

Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

Diplomová práce

2018

Bc. Klára Ryněšová

Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

Diplomová práce

Bc. Klára Ryněšová

Nároky profese operátora tísňové linky zdravotnické záchranné služby

Profession requirements of Emergency medical dispatcher

Praha 2018

PhDr. Hedvika Boukalová, PhD.

## Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat PhDr. Hedvice Boukalové, PhD. za odborné vedení této diplomové práce, dále PhDr. Zuzaně Fajtlové, Dis. za odborné konzultace, a rovněž operátorům ze ZOS Jihočeského kraje za čas, který mi věnovali při návštěvě jejich pracoviště. Další a neméně podstatný dík patří mým přátelům (Andy, Ádě, Danče, Pájovi, Fílovi, Barče, Terce, Barunce, Zuzce, Markét a Jendovi) a mým rodičům, kteří mě podporovali a starali se o mé duševní zdraví. V neposlední řadě bych ráda poděkovala Míše, Kláře a Ondrovi za pomoc s nejasnostmi týkající se této práce. A poslední dík patří těm, na které jsem si zrovna teď nevzpomněla...

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci Nároky profese operátora tísňové linky zdravotnické záchranné služby vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 12.12. 2018

.....  
KLÁRA RYNEŠOVÁ



## Abstrakt a klíčová slova

Rynešová, K. (2018). *Nároky profese operátora tísňové linky zdravotnické záchranné služby*. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta, Katedra psychologie.

Tato diplomová práce se věnuje operátorům tísňové linky zdravotnické záchranné služby (dále ZZS) jako stále spíše opomíjené skupině pracovníků ve zdravotnictví. Práce se zaměřuje především na problematiku pracovních nároků této profesně ohrožené skupiny. V teoretické části práce je zmapována profesní problematika s důrazem na psychické fenomény, které se úzce váží k této profesi. Je zde popsána jednak náplň práce operátora zdravotnického operačního střediska ZZS, dále kvalifikační požadavky, pracovní prostředí, druhy volání a specifika komunikace na tísňové lince 155. Dále je pojednáno o sociálních kompetencích jako o faktorech, které souvisí se zvládním dané profesní zátěže. Rovněž jsou popsány negativní fenomény, které se mohou objevit v důsledku působení dlouhodobé profesní zátěže jako je stres, syndrom vyhoření a posttraumatická stresová reakce, ale i ty pozitivní jako spokojenost, které jsou dány do spojitosti s klíčovými sociálními kompetencemi umožňujícími jejich snazší zvládní. V empirické části práce je realizováno kvantitativní výzkumné šetření, které je zaměřeno na identifikaci specifických klíčových sociálních kompetencí, které umožňují efektivní zvládní sledované profese, což je sledováno na indexu celkové životní spokojenosti. Výstup z tohoto šetření slouží k lepšímu pochopení dané problematiky a tento závěr může sloužit jako odrazový můstek pro efektivní výběr vhodných uchazečů pro danou profesní pozici. Je zde rovněž uveden koncept pro rozvoj klíčových sociálních kompetencí umožňujících efektivní zvládní pracovní zátěže a péče o tuto profesní skupinu.

**Klíčová slova:** Zdravotnické operační středisko, operátor tísňové linky ZZS, nároky profese, sociální kompetence, spokojenost.

## **Abstract and key words**

Rynešová, K. (2018). *Profession requirements of Emergency medical dispatcher*. Master Thesis. Prague: Charles University in Prague, Faculty of Arts, Department of psychology.

This master's thesis dedicated to the emergency medical services (EMS) call dispatchers as a rather neglected group of healthcare workers. The main focus is put on the profession requirements of this professionally endangered group. Theoretical part of the thesis describes professional problems with an emphasis on psychological phenomena, which are closely related to this profession. There is described both the work of the EMS call dispatcher, the qualification requirements, working environment, types of calls and the specifics of communication on the 155 Czech national emergency line. The social competences are also discussed as factors related to the handling of the given occupational burden. Thesis also describes negative phenomena that may occur as a result of long-term occupational workload such as stress, burnout syndrome and posttraumatic stress reaction, which are associated with key social competencies that make it easier to manage. In the empirical part of the thesis, quantitative research is being carried out. It is focused on the identification of specific key social competences that allow effective management of the monitored profession, which is monitored on the index of life satisfaction. The results-based outcome of this survey serves for a better understanding of the issue. This result can be used as a springboard for effective selection of suitable candidates for the given profession. There is also a concept for the development of key social competencies enabling effective workload management and care for this professional group.

**Key words:** Emergency Medical Service, EMS call dispatcher, profession requirements, social competence, satisfaction.

# Obsah

<b>SEZNAM ZKRATEK.....</b>	<b>9</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ, OBRÁZKŮ A TABULEK .....</b>	<b>10</b>
<b>ÚVOD .....</b>	<b>11</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>13</b>
<b>1 PRACOVNÍ ČINNOST OPERÁTORA TÍŠŇOVÉ LINKY ZZS A JEJÍ PODMÍNKY .....</b>	<b>13</b>
1.1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ POJÍCÍCH SE K PROFESI OPERÁTORA TÍŠŇOVÉ LINKY ZZS .....	13
1.2 CHARAKTERISTIKA PROFESE OPERÁTORA TÍŠŇOVÉ LINKY ZZS .....	15
1.2.1 <i>Základní činnosti v profesi operátora.....</i>	<i>16</i>
1.3 POPIS PRACOVÍŠTĚ .....	19
1.3.1 <i>Pracovní prostředí – operátorský sál.....</i>	<i>20</i>
1.3.2 <i>Technické vybavení a jeho limity .....</i>	<i>21</i>
1.4 TYPY VOLÁNÍ A DRUHY VÝZEV .....	22
1.4.1 <i>Typy volání .....</i>	<i>22</i>
1.4.2 <i>Druhy výzev.....</i>	<i>23</i>
1.5 SPECIFIKA KOMUNIKACE NA TÍŠŇOVÉ LINCE .....	23
1.5.1 <i>Emoce v komunikaci na tísňové lince .....</i>	<i>25</i>
1.5.2 <i>Zásady krizové komunikace .....</i>	<i>26</i>
1.6 SROVNÁNÍ NÁROKŮ Z RŮZNÝCH TYPŮ TÍŠŇOVÝCH LINEK.....	27
<b>2 STRES U OPERÁTORŮ A JEHO NEGATIVNÍ DŮSLEDKY .....</b>	<b>30</b>
2.1 STRES.....	30
2.2 ZDROJE STRESOVÉ ZÁTĚŽE .....	31
2.3 BURNOUT SYNDROM .....	35
2.4 AKUTNÍ STRESOVÁ REAKCE A POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA.....	36
<b>3 CHARAKTERISTIKY OPERÁTORA, KLÍČOVÉ KOMPETENCE A SPOKOJENOST.....</b>	<b>38</b>
3.1 CHARAKTERISTIKY OPERÁTORA TÍŠŇOVÉ LINKY ZZS .....	38
3.2 SOCIÁLNÍ KOMPETENCE OPERÁTORA TÍŠŇOVÉ LINKY ZZS .....	40
3.2.1 <i>Rozhodování.....</i>	<i>43</i>
3.3 VZTAH SPOKOJENOSTI A SOCIÁLNÍCH KOMPETENCÍ V PROFESI OPERÁTORA TÍŠŇOVÉ LINKY ZZS .....	44
<b>4 PÉČE O ZAMĚSTNANCE .....</b>	<b>46</b>
4.1 PSYCHOSOCIÁLNÍ INTERVENČNÍ SLUŽBA – SPIS.....	47
<b>EMPIRICKÁ ČÁST .....</b>	<b>49</b>
<b>5 CÍLE VÝZKUMU .....</b>	<b>49</b>

<b>6</b>	<b>OPERACIONALIZACE PROMĚNNÝCH</b> .....	<b>49</b>
<b>7</b>	<b>VÝZKUMNÉ OTÁZKY A FORMULACE HYPOTÉZ</b> .....	<b>50</b>
<b>8</b>	<b>VÝZKUMNÉ METODY</b> .....	<b>51</b>
<b>9</b>	<b>POSTUP SBĚRU DAT A JEHO VYHODNOCENÍ</b> .....	<b>54</b>
<b>10</b>	<b>CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU</b> .....	<b>55</b>
<b>11</b>	<b>VÝSLEDKY</b> .....	<b>57</b>
11.1	DESKRIPTIVNÍ STATISTIKA VÝSLEDKŮ Z DOTAZNÍKŮ ISK A DŽS.....	57
11.2	TESTOVÁNÍ PRIMÁRNÍCH HYPOTÉZ.....	59
11.3	TESTOVÁNÍ DÍLČÍCH PŘEDPOKLADŮ.....	63
<b>12</b>	<b>DISKUZE</b> .....	<b>65</b>
12.1	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ A JEJICH APLIKACE.....	65
12.2	LIMITY VÝZKUMU.....	70
12.3	NÁMĚTY PRO DALŠÍ VÝZKUM.....	71
	<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>72</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>73</b>
	ONLINE ZDROJE .....	79
	<b>PŘÍLOHA</b> .....	<b>81</b>
	PŘÍLOHA 1: DOTAZNÍK PRO OPERÁTORY ZOS.....	81
	PŘÍLOHA 2: VÝSLEDKY STATISTICKÉ ANALÝZY.....	94

## **Seznam zkratek**

ČR – Česká republika

DŽS – Dotazník životní spokojenosti

EMS – Emergency medical services

ISK – Inventář sociálních kompetencí

ISZ – Integrovaný záchranný systém

KZOS – Krajské zdravotnické operační středisko

KPR – Kardiopulmonální resuscitace

NZO – Náhlá zástava oběhu

PNP – Přednemocniční neodkladná péče

PTSD – Posttraumatická stresová porucha

SPIS – Psychosociální intervenční služba

TANR – Telefonická asistovaná neodkladná resuscitace

TAPP – Telefonická asistovaná první pomoc

ZOS – Zdravotnické operační středisko

ZZS – Zdravotnická záchranná služba

## Seznam grafů, obrázků a tabulek

Graf 1: Využití peer a psychologické podpory zdravotnickými pracovníky v rámci SPIS

Graf 2: Zastoupení podle pohlaví

Graf 3: Věkové rozložení respondentů výzkumného souboru

Graf 4: Rozložení podle počtu let ve funkci operátora na ZOS

Graf 5: Rozložení výše úvazku operátora ZOS

Graf 6: Rozložení počtu let ve výjezdové skupině

Graf 7: Rozložení počtu let působení ve zdravotnictví

Graf 8: Histogram regresních standardizovaných residuálů u sekundárních škál ISK a životní spokojenosti

Graf 9: Histogram regresních standardizovaných residuálů u primárních škál ISK a životní spokojenosti

Graf 10: Histogram regresních standardizovaných residuálů u sekundárních škál ISK a pracovní spokojenosti

Graf 11: Histogram regresních standardizovaných residuálů u primárních škál ISK a pracovní spokojenosti

Obrázek 1: Operátorský sál

Obrázek 2: Vztah mezi sociálními kompetencemi a souvisejícími pojmy

Obrázek 3: Vztah mezi kompetencemi a nároky dané situace

Tabulka 1: Deskriptivní statistika – sociodemografické charakteristiky

Tabulka 2: Deskriptivní statistika škál ISK a DŽS

Tabulka 3: Deskriptivní statistika škály manželství a partnerství

Tabulka 4: Deskriptivní statistika škály vztah k vlastním dětem

Tabulka 5: Signifikance mezi sekundárními škálami ISK a životní spokojeností

Tabulka 6: Signifikance mezi primárními škálami ISK a životní spokojeností

Tabulka 7: Signifikance mezi sekundárními škálami ISK a pracovní spokojeností

Tabulka 8: Signifikance mezi primárními škálami ISK a pracovní spokojeností

Tabulka 9: Korelace mezi životní spokojeností a počtem let ve zdravotnictví

Tabulka 10: Korelace mezi pracovní spokojeností a počtem let ve zdravotnictví

Tabulka 11: Korelace mezi životní spokojeností a počtem let na ZOS

Tabulka 12: Korelace mezi pracovní spokojeností a počtem let na ZOS

## Úvod

Práce ve zdravotnickém sektoru je obecně velmi náročná profesní oblast, kde se člověk setkává s psychicky značně obtížnými situacemi a s těžkými tématy jako jsou vážná zranění, bezmoc, zoufalství, umírání, ale i agrese. Samozřejmě záleží na tom, v jakém odvětví zdravotnictví člověk pracuje a od toho se odvíjí koncentrace a nápor těchto náročných stresových situací. Jiné to je v ordinaci praktického lékaře a jiné na urgentním příjmu. Zpravidla do klasické ambulance přichází člověk po předchozí rozvaze a v relativně stabilizovaném emočním stavu. Ve srovnání s urgentními příjmy, kde se setkáváme s pacientem, který je vyveden z normálního běhu věcí, vykolejen a emočně rozhozen z kontaktu s krizovou událostí. Setkání s takovýmto pacientem, který může mít pod vlivem emočního hnutí omezené racionální uvažování, případně se u něj dostavuje tunelové vidění situace a bouřlivě se dožaduje pomoci, je pro člověka pracujícího na urgentním příjmu velmi náročné a stresující. Zpravidla se do prvního kontaktu s takovým pacientem dostává operátor tísňové linky zdravotnické záchranné služby (dále ZZS), který funguje jako první nárazník celého systému urgentní péče, kde se může pacient či jeho blízcí dožadovat neodkladné pomoci. Proto je na tísňových linkách obvykle největší nápor prvotních emocí, které člověka nacházejícího se v tísňové situaci zahltní. Role operátora tísňové linky ZZS je i přesto často velmi opomíjená a podceňovaná. Větší ohnisko zájmu je zaměřeno spíše na zdravotnické záchranáře v terénu, zdravotní sestry na urgentních příjmech či na lékaře. Tento fakt je možná i způsoben tím, že operátor tísňové linky není na první pohled ohroženou skupinou, protože by se dalo říct, že do přímého fyzického kontaktu s pacientem nepřichází, a tudíž je daleko větší tlak kladen na zaměstnance, kteří musí čelit pacientovi takzvaně face to face. Ovšem v tomto směru můžeme tuto domněnku vyvrátit tím, že operátorovi sedícímu na dispečinku se do krve vyplavuje stejné množství stresových hormonů (Bedini et al., 2017) jako záchranářům výjezdové jednotky v terénu, kteří mohou tento stres regulovat fyzickou činností, která působí jako účinná ventilace nahromaděného napětí. Případně se na věc můžeme podívat z jiného úhlu, kdy operátor na dispečinku má k záchraně pacienta a diagnostice problému volajícího k dispozici pouze svůj hlas a spoléhá se výhradně na jeden jediný smyslový orgán, na rozdíl od toho záchranář či lékař na místě může využít nejméně čtyři smyslové orgány k určení problému a indikaci dalšího záchranného postupu. Ať tak či tak, operátoři zdravotnických operačních středisek (dále ZOS) jsou neméně ohroženou profesní skupinou, a tudíž by se tato skupina neměla přehlížet a zanedbávat.

Cílem této práce je mimo jiné upozornit na přehlíženou a ohroženou nemalou skupinu zaměstnanců, kteří dnes a denně přispívají k záchraně lidských životů a jsou nepostradatelnou součástí integrovaného záchranného systému. V popředí zájmu jsou psychologické charakteristiky, a to především sociální kompetence, které pracovníkům ZOS pomáhají lépe zvládat každodenní stresové situace v kontaktu s volajícími a rovněž přispívají k celkové životní spokojenosti.

V teoretické části této práce jsou zmapovány nároky, které se vážou k profesi operátora tísňové linky ZZS a je zde přiblíženo zejména psychologické pozadí této profese. To znamená, že jádrem této části jsou kromě popisu profesních požadavků rovněž osobnostní charakteristiky a sociální kompetence, které jsou zásadní pro účinné vyrovnávání se s profesní zátěží. Dále je pojednáno o stresu a negativních důsledcích jeho působení jako je například posttraumatická stresová porucha či syndrom vyhoření, a rovněž o pozadí životní spokojenosti této profesní skupiny. V neposlední řadě je v této části také rozpracována problematika prevence a stávající možnosti péče o zaměstnance ZZS v České republice (dále jen ČR).

V empirické části práce je realizován kvantitativní výzkumný projekt, který je zaměřen na zmapování nároků ve smyslu sociálních kompetencí stávajících pracovníků tísňové linky ZZS, které umožňují efektivní zvládnutí specifické profesní zátěže. Kromě sociálních kompetencí byla do výzkumného šetření rovněž zapracována problematika životní spokojenosti, která nám poslouží jako klíčový faktor pro sledování právě výše zmíněné efektivity. Výstupem je identifikace klíčových sociálních kompetencí, které souvisí s mírou životní, potažmo pracovní spokojenosti. Závěry výzkumného šetření mohou posloužit k výběru vhodných uchazečů o tuto pracovní pozici. Dále je zde rozpracován koncept pro rozvoj identifikovaných sociálních kompetencí v rámci péče o tuto profesně ohroženou skupinu.



## **Teoretická část**

### **1 Pracovní činnost operátora tísňové linky ZZS a její podmínky**

Pro pochopení problematiky nároků, které se pojí k profesi operátora tísňové linky ZZS je nutné si nejprve vymezit základní pojmy, a především pochopit spektrum činností, které musí operátor vykonávat. Rovněž je podstatné popsat pracoviště, druhy volání a typy situací, které operátor dnes a denně řeší, a v neposlední řadě i specifika komunikace na tísňové lince ZZS.

#### **1.1 Vymezení základních pojmů pojících se k profesi operátora tísňové linky ZZS**

Práce operátora tísňové linky ZZS spadá pod integrovaný záchranný systém (dále IZS), který je vymezen v zákoně č. 239/2000 Sb. Integrovaný záchranný systém zajišťuje optimální spolupráci jeho složek, kterými jsou Hasičský záchranný sbor České republiky, jednotky požární ochrany zařazené do plošného pokrytí kraje jednotkami požární ochrany, poskytovatelé zdravotnické záchranné služby a Policie České republiky, v momentech přípravy na mimořádné události a následně při provádění samotných záchranných a likvidačních prací v návaznosti na mimořádnou událost. Mimořádnou událostí je podle výše uvedeného zákona myšleno „*působení sil a jevů vyvolaných činností člověka, přírodními vlivy, a také havárie, které ohrožují život, zdraví, majetek nebo životní prostředí a vyžadují provedení záchranných a likvidačních prací*“ (zákon č. 239/2000 Sb.). Události takového charakteru jsou výraznou psychickou zátěží, jak pro samotného jedince, který je přímým účastníkem či svědkem na místě události, tak i pro zasahující jednotky IZS, operátory tísňové linky nevyjímaje (Klimley, Van Hasselt, Stripling, 2018). O psychické zátěži vážící se k profesionálům pojednáme v samostatné kapitole. Z profesionálních zasahujících jednotek je v ohnisku našeho zájmu zdravotnická záchranná služba, která zajišťuje přednemocniční neodkladnou péči (dále PNP) osobám, jejichž zdraví je závažně postiženo či jsou v bezprostředním ohrožení života (zákon č. 374/2011 Sb.). Veškerou koordinaci jednotek ZZS zajišťuje zdravotnické operační středisko (dále ZOS). ZOS zabezpečuje především následující činnosti, které jsou úzce spjaty s prací operátora ZZS, jehož činnost sledujeme:

- 1) nepřetržitý kvalifikovaný bezodkladný příjem volání na národní číslo tísňového volání 155 a výzev předaných operačním střediskem jiné základní složky integrovaného záchranného systému operátorem zdravotnického operačního střediska nebo pomocného operačního střediska,
- 2) vyhodnocování stupně naléhavosti tísňového volání, rozhodování o nejvhodnějším okamžitém řešení tísňové výzvy podle zdravotního stavu pacienta, rozhodování o vyslání výjezdové skupiny, rozhodování o přesměrování výjezdové skupiny a operační řízení výjezdových skupin,
- 3) řízení a organizaci přednemocniční neodkladné péče na místě události a spolupráci s velitelem zásahu složek integrovaného záchranného systému,
- 4) spolupráci s cílovým poskytovatelem akutní lůžkové péče,
- 5) poskytování instrukcí k zajištění první pomoci prostřednictvím sítě elektronických komunikací v případě, že je nezbytné poskytnout první pomoc do příjezdu výjezdové skupiny na místo události (zákon č. 374/2011 Sb.).

Tyto činnosti, které zajišťuje ZOS jsou obvykle kompetenčně rozděleny mezi tzv. call-takera a dispečera. Toto rozdělení kompetencí je v režimu sekvenčního – tedy sériového procesního zpracování. Call-taker přijímá tísňovou výzvu, komunikuje s volajícím, vyhodnocuje tísňovou výzvu (ověřuje informace o místě události, zjišťuje zdravotní stav a na tomto podkladě určuje stupeň naléhavosti výjezdu, případně poskytuje telefonicky asistovanou první pomoc – TAPP či telefonicky asistovanou neodkladnou resuscitaci – TANR), a poté tyto informace předává dispečerovi, který zajišťuje výjezdní posádku a koordinuje výjezdní skupiny. Jiný starší model paralelního (multifunkčního) procesního řízení se využívá spíše v menších pracovištích, kdy operátor vykonává obě činnosti – tedy jak příjem tísňové výzvy, tak koordinaci výjezdových posádek. Výhodou tohoto typu zpracování je, že oproti sekvenčnímu režimu, nedochází ke ztrátě informací. Výjezdová skupina má tyto informace přímo od operátora, který tísňovou výzvu nabíral. Ovšem nevýhodou je rychlé přetížení pracoviště a nedostatečný přehled o všech výjezdních skupinách a rozmělnění jejich koordinace mezi více call-takerů. Výhodou prvního modelu – tedy sekvenčního, je především získání času na volajícího, kterému se call-taker může věnovat a poskytovat mu další informace případně psychologickou podporu, zatímco dispečer koordinuje výjezdní skupiny, naviguje konkrétní posádku na místo zásahu a dále zajišťuje příjmové zdravotnické pracoviště urgentního příjmu (Šeblová, Knor, 2013).

## 1.2 Charakteristika profese operátora tísňové linky ZZS

Pro výkon profese operátora tísňové linky ZZS je nutno splnit požadavky stanovené zákonem. Tyto požadavky jsou definovány ve vyhlášce z roku 2011 týkající se činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Zde je ustanoveno, že operátor zdravotnického operačního střediska musí být zdravotnický záchranář podle § 17 vyhlášky č. 55/2011 Sb. po získání specializované způsobilosti, to znamená absolvování certifikovaného kurzu „Operační řízení přednemocniční péče“. Zdravotnickým záchranářem je buď absolvent vysokoškolského bakalářského studia (Bc.) pro přípravu zdravotnických záchranářů, nebo minimálně tříletého studia vyšší odborné školy, takzvaný diplomovaný zdravotnický záchranář (Dis.) se zahájením studia nejpozději ve školním roce 2018/2019, případně absolvent střední zdravotnické školy v témže oboru do roku nástupu 1998/1999 (zákon č. 96/2004 Sb.).

Kurz „Operační řízení a přednemocniční péče“ pořádá například Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, Zdravotnická záchranná služba hl. m. Prahy, případně Zdravotnická záchranná služba Plzeňského kraje. Náplní tohoto kurzu je teoretická i praktická výuka. Absolvent kurzu je mimo jiné schopen zpracovávat tísňová volání a tísňové výzvy v kontextu aktuálního zdravotního stavu postiženého, dále rozhodovat při přebírání tísňové výzvy, a to z hlediska vyhodnocení nejpříjatelnějšího řešení vzhledem k zdravotnímu stavu pacienta, dále rozhodovat při povolávání výjezdni skupiny ZZS či jejím převelení na místo s vyšším stupněm naléhavosti (o určování stupňů naléhavosti viz dále). Další získanou kompetencí je schopnost koordinace výjezdových jednotek a schopnost spolupráce s urgentními příjmy. Krom těchto výše uvedených kompetencí je operátor schopen poskytnout telefonicky asistované první pomoci a rovněž je způsobilý k působení vhodnými psychologickými prostředky při poskytování dalších rad při řešení tísňového volání. V neposlední řadě se všechny výše uvedené kompetence nevztahují jen k individuálním krizovým událostem, ale rovněž k řešení hromadných událostí v rámci IZS ([https://www.zachrannasluzba.cz/odborna/2017\\_vzdelavaci\\_program\\_sip.pdf](https://www.zachrannasluzba.cz/odborna/2017_vzdelavaci_program_sip.pdf)).

Tyto kompetence, kterými jsou operátoři vybaveni z kurzu, ovšem nemohou naplnit celé spektrum kompetencí potřebných k zvládnutí celé řady dalších faktorů, se kterými se operátor tísňové linky ZZS každodenně setkává a se kterými se musí vyrovnávat. Kurz operátora vybaví praktickými nástroji, které operátor využívá k řešení každodenních pracovních úkonů. Ovšem, co se týče dalších kompetencí, a to především těch sociálních, potřebných pro zvládnutí negativních psychologických fenoménů a psychické zátěže, které jsou s touto profesí

úzce spjaty, nemá operátor prozatím k dispozici nic, co by bylo určené zákonem. Z tohoto důvodu se musí opírat o kompetence, které jsou mu osobnostně dané nebo jsou získané praxí na tísňové lince ZZS. Problematice psychické zátěže bude věnována celá kapitola (viz 1.3 Negativní psychologické fenomény v profesi operátora ZOS).

### **1.2.1 Základní činnosti v profesi operátora**

Základními činnostmi operátora tísňové linky ZZS je tedy: příjem hovorů tísňového volání, dále vyhodnocení stupně naléhavosti (N1-N4) a podle něj indikace výjezdní skupiny, poté lokalizace místa zásahu – tedy provedení dvojího ověření adresy, kde k události došlo, a následná aktivace výjezdní posádky. Dále v případě nutnosti operátor poskytuje telefonicky asistovanou první pomoc (TAPP) či telefonicky asistovanou neodkladnou resuscitaci (TANR) (Remeš, Trnovská, 2013). Mezi další činnosti patří koordinace a řízení výjezdových posádek, komunikace s nemocnicemi, organizace prevozů pacientů. Rovněž se podíváme na to, co si pod jednotlivými činnostmi lze představit a jaké může být psychologické pozadí jednotlivých úkonů.

#### **Příjem a vyhodnocení tísňových výzev**

Stěžejní činnost operátorů tísňové linky ZZS je přijímání, zpracovávání a vyhodnocování tísňových volání na linku 155. Operátor musí při přijetí hovoru zjistit, co se stalo, lokalizovat, kde se to stalo, kolik lidí je zasažených a jaký je jejich zdravotní stav. Všechny tyto informace získává od volajícího, který je zpravidla přihlížející laik či samotný postižený. Všechny zjištěné informace mezitím zapisuje do počítače a ověřuje lokalizaci místa zásahu (Humpl, 2016a). Z toho je patrné, že operátor musí být v neustálé pohotovosti a vždy bdělý po celou dobu své dvanáctihodinové služby, protože při každém volání musí podat stoprocentní výkon. Tento faktor vytváří značné nároky na operátorovu pozornost a koncentraci.

#### **Určování stupně naléhavosti**

Jednou z podstatných dovedností operátora tísňové linky ZZS je určení naléhavosti tísňové výzvy. Operátor musí být schopen rozlišit čtyři stupně (N1 – N4) závažnosti tísňového volání a podle toho vyslat na místo příslušnou posádku ZZS.

- Stupni N1 odpovídá nejvyšší urgence vyslání výjezdové jednotky ZZS na místo události. Jedná se o selhání či hrozící selhání základních životních funkcí

pacienta, případně může jít o mimořádnou událost, při které je zasaženo více osob najednou.

- Stupeň N2 je charakteristický tím, že jsou pravděpodobně ohroženy základní vitální funkce pacienta, to znamená, že pacientovi hrozí ztráta vědomí, zástava dechu, krevního oběhu a metabolismu (Dobiáš, 2013).
- U stupně N3 není pacient ohrožen na životě, ale je v takovém stavu, že je třeba vyslat na místo posádku ZZS.
- U stupně N4 není rovněž život pacienta nijak ohrožen stejně jako u stupně N3, a je zcela na uvážení operátora, zda na místo výjezdni jednotku pošle či nikoli (Remeš, Trnovská, 2013).

V tomto kontextu je zajímavý legislativní kontext určování indikace k výjezdu posádky ZZS. Pro operátora ze zákona vyplývá trestní odpovědnost (zákon č. 40/2009 sb.) za neposkytnutí pomoci osobě, která je v smrtelném ohrožení nebo projevuje symptomy závažné poruchy zdraví nebo vážného onemocnění, ve zvýšené sazbě odnětí svobody až na tři roky či zákaz vykonávání jeho profese. To znamená zvýšený psychický tlak na správnou indikaci výjezdu v první řadě, jelikož při nesprávně určené indikaci může nastat kritické prodlení při poskytování pomoci a ohrožení stavu pacienta. Ve druhé řadě nelze „přeindikovat“ jednotlivé výjezdy, jelikož by pak nebyly volné posádky pro urgentnější případy (Dvořák, 2013). V neposlední řadě se objevuje i tlak ze strany kolegů z výjezdních jednotek, kteří si často stěžují na zbytečné výjezdy (indikace N3 a N4) k neurgentním stavům, které by mohlo vyřešit zavolání taxi služby.

### **Koordinace a řízení výjezdových posádek**

Tato část práce se na většině ZOS v ČR týká dispečerů (dle sekvenčního modelu zpracování), kteří dostávají předchozí získané informace o případu od call-takerů. Jedná se především o naplánování vyslání vhodné výjezdové jednotky na místo zásahu, předání informací o případu zásahovým jednotkám, případně organizace a komunikace s ostatními složkami IZS (v situacích, kdy je na místě zásahu třeba Policie ČR nebo hasiči), dále spolupráce s příjmovými zdravotnickými zařízeními a v neposlední řadě informační podpora (Franěk, 2018). Tato část práce dispečera může být stresující například v situaci, kdy je nedostatek výjezdových jednotek a k řešení větší počet urgentních případů s prioritou N1 či N2.

### **Organizace převozů pacientů**

Rovněž tuto činnost koordinují a zajišťují v rámci obvyklejšího sekvenčního rozdělení práce ZOS dispečeri. Jedná se o zajištění předem naplánovaných převozů pacientů neodkladné péče mezi poskytovateli zdravotnických služeb (Remeš, Trnovská, 2013). Tato činnost není z hlediska předvídatelnosti situace pro dispečery stresující, jelikož jde o vyřízení běžného telefonátu s poskytovatelem zdravotnických služeb. Samozřejmě tady můžeme narážet na problematiku komunikace, která nemusí být vždy bezkonfliktní. Ale vzhledem k tomu, že na tyto činnosti má dispečer relativně dost času, tak tento stresový faktor pro něj odpadá.

### **Telefonicky asistovaná první pomoc a telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace**

Poslední činností operátora, které jsme se doposud nevěnovali, je provádění telefonicky asistované první pomoci (dále TAPP) a telefonicky asistované neodkladné resuscitace (TANR).

Při poskytování TAPP jde především o to, aby volající věděl, co má a naopak, co by spíše dělat neměl do příjezdu výjezdové skupiny. TAPP nezahrnuje jen instrukce týkající se poskytování první pomoci postiženému, ale i poskytování uklidnění a psychické podpory volajícímu. Nejdůležitější je minimalizace rizika poškození pacienta a volajícího a zajištění bezpečnosti pro výjezdovou jednotku.

Oproti TAPP je provádění TANR pro operátora náročnější, jelikož je po celou dobu, až do příjezdu posádky ZZS, ve spojení s volajícím. Indikace k TANR je náhlá zástava oběhu (NZO), kterou musí operátor rychle rozpoznat, tak aby mohl s volajícím zahájit TANR, což ovšem není vždy úplně jednoduché, protože operátor má všechny informace zprostředkované volajícím na místě, který je mnohdy velmi emočně rozrušen a může mít potíže spolupracovat a podřídit se instrukcím operátora. K rozpoznání NZO je klíčová dechová aktivita a stav vědomí, respektive informace o bezvědomí pacienta. Pokud je pacient v bezvědomí a nedýchá či dýchá lapavě, nepravidelně, zahajuje operátor TANR (Šeblová, Knor, 2013). Franěk (2018) uvádí, že k úspěšnému vedení TANR jsou nezbytné, kromě teoretického a praktického pozadí, skvělé komunikační schopnosti operátora, a to především empatie s volajícím, umění pozitivní motivace, schopnost uklidnění volajícího a dovednost ho přesvědčit k zahájení kardiopulmonální resuscitace (KPR). Při TANR je operátor pod větším stresovým náporem, neboť situace na místě je při poskytování KPR velmi závažná.

Jak je vidět, tak náplň práce a soubor činností, které musí operátor tísňové linky ZZS provádět je celá řada. V kontextu časové tísně, ve které se při vyřizování tísňového volání nachází, je pod velkým stresovým náparem. V momentě, kdy operátor přijímá tísňovou výzvu, tak mu začíná běžet čas (ukazuje se na obrazovce systému, kam operátor zadává informace o případu). Na vyřízení každého tísňového volání má velmi omezený časový limit vzhledem k tomu, aby se naplnilo zákonné plnění o dojezdu posádky ZZS na místo události do dvaceti minut od přijetí výzvy (zákon č. 374/2011 Sb.). Většina hovorů je operátorem odbavena do 60 vteřin ([https://www.zachrannasluzba.cz/odborna/0310\\_dimenzovani\\_os.htm](https://www.zachrannasluzba.cz/odborna/0310_dimenzovani_os.htm)).

### 1.3 Popis pracoviště

Vzhledem k tomu, že technické vybavení a fyzikální podmínky pracovního prostředí patří mezi jeden z velmi často uváděných zátěžových faktorů, které vedou k nedostatečnému pocitu kontroly a ke zvýšení stresu při práci operátora ZZS (Franěk, 2018; Golding et al., 2017; Gurňáková, 2013; Ujevic et al., 2018), je třeba si je popsat. Limity technického vybavení a jeho nespolehlivost rovněž zmiňovali i mnozí operátoři ze ZOS ZZS Jihočeského kraje, se kterými jsme se o jejich práci bavili. Franěk (2018) uvádí, že pracoviště ZOS je obvykle složeno z následujících komponent: operátorský sál, taktická místnost, technologická místnost, místnost pro odpočinek, šatny, kuchyňka, sociální zázemí, kancelář, výcviková a školící místnost. Nás bude zajímat především operátorský sál (viz obrázek 1), kde operátoři tráví většinu pracovního času, a tudíž tento prostor nejvíce působí na jejich psychiku, ale i na jejich tělesnou schránku.



Obrázek 1: Operátorský sál<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Zdroj obrázku: [https://www.zzshmp.cz/bwg\\_gallery/zos-pro-media/](https://www.zzshmp.cz/bwg_gallery/zos-pro-media/)

### 1.3.1 Pracovní prostředí – operátorský sál

Operátorský sál je jeden velký otevřený prostor, kde sedí a pracují operátoři a dispečeri společně. V jedné směně je různý počet operátorů, který se vypočítává podle maximální doby přijetí hovoru (tj. 90 % volání musí být přijato do deseti sekund), dále je důležitá průměrná délka hovoru a dále počet příchozích volání v nejvytíženější dobu (Franěk, 2018). Z těchto proměnných se poté stanoví optimální počet operátorů na daném ZOS v jedné směně. Například na ZOS Ústeckého kraje je v denní směně 7 operátorů a v noční 5 (<http://www.zzsuk.cz/zdravotnicke-operacni-stredisko-zos/>), na ZOS Zlínského kraje jsou v každé směně 4 operátoři

([http://www.zzsclin.cz/stranka\\_vypis.php?id=2&dd=organizacni\\_struktura](http://www.zzsclin.cz/stranka_vypis.php?id=2&dd=organizacni_struktura) ), to platí rovněž i pro kraj Olomoucký (Hošák, 2016), na ZOS v Jihočeském kraji je v každé směně celkem 6 operátorů, kdy čtyři z nich zajišťují příjem a vyřízení tísňové výzvy – call-takeři a dva vysílají výjezdní jednotky – dispečeri (<http://www.zzsck.cz/cinnost/krajske-zdravotnicke-operacni-stredisko/> ). To znamená, že operátorský sál, který je místem výkonu práce operátora, je pracoviště, kde operátoři nemají dostatek soukromí, jsou v intenzivním kontaktu se svými spolupracovníky, bývá zde hluk, případně je zde po celou dobu směny umělé osvětlení s absencí přirozeného denního světla (Čepická, 2012). To jsou faktory, které mohou nepříznivě působit jak na fyzický komfort, tak na duševní pohodu. Navíc tyto faktory vytvářejí určité nároky na osobnostní ladění daného jedince pracujícího v tomto prostředí. Pro lepší zvládnutí těchto nároků je často zmiňován důraz na týmového ducha (AlShammari, Jennings, Williams, 2018; Andršová, 2012; Franěk, 2018; Šeblová, 2007), jelikož je operátor v úzkém kontaktu se svými kolegy a je z povahy své práce nucen ke vzájemné spolupráci.

Místnost operátorského sálu může mít různá uspořádání vzhledem k poloze stolů a rovněž na některých pracovištích i k poloze centrální obrazovky (více viz Franěk, 2018). Kromě centrální obrazovky, na které je pro všechny operátory viditelný pohyb všech vyjíždějících posádek, má každý operátor k dispozici svůj vlastní pracovní stůl, kde má tři až čtyři další obrazovky, kde zadává do systému informace o právě nabírané tísňové výzvě, dále vyhledává lokaci místa události, má zde k dispozici všechny potřebné kontakty na specializovaná pracoviště a rovněž si zde může zobrazit polohu výjezdních jednotek. Tento kontext vyvíjí zvýšené nároky na distribuci pozornosti mezi tyto pracovní obrazovky a centrální obrazovku (dobře patrné z obrázku 1).

Důležitým a velmi specifickým faktorem provozu pracoviště ZOS je nepřetržitý provoz. Pracoviště ZOS je povinno zajišťovat odbavení veškerých tísňových volání



v kteroukoli denní i noční dobu. Tomuto modelu tedy odpovídají nároky kladené na operátory, kteří slouží dvanáctihodinové směny. Pro operátora je tedy téměř nemožné si práci dopředu naplánovat, jelikož neví, kdy mu zrovna zazvoní telefon, což je z hlediska rozsahu pracovní doby a rovněž z hlediska nároků na neustálou připravenost k přijetí tísňové výzvy, dalším zátěžovým prvkem v jeho práci. V kvalitativní studii Coxona a kolektivu (2016) se ukázalo, že operátoři často ani nevyužívají přestávek, které mají ve své dvanáctihodinové směně k dispozici, neboť jim návrat za jejich operační pult přináší zvýšenou hladinu napětí z důvodu dočasné ztráty kontroly nad situací. Toto může bohužel přispívat k různým tělesným neduhům, bolestem a obtížím způsobených právě nevyužíváním přestávek, nedostatkem pohybu a neustálým sezením. V tomto směru byla prokázána souvislost mezi pohodlím při práci v call-centru a muskuloskeletárními symptomy. Jednalo se především o bolesti krku, ramen, paží a rukou (Norman et al., 2008), což je jen zlomek negativních fenoménů, se kterými se operátoři mohou setkat. Mezi dalšími potížemi, které operátory mohou postihnout je například větší prevalence k poruchám hlasu a postižením hlasového aparátu, než je běžné u normální populace (Johns-Fiedler, van Mersbergen, 2015), i tyto obtíže mohou být rovněž dány do souvislosti se zvýšeným stresovým napětím, jelikož byl nalezen signifikantní vztah mezi stresem, emočním stavem (především známky deprese a úzkosti) a hlasovými poruchami (Dietrich et al., 2008). Nás budou zajímat především ty psychické, kterým bude věnována samostatná kapitola.

### **1.3.2 Technické vybavení a jeho limity**

Operační střediska jsou v dnešní době technologicky vyspělá pracoviště, která svým operátorům dávají k dispozici nejmodernější techniku, která by jim měla co nejvíce usnadnit práci. Jenže i přes dostupné vybavení není technika vždy stoprocentně spolehlivá, a tudíž při jejím selhání či selhávání vytváří nadbytečný stres v práci operátora. Operátor pracuje s počítačovými programy, internetem, telekomunikačními a radiovými prostředky, které mu obvykle zajišťují snadné a rychlé odbavení příchozích volání. Ovšem v jeho práci nastávají situace, kdy se programy zaseknou, zlobí internetové připojení a technika přestává sloužit. Z osobního rozhovoru s operátory ZOS v Jihočeském kraji vyplynulo, že tyto situace jsou pro ně velmi stresující, protože na lince čeká volající a jim se například nedaří načíst mapu, která je nutná k lokalizaci události či nejdou zadat informace o případu do systému, tudíž není možné poslat tísňovou výzvu k řešení dispečerovi vysílajícím výjezdní posádku. V tomto

směru je asi jediným řešením neustálá aktualizace a obnova rychle stárnoucího technického vybavení, což se ovšem váže k nemalým finančním výdajům za její nákup a servis.

## 1.4 Typy volání a druhy výzev

Z hlediska pracovní zátěže je podstatné zmínit to, s jakým typem volání (např. zneužívání linky, poradenství, akutní události) a s jakým druhem výzev se operátoři tísňové linky ZZS ve své profesi setkávají. Průměrný počet tísňových volání na jedno krajské operační středisko je přibližně 600 volání denně. Takový počet volání vyřizuje přibližně šest operátorů (údaje ze ZOS Hlavního města Prahy). Další částí jejich práce je podobné kvantum různých hovorů a radiových relací (komunikace s výjezdovými jednotkami, komunikace s urgentními příjmy nemocnic, komunikace za účelem převozů pacientů a další). Dvě třetiny hovorů se odehrávají v době denní směny. Jeden operátor tísňové linky denně vyřídí zhruba 100 takovýchto hovorů. Z tohoto množství vyjede záchranný tým na místo asi jen v polovině případů (<https://www.zzshmp.cz/wp-content/uploads/2017/12/Statistiky-160let-ZZSHMP.pdf>).

V kontextu volání na tísňovou linku je třeba zmínit, že ne všechna volání jsou takového charakteru, aby bylo třeba aktivovat výjezdní jednotku a poslat ji na místo určení. Často se stává, že se operátoři setkají se zneužíváním linky v podobě testovacích hovorů. Tyto hovory jsou zatěžující jak pro samotný systém, jelikož blokují linku k přijetí dalších urgentních volání, tak pro operátory, jelikož je tyto hovory mohou vést k nepříjemným pocitům ze zneužití jich samotných.

### 1.4.1 Typy volání

Operátor se na tísňové lince setkává s všeho všudy třemi možnými typy volání. Můžeme si je rozdělit na volání urgentní, dále volání bez indikace výjezdu ZZS či zneužívání linky a v poslední řadě jde o volání týkající se převozů pacientů (Gurňáková, 2013).

Prvním typem volání jsou taková, která splňují účel tísňové linky. Jde o volání, kdy je na místě indikování výjezdu posádky ZZS – tedy někdo je v ohrožení života, zdraví apod. (viz indikace výjezdů). Tato volání mohou být na jedné straně pro operátora stresující, na druhé straně jsou to volání, kdy je naplňováno základní poslání profese operátora tísňové linky.

Druhý typ volání je volání bez indikace výjezdu. To znamená, že se jedná o neurgentní stavy, kdy není povinností vyslat na místo posádky ZZS. Do této kategorie můžeme rovněž zařadit telefonáty testující a zneužívající tísňovou linku, například z důvodu zjištění, zda toto

číslo opravdu funguje či pro ukrácení dlouhé chvíle a pobavení. Toto jednání a setkání s těmito hovory, jak jsme uvedli výše, může na operátory působit velmi negativně až demotivačně.

Třetí typ volání je organizování převozu pacientů, kdy operátor komunikuje s cílovými poskytovateli lůžkové péče a zajišťuje bezpečný transport.

#### 1.4.2 Druhy výzev

Kromě výše uvedených typů hovorů, vyskytujících se na tísňové lince, si rovněž můžeme kategorizovat druhy tísňových výzev a jejich specifika. Při tísňové výzvě můžeme rozlišovat tři druhy výzev podle toho, kdo přesně nás o situaci na místě, kde je potřeba zasáhnout, informuje. Z tohoto hlediska rozdělujeme tři druhy výzev, potažmo volání: volání z první ruky, volání z druhé ruky a volání z třetí ruky.

**Volání z první ruky** je takové volání, kdy volá přímo zasažený člověk, který potřebuje pomoci. Čepická (2012) uvádí, že takových případů je minimum (cca 10-20 %). Taková volání jsou dosti často zatížená samotným stavem volajícího, tudíž je mnohdy pro operátora obtížné například zjistit všechny potřebné informace, jelikož se může stát, že je volající v takovém stavu či ohrožení, že je těžké mu porozumět (např. dýchavičnost, projevy bolesti, kašel či krátkodobé ztráty vědomí...). Druhým, nejčastějším typem volání je **volání z druhé ruky**. Vyskytuje se cca v 75 % případů (Čepická, 2012). Volá obvykle osoba, která je na místě s postiženým, a tudíž má operátor možnost tuto osobu instruovat s tím, co má dělat. Posledním typem hovorů jsou **volání z třetí ruky**. Tyto hovory jsou zatíženy výrazným zkreslením, jelikož volající není přímo na místě, kde je postižený, ale má tuto informaci od někoho předanou (např. od postiženého). Tyto hovory jsou z hlediska přijetí tísňové výzvy a vyslání výjezdové jednotky neobtížnější (Ptáček, Bartůněk, 2011).

### 1.5 Specifika komunikace na tísňové lince

Komunikace na tísňové lince ZZS je velmi specifická a tvoří podstatnou, ne-li hlavní část, práce operátora. Z tohoto hlediska je proto podstatné, aby operátoři byli vybaveni specifickými kompetencemi právě v tomto směru. Specifita komunikace je daná především tím, když to řekneme laicky, že „není čas ztrácet čas“. Jak už jsme zmínili, tak je každý hovor na tísňovou linku třeba odbavit co nejrychleji, aby se pomoc vydala hned na cestu za pacientem. Zároveň je důležité získat všechny potřebné informace k indikaci konkrétní

výjezdni jednotky, a především lokaci místa zásahu. K časové tísni se navíc přidávají různé emoce na straně volajícího, které ho v této krajní situaci ovládají. Operátor se tak setkává s volajícími v různém psychickém rozpoložení, které se obvykle vymyká normě. Je to dané tím, že volající je často v mimořádné situaci, kdy je ohrožen život či zdraví někoho v jeho okolí, případně jeho samého. Rovněž je třeba zmínit, že při komunikaci operátora s pacientem zcela absentuje významná složka komunikace, a to složka neverbální, která má velký význam při přenosu sdělení. Operátor se musí spoléhat na to, co slyší a co případně dokáže identifikovat z paraverbální složky hlasu – intonace, hlasitost, pauzy, melodie, barva hlasu, dynamika a tempo řeči. Je proto těžké uplatňovat v komunikaci na tísňové lince běžné komunikační zásady, které jsou typické pro pomáhající profese. Ovšem na druhou stranu je nutné vést některé zásady dobré komunikace ze vztahu lékař/sestra/operátor/jiná pomáhající profese a pacient/klient v patrnosti. Obecnými zásadami dobré komunikace, které uvádí Venglářová a Mahrová (2006) v příručce pro zdravotní sestry jsou: jednoduchost, stručnost, zřetelnost, vhodné načasování a adaptabilita.

Jednoduchost – v tomto směru je třeba přizpůsobit slovník a výrazy tak, aby tomu volající rozuměl. Většinové populaci jsou výrazy běžně používané zdravotníky cizí a nerozumí jim, ale zároveň mohou pociťovat obavy na to se zeptat, co to znamená.

Stručnost – v kontextu naší problematiky platí více než kde jinde. Ovšem je důležité zdůraznit, že stručnost není strohost a odměřenost. V tomto kontextu je proto pro operátora důležité umět citlivě a efektivně vybírat klíčové informace.

Zřetelnost – věci nazýváme jasně a konkrétně tak, aby tomu volající porozuměl. Zároveň se vyhýbáme generalizaci, dvojsmyslným informacím a osobním názorům.

Vhodné načasování – tato zásada pro komunikaci na tísňové lince příliš neplatí, zde rozhoduje volající o tom, kdy zavolá a operátor musí okamžitě jednat a převzít kontrolu nad směřováním hovoru a zjišťovat potřebné informace. Možná by se zásada dala zjednodušeně použít v kontextu chronologického a systematického postupu při přebírání tísňové výzvy.

Adaptabilita – v tomto směru je nutné přizpůsobit styl komunikace situačním faktorům a konkrétnímu rozpoložení volajícího, jinak budeme jednat s člověkem, který se jeví spíše klidněji (například náhodně našel cizího člověka ležet na ulici) a jinak s rozrušeným příbuzným, který vidí svého blízkého silně krváčet.

Z dalších specifických zásad pro komunikaci operátora s volajícím uvádí Remeš a Trnovská (2013) klidný hlas, jasné, důrazné a jednoduché otázky. Což dobře koresponduje s výše uvedenými zásadami. Pro jasnost sdělení je vhodné pro jednu otázku vymyslet pouze jednu větu, dále se vyhýbat složitým větným konstrukcím či příliš dlouhým a sugestivním

otázkám (Fousková, 2008). Ve stresové situaci rovněž pomůže volajícímu, když se operátor bude projevat stabilně a racionálně (Vymětal, 2009). Tyto projevy mohou pomoci ukotvit volajícího v realitě a rovněž mohou přispět k uklidnění a zjištění důležitých informací pro záchrannou akci. V tomto kontextu pomůže přizpůsobení tempa řeči. Například u volajícího, který je ve stresu a mluví velmi překotně a rychle, je vhodné, aby operátor mluvil o trochu pomaleji než volající, a tím ho postupně zklidňoval a brzdil. Rovněž by si měl operátor dávat pozor na případné antipatie k volajícímu a volit techniku jednoduché akceptace příjmu sdělení (potvrzení o porozumění slovem „ano“) (Fousková, 2008). Dále je důležité poskytovat volajícímu pravdivé informace a neuchylovat se k nepravdivým sdělením (Ptáček, Bartůněk, 2011), které mohou později vnášet nedůvěru v celý systém poskytování PNP. Rovněž individuální dovednosti, znalosti, zkušenosti, citlivost, vhled, empatie a intuice operátorům usnadňují překonávání překážek, které souvisejí s úkoly při přijímání hovorů (Svensson, 2012).

Ve výše uvedeném kontextu je tedy stěžejní, aby byl operátor vybaven sociálními kompetencemi, které jsou pro tuto složku jeho práce klíčové. AlShammari a kolektiv (2018) ve své metaanalýze klíčových kompetencí uvádějí, že komunikace je nejvýznamnější kompetencí v profesi pracovníků urgentních příjmů vůbec. Zdůrazňují její důležitou funkci ve vztahu k efektivnímu naslouchání, dále při předávání informací o pacientech mezi kolegy a rovněž vzhledem k pacientům samotným. Z pohledu operátora tísňové linky je stěžejní, aby byl schopen pohotově, rychle a efektivně komunikovat s volajícím a zároveň řešit nastalou situaci. V tomto směru bychom očekávali silnou sociální orientaci na druhé osoby a s ní spojené dovednosti usnadňující navázání kontaktu spojeného s následnou sociální interakcí.

### **1.5.1 Emoce v komunikaci na tísňové lince**

V komunikaci na tísňové lince ZZS se mohou objevovat následující emoce, se kterými by měl operátor počítat a zároveň by s nimi měl umět velmi obratně zacházet tak, aby si volajícího získal na svoji stranu k tomu, aby s ním volající dále spolupracoval a plnil operátorovy pokyny. Mezi emocemi, se kterými se operátor musí ze strany volajícího popasovat nacházíme: strach, hněv, smutek (Svensson, Pesämaa, 2018), dále v důsledku mimořádné či traumatizující události se mohou objevovat další emoce jako lhostejnost, znepokojení, hrůza, panika, popření (Vymětal, 2009). Zajímavá jsou zjištění ze švédské studie (Svensson, Pesämaa, 2018), která se zabývala reakcí operátorů na následující emoční projevy strachu, hněvu a smutku a tím, jak hodnocení těchto emočních projevů následně ovlivní jejich

vyhodnocení závažnosti situace a následné vyslání pomoci. Je pozoruhodné, že emocionální projev strachu byl hodnocen jako nejzávažnější a z hlediska vnímání operátora měl největší účinek na potřebu vyslání okamžité pomoci. V porovnání s projevy hněvu a smutku byl ovšem pro operátory obtížněji identifikovatelný. Závěrem tohoto výzkumu je, že operátoři by neměli přehlížet emoční doprovod, který se v rozhovoru projeví, jelikož rychlá rozhodnutí jsou závislá, nejen na sdělených informacích, ale i na vokálních projevech a jejich intenzitě.

Je zajímavé, že Clawson a Sinclair vyvracejí předpoklad o hysterických a nespolupracujících volajících (2009). Naopak uvádějí, že typický volající na tísňovou linku je natolik klidný, aby dokázal operátorovi odpovídat na jeho otázky a rovněž je spolupracující do té míry, aby dokázal jednat podle instrukcí operátora a poskytovat tak první pomoc na místě. Dále dodávají, že jejich zjištění jsou nezávislá na typu hovoru, denní době či geografické poloze. Výše uvedený výzkum byl proveden ve Spojených státech amerických a je možné, že je zatížen sociokulturním kontextem. Ovšem Franěk (2018) tento předpoklad rovněž potvrzuje s tím, že ve své dlouholeté praxi se s takovými volajícími setkal jen výjimečně. Osobně bych k tomu dodala, že emoce, které jsme si uvedli výše, zde fungují, ale nejsou zpravidla tak zahlcující, jak se často předpokládá. Ovšem nemůžeme předpokládat, že tu nejsou nikdy, a proto je třeba znát výše uvedené zásady a umět s volajícími v takovém emočním rozpoložení dobře zacházet. Rovněž bychom v tomto kontextu chtěli dodat, že při mimořádných událostech dochází k rozvoji emočního doprovodu s menší či větší prodlevou po samotné události (Vymětal, 2009). Člověk je schopen se v krizové situaci pod vlivem vylučování adrenalinu vybudit a rovněž není neobvyklé, že mu v plné intenzitě nedochází to, s čím se reálně setkává. Ovšem po události, kdy je zraněný odvezen do nemocnice, se často dostavuje bouřlivý emoční doprovod, zmatení. V tomto směru je dobré se rovněž postarat i o volajícího a poskytnout mu možnost rozhovoru s krizovým interventem.

Zde vidíme, že komunikační aspekty opět kladou velké nároky na operátora, který by měl být v tomto kontextu nejen komunikačně zdatný, ale rovněž empatický a přijímající. Ovšem s přihlédnutím k časové tísni, ohrožení života a zdraví, můžeme uvažovat o tom, že je to další zátěžový faktor, se kterým se musí operátor vyrovnat.

### **1.5.2 Zásady krizové komunikace**

V tomto kontextu je užitečné zmínit rovněž některé ze zásad krizové komunikace, se kterými by měl být operátor obeznámen, a které mu mohou poskytovat jistotu a teoretické základy pro snazší zvládnutí emočně náročnějších situací. Vymětal (2009) uvádí tři klíčové

aspekty, a to empatii, uznání a aktivní naslouchání. Empatií je v tomto kontextu míněno, že je člověk schopen vcítit se do prožívání druhého jedince a podívat se na věc z jeho hlediska. Rovněž je podstatné v této souvislosti ovládat své vlastní emoce a dát zasaženému jedinci prostor k ventilaci jeho vlastních. Další komponentou krizové komunikace je uznání, což znamená, že by měl operátor uznat prožívání zasaženého jedince ve všech jeho aspektech. S tím souvisí i to, že by se měl vyvarovat bagatelizace, a naopak tyto projevy legalizovat. To znamená vyjádřit podporu při ventilaci emočního doprovodu a zároveň veškeré aktuální prožívání normalizovat. Ze zásad aktivního naslouchání bychom zmínili především:

- soustředit se na to, co volající právě sděluje,
- reflektovat zájem o volajícího prostřednictvím parafrázování, opakování či rekapitulací sděleného obsahu,
- klást otázky, čímž podporujeme zájem o volajícího
- pracovat s mlčením a dávat volajícímu dostatečný prostor
- při práci s pokyny si následně ověřovat jejich pochopení (Špatenková, 2011).

Dále je podstatné zmínit, že v kontextu tísňové linky odpadá velmi významná složka interakce, a to neverbální komunikace. Je proto třeba tuto složku nějakým způsobem suplovat. V kontaktu face-to-face dáváme najevo svoji pozornost očním kontaktem i v momentech ticha, ovšem v telefonickém rozhovoru musíme tento komunikační kanál nahradit jiným zdrojem. V tom nám poslouží verbální signály typu: „aha“, „hmm“, „poslouchám vás“, a podobně (Špatenková, 2011).

## **1.6 Srovnání nároků z různých typů tísňových linek**

V tomto směru je zajímavé podívat se na fungování tísňových linek v zahraničí, protože ne ve všech státech mají diferenciovaná čísla tísňového volání jako je to v ČR. V ČR funguje obecná linka tísňového volání na čísle 112. Je to číslo, které bylo zřízeno v rámci evropské unie za účelem volání, kdy je potřebná aktivace více složek IZS, dále v případech, kdy volající nezná čísla na konkrétní tísňové linky IZS, a rovněž v případech, kdy volající nemluví česky. Ovšem v případě, kdy má člověk konkrétní problém a potřebuje určitou složku IZS, tak je výhodnější volat na přímá čísla – 150, 155, 156 a 158, kde se dovolá na specifický dispečink s vyškoleným odborníkem na danou problematiku. (<https://www.hzscr.cz/clanek/zpravodajstvi-unor-2009-tisnova-linka-112-v-otazkach-a-odpovedich.aspx> ). Ovšem například ve Spojených státech mají pouze jednu univerzální tísňovou linku na čísle 911, která vyřizuje všechna tísňová volání – tedy od krádeží až

k vážným zdravotním problémům) a aktivuje příslušné složky IZS (Šeblová, 2016). Stejně je to například v Bahrajnu, Libérii, Keni, Nigerii, Kuwajtu, Malajsii, Kataru či Maltě. Vzhledem k tomu, že v těchto státech mají jen jednu přímou linku tísňového volání, tak nároky na operátory jsou jiné. Operátor nepodléhá tak úzké specializaci jako operátor tísňové linky ZZS v ČR. U operátorů na těchto všeobecných linkách je obvykle vyžadována nějaká forma vysokoškolského vzdělání, dále trestní bezúhonnost a psychologické vyšetření. Rovněž jsou výhodou zkušenosti ze zákaznických oddělení či zkušenosti z oblasti vymáhání práva. Operátoři poté prochází tréninkovým programem, který ale není jednotný a někdy je koncipován pouze jako mentoring ze strany služebně staršího a zkušenějšího kolegy (Krouse, 2018). Operátoři z těchto všeobecných linek mají daleko širší záběr, jelikož dochází k řízení všech složek IZS. Ovšem k tomu se rovněž váže jiná psychická zátěž. V tomto směru by bylo zajímavé srovnání psychické zátěže operátorů obou typů linek a jejich následné srovnání. Domníváme se, že u specifických linek typu tísňové linky ZZS bude sice psychická zátěž, co do závažnosti událostí vyšší než u všeobecných linek, kde se případy rozmělní, a tudíž se operátor nesetká tak často s život ohrožujícími situacemi jako u tísňové linky ZZS. Ovšem na druhou stranu, pokud uvažujeme o emoční habituaci (Rankin et al., 2009), tak časté vystavení stresovým situacím může vést v dlouhodobém měřítku k emočnímu otupění na dříve emoce vyvolávající podněty. To znamená, že vzhledem k tomuto předpokladu, bychom spíše očekávali větší emoční zátěž u operátorů všeobecných linek.

Dále se nabízí srovnání s nároky práce operátora call-centra, především z toho důvodu, že výzkumů, které se zabývají konkrétně prací operátora tísňové linky ZZS není příliš mnoho. Proto je nasnadě podívat se na výzkumy, které se týkají podobného typu práce jako je naše sledovaná profese. Existují mnohé výzkumy (např. Kjellberg et al., 2010; Mellor et al., 2015; Norman, 2005; Norman, 2006, Oh et al., 2017), které se zabývají právě emoční zátěží, důsledky působení stresu, fyzickou zátěží na organismus, případně spokojeností a celkovým zdravím pracovníka call-centra, ovšem specifika práce operátora tísňové linky, v porovnání s operátorem call-centra je velmi zásadní v tom, že operátor tísňové linky je vystaven neustálému riziku, že kvůli nějakému pochybení uškodí pacientovi a z toho důvodu může skončit i ve vězení. U operátora běžného call-centra toto neustálé riziko příliš nehrozí. Zde je vytvářen spíše tlak z pozice jeho zaměstnavatele na aktuální výkon (počet provedených volání). Dalším specifikem je to, že operátor tísňové linky je recipient volání, tzn. že čeká na tísňové volání. Na rozdíl od toho operátor call-centra aktivně volá seznamu čísel a oslovuje volající. Tyto faktory se nám zdají zásadní a významné při porovnání specifík daných profesí, a i když mají jisté styčné body, například z pohledu důsledků dlouhého sezení na fyzické



zdraví jedince, tak celková psychická zátěž je jiného charakteru a je třeba to mít na zřeteli při srovnávání výsledků z těchto výzkumů a jejich aplikaci na námi sledovanou profesi.

## 2 Stres u operátorů a jeho negativní důsledky

Významnou složku v práci operátora tvoří, kromě výše kladených profesních nároků a požadavků, negativní fenomény, se kterými se operátor musí každodenně vyrovnávat. Tyto fenomény tudíž rovněž kladou další nároky na schopnosti operátora se s těmito fenomény vyrovnat tak, aby svoji práci dobře zvládal a vykonával, jelikož v práci operátora tíšňové linky ZZS jsou stres a s ním spojené další negativní fenomény na denním pořádku. Práce operátora vyžaduje neustálou pohotovost a připravenost k přijetí a vyřízení tíšňového volání, které je spojeno se zcela samostatným rozhodováním pouze na základě hlasem zprostředkovaných informací. Operátor nevidí situaci na místě, nemůže provést klasické vyšetření, ale musí klasifikovat událost a rozhodnout o dalším postupu. V tomto kontextu je třeba zmínit, že se jedná o urgentní situace, které vyžadují okamžité řešení, což vytváří další tlak a zvýšené nároky na pracovní výkon operátora. V důsledku těchto okolností může dlouhodobý stres způsobit v této profesi řadu obtíží, od psychosomatických obtíží přes posttraumatickou stresovou poruchu vyvolanou častými mimořádnými událostmi až po syndrom vyhoření.

### 2.1 Stres

Stres a psychická zátěž s ním spojená je každodenním chlebem práce operátora na zdravotnickém operačním středisku. Stres je nespecifická reakce organismu na zátěžové vlivy (stresory), které mohou být v rovině psychické (emoční reakce) či fyzikální (chlad, hluk), ale i na jiné, které ohrožují organismus. Tato reakce vede k udržení rovnováhy v organismu a zajišťuje jeho přežití, jelikož připravuje tělo k boji či útěku (Trojan, 2003). Při stresové reakci dochází k vylučování kortizolu, který je nejdůležitějším stresovým hormonem. Jeho glukoneogenetickým účinkem se obstarává dostatečný přísun glukózy do mozku a dále stimulací kardiovaskulárního systému udržuje oběhové funkce (Kittnar, 2011). V krátkodobém horizontu nám kortizol pomáhá zvládat zátěžové situace tak, aby to organismus přežil. Ovšem při dlouhodobém působení stresu je tělo vystaveno negativním účinkům tohoto jevu. Stresová reakce vede ke zrychlenému dýchání, vyšší tepové frekvenci a zvýšení krevního tlaku, což může vyvolat řadu negativních následků mezi něž patří kardiovaskulární onemocnění, poruchy trávení, bolesti zad nebo deprese, nespavost či závislostní chování (Vymětal, 2009). Na operátora působí řada faktorů, které mohou být zdrojem nadměrné psychické zátěže vedoucí k negativním důsledkům stresu. Ze zahraniční

výzkumné studie provedené ve Francii (Bedini et al., 2017) vyplynulo, že u zdravotnických operátorů tísňových linek můžeme sledovat největší vzestup hladiny kortizolu (měřeno ve slinách) při přijímání tísňové výzvy ve srovnání s dalšími povinnostmi operátora (vyslání zásahového týmu, znovu posouzení celého případu). Z této studie (Bedini et al., 2017) vyplývá, že hormon kortizol může být relevantním bioindikátorem stresu u profese operátora tísňové linky ZZS. Je zajímavé, že subjektivně popisovaná zkušenost operátorky tísňového střediska je poněkud opačná. Suchá (2013) uvádí, že největší stres zažívají operátoři po položení sluchátka, kdy začínají prožívat nejistotu z toho, že nevědí, co se právě odehrává na místě zásahu či obavy z toho, zda vyhodnotili tísňovou výzvu správně. Možné je, že zvýšení hladiny kortizolu a tím i zvýšení stresu při přijímání tísňové výzvy se subjektivně projeví až posléze při položení sluchátka. Suchá popisuje, že když operátor pracuje na vyřízení tísňové výzvy, tak zapíná pomyslného autopilota. To by mohlo souviset s tím, že při vyřizování hovoru jedná automaticky podle předepsaného postupu, což tlumí jeho subjektivně vnímanou nejistotu a tím i subjektivně prožívaný stres a v momentě položení sluchátka si tento stres, který byl vyvolán již v momentě přijetí hovoru, začnou naplno uvědomovat.

## 2.2 Zdroje stresové zátěže

Na rozdíl od práce záchranářů a lékařů v terénu nejsou operátoři vystaveni fyzickým rizikovým faktorům či situacím bezprostředně ohrožujícím jejich život. Riziko napadení ze strany pacientů či jejich příbuzných, dále možnost nakažení infekčními chorobami či jen samotná jízda vozidla ZZS, je redukována na nulu. Na první pohled by se mohlo zdát, že jejich práce je ve srovnání s výjezdovými skupinami pohodlná a bezpečná. Tento zjevný rozdíl může být rovněž zdrojem konfliktu mezi operátory a výjezdovými jednotkami. Za tím stojí nedostatek empatie či nedostatečné porozumění práci a jejím specifikům.

Franěk (2018) uvádí mezi nejčastějšími příčinami stresu na straně operátora tísňové linky ZZS následující:

- **Všudypřítomné riziko fatální chyby** – na operátora je vyvíjen obrovský tlak v podobě časového presu, nutnosti rychlého rozhodování a využití dostupných prostředků pro kvalitní péči. Je třeba být neustále ve střehu, jelikož se situace na lince může ve vteřině fatálně změnit. Dalším souvisejícím stresovým faktorem je také to, že často není možnost opravy chybného rozhodnutí, jehož důsledky vyplynou až později (například z analýzy daného případu).

- **Systémové prostředí** – operátor musí zpracovávat rozličné a mnohdy protichůdné nároky od různých autorit (např. vedoucí směny, výjezdové skupiny, urgentní příjmy nemocnic, požadavky pojišťoven apod.) a hledat kompromisy vedoucí k ne příliš uspokojivému řešení dané situace.
- **Nevhodné pracovní prostředí** – v tomto směru je nutné zmínit dlouhou pracovní dobu (dvanáctihodinové směnu), která vede k přetěžování operátorů, dále nemožnost či špatnou dostupnost krátkodobé relaxace, a technické zázemí v podobě nedostatečného odfiltrování zvuku od kolegů či špatné slyšitelnosti sluchátek.
- **Výcvik** – nejednotný výcvik či jeho úplná absence vedoucí k nejistotě v rozhodování při vyřizování tísňového volání.
- **Systémová chyba v profesní přípravě** – požadavky na vzdělání operátorů tísňové linky nepočítají se samostatným rozhodováním operátora. Jejich vzdělání je koncipováno k práci pod lékařským dohledem, ale přesto se musí popasovat s veškerou odpovědností vyplývající ze samostatného rozhodování při vyřizování tísňové výzvy sami.
- **Kritika** – operátor se setkává s přímou vlnou kritiky, jak ze strany volajících, tak ze strany záchranářů ve výjezdových skupinách. Působí vlastně jako nárazník mezi zúčastněnými stranami procesu záchranné akce.
- **Pocit bezmoci** – operátor je přímo vtažen do krizové situace na druhé straně sluchátka, ale nemůže volajícím nijak aktivně pomoci – může k tomu použít jenom svůj hlas.
- **Trvalé nedocenění** – operátoři na ZOS jsou dost často přehlíženi, protože přímou práci a kontakt s postiženými, a především s médii a veřejností mají výjezdové skupiny. O tom, kdo přijímal tísňovou výzvu, koordinoval výjezd a záchrannou akci se bohužel už tolik nemluví, protože není vidět. To potvrzuje i výzkumné šetření, kde dispečeri, ve srovnání se záchranáři z výjezdních jednotek, měli nejnižší skóre v dimenzi „chvály a uznání (Ujevic et al., 2018) Zde je třeba dodat, že na pracovištích ZOS není poskytována dostatečná supervize a rovněž chybí analýza obtížných telefonátů, které by vedli ke zlepšení komunikace a vyrovnávání se s takovými telefonáty.

Podobné a další faktory, které úzce souvisejí s vnímanými stresory na pracovišti, vyplynuly z komplexní metaanalýzy 16 studií (Golding et al., 2017) týkající se faktorů ovlivňujících duševní zdraví pracovníků operačních středisek. Tyto faktory byly rozděleny na dvě oblasti, a to organizační a provozní faktory a interakce s ostatními.

### **Organizační a provozní faktory:**

- vnímání kontroly – ve studiích bylo zjištěno, že operátoři často pociťují nad svojí prací nedostatečnou kontrolu. Tento pocit se projevoval především v kontextu nemožnosti regulace vlastní pracovní zátěže, tzv. čekání na práci, dále v souvislosti s fyzikálními dispozicemi pracoviště – tedy nevhodně či diskomfortně řešené pracovní zázemí, a v neposlední řadě se dojem ztráty kontroly vyskytoval při samotných voláních, kdy operátor pociťoval nedostatečnou kontrolu nad výsledky. Tento poslední bod přispíval k pocitům bezmoci a nemožnosti pomoci v nastalé situaci či k pocitům viny za špatné výsledky.
- vystavení traumatickým a zneužívajícím hovorům – v kontextu traumatizujících hovorů, které se týkaly především dětí, sebevražd či domácího násilí, se u operátorů vyskytly pocity strachu, bezmoci a hrůzy z dané situace. Rovněž se u operátorů zvýšeně vyskytovalo peritraumatické utrpení, které pozitivně korelovalo s příznaky posttraumatické stresové reakce (dále PTSD) a vyhoření. Pracovníci, kteří čelili většímu počtu zneužívajících hovorů byli vystaveni emocionálnímu vyčerpání, depersonalizaci a úzkosti, a uvažovali o odchodu z práce.
- rozhodování v nejistotě, s nedostatkem zdrojů a pod tlakem prostředí – tento faktor souvisí na jedné straně s nedostatečným výcvikem operátorů, kdy se mnohdy nemohou opřít o své vzdělání, dále omezeným zdrojem informací na straně volajícího, který není schopen či neumí popsat situaci tak, aby se v ní operátor dobře zorientoval, případně není volající schopen poslouchat a vyplnit pokyny operátora, a v neposlední řadě zde figuruje velký tlak prostředí, kdy je operátor nucen provádět několik rozličných činností současně (vyhledávat v mapě, vyhodnocovat tísňovou výzvu, instruovat volajícího, urgovat posádku ZZS, komunikovat s nemocnicí, případně zajišťovat další hovor apod.).

### **Interakce s ostatními:**

- vnímaná kvalita vztahů s vedoucím – nedostatečná emoční podpora, porozumění a empatie, dále neefektivní řešení konfliktů na pracovišti a v neposlední řadě zanedbávání budování dobrých vztahů na pracovišti.
- vyhledávání sociální podpory od kolegů, přátel a rodiny
- poskytování emocionálně náročné veřejné služby – operátoři se setkávají s velmi emočně vypjatými situacemi, ale v rámci své profese musejí zůstat v klidu a kontrolovat své emoce, například nevyjadřování hněvu či frustrace. To je ovšem velmi

psychicky náročné a může to u operátorů později vyvolávat tlak a být zdrojem pozdějšího stresu.

Tyto zdroje stresu u operátorů potvrzuje i další výzkum, který identifikoval následující faktory: nedostatečná mzda, nadměrné a vágní požadavky, nedostatek supervize a kolegiální podpory, nedostatek kontroly a práce na směny (Gurevich et al., 2014). Dále bychom chtěli zmínit, že jedním ze stresových faktorů, který může na operátory působit, je monitoring hovorů. Tento faktor se v žádné studii nevyskytoval, přesto se domníváme, že může být rovněž významným zdrojem napětí. Každý hovor na operačním dispečinku je totiž nahráván a může být kdykoli znovu přehrán a přezkoumán, zda operátor postupoval takzvaně „lege artis“ – tedy podle umění lékařského. To znamená, že sebemenší pochybení na straně operátora, jednání s volajícím a vlastně každý pomyslný krok operátora je zaznamenán a může být podroben analýze, což může být pro mnohé operátor nepřijemné a stresující.

V tomto směru by bylo vhodné některé výše uvedené stresory v konkrétní podobě na pracovišti zachytit a pracovat s nimi tak, aby se některé z rizikových faktorů redukovaly a tím zmírnily celkovou zátěž, se kterou se operátor musí dnes a denně vyrovnávat. Například zmíňme nevhodné pracovní prostředí, výcvik, kritiku a trvalé nedocení. Tyto faktory můžeme vhodným působením změnit nebo zmírnit. Limity technického vybavení jsme se zabývali v kapitole 1.3.2. Tam jsme ovšem nezmínili možnosti zlepšení pracovních podmínek ve formě videohovorů s volajícími. Podle výzkumné studie provedené v Norsku (Johnsen, Bolle, 2008), která srovnávala klasický telefonní hovor a videohovor, při kterém dispečer prováděl telefonicky asistovanou neodkladnou resuscitaci (dále TANR) byly tyto videohovory při poskytování TANR efektivnější z hlediska předávání informací mezi dispečerem a volajícím a vedly k lepšímu vzájemnému porozumění. Jediným uváděným negativem videohovorů byl okolní šum – například při hromadné nehodě nevěděl operátor na co zaměřit svoji pozornost nejdříve. Jiná studie (Lee et al., 2011) potvrzuje, že kvalita poskytované první pomoci, konkrétně u kardiopulmonální resuscitace (dále KPR) byla vyšší u videohovorů s dispečerem než jen u audiálních hovorů. Kromě vyšší kvality KPR (měřena hloubka komprese hrudníku) byla u videohovorů i celkově kratší doba mezi přijetím hovoru a zahájením KPR. Další intervencí k zvýšení jistoty, a i efektivity práce je vzdělávání, simulace krizových situací a nácvik jejich řešení, a v neposlední řadě zpětná vazba. Intervence zaměřená na rozpoznání náhlé srdeční zástavy například skutečně signifikantně zlepšila její rozpoznání a rovněž se zkrátil čas mezi přijetím tísňové výzvy a první kompresí hrudníku (Hardeland et al., 2017). Co se týče kritiky a trvalého nedocení, tak zde vidíme prostor

jednak pro psychology pracující na ZZS, tak pro vedoucí ZOS. Tato oblast by měla být zahrnuta do komplexní péče o zaměstnance ZZS.

## 2.3 Burnout syndrom

Chronický stres, se kterým se operátoři dnes a denně musí vyrovnávat, může vést v dlouhodobé perspektivě k rozvoji různých fyzických obtíží a k psychickým problémům a onemocněním. V tomto kontextu stojí v první linii takzvaný burnout syndrom neboli syndrom vyhoření. Podle autora pojmu Freudembergera se dá syndrom vyhoření přirovnat k vyčerpání síly a energie, což je dané tím, že jsou na zaměstnance kladeny příliš vysoké nároky (buď ze strany zaměstnavatele, nebo i ze strany zaměstnance na sebe sama). V tomto spatřuje důvod, proč jsou zaměstnanci při syndromu vyhoření, neschopni plnit jakékoli pracovní úkoly (Freudemberger, 1974). Syndrom vyhoření je fenomén, který postihuje především pomáhající profese a profese, kde dochází k intenzivnímu kontaktu s lidmi. Mezi nejvíce ohrožené profese patří například: lékaři, zdravotní sestry, psychologové, pedagogové a v neposlední řadě rovněž zdravotničtí dispečeri. Je to dáno povahou jejich profese, kde často nejsou vidět výsledky jejich snažení a také působí jako první nárazník mezi volajícími a posádkou záchranky. To znamená, že se často ocitají mezi pomyslnými mlýnskými kameny požadavků a možností kolegů z výjezdových skupin na jedné straně a nátlakem na okamžitou pomoc na straně volajícího. Je zajímavé, že zdroje syndromu vyhoření souvisí právě s dlouhodobým chronickým stresem v zaměstnání a nesouvisí tolik s osobnostními charakteristikami jedince vykonávajícího danou profesi (Kebza, Šolcová, 2003). Z výzkumu realizovaného v rámci disertační práce (Šeblová, 2007) vyplynulo, že riziko vzniku syndromu vyhoření se zvyšuje s délkou praxe na ZZS. Z tohoto výzkumného šetření rovněž vyplynulo, že nejohroženější skupinou jsou pracovníci operačního střediska (ZOS). Stav vyhoření se často pojí s výraznou změnou vztahu ke klientům, zvláště v pomáhajících profesích. Dochází například k bagatelizaci problémů klienta či negativním až cynickým postojům ze strany vyhořelého jedince (Kebza, Šolcová, 2003). Tyto závěry potvrzuje i americká studie, ve které byla celková prevalence k vyhoření mezi pracovníky urgentních příjmů 18 %, ovšem samotný výskyt vyhoření byl mezi operátory 32 % (Boland et al., 2018). Problémem je, že jak už jsme zmínili, tak profese operátora tísňové linky ZZS je stále poměrně neprozkoumanou a přehlíženou zdravotnickou profesí a ze současných nepočetných výzkumů zatím vyplývá, že tato profese je z hlediska syndromu vyhoření velmi riziková a neměla by se tím pádem přehlížet. Z preventivních opatření, která mohou operátory chránit před syndromem vyhoření,

můžeme zmínit edukaci ve smyslu rozpoznávání rizik vedoucích k vyhoření a přenášení strategií řízení a kontroly vývoje syndromu a jeho důsledků na fyzické, psychické a sociální úrovni (Gómez-Gascón et al., 2013). Dále můžeme zmínit absolvování sociálně-psychologického výcviku, který by byl zaměřen na sebeobraz, osobní identitu, neverbální komunikaci, sociální dovednosti, rozhodování ve skupině, konformismus, skupinovou spolupráci, zvládání stresu, vyhoření a jeho prevenci, profesní identitu a relaxační techniky (Škodová, Paceková, 2012).

## **2.4 Akutní stresová reakce a posttraumatická stresová porucha**

U operátorů se můžou v důsledku vystavení těžkému stresu vyskytnout patologické reakce na něj. Právě v důsledku dlouhodobého působení stresových faktorů dochází k oslabení psychické odolnosti jedince a poté v důsledku nějaké výjimečné události může dojít k bezprostřednímu rozvoji akutní stresové reakce či posttraumatické stresové poruchy. U akutní stresové reakce vidíme traumatický rozvoj ihned po události v řádu několika minut, který odeznívá do dvou až tří dnů (MKN 10, 1992). U posttraumatické stresové poruchy (dále PTSD) se příznaky typicky rozvíjí v řádu týdnů či měsíců po prožití traumatizující události. Charakter této události je většinou na životě ohrožující, a to buď samotnou osobu, u které se PTSD rozvinula, nebo osoby blízké či osoby zcela neznámé. Mezi projevy PTSD patří znovuprožívání traumatu v myšlenkách či snech, tzv. „flashbacks“, vyhýbání se lidem a rovněž situacím, které nějakým způsobem souvisejí s prožitou traumatickou událostí. Dále se objevují pocity otupělosti a emoční oploštělosti, vyhýbání se lidem, nevšímavost směrem k okolí a anhedonie. Často tyto příznaky může provázet vegetativní hyperreaktivita, hypervigilance, zvýšená úlekovost a nespavost. S těmito symptomy je často spojena úzkost a deprese, případně suicidální myšlenky (MNK 10, 2012). Operátoři tísňové linky jsou osoby prvního kontaktu, ke kterým se dostává zpráva o krizové situaci a skrze telefonní sluchátko jsou mnohdy samotné události takto zprostředkovaně přítomní. Navíc je na ně kladen tlak v tom smyslu, že musí nastalou situaci řešit. Mají za úkol zjistit, co se stalo, jak a kde, kolik je na místě zraněných, dále vysílají vozidla ZZS, a přitom komunikují s postiženými na místě a poskytují jim emoční a psychickou podporu. Gurňáková (2013) zjistila, že operátoři jsou nejrizikovější skupinou, ve srovnání se záchranáři a zdravotními sestrami, co se týče výskytu symptomů PTSD. Nejvíce se u nich objevují pocity viny, nechtěné myšlenky na to, co se stalo a snaha se těmito myšlenkám vyhnout. Rovněž se u nich projevuje větší ostražitost po stresující události. Z americké studie rovněž vyplynulo, že u 13-15 % dispečerů se vyskytují



příznaky typické pro PTSD. Dále byl u operátorů zaznamenán vyšší výskyt symptomů PTSD, konkrétně 4,3krát až 5,2krát vyšší, než je v populaci běžné (Steinkopf et al., 2018). Z dalších příznaků PTSD operátoři často uváděli necitlivost, podrážděnost, hypervigilanci, špatnou koncentraci a poruchy spánku (Miller, 2006). Z faktorů, které byly u operátorů identifikovány jako protektivní v kontextu PTSD, byla prozatím identifikována sociální podpora a vědomí vlastní účinnosti (self efficacy), které pozitivně působily na pocit celkové osobní pohody (well-being) (Shakespeare-Finch, Rees, Armstrong, 2015). Toto je ovšem prozatím jediný výzkum, který se na tomto poli realizoval a je otázkou, zda by se daly identifikovat další faktory působící pozitivně a protektivně nejen v kontextu PTSD, ale obecně v kontextu celé profesní specializace operátora tísňové linky ZZS.

Z této kapitoly je jasně patrné, že kromě specifických profesních nároků, kterým jsme se věnovali v první části, jsou zde velké nároky na zvládnání stresových faktorů, které v dlouhodobém pracovním kontextu můžou působit řadu obtíží. Z toho vyplývá, že operátor musí být nejen vybaven teoretickými a praktickými znalostmi ze svého oboru, ale rovněž by měl být minimálně seznámen s výše uvedenými negativními fenomény, které se v této profesi vyskytují a mělo by se více prozkoumat, které faktory jsou v tomto směru protektivní, aby se tak mohla poskytovat lepší péče a ochrana pro nové, ale i stávající operátory.

### **3 Charakteristiky operátora, klíčové kompetence a spokojenost**

Z předchozích kapitol, které se zabývaly popisem pracovní činnosti operátora, pracovních nároků a rovněž negativními důsledky působení specifické profesní zátěže, které se vážou k práci operátora, logicky vyplývají otázky týkající efektivního zvládnání těchto podmínek. V následující kapitole se budeme zabývat psychickými nároky z hlediska osobnostních charakteristik a sociálních kompetencí, které usnadňují zvládnání dané profesní zátěže a rovněž se zaměříme na faktor životní spokojenosti operátorů.

#### **3.1 Charakteristiky operátora tísňové linky ZZS**

Jak je vidět, tak práce operátora tísňové linky ZZS je poměrně psychicky náročná a stresující a působí zde mnoho zátěžových činitelů, se kterými se daný jedinec musí umět vyrovnat. Proto je důležité se zamyslet nad tím, co působí ve vztahu ke stresu z hlediska jedince jako protektivní faktor. Kebza a Šolcová (2003) uvádějí jako stěžejní faktor, který působí na odolnost jedince vůči stresu, samotnou osobnost jedince. To znamená, že to, jak se člověk vyrovná se stresovou situací z velké části záleží na tom, jakého ražení je, respektive jaké má osobnostní charakteristiky. Paulík (2010) uvádí, že z hlediska účinného vyrovnávání se se stresem jsou důležité následující faktory: subjektivní hodnocení dané situace, individuální osobnostní charakteristiky a způsob vyrovnávání se se zátěží – tedy to, jakými copingovými strategiemi daný jedinec vládne a jaké používá k řešení dané situace. Osobnost jedince je klíčovou složkou pracovního procesu, která ovlivňuje motivaci a rovněž určuje to, jak jedinec reaguje na dané pracovní požadavky a vyrovnává se s konkrétní pracovní zátěží (Cohen, Kamarck, Mermelstein, 1983). My se zaměříme na osobnostní charakteristiky, které jsou příznačné pro námi sledovanou profesi. Vzhledem ke specifčnosti práce a pracovních podmínek operátora tísňové linky ZZS jsou často zmiňovány vybrané charakteristiky, kterými by měl daný jedinec disponovat. Ovšem jsou to zpravidla charakteristiky, které se neváží specificky k profesi operátora nýbrž obvykle k osobnosti pracovníka urgentního příjmu či záchranáře. My se pokusíme postihnout i specifické momenty, které jsou výlučně typické právě pro operátora tísňové linky ZZS. V literatuře je nejčastěji uváděná charakteristika vážící se k této profesi Mitchella a Everlyho (Mitchell, Everly, 2002, podle Čepická, 2012), která uvádí mezi typickými rysy následující:

- zaměření na detail
- problém říkat ne
- zaměření na rodinu
- zaměření na aktivitu
- tendence k nudění se
- velká potřeba stimulace
- značná tolerance vůči stresu
- snaha řídit
- obsesivní rysy
- kompulzivní rysy
- intrinsická motivace
- velká zapálenost pro věc
- tendence k vyhledávání rizika
- touha po bezprostředním ocenění

Mezi dalšími charakteristickými rysy nacházíme dobrou schopnost orientace v prostoru, rozhodnost, obětavost, ochotu pomáhat ostatním, ohleduplnost, preciznost, spolehlivost, hbitost a kreativitu, trpělivost a kolegiálnost (Sihelská, 2007). Franěk (2018) v manuálu pro operátora zdravotnického operačního střediska charakterizuje operátora jako člověka s rozvinutým abstraktním myšlením, dobrou prostorovou a časovou představivostí, dále se schopností střídat zaměření pozornosti a její koncentraci, a rovněž tuto koncentraci dlouhodobě udržet. Z dalších rysů uváděných Franěkem je důležitá schopnost práce v týmu, odolnost vůči stresu a rovněž schopnost stanovení priorit. Tato zjištění ovšem neuvádí, zda tyto charakteristiky jsou účinné při zvládání stresu a pracovních nároků. Naopak se sekáváme s tím, že tyto rysy jsou zpravidla typické pro následný syndrom vyhoření, ke kterému mají osoby s těmito charakteristikami blíže (Čepická, 2012). V tomto směru jsou tedy zajímavá následující zjištění. Mezi pracovníky urgentních příjmů vnímali emocionálně stabilnější, odpovědnější a ochotnější zaměstnanci nižší hladinu stresu a účinněji plnili své povinnosti. To souviselo s vyššími hladinami v extravertze, přívětivosti a svědomitosti v dotazníku NEO pětifaktorový osobnostní inventář (Mirhaghi, Sarabian, 2016). Tyto charakteristiky můžeme dát rovněž do souvislosti s klíčovými sociálními kompetencemi, kterým se věnuje naše empirická část. Jedná se o vysoké korelace mezi extravertzí a pluralitou hodnot a převzetím perspektivy<sup>2</sup>, dále osobnostním rysem přívětivosti a následujícími sociálními kompetencemi: pluralita hodnot, prosocialita a naslouchání. Mezi svědomitostí na jedné straně a sociálními kompetencemi rozhodnosti, sebekontroly a flexibility chování na straně druhé byla rovněž zjištěna vysoká korelace (Hoskovcová, Vašek, 2017). V tomto směru nás bude v empirické části zajímat, zda náš výzkumný vzorek operátorů tísňových linek ZZS skóruje v těchto dimenzích – tedy pluralita hodnot, prosocialita, naslouchání, rozhodnost, sebekontrola a flexibilita chování – rovněž vysoko a jestli je zde v tomto směru souvislost s celkovou životní spokojeností, jež nám poslouží jako indikátor úspěšného zvládání profesních nároků.

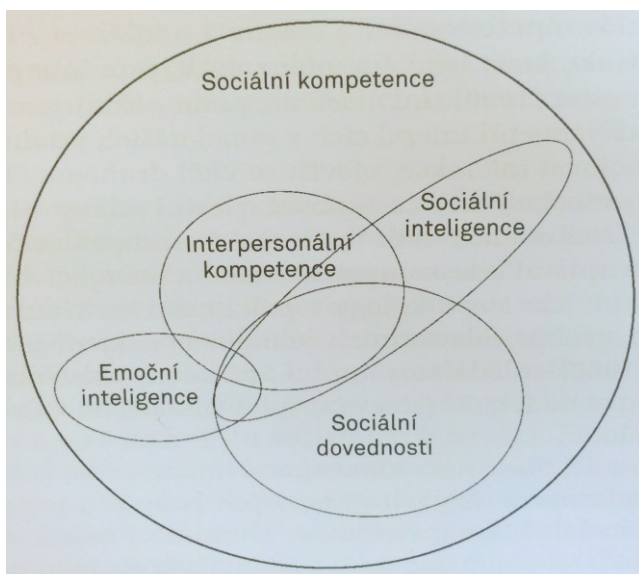
---

<sup>2</sup>Měřeno testem Inventář sociálních kompetencí (ISK), který i my budeme využívat v empirické části.

### 3.2 Sociální kompetence operátora tísňové linky ZZS

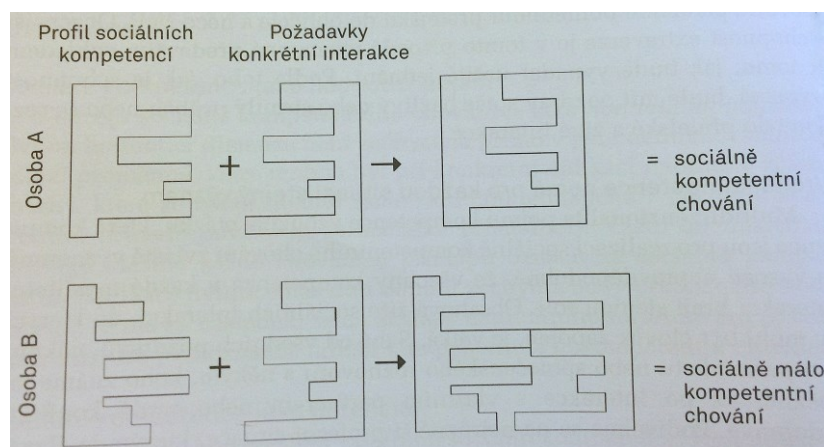
V návaznosti na charakteristické rysy osobnosti operátora se nyní podíváme na sociální kompetence, které jsou pro tuto profesi podstatné, a kterým se věnuje i empirická část práce. Jak jsme již naznačili v předchozích kapitolách, tak pro práci operátora tísňové linky jsou důležité určité sociální kompetence, které mu usnadňují zvládnání profesních nároků. Jsou to především kompetence v oblasti komunikace a týmové spolupráce, dále se jedná o oblast sebeovládání, emoční stability a rozhodování, kterému se budeme podrobněji věnovat v části této kapitoly.

Nejprve si krátce uvedeme, co sociální kompetence jsou, abychom vytvořili teoretické pozadí pro sledovanou oblast. Jedinou definici sociálních kompetencí je ovšem složité vyhledat. V psychologickém slovníku nalézáme pod pojmem kompetence vymezení, že jde o schopnost, způsobilost a kvalifikaci (Hartl, Hartlová, 2000), což v podobném duchu potvrzuje i Hoskocová a Vašek (2017). Ti uvádějí, že jde o soubor dovedností, schopností a znalostí, které člověk musí využít k tomu, aby se dokázal popasovat s určitou situací. Vzhledem k tomu, že se jedná o pojem sociální kompetence, tak jsou tyto charakteristiky vztažené k sociální interakci a ke vztahům a fungování jedince v sociálním prostředí, což je důležitý faktor v mnoha profesích. Podle Kanninga vytvářejí „*sociální kompetence základ pro sociálně kompetentní chování ve specifických situacích*“ (Kanning, 2017). Sociálně kompetentní chování je takové, které jedinci přispívá k realizaci jeho záměrů v konkrétní situaci a zároveň je toto chování sociálně přijatelné pro jeho okolí. Na obrázku 2 je dobře patrný vztah sociálních kompetencí ke konceptům, které s nimi úzce souvisejí a v mnohém se překrývají. Jsou to konkrétně: emoční inteligence, interpersonální kompetence, sociální inteligence a sociální dovednosti. Právě pojem sociální dovednosti (*skills*) často s pojmem sociální kompetence (*competence*) splývá a je těžké tyto dva pojmy od sebe úzce oddělit. Z uvedeného schématu je patrné, že pojem sociální kompetence v sobě zahrnuje sociální dovednosti, z čehož by se dalo uvažovat o tom, že sociální kompetence budou pojmem nadřazeným.



Obrázek 2: Vztah mezi sociálními kompetencemi a souvisejícími pojmy<sup>3</sup>

Vzhledem k pracovnímu kontextu je užitečné si představit následující schéma (obrázek 3) zobrazující, jak je určitý sociálně kompetenční profil vhodný pro jiné různé typy situací. Z toho je patrné, že je důležité zachytit, jaké jsou požadavky konkrétní situace, potažmo konkrétní profese, a v souladu s těmito požadavky vybrat takového jedince, který má požadované sociální kompetence, které jsou pro vykonávání dané práce podstatné.



Obrázek 3: Vztah mezi kompetencemi a nároky dané situace<sup>4</sup>

Nyní bychom se rádi zaměřili právě na sociální kompetence, které jsou podstatné pro námi sledovanou profesi operátora tísňové linky ZZS. Ze zahraniční komplexní metaanalýzy (AlShammari et al., 2018) vyplynuly následující klíčové sociální kompetence, které jsou podstatné v profesi pracovníků urgentních příjmů. Je to komunikace, klinické dovednosti,

<sup>3</sup>Zdroj obrázku: Kanning, 2017

<sup>4</sup>Zdroj obrázku: Kanning, 2017

týmovost, profesionální chování, kritické myšlení a rozhodování. Když se podíváme na kompetence jednotlivě, tak můžeme vidět provázanost s předchozími kapitolami. Klinickými dovednostmi minili autoři úkony typu defibrilace, podávání léků či zprůchodnění dýchacích cest (Kilner, 2004). V našem kontextu jsou to ovšem spíše dovednosti popisované především v kapitole, která se týká profesních nároků a souboru činností vykonávaných operátorem tísňové linky – tedy vyřizování tísňových volání, vyhodnocování stupně naléhavosti, lokalizace místa zásahu, poskytování TAPP a TANR koordinace a řízení výjezdových posádek, komunikace s nemocnicemi, organizace převozu pacientů. Jedná se nejen o teoretické pozadí, ale i o praktické zkušenosti a dovednosti při každodenním vykonávání dané profese. Další zmíněnou kompetencí jsou komunikační dovednosti, kterým jsme se již věnovali v samostatné kapitole (viz kapitola 1.5). Z výše zmíněné metaanalýzy vyplynulo, že kompetence v oblasti komunikace jsou stěžejním prvkem při poskytování kvalitní péče o pacienty a zároveň prostředkem k získání vzájemného respektu a důvěry. Rovněž je v tomto směru zmíněno, že je důležité, aby pacienti neměli pocit, že zdravotníci spěchají a nemají na ně čas, i když jsou často v časovém presu. Komunikace je alfou a omegou v kompetencích operátorů, a proto je třeba na ni klást velký důraz z hlediska jejího dalšího rozvoje. Z hlediska komunikačních dovedností bychom očekávali schopnost naslouchání, dále pluralitu hodnot, schopnost převzetí perspektivy, rovněž obratnost v dimenzích sebe prezentace a vnímání druhých osob. Další podstatnou kompetencí je týmovost, kterou jsme již zmínili v kapitole, která se týkala pracovního prostředí (viz kapitola 1.3). V tomto kontextu je podstatné, aby byl operátor schopen vycházet s ostatními kolegy a byl týmovým hráčem. Z tohoto důvodu bychom u operátorů očekávali tendenci ke kooperativnímu chování. Další klíčovou kompetencí je profesionální chování. Je možná těžké si pod tímto pojmem něco představit, jelikož jde o obecné označení pro odpovídající přístup, který se váže k dané profesi. V kontextu profese operátora tísňové linky ZZS můžeme vidět jako klíčové faktory profesionálně kompetentního chování soucit, empatii, etické a morální principy v kontextu poskytování zdravotnické péče, poctivost a zodpovědnost (Tavares, Bowles, Donelon, 2016). My bychom kromě výše zmíněného dodali jako další složky profesně kompetentního chování v námi sledovaném kontextu emoční stabilitu a sebekontrolu. Poslední zjištěnou podstatnou kompetencí je kritické myšlení a rozhodování. Rozhodování je velmi podstatným prvkem v práci operátora a v předchozích kapitolách mu byla věnována jen okrajová pozornost, proto se na něj nyní blíže zaměříme a věnujeme mu více pozornosti.

### 3.2.1 Rozhodování

Z předchozích kapitol je jasně patrné, že operátor se musí umět rychle rozhodovat a musí být schopen pohotové koordinace všech výjezdových jednotek. Důležité je zmínit, že k rychlé a pohotové schopnosti rozhodování patří i přesnost a vysoká koncentrace pozornosti. V případě, že by se operátor rozhodoval rychle, ale nepřesně, tak by mohl ohrozit na životě nejen případ aktuálně řešeného pacienta, ale i pacienty další, pro které by v důsledku chybného rozhodnutí nebyli k dispozici adekvátní výjezdové posádky. Když se podíváme na zcela výstižný výrok o zdravotnických záchranářích, kteří „buď leží, nebo běží“ (Andršová, 2012), tak u operátorů tísňové linky ZZS můžeme uvažovat v podobném duchu, kdy operátor si rovněž nemůže, jak už jsme zmínili, svoji práci naplánovat. Tudíž musí být v neustálé pohotovosti a podávat stále stejný optimální výkon. I z tohoto důvodu jsou nároky na rozhodování a pozornost velmi vysoké. Rovněž je třeba si uvědomit, že chyba v úsudku může ohrozit lidské životy. V rámci úvah o rozhodování operátorů je také důležité zmínit, jakým způsobem se operátoři tísňové linky ZZS při řešení tísňové výzvy mohou rozhodovat. Obecně existují dva přístupy, intuitivní a formalizovaný.

Intuitivní přístup je závislý na odborných znalostech a zkušenostech operátora. V rámci tohoto přístupu má operátor mnohem více prostoru pro vlastní invenci a pro vlastní rozhodování. Ovšem to je spojeno s menší objektivitou a velkým rozptylem řešení jednotlivých událostí. Také mají operátoři u tohoto přístupu mnohem větší míru zodpovědnosti než u druhého, formalizovaného přístupu. Intuitivní přístup lze ovšem využívat na pracovištích, kde je pouze paralelní způsob zpracování volání, jelikož u intuitivního zpracování nedochází k třídění a prioritizaci událostí, jelikož operátorovi chybí kritéria pro tyto úkony.

Druhý přístup, formalizovaný postupuje při řešení události podle jasných pravidel, což usnadňuje vzájemnou komunikaci mezi pracovníky ZOS při předávání informací o řešených případech a rovněž tento přístup operátora do jisté míry chrání před možným pochybením. Tento přístup se používá v provozech se sériovým zpracováním tísňových volání (Šeblová, Knor, 2013).

Jak už jsme naznačili, tak k procesu rozhodování se váže určitý tlak, který je v práci operátora velmi znatelný. A to tlak zodpovědnosti za provedená rozhodnutí. Touto problematikou se zabýval tým polských výzkumníků, kteří sledovali nedostatky, chyby a pochybení v práci operátorů tísňové linky ZZS. Na základě zpětné analýzy hovorů byla zjištěna mnohá pochybení na straně operátorů při přebírání tísňové výzvy. Tato pochybení

byla dána především časovým prodlením při poskytování první pomoci pacientům, nedostatkem komunikačních dovedností při přebírání tísňové výzvy, chybným výkladem informací podaných pacientem, potlačení symptomů udávaných pacientem a překračování rámce svých kompetencí (Chowaniec et al., 2014). V tomto kontextu jsou zajímavá výzkumná zjištění, která se zabývala faktory ovlivňujícími rychlé a přesné rozhodování při práci operátora. Hosseini a kolektiv (2018) identifikovali 13 faktorů, které úzce souvisejí s rozhodovacím procesem při zpracovávání tísňové výzvy. Tyto faktory byly dále rozděleny do dvou skupin: osobní hodnoty a profesionální postoje. V první skupině figurovala víra a přesvědčení, touha pomoci, profesionální servis, altruismus, respekt a nestrannost v klinickém úsudku. Ve skupině druhé byly přítomné faktory akceptace stavu ohrožení zdraví, citlivost při třídění, reakce na všechny tísňové výzvy, citlivost vůči varovným signálům, závazek k organizačním cílům a normám, pozornost věnovaná odpovědnosti za sociální podporu a profesionalita. Domníváme se, že tyto faktory se velmi prolínají s klíčovými sociálními kompetencemi uváděnými výše.

### **3.3 Vztah spokojenosti a sociálních kompetencí v profesi operátora tísňové linky ZZS**

Vzhledem k tomu, že většina výzkumů v oblasti rizikového pracovního prostředí, jako je operační dispečink ZZS, se zaměřuje na jeho negativní fenomény jako je stres, syndrom vyhoření a symptomy PTSD, které jsou samozřejmě významnou proměnnou, která v dané profesi působí a které jsme se krátce věnovali v samostatné kapitole, tak my se ve výzkumném šetření zaměříme na oblast životní spokojenost jako na faktor zvládnutí efektivitu pracovních nároků námi sledované profese.

Spokojenost jako taková může být ukazatelem kvality života, ovšem s konceptuálním zařazením a obecným definováním pojmu spokojenost či životní spokojenost je to poněkud složitější. Pod pojmem spokojenost si můžeme představit „*příjemný pocit z dobrých vztahů a vykonané činnosti*“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 556). Tato definice v sobě zahrnuje dvě komponenty, a to vztahy kolem daného jedince a nějakou činnost, pod kterou si můžeme představit, jak práci, tak vykonávání různých volnočasových aktivit. Co se týče životní spokojenosti, tak Blatný uvádí, že životní spokojenost je součástí konceptu subjektivní pohody a „*vyjadřuje jedincem vnímaný rozdíl mezi jeho současným životem a očekáváními a aspiracemi*“ (Cambell et al. 1976, podle Blatný, 2016, s. 191). V zahraničí často pojem



životní spokojenosti splývá s pojmem subjektivní pohody<sup>5</sup>, která se skládá se čtyř komponent: životní spokojenost, štěstí, pozitivní a negativní afekt. V tomto směru je komponenta životní spokojenosti pojímána jako kognitivní složka subjektivního zdravotního stavu (Fahrenberg et al., 2001). Rovněž můžeme o životní spokojenosti uvažovat v měřítku kvality života, která z psychologického pohledu vyjadřuje míru sebeuplatnění a psychické vyrovnanosti čili množství životní spokojenosti potažmo nespokojenosti. Kvalita života se může vázat k následujícím oblastem: fyzická, psychická a sociální, dále finanční, sexuální, spirituální a funkcionální (Fahrenberg et al., 2001). V rámci našeho výzkumného šetření budeme sledovat, jak spokojenost životní, tak i její dílčí část, a to spokojenost pracovní.

Hlavním předmětem našeho zájmu je především souvislost mezi klíčovými sociálními dovednostmi<sup>6</sup>, z jejichž hlediska jsme pohlíželi na nároky profese operátora tísňové linky, a celkovou životní spokojenost<sup>7</sup>. Ve výzkumu Malinauskase a kolektivu byl mezi těmito dvěma proměnnými zjištěn signifikantní vztah (Malinauskas, Dumciene, Lapeniene, 2014). Jednalo se o skupinu studentů v prvním a posledním roce studia a byla zjišťována míra provázanosti sociálních dovedností s životní spokojeností. V tomto kontextu se prokázala pozitivní korelace právě mezi mírou sociálních dovedností a životní spokojeností. Byla rovněž zjištěna souvislost s vyšší úrovní sociálních dovedností s dvěma indikátory psychické pohody, a to sníženou hladinou depresivních symptomů a vyšší mírou celkové životní spokojenosti (Segrin et al., 2007). Tato souvislost byla potvrzena i u sociálních dovedností a symptomů deprese, úzkosti a vyhoření (Pereira-Lima, Loureiro, 2014). To rovněž potvrzují i autoři české verze inventáře vyvinutého k měření sociálních kompetencí<sup>8</sup>. Tito autoři uvádí, že byla prokázána souvislost mezi vyšší mírou sociálních kompetencí a pracovní spokojeností. Dále uvádějí, že každá skupina zaměstnanců má specifické nároky, a proto jsou pro pracovní spokojenost dané profese důležité jiné typy kompetencí. V tomto směru vyšla například pečovatelům vysoká míra ve škále naslouchání, dále u skupiny hasičů se projevila největší souvislost mezi pracovní spokojeností a internalitou (Hoskovcová, Vašek, 2017). Z tohoto hlediska nás v empirické části bude především zajímat jaké sociální kompetence jsou dominující u námi sledované skupiny ve vztahu ke spokojenosti u operátorů tísňové linky ZZS.

---

<sup>5</sup>V originále „*subjective well-being*“.

<sup>6</sup>Měřeno dotazníkem Social skills inventory (SSI), ve kterém vyšší skóre znamená vyšší úroveň sociálních dovedností.

<sup>7</sup>Měřeno dotazníkem Satisfaction with life scale (SWLS)

<sup>8</sup>Inventář sociální kompetencí (ISK)

## 4 Péče o zaměstnance

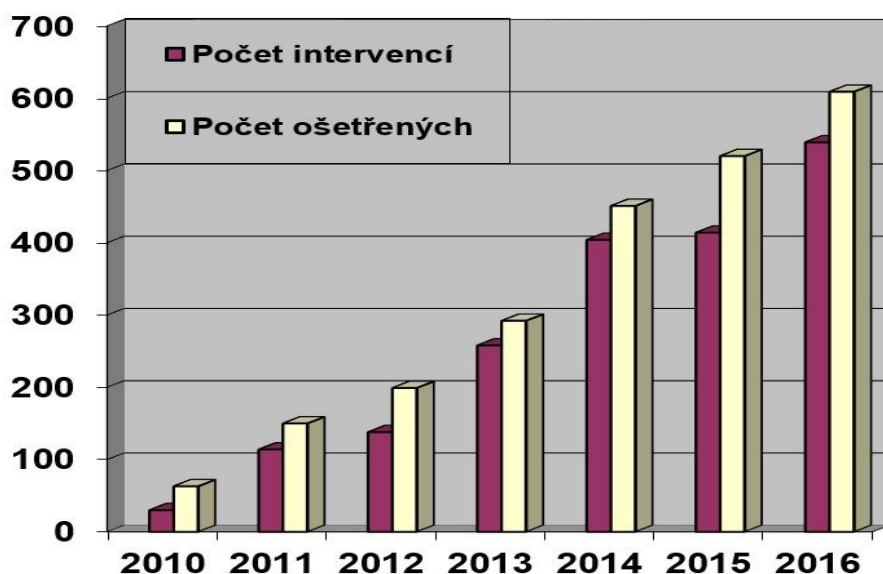
Vzhledem k povaze práce operátora tísňové linky ZZS a výše zmíněným fenoménům, kterými jsme se zabývali v předchozích kapitolách je patrné, že je tato profese psychicky náročná a klade velké nároky na daného jedince. Proto je třeba zmínit, jaké mají operátoři možnosti z hlediska péče o své duševní zdraví. Budeme se především věnovat možnostem stávající péče, kterou zajišťuje zaměstnavatel – tedy ZZS, pro své zaměstnance v kontextu psychologické zátěže, se kterou se musejí vyrovnávat.

Se zaváděním podpůrných opatření v rámci péče o své zaměstnance mají zkušenost na pracovišti ZZS Středočeského kraje, kde se zaměřili na dvě oblasti, a to preventivních a organizačních opatření. V rámci prevence byly zařazeny vzdělávací aktivity pro pracovníky ZZS, které jsou zaměřeny právě na psychologická rizika v rámci urgentní medicíny, agresivní pacienty, krizovou komunikace po telefonu, komunikaci pro operátory tísňové linky. V rámci druhé oblasti – tedy organizačních opatření, byla v ohnisku zájmu témata týkající se zlepšování pracovních podmínek, jasné organizační struktury, podpory dalšího vzdělávání a zvyšování kvalifikace. V tomto směru je ale důležité zmínit, že je dobré, když zaměstnavatel poskytuje tyto možnosti a zajímá se prostřednictvím preventivních opatření a edukace o své zaměstnance, což by je v důsledku mělo vést ke zcitlivění vůči signálům vlastního těla a psychiky odrážejícím stav nepohody či nějakého závažnějšího problému (Šeblová, Kebza, Vignerová, Čepická, 2009). Zajímavé jsou rovněž zjištění ze zahraničního výzkumu zaměřeného na efektivitu programu, který kombinoval prvky edukace v oblasti strategií zvládání stresu a fyzického cvičení ve fitness centru. Závěry potvrzují, že tento program zlepšil vnímání pracovního stresu a zároveň byl užitečný při řešení řady stresových situací spojených s výkonem práce dispečerů (Anshel, Umscheid, Brinthaup, 2013). Proto může být vhodné zařadit i takovou formu do konceptu péče o operátory tísňové linky. Další možnosti péče uvádí Suchá (2013), která představuje tři možné způsoby, jak poskytovat psychologickou péči operátorům v rámci prevence negativních důsledků specifického profesního zatížení. V první řadě může jít o krátké posezení na konci směny, kdy se operátoři zamyslí nad dobrými a špatnými momenty v dané směně. Dále navrhuje přítomnost psychologa ve směně, který zde funguje jako kouč (inspirace Slovenskou republikou). A jako třetí možnost uvádí supervizi přímo v organizaci. Tyto navrhované možnosti se nám jeví jako velmi účinné z hlediska podchycení zátěžových momentů, které na daného jedince mohou negativně působit.

Včasným zachycením a ošetřením se může zabránit rozvoji dlouhodobých problémů, které by tyto zdroje zátěže potencovaly.

#### 4.1 Psychosociální intervenční služba – SPIS

V České republice funguje od roku 2010 systém Psychosociální intervenční služby (dále jen SPIS), který poskytuje péči pro zdravotnické pracovníky, tedy i pro operátory tísňové linky. SPIS poskytuje péči především po nadlimitně zátěžových situacích. Nadlimitně zátěžová situace je charakteristická tím, že má velkou působnou sílu, může se jevit náhle a nezvladatelně, člověk je jí přímo přítomen (i jako svědek) a je při ní ohrožena integrita člověka (Baštecká, 2005). Mezi tyto situace v kontextu ZZS patří například úmrtí pacienta, nebo blízké osoby či kolegy, dále nehoda výjezdové posádky či útok, případně zranění při výkonu profese. Z dalších situací se zde mohou vyskytnout konflikty na pracovišti, pocity vlastního pochybení při výkonu profese či reálné pochybení a v jeho důsledku iatrogenní<sup>9</sup> poškození pacienta (Humpl, 2016b). SPIS zpravidla poskytuje podporu peerem (speciálně vyškoleným kolegou, viz výše) a v případě potřeby psychologem. Zajišťuje především diskuzi, vedení a podporu při zátěžových situacích a rovněž edukaci a prevenci vzniku PTSD a syndromu vyhoření (<https://spis.cz/kdo-jsme/podpora-zdravotnikum/>).



Graf 1 – Využití peer a psychologické podpory zdravotnickými pracovníky v rámci SPIS<sup>10</sup>

<sup>9</sup>způsobené lékařem, potažmo zdravotnickým personálem

<sup>10</sup>Zdroj grafu: <http://www.azzs.cz/spis/>

Co se týče využití služeb SPISu, tak nejvíce ji využívá nelékařský zdravotnický personál (504), dále lékaři (74), řidiči ZZS (74), sanitáři (15) a operátoři tísňové linky (43). Ovšem zde se jedná o absolutní čísla a není nám známo, kolik je to procent, z celkového počtu v dané kategorii. Zde můžeme pouze uvažovat, že celkový počet operátorů v ČR je přibližně okolo 280 a pokud by tuto službu využívalo jen 43 operátorů z 280, tak se to nejeví jako příliš příznivá bilance, vzhledem k profesní zátěži a závěrům z výzkumů týkajících se rizik vyhoření a PTSD, kde jsou právě operátoři tísňové linky často nejohroženější skupinou. Ovšem je to 50% nárůst od roku 2016, kdy tuto službu využilo jen 23 operátorů. Rovněž je třeba zmínit, že z výše uvedeného grafu je zřejmé, že od roku 2010, kdy SPIS začal fungovat a poskytovat své služby, velmi vzrostl počet zdravotnických pracovníků, kteří využívají tuto SPISem poskytovanou psychologickou péči (<https://spis.cz/2018/02/13/peer-podpora-2016/>), což může být pozitivním signálem pro větší obeznamenost mezi zdravotnickým personálem s jeho službami a rovněž lepší perspektivu s hojnějším budoucím využitím.

Služby SPISu jsou velmi užitečnou alternativou pro péči o zaměstnance pracující ve zdravotnictví. Je ovšem otázkou, zda by nebylo pro operátory výhodnější mít vždy někoho po ruce přímo na pracovišti, když se něco děje, například, jak je tomu ve Slovenské republice (viz Suchá, 2013). Možná, že by přítomnost psychologa přímo ve směně lépe a citlivěji zachytila klíčové zátěžové momenty a tím pádem by umožnila lépe s nimi pracovat.

## **Empirická část**

### **5 Cíle výzkumu**

Cílem empirické části této diplomové práce je zmapování sociálních kompetencí v profesi operátora tísňové linky ZZS, které umožňují operátorovi lepší zvládnání každodenní specifické zátěže. Jak už jsme předestřeli, tak nebudeme zvládnání nároků práce operátora ověřovat na negativních fenoménech dané profese – tedy stresu, syndromu vyhoření či symptomech PTSD, jelikož hojně množství studií je právě zaměřeno na tyto negativní fenomény. My se zaměříme na pozitivní aspekty a budeme ověřovat význam sociálních kompetencí na indexu celkové životní spokojenosti. Ohniskem našeho zájmu tedy budou sociální kompetence, o kterých předpokládáme, v návaznosti na výzkumy zmíněné v teoretické části, že souvisejí s celkovou životní, ale i pracovní spokojeností, a proto budeme ověřovat, zda určité sociální kompetence mohou fungovat jako protektivní faktor při stresové zátěži v námi sledované profesi. Bude nás zajímat souvislost mezi konkrétními sociálními kompetencemi a celkovou životní spokojeností – tedy jestli zde existuje souvislost mezi subjektivně vnímanou spokojeností v životě a určitými sociálními kompetencemi. Dále nás bude zajímat, zda vyšší míra sociálních kompetencí souvisí s vyšší mírou pracovní spokojenosti. V neposlední řadě zmapujeme to, ve kterých sociálních kompetencích a ve kterých oblastech životní spokojenosti skórují operátoři nejvíce v porovnání s českou standardizační normou.

Výstup přispěje k lepšímu pochopení dané problematiky, zmapuje klíčové sociální kompetence, které mohou působit jako protektivní faktor v dané profesi. V tomto kontextu bude navržen program na rozvoj identifikovaných sociálních kompetencí. Závěry rovněž mohou posloužit jako odrazový můstek pro stanovení požadavků při výběrovém řízení na tuto pozici, a dále jako podnět pro další výzkumná šetření v kontextu této profesně zatížené skupiny.

### **6 Operacionalizace proměnných**

Pro účely našeho výzkumného šetření je třeba si nejprve ujasnit, co znamenají jednotlivé pojmy, se kterými budeme pracovat a které figurují ve výzkumných otázkách a v hypotézách. Jsou to následující proměnné:

- **Sociální kompetence** – pokud budeme používat pojem sociální kompetence, tak se bude vždy vázat ke konkrétní škále, to znamená sociální kompetence – sociální orientace (SO), sociální kompetence – prosocialita (PRO), sociální kompetence – převzetí perspektivy (PPE), sociální kompetence – pluralita hodnot (PHO), sociální kompetence – ochota ke kompromisu (KOM), sociální kompetence – naslouchání (NAS), sociální kompetence – ofenzivita (OF), sociální kompetence – schopnost prosadit se (SPR), sociální kompetence – ochota ke konfliktu (OKF), sociální kompetence – extravertze (EXT), sociální kompetence – rozhodnost (ROZ), sociální kompetence – sebeovládání (SE), sociální kompetence – sebekontrola (SEK), sociální kompetence – emoční stabilita (EST), sociální kompetence – flexibilita chování (FCH), sociální kompetence – internalita (INT), sociální kompetence – reflexibilita, sociální kompetence – sebezprezentace (SEP), sociální kompetence – přímá pozornost k sobě (PPS), sociální kompetence – nepřímá pozornost k sobě (NPS), sociální kompetence – vnímání osob (VNO), a jsou pro naše cíle vyjádřeny v celkových hrubých skórech ve výše uvedených škálách dotazníku ISK
- **Životní spokojenost** – jsou pro naše cíle vyjádřeny v celkových hrubých skórech v Dotazníku životní spokojenosti (bez škál manželství a partnerství (MAN), vztah k vlastním dětem (DET)).
- **Pracovní spokojenost** – jsou pro naše cíle vyjádřeny v celkových hrubých skórech ve škále práce a zaměstnání (PAZ) v Dotazníku životní spokojenosti.

## 7 Výzkumné otázky a formulace hypotéz

### Výzkumné otázky:

VO I. Existuje souvislost mezi určitými sociálními kompetencemi a životní spokojeností u profese operátora tísňové linky ZZS?

VO II. Jaké sociální kompetence jsou u operátorů tísňové linky ZZS nejrozvinutější?

VO III. Ve kterých oblastech života jsou operátoři tísňové linky ZZS nejspokojenější a ve kterých naopak pociťují největší nespokojenost?

První výzkumná otázka (VO I.) a s ní související primární hypotézy vychází ze zjištění uvedených v teoretické části práce. Jedná se předpoklady o souvislostech určitých sociálních kompetencí a životní, potažmo pracovní spokojenosti (Hoskovcová, Vašek, 2017; Malinauskas et al., 2014, Segrin et al., 2007). Další dvě výzkumné otázky (VO II. a VO III.) mají za cíl zmapovat, jak na tom operátoři v těchto oblastech jsou.

### **Primární hypotézy:**

- I. Míra sociálních kompetencí bude pozitivně korelovat s mírou životní spokojenosti.
- II. Míra sociálních kompetencí bude pozitivně korelovat s mírou pracovní spokojenosti.

U dílčích předpokladů bychom chtěli zjistit, jestli v našem výzkumném souboru operátorů tísňové linky ZZS existují souvislosti mezi délkou praxe a životní a pracovní spokojeností.

### **Další dílčí předpoklady:**

- III. Souvisí životní spokojenost s počtem let ve zdravotnictví?
- IV. Souvisí pracovní spokojenost s počtem let ve zdravotnictví?
- V. Souvisí životní spokojenost s počtem let na ZOS?
- VI. Souvisí pracovní spokojenost s počtem let na ZOS?

## **8 Výzkumné metody**

V rámci empirické části výzkumného šetření byl operátorům distribuován dotazník, který obsahoval celkem 186 otázek, z toho 14 otázek bylo volitelného charakteru – tedy vztahovaly se k oblastem, které respondent nemusel nutně vyplnit, když se ho netýkaly. Jednalo se o oblast manželství a partnerství a vztah k vlastním dětem. V rámci výzkumného šetření byly použity dva standardizované psychologické dotazníky: Inventář sociálních kompetencí (ISK) od autora Kanninga (v české verzi 2017) a Dotazník životní spokojenosti (DŽS) od Fahrenberga, Myrteka, Schumachera a Brählera (v české verzi 2001), které byly doplněny otázkami na sociodemografické charakteristiky výzkumného souboru a informovaným souhlasem. Celá výzkumná baterie byla převedena do elektronické podoby, kde byla administrována (pomocí platformy Google Forms).

Pro posouzení sociálních kompetencí byl využit Inventář sociálních kompetencí (dále ISK). ISK obsahuje 108 výroků, na které má respondent čtyři možné formy odpovědi (vůbec nesouhlasí, spíše nesouhlasí, spíše souhlasí, zcela souhlasí). Tyto položky sytí 17 různých sociálních kompetencí (primární škály), které je možné uskupit do 4 sekundárních kompetenčních škál. Tyto 4 sekundární škály jsou sociální orientace, ofenzivita, sebeovládání a reflexibilita.

Škála **sociální orientace** (dále SO) sleduje chování jedince ve vztahu k druhým v kontextu otevřenosti, angažovanosti, toleranci a ochoty ke kompromisu. SO je sycena těmito škálami:

- prosocialita (PRO) – sleduje to, jak se jedinec angažuje pro ostatní, dále jeho solidaritu, férovost a ochotu pomoci,
- převzetí perspektivy (PPE) – zde jde především o to, jestli je jedinec schopen vcítit se do jiného člověka a dívat se na věci z jeho perspektivy,
- pluralita hodnot (PHO) – je zaměřena na to, do jaké míry je daný jedinec otevřený a tolerantní vůči názorům a postojům ostatních,
- ochota ke kompromisu (KOM) – vypovídá o tom, v jakém míře se jedinec při konfliktu s druhým jedincem snaží o rovnováhu zájmů obou stran,
- naslouchání (NAS) – sleduje to, jak daný jedinec naslouchá v komunikaci s ostatními.

Škála **ofenzivity** (dále OF) je zaměřena na to, jak je jedinec aktivní při prosazování vlastních zájmů v interakci s ostatními. OF se skládá z následujících primárních škál:

- schopnost prosadit se (SPR) – je zaměřena na to, do jaké míry dokáže jedinec prosazovat své zájmy v sociální interakci,
- ochota ke konfliktu (OKF) – znamená to, jak moc je daný jedinec schopný pustit se do konfliktu a aktivně hledat východisko,
- extravertze (EXT) – tato škála má výpovědní hodnotu z hlediska navazování kontaktu a následných vztahů s ostatními lidmi,
- rozhodnost (ROZ) – sleduje schopnost rychlého rozhodování mezi několika možnými způsoby chování.

Škála **sebeovládání** (dále SE) pozoruje to, do jaké míry jedinec dokáže reagovat flexibilně a racionálně, a dále sleduje to, jak vnímá odpovědnost za vlastní jednání. SE je tvořena ze škál:

- sebekontrola (SEK) – vypovídá o tom, jak daný jedinec ovládá své vlastní chování v náročných situacích,
- emoční stabilita (EST) – zaměřuje se na hodnotu toho, jak je daný jedinec emočně ustálený a vyrovnaný,
- flexibilita chování (FCH) – schopnost jedince modifikovat své chování v souladu s konkrétním situačním kontextem,
- internalita (INT) – sleduje to, jak daný jedinec vnímá zodpovědnost za vlastní chování a jednání a jak je za něj schopný nést důsledky.

Poslední sekundární škálou je škála **reflexibility** (dále RE), kterou můžeme charakterizovat tím, jak moc člověk sociálně interaguje s ostatními. RE sytí položky primárních škál:

- sebeprezentace (SEP) – je zaměřená na to, jak daný jedinec dokáže vytvořit pozitivní zdání u ostatních,



- přímá pozornost k sobě (PPS) – znamená to, do jaké míry člověk sám sebe chápe a reflektuje,
- nepřímá pozornost k sobě (NPS) – znamená to, do jaké míry člověk vnímá vlastní působení na ostatní jedince,
- vnímání osob (VNO) – vypovídá o tom, do jaké míry projevuje daný jedinec zájem, respektive nezájem o ostatní jedince (Hoskovcová, Vašek, 2017).

Dále pro posouzení životní a pracovní spokojenosti byl administrován Dotazník životní spokojenosti (dále DŽS). Tento dotazník, který má výpovědní hodnotu o celkové spokojenosti v životě, má celkem 56 položek, na které respondent odpovídá v rámci Likertovy škály od 1 do 7 (1 – velmi nespokojen/a, 2 – nespokojen/a, 3 – spíše nespokojen/a, 4 – ani spokojen/a ani nespokojen/a, 5 – spíše spokojen/a, 6 – spokojen/a, 7 – velmi spokojen/a). DŽS sleduje následujících sedm dimenzí:

- zdraví (ZDR) – vypovídá o spokojenosti s celkovým zdravím jedince, fyzickou i psychickou kondicí, s tělesnou zdatností a resistencí vůči nemocem,
- práce a zaměstnání (PAZ) – má výpovědní hodnotu o tom, jak je jedinec spokojený se svojí pracovní pozicí, s úspěchy a s možnostmi profesního rozvoje, rovněž mapuje oblast profesní zátěže a požadavků vyplývajících z charakteru práce, tuto škálu budeme, vzhledem k našim výzkumným záměrům, používat i samostatně
- finanční situace (FIN) – sleduje uspokojení v oblasti finančního příjmu, životní úrovně a majetku,
- volný čas (VLC) – hodnotí spokojenost v oblasti volného času z hlediska jeho objemu, kvality a pestrosti,
- manželství a partnerství (MAN) – odráží spokojenost s manželským či partnerským životem v oblastech společně tráveného času, otevřeností partnera, porozuměním, snahou pomoci, něhou a jistotou
- vztah k vlastním dětem (DET) – má výpovědní hodnotu o spokojenosti jedinců s vlastními dětmi, což zahrnuje vzájemné vztahy a společné aktivity, ale i to, jak na děti působí a kam je směřují, stejně jako radost, kterou společně zažívají,
- vlastní osoba (VLO) – sleduje spokojenost se sebou samým, což mimo jiné zahrnuje vlastní schopnosti, charakter, náboj a sebevědomí,
- sexualita (SEX) – hodnotí spokojenost s vlastní fyzickou přitažlivostí, sexuální výkonností, sexuálními styky a reaktivitou v této oblasti,

- přátelé, známí a příbuzní (PZP) – odráží spokojenost se sociálními vazbami, jak z hlediska sociální podpory, vzájemných aktivit a společenské angažovanosti, tak z hlediska množství kontaktů s ostatními,
- bydlení (BYD) – má vypovídající hodnotu o spokojenosti s vlastním bydlením, což zahrnuje velikost, stav, polohu a celkový standard bydlení (Fahrenberg, Myrtek, Schumacher, Brähler, 2001).

Poslední částí testové baterie bylo sedm otázek na zjištění základních sociodemografických údajů. Byly zde otázky zjišťující pohlaví a věk a k těmto údajům byly dále přidány otázky, které se úzce vážou k dané profesi operátora tísňové linky ZZS. Tyto otázky zjišťovaly počet let strávených na ZOS, aktuální výši úvazku na ZOS, počet let strávených prací ve zdravotnictví, dále případnou praxi ve výjezdové skupině a rovněž zde byla zařazena otázka zjišťující případnou praxi na jiném typu tísňové linky.

## 9 Postup sběru dat a jeho vyhodnocení

Sběr dat probíhal pomocí online přístupu zprostředkovaného platformou Google Forms. Celý proces získávání odpovědí byl spuštěn na začátku října 2018 a probíhal do konce listopadu 2018. V rámci sběru dat bylo osloveno všech 14 krajských zdravotnických operačních středisek. Z oslovených 14 krajských ZOS na naši výzvu zareagovalo 11. Z těchto 11 ZOS ihned potvrdilo přeoslání dotazníků operátorům celkem 8. Další tři ZOS (konkrétně ZOS ZZS Hlavního města Prahy, ZOS kraje Vysočina a ZOS Jihomoravského kraje) zareagovali s výzvou o vyplnění oficiální žádosti o sběr dat. Po vyplnění a odeslání těchto žádostí přišlo potvrzení o předání operátorům od ZOS Vysočina. Ze ZOS Hlavního města Prahy zareagovali s tím, že celý výzkumný projekt pro jejich operační středisko zamítají vzhledem k časové náročnosti a jiným probíhajícím programům pro operátory, a proto nedojde k předání dotazníku operátorům. Ze ZOS Jihomoravského kraje sice zareagovali s tím, že výzkum na jejich ZOS je možný, ale že požadují zaplatit manipulační poplatek ve výši 1000,- Kč, což jsme vzhledem k studentské práci museli odmítnout.

Dotazník byl anonymní a všichni účastníci studie byli obeznámeni s jeho záměrem v úvodní instrukci před samotným vyplňováním testové baterie.

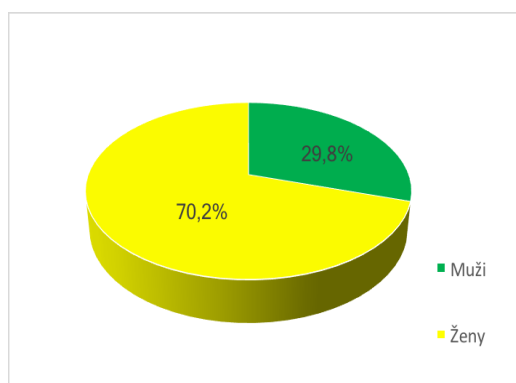
Celkově se nám vrátilo 47 vyplněných dotazníků. Ovšem pokud uvažujeme, že na každém krajském ZOS je zaměstnáno přibližně 20 operátorů (hrubý odhad, přesné údaje nemáme k dispozici), to znamená, že by celkový počet oslovených respondentů byl 220

operátorů (z 11 potvrzených krajských ZOS). To znamená, že návratnost vyplněných dotazníků by byla asi 21 %. Co se týče počtu probandů v základním souboru, tak stejnou úvahou jako je uvedena výše dojdeme k číslu 280 operátorů krajských ZOS. To znamená, že v našem výzkumném šetření se nám podařilo zachytit 1/6 základního souboru.

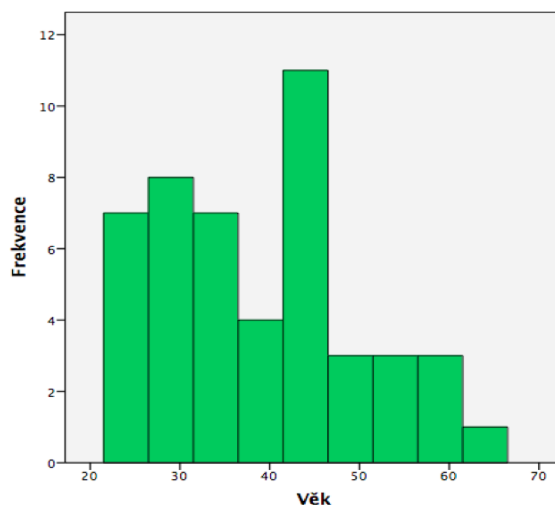
Sebraná data byla zpracována v programu MS Excel 15.32 a následná statistická analýza proběhla pomocí programu IBM SPSS 22. Vzhledem k charakteru získaných dat a dostačující velikosti výzkumného vzorku (47 probandů) bylo využito parametrických statistických testů vzhledem k jejich vysoké validitě a reliabilitě.

## 10 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo celkem 47 operátorů tísňové linky ZZS. Ve výzkumném souboru bylo 33 žen a 14 mužů (graf 2) ve věkovém rozmezí od 24 let do 63 let (graf 3). Věkový průměr respondentů byl 39 let a směrodatná odchylka 11,05. Jak je vidět z grafu 3, tak většina respondentů (76 %) v našem výzkumném souboru byla ve věku do 45 let.

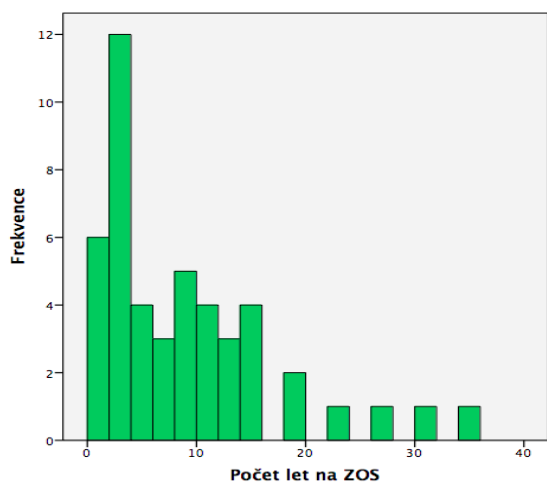


Graf 2: Zastoupení podle pohlaví

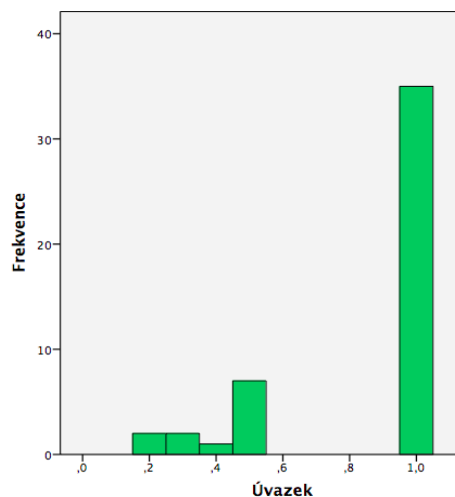


Graf 3: Věkové rozložení respondentů výzkumného souboru

Průměrný počet let strávených ve funkci operátora na ZOS (graf 4) byl 8,64 a směrodatná odchylka 7,94. Nejvíce operátorů (87 %) z našeho vzorku působil ve funkci operátora do 15 let. Většina operátorů (74 %) v našem vzorku pracovala na ZOS plný úvazek (graf 5).

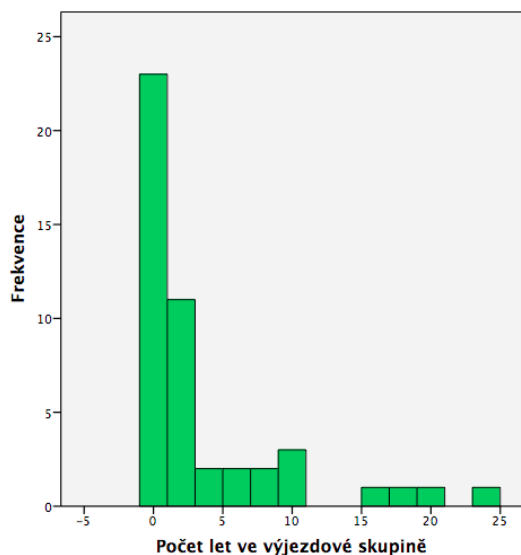


Graf 4: Rozložení podle počtu let ve funkci operátora na ZOS

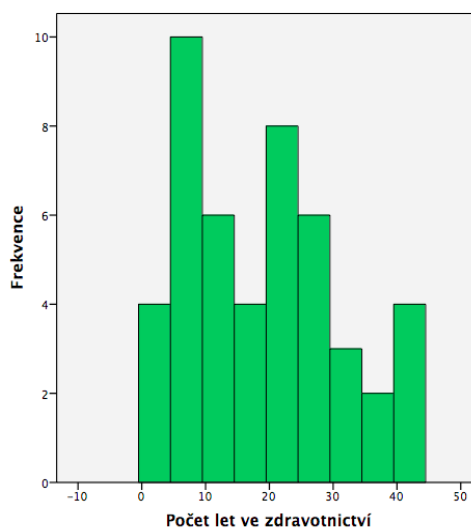


Graf 5: Rozložení podle výše úvazku operátora ZOS

Předchozí zkušenost s prací ve výjezdové skupině ZZS mělo 51 % operátorů (graf 6). Pouze 2 respondenti měli pracovní zkušenost s jinou tísňovou linkou a pracovali na ní 12 a 5 let. V otázce týkající se počtu let strávených ve zdravotnictví máme rozložení velmi pestré a je dobře patrné z grafu 7. Nejvíce let strávených ve zdravotnictví bylo 40 let a nejméně 2 roky. Průměrný počet let ve zdravotnictví byl 18,4 a směrodatná odchylka 11,75.



Graf 6: Rozložení podle počtu let ve výjezdové skupině



Graf 7: Rozložení podle počtu let působení ve zdravotnictví

## 11 Výsledky

### 11.1 Deskriptivní statistika výsledků z dotazníků ISK a DŽS

V předchozí kapitole (10 Charakteristika výzkumného souboru) jsme se věnovali deskriptivnímu popisu dat charakterizujících náš výzkumný vzorek. V příloze (tabulka 1) jsou přehledně uvedeny všechny hodnoty této deskriptivní statistiky.

Když se podíváme na deskriptivní popis získaných dat z dotazníku ISK, tak jako nejvíce rozvinuté sociální kompetence našeho sledovaného vzorku operátorů tísňové linky ZZS byly zjištěny internalita (71. percentil<sup>11</sup>) a sebekontrola (70. percentil). Ze sekundárních škál rovněž operátoři vysoko skórovali ve škále sebeovládání (61. percentil). Naopak nejméně skórovali ve škálách vnímání osob (25. percentil), schopnost prosadit se (26. percentil) a ochota ke konfliktu (29. percentil). V porovnání s českou standardizační normou uvedenou v manuálu Inventáře sociálních kompetencí (Hoskovcová, Vašek, 2017) se všechny získané hodnoty pohybují v pásmu průměru.

Co se týče životní spokojenosti a jejích jednotlivých dimenzí, tak nejvíce byli operátoři spokojeni s vlastním bydlením (průměr 38,81)<sup>12</sup>. Dále operátoři, kteří byli ve vztahu (n = 42), hodnotili ve srovnání s ostatními dimenzemi svůj vztah (průměr 38,55) a operátoři, kteří měli děti (n = 28) měli rovněž vysoký průměr ve srovnání s ostatními dimenzemi ve vztahu k vlastním dětem (průměr 41,75). Naopak nejméně spokojeni byli se svým volným časem (průměr 31,66) a s finanční situací (průměr 34,26). Další v pořadí, těsně za finanční nespokojeností, se umístila škála práce a zaměstnání (průměr 35,60). V porovnání s českou standardizační normou uvedenou v manuálu Dotazníku životní spokojenosti (Fahrenberg et al. 2001) se všechny získané hodnoty rovněž pohybují okolo průměru.

Všechny výsledky z obou administrovaných dotazníků ISK a DŽS jsou přehledně zpracované v tabulce 2. Výsledky ze škály manželství a partnerství v tabulce 3 a výsledky ze škály vztah k vlastním dětem v tabulce 4.

---

<sup>11</sup>Pracujeme s percentilovou hodnotou vzhledem k tomu, že každá škála má jiný číselný rozsah u hrubého skóru, tudíž se nedají hrubé skóry z jednotlivých škál porovnávat.

<sup>12</sup>Pracujeme s průměrem hrubých skórů, protože v každé škále je stejný číselný rozsah.

<b>N = 47</b>	Min.	Max.	Průměr	Percentil ve srovnání s normou	Standart. chyba průměru	Směrodatná odchylka	Šikmost	Šikmost standart. chyba	Špičatost	Špičatost standart. chyb
Prosocialita	15	25	20,89	36	,325	2,229	-,242	,347	-,259	,681
Převzetí perspektivy	14	23	18,17	35	,356	2,443	,251	,347	-,797	,681
Pluralita hodnot	15	27	20,98	39	,376	2,575	-,143	,347	,226	,681
Ochota ke kompromisu	12	19	15,66	40	,242	1,659	-,084	,347	-,469	,681
Naslouchání	12	23	18,02	33	,335	2,298	,152	,347	,369	,681
Schopnost prosadit se	14	24	18,09	26	,265	1,816	,414	,347	1,306	,681
Ochota ke konfliktu	5	14	10,04	29	,360	2,467	,012	,347	-1,071	,681
Extraverze	9	20	15,68	38	,370	2,538	-,800	,347	,648	,681
Rozhodnost	11	24	17,17	47	,369	2,531	-,183	,347	1,024	,681
Sebekontrola	12	24	18,26	70	,342	2,345	-,216	,347	,466	,681
Emoční stabilita	13	24	17,40	38	,372	2,551	,387	,347	-,076	,681
Flexibilita chování	8	22	17,30	37	,334	2,293	-1,570	,347	5,220	,681
Internalita	22	36	28,43	71	,481	3,295	,322	,347	-,360	,681
Sebeprezentace	11	23	17,40	34	,407	2,787	-,041	,347	-,135	,681
Přímá pozornost k sobě	11	23	16,23	35	,412	2,822	,544	,347	,231	,681
Nepřímá pozornost k sobě	10	22	15,87	40	,419	2,871	-,194	,347	-,141	,681
Vnímání osob	9	21	16,19	25	,305	2,092	-,831	,347	2,175	,681
Sekundární škála: Sociální orientace	76	125	96,51	41	1,605	11,002	,423	,347	,043	,681
Sekundární škála: Ofenzivita	48	70	60,98	30	,812	5,570	-,428	,347	-,435	,681
Sekundární škála: Sebeovládání	68	97	81,38	61	1,059	7,258	,163	,347	-,624	,681
Sekundární škála: Reflexibilita	50	82	65,70	32	1,075	7,372	,010	,347	-,225	,681
Škála zdraví	20	47	36,68	-	,957	6,558	-,721	,347	,238	,681
Škála práce a zaměstnání	14	48	35,60	-	1,015	6,955	-,855	,347	,939	,681
Škála finanční situace	14	49	34,26	-	1,054	7,228	-,522	,347	,161	,681
Škála volný čas	15	48	31,66	-	1,041	7,139	,034	,347	-,149	,681
Škála vlastní osoba	20	47	36,72	-	,808	5,539	-,778	,347	,858	,681
Škála sexualita	15	49	36,75	-	1,136	7,789	-,715	,347	-,076	,681
Škála přátelé, známí a příbuzní	22	49	36,72	-	,772	5,290	-,482	,347	,603	,681
Škála bydlení	19	49	38,81	-	1,154	7,914	-,900	,347	,150	,681
Celková životní spokojenost	178	372	287,19 <sup>13</sup>	-	5,424	37,183	-,611	,347	1,124	,681

Tabulka 2: Deskriptivní statistika škál ISK a DŽS

N = 42	Min.	Max.	Průměr	Standart. chyba průměru	Směrodatná odchylka	Šikmost	Šikmost standart. chyba	Špičatost	Špičatost standart. chyb
Skála manželství a partnerství	11,0	49,0	38,55	1,283	8,315	-1,773	,365	4,205	,717

Tabulka 3: Deskriptivní statistika škály manželství a partnerství

N = 28	Min.	Max.	Průměr	Standart. chyba průměru	Směrodatná odchylka	Šikmost	Šikmost standart. chyba	Špičatost	Špičatost standart. chyb
Skála vztah k vlastním dětem	16,0	49,0	41,75	1,389	7,352	-1,990	,441	4,740	,858

Tabulka 4: Deskriptivní statistika škály vztah k vlastním dětem

## 11.2 Testování primárních hypotéz

Pro testování prvních dvou hypotéz jsme vzhledem k velkému počtu proměnných zvolili metodu lineární regrese, která nám zjistí, které sociální kompetence mohou predikovat míru životní spokojenosti.

### I. Míra sociálních kompetencí bude pozitivně korelovat s mírou životní spokojenosti.

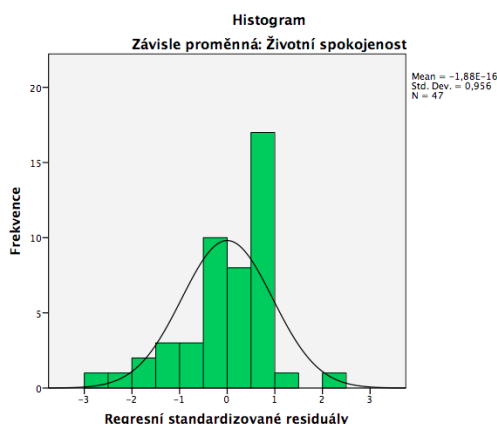
K testování této hypotézy jsme použili metodu lineární regrese a hypotézu jsme testovali na dvou rovinách. První rovina byla porovnání hrubých skóre sekundárních škál – tedy sociální orientace, ofenzivity, sebeovládání a reflexibility – v testu ISK s hrubými skóre celkové životní spokojenosti v dotazníku DSŽ<sup>13</sup>. Z výsledků je patrné, že lineární regrese model vysvětluje 18 % variability životní spokojenosti ( $p < 0,05$ ). **Signifikantní vztah ( $p < 0,01$ ) vyšel u škály sebeovládání (viz tabulka 5).**

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B		Correlations			Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
1 (Konstanta)	-3,980	85,942		-,046	,963	-177,417	169,458					
Sociální orientace	,275	,503	,081	,546	,588	-,741	1,290	,247	,084	,073	,804	1,244
Ofenzivita	,405	,942	,061	,429	,670	-1,497	2,306	,165	,066	,057	,894	1,118
Sebeovládání	2,040	,745	,398	2,738	,009	,537	3,544	,438	,389	,365	,842	1,187
Reflexibilita	1,125	,674	,223	1,670	,102	-,235	2,485	,211	,249	,223	,998	1,002

a. Závisle proměnná: Životní spokojenost

Tabulka 5: Signifikance mezi sekundárními škálami ISK a životní spokojeností

<sup>13</sup>Do skóre celkové životní spokojenosti jsme započítali, oproti instrukcím v manuálu, i škálu pracovní spokojenosti, se kterou se běžně při vyhodnocování dotazníku nepočítá.



Graf 8: Histogram regresních standardizovaných residuálů u sekundárních škál ISK a životní spokojenosti

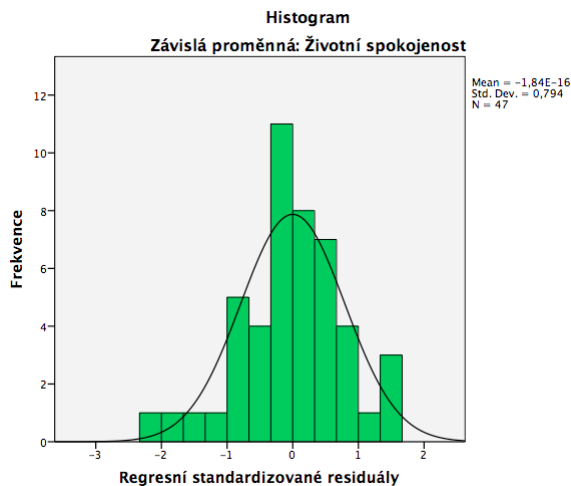
Ve druhé rovině našeho testování jsme porovnávali hrubé skóry primárních škál dotazníku ISK (Prosocialita, Převzetí perspektivy, Pluralita hodnot, Ochota ke kompromisu, Naslouchání, Schopnost prosadit se, Ochota ke konfliktu, Extraverze, Rozhodnost, Sebekontrola, Emocionální stabilita, Flexibilita chování, Internalita, Sebeprezentace, Přímá pozornost k sobě, Nepřímá pozornost k sobě a Vnímání osob). V tomto směru nám tento model vysvětluje 35 % variability životní spokojenosti ( $p < 0,05$ ). **Signifikantní vztahy vyšly u následujících škál: extraverze ( $p < 0,05$ ), flexibilita chování ( $p < 0,05$ ) a internalita ( $p < 0,05$ )** (viz tabulka 6). To znamená, že tyto tři škály predikují zároveň vyšší skóre v dotazníku životní spokojenosti.

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B		Correlations			Collinearity Statistics		
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF	
1 (Konstanta)	-7,885	100,215		-,079	,938	-212,848	197,078						
Prosocialita	3,723	2,748	,223	1,355	,186	-1,897	9,342	,305	,244	,160	,517	1,935	
Převzetí perspektivy	-4,658	3,444	-,306	-1,352	,187	-11,702	2,387	,133	-,244	-,160	,274	3,655	
Pluralita hodnot	-3,872	3,274	-,268	-1,183	,247	-10,567	2,824	,149	-,215	-,140	,273	3,666	
Ochota ke kompromisu	2,166	3,363	,097	,644	,525	-4,713	9,044	,164	,119	,076	,623	1,606	
Naslouchání	,783	3,357	,048	,233	,817	-6,082	7,648	,363	,043	,028	,326	3,071	
Schopnost prosadit se	-2,332	3,479	-,114	-,670	,508	-9,447	4,783	-,114	-,124	-,079	,486	2,059	
Ochota ke konfliktu	1,059	2,424	,070	,437	,665	-3,898	6,016	-,175	,081	,052	,542	1,845	
Extraverze	5,989	2,576	,409	2,325	,027	,721	11,257	,426	,396	,275	,454	2,204	
Rozhodnost	-4,386	2,815	-,299	-1,558	,130	-10,143	1,371	,188	-,278	-,184	,382	2,619	
Sebekontrola	-1,144	2,741	-,072	-,417	,679	-6,750	4,461	,119	-,077	-,049	,469	2,131	
Emoční stabilita	3,169	2,511	,217	1,262	,217	-1,966	8,304	,411	,228	,149	,472	2,116	
Flexibilita chování	6,376	3,059	,393	2,084	,046	,119	12,633	,455	,361	,247	,394	2,539	
Internalita	5,023	2,392	,445	2,100	,045	,131	9,914	,245	,363	,249	,312	3,205	
Sebeprezentace	-1,313	2,377	-,098	-,552	,585	-6,173	3,548	-,039	-,102	-,065	,442	2,264	
Přímá pozornost k sobě	1,403	2,275	,106	,617	,542	-3,251	6,056	,117	,114	,073	,470	2,128	
Nepřímá pozornost k sobě	3,873	2,612	,299	1,483	,149	-1,469	9,214	,233	,265	,176	,345	2,901	
Vnímání osob	-,041	2,909	-,002	-,014	,989	-5,990	5,908	,317	-,003	-,002	,523	1,910	

a. Závisle proměnná: Životní spokojenost

Tabulka 6: Signifikance mezi primárními škálami ISK a životní spokojeností





Graf 9: Histogram regresních standardizovaných residuálů u primárních škál ISK a životní spokojenosti

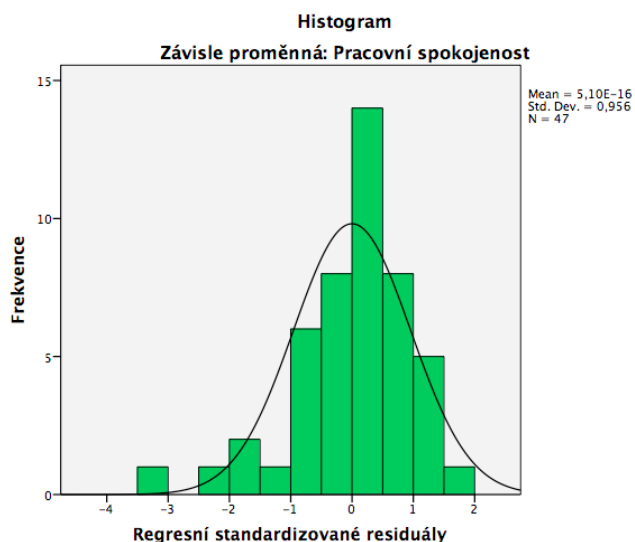
## II. Míra sociálních kompetencí bude pozitivně korelovat s mírou pracovní spokojenosti.

K testování této hypotézy jsme rovněž použili metodu lineární regresní analýzy a hypotézu jsme, stejně jako předchozí, testovali na dvou rovinách. První rovina opět byla porovnání hrubých skóre sekundárních škál (výčet viz výše) v testu ISK s hrubými skóre škály pracovní spokojenosti v dotazníku DSŽ. Z výsledků je patrné, že v lineárním regresním modelu v testování primárních škál **nebyl nalezen žádný statisticky signifikantní vztah** (viz tabulka 7).

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B		Correlations			Collinearity Statistics		
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF	
1 (Konstanta)	13,497	17,605		,767	,448	-22,032	49,025						
Sociální orientace	,128	,103	,203	1,245	,220	-,080	,336	,219	,189	,182	,804	1,244	
Ofenzivita	-,182	,193	-,146	-,943	,351	-,572	,208	-,053	-,144	-,138	,894	1,118	
Sebeovládání	,157	,153	,164	1,031	,309	-,151	,465	,207	,157	,151	,842	1,187	
Reflexibilita	,122	,138	,129	,884	,382	-,157	,401	,127	,135	,129	,998	1,002	

a. Závisle proměnná: Pracovní spokojenost

Tabulka 7: Signifikance mezi sekundárními škálami ISK a pracovní spokojeností



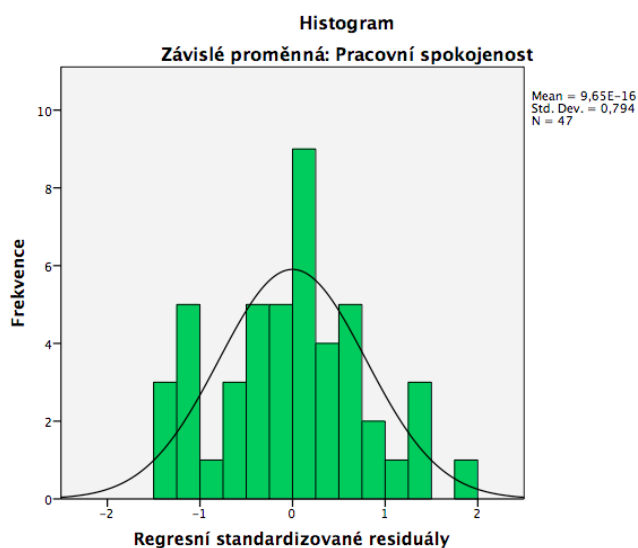
Graf 10: Histogram regresních standardizovaných residuálů u sekundárních škál ISK a pracovní spokojenosti

Ve druhé rovině našeho testování jsme, stejně jako u první hypotézy, porovnávali hrubé skóre primárních škál dotazníku ISK (výčet viz výše) se škálou pracovní spokojenosti v dotazníku DSŽ. V tomto směru nám model vysvětluje 33 % variability pracovní spokojenosti ( $p < 0,05$ ). **Signifikantní vztahy vyšly u škály naslouchání ( $p < 0,01$ )** (viz tabulka 8).

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B		Correlations			Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
1 (Konstanta)	13,480	19,141		,704	,487	-25,667	52,627					
Prosocialita	-,373	,525	-,119	-,710	,483	-1,446	,700	,139	-,131	-,086	,517	1,935
Převzetí perspektivy	-,607	,658	-,213	-,922	,364	-1,952	,739	,191	-,169	-,111	,274	3,655
Pluralita hodnot	-,055	,625	-,020	-,088	,930	-1,334	1,224	,151	-,016	-,011	,273	3,666
Ochota ke kompromisu	,456	,642	,109	,709	,484	-,858	1,769	,180	,131	,086	,623	1,606
Naslouchání	1,818	,641	,601	2,835	,008	,506	3,129	,462	,466	,343	,326	3,071
Schopnost prosadit se	,162	,664	,042	,243	,809	-1,197	1,521	-,154	,045	,029	,486	2,059
Ochota ke konfliktu	-,674	,463	-,239	-,1455	,156	-1,620	,273	-,236	-,261	-,176	,542	1,845
Extraverze	,367	,492	,134	,745	,462	-,639	1,373	,374	,137	,090	,454	2,204
Rozhodnost	-,808	,538	-,294	-,1504	,143	-1,908	,291	-,152	-,269	-,182	,382	2,619
Sebekontrola	-,866	,523	-,292	-,1655	,109	-1,937	,204	,074	-,294	-,200	,469	2,131
Emoční stabilita	,885	,480	,324	1,845	,075	-,096	1,865	,378	,324	,223	,472	2,116
Flexibilita chování	,297	,584	,098	,508	,615	-,898	1,492	,241	,094	,061	,394	2,539
Internalita	-,264	,457	-,125	-,578	,568	-1,198	,670	-,058	-,107	-,070	,312	3,205
Sebe prezentace	,385	,454	,154	,849	,403	-,543	1,314	-,137	,156	,103	,442	2,264
Přímá pozornost k sobě	-,019	,435	-,008	-,043	,966	-,908	,870	,008	-,008	-,005	,470	2,128
Nepřímá pozornost k sobě	-,051	,499	-,021	-,103	,919	-1,071	,969	,149	-,019	-,012	,345	2,901
Vnímání osob	,702	,556	,211	1,264	,216	-,434	1,838	,416	,228	,153	,523	1,910

a. Závisle proměnná: Pracovní spokojenost

Tabulka 8: Signifikance mezi primárními škálami ISK a pracovní spokojeností



Graf 11: Histogram regresních standardizovaných residuálů u primárních škál ISK a pracovní spokojenosti

### 11.3 Testování dílčích předpokladů

Pro testování dílčích předpokladů jsme zvolili Pearsonův korelační koeficient pro zjištění korelace mezi dvěma proměnnými.

#### III. Souvisí životní spokojenost s počtem let ve zdravotnictví?

Na základě výsledků Pearsonova korelačního koeficientu ( $r = -0,044$ ;  $n = 47$ ;  $p = 0,767$ ) **nebyla zjištěna signifikantní souvislost** mezi životní spokojeností a počtem let strávených ve zdravotnictví. Z výsledků si můžeme povšimnout záporné tendence (viz tabulka 9).

		Životní spokojenost	Počet let ve zdravotnictví
Životní spokojenost	Pearson Correlation	1	-,044
	Sig. (2-tailed)		,767
	N	47	47
Počet let ve zdravotnictví	Pearson Correlation	-,044	1
	Sig. (2-tailed)	,767	
	N	47	47

Tabulka 9: Korelace mezi životní spokojeností a počtem let ve zdravotnictví

#### IV. Souvisí pracovní spokojenost s počtem let ve zdravotnictví?

Na základě výsledků Pearsonova korelačního koeficientu ( $r = 0,140$ ;  $n = 47$ ;  $p = 0,348$ ) **nebyla zjištěna signifikantní souvislost** mezi pracovní spokojeností a počtem let strávených ve zdravotnictví. Z výsledků si můžeme povšimnout kladné tendence (viz tabulka 10).

		Počet let ve zdravotnictví	Pracovní spokojenost
Počet let ve zdravotnictví	Pearson Correlation	1	,140
	Sig. (2-tailed)		,348
	N	47	47
Pracovní spokojenost	Pearson Correlation	,140	1
	Sig. (2-tailed)	,348	
	N	47	47

Tabulka 10: Korelace mezi pracovní spokojeností a počtem let ve zdravotnictví

### V. Souvisí životní spokojenost s počtem let na ZOS?

Na základě výsledků Pearsonova korelačního koeficientu ( $r = -0,166$ ;  $n = 47$ ;  $p = 0,264$ ) **nebyla zjištěna signifikantní souvislost** mezi životní spokojeností a počtem let strávených na ZOS. Z výsledků si můžeme povšimnout záporné tendence (viz tabulka 11).

		Počet let na ZOS	Životní spokojenost
Počet let na ZOS	Pearson Correlation	1	-,166
	Sig. (2-tailed)		,264
	N	47	47
Životní spokojenost	Pearson Correlation	-,166	1
	Sig. (2-tailed)	,264	
	N	47	47

Tabulka 11: Korelace mezi životní spokojeností a počtem let na ZOS

### VI. Souvisí pracovní spokojenost s počtem let na ZOS?

Na základě výsledků Pearsonova korelačního koeficientu ( $r = -0,100$ ;  $n = 47$ ;  $p = 0,505$ ) **nebyla zjištěna signifikantní souvislost** mezi životní spokojeností a počtem let strávených na ZOS. Z výsledků si můžeme povšimnout záporné tendence (viz tabulka 12).

		Pracovní spokojenost	Počet let na ZOS
Pracovní spokojenost	Pearson Correlation	1	-,100
	Sig. (2-tailed)		,505
	N	47	47
Počet let na ZOS	Pearson Correlation	-,100	1
	Sig. (2-tailed)	,505	
	N	47	47

Tabulka 12: Korelace mezi pracovní spokojeností a počtem let na ZOS

## 12 Diskuze

### 12.1 Interpretace výsledků a jejich aplikace

Cílem našeho výzkumného šetření bylo zmapování klíčových sociálních kompetencí v profesi operátora tísňové linky ZZS, díky kterým operátor může lépe zvládat každodenní profesní zátěž. Po komplexním zmapování dané profesní problematiky především prizmatem psychické zátěže a k práci potřebných kompetencí v teoretické části práce, jsme se v empirické části zaměřili na oblast sociálních kompetencí v souvislosti s životní a pracovní spokojeností. Pro tento výzkumný záměr jsme se rozhodli především z důvodu převahy výzkumů zaměřených právě na mapování stresu, syndromu vyhoření, příznaků PTSD či depresivity a anxiety, a proto jsme vybrali oblast méně zmapovanou, abychom přinesli něco nového a dali tak podnět k dalšímu výzkumnému šetření v této oblasti.

V první fázi analýzy získaných dat jsme se orientovali na prostý deskriptivní popis výsledků v dotaznících ISK a DŽS. Zajímalo nás především, jak operátoři skórují v jednotlivých dimenzích obou dotazníků. Nyní se budeme věnovat výsledkům z dotazníku ISK. Operátoři ve většině škál tohoto dotazníku skórovali průměrně okolo 40. percentilu. Vzhledem k teoretické části bychom očekávali vyšší skóry ve škálách souvisejících s komunikací a s rozhodováním. Konkrétně ve škálách: pluralita hodnot, prosocialita, naslouchání, rozhodnost, sebekontrola a flexibilita chování (viz Hoskovcová, Vašek, 2017; Mirhaghi, Sarabian, 2016). Z těchto škál operátoři skórovali v rámci výzkumného souboru **vysoko pouze ve škále sebekontroly (70. percentil) a dále jsme zaznamenali vysoké hodnoty ve škálách sebeovládání (61. percentil) a internality (71. percentil). Naopak nejméně operátoři skórovali ve škálách vnímání osob (25. percentil), schopnost prosadit se (26. percentil) a ochota ke konfliktu (29. percentil).** Vyšší skóry ve škálách sebekontrola, sebeovládání a internalita by mohly souviset s povahou práce operátora, jak jsme předestřeli v teoretické části práce. Vysoký skór na škále sebeovládání signalizuje převahu racionálního chování, kontrolu vlastních emocí, pohotovost ve vypjatých situacích a vnímanou zodpovědnost za vlastní chování. Vysoké hodnoty ve škále sebekontrola jsou rovněž spojeny s racionálním uvažováním, zvládáním emocí a racionalitou. Škála sebekontrola je škálou primární, která sytí celkový skór sekundární škály sebeovládání, tudíž se charakter obou škál může do jisté míry překrývat. Rovněž škála internality sytí sekundární škálu sebeovládání. Vysoký skór v této škále můžeme interpretovat jako přesvědčení jedince o vlastní

nezávislosti, o zodpovědnosti za vlastní jednání a chování, a také důvěry v sama sebe. To jsou vlastnosti, které se jeví jako podstatné pro sledovanou profesi.

V teoretické části jsme zmiňovali, jak je pro operátora podstatná a důležitá schopnost rozhodování. Ovšem ve škále rozhodnost skórovali operátoři v pásmu průměru (47. percentil). Když se zamyslíme nad těmito konsekvencemi a podíváme se, co znamená vysoký skór ve škále rozhodování, tak zjistíme, že takový jedinec bude projevovat tendence k rychlému rozhodování, což se ovšem může pojit i s velkou nepřesností či nevhodností daného řešení. Jak už jsme zmínili, tak pro práci operátora je důležité, aby se dokázal rozhodovat, pokud možno rychle, ale především přesně a spolehlivě. Proto nám vysoké hodnoty ve škálách sebekontroly, sebeovládání a internality dávají v kontextu námi sledované profese mnohem větší smysl.

Naopak nízké skóry jsme identifikovali v dimenzích vnímání osob (25. percentil), schopnost prosadit se (26. percentil) a ochota ke konfliktu (29. percentil). U škály vnímání osob mohou nízké skóry ukazovat na snížený zájem o ostatní lidi, málo porozumění pro chování a prožívání druhých. Vnímání osob souvisí především s vnímáním druhé osoby ve vzájemné interakci. Zde bychom pro ilustraci uvedli příklad položek sytících tuto škálu: „*Ve všech rozhovorech velmi přesně sleduji chování svého protějšku.*“, „*V kontaktu s cizími lidmi jsme lepší pozorovatel/ka, než většina ostatních.*“, „*Téměř při každém rozhovoru intenzivně sleduji mimiku svého partnera.*“ (Hoskovcová, Vašek, 2017). V kontextu nízkých skórů v této škále u námi sledované skupiny bychom mohli uvažovat, jestli nízký skór nesouvisí s povahou práce, kdy interakce operátora s druhými osobami je zpravidla zprostředkovaná přes telefonní sluchátko a je zaměřená na vnímání specifického druhu informací. V kontextu další škály (schopnost prosadit se) s nízkým skórem je třeba zmínit, co nízké hodnoty znamenají. Jedná se o tendenci opomíjet vlastní zájmy a podléhat v kompetitivní situaci. V tomto směru bychom uvažovali, že výsledky operátorů v této škále mohou svědčit o citlivosti ve vnímání potřeb volajícího a kladení důrazu na zájem o něj. V případě, že by operátoři skórovali vysoko, tak by to mohlo svědčit o tendenci přehlížet zájmy volajícího a o násilném a necitlivém prosazování vlastní vůle.

Poslední identifikovanou škálou s nízkými skóry je ochota ke konfliktu. V tomto směru signalizují nízké skóry tendenci vyhybat se rozepřím, dělat mrtvého brouka a čekat na samovolné odeznění konfliktů. V tomto směru bychom se chtěli zamyslet nad tím, zda právě nízký skór v této škále není spojen právě s tím, že u operátorů je kladen důraz na to, aby v interakci s volajícím jednali profesionálně, nenechali se vyvést z míry a nedostali se s volajícím do konfliktu. V tomto směru by nám poté výsledek zapadal do této představy.

Z našich výstupů je patrné, že ve srovnání s českou standardizační normou, se pohybovaly výsledky operátorů v pásmu průměru, a proto by bylo vhodné jejich výsledky srovnat s kontrolní skupinou. Je škoda, že manuál ISK neuvádí zvlášť normy pro zdravotnický personál, který byl součástí standardizačního vzorku. Vzhledem k tomuto závěru tudíž nemůžeme sestavit kompetenční profil, který by dobře reprezentoval ideální hodnoty uchazečů o pozici operátora tísňové linky.

Co se týče deskriptivního popisu výsledků z dotazníku DŽS, tak **nejmenší spokojenost pocívali operátoři v oblasti volného času** (průměr 31,66) **a finanční situace** (průměr 34,26). V oblasti volného času tato nespokojenost zřejmě vyplývá z charakteru samotné práce operátora, a to především ze směnného dvanáctihodinového provozu, který klade na jedince zvýšené nároky, nejen v oblasti pracovní výkonnosti, ale i plánování trávení volného času. Rovněž nižší skóry v oblasti finanční situace nejsou vzhledem k práci ve státním zdravotnickém sektoru nijak překvapivé. Zajímavé rovněž je, že třetí v pořadí, co do nespokojenosti, byla škála týkající se práce a zaměstnání (průměr 35,60). **Vysoce spokojeni v rámci výzkumného souboru byli operátoři s vlastním bydlením** (průměr 38,81). Dále operátoři, kteří byli ve vztahu ( $n = 42$ ) hodnotili svůj vztah (průměr 38,55) jako velmi uspokojivý. Operátoři, kteří měli vlastní děti ( $n = 28$ ), v porovnání s průměrnými skóry v jednotlivých dimenzích výzkumného souboru, byli s jejich vzájemným vztahem velice spokojeni (průměr 41,75). Jelikož je tato spokojenost projevována spíše u žen, je vzhledem k výrazné převaze žen (7:3) v našem souboru, tento výsledek poměrně logický. V porovnání s českou standardizační normou se všechny získané hodnoty rovněž pohybovaly v pásmu průměru. Stejně jako u výstupů z dotazníku ISK by i u dotazníku CŽS bylo velmi zajímavé srovnání s kontrolní skupinou.

Ve druhé fázi analýzy dat jsme testovali primární hypotézy pomocí lineární regresní analýzy. V tomto směru jsme došli k zajímavým zjištěním. Zde se potvrdilo, že jsou určité sociální kompetence, které souvisí s životní či pracovní spokojeností. **V našem výzkumném vzorku se nám podařilo v souvislosti s životní spokojeností identifikovat sekundární škálu sebeovládání a následující primární škály: extraverte, flexibilita chování a internalita**, které s životní spokojeností rovněž signifikantně souvisely. Škála sebeovládání a škála internality byly rovněž identifikovány jako nejsilnější sociální kompetence v rámci první fáze deskriptivní analýzy dat. Z toho bychom mohli usuzovat, že tyto sociální kompetence by mohly mít výlučný vztah právě k profesi operátora tísňové linky ZZS. V tomto směru by bylo užitečné provést srovnání s kontrolní skupinou a zaměřit se na

exkluzivitu těchto kompetencí vzhledem k námi sledované skupině operátorů. Z další škály, u které byla zjištěna souvislost s životní spokojeností, bychom nejprve uvedli flexibilitu chování. Tato primární škála rovněž sytí sekundární škálu sebeovládání. Tato klíčová sociální kompetence umožňuje danému jedinci pružně přizpůsobovat své chování a jednání v kontextu dané situace, ve které se právě nachází. Poslední signifikantní škálou byla extraverte, kterou můžeme charakterizovat jako schopnost navazovat přátelské vztahy, dále je v ní zahrnuta radost ze setkávání se s druhými lidmi, potěšení ze sebe prezentace a sklon k řízení ostatních (Eggert, 1977; Fahrenberg et al, 2001, podle Hoskovcová, Vašek, 2017).

V kontextu výše zmíněných zjištění by bylo vhodné sestavit program pro operátory tísňové linky, který by byl zaměřený právě na identifikované kompetence, čímž by se u nich mohla celkově zvýšit hladina životní spokojenosti. V tomto směru bychom navrhli především praktické nácviky, které by vedly operátory k posílení flexibility v chování, sebeovládání, internality a případně extraverte. Výhodou těchto nácviků by bylo především bezpečné prostředí, kde si člověk může dovolit i chybovat bez ohrožení života pacienta na druhé straně sluchátka. Navrhovali bychom nácvik klíčových sociálních kompetencí, potažmo dovedností, v malých skupinách po třech, stejně jako je tomu například v kurzech krizové intervence<sup>14</sup>.

**V souvislosti s pracovní spokojeností nám vyšla signifikantní spojitost pouze s jedinou škálou, a to se škálou naslouchání.** Tato signifikance by mohla být daná s tím, že pokud má člověk rozvinutou právě sociální kompetenci naslouchání, která je jednou ze stěžejních v práci na tísňové lince, tak by to mohlo predikovat jeho spokojenost v práci. Z tohoto důvodu bychom předpokládali, že díky této kompetenci bude operátor svoji práci vykonávat dobře. S tím mohou souviset i výzkumná zjištění Chowaniece a kolektivu (2014), který identifikoval faktory vedoucí k pochybením v práci operátorů. Z těchto faktorů bychom zmínily ty, které podle nás souvisí s nízkou mírou naslouchání. Je to podle Chowaniece (2014) nedostatek komunikačních dovedností při přebírání tísňové výzvy, chybný výklad informací získaných od pacienta a potlačení symptomů, které pacient udává. Můžeme uvažovat, že v případě, že operátor volajícímu nekvalitně naslouchá (neprojevuje zájem, je duševně nepřítomný apod.), tak tím pádem může přehlédnout důležité informace, které mu volající sděluje. V tomto směru bychom apelovali na to, aby byly pořádány programy a kurzy pro operátory s důrazem na rozvoj této klíčové kompetence. Bylo by užitečné, kdyby obsah těchto kurzů byl zaměřen na následující zásady pro krizovou komunikaci, tedy nácvik následujících dovedností: soustředění se na aktuální sdělení, parafrázování a kladení otázek jako prostředek reflexe zájmu o volajícího, opakování či rekapitulace sděleného obsahu, práce

---

<sup>14</sup>Vlastní zkušenost autorky práce.



s mlčením a práce s ověřováním si pochopení pokynů volajícímu (Špatenková, 2011). Rovněž by bylo vhodné klást již při výběru uchazečů důraz na tuto klíčovou kompetenci a prakticky si ověřovat právě schopnost naslouchání pomocí výše uvedených technik. Dále bychom v rámci tohoto zjištění chtěli poukázat na zmiňovanou tezi v teoretické části, kdy byla zjištěna souvislost mezi pracovní spokojeností a určitými sociálními dovednostmi, které mohou být specifické pro určité profese (Hoskovcová, Vašek, 2017). V tomto kontextu můžeme vidět souvislost a srovnání se skupinou hasičů a pečovatelů. U hasičů vycházela signifikantní souvislost mezi pracovní spokojeností a internalitou, v kontextu pečovatelů to byla naopak signifikance vzhledem k sociální dovednosti naslouchání. V této souvislosti můžeme uvažovat, že práce operátora tísňové linky ZZS může mít styčné body právě s prací ošetřovatelů než s prací hasičů. V tomto směru by mohlo být zajímavé srovnání právě mezi skupinou pečovatelů, operátorů a jiných pomáhajících profesí (např. lékařů, psychologů a jiného zdravotnického personálu) a následná zjištění, zda o sociální kompetenci naslouchání můžeme uvažovat jako o obecném faktoru, který souvisí s pomáhajícími profesemi či zdravotnickými profesemi.

V návaznosti na kapitolu týkající se péče o zaměstnance a v kontextu výstupů našeho výzkumného šetření je třeba zmínit, že by bylo vhodné do péče o zaměstnance zařadit aktivity a semináře zaměřené na rozvoj identifikovaných klíčových kompetencí, u kterých jsme našli signifikantní souvislost buď se životní spokojeností, nebo s pracovní spokojeností. Jedná se tedy o rozvoj následujících sociálních kompetencí: extraverteze, naslouchání, internalita, flexibilita chování a sebeovládání. Osobně se domnívám, že vzhledem k nízkým percentilům (33. percentil) v naslouchání ve srovnání s českou standardizační normou, a jeho souvislostí s pracovní spokojeností, je třeba klást důraz především na rozvoj této sociální kompetence, která je velmi podstatná pro práci operátora a úzce souvisí s kapitolou o komunikaci. V tomto směru je třeba se rovněž zamyslet nad tím, proč operátoři v této dimenzi skórovali takto nízko. Je to možná dané povahou sebesposuzujícího dotazníku, kdy možná otázkám vztahujícím se ke škále naslouchání operátoři špatně porozuměli, nebo mohou mít v tomto kontextu na sebe přísnější hodnotící kritéria, než jak se zdá v běžné populaci.

Ve třetí části jsme sledovali souvislost spokojenosti (jak životní, tak pracovní) s počtem let na ZOS a ve zdravotnictví. Zde jsme uvažovali v tom směru, že pokud je nalezena souvislost mezi syndromem vyhoření a délkou praxe na ZZS (Šeblová, 2007), tak by se tento trend mohl projevit i v rovině životní, potažmo pracovní spokojenosti, respektive nespokojenosti, vzhledem k délce praxe na ZOS, případně délce praxe ve zdravotnictví.

**Ovšem žádná ze zjištěných korelací nebyla statisticky signifikantní.** Byly zde nalezeny pouze záporné tendence u tří hypotéz (životní spokojenost a počet let ve zdravotnictví, životní spokojenost a počet let na ZOS, pracovní spokojenost a počet let na ZOS).

## 12.2 Limity výzkumu

I přes zajímavá zjištění, která nám naše výzkumné šetření přineslo, existují mnohé limity, které je třeba na tomto místě zmínit. Jedním z limitů jsou faktory, které se váží k charakteristikám výzkumného souboru. Jedním z těchto faktorů je nerovnováha v rozložení pohlaví respondentů. V našem výzkumné vzorku byla převaha žen – operátorek (70 %), a proto jsme srovnávací testy v jednotlivých dimenzích vzhledem k pohlaví neprováděli. Jsme si ovšem vědomi toho, že rozdíly ve výsledcích mezi pohlavími obvykle jsou (například v dimenzích dotazník DŽS muži obecně vykazují vyšší spokojenost ve škálách práce a zaměstnání, manželství a partnerství, vlastní osoba, sexualita, naopak ženy jsou spokojenější ve škále vztah k vlastním dětem a rovněž vykazují nižší skóry ve škále zdraví), a proto by bylo vhodné navýšit vzorek o mužské zástupce této profesní skupiny. Zde ovšem spatřujeme problém v obecné převaze žen ve funkci operátorek tísňové linky ZZS.

Dalším limitujícím faktorem k diskusi je samotný charakter sběru dat. Celý dotazník byl distribuován pomocí online přístupu a vzhledem k charakteru práce operátorů se domníváme, že je tato forma pro ně jedna z nejpříjemnějších, což vyloučilo i z osobních rozhovorů s operátory ZOS v Jihočeském kraji. V průvodním e-mailu pro vedoucí ZOS, kteří rozposílali přístupy k dotazníku jednotlivým operátorům, bylo zmíněno, že operátoři mohou mít dotazník otevřený v dialogovém okně internetového prohlížeče a vyplňovat tak dotazník postupně, což mělo za cíl vytvořit operátorům takové podmínky, aby byli více motivováni pro účast ve výzkumné studii. I přesto se nám z 11 krajských ZOS vrátilo pouze 47 dotazníků. V tomto směru by možná motivaci zvýšil osobní kontakt s osobou výzkumníka a sběr dat přímo v místě pracoviště ZOS, který by mohl být spojen s výzkumným pozorováním specifických charakteristik práce operátora.

Souvisejícím problémem s nízkou návratností dotazníků byla jejich obsáhlost a s tím související časová náročnost. V průvodní instrukci byla uvedena celková délka vyplňování dotazníků maximálně dvacet minut, ale skutečný rozsah byl přibližně 30-45 minut. Tento faktor časové náročnosti může být i důvodem nižší návratnosti dotazníků. Domníváme se, že obsáhlost dotazníku mohla mnoho respondentů od vyplňování odradit.

Dalším limitem našeho výzkumného šetření byly použité metody a jejich specifika. Vzhledem k tomu, že se jednalo o sebeposuzovací dotazníky, tak musíme zmínit, že k nim se

váže schopnost či neschopnost introspekce – tedy to, jak je daný jedinec schopen nahlédnout na své jednání, chování a uvažování a v tomto kontextu odpovídat na dané otázky. Je třeba zmínit, že tento výzkumný limit by se dal redukovat zvolením jiné formy sledování daných proměnných. Například pozorováním chování při identifikaci klíčových sociálních kompetencí, což by ovšem bylo velmi časově náročné. Jiný faktor související s povahou sebeposuzujících dotazníků, který může mít vliv na zjištěné závěry, je sociální desirabilita. Tím je míněno to, že respondent odpovídá tak, aby se jevil tzv. „v lepším světle“ – to znamená sociálně žádoucň. V našem kontextu by to mohlo znamenat, že respondent se chce jevit kompetentnější, než ve skutečnosti je. Ovšem vzhledem k charakteru vyhodnocených dat bychom na tuto tendenci spíše neusuzovali.

Dále je třeba zmínit absenci kontrolní skupiny. Srovnání s kontrolní skupinou, jak už jsme zmínili výše, by nám mohlo přinést zajímavé výsledky o jedinečnosti zjištění vážících se pouze na námi sledovanou profesní skupinu.

### **12.3 Náměty pro další výzkum**

Na tomto místě bychom se chtěli zamyslet nad dalšími možnými oblastmi výzkumu souvisejícími s touto problematikou a dát tak podnět k dalšímu bádání v oblasti zvládání nároků práce operátora tísňové linky. Domníváme se, že by bylo vhodné se zaměřit na protektivní faktory působící pozitivně při vyrovnávání se s každodenním psychickým zatížením. Rovněž by bylo zajímavé srovnání našich výsledků s výsledky kontrolní skupiny, jak už jsme zmínili v diskuzi. Dále by bylo podnětné prozkoumat vztah klíčových sociálních kompetencí napříč různými profesemi, ve kterých se člověk setkává se zvýšenou psychickou zátěží a zjistit, jestli jsou určité kompetence výlučné pro různé profese, jak bylo naznačeno (Hoskocová, Vašek, 2017). Dále bychom doporučili zavedení programu pro operátory zaměřeného na rozvoj klíčových kompetencí a následné zkoumání jeho efektivity ve vztahu k životní a pracovní spokojenosti, případně dalších fenoménů, které souvisejí s efektivním zvládáním profesní zátěže. Rovněž by bylo zajímavé zmapovat souvislost určitých sociálních kompetencí a účinných strategií zvládání stresové zátěže.

## Závěr

Cílem této diplomové práce bylo především zmapování problematiky profesních nároků práce operátora tísňové linky ZZS jako stále spíše přehlížené profese zdravotnických pracovníků.

V teoretické části práce byly popsány požadavky na výkon profese z více úhlů pohledu. Bylo zde pojednáno o profesních nárocích určených legislativou, dále byl komplexně zmapován soubor činností a rozsah práce, kterou operátor tísňové linky ZZS denně vykonává. Také jsme věnovali značnou část specifikům komunikace na tísňové lince ZZS. Rovněž jsme se věnovali negativním fenoménům, které souvisí se zvýšenou psychickou zátěží jako je stres, syndrom vyhoření a posttraumatická stresová porucha. Dále jsme se zaměřili na oblast sociálních kompetencí, na které jsme nahlíželi jako na faktory, které mohou operátorům usnadnit zvládání každodenní pracovní zátěže. V neposlední řadě jsme pojednali o možnostech stávající péče o tuto profesně ohroženou skupinu.

Cílem naší výzkumné části bylo zmapování nároků profese operátora tísňové linky ZZS. Tyto profesní nároky byly dány do souvislosti se sociálními kompetencemi, které umožňují operátorovi lepší zvládání každodenní specifické zátěže. Efektivita zvládání těchto profesních nároků byla sledována na indexu životní a pracovní spokojenosti. Po statistickém vyhodnocení se nám podařilo identifikovat sociální kompetence, ve kterých operátoři skórují vysoko v rámci své profesní skupiny, a to sebeovládání, sebekontrola a internalita. V dimenzi životní spokojenosti byla nalezena nejvyšší hodnota v rámci výzkumného souboru v oblasti vlastního bydlení. V druhé části analýzy jsme identifikovali sociální kompetence sebeovládání, extroverzi, flexibilitu chování a internalitu, které signifikantně souvisí s celkovou životní spokojeností. Ve vztahu k pracovní spokojenosti byla zjištěna pouze souvislost se sociální kompetencí naslouchání. V poslední části naší analýzy jsme sledovaly korelace mezi délkou praxe (ve zdravotnictví, nebo na ZOS) a spokojeností (životní, nebo pracovní) a zde nebyl potvrzen žádný signifikantní vztah. Vzhledem k zjištěným poznatkům jsme doporučili program na rozvoj identifikovaných klíčových kompetencí v rámci zvyšování celkové životní a pracovní spokojenosti u námi sledované profese.

Závěry této práce mohou být podnětem pro další výzkumná šetření v profesní oblasti operátorů tísňové linky ZZS. Dále je možné výstupy využít pro profesní srovnání v oblasti sociálních kompetencí a životní, potažmo pracovní spokojenosti.

## Seznam použité literatury

AlShammari, T., Jennings, P. A., Williams, B. (2018). Emergency Medical Services Core Competencies: A Scoping Review. *Health Professions Education*, 4(4), 245-258.

Andršová, A. (2012). *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Sestra (Grada). Praha: Grada.

Anshel, M. H., Umscheid, D., Brinthead, T. M. (2013). Effect of a Combined Coping Skills and Wellness Program on Perceived Stress and Physical Energy among Police Emergency Dispatchers: An Exploratory Study. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 28(1), 1-14.

Baštecká, B. (2005). *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. Psyché (Grada). Praha: Grada.

Bedini, S., Braun, F., Weibel, L., Aussedat, M., Pereira, B., Dutheil, F., Atkin, S. L. (2017). Stress and salivary cortisol in emergency medical dispatchers: A randomized shifts control trial. *PLOS ONE*, 12(5), e0177094-.

Blatný, M. (Ed.). (2016). *Psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum.

Boland, L., Kinzy, T., Myers, R., Fernstrom, K., Kamrud, J., Mink, P., Stevens, A. (2018). Burnout and Exposure to Critical Incidents in a Cohort of Emergency Medical Services Workers from Minnesota. *Western Journal of Emergency Medicine*, 19(6), 987-995.

Clawson, J. J., Sinclair, R. (2009). The Emotional Content and Cooperation Score in Emergency Medical Dispatching. *Prehospital Emergency Care*, 5(1), 29-35.

Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*. 24(4), 385-96.

Coxon, A., Copley, M., Schofield, P., Start, K., Horsfield, C., Quinn, T. (2016). 'You're never making just one decision': exploring the lived experiences of ambulance Emergency Operations Centre personnel. *Emergency Medicine Journal*, 33(9), 645-651.

Čepická, B. (2012). *Operátoři na tísňové lince 155. Rozbor vedení hovorů s volajícími pomocí transakční analýzy* (Disertační práce). Praha: FF UK.

Dietrich, M., Verdolini Abbott, K., Gartner-Schmidt, J., Rosen, C. A. (2008). The Frequency of Perceived Stress, Anxiety, and Depression in Patients with Common Pathologies Affecting Voice. *Journal of Voice*, 22(4), 472-488.

Dobiáš, V. (2013). *Klinická propedeutika v urgentní medicíně*. Praha: Grada.

Dvořák, J. (2013). *Problematika indikace výjezdů zdravotnické záchranné služby* (Bakalářská práce). České Budějovice.

Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J., Brähler, E. (2001). *Dotazník životní spokojenosti*. Praha: Testcentrum.

Fousková, J. (2008). Komunikace operačního střediska záchranné služby. *Urgentní medicína*, 2008(4), 23-24.

Franěk, O. (2018). *Manuál operátora zdravotnického operačního střediska*. Praha: Ondřej Franěk.

Freudenberger, H. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30 (1), 159-165.

Golding, S. E., Horsfield, C., Davies, A., Egan, B., Jones, M., Raleigh, M., Schofield, P., et al. (2017). Exploring the psychological health of emergency dispatch centre operatives: a systematic review and narrative synthesis. *PeerJ*, 5, e3735-.

Gómez-Gascón, T., Martín-Fernández, J., Gálvez-Herrer, M., Tapias-Merino, E., Beamud-Lagos, M., Mingote-Adán, J., Edesproam-Madrid, G. (2013). Effectiveness of an intervention

for prevention and treatment of burnout in primary health care professionals. *BMC Family Practice*, 14(1).

Hardeland, C., Skåre, C., Kramer-Johansen, J., Birkenes, T. S., Myklebust, H., Hansen, A. E., Sunde, K., et al. (2017). Targeted simulation and education to improve cardiac arrest recognition and telephone assisted CPR in an emergency medical communication centre. *Resuscitation*, 114, 21-26.

Hartl, P., Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.

Hoskovcová, S., Vašek, Z. (2017). *ISK Inventář sociálních kompetencí: Česká adaptace Inventar sozialer Kompetenzen autora: Uwe Peter Kanning*. Praha: Hogrefe – Testcentrum.

Hosseini, S. M. R., Maleki, M., Gorji, H. A., Khorasani-Zavareh, D., Roudbari, M. (2018). Factors affecting emergency medical dispatchers' decision-making: a qualitative study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 2018(11), 391-398.

Chowaniec, C., Łada, M., Wajda-Drzewiecka, K., Skowronek, R., Drzewiecki, A. (2014). The problem of medical dispatchers' responsibility functioning in the emergency medical services system. *Archives of Forensic Medicine and Criminology*, 64(1), 34-43.

Johnsen, E., Bolle, S. R. (2008). TO SEE OR NOT TO SEE—Better dispatcher-assisted CPR with video-calls? A qualitative study based on simulated trials. *Resuscitation*, 78(3), 320-326.

Johns-Fiedler, H., van Mersbergen, M. (2015). The Prevalence of Voice Disorders in 911 Emergency Telecommunicators. *Journal of Voice*, 29(3), 389.e1-389.e10.

Kanning, U. P. (2017). *Diagnostika sociálních kompetencí*. Praha: Hogrefe.

Kebza, V., Šolcová, I. (2003). *Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. Praha: Státní zdravotní ústav.

Kilner, T. (2004). Desirable attributes of the ambulance technician, paramedic, and clinical supervisor: findings from a Delphi study. *Emergency Medical Journal*, 21(3), 374-378.

Kittnar, O. (2011). *Lékařská fyziologie*. Praha: Grada.

Kjellberg, A., Toomingas, A., Norman, K., Hagman, M., Herlin, R. M., Tornqvist, E. W. (2010). Stress, energy and psychosocial conditions in different types of call centres. *Work*, 36(1), 9-25.

Klimley, K. E., Van Hasselt, V. B., Stripling, A. M. (2018). Posttraumatic stress disorder in police, firefighters, and emergency dispatchers. *Aggression and Violent Behavior*, 43, 33-44.

Lee, J. S., Jeon, W. C., Ahn, J. H., Cho, Y. J., Jung, Y. S., Kim, G. W. (2011). The effect of a cellular-phone video demonstration to improve the quality of dispatcher-assisted chest compression-only cardiopulmonary resuscitation as compared with audio coaching. *Resuscitation*, 82(1), 64-68.

Oh, H., Park, H., Boo, S. (2017). Mental health status and its predictors among call center employees: A cross-sectional study. *Nursing & Health Sciences*, 19(2), 228-236.

Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Psyché (Grada). Praha: Grada.

Pereira-Lima, K., Loureiro, S. R. (2014). Burnout, anxiety, depression, and social skills in medical residents. *Psychology, Health & Medicine*, 20(3), 353-362.

Ptáček, R., Bartůněk, P. (2011). *Etika a komunikace v medicíně*. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. Praha: Grada.

Malinauskas, R., Dumciene, A., Lapeniene, D. (2014). Social Skills and Life Satisfaction of Lithuanian First- and Senior-Year University Students. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 42(2), 285-293.

Mellor, D., Moore, K. A., Siong, Z. M. B. (2015). The role of general and specific stressors in the health and well-being of call centre operators. *Work*, 52(1), 31-43.



*Mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize: duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka.* (1992). Praha: Psychiatrické centrum.

Miller, L. (2006). *Practical police psychology: Stress management and crisis intervention for law enforcement.* Springfield, IL: Charles C Thomas Publisher, LTD.

Mirhaghi, M., Sarabian, S. (2016). Relationship between perceived stress and personality traits in emergency medical personnel. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 18(5), 265-71.

Norman, K. (2005). *Call centre work - characteristics, physical, and psychosocial exposure, and health related outcomes* (Doctoral thesis). Stockholm: Linköping University.

Norman, K., Floderus, B., Hagman, M., Toomingas, A., Tornqvist, E. W. (2008). Musculoskeletal symptoms in relation to work exposures at call centre companies in Sweden. *Work: A journal of Prevention, Assessment and rehabilitation*, 30(2), 201-214.

Rankin, C. H., Abrams, T., Barry, R. J., Bhatnagar, S., Clayton, D. F., Colombo, J., Coppola, G., et al. (2009). Habituation revisited: An updated and revised description of the behavioral characteristics of habituation. *Neurobiology of Learning and Memory*, 92(2), 135-138.

Remeš, R., Trnovská, S. (2013). *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny.* Praha: Grada.

Segrin, C., Hanzal, A., Donnerstein, C., Taylor, M., Domschke, T. J. (2007). Social skills, psychological well-being, and the mediating role of perceived stress. *Anxiety, Stress, & Coping*, 20(3), 321-329.

Shakespeare-Finch, J., Rees, A., Armstrong, D. (2015). Social Support, Self-efficacy, Trauma and Well-Being in Emergency Medical Dispatchers. *Social Indicators Research*, 123(2), 549-565.

Sihelská, D. (2007). Zdravotnícky záchranár – profesionál, osobnosť. *Urgentní medicína*, 2007(2), 30-32.

Steinkopf, B., Reddin, R. A., Black, R. A., Van Hasselt, V. B., Couwels, J. (2018). Assessment of Stress and Resiliency in Emergency Dispatchers. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 33(4), 398-411.

Svensson, M. (2012). *Routes, Routines and Emotions in Decision Making of Emergency Call Takers* (Doctoral Dissertation). Sweden: Blekinge Institute of Technology.

Svensson, M., Pesämaa, O. (2018). How Does a Caller's Anger, Fear and Sadness Affect Operators' Decisions in Emergency Calls?. *International Review of Social Psychology*, 31(1), 7.

Šeblová, J. (2007). *Zátěž, stres a syndrom vyhoření u pracovníků zdravotnických záchranných služeb – možnosti včasné diagnózy, prevence a terapie* (Disertační práce). Praha: 3.LF UK.

Šeblová, J., Kebza, V., Vignerová, J., Čepická, B. (2009). Preventivní a intervenční psychologické techniky pro zaměstnance záchranných služeb. *Urgentní medicína*, 2009(1), 26-31.

Šeblová, J., Knor, J. (2013). *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada.

Škodová, Z., Paceková, I. (2012). Sociálně-psychologický výcvik ako metóda prevencie syndrómu vyhorenia v pomáhajúcich profesiách. *E-psychologie*, 6(2), 1-8.

Špatenková, N. (2011). *Krizová intervence pro praxi*. Psyché (Grada). Praha: Grada.

Tavares, W., Bowles, R., Donelon, B. (2016). Informing a Canadian paramedic profile: framing concepts, roles and crosscutting themes. *BMC Health Services Research*, 16(1), 477.

Trojan, S. (2003). *Lékařská fyziologie*. Praha: Grada.

Ujevic, R. M., Prizmic, J., Barisin, A. B., Maras, M., Luetic, L. (2018). Is there a difference in job satisfaction at emergency medicine service (EMS) team and EMS dispatchers?. *Resuscitation*, 130.

Venglářová, M., Mahrová, G. (2006). *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada.

*Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.* (2011). Praha: Tiskárna ministerstva vnitra.

Vymětal, Š. (2009). *Krizová komunikace a komunikace rizika.* Psyché (Grada). Praha: Grada.

*Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).* (2004). Praha: Tiskárna ministerstva vnitra.

*Zákon č. 239/2000 Sb., Zákon o zdravotnické záchranné službě.* (2000). Praha: Tiskárna ministerstva vnitra.

*Zákon č. 374/2011 Sb., Zákon o zdravotnické záchranné službě.* (2011). Praha: Tiskárna ministerstva vnitra.

## **Online zdroje**

Gurevich, M., Halpern, J., Brazeau, P., Schwartz, B. (2014). Frontline Stress behind the Scenes: Emergency Medical Dispatchers. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/228796157\\_Frontline\\_Stress\\_behind\\_the\\_Scenes\\_Emergency\\_Medical\\_Dispatchers](https://www.researchgate.net/publication/228796157_Frontline_Stress_behind_the_Scenes_Emergency_Medical_Dispatchers)

Hošák, Z. (2016). Zdravotnické operační středisko ZZS Olomouckého kraje je v provozu 11 let. Dostupné z: <http://modrahvezdazivota.cz/2016/04/03/zdravotnicke-operacni-stredisko-zzs-olomouckeho-kraje-je-v-provozu-11-let/>

Humpl, L. (2016a). *Zdravotnické operační středisko ZZS MSK.* Dostupné z: <http://www.zzsmsk.cz/Default.aspx?subhref=operStrediska>

Humpl, L. (2016b). *Zpráva o činnosti SPIS 2016.* Dostupné z <http://www.azzs.cz/spis/>

Suchá, H. (2013). Nesmrtelnost operátora. *Sborník abstrakt V. odborné konference KZ ZZS ČR: "Práce na ZZS z pohledu jednotlivých profesí, z pohledu OUP a dalších složek IZS"*, 30-31. Olomouc: Komora záchranářů ZZS ČR. Dostupné z: [http://www.komorazachranaru.cz/files/download/ke-stahnuti/2013\\_Sbornik.pdf](http://www.komorazachranaru.cz/files/download/ke-stahnuti/2013_Sbornik.pdf)

Šeblová, J. (2016). Systémy přednemocniční neodkladné péče v Evropě. *Medical Tribune*, 21. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/40611-systemy-prednemocnicni-neodkladne-pecce-v-evrope>

<https://www.czso.cz/csu/czso/cri/miry-zamestnanosti-nezamestnanosti-a-ekonomicke-aktivity-cervenec-2018>

[http://www.eena.org/uploads/gallery/files/operations\\_documents/2012.10.22\\_3.3.2\\_psysupport\\_v1.0.pdf](http://www.eena.org/uploads/gallery/files/operations_documents/2012.10.22_3.3.2_psysupport_v1.0.pdf)

<https://www.hzscr.cz/clanek/zpravodajstvi-unor-2009-tisnova-linka-112-v-otazkach-a-odpovedich.aspx>

<https://spis.cz/2018/02/13/peer-podpora-2016/>

<https://spis.cz/kdo-jsme/podpora-zdravotnikum/>

[https://www.zachrannasluzba.cz/odborna/2017\\_vzdelavaci\\_program\\_sip.pdf](https://www.zachrannasluzba.cz/odborna/2017_vzdelavaci_program_sip.pdf)

[https://www.zzshmp.cz/bwg\\_gallery/zos-pro-media/](https://www.zzshmp.cz/bwg_gallery/zos-pro-media/)

<https://www.zzshmp.cz/wp-content/uploads/2017/12/Statistiky-160let-ZZSHMP.pdf>

<http://www.zzsuk.cz/zdravotnicke-operacni-stredisko-zos/>

# **Příloha**

## **Příloha 1: Dotazník pro operátory ZOS**

Dobrý den,

touto cestou bych Vás ráda poprosila o vyplnění tohoto dotazníku, který vznikl pro potřeby  
mojí diplomové práce na Katedře psychologie FF UK. Práce se týká problematiky nároků  
Vaší profese operátora tísňové linky ZZS. Vaše odpovědi v tomto dotazníku jsou považovány  
za důvěrné a anonymní (formulář nesbírá žádné další údaje kromě těch, které sám/sama  
vyplníte). Výsledky z tohoto dotazníku budou využity v empirické části mé diplomové práce  
a poslouží k lepšímu pochopení problematiky Vaší práce. Vaše konkrétní odpovědi nebudou  
nikde přístupné a nedostanou se ke třetím osobám.

V případě dotazů týkajících se tohoto výzkumu mě neváhejte kontaktovat na  
rynesova.k@gmail.com. Ve výzkumu jsou použity standardizované psychologické metody.

Celková doba vyplňování dotazníku je cca 20 minut.

Dotazník prosím vyplňte do 25.11.2018

S vřelým poděkováním

Klára Rynešová

Vaše účast ve výzkumné studii je dobrovolná a můžete ji kdykoli ukončit uzavřením  
dialogového okna. Kliknutím na tlačítko další vyjadřuje svůj souhlas s účastí ve studii.

## **Dotazník ISK**

Na následujících řádcích najdete 108 výroků, které se týkají vašeho způsobu chování a vašich zvyků. Vaším úkolem je rozhodnout, do jaké míry výrok odpovídá vaší osobě. K tomu máte k dispozici čtyři alternativy odpovědi: "vůbec nesouhlasí", "spíše nesouhlasí", "spíše souhlasí", "zcela souhlasí". U každého výroku zvolte možnost odpovědi, která je vám nejbližší a zaklikněte odpověď.

Prosím odpovídejte upřímně, nejsou zde správné ani špatné odpovědi. Některé otázky znějí velmi podobně. Odpovídejte na každou otázku nezávisle na ostatních odpovědích.

Prosím, pracujte rychle, ale pečlivě. U jednotlivých otázek se příliš nezdržujte. Pokud bude popsána situace, kterou jste ještě nezažili, pak odhadněte, jak byste se patrně zachovali. Odpovězte na každý z uvedených výroků.



	vůbec nesouhlasí	spíše nesouhlasí	spíše souhlasí	zcela souhlasí
1. Aktivně se angažuji pro druhé lidi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Miluji diskuse, ve kterých mají lidé hodně rozdílné názory.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Považuji za nudné naslouchat povídání druhých lidí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Často se velmi rozčílím nebo jen tak projevuji svou radost, aniž bych to mohl/a příliš ovládat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Velmi často o sobě přemýšlím.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Téměř ve všech situacích se pokouším pochopit věc z pohledu člověka, se kterým právě mluvím.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Když se sejdou lidé, kteří se neznají, pak jsem to většinou já, kdo je mezi sebou seznámí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mnozí lidé v mém okolí jsou mnohem vyrovnanější, než jsem já sám/sama.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Často mám pocit, že jsem pouze hračkou pro své okolí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ve všech rozhovorech velmi přesně sleduji chování svého protějšku.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Lidé, kteří vedou naprosto jiný život než zbytek společnosti (např. bezdomovci, pankáči), jsou pro mne jen velmi těžko přijatelní.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Kdykoliv dojde k nějakému sporu, dbám vždy na to, aby se aspoň zčásti uplatnily zájmy mého protivníka.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Rozhodnout se pro něco je pro mne celkem snadné.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Občas se stane něco neočekávaného a to mne rozhodí tak, že i všechno ostatní jde celý den špatně.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Obecně se mi daří před ostatními něco velmi dobře předstírat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Jsem často příliš zaměstnán/a na to, abych se ještě mohl/a zabývat problémy cizích lidí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Většinou prosadím svou vůli.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Abych úspěšně uskutečnil/a vlastní zájmy, potřebuji často pomoc druhých lidí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	vůbec nesouhlasí	spíše nesouhlasí	spíše souhlasí	zcela souhlasí
19. Často přemýšlím o tom, jak působím na druhé lidi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Často usiluji o to, aby v případě konfliktu mohli určitého stupně vítězství dosáhnout i mí soupeři.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. V situaci, kdy se musí něco rozhodnout, se mi obvykle daří získat většinu lidí na svou stranu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Často se stává, že se moje nálada den ze dne mění.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Abych řekl/a pravdu, je pro mne často těžké vcítit se do druhých lidí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Zcela vědomě vyvolávám dojem, který chci, aby si o mně ostatní lidé udělali.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Často mne štvou lidé, kteří jsou v něčem jiní, než jsem já sám/sama.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Jak dojde na nějaký slovní spor, jsem ve svém žilvu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Když jsem v určité situaci se svými postupy v koncích, rychle mne napadne něco nového.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Když se sejdou s dalšími lidmi, často dbám na to, jak budou na mé chování reagovat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Často se mi stalo, že mi při rozhovoru někdo položil otázku a já jsem vůbec neposlouchal/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Když je nějaká oslava nudná, tak to dovedu rychle změnit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Žiji podle pravidla: „Nejdřív myslet, pak jednat.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Často se snažím vyzozorovat, jakou motivaci má chování druhých lidí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Při zacházení s druhými lidmi dbám na to, abych jednal/a férově.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Upřímně řečeno někdy předstírám, že druhého opravdu pozorně poslouchám.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Důležitá rozhodnutí často odsouvám.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. I když sleduji vlastní zájmy, jsem v důsledku přece jenom odkázán/a na podporu druhých lidí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	vůbec nesouhlasí	spíše nesouhlasí	spíše souhlasí	zcela souhlasí
37. Často přemýšlím sám/sama o sobě.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. V mnoha konfliktních situacích je mi jedno, jestli i protistrana prosadí nějaké své představy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. V diskusích často podléhám argumentům těch druhých.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Často se stává, že několikrát denně změním náladu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Někdy si říkám, že nemám žádný významný vliv na běh svého života.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Téměř vždy, když jsem pohromadě s dalšími lidmi, snažím se zjistit, jestli je mé chování vnímáno tak, jak jsem měl/a v úmyslu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. I v případě neshod se mi téměř vždy podaří pohlédnout na věc i z pohledu mého protivníka.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Je pro mne velmi snadné zapadnout do nové skupiny lidí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Své pocity mám vždy velmi dobře pod kontrolou.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Na lidi, kteří jsou pro mne důležití, se snažím dělat dobrý dojem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. V průběhu dne se rád/a setkávám s nejrůznějšími typy lidí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Rozporuplné diskuse jsou mi většinou nepříjemné.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. I ve zcela bezvýhodných situacích vždy vím, jak se nejlépe zachovat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Při všech rozhovorech se pokouším udělat si obrázek o aktuální náladě člověka, se kterým mluvím.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Podle mého mínění není dnes už tak důležité být k druhým lidem solidární.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Významná rozhodnutí rád/a přenechávám ostatním.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. To, co se mi děje, závisí především na mně samotném/samotné.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Často, když jsem ve společnosti druhých lidí, zabývám se v myšlenkách sám/sama sebou.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	vůbec nesouhlasí	spíše nesouhlasí	spíše souhlasí	zcela souhlasí
55. Při konfliktech jen málo dbám na zájmy svých protivníků.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Zpravidla se nevyhýbám konfliktům, pokud jde o dosažení mých cílů.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. V zásadě není snadné vyvést mě z rovnováhy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Občas se navenek přizpůsobím očekáváním druhých lidí (např. přátel, kolegů), ale ve skutečnosti se neměním.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Druzí lidé mne často nudí, takže mne nebaví delší dobu je soustředěně poslouchat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Při společenských událostech se raději držím stranou.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. V mém životě se stane velmi výjimečně, že bych cítil/a bezmoc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Často mne nezajímá, jak lidé reagují na mé chování.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Není pro mne problém vžít se do pocitů druhých lidí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Diskutuji rád/a především s takovými lidmi, kteří mají úplně jiné názory než já.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Při diskusi dokážu snáze než ostatní přijímat různé názory.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Většinou jsem odkázán/a na ostatní, pokud chci prosadit své zájmy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. Téměř při každém rozhovoru intenzivně sleduji mimiku svého partnera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Někdy jedním podle rčení „bližší košile než kabát“, tedy upřednostňuji vlastní zájmy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. Téměř všechny problémy řeším bez velkých průtahů.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. I když jsem ve stresu, dokážu zachovat větší klid než většina lidí, které znám.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. V kontaktu s cizími lidmi jsem lepší pozorovatel/ka, než většina ostatních.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. Při neshodách se většinou pokouším zohlednit i práva protistrany.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	vůbec nesouhlasí	spíše nesouhlasí	spíše souhlasí	zcela souhlasí
73. Vždy aktivně oslovím lidi, se kterými se chci seznámit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. Normálně se nijak nerozčílím, když se něco nedaří.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. Běžně si nedělám starosti s vlastními pocity.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76. I v konfliktních situacích dokážu snáze než ostatní přiznat vlastní chybu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77. Upřímně řečeno, většiny lidí, kteří se mnou chtějí mluvit, se snažím rychle zbavit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78. Někdy je pro mne těžké prosadit své stanovisko vůči ostatním lidem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79. V mém životě bylo mnoho situací, ve kterých jsem nevěděl/a, jak dál.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80. Téměř vždy se snažím zprostředkovat o sobě kladný obraz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81. Ve většině situací se snažím vidět svět i očima mého partnera v rozhovoru.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82. Problémy řeším hned, jak vzniknou.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83. Pokud by vše záviselo jenom na mně, tak bych většiny cílů nedosáhl/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84. Téměř v každém rozhovoru se snažím z výrazů tváře poznat, co si o mně ten druhý myslí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85. I když nemám volného času nazbyt, najdu si vždy čas vyslechnout druhé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86. Je mi nepříjemné, když se musím s někým hádat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87. I při velké zátěži si udělám čas na to, abych si dobře promyslel/a, co budu dělat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88. Mám výborný cit pro to, když někdo něco jiného říká a něco jiného si myslí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89. Když si během rozhovoru uvědomím, že nemám pravdu, jsem ochotný/á změnit své stanovisko.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90. Někdy mi dělá problémy navázat kontakt s druhými lidmi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	vůbec nesouhlasí	spíše nesouhlasí	spíše souhlasí	zcela souhlasí
91. Téměř vždy mám dobrou náladu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
92. Před cizími lidmi se snažím ukazovat jen své kladné vlastnosti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
93. To, jestli protistrana ve sporu odejde s naprostou porážkou nebo dosáhne dílčího úspěchu, mne zpravidla vůbec nezajímá.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
94. Obyčejně určuji, co a jak se bude dělat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
95. Na podporu názoru, který zastávám, najdu vždy dostatek argumentů.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
96. O své vlastní pocity se příliš nestarám.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
97. Jen příležitostně se mi daří vžít do situace druhého člověka.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
98. Nepříjemným rozhodnutím se tu a tam rád/a vyhnu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
99. Velmi často jsem odkázaný/á na jiné lidi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100. Téměř v každém rozhovoru se snažím také z gestikulace svého partnera zjistit, co si o mně myslí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101. Když se bavím s lidmi, tak přitom často začnu myslet na něco jiného.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
102. Když se na to podívám zpětně, tak často reaguji až příliš vztekle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
103. Občas považuji za nutné se před lidmi přetvařovat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
104. Nejraději se starám jen o své vlastní záležitosti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
105. O motivech, které ovlivňují mé chování, příliš nepřemýšlím.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
106. Je pro mne velmi zajímavé poznávat různé typy lidí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
107. Jsem na ostatních lidech dost nezávislý/á.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
108. Stane se jen zřídka, že bych při hádce podlehl/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Dotazník DŽS

Zaškrtněte prosím u každého z tvrzení na následujících řádcích vždy tu odpověď, která nejvíce odpovídá vaší spokojenosti ve vztahu k danému tvrzení.

Příklad:	①	②	③	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤	⑥	⑦
	velmi nespokojen(a)	nespokojen(a)	spíše nespokojen(a)	spíše spokojen(a)	spíše spokojen(a)	spokojen(a)	velmi spokojen(a)
S počasím jsem ...				X			

*Pokud tedy – jako v tomto případě – nejste s počasím ani spokojen(a), ani nespokojen(a), zaškrtněte prosím ④.*

ZDRAVÍ	①	②	③	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤	⑥	⑦
	velmi nespokojen(a)	nespokojen(a)	spíše nespokojen(a)	spíše spokojen(a)	spíše spokojen(a)	spokojen(a)	velmi spokojen(a)
Se svým tělesným zdravotním stavem jsem...							
Se svou duševní kondicí jsem...							
Se svou tělesnou kondicí jsem...							
Se svou duševní výkonností jsem...							
Se svou obranyschopností proti nemoci jsem...							
Když myslím na to, jak často mám bolesti, jsem...							
Když myslím na to, jak často jsem až dosud byl(a) nemocný(á), jsem ...							

PRÁCE A ZAMĚŠTNÁNÍ (osoby v důchodu: hodnotte prosím své bývalé zaměstnání)	①	②	③	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤	⑥	⑦
	velmi nespokojen(a)	nespokojen(a)	spíše nespokojen(a)	spíše spokojen(a)	spíše spokojen(a)	spokojen(a)	velmi spokojen(a)
Se svým postavením na pracovišti jsem...							
Když myslím na to, jak jistá je moje budoucnost v zaměstnání, jsem...							
S úspěchy, které mám v zaměstnání, jsem...							
S možnostmi postupu, které mám na mém pracovišti, jsem...							
S atmosférou na pracovišti jsem...							
Co se týká mých pracovních povinností a zátěže, jsem...							
S pestrostí, kterou mi nabízí mé zaměstnání, jsem...							



FINANČNÍ SITUACE	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
Se svým příjmem / platem jsem...							
S tím, co vlastním, jsem...							
Se svým životním standardem jsem...							
S hmotným zajištěním své existence jsem...							
Se svými budoucími možnostmi výdělku jsem...							
S možnostmi, které mohu vzhledem ke své finanční situaci nabídnout své rodině, jsem...							
Se svým budoucím očekávaným (finančním) zajištěním ve stáří jsem...							

VOLNÝ ČAS	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
S délkou své každoroční dovolené jsem...							
S množstvím svého volného času po práci a o víkendech jsem...							
S kvalitou odpočinku, který mi přináší dovolená, jsem...							
S kvalitou odpočinku, který mi přináší volný čas po práci a víkendy, jsem...							
S množstvím času, který mám k dispozici pro své koníčky, jsem...							
S časem, který mohu věnovat blízkým osobám, jsem...							
S pestrostí svého volného času jsem...							

MANŽELSTVÍ A PARTNERSTVÍ (Vyplňte prosím pouze pokud máte stálého partnera / partnerku)	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
S požadavky, které na mne klade mé manželství / partnerství, jsem...							
S našimi společnými aktivitami jsem...							
S upřímností a otevřeností svého partnera / partnerky jsem...							
S pochopením, které má pro mne můj partner / partnerka, jsem...							
S něžností a náklonností, kterou mi můj partner / partnerka projevuje, jsem...							
S bezpečím, které mi poskytuje můj partner / partnerka, jsem...							
S ochotou pomoci, kterou mi projevuje můj partner / partnerka, jsem...							



VZTAH K VLASTNÍM DĚTEM (Vyplňte pouze pokud máte vlastní děti)	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
Když myslím na to, jak s dětmi vzájemně vycházíme, jsem...							
Když myslím na úspěchy svých dětí ve škole a zaměstnání, jsem...							
Když myslím na to, kolik radosti mám ze svých dětí, jsem...							
Když myslím na námahu a výdaje, které mě mé děti stály, jsem...							
S llivem, který mám na své děti, jsem...							
S uznáním, kterého se mi od mých dětí dostává, jsem...							
S našimi společnými aktivitami jsem...							

VLASTNÍ OSOBA	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
Se svými schopnostmi a dovednostmi jsem...							
Se způsobem, jak jsem až doposud žil, jsem...							
Se svým vnějším vzhledem jsem...							
Se svým sebevědomím a sebejistotou jsem...							
Se svým charakterem (povahou) jsem...							
Se svou vitalitou (tzn. s radostí ze života a životní energií) jsem...							
Když myslím na to, jak vycházím s ostatními lidmi, jsem...							

SEXUALITA	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
Se svou tělesnou přitažlivostí jsem...							
Se svou sexuální výkonností jsem...							
S četností svých sexuálních kontaktů jsem...							
S tím, jak často se mi můj partner / má partnerka tělesně věnuje (dotýká se mne, hladí mne), jsem...							
Se svými sexuálními reakcemi jsem...							
Když myslím na to, jak otevřeně mohu mluvit o sexuální oblasti, jsem...							
Když myslím na to, jak se k sobě s partnerem v sexualitě hodíme, jsem...							



PŘÁTELE, ZNÁMÍ A PŘÍBUZNÍ	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
	velmi nespokojen(a)	nespokojen(a)	spíše nespokojen(a)	ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	spíše spokojen(a)	spokojen(a)	velmi spokojen(a)
Když myslím na okruh svých přátel a známých, jsem...							
S kontaktem se svými příbuznými jsem...							
S kontaktem se svými sousedy jsem...							
S pomocí a podporou, kterou mi poskytují přátelé a známí, jsem...							
Se svými veřejnými a spolkovými aktivitami jsem...							
Se svou společenskou angažovaností jsem...							
Když myslím na to, jak často se dostanu mezi lidi, jsem...							

BYDLENÍ	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
	velmi nespokojen(a)	nespokojen(a)	spíše nespokojen(a)	ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	spíše spokojen(a)	spokojen(a)	velmi spokojen(a)
S velikostí svého bytu jsem...							
Se stavem svého bytu jsem...							
S výdaji za svůj byt (nájem, příp. splátky) jsem...							
S polohou svého bytu jsem...							
S dosažitelností dopravních prostředků jsem...							
Když myslím na míru zátěže hlukem, jsem ve svém bytě...							
Se standardem svého bytu jsem...							

Už jsme skoro u konce! Nyní Vás poprosím o vyplnění anonymních demografických údajů.

1. Pohlaví

Žena

Muž

2. Kolik je Vám let? .....

3. Kolik let pracujete jako operátor na ZOS? .....

4. Jaká je v současné době výše Vašeho úvazku na ZOS?

- |     |     |
|-----|-----|
| 1   | 0,5 |
| 0,9 | 0,4 |
| 0,8 | 0,3 |
| 0,7 | 0,2 |
| 0,6 | 0,1 |



5. Pracoval/a jste předtím ve výjezdové skupině? Pokud ano, jak dlouho? Pokud ne, zvolte 0.  
.....
6. Máte pracovní zkušenosti s jinou tísňovou linkou (112, 150,158...)? Pokud ano, jak dlouho jste tam pracoval/a? Pokud ne, zvolte 0. ....
7. Jak dlouho celkově působíte ve zdravotnictví?

Děkuji Vám za odpovědi!

## Příloha 2: Výsledky statistické analýzy

Příloha 2.1: Deskriptivní statistika – sociodemografické charakteristiky

N = 47	Min.	Max.	Průměr	Standart. chyba průměru	Směrodatná odchylka	Šikmost	Šikmost standart. chyba	Špičatost	Špičatost standart. chyb
Věk	24,0	63,0	39,213	1,6117	11,0492	,514	,347	-,664	,681
Počet let na ZOS	1,0	35,0	8,638	1,1575	7,9357	1,542	,347	2,391	,681
Uvazek	,2	1,0	,849	,0391	,2677	-1,354	,347	,163	,681
Počet let ve výjezdové skupině	,0	23,0	3,255	,8124	5,5696	2,111	,347	3,946	,681
Praxe na jiné lince	,0	12,0	,362	,2745	1,8816	5,706	,347	33,969	,681
Praxe ve zdravotnictví	2,0	40,0	18,404	1,7134	11,7467	,369	,347	-1,052	,681

Příloha 2.2: Deskriptivní statistika škál ISK a DŽS

N = 47	Min.	Max.	Průměr	Percentil ve srovnání s normou	Standart. chyba průměru	Směrodatná odchylka	Šikmost	Šikmost standart. chyba	Špičatost	Špičatost standart. chyb
Prosocialita	15	25	20,89	36	,325	2,229	-,242	,347	-,259	,681
Převzetí perspektivy	14	23	18,17	35	,356	2,443	,251	,347	-,797	,681
Pluralita hodnot	15	27	20,98	39	,376	2,575	-,143	,347	,226	,681
Ochota ke kompromisu	12	19	15,66	40	,242	1,659	-,084	,347	-,469	,681
Naslouchání	12	23	18,02	33	,335	2,298	,152	,347	,369	,681
Schopnost prosadit se	14	24	18,09	26	,265	1,816	,414	,347	1,306	,681
Ochota ke konfliktu	5	14	10,04	29	,360	2,467	,012	,347	-1,071	,681
Extraverze	9	20	15,68	38	,370	2,538	-,800	,347	,648	,681
Rozhodnost	11	24	17,17	47	,369	2,531	-,183	,347	1,024	,681
Sebekontrola	12	24	18,26	70	,342	2,345	-,216	,347	,466	,681
Emoční stabilita	13	24	17,40	38	,372	2,551	,387	,347	-,076	,681
Flexibilita chování	8	22	17,30	37	,334	2,293	-1,570	,347	5,220	,681
Internalita	22	36	28,43	71	,481	3,295	,322	,347	-,360	,681
Sebeprezentace	11	23	17,40	34	,407	2,787	-,041	,347	-,135	,681
Přímá pozornost k sobě	11	23	16,23	35	,412	2,822	,544	,347	,231	,681
Nepřímá pozornost k sobě	10	22	15,87	40	,419	2,871	-,194	,347	-,141	,681
Vnímání osob	9	21	16,19	25	,305	2,092	-,831	,347	2,175	,681
Sekundární škála: Sociální orientace	76	125	96,51	41	1,605	11,002	,423	,347	,043	,681
Sekundární škála: Ofenzivita	48	70	60,98	30	,812	5,570	-,428	,347	-,435	,681

Sekundární škála: Sebeovládání	68	97	81,38	61	1,059	7,258	,163	,347	-,624	,681
Sekundární škála: Reflexibilita	50	82	65,70	32	1,075	7,372	,010	,347	-,225	,681
Škála zdraví	20	47	36,68	-	,957	6,558	-,721	,347	,238	,681
Škála práce a zaměstnání	14	48	35,60	-	1,015	6,955	-,855	,347	,939	,681
Škála finanční situace	14	49	34,26	-	1,054	7,228	-,522	,347	,161	,681
Škála volný čas	15	48	31,66	-	1,041	7,139	,034	,347	-,149	,681
Škála vlastní osoba	20	47	36,72	-	,808	5,539	-,778	,347	,858	,681
Škála sexualita	15	49	36,75	-	1,136	7,789	-,715	,347	-,076	,681
Škála přátelé, známí a příbuzní	22	49	36,72	-	,772	5,290	-,482	,347	,603	,681
Škála bydlení	19	49	38,81	-	1,154	7,914	-,900	,347	,150	,681
Celková životní spokojenost	178	372	287,19	-	5,424	37,183	-,611	,347	1,124	,681

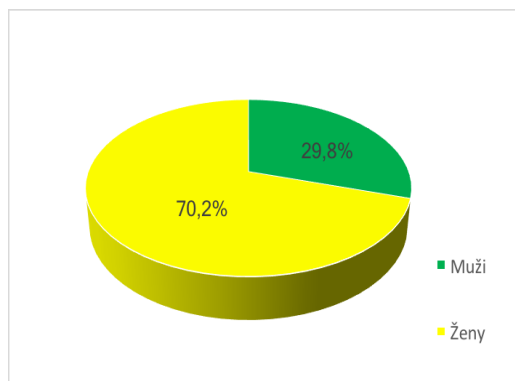
Příloha 2.3: Deskriptivní statistika škály manželství a partnerství

N = 42	Min.	Max.	Průměr	Standart. chyba průměru	Směrodatná odchylka	Šikmost	Sklost standart. chyba	Špičatost	Spičatost standart. chyb
Škála manželství a partnerství	11,0	49,0	38,55	1,283	8,315	-1,773	,365	4,205	,717

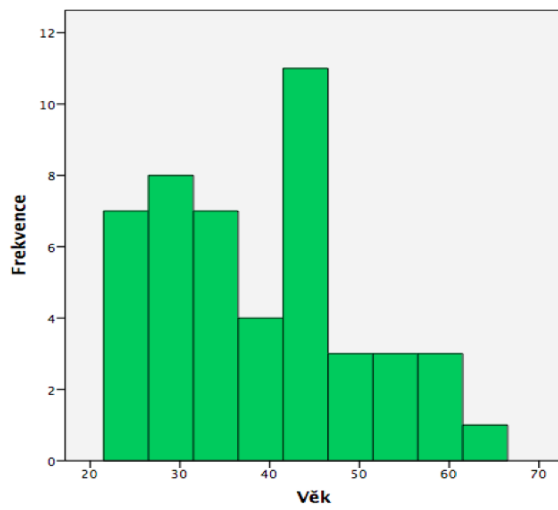
Příloha 2.4: Deskriptivní statistika škály vztah k vlastním dětem

N = 28	Min.	Max.	Průměr	Standart. chyba průměru	Směrodatná odchylka	Šikmost	Sklost standart. chyba	Špičatost	Spičatost standart. chyb
Škála vztah k vlastním dětem	16,0	49,0	41,75	1,389	7,352	-1,990	,441	4,740	,858

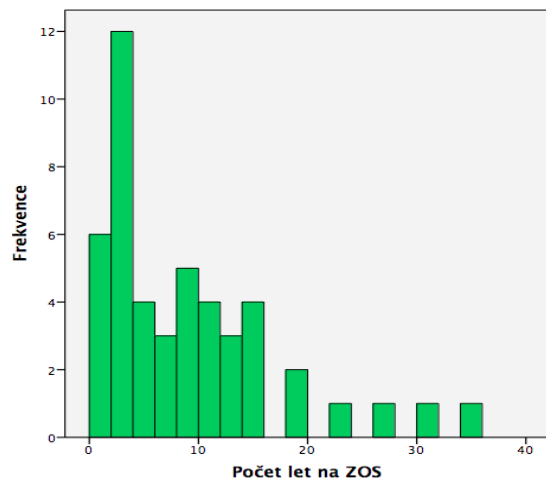
Příloha 2.5: Zastoupení podle pohlaví



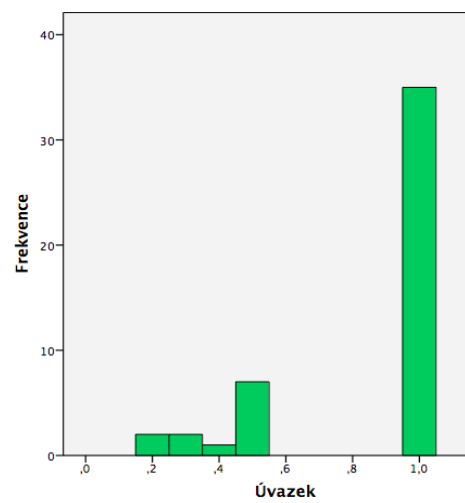
Příloha 2.6: Věkové rozložení respondentů výzkumného souboru



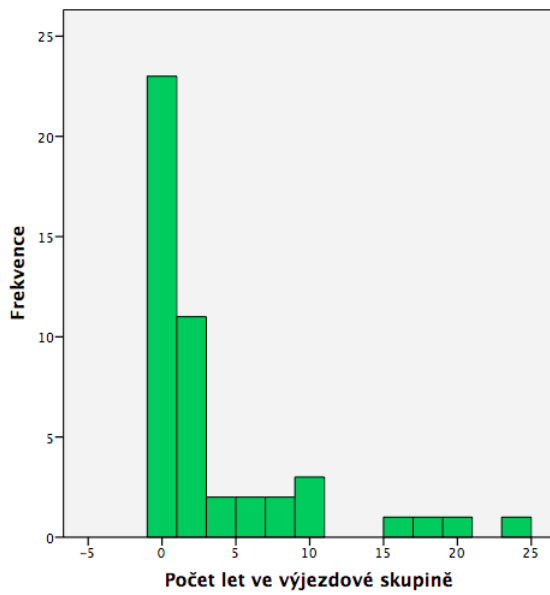
Příloha 2.7: Rozložení podle počtu let ve funkci operátora na ZOS



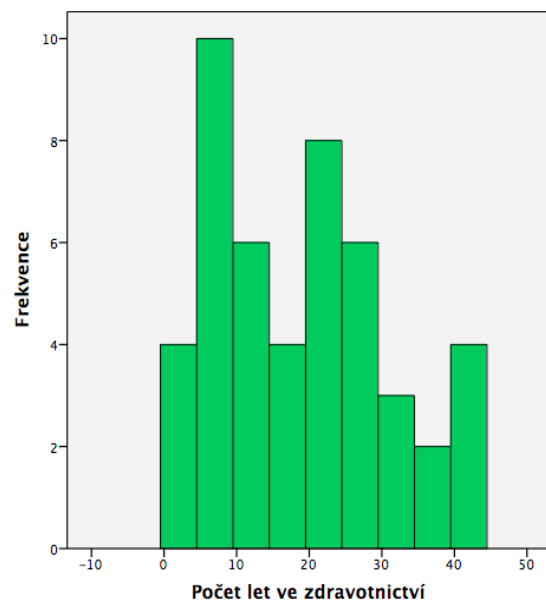
Příloha 2.8: Rozložení podle výše úvazku operátora ZOS



Příloha 2.9: Rozložení podle počtu let ve výjezdové skupině



Příloha 2.10: Rozložení podle počtu let působení ve zdravotnictví

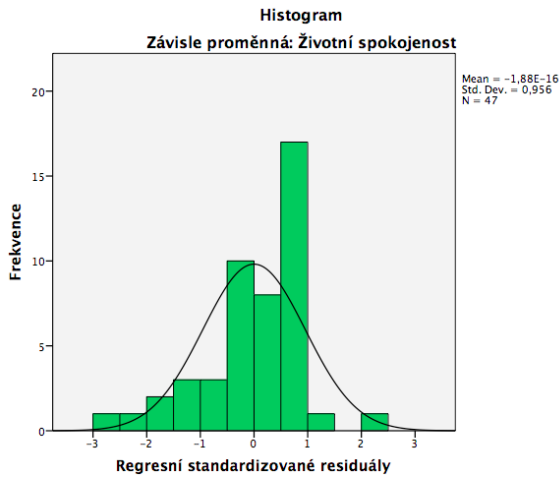


Příloha 2.11: Signifikance mezi sekundárními škálami ISK a životní spokojeností

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B		Correlations			Collinearity Statistics		
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF	
1 (Kontatnta)	-3,980	,85,942		-,046	,963	-177,417	169,458						
Sociální orientace	,275	,503	,081	,546	,588	-,741	1,290	,247	,084	,073	,804	1,244	
Ofenzivita	,405	,942	,061	,429	,670	-1,497	2,306	,165	,066	,057	,894	1,118	
Sebeovládání	2,040	,745	,398	2,738	,009	,537	3,544	,438	,389	,365	,842	1,187	
Reflexibilita	1,125	,674	,223	1,670	,102	-,235	2,485	,211	,249	,223	,998	1,002	

a. Závise proměnná: Životní spokojenost

Příloha 2.12: Histogram regresních standardizovaných residuálů u sekundárních škál ISK a životní spokojenosti

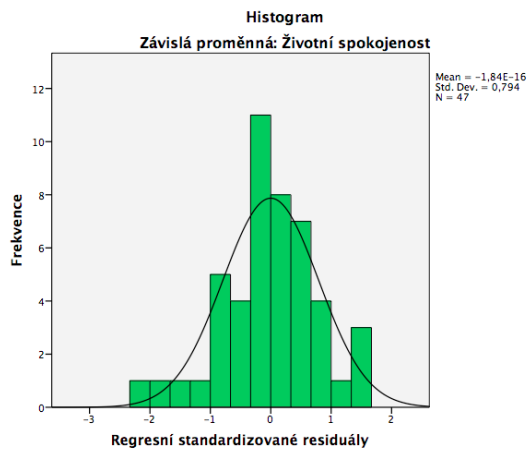


Příloha 2.13: Signifikance mezi primárními škálami ISK a životní spokojeností

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B		Correlations			Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
1 (Konstanta)	-7,885	100,215		-,079	,938	-212,848	197,078					
Prosocialita	3,723	2,748	,223	1,355	,186	-1,897	9,342	,305	,244	,160	,517	1,935
Převzetí perspektivy	-4,658	3,444	-,306	-1,352	,187	-11,702	2,387	,133	-,244	-,160	,274	3,655
Pluralita hodnot	-3,872	3,274	-,268	-1,183	,247	-10,567	2,824	,149	-,215	-,140	,273	3,666
Ochota ke kompromisu	2,166	3,363	,097	,644	,525	-4,713	9,044	,164	,119	,076	,623	1,606
Naslouchání	,783	3,357	,048	,233	,817	-6,082	7,648	,363	,043	,028	,326	3,071
Schopnost prosadit se	-2,332	3,479	-,114	-,670	,508	-9,447	4,783	-,114	-,124	-,079	,486	2,059
Ochota ke konfliktu	1,059	2,424	,070	,437	,665	-3,898	6,016	-,175	,081	,052	,542	1,845
Extraverze	5,989	2,576	,409	2,325	,027	,721	11,257	,426	,396	,275	,454	2,204
Rozhodnost	-4,386	2,815	-,299	-1,558	,130	-10,143	1,371	,188	-,278	-,184	,382	2,619
Sebekontrola	-1,144	2,741	-,072	-,417	,679	-6,750	4,461	,119	-,077	-,049	,469	2,131
Emoční stabilita	3,169	2,511	,217	1,262	,217	-1,966	8,304	,411	,228	,149	,472	2,116
Flexibilita chování	6,376	3,059	,393	2,084	,046	,119	12,633	,455	,361	,247	,394	2,539
Internalita	5,023	2,392	,445	2,100	,045	,131	9,914	,245	,363	,249	,312	3,205
Sebeprezentace	-1,313	2,377	-,098	-,552	,585	-6,173	3,548	-,039	-,102	-,065	,442	2,264
Přímá pozornost k sobě	1,403	2,275	,106	,617	,542	-3,251	6,056	,117	,114	,073	,470	2,128
Nepřímá pozornost k sobě	3,873	2,612	,299	1,483	,149	-1,469	9,214	,233	,265	,176	,345	2,901
Vnímání osob	-,041	2,909	-,002	-,014	,989	-5,990	5,908	,317	-,003	-,002	,523	1,910

a. Závisle proměnná: Životní spokojenost

Příloha 2.14: Histogram regresních standardizovaných residuálů u primárních škál ISK a životní spokojenosti

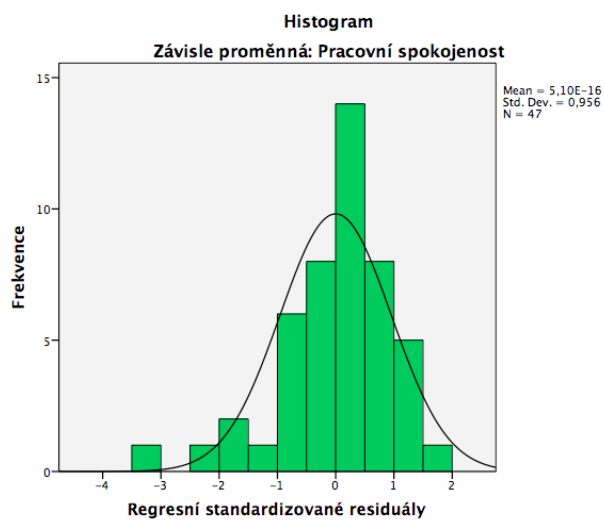


Příloha 2.15: Signifikance mezi sekundárními škálami ISK a pracovní spokojeností

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B		Correlations			Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
1 (Konstanta)	13,497	17,605		,767	,448	-22,032	49,025					
Sociální orientace	,128	,103	,203	1,245	,220	-,080	,336	,219	,189	,182	,804	1,244
Ofenzivita	-,182	,193	-,146	-,943	,351	-,572	,208	-,053	-,144	-,138	,894	1,118
Sebeovládání	,157	,153	,164	1,031	,309	-,151	,465	,207	,157	,151	,842	1,187
Reflexibilita	,122	,138	,129	,884	,382	-,157	,401	,127	,135	,129	,998	1,002

a. Závisle proměnná: Pracovní spokojenost

Příloha 2.16: Histogram regresních standardizovaných residuálů u sekundárních škál ISK a pracovní spokojenosti

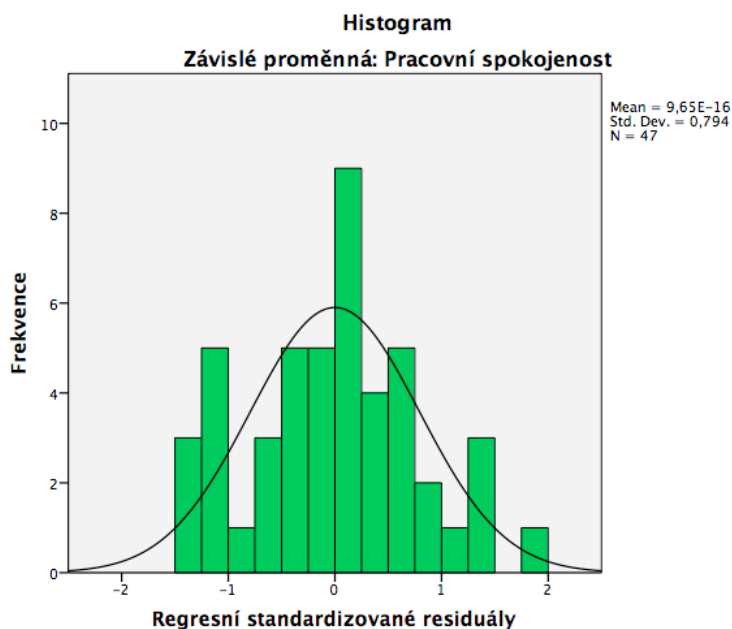


Příloha 2.17: Signifikance mezi primárními škálami ISK a pracovní spokojenosti

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B		Correlations			Collinearity Statistics		
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF	
1 (Konstanta)	13,480	19,141		,704	,487	-25,667	52,627						
Prosocialita	-,373	,525	-,119	-,710	,483	-1,446	,700	,139	-,131	-,086	,517	1,935	
Převzetí perspektiv	-,607	,658	-,213	-,922	,364	-1,952	,739	,191	-,169	-,111	,274	3,655	
Pluralita hodnot	-,055	,625	-,020	-,088	,930	-1,334	1,224	,151	-,016	-,011	,273	3,666	
Ochota ke kompromisu	,456	,642	,109	,709	,484	-,858	1,769	,180	,131	,086	,623	1,606	
Naslouchání	1,818	,641	,601	2,835	,008	,506	3,129	,462	,466	,343	,326	3,071	
Schopnost prosadit se	,162	,664	,042	,243	,809	-1,197	1,521	-,154	,045	,029	,486	2,059	
Ochota ke konfliktu	-,674	,463	-,239	-1,455	,156	-1,620	,273	-,236	-,261	-,176	,542	1,845	
Extraverze	,367	,492	,134	,745	,462	-,639	1,373	,374	,137	,090	,454	2,204	
Rozhodnost	-,808	,538	-,294	-1,504	,143	-1,908	,291	-,152	-,269	-,182	,382	2,619	
Sebekontrola	-,866	,523	-,292	-1,655	,109	-1,937	,204	,074	-,294	-,200	,469	2,131	
Emoční stabilita	,885	,480	,324	1,845	,075	-,096	1,865	,378	,324	,223	,472	2,116	
Flexibilita chování	,297	,584	,098	,508	,615	-,898	1,492	,241	,094	,061	,394	2,539	
Internalita	-,264	,457	-,125	-,578	,568	-1,198	,670	-,058	-,107	-,070	,312	3,205	
Sebeprezentace	,385	,454	,154	,849	,403	-,543	1,314	-,137	,156	,103	,442	2,264	
Přímá pozornost k sobě	-,019	,435	-,008	-,043	,966	-,908	,870	,008	-,008	-,005	,470	2,128	
Nepřímá pozornost k sobě	-,051	,499	-,021	-,103	,919	-1,071	,969	,149	-,019	-,012	,345	2,901	
Vnímání osob	,702	,556	,211	1,264	,216	-,434	1,838	,416	,228	,153	,523	1,910	

a. Závisle proměnná: Pracovní spokojenost

Příloha 2.18: Histogram regresních standardizovaných residuálů u primárních škál ISK a pracovní spokojenosti





Příloha 2.19: Korelace mezi životní spokojeností a počtem let ve zdravotnictví

Korelace

		Životní spokojenost	Počet let ve zdravotnictví
Životní spokojenost	Pearson Correlation	1	-,044
	Sig. (2-tailed)		,767
	N	47	47
Počet let ve zdravotnictví	Pearson Correlation	-,044	1
	Sig. (2-tailed)	,767	
	N	47	47

Příloha 2.20: Korelace mezi pracovní spokojeností a počtem let ve zdravotnictví

Korelace

		Počet let ve zdravotnictví	Pracovní spokojenost
Počet let ve zdravotnictví	Pearson Correlation	1	,140
	Sig. (2-tailed)		,348
	N	47	47
Pracovní spokojenost	Pearson Correlation	,140	1
	Sig. (2-tailed)	,348	
	N	47	47

Příloha 2.21: Korelace mezi životní spokojeností a počtem let na ZOS

Korelace

		Počet let na ZOS	Životní spokojenost
Počet let na ZOS	Pearson Correlation	1	-,166
	Sig. (2-tailed)		,264
	N	47	47
Životní spokojenost	Pearson Correlation	-,166	1
	Sig. (2-tailed)	,264	
	N	47	47

Příloha 2.22: Korelace mezi pracovní spokojeností a počtem let na ZOS

Korelace

		Pracovní spokojenost	Počet let na ZOS
Pracovní spokojenost	Pearson Correlation	1	-,100
	Sig. (2-tailed)		,505
	N	47	47
Počet let na ZOS	Pearson Correlation	-,100	1
	Sig. (2-tailed)	,505	
	N	47	47