 121/200 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon).

V Kladně dne 16.5. 2016

---

Bc. Denisa Charlotte Ralbovská

## **Poděkování**

Touto cestou bych ráda poděkovala mé vedoucí doc. PhDr. Darině Brukkerové, Ph.D., MPH. za cenné rady, které mi po celou dobu zpracování diplomové práce poskytovala, za její vstřícnost a trpělivost. Zároveň děkuji všem respondentům z řad příslušníků Hasičského záchranného sboru ČR, Policie ČR a zaměstnanců Zdravotnické záchranné služby za účast na dotazníkovém šetření.

## **ABSTRAKT**

Obsahem diplomové práce je problematika syndromu vyhoření u pracovníků IZS. Aktuálnost tématu vychází z náročnosti práce, zejména z psychické zátěže, která postihuje pracovníky. Teoretická část definuje syndrom vyhoření, jeho příznaky, fáze, příčiny vzniku a možnost prevence. Také se zabývá jinými psychickými stavy, které se často vyskytují u pracovníků, kteří se potýkají se stresem a zátěží. Na teoretickou část navazuje výzkumná část. Cílem diplomové práce je přinést ucelený náhled na problematiku syndromu vyhoření a členy IZS. Výzkum je vytvořený na základě vyplněných anonymních dotazníků, které byly distribuované mezi 288 respondenty. Získaná data jsou v empirické části zpracována ve formě tabulek a grafů. V diskuzi je provedena komparace námi zjištěných výsledků s výsledky jiných autorů. V závěru jsou shrnuty výsledky a cíle práce.

**Klíčová slova:** syndrom vyhoření, Integrovaný záchranný systém, zátěž, stres, copingové strategie

## **ABSTRACT**

The thesis deals with the issue of burnout among staff of the Integrated Rescue System. Topicality of this theme is based on the ambitiousness of work, especially psychological burden that affects workers. The theoretical part defines burnout, its symptoms, stages, causes and possible prevention. It also deals with other psychiatric conditions that often occur among workers who are struggling with stress and burden. The theoretical part is followed by the research part. The thesis aims to provide a comprehensive view on the issue of burnout and members of the Integrated Rescue System. Research is created on the basis of the completed anonymous questionnaires that were distributed among 288 respondents. The obtained data are processed in the empirical part in the form of tables and graphs. Discussion deals with the comparison of the results with the results of other authors. The conclusion summarizes the results and objectives of the thesis.

**Keywords:** burnout syndrom, Integrated Rescue System, burden, stress, coping strategies

	<b>Obsah</b>	
1	ÚVOD.....	9
2	SOUČASNÝ STAV .....	11
	2.1 Vymezení pojmu syndromu vyhoření.....	11
	2.2 Symptomy syndromu vyhoření.....	13
	2.3 Fáze symptomu vyhoření.....	14
	2.4 Syndrom vyhoření a jiné psychické stavy .....	16
	2.5 Příčiny vzniku syndromu vyhoření.....	17
	2.6 Vliv rodiny na syndrom vyhoření.....	21
	2.7 Prevence syndromu vyhoření.....	22
	2.8 Pomáhající profese a syndrom vyhoření.....	26
	2.9 Léčba syndromu vyhoření .....	27
3	CÍLE PRÁCE.....	30
4	METODIKA .....	31
	4.1 Popis výzkumného šetření .....	31
	4.2 Stanovení výzkumného vzorku.....	31
	4.3 Výzkumný nástroj.....	32
	4.4 Stanovené hypotézy .....	32
5	PREZENTACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU .....	34
	5.1 Vyhodnocení údajů z dotazníku .....	34
	5.2 Vyhodnocení cílů práce .....	46
	5.3 Vyhodnocení hypotéz .....	48
6	DISKUZE .....	52
7	ZÁVĚR .....	60
8	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	61
9	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	68
10	SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK.....	69

11	SEZNAM POUŽITÝCH GRAFŮ .....	70
12	SEZNAM PŘÍLOH.....	71



# 1 ÚVOD

*„Kdo nedělá nic pro druhé, nedělá nic pro sebe.“*

Johan Wolfgang von Goethe

Problematika syndromu vyhoření se stala za posledních 30 let jednou z nejsledovanějších a zabývají se jí psychologové, sociologové, pedagogové a další profese, které pracují s lidmi. Jedná se o závažný psychologicko-medicínský problém s dopadem na kvalitu života jedince a jeho pracovní výkon. Projevuje se zejména ztrátou energie, zájmu, ideálů, což následně vede k frustraci, stagnaci, apatii a neochotě jedince komunikovat s ostatními lidmi. Týká se téměř každé profese, při které dochází ke komunikaci a zvýšené interakci mezi lidmi. Mezi profese s vyšším výskytem syndromu vyhoření lze zařadit ty, které jsou charakteristické vysokou pracovní náročností, nárazovostí, intenzivním kontaktem s lidmi a často neadekvátním morálním a finančním ohodnocením. Profese v Integrovaném záchranném systému (dále jen IZS) se mezi tyto povolání určitě řadí a vzhledem k tomu, že jsou spojeny s vyšší mírou stresu, se tak dostávají do rizikové skupiny. Pokud se k tomu ještě přidá nedostatečná motivace, slabé finanční nebo materiální ohodnocení, či sociální nesouhlas, zvyšuje se míra každodenního tlaku na psychiku člověka.

Práce v IZS je pro pracovníky nejen zaměstnáním, ale i posláním. Při výkonu jejich povolání vznikají stresové situace, přetížení, náročné prožívání překážek při boji s utrpením a to vše tak může vést ke vzniku syndromu vyhoření. Také si jejich práce vyžaduje velkou soustředěnost, zodpovědnost, empatii a profesionální komunikační dovednosti.

Interakce a komunikace mezi lidmi se prolínají profesním životem pracovníka IZS. S tím jsou spojeny odborné, etické i emoční nároky na člověka. Práce s lidmi s sebou přináší zejména pracovní stres, který pokud není dobře zvládnán, může vést k rozvinutí syndromu vyhoření (burn-out syndromu).

V této diplomové práci se budeme zabývat výzkumem syndromu vyhoření, který může mít vliv na komunikaci mezi pracovníkem IZS a člověkem, kterému je odborná pomoc poskytována. Domníváme se, že je důležité věnovat se této problematice, protože ve všeobecnosti lze konstatovat, že syndrom vyhoření se stává fenoménem v moderní

společnosti. I přes velký výskyt tohoto syndromu mezi lidmi, máme poměrně málo teoretických i praktických vědomostí. Dále se v práci budeme zabývat pojmy jako stres, frustrace, únava či deprese. Cílem výzkumu je získat názory pracovníků IZS na syndrom vyhoření a zjistit, jak tento syndrom ovlivňuje jejich pracovní život. Práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. Závěrem budou v práci na základě výzkumu navrženy doporučení pro praxi.

Téma diplomové práce jsem si vybrala kvůli mému dlouhodobému zájmu o problematiku poskytování psychosociální pomoci druhým lidem a to v různorodé podobě. Poskytování tohoto druhu pomoci lze považovat za velmi záslužný, ale také náročný úkol, který vyžaduje vysoké nasazení jedince. To, co na jedné straně pomáhající dává, mu na druhé straně ubírá energii, zápal, osobní život a může vést až k vyhoření. Proto si myslím, že je nutné se této problematice věnovat a zejména klást důraz na prevenci syndromu vyhoření.

## 2 SOUČASNÝ STAV

### 2.1 Vymezení pojmu syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření se v odborné literatuře objevil poprvé v 70. letech minulého století. Průkopníkem v této oblasti byl americký psychiatr Heinrich Freudenberger, který poprvé ve své knize *Burn - out: The cost of High Achievement* upozornil na psychické a fyzické vyčerpání pracovníků, kteří se zabývali léčením těžce nemocných pacientů. Jednalo se o pracovníky, kteří do své práce vložili mnoho sil, a emočně je to zcela pohltilo (Minirth, 2011).

S popisem tohoto jevu se však setkává v literatuře od počátku lidstva. Již v Bibli najdeme odkaz na celkové vyhoření člověka, je popisováno jako „*marnost nad marnost, všechno je marnost.*“ Původně byl tento syndrom spojován zejména s jedinci, kteří byli závislí na omamných látkách a ztráceli zájem o život.

Již od sedmdesátých let 20. století se psychologové a lékaři zabývají stavy celkového, především pak psychického vyčerpání, jež se projevuje v oblasti poznávacích funkcí, motivace i emocí a jež zasahuje a ovlivňuje postoje, názory, ale i výkonnost a následně celé vzorce především profesionálního chování a jednání osob, u nichž došlo k iniciaci proměnných, ovlivňujících vznik a rozvoj tohoto syndromu. Tyto stavy se označují jako syndrom vyhoření, vypálení, též vyhaslosti, tj. vyčerpání („*burnout syndrome*“) (Kebza, Šolcová, 2003).

Slovo syndrom znamená souběh různých znaků, které tvoří určitý obraz, obraz určitého chorobného procesu (Schmidbauer, 2015).

Syndrom vyhoření je českým ekvivalentem anglického burn-out, což zle přeložit jako vyhořet, vyhasnout či vypálit. Název syndromu má tedy základ ve vizi vnitřního ohně, který je zdrojem síly a energie do života. Pokud je tento oheň příliš silný a je vydáno mnoho energie, může to vést ke spálení, až k úplnému vyhasnutí.

Původní silně hořící oheň, symbolizující v psychologické rovině vysokou motivaci, zájem, aktivitu a nasazení, přechází u člověka stíženého příznaky syndromu vyhoření do dohořívání a vyhaslosti: kde nic není, tj. kde již není materiál, který by živil hořící oheň, nemá již dál co hořet (Kebza, Šolcová, 2003).

„České slovo vyhoření je doslovný překlad anglického burnout – jako když dohoří lampa, ve které došel olej, nebo jako dům, který vyhořel“ (Schmidbauer, 2015, s. 217).

Křivohlavý (2012) uvádí, že: „*Syndrom vyhoření je formálně definován a subjektivně prožíván jako stav tělesného, citového (emocionálního) a duševního (mentálního) vyčerpání, způsobeného dlouhodobým pobýváním v situacích, které jsou emocionálně mimořádně náročné. Tato emocionální náročnost je nejčastěji nastolena spojením velkého očekávání s chronickými situačními stresy*“ (Křivohlavý, 2012, s. 58).

Autor Gabura (2005) popisuje syndrom vyhoření jako přirozené riziko a součást práce, kde poradce musí pozorovat, vnímat a přijímat celou škálu nejrůznějších pocitů klienta.

Jankovský (2003) uvádí, že syndrom vyhoření se projevuje celkovým vyčerpáním. Objevují se negativistické postoje k práci a životu. Postižený jedinec se dostává do bludného kruhu, kdy snadno přijímá unáhlená řešení a nepřiměřená rozhodnutí. Mezi řešení tohoto druhu patří sklony měnit přátele, zaměstnání, ale i životního partnera a popřípadě i opuštění vlastní rodiny. Dále uvádí, že syndrom vyhoření se projevuje také fyzickým, emocionálním a mentálním vyčerpáním, ale vše je v zásadě důsledkem chronické zátěže spojené s dlouhodobým nasazením pro jiné lidi. Můžeme proto říci, že se s ním setkáváme především u těch pracovníků, kteří ve svém zaměstnání přicházejí profesionálně do kontaktu s jinými lidmi. Týká se tedy zejména pomáhajících profesí.

Z hlediska behavioristického přístupu lze pojímat syndrom vyhoření jako tzv. „*naučenou bezmoc*“. Seligman (2003) uvádí, že naučenou bezmoc lze v chování člověka sledovat v podobě tří deficitů: motivačního (absence chutě angažovat se), kognitivního (neschopnost vidět souvislost mezi vlastními činy a následky) a emočního (úzkost ze situace, která je zdánlivě ohrožující a nekontrolovatelná).

S tvrzením, že syndrom vyhoření se projevuje fyzickým, emočním a mentálním vyčerpáním, se setkáváme u mnoha dalších autorů.

Jak uvádějí Kebza, Šolcová (2003), většina pojetí se shoduje alespoň v následujících bodech:

1. Jde především o psychický stav, prožitek vyčerpání.
2. Vyskytuje se zvl. u profesí, obsahujících jako podstatnou složku pracovní náplně práci s lidmi.
3. Tvoří jej řada symptomů především v oblasti psychické, částečně však též v oblasti fyzické a sociální.
4. Klíčovou složkou syndromu je zřejmě emoční exhausce, kognitivní vyčerpání a „opotřebení“ a často i celková únava.

5. Všechny hlavní složky tohoto syndromu rezultují z chronického stresu.

## 2.2 Symptomy syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření je provázen souborem konkrétních projevů, který lze sledovat v rovině psychické, fyzické, ale také v rovině mezilidských vztahů.

Jankovský (2003) popisuje projevy syndromu vyhoření takto:

- **Tělesné vyčerpání** – projevuje se celkovou únavou a celkovou slabostí. V důsledku toho jsou pracovníci trpící syndromem vyhoření náchylní k nejrůznějším onemocněním, ale také k úrazům a selháním. Trpí bolestmi hlavy, zad, celkovým vypětím a chronickou únavou spojenou s poruchami spánku (insomnií). Nemohou spát, neboť jsou přetíženi starostmi. Mívají též narušené stravovací návyky (nechutenství, anebo naopak kompenzace zátěže jídlem – tzv. „*stresové sádlo*“).
- **Emocionální vyčerpání** – převládá pocit beznaděje a bezmoci. Vše se zdá být až k „uzoufání“, neboť z této situace nelze nalézt žádné východisko. Převažuje podrážděnost, negativní ladění (až agresivita) vůči lidem i sobě samému. Tento stav může vést člověka až k myšlenkám na sebevraždu. Běžné úkony jej natolik vyčerpávají, že mu již nezbývá energie na nic jiného. Pro vyhoření je dále typická celková labilita.
- **Duševní (mentální) vyčerpání** – projevuje se negativními postoji k sobě, okolí a zejména k práci. Pro vyhořeného (nebo lépe řečeno vyhaslého, neboť je tak dána naděje pro návrat k normě, lze ho znova zapálit, což u vyhoření jako konečného stavu nelze) člověka je typické, že se z jeho práce postupně vytrácí lidský rozměr, dochází k tzv. dehumanizaci, což se projevuje nedostatkem lidskosti v interakci s okolním světem. Takové lidé se stále více uzavírají do sebe. Ostatní lidi, zejména však klienty a pacienty, o něž mají pečovat, vidí jako hlavní příčinu svých vlastních problémů. Trápí je myšlenky a představy s děsivým obsahem, které by u sebe běžně naprosto neočekávali.

K syndromu vyhoření nepatří případy, kdy je některý z uvedených příznaků způsobený psychiatrickým onemocněním, nedostatečnou kvalifikací pro danou práci (nekompetentností), rodinnými problémy přenesenými do práce nebo únavou z monotónní práce, protože ta není spojena s pocitem neschopnosti (Křivohlavý, 2010).

Dále se symptomy vyhoření projevují také v oblasti verbální a neverbální komunikace. Pod vlivem výše uvedených symptomů syndromu vyhoření nastávají

změny, které působí negativně, znehodnocují komunikaci a můžou na zasaženou osobu působit devalvačně.

Ve verbální komunikaci pozorujeme podstatně sníženou slovní produkci, zvýšené užívání stereotypních frází a klišé až úsečnost. U jedince můžeme pozorovat malou slovní zásobu a stylistickou tvořivost. Radikální snížení drobných mini dialogů a uzavírání se do sebe. Můžeme říci, že jedinec se začíná vyhýbat jakékoli komunikaci. Působí dojmem, že je zahloubený sám do sebe (Knezović, Ralbovská, 2009).

V oblasti neverbální komunikace se mohou objevit následující příznaky:

- Mimika je chladná, nevýrazná a stává se strohou. Na tváři vystupuje kamenný vzhled.
- Řeč očí a pohledů prozrazuje nezáměr. Pracovník není schopen dívat se do očí a uhýbá pohledem.
- Gesta jsou omezeny na nejzákladnější společenskou normu.
- V posturice převládá strnulost.
- Kinetika vykazuje zmenšenou činnost a snížený počet pohybů, z nichž je cítit nezáměr. Zároveň jsou pohyby strulé a nepřirozené. (Morovicsová, 2004).

Neverbální devalvační projevy v komunikaci obvykle zraňují více než mluvené slovo. Přítomnost těchto projevů v chování při kontaktu se zasaženou osobou mohou vést k srororigénii, což znamená poškození zasažené osoby pracovníkem IZS.

## 2.3 Fáze symptomu vyhoření

Nejkomplexněji popsal procesu syndromu vyhoření Alfred Laengle a zároveň rozdělil tento průběh do následujících fází:

- **První fáze** je situace, kdy se člověk pro něco nadchnul. Je pevně orientovaný na stanovený cíl, chce ho dosáhnout. Jeho život je smysluplný, má pro co žít. Práce dala jedinci smysl, protože právě ona umožňuje dosáhnout vytoužený cíl člověka. Člověk svou práci vykonává v silném nasazení, protože má odůvodnění, proč je důležité svou práci vykonávat.
- V **druhé fázi** se z prostředku stává cíl, užitečná hodnota. Ten, kdo nejdříve pracoval, protože měl před sebou vytyčený cíl, ideál, nyní pracuje kvůli žádoucímu sekundárnímu produktu, například penězům, které za práci dostává. Z toho tedy vyplývá, že člověk už

nevykonává práci jako smysl svého života, ale proto, že mu něco přináší. Už není tím, kterým chtěl být. Dochází k tomu, co se často označuje termínem odcizení. To je předstupněm existencionálního vaku, prázdnoty. Základní motivace je frustrovaná. Namísto smysluplných cílů nastupují jen zdánlivé cíle. Nadšení vyhasíná. „Je to život bez života a vlastní život tím ztrácí cenu“.

- **Třetí fáze** se označuje jako život v popelu. Charakteristickými znaky jsou: ztráta úcty k druhým lidem, k hodnotě věcí, cílů a ztráta úcty k vlastnímu životu. Ztráta úcty k druhým lidem, k hodnotě věcí a cílů způsobuje, že člověk postižený tímto syndromem nahlíží na jedince jako na věci, jako na materiál. Živnou půdu tu nachází ironie, cynismus, sarkasmus, necitlivé schování a pod (Wintnerová, 2003).

Ztráta úcty k vlastnímu životu má za následek, že postižený si přestává vážít vlastního těla, ztrácí respekt k vlastnímu přesvědčení, nadšení. Chová se cynicky nejen vůči druhým, ale i vůči sobě samému. Pro člověka už nic nemá hodnotu, nic si neváží. Člověk ztrácí smysl života (Křivohlavý, 2010).

Autor Schmidbauer (2015) rozdělil syndrom vyhoření do následujících fází:

- **Počáteční fáze.** Jedním z prvních signálů syndromu vyhoření je nadměrná angažovanost. Postižené osoby pracují téměř neustále. Nepřipouští si negativní pocity. K normálnímu pracovnímu životu patří střídání práce a volného času, zatímco postižení lidé si idealizují práci jako cosi naprosto uspokojující a předstírají, že žádné zotavení nepotřebují. Jsou hyperaktivní, připadají si nepostradatelní, popírají své vlastní potřeby. Mají sklon ke snižování kolegů v pracovním kolektivu, aby vycházela najevo vlastní dokonalost. Mimořádně problematický je popíraný syndrom vyhoření tehdy, kdy postižený dostane řídicí funkci.

- **Fáze propuknutí.** Prvními varovnými signály jsou chronická únava a nechut' pouštět se do práce. Dalšími symptomy jsou nárůst distance vůči vlastním úkolům a vůči lidem, o které se má starat. Z konfliktů mezi zaměstnanci s právě kompenzovaným vyhořením a těmi, kteří již mají syndrom vyhoření manifestní, vyvstávají nejruznější podněty k lobbingu. V kolektivu se objevují obětní beránci. Urážením někoho, kdo pracuje hůř než já, mohu zachraňovat své narušené profesionální sebevědomí.

- **Fáze slábnutí výkonnosti.** Postižení se nedokážou koncentrovat a dopouštějí se stále více chyb a opomenutí z nepozornosti. Mizí jejich pracovní angažovanost i schopnost a ochota podávat výkony. Často dochází k onemocnění. Vzrůstá nebezpečí

zneužívání alkoholu a drog. Krize se prohlubuje, protože odpadají možnosti regenerace. Ztracené profesní sebevědomí poškozuje i soukromý život (Schmidbauer, 2015).

## 2.4 Syndrom vyhoření a jiné psychické stavy

- **Syndrom vyhoření a deprese.** Deprese se vyznačuje stísněnou náladou, zoufalstvím, úzkostí, strachem, pocit prázdnoty. Dochází ke zpomalení a útlumu psychických funkcí, anebo též k úzkostnému vystupňování neklidu. Deprese vede ke zhoršení koncentrace pozornosti s následnými poruchami paměti, k neproduktivnímu, bezcílnému a nutkavému přemýšlení, které může být odtrženo od reality a nabývat bludného charakteru. Pravidelně se vyskytují i tělesné příznaky jako poruchy spánku, ztráta chuti k jídlu, pocit tlaku v srdeční krajině, bolesti hlavy, břicha a žaludeční potíže (Vodáčková a kol., 2012).
- **Syndrom vyhoření a únava.** Únava je dalším negativním psychologickým zážitkem, který se vyskytuje při syndromu vyhoření. Má úzký vztah k tělesné námaze a je možné se z ní dostat odpočinkem, relaxací, a to při syndromu vyhoření není možné. Únava z fyzického zatížení je často pocíťována kladně, no při syndromu vyhoření tento zážitek chybí nebo je negativní. Únava z intelektuální práce je spojená s radostí z toho, co se nám podařilo udělat, ale při syndromu vyhoření je něčím negativním, tíživým, je spojena s pocitem selhání a marnosti (Křivohlavý, 2010).
- **Syndrom vyhoření a odcizení.** Odcizení je negativním emocionálním zážitkem, je druhem anomie, ztráty normální zákonitosti. Dochází k němu tam, kde lidé zažívají nedostatek nebo ztrátu přijatelných sociálních norem, které by mohly řadit jejich jednání a byly by měřítkem jejich životních hodnot. Pocit odcizení jsou přítomné i při syndromu vyhoření, v jeho posledním stadiu. Na začátku je situace opačná (Křivohlavý, 2010).
- **Syndrom vyhoření a stres.** „Z psychologického hlediska lze stres chápat jako stav nadměrného zatížení či ohrožení“ (Vágnerová, 2008, s. 50).

Jak uvádí Malý (2009): „více než 70% absencí v práci z důvodu pracovní neschopnosti je způsobeno nemocemi, které mají souvislost se stresem. Podle statistik



*EU je stres druhou nejčastější příčinou onemocnění související s prací po muskuloskeletálních onemocněních. Přetrvávající stres dlouhodobě negativně ovlivňuje výkon a zdraví pracovníka. Stresové faktory mohou být příčinou pracovních úrazů a selhání lidského činitele“ (Malý, 2009, s. 10).*

Stres nemusí působit vždy v negativním smyslu. Nadměrné stresogenní podněty ale mají za následek napětí, ztrátu koncentrace, ztrátu sebekontroly a postupné narušení osobnosti. Naopak nedostatečně intenzivní podněty vyúsťují do poklesu pozornosti, do nezájmu, apatie a ztráty smyslu pro hodnoty. Působení stresu závisí od typu osobnosti, respektive od její náchylnosti na stres (Wintnerová, 2003).

Do stresu se může dostat každý jedinec, ale syndrom vyhoření se objevuje pouze u lidí intenzivně zaujatých svou prací. Ti mají vysoké cíle, vysoké očekávání, výkonovou motivaci. Ten, kdo tuto vysokou motivaci nemá, může trpět stresem, ale ne syndromem vyhoření. Stres se může objevit při různých činnostech, ale syndrom vyhoření jen při těch činnostech, při kterých jedinec dochází do styku s jinými lidmi. Na druhé straně stres často přechází do syndromu vyhoření, ale ne každý stresový stav dospěje do fáze celkového vyčerpání. Kde je práce pro člověka smysluplná a překážky zvládnutelné, tam k syndromu vyhoření nedochází.

Jak uvádí Stock (2010) „*syndrom vyhoření bývá způsoben výhradně chronickým stresem a dlouhodobou disbilancí mezi zátěží a fází klidu, tedy mezi aktivitou a odpočinkem. Rovnováha mezi těmito dvěma póly bývá v případě tohoto syndromu zpravidla narušena“ (Stock, 2010, s. 12).*

Některé druhy stresu jsou nevyhnutelné a mohou být pozitivní a pracovníka vybudit. V pomáhajících profesích ovšem stresory vznikající při práci příliš často naše duševní a tělesné systémy vybudí k akci, avšak bez možnosti tuto energii v nějaké akci vybit. Stres, který zůstává v těle, se může projevit v podobě tělesných, psychických nebo emočních příznaků (Hawkins, Shoet, 2004).

## **2.5 Příčiny vzniku syndromu vyhoření**

Příčiny vzniku můžeme rozdělit na profesní, osobní nebo kombinaci obou uvedených. Osobní faktory můžou zahrnovat neasertivní chování v kontaktu s lidmi, nedostatek psychické odolnosti, zdravotní obtíže, nároky ze strany rodiny, nenaplněné osobní pracovní potřeby, neadekvátní sociální oporu a neschopnost zvládat různé situace (Jobánková a kol., 2002).

Pracovní faktory se týkají nedostatečné autonomie, pracovní výzvy a sociální opory v pracovním prostředí. Příčinou syndromu bývá i ztráta uspokojení z práce v povolání, kde není smysluplně vyvážená emocionální bilance nákladů a zisků. Dosáhnout uspokojení v povolání je možné prožíváním úspěchu, uznání, pocitem seberealizace a pocitem spolupatříčnosti k určité skupině (Haškovcová, 2000).

Jednou z dalších příčin rozvoje syndromu vyhoření může být bossing a mobbing na pracovišti. Jedná se o druh šikany, které se také jinak říká teror na pracovišti nebo psychoteror. Ralbovská a Knezovic (2010) uvádějí, že důsledky mobbingu pro postiženého mohou být psychické (deprese, poruchy koncentrace, suicidální myšlenky) a psychosomatické (bolesti hlavy, zad, onemocnění zažívacího traktu). Nejčastější formou je mobbing, šikana mezi stejně postavenými kolegy.

Jak uvádí Jobánková (2002) na vzniku syndromu vyhoření se podílejí následující faktory:

- **Míra svobody a kontroly** - jedinec není spokojený, pokud nemá skoro žádnou volnost rozhodování, ale také ani tehdy, pokud má svobody a volnost tolik, že neví jak s ní naložit. Podobné je to i s kontrolou. O svobodu jde tam, kde mluvíme o podmínkách tvořivého řešení úloh a o kontrolu se jedná tam, kde jde o zpětnou vazbu.
- **Autorita** - centralizace autority do rukou jednoho individua (všemocný/bezmocný), nebo naopak přílišné rozdělení autority. Patří sem i konflikty formální a osobní autority, tj. situace, kdy si pracovníci váží víc toho, kdo má přirozenou autoritu než toho, kdo autoritu oficiálně má.
- **Zodpovědnost** - její nadměrná míra, například při nedostatku prostředků potřebných na zodpovědnou realizaci úkolu.
- **Neplnění úkolů** - hlavně dlouhodobých, vede k vykryštalizování podmínek pro vznik syndromu vyhoření.
- **Očekávání** - syndrom vyhoření má zelenou tam, kde není přesně stanoveno, co se od koho očekává. Tam, kde jsou na vedoucích pozicích lidé s nedostatečnými schopnostmi vést a řídit. A také tam, kde jsou lidé schopní, ale nemají potřebné možnosti a prostředky k výkonu toho, co by chtěli dělat.
- **Sociální komunikace** - nedostatky horizontální a vertikální komunikace. Neinformovanost, respektive zlá informovanost vedení nebo podřízených, nedostatek skupinových hovorů o tom, co všechny trápí atd.
- **Nadměrné a nesmyslné požadavky kladené na lidi**

- **Organizační podmínky**

Zajímavý je vztah mezi naplněním smyslu života a vyhořením. Míra vyhoření, tzv. „*burn-out skóre*“, je nepřímo úměrná naplnění smyslu života. Lidé vykazující vysoké skóre vyhoření mají nízké naplnění smyslu života, a naopak čím mají lidé vyšší naplnění smyslu života, tím je u nich nižší skóre vyhoření (Jankovský, 2003).

Stále více se zdůrazňuje psychosociální infekčnost vyhoření, tedy jeho výskyt v určité firmě, organizaci, zatímco v jiné se stejným zaměřením se nemusí nalézt. Jeho výskyt může být signálem systémové chyby a nikoliv poruchou jednotlivce (Kebza, 2005).

Jankovský (2003) uvádí, že příčinou vyčerpání může být jakákoliv dlouhotrvající, resp. vleklá zátěž (fyzická, emociální, psychická), což ovšem neznamená, že by nemohlo dojít k naprostému vyčerpání člověka i na základě nějaké náhlé změny v jeho životě, např. jako důsledek aktuálního traumatu. Poměrně typickým příkladem vyčerpaného člověka je skutečnost, že u něj trvale převažují negativní aspekty nad pozitivními. Cítí se být v životě nedoceněným a zbytečným.

Podle Beckerovy koncepce duševního zdraví je riziko onemocnění vyjádřeno poměrem mezi rizikovými a protektivními faktory. K rizikovým faktorům patří životní tempo současné společnosti, v nových evropských zemích i transformační změny, související i s dříve neznámými finančními a ekonomickými krizemi. Kromě nároků profese a působení chronických stresorů sem patří i osobnostní charakteristiky – vulnerabilita jedince, negativní afektivita, nízká asertivita, původně vysoký perfekcionismus, neschopnost relaxace, neuroticismus, úzkostné, fobické a obsedantní povahové rysy, permanentně prožívaný časový tlak, externí lokalizace kontroly (tj. závislost na vnějším hodnocení), nízké nebo nestabilní sebepojetí a sebehodnocení a vyšší skóre životních událostí a chronicky působících drobnějších nepříjemností – „*daily hassels*“ (Kebza, Šolcová, 2003).

Autor Rush (2003) uvádí následující faktory, které přispívají k syndromu vyhoření:

- **Společnost** - jedná se zejména o soutěživý duch naší společnosti. V případě vysoce motivovaných lidí je soutěživost hnacím motorem k úspěchu. Ale také se může stát jedním z faktorů, které se budou podílet na vznik syndromu vyhoření.

- **Zaměstnání** - posun na profesním žebříčku – cílem lidí je šplhat na stále vyšší pozice. To s sebou přináší profesní boj. Když dojde k tomu, že se osoba probouje na „nejvyšší příčku“, často dojde ke vzniku vyčerpání.

- **Osobnostní a povahové rysy.**

Kebza a Šolcová (2003) ve své práci uvádějí tzv. rizikové faktory syndromu vyhoření:

- již samotný život v současné civilizované společnosti, s neustále rostoucím životním tempem a nároky na člověka
- příslušnost k profesi, obsahující profesionální práci (ale i pouze kontakt) s lidmi
- nutnost čelit chronickému stresu
- vysoké až nadměrné požadavky na výkon, nízká autonomie pracovní činnosti, monotonie práce
- původně vysoký pracovní entuziasmus, angažovanost, zaujetí pro věc
- chování typu A s důrazem na soutěživost a hostilitu
- původně vysoká empatie, obětavost, zájem o druhé
- původně střední až vysoká senzitivita
- nízká asertivita
- původně vysoký perfekcionismus, pedantství, odpovědnost
- neschopnost relaxace
- negativní afektivita, depresivní ladění
- úzkostné, fobické a obsedantní rysy
- vyšší skóre životních událostí a „*daily hassles*“
- permanentně prožívaný časový tlak („*rush out*“ a „*rush up*“ syndrom)
- vyšší habituální nastavení na fyzickou reaktivitu ve stresu s permanentně zvýšenou reaktivitou zvl. v oblasti kardiovaskulárního aparátu („*hot reactors*“)
- externí lokalizace kontroly
- nízké či nestabilní sebepojetí a sebehodnocení
- chronické přesvědčení o neadekvátním společenském uznání a ekonomickém hodnocení vykonávané profese
- stabilně prožívaný hněv (jako emoční stav), hostilita (jako osobnostní rys) a agrese
- chování, v němž dochází k behaviorální expresi obojího, tj. tzv. AHA syndrom („*Anger, Hostility, Aggression*“)

- syndrom „*hopelessness-helplessness*“ (prožitek bezmoci a beznaděje) a behaviorální ekvivalent,
- komplex „*giving up-given up*“, tj. komplex vzdání se vs. zanechání druhými

Kopřiva (2006) popisuje, že k vyhoření vedou tři cesty:

- **Ztráta ideálů** – na začátku cesty k vyhoření je nadšení, energie, která dodává životu impuls, člověk se upřímně těší na nové zaměstnání, je plný očekávání, ztotožňuje se s novými úkoly, pracuje přesčas, práce je pro něj zábavou, ale postupně dochází k těžkostem, cíle se vzdalují, mnohé se stávají nedosažitelnými, práce ztrácí smysl a velká zátěž napomáhá ke vzniku negativních myšlenek. Přetížení stále víc a víc vyčerpává a vede k vyhoření – povolání ztrácí smysl.
- **Workoholismus** – to je „*alcoholismus práce*“, nutková vnitřní potřeba hodně pracovat, přičemž při každé závislosti je dobrá rada drahá, ale naštěstí usilovná práce nevstupuje do mozkového metabolismu jako například alkohol nebo pervitin. Potřebné je práci omezit, zaměřit se i na jiné činnosti, které vedou k vnitřnímu naplnění, ale i spolupracovat s psychologem.
- **„Teror příležitostí“** – nejde o nutkání workoholika, ale o nedostatečný pořádek v životě, o horší kontakt s realitou, chybějící odhad, co bude stát kolik času a neschopnost odmítnout. Tato neschopnost slevit však vede po jistém čase k syndromu vyhoření.

## 2.6 Vliv rodiny na syndrom vyhoření

Rodina pracovníka IZS není druhem zaměstnání, patří však do ostře sledovaných oblastí studia syndromu vyhoření. V rodině – v životě manželů, rodičů, soužití příbuzných apod. – se setkáváme s projevy vyhoření velmi často. Manželé uzavírají nejen svatby, ale i dohodu o rozchodu a rozvodu. Příbuzní se nejen milují, ale i nenávidí. Mezi nejbližšími příbuznými není jen nejlepší vztah, ale i nejvíc vražd a samovražd. Míra spokojenosti s manželstvím a s rodinou je proměnlivá a tyto faktory taktéž vlívají na pracovníka, který je nemálo zatížen psychickou i fyzickou prací ve svém zaměstnání. Pokud pracovník pocítuje nespokojenost v rodině, má velmi blízko k syndromu vyhoření, který se přenesení i do jeho pracovní sféry (Buchancová, Vargová, 2001).

Jak uvádí Schreiber (2000) při stresovanosti prací se uplatňují i faktory soukromého života pracovníka:

- nemoc nebo úmrtí rodinného příslušníka,
- problémy v manželství nebo v rodině, stěhování,
- snížení dosavadní výkonnosti v souvislosti se stářím nebo nemocí.

## 2.7 Prevence syndromu vyhoření

Zcela mimořádný význam má prevence vyhoření. Pracovníci vystavení nebezpečí vyhoření musí dbát na svou psychohygienu. Je žádoucí, aby byli schopni a ochotni praktikovat pozitivní přeladění, jež jim umožní načerpat novou sílu. Nebezpečnou cestu naopak představuje negativní přeladění, tedy např. za pomoci psychotropních látek. U lidí s tendencemi k vyhoření se můžeme setkat s tzv. polymorfní toxikomanií – tedy se zneužíváním alkoholu, nikotinu, kofeinu, ale také některých léků, popřípadě tzv. měkkých drog (Jankovský, 2003).

Skutečnost, že v pomáhajících profesích se velmi často vyskytuje závislost na drogách, je někdy vysvětlována tím, že pro lékaře a ošetřující personál jsou opiáty a psychofarmaka snadno k dosažení. S tímto vysvětlením však nevystačíme, zvláště když uvážíme, že i závislost na alkoholu je v těchto profesích častější než u průměru obyvatelstva. Možná to spočívá spíše v tom, že již sama volba lékařského povolání se vyznačuje potřebou obrany (Schmidbauer, 2015).

Podle Notové a Páleníkové (2003) je důležité věnovat patřičnou pozornost systematické prevenci syndromu vyhoření. V opačném případě je velmi těžce postřehnutelné, kdy dojde k nastartování tohoto procesu, také díky tomu, že symptomy se u každého jednotlivce můžou projevovat různě. Aby byla prevence účinná, je potřebné k problému přistupovat a řešit jej v dvou rovinách, a to na úrovni jednotlivce a na úrovni organizace. Syndrom vyhoření je totiž osobnostním a současně organizačním problémem.

Na úrovni jednotlivce je potřebné zvýšit informovanost o zdraví a jeho ochraně, o problematice syndromu vyhoření a možnosti odborné pomoci. Dále je důležité prohlubování kvalitních a funkčních mezilidských vztahů, osvojení si efektivní komunikace a formulace cílů, které jsou dosažitelné.

Na úrovni organizace je jedním z nejdůležitějších činitelů sociální opora. Stejně důležitou roli hraje rovnováha mezi mírou zodpovědnosti a mírou pravomocí. Stres může zmírnit vyhovující pracovní prostředí, adekvátní finanční ohodnocení, morální a společenské ocenění, rekreační akce v mimopracovní době a reálné šance na služební postup.

Metody prevence vyhoření můžeme uplatňovat tehdy, pokud známe příčiny, které k syndromu vyhoření vedou. V souvislosti s vyhořením se jedná hlavně o vhodné začlenění odpočinku v rámci pracovního času a také schopnost účinně relaxovat mimo práce, naučit se pravidelně používat relaxační techniky. Odolnost zvyšují zájmy a záliby nesouvisící se zaměstnáním. Pozitivní význam má i vhodné fyzické cvičení (Morovicsová, 2004).

Nesmírně důležité je pro pracovníka IZS stanovit si reálné cíle. Tehdy může dosáhnout pocit života, který má smysl, co znamená, že práce, kterou vykonává, není v rozporu s jeho hodnotovým žebříčkem a orientací.

Účinným způsobem, jak eliminovat nebezpečí vyhoření, může být také pozitivní očekávání spočívající v přesvědčení, že naše práce má každý den smysl a že problémy jsou zde proto, abychom je řešili, neboť napomáhají našemu osobnímu růstu. Velmi záleží na tom, aby se člověk při výkonu pomáhajících profesí dokázal s danou problematikou identifikovat (být ochoten a schopen dát k dispozici též svou sféru prožívání), ale zároveň aby byl schopen užít tzv. reidentifikačních technik (tedy umět se od těchto problémů oprostit) (Jankovský, 2003).

Autorka Baštecká (2013) v odborné literatuře uvádí pojem „*dekontaminace stresu*“, který, dle jejího uvážení, lze použít pro tu část metod krizové intervence, která je určena v rámci odborné pomoci členům IZS a které slouží k prevenci syndromu vyhoření. Základní orientace této myšlenky vychází z modifikace metod debriefingu a defusingu, které řadíme do tzv. metod Critical Incident Stress Management (dále jen CISM).

CISM vytvořil autor Mitchell v sedmdesátých letech minulého století. Tento koncept zahrnuje výběr a vzdělávání členů IZS a následného vytváření týmů posttraumatické péče, tak aby byli schopni poskytnout odbornou péči na místě MU nejenom zasaženým osobám, ale i kolegům.

Samotné aktivity v rámci CIMS lze dle Hoskovcové (2009) rozdělit do následujících okruhů:

- **Prevence** – vzdělávání se v oblasti stresu, učení se novému životnímu stylu Být informován o stresu a o nebezpečí vzniku psychické traumatizace záchranářů.
- **Akutní stres a reakce na něj, druhy intervencí** (první psychická pomoc, demobilizace, defusing, debriefing).
- **Chronický stres a posttraumatická stresová porucha.**

**Critical Incident Stress Debriefing** (dále jen CISD) je specifická, 7fázová metoda, práce s malou homogenní skupinou. Společným znakem jednotlivých členů je setkání se silně traumatizující událostí. Tato metoda, řadící se do technik CISM podporuje úspěšné zvládnání krize. Jejím základní cílem je snížení psychické tísně a restaurování skupinové soudržnosti a výkonu jednotky, zmírnění dopadu traumatické události. Rovněž může posloužit k detekci členů skupiny, kteří vyžadují dodatečné podpůrné služby a profesionální péči (Mitchell, 2003).

Jednou z možností jak lze účinně předcházet syndromu vyhoření je poskytovat členům IZS psychologickou podporu a zároveň vzdělávat členy IZS v oblasti copingových strategií, pomocí kterých lze reagovat na zátěžové situace a úspěšně je řešit. Copingové strategie, což podle anglického slova *cope*, znamená, s něčím si poradit, něco zvládnout, či zdolat. Tyto strategie determinují jakým způsobem a formou se adaptujeme a přizpůsobujeme nárokům života. Většinou se výše zmíněné postupy odvíjejí od základních reakcí na stres, kterými jsou útek, nebo útok, či ochromení. Jsou primárně určeny na zajištění vlastního přežití. V oblasti fyziologických procesů jde o aktivaci vegetativního nervového systému, sympatiku, nebo parasympatiku, kdy podle aktivace jednoho z nich, dochází k maximálnímu vybuzení, nebo naopak útlumu organismu (Vágnerová, 2003).

Psychologická služba u Hasičského záchranného sboru ČR (dále jen HZS ČR) byla zřízena na základě poznatků, že povolání hasiče-záchranáře je z lékařského hlediska jednou z nejohroženějších profesí s extrémní fyzickou a psychickou zátěží. V roce 2002 byla krajským ředitelům HZS ČR uložena povinnost zřídit v jednotlivých krajích psychologická pracoviště. Psychologická služba HZS ČR se kromě jiných cílů snaží bojovat s představou veřejnosti i hasičů samotných, že následkům na duševním zdraví záchranáře není třeba věnovat zvláštní pozornost, respektive že by tyto následky měl každý dotčený člověk zvládnout sám (Sotolářová, 2005).

Problematické poskytování psychosociální pomoci se věnuje Typová činnost složek IZS číslo 12 z roku 2012, kde jsou jednotlivé součásti jasně vymezeny.



V jednotlivých krajích jsou krajskými řediteli jmenováni členové **Týmu postraumatické péče** (dále jen TPP), kteří pak poskytují příslušníkům HZS ČR pomoc nebo následnou péči po náročných zásazích. Pomoc je nabízena i v případě problémů v osobním životě.

Psychologická služba HZS ČR je tvořena třemi základními pilíři

- personální práci s hasiči,
- péči o hasiče
- péči o oběti MU

Dle Baštecké a kol (2013) do odborné péče o hasiče, policisty a další členy IZS v rámci poskytování psychosociálních služeb lze zařadit poskytování teoretických vědomostí o traumatech, jejich následcích na psychiku jedince, učení se správnému životnímu stylu a postojů, poskytování posttraumatické intervenční péče profesionálně připravenými odborníky a vycvičenými příslušníky z řad IZS k zmírnění či eliminaci pozásahového stresu.

Pro potřeby příslušníků Policie ČR (dále jen PČR) byla schválena **Posttraumatická intervenční péče** (dále jen PIP), která zahájila svoji činnost v roce 2001. Autorka Baštecká (2005) uvádí, že: „*Pozitivní ohlas a zkušenosti s řešením Twinning-Project CZ 98/IB/JH/02 Komplexní systém řízení lidských zdrojů pro Policii ČR, konkrétně z Modulu č. 10 - Posttraumatická intervenční péče o policisty v souvislosti s akcemi zvláštního nasazení a po traumatizujících zážitcích jednotlivých policistů, vedly k rozhodnutí vybudovat systém v rámci působnosti Ministerstva vnitra pro hasiče i další složky IZS*“ (Baštecká, 2013, s. 247). V rámci poskytování posttraumatické intervenční péče byly vytvořeny **Týmy posttraumatické intervenční péče** (dále jen TPP), přičemž jednotliví členové jsou připraveni poskytnout příslušníkům PČR specifické informace, odbornou podporu, účast na copingových strategiích. Odbornou pomoc poskytují i mimo rezort. V rámci poskytování odborné pomoci zachovávají maximální diskrétnost a anonymita.

Do systému odborné pomoci členům IZS řadíme i **Anonymní linku pomoci v krizi**, která je poskytována všem policistům, hasičům, zaměstnancům resortu Ministerstva vnitra ČR a jejich rodinným příslušníkům. Služba má podobu tísňového volání pro ty, kteří se pod vlivem mimořádné události obtížně racionálně rozhodují nebo vnímají tlak životních okolností. Linka byla zřízena na základě rozkazu policejního prezidenta č. 21/2009 ze dne 16. února 2009 o PIP a anonymní telefonní lince pomoci v

krizi. Třetí pilíř v rámci PIP tvoří **služby policejních psychologů**. Policejní psychologové poskytují odborné konzultace, psychologické poradenství, krizovou intervenci a psychoterapii.

Jak uvádí Vymětal (2010) „*smysl posttraumatické intervenční péči je v tom, že minimalizuje rizika, která jsou spojena s náročným výkonem policejní služby*“ (Vymětal, 2010, s. 11).

V rámci Zdravotnické záchranné služby (dále jen ZZS) začal být od roku 2010 budován v gesci Ministerstva zdravotnictví **Systém psychosociální intervenční služby** (dále jen SPIS). SPIS od 2. března 2012 patří pod Asociaci zdravotnických záchranných služeb. Odborně je zaštiťován Společností urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP. Jak uvádí Humpl a kol (2013) „*Systém má především preventivní charakter. Informuje, edukuje, napomáhá vytvoření odolnosti proti psychické zátěži, vede k pochopení a přijetí reakce na náročnou situaci, přispívá k normalizaci stresové reakce, seznamuje s vhodnými způsoby adaptace na stres a psychickou zátěž. Přináší ale také setkání a sdílení, což umožňuje rychlejší zpracování a uzavření nadlimitní situace, jíž zdravotník prošel*“ (Humpl a kol., 2013, s. 2).

Pro úspěšnější zvládnání dopadů nadlimitní psychické zátěže podpory zdravotnických pracovníků byl vytvořen program s názvem **Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům strategie zvládnání psychicky náročných profesních situací**, který organizuje a realizuje Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických povolání v Brně.

## **2.8 Pomáhající profese a syndrom vyhoření**

Syndrom vyhoření se vyskytuje zejména u pomáhajících profesí. Kopřiva (2006) uvádí, že: „*V těchto profesích je hlavním nástrojem pracovníka jeho osobnost*“ (Kopřiva, 2006, s. 14).

Všechny pomáhající profese nelze s úspěchem vykonávat, aniž by při tom nebyly respektovány určité etické zásady. Dalším neméně důležitým předpokladem k jejich výkonu je přirozeně také ochota k službě jiným. Z dějin lidstva je např. známo, že povolání kněze, lékaře a soudce byla považována prakticky ve všech kulturách za posvátná, a jejich výkon byl proto také vázán na složení slibu. Z toho pak ovšem vyplývá, že takováto povolání vyžadují ještě cosi navíc než jenom znalosti, zkušenosti a

dovednosti. Předpokládají totiž ryze charakteru, mravní čistotu a vědomí odpovědnosti vůči vyššímu mravnímu řádu (Halík, 1993).

Zvláštní duh syndromu vyhoření, který je typický pro pomáhající profese je kompenzované vyhoření. Autor Schmidbauer (2015) jej definuje následovně: *„Jsou to případy těch pracovníků, kteří skrývají, že vnitřně se povolání vzdali. Slouží podle předpisu a snaží se, aby jejich nedostatečná angažovanost nebyla nenápadná, příp. vymýšlejí různé výmluvy na její „ospravedlnění“ - vlastní nemoci, potíže s dětmi apod. V kolektivu, kde jsou na sebe lidé vzájemně odkázáni, je obzvláště těžké vyrovnat se s kompenzovaným vyhořením, které už se rozlezlo po defenzivním jádru kolektivu. Tím spíše, jestliže klienti nemohou zůstat mimo. Nechuť a defenzivní postoj kolegů působí i na ostatní členy týmu kolektivu a ti rovněž pozvolna ztrácejí zájem o práci. Když do takto vyhořelého týmu přidě nový pracovník, obzvláště je-li to začátečník v profesi, není zapracován, nýbrž snižován a urážen, neboť se nedokáže honem přizpůsobit rezignovanému a frustrovanému zacházení s klienty. Odolní, schopní a sebevědomí nováčci brzy zase odejdou a zůstávají ti, kteří nedokážou vzdorovat vyhořelé náladě kolektivu“* (Schmidbauer, 20015, s. 221).

Vycházíme-li z předpokladu, že výkon povolání u členů IZS vyžaduje nutnou dávku spolupráce při řešení mimořádných událostí a krizových situacích, pak kompenzované vyhoření představuje vysoce rizikový faktor.

## 2.9 Léčba syndromu vyhoření

Autor Jankovský (2003) upozorňuje na rozdíl mezi pojmy vyhořelý a vyhasnutý, doslova píše, že: *„Vyhaslý, protože existuje naděje pro návrat, lze ho znovu zapálit, což u vyhoření jako konečného stavu už nelze“* (Jankovský, 2003, s. 159).

Vyhořelý člověk se často uchyluje k odchodu ze zaměstnání, pokud u sebe pociťuje příznaky syndromu vyhoření. To, že opustí stresující prostředí, pro něj může na nějakou dobu představovat uvolnění napětí, ale ze zpětného hlediska si to poté může vyčítat jako životní prohru nebo vlastní selhání. Jako další řešení se jeví odchod na vyšší funkci v rámci oboru, ale v tomto případě se může stát, že si vyhořelý přinese s sebou skepsi a negativní postoje, čímž může ovlivnit své podřízené.

Syndrom vyhoření se však nejeví pouze jako negativní jev, pokud se vyhořelý se syndromem vyrovná a přijme fakt, že je tuto situaci potřebné řešit. Nástup jisté osobní

krize může jedince vést k zamyšlení a přehodnocení dosavadních priorit, může ho vést k osobnímu růstu a k nalezení jiné, pro něj schůdnější cesty profesním i osobním životem. Tato „osobní bouře“ tak může pročistit vzduch a jedinec z ní odchází silnější než před nástupem krize.

Další variantou léčby syndromu je sdílení problému s kolegy ze stejného, popřípadě jiného pracoviště. Často dochází k tomu, že jedinci prochází stejnými stresovými okamžiky, protože jistá povolání s sebou nesou konkrétní rizika.

Včasně odhalení toho, že se jedinec potýká s určitým problémem, přináší poznání, že je na čase obrátit pozornost sám na sebe. Změnit priority, dopřát si čas na relax, své záliby a přátele. Důležité je zejména uvědomění, že nikdo není neomylný. Vhodné je také vyhledat pomoc psychoterapeutů nebo psychologů, pokud si vyhořelý člověk nedokáže pomoci sám. Jako nejúčinnější se však jeví pomoc kolegů a rodiny (Bartošíková, 2006).

Autoři Kebza a Šolcová (2003) vytvořili seznam několika zásad, které pomáhají aktivně řešit problém:

- Otevřený přístup k okolnímu světu a podnětem
- Aktivní řešení kritických situací
- Uvědomění, že stresu se nelze zcela vyhnout
- Nepřenášet profesní problémy do osobního života
- Každá změna je příležitost
- Schopnost udržovat dobré sociální vztahy
- Dbát na zdravou životosprávu
- Dbát na odstup a nadhled při potýkání se s úkoly.

Je nutné vyhnout se negativnímu řešení syndromu vyhoření. Zejména se jedná o dva extrémní příklady potýkání se s krizí:

- Přehnaná kontrola situace, potřeba být všeho součástí
- Rezignace na správu nad vlastním osudem.

Jak upozorňuje autor Nešpor (2011) dalším negativním doprovodným jevem syndromu vyhoření, na který se musíme v některých případech léčby zaměřit, je řešení

problému užívání návykových látek. V případě pomáhajících profesí je zvýšené riziko vzniku závislostí zejména na alkoholu, sedativech či hypnotikách.

### 3 CÍLE PRÁCE

V této diplomové práci jsme si stanovili několik cílů. První cíl je přinést ucelený náhled na problematiku syndromu vyhoření. V teoretické části je vymezen syndrom vyhoření, jeho symptomy a fáze. Dále se v práci zabýváme jinými psychickými stavy, které vplývají na pracovníka Integrovaného záchranného systému a které se také mohou podílet na rozvoji syndromu vyhoření. Pozornost je věnována i vlivu rodiny na tento syndrom a různým formám prevence syndromu vyhoření.

V praktické části je hlavním cílem potvrzení či vyvrácení námi naformulovaných hypotéz. Při vyhodnocení hypotéz budeme vycházet z výsledků nestandardizovaného anonymního dotazníku, který byl elektronicky distribuován mezi pracovníky IZS.

#### **Cíle práce:**

- Přinést ucelený náhled na problematiku syndromu vyhoření.
- Zmapovat pracovní stresory, které respondenti vnímají jako rizikové faktory vedoucí k rozvoji syndromu vyhoření.
- Zjistit, jestli respondenti v souvislosti s výskytem příznaků psychického vyčerpání vyhledali odbornou pomoc psychologa, krizového intervenanta nebo peera.
- Zjistit výskyt somatických potíží ve spojitosti s výkonem povolání u respondentů.
- Potvrdit nebo vyvrátit naformulované hypotézy.

## **4 METODIKA**

### **4.1 Popis výzkumného šetření**

Pro potřeby zpracování diplomové práce jsme zvolili metodu kvantitativního výzkumného šetření pomocí nestandardizovaného anonymního dotazníku (viz příloha 1). Tuto metodu jsme se rozhodli aplikovat z důvodu možnosti oslovení většího počtu respondentů – pracovníků IZS. Před samotným výzkumným šetřením bylo provedeno pilotní šetření na vzorce 10 respondentů (výsledky pilotního testování nejsou zahrnuty do výsledné analýzy dat). V rámci pilotního šetření byli respondenti požádáni, aby se závěru dotazníku vyjádřili k srozumitelnosti jednotlivých otázek a časové náročnosti. Na základě posouzení odpovědí respondentu zapojených do pilotní studie k výše zmiňovaným aspektům dotazníku jsme ponechali dotazník i potřeby výzkumného šetření v původní podobě.

Výzkumné šetření bylo zahájeno 1. 10. 2015 a ukončeno bylo 1. 3. 2016.

### **4.2 Stanovení výzkumného vzorku**

Podmínkou výběru respondentů byl služební poměr u HZS ČR a PČR a zaměstnanecký poměr u ZZS v rámci ČR.

Respondenti nebyli limitováni věkem, pohlavím, vzděláním ani délkou profesní praxe. Každé z jednotlivých složek byly distribuovány nestandardní anonymní dotazníky v elektronické podobě a rovněž také odkaz na umístění dotazníku na elektronickém portálu ([www.docs.google.com](http://www.docs.google.com)). Pro potřeby získání ucelenějšího obrazu o zpracovávané problematice jsme zvolili kraje napříč Českou republikou a to kraj: Jihomoravský, Pardubický, Středočeský, Plzeňský a Praha. V jednotlivých krajích jsme kontaktovali u každé z jednotek IZS námi vybranou osobu a následně jsme i požádali o pomoc při elektronické distribuci dotazníku a odkazu na dotazník na elektronickém portálu.

Od příslušníků HZS ČR se nám podařilo získat 95 validně vyplněných dotazníků, což představovalo 33 %. Od příslušníků PČR se nám podařilo získat 92 validně vyplněných dotazníků, což představovalo 32%. Od zaměstnanců ZZS v ČR se nám

podářilo získat 101 validně vyplněných dotazníků, což představovalo 35%. Celkově jsme tedy k výzkumnému šetření získali 288 respondentů z řad pracovníků IZS.

### 4.3 Výzkumný nástroj

Jako výzkumný nástroj jsme pro potřeby diplomové práce použili anonymní nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce. Dotazník má dvě části a to anamnestickou a vlastní. Před těmito částmi se nachází úvodní instruktáž, v rámci které respondenty seznamujeme s důvodem distribuce dotazníku a rovněž s anonymitou dotazníku. Otázky byly vytvořeny v návaznosti na cíle práce a formulované hypotézy.

V anamnestické části dotazníku jsme zjišťovali místo výkonu povolání dle krajů v ČR, délku praxe u IZS, typ vzdělání a složky IZS, ve které respondenti pracují. V anamnestické části dotazníku jsme položili 3 uzavřené otázky.

Vlastní část dotazníku obsahuje 15 otázek. Prvních 5 otázek na základě jejich zaměření označit jako anamnestické. Ve vlastní části dotazníku (v hlavních otázkách) jsme tedy použili 12 otázek uzavřených a 3 polootevřené. Otázky ve vlastní části dotazníku byly zaměřeny na zjištění, zda se u respondentů v důsledku výkonu povolání objevují stavy psychického vyčerpání, symptomy syndromu vyhoření, zda vyhledali na podkladě symptomů vyhoření odbornou pomoc, spokojenost s povoláním atd.

Výsledky získané pomocí výzkumného šetření jsme následně podrobili analýze a její výsledky uvádíme přehledně zpracovány po jednotlivých položkách (vyhodnocení každé otázky z dotazníku) v rámci grafů a v případě potřeby detailnější analýzy dat i ve formě tabulek.

### 4.4 Stanovené hypotézy

V diplomové práci jsme si stanovili následující hypotézy:

**HYPOTÉZA 1** *Předpokládáme, že nejvyšší míra psychického vyčerpání bude zjištěna u respondentů s nejdelší praxí v oboru*

**HYPOTÉZA 2** *Předpokládáme že, respondenti trpící nejvyšší mírou intenzity vlivu syndromu vyhoření, budou mít viditelné problémy v komunikaci s klienty*



**HYPOTÉZA 3** *Předpokládáme, že vyšší míra spokojenosti s povoláním u IZS se bude vyskytovat u respondentů, kteří žijí v partnerském vztahu*

**HYPOTÉZA 4** *Předpokládáme, že respondenti s vyšším dosaženým vzděláním, budou mít zájem o vzdělávání v oblasti prevence syndromu vyhoření*

## 5 PREZENTACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

### 5.1 Vyhodnocení údajů z dotazníku

Vyhodnocení anamnestické části dotazníku

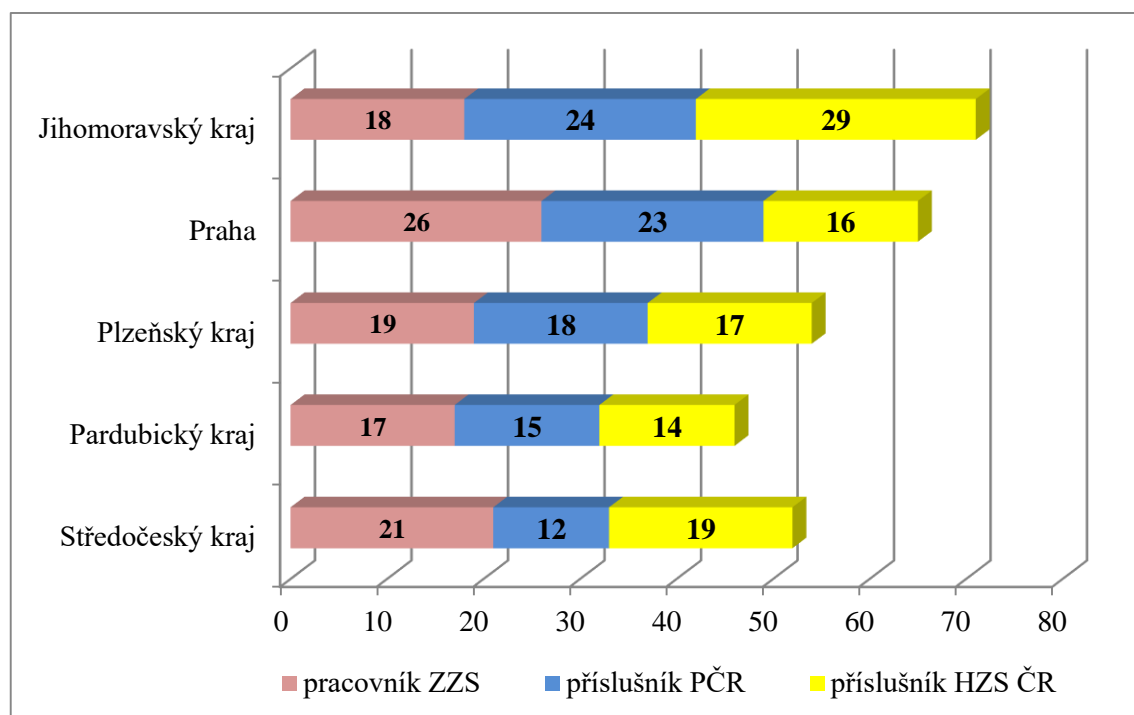
#### Otázka č. 1 Uved'te příslušnost k následující organizaci

- Hasičský záchranný sbor ČR
- Policie ČR
- Zdravotnická záchranná služba

#### Otázka č. 2 Uved'te kraj výkonu Vašeho povolání u IZS

- Plzeňský kraj
- Středočeský kraj
- Praha
- Pardubický kraj
- Jihomoravský kraj

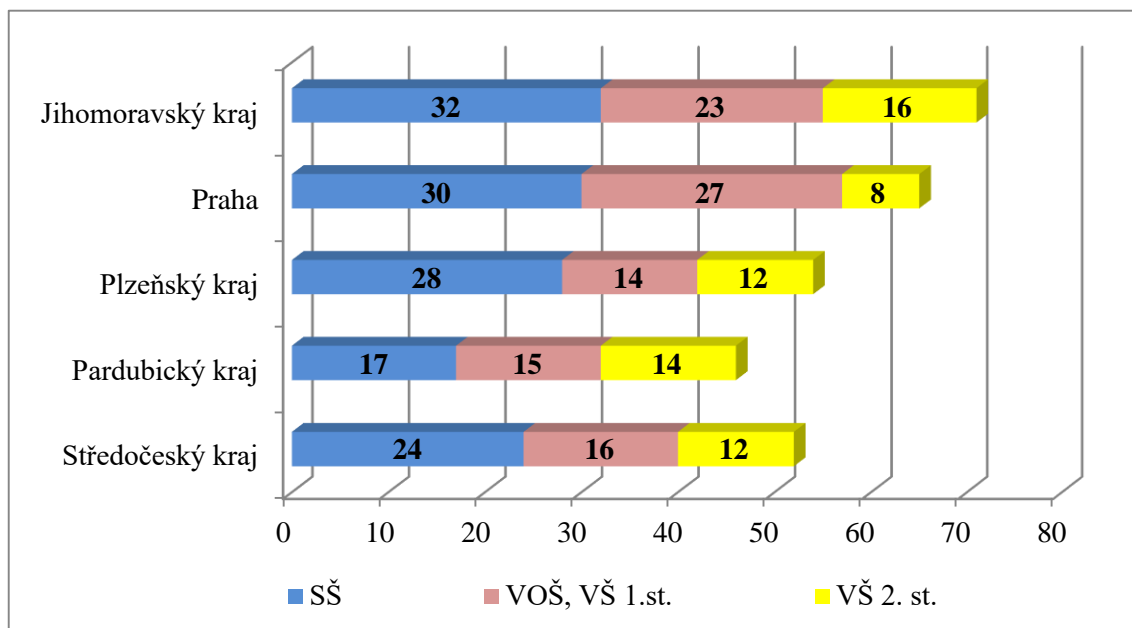
K vypracování grafu č. 1 jsme použili data, které jsme získali v rámci vyhodnocení otázky č. 1 a 2.



Graf 1 - Příslušnost k vybrané organizaci a kraj výkonu povolání u IZS

### Otázka č. 3 Uved'te Vaše nejvyšší ukončené vzdělání

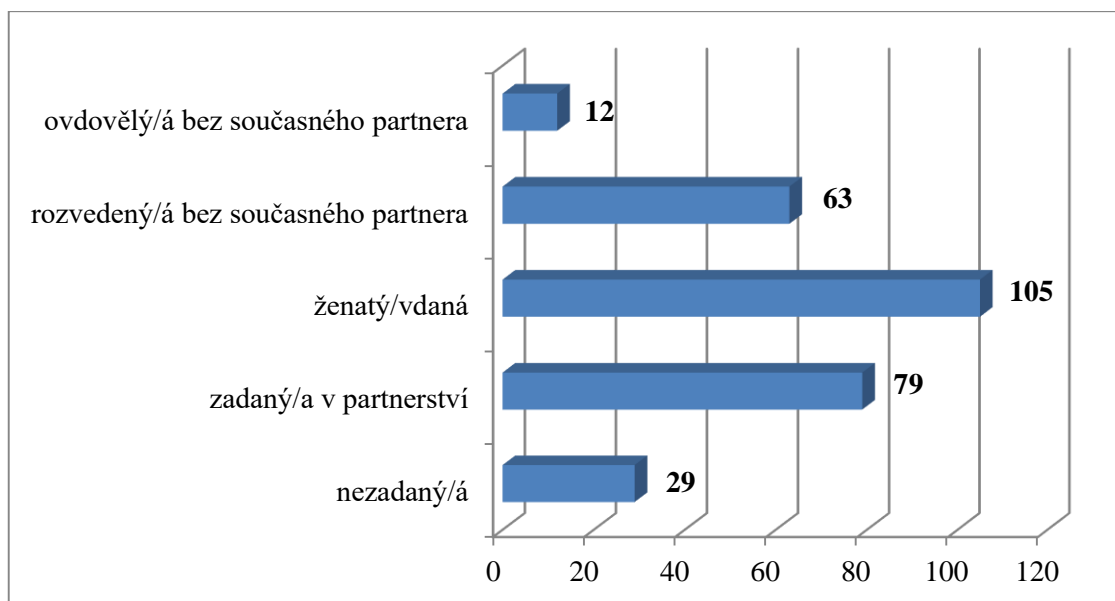
- středoškolské vzdělání       vyšší odborné vzdělání/ vysokoškolské (I. stupně)  
 vysokoškolské (II. stupně)



Graf 2 - Nejvyšší ukončení vzdělání u respondentů

### Otázka č. 4 Uved'te Váš rodinný stav

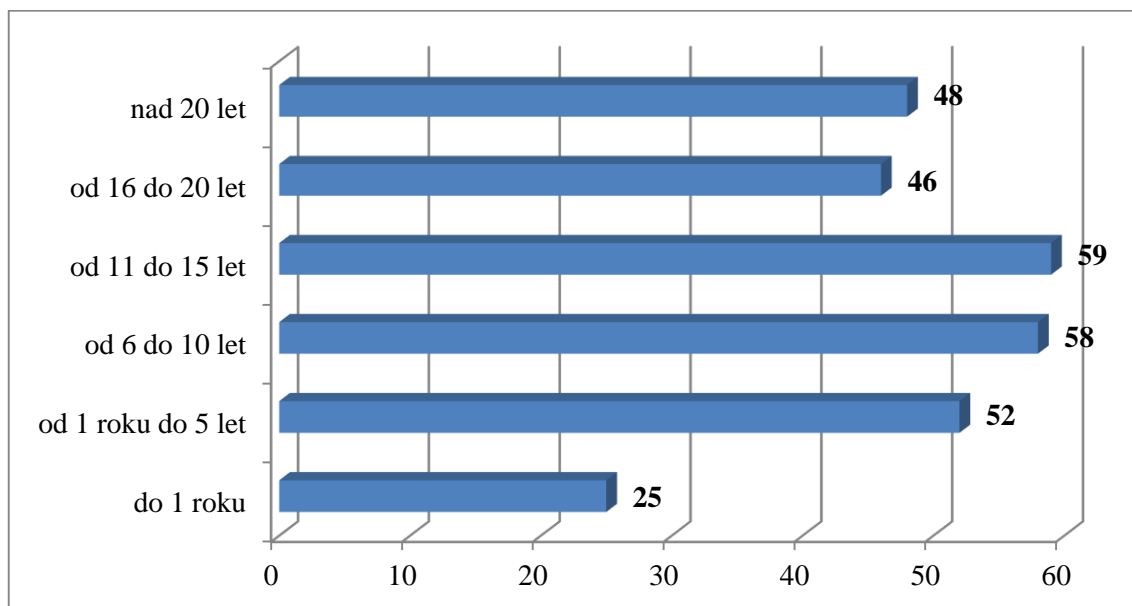
- nezadaný/á       zadaný/a v partnerství       ženatý/vdaná  
 rozvedený/á bez současného partnera       ovdovělý/á bez současného partnera



Graf 3 - Rodinný stav respondentů

**Otázka č. 5 Uved'te délku Vaší praxe u IZS**

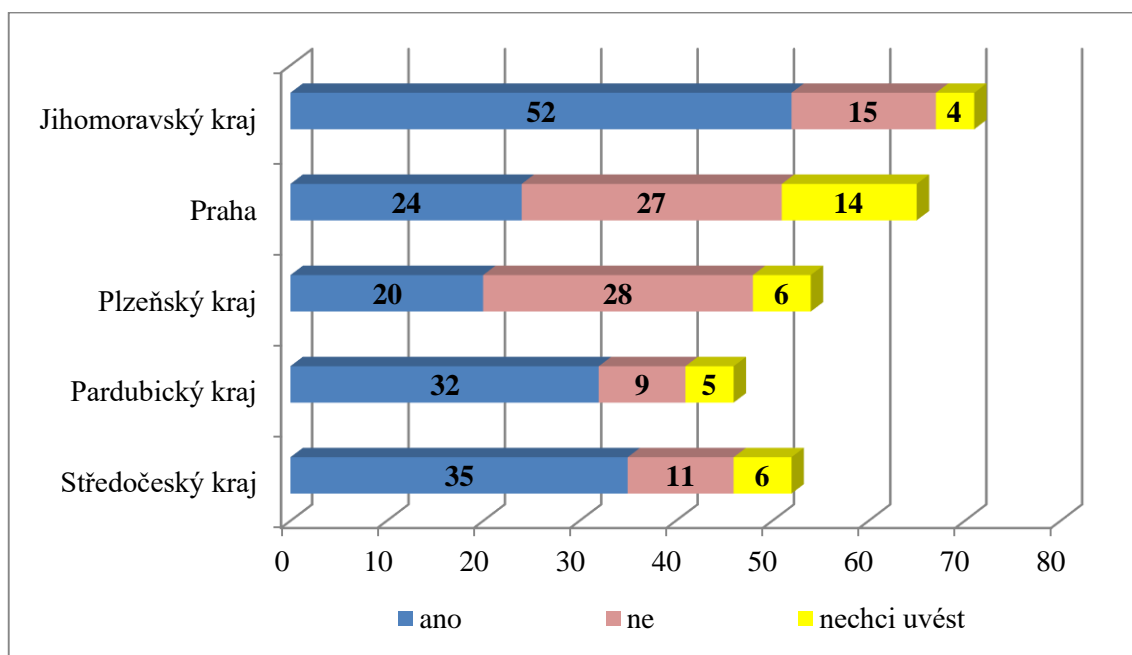
- do 1 roku                       od 1 roku do 5 let                       od 6 do 10 let  
 od 11 do 15 let                       od 16 do 20 let                       nad 20 let



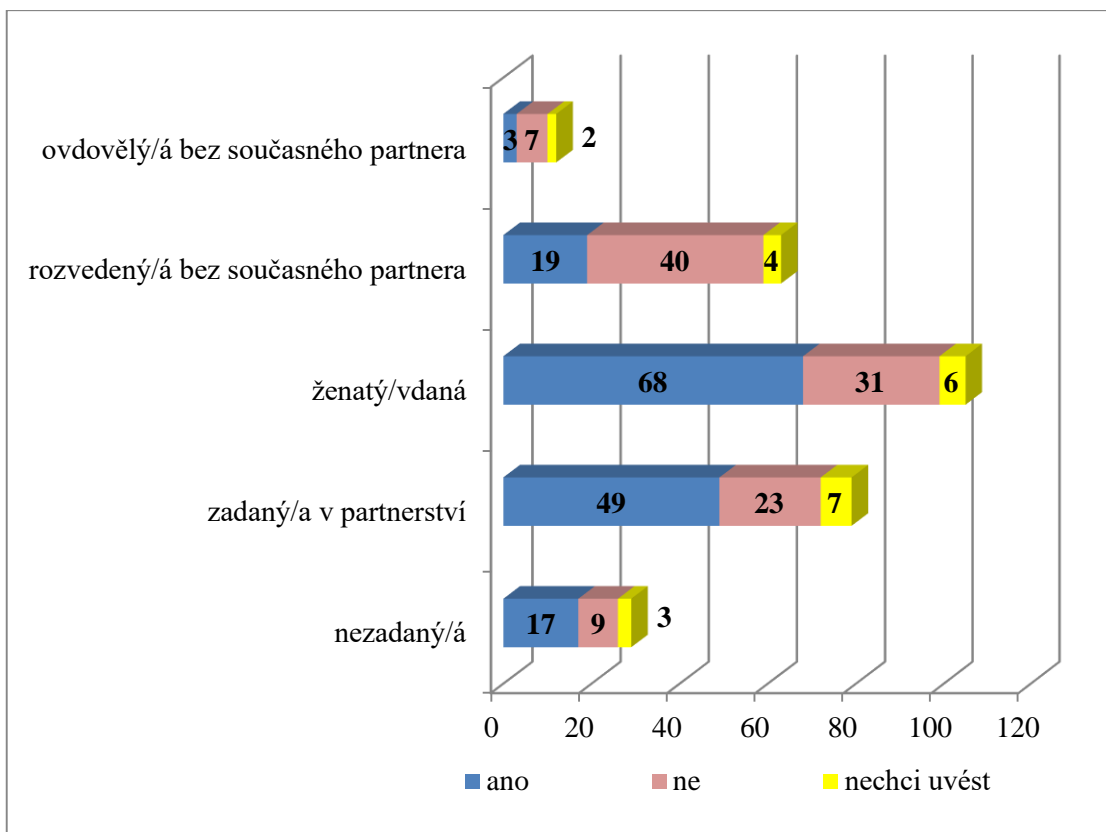
*Graf 4 - Délka praxe u respondentů*

**Otázka č. 6 Uved'te variantu odpovědi na následující tvrzení: „s výkonem povolání u IZS jsem spokojen“**

- ano                       ne                       nechci uvést odpověď



*Graf 5 - Spokojenost respondentů s povoláním u IZS dle krajů*

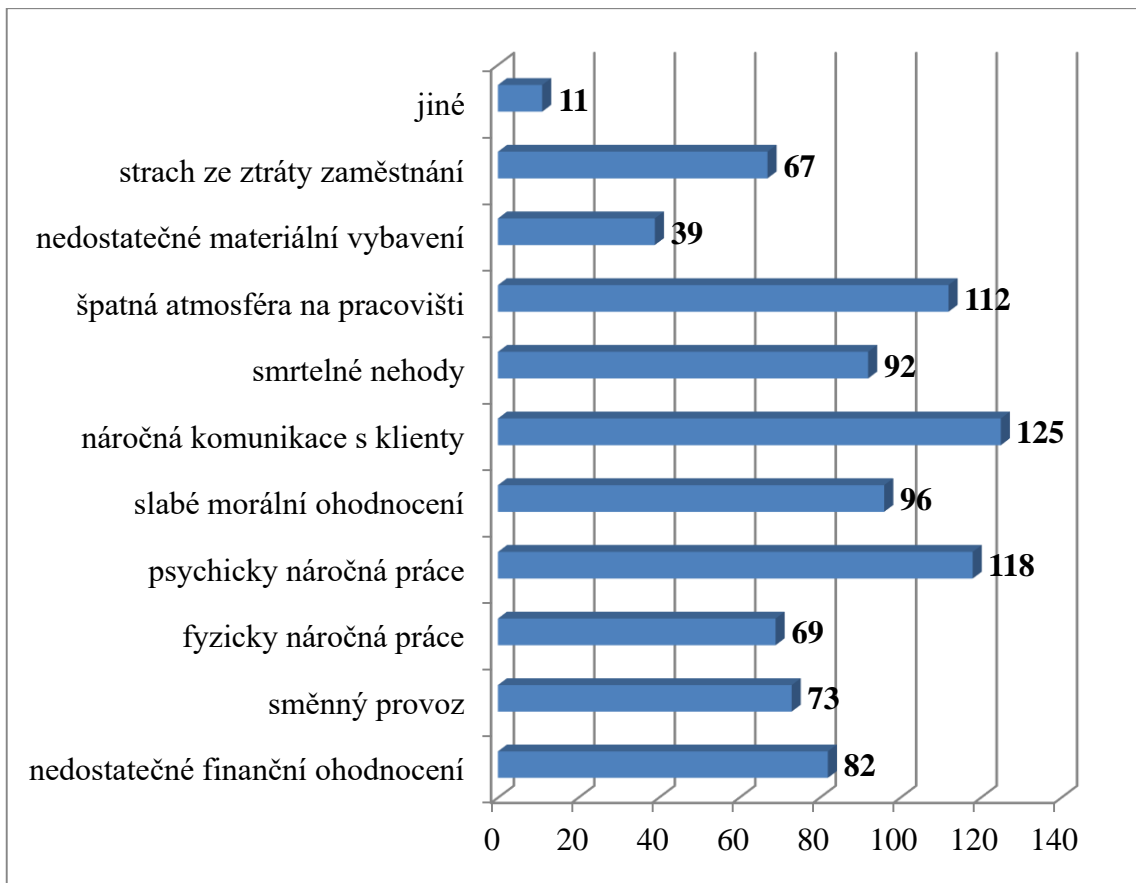


**Graf 6 - Spokojenost respondentů s povoláním dle rodinného zázemí**

Pro potřeby verifikace hypotézy a rovněž zpracování podkladů do diskuze jsme na základě výsledků odpovědí u otázky č. 6 vypracovali dva přehledné grafy. V grafu 5 jsme vycházeli z třídícího kritéria, kterým byl kraj, ve kterém respondenti vykonávají povolání u IZS a v grafu 6 bylo kritériem rodinné zázemí respondentů.

**Otázka č. 7 Uved'te, které z následujících variant odpovědí, dle vašeho uvážení, považujete za pracovní stresory. Můžete označit vícero variant. Popřípadě můžete doplnit vlastní.**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> nedostatečné finanční ohodnocení | <input type="checkbox"/> směnný provoz                  |
| <input type="checkbox"/> fyzicky náročná práce            | <input type="checkbox"/> psychicky náročná práce        |
| <input type="checkbox"/> slabé morální ohodnocení         | <input type="checkbox"/> náročná komunikace s klienty   |
| <input type="checkbox"/> krize v soukromém životě         | <input type="checkbox"/> špatná atmosféra na pracovišti |
| <input type="checkbox"/> nedostatečné materiální vybavení | <input type="checkbox"/> strach ze ztráty zaměstnání    |
| <input type="checkbox"/> jiné. Doplňte jaké               |   |

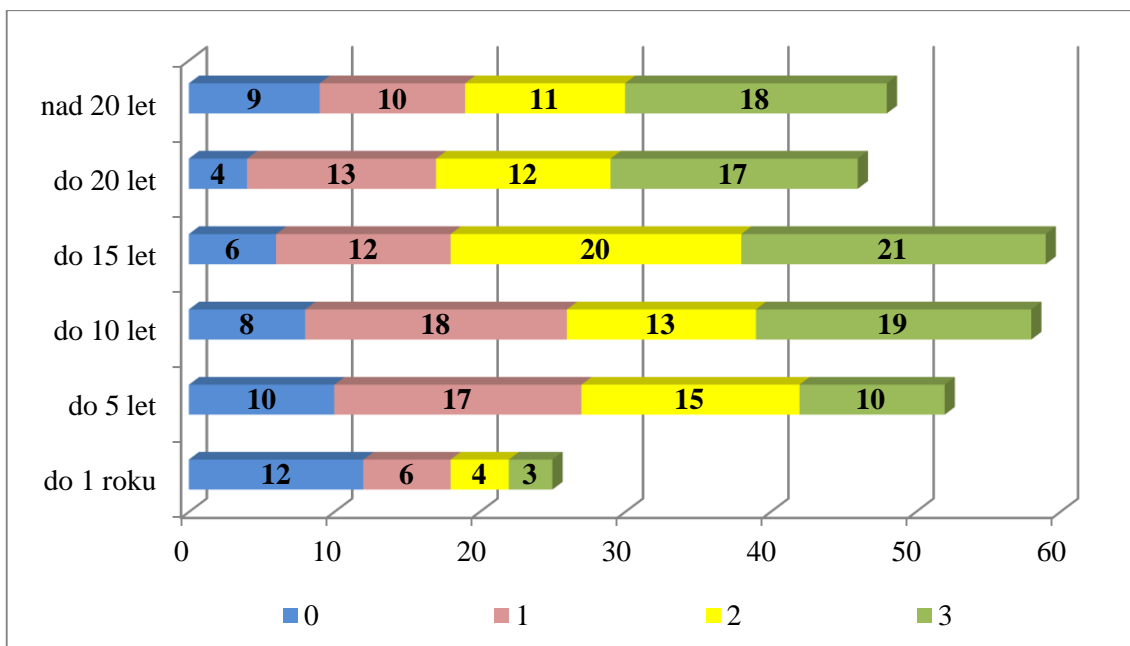


**Graf 7- Pracovní stresory**

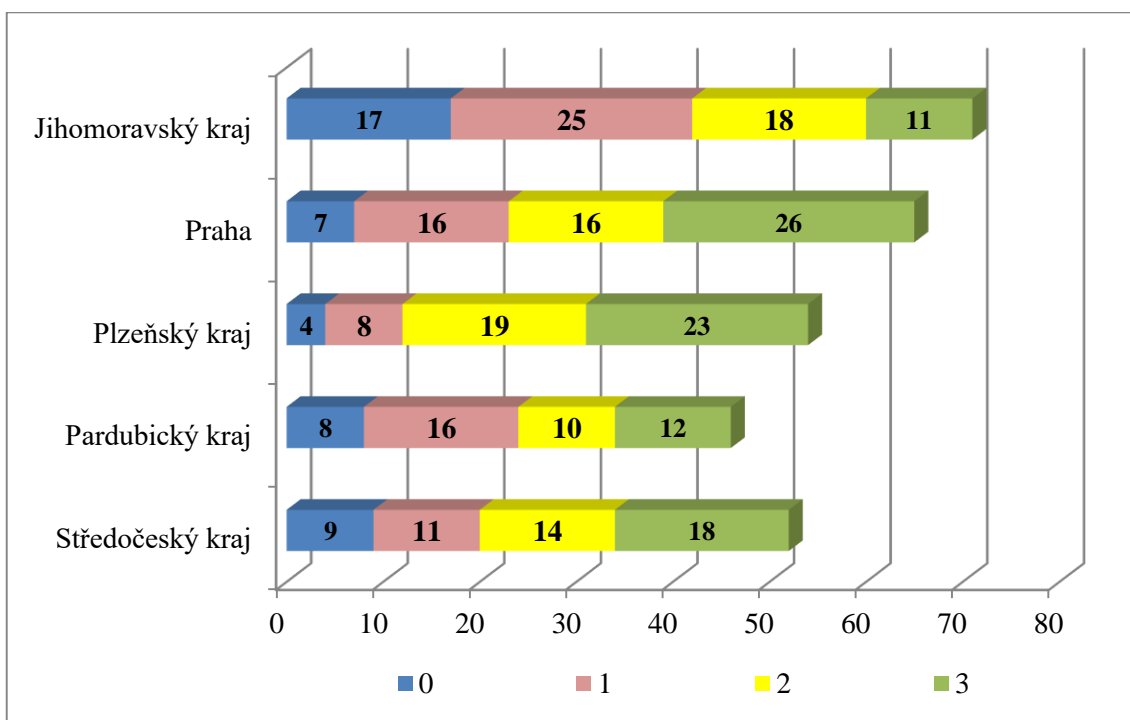
V kategorii jiné se objevily následující varianty odpovědí: 4 respondenti uvedli nedostatečnou možnost kariérního postupu, 2 respondenti uvedli vysoké požadavky zaměstnavatele, 2 respondenti uvedli přesah do soukromého života a 3 respondenti uvedli nemožnost vlastní iniciativy.

**Otázka č. 8 Uveďte intenzitu vyskytujících se příznaků psychického vyčerpání v souvislosti s výkonem povolání.** Varianta 0 označuje zápornou odpověď a varianty od 1 do 3 představují míru intenzity vyskytujících se příznaků psychického vyčerpání

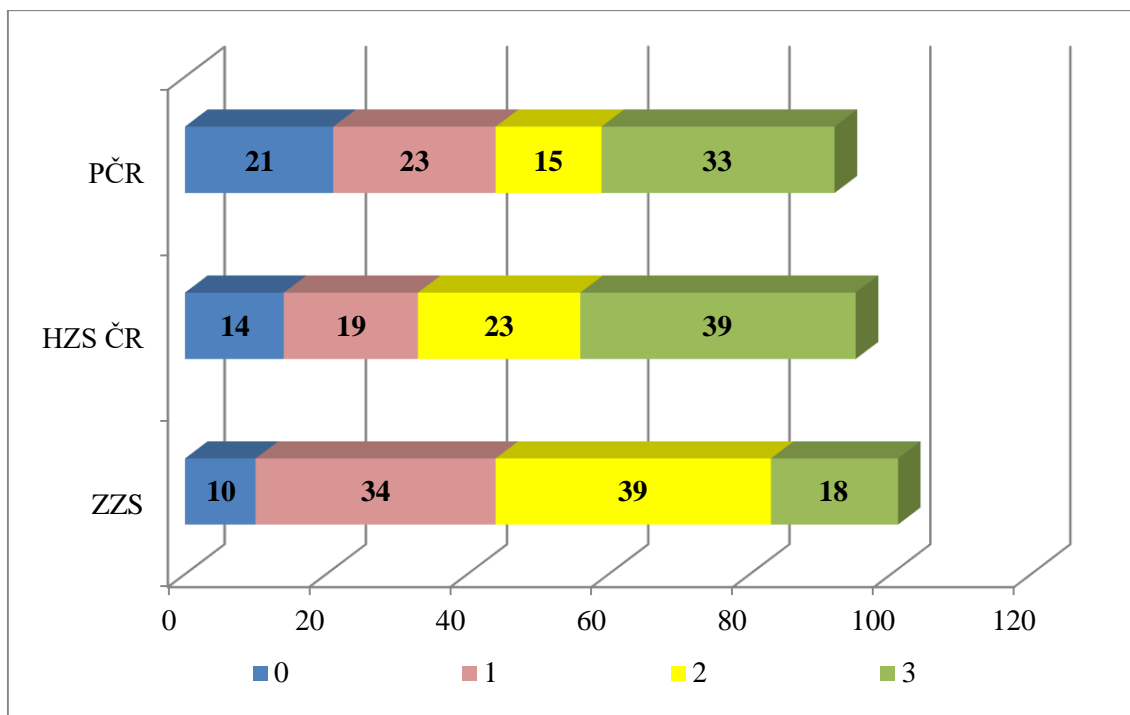
- 0             1             2             3



**Graf 8 - Intenzita vyskytujících se příznaků psychického vyčerpání v souvislosti s výkonem povolání dle délky praxe u IZS**



**Graf 9 - Intenzita vyskytujících se příznaků psychického vyčerpání v souvislosti s výkonem povolání dle kraje výkonu povolání u IZS**



**Graf 10 - Intenzita vyskytujících se příznaků psychického vyčerpání v souvislosti s výkonem povolání dle příslušnosti k jednotlivým složkám IZS**

**Tab. 1 - Procentuální výskyt příznaků psychického vyčerpání v souvislosti s výkonem povolání dle příslušnosti k jednotlivým složkám IZS.**

	0	1	2	3
P ČR	22,8 %	25 %	16,3 %	35,9 %
HZS ČR	14,7 %	20 %	24,2 %	41,1 %
ZZS	9,9 %	33,7 %	38,6 %	17,8 %

Pro potřeby verifikace hypotézy a rovněž zpracování podkladů do diskuze jsme na základě výsledků odpovědí u otázky č. 8 vypracovali tři přehledné grafy. V grafu 8 jsme vycházeli z třídícího kritéria, kterým byla délka praxe respondentů u IZS, v grafu 9 dle kraje výkonu povolání u IZS a v grafu 10 dle příslušnosti k jednotlivé složce IZS.

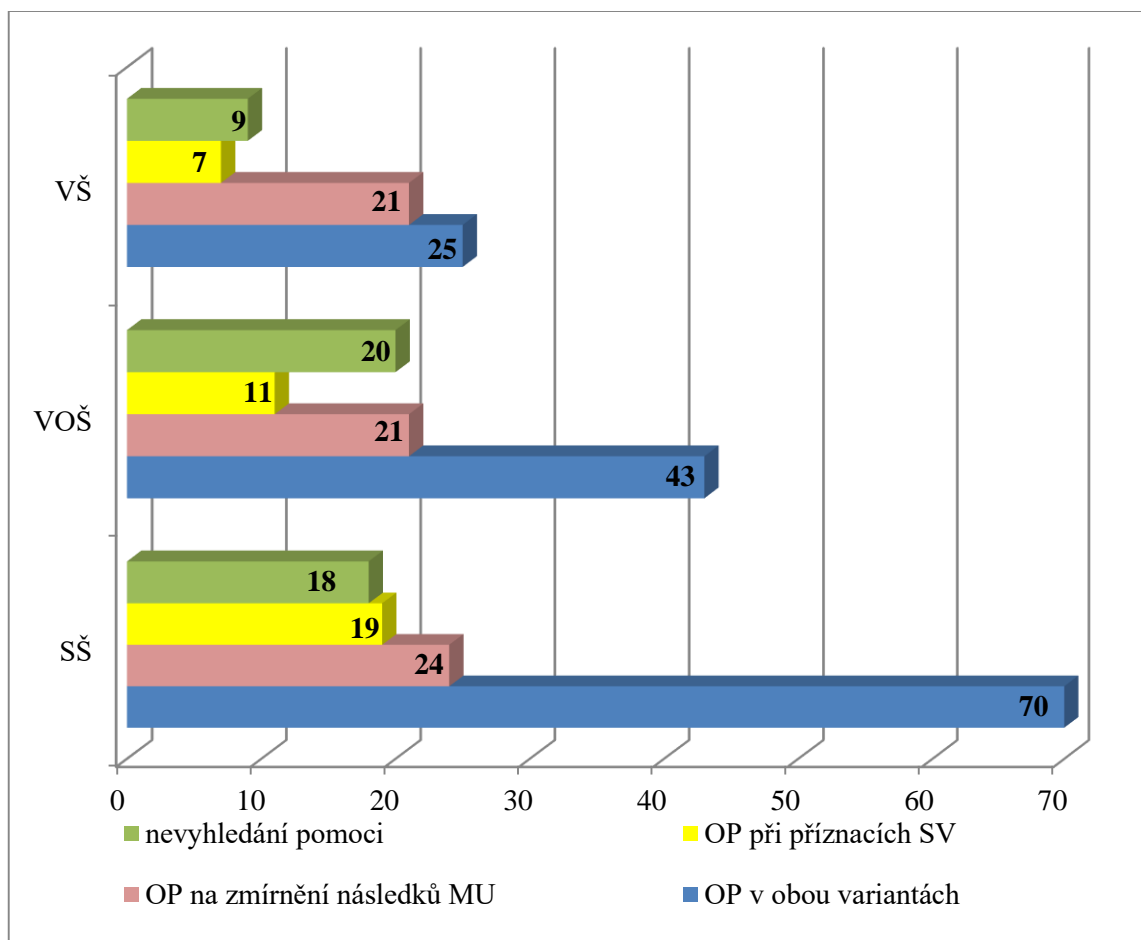
Pro větší přehlednost zpracovaných dat jsme vytvořili tabulku 1, ve které jsme vyjádřili procentuální zastoupení jednotlivých stupňů intenzity výskytu psychického vyčerpání v souvislosti s výkonem povolání dle příslušnosti k jednotlivým složkám IZS.



**Otázka č. 9. Uveďte, jestli jste v souvislosti s výskytem příznaků psychického vyčerpání vyhledal odbornou pomoc psychologa, krizového intervenanta nebo peera.**

Z následujících odpovědí vyberte správnou variantu

- odbornou pomoc jsem nevyhledal/a
- odborná pomoc při příznacích syndromu vyhoření
- odborná pomoc na zmírnění následků mimořádné události
- odborná pomoc při příznacích syndromu vyhoření i na zmírnění následků mimořádné události



**Graf 11 - Vyhledání odborné pomoci psychologa, krizového intervenanta nebo peera**

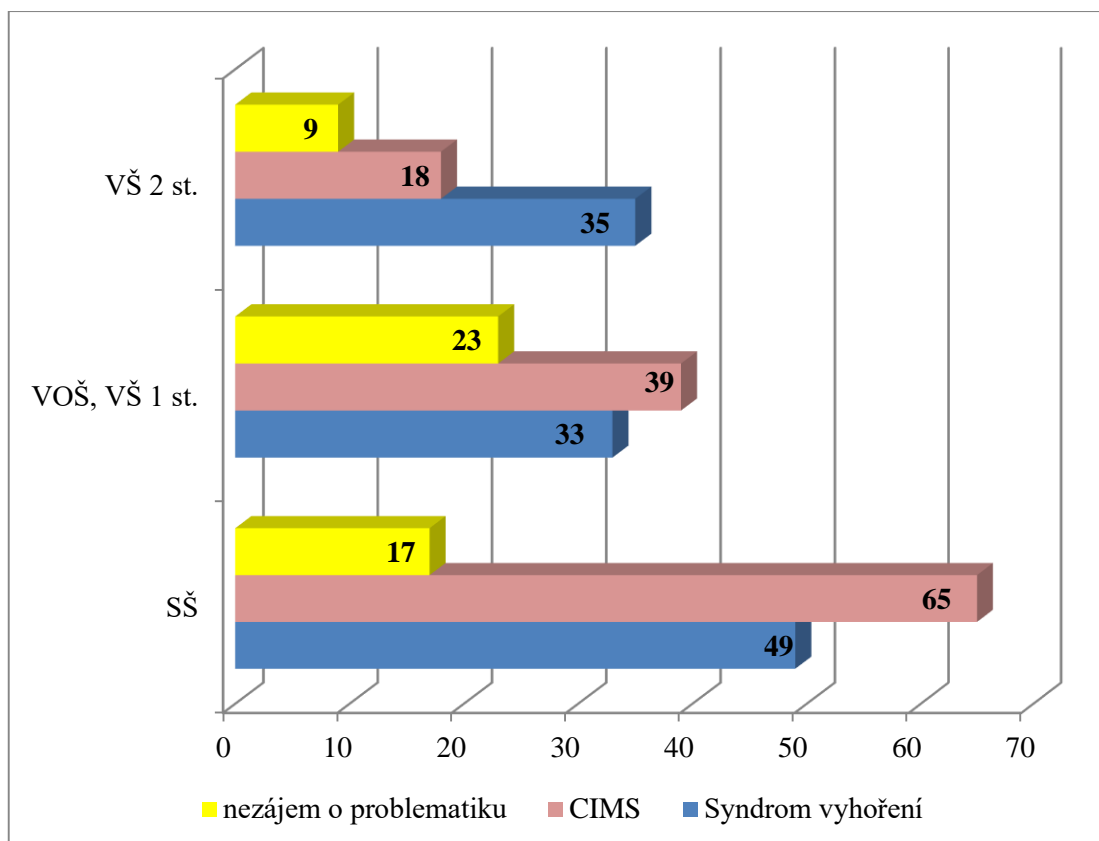
**Otázka č. 10 Uveďte, o jakou oblast vzdělávání máte zájem.** Můžete označit jednu variantu.

- nezájem o problematiku
- Critical stress management
- Syndrom vyhoření

**Tab. 2 - Procentuální zájem respondentů o problematiku CISM a syndromu vyhoření**

	SŠ	VOŠ, VŠ 1 st.	VŠ 2 st.
Syndrom vyhoření	37,4 %	34,7 %	<b>56,5 %</b>
CIMS	49,6 %	41,1 %	29 %
Nezájem o problematiku	13 %	24,2 %	14,5 %

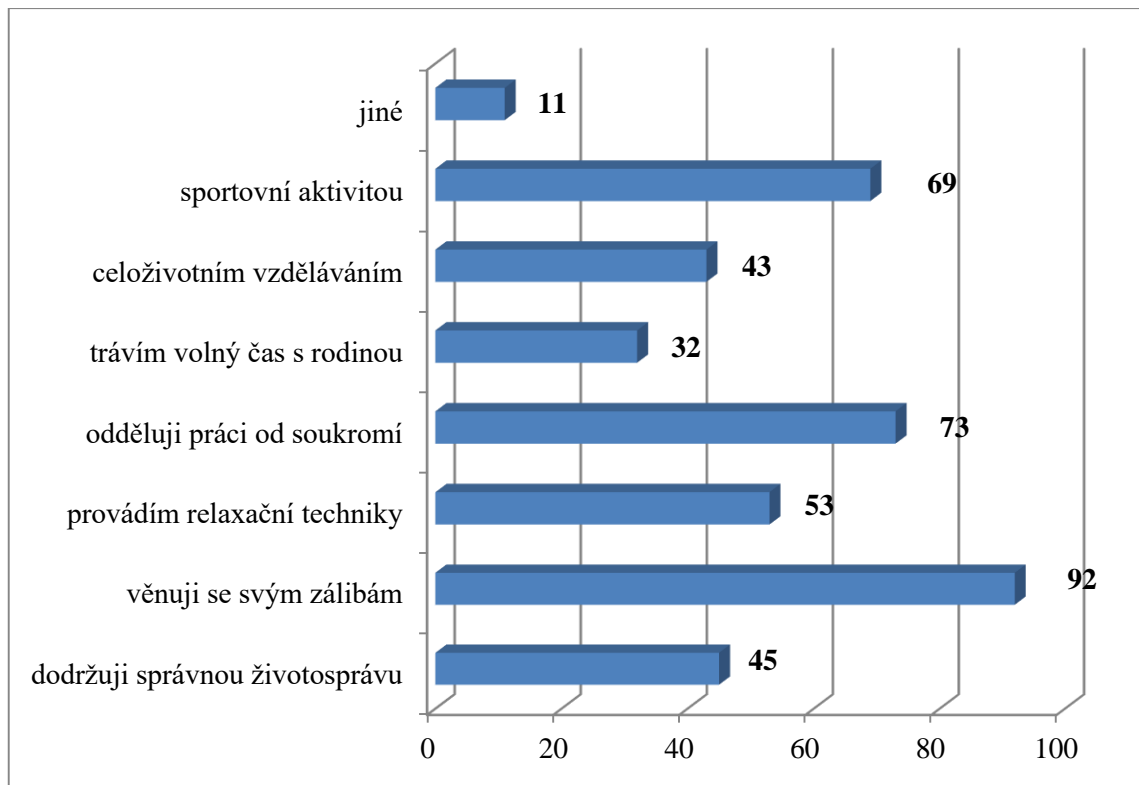
Při zpracovávání tabulky č. 2 jsme z počtu respondentů, v rámci jednotlivých stupňů vzdělání, vypočítali procentuální zájem/nezájem o vzdělávání v oblasti CISM a syndromu vyhoření (respondenti mohli uvádět vícero odpovědí). Pro potřeby následné analýzy dat v rámci verifikace hypotézy č. 4 jsme si tučným písmem zvýraznili zájem o vzdělávání respondentů v oblasti syndromu vyhoření, z těch, kteří dosáhli vysokoškolské vzdělání druhého stupně.



**Graf 12 - Zájem respondentů o problematiku CISM a syndromu vyhoření**

**Otázka č. 11 Uved'te, jakým způsobem předcházíte vzniku syndromu vyhoření. Můžete označit více variant odpovědí.**

- sportovní aktivitou
- celoživotním vzděláváním
- trávím volný čas s rodinou
- odděluji práci od soukromí
- provádím relaxační techniky
- věnuji se svým zálibám
- dodržuji správnou životosprávu
- jiné. Doplňte jaké

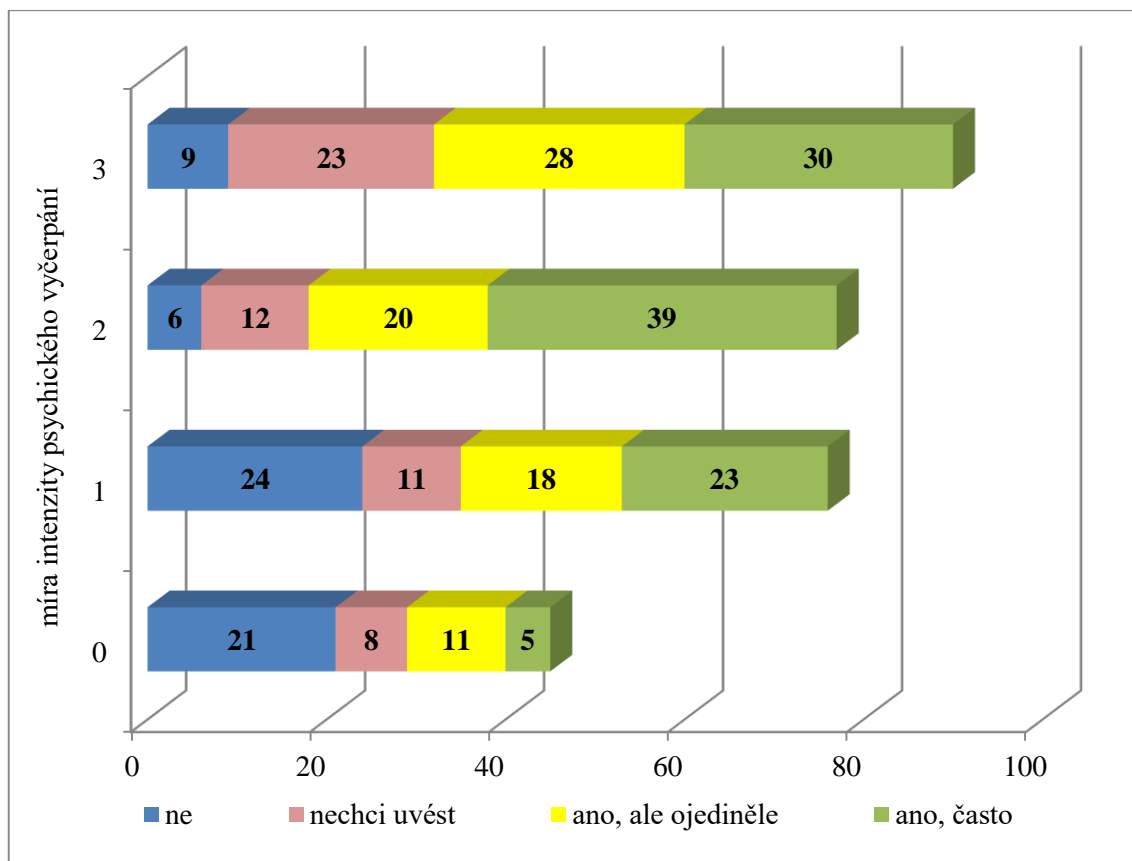


**Graf 13 - Způsob prevence syndromu vyhoření**

V kategorii jiné se objevily následující varianty odpovědí: 5 respondentů uvedlo cestování, 2 respondenti uvedli setkávání s přáteli, 2 respondenti uvedli společné aktivity s kolegy a 2 respondenti uvedli uvolnění pomocí alkoholu.

**Otázka č. 12 Vyskytly se u Vás v souvislosti s příznaky psychického vyčerpání při výkonu povolání problémy v komunikaci v pracovním kolektivu nebo v komunikaci s klienty? Vyberte příslušnou variantu odpovědi.**

- ne
- nechci uvést
- ano, ale ojediněle
- ano, často



**Graf 14 - Vliv psychického vyčerpání na komunikaci**

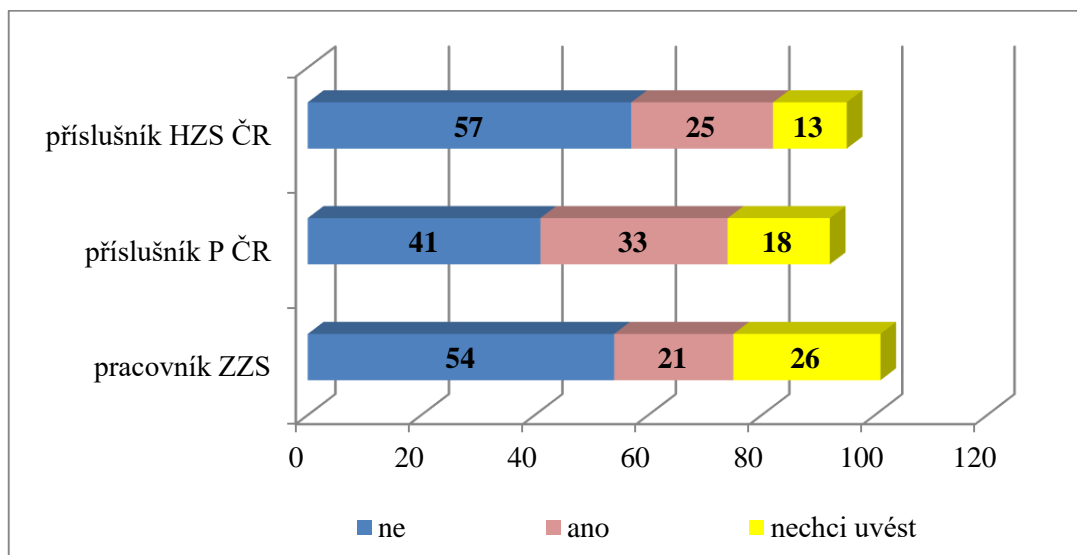
**Tab. 3 Vliv psychického vyčerpání na komunikaci**

	0	1	2	3
ne	46,7%	31,6 %	7,8 %	10 %
nechci uvést	17,8 %	14,4 %	15,6 %	25,6 %
ano, ale ojedinele	24,4 %	23,7 %	26 %	31,1 %
ano, často	11,1 %	30,3 %	50,6 %	<b>33,3 %</b>

Při zpracovávání tabulky č. 3 jsme z počtu respondentů, v rámci jednotlivých stupňů míry intenzity psychického vyčerpání, vypočítali procentuální vliv příznaků psychického vyčerpání na komunikaci se spolupracovníky a klienty. Pro potřeby následné analýzy dat v rámci verifikace hypotézy č. 2 jsme si tučným písmem zvýraznili vliv psychického vyčerpání na komunikaci, z těch, kteří uváděli nejvyšší míru intenzity psychického vyčerpání.

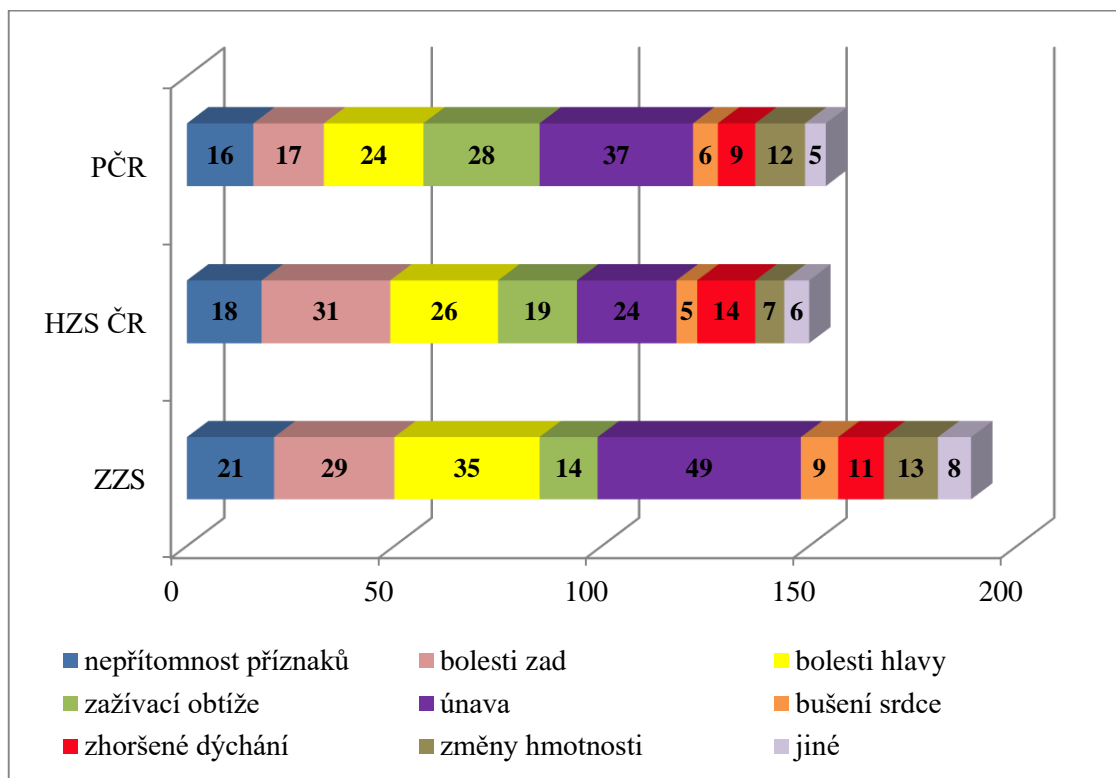
**Otázka č. 13 Vyskytla se při výkonu povolání u Vás situace, kdy bylo Vaše rozhodování ovlivněno psychickým vyčerpáním?**

ne    nechci uvést    ano, ale ojediněle    ano, často



*Graf 15 - Vliv psychického vyčerpání na rozhodovací proces respondentů*

**Otázka č. 14. Uveďte, jestli se u Vás v souvislosti s výkonem povolání vyskytly somatické potíže. Pokud ano, vyberte z následujících variant. Můžete uvést více odpovědí, popřípadě doplnit vlastní.**

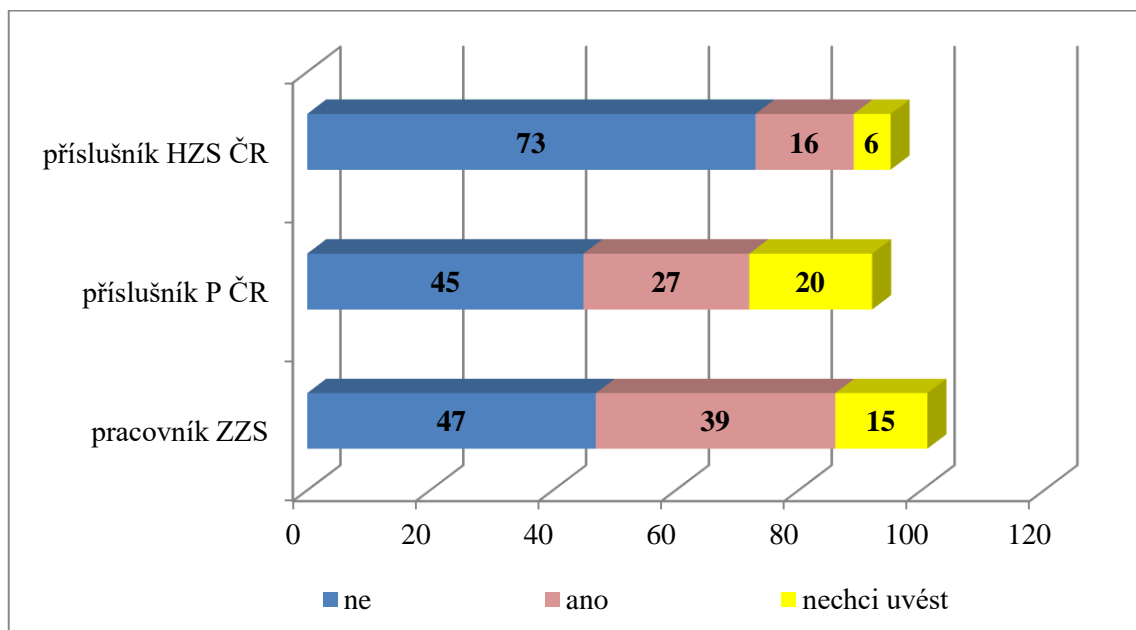


*Graf 16 - Výskyt somatických potíží u respondentů*

V kategorii jiné se objevily následující varianty odpovědí: 6 respondentů uvedlo zvýšené pocení, 4 respondenti uvedli bolesti kloubu, 5 respondentů uvedlo kožní problémy a 4 respondenti uvedli otoky dolních končetin.

**Otázka č. 15. Uved'te, jestli jste uvažoval/a o změně povolání.**

ne                       ano                       nechci uvést



*Graf 17- Změna povolání*

## 5.2 Vyhodnocení cílů práce

V diplomové práci jsme si stanovili několik cílů. Prvním cílem bylo přinést ucelený náhled na problematiku syndromu vyhoření. V teoretické části jsme vymezili syndrom vyhoření, jeho fáze a příčiny vzniku. Popsali jsme i další pojmy, které se týkají této problematiky. Na základě prostudování dostupné tuzemské i zahraniční odborné literatury a jejím následným zpracováním se nám podařilo obsáhnout zadaný cíl.

Druhým cílem bylo zmapovat pracovní stresory, které respondenti vnímají jako rizikové faktory vedoucí k rozvoji syndromu vyhoření. V rámci dotazníku byla cíleně zařazena otázka č. 7 a pomocí této otázky jsme tyto pracovní stresory detekovali. Výsledky získané na podkladě zpracování odpovědí respondentů uvádíme v grafu č. 7. na str. č. 37. Mezi první tři nejvýznamnější stresové faktory zařadili respondenti

následující stresory: náročnou komunikaci s klienty (125 respondentů), psychickou náročnost práce (118 respondentů) a špatnou atmosféru na pracovišti (112 respondentů). Mezi další pracovní stresory (seřazené dle respondentů) patří slabé morální ohodnocení, smrtelné nehody, nedostatečné finanční ohodnocení, směnný provoz, fyzická náročnost práce, strach ze ztráty zaměstnání, nedostatečné materiální vybavení. V kategorii jiné se objevily následující varianty odpovědí: nedostatečná možnost kariérního postupu, vysoké požadavky zaměstnavatele, přesah do soukromého života a nemožnost vlastní iniciativy.

Třetím cílem bylo zjistit, jestli respondenti v souvislosti s výskytem příznaků psychického vyčerpání vyhledali odbornou pomoc psychologa, krizového intervenanta nebo peera. V dotazníku se této položce věnovala otázka č. 11. Zajímalo nás, jestli respondenti využívají možnost psychosociální podpory na zvládnání psychicky náročných zásahů a eliminaci dopadů posttraumatické reakce nebo na zmírnění psychických obtíží, které souvisejí s výkonem jejich povolání. Výsledky odpovědí respondentů jsou zpracovány do podoby grafu č. 11 na str. č. 40. Odbornou pomoc psychologa, krizového intervenanta nebo peera v souvislosti s příznaky syndromu vyhoření vyhledalo 14,5% respondentů se středoškolským vzděláním, 11,6% respondentů s ukončeným vyšším odborným vzděláním a bakalářským typem vysokoškolského studia a 11,3% respondentů s magisterským typem vysokoškolského studia. Variantu odpovědi, že odbornou pomoc vyhledali v souvislosti s příznaky syndromu vyhoření a zároveň na zmírnění následků MU uvedlo 53,4% respondentů se středoškolským vzděláním, 45,3% respondentů s ukončeným vyšším odborným vzděláním a bakalářským typem vysokoškolského studia a 40,3% respondentů s magisterským typem vysokoškolského studia.

Čtvrtým cílem bylo zjistit výskyt somatických potíží ve spojitosti s výkonem povolání u respondentů. V dotazníku se této položce věnovala otázka č. 14 a respondenti mohli označit jednu nebo více kombinací odpovědí z námi nabízených potíží, popřípadě doplnit vlastní v kategorii jiné. Vyhodnocení otázky je uvedeno v grafu č. 16 na str. č. 45. Bez somatických obtíží bylo 55 respondentů z celkového počtu 288, což představovalo 19,1%. Bolesti zad uvádělo 77 respondentů, bolest hlavy 85 respondentů, zažívací obtíže 61 respondentů, únavu 110 respondentů, bušení srdce 20 respondentů, zhoršené dýchání 34 respondentů, změny hmotnosti 32 respondentů a variantu jiné 19 respondentů. V kategorii jiné se objevily následující varianty odpovědí: ohledně výskytu somatických potíží: 6 respondentů uvedlo zvýšené pocení, 4

respondenti uvedli bolesti kloubů, 5 respondentů uvedlo kožní problémy a 4 respondenti uvedli otoky dolních končetin.

Pátý cíl pojednával o potvrzení nebo vyvrácení námi naformulovaných hypotéz. V práci jsme vytvořili 4 hypotézy, které byly potom vyhodnoceny na základě výsledků dotazníkového šetření. Dané hypotézy se nám potvrdily nebo vyvrátily.

### 5.3 Vyhodnocení hypotéz

**HYPOTÉZA 1** *Předpokládáme, že nejvyšší míra psychického vyčerpání bude zjištěna u respondentů s nejdelší praxí v oboru*

S hypotézou 1 souvisela otázka číslo 8.

V otázce číslo 8 jsme zjišťovali intenzitu vyskytujících se příznaků psychického vyčerpání v souvislosti s výkonem povolání. Respondenti měli ohodnotit míru svého vyčerpání na stupnici 0-3, přičemž 0 označuje zápornou odpověď a varianty od 1 do 3 představují míru intenzity vyskytujících se příznaků psychického vyčerpání. Respondenti byli rozděleni podle délky své praxe v oboru.

Respondenti s délkou praxe do jednoho roku nejčastěji uváděli zápornou odpověď, celkem 12 (48%) z celkového počtu 25 respondentů. První stupeň intenzity podle dotazníku pocítuje 6 (24%) respondentů, druhý 4 (16%) respondenti a nejvyšší stupeň 3 (12%) respondenti.

Další kategorie respondentů měli praxi do 5 let. V této kategorii uvedlo zápornou odpověď 10 (19,2%) z celkového počtu 52 respondentů. První stupeň intenzity uvedlo 17 (32,7%) respondentů, druhý stupeň 15 (28,9%) a třetí stupeň 10 (19,2%) respondentů.

Respondenti s praxí do 10 let uváděli zápornou odpověď v 8 (13,8%) případech z celkového počtu 58 respondentů. První stupeň intenzity pocítuje 18 (31%) respondentů, druhý stupeň 13 (22,4%) a nejvyšší stupeň 19 (32,8%) respondentů.

Dále jsme sbírali data od respondentů v kategorii do 15 let praxe. Zápornou míru uvedlo 6 (10,2%) respondentů z celkového počtu 59. První stupeň uvedlo 12 (20,3%) respondentů, druhý stupeň 20 (33,9%) a nejvyšší stupeň 21 (35,6%) respondentů.



Další kategorii představovali respondenti s délkou praxe do 20 let. Zde uvedli zápornou míru 4 (8,7%) respondenti z celkového počtu 46. První stupeň uvedlo 13 (28,3%) respondentů, druhý stupeň 12 (26%) a třetí stupeň 17 (37%) respondentů.

Poslední kategorii tvořili respondenti s praxí nad 20 let. Zápornou míru uvedlo 9 (18,8%) respondentů z celkového počtu 48. První stupeň uvedlo 10 (20,8%) respondentů, druhý stupeň 11 (22,9%) a třetí stupeň 18 (37,5%) respondentů.

**Na základě vyhodnocení výsledků lze konstatovat, že se nám Hypotéza 1 potvrdila.**

**HYPOTÉZA 2** *Předpokládáme, že respondenti trpící nejvyšší mírou intenzity psychického vyčerpání, budou mít viditelné problémy v komunikaci v pracovním kolektivu nebo s klienty*

S hypotézou 2 souvisela otázka číslo 12.

V otázce číslo 12 jsme zjišťovali, zda se u respondentů s příznaky psychického vyčerpání vyskytly problémy v komunikaci v pracovním kolektivu nebo s klienty. Respondenti byli rozděleni do kategorií 0-3 podle míry intenzity psychického vyčerpání.

Respondentů, kteří nepocítují psychické vyčerpání, bylo celkem 45 z 288 (15,6%). 21 (46,7%) respondentů z této kategorie nemá problém v komunikaci. Ojedinele problémy v komunikaci pocítuje 11 (24,4%) a často 5 (11,1%) respondentů. 8 (17,8%) respondentů nechtělo uvést odpověď.

Do druhé kategorie respondentů patřili ti, co označili míru psychického vyčerpání variantou 1. Těch bylo celkem 76 (26,4%) z celkových 288. Nejvíce respondentů v této kategorii 24 (31,6%) uvedlo, že nemají problémy v komunikaci. Celkem 18 (23,7%) pocítuje problémy ojedinele a 23 (30,3%) často. 11 respondentů (14,4%) nechtělo uvést odpověď.

Třetí kategorii tvořili respondenti s mírou vyčerpání na stupnici 2, sem spadalo 77 (26,7%) respondentů z 288. Pouze 6 (7,8%) nemá problémy v komunikaci, 20 (26%) ojedinele a 39 (50,6%) respondentů často. 12 (15,6%) nechtělo uvést odpověď.

Poslední kategorii tvořili respondenti s nejvyšší mírou intenzity, celkem 90 (31,3%) z 288. 9 (10%) respondentů nemá problém s komunikací, 28 (31,3%) ojedinele a 30 (33,3%) často. 23 (25,6%) respondentů nechtělo uvést odpověď.

**Na základě vyhodnocení výsledků lze konstatovat, že se nám Hypotéza 2 nepotvrdila.**

**HYPOTÉZA 3** *Předpokládáme, že vyšší míra spokojenosti s povoláním u IZS se bude vyskytovat u respondentů, kteří žijí v partnerském vztahu*

S hypotézou 3 souvisely otázky číslo 4 a 6.

V otázce číslo 4 jsme zjišťovali rodinný stav respondentů. Nejvíce našich respondentů žije v manželství, celkem 105, což tvořilo 36,5%. V partnerství žije 79 respondentů, tedy 27,4%. Možnost rozvedený/bez současného partnera potvrdilo 63 respondentů, což ve výsledku tvořilo 21,9%. Celkem nezadaných je 29 respondentů, tedy 10%. Nejmenší skupinu tvořili ovdovělí respondenti, kterých bylo 12 (4,2%).

Otázka číslo 6 pojednávala o spokojenosti se zaměstnáním, vzhledem ke krajské příslušnosti a rodinnému stavu respondentů.

Nejvyšší míru spokojenosti vykazovali respondenti, kteří žijí v manželství, celkem 68 (64,8%) z celkového počtu 105. 31 respondentů žijící v manželství jsou nespokojeni se svým zaměstnáním, tvořili 29,5%. 6 respondentů žijící v manželství nechtělo uvést svou spokojenost (5,7%).

Respondenti, kteří žijí v partnerství, vykazovali spokojenost se svou prací v počtu 49 z celkových 79 (62%). 23 (29,1%) respondentů v této kategorii bylo nespokojených, 7 (8,9%) nechtělo uvést odpověď.

**Na základě vyhodnocení výsledků lze konstatovat, že se nám Hypotéza 3 potvrdila.**

**HYPOTÉZA 4** *Předpokládáme, že respondenti s vyšším dosaženým vzděláním, budou mít zájem o vzdělávání v oblasti prevence syndromu vyhoření*

S hypotézou číslo 4 souvisela otázka číslo 10.

V otázce číslo 10 jsme zjišťovali zájem o problematiku vzdělávání. Respondenty jsme si rozdělili do tří skupin, podle stupně jejich dosaženého vzdělání. Největší zájem o problematiku vzdělávání v oblasti syndromu vyhoření jsme zaznamenali u respondentů s vysokoškolským vzděláním druhého stupně, a to 35 (56,5%) z celkového množství 62 respondentů. V této kategorii uvedlo 18 (29%) respondentů zájem o problematiku Critical stress managementu (CIMS) a celkem 9 (14,5%) respondentů

nemělo zájem o vzdělávání. Respondenti s dosaženým vysokoškolským vzděláním prvního stupně projevili zájem o vzdělávání v oblasti syndromu vyhoření v 33 (34,7%) případech z celkového množství 95 respondentů. Zájem o vzdělávání v CIMS uvedlo 39 (41,1%) respondentů a nezájem o vzdělání 23 (24,2%). Poslední kategorii tvořili středoškolsky vzdělaní respondenti, zde jsme zaznamenali zájem o vzdělání v oblasti syndromu vyhoření u 49 (37,4%) respondentů z celkových 131. Vzdělání v oblasti CIMS uvedlo 65 (49,6%) a nezájem 17 (13%) respondentů.

**Na základě vyhodnocení výsledků lze konstatovat, že se nám Hypotéza 4 potvrdila.**

## 6 DISKUZE

*„Nikdo není zbytečný na světě, kdo ulehčuje břemeno někomu jinému“*

Charles Dickens

Tato část práce bude pojednávat a zhodnocovat výsledky praktické části s dostupnou literaturou a odbornými výzkumy. Cílem práce bylo získat názory a zkušenosti pracovníků IZS na vliv syndromu vyhoření v jejich každodenní práci. V teoretické části práce je vymezen syndrom vyhoření, jeho symptomy a fáze. Dále jsou v práci popsány jiné psychické stavy, které ovlivňují psychiku pracovníka IZS a mohou se podílet na vzniku syndromu vyhoření. Zaměřili jsme se i na vliv rodiny na tento syndrom a také na prevenci vzniku syndromu vyhoření. Popsali jsme i specifika práce v pomáhajících profesích.

Pro potřeby výzkumu jsme zvolili soubor pracovníků Integrovaného záchranného systému. Dotazník vyplnilo celkem 101 pracovníků ZZS, 95 příslušníků HZS ČR a 92 příslušníků PČR. V dotazníku jsme se také zajímali o krajskou příslušnost pracovníků. Nejvíce respondentů pracuje v Jihomoravském kraji, a to celkem 71. Dále 65 respondentů pracuje v hlavním městě Praze, 54 v Plzeňském kraji a 52 ve Středočeském kraji. Posledním krajem, odkud jsme získali dotazníky respondentů, byl Pardubický kraj a to se 46 respondenty.

V otázce prevence syndromu vyhoření a způsobu zvládnání stresu naši respondenti z řad IZS nejčastěji uváděli, že syndromu vyhoření předchází zejména tím, že se věnují svým zálibám. Autorka Morávková (2013) dospěla ke stejnému výsledku, tedy že celkem 48 % respondentů z celkového množství 127, vnímá smysluplné trávení volného času svými koníčky jako prevenci vzniku syndromu vyhoření.

Autor Simon (2012), který prováděl kvantitativní výzkum u příslušníků PČR ve výsledcích uvádí, že 67,5 % jeho respondentů se vyrovnává se stresem volnočasovými aktivitami a to z celkového počtu 180 respondentů.

Autor Sívek (2014) při svém kvalitativním průzkumu pomocí strukturovaných rozhovorů s policisty došel k výsledku, že příslušníci uvádějí trávení volného času zejména sportovními aktivitami jako hlavní způsob boje proti stresu a syndromu vyhoření.

Autorka Němcová (2014) došla na základě provedeného kvalitativního výzkumu, ve kterém se svých respondentů dotazovala, co považují za stěžejní v prevenci vzniku

syndromu vyhoření k podobnému závěru. Za zásadní tedy označuje věnovat se svým koníčkům.

Studie Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN z roku 2015 uvádí, že dotazovaní lékaři uvedli volnočasové aktivity jako nejčastější prostředek proti stresu. Uvedenou variantu volilo 35% respondentů z celkového počtu 1027 respondentů. Rovněž autoři Krivohlavý a Pečenková (2004) upozorňují na nutnost a význam snahy v oblasti dodržení rovnováhy mezi stresory (ty co nás zatěžují) a mezi salutory (ty co nám dávají sílu).

Dále jsme v práci zjišťovali míru vlivu délky zaměstnání na vznik syndromu vyhoření. Předpokládali jsme, že syndrom vyhoření se bude vyskytovat zejména u pracovníků s nejdelší praxí v IZS. Tento předpoklad se nám potvrdil. Nejvyšší míru vyhoření v našem dotazníku udávali pracovníci, kteří se v oboru pohybují nad 20 let. Druhou nejpočetnější skupinu pracovníků, kteří se potýkají se syndromem vyhoření, tvořili ti, kteří ve svém oboru pracují od 15 do 20 let.

Autorka Bartošíková (2006) uvádí, že: *„Při vzniku syndromu vyhoření se neprokázala žádná souvislost s inteligencí, věkem, stavem, vzděláním ani délkou praxe v oboru, ani s dobou, po kterou je zastávána současná pozice. Střední, vyšší ani vysokoškolské vzdělání nijak nezmenšuje působení stresorů a samo neusnadňuje zvládnutí zátěže“* (Bartošíková, 2006, s. 35). Nám se však v rámci výzkumu potvrdilo spojení mezi délkou praxe a náchylností ke vzniku syndromu vyhoření.

Autor Süß (2011) se rovněž ve svém výzkumu zabýval problematikou vlivu délky praxe na výskyt syndromu vyhoření. Zjistil, že celkem 55% respondentů je přesvědčeno, že délka praxe ovlivňuje syndrom vyhoření, tedy že pracovníci s delší odbornou praxí mají s ohledem na profesní život vyšší sklon k vzniku syndromu.

Podobných výsledků dosáhla i autorka Morávková (2013) při svém dotazníkovém šetření. Ve výsledcích kvantitativního výzkumu, který prováděla u nelékařských zdravotnických pracovníků pracujících u ZZS lze nalézt, že nejvyšší stav vyčerpání a největší sklony k vzniku syndromu vyhoření uvedli respondenti, kteří mají délku praxe v průměru kolem 20 let.

Autor Kutěj (2007) ve své práci uvádí, že při sledování míry vlivu délky praxe pracovníků pomáhajících profesí na vznik syndromu vyhoření došel k závěru, že nejohroženější skupinu tvoří respondenti s délkou praxe od 21 do 25 let.

Autorka Tvrdková (2014), která prováděla kvantitativní výzkum u respondentů z řad příslušníků HZS ČR, uvádí, že 67% respondentů z těch, kteří uváděli délku praxe

nad 20 let, bylo v prvním intervalu a 33% ve druhém intervalu výskytu syndromu vyhoření. Závěrem jejího výzkumu tedy lze konstatovat, že intenzita příznaků syndromu vyhoření souvisí s délkou praxe.

Autorka Šeblová (2013) ve své publikaci uvádí výsledky tureckých autorů Karta et al z roku 2006, kteří se zaměřili na míru a prevalenci projevů syndromu vyhoření. Výsledkem studie těchto autorů bylo, že všichni účastníci studie, jejichž délka praxe převyšovala 10 let, měli příznaky syndromu vyhoření. Kalpalatha a kol (2014) prováděli výzkum výskytu syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků pracujících v intenzivní péči. Celkový počet respondentů bylo 213. V oblasti emočního vyčerpání stupnici žádné označilo odpověď žádné 6 % jejich respondentů, mírné označilo 54% jejich respondentů a stupnici vysoké označilo 40 % respondentů. Pocity odosobnění na podkladě syndromu vyhoření v interakci s klientem uvádělo 40,6 % jejich respondentů.

Některé stresové situace mohou být natolik závažné, že přechází v psychické trauma. Závažnost traumatu vystihují autoři Praško, Hájek a Pašková (2003) „*Trauma zraňuje. Zranění může být tělesné, ale také emoční. Emoční zranění může být daleko bolestnější než fyzické a také se může hůře a déle hojit. Neléčené může také bolet celý život. Trauma vzniká v důsledku události přesahující běžnou lidskou zkušenost a lze si ho zjednodušeně představit jako psychické poranění*“ (Praško, Hájek, Pašková, 2003, s. 11).

Lze tedy plně souhlasit následujícím tvrzením, že „*psychická zátěž představuje důležitý faktor, který ovlivňuje míru pracovní pohody. Odezva organismu (míra intenzity psychické tenze) na negativní působení stresorů je samozřejmě také závislá na typu osobnosti exponovaného člověka*“ (Hodáčová a kol, 2007, s. 335)-

Autor Malík (2007) na základě kvantitativního výzkumu, který prováděl u příslušníků HZS ČR s celkovým počtem 107 respondentů, uvádí následující výsledky. 74 % jeho respondentů zastávalo názor, že traumatizující zážitky mohou velmi negativně působit na psychický stav hasiče. 44 % respondentů uvádělo že, nahromadění negativních a vysoce traumatizujících zážitků může v důsledku vést až k tomu, hasič nebude schopen vykonávat svoji funkci. Následně uvádí, že 36 % respondentů, i přes výskyt psychických obtíží, by nikdy nevyhledalo odbornou pomoc u psychologa

Autor Meier (2003) poukazuje na skutečnost, že povolání lékaře je v odborné literatuře detekováno jako povolání, které je v nejvyšší míře spojováno se syndromem vyhoření. Autor prováděl výzkum v oblasti syndromu vyhoření u zdravotnických

pracovníků v Kanadě, s celkovým počtem 2250 respondentů. Přičemž se syndrom vyhoření vyskytuje až u 46% respondentů z řad lékařů a nemocničního personálu.

Autorka Očenášková (2007) ve výsledcích svého výzkumu uvádí, že 42,4% respondentů (z celkového počtu 210) z řad příslušníků PČR vykazuje alespoň některé znaky syndromu vyhoření. Akutní fázi syndromu vyhoření procházelo 10,9% jejich respondentů.

Na problematiku spokojenosti respondentů s povoláním na základě rodinného zázemí se vážala hypotéza č. 3. Data k verifikaci této hypotézy jsme získali pomocí analýzy výsledků k otázce č. 6. Na základě vyhodnocení dat můžeme konstatovat, že nejvyšší míru spokojenosti (64,8%) vykazovali respondenti žijící v manželství. Největší nespokojenost jsme zaznamenali u rozvedených respondentů. Podobných výsledků dosáhl i autor Kutěj (2007), který zaznamenal nejvyšší míru vyhoření u rozvedených respondentů (2,8 z celkové stupnice 3). Autorka Šeblová (2013) uvádí: „*Lepší zvládací schopnosti mají jedinci z fungujících rodin i fungujících širších sociálních skupin*“ (Šeblová, 2013, s. 19).

Z praxe vyplývá, že většina policistů se snaží se závažnými situacemi vyrovnávat sama anebo s podporou vlastní rodiny nebo osob blízkých. Autorka Čírtková (2004) uvádí, že velký počet příslušníků PČR je přesvědčeno, že by měli být psychicky odolní a nezranitelní. Detailně k tomu uvádí: „*K posttraumatické reakci jsou predisponováni zejména ti policisté, kteří vědomě usilují o potlačování přirozených citových reakcí, kteří se naučili nedávat svoje city nikdy najevo a kteří povrchně touží po roli tvrdého, nekompromisního strážce zákona*“ (Čírtková, 2004, s. 132).

Autorka Sotolářová (2004) ve své publikaci uvádí, že od příslušníka HZS ČR se očekává, že MU a krizové situace odborně zvládne, po všech stránkách a to vzhledem k tomu, že je na zvládnutí takových situací vycvičen. Autorka doslova uvádí „*všeobecně rozšířený omyl, že hasič je ze železa, které se v ohni kalí a zoceluje, a proto musí vše bez problému vydržet*“ (Sotolářová, 2004, str. 29).

Autorka Kostúrová (2014) ve svém dotazníku v rámci kvantitativního výzkumu pokládala otázku, zda jsou respondenti z řad nelékařského zdravotnického personálu pracujícího v intenzivní péči spokojeni s výsledkem výběru svého povolání. Zaznamenala celkem 57,4% spokojených respondentů z celkového počtu 115 respondentů.

Autorka Macková (2013) zjišťovala stupeň osobního uspokojení v rámci výkonu povolání u IZS. 43,3% (z celkového počtu 137 respondentů) respondentů uvedlo vysokou míru osobního uspokojení.

Autorka Morávková (2013) také u svých respondentů zjišťovala míru osobního uspokojení v rámci výkonu svého povolání. Celkem 27,5% respondentů (z celkového množství 127) vykazovalo vysokou míru uspokojení, 33,1% mírný stupeň osobního uspokojení.

Dále jsme se zaměřili na intenzitu vyskytujících se příznaků psychického vyčerpání v souvislosti s výkonem povolání dle kraje, kde profesi vykonávají. Nejvyšší míru vyčerpání (42,6%) uvedli respondenti z Plzeňského kraje, naopak nejmenší procento vyhořelých (15,5%) uváděli respondenti v Jihomoravském kraji. V studii Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN z roku 2015 se také průzkumníci zaměřili na výskyt vyčerpání na základě krajské příslušnosti. Autoři uvádí, že nejvyšší míru výskytu vyčerpání zaznamenali v Moravskoslezském kraji (28%), dále v Pardubickém (23%) a ve Středočeském (22%). Hledáme-li shodu, tak podobnost výsledků nacházíme.

Dále jsme se respondentů dotazovali, co považují za hlavní pracovní stresory, této problematice se týkala otázka číslo 7. U této otázky mohli respondenti uvést více odpovědí. Za nejčastější pracovní stresor respondenti označili náročnou komunikaci s klienty, celkem 125 (43,4%) z počtu 288 respondentů. Druhým nejčastějším faktorem byla označena psychicky náročná práce, to považuje 118 (41%) respondentů za stresovou. Autoři Kebza a Šolcová (2003) uvádí, že v rámci komunikace s klienty se projevy syndromu vyhoření dají pozorovat v negativních postojích, cyničnosti, necitlivosti, sociální komunikace bývá snížena. Typická bývá i snížená empatie.

Jak uvádí autorka Večeřová-Procházková (2005) v případě rozvoje syndromu vyhoření bývá oblast sociálních vztahů často velmi nepříznivě ovlivněna. Zejména se to projevuje v omezení kontaktu s klienty, i kolegy a k nárůstu konfliktů. Autorka Libigerová (1999) uvádí, že mezi další negativní prvky v komunikaci můžeme zařadit neochotu spolupracovat, projevy agresivní asertivity, nadřazenost a nevyužívání jednotlivých komunikačních schopností, jako jsou respekt, empatie, projevy porozumění, projevení zájmu a jiné.

Autorka Kostúrová (2014) se respondentů při dotazníkovém šetření dotazovala na psychickou náročnost zaměstnání. Uvádí, že 39% respondentů (z celkového počtu 115) považuje práci v IZS za velmi psychicky náročnou.



Autorky Marečková a Valentová (2000) uvádějí, že zaměstnanec ZZS se při výkonu svého povolání často setkává s negativními faktory pracovního prostředí. Dle názoru autorek sem patří nedocení pracovních výsledků a nedostatečná podpora ze strany zaměstnavatele, zlé materiální vybavení pracoviště, nedostatečné finanční a sociální ohodnocení, přílišné přetížení pracovníka, negativní mezilidské vztahy a další. Na vzniku syndromu vyhoření se podílí i postupná ztráta ideálů, nedostatek personálu a s tím spojené přetížení pracovníků, současné působení stresových situací v soukromém životě a workoholismus.

Autorka Vágnerová (2003) v souvislosti s psychickými následky výkonu povolání u PČR uvádí, že použití střelné zbraně se smrtelnými následky považovalo za značnou zátěž 92% respondentů z řad příslušníků PČR.

Autorka Čírtková (2004) na základě provedeného kvantitativního výzkumu uvádí následující zátěžové faktory v profesi příslušníka PČR: práce ve směnném režimu (zejména nedostatek odpočinku), veřejné mínění o práci PČR (neúcta), setkávání se s utrpením a smrtí, bezmoc a marnost v rozhodování a v neposlední řadě riskantní situace (agresivní pachatelé).

Autor Simon (2012) ve výsledcích svého kvantitativního výzkumu uvádí následující pracovní stresory u příslušníků PČR. Těživá finanční situace představovala 57,7% ze všech odpovědí, strach o ztrátu zaměstnání 47,5%, špatné mínění o policii 30%, přetěžování na pracovišti 8,75% a 15% špatné vybavení na pracovišti (je nutné konstatovat, že jednotliví respondenti mohli uvést více variant odpovědí). Autorka Tvrdková (2014) ve výsledcích svého kvantitativního výzkumu uvádí následující nejvýznamnější pracovní stresory u respondentů z řad příslušníků HZS ČR: nízké finanční ohodnocení, organizační potíže a velká zodpovědnost při práci.

Jak uvádí autor Dlouhý (2004) v praxi se u příslušníků PČR setkáváme se skutečností, že mladý a elánem nabitý policista postupem času ztrácí své nadšení a zanícenost pro práci a přijímá cynické postoje od kolegů, což v důsledku vede k rozvoji syndromu vzhoření.

Vymětal a kol (2010) uvádějí, že mimořádná zátěž ovlivňuje psychiku příslušníka PČR a mohou se následně u něj projevit podrážděnost, vztek, úzkost, deprese, bezmocnost, pocity nejistoty, viny či studu, ztráta životní spokojenosti apod. Detailně uvádí, *„že uvedené problémy mohou policistu zaskočit svou intenzitou nebo nezvyklostí. Mohou také negativně ovlivnit jeho pracovní výkon a rodinné vztahy. Mohou se podílet na ztrátě životní spokojenosti, pocitech marnosti a bezvýchodnosti, profesním vyhoření,*

*pocitech odcizení se sobě i druhým. V extrémním případě pak mohou vyústit v pracovní neschopnost, závislost na alkoholu nebo sebevražedné úvahy“ (Vymětal a kol, 2010, s. 36).*

Jak uvádí autorka Hoskovcová (2009) v USA se v rámci odborné pomoci traumatizovaným a ohroženým policistům osvědčil tzv. „*peer program*“ V rámci tohoto programu je policistům nabízena služba, v rámci které mohou probírat traumatizující událost s dobrovolníkem (neprofesionálem), který disponuje nutnou dávkou empatie, schopnosti naslouchání, dovednosti vyjasnit problematiku a podporovat zotavovací proces. Základním cílem je, aby policisté byli schopni účinně bojovat s každodenní dávkou stresu a zabránili tak výskytu deprese, problémům se vztahy, vzniku závislostí a nepropadali krizi a syndromu vyhoření.

V závěru diskuze konstatujeme, že lze souhlasit s autorkou Šeblovou (2007), která pro potřeby prevence syndromu vyhoření u pracovníků ZZS uvádí následující doporučení:

- ***V rámci kontinuálního vzdělávání pracovníků zařadit preventivně zaměřené přednášky***
- ***Zavádění programů krizové intervence - základní podmínkou je zajištění informovanosti příslušných vedoucích pracovníků o tom, že došlo ke kritické události, rozhodnutí o indikaci, typu a načasování intervence, včasná organizace intervenujícího týmu na základě existující databáze psychologů a peerů s výcvikem, logistické zajištění. Nutné je i zpětné vyhodnocování účinnosti těchto programů;***
- ***Vytvoření specifického programu pro operátory/operátorky vzhledem k odlišnému charakteru práce a vysoké míře psychologické zátěže.***
- ***Vzhledem k vysokému riziku vlastní ho ohrožení během výkonu služby, které bylo v této studii zjištěno, by bylo vhodné vytvořit specifické intervenční programy pro napadené pracovníky (Šeblová, 2007, s. 14).***

Naši respondenti z řad pracovníků IZS uváděli, že mají zájem vzdělávat se v oblasti CISM a prevence syndromů vyhoření. Zájem vzdělávat se v oblasti CISM uvedlo 49,65% respondentů se středoškolským vzděláním, 41,1% respondentů s ukončeným vyšším odborným vzděláním a bakalářským typem vysokoškolského studia a 29% respondentů s magisterským typem vysokoškolského studia. Zájem vzdělávat se v oblasti syndromu vyhoření uvedlo 37,4% respondentů se středoškolským

vzděláním, 34,7% respondentů s ukončeným vyšším odborným vzděláním a bakalářským typem vysokoškolského studia a 56,5% respondentů s magisterským typem vysokoškolského studia.

Příjemným zjištěním pro nás byla skutečnost, že 73 respondentů z řad příslušníků HZS ČR což představuje 76,8% i přes psychickou náročnost povolání hasiče, by neměnilo své povolání. V případě respondentů z řad příslušníků PČR to bylo 48,9% respondentů a v případě zaměstnanců ZZS to bylo 46,5%.

## 7 ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo zjistit, zda se pracovníci IZS, jejichž práce spadá do pomáhajících profesí, ve svém profesním životě setkali se syndromem vyhoření. Zároveň také zjistit, které pracovní stresory jsou rizikové pro vznik tohoto syndromu a jaké metody prevence vzniku syndromu vyhoření pracovníci využívají.

Spokojeně a s radostí chodit do práce je výsadou členů správně sehraného kolektivu, kde si jednotliví členové dokážou vyhovět a i v obtížných situacích si dokážou pomáhat. Protože práce v IZS je prací týmovou, je pochopení potřeb toho druhého velmi důležité. Při správném pochopení a při vytváření příjemného, bezkonfliktního pracovního prostředí je nižší nebo nízký předpoklad vzniku syndromu vyhoření.

Náročnost práce v pomáhajících profesích se odráží zejména ve vztahu k zasažené osobě. Velmi náročné je propojení odbornosti, dodržování etických pravidel, vytvoření atmosféry důvěry a emocionální podpory.

Z výzkumu nám vyplynulo, že práce v IZS je pro pracovníky fyzicky, ale zejména psychicky velmi náročná a že se jim nevyhýbá stres, potažmo se potýkají se syndromem vyhoření. Tato zátěž má vliv na jejich vztah k těm, komu poskytují pomoc.

Je nevyhnutelné systémově se zaměřit na prevenci vzniku syndromu vyhoření. Zejména umožnění účasti na jednotlivých specializačních kurzech zaměřených na zvládání a prevenci syndromu vyhoření. Výkon náročné práce, která předpokládá vynaložení maximálního úsilí, vyžaduje podporu relaxačních aktivit a vytvoření spokojeného pracovního a osobního života.

Na úrovni jednotlivce je potřebné zvýšit informovanost o zdraví a jeho ochraně, o problematice syndromu vyhoření a možnostech odborné pomoci. Dále je důležité prohlubování kvalitních a funkčních mezilidských vztahů, osvojení efektivní komunikace a formulace cílů, které jsou dosažitelné.

Na úrovni organizace je jedním z nejdůležitějších činitelů sociální opora. Důležitou roli hraje i rovnováha mezi mírou zodpovědnosti a mírou pravomocí. Stres může zmírnit vyhovující pracovní prostředí, adekvátní finanční ohodnocení, morální a společenské ohodnocení, rekreační akce v mimopracovní době a reálné šance na služební postup. Měly by být vytvořeny podmínky pro efektivní týmovou práci, podporovat ji a vyzdvihovat.

## 8 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 2006. 86 s. ISBN 80-7013-439-9
2. BAŠTECKÁ, B. a kol. *Psychosociální krizová spolupráce*. Praha: Grada. 2013. ISBN 978-80-247-4195-6
3. BUCHANCOVÁ, J., VARGOVÁ, A.: Profesionálny stres, syndróm z profesionálneho vyhorenia. In: *Slovenský lekár*, roč. 11, 2001, č. 7-8, s. 259-265. ISSN1335-0234
4. ČÍRTKOVÁ, L. 2004. *Forenzní psychologie*. Praha: Portál, 2004. 248 s. ISBN 80-86473-86-4
5. ČÍRTKOVÁ, L.: *Policejní psychologie*. 2. rozšířené vydání. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-931-3
6. DLOUHÝ, D.: *Etický kodex policie a jeho funkce v demokratickém právním státě*. Diplomová práce. Praha. Policejní akademie, 2004. Vedoucí Mgr. Zuzana Hercogová
7. GABURA, J. *Sociálne poradenstvo*. Bratislava: Občianske združenie Sociálna práca, 2005. 221 s. ISBN 80-89185-10-X
8. HALÍK, T. *Sedm úvah o službě nemocným a trpícím*. 1. vyd. Brno: Cesta, 1993. ISBN 80-85319-27-6
9. HAŠKOVCOVÁ, H.: Péče o ošetřující týmy - pomáhající profese o sobě. In: *Praktický lékař*, roč. 80, 2000, č. 4, s. 228-229. ISSN 0032-6739
10. HAWKINS, P., SHOHET, R. *Supervize v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 202 s. ISBN 8071787159

11. HOSKOVCOVÁ, S. 2009. *Psychosociální intervence*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2009. 184 s. ISBN 978-802-4616-261
12. HODAČOVÁ, L., ŠMEJKALOVÁ, J., SKALSKÁ, H., BENDOVIÁ, M., BORSKÁ, L., FIALOVÁ, D. Hodnocení pracovní psychické zátěže u zaměstnanců různých profesí. In: *Československá psychologie*, 2007, roč. 51, č. 4, s. 335 – 346. ISSN 0009-062-X
13. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2003. ISBN 80-7254-329-6
14. JOBÁNKOVÁ, M. a kol.: *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*, vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002. 225 s. ISBN 80-7013-365-1
15. GUNTUPALLI, K. K., WACHTEL S, MALLAMPALLI A, SURANI S. Burnout in the intensive care unit Professional. In. *Indian Journal of Critical Care Medicine*. 2014. vol. 18. no. 3. 139 - 143 pp. ISSN 0972-5229
16. KEBZA, V.: *Psychosociální determinanty zdraví*, 1. vyd. Praha: Academia, 2005. 263 s. ISBN 80-200-1307-5
17. KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření*. Praha: SZU, 2003. 26 s. ISBN 80-7071-231-7
18. KNEZOVÍČ, R., RALBOVSKÁ, R. *Komunikace pro pomáhající profese*. Praha: Evropské vzdělávací centrum, 2009. 60 s. ISBN 978-80-87386-03-3
19. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 5. vyd. Praha: Portál, 2006. 147 s. ISBN 80-7367-181-6
20. KOSTŮROVÁ, Alexandra. *Syndróm vyhorenia sestier pracujúcich na jednotkách intenzívnej starostlivosti*. Brno, 2014. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce PhDr. Marie Zítková
21. KŘIVOHLAVÝ, J. PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2004. 80 s. ISBN 80-247-0784-5

22. KŘIVOHLAVÝ, J. *Sestra a stres: Příručka pro duševní pohodu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3149-0
23. KŘIVOHLAVÝ, J. *Optimismus, pesimismus a prevence deprese*. Praha: Grada, 2012. 144 s. ISBN 978-80-247-4007-2
24. KUTĚJ, Adam. *Syndrom vyhoření u pracovníků pomáhajících profesí*. Brno, 2007. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra sociální pedagogiky. Vedoucí práce PhDr. Jana Veselá, Ph.D.
25. LIBIGEROVÁ, E.: *Syndrom profesionálního vyhoření*. In: *Praktický lékař*, roč. 79, 1999, č. 4, s. 186-190. ISSN 0032-6739
26. MACKOVÁ, Denisa. *Syndrom vyhoření u sester pracujících se seniory v dlouhodobé péči*. Brno, 2013. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce PhDr. Michaela Schneiderová
27. MALÍK, L. *Názory příslušníků HZS ČR na posttraumatickou intervenční péči*. In: *112: odborný časopis požární ochrany, integrovaného záchranného systému a ochrany obyvatelstva*, 2007, roč. 6, č. 6, s. 13. ISSN 1213-7057
28. MALÝ, S. *Studie šetření reálných pracovních podmínek a pracovního prostředí jako indikátoru poškození zdraví a časového zkrácení profesní schopnosti u specifických profesí v ČR*. In: *Závěrečná zpráva k projektu Číslo projektu: HR 176/08 Doba řešení: 8. 9. 2008 – 30. 11. 2009 Číslo smlouvy: GK MPSV-01-176/08*. ISBN neuvedeno.
29. MAREČKOVÁ, J., VALENTOVÁ, I. *Syndrom vyhoření a sledování jeho výskytu u sester*. In: *Ošetrovatelství na prahu 3. tisíciletí*, 2000, s. 70 - 76. ISBN 80-86257-21-5
30. MINIRTH, F., a kol. *Jak překonat vyhoření: naučte se rozpoznávat, chápat a zvládat stres*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 2011. 138 s. ISBN 978-80-7255-252-8
31. MITCHELL, J. T. *Major Misconceptions in Crisis Intervention*. In: *International Journal of Emergency Mental Health*, 2003, vol. 5 no. 4, 185-197 pp. ISSN 1522-4821

32. MODUL Č. 10. Posttraumatická intervenční péče. Twinning-Project CZ 98/IB/JH/02 „Komplexní systém řízení lidských zdrojů pro Policii ČR“. 4. vyd. Praha, 2001. ISBN neuvedeno
33. MORÁVKOVÁ, J. *Faktory ovlivňující výskyt syndromu vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků*. Brno, 2013. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce PhDr. Marie Macková, Ph.D.
34. MOROVICSOVÁ, E. A kol. *Komunikácia v ošetrovatelstve*. 1. vyd. Bratislava: Vydavateľstvo UK, 2004. 138 s. ISBN 80-223-1940-6
35. NĚMCOVÁ, K. *Prevence syndromu vyhoření u pracovníků pomáhajících profesí v přímém kontaktu s klienty*. Brno, 2014. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. Vedoucí práce Prof. PhDr. Libor Musil, CSc.
36. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislosti*. Praha: Portál, 2011. 176 s. ISBN 978-80-7367-908-8
37. NOTOVÁ, P., PÁLENÍKOVÁ, V.: Syndróm vyhorenia. In: *Psychiatria*, roč. 18, 2003, č. 4, s. 221-223. ISSN 1335-423X
38. OČENÁŠKOVÁ, N. *Syndrom vyhoření u příslušníků Policie České republiky*. Rigorózní práce. Praha. FF UK, 2007. Vedoucí: PhDr. Ilona Gillernová, CSc.
39. PRAŠKO, J., HÁJEK, T., PRAŠKOVÁ, B. *Stop traumatickým vzpomínkám: Jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-811-2
40. RALBOVSKÁ, R., KNEZOVÍČ, R., *Management*. Praha: Evropské vzdělávací centrum, 2010. 120 s. ISBN 978-80-87386-04-0
41. RUSH, M. D. *Syndrom vyhoření*. vyd. 1. Praha: Návrat domů. 2003. 129 s. ISBN 80-7255-074-8



42. SELIGMAN, M. E. P.: *Opravdové štěstí*. Praha: Ikaros 2003. 391 s. ISBN 80-249-0293-1
43. SCHMIDBAUER, W. *Syndrom pomocníka*. 2. vyd. Praha: Portál, 2015. 240 s. ISBN 978-80-262-0865-5
44. SCHREIBER, G., AKKERMANS. H. *Knowledge engineering and management: the CommonKADS methodology*. Cambridge: MIT Press, 2000. 455 s. ISBN 0-262-19300-0
45. SIMON, R. *Stresové faktory v práci Policie*. Brno, 2012. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, Institut mezioborových studií. Vedoucí práce PhDr. Geraldina Palovčíková CSc.
46. SÍVEK, R. *Syndrom vyhoření u policistů*. Brno, 2014. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, Katedra sociální politiky a sociální práce. Vedoucí práce prof. PhDr. Libor Musil, CSc.
47. SOTOLÁŘOVÁ, M. Hasičský záchranný sbor a integrovaný záchranný systém In *Terénní krizová práce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0708-X
48. SOTOLÁŘOVÁ, M. Psychologické laboratoře HZS ČR. In: *112: odborný časopis požární ochrany, integrovaného záchranného systému a ochrany obyvatelstva*, 2004, roč. 3, č. 5, str. 29, ISSN 1213-7057
49. STOCK, C. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládat*. Praha: Grada, 2010. s. 181. ISBN 978-80-247-3553-5
50. SÜSS, R. *Syndrom vyhoření u pracovníků v ošetrovatelské péči*. Bratislava, 2011. Diplomová práce. Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Katedra ošetrovatelstva. Vedoucí práce PhDr. et Mgr. Rebeka Ralbovská, Ph.D.
51. ŠEBLOVÁ, J. Zátěž a stres pracovníků zdravotnických záchranných služeb. In: *112: odborný časopis požární ochrany, integrovaného záchranného systému a ochrany obyvatelstva*, 2007, roč. 6, č. 3, str. 13-15, ISSN 1213-7057

52. TVRDKOVÁ, D. Syndrom vyhoření u příslušníků Hasičského záchranného sboru v ČR. Praha, 2014. Diplomová práce. Vysoká škola ekonomická v Praze. Vedoucí práce PhDr. Zuzana Hubinková, Ph.D.
53. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pracovníky policie a vězeňské služby*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita, 2003. 102 s. ISBN 80-708-3702-0
54. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008. 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4
55. VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A.: *Syndrom vyhoření jako důsledek zanedbávání péče o sebe u lékařů a zdravotníků*, In: *Urgentní medicína*, 2005. roč. 8, č. 2. s. 25 – 29. ISSN 1212-1924
56. VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. 543s. ISBN 978-80-262-0212-7
57. VYMĚTAL, Š. A kol. *Možnosti psychologické podpory v Policii ČR*. 1. vyd. Praha: Tiskárny MV, p.o., 2010, s. 80. ISBN 978-80-7312-065-8.
58. WINTNEROVÁ, J.: Úskalí práce sestry na hematologickém oddělení. In: *Sestra*. 2003, roč. 13, č. 2, s. 10-11. ISSN 1210-0404

### **Internetové zdroje**

1. HUMPL, L., VRASPÍROVÁ, H., MARKOVÁ, M. Psychosociální intervence ve zdravotnictví. In Sborník příspěvku z konference Medicíny katastrof. 2013. [cit. 16. 4. 2016]. Dostupné z: <http://www.unbr.cz/Data/files/Konf%20MEKA%202013/7%20abstrak%20Humpl.pdf>
2. MEIER, C. F. Survey documents doctor burnout In Canada. Health Care News, The Heartland Institute, 2003. Poslední změna článku 1. 10. 2003. 10:35 [cit. 16. 4. 2016]. Dostupné z: <http://news.heartland.org/newspaper-article/2003/10/01/survey-documents-doctor-burnout-canada>

3. ŠEBLOVÁ, J. Syndrom vyhoření ve zdravotnictví. 2013. [cit. 1. 5. 2016]. Dostupné z: <http://www.csspraha.cz/wcd/users-data/file/syndrom-vyhoreni-zdravot.pdf>

## **9 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK**

CISD - Critical Incident Stress Debriefing

CISM - Critical Incident Stress Management

HZS ČR - Hasičský záchranný sbor ČR

IZS - Integrovaný záchranný systém

MU - mimořádná událost

OP - odborná pomoc

PČR - Policie České republiky

PIP - Posttraumatická intervenční péče

SPIS - Systém psychosociální intervenční služby

SV - Syndrom vyhoření

TPP - Týmy posttraumatické péče

ZZS - Zdravotnická záchranná služba

## **10 SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK**

Tab. 1 - Procentuální výskyt příznaků psychického vyčerpání v souvislosti s výkonem povolání dle příslušnosti k jednotlivým složkám IZS. ....	40
Tab. 2 - Procentuální zájem respondentů o problematiku CISM a syndromu vyhoření	42
Tab. 3 Vliv psychického vyčerpání na komunikaci.....	44

## 11 SEZNAM POUŽITÝCH GRAFŮ

Graf 1 - Příslušnost k vybrané organizaci a kraj výkonu povolání u IZS.....	34
Graf 2 - Nejvyšší ukončení vzdělání u respondentů .....	35
Graf 3 - Rodinný stav respondentů .....	35
Graf 4 - Délka praxe u respondentů .....	36
Graf 5 - Spokojenost respondentů s povoláním u IZS dle krajů.....	36
Graf 6 - Spokojenost respondentů s povoláním dle rodinného zázemí .....	37
Graf 7- Pracovní stresory .....	38
Graf 8 - Intenzita vyskytujících se příznaků psychického vyčerpání v souvislosti s výkonem povolání dle délky praxe u IZS .....	39
Graf 9 - Intenzita vyskytujících se příznaků psychického vyčerpání v souvislosti s výkonem povolání dle kraje výkonu povolání u IZS .....	39
Graf 10 - Intenzita vyskytujících se příznaků psychického vyčerpání v souvislosti s výkonem povolání dle příslušnosti k jednotlivým složkám IZS .....	40
Graf 11 - Vyhledání odborné pomoci psychologa, krizového intervenanta nebo peera ....	41
Graf 12 - Zájem respondentů o problematiku CISM a syndromu vyhoření .....	42
Graf 13 - Způsob prevence syndromu vyhoření .....	43
Graf 14 - Vliv psychického vyčerpání na komunikaci .....	44
Graf 15 - Vliv psychického vyčerpání na rozhodovací proces respondentů .....	45
Graf 16 - Výskyt somatických potíží u respondentů .....	45
Graf 17- Změna povolání.....	46

# 12 SEZNAM PŘÍLOH

## *Příloha 1 Dotazník*

Dovoluji si Vás oslovit a požádat o spolupráci ve formě vyplnění anonymního nestandardizovaného dotazníku. Tento dotazník bude nedílnou součástí diplomové práce v rámci ukončení mého magisterského studia v oboru Civilní nouzové plánování na Českém vysokém učení technickém v Praze.

Odpovědi prosím označte křížkem. U některých otázek může být označeno i více možností. U těch, které mají na výběr odpověď jiné naleznete volné místo pro Vaši odpověď. Pokud budete mít potřebu se k některé otázce vyjádřit více, rozhodně tak učíňte.

Vámi poskytnuté informace jsou zcela anonymní a budou sloužit pouze pro účely zpracování diplomové práce.

Děkuji za Váš čas a spolupráci

Bc. Denisa Charlotte Ralbovská

### **1. Uveďte příslušnost k následující organizaci**

- Hasičský záchranný sbor ČR
- Policie ČR
- Zdravotnická záchranná služba

### **2. Uveďte kraj výkonu Vašeho povolání u IZS**

- Plzeňský kraj
- Středočeský kraj
- Praha
- Pardubický kraj
- Jihomoravský kraj

### **3. Uveďte Vaše nejvyšší ukončené vzdělání**

- středoškolské vzdělání
- vyšší odborné vzdělání/ vysokoškolské (I. stupně)

- vysokoškolské (II. stupně)

#### **4. Uveďte Váš rodinný stav**

- nezadaný/á
- zadaný/a v partnerství
- ženatý/vdaná
- rozvedený/á bez současného partnera
- ovdovělý/á bez současného partnera

#### **5. Uveďte délku praxe u IZS**

- do 1 roku
- od 1 do 5 let
- od 6 do 10 let
- od 11 do 15 let
- od 16 do 20 let
- nad 20 let

#### **6. Uveďte variantu odpovědi na následující tvrzení: „s výkonem povolání u IZS jsem spokojen“**

- ano
- ne
- nechci uvést odpověď

#### **7. Uveďte, které z následujících variant odpovědí, dle vašeho uvážení, považujete za pracovní stresory. Můžete označit vícero variant. Popřípadě můžete doplnit vlastní.**

- nedostatečné finanční ohodnocení
- směnný provoz
- fyzicky náročná práce
- psychicky náročná práce
- slabé morální ohodnocení
- náročná komunikace s klienty
- krize v soukromém životě
- špatná atmosféra na pracovišti



- krize v soukromém životě
- nedostatečné materiální vybavení
- strach ze ztráty zaměstnání
- jiné. Doplňte jaké

**8. Uved'te intenzitu vyskytujících se příznaků psychického vyčerpání v souvislosti s výkonem povolání.** Varianta 0 označuje zápornou odpověď a varianty od 1 do 3 představují míru intenzity vyskytujících se příznaků psychického vyčerpání

- 0
- 1
- 2
- 3

**9. Uved'te, jestli jste v souvislosti s výskytem příznaků psychického vyčerpání vzhledal odbornou pomoc psychologa, krizového intervenanta nebo peera. Z následujících odpovědí vyberte správnou variantu**

- odbornou pomoc jsem nevyhledal/a
- odborná pomoc při příznacích syndromu vyhoření
- odborná pomoc na zmírnění následků mimořádné události
- odborná pomoc při příznacích syndromu vyhoření i na zmírnění následků mimořádné události

**10. Uved'te, o jakou oblast vzdělávání máte zájem.** Můžete označit jednu variantu nebo více variant.

- nezájem o problematiku
- Syndrom vyhoření
- Critical stress management

**11. Uved'te, jakým způsobem předcházíte vzniku syndromu vyhoření.** Můžete označit více variant odpovědí.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> sportovní aktivitou         | <input type="checkbox"/> celoživotním vzděláváním   |
| <input type="checkbox"/> trávím volný čas s rodinou  | <input type="checkbox"/> odděluji práci od soukromí |
| <input type="checkbox"/> provádím relaxační techniky | <input type="checkbox"/> věnuji se svým zálibám     |

- dodržuji správnou životosprávu                       jiné. Doplňte jaké

**12. Vyskytly se u Vás v souvislosti s příznaky psychického vyčerpání problémy v komunikaci v pracovním kolektivu nebo v komunikaci s klienty? Vyberte příslušnou variantu odpovědi.**

- ne  
 nechci uvést  
 ano, ale ojediněle  
 ano, často

**13. Vyskytla se při výkonu povolání u Vás situace, kdy bylo Vaše rozhodování ovlivněno psychickým vyčerpáním?**

- ne  
 nechci uvést  
 ano, ale ojediněle  
 ano, často

**14. Uveďte, jestli se u Vás v souvislosti s výkonem povolání vyskytly somatické potíže. Pokud ano, vyberte z následujících variant. Můžete uvést více odpovědí, popřípadě doplnit vlastní.**

- nepřítomnost příznaků  
 zažívací obtíže  
 zhoršené dýchání  
 bolesti zad  
 únava  
 změny hmotnosti  
 bolesti hlavy  
 bušení srdce  
 jiné

**15. Uveďte, jestli jste uvažoval/a o změně povolání.**

- ne  
 ano  
 nechci uvést