

Rozhodovanie profesionálov:

Sebaregulácia, stres a osobnosť

Jitka GURŇÁKOVÁ
a kol.

Ústav experimentálnej psychológie SAV
Bratislava
2013

- © Ústav experimentálnej psychológie SAV
- © Jitka Gurňáková, Peter Halama, Lukáš Pitel, Hana Harenčárová,
Lucia Adamovová

Monografia je súčasťou riešenia výskumného projektu VEGA MŠ SR a SAV č. 2/0095/10 „Osobnostné aspekty efektívnej sebaregulácie a rozhodovania v situáciách emočnej záťaže“

ISBN 978-80-88910-45-9
EAN 9788088910459

OBSAH

| | |
|-----------|---|
| ÚVOD..... | i |
|-----------|---|

I. ČASŤ – ROZHODOVANIE PROFESIONÁLOV: SEBAREGULÁCIA, STRES A OSOBNOSŤ

| | |
|--|----------|
| I. Osobnostné aspekty efektívnej sebaregulácie a rozhodovania v situáciách emočnej záťaže. Teoretické východiská..... | 1 |
| <i>Jitka GURŇÁKOVÁ</i> | |

| | |
|--|----|
| 1 Úvod..... | 2 |
| 2 Zdroje a negatívne dôsledky percipovaného stresu..... | 3 |
| 3 Rozhodovanie v náročných situáciách..... | 9 |
| 4 Rodové rozdiely v rozhodovaní..... | 11 |
| 5 Potreba stimulácie..... | 12 |
| 6 Istota-neistota a potreba kognitívnej štruktúry..... | 14 |
| 7 Nádej..... | 15 |
| 8 Sebahodnotenie a sebaúcta..... | 15 |
| 9 Osobnosť a rozhodovanie..... | 17 |
| 10 Význam emócií a schopnosti sebaregulácie v rozhodovaní..... | 18 |

| | |
|---|-----------|
| II. Zdroje akútneho a chronického stresu v práci zdravotníckych profesionálov..... | 33 |
| <i>Jitka GURŇÁKOVÁ</i> | |

| | |
|---|----|
| 1 Úvod..... | 34 |
| 2 Systém poskytovania neodkladnej zdravotnej starostlivosti na Slovensku..... | 35 |
| 3 Pracovné podmienky a úlohy..... | 35 |
| 3.1 Zdravotnícki operátori..... | 35 |
| 3.2 Zdravotnícki záchranári..... | 37 |
| 3.3 Zdravotné sestry..... | 38 |
| 4 Zdroje stresu v práci zdravotníckych profesionálov..... | 39 |
| 5 Metóda..... | 44 |
| 6 Súbor..... | 45 |
| 7 Výsledky..... | 48 |
| 7.1 Frekvencia výskytu problémov a intenzita ich prežívania pri výkone zdravotníckeho povolania – kvantitatívna analýza IPVZP..... | 48 |
| 7.1.1 Zdravotnícki operátori..... | 48 |
| 7.1.2 Zdravotnícki záchranári..... | 49 |
| 7.1.3 Zdravotné sestry..... | 51 |
| 7.2 Kvalitatívna analýza zaťažujúcich situácií v práci zdravotníkov..... | 52 |

| | |
|-------------------------|----|
| 8 Diskusia | 57 |
| 9 Záver | 62 |

III. Percipovaný stres a jeho dôsledky v emočnom prežívaní zástupcov troch zdravotníckych povolání..... 69

Jitka GURŇÁKOVÁ

| | |
|---|----|
| 1 Úvod | 70 |
| 2 Súbor | 74 |
| 3 Metódy | 75 |
| 4 Výsledky - Porovnanie vybraných skupín zdravotníkov a študentov | 77 |
| 4.1 <i>Deskriptívne údaje</i> | 77 |
| 4.2 <i>Frekvencia a intenzita problémov v práci a percipovaný stres</i> | 80 |
| 4.3 <i>Osobná pohoda a nepohoda za obdobie posledného mesiaca</i> | 80 |
| 4.4 <i>Výskyt symptómov posttraumatickej stresovej reakcie</i> | 82 |
| 4.5 <i>Subjektívne vnímaná schopnosť zotaviť sa po zaťažujúcich situáciách</i> | 83 |
| 4.6 <i>Symptómy vyhorenia (burnoutu) u stredných zdravotníckych pracovníkov</i> | 83 |
| 5 Diskusia | 84 |
| 6 Záver | 89 |

IV. Úloha negatívneho emočného prežívania v rozhodovaní zdravotníkov a ich širšie psychologické súvislosti..... 95

Jitka GURŇÁKOVÁ

| | |
|---|-----|
| 1 Úvod | 96 |
| 2 Súbor | 96 |
| 3 Metódy | 97 |
| 4 Výsledky - Úloha percipovaného stresu v prežívaní a rozhodovaní | 100 |
| 4.1 <i>Parciálne korelácie s kontrolou premenných vek a pohlavie v súbore zdravotníkov a študentov</i> | 100 |
| 4.2 <i>Prediktory jednotlivých spôsobov rozhodovania – lineárna regresná analýza</i> | 108 |
| 4.3 <i>Kognitívne a osobnostné prediktory percipovaného stresu – lineárna regresná analýza</i> | 111 |
| 4.4 <i>Porovnanie extrémnych skupín podľa úrovne percipovaného stresu v rozhodovaní, sebaregulácii a kognitívnych charakteristikách</i> | 113 |
| 5 Diskusia | 117 |
| 6 Záver | 123 |

V. Význam sebaregulácie emócií v zvládaní záťaž a schopnosti efektívneho rozhodovania zdravotníckych profesionálov..... 129
Jitka GURŇÁKOVÁ

| | |
|--|------------|
| 1 Úvod..... | 130 |
| 2 Súbor..... | 130 |
| 3 Metódy..... | 131 |
| 4 Výsledky..... | 133 |
| 4.1 Faktorová analýza položiek MARS..... | 133 |
| 4.2 Porovnanie preferovaných spôsobov emočnej sebaregulácie vysoko a nízko stresovaných skupín zdravotníkov..... | 136 |
| 4.3 Vzťah sebaregulačných stratégií a charakteristík emočného prežívania – korelačná analýza..... | 140 |
| 4.4 Vzťah sebaregulačných stratégií a charakteristík rozhodovania – korelačná analýza..... | 142 |
| 4.4.1 Korelačné vzťahy jednotlivých faktorov škály MARS a spôsobov rozhodovania..... | 142 |
| 4.4.2. Korelačné vzťahy jednotlivých položiek škály MARS a spôsobov rozhodovania..... | 142 |
| 5 Diskusia..... | 146 |
| 6 Záver..... | 156 |

VI. Päť veľkých faktorov osobnosti ako prediktory vnímanej efektivity rozhodovania zdravotníckych profesionálov..... 161
Peter HALAMA

| | |
|---|------------|
| 1 Rozhodovanie v oblasti zdravotníckej starostlivosti..... | 162 |
| 2 Osobnosť a rozhodovacie procesy..... | 164 |
| 3 Subjektívna efektivita rozhodovania u profesionálov..... | 166 |
| 4 Výskumný cieľ..... | 167 |
| 5 Výskumný súbor..... | 168 |
| 6 Použité metódy zisťovania údajov..... | 169 |
| 7 Spôsob analýzy..... | 170 |
| 8 Výsledky..... | 170 |
| 9 Diskusia..... | 177 |
| 10 Záver..... | 181 |

VII. Zdroje percipovaného stresu a ich možné dôsledky: porovnanie príslušníkov ozbrojených síl SR na zahraničných misiách a zdravotníckych záchranárov..... 185
Lukáš PITEĽ

| | |
|--------------------|------------|
| 1 Úvod..... | 186 |
|--------------------|------------|

| | |
|--|------------|
| 1.1 Každodenné ťažkosti..... | 187 |
| 1.2 Operačné stresory..... | 187 |
| 1.3 Možné následky záťažových situácií na psychiku vojaka..... | 188 |
| 1.4 Záťaž a jej následky v podmienkach mierových misií a operácií..... | 188 |
| 1.5 Misie a operácie s účasťou príslušníkov OS SR..... | 190 |
| 2 Metódy..... | 191 |
| 2.1 Vzorka a procedúra..... | 191 |
| 2.2 Nástroje merania..... | 192 |
| 2.3 Štatistické analýzy..... | 195 |
| 3 Výsledky..... | 196 |
| 4 Diskusia..... | 204 |
| 4.1 Implikácie pre prax..... | 207 |

II. ČASŤ – ROZHODOVANIE ZDRAVOTNÍCKYCH ZÁCHRANÁROV V PRAXI

| | |
|--|------------|
| VIII. Sonda do problémov zdravotníckych záchranárov súvisiacich s rozhodovaním v náročných situáciách a s výkonom ich profesie..... | 217 |
| <i>Hana HARENČÁROVÁ</i> | |

| | |
|--|------------|
| 1 Úvod..... | 218 |
| 2 Metódy..... | 219 |
| 2.1 Metóda kritických rozhodnutí..... | 219 |
| 2.2 Participanti..... | 219 |
| 2.3 Výber situácie..... | 220 |
| 2.4 Analýza dát..... | 220 |
| 3 Výsledky..... | 222 |
| 3.1 Rozhodovanie záchranárov podľa fáz záchranej akcie..... | 222 |
| 3.1.1 Prijatie výzvy z KOS (krajské operačné stredisko) a voľba materiálu a pomôcok..... | 222 |
| 3.1.2 Prijazd na adresu (na miesto určenia) a nájdenie pacienta..... | 224 |
| 3.1.3 Anamnéza a vyšetrovanie pacienta – získavanie informácií..... | 225 |
| 3.1.4 Samotné ošetrenie pacienta, využitie konzultácie s lekárom, privolanie posádky RLP..... | 225 |
| 3.1.5 Transfer k sanitke..... | 226 |
| 3.1.6 Smerovanie pacienta a transfer do nemocnice..... | 226 |
| 3.2 Ďalšie aspekty rozhodovania..... | 228 |
| 3.2.1 Situácia pre RLP..... | 228 |
| 3.2.2 Využitie predošlých skúseností v procese rozhodovania..... | 230 |
| 3.2.3 Spolupráca..... | 231 |
| 3.2.4 Efektívnosť prispievajúca k redukcii času potrebného na vyšetrenie a transport pacienta..... | 233 |
| 3.3 Problémy, s ktorými sa záchranári potýkajú..... | 234 |

| | |
|---|------------|
| 3.3.1 Nedostatok spätnej väzby..... | 234 |
| 3.3.2 Výjazdy, zneužitie..... | 235 |
| 3.3.3 Stres..... | 236 |
| 4 Diskusia..... | 238 |
| 5 Identifikácia širších tém a formulácia otázok..... | 239 |
| 6 Záver..... | 240 |

| | |
|--|------------|
| IX. Emócie a emočná sebaregulácia v práci zdravotníckych záchranárov: kvalitatívny prístup..... | 247 |
| <i>Lucia ADAMOVOVÁ, Peter HALAMA</i> | |

| | |
|---|------------|
| 1 Úvod..... | 248 |
| 2 Metóda..... | 255 |
| 3 Výber..... | 256 |
| 4 Opis situácií..... | 256 |
| 5 Postup pri analýze údajov..... | 257 |
| 6 Výsledky..... | 257 |
| 7 Diskusia..... | 269 |
| 8 Záver..... | 271 |

| | |
|---|------------|
| X. Ako vzniká diagnóza? Psychologická analýza postupu posádok RZP v súťažnej úlohe „Káča“ na Rallye Rejvíz 2010..... | 277 |
| <i>Jitka GURŇÁKOVÁ</i> | |

| | |
|---|------------|
| 1 Úvod..... | 278 |
| 2 Súbor..... | 280 |
| 3 Metóda..... | 280 |
| 4 Analýza..... | 282 |
| 5 Výsledky..... | 283 |
| 5.1 Komunikácia s pacientom..... | 283 |
| 5.2 Rozdelenie rolí a komunikácia s kolegom v tíme..... | 284 |
| 5.3 Stratégie riešenia podľa fáz záchranného procesu..... | 285 |
| 5.3.1 - 1. Fáza – Výzva – Operačného strediska..... | 285 |
| 5.3.2 - 2. Fáza – Vstup..... | 287 |
| 5.3.3 - 3. Fáza – Anamnéza a vyšetrenie..... | 288 |
| 5.3.4 - 4. Fáza – Stanovenie diagnózy..... | 291 |
| 5.3.5 - 5. Fáza – Rozhodnutie o ďalšom postupe..... | 292 |
| 6 Diskusia..... | 293 |
| 7 Záver..... | 296 |

| | |
|-----------------------|------------|
| ABSTRACTS..... | 303 |
|-----------------------|------------|

ÚVOD

Jitka GURŇÁKOVÁ

Laická verejnosť od profesionálov obvykle očakáva schopnosť pohotovo nájsť spoľahlivé, či priam optimálne riešenie často veľmi komplikovaných a nedostatočne definovaných problémov. Táto požiadavka je tým naliehavejšia, čím viac sa problémová oblasť dotýka našich základných potrieb a záujmov. Jednou z najdôležitejších hodnôt príslušníkov západnej civilizácie je život a zdravie jednotlivca ako aj ľudí jemu najbližších. Uvedený fakt si obvykle najviac uvedomujeme práve vtedy, ak sú tieto hodnoty ohrozené. V stave väčšej či menšej nespokojnosti a frustrácie očakávame rýchlu a účinnú pomoc od ľudí na to určených. Len neochotne pripúšťame možnosť, že aj odborníci sa môžu zmýliť.

Kým príslušníci niektorých profesií sú podľa svojich osobnostných predpokladov pre výkon svojho povolania starostlivo vyberaní, školení, trénovaní, opätovne preverovaní a niekedy aj psychologicky ošetrovaní, iní sa po všeobecnom zaškolení musia s nárokmi svojej práce pasovať ďalej viac-menej sami. Medzi povolania, ktoré možno vo všeobecnosti považovať za psychicky i fyzicky náročné, určite patria zdravotníci i profesionálni vojaci. Špecifickým psychologickým podmienkam, súvislostiam a dôsledkom, viac i menej efektívneho rozhodovania v ich práci, je venovaná táto kniha.

Po predchádzajúcej teoretickej monografii „Úvod do naturalistického rozhodovania“ (Gurňáková a kol., 2011) prináša predložená monografia súbor desiatich výskumných štúdií, realizovaných v rámci grantového projektu VEGA 2/0095/10 „Osobnostné aspekty efektívnej sebaregulácie a rozhodovania v situáciách emočnej záťaže,“ riešeného na Ústave experimentálnej psychológie SAV v Bratislave v rokoch 2010 – 2013. Autormi jednotlivých kapitol sú členovia riešiteľského tímu projektu – Mgr. Jitka Gurňáková, PhD. (kapitoly 1-5, 10), Mgr. Lucia Adamovová, PhD. (kapitola 9), Doc. Peter Halama, PhD. (kapitoly 6, 9), Mgr. Hana Harenčárová (kapitola 8) a Mgr. Lukáš Pitel, PhD. (kapitola 7).

Monografia je rozdelená do dvoch častí. Prvá z nich (kapitoly 1-7) prezentuje zistenia z dotazníkových štúdií, ktorých cieľom bolo identifikovať zdroje, úroveň a negatívne dôsledky percipovaného stresu v práci zdravotníkov a čiastočne i vojakov, s dôrazom na jeho prejavy v ich

profesionálnom rozhodovaní ako aj na tie kognitívne a osobnostné charakteristiky, ktoré jeho zvládanie ovplyvňujú. Táto časť štúdií sa z väčšej časti venuje tzv. stredným zdravotníckym pracovníkom – ako ich miestami súhrnne nazývame - zdravotníckym operátorom,¹ zdravotníckym záchranárom a zdravotným sestram. Sme si vedomí, že pojem „strední“ nie je celkom primeraný, pretože veľká časť z nich má vysokoškolské vzdelanie. Používame ho preto, aby sme ich odlíšili od lekárov, ktorí nie sú predmetom našich štúdií.

Hoci problematika rozhodovania je v domácej i zahraničnej kognitívnej psychológii jednou z hlavných tém už niekoľko desaťročí, väčšina doposiaľ publikovaných prác predstavuje skôr kombináciu dotazníkových a experimentálnych štúdií, vychádzajúcich primárne z klasických teórií rozhodovania, pričom dostatočne nezohľadňuje zložitý kontext situácií riešených profesionálmi pri výkone svojho povolania.

Aby sme kompenzovali limity dotazníkového prístupu ku skúmaniu rozhodovania zdravotníckych profesionálov v ich reálnej praxi, druhá časť tejto monografie (kapitoly 8-10) prináša súbor štúdií, ktoré predstavujú pilotné aplikácie princípov naturalistického výskumu rozhodovania zdravotníckych záchranárov v reálnych alebo realite podobných situáciách.

Keďže základné východiská naturalistického prístupu k výskumu rozhodovania boli podrobnejšie charakterizované v predchádzajúcej monografii, na tomto mieste len stručne zhrnieme jeho kľúčové charakteristiky.

Naturalistický výskum rozhodovania sa primárne zameriava na identifikáciu tých stratégií rozhodovania, ktoré používajú ľudia v reálnom živote, a to najmä v profesiách vyžadujúcich schopnosť efektívneho rozhodovania v dynamicky sa meniacich podmienkach komplexných, často emočne náročných, reálnych situácií. Za dôležité charakteristiky týchto situácií je považovaný časový tlak, neistota, chýbajúce či nespoľahlivé zdroje informácií, nejasne formulované ciele, meniace sa podmienky a tiež závažné dôsledky rozhodnutí.

Medzi hlavné oblasti záujmu naturalistického prístupu patrí rozhodovanie expertov, analýza chýb rozhodovacieho procesu, pôsobenie časového tlaku či význam makrokognícií – zložitých kognitívnych

¹ Hoci sme si vedomí obojakého rodového zloženia týchto skupín, z dôvodu prehľadnosti textu sa v jeho väčšej časti prikláňame k bežne zaužívanému súhrnnému označeniu skupín ako zdravotníckych operátorov, záchranárov a zdravotných sestier, bez osobitného rozlišovania ženskej a mužskej časti zdravotníckych profesionálov.

procesov zahŕňajúcich nielen rozhodovanie, ale aj plánovanie, hľadanie zmyslu situácie, manažment neistoty či tímovú komunikáciu.

Profesie, ktorým sa v tomto smere venovalo doposiaľ najviac pozornosti, reprezentujú príslušníci ozbrojených síl, piloti a letoví dispečeri, lekári, ekonómovia, policajti alebo hasiči. Hoci repertoár sledovaných profesií sa neustále rozširuje, tento typ výskumu je organizačne, časovo i finančne značne náročný. Preto sa (doposiaľ hlavne v zahraničí) rozvíja takmer výlučne v oblastiach, kde sú mu poskytované štedré dotácie – či už od armády, finančných spoločností, športových klubov alebo veľkých nemocníc. Pravdepodobne v dôsledku týchto faktorov nájdeme nielen u nás, ale i vo svete, málo prác zaoberajúcich sa rozhodovaním zdravotníckych záchranárov.

Práve jemu je venovaná druhá časť tejto monografie, ktorá okrem vecného zamerania sa na samotný kontext a proces rozhodovania zdravotníckych záchranárov, predstavuje tiež aplikáciu v našom prostredí menej známych postupov naturalistického výskumu rozhodovania – metódu kritických rozhodnutí a špecifické kombinácie kvalitatívnych a kvantitatívnych spôsobov spracovania objektívnych i subjektívnych údajov z reálnych alebo realite blízky simulovaných situácií.

Pre lepšiu orientáciu v obsahu tejto práce ponúkame v nasledujúcich riadkoch stručný prehľad zamerania jej jednotlivých kapitol.

Prvá kapitola predstavuje najdôležitejšie teoretické východiská nasledujúcich výskumných štúdií. Podrobnejšie charakterizuje nielen najpoužívanejšie pojmy z problematiky pôsobenia psychickej záťaže a stresu, ale aj vybrané emočné, kognitívne a osobnostné charakteristiky, ktoré s vplyvom psychickej záťaže na efektivitu profesionálneho rozhodovania pravdepodobne súvisia.

Druhá kapitola sa venuje výsledkom podrobnejšej analýzy požiadaviek práce a zdrojov akútneho i chronického stresu u troch typov zdravotníckych povolání: u zdravotníckych operátorov, zdravotníckych záchranárov a zdravotných sestier.

Porovnávaním úrovně negatívneho emočného prežívania, percipovaného stresu, prejavov posttraumatickej stresovej reakcie v dôsledku osobitne náročných udalostí v práci a frekvencii prejavov syndrómu vyhorenia v tých istých skupinách, ako aj u študentov sociálnych vied, sa zaoberá tretia kapitola.

Štvrtú kapitolu predstavuje štúdia o súvislostiach vybraných osobnostných a kognitívnych charakteristík s kvalitou emočného prežívania a výberom viac alebo menej efektívnych spôsobov rozhodovania v práci zdravotníkov.

Keďže sme za dôležitý moderátor vzťahu medzi percipovaným stresom a schopnosťou efektívneho rozhodovania v práci zdravotníkov považovali schopnosť regulácie emócií, piata kapitola sa pokúša identifikovať tie spôsoby sebaregulácie emócií, ktoré sú kľúčové pre schopnosť efektívneho zvládania pracovnej záťaže, eliminovanie negatívnych dôsledkov percipovaného stresu a optimálne rozhodovanie.

V šiestej kapitole Peter Halama bližšie analyzuje vzťah osobnostných faktorov veľkej päťky a subjektívne vnímanej efektivity rozhodovania stredných zdravotníckych pracovníkov. Upozorňuje pritom na špecifické odlišnosti vo vzťahoch medzi vnímanou efektivitou rozhodovania a charakteristikami osobnosti v jednotlivých zdravotníckych profesiách.

Siedma, záverečná kapitola prvej časti knihy od Lukáša Pitela, je pre ilustráciu závažnosti subjektívne percipovanej miery prežívaného stresu a jeho dôsledkov venovaná porovnaniu zdravotníckych záchranárov s profesionálnymi vojakmi krátko po ich návrate zo zahraničných vojenských a mierových misií.

Úvod do druhej časti monografie, venovanej výstupom z naturalistického prístupu k rozhodovaniu zdravotníckych profesionálov, predstavuje v poradí ôsma kapitola Hany Harenčárovej. Prostredníctvom kvalitatívnej analýzy retrospektívnych rozhovorov so skúsenými zdravotníckymi záchranármi mapuje užšie okruhy problémov, s ktorými sa pri svojej práci stretávajú, bližšie predstavuje metódu kritických rozhodnutí a ponúka odporúčania pre podrobnejšie skúmanie rozhodovania zdravotníckych záchranárov v praxi.

V deviatej kapitole Lucia Adamovová s Petrom Halamom ilustrujú prostredníctvom rovnakej metódy priebeh procesu sebaregulácie negatívnych a využitie pozitívnych emócií v rozhodovaní zdravotníckych záchranárov počas neobvyklých, stresujúcich zásahov.

Desiata kapitola je, na rozdiel od dvoch predchádzajúcich štúdií, založená na kombinácii kvantitatívnych a kvalitatívnych analýz dát získaných v simulovanej situácii na medzinárodnej súťaži posádok zdravotných záchranných služieb Rallye Rejvíz 2010. Jitka Gurňáková predstavuje výsledky detailnejšej analýzy objektívneho pozorovania výkonu posádok rýchlej zdravotnej pomoci (RZP), pričom sa zameriava

na porovnanie procesov rozhodovania o pracovnej diagnóze u viac a menej úspešných posádok v rámci tej istej súťažnej úlohy.

Na záver je dôležité povedať, že by tieto štúdie nevznikli bez nezištnej podpory mnohých ľudí. Za ochotu a spoluprácu pri zbere údajov ďakujeme viacerým nadšencom pôsobiacim v oblasti urgentnej medicíny na Slovensku i v Českej republike, ale aj zdravotníckym operátorom Operačného strediska záchranej zdravotnej služby Slovenskej republiky (OS ZZS SR), zdravotníckym záchranárom, zdravotným sestram z nemocničných oddelení a ambulancií, študentom sociálnych vied a príslušníkom Ozbrojených síl Slovenskej republiky (OS SR) z rôznych kútov Slovenska, ako aj všetkým psychológom, lekármi a ďalším dobrovoľníkmi, ktorí sa na ňom podieľali.

Distribúciu a zber dotazníkov medzi zdravotníckymi operátormi podporili psycholožky a lekári OS ZZS SR pod vedením PhDr. Andrei Beňuškovéj, PhDr. Magdy Krasulovej a MUDr. Ingrid Takáčovej, PhD., MPH. Zdravotné sestry na viacerých miestach Slovenska oslovovala PhDr. Katarína Lukáčová. Kontakt so zdravotníckymi záchranármi okrem nižšie uvedených osôb ochotne sprostredkovala PhDr. Andrea Bratová. Ako kľúčový prostredník v komunikácii s vojenskými psychológmi a vojakmi OS SR pôsobil Mgr. Ivan Sopoliga.

Osobitná vďaka patrí doc. MUDr. Viliamovi Dobiášovi, PhD za jeho permanentnú ochotu podporovať a propagovať medzi záchranármi naše výskumné aktivity; hlavnému organizátorovi Rallye Rejvíz 2010 Janovi Maršáľkovi, MUDr. Dane Hlaváčkovej a všetkým ostatným organizátorom, rozhodcom a účastníkmi tejto súťaže ako aj množstvu ďalších anonymných respondentov, ktorí často bez nároku na odmenu poskytli svoj čas a skúsenosti výskumníkom podieľajúcim sa na vzniku tejto monografie.

Za podnetné pripomienky k finálnemu zneniu monografie vďačíme našim odborným recenzentom – PaedDr. Erike Jurišovej, PhD. a PhDr. Ľuborovi Pilárikovi, PhD.

Za trpezlivú podporu a zhovievavosť počas písania tejto práce patrí veľká vďaka aj našim najbližším – rodinám, priateľom aj kolegom z Ústavu experimentálnej psychológie SAV v Bratislave.

Všetkým týmto ľuďom srdečne ďakujeme. Boli by sme radi, ak by naše spoločné úsilie prinieslo hodnotné zistenia nielen pre rozvoj

psychologickej teórie o rozhodovaní zdravotníckych profesionálov, ale najmä vtedy, ak by mohlo prispieť k zlepšeniu pracovných podmienok, psychickej kondície, osobnej pohody a profesionálneho výkonu našich respondentov, a tým aj ku zvýšeniu kvality ich starostlivosti o pacientov.

Mgr. Jitka Gurňáková, PhD.

I. ČASŤ
ROZHODOVANIE PROFESIONÁLOV:
SEBAREGULÁCIA, STRES A OSOBNOSŤ

I. OSOBNOSTNÉ ASPEKTY EFEKTÍVNEJ SEBAREGULÁCIE A ROZHODOVANIA V SITUÁCIÁCH EMOČNEJ ZÁŤAŽE. TEORETICKÉ VÝCHODISKÁ

Jitka GURŇÁKOVÁ

Ústav experimentálnej psychológie SAV Bratislava

Obsah kapitoly

1 Úvod

2 Zdroje a negatívne dôsledky percipovaného stresu

3 Rozhodovanie v náročných situáciách

4 Rodové rozdiely v rozhodovaní

5 Potreba stimulácie

6 Istota-neistota a potreba kognitívnej štruktúry

7 Nádej

8 Sebahodnotenie a sebaúcta

9 Osobnosť a rozhodovanie

10 Význam emócií a schopnosti sebaregulácie v rozhodovaní

1 Úvod

Zdravotnícki profesionáli sú bežne konfrontovaní nielen so samotnou potrebou riešenia zdravotných problémov, ale aj s negatívnym emočným prežívaním svojich pacientov a ich príbuzných. Okrem rôznorodých, často protichodných tlakov a požiadaviek z okolia, musia neustále čeliť aj vlastnej neistote, obavám, limitovaným schopnostiam a zdrojom fyzických i psychických síl. Pri dlhodobom vystavení nárokom prostredia, ktoré prekračujú ich vlastné možnosti, tak aj u tých najmotivovanejších jednotlivcov často dochádza k postupnému vyčerpaniu síl, ktoré má vážne dôsledky nielen pre osobnú pohodu profesionálov, ale prostredníctvom zníženej kvality ich výkonu aj na osobnú spokojnosť, životy a zdravie ich pacientov.

V prvej časti tejto monografie sa pokúsime poukázať na možné psychologické príčiny, následky a možnosti predchádzania problematickým spôsobom rozhodovania vybraných stredných zdravotníckych pracovníkov pri výkone ich povolania. Keďže medzi zdravotníckymi operátormi a najmä záchranármi dlhodobo rezonuje otázka, do akej miery je možné považovať ich povolanie za osobitne rizikové - psychicky či fyzicky náročnejšie, ako je výkon iných povolání, pokúsili sme sa porovnať ich subjektívne hodnotenie zdrojov a negatívnych dôsledkov chronického i akútneho stresu v práci nielen s vysokoškolskými študentmi ako predstaviteľmi nerizikovej časti populácie, ale aj so zástupcami iného rizikového povolania – s profesionálnymi vojakmi vracajúcimi sa zo zahraničných misií. Najviac pozornosti sme však venovali analýze vplyvu vybraných kognitívnych, emocionálnych a osobnostných charakteristík zdravotníkov na úroveň ich negatívneho emočného prežívania a spôsob rozhodovania v práci. V tejto súvislosti bola zvýšená pozornosť venovaná tiež účinku pôsobenia rôznych stratégií emočnej sebaregulácie, ktoré využívajú osoby odolnejšie voči obvyklej pracovnej záťaži v porovnaní s menej odolnými kolegami, pričom preferovaný spôsob sebaregulácie považujeme za dôležitú súčasť rozhodovacieho procesu v náročných situáciách, ktorú je možné predikovať vybranými osobnostnými charakteristikami.

Vzhľadom na to, že vo všetkých kapitolách tejto knihy sa v rôznej miere prelnajú tie isté témy, na tomto mieste ponúkame ich spoločné teoretické východiská.

2 Zdroje a negatívne dôsledky percipovaného stresu

Problematike psychickej záťaže, jej dôsledkom a spôsobu zvládania sa v českej i slovenskej odbornej literatúre doposiaľ venovalo už množstvo pozornosti (napr. Křivohlavý, 1988, 1989; Bratská, 1992; Výrost, 1997, na Ústave experimentálnej psychológie SAV tím Ruiselová, Prokopčáková, Ficková, Ruisel, Sarmány-Schuller a ďalší – vid'. in Ruiselová et al., 2000, 2006 a pod.), pričom podrobnejšej charakteristike teoretického pozadia výskumu rozhodovania profesionálov v ich prirodzených podmienkach bola venovaná predchádzajúca monografia (Gurňáková et al., 2011). Pre lepšie porozumenie našich východísk preto na tomto mieste len bližšie charakterizujeme najvýznamnejšie pojmy, ktoré sa v nasledujúcich kapitolách priebežne vyskytujú.

Za *stresory*, resp. *zdroje stresu*, považujeme všetky vonkajšie alebo vnútorné vplyvy či aspekty situácie, ktoré negatívne pôsobia na fyzickú i psychickú pohodu jednotlivca. *Zaťažujúce/náročné, osobitne náročné, traumatizujúce/kritické situácie v práci* (bližšie charakterizované v druhej kapitole) pritom predstavujú dvojice synonym relatívne jasne časovo ohraničených udalostí v práci, ktoré vedú k prežívaniu zvýšenej, hraničnej a v prípade kritických a traumatizujúcich udalostí až extrémnej psychickej záťaže (Mikšik, 1969). Kým prvý typ udalostí vedie len k zvýšenému prežívaniu stresu, emocionálnej nepohody a sprievodných fyziologických javov, druhý a tretí typ situácií predstavuje o niečo zriedkavejšie udalosti, v ktorých požiadavky na ich zvládnutie/riešenie vysoko prekračujú aktuálne (vnútorné i vonkajšie) možnosti a zdroje jednotlivca. Týmito zdrojmi nie sú len dostupné materiálne vybavenie, pomoc zvonku, ale aj vlastné schopnosti, vedomosti, zručnosti pre riešenie situácie, vlastná kondícia, dostatok času – či naopak, časový tlak.

Hodnotenie rovnakých situácií sa líši nielen medzi laikmi a profesionálmi, ale aj medzi profesionálmi navzájom. Príkladom je vydesený, bezradný svedok bežného epileptického záchvatu, ktorý situáciu vyhodnotí ako výnimočne kritickú, v porovnaní so zdravotníkom, ktorý má s podobnými prípadmi určité skúsenosti, vie o čo sa jedná, čo treba spraviť a čo bude nasledovať. Podobne rozdielne môže byť ale konkrétny prípad vnímaný aj u profesionálov – kým pre nováčika je viac zaťažujúci akýkoľvek zásah už preto, že nevie, čo môže očakávať a ako to bude zvládať, aj služobne starší kolegovia môžu mať odlišnú subjektívnu citlivosť na rôzne typy udalostí, v závislosti od svojej vlastnej životnej situácie, osobnostných charakteristík a dostupných

zdrojov zvládania stresu. Ako podľa Mikšíka (2004) uvádza Jurišová (2009), od individuálnej osobnostnej štruktúry závisí, ktoré životné podmienky, okolnosti alebo nároky sú pre daného jednotlivca optimálne, či pre ktoré nemá dostatočné predpoklady a sú pre neho zdrojom dezintegrácie jeho psychiky i správania. Obaja autori (tamže) ďalej zdôrazňujú význam ďalšieho rozvoja osobnosti v priebehu získavania skúseností v konfrontácii s rôznymi nárokmi prostredia.

Keďže hranica medzi hodnotením situácie ako záťažovej, ktorá vedie k nižším hladinám prežívaného stresu či ako osobitne náročnej až kritickej, ktorá vedie k prežívaniu výrazne zvýšenej hladiny stresu (ako psychickej i fyziologickej reakcie organizmu na záťaž) je individuálne i situácie špecifická, v nasledujúcich textoch používame striedavo označenie záťaž a stres ako synonymá bez nároku na presnú špecifikáciu ich intenzity pre toho-ktorého jednotlivca.

V práci zdravotníckych profesionálov pôsobia popri bežných zdrojoch stresu aj špecifické zaťažujúce faktory (Gurňáková, Lukáčová, 2010):

- zodpovednosť za život a zdravie pacientov,
- požiadavky kvalitného výkonu pri častom nedostatku informácií a pod časovým tlakom,
- trestno-právna zodpovednosť za akékoľvek pochybenia,
- nie vždy vyhovujúce materiálne-technické vybavenie,
- podmienky fyzikálneho charakteru pri práci v teréne - hluk, zápach, nepriaznivé počasie,
- sociálno-psychologické podmienky - interakcie s kolegami, pacientmi a ich príbuznými - možnosti častých konfliktov a frustrujúcich situácií,
- možnosti ohrozenia vlastného života a zdravia v službe.

Hoci zdravotnícki pracovníci obvykle disponujú pestrejšou paletou stratégií pre zvládanie záťaže súvisiacej so starostlivosťou o ohrozený život alebo zdravie obyvateľstva ako laická verejnosť, psychické obranné mechanizmy, ktoré ich chránia pred prežívaním zvýšeného stresu môžu pri obzvlášť zaťažujúcich zásahoch zlyhať. Podľa Mitchella a Everlyho (1998, in Juen et al., 2008) väčšina záchranárov prežíva ako obzvlášť zaťažujúce nasledujúce typy udalostí:

- *smrť alebo zranenie detí a mladistvých*, kde zlyhávajú zvyčajne racionalizácie typu „už si požil dosť dlho“, „tým, ako sa správal, si o to koledoval“;

- *smrť alebo ťažké zranenie spolupracovníka* – odrazu chýba profesionálny odstup od obete a silnejšie sa vynárajú myšlienky na vlastnú zraniteľnosť, smrteľnosť, ktoré sú za normálnych okolností potláčané;

- *osobné vzťahy s obeťou* – profesionálny odstup nie je možný, záchranár je súčasne v úlohe zasiahnutého, môže mať výčitky svedomia, že nedokázal pomôcť;

- *vlastné ohrozenie alebo zranenie* – naruší základnú sebaistotu, nevedomované presvedčenie o tom, že v službe je človek „v bezpečí“, „nič sa mu nemôže stať,“ ktoré mu za normálnych okolností pomáha fungovať;

- *použitie strelných zbraní* – predstavuje ohrozenie istého počtu osôb, vrátane vlastnej. Obzvlášť zaťažujúce je aj z dôvodu potenciálnej zodpovednosti za smrť alebo zranenie iných osôb;

- *udalosti s hromadným postihnutím osôb* – vysoký počet mŕtvych a/alebo zranených – dočasné prevalcovanie zasahujúcich jednotiek veľkým rozsahom nešťastia kvôli nedostatočným zdrojom, organizačným nejasnostiam, prípadne nemožnosti konať okamžite;

- *silný záujem médií* – môže byť pre zasahujúce sily záťažou z dvoch dôvodov – jednak ako kontrola vlastnej práce – negatívna kritika zásahov a tým aj zasahujúcich; jednak kvôli potrebe chrániť obeť nešťastia a ich príbuzných pred záujmom médií, ktorá nemá byť primárne úlohou zdravotníkov;

- *identifikácia s obeťou, biografické podobnosti* – stotožnenie sa s obeťou môže narušovať účinnosť vlastných obranných mechanizmov;

- *obzvlášť neobvyklá smrť* – zásahy pri neľudských alebo bizarných prípadoch úmrtia alebo zraneniach;

- *zásahy, pri ktorých je obmedzená vlastná schopnosť konať* – keď sú zásahové sily bezmocné a nemôžu sa dostať na miesto udalosti, napr. pri lavínovom nebezpečenstve. Často sa to týka operátorov na operačnom stredisku, ktorí sú konfrontovaní s časovým tlakom, nedostatočnými informáciami pre efektívny zásah a obmedzenými možnosťami konať;

- *záťaž vyplývajúca z chybných alebo chýbajúcich informácií* – ak príslušník zásahových síl nemá vlastnú skúsenosť s tým, ako to vyzerá na mieste konkrétnej udalosti (napr. kolega na základni), vytvára si o nej svoju predstavu na základe dostupných (hoci aj neúplných alebo mylných) informácií, pričom jeho predstava môže byť horšia ako realita.

Situácie, ktoré sú prežívané ako *kritické/traumatizujúce* vedú k poruchám psychickej činnosti a správania, ako aj k radikálnym zmenám

fyziológických procesov v organizme, často s trvalými dôsledkami na zdravie jednotlivca.

Rozlišuje sa pritom *posttraumatická stresová reakcia* (ak trvajú príznaky menej ako 3 mesiace) a *chronická posttraumatická stresová porucha* (PTSD z ang. posttraumatic stress disorder; MKCH, skupina F43; ak tieto príznaky pretrvávajú dlhšie ako 3 mesiace). Medzi ich najčastejšie prejavy patrí opakované neželané prežívanie traumatizujúcej udalosti v myšlienkach, fantáziách alebo snoch, spojené s intenzívnym negatívnym emočným prežívaním. Často sa spája s poruchami pozornosti, spánku, úzkostnými stavmi, depresiou, depersonalizáciou, rôznou formou závislostí alebo tendenciou vyhýbať sa miestam a situáciám podobným tým, za akých sa traumatizujúca udalosť odohrala. Traumatizujúco pritom môže pôsobiť nielen udalosť, pri ktorej je priamo alebo nepriamo ohrozený život konkrétneho človeka alebo jemu blízkych osôb, ale aj taká situácia, v ktorej je iba svedkom akútneho ohrozenia iných ľudí, ak nedokáže traumatický zážitok zmysluplne integrovať do svojej predstavy o fungovaní sveta, medzi svoje ostatné, každodenné skúsenosti (Vodáčková, 2002). Uroveň, nakoľko je situácia pre jednotlivca záťažová, preto nezávisí len od vonkajších podmienok situácie, ale najmä od jej subjektívneho hodnotenia a interpretovania tým, koho sa týka (Lazarus, 1966).

Okrem ojedinelých kritických udalostí, ktoré môžu viesť k *prejavom posttraumatickej stresovej reakcie* či *poruchy* (PTSD) na prežívanie zdravotníkov výrazne negatívne pôsobí kumulovanie *chronického stresu* v dôsledku permanentného vystavenia množstvu záťažových situácií nižšej intenzity. Dlhodobý percipovaný stres v dôsledku vysokých nárokov povolania, nedokonalostí systému poskytovania a financovania zdravotnej starostlivosti, časté ťažkosti v spolupráci s kolegami, ako aj viac či menej oprávnené nároky veľkého počtu pacientov vedú pri nedostatočnej možnosti regenerácie fyzických a psychických síl k oslabeniu imunity, vzniku psychosomatických ochorení a/alebo k *syndrómu vyhorenia* (v ďalšom texte nazývanému aj všeobecne zaužívaným pôvodným anglickým názvom *burnout*), ktorý je oficiálne zaradený do medzinárodnej klasifikácie chorôb MKCH 10 (kategória Z 73.0).

Syndróm vyhorenia predstavuje dlhotrvajúci stav úplného *emočného a fyzického vyčerpania*, beznádeje a bezmocnosti, ktorý sa prejavuje predovšetkým zníženou pracovnou výkonnosťou a zhoršením medziludských vzťahov. Okrem toho má aj množstvo ďalších negatívnych dôsledkov na celkový stav jednotlivca (Freudenberger,

1974; Maslach, Jackson, Leitner, 1996; Kebza, Šolcová, 1998). Večeřová-Procházková (2005) popisuje jeho symptómy nasledovne:

Psychické príznaky:

Kognitívna rovina:

- strata nadšenia, schopnosti pracovného nasadenia, zodpovednosti;
- nechut', ľahostajnosť k práci;
- negatívny postoj k sebe, k práci, k inštitúcii, ku spoločnosti, k životu;
- únik do fantázie;
- ťažkosti so sústredením, zabúdanie.

Emocionálna úroveň:

- skl'účenosť, pocity bezmocnosti, popudlivosť, agresivita, nespokojnosť;
- pocit nedostatočného uznania.

Telesné príznaky:

- poruchy spánku, chuti do jedla, náchylnosť k ochoreniam, vegetatívne ťažkosti (srdce, dýchanie, trávenie);
- rýchla unaviteľnosť, vyčerpanosť, svalové napätie, vysoký krvný tlak.

Sociálne vzťahy

- úbytok angažovanosti, snahy pomáhať problémovým klientom;
- obmedzenie kontaktu s klientmi a ich príbuznými;
- obmedzenie kontaktov s kolegami;
- nárast konfliktov v súkromnom živote;
- nedostatočná príprava na výkon práce.

Syndróm vyhorenia sa vyvíja dlhodobo a plynule, pričom prechádza viacerými fázami (Kebza, Šolcová, 1998). Vo *fáze nadšenia* pracujúci spočiatku prekypuje elánom a energiou. Je ochotný pre svoju prácu veľa obetovať, nachádza v nej uspokojenie a naplnenie, pričom zabúda na svoje vlastné záujmy a voľno-časové aktivity. Keď počiatkové nadšenie opadne a človek prichádza na to, že všetko nie je také ideálne, ako by podľa neho malo byť, hovoríme o *fáze stagnácie*. *Fáza frustrácie* nastupuje vo chvíli, keď v dôsledku zlých skúseností s nespokojnými klientmi alebo nadriadenými, začne pochybovať

o zmysle svojej práce. Po dlhšom období frustrácie prichádza na rad *fáza apatie*. Pracujúci už od svojej práce neočakáva nič iné, ako prísun peňazí, a preto si plní už len tie najnevyhnutnejšie povinnosti. Posledným štádiom je *fáza vyhorenia*, kedy sú u pracujúceho zreteľné príznaky emočného a telesného vyčerpania.

Rastúce príznaky syndrómu vyhorenia nepredstavujú riziko len pre emočné prežívanie a pracovnú úspešnosť jednotlivca, ale majú aj priame súvislosti s vyšším výskytom rizikových faktorov pre rozvoj kardiovaskulárnych ochorení – napr. priberaním na hmotnosti či zvýšením hladiny HDL a LDL cholesterolu pod vplyvom chronického stresu (Kitaoka-Higashijuchi et al. 2009, in Kebza, Šolcová, 2010). Všetky okolnosti mechanizmu pôsobenia syndrómu vyhorenia na zdravie nie sú dostatočne objasnené, no dokázané boli jeho súvislosti, napr. s ischemickou chorobou srdca, akútnym infarktom myokardu, mozgovou porážkou, náhlým kardiálnym úmrtím, arteriosklerózou a pod. (viď podrobnejší prehľad in Kebza, Šolcová, 2010).

Za kľúčový *vonkajší faktor* v rozvoji syndrómu vyhorenia, je považovaný komplex chronicky pôsobiacich nezládateľných zdrojov stresu, nenaplnených profesionálnych očakávaní a nefunkčných sociálnych väzieb. Za kľúčový *vnútorný faktor* sa považuje osobnosť jednotlivca – predovšetkým jej spôsob reagovania na stres a jej mechanizmy zvládania (Kebza, Šolcová, 1998, 2003). Napríklad, mnohé z charakteristík typických pre osobnosť záchranárov - potreba riadiť, ochota podstúpiť veľké riziko, vysoká potreba stimulácie a okamžitého ocenenia, vysoká odolnosť voči záťaži, orientácia na činnosť a neschopnosť odmietat', orientácia na detail (Mitchell, Everley, 2003) - zodpovedajú podľa Kebzu a Šolcovej (2003) osobnosti typu A, ktorá je viac ohrozená rizikom vyhorenia. Pre týchto jednotlivcov je typická vysoká ctižiadostivosť, vysoké požiadavky, ktoré kladú na seba aj na iných, sklon k perfekcionizmu, k práci pod časovým tlakom, pričom si sami spôsobujú vysokú mieru stresu, ktorému sa nevedia prispôbiť. Podľa Pavláta (2002) sú v dôsledku vyššej svedomitosti, preťaženia a orientácie na budúcnosť, zdravotníci, a najmä lekári, celkovo úzkostnejší ako zvyšok populácie. Riziko rozvoja syndrómu vyhorenia je preto u zdravotníckych profesií vysoké nielen vzhľadom na špecifiká ich povolania, ale aj z hľadiska ich prevažujúcej osobnostnej štruktúry, ktorá je príčinou, prečo je pre nich povolanie tohto typu atraktívne (Šeblová, Kebza, Vignerová, 2007).

Pokročilejšie štádiá syndrómu vyhorenia, okrem zdravotného stavu a celkovej osobnej pohody jednotlivca, negatívne ovplyvňujú aj kvalitu

jeho rozhodovania (Hanzlíková, Pilárik, 2010). Keďže mnohým teóriám i aplikáciám klasického i naturalistického prístupu k rozhodovaniu boli venované viaceré predchádzajúce monografie z dielne Ústavu experimentálnej psychológie SAV (Bačová, 2010, 2011, 2012, Hanák, Ballová Mikušková, Čavojevová, 2013, Gurňáková et al. 2011), na tomto mieste sa užšie zameriame len na charakteristiku koncepcie využívanú v nasledujúcich štúdiách.

3 Rozhodovanie v náročných situáciách

Rôzne spôsoby zvládania stresu spojeného s konfliktom v rozhodovaní v náročných pracovných i životných situáciách popisuje vo svojej práci Mann a kol. (1997; v slovenskej literatúre napr. Sarmány-Schuller, 2000). Podľa Janisa a Manna (1977, in Mann et al., 1997) je neadekvátne spracovaný stres, spôsobený potrebou rozhodovať, hlavným pôvodcom voľby nekvalitných rozhodnutí. Tento stres pochádza prinajmenšom z dvoch zdrojov – jednak z uvedomenia si možnosti osobných, materiálnych či sociálnych strát spojených s ktoroukoľvek alternatívou, a jednak z obavy zo straty reputácie a sebaúcty, pokiaľ by sa rozhodnutie ukázalo ako nevhodné. Podľa modelu konfliktu existuje päť základných spôsobov vyrovnávania sa so stresom tohto typu, medzi ktoré patrí:

a) ignorovanie informácií o možných rizikách a pokračovanie v doterajšom smerovaní činnosti – *nekonfliktná vernosť*;

b) nekritické prijatie ktoréhokoľvek nového smerovania činnosti na základe jeho jedného výrazného znaku alebo odporúčania niekoho iného – *nekonfliktná zmena*;

c) snaha uniknúť pred konfliktom odkladaním rozhodnutia na neskôr (*prokrastinácia*), presunutím zodpovednosti za rozhodnutie na niekoho iného alebo vytváraním racionalizácií pre podporu najpriateľnejšej alternatívy - *defenzívne vyhýbanie*. Každý z týchto postupov sa v dôsledku vysokej miery prežívaného stresu spája s neúplným a často skresleným vyhodnocovaním informácií, čo obvykle vedie k nesprávnym rozhodnutiam.

d) rozhodovateľ sa pod vplyvom časového tlaku, vysokého stresu, zúženého zamerania pozornosti a tendencie k perseverácii impulzívne rozhodne pre prvú alternatívu, ktorá by mu mohla poskytnúť rýchlu úľavu z dilemy, pričom prehliadne celý rozsah dôsledkov tejto i ďalších alternatív – *hypervigilancia*. V najextrémnejšej forme ide o stav podobný

panike, pri ktorom rozhodovateľ váha medzi dvoma neprijemnými alternatívami.

e) jediným adaptívnym spôsobom rozhodovania je podľa tvorcov modelu *vigilancia*, v rámci ktorej, pri strednej hladine percipovaného stresu, rozhodovateľ dokáže vyhľadávať relevantné informácie, racionálne zvažovať všetky možnosti a nezaujato vyhodnotiť alternatívy skôr, ako urobí finálne rozhodnutie.

Ktorý z týchto postupov si rozhodovateľ zvolí, závisí od toho, nakoľko sú splnené nasledujúce podmienky:

- uvedomenie si závažnosti rizík, ktoré predstavujú jednotlivé alternatívy,
- nádej, že sa nájde lepšia možnosť,
- presvedčenie, že je dostatok času na hľadanie a zvažovanie iných možností predtým, ako bude rozhodnutie nevyhnutné.

K vigilančnému spôsobu rozhodovania je možné dôjsť len ak sú splnené všetky tri podmienky, kým defenzívne vyhýbanie je dôsledkom presvedčenia o tom, že je len slabá nádej nájsť dobré riešenie. Predpokladá sa, že repertoár každého jednotlivca obsahuje všetky tieto spôsoby rozhodovania, čo však nevyklučuje možnosť, že každý človek má sklon preferovať niektorý spôsob viac ako ostatné, čo sa potvrdilo aj v jednej z našich predchádzajúcich štúdií (Kamhalová, Halama, Gurňáková, 2013). Rovnako sa predpokladá, že individuálne rozdiely v preferencii maladaptívnych rozhodovacích postupov súvisia s osobnou toleranciou voči stresu, s osobnostnou črtou anxiety, preferovaným copingovým štýlom, s individuálnou kapacitou na spracovanie informácií, so sklonom k optimizmu/pesimizmu či s individuálnou citlivosťou na časový tlak (Mann et al., 1997). Novšie výskumy potvrdili vzťah preferencie maladaptívnych spôsobov zvládania i rozhodovania s osobnostnou črtou neurotizmu a pozitívny vzťah svedomitosti s adaptívnou vigilanciou (Ficková, 2001, Pilárik, Sarmány-Schuller, 2005, Pilárik, 2006). Jurišová a Beňová (2010) poukázali na rozdielnu distribúciu preferovaných spôsobov rozhodovania v závislosti od osobnostných typov podľa Jungovej klasifikácie (dotazník MBTI), podľa ktorej sa výber maladaptívnych spôsobov rozhodovania spájal s vyššou introverziou. Nepriamy dôkaz vplyvu osobnostných charakteristík na kvalitu rozhodovania záchranárov ponúkajú experimenty s využitím

Iowského herného testu (IGT). Podľa nich bolo možné výhodné rozhodovanie predikovať u zdravotníckych záchranárov - mužov, na základe úrovne emočnej stability, extroverzie a rýchlosti reakcií v Stroopovom teste interferencie, kým u žien – záchranárov, okrem rýchlosti týchto reakcií, tiež na základe dvoch zložiek emocionálnej inteligencie – nízkého uvedomovania si emócií a pozitívnych podmienok v hernom teste (Pilárik, Sarmány-Schuller, 2011). Pilárik a Sarmány-Schuller (tamže) pritom predpokladajú, že kým kognitívny štýl popisuje ako získavame a spracovávame informácie v procese rozhodovania, osobnostné črty ponúkajú priestor na začlenenie ďalších faktorov, ktoré do tohto procesu vstupujú, pričom emócie a emočnú inteligenciu považujú za zložku, ktorá je komplementárna s kognitívnymi procesmi v rozhodovaní.

Keďže spôsob a výsledok rozhodovania je stále častejšie považovaný za výsledok interakcie sensorických, emočných a poznávacích procesov v rámci špecifickej štruktúry osobnosti a jej motivácie, zaradili sme do tejto štúdie nielen charakteristiky reprezentujúce vybrané aspekty kognitívneho štýlu – potrebu vyhľadávania stimulácie a potrebu štruktúry, ale aj kognitívny koncept nádeje, špecifické presvedčenie o správnosti svojho rozhodovania v práci, globálnu sebaúctu a základné osobnostné charakteristiky podľa modelu Big Five – extroverziu, prítivnosť, svedomitosť, emočnú stabilitu (neurotizmus) a otvorenosť skúsenosti. Nemôžeme však opomenúť ani existenciu rodových rozdielov v rozhodovaní.

4 Rodové rozdiely v rozhodovaní

Na základný rozdiel medzi ženami a mužmi v ich ochote riskovať, ako aj v ich ambíciách rozhodovať za skupinu, upozornila napr. štúdia Ertaca a Gurdala (2010), v ktorej sa ukázalo, že ženy majú nižšiu túžbu po vedúcej funkcii v skupine ako muži a je pritom jedno, aká je ich individuálna ochota riskovať. U mužov je to naopak – tí, ktorí chceli rozhodovať za skupinu, boli ochotní podstúpiť väčšie riziko ako tí, ktorí za skupinu rozhodovať nechceli.

Na základe naturalistického prístupu Lizárraga a kol. (2007) sa zistilo, že ženy v porovnaní s mužmi pripisujú v rozhodovaní väčší význam nejasnostiam, časovým a finančným obmedzeniam, emóciám, sociálnemu tlaku a dôsledkom rozhodnutia. Muži zasa skórujú vyššie ako ženy v získavaní informácií, dosahovaní cieľov, motivácii

a zvládání časového tlaku. Žiadne rozdiely sa však nezistili v kognícii ani v ich schopnosti sebaregulácie (in Kamhalová, 2011). Dalo by sa povedať, že ženy pri rozhodovaní dôkladnejšie zvažujú širší kontext situácie, kým muži sa cieľavedomejšie zameriavajú na racionálnu analýzu jadra riešeného problému.

Vo vyššie spomenutej štúdií Pilárika a Sarmányho-Schullera (2011) boli rodové rozdiely v predikcii výhodného rozhodovania v Iowskom hernom teste (IGT) interpretované na základe špecifických očakávaní v rámci profesie zdravotníckeho záchranára, spájanej s maskulínnym rodovým stereotypom. Kým u mužov bolo výhodné rozhodovanie v IGT podmienené využívaním intuície a emočnou stabilitou, u žien sa spájalo so schopnosťou zvládať stres. Autori predpokladajú, že spoločným menovateľom schopnosti úspešného rozhodovania u záchranárov oboch pohlaví je odolávanie negatívne emočnému prežívaniu v záťažových situáciách. Podľa nich ženy v tejto profesii sú pod väčším sociálnym tlakom z hľadiska potreby potláčať ich prirodzený spôsob expresie emócií, ktoré nie sú akceptované pri výkone služby, čo je príčinou toho, že práve nízke uvedomovanie si (a prejavovanie) vlastných emócií v procese rozhodovania sa spájalo s výhodnejším rozhodovaním v IGT.

5 Potreba stimulácie

Ďalšou, viac biologicky podmienenou charakteristikou osobnosti, ktorá ovplyvňuje jej ochotu znášať stres a vystavovať sa potenciálne rizikovým situáciám, je individuálna potreba stimulácie. Zuckerman (1994) ju pôvodne definoval ako tendenciu vyhľadávať nové, komplexné a intenzívne pocity a zážitky aj za cenu rizika, ktoré sa s tým spája, pričom sa prejavuje v rôznych oblastiach správania človeka: v senzorickej, sociálnej, pracovnej a pod.

Teória optimálnej hladiny stimulácie vychádza z predpokladu, že existujú individuálne rozdiely v tendencii nervového systému odpovedať na podnety rôznej intenzity. Inak povedané, pre každý organizmus existuje individuálne preferované stredné pásmo stimulácie (Zuckerman et al., 1964; in Sarmány-Schuller, Zlámalová, 1998). Ľudia s vyššou potrebou vyhľadávania stimulácie (high sensation seekers, HSS) sú menej citliví na menej intenzívne stimuly a tolerantnejší na stimuláciu vysokej intenzity. Rozdiely medzi ľuďmi s rôznou potrebou vyhľadávania stimulácie sa manifestujú už na úrovni zameriavania pozornosti. HSS reagujú na nové podnety výraznejšie, dokážu sa rýchlo

sústrediť, rozdeľovať pozornosť na dve aktivity súčasne, nedokážu sa však koncentrovať dlhodobejšie. Pre ľudí s nižšou potrebou vyhľadávania stimulácie (LSS) je ťažké koncentrovať sa na jednu činnosť v prítomnosti rušivých podnetov, preto sa podobným situáciám vyhýbajú. Individuálne rozdiely v optimálnej hladine stimulácie sa prejavujú aj v preferencii určitých kognitívnych štýlov. HSS dokážu spracovávať komplexnejšie podnety, majú tendenciu k širšej generalizácii a používaniu komplexnejších kognitívnych kategórií v porovnaní s užším okruhom jednoduchých konštruktov, ktoré používajú LSS. Táto skutočnosť môže byť vysvetlením toho, prečo sú jednotlivci s nižšou potrebou stimulácie dogmatickejší a konzervatívnejší ako ľudia s vyššou potrebou stimulácie. HSS zvyčajne riešia problémy originálne a inovatívne, kým LSS zvyknú konať rigidne a bez fantázie. HSS sú schopní akceptovať aj neobvyklé názory a myšlienky, sú otvorenejší voči novej skúsenosti. V mierach kognitívnej komplexity dosahujú vyššie skóre ako LSS, tieto výsledky však nie sú jednoznačné. Vo vzťahoch s ľuďmi hodnotia HSS individuálne rozdiely a konflikty ako zdroj príjemného vzrušenia (arousal), kým LSS sa nezhodám a konfliktom s druhými ľuďmi radšej vyhýbajú (Zuckerman, 1994). Vzhľadom na vyššie spomenuté špecifické osobnostné charakteristiky zdravotníckych záchranárov je možné, že osoby, ktoré sa rozhodli pre toto povolanie majú vyššiu potrebu stimulácie ako napr. zdravotné sestry alebo iná časť bežnej populácie.

V priebehu niekoľkých rokov sa potvrdilo, že vysoká potreba stimulácie je užitočným prediktorom viacerých zdrojov správania ohrozujúceho zdravie jednotlivca, ale aj iných ľudí (vyhľadávania riskantných sexuálnych skúseností, fajčenia, zvýšenej konzumácie alkoholu, drog či bezohľadného šoférovania – bližší prehľad vid'. Hoyle et al., 2002). Zistilo sa tiež, že osoby s vysokou potrebou stimulácie sú, viac ako osoby s nízkou potrebou stimulácie, ochotné zapojiť sa do riskantného spôsobu správania, pričom ho vopred ani spätne tak často nepovažujú za riskantné. Dá sa predpokladať, že individuálna potreba stimulácie nesúvisí len s príležitostným výberom viac alebo menej riskantného správania, ale môže ovplyvniť aj individuálne preferencie pri voľbe povolania.

Individuálna potreba stimulácie pozostáva z viacerých aspektov. Jej najmenej žiaducu súčasť tvorí disinhibícia, teda tendencia zapájať sa do vzrušujúcich rizikových až ilegálnych aktivít, ktorá pravdepodobne v dôsledku svojho negatívneho pôsobenia na kvalitu procesu spracovania informácií, vedie najčastejšie k bezohľadnému správaniu (Dolan, Stoffels, 1990, in Hoyle et al., 2002). Ďalšie dimenzie potreby stimulácie

tvorí vyhľadávanie nových zážitkov, skúseností (napr. cestovanie), vyhľadávanie pocitu vzrušenia a dobrodružstva (napr. v podobe adrenalínových športov) a sklon k pocitu nudy (nespokojnosť so stereotypom v známom prostredí, ale aj vo vzťahoch).

6 Istota-neistota a potreba kognitívnej štruktúry

Problémy, s ktorými sa stretávajú zdravotnícki pracovníci a najmä tá ich časť, ktorá je s pacientmi v prvom kontakte (zdravotnícki operátori a záchranári), sa vyznačujú vysokou mierou neusporiadaných, niekedy nespoľahlivých a často aj chýbajúcich informácií pre ich optimálne riešenie. Osoby, ktoré nie sú schopné adekvátne štruktúrovať a kategorizovať získané informácie pritom prežívajú zvýšenú mieru neistoty (Budner 1962, in Sarmány-Schuller, 1999). Neistota pociťovaná pri riešení pracovných úloh tak môže na jednej strane vyplývať z aktuálnej situácie, na druhej strane je sklon k jej prežívaniu aj súčasťou stabilných vlastností osobnosti (Kováč, 1969). Práve individuálna tendencia prežívať subjektívnu istotu alebo neistotu má významný podiel na hodnotení situácie ako náročnej, záťažovej.

Keďže neistota je tesne spojená so schopnosťou spracovávať informácie o svete, ukázalo sa prospešným spájať tento fenomén s potrebou a schopnosťou vytvárania kognitívnej štruktúry, ktorá je aktivovaná v naliehavých situáciách, napr. pod časovým tlakom pri rozhodovaní. Kruglanski a Freund (1983, in Neuberger, Newsom, 1993) ju definovali ako preferenciu kognitívneho štruktúrovania (t.j. vytvárania a používania abstraktných mentálnych reprezentácií, napr. schém, vzorov, scenárov a stereotypov, ktoré sú zjednodušenými zovšeobecneniami predchádzajúcich skúseností) za účelom dosahovania určitosti. Konštrukt osobnej potreby kognitívnej štruktúry (Bar-Tal et al., 1997, in Sarmány-Schuller, 2001) vychádza z predpokladu, že schopnosť redukovať neurčitost' situácie sa významne viaže aj na vyššiu schopnosť zvládať a riešiť nové situácie. Pranie jednoduchej štruktúry (reakcia na jej chýbanie) môže do značnej miery ovplyvniť spôsob, akým ľudia rozumejú, prežívajú a interagujú so svetom (tamže). Nižšia potreba štruktúry a slabšia reakcia na chýbanie štruktúry súvisí s vyššou úrovňou kognitívnej, reflektívnej a afektívnej dimenzie múdrosti (Ruiselová, Prokopčáková, 2012). Vysoká schopnosť štruktúrovania sveta sa zasa premieta do významne nižšieho stupňa neistoty, resp. pomáha jedincovi dosiahnuť efektívnejšie istotu a tým sa spája aj s efektívnejším copingom

a nižšou úrovňou percipovaného stresu (Sarmány-Schuller, 1999, Ruiselová, Prokopčáková, 2007).

Neuberg a Newsom (1993) popisujú dve stratégie používané na zmiernenie informačnej záťaže v komplexných, nejasne štruktúrovaných situáciách - stratégiu vyhýbania, ktorá obmedzuje množstvo prijatých informácií a stratégiu redukcie informácií prostredníctvom snahy štruktúrovať svet do jednoduchšej, riaditeľnejšej podoby používaním zjednodušenejších generalizácií na základe minulých skúseností. Konštrukt potreby štruktúry podľa Thompsona a kol. (1989) obsahuje dve dimenzie – rozsah, v akom osoby preferujú vo svojom živote štruktúru – želanie štruktúry a spôsob, akým ľudia reagujú, ak sú konfrontovaní s neštruktúrovanými, nepredvídateľnými situáciami – reakcia na chýbanie štruktúry.

7 Nádej

Jednu z troch kľúčových podmienok pre voľbu konkrétneho spôsobu rozhodovania, predstavuje podľa Manna a kol. (1997) *nádej*. Inými autormi je považovaná aj za významnú dispozičnú črtu osobnosti. Podľa týchto koncepcií je nádej prediktorom úspechu vo viacerých oblastiach života, najmä z hľadiska zvládania záťaže a stresu (Halama, 2001). Podľa Snyderovej kognitívnej koncepcie nádeje (Snyder et al., 1996, Halama, 2001) v sebe zahŕňa dve samostatné časti: *snahu* (agency) – ako zdroj mentálnej energie v cielenom úsilí začať a vytrvať pri dosahovaní zvoleného cieľa a *cestu* (pathway) - ako schopnosť generovať jeden alebo viac fungujúcich spôsobov pre dosiahnutie cieľa. Prežívané emócie odrážajú vnímaný stupeň nádeje – tj. osoby s vysokou úrovňou oboch jej zložiek prežívajú pri dosahovaní cieľa (vrátane zvládania náročných situácií) pozitívnejšie emócie ako osoby s nízkou úrovňou ktorejkoľvek z nich.

8 Sebahodnotenie a sebaúcta

V interakcii kognitívnych a osobnostných charakteristík individua hrá popri ďalších faktoroch významnú úlohu jeho sebahodnotenie

(sebaúcta)². Globálny sebaobraz, teda aj sebahodnotenie ako jeho súčasť, aktívne ovplyvňuje rozhodovacie procesy a tým aj proces riešenia problému (Ruisel et al., 1994). Na druhej strane k sebahodnoteniu prispieva to, či sa človek považuje za schopného zvládať náročné životné situácie, ako aj konkrétny spôsob, ktorým tieto situácie zvláda (Blatný, Osecká, 1998). Keďže sebahodnotenie pôsobí na poznávacie aj citové procesy, ovplyvňuje tiež motiváciu jednotlivca na vedomej i podvedomej úrovni. Podľa Weinaera (1974, in Bokorová, 1988) je dokázaný vysoký podiel vplyvu sebaobrazu a predovšetkým sebahodnotenia na mieru aktívne vynakladaného úsilia pri vykonávaní činností, ako aj na tvorivý charakter činnosti osobnosti. Uvádza sa, že osoby s vysokým sebahodnotením majú flexibilnejší repertoár copingového správania, sú dominantné, emočne stabilné a v záťažových situáciách nemajú sklon obviňovať sa a izolovať od svojho okolia. Ich správanie je aktívnejšie (hľadanie sociálnej opory, rady, informácií) a častejšie zamerané na problém (riešenie problému a kognitívna reštruktúracia - Paulhus, Martin, 1998, Seiffge-Krenke, 1990, in Smith et al., 1996; Ficková, 1998). Ľudia s nízkym sebahodnotením sa menej poznajú nielen vo svojich pozitívnych, ale aj vo svojich negatívnych črtách, než ľudia s vysokým sebahodnotením. Častejšie tiež vnímajú svoje správanie ako závislé na situácii a v reakcii na záťažové situácie častejšie volia stratégie vyhýbania sa problému, sebaobviňovanie, potlačenie alebo rezignáciu (Baumgardner, 1990; Paulhus, Martin, 1988, Tyszkowa, 1990, in Smith et al., 1996; Blatný, Osecká, 1998).

V našich štúdiách je sebahodnotenie explicitne zastúpené screeningovým hodnotením globálneho emocionálne sýteného vzťahu k sebe, ktorý nazývame globálnou sebaúctou, implicitne sú však časti špecifického sebahodnotenia obsiahnuté vo všetkých výpovediach respondentov o ich schopnostiach a správaní, napr. aj v ich presvedčení o tom, nakoľko sú si istí, že sa vo svojej práci rozhodujú správne.

² Kým pojem sebahodnotenia implikuje skôr kombináciu kognitívnej a emocionálnej stránky sebareflexie, pojem sebaúcty, vyjadruje predovšetkým emocionálny aspekt vzťahu k vlastnému ja, preto jeho používanie preferujeme pokiaľ hovoríme globálnom vzťahu k sebe.

9 Osobnosť a rozhodovanie

Dôkladnejšiemu prehľadu súvislostí rozhodovania a rôznych modelov osobnosti bola venovaná samostatná kapitola v monografii Úvod do naturalistického rozhodovania (Kamhalová, 2011, in Gurňáková et al., 2011). Na tomto mieste preto stručne popíšeme len význam piatich veľkých faktorov osobnosti (Big Five) v rozhodovaní, ktorý bol aplikovaný v našich štúdiách.

Päťfaktorový model osobnosti (McCrae, Costa, 1999; Ruisel, Halama, 2007) rozlišuje nasledujúce dimenzie:

- Neurotizmus, obsahujúci množstvo prevažne nežiaducich čŕt, napr. úzkostlivosť, hnevivosť-hostilitu, depresivnosť, rozpačitosť, impulzivnosť a zraniteľnosť, ktoré vedú k častejšiemu prežívaniu stresu u vysoko neurotických osôb ako u emočne stabilných ľudí reprezentujúcich opačný pól tejto dimenzie;

- Extroverziu, zahŕňajúcu srdečnosť, družnosť, asertivitu, aktívnosť, vyhládávanie vzrušenia, sklon prežívať pozitívne emócie, vodcovstvo a cieľavedomosť.

- Otvorenosť voči skúsenosti, reprezentujúcu zvedavosť, otvorenosť voči novým nápadom, myšlienkam, fantázii, estetickému a citovému prežívaniu, multidimenzionálnemu myslieniu.

- Prívetivosť, ako tendenciu byť nápomocný, skromný, odpúšťajúci, zhovievavý, srdečný, dôverujúci, úprimný, jemný, altruistický a pod.;

- Svedomitosť, chápanú predovšetkým ako zodpovednosť, disciplinovanosť, ambicióznosť, starostlivosť, poriadkumilovnosť, zmysel pre povinnosť, cieľavedomosť a rozvážnosť.

Z hľadiska reagovania na záťažové situácie je dôležité vedieť, že je to práve osobnostná črta extroverzie, ktorá sa spája s pozitívnou emocionalitou a na druhej strane sklon k neurotizmu (emočnej labilité), ktorý podporuje častejšie prežívanie negatívnej afektivity (Costa, McCrae, 1980, in Blatný, Osecká, 1994). Vzťahu medzi osobnostnými charakteristikami a výberom konkrétnych stratégií rozhodovania bolo nielen v medzinárodných, ale aj v našich domácich podmienkach venovaných viacero štúdií. Podľa Pilárika (2009) neurotizmus zhoršuje celkovú adaptáciu na proces rozhodovania a veľmi úzko súvisí s voľbou maladaptívnych stratégií rozhodovania - s hypervigilanciou, prokrastináciou a presúvaním zodpovednosti, ale aj s nerozhodnosťou (Germejs, Verschueren, 2011, in Kamhalová, 2011). Podľa Pilárika

a Sarmány-Schullera (2011) jednotlivci s vysokou úrovňou extroverzie dokážu rýchlejšie reagovať a rozhodujú sa efektívnejšie. Pre ich väčšiu orientáciu na vzťahy s ľuďmi môžu mať problémy pri integrácii rozporuplných informácií od viacerých osôb (Flynn, Smith, 2007), ľahšie sa začnú nudiť a môžu tak sami zámerne odkladať rozhodnutie na poslednú chvíľu, aby zažili pocit napätia, ktorý považujú za príjemný (Steel, 2007). Treba však brať do úvahy aj to, že extroverti sa posudzujú vždy priaznivejšie, pričom častejšie využívajú krajné hodnoty ponúkaných škál, kým introverti sa posudzujú zdržanlivejšie (Blatný, Osecká, Hrdlička, 1992), v dôsledku čoho rozdiely v sledovaných hodnotách nemusia zodpovedať objektívne existujúcim rozdielom porovnávaných charakteristík.

Otvorenosť ku skúsenosti a svedomitosť sa spája s preferenciou uskutočňovania dôležitých a závažných rozhodnutí (Flynn, Smith, 2007). Osoby vysoko skórujúce v otvorenosti sú zvedavé, vnímavé voči vnútorným pocitom, zvyknú sa správať nekonvenčne, radi skúšajú nové veci a uprednostňujú zmenu pred stagnáciou (McCrae, John, 1992). Táto črta môže viesť k väčšiemu zameraniu sa na možné zisky aj za cenu vyššieho rizika pri rozhodovaní (Lauriola, Levin, 2001). Svedomitejšie osoby uvažujú nad viacerými alternatívami, pričom sa aktívne vyhýbajú rizikovým možnostiam a angažujú sa v tých, ktoré sú pre ne priaznivejšie a užitočné. Podľa Pilárika (2009) má svedomitosť pozitívny vzťah s vigilanciou a naopak negatívny s presúvaním zodpovednosti a prokrastináciou pri rozhodovaní. Prívetivosť sa týka najmä interpersonálneho správania, preto sa jej vysoké hodnoty spájajú s kooperatívnosťou, toleranciou a menšou potrebou konfrontácie s inými ľuďmi v procese rozhodovania (Flynn, Smith, 2007). Nepriateľskejší jednotlivci (s nižším skóre prívetivosti) sú podľa Steela (2007) náchyľnejší vnímať externé požiadavky a úlohy negatívne, preto sa im radšej vyhýbajú a rozhodnutia odkladajú na neskôr.

10 Význam emócií a schopnosti sebaregulácie v rozhodovaní

Podľa Blatného a Oseckej (1994), jedným najlepších prediktorov životnej spokojnosti nie sú objektívne fakty, ale pozitívna a negatívna emocionalita. Je vysoko pravdepodobné, že aj spokojnosť v práci, ako súčasť celkovej životnej spokojnosti, je popri objektívnych charakteristikách zamestnania (podmienky prostredia, typ úloh, spôsob odmeňovania) do veľkej miery ovplyvňovaná individuálnou tendenciou

k prežívaniu pozitívnej či naopak negatívnej afektivity. Keďže neodmysliteľnou súčasťou práce v náročných, dynamicky sa meniacich podmienkach poskytovania zdravotnej starostlivosti je neistota, rizikové prostredie, časový tlak a vážne dôsledky rozhodnutí (Gurňáková, 2011), vplyv emocionálneho prežívania na rozhodovanie zdravotníckych profesionálov je ešte výraznejší.

Viacero výskumov sa zameralo na to, ako (predovšetkým negatívne) emócie ovplyvňujú profesionálny výkon v rôznych povolaniach. Ich podrobnejší prehľad uvádza Halama (2011) v monografii Úvod do naturalistického rozhodovania (Gurňáková et al., 2011). Podľa neho napr. Motowidlo, Packard a Manning (1986) vo svojom výskume zdravotníckych pracovníkov – ošetrovateľov a zdravotných sestier - potvrdili, že subjektívne percipovaný stres v zamestnaní a z neho vyplývajúce negatívne emócie (depresia, úzkosť) spôsobujú deficit v interpersonálnych aj kognitívno-motivačných aspektoch pracovného výkonu.

Estrada, Isen a Young (1997, tamže) pri skúmaní vplyvu pozitívnych emócií na proces diagnostiky u lekárov internistov naopak zistili, že internisti analyzujúci protokoly pacientov s pozitívnou náladou dospeli k diagnóze rýchlejšie bez toho, aby sa narušila jej správnosť. Autori to pripisujú schopnosti pozitívnych emócií organizovať a integrovať informácie. Lekári pod vplyvom pozitívnych emócií boli tiež viac otvorení novým ideám a uskutočňovali menej kognitívnych operácií smerujúcich k overovaniu, potvrdzovaniu a kontrole hypotéz. Nepotvrdilo sa však, že by pod vplyvom pozitívnych emócií dochádzalo k unáhleným záverom. Vo všeobecnosti sa preto predpokladá, že pozitívne emócie pomáhajú k adekvátnemu rozhodnutiu tým, že rozširujú rámec pozornosti a zvyšujú kapacitu a repertoár možných akcií (napr. Frederickson, Braningan, 2005).

Na obojsmernosť vzťahu medzi výkonom a emóciami poukázali Fisher a Noble (2004). Znamená to, že nielen emócie ovplyvňujú pracovný výkon, ale aj naopak - percepcia výkonu môže zvyšovať úroveň prežívania s ním korešpondujúcich emócií. Dôležitým výsledkom ich štúdie bolo podľa Halamu (2010) tiež to, že emócie a výkon interagujú spolu s motiváciou, vynakladanou snahou jednotlivca, jeho schopnosťami a vlastnosťami úlohy.

Podľa Mosierovej a Fischera (2010) je vhodné uvažovať o dvoch základných kategóriách emócií, ktoré vstupujú do procesu rozhodovania. Emócie relevantné úlohe (tzv. task relevant affect) prežíva človek vo

vzťahu k danej situácii. Tie môžu poskytnúť dôležité kľúče k vhodnému riešeniu problému a optimálnemu rozhodnutiu, pričom Mosierová a Fischer (tamže) uvádzajú, že ide o tzv. integrálnu emóciu, ktorá pomáha aj pri štrukturácii vnímania danej situácie. Emócie irelevantné úlohe (task irrelevant affect) proces rozhodovania len sprevádzajú a s úlohou priamo nesúvisia. Súvisia však s dôležitými vedľajšími okolnosťami (napr. sebahodnotením daného človeka, predchádzajúcimi udalosťami evokujúcimi pretrvávajúcu emóciu, vedľajšími asociáciami situácie a pod.). Takéto emócie môžu znižovať kontrolu situácie a skresľovať percepciu jej jednotlivých aspektov, ako ilustruje naša prípadová štúdia, venovaná analýze výkonu posádok zdravotnej záchranej služby Rejviz 2010 (Halama, Gurnáková, 2012).

Seo a Baret (in Pilárik et al., 2010) upozorňujú, že vplyv emócie nie je pozitívny alebo negatívny sám o sebe, ale je závislý od toho, nakoľko efektívne človek prežíva, spracúva a využíva informácie, ktoré jeho emócie nesú, teda od jeho emocionálnej inteligencie. Emočne inteligentný človek ostáva emóciám otvorený, vie ich pomenovať a rozumie ich príčinám, pričom si uvedomuje ich vplyv na kognitívne funkcie a vie ich využiť. Podľa Pilárika a kol. (2010) inteligentná práca s emóciami a súčasne uvedomovanie si tejto schopnosti je dôležitým činiteľom, ktorý facilituje proces rozhodovania. Kým v začiatkovej etape rozhodovania zohráva výraznú úlohu schopnosť emócie vnímať, v neskorších fázach konceptualizácie problému je to schopnosť emóciám porozumieť.

Clore, Gasper a Garvin (2001) upozornili na význam schopnosti identifikovať zdroj vlastných emócií, ktorá je podľa Mosierovej a Fishera (2010) významnou zložkou expertnosti. Ak človek zistí, že jeho emócie pochádzajú z náhodného zdroja a nie sú relevantné úlohe či problému, ich informačný vplyv sa zníži. Na druhej strane, neschopnosť regulácie irelevantných emócií môže viesť k intruzívnym myšlienkam a obmedzeniu kognitívnej kapacity, čo spôsobuje kognitívne omyly.

Jurišová a Sarmány-Schuller (2013) potvrdili významné súvislosti medzi emočnou a regulačnou invariabilitou, zníženou psychickou vzrušivosťou ako komponentmi psychickej integrovanosti a voľbou maladaptívnych spôsobov rozhodovania aj v súbore zdravotníckych záchranárov.

Účasť emócií v procese rozhodovania nie len nováčikov, ale aj expertov - profesionálov, je teda zrejma. Rozdiely je možné očakávať v tom, nakoľko svoje emočné prežívanie reflektujú, akým spôsobom

zužitkujú emócie relevantné úlohe a ako sa vyrovnávajú s (prevažne negatívnymi) emóciami, ktoré sa jej bezprostredného riešenia priamo netýkajú.

Model sebaregulácie emócií v rozhodovaní pod stresom (Baumann et al., 2001) vysvetľuje, ako môže sebaregulácia anxiety v procese rozhodovania sa a riešenia úlohy pod akútnym stresom prispieť k adekvátnemu rozhodnutiu a výkonu. Na jednej strane ide o posilňovanie pozitívnych sebareakcií eliminujúcich posilňovací cyklus medzi negatívnymi myšlienkami a anxietou, na druhej strane sa jedná o elimináciu neistoty prostredníctvom zbierania skúseností a zvyšovaním očakávania úspechu. Tento proces detailnejšie popisuje Halama (2011).

V stručnosti sa Baumannov model sebaregulácie emócií opiera o predpoklad interakcie troch základných faktorov: sebahodnotenia výkonu, z ktorého vychádza sebaregulácia, existencie predchádzajúcej skúsenosti s podobnou úlohou a prežívania úzkosti.

Sebahodnotenie výkonu prebieha vo všetkých fázach riešenia úlohy či už vo forme očakávania budúceho výkonu, monitorovania aktuálne prebiehajúceho výkonu ako aj hodnotenia už skončeného procesu riešenia úlohy. Predchádzajúca skúsenosť s výsledkom riešených úloh má vplyv aj na nasledujúce očakávania úspechu/neúspechu, ktoré sa počas celého procesu rozhodovania môžu meniť. Tieto očakávania majú dva hlavné dôsledky. Prvým je ich dopad na motiváciu a druhým je ich vplyv na úroveň anxiety. Motivácia, ale aj anxiety, je najvyššia vtedy, ak sa percipované zdroje pre riešenie úlohy približne rovnajú jej nárokom. Ak sú zdroje výrazne vyššie alebo nižšie ako nároky úlohy, motivácia (v prípade očakávania úspechu) a anxiety (v prípade očakávania neúspechu) klesá. Strach zo zlyhania je však len jedným z dvoch osobitných zdrojov úzkosti v stresovej situácii. Druhým je neistota týkajúca sa výkonu v úlohe súvisiaca s existenciou predchádzajúcej skúsenosti s riešením podobného typu úloh. Autori modelu rozoznávajú dva typy neistoty:

- všeobecnú neistotu ohľadne prostredia, t.j. rôznych aspektov situácie, nárokov z nej vyplývajúcich, závažnosti problému, externých vplyvov na výsledok a pod.
- neistotu ohľadne toho, či sú osobné zdroje na riešenie úlohy dostačujúce a dostupné.

Zážitok úlohy pomáha redukovať obidva druhy neistoty tým, že poskytuje skúsenosť s použitím osobných zdrojov pre riešenie podobných typov úloh, čo následne vedie k redukcii anxiety. Z pozície sebaregulácie emócií je dôležitý tiež efekt tzv. motivovaného sebahodnotenia, ktoré predstavuje úmyselné hodnotenie situácie a svojich zdrojov takým spôsobom, aby sa zvyšovala percepcia možnej úspešnosti v úlohe. Jednotlivci prežívajúci anxiu produkujú myšlienky na zlyhanie, ustarostené myšlienky a pod., čo autori modelu nazývajú negatívne sebareakcie. Motivované sebahodnotenie vedie naopak k myšlienkam úspechu, nádeje a kompetencie - pozitívnym sebareakciám. Produkcia pozitívnych sebareakcií vedie k ústupu negatívnych sebareakcií, čo môže eliminovať vzájomné posilňovanie medzi anxiou a negatívnymi sebareakciami a podporovať následné zvýšenie výkonu.

Vplyv anxiety na výkon prebieha podľa Baumanna a kol. (2001) dvomi spôsobmi. Prvým je jej dopad na zužovanie pozornosti, pretože človek prežívajúci anxiu má tendenciu zamerať svoju pozornosť len na odstránenie hrozby (Wine, 1971, in Halama, 2011). Druhým spôsobom pôsobenia anxiety na výkon je jej dopad na negatívne sebareakcie, pretože nie len negatívne presvedčenia a myšlienky produkujú úzkosť (napr. Zwemer, Deffenbacher, 1984; tamže), ale aj prežívanie úzkosti zasa spätne posilňuje negatívne sebareakcie. Utrápené a negatívne myšlienky totiž na seba strhávajú pozornosť čím obmedzujú schopnosť jednotlivca venovať pozornosť všetkým dôležitým informáciám. To následne vedie k menej informovanému rozhodnutiu, typickému pre maladaptívne spôsoby rozhodovania, ktoré vedú k mylným či neadekvátnym záverom.

Ako tento teoretický prehľad naznačuje, v skúmaní komplexného problému schopnosti efektívneho rozhodovania v situáciách emočnej záťaže, je potrebné zohľadniť množstvo rôznych faktorov. Nároky a podmienky užšieho pracovného prostredia zasadené v širšom spoločenskom, ekonomickom a právnom kontexte predstavujú vonkajšie kritériá, zdroje i obmedzenia pre realizáciu toho, čo je považované za správne či žiaduce a naopak, normy toho, čomu sa treba vyvarovať. Na druhej strane - vnútorné - osobnostné zdroje jednotlivca, určujú spôsob a výsledok toho, ako sa s týmito požiadavkami vyrovnáva. Ich kapacita však nezávisí len od individuálnych dispozícií osobnosti, na ktoré sa v prevažnej miere sústreďuje táto monografia, ale aj od kvality odborného vzdelávania, tréningu, sociálnej i inštrumentálnej podpory, supervízie, motivovania a možností pre priebežnú psychickú i fyzickú regeneráciu pracovníkov (bližšie napr. Bratová, Ilievová, 2010). Pre

podporovanie kvalitného výkonu (nie len) zdravotníckeho povolania by preto nestačilo stanoviť prísnejšie kritériá na výber či hodnotenie zamestnancov, ale v rovnakej, ak nie väčšej miere by bolo žiaduce redukovať nadbytočné zdroje chronického stresu v ich práci a rozvíjať tie charakteristiky systému, ktoré možnosť efektívneho konania podporujú, aby tak často nedochádzalo k nezvratnému „opotrebovaniu“ akokoľvek kvalitných zdravotníckych pracovníkov.

Pre porozumenie širšieho kontextu, v ktorom sa rozhodovanie našich respondentov odohráva, je preto nasledujúca výskumná štúdia venovaná identifikácii tých okolností v práci sledovaných zdravotníckych profesionálov, ktoré charakter a váhu ich pracovnej záťaže priamo ovplyvňujú.

Literatúra

- BAČOVÁ, V. (Ed.), 2010, *Rozhodovanie a usudzovanie: Pohľady psychológie a ekonómie I*. Bratislava: ÚEP SAV (dostupné elektronicky: http://www.psychologia.sav.sk/upload/VB_RaU_2010.pdf)
- BAČOVÁ, V. (Ed.), 2011, *Rozhodovanie a usudzovanie II.: Oblasti a koncepcie*. Bratislava: ÚEP SAV (dostupné elektronicky: http://www.psychologia.sav.sk/upload/Bacova_pdf.pdf)
- BAČOVÁ, V. (Ed.), 2012, *Rozhodovanie a usudzovanie III: Aspekty, javy, aplikácie*. Bratislava: ÚEP SAV (dostupné elektronicky: http://www.psychologia.sav.sk/upload/Rozhodovanie_a_usudzovanie_3.pdf)
- BAUMANN, M.R., SNIEZEK, J.A., BUERKLE, C.A., 2001, Self-evaluation, stress and performance: A model of decision making under acute stress. In: E. Salas, G. Klein, (Eds.) *Linking expertise and naturalistic decision making*. New York, London: Psychology Press, 139-158.
- BLATNÝ, M., OSECKÁ, L., 1994, Rosenbergova škála sebehodnocení: Struktura globálneho vzťahu k sobe. *Československá psychologie*, 38, 6.
- BLATNÝ, M., OSECKÁ, L., 1998, Zdroje sebehodnocení a životní spokojenosti: osobnost a strategie zvládání. *Československá psychologie*, 42, 5, 385-394.
- BLATNÝ, M., OSECKÁ, L., HRDLIČKA, M., 1992, Temperament jako determinanta obsahu a struktury významu Já. *Československá psychologie*, 34, 6, 493-505.
- BOKOROVÁ, V., 1988, Význam ego-struktur v psychické a sociální regulaci. *Československá psychologie*, 32, 2, 132-141.
- BRATOVÁ, A., ILIEVOVÁ, L., 2010, Urgentá zdravotná starostlivosť – psychická príprava na profesiu. In: J. Bančejová, D. Lančaričivá, S. Semeneiová (Eds.) *Zborník príspevkov z III. celoslovenskej konferencie sestier pracujúcich v anesteziológii a intenzívnej starostlivosti s medzinárodnou účasťou*. Bratislava: Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, 120-130.
- BRATSKÁ, M., 1992, *Vieme riešiť záťažové situácie?* Bratislava: SPN.
- CLORE, G. L., GASPER, K., GARVIN, E., 2001, Affect as information. In: J.P. Forgas (Ed.), *Handbook of affect and social cognition*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 121–144.

- EPSTEIN, S., 1991, The self-concept, the traumatic neurosis, and the structure of personality. In: D. OZER, J.M.Jr. HEALY, A.J. STEWART, (Eds.), *Perspectives in Personality*. London: Jessica Kingley Publishers Ltd., 3, Part A, 63-98.
- ERTAC, S., GURDAL, M.Y., 2010, Decising to decide: Gender, Leadership and Risk-Taking in Groups. Working paper 1028, Tusiad-Koc University Economic Research Forum, stiahnuté z http://www.ku.edu.tr/ku/images/EAF/erf_wp_1028.pdf, 30.5.2011
- FICKOVÁ, E., 1998, Interaction of self-concept and coping strategies in adolescents. *Studia psychologica*, 40, 4, 297-302.
- FICKOVÁ, E., 2001, Personality determinants of coping behavior in adolescents. *Studia Psychologica*, 43, 4, 321-329.
- FISHER, C.D., NOBLE, C.S., 2004, A within person examination of correlates of performance and emotion while working. *Human Performance*, 17, 145-168.
- FLYNN, K.E., SMITH, M.A., 2007, Personality and Health Care Decision-Making Style. *The Journals of Gerontology, series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62, 261-267.
- FRANKL, V.E., 1988, *The Will to Meaning. Foundations and Applications of Logotherapy*, New York: New American Library.
- FREDRICKSON, B.L., BRANIGAN, C., 2005, Positive emotions broaden the scope of attention and thought-action repertoires. *Cognition & Emotion*, 19, 313-332.
- FREUDENBERGER, H.J., 1974, Staff Burn-out. *Journal of Social Issues*, 30, 1, 159-165.
- GURŇÁKOVÁ, J., 2011, Rozhodovanie v praxi. Prehľad výskumov naturalistického rozhodovania v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti. In: J. Gurňáková a kol., *Úvod do naturalistického rozhodovania*. Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV, 161-190.
- GURŇÁKOVÁ, J., ADAMOVOVÁ, L., ČIČMANOVÁ, L., HALAMA, P., KAMHALOVÁ, I., 2011, *Úvod do naturalistického rozhodovania*. Bratislava: ÚEP SAV.
- GURŇÁKOVÁ, J., BEŇUŠKOVÁ, A., 2009, Vybrané zdroje, prejavy a stratégie zvládania stresu operátorov OS ZZS SR. Poster prezentovaný na konferencii *Psychosociálne aspekty pri zásahu záchranných zložiek*, 14. 10. 2009, Hradec Králové.

- GURŇÁKOVÁ, J., LUKÁČOVÁ, K., 2010, Stratégie zvládania záťaž u zdravotníckych profesionálov. *Zborník z Kongresu urgentnej medicíny, Senec*.
- HALAMA, P., 2001, Slovenská verzia Snyderovej škály nádeje: preklad a adaptácia. *Československá psychologie*, 45, 2, 135-142.
- HALAMA, P., 2011, Emócie a emočná sebaregulácia v kontexte naturalistického rozhodovania. In: J. Gurňáková a kol., *Úvod do naturalistického rozhodovania*. Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV, 91- 107.
- HALAMA, P., 2013, Päť veľkých faktorov osobnosti ako prediktory vnímanej efektivity rozhodovania zdravotníckych profesionálov. In: J. Gurňáková a kol., *Rozhodovanie profesionálov: Sebaregulácia, stres a osobnosť*. Bratislava: ÚEP SAV, v tlači.
- HALAMA, P., GURŇÁKOVÁ, J., 2012, Emócie a emočná regulácia v procese rozhodovania u zdravotníckych záchranárov. In: P. Halama, R. Hanák, R. Masaryk (Eds.) *Sociálne procesy a osobnosť 2012. Zborník príspevkov z 15. ročníka medzinárodnej konferencie*. Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV, 215-218.
- HANÁK, R., BALLOVÁ MIKUŠKOVÁ, E., ČAVOJOVÁ, V. (Eds.), 2013, *Rozhodovanie a usudzovanie IV: Aplikácie a limity intuície*. Bratislava: ÚEP SAV.
- HANZLÍKOVÁ, M., PILÁRIK, L., 2010, Štýly rozhodovania a burn-out v pomáhajúcich profesiách. In: I. Sarmány-Schuller, L. Pilárik, E. Jurišová (Eds.) *Rozhodovanie v kontexte kognície, osobnosti a emócií II*. Nitra: FSVaZ UKF, 42-49.
- HOYLE, R.H., STEPHENSON, M.T., PALMGREEN, P., PUGZLES LORCH, E., DONOHEW, R.L., 2002, Reliability and validity of a brief measure of sensation seeking. *Personality and Individual Differences*, 32, 401-414.
- JUEN, B. a kol., 2008, Psychická prvá pomoc, krízová intervencia a SvE (manažment stresu po zaťažujúcich zásahoch). *Kniha textov – modul I*. Na základe materiálov Rakúskeho červeného kríža vydal Transfer Slovensko.
- JURIŠOVÁ, E., 2009, Dynamika prežívania situačných kontextov vo vzťahu k rozhodovaniu u zdravotníckych záchranárov. In: I. Sarmány-Schuller, L. Pilárik, E. Jurišová (Eds.) *Rozhodovanie v kontexte kognície, osobnosti a emócií*. Nitra: FSVaZ UKF, 57-64.

JURIŠOVÁ, E., BEŇOVÁ, M., 2010, Jungove osobnostné typy a ich vzťah k štýlom rozhodovania. In: I. Sarmány-Schuller, E. Pilárik, E. Jurišová (Eds.), *Rozhodovanie v kontexte kognície, osobnosti a emócií II*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, 22-29.

JURIŠOVÁ, E., SARMÁNY-SCHULLER, I., 2013, Structure of basal psychical self-regulation and personality integration in relation to coping strategies in decision-making in paramedics. *Studia Psychologica*, 55, 1, 3-18.

KAMHALOVÁ, I., 2011, Osobnostné a individuálne rozdiely v súvislosti s rozhodovaním všeobecne a s naturalistickým rozhodovaním všeobecne. In: J. Gurňáková a kol., *Úvod do naturalistického rozhodovania*. Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV, 68-90.

KAMHALOVÁ, I., HALAMA, P., GURŇÁKOVÁ, J., 2013, Affect regulation and decision making in health-care professionals: Typology approach. *Studia Psychologica*, 55, 1, 19-32.

KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I., 1998, Burn out syndrom: Teoretická východiska, diagnostické a intervenčné možnosti. *Československá psychologie*, 42, 5, 429-448.

KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I., 2003, *Syndrom vyhoření*. Praha: Státní zdravotní ústav.

KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I., 2010, Syndrom vyhoření, vybrané psychologické proměnné a rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění. *Československá psychologie*, 54, 1, 1-16.

KOVÁČ, D., 1969, Subjektívna neistota-istota v senzoričkom, percepčnom a kognitívnom rozlišovaní. In: *Percepcia v intermodálnom a intramodálnom kontexte*. Závěrečná správa úlohy X - 18 - 1/1, Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV.

KŘIVOHLAVÝ, J., 1988, Psychologie adaptace a zvládání těžkostí. *Československá psychologie*, 32, 5, 433-442.

KŘIVOHLAVÝ, J., 1989, Obranné mechanismy a strategie zvládání těžkostí. *Československá psychologie*, 33, 4, 361-368.

LARSEN, R. J., PRIZMIC, Z., 2004, Affect regulation. In: R.F. Baumeister, K.D. Vohs (Eds.), *Handbook of self-regulation. Research, theory and applications*. London: The Guilford Press, 40-61.

- LAURIOLA, M., LEVIN, I. P., 2001, Personality traits and risky decision-making in a controlled experimental task: An exploratory study. *Personality and Individual Differences*, 31, 215–226.
- LAZARUS, R. S., 1966, *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- LIZÁRRAGA, M.L., BAQUEDANO, M.T., ELAWAR, M.C., 2007, Factors that affect decision making: gender and age differences. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 7, 381-391.
- MANN, L., BURNETT P., RADFORD, M., 1997, The Melbourne decision making questionnaire: An instrument for measuring patterns for coping with decisional conflict. *Journal of decision making*, 10, 1-19.
- MASLACH, CH., JACKSON, S.E., LEITNER, M., 1996, *Maslach Burnout Inventory Manual* (3rd Ed.). Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- MCCRAE, R.R., COSTA, P.T., Jr., 1999, A five-factor theory of personality. In: L.A. Pervin, O. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2nd Ed.). New York: Guilford Press.
- MCCRAE, R.R., JOHN, O.P., 1992, An introduction to the five factor model and its applications. *Journal of Personality*, 60, 175-215.
- MIKŠÍK, O., 1969, *Člověk a svízelné situace*. Praha: Naše vojsko.
- MITCHELL, J.T., EVERLEY, G.S., 2003, *Critical Incident Stress Management: Basic Group Crisis Intervention* (3rd Ed.). Maryland, USA: International Critical Incident Stress Foundation Inc.
- MOSIER, K.L., FISCHER, U., 2010, The Role of Affect in Naturalistic Decision Making. *Journal of Cognitive Engineering and Decision Making*, 4, 240-255.
- NEUBERG, S.L., NEWSOM, J.T., 1993, Personal Need for Structure: Individual differences in the desire for simple structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 113-131.
- PAVLÁT, J., 2002, Přetížený lékař I. *Časopis Lékařů Českých*, 141, 11, 343-345.
- PILÁRIK, E., 2006, Osobnostné faktory maladaptívnych štýlov rozhodovania. In: E. Pilárik, M. Pohánka, M. Popelková (Eds.), *Zborník príspevkov z Medzinárodnej konferencie doktorandov odborov Psychológia a Sociálna práca*. Nitra: UKF.

- PILÁRIK, L., 2009, *Emočné a kognitívno-osobnostné aspekty rozhodovania*. Dizertačná práca, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva Univerzity Konštantína Filozofa v Nitre.
- PILÁRIK, L., HRDINOVÁ, N., KRASŇANSKÁ, A., KUPCOVÁ, S., RONDOŠOVÁ, K. 2010, Emočná inteligencia a rozhodovane zdravotníckych záchranárov a hasičov. In: I. Sarmány-Schuller, L. Pilárik, E. Jurišová (Eds.), *Rozhodovanie v kontexte kognície, osobnosti a emócií II*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, 59-68.
- PILÁRIK, L., SARMÁNY-SCHULLER, I., 2005, Štýly rozhodovania z pohľadu osobnostných dimenzií J. Graya. In: I. Sarmány-Schuller, M. Bratská (Eds.), *Psychológia pre život alebo ako je potrebná metanoia*. Psychologické dni, Zborník príspevkov, Bratislava: Pelikán/Stimul, 186-190.
- PILÁRIK, L., SARMÁNY-SCHULLER, I., 2011, Personality predictors of decision-making of medical rescuers. *Studia Psychologica*, 53, 175-184.
- RUISEL, I., HALAMA, P., 2007, *NEO Päťfaktorový osobnostný inventár*. Praha: Testcentrum-Hogrefe.
- RUISEL, I., RUISELOVÁ, Z., PROKOPČÁKOVÁ, A., 1994, Subjective aspects of problem solving and decision making in the context of coping. *Studia Psychologica*, 36, 2, 77-89.
- RUISELOVÁ, Z. (Ed.), 2000, *Adjustačné problémy, charakteristiky zvládania a osobnosť adolescentov*. Bratislava: ÚEP SAV.
- RUISELOVÁ, Z. a kol., 2006, *Štýly zvládania a osobnosť*. Bratislava: ÚEP SAV.
- RUISELOVÁ, Z., PROKOPČÁKOVÁ, A., 2007, Odpoveď na výzvu (štýl zvládania) vo vzťahu ku kognitívnym a emočným charakteristikám osobnosti. In: D. Fedáková, M. Kentoš, J. Výrost (Eds.) *Sociálne procesy a osobnosť 2006. Zborník príspevkov*. Košice: Spoločenskovedný ústav SAV, 326-333.
- RUISELOVÁ, Z., PROKOPČÁKOVÁ, A., 2012, Personal need for structure related to counterfactual thinking and wisdom. *Studia Psychologica*, 54, 4, 287-297.
- SARMÁNY-SCHULLER, I., 1999, Neistota - istota/prípád kauzálnej neistoty. In: M. Bratská, E. Naništová, I. Sarmány-Schuller (Eds.), *Reflexie súčasnej psychológie na Slovensku*. Zborník Bratislava: Stimul, 13-19.

- SARMÁNY-SCHULLER, I., 2000, Rozhodovanie ako stresový faktor a niektoré copingové stratégie. In: Z. Ruiselová (Ed.), *Adjustačné problémy, charakteristiky zvládania a osobnosť adolescentov*. Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV, 78-90.
- SARMÁNY-SCHULLER, I., 2001, Potreba štruktúry a schopnosť vytvárania štruktúry ako osobnostné konštrukty. In: I. Sarmány-Schuller (Ed.), *Psychológia pre bezpečný svet*. Bratislava: Stimul, 336-339.
- SARMÁNY-SCHULLER, I., ZLÁMALOVÁ, V., 1998, Optimálna hladina stimulácie a juvenilná hypertenzia. In: I. Sarmány-Schuller, M. Košč, E. Jaššová (Eds.), *Človek na počiatku nového tisícročia*. Zborník Psychologické dni, 25.-27.9.1997, Bratislava, 90-95
- SMITH, M., WETHINGTON, E., ZHAN, G., 1996, Self-Concept Clarity and Preferred Coping Styles. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 2, 407-437.
- SNYDER, C.R., SYMPSON, S.C., YBASCO, F.C., BORDERS, T.F., BABYAK, M.A., HIGGINS, R.L., 1996, Development and validation of the State Hope Scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 321-335.
- STAW, B.M., SUTTON, R.I., PELLED, L.H., 1994, Employee positive emotion and favorable outcomes at the workplace. *Organization Science*, 5, 51-71.
- STEEL, P., 2007, The Nature of Procrastination: A Meta-Analytic and Theoretical Review of Quintessential Self-Regulatory Failure. *Psychological Bulletin*, 133, 65-94.
- ŠEBLOVÁ, J., KEBZA, V., VIGNEROVÁ, J., 2007, Zátěž a stres pracovníků záchranných služeb v České republice. *Československá psychologie*, 51, 4, 404-417 .
- THOMPSON, M.M., NACCARATO, M.E., PARKER, K.E., 1989, Assessing Cognitive Need: The Development of the Personal Need for Structure and the Personal fear of Invalidity Scales. Paper presented at the *Annual meeting of the Canadian Psychological Association*, Halifax, Nova Scotia.
- TRAPNELL, P.D., CAMPBELL, J.D., 1999, Private self-consciousness and the Five-factor model of personality: Distinguishing rumination from reflection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 2, 284-304.
- VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., 2005, Syndrom vyhoření jako důsledek zanedbávání péče o sebe u lékařů a zdravotníků. *Urgentní medicína*, 8, 2, 25-29.

- VODÁČKOVÁ, D. a kol., 2002, *Krizová intervence*. Praha: Portál.
- VÝROST, J., 1997, Trochu terminológie: životné udalosti, stresové situácie, náročné životné situácie a ich zvládanie, resp. stratégie riešenia. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, 32, 2, 140-143.
- ZUCKERMAN, M., 1994, *Behavioral Expressions and Biosocial Bases of Sensation Seeking*. Cambridge University Press.

Abstrakt

Záťaž a stres sú v centre intenzívnej pozornosti psychologických výskumníkov už viac ako pol storočia. Odvtedy je známe, že úroveň, nakoľko je situácia záťažová, nezávisí len od vonkajších podmienok situácie, ale najmä od subjektívneho hodnotenia a interpretovania situácie tým, koho sa týka (Lazarus, 1966). Za kritickú, potenciálne traumatizujúcu udalosť sa pritom považuje situácia, nároky na zvládanie ktorej preyšujú aktuálne možnosti a zdroje jednotlivca. Týmito zdrojmi nie sú len dostupné materiálne vybavenie, pomoc zvonku, ale aj vlastné schopnosti, vedomosti, zručnosti pre riešenie situácie, vlastná kondícia, dostatok času – či naopak časový tlak. Práca zdravotníkov, podobne ako aj práca profesionálnych vojakov na zahraničných misiách, v sebe obsahuje viacero rizikových faktorov, dlhodobo pôsobiacich nielen na ich osobnú pohodu a zdravie, ale aj na kvalitu ich rozhodovania pri výkone povolania. Prvá kapitola predstavuje vybrané emočné, kognitívne a osobnostné charakteristiky, ktoré mieru percipovaného stresu a tým aj kvalitu rozhodovania pravdepodobne ovplyvňujú a poskytuje tak spoločný teoretický úvod pre nasledujúce – výskumné štúdie.

II. ZDROJE AKÚTNEHO A CHRONICKÉHO STRESU V PRÁCI ZDRAVOTNÍCKYCH PROFESIONÁLOV

Jitka GURNÁKOVÁ

Ústav experimentálnej psychológie SAV Bratislava

Obsah kapitoly

1 Úvod

2 Systém poskytovania neodkladnej zdravotnej starostlivosti na Slovensku

3 Pracovné podmienky a úlohy

3.1 Zdravotnícki operátori

3.2 Zdravotnícki záchranári

3.3 Zdravotné sestry

4 Zdroje stresu v práci zdravotníckych profesionálov

5 Metóda

6 Súbor

7 Výsledky

7.1 Frekvencia výskytu problémov a intenzita ich prežívania pri výkone zdravotníckeho povolania – kvantitatívna analýza IPVZP

7.1.1 Zdravotnícki operátori

7.1.2 Zdravotnícki záchranári

7.1.3 Zdravotné sestry

7.2 Kvalitatívna analýza zaťažujúcich situácií v práci zdravotníkov

8 Diskusia

9 Záver

1 Úvod

Rastúci trend výskumu naturalistického rozhodovania poukázal na význam kontextu, v ktorom sa táto činnosť odohráva. Keďže reálne rozhodovanie nikdy neprebíha vo vzduchoprázdne, pre pochopenie konania hlavných aktérov problémovej situácie je nevyhnutné poznať podmienky sociálneho, fyzického, kultúrneho či napr. legislatívneho prostredia, ktoré s jej riešením súvisia. Cieľom tejto štúdie je priblíženie psychologického kontextu, v ktorom sa pri svojej práci pohybujú vybrané skupiny zdravotníckych pracovníkov – zdravotnícki operátori, zdravotnícki záchranári a zdravotné sestry³ a identifikovanie tých faktorov, ktoré môžu predstavovať zvýšenú emočnú záťaž aj pre skúsených profesionálov.

Činnosť zdravotníkov je obvykle kombináciou duševnej a fyzickej práce, často za okolností, ktoré sú pre bežné obyvateľstvo výrazne stresujúce. Pokiaľ chápeme náročnú situáciu ako subjektívne vnímanú disproporciu medzi požiadavkami situácie a dostupnými zdrojmi pre jej zvládnutie (Juen et al., 2008), zvýšená odolnosť zdravotníkov v porovnaní s bežnou populáciou v situáciách ohrozujúcich život a zdravie ich pacientov je pochopiteľná. Odborné vzdelanie a výcvik spolu s rastúcou pracovnou skúsenosťou poskytujú nástroje, ktoré umožňujú efektívne riešiť problémy, nad ktorými bežný človek neuvažuje, kým ho odrazu nezaskočia. No z reálneho života je jasné, že nie každá situácia nájde svoj happy end a práve zdravotníci sú často konfrontovaní s neúspechom svojho snaženia o záchranu života a zdravia pacienta nie len v dôsledku závažnosti jeho úrazu či ochorenia, ale aj v dôsledku nedokonalosti vybavenia, systému zdravotnej starostlivosti či zlyhania ľudského faktora. Zatiažujúco však môžu vnímať aj iné aspekty svojej práce. V nasledujúcom texte ich postupne predstavíme.

³Hoci z hľadiska aktuálnej legislatívy týkajúcej sa zdravotníckeho povolania stačí používať len pojem „sestra“, bez prívlastku „zdravotná“ (napr. Nariadenie vlády SR 296/2010), priklonili sme sa na viacerých miestach tejto monografie k všeobecne zaužívanému pôvodnému označeniu „zdravotná sestra.“

2 Systém poskytovania neodkladnej zdravotnej starostlivosti na Slovensku

Aktuálne legislatívne podmienky i nedostatky fungovania systému neodkladnej zdravotnej starostlivosti na Slovensku bližšie charakterizuje dokument *Koncepcia neodkladnej zdravotnej starostlivosti* (Ministerstvo zdravotníctva, 2011). Za neodkladnú zdravotnú starostlivosť sa pritom považujú všetky stavy s náhlym začiatkom a príznakmi, ktoré by bez okamžitej lekárskej starostlivosti mohli vyústiť do závažného ohrozenia pacientovho života alebo zdravia, alebo ktoré spôsobujú náhle zmeny konania, vplyvom ktorých pacient ohrozuje seba alebo svoje okolie (Zákon č.576/2004). V systéme neodkladnej zdravotnej starostlivosti sa udomácňuje pojem „cesta pacienta“ (Kálig, 2007). Ten predstavuje chronologickú postupnosť jednotlivých zdravotníckych intervencií od ošetrovania pacienta v ambulancii Lekárskej služby prvej pomoci (LSPP) alebo telefonického nahlásenia prípadu na Operačnom stredisku záchranej zdravotnej služby Slovenskej republiky (OS ZZS SR), poskytnutia prvej pomoci laickými svedkami udalosti, cez vyslanie a zásah posádky rýchlej zdravotnej pomoci (RZP), rýchlej lekárskej pomoci (RLP) alebo vrtuľníkovej zdravotnej záchranej služby (VZZS), prevoz do nemocnice a následné ošetrovanie pacienta v cieľovom zdravotníckom zariadení. Snahou zdravotníkov je, aby táto cesta pacienta bola čo najrýchlejšia (tzv. „zlatá hodina“), ale najmä, aby pacient v každej jej fáze dostal čo najkvalitnejšiu zdravotnícku pomoc, pretože o závažnosti následkov množstva náhlych ochorení a úrazov sa rozhoduje už v prvých minútach po udalosti. Medicínskym detailom tohto aspektu cesty pacienta sa podrobnejšie venujú zdravotnícki špecialisti (napr. Dobiáš, 2007; Kálig, 2007 a mnohí iní). Našou úlohou je priblížiť čitateľovi s iným zázemím okolnosti a nároky predstavujúce psychickú záťaž pre predstaviteľov rôznych zdravotníckych profesií v rámci jednotlivých článkov tohto reťazca.

3 Pracovné podmienky a úlohy

3.1 Zdravotnícki operátori

Prvý kontakt pacienta so systémom poskytovania zdravotnej starostlivosti môže okrem ambulancií všeobecných lekárov alebo ambulancií prvej pomoci prebiehať prostredníctvom komunikácie

s operátorom Krajského operačného strediska záchranej zdravotnej služby (KOS ZZS) po zatelefonovaní na číslo 155 alebo núdzovú linku 112, odkiaľ sú hovory týkajúce sa zdravotných problémov presmerované na operátorov čísla 155. Operátor operačného strediska musí mať kvalifikáciu zdravotníckeho záchranára alebo zdravotnej sestry so špecializáciou na prácu v operačnom stredisku ZZS, urgentnú starostlivosť alebo anesteziológiu a intenzívnu medicínu (príloha č. 1 k Výnosu Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 11.marca 2009 č. 10548/2009-OL). Jeho práca sa odohráva v kolektíve cca 6-12-tich kolegov (v závislosti od počtu obyvateľov v obsluhovanom kraji) slúžiacich v 12-hodinovej zmene v spoločnej izolovanej miestnosti, kde prebieha paralelne množstvo núdzových hovorov. Tie sú permanentne nahrávané a náhodne monitorované službukonajúcim lekárom alebo vedúcim operátorom. Pri preberaní núdzovej výzvy má operátor presne stanovené priority v tom, aké informácie má od volajúceho získať a zaznamenať do spoločného informačného systému, na ich základe sa má rýchlo rozhodnúť nakoľko je závažný stav pacienta a podľa toho určiť, a prípadne aj osobne vyslať, konkrétnu posádku RLP, RZP alebo VZZS na zadanú adresu. Podľa charakteru a naliehavosti situácie musí podávať jasné inštrukcie laickým svedkom udalosti tak, aby dokázali poskytnúť neodkladnú prvú pomoc pacientovi až do príchodu vyslanej záchranárskej posádky, vrátane takých zásadných zákrokov ako je vedenie pôrodu či kardio-pulmonálnej resuscitácie (KPR) pacienta cez telefón. Činnosť vyslanej posádky je v operačnom stredisku ďalej priebežne monitorovaná až do odovzdania pacienta v cieľovom zdravotníckom zariadení, o ktorom sa záchranári rozhodujú aj na základe informácií o aktuálnej vyťažnosti jednotlivých nemocníc z operačného strediska ZZS. Hoci príjazdový čas vyslaných posádok sa pohybuje v rozmedzí niekoľkých minút (v závislosti od vzdialenosti, terénu a ich vyťažnosti, priemerne cca 10 – 11 minút – Kálig, 2007), operátor na linke, rovnako ako svedkovia na mieste udalosti, ho môžu subjektívne prežívať celkom inak.

Kým zdravotník, ktorý je s pacientom v kontakte tvárou v tvár môže rýchlo vyťažiť množstvo informácií o jeho stave prostredníctvom všetkých svojich zmyslov, počínajúc zrakom, sluchom, hmatom a dokonca aj čuchom a na základe toho okamžite konať, operátor na núdzovej linke má k dispozícii iba to, čo dokáže zachytiť sluchom zo spoločnej telefonickej konverzácie s priamym alebo aj nepriamym svedkom udalosti alebo samotným pacientom. Spoľahlivosť či úplnosť týchto informácií je pritom často sporná. Volajúci sú obvykle pod

vplyvom vlastného zvýšeného stresu v dôsledku negatívnej udalosti, majú vlastné predstavy a očakávania od toho, čo by im mal operátor poskytnúť, a preto dochádza často ku konfliktom vo vzájomnom kontakte volajúceho a operátora, a to aj napriek tomu, že majú obvykle spoločný cieľ - zachrániť pacienta. Úlohou operátora je potom, okrem získavania dôležitých informácií o stave a presnej lokalizácii pacienta, pokúsiť sa získať pre aktívnu spoluprácu často veľmi rozrušených volajúcich svedkov udalosti a navigovať ich jasnými inštrukciami k poskytnutiu potrebnej prvej pomoci do príchodu vyslanej posádky, čo sa však nie vždy podarí. Jeho možnosť konať v prospech pacienta je v porovnaní s inými zdravotníckymi pracovníkmi veľmi obmedzená, čo môže v naliehavých prípadoch vnímať značne stresujúco. Inou, často sa vyskytujúcou kategóriou volaní sú prípady, kedy situácia nie je z medicínskeho hľadiska urgentná a pre vyslanie posádky ZZS nie je indikovaná, hoci volajúci to môže vnímať inak alebo ide len o svojvoľné (a v našej legislatíve beztrestné) zneužívanie bezplatnej núdzovej linky pre rozptýlenie nezodpovedných jednotlivcov, čo na pracovníkov operačného strediska pôsobí značne demotivujúco. Tretiu časť volaní predstavuje organizácia transportov pacientov so špeciálnymi potrebami medzi rôznymi zdravotníckymi zariadeniami (RLP s mobilnou intenzívnou jednotkou) napr. z nemocnice všeobecného typu do špecializovaného zdravotníckeho zariadenia.

3.2 Zdravotnícki záchranári

Druhý článok v reťazi neodkladnej zdravotnej starostlivosti predstavujú v tejto štúdií posádky rýchlej zdravotnej/lekárskej pomoci pozostávajúce z dvoch záchranárov (RZP) alebo jedného lekára a jedného záchranára spolu s vodičom sanitky, ktorý môže byť tiež záchranárom (RLP). Okrem nich pôsobia na Slovensku aj 4 ambulancie typu rýchlej lekárskej pomoci – mobilnej intenzívnej jednotky (ďalej len „RLP/MIJ“) a 7 sídiel staníc pre vrtuľníkovú ZZS (VZZS), ktorým sa však na tomto mieste osobitne nevenujeme. Nevyhnutné podmienky práce záchranárov stanovuje dokument Príloha č. 2 k výnosu č. 10548/2009-OL - Priestorové, materiálne-technické a personálne vybavenie stanice záchranej zdravotnej služby. Záchranári sa počas služby zdržujú na svojej stanici a v prípade výzvy z operačného strediska okamžite vyrážajú na určenú adresu. Svoj status až do ukončenia zásahu priebežne hlásia na operačnom stredisku, s ktorým v prípade potreby konzultujú aj ďalší postup, poslanie posily či cieľové zdravotnícke zariadenie, kam

môžu pacienta previezť. Treba podotknúť, že napriek ich všeobecne známemu poslaniu pomáhať pacientom, sa ich príchod nestretáva vždy s priateľskou reakciou či už samotného postihnutého, alebo ďalších svedkov udalosti, nehovoriac o často náročných podmienkach práce v neznámom, nepohodlnom a niekedy aj nebezpečnom prostredí. Keďže sú ako prví v priamom kontakte so širokým spektrom pacientov, hrozí im väčšie riziko prenosu prípadných infekčných ochorení, či dokonca priameho útoku, napr. zo strany intoxikovaného alebo psychotického pacienta. Pravidelne sa vyskytujú aj pri udalostiach kriminálneho charakteru, keď majú za úlohu pomáhať obetiam trestných činov. V prípade akéhokoľvek podozrenia z ohrozenia svojej bezpečnosti alebo pri potrebe násilného vstupu do zamknutého bytu pacienta, či pri dopravných nehodách, tak musia postupovať v súčinnosti s posádkou polície a/alebo hasičov.

S náročnými, život zachraňujúcimi zásahmi sa v práci záchranára počíta, no posádky záchranárov sú často konfrontované aj s výjazdmi, ktoré im z tohto hľadiska nedávajú zmysel, napr. pri prevoze simulujúcich či opitých jednotlivcov, hľadajúcich miesto na prespatie v nemocnici, ktorá ich obvykle odmieta prijať alebo ak musia prísť na výzvu občanov, ktorí od ambulancie záchrannej služby očakávajú služby bezplatnej lekárne či taxíka. Ich možnosť získať potrebné informácie a konať je podstatne väčšia ako u operátorov ZZS, no ich prácu komplikujú viaceré riziká, nepohodlie i neznalosť aktuálnych podmienok tohto prostredia.

3.3 Zdravotné sestry

Práca zdravotných sestier je bežnému laikovi o niečo bližšia. Zdravotné sestry v nemocnici či v ambulanciách majú oproti svojim kolegom v teréne výhodu známeho, relatívne komfortného a bezpečného prostredia, zvládať však musia väčšie množstvo netrpezlivých pacientov odrazu, spoločne s nárokmi a očakávaniami väčšieho množstva nadriadených či kolegov, ako aj s potrebou viesť rozsiahlejšiu príslušnú dokumentáciu. Druh a závažnosť postihnutia pacientov, s ktorými sa stretávajú, závisí od oddelenia, na ktorom pracujú, čo im umožňuje dôkladnejšie sa pripraviť a vedome aj nevedome prispôbiť konkrétnym požiadavkám práce vo svojej pozícii (viď. obranné mechanizmy a copingové stratégie zdravotníckych profesionálov – podrobnejšie popísané in Gurňáková, Lukáčová 2010). V porovnaní so zdravotníckymi pracovníkmi v teréne sú tak pracovníci z „kamenných“ zdravotníckych

inštitúcií obvykle menej často konfrontovaní s náhlymi, neočakávanými, potenciálne traumatizujúcimi situáciami, súvisiacimi s ošetrovaním svojich pacientov. Na druhej strane, pokiaľ pracujú napr. na lôžkovom oddelení nemocníc, ich kontakt s konkrétnym pacientom je dlhodobejší, umožňuje vytvorenie určitého vzťahu k nemu a spätnú väzbu o úspechu či prípadnom neúspechu jeho liečby, čo môže mať povzbudzujúci, ale v prípade neúspechu tiež zraňujúci potenciál aj pre skúsených profesionálov.

O rozdielnych podmienkach a nárokoch rôznych oddelení v nemocnici svedčia viaceré zahraničné štúdie. Pracovná spokojnosť, rovnako ako miera prežívanej pracovnej záťaže, variuje v závislosti od lokality zamestnania, špecializácie poskytovanej zdravotnej starostlivosti a roly zdravotnej sestry. Napríklad ako pracovne najspokojnejšie tímy sa javia zdravotníci z pediatrických oddelení, naproti tomu najmenej spokojné boli tímy z chirurgických oddelení a z oddelení urgentnej medicíny (Utriainen, Kyngäs, 2009). Podľa Mrayyanovej (2009) jednotky intenzívnej starostlivosti (JIS) predstavujú stresujúcejšie prostredie pre prácu zdravotných sestier ako lôžkové oddelenia.

Všetky tri kategórie vyššie zmienených zdravotníckych povolání sú súčasťou komplikovaného sociálneho, ekonomického, zdravotného a právneho systému. Pri rozhodovaní o spôsobe a type poskytnutej pomoci musia jeho pravidlá a obmedzenia zohľadňovať, takže nekonajú vždy len podľa svojho najlepšieho vedomia a svedomia, ale niekedy aj podľa toho, s čím sa síce úplne nestotožňujú, ale k čomu sú špecifikami systému nútení, pokiaľ nechcú ohroziť sami seba (napr. vyslať sanitku aj tam, kde nie je potrebná, previezť pacienta do nemocnice hoci vedia, že nebude prijatý či nepodať známu a dostupnú liečbu, ktorá sa vymyká kompetencii konkrétneho zdravotníckeho pracovníka).

4 Zdroje stresu v práci zdravotníckych profesionálov

V pomerne nedávnej minulosti bolo vzdelávanie a starostlivosť o zdravotníckych profesionálov v českom a slovenskom regióne zamerané najmä na zvládanie medicínskych problémov a len minimálna pozornosť sa venovala ich emočnému prežívaniu. Zdravotníci samotní neboli zvyknutí zaoberať sa bližšie sami sebou a svojimi psychologickými reakciami na prácu, ktorú vykonávali. No neznamenalo to, že by na nich nezanechávala stopy.

Častejší výskyt prírodných katastrof a nehôd s hromadným postihnutím osôb v posledných dvoch desaťročiach (NHPO – udalosť, pri ktorej príde o život alebo sa zraní tri a viac osôb - povodne, hromadné automobilové nehody, zrážky vlakov či výbuch v Novákoch) a následné posttraumatické reakcie zasiahnutého civilného obyvateľstva, ale aj nasadených profesionálov však upriamili väčšiu pozornosť na potrebu psychologickéj starostlivosti o týchto ľudí. V Českej republike bol tento vývoj akcelerovaný opakovanou skúsenosťou z likvidácie následkov povodní, ktoré postihli veľkú časť obyvateľstva, a tak sa od roku 2005 – 2008 začal výraznejší rozvoj štruktúr poskytujúcich služby psychosociálnej intervencie zdravotníckym profesionálom (viď. Humpl, 2011; Šeblová et al., 2009). Na Slovensku impulz podobného rozsahu chýbal, no začali sa objavovať aspoň prvé, viac či menej úspešné, pokusy nielen o výskum zvládania záťaže u zdravotníckych profesionálov, ale aj o aplikovanie princípov krízovej intervencie u zdravotníkov v praxi (vytvorenie Oddelenia psychologickéj a psychosociálnej podpory v OS ZZS SR, Pilotný projekt zavádzania psychickej prvej pomoci a psychotraumatologickej starostlivosti v záchranej zdravotnej službe, realizovaný s podporou ESF, vznik neziskovej organizácie Modrý anjel a pod.; schválenie návrhu Koncepcie organizácie, fungovania a rozvoja integrovaného záchranného systému na roky 2011 až 2015, ktorý aspoň čiastočne zohľadňuje vysoké psychické zaťaženie operátorov linky 112 a ďalších pracovníkov zasahujúcich zložiek).

Vyššie zmienené aktivity vyplynuli z akútnych požiadaviek praxe, a hoci sa orientovali najmä na možnosti efektívnej podpory zdravotníckych profesionálov, vyplynulo z nich aj niekoľko výskumných štúdií zameraných na hodnotenie psychickej záťaže zdravotníckych pracovníkov, a to najmä u našich západných susedov. Šeblová, Kebza a Vignerová (2007) uskutočnili v rokoch 2003-2005 výskum zameraný na identifikáciu hlavných stresorov a intenzity ich prežívania v práci záchranárov (vrátane operátorov ZZS) v Českej republike. Zaoberali sa tiež faktormi, ktoré zdravotníci považovali vo svojej práci za pozitívne, tomu, nakoľko sa venujú vybraným konštruktívnym i kontraproduktívnym spôsobom zvládania záťaže a screeningovému vyšetreniu príznakov syndrómu vyhorenia (podľa dotazníka Libigerovej, 1999). Z hľadiska zamerania tejto štúdie zrekapitulujeme podrobnejšie najmä zistenia z prvej oblasti nastolených problémov. V celom súbore bola nájdená vysoká miera expozície preddefinovaným rizikovým faktorom, porovnateľná so zahraničnými štúdiami. Najvyššiu frekvenciu stretnutí s vybranými kritickými udalosťami mali v tomto súbore lekári -

záchranári. V otázke, ktorá sledovala mieru ohrozenia samotných záchranárov, bolo najčastejšie uvádzanou skúsenosťou s ohrozením v službe napadnutie pacientom alebo niekým z jeho okolia (40% súboru a viac) a nehoda sanitného vozidla (50% a viac). Podstatne zriedkavejšie (12-3%) boli uvádzané ohrozenie infekciou, zásah na mieste ozbrojeného incidentu a stav vozidla ZZS. Z voľných výpovedí na otvorenú otázku týkajúcu sa stresorov v práci v ZZS, bola najčastejšie uvádzaná a súčasne ako najintenzívnejšie prežívaná konfrontácia s úmrtím detí, mladých ľudí alebo ich kardio-pulmonálna resuscitácia (30,7% z celkového počtu výpovedí). Ďalej z hľadiska frekvencie odpovedí boli ako hlavné stresory uvádzané hromadné dopravné nehody (14,5%), časové aspekty pracovného režimu (práca na zmeny, nadčasy, nočné zmeny – 13,1%), vzťahy na pracovisku (13,1%), správanie pacientov a ich príbuzných k zdravotníkom (12%), zodpovednosť a časový tlak v rozhodovaní (11%), bezmocnosť (10%), vedenie organizácie a neistota ohľadne kariéry (9,7%), práca v operačnom stredisku (9,7%), cesta k zásahu a dopravná premávka (v súbore boli aj vodiči ZZS – 9,7%), stav vozidiel a ich nedostatočné vybavenie (8,6%), ošetrovanie opitých a intoxikovaných osôb (8,3%), čakanie na výjazd (7,9%), riziko vlastného ohrozenia (6,9%), zneužívanie tiesňovej linky (5,5%), platové ohodnotenie (5,2%), neochota nemocníc prijímať pacientov (2,8%) a nemožnosť konzultácie (1,4%). Hoci sa niektoré situácie vo výpovediach respondentov vyskytovali menej často v závislosti od ich osobnej skúsenosti a pracovnej pozície (napr. cca 18% operátorov a 14% vodičov ZZS z celého súboru v porovnaní s 83% stredných zdravotníckych pracovníkov - záchranárov), napriek tomu dosahovali vysoké hodnotenie intenzity ich prežívania. Okrem úmrtia detí a mladistvých boli ako príčina vyššej intenzity negatívneho emočného prežívania hodnotené aj zneužívanie tiesňovej linky, čakanie na výjazd, riziko vlastného ohrozenia, platové ohodnotenie, bezmocnosť, práca v operačnom stredisku (na škále intenzity prežívanej záťaže v rozsahu od 0-9, kde číslo 9 predstavovalo najvyššiu záťaž - dosahovali hodnotenie 7 až 7,7). Zodpovednosť a rozhodovanie pod časovým tlakom, ktorému je venovaná väčšia časť tejto monografie, boli v intenzite negatívneho prežívania hodnotené stupňom 6,1. Pozoruhodná bola kontradikcia výpovedí týkajúcich sa práce na zmeny (a s tým súvisiacou flexibilitou voľného času), vzťahov na pracovisku a dokonca aj spoločenského a finančného ohodnotenia pracovníkov, ktoré sú jednou časťou súboru vnímané ako stresory a inou časťou súboru ako pozitíva práce v systéme ZZS. Autori toto zistenie interpretujú ako dôsledok špecifických

podmienok na jednotlivých pracoviskách a súčasne ako priestor pre pozitívne pôsobenie vedenia týchto organizácií na prevenciu nadmernej záťaže a syndrómu vyhorenia svojich pracovníkov.

Hoci sa väčšia pozornosť psychológov zvyčajne venuje dôsledkom akútneho stresu zasahujúcich pracovníkov po zriedkavých nešťastných udalostiach veľkého rozsahu (NHPO) napr. leteckým katastrofám, prírodným katastrofám, hromadným nehodám a pod., práca záchranárov je náročná aj vtedy, ak ide o kritické situácie, ktoré sú bežnou súčasťou záchranárskej práce – napr. neúspešná KPR pacienta. Ak sa opakujú často, bez možnosti adekvátneho spracovania a času na regeneráciu, môžu byť tieto relatívne „bežné“ zážitky záchranárov rovnako stresujúce ako výnimočné nešťastné udalosti. Zistilo sa, že až 21% záchranárov, ktorí neboli vystavení katastrofám obrovských rozmerov napriek tomu prejavuje niektoré symptómy posttraumatickej stresovej poruchy (PTSD). Najčastejšie to sú intruzívne myšlienky, podráždenosť, problémy so spánkom a pocit odcudzenia voči iným ľuďom (Clohessy, Ehlers, 1999, in Ploeg, Kleber, 2003).

Okrem charakteru konkrétneho zásahu, v ktorom sú záchranári zaangažovaní, majú vplyv na jeho prežívanie aj tie okolnosti, ktoré sú pri výkone ich povolania dlhodobo prítomné – chronické, napr. práca pod časovým tlakom, najmä ak ide o život pacienta, veľká zodpovednosť za správne rozhodnutie pri nedostatku relevantných informácií, práca na zmeny a pod. To všetko nepriaznivo ovplyvňuje výkon, kvalitu spánku, rodinný život a sociálne vzťahy záchranárov, ktorí sú im vystavení častejšie ako zdravotníci s iným zameraním. Najspoľahlivejším prediktorom symptomatológie súvisiacej so stresom v práci záchranárov (PTSD, chronickej únavy a burnoutu) je podľa štúdie Ploega a Klebera (2003) nedostatok sociálnej opory od nadriadených a kolegov ako aj nedostatočná komunikácia v práci (napr. neinformovanie o dôležitých rozhodnutiach v rámci organizácie). Podobne Kebza a Šolcová (2008a) na základe teoretického prehľadu prác o burnoute konštatujú, že syndróm vyhorenia súvisí viac s chronickým stresom v zamestnaní než s osobnostnými črtami jednotlivca alebo demografickými faktormi. Podobné závery vyplývajú aj z prác venovaných psychickej záťaži a pracovnej spokojnosti zdravotných sestier. Podľa Deckera (1997) pre zdravotné sestry pracujúce v nemocnici boli najvýznamnejšími prediktormi ich pracovnej spokojnosti vzťah s hlavnou sestrou, spolupracovníkmi, lekármi a inými oddeleniami, spoločne s dĺžkou praxe na oddelení a nízkou mierou konfliktu pracovného a mimopracovného života. Psychologický stres sa zase spájal s osobnostnou dispozíciou

anxiety (ako črty), mierou sociálnej integrácie, praxou na oddelení, profesionálnou skúsenosťou celkovo, úrovňou pracovnej pozície, konfliktom pracovného a mimopracovného života, vzťahom s hlavnou sestrou a lekármi. Vzťahy s hlavnou sestrou a lekárom, rovnako ako dĺžka praxe na oddelení a miera konfliktu medzi pracovným a mimopracovným životom, boli významnými prediktormi tak pracovnej spokojnosti ako aj stresu.

Nároky práce zdravotných sestier v nemocniciach závisia do značnej miery od typu oddelenia, na ktorom pracujú. Napríklad na jednotkách intenzívnej starostlivosti (JIS) sú pacienti v kritickom stave, s rôznymi zdravotnými komplikáciami. Liečebné postupy, ktoré sa používajú, sú rôznorodé a bolestivé. Chyby v liečbe pacientov netolerovateľné, častejšie sa môže vyskytovať nesúlad v názoroch na liečbu pacienta, pretože v starostlivosti o pacienta sú zapojení odborníci s rôznou špecializáciou. V závislosti od modelu ošetrovateľskej starostlivosti na oddelení a typu problémov prežívajú sestry na JIS častejšie konflikty s lekármi, ale aj nedostatčnú emočnú a materiálnu podporu pre svoju prácu (Mrayyan, 2009).

Za obvyklé stresory v práci stredných zdravotníckych pracovníkov vo všeobecnosti sú považované konflikty s lekármi, neadekvátna príprava, problémy s kolegami, problémy s nadriadenými, diskriminácia, pracovná záťaž, neistota ohľadne liečby, kontakt s mŕtvymi a umierajúcimi pacientmi a ich rodinami, problémy s vedením organizácie, profesionálny konflikt, poruchy nálad, vek a skúsenosti, emočné nároky poskytovanej starostlivosti, nedostatok vlastných schopností a skúseností, nejasnosti týkajúce sa úloh a cieľov, nízka sociálna opora na pracovisku a nedostatok personálu (tamže).

Bežnou sťažnosťou medzi zdravotníkmi je aj únava. Únava môže mať akútny alebo chronický charakter. Zatiaľ čo stav akútnej únavy je reverzibilný a môžu ho upraviť určité kompenzačné mechanizmy ako odpočinok alebo zmena činnosti, chronická únava je viac trvalá a menej ovplyvniteľná kompenzačnými aktivitami (Wada et al., 2008). Môže byť spôsobená akumuláciou spánkovej deprivácie a pracovného psychologického stresu. Keďže má potenciál negatívne ovplyvňovať nielen osobný život zdravotníckych pracovníkov, ale aj zhoršovať pracovný výkon, kognitívne schopnosti a koncentráciu, je tiež prediktorom pracovných úrazov a práceneschopnosti.

Zdroje stresu zdravotníckych pracovníkov sú teda mnohoraké. Od tých, ktoré sa priamo týkajú angažovania sa zdravotníkov v liečbe

zdravotných ťažkostí ich pacientov, cez komunikáciu s rodinami pacientov, vzťahy na pracovisku až po odozvu spoločnosti na ich prácu vo všeobecnosti. Cieľom tejto štúdie je oboznámenie sa so špecifickými podmienkami a zdrojmi psychickej záťaže vybraných stredných zdravotníckych pracovníkov na Slovensku, priblížiť a porovnať kontext, v rámci ktorého sa pohybujú pri ich rozhodovaní v reálnych situáciách.

5 Metóda

Pre zmapovanie výskytu reálnych zaťažujúcich situácií v práci zdravotníckych profesionálov sme na základe predchádzajúcich interných výskumov a skúseností z práce psychológa na Krajskom operačnom stredisku ZZS SR v Bratislave (napr. Gurňáková, Beňušková, 2009), v kombinácii s vyššie uvedenými údajmi od iných autorov a neformálnych individuálnych rozhovorov s príslušníkmi jednotlivých povolání, vytvorili Inventár problémov pri výkone zdravotníckeho povolania (IPVZP). Tento inventár predstavoval 25 identifikovaných okruhov problémov, ktoré sa môžu vyskytovať pri výkone týchto povolání a požiadali sme respondentov, aby sa k nim vyjadrili na škále 0-5 podľa dvoch kritérií: Ako často sa podľa nich uvedené typy problémov v ich práci vyskytujú (0-nikdy, 1-raz mesačne, 2-niekoľkokrát mesačne, 3-raz týždenne, 4-niekoľkokrát do týždňa, 5-denne) a následne, nakoľko sú pre nich tieto typy problémov zaťažujúce (0-vôbec nie zaťažujúce, 1-mierne zaťažujúce, 2-stredne zaťažujúce, 3-dost' zaťažujúce, 4-veľmi výrazne zaťažujúce, 5-extrémne zaťažujúce). Bodovanie škály vychádzalo zo vzoru ďalších dotazníkových metód použitých v rámci tohto zberu údajov (napr. MBI, Maslach Burn-Out Inventory, Maslach, Jackson, 1981) tak, aby neboli respondenti zmätení viacerými odlišnými štýlmi odpovedania na otázky. Formulácia konkrétnych typov problémov mierne variovala v závislosti od skupiny respondentov, ktorej bola administrovaná (napr. v prípade operátorov položka kontakt s volajúcimi, bola pre zdravotné sestry v nemocnici preformulovaná na kontakt s príbuznými pacientov). Keďže sa jednalo o novú, doposiaľ neoverenú metodiku, pri tvorbe ktorej mohlo dôjsť k opomenutiu ďalších problémových oblastí, relevantných pre výkon niektorého zo sledovaných povolání, ponechali sme v poslednej položke miesto pre voľné vyjadrenie respondentov, ktoré ďalšie faktory považujú vo svojom povolání za záťažové.

Aby sme kompenzovali skreslenie výsledkov na základe vopred danej štruktúry predloženého inventára, na inom mieste dotazníka sme tiež respondentom položili otvorenú otázku „Popíšte, ktoré typy situácií v práci Vás zasiahli/rozrušili viac, ako je pre Vás obvyklé?“. Ďalej nasledovala séria otvorených otázok orientovaných na popis riešenia konkrétnej náročnej situácie z výkonu povolania podľa individuálneho výberu respondenta.

6 Súbor

Z celkového počtu 900 dotazníkov doručených na pracoviská (operátori a zdravotné sestry) a školiace strediská (záchranári) sledovaných zdravotníckych profesionálov na rôznych miestach Slovenska v rokoch 2010 až 2013 sme po vylúčení nekompletných záznamových hárkov a dotazníkov vyplnených zástupcami iných zdravotníckych profesií do tejto štúdie zaradili údaje 81 operátorov z Operačného strediska záchranej zdravotnej služby SR, 60 zdravotných sestier a 65 zdravotníckych záchranárov (návratnosť cca 35%). Podrobnejšie demografické údaje predstavuje tab. 1.

Tab. 1 Demografické charakteristiky skúmaného súboru (1 operátor a 1 zdravotná sestra pohlavie neuviedli)

| | Muži N (% súboru) | Ženy N (% súboru) | Priemerný vek (SD) | Priem. dĺžka praxe v zdravotníctve (SD) |
|------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|--|
| Operátori | 6 (7,4%) | 74 (91,4%) | 41,30 (8,56) | 21,59 (9,34) |
| Záchranári | 36 (55,4%) | 29 (44,6%) | 37,08 (7,39) | 15,50 (7,64) |
| Zdravotné sestry | 4 (6,7 %) | 55 (91,7%) | 39,33 (10,42) | 17,50 (7,33) |

Tab. 2. Frekvencia výskytu a intenzita prežívania jednotlivých typov problémov (IPVZP)

| | | Ako často sa vo vašej práci vyskytujú uvedené typy problémov? | | | Nakoľko sú pre vás zaťažujúce? | | |
|--|------------------|---|------|-----------------|--------------------------------|------|-----------------|
| | | Priemer | SD | ANOVA (F, sig.) | Priemer | SD | ANOVA (F, sig.) |
| Priemerné skóre | operátor | 2,09 | 1,04 | 5,44 | 1,89 | ,86 | 9,76 |
| | záchranár | 1,60 | ,83 | ,005 | 1,40 | ,73 | ,000 |
| | zdravotná sestra | 2,17 | ,83 | | 2,15 | ,88 | |
| Vo vzťahoch s pacientmi | operátor | 2,72 | 1,62 | 12,76 | 1,89 | 1,23 | 3,62 |
| | záchranár | 1,47 | 1,05 | ,000 | 1,36 | 1,05 | ,029 |
| | zdravotná sestra | 1,91 | 1,52 | | 1,83 | 1,29 | |
| Vo vzťahoch s volajúcimi (príbuznými pacientov) | operátor | 3,05 | 1,48 | 22,64 | 2,46 | 1,10 | 10,66 |
| | záchranár | 1,60 | ,95 | ,000 | 1,51 | 1,06 | ,000 |
| | zdravotná sestra | 1,79 | 1,53 | | 1,83 | 1,48 | |
| Vo vzťahoch s kolegami | operátor | 1,41 | 1,39 | | 1,45 | 1,27 | 9,31 |
| | záchranár | 1,16 | 1,18 | | 1,09 | 1,22 | ,000 |
| | zdravotná sestra | 1,61 | 1,19 | | 2,12 | 1,46 | |
| Vo vzťahoch s nadriadenými | operátor | 1,15 | 1,45 | | 1,53 | 1,65 | |
| | záchranár | 1,04 | 1,07 | | 1,43 | 1,34 | |
| | zdravotná sestra | 1,39 | 1,40 | | 1,76 | 1,50 | |
| Vo vzťahoch s podriadenými | operátor | ,74 | 1,28 | 5,15 | ,76 | 1,14 | 9,01 |
| | záchranár | ,70 | 1,07 | ,007 | ,79 | 1,16 | ,000 |
| | zdravotná sestra | 1,36 | 1,34 | | 1,65 | 1,54 | |
| Vo vzťahoch s príslušníkmi z iných útvarov, organizácií | operátor | 1,52 | 1,45 | 3,25 | 1,30 | 1,20 | |
| | záchranár | ,94 | 1,35 | ,041 | ,84 | 1,36 | |
| | zdravotná sestra | 1,04 | 1,35 | | 1,04 | 1,12 | |
| Vo vzťahoch s inými zdravotníkmi (lekári, poskytovatelia, nem. personál) /pracovníkmi z iných oddelení | operátor | 2,01 | 1,40 | 6,10 | 1,89 | 1,17 | |
| | záchranár | 2,05 | 1,45 | ,003 | 1,78 | 1,32 | |
| | zdravotná sestra | 1,28 | 1,19 | | 1,47 | 1,42 | |
| Nedostatočne definované postupy | operátor | 2,29 | 1,63 | 3,84 | 2,54 | 1,36 | 6,73 |
| | záchranár | 1,70 | 1,44 | ,023 | 1,77 | 1,25 | ,002 |
| | zdravotná sestra | 1,67 | 1,23 | | 1,87 | 1,33 | |
| Ťažkosti v rozhodovaní o tom, ako konať | operátor | 2,53 | 1,50 | 13,09 | 2,30 | 1,23 | 5,93 |
| | záchranár | 1,50 | 1,14 | ,000 | 1,53 | 1,28 | ,003 |
| | zdravotná sestra | 1,56 | 1,16 | | 1,86 | 1,35 | |
| Nedostatočne definované kompetencie | operátor | 2,07 | 1,71 | | 2,21 | 1,44 | |
| | záchranár | 1,55 | 1,26 | | 1,72 | 1,40 | |
| | zdravotná sestra | 1,75 | 1,34 | | 1,82 | 1,31 | |

| | | Ako často sa vo vašej práci vyskytujú uvedené typy problémov? | | | Nakoľko sú pre vás zaťažujúce? | | |
|---|------------------|---|------|-----------------|--------------------------------|------|-----------------|
| | | Priemer | SD | ANOVA (F, sig.) | Priemer | SD | ANOVA (F, sig.) |
| Nedostatok informácií | operátor | 2,23 | 1,66 | | 2,36 | 1,53 | 5,41 |
| | záchranár | 1,67 | 1,23 | | 1,55 | 1,20 | ,005 |
| | zdravotná sestra | 1,75 | 1,35 | | 2,04 | 1,40 | |
| Nedostatok vlastných vedomostí, schopností, zručností | operátor | 1,91 | 1,46 | 3,06 | 2,01 | 1,43 | 3,02 |
| | záchranár | 1,36 | 1,33 | ,049 | 1,74 | 1,32 | ,051 |
| | zdravotná sestra | ,85 | ,81 | | 1,24 | 1,19 | |
| Potreba robiť veľa vecí naraz | operátor | 1,18 | 1,18 | 5,32 | 1,77 | 1,43 | 11,13 |
| | záchranár | 2,20 | 1,62 | ,006 | 2,00 | 1,34 | ,000 |
| | zdravotná sestra | 2,06 | 1,51 | | 1,40 | 1,24 | |
| Byrokracia - práca s dokumentáciou | operátor | 2,91 | 1,35 | | 2,53 | 1,30 | 5,50 |
| | záchranár | 2,36 | 1,83 | | 2,01 | 1,53 | ,005 |
| | zdravotná sestra | 2,58 | 1,64 | | 2,12 | 1,38 | |
| S technickým vybavením (telefóny, počítače, vysielачky) | operátor | 3,09 | 1,62 | 11,12 | 2,79 | 1,29 | 15,88 |
| | záchranár | 3,13 | 1,76 | ,000 | 2,68 | 1,61 | ,000 |
| | zdravotná sestra | 1,82 | 1,50 | | 1,25 | 1,27 | |
| S materiálnym vybavením (zariadenie, priestory, a pod.) | operátor | 2,16 | 1,69 | 3,92 | 1,91 | 1,44 | 7,55 |
| | záchranár | 2,50 | 1,81 | ,022 | 1,89 | 1,52 | ,001 |
| | zdravotná sestra | 1,65 | 1,63 | | 1,16 | 1,15 | |
| So spôsobom organizácie práce (počet operátorov, zmeny) | operátor | 2,18 | 1,61 | 10,01 | 2,16 | 1,59 | 13,26 |
| | záchranár | 2,08 | 1,65 | ,000 | 1,85 | 1,50 | ,000 |
| | zdravotná sestra | 1,31 | 1,24 | | 1,38 | 1,29 | |
| S podmienkami fyzického prostredia (hluk, svetlo, vzduch) | operátor | 2,57 | 1,52 | 10,44 | 2,74 | 1,48 | 18,95 |
| | záchranár | 2,75 | 1,62 | ,000 | 2,28 | 1,41 | ,000 |
| | zdravotná sestra | 1,56 | 1,38 | | 1,12 | ,91 | |
| S možnosťami oddychu počas zmeny | operátor | 2,63 | 1,60 | 13,28 | 2,48 | 1,51 | 15,06 |
| | záchranár | 2,35 | 1,80 | ,000 | 1,99 | 1,46 | ,000 |
| | zdravotná sestra | 1,38 | 1,33 | | 1,23 | 1,15 | |
| S časovým tlakom | operátor | 2,95 | 1,58 | 10,53 | 2,65 | 1,49 | 7,49 |
| | záchranár | 2,87 | 1,74 | ,000 | 2,55 | 1,35 | ,001 |
| | zdravotná sestra | 1,73 | 1,50 | | 1,73 | 1,41 | |
| S adekvátnym ohodnotením práce | operátor | 2,91 | 1,39 | | 2,53 | 1,25 | |
| | záchranár | 2,16 | 1,79 | | 2,28 | 1,67 | |
| | zdravotná sestra | 2,69 | 1,71 | | 2,68 | 1,61 | |

| | | Ako často sa vo vašej práci vyskytujú uvedené typy problémov? | | | Nakoľko sú pre vás zaťažujúce? | | |
|--|------------------|---|------|-----------------|--------------------------------|------|-----------------|
| | | Priemer | SD | ANOVA (F, sig.) | Priemer | SD | ANOVA (F, sig.) |
| S naplnením základných potrieb (strava, hygiena, a pod.) | operátor | 2,55 | 1,69 | 5,59 | 2,65 | 1,54 | 3,13 |
| | záchranár | 1,76 | 1,65 | ,004 | 1,61 | 1,42 | ,046 |
| | zdravotná sestra | 1,55 | 1,49 | | 1,58 | 1,42 | |
| Fyzická únava | operátor | 2,53 | 1,75 | 10,14 | 2,17 | 1,58 | 9,29 |
| | záchranár | 2,32 | 1,55 | ,000 | 2,03 | 1,24 | ,000 |
| | zdravotná sestra | 1,87 | 1,36 | | 1,63 | 1,34 | |
| Psychická únava | operátor | 3,07 | 1,29 | 8,15 | 2,64 | 1,27 | 10,08 |
| | záchranár | 3,09 | 1,48 | ,000 | 2,75 | 1,28 | ,000 |
| | zdravotná sestra | 2,15 | 1,42 | | 1,86 | 1,41 | |
| Iné | operátor | 3,11 | 1,51 | | 2,85 | 1,30 | |
| | záchranár | 2,88 | 2,17 | | 1,86 | 2,03 | |
| | zdravotná sestra | 1,78 | 1,99 | | 1,13 | 1,46 | |

7 Výsledky

7.1 Frekvencia výskytu problémov a intenzita ich prežívania pri výkone zdravotníckeho povolania – kvantitatívna analýza IPVZP

Hoci všetky tri sledované zdravotnícke profesie sa stretávajú s podobnými okruhmi problémov v práci, frekvencia výskytu konkrétnych situácií a s tým súvisiaca miera individuálnej záťaže a nárokov na schopnosti jednotlivca, je v závislosti na špecifických podmienkach výkonu konkrétnych povolani rôzna. Priemerné hodnoty položiek z Inventára problémov pri výkone zdravotníckeho povolania v sledovaných skupinách profesionálov predstavuje tab. 2. Vzhľadom na vyšší počet sledovaných položiek, na tomto mieste upozorníme predovšetkým na tie najviac a najmenej frekventované z nich.

7.1.1 Zdravotnícki operátori

V skupine zdravotníckych operátorov sú za najčastejšie sa vyskytujúce problémy, ktoré sa vyskytujú v priemere raz do týždňa, považované v nasledujúcom poradí: komplikácie s technickým vybavením (počítače, telefóny, GPS, vysielачky a pod.), psychická únava, problémy súvisiace priamo s kontaktom s volajúcimi (príbuzní pacientov, svedkovia udalosti - konflikty, neoprávnené požiadavky a

pod.), časový tlak, byrokracia – práca s dokumentáciou, nespokojnosť s hodnotením práce, náročné situácie súvisiace priamo s pacientmi, nedostatočná možnosť oddychu v práci, nevyhovujúce podmienky fyzického prostredia (miestnosť, osvetlenie, vetranie, priestor na prácu) a na desiatej priečke sú ťažkosti s napĺňaním základných potrieb (strava, hygiena).

Za najmenej časté sú operátormi považované problémy vo vzťahoch s podriadenými (obvykle nemajú podriadených), v priemere raz mesačne sa prejavujú problémy vo vzťahoch s nadriadenými, potreba robiť veľa vecí naraz, problémy vo vzťahoch s kolegami z KOS ako aj s príslušníkmi z iných útvarov, resp. organizácií (hasiči, polícia); niekoľkokrát do mesiaca sú operátori konfrontovaní s nedostatkom vlastných vedomostí, skúseností či zručností, problémami vo vzťahoch s inými zdravotníkmi, nedostatočne definovanými kompetenciami, nedostatkami v materiálnom vybavení a v spôsobe organizácie práce.

Z hľadiska toho, akú mieru záťaže pre operátorov tieto problémy predstavujú, je ich poradie mierne odlišné. Ako „dost' zaťažujúce“ sú vnímané problémy spojené s nedostatočným technickým vybavením, nevyhovujúcimi podmienkami fyzického prostredia, časovým tlakom, napĺňaním základných potrieb, psychická únava, nedostatočne definované postupy, problémy spojené s byrokraciou, adekvátnym ohodnotením práce. „Strednú záťaž“ predstavujú slabšie možnosti oddychu počas zmeny, problémy vo vzťahoch s volajúcimi, nedostatok informácií, ťažkosti v rozhodovaní o tom, ako konať, nedostatočne definované kompetencie, fyzická únava, spôsob organizácie práce, nedostatky vo vlastných vedomostiach, schopnostiach a zručnostiach, v materiálnom vybavení, vzťahy so samotnými pacientmi a inými zdravotníkmi, potreba robiť veľa vecí naraz a vzťahy s nadriadenými. Za „mierne zaťažujúce“ sú považované problémy vo vzťahoch s kolegami, príslušníkmi z iných organizácií a s podriadenými (obvykle sa nevyskytujú) (tab. 2).

7.1.2 Zdravotnícki záchranári

V skupine záchranárov je situácia odlišná. V priemere uvádzajú signifikantne menej častý výskyt problémov v práci ako aj mieru záťaže, ktorú pre nich predstavujú, tak v porovnaní s operátormi ako aj v porovnaní so skupinou zdravotných sestier (tab. 2). Rozdiel je do určitej miery ovplyvnený rodovým zložením tejto kategórie, keďže zastúpenie mužov medzi záchranármi je vyššie ako v ostatných

skupinách. No aj vtedy, ak porovnáваме iba ženy, sa záchranárky od žien v ostatných zdravotníckych povolaniach líšia vo frekvencii a v porovnaní so skupinou zdravotných sestier aj v intenzite vnímaných problémov rovnakým spôsobom ešte stále signifikantne, hoci menej zreteľne (Post-hoc test, $p < ,05$). Podľa Pilárika a Sarmányho-Schullera (2011) k nižšej expresii (prípadne aj uvedomovanej percepcii) negatívneho prežívania žien – záchranárok môže prispievať sociálny tlak vyplývajúci z maskulínneho charakteru role profesionálneho záchranára, ktorý v prípade zdravotných sestier neplatí.

Za najčastejšie sa vyskytujúce problémy v práci záchranárov (približne raz do týždňa) sú považované komplikácie spojené s technickými problémami, psychickou únavou, problémy iného typu, časový tlak, podmienky fyzického prostredia, nedostatky spojené s materiálnym vybavením. Niekoľkokrát mesačne sa v práci záchranárov vyskytujú problémy spojené s byrokraciou, s možnosťami oddychu počas zmeny, fyzickou únavou, potrebou robiť viac vecí naraz a s adekvátnym ohodnotením práce.

Medzi najzriedkavejšie sa vyskytujúce problémy u záchranárov patria podľa nich vzťahy s podriadenými (obvykle nemajú podriadených) a príslušníkmi z iných organizácií (polícia, hasiči), vzťahy s nadriadenými, kolegami, nedostatok vlastných schopností, vedomostí alebo zručností, vzťahy s pacientmi. Viackrát mesačne sa prejavujú ťažkosti v rozhodovaní o tom, ako konať, nedostatočné kompetencie, problémy vo vzťahoch s príbuznými pacientov alebo svedkami udalosti a nedostatok informácií.

Ako „dosť zaťažujúce“ prežívajú záchranári podľa IPVZP problémy spojené s psychickou únavou, technickým vybavením, časovým tlakom, ako „stredne zaťažujúce“ na nich pôsobia problémy spojené s podmienkami fyzického prostredia, adekvátnym ohodnotením práce, fyzická únava, byrokracia, potreba robiť veľa vecí naraz, nedostatočné možnosti oddychu počas zmeny, problémy s materiálnym vybavením, iné, spôsob organizácie práce, ťažkosti vo vzťahoch s inými zdravotníkmi, nedostatočne definované postupy, nedostatok vlastných vedomostí, schopností či zručností, nedostatočne definované kompetencie, ťažkosti s napĺňaním základných potrieb a nedostatok informácií. Ako „mierne zaťažujúce“ sú prežívané ťažkosti v rozhodovaní o tom, ako konať, vzťahy s príbuznými pacientom a/alebo svedkami udalostí, vzťahy s nadriadenými, samotnými pacientmi a kolegami. Vzhľadom na ich minimálny výskyt sú ako najmenej

zaťažujúce záchranármí vnímané problémy vo vzťahoch s príslušníkmi z iných organizácií a vzťahy s podriadenými (tab. 2).

7.1.3 Zdravotné sestry

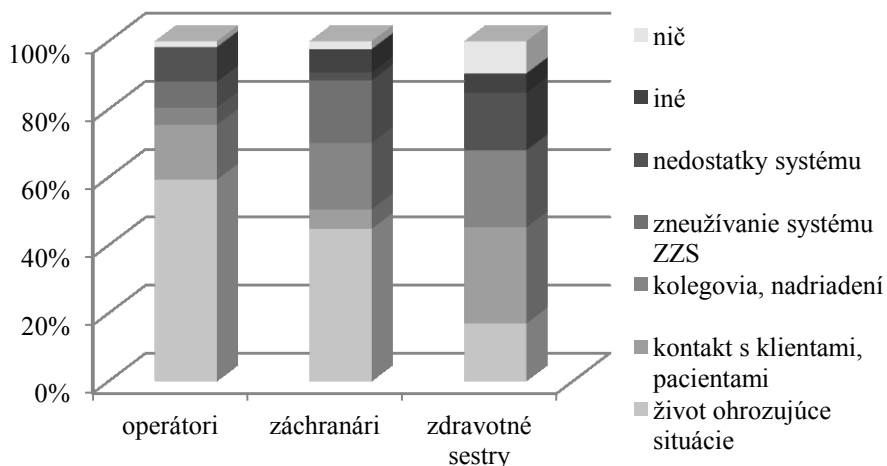
Najčastejšie sa vyskytujúce problémy (cca raz týždenne) v práci zdravotných sestier začínajú neadekvátnym ohodnotením práce a byrokraciou, niekoľkokrát mesačne sa stretávajú so zvýšenou psychickou únavou, potrebou robiť veľa vecí naraz, ťažkosťami vo vzťahoch s pacientmi, fyzickou únavou, technickými problémami, ťažkosťami vo vzťahoch s príbuznými pacientov, inými okolnosťami, nedostatočne definovanými kompetenciami a pod. Najmenej často sa zdravotné sestry podľa nich samých stretávajú s problémami súvisiacimi s nedostatkom vlastných vedomostí, schopností a zručností a s problémami súvisiacimi so spolupracou s príslušníkmi z iných útvarov a organizácií. V priemere raz mesačne riešia problémy vo vzťahoch s inými zdravotníkmi, so spôsobom organizácie práce, vo vzťahoch s podriadenými, s možnosťami oddychu počas zmeny, vo vzťahoch s nadriadenými, s napĺňaním základných potrieb, podmienkami fyzického prostredia a ťažkosťami v rozhodovaní o tom, ako konať. Niekoľkokrát mesačne riešia problémy vo vzťahoch s kolegami.

Ako najviac zaťažujúce je zdravotnými sestrami vnímané neadekvátne ohodnotenie ich práce, za stredne zaťažujúce považujú problémy vo vzťahoch s kolegami, byrokraciou, nedostatok informácií, nedostatočne definované postupy, ťažkosti v rozhodovaní o tom, ako konať, psychickú únavu, problémy vo vzťahoch s pacientmi a ich príbuznými, nedostatočne definované kompetencie, problémy s nadriadenými, časový tlak, vzťahy s podriadenými, fyzickú únavu a ťažkosti s napĺňaním základných potrieb (strava, hygiena). Mierne zaťažujúco na nich pôsobia problémy vo vzťahoch s inými zdravotníkmi, potreba robiť veľa vecí naraz, spôsob organizácie práce, nedostatky v technickom vybavení, ale aj vo vlastných vedomostiach, schopnostiach a zručnostiach, slabšie možnosti oddychu počas zmeny, nedostatky v materiálnom vybavení a iné faktory. Ako najmenej zaťažujúce prežívajú zdravotné sestry podmienky fyzického prostredia a vzťahy s príslušníkmi z iných organizácií (tab. 2).

7.2 Kvalitatívna analýza zaťažujúcich situácií v práci zdravotníkov

Keďže výsledné hodnoty odpovedí v inventári možných problémov v zdravotníckych povolaniach môžu byť do istej miery artefaktom zvolených položiek a škál, považovali sme za vhodné doplniť tieto výsledky kvalitatívnou analýzou voľných výpovedí na otvorenú otázku: „Popíšte, ktoré typy situácií v práci Vás zasiahli/rozrušili viac, ako je pre Vás obvyklé?“.

Na uvedenú otázku odpovedalo 80% percent respondentov. Ich výpovede boli zapísané a zatriedené do kategórií s podobným významom. Početnosti voľných odpovedí pre jednotlivé profesie v rámci takto vytvorených kategórií predstavuje obr. 1.



Obr. 1. Zastúpenie problémových okruhov v práci vo voľných výpovediach respondentov

Najnáročnejšie situácie ohrozujúce život pacienta z pohľadu zdravotníkov



Obr. 2. Štruktúra voľných výpovedí v kategórii „Život ohrozujúce stavy“

Najčastejšie zmieňovanú kategóriu osobitne náročných situácií pre zdravotníckych profesionálov všeobecne, predstavujú *život ohrozujúce situácie* pre všetky skupiny pacientov (podrobnejšiu štruktúru tejto kategórie znázorňuje obr. 2). Najväčšiu pozornosť v rámci nich pútajú život ohrozujúce situácie *u detí*, a to najmä v prípade operátorov a záchranárov, menej často u zdravotných sestier, ktorých klientela je z hľadiska veku pomerne stála (bezvedomie a dusenie sa detí, KPR detí cez telefón i priamo osobne na mieste udalosti, najmä ak končí úmrtím dieťaťa, zranené a umierajúce deti a bábätká). Osobitne zaťažujúce sú pritom aj *okolnosti, ktoré úspešný zásah výrazne komplikujú* – napr. žiadna voľná sanitka v okolí, príliš rozrušení rodičia alebo svedkovia na mieste udalosti, ktorí nedokážu spolupracovať pri poskytovaní nevyhnutnej prvej pomoci do príchodu záchranárov s operátorom na telefóne, ale aj z hľadiska zainteresovaného záchranára *neadekvátne reakcie okolia* na úmrtie dieťaťa – napr. neúspešná resuscitácia dvojročného chlapčeka po úraze elektrickým prúdom vo vani a následná

reakcia jeho matky, ktorá bez slzy povedala len „Pán Boh dal, pán Boh vzal.“). Ako osobitne náročné sú však prežívané aj situácie, kedy nie je priamo ohrozený život samotného dieťaťa, ale kde je zdravotník konfrontovaný s jeho *psychickým utrpením* – napr. telefonická asistancia pri resuscitácii matky jej dieťaťom (DLS), či úmrtie rodičov, po ktorých ostali malé deti. Ďalšou špecifickou kategóriou sú udalosti týkajúce sa úmrtia a vážneho *ohrozenia života mladých ľudí*, o to viac, ak sú vnímané ako neočakávané, náhle, zbytočné (napr. dopravné nehody spôsobené ľahkovážnosťou) či ak sú spojené s bezmocnosťou zdravotníkov. Inou osobitne frustrujúcou kategóriou náročných situácií pre všetky skupiny zdravotníckych profesionálov sú negatívne udalosti týkajúce sa *blízkych osôb, kolegov či iných známych ľudí*, a to nielen vtedy, keď je zdravotník priamo zaaňžovaný v pomáhajúcom zásahu, ale aj keď sa o prípadnom nešťastí známeho, či kolegu dozvedá sprostredkovan. Tieto udalosti reprezentujú situácie ako je prebratie tiesňovej výzvy blízkej kolegyně, neúspešná KPR kolegu, ale aj vážne ochorenie známeho človeka.

Medzi výnimočne záťažové udalosti z kategórie život ohrozujúcich situácií patria tak v povolani zdravotníckych operátorov, ako aj záchranárov, *udalosti s hromadným postihnutím osôb* (NHPO). V našich podmienkach sú to najmä hromadné dopravné nehody s väčším počtom mŕtvych a ťažko ranených osôb, ale aj iné udalosti ako napr. výbuch v muničných skladoch v Novákoch či zrútenie rozostavaného mosta v Kurimanoch. Zvládať tieto udalosti je náročné nielen po stránke organizačnej a pracovnej, ale aj z hľadiska zlyhávania vlastných obranných mechanizmov.

Opačným, tiež však zaťažujúcim, extrémom sú pre oba vyššie zmienené druhy zdravotníckych povolani časté a najmä opakované prípady *zneužívania systému* poskytovania zdravotnej starostlivosti či už na úrovni neopodstatnených volaní, priamych neindikovaných žiadostí volajúcich o vyslanie posádky ZZS, neprimeraných požiadaviek pacientov voči posádkam záchranej zdravotnej služby (napr. o poskytnutie liekov), alebo snaha o zneužívanie nemocničnej starostlivosti (napr. žiadosť o príchod posádky ku geriatrickému pacientovi, údajne agresívnemu, pričom nakoniec vysvitne, že ho len rodina potrebuje umiestniť načas do nemocnice, lebo všetci odchádzajú na svadbu; volania na núdzovú linku za účelom pobavenia volajúceho alebo využitia ošetrovania, ktoré je možné získať aj v rámci bežnej návštevy príslušného obvodného lekára).

Odlíšnou kategóriou náročných situácií pre zdravotníckych profesionálov sú *problémy spočívajúce v narušenom kontakte s pacientmi*

a ich príbuznými či už v dôsledku intoxikácie, delíria, arogancie, verbálnej, či dokonca aj fyzickej agresie (útok – „keď ma pacient hodil o zem“), ale aj takého emočného rozrušenia alebo deficitu kognitívnych schopností, ktoré spoluprácu s pacientom, jeho rodinou či svedkami udalosti sťažujú, ako napr. plač volajúceho, neschopnosť sledovať jasné či viackrát opakované pokyny. Tento druh problémov je významný najmä v práci operátorov a zdravotných sestier. Z výpovedí zdravotníkov je možné usudzovať, že okrem vecnej stránky ťažšej spolupráce s takto naladeným klientom, je situácia pre zdravotníka osobitne náročná aj tým, že verbálne agresívni či arogantní pacienti alebo ich príbuzní zraňujú svojimi vyjadreniami pocit vlastnej hodnoty pomáhajúceho zdravotníka a znižujú mieru jeho osobného naplnenia či zadosťučinenia z výkonu svojho povolania a tým aj ďalšiu motiváciu pomáhať. Operátori sa často cítia osobne zneužívaní, pokiaľ sú nútení počúvať na svoju adresu vulgárne urážky a či osočovania od volajúcich, bez ohľadu na to či ide zo strany volajúceho o ospravedlniteľnú stresovú reakciu na kritickú udalosť, alebo o prejav jeho obvyklého správania. Rovnako demotivujúco na nich pôsobí zneužívanie núdzovej linky len za účelom rozptýlenia opakovane volajúcich jednotlivcov najmä preto, lebo nemajú možnosť aktívne sa mu brániť (nemali by sami zložiť núdzový telefonát), pre volajúceho je prakticky beztrestnou, blokuje pritom núdzovú linku pre ďalších klientov a operátori túto aktivitu vnímajú v príkrom rozpore so svojím skutočným poslaním, ktorým je ochrana života a zdravia pacientov. Množstvo telefonátov tohto druhu pritom nie je zanedbateľné a niektorí volajúci sú schopní opakovane vytočiť číslo núdzovej linky aj niekoľko desiatokrát za sebou.

Skupina záchranárov aj zdravotných sestier má tiež skúsenosti s arogantnými či dokonca agresívnymi príbuznými pacientov, v ich prípade však ide aj o *riziko priameho fyzického útoku*. Vo výpovediach záchranárov sa prejavila tiež obava z *vlastného nakazenia* vážnym infekčným ochorením („pacienti, ktorí zatajili hepatitídu a pritom bolo všetko postriekané od krvi“). O niečo menej ohrozujúce, avšak tiež zaťažujúce, sú zdravotnými sestrami vnímané prejavy nepochopenia či nespokojnosti pacientov napr. s čakaním na vyšetrenia, ich časté vyrušovanie, nezodpovedné správanie či nerešpektovanie dohodnutých termínov. Veľmi citlivo sú vnímané aj oficiálne sťažnosti pacientov a ich blízkych na výkon zdravotníkov.

Vzhľadom na zvýšenú mieru stresu pri výkone zdravotníckeho povolania jeho ďalšími zdrojmi sú okrem vyššie zmienených prirodzených vonkajších faktorov aj *zdroje vyplývajúce zo samotného*

systému poskytovania zdravotnej starostlivosti – počínajúc jeho štruktúrou, personálnym zabezpečením, spoluprácou s inými oddeleniami či poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, ale aj vzťahy medzi zdravotníckymi pracovníkmi - spolupracovníkmi - navzájom. Posledný menovaný faktor zmieňujú vo svojich voľných výpovediach najčastejšie zdravotné sestry, ktoré vzťahy s kolegami vnímajú najmenej priaznivo. Operátori a záchranári vnímajú negatívne častejšie vzťahy so zdravotníkmi z iných organizácií, napr. nevhodné správanie sa posádok k operátorom, či naopak podľa niektorých záchranárov nekompetentnosť operátorov či frekventované nevhodné reakcie zdravotníckeho personálu pri odovzdávaní pacientov v nemocnici. Zdrojom konfliktov sú často aj vzťahy medzi stredným zdravotníckym personálom a lekármi - napr. „arogancia lekára na OUM pri preberaní pacientov“, „nehoda názorov na správnosť postupu operátorov“ či „sebavedomie lekárov v komunikácii so sestrami a sanitármi“. Zdravotníkmi sú citlivo vnímané tiež problémy neadekvátneho hodnotenia práce nadriadenými, ich pokarhanie či vyhrážanie sa trestom.

Osobitnou kapitolou zdrojov stresu zdravotníckych profesionálov vyplývajúcich zo samotného systému poskytovania zdravotnej starostlivosti, je popri osobných vzťahoch *nedostatok personálnych i materiálnych zdrojov, nedostatky v efektívnosti organizácie práce* či neprimeraných požiadavkách na výkon jednotlivca – napr. nedostatok personálu v službe, nedostatok materiálu, dlhá čakacia doba na lekára, nedostatok ambulancií, potreba robiť veľa vecí naraz, rastúci počet pacientov na jednu sestru, časový tlak pri vyšetreniach, časté zmeny v práci s dokumentáciou, nezmyselné nariadenia a pod.

Niektorí záchranári negatívne vnímajú aj širšie súvislosti - rozpory medzi slabým zvýhodnením oproti iným zložkám štátneho záchranného systému, nedostatočnú spoluprácu s nimi („slabá ochrana pri rizikových výjazdoch“) a negatívne naladenie verejnosti („veď vy zarábate veľa , tak sa snažte“) v dôsledku „mediálnych dezinformácií o ich platoch“.

Podľa voľných výpovedí nič v práci výnimočne nezasahuje, nerozruší cca 4% respondentov.

8 Diskusia

Cieľom tejto štúdie bolo oboznámenie sa so špecifickými podmienkami a zdrojmi psychickej záťaže v povolani vybraných stredných zdravotníckych pracovníkov na Slovensku, priblížiť a čiastočne tak aj porovnať psychologický kontext, v rámci ktorého sa pohybujú pri ich rozhodovaní v reálnych situáciách.

Získané výsledky predstavujú skôr orientačné údaje o faktoroch, ktoré predstavujú pracovnú záťaž pre zástupcov jednotlivých zdravotníckych povolání, zapojených v tejto štúdii, než presnú kvantifikáciu ich frekvencie a významu. Dôvodom je jednak subjektívne interpretovanie jednotlivých položiek a použitých škál, rovnako ako aj možnosť skreslenia výsledkov v dôsledku obmedzenej návratnosti dotazníkov. Ich návratnosť bola nižšia ako napr. vo výskume Šeblovej, Kebzu a Vignerovej (2007), čo je možné spájať s väčšími časovými nárokmi na jeho vyplnenie (cca 1 hodina). Keďže dotazníky boli administrované anonymne a mali byť vyplňané vo voľných chvíľach na pracovisku, v škole alebo doma, podpora ich vyššej návratnosti bola veľmi obmedzená. Podobne ako Ploeg a Kleber (2003) môžeme predpokladať, že sa do výskumu zapojili najmä tí zdravotníci, ktorí sú pre svoju prácu ešte stále aspoň čiastočne zapálení a motivovaní, nakoľko sa aj v zahraničných štúdiách ukazuje, že práve tá časť respondentov, ktorá obvykle odmieta odpovedať vo výskumoch týkajúcich sa traumatického stresu alebo burnoutu je tou časťou populácie, ktorá má najviac zdravotných problémov. Preto je pravdepodobné, že v podobných výskumoch dochádza k podceneniu reálneho výskytu týchto symptómov.

Vzhľadom na uvedené limitácie sme sa rozhodli neinterpretovať detailne presné hodnoty a štatistickú významnosť rozdielov v jednotlivých položkách medzi sledovanými skupinami respondentov, ale zamerať sa viac na vykreslenie atmosféry a prostredia, v ktorom pracujú, najmä na tie faktory, ktoré sami hodnotia ako najčastejšie a najintenzívnejšie zdroje svojho pracovného stresu.

Z výsledkov kvantitatívnej a kvalitatívnej časti štúdie vyplýva, že každé z týchto zdravotníckych povolání má svoje vlastné špecifiká, priamo súvisiace s pracovným prostredím, nástrojmi a prípadmi, ktorými sa zaoberá.

Kým v pracovnej záťaži operátorov ZZS a záchranárov dominuje viac nedostatočné technické vybavenie, práca pod časovým tlakom v často nevyhovujúcich podmienkach fyzického prostredia (na jednej

strane práca v teréne u záchranárov, na druhej strane sedavá práca v uzavretej klimatizovanej miestnosti s minimálnou možnosťou pohybu u operátorov), zdravotné sestry najviac zaťažuje neadekvátne hodnotenie ich práce, vzťahy s kolegami a množstvo byrokracie. Ak porovnávame mieru záťaže, ktorú predstavujú sledované faktory v každodennej pracovnej činnosti pre jednotlivé skupiny respondentov, vzťahy s pacientmi a ich príbuznými sú častejším zdrojom stresu pre operátorov ako pre ostatné skupiny, potom pre zdravotné sestry a až v poslednom rade pre záchranárov, priamo úmerne k tomu, s koľkými osobami prichádzajú denne do kontaktu. Rovnaká zákonitosť pôsobí v kontakte s príslušníkmi z iných organizácií či z iných zdravotníckych zariadení, s ktorými sa častejšie stretávajú operátori a záchranári ako zdravotné sestry.

Ako vyplynulo z porovnania odpovedí na uzavreté a otvorené otázky týkajúce sa zdrojov záťaže v práci zdravotníkov, odpovede v inventári IPVZP reflektujú skôr zdroje dlhodobého pôsobiacého chronického stresu nižšej intenzity, kým odpovede na voľne formulovanú otázku evokujú skôr spomienky na relatívne zriedkavé situácie akútneho stresu v dôsledku kritických udalostí a tak sa pri vykresľovaní obrazu o zaťažujúcich faktoroch tohto povolania navzájom dopĺňajú.

Vo výpovediach zdravotníckych operátorov tak ako najčastejšie zaťažujúce faktory dominujú problémy *vyplyývajúce priamo z obsahu a charakteru ich práce* – okrem samotného kontaktu s volajúcimi, častej konfrontácie s ich utrpením a niekedy vlastnej bezmocnosti, ide aj o zneužívanie núdzovej linky, ktoré ohrozuje ich pocit zmysluplnosti vlastnej práce a nezriedka aj sebahodnotenie (podrobný psychologický výklad pôsobenia jednotlivých položiek z kategórie týchto faktorov na psychiku zdravotníkov uvádza Guľašová, 2011). Zaťažujúco pôsobí tiež nutnosť rozhodovania pod časovým tlakom pri nedostatku informácií, ktoré je jednou z hlavných črt tejto práce. Okrem vyššie zmienovaných problémov s technickým vybavením, na ktorom je práca operátorov plne závislá (napr. kvalita spojenia s posádkami – nedostatok vysielaciek, verzus nespoľahlivá verejná mobilná sieť⁴; zariadenia a programy pre lokalizáciu a evidenciu posádok a volaní a pod.) medzi ďalšie *chronické stresory na strane organizácie* patria nedostatočne definované postupy a kompetencie, z hľadiska operátorov nezmyselné nariadenia, neadekvátne hodnotenie, nedostatok ambulancií v teréne a napokon

⁴ Od roku 2012 zavádza OS ZZS SR systém rádiovkej komunikácie, ktorý by mal tento nedostatok eliminovať.

vlastné obmedzenia súvisiace so zvýšenou záťažou - *vlastná psychická únava*. Väčšina týchto charakteristík predstavuje faktory priamo ovplyvňujúce výkon, resp. správnosť rozhodovania jednotlivca. Až na posledných miestach nasledujú faktory podmieňujúce jeho fyzickú pohodu či sociálne vzťahy na pracovisku.

Zdravotníci záchranári v porovnaní s ostatnými skupinami respondentov prekvapili najnižšou mierou percipovaných problémov a zaťažujúcich faktorov v práci. Pri hľadaní príčiny ich relatívne nízkych hodnôt frekvencie a intenzity prežívaných problémov v porovnaní s ostatnými skupinami zdravotníkov by bolo možné uvažovať o vplyve špecifického rodového zloženia tejto skupiny, v ktorej sa nachádza podstatne viac mužov ako v ostatných skupinách, no ďalšie analýzy ukázali, že skutočný dôvod spočíva zrejme inde. Pri samostatnom porovnaní žien – záchranárok so ženami z ostatných skupín ostal trend nižšieho výskytu aj intenzity prežívaných zdrojov záťaže v práci zachovaný, čo vedie k úvahe, že sa záchranári napriek častejšej expozícii potenciálne traumatizujúcim situáciám vyrovnávajú s nárokmi svojej práce lepšie ako príslušníci ostatných sledovaných skupín. Či ide o pozitívny účinok väčšej prežívanej zmysluplnosti vlastnej práce, osobité charakteristiky ľudí, ktorí si vybrali pôsobenie na poli urgentnej medicíny, väčší priestor pre seberealizáciu alebo možnosť regenerácie v rámci prestojov medzi jednotlivými výjazdmi, môžu ozrejmiť nasledujúce štúdie.

Podľa odpovedí v inventári IPVZP najobvyklejšími zdrojmi chronického stresu sú pre záchranárov nedostatky v technickom a materiálnom vybavení, časový tlak a potreba robiť veľa vecí naraz pri často náročných podmienkach fyzického prostredia, s tým súvisiaca psychická i fyzická únava, pocit neadekvátneho ohodnotenia a problematický spôsob organizácie práce. Ďalej nasledujú konfliktné vzťahy so zdravotníkmi z iných zariadení, od komunikácie so zdravotníckymi operátormi, ktorí ich posielajú aj na, podľa nich, neindikované výjazdy, po odovzdávanie pacientov do nemocníc, kde narážajú na častú neochotu personálu prijímať nových pacientov. Problémy vo vzťahoch s pacientmi a ich príbuznými sú z hľadiska frekvencie výskytu u záchranárov na sedemnástom mieste (jeden – viackrát mesačne) a z hľadiska intenzity prežívanej záťaže, ktorú pre záchranárov predstavujú až na dvadsiatom mieste v poradí (mierna záťaž). Na základe analýzy voľných výpovedí sa však dozvedáme, že najhlbšiu pamäťovú stopu v nich zanechávajú práve prípady týkajúce sa život ohrozujúcich stavov pacientov a ich príbuzných (96%),

predovšetkým úmrtia a život ohrozujúce situácie detí, mladých ľudí, kolegov, blízkych a známych ľudí, nehody s hromadným postihnutím osôb, ale aj konflikty s príbuznými pacientov a zneužívanie ZZS.

V reakciách na položky inventára sa u zdravotných sestier ako najviac zaťažujúce prejavujú položky súvisiace s neadekvátnym ohodnotením, problémami vo vzťahoch s kolegami, vysokými pracovnými nárokmi (byrokracia, nedostatok informácií, nedostatočne definované postupy, ťažkosti v rozhodovaní, potreba robiť veľa vecí naraz) a s tým súvisiacou psychickou a v o niečo nižšej miere aj fyzickou únavou. Tieto faktory sa prejavujú aj vo voľných výpovediach, ktoré reflektujú nedostatočné personálne pokrytie služieb na nemocničných oddeleniach, rastúci počet pacientov na jednu sestru, ale aj častejšie interpersonálne konflikty medzi kolegyňami, v komunikácii s lekármi a nadriadenými. O problémoch s pacientmi referujú v inventári IPVZP zdravotné sestry menej často a menej intenzívne ako operátori, ale častejšie ako záchranári. Percento voľných výpovedí týkajúcich sa priamo situácií ohrozujúcich život pacientov je v tejto skupine v porovnaní s operátormi a záchranármi najnižšie (menej ako 19%). Podiel problémov v samotnom kontakte s pacientmi a ich príbuznými je však rovnaký ako u operátorov (31%). Dôvodom je, že zdravotné sestry sa stretávajú s obmedzenejším okruhom ťažkostí svojich pacientov a súčasne sú ich problémy v priemere menej naliehavé, ako tie, s ktorými sa zaoberajú zdravotnícki operátori a záchranári. Nie sú preto s kritickými, potenciálne traumatizujúcimi situáciami konfrontované tak často ako ich kolegovia, no ich dlhodobý kontakt s pacientmi prináša rovnaké množstvo konfliktov ako u operátorov OS ZZS. Práca zdravotných sestier prebieha v širšom kolektíve a vyžaduje viac koordinácie s ostatným personálom, čo predstavuje širší potenciál pre vznik viacerých typov pracovných interpersonálnych konfliktov.

Zistené zdroje stresu spoľahlivo reflektujú všeobecne známe nedostatky systému poskytovania zdravotnej starostlivosti – nedostatok financií, s ním súvisiace zastarané vybavenie, nižšie ohodnotenie zamestnancov, nedostatok personálu a limitovaný rozsah poskytovaných služieb. No podobné problémy – nedostatok personálu, stresujúce pracovné podmienky, nedostatočné ohodnotenie, ale aj neadekvátne vzdelávacie programy sú bežné nielen u nás, ale aj v zahraničí (napr. Mrayyan, 2009). Podľa Utriainenovej a Kyngeäsa (2009) nedostatok zdravotných sestier a ich vysoká fluktuácia nie je výsostným problémom krajín bývalého východného bloku, ale je problémom globálnym. Výraznou mierou ovplyvňuje kvalitu poskytovanej zdravotnej

starostlivosti, a preto je dôležité upriamiť pozornosť na tie faktory, ktoré motiváciu zdravotníkov pracovať vo svojej oblasti ovplyvňujú. Jedným z najvýznamnejších je pracovná spokojnosť. Podľa týchto autorov sú najdôležitejšími zdrojmi pracovnej spokojnosti zdravotných sestier interpersonálne vzťahy na oddelení, kvalita poskytovanej starostlivosti o pacienta a spôsob organizácie ošetrovateľskej starostlivosti na oddelení. Za významné interpersonálne vzťahy na oddelení sú považované sociálne a profesionálne vzťahy na pracovisku - vzťahy medzi sestrami a lekármi, kvalita ich komunikácie a spolupráce, harmónia a pocit spolupatričnosti medzi sestrami navzájom, ich kooperácia a dobrá komunikácia. Môžu sa prejavovať napr. vo vzájomnej pomoci pri starostlivosti o pacientov alebo aj v príjemnej konverzácii počas prestávok na kávu. Sociálna klíma má potom vplyv na pracovnú spokojnosť zdravotných sestier. Udržiavaniu vhodnej sociálnej klímy napomáhajú hodnoty organizácie, ktoré sú orientované na medziľudské vzťahy, napr. tie, ktoré zahŕňajú splnomocňovanie, participáciu a otvorenú diskusiu, senzitivitu voči ideám zamestnancov, lojalitu a dôveru. Pozitívny vplyv sociálnej opory vo forme dobrých vzťahov na pracovisku v prevencii vzniku syndrómu vyhorenia u sestier na onkologických oddeleniach potvrdzuje okrem zahraničných štúdií aj výskum českých autorov (Ježorská, Kozyková, Chrastina, 2012).

Druhým z najvýznamnejších faktorov pracovnej spokojnosti zdravotných sestier je kvalita ich starostlivosti o pacientov. Tá zahŕňa viacero zložiek: presvedčenie o tom, že pacientom poskytujú vysoko kvalitnú starostlivosť, osobné ocenenie od spokojných pacientov a ich príbuzných, radosť z pozorovania, ako sa stav pacientov zlepšuje, príležitosť byť súčasťou dôležitých udalostí a pocit hlbokého emocionálneho alebo aj spirituálneho uspokojenia v tom, čo robia. Najspokojnejšie zdravotné sestry majú podľa Utriainenovej a Kyngäsa (2009) tiež hlboké ľudské vzťahy s pacientmi, ktoré si vytvárajú na základe potvrdzovania ich ľudskej hodnoty, rešpektovaním ich osobnej dôstojnosti, umožnením nádeje a pomocou pacientom s hľadaním významu skúsenosti s ochorením pre ich život.

Tretím najvýznamnejším faktorom pracovnej spokojnosti zdravotných sestier je podľa tých istých autorov spôsob organizácie ošetrovateľskej starostlivosti. Zdravotné sestry sú obvykle viac spokojné s vnútornými aspektmi svojej práce ako s vonkajšími. Kým význam výšky platu, finančných odmien a zamestnaneckých benefítov pre spokojnosť zamestnancov je všeobecne známy, nemenej významné sú vzťahy medzi pracovnou a rodinnou oblasťou života, pracovný čas,

rovnomernosť pracovného zaťaženia, úroveň personálneho zabezpečenia práce na oddelení, podpora autonómie, rozmanitosť aktivít, malé organizačné obmedzenia, spravodlivosť, podpora nadriadených, profesionálny status a profesionálny rozvoj.

Význam vplyvu organizačnej kultúry na vznik alebo naopak prevenciu syndrómu vyhorenia u zdravotníckych a sociálnych pracovníkov zdôrazňuje aj štúdia z dielne českých autorov (Havrdová, Šolcová, Hradcová a Rohanová, 2010), zameraná na aplikáciu modelu Maslachovej a Leitera (2000), podľa ktorého ku vzniku syndrómu vyhorenia prispieva najmä typ vzťahu medzi zamestnávateľom a zamestnancom, konkrétne zamestnancom percipovaná miera zhody alebo naopak nezhody so zamestnávateľom v šiestich oblastiach pracovného života: pracovnom zaťažení, kontrole nad vlastnou prácou, ocenení práce, spoločnosti/vzťahoch a spravodlivosti v organizácii, a v miere zhody hodnôt zamestnanca, ostatných zamestnancov a zamestnávateľa. Ocenenie sa pritom netýka iba vonkajších odmien – platu a zamestnaneckých výhod, ale aj vlastného vnútorného a spoločenského ocenenia práce (Havrdová et al., 2010), ktoré sa ukázalo ako významné tiež v tejto štúdií.

Aby sme mohli posúdiť subjektívne hodnotenie náročnosti vyššie predstavených zdravotníckych povolání s inou časťou populácie, porovnávali sme ich v nasledujúcich štúdiách jednak so študentmi sociálnych vied (tretia kapitola), ale aj s profesionálnymi vojakmi, ktorým je venovaná siedma kapitola tejto monografie (Pitel, 2013).

9 Záver

Každé z vyššie popísaných zdravotníckych povolání kladie na svojich predstaviteľov odlišné nároky v závislosti od typu problémov, spôsobu ich riešenia a prostredia, v ktorom sa jeho činnosť odohráva.

Práca zdravotníckych operátorov a jej nároky sa čiastočne prekrýva s prácou záchranárov v klientele, ktorou sa zaoberá – urgentné prípady, rutinné prevozy, ale aj zneužívania systému ZZS. Denne však spracujú omnoho väčšie množstvo tiesňových volaní ako je obvyklý počet výjazdov záchranárskych posádok, pričom informácie, na základe ktorých sa majú rozhodovať sú iba útržkovité a často nespoľahlivé, časový tlak veľký a tolerancia omylov (nevyslania posádky ZZS k vážnemu prípadu) nulová. Zvládať pritom musia obmedzenia

telefonickej komunikácie s veľmi rozrušenými svedkami a príbuznými pacientov, ktorí sú pre nich jedinými zdrojmi informácií a fyzickej pomoci pre pacienta, akú do príchodu posádky ZZS na mieste udalosti majú. Často sú tak konfrontovaní s vlastnou bezmocnosťou, ako aj s nedostatkom pozitívnej spätnej väzby na svoju prácu z vonkajšieho prostredia. Priestory, v ktorých pracujú, sú však z fyzického hľadiska stabilné a bezpečné, podobne ako u zdravotných sestier v nemocniciach.

Zdravotné sestry sa s náhlymi kritickými situáciami ohrozujúcimi život pacientov stretávajú vo svojej práci menej často – v závislosti od typu oddelenia, na ktorom pracujú, preto aj v ich výpovediach dominujú skôr iné aspekty ich práce, napr. širšia sieť sociálnych vzťahov na pracovisku a komplikácie, ktoré z nej vyplývajú, ale tiež problémy s vedením dokumentácie a starostlivosťou o väčší počet pacientov odrazu, ktorú vykonávajú.

Záchranári naopak pracujú prevažne v malých skupinkách a vo svojej činnosti sú riadení predovšetkým pokynmi zdravotníckych operátorov z operačného strediska, takže u nich príliš často ku konfliktom s vlastnými kolegami nedochádza. Vystavení sú však v plnej sile nehostinnej atmosfére kritických udalostí svojich klientov – ich strachu, hnevu aj žiaľu, v cudzom prostredí, v každom počasi aj popri možnom ohrození vlastného života. Ich možnosť mať svoju prácu pod kontrolou je podstatne nižšia, zatiaľ čo emočné nároky, ktoré na nich kladie, sú podstatne vyššie ako v iných povolaniach. Na druhej strane, ich vyšší pocit zmysluplnosti z práce a vyššia oddanosť k povolaniu môžu slúžiť ako nárazník proti potenciálnym negatívnym následkom zvýšených emočných požiadaviek ich práce (Ploeg, Kleber, 2003). Podobne pôsobí aj sociálna podpora, sociálne prostredie a osobnostné zdroje individua (Hansen et al., 2012).

Je však potrebné rozlišovať oddanosť a spokojnosť so svojim povolaním od spokojnosti so svojou organizáciou, ktoré nie sú totožné. Nespokojnosť s organizačnými aspektmi vlastnej práce, ktorá sa prejavila aj v tejto štúdii, je podľa Ploega a Klebera (2003) častým zdrojom chronického stresu, za ktorý sa platí vysoká cena v podobe prejavov psychopatológie, syndrómu vyhorenia a posttraumatických symptómov, výskytu ktorých bude venovaná nasledujúca kapitola.

Úlohou zdravotníckych organizácií je preto vytvárať pre svojich zamestnancov také podmienky, ktoré pôsobenie chronických ale i akútnych stresorov v práci zdravotníkov aspoň čiastočne eliminujú – ergonomické pracovné prostredie, podpora funkčných sociálnych

vzťahov na pracovisku, možnosť rekondičných pobytov, adekvátne finančné i morálne ohodnotenie, kontinuálne vzdelávanie a pod. (podrobnejšie napr. Šeblová et al., 2009, Kebza, Šolcová, 2008a, b).

Literatúra

- DECKER, F.H., 1997, Occupational and nonoccupational factors in job satisfaction and psychological distress among nurses. *Research in nursing and health*, 20, 453-464.
- DOBIÁŠ, V., 2007, *Urgentná zdravotná starostlivosť*. Osveta, 179.
- GULAŠOVÁ, M., 2011, Krízové situácie vyžadujúce psychologickú intervenciu u záchranárov. *Urgentní medicína*, 3, 32-35.
- GURŇÁKOVÁ, J., BEŇUŠKOVÁ, A., 2009, Vybrané zdroje, prejavy a stratégie zvládania stresu operátorov OS ZZS SR. Poster prezentovaný na konferencii *Psychosociálne aspekty pri zásahu záchranných zložiek*, 14.10. 2009, Hradec Králové.
- GURŇÁKOVÁ, J., LUKÁČOVÁ, K., 2010, Stratégie zvládania záťaže u zdravotníckych profesionálov. *Zborník z Kongresu urgentnej medicíny*, Senec.
- HANSEN, C.D., RASMUSSEN, K., KYED, M., NIELSEN, K.J., ANDERSEN, J.H., 2012, Physical and psychosocial work environment factors and their association with health outcomes in Danish ambulance personnel – a cross-sectional study. *Public health*, 12, 534-546.
- HAVRDOVÁ, Z., ŠOLCOVÁ, I., HRADCOVÁ, D., ROHANOVÁ, E., 2010, Kultura organizace a syndrom vyhoření. *Československá psychologie*, 54, 3, 235-248.
- HUMPL, L., 2011, Psychosociální intervenční služba o profesionály ve zdravotnictví. Príspevok na *Kongrese medicíny katastrof*, Brno: MEKA. (<http://www.unbr.cz/Data/files/Konf%20MEKA%202011/03-Humpl-Brno%202011.pdf>, stiahnuté dňa 24. 10. 2012)
- JEŽORSKÁ, Š., KOZYKOVÁ, J., CHRASTINA, J., 2012, Syndrom vyhoření u všeobecných sester pracujících s onkologicky nemocnými. *Ošetrovatelstvo: teória, výskum, vzdelávanie* (online), 2012, 2, 2, 56-62, (cit. 15.11. 2013). Dostupné na internete: <http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2012-rocnik-2/cislo-2/syndrom-vyhoreni-u-vseobecnych-sester-pracujicich-s-onkologicky-nemocnymi>
- JUEN, B. et al., 2008, *Psychická prvá pomoc, krízová intervencia a SvE (manažment stresu po zaťažujúcich zásahoch)*. Kniha textov – modul 1. Na základe materiálov Rakúskeho červeného kríža vydal Transfer Slovensko.

KÁLIG, K., 2007, Súčasná situácia v organizácii ZZS, možnosti recyklačného vzdelávania, právne a etické aspekty. Príspevok na 50. konferencii *SSVPL SLS*, 26.-27.10. 2007, Bojnice (dostupné na http://www.vpl.sk/files/file/50konf-data/Kalig_Bojnice_07_NZS.pdf, stiahnuté dňa 24.10. 2012)

KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I., 2008a, Syndrom vyhoření – rekapitulace současného stavu poznání a perspektivy do budoucna. *Československá psychologie*, 52, 4, 351-365.

KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I., 2008b, Hlavní koncepce psychické odolnosti. *Československá psychologie*, 52, 1, 1-19.

Koncepcia neodkladnej zdravotnej starostlivosti, Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky, Rezortné číslo 617/2007-130 S05075-OZS-2011, 2011, (dostupné na <https://lt.justice.gov.sk/Document/DocumentDetails.aspx?instEID=56&matEID=3959&docEID=176620&docFormEID=-1&docTypeEID=1&langEID=1>, stiahnuté dňa 1. 11. 2012)

LIBIGEROVÁ, F., 1999, Syndrom profesionálního vyhoření. *Praktický lékař*, 79, 186-190.

MASLACH, CH., JACKSON, S.E., 1981, The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behaviour*, 2, 99-113.

MASLACH, CH., LEITER, M.P., 1997, *The truth about burn-out*. San Francisco: John Wiley & Sons, Inc.

MRAYYAN, M., 2009, Job stressors and social support behaviors: Comparing intensive care units to wards in Jordan. *Contemporary nurse*, 31, 2, 163-175.

Návrh koncepcie organizácie, fungovania a rozvoja integrovaného záchranného systému v Slovenskej republike na roky 2011 – 2015, (publikované na http://www.emergency-slovakia.sk/buxus/docs/Navrh_koncepcie_IZS_2011-2015_uznes_a_priloh.pdf, stiahnuté dňa 1. 11. 2012)

Nariadenie vlády Slovenskej republiky z 9. júna 2010 o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, systave špecializačných odborov systave certifikovaných pracovných činností. Zbierka zákonov č. 296/2010. (dostupné na http://www.jfmed.uniba.sk/fileadmin/user_upload/editors/SpecMed_Files/Pravne_predpisy/Nariadenie_Vlady_c_296_z_roku_2010_02.pdf, stiahnuté dňa 16. 11. 2013)

PILÁRIK, E., SARMÁNY-SCHULLER, I., 2011, Personality predictors of decision-making of medical rescuers. *Studia Psychologica*, 53, 175-184.

PITEL, L., 2013, Zdroje a možné dôsledky percipovaného stresu z pohľadu príslušníkov Ozbrojených síl SR na zahraničných misiách. Porovnanie so zdravotníckymi záchranármi. In: J. Gurňáková a kol. *Rozhodovanie profesionálov: Sebaregulácia, stres a osobnosť*. Bratislava: ÚEP SAV, v tlači.

PLOEG, E. van der, KLEBER, R.J., 2003, Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: predictors of health symptoms. *Occupational and environmental medicine*, 140-146.

ŠEBLOVÁ, J., KEBZA, V., VIGNEROVÁ, J., 2007, Zátěž a stres pracovníků záchranných služeb v České republice. (Expozice kritickým událostem a výskytu syndromu vyhoření v letech 2003-2005). *Československá psychologie*, 51, 4, 404 – 417.

ŠEBLOVÁ, J., KEBZA, V., VIGNEROVÁ, J., ČEPICKÁ, B., 2009, Preventivní a intervenční psychologické techniky pro zaměstnance záchranných služeb. *Urgentní medicína*, 1, 26-31.

UTRIANEN, K., KYNGÄS, H., 2009, Hospital nurses job satisfaction: a literature review. *Journal of nursing management*, 17, 1002-1010.

Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 11.marca 2009 č.10548/2009-OL Príloha č. 1 k výnosu č. 10548/2009-OL Priestorové, materiálno-technické a personálne vybavenie operačného strediska v rámci zásahového obvodu koordinačného strediska integrovaného záchranného systému. Vestník MZ SR 2009, čiastka 10-12, ročník 57, dňa 20. Marca 2009, 68-69.

Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 11.marca 2009 č.10548/2009-OL Príloha č.2 k výnosu č. 10548/2009-OL, Priestorové, materiálno-technické a personálne vybavenie stanice záchranej zdravotnej služby, Vestník MZ SR 2009, čiastka 10-12, ročník 57, dňa 20. Marca 2009, 70-77.

WADA, K., SAKATA, Y., THERIAULT, G., ARATAKE, Y., SHIMIZU, M., TSUTSUMI, A., TANAKA, K., AIZAWA, Y., 2008, Effort - reward imbalance and social support are associated with chronic fatigue among medical residents in Japan. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 81, 331-336.

Zákon 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých

zákonov. 21. 10. 2004. (dostupné na http://www.udzs-sk.sk/buxus/docs/zakony/576_k_25.8.11.pdf, stiahnuté 2.11. 2012).

Abstrakt

Keďže reálne rozhodovanie nikdy neprebíha vo vzduchoprázdne, pre pochopenie konania hlavných aktérov problémovej situácie je nevyhnutné poznať podmienky širšieho prostredia, ktoré s jej riešením súvisia. Cieľom tejto štúdie bolo priblíženie psychologického kontextu, v ktorom sa pri svojej práci pohybujú vybrané skupiny zdravotníckych pracovníkov a identifikovanie tých faktorov, ktoré môžu predstavovať zvýšenú emočnú záťaž aj pre skúsených profesionálov. Hlavnú časť výskumného súboru tejto i nasledujúcich troch štúdií, tvorilo 81 zdravotníckych operátorov OS ZZS SR, 60 zdravotných sestier a 65 zdravotníckych záchranárov (návratnosť dotazníkov cca 35%) z rôznych oblastí Slovenska. Na základe originálneho Inventára problémov pri výkone zdravotníckeho povolania (IPVZP, Guriňáková, 2010) bola porovnávaná frekvencia a miera záťaže, ktorú pre tieto skupiny predstavovalo 25 typov problémov - zdrojov dlhodobo pôsobiaceho chronického stresu v ich práci. Tieto údaje boli doplnené kvalitatívnu analýzou odpovedí respondentov na otvorenú otázku o charaktere konkrétnych situácií v práci, ktoré ich zasiahli/rozrušili viac, ako je pre nich obvyklé, pričom odpovede respondentov priniesli informácie o menej častých, no o to intenzívnejších zdrojoch akútneho stresu v jednotlivých skupinách sledovaných zdravotníckych povolanií.

III. PERCIPOVANÝ STRES A JEHO DÔSLEDKY V EMOČNOM PREŽÍVANÍ ZÁSTUPCOV TROCH ZDRAVOTNÍCKYCH POVOLANÍ

Jitka GURNĀKOVÁ

Ústav experimentálnej psychológie SAV Bratislava

Obsah kapitoly

1 Úvod

2 Súbor

3 Metódy

4 Výsledky - Porovnanie vybraných skupín zdravotníkov a študentov

4.1 Deskriptívne údaje

4.2 Frekvencia a intenzita problémov v práci a percipovaný stres

4.3 Osobná pohoda a nepohoda za obdobie posledného mesiaca

4.4 Výskyt symptómov posttraumatickej stresovej reakcie

4.5 Subjektívne vnímaná schopnosť zotaviť sa po zaťažujúcich situáciách

4.6 Symptómy vyhorenia (burnoutu) u stredných zdravotníckych pracovníkov

5 Diskusia

6 Záver

1 Úvod

Predchádzajúca kapitola bola venovaná podrobnejšej charakteristike práce vo vybraných stredných zdravotníckych povolaniach so zameraním sa na zdroje chronického i akútneho stresu (stresory). Keďže otázka zvýšenej rizikovosti zdravotníckeho, a najmä záchránského povolania, je medzi príslušníkmi uvedených skupín vysoko aktuálna, cieľom tejto kapitoly je popísať a kvantitatívne porovnať úroveň subjektívne vnímanej záťaže a jej dôsledkov pre osobnú pohodu u stredných zdravotníckych pracovníkov a pre porovnanie s inak orientovanou časťou populácie, aj u študentov sociálnych vied. Táto štúdia nemá ambíciu hodnotiť objektívne existujúce biologické, fyzikálne či chemické riziká jednotlivých zdravotníckych povolání, môže však upozorniť na subjektívne hodnotenú intenzitu psychickej záťaže zdravotníckych profesionálov a frekvenciu výskytu s ňou spojených psychosociálnych komplikácií. Špecifickému porovnaniu zdrojov a dôsledkov percipovanej záťaže pri výkone povolania zdravotníckych záchranárov a vojakov, ako reprezentantov rizikovej profesie, je venovaná iná kapitola tejto monografie (Pitel, 2013).

Je všeobecne známe, že expozícia fyzickým a psychosociálnym rizikovým faktorom v práci má negatívny vplyv na zdravie a well-being pracovníkov. Zdravotnícki profesionáli sú, dokonca viac ako pracovníci v priemysle a poľnohospodárstve, skupinou pracovníkov s najvyššou expozíciou biologickým a chemickým rizikám, a to nielen pre potrebu manipulovať s infekčným materiálom, ale aj z dôvodu narábania s chemikáliami potrebnými na dezinfekciu nástrojov a pracovného prostredia (Parent-Thirion et al., 2012). Ich vysoká expozícia zaťažujúcim faktorom, vyplývajúcim z povahy zdravotníckeho povolania, sa však netýka len špecifických fyzikálnych podmienok práce.

V rozsiahlej štúdií o rizikových pracovných podmienkach v Európe Paoli a Merllié (2001) zistili, že až 60% pracovníkov uvádza vysoký časový tlak v práci, 40% zamestnancov je permanentne vystavených monotónnej práci, 49% je v neustálom priamom kontakte s klientmi a 25% pracovníkov pracuje na zmeny. S výnimkou monotónnosti sa všetky vyššie uvedené faktory týkajú aj zástupcov zdravotníckych profesií.

Indikátory psychosociálneho rizika je možné rozdeliť do šiestich dimenzií (Parent-Thirion et al., 2012):

- vysoké požiadavky a intenzita práce (fyzické i kognitívne nároky),
 - emocionálne nároky (pokiaľ sa od pracovníka očakáva, že bude prejavovať alebo naopak potláčať určitý druh emócií, prípadne ak splnenie úlohy vyžaduje využívanie vlastných emócií),
 - nedostatok autonómie (jednak v poradí, spôsobe a tempe plnenia úloh, v tom, s kým je potrebné komunikovať, kedy si urobiť prestávku, ale aj v možnosti uplatniť svoje schopnosti a rozvíjať ich),
 - etické konflikty (pocit dobre vykonanej práce a pocit jej zmysluplnosti vs. ich absencia),
 - slabé sociálne vzťahy (nedostatočná sociálna opora, zlé vedenie, nepriateľské sociálne správanie),
 - neistota pracovného miesta.

Kognitívna dimenzia pracovných nárokov nepredstavuje vždy iba riziko. Riešenie problémov a komplexných úloh môže robiť prácu vzrušujúcejšou a dobrodružnou. Ale pokiaľ zamestnanci nemajú dostatočnú podporu svojho prostredia, pokiaľ od nich práca vyžaduje vyššie nasadenie alebo ťažšie úlohy, než na aké postačujú ich schopnosti, kognitívne požiadavky práce môžu viesť k nezdravým hladinám prežívaného stresu. Podobne, prehnané požiadavky na prejavovanie emócií, či naopak nutnosť skrývať svoje vlastné pocity (napríklad v kontakte s nahnevateľnými klientmi), ale aj závažnosť následkov vlastných pochybení, majú negatívny dopad na zdravie a môžu viesť nielen k syndrómu vyhorenia (napr. Maslach et al., 1996, Kebza a Šolcová, 1998), ale aj k zvýšenému krvnému tlaku a vyššiemu výskytu ochorení svalovo-pohybového systému (Molinier a Flottes, 2010, in Parent-Thirion et al., 2012). Zvýšený výskyt kardiovaskulárnych ochorení ako aj psychických zdravotných ťažkostí v súvislosti s charakteristikami organizácie práce podľa nižšie popísaného Karaskovho modelu pracovnej záťaže potvrdzuje zase prehľad epidemiologických štúdií Niedhammera a kol. (2011).

Rokmi overený *Karaskov model pôsobenia pracovnej záťaže* je založený na rovnováhe *pracovných požiadaviek a úrovni kontroly, resp. slobody*, ktorú má jednotlivec pri plnení svojich povinností (Karasek, 1979). Pracovné požiadavky v ňom predstavujú psychosociálne stresory v pracovnom prostredí, ako napr. množstvo prerušení, časový tlak, konfliktné požiadavky, vyžadovaný reakčný čas, pracovné tempo,

proporciu práce vykonávanej pod tlakom, množstvo práce, potrebnú mieru sústredenia a spomaľovanie vlastnej práce v dôsledku potreby čakať na výsledky iných pracovníkov. Autorita v rozhodovaní predstavuje jednak zamestnancovu schopnosť rozhodovať o svojej práci, ako aj jeho schopnosť ovplyvňovať svoj pracovný tím a chod celej organizácie, pričom sloboda v rozhodovaní predstavuje mieru zamestnancovej kontroly nad voľbou jeho úloh a spôsobu, akým ich naplňa. Záleží pritom na rôznorodosti úloh, miere ich opakovania, množstve príležitostí pre uplatnenie vlastnej kreativity a možnostiach učiť sa a rozvíjať špecifické zručnosti.

Rôzne kombinácie týchto charakteristík vedú k definovaniu štyroch typov povolanií:

- pasívne (nízke požiadavky, nízka sloboda),
- aktívne (vysoké požiadavky, veľká sloboda),
- nízko záťažové (nízke požiadavky, veľká sloboda),
- vysoko záťažové (vysoké požiadavky, nízka sloboda).

Jednotlivé zdravotnícke povolania môžu pritom spadať do rôznych kategórií. Kým ošetrovatelky a zdravotné sestry predstavujú typ profesie s vysokými požiadavkami a malou slobodou rozhodovania o svojej práci, povolanie chirurga na operačnej sále kladie na svojich predstaviteľov vysoké nároky, ale umožňuje aj veľkú mieru slobody rozhodovania o uplatňovanom pracovnom postupe. Miera osobnej kontroly/slobody v podobných prípadoch môže kompenzovať pôsobenie tlaku vysokých pracovných nárokov, preto aktívne povolania nemusia automaticky predstavovať zvýšenú hladinu percipovaného stresu, ale skôr príležitosť pre zmysluplné uplatnenie jednotlivcových aspirácií a schopností (Batista-Taran, Reio, 2011).

Podľa *modelu úsilia a odmeny* (efford-reward model, ERI; Siegrist, 1996, 2008), založeného na reciprocite medzi vynaloženým úsilím a získanou odmenou, optimálnym stavom je zisk adekvátnej odmeny (vo forme financií, úcty, kariérneho postupu alebo istoty zamestnania) za námahu potrebnú pre splnenie úlohy. Pokiaľ je táto rovnováha narušená, nastupuje emocionálny distress. Námaha má pritom vonkajšiu (napr. vonkajšie tlaky a požiadavky) a vnútornú (napr. vnútorná motivácia) dimenziu. Neúspešná reciprocita, ako relatívne bežný jav v určitých pracovných podmienkach, môže vyvolávať silné negatívne emócie, pocit nespravodlivosti a stres, výskyt ktorých je na Slovensku v posledných rokoch transparentne manifestovaný v podobe štrajkov a petícií rôznych, nielen zdravotníckych, povolanií.

Subjektívne vnímanú mieru pracovnej záťaže v skupinách lekárov, učiteľov, zdravotných sestier, úradníkov a robotníkov vo veku od 30-49 rokov v českých podmienkach porovnávali Hodačová a kol. (2007). Prostredníctvom Meisterovho dotazníka (Hladký, Židková, 1999)⁵ sledovali konkrétne faktory preťaženia, monotónie (jednostrannosti) a stresovej reakcie na záťaž. Z porovnania hodnôt týchto premenných s normami stanovenými autormi dotazníka vyplynulo, že pracovná psychická záťaž účastníkov tohto výskumu bola pomerne vysoká. Rozdiely medzi profesiami boli zjavné najmä pri samostatnom porovnávaní jednotlivých faktorov a pri podrobnejšej položkovej analýze dotazníka. Kým časový tlak presahoval kritické hodnoty u všetkých sledovaných profesií, skupina lekárov (mužov aj žien) vnímala najviac negatívne faktor preťaženia. Na robotníkov pôsobila najnegatívnejšie jednostrannosť, a to najmä z hľadiska neuspokojenia a otupujúceho charakteru ich práce. Stresová reakcia sa prostredníctvom položiek únava a dlhodobá neúnosnosť práce zase najintenzívnejšie prejavovala v skupine učiteľov základných škôl, zatiaľ čo učitelia stredných a vysokých škôl dosahovali v týchto položkách priaznivejšie hodnoty. Tieto výsledky sa príliš nelíšili ani pri dôkladnom zohľadnení veku a pohlavia v sledovaných skupinách.

Keďže socioekonomický ukazovateľ sa podľa Šolcovej a Kebzu (2002, in Hodačová et al., 2007) premieta do chorobnosti a úmrtnosti vo všetkých vyspelých západných spoločnostiach, typ zamestnania a pracovnej pozície neovplyvňuje úroveň osobnej pohody, percipovaného stresu a zdravie iba priamo, ale aj nepriamo - prostredníctvom sociálnej a materiálnej úrovne, ktorú jednotlivcoví umožňuje. Okrem toho, že slabé finančné zabezpečenie vedie priamo k vyššej úrovni percipovaného stresu, takmer 25% zdravotníkov v našom súbore kompenzuje tento nedostatok paralelným druhým pracovným úväzkom, často v rámci toho istého alebo aj odlišného povolania (upratovanie, administratíva), čo samozrejme zvyšuje množstvo nárokov, ktoré na nich ich práca kladie.

Ďalším významným aspektom pracovnej a životnej spokojnosti je otázka rovnováhy medzi prácou a súkromným životom. Ak majú pracovníci dlhodobo pocit, že nemôžu súčasne naplniť požiadavky plynúce z ich práce a osobného života, tlak, ktorý sa s tým spája môže viesť k závažným ochoreniam. Pritom treba brať do úvahy, že hoci v 70% českých a slovenských domácností pracujú obaja partneri na plný úväzok (Parent-Thirion et al., 2012), zodpovednosť za starostlivosť o rodinu a domácnosť spočíva obvykle vo väčšej miere na pleciah žien,

⁵ slovenská verzia dostupná na: http://www.psvz.cz/zidkova/doc/hodnotenie_zataze.pdf

ktoré tvoria dominantnú časť stredného zdravotníckeho personálu. K ich pracovnej záťaži sa tak pridáva ďalšia, nemenej náročná.

Odozva organizmu na pôsobenie stresorov, vyplývajúcich z charakteru vykonávanej činnosti, je okrem vonkajších podmienok (charakterizovaných dôkladnejšie v predchádzajúcej kapitole), samozrejme závislá aj na individuálnych psychologických charakteristikách exponovaného jednotlivca. Pôsobeniu niektorých z nich sú podrobnejšie venované nasledujúce kapitoly tejto monografie.

Na tomto mieste sa zameriavame na hodnotenie subjektívne vnímanej úrovne záťaže v jednotlivých stredných zdravotníckych povolaniach (zdravotnícki operátori, zdravotnícki záchranári a zdravotné sestry), prostredníctvom porovnania ich emočného prežívania, s osobitým dôrazom na úroveň percipovaného stresu a jeho dôsledkov (od úrovne aktuálnej osobnej pohody, resp. nepohody, cez intenzitu prejavov posttraumatickej stresovej reakcie v dôsledku osobitne náročných situácií v práci, až po prejavy dlhodobjšieho vyčerpania - syndrómu vyhorenia). Ako príklad pre porovnanie s inou, nerizikovou, časťou populácie, sme zvolili skupinu študentov sociálnych vied, ktorá predstavuje typ súboru, na akých je realizovaná väčšina domácich, ale aj zahraničných psychologických výskumov. Pre porovnanie zdravotníkov s inou profesiou, zaradenou medzi rizikové povolania, sme zvolili skupinu profesionálnych vojakov OS SR, ktorí sa práve vrátili z niekoľkomesačných zahraničných mierových i vojenských misií. Porovnanie s vojakmi sa však z dôvodu výrazne odlišnej rodovej skladby (98% zastúpenie mužov) stalo predmetom inej samostatnej štúdie v rámci tejto monografie (viď. Pitel, 2013).

2 Súbor

Z celkového počtu 900 dotazníkov doručených na pracoviská (zdravotnícki operátori, zdravotné sestry, časť zdravotníckych záchranárov) a školiace strediská (záchranári) sledovaných zdravotníckych profesionálov na rôznych miestach Slovenska v rokoch 2010 až 2013, sme po vylúčení nekompletných záznamových hárkov a dotazníkov vyplnených zástupcami iných zdravotníckych profesií do tejto štúdie zaradili údaje 81 zdravotníckych operátorov Operačného strediska záchranej zdravotnej služby SR (OS ZZS SR), 60 zdravotných sestier a 65 zdravotníckych záchranárov (N = 367, návratnosť cca 35%) z rôznych regiónov Slovenska. Pre porovnanie s inou časťou populácie

sme do tejto časti monografie zaradili aj údaje 68 študentov sociálnych vied, predovšetkým sociálnej práce a psychológie v Bratislave. Podrobnejšie demografické údaje predstavuje tab. 1.

Tab. 1. Demografické charakteristiky skúmaného súboru (1 operátor a 1 zdravotná sestra pohlavie neuviedli)

| | Muži N = 62 (% skupiny) | Ženy N = 210 (% skupiny) | Priemerný vek (SD) | Priemerná dĺžka praxe v zdravotníctve v rokoch (SD) | Počet osôb pracujúcich aj mimo hlavného prac. úväzku (% skupiny) |
|-----------------|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------|--|--|
| Zdr. operátori | 6 (7,4%) | 74 (91,4%) | 41,30 (8,56) | 21,59 (9,34) | 19 (23,46%) |
| Zdr. záchranári | 36 (55,4%) | 29 (44,6%) | 37,08 (7,39) | 15,50 (7,64) | 18 (27,69%) |
| Zdr. sestry | 4 (6,7 %) | 55 (91,7%) | 39,33 (10,42) | 17,50 (7,33) | 14 (23,33%) |
| Študenti | 16 (23,5 %) | 52 (76,5%) | 21,49 (3,24) | – | 37 (54,41%) |

3 Metódy

1) **Škála percipovaného stresu** (Perceived Stress Scale; Cohen, S., Kamarck, Mermelstein, 1983, preklad JG) – 10 položková škála meria na päť bodovej stupnici od „nikdy“ po „veľmi často“ úroveň, do akej jednotliviec hodnotí situácie za posledný mesiac vo svojom živote ako stresujúce (napr. „Ako často ste za posledný mesiac boli nazlostení vecami, ktoré boli mimo vašu kontrolu?“). Celkové skóre obvykle koreluje s výskytom stresujúcich udalostí, ale lepšie ako samotný výskyt týchto udalostí predikuje podľa svojich autorov depresívnu a telesnú symptomatológiu, využívanie medicínskych služieb a sociálnu anxiету. Odporúča sa pre hodnotenie nešpecifického percipovaného stresu v etiológii ochorení a behaviorálnych porúch ako ukazovateľ miery prežívaného stresu.

2) **Inventár problémov pri výkone zdravotníckeho povolania (IPVZP)** - originálna metodika (Gurňáková, 2010; podrobne popísaná v 2. kapitole, str. 44) navrhnutá na základe kvalitatívnej analýzy výpovedí na tému zdroje stresu u operátorov OS ZZS SR, kombinovaná s odporúčaniami od Pisanti a kol. (2008). Jej cieľom je zachytiť frekvenciu výskytu a intenzitu konkrétnych možných druhov zdrojov stresu v práci zdravotníkov. Inventár predstavuje 25 možných okruhov problémov, ku ktorým sa majú respondenti vyjadriť na škále 0 - 5 podľa dvoch kritérií: Ako často sa podľa nich uvedené typy problémov v ich práci vyskytujú (0-nikdy, 1-raz mesačne, 2-niekoľkokrát mesačne, 3-raz

týždenne, 4-niekoľkokrát do týždňa, 5-denne) a následne, nakoľko sú pre nich tieto typy problémov zaťažujúce (0-vôbec nie zaťažujúce, 1-mierne zaťažujúce, 2-stredne zaťažujúce, 3-dost' zaťažujúce, 4-veľmi výrazne zaťažujúce, 5-extrémne zaťažujúce). Formulácia konkrétnych typov problémov mierne variovala v závislosti od skupiny respondentov, ktorej bola administrovaná (napr. v prípade operátorov položka „kontakt s volajúcimi“, bola pre zdravotné sestry v nemocnici preformulovaná na „kontakt s príbuznými pacientov“).

3) **Multidimenzionálna škála zdravotného stavu** (Multidimensional health-states scale, Hardie et al., 2005, preklad JG) - prostredníctvom 30 položiek hodnotených na 6 bodovej škále („Nakoľko ste sa cítili uvedeným spôsobom – 0-vôbec necítil, 5-veľmi silne cítil) zisťuje mieru osobnej pohody a nepohody za obdobie posledného mesiaca v piatich subškálach **osobnej pohody/well-beingu**: sociálny, fyzický, emocionálny, kognitívny, sexuálny well-being a piatich subškálach **osobnej nepohody/ill-beingu**: depresia, anxieta, hostilita, fyzická nepohoda, kognitívna nepohoda. Každú subškálu tvoria tri položky.

4) **Maslachovej dotazník vyhorenia** (MBI, Maslach burnout inventory, Maslach, Jackson, 1981, preklad JG) – 22 položkový inventár mapuje syndróm vyhorenia v troch samostatných dimenziách: depersonalizácia (5 položiek, napr. „Odkedy mám túto prácu, stal som sa voči ľuďom necitlivejší/ľahostajnejší“), osobná úspešnosť (8 položiek, napr. „Problémy pacientov zvládam veľmi efektívne“), emočné vyčerpanie (9 položiek, napr. „Mám pocit, akoby som bol už na konci svojich síl“). Respondenti sa k nemu vyjadrovali z hľadiska frekvencie výskytu symptómov na 7 bodovej škále (od 0-nikdy, 3 niekoľkokrát mesačne, po 6–každý deň).

5) **Škála posttraumatickej symptomatológie** (preklad JG) – zložená z nižšie uvedených metódik v nadväznosti na otvorenú otázku o výnimočne zaťažujúcich situáciách v práci (podrobne analyzovanú v 2. kapitole) zisťuje výskyt symptómov PTSD na 5 bodovej škále („Keď uvažujete o situáciách v práci, ktoré vás zasiahli/rozrušili viac, ako je pre vás obvyklé, nakoľko výrazne sa u vás prejavili nasledujúce reakcie?“ Od 0–vôbec nie po 4-veľmi výrazne). Položky boli tvorené týmito škálami:

a) **Škála dopadu udalosti** - 6 (IES-6, Impact of event scale - 6; Thoresen et al., 2009), skrátená 6 položková verzia pôvodne 22 položkovej škály IES-R (Weiss, 2004), určená pre screening troch typov posttraumatických prejavov: intrúzie („Myslel som na to, aj keď som

nechcel“), hyperarousal (nadmerná dráždivosť – napr. „Bol som ostražitý, na pozore“), vyhýbanie sa (napr. „Pokúšal som sa na to nemyslieť“). Autori testovali dve formy inštrukcie, ktoré sa ukázali ako rovnocenné – jednak päťbodovú škálu, týkajúcu sa frekvencie výskytu jednotlivých symptómov, jednak škálu reprezentujúcu intenzitu ich prejavov, ktorú sme použili aj my.

b) **Škála symptómov posttraumatického stresu** (Posttraumatic stress symptoms scale; PTSS-10; Weisaet, Mehlum, 1993, in Eid et al., 1999). Desať položiek všeobecnejšie reprezentujúcich jednotlivé symptómy PTSD (problémy so spaním, podráždenosť, úzkosť/strach a pod.), pôvodne hodnotených na 7 bodovej škále v zmysle frekvencie výskytu.

Keďže položky oboch škál boli v našej štúdií prezentované v rámci rovnakej inštrukcie, bezprostredne za sebou, z dôvodu lepšej orientácie respondentov už i tak dostatočne zamestnaných množstvom metód použitých v celej testovej batérii, sme pristúpili na zjednotenie spôsobu odpovedania v oboch škálach podľa pôvodného vzoru IES-6, čím bola pôvodná verzia sedembodového škálovania odpovedí v PTSS-10 zredukovaná na stupnicu 5 bodov, pričom odpovede boli namiesto frekvencie výskytu jednotlivých symptómov (od zriedkavo – po veľmi často) orientované na intenzitu ich prežívania.

6) Miera **subjektívne vnímanej schopnosti rýchlo sa zotaviť po zaťažujúcich situáciách vo formáte 100 milimetrovej úsečky** (Visual analogue scale, VAS) navrhnutá členmi riešiteľského kolektívu tohto projektu, na ktorej mali respondenti vyznačiť svoju odpoveď na otázku „Po akom čase od pre Vás náročnej udalosti sa obvykle dokážete spamätať?“ krížikom v rozmedzí od „ihneď“ (0) až „po dlhom čase“ (100). Odpovede boli transformované na číselný údaj v počte milimetrov manuálnym meraním.

4 Výsledky - Porovnanie vybraných skupín zdravotníkov a študentov

4.1 Deskriptívne údaje

Základné deskriptívne údaje o sledovaných charakteristikách v jednotlivých skupinách zdravotníckych operátorov, zdravotníckych záchranárov, zdravotných sestier a študentov sociálnych vied ako predstaviteľov inej časti populácie prezentuje tab. 1. Jednotlivé sledované

skupiny sa líšia signifikantne vo veku (ANOVA, porovnanie troch skupín zdravotníkov $p = ,019$; $F = 4,04$; porovnanie skupín zdravotníkov a študentov $p = ,000$; $F = 92,44$) i dĺžke praxe, kde ako najstarší dominujú zdravotnícki operátori, následne zdravotné sestry a napokon záchranári (ANOVA, porovnanie skupín zdravotníkov $p = ,000$; $F = 8,78$). Najmladšou kategóriou sú študenti s nulovou praxou v zdravotníctve. Z hľadiska rodového zloženia skupín, najvýraznejšie dominujú ženy v skupine zdravotných sestier a zdravotníckych operátorov (91,7%; 91,4%) a o niečo menšiu prevahu majú v skupine študentov sociálnych vied (76,5 %). V skupine zdravotníckych záchranárov predstavujú ženy menej ako polovicu súboru (44,6%). Domnievame sa, že tieto čísla odzrkadľujú reálne zastúpenie mužov a žien vo vybraných profesiách, no treba ich mať na pamäti pri interpretácii výskytu a súvislostí ostatných sledovaných premenných.

Tab. 2. Základné deskriptívne charakteristiky v jednotlivých podskupinách súboru podľa ich povolania (ANOVA, F zdravotníci – porovnanie troch skupín zdravotníckych povolání, F všetky skupiny – porovnanie všetkých skupín zdravotníkov i študentov)

| | | Mean | SD | F (sig.) zdravotníci | F (sig.) všetky skupiny |
|---|-------------|-------|-------|-------------------------|-------------------------------|
| Výskyt problémov | operátori | 2,09 | 1,04 | 5,44 (,005) | - |
| | záchranári | 1,60 | ,83 | | |
| | zdr. sestry | 2,17 | ,83 | | |
| Úroveň záťaž | operátori | 1,88 | ,86 | 9,76 (,000) | - |
| | záchranári | 1,39 | ,73 | | |
| | zdr. sestry | 2,15 | ,88 | | |
| Percipovaný stres | operátori | 15,71 | 5,37 | | |
| | záchranári | 16,33 | 5,52 | | |
| | zdr. sestry | 16,00 | 5,74 | | |
| | študenti | 17,44 | 5,62 | | |
| Well-being | operátori | 48,00 | 11,20 | | 2,71 (,046) |
| | záchranári | 45,69 | 10,93 | | |
| | zdr. sestry | 44,14 | 9,95 | | |
| | študenti | 48,83 | 8,40 | | |
| Ill-being | operátori | 29,78 | 14,39 | | |
| | záchranári | 32,06 | 13,15 | | |
| | zdr. sestry | 30,35 | 12,12 | | |
| | študenti | 32,91 | 11,33 | | |
| Posttraumatická stresová reakcia – IES | operátori | 9,62 | 5,02 | 4,17 (,017) | 3,85 (,010) |
| | záchranári | 7,29 | 4,50 | | |
| | zdr. sestry | 8,59 | 4,37 | | |
| | študenti | 10,00 | 3,94 | | |
| Posttraumatická stresová reakcia – PTSS 10 | operátori | 11,65 | 8,10 | 2,65 (,073) | 7,93 (,000) |
| | záchranári | 8,92 | 7,02 | | |
| | zdr. sestry | 11,66 | 8,01 | | |
| | študenti | 16,67 | 7,16 | | |
| Po akom čase od pre vás náročnej udalosti sa obvykle dokážete spamätať | operátori | 29,46 | 24,30 | 6,83 (,001) | 8,13 (,000) |
| | záchranári | 22,26 | 20,75 | | |
| | zdr. sestry | 38,15 | 25,92 | | |
| | študenti | 44,00 | 25,94 | | |
| Burnout - celkové skóre | operátori | 44,85 | 18,01 | | - |
| | záchranári | 39,58 | 13,05 | | |
| | zdr. sestry | 42,08 | 19,88 | | |
| Emočné vyčerpanie | operátori | 20,30 | 10,27 | 8,07 (,000) | - |
| | záchranári | 14,02 | 8,62 | | |
| | zdr. sestry | 20,47 | 10,98 | | |
| Osobná úspešnosť | operátori | 31,94 | 8,53 | 2,83 (,061) | - |
| | záchranári | 29,45 | 6,50 | | |
| | zdr. sestry | 32,60 | 7,63 | | |
| Depersonalizácia | operátori | 8,74 | 5,68 | 4,69 (,010) | - |
| | záchranári | 6,55 | 4,24 | | |
| | zdr. sestry | 6,18 | 5,57 | | |

4.2 Frekvencia a intenzita problémov v práci a percipovaný stres

Signifikantné rozdiely medzi skupinami zdravotníkov boli zistené vo frekvencii výskytu problémov pri výkone zdravotníckeho povolania ako aj v miere záťaže, ktorú pre zdravotníkov predstavujú (IPVZP), kde skórovali najvyššie zdravotné sestry, následne operátori a na poslednom mieste v poradí zdravotnícki záchranári (tab. 2; viď. podrobnejšia analýza v predchádzajúcej kapitole). Rozdiely v miere percipovaného stresu u zdravotníkov a študentov neboli signifikantné (tab. 2).

4.3 Osobná pohoda a nepohoda za obdobie posledného mesiaca

V celkovom skóre well a ill-beingu sa signifikantné rozdiely medzi skupinami zdravotníkov navzájom neprejavili (tab. 2). Z hľadiska osobnej pohody sú štatisticky významné rozdiely medzi skupinami zdravotníkov zrejme len v subškále sexuálneho well-beingu (Anova, $F = 3,22$; $p = ,042$), kde sa ako najspokojnejší javia zdravotnícki operátori (mean_op = 7,99; SD_op = 3,60), potom zdravotnícki záchranári (mean_zz = 7,53; SD_zz = 3,32) a najmenej spokojné sú zdravotné sestry (mean_zs = 6,51; SD_zs = 3,12).

Študenti popisujú signifikantne častejšie ako zdravotníci prežívanie osobnej pohody v období posledného mesiaca (tab. 2), čo je podmienené predovšetkým vyšším skóre v subškálach sociálneho (mean_š = 11,56; SD_š = 2,1; mean_op = 10,41; SD_op = 2,56; mean_zs = 10,05; SD_zs = 2,51; mean_zz = 9,91; SD_zz = 2,52; Anova, sociálny well-being, $F = 6,143$; $p = ,000$) a sexuálneho well-beingu (mean_š = 8,78; SD_š = 2,82; Anova, $F = 5,24$; $p = ,002$).

V celkovom hodnotení osobnej nepohody (tab. 2) ani v štyroch z jej piatich subškál (depresia, hostilita, fyzická nepohoda, kognitívna nepohoda) sa signifikantné rozdiely medzi štyrmi sledovanými skupinami neprejavujú. Jediný signifikantný rozdiel sa prejavil v subškále anxiety, v ktorej skórujú vyššie študenti ako zdravotníci (Anova, $F = 3,63$; $p = ,013$). Nižšie skóre anxiety ako študenti (mean_š = 7,75; SD_š = 2,92) dosahujú zdravotnícki záchranári (mean_zz = 7,56; SD_zz = 3,39), potom zdravotné sestry (mean_zs = 6,69; SD_zs = 3,27) a najnižšie hodnoty anxiety dosahujú zdravotnícki operátori (mean_op = 6,23; SD_op = 3,03). Je to jediná subškála ill-beingu, v ktorej sú signifikantné rozdiely aj medzi zdravotníkmi navzájom (Anova, $F = 3,02$; $p = ,050$).

Tab. 3. Intenzita prejavov posttraumatickej stresovej reakcie na osobitne náročné situácie v práci – porovnanie podľa profesie (ANOVA)

| | | Mean | SD | F (sig.) zdravotníci | F (sig.) všetky skupiny |
|----------------------------------|------------------|------|------|-------------------------|----------------------------|
| Problémy so spaním | operátori | 1,31 | 1,39 | | |
| | záchranári | 1,08 | 1,18 | | |
| | zdravotné sestry | 1,35 | 1,10 | | |
| | študenti | 1,66 | ,91 | | |
| Zlé sny a nočné mory | operátori | ,95 | 1,21 | | 5,42 (,001) |
| | záchranári | ,57 | ,91 | | |
| | zdravotné sestry | ,78 | 1,06 | | |
| | študenti | 1,45 | 1,11 | | |
| Depresívne pocity | operátori | 1,05 | 1,07 | | 4,33 (,005) |
| | záchranári | ,87 | 1,08 | | |
| | zdravotné sestry | 1,27 | 1,10 | | |
| | študenti | 1,66 | 1,28 | | |
| Úzkosť, strach | operátori | 1,19 | 1,10 | 5,08 (,007) | 10,10 (,000) |
| | záchranári | ,71 | ,91 | | |
| | zdravotné sestry | 1,27 | 1,16 | | |
| | študenti | 1,92 | 1,06 | | |
| Potreba izolovať sa od ostatných | operátori | ,94 | 1,06 | | |
| | záchranári | ,87 | 1,04 | | |
| | zdravotné sestry | 1,08 | 1,18 | | |
| | študenti | 1,03 | 1,20 | | |
| Podráždenosť | operátori | 1,53 | ,95 | | 5,00 (,002) |
| | záchranári | 1,45 | 1,03 | | |
| | zdravotné sestry | 1,49 | ,99 | | |
| | študenti | 2,16 | ,89 | | |
| Prudké zmeny nálad | operátori | 1,13 | ,97 | | 12,48 (,000) |
| | záchranári | ,87 | ,89 | | |
| | zdravotné sestry | 1,20 | 1,19 | | |
| | študenti | 2,13 | 1,09 | | |
| Pocity viny | operátori | 1,27 | 1,15 | 3,66 (,027) | 5,16 (,002) |
| | záchranári | ,79 | ,99 | | |
| | zdravotné sestry | 1,10 | ,95 | | |
| | študenti | 1,63 | 1,26 | | |
| Strach z určitých miest | operátori | ,83 | 1,13 | | |
| | záchranári, | ,54 | ,80 | | |
| | zdravotné sestry | ,85 | 1,09 | | |
| | študenti | ,82 | 1,04 | | |
| Napätie, nervozita | operátori | 1,56 | ,97 | | 7,30 (,000) |
| | záchranári | 1,37 | 1,00 | | |
| | zdravotné sestry | 1,45 | 1,02 | | |
| | študenti | 2,26 | ,98 | | |

| | | Mean | SD | F (sig.) zdravotníci | F (sig.) všetky skupiny |
|---|------------------|------|------|-------------------------|----------------------------|
| Myslel som na to aj keď som nechcel | operátori | 1,74 | 1,22 | 6,63 (,002) | 8,65 (,000) |
| | záchranári | 1,08 | 1,02 | | |
| | zdravotné sestry | 1,59 | 1,02 | | |
| | študenti | 2,18 | 1,11 | | |
| Bol som ostražitý, na pozore | operátori | 1,97 | 1,23 | 2,80 (,063) | 3,69 (,013) |
| | záchranári | 1,69 | 1,05 | | |
| | zdravotné sestry | 1,52 | 1,08 | | |
| | študenti | 1,30 | ,97 | | |
| Iné veci ma nútili uvažovať o tom | operátori | 1,62 | 1,14 | | |
| | záchranári | 1,25 | ,94 | | |
| | zdravotné sestry | 1,41 | 1,03 | | |
| | študenti | 1,58 | ,94 | | |
| Uvedomoval som si, že mám stále veľa pocitov, ktoré s tým súvisia, ale nezaoberal som sa nimi | operátori | 1,21 | 1,02 | | |
| | záchranári | 1,18 | ,86 | | |
| | zdravotné sestry | 1,31 | 1,10 | | |
| | študenti | 1,45 | 1,06 | | |
| Pokúšal som sa na to nemyslieť | operátori | 1,82 | 1,10 | 5,53 (,005) | 5,89 (,001) |
| | záchranári | 1,24 | ,99 | | |
| | zdravotné sestry | 1,58 | ,93 | | |
| | študenti | 2,05 | 1,14 | | |
| Mal som problém sústrediť sa | operátori | 1,21 | ,94 | | 5,43 (,001) |
| | záchranári | ,90 | 1,02 | | |
| | zdravotné sestry | 1,15 | ,94 | | |
| | študenti | 1,71 | 1,01 | | |

4.4 Výskyt symptómov posttraumatickej stresovej reakcie

Medzi zdravotníkmi sa z hľadiska posttraumatických reakcií na náročné udalosti v práci javia v jednej z dvoch škál posttraumatickej symptomatológie (PT_IES) ako viac postihnutá skupina zdravotníckych operátorov, potom zdravotné sestry a až v poslednom rade záchranári. Podľa Thoresena a kol. (2009) zvýšenú pozornosť treba venovať respondentom dosahujúcim v tejto škále hranicu vyššiu ako 6 – 10 bodov (v závislosti od prítomnosti nastavenia hraničného bodu), čo znamená, že v priemere sú naši respondenti zo všetkých štyroch skupín na hranici nadmernej intenzity posttraumatickej stresovej reakcie. V druhej škále s podobným zameraním (PTSS_10) skórujú zdravotné sestry a operátori na rovnakej úrovni, záchranári trpia podľa svojich výpovedí prejavmi PTSD v dôsledku osobitne zaťažujúcich situácií v práci najmenej často (tab. 2).

V položkovej analýze oboch škál vystupujú do popredia ako najvýraznejšie symptómy, ktorými trpia zdravotnícki operátori častejšie ako zdravotné sestry a záchranári, najmä pocity viny, neželané myšlienky na to, čo sa stalo a snaha vyhnúť sa im. Operátori spolu so záchranármi častejšie ako zdravotné sestry popisujú stav zvýšenej ostražitosti po náročnej udalosti, zdravotné sestry zase častejšie ako operátori a záchranári uvádzajú bližšie nešpecifikovanú úzkosť a strach v súvislosti s náročnými situáciami/udalosťami v práci.

Skupina študentov popisuje vo výpovediach o svojej obvyklej reakcii na náročné situácie v práci/pri štúdiu vyšší výskyt symptómov PTSD ako zdravotníci v oboch škálach (tab. 2). Predovšetkým v tých položkách, ktoré sa týkajú výskytu intrúzií a snahy o vyhýbanie. Výnimkou je položka „Bol som ostražitý, na pozore“ zo subškály hyperarousalu, v ktorej skórujú študenti signifikantne nižšie ako zdravotníci (tab. 3).

4.5 Subjektívne vnímaná schopnosť zotaviť sa po zaťažujúcich situáciách

Najrýchlejšie sa po náročnej udalosti podľa svojho subjektívneho hodnotenia dokážu zotaviť záchranári, o niečo neskôr zdravotnícki operátori, potom zdravotné sestry a najviac času na zotavenie potrebujú študenti (tab. 2).

4.6 Symptómy vyhorenia (burnoutu) u stredných zdravotníckych pracovníkov

Hoci nie v celkovom skóre škály, v hrubom skóre dvoch z troch subškál burnoutu (MBI) sa zdravotníci medzi sebou signifikantne líšia - v subškále emočného vyčerpania skórujú vyššie zdravotné sestry a operátori ako záchranári, depersonalizáciu štatisticky významne častejšie pociťujú operátori ako záchranári a najnižšie hodnoty v nej dosahujú zdravotné sestry (tab. 2). V detailnejšej položkovej analýze škály burnoutu (MBI) sa však ukázalo, že väčší rozdiel v subškále depersonalizácie medzi operátormi a zdravotnými sestrami je spôsobený dvoma špecifickými položkami – „Mám pocit, že ma pacienti obviňujú z niektorých svojich problémov“ (operátori: mean = 2,75; SD = 1,99; zdravotné sestry: mean = 1,05; SD = 1,39) a položkou „V skutočnosti sa veľmi nezaujímam o to, čo sa stane s niektorými pacientmi“ (operátori: mean = 2,34; SD = 2,02; zdravotné sestry: mean = 1,55; SD = 1,70). Pri zvážení počtu volaní na núdzovú linku, vrátane tých agresívnych, ale aj

neopodstatnených, môže byť častejší výskyt takejto skúsenosti u operátorov prirodzenou súčasťou ich práce.

5 Diskusia

Pri hodnotení výsledkov tejto štúdie je potrebné zohľadniť dobrovoľný a anonymný spôsob získavania dotazníkov. Z ich pomerne nízkej návratnosti (cca 35%) je možné usudzovať jednak to, že sa do štúdie mohli častejšie zapojiť predovšetkým tí zdravotnícki pracovníci, ktorí majú ku svojej práci pozitívnejší vzťah ako ich menej zangažovaní kolegovia, no dôvodom nižšej návratnosti mohla byť samozrejme aj väčšia pracovná zaneprázdnenosť alebo jednoducho nižšia motivácia či dôvera zdravotníkov odmietajúcich spoluprácu v tejto štúdi. Priemerné hodnoty syndrómu vyhorenia, posttraumatickej stresovej reakcie, ale aj menej závažných prejavov negatívneho emočného prežívania, prezentované v tejto štúdi, by však v prípade platnosti prvého predpokladu mohli pôsobiť o niečo priaznivejšie, ako je skutočný stav zdravotníckeho personálu v Slovenskej republike.

Keďže boli prostredníctvom neštandardizovaných metód porovnávané len subjektívne výpovede respondentov o miere ich psychického zaťaženia, bez akejkolvek možnosti porovnávať zdroje stresu v ich práci objektívne, z týchto výsledkov nie je možné jednoznačne posúdiť, či je práca zdravotníckych záchranárov alebo operátorov psychicky náročnejšia ako tá, ktorú odvádzajú zdravotné sestry alebo študenti sociálnych vied počas svojho štúdia. Interpretovať môžeme len subjektívne vnímanie miery pracovnej záťaže a jej dôsledkov z pohľadu našich respondentov. Spomedzi zdravotníkov sa najviac na problémy v práci sťažujú zdravotné sestry, potom operátori a napokon záchranári (podrobnejšie viď. predchádzajúca kapitola), no rozdiely v miere percipovaného stresu neboli pri porovnaní jednotlivých zdravotníckych povolání signifikantné. Celkové skóre škál osobnej pohody/nepohody, burnoutu či posttraumatickej symptomatológie tiež neponúka jednoznačné odpovede na otázku rozdielnej náročnosti jednotlivých zdravotníckych povolání, no podrobnejšie porovnania subškál a položkové analýzy umožňujú bližšie pochopenie ich špecifických nárokov a ťažkostí.

Rozdiely medzi skupinami zdravotníkov v osobnej pohode sa prejavili len v subškále sexuálneho well-beingu, ktorá pozostáva z položiek zmyselný, sexy, atraktívny – reprezentujúcich najmä spokojnosť

so svojím fyzickým vzhľadom, kde sú najspokojnejší zdravotnícki operátori, potom záchranári a napokon zdravotné sestry. Tieto rozdiely sa nedajú jednoducho vysvetliť odlišným vekovým a rodovým zložením skupín, pretože skupiny operátorov a zdravotných sestier sa z hľadiska rodu nelíšia vôbec, a z hľadiska veku sú operátori v priemere dokonca o dva roky starší ako zdravotné sestry. Zo všetkých subškál osobnej nepohody prežívanej v období posledného mesiaca sa významnejšie rozdiely medzi zdravotníkmi prejavili len v škále anxiety (položky napätý, nervózny, obávajúci sa). V nej skórujú spomedzi zdravotníkov najvyššie záchranári, potom zdravotné sestry a najnižšie hodnoty anxiety dosahujú zdravotnícki operátori. Môžeme uvažovať o tom, nakoľko tieto rozdiely súvisia s častejšou expozíciou nepredvídateľným, potenciálne ohrozujúcim situáciám v ich práci alebo s inými faktormi ich pôsobenia.

Z hľadiska výskytu symptómov posttraumatickej stresovej poruchy po náročných situáciách v práci sa ako viac postihnutá skupina javia operátori, potom zdravotné sestry a až napokon zdravotnícki záchranári. Týka sa to najmä pocitov viny, neželaných myšlienok na to, čo sa stalo a snahy vyhnúť sa im. Operátori spolu so záchranármi prejavujú častejšie ako zdravotné sestry stav zvýšenej ostražitosťi po náročnej udalosti, sestry zase častejšie ako operátori a záchranári medzi reakciami na osobitne náročné situácie v práci uvádzajú bližšie nešpecifikovanú úzkosť a strach. Vzhľadom na kvantitatívnu i kvalitatívnu zmenu škálovania odpovedí v PTSS_10 (namiesto otázky na frekvenciu, otázka na intenzitu prežívaných symptómov), môžeme hodnoty zistené v našom súbore porovnávať s kritickými hranicami podľa autorov škály len veľmi orientačne. Ak by sme akceptovali možnosť overenú Thoresenom a kol. (2009) v prípade škály IES_6, že obe formulácie (otázka na frekvenciu rovnako ako otázka na intenzitu prežívaných symptómov posttraumatickej stresovej reakcie) prinášajú rovnocenné zistenia, dalo by sa povedať, že priemerné hodnoty intenzity symptómov podľa PTSS_10 bez ohľadu na pohlavie u všetkých skupín našich respondentov prekračujú obe kritické hranice, ktoré Weisae a Mehlum (1993, in Eid et al., 1999) stanovili osobitne pre mužov (17,60 bodov z hrubého skóre dosahujúceho podľa pôvodnej verzie škály min 10, max 70; čo po odpočítaní minimálnej hodnoty tvorí 12,67% z celkového možného skóre) i ženy (22,61 bodov, t.j. 21,02%). Naši operátori dosahujú po prepočítaní na percentá 29,12%, záchranári 22,30%, zdravotné sestry 29,15% a študenti 41,67% z maxima. Nemôžeme spoľahlivo povedať, nakoľko sú tieto hodnoty závažné, no vyššia intenzita prejavov posttraumatickej reakcie podľa výpovedí študentov sociálnych vied

v porovnaní so zdravotníkmi je pozoruhodná. No interpretovať je možné aj rozdiely medzi jednotlivými skupinami zdravotníckych pracovníkov navzájom.

Za príčinu vzniku posttraumatickej stresovej reakcie, sa obvykle považuje udalosť, ktorú jednotlivec prežíva ako kritickú, pričom nároky na jej zvládnutie presahujú jeho aktuálne (fyzické, psychické alebo iné) možnosti a dostupné zdroje, ktoré má k dispozícii pre jej riešenie (Gurňáková, Lukáčová, 2010). Efektívnosť práce operátora je do veľkej miery závislá na faktoroch mimo jeho kontroly – na dostupnosti voľných posádok v teréne, na kvalite technického vybavenia, na momentálnej schopnosti spolupráce volajúcich osôb (viď. predchádzajúca kapitola), pričom je častejšie ako ostatní zdravotnícki pracovníci konfrontovaný s nutnosťou riešiť naliehavé situácie ľudí v tiesni. Jeho expozícia potenciálne traumatizujúcim situáciám v práci je teda častejšia, pričom možnosti ich riešenia sú podstatne limitovanejšie ako u ostatných sledovaných skupín. Z tohto hľadiska je častejší výskyt vyššie zmienených symptómov posttraumatickej stresovej poruchy, pocitov viny, vtieravých neželaných myšlienok na udalosť a snaha vyhnúť sa im, pochopiteľný. Zdravotnícki záchranári častejšie ako ostatné skupiny podstupujú riziko bezprostrednej konfrontácie s kritickými udalosťami iných ľudí, pričom môže byť priamo ohrozené ich zdravie či dokonca život. No vďaka tomu, že sú priamo na mieste udalosti, majú aj lepší prehľad o situácii a väčšiu možnosť konať a riešiť ju vlastnými silami. Tento rozdiel medzi „mocou“ záchranára a občasnou bezmocnosťou zdravotníckeho operátora na núdzovej linke, je dôležitým faktorom, ktorý môže negatívne následky častejšej expozície náročným situáciám do značnej miery eliminovať. Uvažovať môžeme aj o pôsobení špecifických spoločenských očakávaní na rolu záchranára v zmysle maskulinneho hrdinu, ako upozorňuje Pilárik a Sarmány-Schuller (2011, podrobnejšie v kap. 1), ktorá môže viesť k tendencii záchranárov i záchranárok svoje prípadné ťažkosti skrývať.

Celkom iné očakávania sa spájajú s feminínnou rolou zdravotných sestier. Zdravotné sestry z tohto súboru sú s priamym nebezpečenstvom v podobe jasne vyhrotených situácií ohrozujúcich život a zdravie pacientov alebo aj ich vlastný, konfrontované menej často (viď. predchádzajúca kapitola). Ich problémy sa týkajú skôr iného typu ťažkostí spojených s pôsobením v nedostatočne fungujúcom systéme poskytovania zdravotnej starostlivosti a prácou s ľuďmi (konflikty na pracovisku, konflikty s pacientmi), čo môže byť vysvetlením ich častejšieho uvádzania bližšie nešpecifikovanej úzkosti a strachu ako

reakcie na výnimočne náročné situácie v práci. Ako však bolo uvedené vyššie, v priemernom skóre úzkosti za obdobie posledného mesiaca dosahujú naše zdravotné sestry nižšie hodnoty ako zdravotnícki záchranári, čo znamená, že naozaj kritickým, potenciálne traumatizujúcim udalostiam sú vo svojej práci pravdepodobne vystavované menej často.

Z hľadiska rýchlosti zotavenia sa po náročných situáciách v práci sa ako najviac odolní, resp. schopní regenerácie, hodnotia zdravotnícki záchranári, potom operátori a napokon zdravotné sestry.

Špecifická práca a nárokov sledovaných zdravotníckych povolání sa môžu odrážať aj v rozdielnych hodnotách dosahovaných v subškálach burnoutu. Znamky emočného vyčerpania uvádzajú častejšie zdravotné sestry a operátori ako zdravotnícki záchranári, čo môže byť spôsobené dlhodobým nadmerným pracovným zaťažením pri nedostatočných možnostiach oddychu počas zmeny. Hoci prostredníctvom inej metódy, vyšší výskyt prejavov burnoutu u zdravotníckych operátorov v porovnaní so zdravotníckymi záchranármi v Českej republike, zistili opakovane v dvoch samostatných štúdiách v rokoch 2003 a 2005 aj Kebza a Šolcová (2007). Kým práca zdravotníckych záchranárov je pomerne pestrá a zahŕňa pravidelné striedanie rôznych typov aktivít (čakanie na výjazd, doprava na miesto udalosti, samotný zásah a rôznorodé prípady), práca zdravotných sestier i operátorov v sebe zahŕňa kontakt s vyšším počtom pacientov počas zmeny a stereotypnejší typ činnosti. Z hľadiska Karaskovho modelu pôsobenia psychickej záťaže v práci (vid' vyššie, Karasek, 1979) môžeme usudzovať, že povolanie zdravotníckych operátorov, podobne ako zdravotných sestier, predstavuje prácu s vysokými nárokmi a nízkou možnosťou vlastnej autonómie v rozhodovaní, pretože sú permanentne pod dozorom kolegov i nadriadených, pričom musia dodržiavať množstvo smerníc a predpisov, kým práca zdravotníckych záchranárov, najmä pokiaľ patria k posádkam rýchlej zdravotnej pomoci (RZP), čiže ak pôsobia bez prítomnosti lekára, predstavuje povolanie s vysokými nárokmi, ale aj s vyšším stupňom nezávislosti a slobody pri plnení svojich úloh. V prípade zdravotných sestier je na mieste uvažovať popri nižšej miere autonómnosti v rozhodovaní aj o zvýšených emocionálnych nárokoch a slabej sociálnej opore v prostredí ako indikátoroch psychosociálneho rizika, o ktorých referuje Parent-Thirion a kol. (2012). Depersonalizáciu pociťujú častejšie zdravotnícki operátori ako záchranári a zdravotné sestry, čo je tiež možné vysvetliť vyšším počtom pacientov (volajúcich) v krátkom časovom úseku, obmedzeným kontaktom s nimi, počas ktorého sa nestihne

vytvoriť osobnejší vzťah k pacientovi, spolu s vysokým počtom neopodstatnených či dokonca agresívnych volaní na núdzovú linku, ktoré operátorov značne demotivujú (viď. predchádzajúca kapitola). Tieto faktory podľa vyššie uvedeného modelu (Parent-Thirion et al., 2012) zodpovedajú podmienkam vysokej intenzity práce a súčasne častým etickým konfliktom počas jej vykonávania. Výsledky svedčiacie o najvyššom riziku vyhorenia u zdravotníckych operátorov v porovnaní s inými pracovníkmi zdravotných záchranných služieb prezentovali tiež Šeblová, Kebza a Vignerová (2007). Opomenúť by sa však nemal ani fakt, že všetci zdravotnícki operátori OS ZZS SR predtým, ako boli prijatí do tejto pozície, museli nazbierať niekoľkoročné skúsenosti v iných zdravotníckych povolaniach či už ako zdravotnícki záchranári, alebo ako zdravotné sestry v obore intenzívnej medicíny či anestéziológie. Je možné, že jednou z príčin ich zmeny povolania mohli byť aj začínajúce prejavy vyhorenia, ktorých rozvoj sa prácou na Operačnom stredisku pokúsili viac či menej úspešne zastaviť, no pre spoľahlivé overenie tejto hypotézy nemáme adekvátne údaje.

Hoci Maslach a Jackson (1981) neudávajú kritickú hranicu začínajúceho syndrómu vyhorenia, môžeme naše údaje porovnať aspoň s priemernými hodnotami, ktoré dosahovali americkí reprezentanti profesií ohrozených rozvojom burnoutu v ich štúdiách. Vyššie hodnoty ako Američania mali v našom súbore iba zdravotnícki operátori v dimenzii depersonalizácie (priemerná hodnota podľa Maslachovej a Jacksonovej, 1981 bola 1,57; SD = 1,17; priemer depersonalizácie u operátorov v našej štúdii = 1,75; SD = 1,14). Na druhej strane, naši zástupcovia všetkých zdravotníckych povolání dosahovali súčasne nižšie hodnoty aj v škále osobnej úspešnosti, ktorá by mala byť protiváhou syndrómu vyhorenia. Príčinou rozdielov v prospech nižšej frekvencie symptómov vyhorenia u našich zdravotníkov môže byť už spomenutý dobrovoľný spôsob zbierania údajov, do ktorého sa mohli častejšie zapojiť pracovníci s vyššou mierou nadšenia pre výkon svojho povolania, no tento argument nevysvetľuje menší pocit osobnej úspešnosti pri výkone povolania u našich respondentov, ktorý by mohli lepšie vysvetliť rozdielne podmienky výkonu týchto povolání na Slovensku a v USA.

Keďže veľká časť domácich i zahraničných psychologických štúdií najrôznejšieho zamerania a s nimi aj množstvo psychologických teórií sa opiera o dáta získané v súboroch vysokoškolákov, ako referenčnú skupinu pre porovnanie s ne-zdravotníckou časťou populácie, sme aj my (popri profesionálnych vojakoch reprezentujúcich rizikové povolania, o ktorých referuje posledná kapitola tejto monografie) zvolili študentov.

Študenti sociálnych vied, prevažne sociálnej práce a psychológie ako skupina s podobným rodovým zastúpením, i keď v priemere mladšia, však svojimi výsledkami čiastočne prekvapila. Študenti na jednej strane popisujú vyššiu mieru osobnej pohody za posledný mesiac ako zdravotníci, predovšetkým pod vplyvom subškál sociálneho a sexuálneho well-beingu, čo môže byť prirodzené vzhľadom na ich vek a prostredie, v ktorom sa pohybujú. Na druhej strane však v porovnaní so zdravotníkmi dosahujú aj vyššie hodnoty v subškále anxiety, pričom v hodnotách percipovaného stresu sa od zdravotníkov významne nelíšia.

Významne častejšie uvádzajú ako reakciu na náročné situácie v práci/štúdiu viaceré symptómy posttraumatickej stresovej poruchy ako aj najnižšiu rýchlosť regenerácie po osobitne náročnej situácii v škole/práci, no z našich dotazníkov nebolo možné posúdiť, ako často sú príslušníci ktorej skupiny tomuto typu situácií skutočne vystavení. Keďže študenti nemohli vyplňať dotazníky zamerané špecificky na výkon zdravotníckeho povolania – IPVZP a MBI - v týchto hodnotách neboli so zdravotníkmi porovnávaní.

Ako už bolo uvedené vyššie, vzhľadom na obmedzenú reprezentatívnosť nášho súboru, použitie neštandardizovaných meracích nástrojov a absenciu presnej kontroly vplyvu pohlavia na jednotlivé premenné, tieto výsledky nemôžu slúžiť ako jednoznačný dôkaz konkrétnej miery psychickej náročnosti jednotlivých povolání, ale skôr ako inšpirácia a podklady pre vyhodnotenie výsledkov nasledujúcich štúdií.

6 Záver

Vnímanie toho, čo pre človeka predstavuje zvýšenú záťaž, je výsledkom interakcie mnohých faktorov - jeho vlastností, preferencií, schopností, skúseností i podmienok prostredia. Kým študenti sa z objektívneho hľadiska nestretávajú s natoľko vyhrotenými situáciami, kde by šlo o spoluzodpovednosť za život či vážne ohrozenie zdravia iných ľudí, ako je tomu u zdravotníkov, subjektívne môžu prežívať viac úzkosti a neistoty vo svojom konaní v dôsledku vyššej osobnej angažovanosti v problémoch, o ktorých referujú, ako aj pre nedostatok skúseností, na základe ktorých by si mohli vybudovať vyššiu dôveru vo vlastné sily takéto situácie úspešne zvládnuť.

Uvedené výsledky naznačujú, že množstvo a typ pacientov, možnosť slobodného rozhodovania o výbere pracovných postupov, množstvo a kvalita nevyhnutných interakcií s nadriadenými a tímom kolegov, rovnako ako aj celková úroveň systému poskytovania zdravotnej starostlivosti, vrátane adekvátnosti hodnotenia pracovného výkonu, majú významný vplyv na kvalitu emočného prežívania zdravotníckych pracovníkov a výskyt negatívnych dôsledkov pôsobenia akútnych a chronických zdrojov stresu.

Každé zo sledovaných zdravotníckych povolání má vlastné špecifiká v tom, ktoré zdroje záťaže v nich obsiahnuté pôsobia ako najzávažnejšie. Záleží na kombinácii viacerých vnútorných a vonkajších faktorov, do akej miery sú tieto povolania pre aké typy osobností rizikové či naopak žiaduce. Dôležitejšie ako porovnávanie samotného vplyvu povolania môže tak byť hľadanie odpovede na otázku, ktorej je venovaná nasledujúca kapitola – aké intrapsychické (kognitívne, emočné a osobnostné) charakteristiky pomáhajú a ktoré naopak negatívne ovplyvňujú úspešné fungovanie jednotlivca pri výkone zdravotníckeho povolania?

Literatúra

BATISTA-TARAN, L.C., REIO, T.G. Jr., 2011, Occupational stress: Towards an integrated model. In: M.S Plakhotnik, S.M. Nielsen, D.M. Pane, (Eds.), *Proceedings of the Tenth Annual College of Education and GSN Research Conference*. Miami: Florida International University, 9-16. (http://coeweb.fiu.edu/research_conference/)

COHEN, S., KAMARCK, T., MERMELSTEIN, R., 1983, A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 4, 385-396.

EID, J., THAYER, J.F., JOHNSEN, B.H., 1999, Measuring post-traumatic stress: A psychometric evaluation of symptom and coping questionnaires based on Norwegian sample. *Scandinavian Journal of Psychology*, 40, 101-108.

GURŇÁKOVÁ, J., LUKÁČOVÁ, K., 2010, Stratégie zvládania zátáže u zdravotníckych profesionálov. *Zborník z Kongresu urgentnej medicíny*, Senec.

HARDIE, E.A., KASHIMA, E.S., PRIDMORE, P., 2005, The influence of relational, individual and collective self-aspects on stress, uplifts and health. *Self and Identity*, 4, 1-24.

HLADKÝ, A., ŽIDKOVÁ, Z. , 1999, *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže*. Praha: Karolinum.

HODAČOVÁ, L., ŠMEJKALOVÁ, J., SKALSKÁ, H., BENDO VÁ, M., BORSKÁ L., FIALOVÁ, D., 2007, Hodnocení pracovní psychické zátěže u zaměstnanců různých profesí. *Československá psychologie*, LI, 4, 335-346.

KARASEK, R.A., 1979, Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administration Science Quarterly*, 24, 285-308.

KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I., 1998, Burnout syndrom: Teoretická východiska, diagnostické a intervenční možnosti. *Československá psychologie*, 42, 5, 429-448.

MASLACH, CH, JACKSON, S.E., 1981, The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behaviour*, 2, 99-113.

MASLACH, CH., JACKSON, S.E., LEITNER, M., 1996, *Maslach Burnout Inventory Manual* (3rd Ed.). Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.

- NIEDHAMMER, I., BOUGKARD, E., CHAU, N., LORHANDICAP STUDY GROUP, 2011, Occupational and behavioural factors in the explanation of social inequalities in premature and total mortality: A 12,5-year follow-up in the Lorhadicap study. *European Journal of Epidemiology*, 26, 1, 1-12.
- PAOLI, P., MERLLIÉ, D., 2001, *Third European Survey on Working Conditions 2000*. Luxembourg: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- PARENT-THIRION, A., VERMEYLEN, G., VAN HOUTEN, G.V., LYLY-YRJÄNÄINEN, M., BILETTA, I., CABRITA, J., 2012, *Fifth European Working Conditions Survey*. Luxembourg: Eurofound, Publications Office of the European Union.
- PILÁRIK, Ľ., SARMÁNY-SCHULLER, I., 2011, Personality predictors of decision-making of medical rescuers. *Studia Psychologica*, 53, 175-184.
- PISANTI, R., LOMBARDO, C., LUCIDI, F., LAZZARI, D., BERTINI, M., 2008, Development and validation of a brief Occupational Coping Self-efficacy questionnaire for nurses. *Journal of advanced nursing*, 62, 2, 238-247.
- PITEL, L., 2013, Zdroje a možné dôsledky percipovaného stresu z pohľadu príslušníkov Ozbrojených síl SR na zahraničných misiách. Porovnanie so zdravotníckymi záchranármi. In: J. Gurňáková a kol. *Rozhodovanie profesionálov: Sebaregulácia, stres a osobnosť*. Bratislava: ÚEP SAV, v tlači.
- SIEGRIST, J., 1996, Adverse health effects of high-effort/low reward conditions. *Journal of Occupational Health and Psychology*, 1, 27-41.
- SIEGRIST, J., 2008, Effort-reward imbalance and health in globalized economy. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health Supplemental*, 32, 6, 163-168.
- ŠEBLOVÁ, J., KEBZA, V., VIGNEROVÁ, J. 2007, Zátěž a stres pracovníků záchranných služeb v České republice. *Československá psychologie*, 51, 4, 404-417 .
- THORESEN, S., TAMBS, K., HUSSAIN, A., HEIR, T., JOHANSEN, V. A., BISSON, J. I., 2009, Brief measure of posttraumatic stress reactions: Impact of Event Scale-6. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Published online: 29 May 2009.

WEISS, D.S., 2004, The Impact of Event Scale-Revised. In: J.P. Wilson, T.M. Keane (Eds.) *Assessing psychological trauma and PTSD* (2nd Ed.), New York: Guilford.

Abstrakt

Štúdiá popisuje a kvantitatívne porovnáva dotazníkmi zisťovanú úroveň subjektívne vnímanej záťaže (IPVZP, Gurňáková, 2010) a jej dôsledkov pre osobnú pohodu resp. nepohodu (MHSS, Hardie et al., 2005), úroveň percipovaného stresu (PSS, Cohen et al., 1983), prejavy syndrómu vyhorenia (MBI, Maslach, Jackson, 1981) a intenzitu prejavov posttraumatickej stresovej reakcie (PTSS-10, Weisaet, Mehlum, 1993 a IES-6, Thoresen et al., 2009) na obzvlášť zaťažujúce situácie v práci v troch skupinách zdravotníckych povolání - u 81 zdravotníckych operátorov, 60 zdravotných sestier a 65 zdravotníckych záchranárov a pre účely porovnania s odlišne orientovanou časťou populácie aj so skupinou 68 študentov sociálnych vied. Ukázalo sa, že signifikantné rozdiely medzi zástupcami jednotlivých zdravotníckych povolání sa neprejavujú ani tak v globálnom hodnotení charakteristík ich emočného prežívania, ale skôr v jeho špecifických symptómoch v závislosti od nárokov a možností toho-ktorého povolania. Ako najzraniteľnejšia skupina spomedzi zdravotníkov sa z hľadiska intenzity prejavov posttraumatickej stresovej reakcie na obzvlášť zaťažujúce situácie v práci ako aj z hľadiska rozvoja syndrómu vyhorenia javia zdravotnícki operátori.

IV. ÚLOHA NEGATÍVNEHO EMOČNÉHO PREŽÍVANIA V ROZHODOVANÍ ZDRAVOTNÍKOV A ICH ŠIRŠIE PSYCHOLOGICKÉ SÚVISLOSTI

Jitka GURNÁKOVÁ

Ústav experimentálnej psychológie SAV Bratislava

Obsah kapitoly

1 Úvod

2 Súbor

3 Metódy

4 Výsledky - Úloha percipovaného stresu v prežívaní a rozhodovaní

4.1 Parciálne korelácie s kontrolou premenných vek a pohlavie v súbore zdravotníkov a študentov

4.2 Prediktory jednotlivých spôsobov rozhodovania – lineárna regresná analýza

4.3 Kognitívne a osobnostné prediktory percipovaného stresu – lineárna regresná analýza

4.4 Porovnanie extrémnych skupín podľa úrovne percipovaného stresu v rozhodovaní, sebaregulácii a kognitívnych charakteristikách

5 Diskusia

6 Záver

1 Úvod

Analýzy zdrojov akútneho a chronického stresu, ako aj porovnanie troch zdravotníckych profesií v miere negatívneho emočného prežívania a jeho dôsledkov, ktoré boli prezentované v dvoch predchádzajúcich kapitolách, upriamili našu pozornosť na úlohu charakteristík negatívneho emočného prežívania a individuálnej schopnosti odolávať pracovnej záťaži v efektívnom profesionálnom rozhodovaní. Dospeli sme k potrebe overiť, ktoré kognitívne a osobnostné charakteristiky podporujú a ktoré naopak komplikujú schopnosť odolávať vysokej pracovnej záťaži. Ďalej sme zisťovali, nakoľko sa miera negatívneho emočného prežívania spája s výberom viac či menej efektívneho spôsobu rozhodovania v práci zdravotníkov a ktoré ďalšie kognitívne a osobnostné charakteristiky do tohto vzťahu vstupujú.

Predpokladali sme, že neurotizmus, väčšia potreba kognitívnej štruktúry, nižšia potreba stimulácie, nižšia úroveň nádeje a sebačty vedú k vyššej hladine percipovaného stresu a s ním spojených následkov (negatívne emočné prežívanie, symptómy post-traumatickej stresovej poruchy a burnoutu) v zamestnaní, pričom ovplyvňujú aj tendenciu spoliehať sa na maladaptívne postupy rozhodovaní (viď. 1. kapitola).

2 Súbor

Táto štúdia vychádza, rovnako ako predchádzajúca kapitola, z údajov 81 zdravotníckych operátorov Operačného strediska zdravotnej záchranej služby SR, 60 zdravotných sestier a 65 zdravotníckych záchranárov. V korelačnej časti štúdie boli použité aj údaje 68 študentov sociálnych vied, predovšetkým sociálnej práce a psychológie v Bratislave, pre detailnejšie regresné analýzy a porovnávanie extrémnych skupín s vysokou a nízkou úrovňou percipovaného stresu sme využili len dáta zdravotníckych profesionálov. Podrobnejšie demografické údaje predstavuje tab. 1. v predchádzajúcej kapitole (str. 75). Menšia časť dát prezentovaných v tejto kapitole bola spracovaná iným spôsobom aj vo forme dizertačnej práce Kamhalovej (2013).

3 Metódy

Keďže metódy číslo 1-6 boli bližšie charakterizované v predchádzajúcej kapitole, na tomto mieste ponúkame len ich stručný popis. Okrem nich boli do tejto štúdie zaradené škály číslo 7-13, ktorých podrobnejšia charakteristika je uvedená nižšie:

1) **Škála percipovaného stresu** (Perceived stress scale, Cohen, Kamarck, Mermelstein, 1983, preklad JG) – 10 položková škála meria úroveň, do akej jednotlivci hodnotí situácie za posledný mesiac vo svojom živote ako stresujúce (napr. „Ako často ste za posledný mesiac boli nazlostení vecami, ktoré boli mimo vašu kontrolu?“).

2) **Inventár problémov pri výkone zdravotníckeho povolania (IPVZP)** - originálna metodika (Gurňáková, 2010; podrobne popísaná v 2. kapitole), ktorej cieľom je zachytiť frekvenciu výskytu a intenzitu konkrétnych možných typov zdrojov stresu v práci zdravotníkov.

3) **Multidimenzionálna škála zdravotného stavu** (Multidimensional health-states scale, Hardie et al. 2005, preklad JG) zisťuje mieru osobnej pohody a nepohody za obdobie posledného mesiaca v desiatich subškálach **osobnej pohody/well-beingu a osobnej nepohody/ill-beingu**.

4) **Maslachovej dotazník vyhorenia** (MBI, Maslach burnout inventory, Maslach, Jackson, 1981, preklad JG) – inventár mapujúci syndróm vyhorenia v troch dimenziách: depersonalizácia (napr. „Odkedy mám túto prácu, stal som sa voči ľuďom necitlivejší/ľahostajnejší“), osobná úspešnosť (napr. „Problémy pacientov zvládam veľmi efektívne“), emocionálne vyčerpanie (napr. „Mám pocit, akoby som bol už na konci svojich síl“).

5) **Škála posttraumatickej symptomatológie** (preklad JG) – zložená z nižšie uvedených metodík, zisťuje výskyt symptómov PTSD na 5 bodovej škále („Keď uvažujete o situáciách v práci, ktoré vás zasiahli/rozrušili viac, ako je pre vás obvyklé, nakoľko výrazne sa u vás prejavili nasledujúce reakcie?“ Položky boli tvorené týmito škálami:

a) **Škála dopadu udalosti** (Impact of event scale 6; Thoresen et al., 2009) – šesťpoložková verzia škály zisťuje výskyt troch typov posttraumatických prejavov: intrúzie („Myslel som na to, aj keď som nechcel“), hyperarousal (nadmerná dráždivosť – napr. „Bol som ostražitý, na pozore“), vyhýbanie sa (napr. „Pokúšal som sa na to nemyšlieť“).

b) **Škála symptómov posttraumatického stresu** (Posttraumatic stress symptoms scale; PTSS-10; Weisaet, Mehlum, 1993, in Eid et al., 1999) upravená verzia podľa vzoru IES, predstavuje desať položiek všeobecnejšie reprezentujúcich jednotlivé symptómy PTSD (problémy so spaním, podráždenosť, úzkosť/strach a pod.), ku ktorým sa respondenti vyjadrujú na 5 bodovej škále z hľadiska intenzity ich prežívania.

6) **Miera subjektívne vnímanej schopnosti rýchlo sa zotaviť po zaťažujúcich situáciách** (navrhnutá členmi riešiteľského tímu projektu) vo formáte 100 milimetrovej úsečky (Visual analogue scale, VAS), na ktorej mali respondenti vyznačiť svoju odpoveď na otázku „Po akom čase od pre Vás náročnej udalosti sa obvykle dokážete spamätať?“ krížikom v rozmedzí od „ihneď“ (0) až „po dlhom čase“ (100).

7) **Miera subjektívne hodnotenej efektivity vlastných profesionálnych rozhodnutí** (navrhnutá členmi riešiteľského tímu projektu) – v rovnakej forme ako predchádzajúca metodika. V tomto prípade mali respondenti označiť odpoveď na otázku „Do akej miery ste presvedčený o tom, že sa v práci rozhodujete správne?“ v rozmedzí od „vôbec nie“ (0) po úplne (100).

8) **Melbournský dotazník rozhodovania** (Melbourne Decision Making Questionnaire, MDMQ, Mann et al, 1997; preklad JG) vychádzajúci z Janisovej a Mannovej teórie konfliktu v rozhodovaní (1977, in Mann et al., 1997) prostredníctvom 22 položiek hodnotených na škále od 0 (neplatí pre mňa) po 2 (pre mňa platí) umožňuje vygenerovať skóre štyroch spôsobov zvládania stresu v procese rozhodovania. Jedinou optimálnou a adaptívnou alternatívou, ktorá je spojená len s miernou hladinou stresu, je podľa neho vigilantné správanie, charakterizované dôkladným hľadaním relevantných informácií a starostlivým zvažovaním všetkých alternatív pred samotným rozhodnutím. Hypervigilantné správanie sa vyznačuje impulzívnym, anxióznym spôsobom rozhodovania, bez zohľadnenia všetkých možných dôsledkov jednotlivých alternatív rozhodnutia pri vysokej miere prežívaného stresu. Ďalšie dve alternatívy popisujú spôsob vyhýbania sa stresu v rozhodovaní buď presúvaním zodpovednosti za rozhodnutie na iných ľuďoch alebo prokrastináciou – odkladaním rozhodnutia na čo najneskôr (podrobnejšie viď. 1. kapitola).

9) **Škála potreby štruktúry** (Personal need for structure, PNS, Thompson et al. 1989, slovenská verzia Sarmálny-Schuller, 2001) – pozostáva z dvoch subškál – **želanie štruktúry** ako úroveň, do akej ľudia preferujú štruktúru vo svojom živote a **reakciu na chýbanie štruktúry**

ako spôsob, ktorým ľudia reagujú, keď sú konfrontovaní s neštruktúrovanými, nepredvídateľnými situáciami). Respondenti sa vyjadrujú ku 12 položkám prostredníctvom 6-bodovej škály (od 1 – vôbec nesúhlasím, po 6 – úplne súhlasím).

10) **Krátka škála potreby stimulácie** (Brief sensation seeking scale, BSSS, Hoyle et al., 2002) – 8 položková verzia vychádza zo škály SSS-V Zuckermana a kol. (1978), ktorí predpokladali, že potreba vyhľadávania nových podnetov je súčasťou tak biologickej ako aj sociálnej dimenzie osobnosti a môže byť prediktorom rôznych druhov problémového správania. Osoby s vyšším skóre potreby stimulácie majú tendenciu vyhľadávať rizikové situácie, čo sa môže prejaviť aj v ich rozhodovaní. Respondenti sa vyjadrujú k jednotlivým položkám prostredníctvom 5 bodovej škály (od 1 – vôbec nesúhlasím po 5 – úplne súhlasím). Celkové skóre tvoria 4 dimenzie: vyhľadávanie zážitkov, náchylnosť k nude, vzrušenie a vyhľadávanie dobrodružstva, disinhibícia.

11) **Škála nádeje** (Snyder et al., 1996, slovenská verzia Halama, 2001) – verzia pozostávajúca z 8 položiek popisujúcich nádej ako kognitívny koncept, tj. myšlienkový proces, ktorý obsahuje dve zložky – **snahu** ako vôľu a schopnosť vytrvať v dosahovaní svojho cieľa (4 položky) a **cestu** – ako schopnosť generovať fungujúce spôsoby na dosahovanie cieľa (4 položky). Respondenti sa vyjadrujú k položkám pomocou 4 bodovej škály (od 1 – úplná nepravda po 4 – úplná pravda).

12) jednopoložková screeningová **Škála globálnej sebaúcty** (podľa príkladu Robinsa et al., 2001, Gurňáková, 2010) – na rovnakej štvorbodovej stupnici ako v predchádzajúcej metóde, sa má respondent vyjadriť k výroku „Celkovo som sám so sebou spokojný“.

13) screeningový **Desaťpoložkový osobnostný inventár** (TIPI, Ten Item Personality Inventory; Gosling, Rentfrow, Swann, 2003; preklad JG) meria päť veľkých faktorov osobnosti (Big Five, slovenská adaptácia Ruisel, Halama, 2007) prostredníctvom adjektív selektovaných z predchádzajúcich meracích nástrojov. Jednotlivé póly piatich dimenzií reprezentujú tieto položky:

- neurotizmus – úzkostný, ľahko rozrušiteľný vs. pokojný, emocionálne stabilný,
- extroverzia – extrovertovaný, entuziastický vs. rezervovaný, tichý,
- otvorenosť – otvorený novým zážitkom, komplexný vs. konvenčný, netvorivý,
- privetivosť – súcitný, vrúcny vs. kritický, hádavý,

- svedomitosť – spoľahlivý, disciplinovaný vs. nedbanlivý, nesystematický.

Respondent popisuje sám seba prostredníctvom 7-bodovej škály od „vôbec nesúhlasím“ po „úplne súhlasím“.

4 Výsledky - Úloha percipovaného stresu v prežívaní a rozhodovaní

4.1 Parciálne korelácie s kontrolou premenných vek a pohlavie v súbore zdravotníkov a študentov (tab. 1a,b,c)

Premenné negatívneho emočného prežívania a rozhodovanie

Úroveň percipovaného stresu podľa očakávania signifikantne koreluje so všetkými premennými, reprezentujúcimi emočné prežívanie – negatívne s osobnou pohodou (well-being) a pocitom osobnej úspešnosti v práci v škále burnoutu (MBI), pozitívne s osobnou nepohodou (ill-being), výskytom problémov v práci a mierou záťaže, ktorú pre jednotlivca predstavujú (IPVZP), prejavmi symptómov posttraumatickej stresovej poruchy (PTSS 10, PT IES), dĺžkou času potrebného na zotavenie sa po náročnej udalosti v práci, emočným vyčerpaním (MBI), depersonalizáciou (MBI), aj s celkovým skóre burnoutu (MBI) – tab. 1a.

V týchto výsledkoch sa prejavuje aj štatisticky významná súvislosť medzi percipovaným stresom a rozhodovaním (MDMQ, presvedčenie o správnosti rozhodovania v práci), najmä s jeho menej adaptívnymi postupmi. Záporná korelácia percipovaného stresu s adaptívnou vigilanciou je pomerne nízka a v prípade iných premenných, týkajúcich sa prežívania, sa s výnimkou burnoutu súvislosť s vigilanciou neprejavuje. Pozitívne korelačné vzťahy medzi percipovaným stresom ako aj ostatnými premennými reprezentujúcimi negatívne emočné prežívanie a maladaptívnymi postupmi rozhodovania – hypervigilanciou, presúvaním zodpovednosti a prokrastináciou – sú však zjavné. Rovnako výrazne sa v parciálnych koreláciách prejavila aj záporná súvislosť medzi percipovaným stresom (spolu s ostatnými premennými negatívneho emočného prežívania) a mierou presvedčenia o správnosti svojho rozhodovania v práci.

Emočné prežívanie a ďalšie kognitívne premenné

Nebola nájdená súvislosť medzi úrovňou percipovaného stresu a potrebou štruktúry ani potrebou stimulácie. Tieto premenné však korelujú signifikantne, hoci len mierne, s well-beingom. Celkové skóre potreby štruktúry prostredníctvom subškály reakcie na chýbanie štruktúry koreluje s osobnou pohodou negatívne, všetky subškály potreby stimulácie naopak mierne pozitívne (tab. 1a). Nižšia citlivosť na chýbanie štruktúry sa spája okrem vyššej úrovne well-beingu, s nižšou úrovňou ill-beingu, kratším časom potrebným na zotavenie a nižším výskytom symptómov posttraumatickej stresovej poruchy po náročných udalostiach v práci a tiež vyššou úrovňou pocitu osobnej úspešnosti ako protikladu syndrómu vyhorenia v práci.

Zo štyroch subškál potreby stimulácie sa najčastejšie spojitosti medzi touto potrebou a emočným prežívaním prejavili v nižších kladných koreláciách medzi subškálou vyhľadávania zážitkov, well-beingom a osobnou úspešnosťou (MBI), negatívne korelácie naopak vo vzťahu vyhľadávania zážitkov s ill-beingom, úrovňou záťaže v dôsledku problémov práci (nie však v ich frekvencii výskytu – IPVZP) a s úrovňou emočného vyčerpania a depersonalizácie (MBI). Ďalšie tri zložky potreby stimulácie – sklon k nude, vyhľadávanie vzrušenia a dobrodružstva a disinhibícia, sa mierne pozitívne spájajú jednak s well-beingom, ale aj s častejším výskytom menej špecifických symptómov posttraumatickej stresovej poruchy podľa škály PTSS 10. Vyhľadávanie vzrušenia a dobrodružstva sa spája záporne s osobnou úspešnosťou (MBI) a spolu s disinhibíciou kladne s depersonalizáciou v Maslachovej škále burnoutu.

Tab. 1a. Premenné reprezentujúce emočné prežívanie, kognitívny štýl a rozhodovanie (parciálne korelácie – kontrolované premenné vek a pohlavie, pre skupinu zdravotníkov a študentov, sig. 1-tailed)

| | Percipovaný stres | Well-being | Ill-being | Výskyt problémov | Úroveň záťaže | PTSS 10 | PTIES | Čas na zotavenie | Emočné Vyčerpanie | Os. úspešnosť | Depersonalizácia | MBI celkové skóre |
|--------------------------|-------------------|------------|-----------|------------------|---------------|---------|-------|------------------|-------------------|---------------|------------------|-------------------|
| Percipovaný stres | — | -,507 | ,680 | ,309 | ,434 | ,512 | ,343 | ,315 | ,485 | -,301 | ,299 | ,522 |
| Vigilancia | -,118 | | | | | | | | | ,310 | -,307 | -,259 |
| | ,037 | | | | | | | | | ,000 | ,000 | ,000 |
| Hypervigilancia | ,369 | -,248 | ,288 | ,144 | ,171 | ,396 | ,284 | ,293 | ,348 | -,130 | ,175 | ,340 |
| | ,000 | ,000 | ,000 | ,032 | ,017 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,036 | ,007 | ,000 |
| Presúvanie zodpovednosti | ,305 | -,301 | ,265 | ,206 | ,280 | ,337 | ,252 | ,268 | ,389 | -,139 | ,140 | ,332 |
| | ,000 | ,000 | ,000 | ,004 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,029 | ,027 | ,000 |
| Prokrastinácia | ,313 | -,318 | ,207 | | ,159 | ,355 | ,260 | ,246 | ,247 | -,218 | ,205 | ,320 |
| | ,000 | ,000 | ,001 | | ,025 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,001 | ,002 | ,000 |
| Správnosť rozhodovania | -,300 | ,281 | -,201 | -,176 | -,201 | -,284 | -,216 | -,308 | -,191 | ,235 | -,220 | -,265 |
| | ,000 | ,000 | ,001 | ,012 | ,006 | ,000 | ,000 | ,000 | ,004 | ,000 | ,001 | ,000 |
| Želanie štruktúry | | | | | | | | -,141 | | ,200 | -,133 | -,196 |
| | | | | | | | | ,016 | | ,003 | ,035 | ,005 |

| | Percipovaný stres | Well-being | Ill-being | Výskyt problémov | Úroveň záťaže | PTSS 10 | PTIES | Čas na zotavenie | Emočné Vyčerpanie | Os. úspešnosť | Depersonalizácia | MBI celkové skóre |
|--|-------------------|------------|-----------|------------------|---------------|---------|-------|------------------|-------------------|---------------|------------------|-------------------|
| Reakcia na chybanie štruktúry | -,182 | ,109 | | | | ,164 | ,180 | ,121 | ,119 | ,150 | | |
| | ,002 | ,041 | | | | ,006 | ,003 | ,032 | ,051 | ,019 | | |
| | -,135 | | | | | | ,132 | | | ,185 | | |
| Potreba štruktúry spolu | ,017 | | | | | | ,026 | | | ,006 | | |
| | ,218 | -,165 | | | -,180 | | | | -,222 | ,155 | -,244 | -,304 |
| Vyhľadávanie zážitku | ,000 | ,003 | | | ,012 | | | | ,001 | ,015 | ,000 | ,000 |
| | ,147 | | | | | ,116 | | | | | | |
| Sklon k nude | ,007 | | | | | ,034 | | | | | | |
| | ,148 | | | | | ,118 | | | | -,160 | ,131 | ,134 |
| | ,007 | | | | | ,032 | | | | ,012 | ,032 | ,034 |
| Vyhľadávanie vzrušenia a dobrodružstva | ,142 | | | | | ,135 | | | | | ,181 | |
| | ,010 | | | | | ,017 | | | | | ,005 | |
| Vyhľadávanie stimulácie spolu | ,227 | | | | | | | | | | | |
| | ,000 | | | | | | | | | | | |

Emočné prežívanie, sebaúcta, nádej a osobnosť (tab. 1b)

Premenné reprezentujúce emočné prežívanie korelovali signifikantne s globálnou sebaúctou, rovnako ako aj s oboma zložkami kognitívneho konceptu nádeje, v očakávanom smere: premenné reprezentujúce pozitívne emočné prežívanie pozitívne (well-being, osobná úspešnosť), negatívne emočné prežívanie negatívne (percipovaný stres, ill-being, výskyt problémov a úroveň záťaže, symptómy posttraumatickej stresovej reakcie, dĺžka času potrebného na zotavenie po náročnej udalosti v práci, emočné vyčerpanie a depersonalizácia). Najsilnejšie korelačné vzťahy sa prejavili medzi premennou well-beingu a percipovaného stresu na jednej strane, globálnou sebaúctou a schopnosťou nájsť cestu k dosiahnutiu svojich cieľov na druhej strane ($\rho > ,395$; $p < ,000$). Subškála snahy v škále nádeje sa s premennými emočného prežívania spájala o niečo slabšie, no stále dostatočne zreteľne ($\rho > ,370$; $p < ,000$).

Vzťahy osobnostných črt podľa dotazníka TIPI s premennými reprezentujúcimi emočné prežívanie sú zreteľne slabšie ($\rho < ,275$; $p \geq ,000$). Najčastejšie sa s emočným prežívaním spája osobnostná črta extroverzie (všetky premenné s výnimkou frekvencie výskytu problémov v práci a jednej z dvoch škál symptómov PTSD), menej často a súčasne slabšie tiež premenná emočnej stability (opačný pól neurotizmu) s výnimkou frekvencie a intenzity problémov v práci, času potrebného na zotavenie sa po náročnej udalosti a všetkých zložiek burnoutu. Svedomitosť koreluje signifikantne negatívne, hoci slabo, s frekvenciou výskytu problémov v práci a mierou záťaže, ktorú pre respondentov predstavujú. Otvorenosť skúsenosti s problémami v práci a ich mierou záťaže koreluje naopak signifikantne kladne. Prívetivosť sa viaže signifikantne záporne tak s dĺžkou času potrebného na zotavenie sa po náročnej udalosti, ako aj s negatívnymi subškálami burnoutu – emočným vyčerpaním a depersonalizáciou, nie však s percipovaným stresom či osobnou pohodou/nepohodou.

Tab. 1b. Premenné reprezentujúce emočné prežívanie, globálnu sebaúctu, nádej a črty osobnosti (parciálne korelácie – kontrolované premenné vek a pohlavie, pre skupinu zdravotníkov a študentov, sig. 1-tailed)

| | Percepovaný stres | Well-being | Ill-being | Vyskyt problémov | Úroveň záťaž | PTSS 10 | PTIES | Čas na zotavenie | Emočné Vyčerpanie | Os. úspešnosť | Depersonalizácia | MBI celkové skóre |
|----------------------------------|-------------------|--------------|---------------|------------------|---------------|---------------|---------------|------------------|-------------------|---------------|------------------|-------------------|
| Sebaúcta globálna | -,397 ,000 | ,396 ,000 | -,249 ,000 | -,141 ,035 | -,274 ,000 | -,306 ,000 | -,264 ,000 | -,130 ,020 | -,207 ,002 | ,262 ,000 | -,154 ,014 | -,269 ,000 |
| Snaha | -,374 ,000 | ,396 ,000 | -,238 ,000 | -,228 ,002 | -,252 ,001 | -,333 ,000 | -,287 ,000 | -,201 ,001 | -,295 ,000 | ,384 ,000 | -,296 ,000 | -,433 ,000 |
| Cesta | -,429 ,000 | ,435 ,000 | -,314 ,000 | -,277 ,000 | -,263 ,000 | -,382 ,000 | -,243 ,000 | -,289 ,000 | -,292 ,000 | ,410 ,000 | -,247 ,000 | -,424 ,000 |
| Nádej spolu | -,450 ,000 | ,466 ,000 | -,305 ,000 | -,271 ,000 | -,279 ,000 | -,399 ,000 | -,288 ,000 | -,277 ,000 | -,319 ,000 | ,433 ,000 | -,296 ,000 | -,467 ,000 |
| Extroverzia | -,200 ,001 | ,274 ,000 | -,161 ,005 | -,155 ,030 | -,155 ,030 | -,195 ,001 | -,177 ,003 | -,177 ,003 | -,215 ,001 | ,169 ,010 | -,259 ,000 | -,294 ,000 |
| Prívetivosť | | | | | | | | -,107 ,047 | -,154 ,015 | | -,205 ,002 | -,193 ,004 |
| Svedomitosť | | | | -,175 ,012 | -,152 ,030 | | | | | | | |
| Emočná stabilita | -,149 ,008 | ,124 ,021 | -,191 ,001 | | | -,113 ,039 | -,126 ,026 | | | | | |
| Otvorenosť skúsenosti voči | | | | ,188 ,008 | ,159 ,025 | | ,106 ,052 | | | -,114 ,057 | | ,135 ,033 |

Rozhodovanie, črty osobnosti, nádej, sebaúcta a charakteristiky kognitívneho štýlu (tab. 1c)

Podľa parciálnych korelácií pri kontrole vplyvu veku a pohlavia, presvedčenie o správnosti vlastného rozhodovania v práci koreluje signifikantne so všetkými spôsobmi rozhodovania – kladne s vigilanciou a záporne s maladaptívnymi spôsobmi rozhodovania – najviac s prokrastináciou, potom s hypervigilanciou a o niečo slabšie s presúvaním zodpovednosti. Ďalej sa spája signifikantne kladne s globálnou sebaúctou, oboma zložkami nádeje, o niečo slabšie koreluje s potrebou štruktúry a vyhľadávaním zážitku. Nepotvrdili sa však žiadne vzťahy presvedčenia o správnosti svojho rozhodovania s osobnostnými črtami podľa Big five.

Vigilancia sa okrem presvedčenia o správnosti svojho rozhodovania spája signifikantne kladne s osobnostnou črtou extroverzie a privetivosti, s oboma subškálami škály nádeje i potreby štruktúry a o niečo slabšie s globálnou sebaúctou. Pritom boli zistené rozporuplné vzťahy vigilancie s jednotlivými subškálami potreby stimulácie. Kým vyhľadávanie zážitku koreluje s vigilanciou kladne, vyhľadávanie vzrušenia a dobrodružstva, spolu s disinhibičiou korelujú s vigilanciou záporne.

Hypervigilancia koreluje záporne s presvedčením o správnosti svojho rozhodovania v práci, s osobnostnou črtou extroverzie a emočnej stability, kladne s otvorenosťou voči skúsenosti. Tieto vzťahy sú však pomerne slabé. O niečo výraznejšie sa hypervigilancia spája s nižšou úrovňou sebaúcty a nádeje v oboch jej subškálach a s vyššou reakciou na chýbanie štruktúry. Vzťah hypervigilancie so žiadnou subškálou potreby stimulácie nebol signifikantný.

Presúvanie zodpovednosti koreluje signifikantne záporne nielen so správnosťou rozhodovania v práci, ale aj s osobnostnou črtou extroverzie a kladne s otvorenosťou voči skúsenosti. V ostatných vzťahoch presúvanie zodpovednosti kopíruje vyššie popísané vzťahy hypervigilancie – negatívne koreluje so sebaúctou, oboma subškálami nádeje a kladne sa spája s reakciou na chýbanie štruktúry.

Prokrastinácia, podobne ako predchádzajúce maladaptívne spôsoby rozhodovania, koreluje záporne s presvedčením o správnosti svojho rozhodovania v práci, negatívne sa spája s osobnostnou črtou extroverzie a na hranici štatistickej signifikancie aj s emočnou stabilitou, ďalej koreluje negatívne s úrovňou globálnej sebaúcty, oboma subškálami škály nádeje ale aj s potrebou štruktúry.

Tab. 1c. Spôsob rozhodovania a presvedčenie o správnosti rozhodovania, črty osobnosti, nádej, globálna sebaúcta a kognitívny štýl (parciálne korelácie – kontrolované premenné vek a pohlavie, pre skupinu zdravotníkov a študentov, sig. 1-tailed)

| | Vigilancia | Hypervigilancia | Presúvanie zodpovednosti | Prokrastinácia | Správnosť rozhodovania |
|--------------------------|------------|-----------------|--------------------------|----------------|------------------------|
| Správnosť rozhodovania | ,224 | -,210 | -,149 | -,228 | - |
| | ,000 | ,001 | ,014 | ,000 | - |
| Extroverzia | | -,137 | -,167 | -,191 | |
| | | ,021 | ,007 | ,003 | |
| Prívetivosť | ,115 | | | | |
| | ,043 | | | | |
| Svedomitosť | | | | | |
| | | | | | |
| Emočná stabilita | | -,151 | | -,111 | |
| | | ,011 | | ,052 | |
| Otvorenosť ku skúsenosti | | ,138 | ,122 | | |
| | | ,019 | ,037 | | |
| Snaha | ,258 | -,273 | -,335 | -,292 | ,332 |
| | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| Cesta | ,275 | -,276 | -,354 | -,351 | ,251 |
| | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| Nádej spolu | ,306 | -,304 | -,380 | -,355 | ,318 |
| | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| Sebaúcta globálna | ,186 | -,243 | -,342 | -,243 | ,289 |
| | ,003 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| Vyhľadávanie zážitku | ,223 | | -,106 | | ,154 |
| | ,000 | | ,059 | | ,010 |
| Sklon k nude | | | | | |
| | | | | | |

| | Vigilancia | Hypervigilancia | Presúvanie zodpovednosti | Prokrastinácia | Správnosť rozhodovania |
|--|------------|-----------------|--------------------------|----------------|------------------------|
| Vyhľadávanie vzrušenia a dobrodružstva | -,116 | | | | |
| | ,041 | | | | |
| Disinhibícia | -,132 | | | | |
| | ,024 | | | | |
| Vyhľadávanie stimulácie spolu | | | | | |
| | | | | | |
| Želanie štruktúry | ,202 | | | -,145 | ,175 |
| | ,002 | | | ,019 | ,005 |
| Reakcia na chýbanie štruktúry | ,274 | ,246 | ,137 | | |
| | ,000 | ,000 | ,024 | | |
| Potreba štruktúry celkovo | ,259 | ,158 | | | |
| | ,000 | ,011 | | | |

4.2 Prediktory jednotlivých spôsobov rozhodovania – lineárna regresná analýza

Aby sme v spleti korelačných vzťahov dokázali rozlíšiť priame a nepriame súvislosti medzi rozhodovaním a premennými týkajúcimi sa percipovaného stresu a emočného prežívania, ako aj medzi rozhodovaním, premennými kognitívneho štýlu a osobnostnými črtami, testovali sme viaceré modely lineárnej regresnej analýzy metódou enter a následne step-wise v súbore zdravotníkov, ktorí na rozdiel od študentov, vyplňovali kompletnú verziu testovej batérie, vrátane dotazníkov MBI a IPVZP. Spôsob rozhodovania (podľa subškál MDMQ) a sebaistota v rozhodovaní boli určené ako závislé premenné, ako nezávislé premenné boli vždy v rovnakom poradí na základe predchádzajúcej korelačnej analýzy navrhnuté nasledujúce charakteristiky: extroverzia, prívetivosť, svedomitosť, emočná stabilita, otvorenosť skúsenosti (TIPI), snaha, cesta (Škála nádeje), globálna sebaúcta (Jednopolžková škála sebaúcty), vyhľadávanie zážitkov, sklon k nude, vyhľadávanie vzrušenia a dobrodružstva, disinhibícia (BSSS), želanie štruktúry, reakcia na chýbanie štruktúry (PNS), percipovaný stres

(PSS), well-being a ill-being (MHS), emočné vyčerpanie, osobná úspešnosť, depersonalizácia (MBI), škály posttraumatickej stresovej reakcie (PTSS 10, IES), dĺžka času potrebného na zotavenie sa po náročnej udalosti, výskyt problémov v práci a úroveň záťaže, ktorú predstavujú (IPVZP).

Najvýznamnejšie regresné modely pre jednotlivé spôsoby rozhodovania prezentujú tab. 2a - e.

Tab. 2a. Prediktory vigilancie (Lineárna regresná analýza, metóda step-wise)

| Vigilancia | | | |
|--|-------|--------|------|
| Adj. R ² = ,372; F= 8,791; p = ,000 | β | t | sig. |
| Vyhľadávanie zážitkov | ,290 | 3,035 | ,003 |
| Osobná úspešnosť | ,252 | 2,749 | ,007 |
| Reakcia na chýbanie štruktúry | ,277 | 3,301 | ,001 |
| Snaha | ,241 | 2,544 | ,013 |
| Vyhľadávanie vzrušenia a dobrodružstva | ,312 | 3,256 | ,002 |
| Disinhibícia | -,321 | -3,294 | ,001 |
| Úroveň záťaže | ,188 | 2,133 | ,036 |

Tab. 2b. Prediktory hypervigilancie (Lineárna regresná analýza, metóda step-wise)

| Hypervigilancia | | | |
|--|-------|--------|------|
| Adj. R ² = ,337; F= 8,631; p = ,000 | β | t | sig. |
| Percipovaný stres | ,188 | 1,896 | ,061 |
| Reakcia na chýbanie štruktúry | ,235 | 2,627 | ,010 |
| Emočná stabilita | -,230 | -2,596 | ,011 |
| Snaha | -,209 | -2,256 | ,027 |
| Prívetivosť | ,223 | 2,520 | ,014 |
| Emočné vyčerpanie | ,211 | 2,174 | ,032 |

Tab. 2c. Prediktory presúvania zodpovednosti (Lineárna regresná analýza, metóda step-wise)

| Presúvanie zodpovednosti | | | |
|--|---------|-------|------|
| Adj. R ² = ,083; F= 9,058; p = ,003 | β | t | sig. |
| Emočné vyčerpanie | ,305 | 3,010 | ,003 |

Tab. 2d. Prediktory prokrastinácie (Lineárna regresná analýza, metóda step-wise)

| Prokrastinácia | | | |
|---|---------|-------|------|
| Adj. R ² = ,110; F= 12,077; p = ,001 | β | t | sig. |
| Percipovaný stres | ,346 | 3,475 | ,001 |

Tab. 2e. Prediktory presvedčenia o správnosti svojho rozhodovania v práci (Lineárna regresná analýza, metóda step-wise)

| Istota v rozhodovaní | | | |
|---|---------|--------|------|
| Adj. R ² = ,276; F= 18,497; p = ,000 | β | t | sig. |
| PTSS_10 | -,390 | -4,173 | ,000 |
| Snaha | ,270 | 2,890 | ,005 |

Ukázalo sa, že pre každý spôsob rozhodovania sú ako prediktory relevantné odlišné premenné.

Adaptívnu *vigilanciu* predikujú až do 37% rozptylu nasledujúce premenné (tab. 2a):

- premenné reprezentujúce kognitívny štýl: tri zo štyroch subškál potreby stimulácie (vyhľadávanie zážitku, vzrušenia a dobrodružstva a nízke skóre disinhibície) a reakcia na chýbanie štruktúry,
- charakteristiky reprezentujúce emočné prežívanie: úroveň vnímanej osobnej úspešnosti ako pozitívna subškála dotazníka vyhorenia (MBI) a úroveň záťaže, akú pre respondentov predstavujú problémy pri výkone ich povolania (IPVZP),
- osobnostné charakteristiky – snaha vynakladaná na dosahovanie svojich cieľov ako súčasť kognitívneho konceptu nádeje.

Úroveň *hypervigilancie* je podľa regresnej analýzy do úrovne 33% rozptylu predikovateľná tak niektorými kognitívnymi, ako aj

osobnostnými charakteristikami a premennými reprezentujúcimi emočné prežívanie (tab. 2b):

- pozitívne sa spája s reakciou na chýbanie štruktúry, osobnostnou črtou prívetivosti, emočným vyčerpaním a na hranici signifikancie aj s percipovaným stresom,
- negatívne, naopak, so snahou vynakladanou na dosahovanie svojich cieľov a s osobnostnou črtou emočnej stability.

Vzťahy *prokrastinácie* a *presúvania zodpovednosti* v rozhodovaní s ostatnými sledovanými charakteristikami sa v regresnej analýze potvrdili iba v prípade pozitívneho vzťahu emočného vyčerpania s presúvaním zodpovednosti (tab. 2c) a v prípade vzťahu percipovaného stresu s prokrastináciou (tab. 2d). Percento rozptylu, ktoré vysvetľujú, je však nízke (menej ako 12 %).

Naopak *presvedčenie o správnosti svojho rozhodovania v práci* (sebaistotu v rozhodovaní) je možné až do úrovne 37% predikovať na základe snahy vynakladanej pre dosiahnutie svojich cieľov a na základe nízkeho výskytu prejavov posttraumatickej stresovej poruchy (podľa škály PTSS 10) v dôsledku náročných situácií v práci (tab. 2e).

4.3 Kognitívne a osobnostné prediktory percipovaného stresu – lineárna regresná analýza

Pre komplexnejší prehľad vzťahov medzi príčinami a následkami percipovaného stresu sme testovali model regresnej analýzy preverujúci jeho možné kognitívne a osobnostné prediktory. Vopred boli vylúčené premenné, ktoré sú svojím charakterom považované za obsahovo blízke percipovanému stresu (well a ill-being, symptómy PTSD, čas potrebný na zotavenie sa po náročnej udalosti, symptómy burnoutu, výskyt problémov v práci a záťaž, ktorú predstavujú). Premenné, ktoré boli do modelu zaradené predstavuje tab. 3.

Kým pri použití metódy *enter*, pri ktorej sa berie do úvahy vplyv všetkých nezávislých premenných, vstupujúcich do modelu regresnej analýzy sa ako signifikantné prediktory ukázali viaceré charakteristiky, v modeli s použitím metódy *step-wise* sa potvrdili len niektoré z nich: pôsobenie globálnej sebaúcty, presvedčenia o správnosti svojich rozhodnutí a schopnosti vidieť cestu k dosahovaniu svojich cieľov v smere znižovania úrovne percipovaného stresu a naopak rastúcu úroveň percipovaného stresu pod vplyvom maladaptívnej hypervigilancie.

V modeli s metódou *enter* sa okrem týchto charakteristík prejavujú ako signifikantné prediktory tiež dve zo štyroch subškál potreby

stimulácie - sklon k nude (pozitívny vzťah) a disinhibícia (negatívne), z osobnostných črt extroverzia (negatívne).

Tab. 3. Osobnostné a kognitívne prediktory percipovaného stresu (Lineárna regresná analýza, metóda enter a step-wise)

| Závislá premenná: percipovaný stres | Enter: Adj. R ² = ,330; F = 4,518; p = ,000 | | | Stepwise: Adj. R ² = ,320; F = 17,011; p = ,000 | | |
|---|---|--------|------|--|--------|------|
| Nezávislé premenné: | β | t | sig. | β | t | sig. |
| Extroverzia | -,175 | -2,128 | ,035 | | | |
| Prívetivosť | ,007 | ,084 | ,933 | | | |
| Svedomitosť | -,035 | -,442 | ,659 | | | |
| Emočná stabilita | ,045 | ,569 | ,570 | | | |
| Otvorenosť ku skúsenosti | ,114 | 1,373 | ,172 | | | |
| Snaha | ,213 | 1,801 | ,074 | | | |
| Cesta | -,269 | -2,478 | ,015 | -,205 | -2,492 | ,014 |
| Sebaúcta globálna | -,312 | -3,314 | ,001 | -,219 | -2,670 | ,009 |
| Vyhľadávanie zážitkov | -,051 | -,535 | ,594 | | | |
| Sklon k nude | ,193 | 2,027 | ,045 | | | |
| Vyhľadávanie vzrušenia a dobrodružstva | ,029 | ,332 | ,740 | | | |
| Disinhibícia | -,196 | -2,064 | ,041 | | | |
| Želanie štruktúry | ,072 | ,765 | ,446 | | | |
| Chýbanie štruktúry | ,002 | ,025 | ,980 | | | |
| Sebaistota v rozhodovaní | -,216 | -2,660 | ,009 | -,225 | -3,049 | ,003 |
| Vigilancia | ,024 | ,255 | ,799 | | | |
| Hypervigilancia | ,219 | 2,043 | ,043 | ,216 | 2,833 | ,005 |
| Presúvanie zodpovednosti | -,142 | -1,430 | ,155 | | | |
| Prokrastinácia | ,099 | 1,035 | ,303 | | | |

4.4 Porovnanie extrémnych skupín podľa úrovne percipovaného stresu v rozhodovaní, sebaregulácii a kognitívnych charakteristikách

Hoci regresné analýzy poskytujú bližší obraz o spleťoch súvislostiach medzi jednotlivými premennými, nezachytávajú nepriame súvislosti medzi mierou percipovaného stresu, rozhodovaním a ostatnými sledovanými charakteristikami. Pre tento účel porovnania profilu vysoko a nízko stresovaných osôb sme z celého súboru zdravotníkov a študentov vyčlenili extrémne skupiny probandov na základe priemeru a štandardnej odchýlky celkového skóre percipovaného stresu (škála PSS). Skupina s vysokým skóre PSS obsahovala 16,8% súboru so skóre vyšším ako 21,85 (N = 46); skupinu s nízkym skóre PSS tvorilo 17,7% súboru so skóre nižším ako 10,75 (N = 43). Tab. 4 znázorňuje základné deskriptívne charakteristiky a zloženie týchto extrémnych skupín. V ďalších porovnaniach sme z dôvodu nerovnomerného zastúpenia študentov v oboch extrémnych skupinách pracovali len s reprezentantmi zdravotníckych povolání.

Tab. 4. Zloženie extrémnych skupín s vysokou a nízkou úrovňou percipovaného stresu

| Skupina | Profesia | Ženy | Muži | Spolu | % |
|--------------------------|------------------|------|------|-------|-------|
| Vysoký percipovaný stres | operátori | 9 | 0 | 9 | 20,5 |
| | záchranári | 5 | 3 | 8 | 18,2 |
| | zdravotné sestry | 11 | 0 | 11 | 25,0 |
| | študenti | 13 | 3 | 16 | 36,4 |
| | spolu | 38 | 6 | 44 | 100,0 |
| Nízky percipovaný stres | operátori | 12 | 0 | 12 | 30,0 |
| | záchranári | 1 | 6 | 7 | 17,5 |
| | zdravotné sestry | 10 | 2 | 12 | 30,0 |
| | študenti | 6 | 3 | 9 | 22,5 |
| | spolu | 29 | 11 | 40 | 100,0 |

Percipovaný stres a jeho dôsledky

Extrémne skupiny zdravotníkov s vysokou a nízkou mierou percipovaného stresu sa nelíšia signifikantne vo svojom veku, dĺžke praxe ani v rodovom zložení skupiny (tab. 4, 5a). Líšia sa však vo všetkých ostatných charakteristikách, ktoré so stresom priamo súvisia.

Skupina zdravotníkov s vyššou úrovňou percipovaného stresu dosahuje podľa predpokladov signifikantne nižšiu mieru osobnej pohody a vyššiu úroveň osobnej nepohody, referuje o väčšej frekvencii problémov v práci a vyššej miere záťaže, ktorú pre týchto zdravotníkov predstavujú, popisuje častejší výskyt symptómov PTSD v dôsledku náročných situácií v práci, prejavuje vyššiu úroveň burnoutu vo všetkých subškálach MBI a potrebuje dlhší čas na zotavenie sa po náročných situáciách (tab. 5a). Rozdiely sú však aj v úrovni nasledujúcich kognitívnych charakteristík.

Prejavy zvýšeného prežívania stresu v rozhodovaní

Zdravotníci s vysokou mierou percipovaného stresu sú si menej istí správnosťou svojho rozhodovania v práci a hoci sa od nízko stresovanej skupiny nelíšia v miere konštruktívnej vigilancie, ktorú v procese rozhodovania prejavujú, dosahujú popri nej signifikantne vyššie hodnoty vo všetkých maladaptívnych štýloch rozhodovania – hypervigilancii, snahe o presúvanie zodpovednosti a prokrastinácii (tab. 5b).

Iné kognitívne charakteristiky a stres

V rámci potreby stimulácie sa rozdiel blízky signifikantnosti prejavil len vo vyhľadávaní zážitkov, ktoré viac preferujú zdravotníci s nižšou mierou percipovaného stresu. Rozdiel v súvislosti s ďalšími kognitívnymi charakteristikami sa čiastočne prejavuje v individuálnej potrebe kognitívnej štruktúry. Konkrétnejšie – hoci obe skupiny prejavujú podobnú úroveň želaní kognitívnej štruktúry, líšia sa signifikantne v reakcii na jej chýbanie, ktorú ťažšie prežíva skupina s vysokou mierou percipovaného stresu (tab. 5b).

Percipovaný stres, sebaúcta, nádej a osobnosť

Extrémne skupiny s vyššou a nižšou mierou percipovaného stresu sa z hľadiska osobnostných črt líšia signifikantne len v úrovni extroverzie, kde skórujú vyššie zdravotníci s nižšou mierou percipovaného stresu. Táto skupina dosahuje tiež vyššiu úroveň globálnej sebaúcty, väčšiu schopnosť vidieť cestu pre naplnenie svojich cieľov a vynakladá aj väčšiu snahu pri ich dosahovaní (tab. 5c).

Tab. 5a. Porovnanie extrémnych skupín zdravotníkov s vysokou a nízkou úrovňou percipovaného stresu v emočnom prežívaní (Mann-Whitney U-test, sig. 2-tailed)

| | Skupina | Mean | SD | U | Sig. |
|-----------------------------|--------------|-------|-------|--------|------|
| Vek | vysoký stres | 39,89 | 8,80 | | |
| | nízky stres | 41,81 | 8,65 | | |
| Dĺžka praxe v zdravotníctve | vysoký stres | 20,56 | 8,82 | | |
| | nízky stres | 19,84 | 9,25 | | |
| Výskyt problémov | vysoký stres | 2,34 | ,91 | 111,5 | ,002 |
| | nízky stres | 1,49 | ,75 | | |
| Úroveň záťaže | vysoký stres | 2,41 | ,83 | 57,50 | ,000 |
| | nízky stres | 1,15 | ,71 | | |
| Percipovaný stres | vysoký stres | 24,28 | 2,49 | ,000 | ,000 |
| | nízky stres | 7,19 | 2,80 | | |
| Emočné vyčerpanie | vysoký stres | 24,85 | 8,89 | 109,0 | ,000 |
| | nízky stres | 12,13 | 7,22 | | |
| Osobná úspešnosť | vysoký stres | 29,96 | 8,36 | 210,5 | ,003 |
| | nízky stres | 36,21 | 7,06 | | |
| Depersonalizácia | vysoký stres | 8,07 | 4,85 | 180,0 | ,000 |
| | nízky stres | 3,86 | 4,48 | | |
| Celkové skóre burnoutu | vysoký stres | 51,92 | 15,90 | 88,0 | ,000 |
| | nízky stres | 28,07 | 13,29 | | |
| Well-being | vysoký stres | 37,28 | 8,69 | 68,5 | ,000 |
| | nízky stres | 55,57 | 11,16 | | |
| Ill-being | vysoký stres | 45,82 | 12,36 | 30,5 | ,000 |
| | nízky stres | 18,17 | 10,94 | | |
| Symptómy PTSD - PTSS10 | vysoký stres | 19,11 | 8,42 | 62,00 | ,000 |
| | nízky stres | 5,79 | 5,60 | | |
| Symptómy PTSD - IES | vysoký stres | 11,89 | 5,24 | 179,00 | ,000 |
| | nízky stres | 6,72 | 4,50 | | |
| Čas potrebný na zotavenie | vysoký stres | 43,55 | 27,05 | 204,5 | ,001 |
| | nízky stres | 22,76 | 22,80 | | |

Tab. 5b. Porovnanie extrémnych skupín zdravotníkov s vysokou a nízkou úrovňou percipovaného stresu – rozhodovanie a kognitívny štýl (Mann-Whitney U-test, sig. 2-tailed)

| | Skupina | Mean | SD | U | Sig. |
|-----------------------------------|--------------|-------|-------|--------|------|
| Sebaistota v rozhodovaní | vysoký stres | 71,25 | 15,55 | 216,0 | ,002 |
| | nízky stres | 83,75 | 10,91 | | |
| Vigilancia | vysoký stres | 9,58 | 2,08 | | |
| | nízky stres | 10,14 | 1,66 | | |
| Hypervigilancia | vysoký stres | 5,54 | 2,19 | 242,5 | ,021 |
| | nízky stres | 3,83 | 2,11 | | |
| Presúvanie zodpovednosti | vysoký stres | 5,96 | 3,38 | 259,5 | ,072 |
| | nízky stres | 4,41 | 2,03 | | |
| Prokrastinácia | vysoký stres | 4,27 | 2,36 | 221,5 | ,013 |
| | nízky stres | 2,61 | 1,99 | | |
| Vyhľadávanie zážitkov | vysoký stres | 6,61 | 1,59 | 301,5 | ,091 |
| | nízky stres | 7,45 | 1,91 | | |
| Náchylnosť k núde | vysoký stres | 4,93 | 1,61 | | |
| | nízky stres | 4,69 | 2,17 | | |
| Vyhľad. vzrušenia a dobrodružstva | vysoký stres | 4,14 | 2,12 | | |
| | nízky stres | 4,03 | 2,08 | | |
| Disinhibícia | vysoký stres | 3,82 | 1,66 | | |
| | nízky stres | 4,00 | 1,63 | | |
| Vyhľad. stimulácie - spolu | vysoký stres | 19,50 | 3,69 | | |
| | nízky stres | 20,17 | 5,45 | | |
| Želanie štruktúry | vysoký stres | 21,92 | 3,52 | | |
| | nízky stres | 21,27 | 3,49 | | |
| Chýbanie štruktúry | vysoký stres | 28,50 | 3,82 | 233,5 | ,015 |
| | nízky stres | 25,79 | 4,13 | | |
| Potreba štruktúry - spolu | vysoký stres | 50,25 | 6,38 | 257,00 | ,103 |
| | nízky stres | 47,07 | 6,29 | | |

Tab. 5c. Porovnanie extrémnych skupín zdravotníkov s vysokou a nízkou úrovňou percipovaného stresu – sebaúcta, nádej a osobnosť (Mann-Whitney U-test, sig. 2-tailed)

| | Skupina | Mean | SD | U | Sig. |
|--------------------------|--------------|-------|------|--------|------|
| Globálna sebaúcta | vysoký stres | 2,61 | ,87 | 224,5 | ,001 |
| | nízky stres | 3,35 | ,55 | | |
| Snaha (Škála nádeje) | vysoký stres | 11,00 | 1,88 | 148,00 | ,000 |
| | nízky stres | 13,17 | 1,63 | | |
| Cesta (Škála nádeje) | vysoký stres | 9,85 | 1,95 | 92,5 | ,000 |
| | nízky stres | 13,10 | 1,74 | | |
| Škála nádeje – spolu | vysoký stres | 20,85 | 3,56 | 96,0 | ,000 |
| | nízky stres | 26,27 | 3,13 | | |
| Extroverzia | vysoký stres | 5,35 | 1,85 | 150,00 | ,000 |
| | nízky stres | 7,30 | 1,90 | | |
| Prívetivosť | vysoký stres | 6,81 | 2,33 | | |
| | nízky stres | 7,07 | 1,65 | | |
| Svedomitosť | vysoký stres | 6,00 | 1,85 | | |
| | nízky stres | 6,46 | 1,55 | | |
| Emočná stabilita | vysoký stres | 5,54 | 2,14 | | |
| | nízky stres | 5,89 | 1,52 | | |
| Otvorenosť ku skúsenosti | vysoký stres | 6,42 | 2,52 | | |
| | nízky stres | 5,75 | 3,09 | | |

5 Diskusia

Cieľom tejto kapitoly bolo preskúmať súvislosti negatívneho emočného prežívania (najmä percipovaného stresu), resp. schopnosti jeho zvládania s preferovaným spôsobom rozhodovania zdravotníckych profesionálov ako aj ich kognitívne a osobnostné predpoklady i dôsledky.

Jednorazový deskriptívny charakter tejto štúdie neumožnil jednoznačné rozlíšenie príčin od následkov percipovaného stresu, pretože bez dlhodobého sledovania profesionálov pri výkone ich povolania to nie je ani možné (podobne viď. Hodačová et al., 2007). Dá sa tak len

predpokladať, že napr. menej úspešné rozhodovanie môže byť rovnako zdrojom negatívneho emočného prežívania ako aj jeho dôsledkom, keď rastúci zážitok neúspechu v rozhodovaní vedie k rastúcemu prežívaniu stresu a to ďalej k výberu menej efektívnych stratégií rozhodovania, čo predstavuje nekonečný cyklus príčin a následkov, podobne ako to popisuje Baumannov model sebaregulácie emócií v rozhodovaní pod stresom (Baumann et al., 2001) bližšie charakterizovaný v 1. kapitole. Hoci na základe teórie sa dá predpokladať, že trvalejšie psychologické charakteristiky ako osobnostné črty či kognitívny štýl sú bázou, na ktorej prebiehajú ďalšie interakcie premenlivejších charakteristík, ako je osobná pohoda, nepohoda, aktuálne percipovaný stres či preferovaný spôsob rozhodovania, je zrejmé, že dlhodobé pôsobenie nadmernej psychickej záťaže vedie k syndrómu vyhorenia, ktoré predstavuje trvalejšiu zmenu v profesionálnych vzťahoch, výkonnosti či osobnej pohode zdravotníkov, a tak sa môže prejaviť aj vo výpovediach o ich osobnostných či kognitívnych charakteristikách (viď. 1. kapitola; podobne tiež Mikšik 2004, in Jurišová, 2009).

Pre spoľahlivé vyhodnotenie získaných výsledkov je preto potrebné brať do úvahy vyššie uvedené limity ich interpretácie.

Keďže predchádzajúca kapitola upozornila na potrebu kontroly premenných veku (priamo súvisiaceho s dĺžkou praxe) a pohlavia v súbore zloženom z rôznorodých skupín respondentov, pre prvotné sledovanie vzťahu medzi rozhodovaním a ostatnými osobnostnými, kognitívnymi a emočnými charakteristikami jednotlivca sme využili parciálne korelácie s kontrolou týchto premenných. Tie poukázali na signifikantné súvislosti medzi percipovaným stresom a ostatnými premennými, reprezentujúcimi rôzne formy negatívneho emočného prežívania (osobná nepohoda, výskyt problémov v práci a miera záťaže, ktorú pre zdravotníkov predstavujú, prejavy symptómov posttraumatickej stresovej poruchy a burnoutu, dlhší čas potrebný na zotavenie sa po náročnej udalosti) ako aj medzi percipovaným stresom, nižšou sebaistotou v rozhodovaní a maladaptívnymi spôsobmi rozhodovania – hypervigilanciou, presúvaním zodpovednosti a prokrastináciou, čo potvrdzuje základné východiská modelu zvládania stresu v dôsledku konfliktu v rozhodovaní (Mann et al., 1997, podrobnejšie viď. 1. kapitola). Percipovaný stres sa ďalej podľa parciálnych korelácií spája negatívne s oboma zložkami kognitívneho konceptu nádeje, úrovňou globálnej sebaúcty, extroverziou a do malej miery aj s emočnou stabilitou. Nepotvrdila sa súvislosť medzi percipovaným stresom

a sledovanými charakteristikami kognitívneho štýlu (potreba stimulácie a potreba štruktúry).

Na súvislosť častejšieho využívania maladaptívnych spôsobov rozhodovania s vyššou úrovňou syndrómu vyhorenia poukázali v našej literatúre Hanzlíková a Pilárik (2010). Viac pozornosti sa v domácej literatúre venovalo vzťahom medzi spôsobom rozhodovania a osobnostnými črtami (viď. 1. kapitola). Podľa našich výsledkov sa zo všetkých piatich faktorov osobnosti prejavuje v rozhodovaní najvýraznejšie osobnostná črta extroverzie, ktorá sa spája negatívne, no pomerne slabo, so všetkými tromi maladaptívnymi spôsobmi rozhodovania (hypervigilanciou, presúvaním zodpovednosti i prokrastináciou), nie však s vigilanciou alebo presvedčením o správnosti svojho rozhodovania v práci. Druhou významnejšou črtou, ktorá má vzťah s rozhodovaním, sa javí byť otvorenosť voči skúsenosti, ktorá sa spája kladne tak s hypervigilanciou, ako aj s presúvaním zodpovednosti. Emocná stabilita koreluje negatívne s hypervigilanciou a tesne pod hranicou štatistickej významnosti aj s tendenciou k prokrastinácii. Prívetivosť, ako jediná zo všetkých piatich črt osobnosti, korelovala kladne s adaptívnou vigilanciou. Korelačné vzťahy rozhodovania s osobnostnými črtami však boli pomerne slabé.

O stupeň zreteľnejšie i konzistentnejšie ako súvislosti piatich osobnostných črt sa v parciálnych koreláciách prejavili pozitívne vzťahy medzi vigilanciou a sebaistotou v rozhodovaní, sebaúctou a oboma subškálami škály nádeje a naopak, negatívne vzťahy medzi maladaptívnymi spôsobmi rozhodovania, sebaúctou a oboma zložkami kognitívneho konceptu nádeje.

Každá zložka potreby štruktúry má k rozhodovaniu svoj špecifický vzťah. Kým želanie štruktúry sa spája kladne s presvedčením o správnosti rozhodovania a s vigilanciou, a naopak záporne s prokrastináciou, reakcia na chýbanie štruktúry má kladný vzťah s vigilanciou, hypervigilanciou a presúvaním zodpovednosti.

Na rozdiel od subškál potreby štruktúry, ktoré sa vo svojich vzťahoch s rozhodovaním vzájomne dopĺňajú, pôsobia jednotlivé zložky potreby stimulácie vo vzťahu k vigilancii protikladne, pričom s ostatnými spôsobmi rozhodovania sa s výnimkou tendencie k vyhľadávaniu zážitkov neprejavujú.

Spleť neprehľadných výsledkov korelácií pomohla rozmotat' regresná analýza, ktorá umožnila odfiltrovanie nepriamych súvislostí medzi premennými a poskytla nám tak lepší prehľad o priamych

príčinách a účinkoch pôsobenia jednotlivých premenných, hoci jedno od druhého nedokázala spoľahlivo oddeliť. Výber závislých a nezávislých premenných, ktoré vstupujú do testovaných modelov, závisí vždy od rozhodnutia výskumníka a voľby hypotéz, ktoré chce overiť, čo otvára priestor jednak pre chybné interpretácie o smere pôsobenia jednej premennej na inú, jednak pre chyby z opomenutia iných premenných, ktoré majú významný vplyv na závislé premenné.

S vedomím týchto limitov spoľahlivosti na základe syntézy výsledkov korelačných a regresných analýz ponúkame nasledujúce závery:

- presvedčenie o správnosti svojho rozhodovania v práci úroveň percipovaného stresu znižuje,
- percipovaný stres vedie k častejšiemu spôsobu rozhodovania vo forme maladaptívnej hypervigilancie a súčasne pri jej častejšom využívaní jeho úroveň ďalej rastie,
- percipovaný stres vedie k častejšej prokrastinácii.

Na úrovni *percipovaného stresu* sa okrem hypervigilancie a presvedčenia o správnosti svojho rozhodovania v práci podieľajú nasledujúce charakteristiky:

- globálna sebaúcta a schopnosť vidieť cestu k dosiahnutiu svojich cieľov ako súčasť kognitívneho konceptu nádeje, ktoré úroveň percipovaného stresu znižujú,
- hoci nie celkom jednoznačne, čiastočne možno uvažovať aj o vplyve extroverzie a disinhibície v smere znižovania percipovaného stresu a o vplyve sklonu k nude, ktorý, naopak, úroveň percipovaného stresu zvyšuje.

Spôsob a sebaistota profesionálneho rozhodovania sú okrem percipovaného stresu ovplyvňované týmito kognitívnymi a osobnostnými charakteristikami:

Presvedčenie o správnosti vlastného profesionálneho rozhodovania je podporované väčším úsilím vynakladaným na dosiahnutie svojich cieľov (Škála nádeje) a častejším využívaním vigilancie. Sebaistota v rozhodovaní naopak klesá pod vplyvom častejšej nepríjemnej skúsenosti s prežívaním symptómov posttraumatickej stresovej poruchy (podľa škály PTSS 10) ako reakcie na osobitne zaťažujúce situácie v práci. Keďže frekvenciu výnimočne zaťažujúcich situácií v práci (v zmysle zdrojov akútneho, nie chronického stresu) sme priamo nesledovali, ostáva otázkou či sa tak sprostredkovane prejavuje častejšia

expozícia tomuto typu situácií, alebo ide len o senzitívnejšiu reakciu na ich výskyt, ktorej dôsledkom môže byť nižšia sebaistota v ďalšom rozhodovaní.

Mieru adaptívnej *vigilancie* v rozhodovaní zvyšuje popri úsilí vynakladanom na dosahovanie svojich cieľov aj pocit osobnej úspešnosti v práci (ako protipól syndrómu vyhorenia), výraznejšia reakcia na chýbanie štruktúry, sklon k častejšiemu vyhľadávaniu zážitku, vzrušenia a dobrodružstva ako súčasti potreby stimulácie a podnecuje ju aj vyššia úroveň záťaže, ktorú pre respondentov predstavujú ich obvyklé problémy v práci. Mieru *vigilancie* naopak znižuje sklon k disinhibícii – tretej zo štyroch subškál potreby stimulácie.

Úroveň *hypervigilancie* rastie pod vplyvom vyššej prítivosti, reakcie na chýbanie štruktúry, percipovaného stresu a emočného vyčerpania. Jej úroveň naopak znižuje emočná stabilita a snaha vynakladaná na dosahovanie svojich cieľov.

Častejší výskyt *prokrastinácie* v rozhodovaní je zo všetkých sledovaných premenných ovplyvňovaný len vyššou úrovňou percipovaného stresu.

Častejšie *presúvanie zodpovednosti* je zasa ovplyvňované vyššou mierou emočného vyčerpania ako jednej z dvoch súčastí syndrómu vyhorenia.

Sebaistotu v rozhodovaní sme do regresných modelov pre predikciu spôsobu rozhodovania zámerne nezaradili, pretože sme na základe prechádzajúcich analýz dospeli k názoru, že sa do veľkej miery prelína s konceptom *vigilancie*, čím by sa dal ťažšie identifikovať vplyv iných, tomuto konceptu vzdialenejších, premenných.

V regresných analýzach sa významný vplyv osobnostných črt podľa modelu Big Five na preferovaný spôsob rozhodovania potvrdil iba v prípade vzťahu emočnej stability (v iných štúdiách pomenovanej podľa svojho opačného pólu ako neurotizmus) s maladaptívnou hypervigilanciou, o ktorom referujú aj iní autori (Pilárik, Sarmány-Schuller, 2005; Pilárik, 2006), nie však v prípade vplyvu extroverzie či svedomitosti, ktoré sa podľa týchto a ďalších autorov s rozhodovaním tiež spájajú (napr. tiež Jurišová, Beňová, 2010, vid' 1. kapitola). Možné vysvetlenie týchto rozdielov má viacero aspektov. Po prvé, odlišné dotazníky pre hodnotenie osobnostných črt v jednotlivých štúdiách môžu prinášať odlišné výsledky. Po druhé, keďže sme sa nezastavili na úrovni výsledkov obvyklej korelačnej analýzy a vzťahu medzi premennými rozhodovania a osobnostnými črtami sme podrobnejšie overovali aj

prostredníctvom lineárnej regresie, ako významnejšie sa vo výbere spôsobu rozhodovania ukázali iné kognitívne a emočné charakteristiky, ktoré viac či menej priame pôsobenie osobnostných črt zatičili. Po tretie, ako upozorňuje Pilárik a Sarmány-Schuller (2011) na príklade experimentu s Iowa gambling task, dynamika vzťahov medzi osobnostnými črtami a rozhodovaním môže byť iná pre mužov ako pre ženy. Kým u mužov bolo možné výhodné rozhodovanie v tomto experimente predikovať na základe emočnej stability, extroverzie a rýchlosti reakcií v Stroopovom teste interferencie, u žien sa ako významné charakteristiky ukázali popri rýchlosti reakcií v Stroopovom teste interferencie dve zložky emocionálnej inteligencie. Keďže v našom súbore zloženom z troch skupín zdravotníkov prevažovali ženy, významnejšie súvislosti medzi spôsobom rozhodovania, kognitívnym štýlom a charakteristikami emočného prežívania, než medzi rozhodovaním a črtami osobnosti, je možné prisúdiť aj rozdielom v ich odlišnom fungovaní, sledovanie ktorých nebolo predmetom tejto štúdie. Výsledky prezentované v 6. kapitole tejto monografie (Halama, 2013) zasa upozorňujú na to, že v jednotlivých zdravotníckych povolaniach sa môžu vzťahy medzi rozhodovaním a osobnostnými črtami v závislosti od špecifických nárokov týchto povolání prejavovať odlišne.

Hoci korelačná a regresná analýza umožnili bližší pohľad na dynamiku vzájomných vzťahov medzi osobnostnými, emočnými a kognitívnymi charakteristikami jednotlivca, informácie, ktoré poskytujú, sú natoľko detailné, že neumožňujú komplexný pohľad na reálne fungovanie človeka v jeho celistvosti. V snahe o kompenzáciu tohto nedostatku sme v ďalšom spracovaní výsledkov pristúpili k porovnávaniu reálnych predstaviteľov extrémnych skupín zdravotníkov s vysokou a nízkou úrovňou percipovaného stresu. Kým regresné analýzy nepotvrdili priame súvislosti percipovaného stresu s každým spôsobom rozhodovania, medziskupinové porovnania naznačili ich nepriame prepojenia v tom zmysle, v akom o nich uvažovali autori modelu zvládania konfliktu v rozhodovaní (Mann et al., 1997; vid'. 1. kapitola).

Skupina zdravotníkov s vysokou úrovňou percipovaného stresu sa od skupiny s nízkou úrovňou stresu líšila signifikantne (popri všetkých charakteristikách reprezentujúcich kvalitu emočného prežívania), v silnejšom presvedčení o správnosti svojho rozhodovania v práci, v zriedkavejšom používaní všetkých troch maladaptívnych postupov v rozhodovaní, nie však vo využívaní adaptívnej vigilancie, v slabšej reakcii na chýbanie štruktúry napriek podobnej úrovni želania štruktúry, vo vyššej úrovni globálnej sebaúcty a vo vyššej extroverzii a v oboch

časťach kognitívneho konceptu nádeje. Rozdiel v silnejšej reakcii na chýbanie štruktúry pri rovnakej úrovni jej želania spolu s nižšou schopnosťou vidieť spôsoby a dosahovať nimi svoje ciele (aj za nepriaznivých okolností) naznačuje pravdepodobnosť vyššej zraniteľnosti vysoko stresovanej skupiny zdravotníkov v porovnaní s nízko stresovanou skupinou, čo by mohlo do istej miery vysvetľovať aj ich odlišné hodnotenie toho istého prostredia a problémov v práci (podobne Mikšík, 2004, in Jurišová, 2009; viď. 1. kapitola).

Na záver treba dodať, že tieto výsledky majú z hľadiska limitov použitých metód, postupov a špecifického súboru anonymných, dobrovoľných respondentov, charakter screeningového skúmania vzťahov efektívneho rozhodovania, úrovne negatívneho emočného prežívania a ďalšími súvisiacimi psychologickými charakteristikami zdravotníkov, pričom môžu slúžiť ako jeden z podkladov pre nové výskumné štúdie, ktoré by boli užšie zamerané na možnosť aplikácie v praxi. Vывodzovať priame dôsledky pre prax (napr. pre hodnotenie alebo výber uchádzačov o zamestnanie v konkrétnych zdravotníckych povolaniach) len na základe tejto štúdie, by však bolo nespoľahlivé a predčasné.

6 Záver

Ako na základe štatistík v USA uvádza Dekker (2007), lekári sú pre spoločnosť 7500 krát nebezpečnejší ako držiteľia zbraní, pretože z dôvodu nutnosti rozhodovať za nejasných, nepredvídateľných a často riskantných okolností o živote a zdraví iných ľudí, sú zodpovední za omnoho vyšší počet náhodných úmrtí v dôsledku svojich omylov.

Naše čísla nie sú natoľko ohurujúce, no jednoznačne sa potvrdilo, že úroveň percipovaného stresu v práci, jeho zriedkavejšie akútne ako aj častejšie dlhodobé pôsobenie, ktoré vedie k syndrómu vyhorenia, môže mať závažné dôsledky nielen pre osobnú pohodu zdravotníkov, ale aj pre efektivitu ich ďalšieho rozhodovania v práci, čím sa zvyšuje riziko neželaného ohrozenia života a zdravia ich pacientov. Investovať prostriedky do zlepšenia pracovných podmienok zdravotníckych pracovníkov a poskytovať im primeranú psychologickú starostlivosť preto nie je len otázkou zamestnaneckého „luxusu“, ale aj nevyhnutnosťou v snahe o zlepšenie poskytovania zdravotnej starostlivosti ich pacientom.

Literatúra

- BAUMANN, M.R., SNIEZEK, J.A., BUERKLE, C.A., 2001, Self-evaluation, stress and performance: A model of decision making under acute stress. In: E. Salas, G. Klein, (Eds.) *Linking expertise and naturalistic decision making*. New York, London: Psychology Press, 139-158.
- COHEN, S., KAMARCK, T., MERMELSTEIN, R., 1983, A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 4, 385-396.
- DEKKER, S.W.A. , 2007, Doctors are more dangerous than gun owners: A rejoinder to error counting. *Human Factors*, 49, 177-184.
- EID, J., THAYER, J.F., JOHNSEN, B.H., 1999, Measuring post-traumatic stress: A psychometric evaluation of symptom and coping questionnaires based on Norwegian sample. *Scandinavian Journal of Psychology*, 40, 101-108.
- GOSLING, S.D., RENTFROW, P.J., SWANN W.B., 2003, A very brief measure of the Big-Five personality domains. *Journal of Research in Personality*, 37, 504–528.
- HALAMA, P., 2001, Slovenská verzia Snyderovej škály nádeje: preklad a adaptácia. *Československá psychologie*, 45, 2, 135-142.
- HALAMA, P., 2013, Päť veľkých faktorov osobnosti ako prediktory vnímanej efektivity rozhodovania zdravotníckych profesionálov. In: J. Gurňáková a kol., *Rozhodovanie profesionálov: Sebaregulácia, stres a osobnosť*. UEP SAV, Bratislava, v tlači.
- HANZLÍKOVÁ, M., PILÁRIK, L., 2010, Štýly rozhodovania a burn-out v pomáhajúcich profesiách. In: I. Sarmány-Schuller, L. Pilárik, E. Jurišová (Eds.), *Rozhodovanie v kontexte kognície, osobnosti a emócií II*. Nitra: FSVaZ UKF, 42-49.
- HARDIE, E.A., KASHIMA, E.S., PRIDMORE, P., 2005, The influence of relational, individual and collective self-aspects on stress, uplifts and health. *Self and Identity*, 4, 1-24.
- HODAČOVÁ, L., ŠMEJKALOVÁ, J., SKALSKÁ, H., BENDOVÁ, M., BORSKÁ L., FIALOVÁ, D., 2007, Hodnocení pracovní psychické zátěže u zaměstnanců různých profesí. *Československá psychologie*, LI, 4, 335-346.

HOYLE, R.H., STEPHENSON, M.T., PALMGREEN, P., PUGZLES LORCH, E., DONOHEW, R.L., 2002, Reliability and validity of a brief measure of sensation seeking. *Personality and Individual Differences*, 32, 401-414.

JURIŠOVÁ, E., 2009, Dynamika prežívania situačných kontextov vo vzťahu k rozhodovaniu u zdravotníckych záchranárov. In: I. Sarmány-Schuller, L. Pilárik, E. Jurišová (Eds.), *Rozhodovanie v kontexte kognície, osobnosti a emócií*. Nitra: FSVaZ UKF, 57-64.

JURIŠOVÁ, E., BEŇOVÁ, M., 2010, Jungove osobnostné typy a ich vzťah k štýlom rozhodovania. In: I. Sarmány-Schuller, L. Pilárik, E. Jurišová (Eds.), *Rozhodovanie v kontexte kognície, osobnosti a emócií II*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, 22-29.

KAMHALOVÁ, I., 2013, *Osobnostné aspekty rozhodovania v záťažových situáciách u zdravotníckych profesionálov*. Dizertačná práca. Bratislava, Fakulta sociálnych a ekonomických vied Univerzity Komenského.

MANN, L., BURNETT P., RADFORD, M., 1997, The Melbourne decision making questionnaire: An instrument for measuring patterns for coping with decisional conflict. *Journal of decision making*, 10, 1-19.

MASLACH, CH., JACKSON, S.E., 1981, The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behaviour*, 2, 99-113.

PILÁRIK, L., 2006, Osobnostné faktory maladaptívnych štýlov rozhodovania. In: L. Pilárik, M. Pohánka, M. Popelková (Eds.), *Zborník príspevkov z Medzinárodnej konferencie doktorandov odborov Psychológia a Sociálna práca*. Nitra: UKF.

PILÁRIK, L., SARMÁNY-SCHULLER, I., 2005, Štýly rozhodovania z pohľadu osobnostných dimenzií J. Graya. In: I. Sarmány-Schuller, M. Bratská (Eds.), *Psychológia pre život alebo ako je potrebná metanoia. Psychologické dni, Zborník príspevkov*, Bratislava: Pelikán/Stimul, 186-190.

PILÁRIK, L., SARMÁNY-SCHULLER, I., 2011, Personality predictors of decision-making of medical rescuers. *Studia Psychologica*, 53, 175-184.

ROBINS, R.W., HENDIN, H.M., TRZESNIEWSKI, K.H., 2001, Measuring Global Self-Esteem: Construct Validation of a Single-Item Measure and the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 151-161.

RUISEL, I., HALAMA, P., 2007, *NEO Päťfaktorový osobnostný inventár*. Praha: Testcentrum-Hogrefe.

SARMÁNY-SCHULLER, I., 2001, Potreba štruktúry a schopnosť vytvárania štruktúry ako osobnostné konštrukty. In: I. Sarmány-Schuller (Ed.), *Psychológia pre bezpečný svet*. Bratislava: Stimul, 336-339.

SNYDER, C.R., SYMPSON, S.C., YBASCO, F.C., BORDERS, T.F., BABYAK, M.A., HIGGINS, R.L., 1996, Development and validation of the State Hope Scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 321-335.

THOMPSON, M.M., NACCARATO, M.E., PARKER, K.E., 1989, Assessing Cognitive Need: The Development of the Personal Need for Structure and the Personal fear of Invalidity Scales. Paper presented at the *Annual meeting of the Canadian Psychological Association*, Halifax, Nova Scotia (1989).

THORESEN, S., TAMBS, K., HUSSAIN, A., HEIR, T., JOHANSEN, V.A., BISSON, J.I., 2009, Brief measure of posttraumatic stress reactions: Impact of Event Scale-6. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Published online: 29 May 2009.

ZUCKERMAN, M., EYSENCK, S., EYSENCK, H.J., 1978, Sensation Seeking in England and America: cross-cultural age and sex comparisons. *Journal of Consulting and clinical psychology*, 46, 139-149.

Abstrakt

Na tomto mieste sme v rovnakom súbore ako v dvoch predchádzajúcich štúdiách zisťovali, nakoľko sa miera negatívneho emočného prežívania spája s výberom viac či menej efektívneho spôsobu rozhodovania v práci zdravotníkov a ktoré kognitívne a osobnostné charakteristiky do tohto vzťahu vstupujú. Pre hodnotenie obvyklého spôsobu rozhodovania bol použitý dotazník vychádzajúci z modelu zvládania stresu spojeného s konfliktom v rozhodovaní (MDMQ; Mann et al., 1997) a miera presvedčenia o správnosti vlastného rozhodovania v práci. Jednoznačne sa potvrdilo, že úroveň percipovaného stresu v práci (PSS, Cohen et al., 1983), jeho zriedkavejšie akútne (PTSS-10, Weisaet, Mehlum, 1993; IES-6, Thoresen et al., 2009) ako aj častejšie dlhodobé pôsobenie vedúce k syndrómu vyhorenia (MBI, Maslach, Jackson, 1981) spolu s vybranými charakteristikami kognitívneho štýlu (potreba štruktúry – PNS; Thompson et al., 1989; potreba stimulácie – BSSS, Hoyle et al., 2002), osobnostnou črtou prívetivosti, emočnej stability (TIPI, Gosling et al., 2003), globálnej sebaúcty a nádeje (Škála nádeje, Snyder et al., 1996) má závažné dôsledky pre sebaistotu a efektivitu rozhodovania zdravotníkov v ich práci.

V. VÝZNAM SEBAREGULÁCIE EMÓCIÍ V ZVLÁDANÍ ZÁŤAŽE A SCHOPNOSTI EFEKTÍVNEHO ROZHODOVANIA ZDRAVOTNÍCKYCH PROFESIONÁLOV

Jitka GURŇÁKOVÁ

Ústav experimentálnej psychológie SAV Bratislava

Obsah kapitoly

1 Úvod

2 Súbor

3 Metódy

4 Výsledky

4.1 Faktorová analýza položiek MARS

4.2 Porovnanie preferovaných spôsobov emočnej sebaregulácie vysoko a nízko stresovaných skupín zdravotníkov

4.3 Vzťah sebaregulačných stratégií a charakteristík emočného prežívania – korelačná analýza

4.4 Vzťah sebaregulačných stratégií a charakteristík rozhodovania – korelačná analýza

4.4.1 Korelačné vzťahy jednotlivých faktorov škály MARS a spôsobov rozhodovania

4.4.2. Korelačné vzťahy jednotlivých položiek škály MARS a spôsobov rozhodovania

5 Diskusia

6 Záver

1 Úvod

Neodmysliteľnou súčasťou práce v náročných, dynamicky sa meniacich podmienkach poskytovania zdravotnej starostlivosti je neistota, rizikové prostredie, časový tlak a vážne dôsledky rozhodnutí. Tieto okolnosti zvyčajne zdôrazňujú význam faktorov vstupujúcich do procesu rozhodovania, ktoré súvisia s emocionálnym prežívaním osôb nachádzajúcich sa v problémovej situácii (viď. Halama 2011, Gurnáková, 2011). Ako sa ukázalo v predchádzajúcej kapitole, zdravotníci, ktorí prežívajú vysokú úroveň percipovaného stresu, používajú vo svojej práci maladaptívne spôsoby rozhodovania omnoho častejšie ako tí, ktorí referujú o nižšej úrovni percipovaného stresu v práci. Rozdiel medzi týmito skupinami sa nedá jednoducho vysvetliť iným charakterom práce či jej podmienok, ale skôr špecifickou interakciou individuálnych psychologických charakteristík a podmienok prostredia (viď. 1. kapitola).

Keďže vplyv vybraných osobnostných charakteristík bol overovaný v predchádzajúcej štúdiu, na tomto mieste sa budeme venovať spôsobu, akým sa zdravotníci s rôznou mierou percipovaného stresu vyrovnávajú so svojim negatívnym emočným prežívaním. Podrobnejšie analyzujeme, ktoré stratégie emočnej sebaregulácie využívajú zdravotnícki pracovníci s vyššou a nižšou úrovňou percipovaného stresu pre navodenie lepšej osobnej pohody, ktoré z nich sa spájajú s častejšími resp. zriedkavejšími prejavmi negatívneho emočného prežívania a podrobnejšia sa zameriame na to, ktoré z nich môžu byť významné pri výbere viac či menej efektívnych spôsobov rozhodovania v práci.

2 Súbor

Štúdiá vychádza z časti toho istého súboru ako dve predchádzajúce kapitoly - z údajov 81 zdravotníckych operátorov Operačného strediska záchranej zdravotnej služby SR, 60 zdravotných sestier a 65 zdravotníckych záchranárov. Na tomto mieste sme pracovali výlučne s dátami zdravotníckych pracovníkov, nie študentov. Ich podrobnejšie demografické údaje predstavuje tab. 1. Pre účely porovnania zdravotníkov s vysokou a nízkou mierou percipovaného stresu sme využili rovnaké kritériá ich rozdelenia do skupín ako v predchádzajúcej kapitole (tab. 4., str. 113): na základe priemeru a pripočítania, resp. odpočítania štandardnej odchýlky celkového skóre percipovaného stresu (škála PSS) bola ohraničená skupina s vysokým skóre PSS (skóre vyššie

ako 21,85) v počte 28 zdravotníkov (3 muži vs. 25 žien); skupinu s nízkym skóre PSS tvorilo 31 zdravotníkov (8 mužov vs. 23 žien) s celkovým skóre percipovaného stresu nižším ako 10,75.

Tab. 1. Demografické charakteristiky skúmaného súboru (1 operátor a 1 zdravotná sestra pohlavie neuviedli)

| | Muži N = 46 (22,33% súboru) | Ženy N = 158 (76,79% súboru) | Priemerný vek (SD) | Priemerná dĺžka praxe v zdravotníctve (SD) |
|------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------|---|
| Operátori | 6 (7,4%) | 74 (91,4%) | 41,30 (8,56) | 21,59 (9,34) |
| Záchranári | 36 (55,4%) | 29 (44,6%) | 37,08 (7,39) | 15,50 (7,64) |
| Zdravotné sestry | 4 (6,7 %) | 55 (91,7%) | 39,33 (10,42) | 17,50 (7,33) |

3 Metódy

S výnimkou prvého dotazníka boli všetky ostatné metódy dôkladnejšie popísané v tretej a štvrtej kapitole tejto monografie. Na tomto mieste uvádzame len ich stručný prehľad.

1) **Dotazník štýlov emočnej sebaregulácie** – (Measure of Affect Regulation Styles, MARS, Larsen, Prizmic, 2004, preklad JG) 32 položkový dotazník bol svojimi autormi zostavený na základe obsahovej analýzy výpovedí ich respondentov. Mapuje preferovaný spôsob obvyklej sebaregulácie emócií v snahe o eliminovanie negatívneho prežívania alebo o navodenie pozitívnych pocitov. Respondenti odpovedajú prostredníctvom 7 bodovej škály na otázku „Ako často využívate nasledujúce správanie, aby ste ovplyvnili svoje pocity“ – od 0 (nikdy), po 6 (takmer vždy). Autori navrhli členenie položiek do 7 dimenzií (aktívne odvrátenie, kognitívne zaangažovanie sa, behaviorálne zaangažovanie, ventilovanie a vyjadrovanie emócií, pasívne odvrátenie a akceptácia, ruminácia a odtiahnutie sa; vid'. Kamhalová, Halama, Gurňáková, 2013), ktoré sú však sýtené jednotlivými položkami veľmi nerovnomerne (od 2 do 9 položiek), čo sa spája s ich kolísavou reliabilitou. Preto sme pri spracovaní výsledkov tejto škály pristúpili ku kombinácii detailnejšej položkovej analýzy s orientačným modifikovaným členením položiek na základe vlastnej faktorovej analýzy. K pôvodnej verzii dotazníka sme na základe svojich predchádzajúcich výskumov (Gurňáková, Beňušková, 2009; Gurňáková,

Lukáčová, 2010) pripojili v jeho závere tiež položky „Fajčil som viac ako inokedy“, „Šiel som do záhrady alebo do prírody“ a „Iné (Uveďte čo)“.

2) **Škála percipovaného stresu** (Perceived stress scale, Cohen, Kamarck, Mermelstein, 1983, preklad JG) – 10 položková škála meria úroveň, do akej jednotlivci hodnotí situácie za posledný mesiac vo svojom živote ako stresujúce (napr. „Ako často ste za posledný mesiac boli nazlostení vecami, ktoré boli mimo vašu kontrolu?“).

3) **Maslachovej dotazník vyhorenia** (MBI, Maslach burnout inventory, Maslach, Jackson, 1981, preklad JG) – inventár mapujúci syndróm vyhorenia v troch dimenziách: depersonalizácia (napr. „Odkedy mám túto prácu, stal som sa voči ľuďom necitlivejší/ľahostajnejší“), osobná úspešnosť (napr. „Problémy pacientov zvládam veľmi efektívne“), emocionálne vyčerpanie (napr. „Mám pocit, akoby som bol už na konci svojich síl“).

4) **Multidimenzionálna škála zdravotného stavu** (Multidimensional health-states scale, Hardie et al., 2005, preklad JG) zisťuje mieru osobnej pohody a nepohody za obdobie posledného mesiaca v desiatich subškálach **osobnej pohody/well-beingu a osobnej nepohody/ill-beingu**.

5) **Škála posttraumatickej symptomatológie** (preklad JG) – zložená z nižšie uvedených metodík, zisťuje výskyt symptómov PTSD na 5 bodovej škále („Keď uvažujete o situáciách v práci, ktoré vás zasiahli/rozrušili viac, ako je pre vás obvyklé, nakoľko výrazne sa u vás prejavili nasledujúce reakcie?“ Položky boli tvorené týmito škálami:

a) **Škála dopadu udalosti** (Impact of eventscale 6; Thoresen et al., 2009) – šesťpoložková verzia škály zisťuje výskyt troch typov posttraumatických prejavov: intrúzie („Myslel som na to, aj keď som nechcel“), hyperarousal (nadmerná dráždivosť – napr. „Bol som ostražitý, na pozore“), vyhýbanie sa (napr. „Pokúšal som sa na to nemyslieť“).

b) **Škála symptómov posttraumatického stresu** (Posttraumatic stress symptoms scale; PTSS-10; Weisaet, Mehlum, 1993, in Eid et al., 1999) upravená verzia podľa vzoru IES, predstavuje desať položiek všeobecnejšie reprezentujúcich jednotlivé symptómy PTSD (problémy so spaním, podráždenosť, úzkosť/strach a pod.), ku ktorým sa respondenti vyjadrujú na 5 bodovej škále z hľadiska intenzity ich prežívania.

6) **Melbournský dotazník rozhodovania** (Melbourne decision making questionnaire, MDMQ, Mann et al, 1997, preklad JG) zisťuje skóre štyroch spôsobov zvládania stresu v procese rozhodovania - adaptívnu *vigilanciu*, charakterizovanú dôkladným hľadaním relevantných informácií a starostlivým zvažovaním všetkých alternatív pred samotným rozhodnutím a tri maladaptívne postupy: hypervigilantné správanie ako impulzívny, anxiózný spôsob rozhodovania sa bez zohľadnenia všetkých možných dôsledkov, vyhýbanie sa stresu v rozhodovaní presúvaním zodpovednosti za rozhodnutie na iných ľuďoch alebo odkladaním rozhodnutia na čo najneskôr - prokrastináciou.

4 Výsledky

4.1 Faktorová analýza položiek MARS

Keďže faktorová analýza pôvodných položiek škály s predvoleným kritériom extrahovania 7 faktorov podľa jej pôvodného členenia rozdelila položky iným spôsobom, ako o ňom referujú autori škály a vzhľadom na nedostatočnú reliabilitu nimi navrhovaných pôvodných subškál (Cronbachovo alfa sa pohybovalo od ,099, v prípade štvorpoložkovej subškály ruminácie a odtiahnutia sa, po hodnotu ,770 v prípade šesťpoložkovej subškály kognitívneho zaangažovania), pristúpili sme k orientačnému novému rozdeleniu položiek do troch významových kategórií na základe vlastnej faktorovej analýzy všetkých položiek dotazníka MARS spolu s dvoma pridanými položkami „Fajčil som viac ako zvyčajne“ a „Šiel som do záhrady alebo do prírody). Na základe screeplotu, percenta variancie, ktoré vysvetľujú modely troj-, štvor- a päť- faktorového riešenia a významu položiek začlenených do jednotlivých kategórií, sme sa rozhodli používať pri referovaní o výsledkoch orientačné trojfaktorové členenie položiek škály (tab. 2). Hoci nové rozdelenie položiek do troch subškál má dostatočnú reliabilitu (tab. 3), nerozlišuje dostatočne detailne položky zamerané na aktívne spracovanie emócií prostredníctvom (prevažne mentálneho) spracovávania pôvodného problému od tých, ktoré predstavujú aktívne kognitívne úsilie navodiť pozitívne emócie prostredníctvom presmerovania pozornosti iným smerom (I. faktor), pričom viacero položiek sýti na podobnej úrovni dva rôzne faktory. Štyri z nich (viď. tab. 2.) sme pre ich významovú odlišnosť a/alebo nejednoznačnú príslušnosť nezaradili do žiadneho z troch vyššie uvedených faktorov. Názvy

prisúdené jednotlivým faktorom treba považovať len za orientačné. Pre spoľahlivejšiu analýzu výsledkov a možnosti ich interpretácie preto prezentujeme v ďalších výsledkoch tak hodnoty priemerného skóre v týchto faktoroch, ako aj podrobnejšiu analýzu jednotlivých položiek.

Tab. 2. Faktorová analýza položiek MARS – trojfaktorové členenie (Principal component analysis, Varimax, Total variance explained 38,90%, rotated component matrix, vymazané boli hodnoty nižšie ako ,300)

| | Component | | |
|---|-----------|-----|-----|
| | 1 | 2 | 3 |
| I. Faktor: Aktívne priame kognitívne stratégie (10 položiek) | | | |
| 2. Pokúšal som sa pochopiť svoje pocity tým, že som o nich uvažoval a analyzoval ich | 785 | | |
| 3. Plánoval som a rozhodoval sa tak, aby som sa podobným problémom v budúcnosti vyhol | 760 | | |
| 1. Konal som, aby som vyriešil problém, ktorý moju náladu spôsobil | 727 | | |
| 9. Pokúšal som sa byť vďačný za tie veci v mojom živote, ktoré fungujú dobre | 683 | | |
| 28. Pracoval som na niečom, zamestnával som sa, aby som zabudol na svoju náladu | 614 | 405 | |
| 18. Pokúšal som sa prehodnotiť situáciu, nájsť v nej iný zmysel | 603 | 404 | |
| 23. Snažil som sa pozerieť na veci z viacerých uhlov pohľadu | 561 | 463 | |
| 10. Myslel som na niečo iné, aby som odpútal svoju pozornosť od svojich pocitov | 545 | | |
| 24. Pokúšal som sa myslieť na tie veci, ktoré sa pre mňa vyvíjajú dobre | 490 | 419 | |
| 27. Pokúšal som sa nájsť v tej situácii niečo dobré | 425 | 389 | |
| II. Faktor: Aktívne nepriame behaviorálne stratégie (9 položiek) | | | |
| 29. Športoval som, cvičil | | 672 | |
| 25. Smial som sa, vtípkoval som, pokúšal som sa seba alebo iných rozosmiať | | 653 | |
| 31. Urobil som niečo pre mňa neobvyklé, aby som niekomu pomohol | | 580 | 420 |
| 22. Doprial som si niečo špeciálne | | 564 | 431 |

| | | | |
|--|-----|-----|-----|
| 30. Spal som, zdriemol som si | | 555 | |
| 34. Šiel som do záhrady alebo do prírody | | 517 | |
| 14. Sledoval som televíziu, čítal knihy a pod., aby som sa rozptýlil | 376 | 495 | |
| 12. Robil som niečo zábavné, niečo, čo ma naozaj teší | 355 | 466 | |
| 17. Snažil som sa ísť medzi ľuďmi, aby som zabudol na svoju náladu | | 465 | |
| III. Faktor: Pasívne stratégie (10 položiek) | | | |
| 5. Písal som o svojich pocitoch do denníka, listov alebo mailov | | | 578 |
| 6. Pokúšal som sa vycúvať zo situácie alebo sa jej vyhnúť | | | 550 |
| 15. Použil som alkohol, aby som sa dostal zo zlej nálady | | | 540 |
| 4. Dal som si niečo pod zub, aby som zlú náladu prekonal | | | 497 |
| 11. Pil som kávu alebo iné kofeínové nápoje | | | 488 |
| 33. Fajčil som viac ako inokedy | | | 483 |
| 32. Sníval som o časoch, kedy už nebudem mať tento problém | | | 466 |
| 7. Snažil som sa zabrániť svojim pocitom prejavíť sa navonok, potláčať akékoľvek ich prejavy | | | 441 |
| 26. Porovnával som sa s ľuďmi, ktorí sú na tom horšie | | | 429 |
| 21. Obrátil som sa do seba, chcel som byť sám | | | 355 |
| Položky nezaradené do žiadneho faktora | | | |
| 16. Porozprával som sa so svojím vedúcim, poradcom alebo mentorom | | | 450 |
| 8. Niekomu som porozprával o svojich pocitoch | 443 | | 396 |
| 20. Nechal som svoje pocity prejavíť sa, vyjsť na povrch | 442 | | 344 |
| 19. Snažil som sa akceptovať to ako svoj osud, čo bude, bude | 341 | | 411 |
| 13. Modlil som sa, dôveroval som Bohu alebo som robil niečo iné religiózne | 324 | | 364 |

Tab. 3. Deskriptívne charakteristiky, reliabilita škály MARS a jej trojfaktorového členenia (priemerné hodnoty na jednu položku)

| Faktor | Počet položiek | Min. | Max. | Priemer | SD | Cronbach. alfa |
|---|----------------|------|------|---------|-----|----------------|
| I. Aktívne priame kognitívne stratégie | 10 | ,70 | 6,00 | 3,47 | ,96 | ,863 |
| II. Aktívne nepriame behaviorálne stratégie | 9 | ,22 | 5,11 | 2,76 | ,92 | ,792 |
| III. Pasívne stratégie | 10 | ,00 | 4,00 | 2,03 | ,82 | ,705 |
| Všetky položky | 33 | ,45 | 4,55 | 2,68 | ,69 | ,881 |

4.2 Porovnanie preferovaných spôsobov emočnej sebaregulácie vysoko a nízko stresovaných skupín zdravotníkov

a) Porovnanie priemerného skóre v jednotlivých faktoroch MARSu

Extrémne skupiny zdravotníkov s vysokou a s nízkou úrovňou percipovaného stresu sa nelíšia signifikantne v priemernom skóre dosiahnutom vo všetkých položkách škály MARS (t.j. v celkovej frekvencii používania sebaregulačných stratégií). Zdravotníci s vysokou mierou percipovaného stresu však používajú signifikantne častejšie ako zdravotníci s nízkou mierou percipovaného stresu stratégie zaradené do III. faktora – tzv. „pasívne spôsoby sebaregulácie emócií“ a naopak (tesne pod hranicou signifikantnosti), menej často využívajú tzv. „aktívne priame kognitívne spôsoby emočnej sebaregulácie“, zaradené do I. faktora (tab. 4).

Tab. 4. Frekvencia využívania spôsobov sebaregulácie emócií podľa trojfaktorového členenia škály zdravotníkmi s vysokou a nízkou úrovňou percipovaného stresu (Mann-Whitney U test, sig. 2-tailed)

| | Skupina | Priemer | SD | U (sig.) |
|---|--------------|---------|------|------------------|
| I. Aktívne priame kognitívne stratégie | Vysoký stres | 3,37 | ,89 | 271,00 (,074) |
| | Nízky stres | 3,83 | 1,19 | |
| II. Aktívne nepriame behaviorálne stratégie | Vysoký stres | 2,66 | ,79 | |
| | Nízky stres | 2,77 | 1,08 | |
| III. Pasívne stratégie | Vysoký stres | 2,20 | ,74 | 190,00 (,003) |
| | Nízky stres | 1,55 | ,85 | |
| Všetky položky | Vysoký stres | 2,66 | ,57 | |
| | Nízky stres | 2,59 | ,85 | |

b) Porovnanie priemerného skóre v jednotlivých položkách MARSu

Skupina zdravotníkov s nižšou mierou percipovaného stresu používa podľa svojich slov pre zvládnutie negatívnych alebo navodenie pozitívnych pocitov signifikantne častejšie ako druhá skupina stratégie popísané v položkách 1, 9, 23, 24, 27 (I. faktor – aktívne priame kognitívne stratégie) a 34 (II. faktor – aktívne nepriame behaviorálne stratégie) (vid'. tab. 5). Z nich dominujú v prvej desiatke najčastejšie používaných stratégií tie, ktoré sú zamerané na hľadanie pozitívnych aspektov situácie (9. Pokúšal som sa byť vďačný za tie veci v mojom živote, ktoré fungujú dobre, 24. Pokúšal som sa myslieť na tie veci, ktoré sa pre mňa vyvíjajú dobre, 27. Pokúšal som sa nájsť v tej situácii niečo dobré), jej komplexnejšie porozumenie (23. Snažil som sa pozerat' na veci z viacerých uhlov pohľadu); snaha zobrať si z nej ponaučenie pre budúcnosť (3. Plánoval som a rozhodoval sa tak, aby som sa podobným problémom v budúcnosti vyhol) a snaha aktívne riešiť aktuálny problém (1. Konal som, aby som vyriešil problém, ktorý moju náladu spôsobil.). Zo stratégií zameraných iným smerom preferuje skupina s nízkou mierou percipovaného stresu signifikantne častejšie ako druhá skupina možnosť relaxu v prírode (34. Šiel som do záhrady alebo do prírody).

Skupina zdravotníkov s vysokým skóre percipovaného stresu, popri vyššie zmienených stratégiách zameraných na hľadanie pozitívnych aspektov situácie (ktoré však využíva signifikantne menej často ako predchádzajúca skupina), na prvých desiatich miestach využíva aj stratégie zamerané na mentálne vyhýbanie sa problému a jeho sprievodným emóciám (položky 10, 28 – I. faktor; 12, 14 – II. faktor – nesignifikantne, signifikantne v položke 32. „Sníval som o časoch, kedy už nebudem mať tento problém“ – III. faktor). Hoci s nižšou frekvenciou výskytu, ale signifikantne častejšie ako nízko stresovaná skupina, využíva tiež stratégiu uzavretia sa do seba (21. „Obrátil som sa do seba, chcel som byť sám“) a snahu vyhnúť sa aktuálnemu problému (6. „Pokúšal som sa vycúvať zo situácie alebo sa jej vyhnúť.“) – III. faktor.

Signifikantný rozdiel medzi vysoko a nízko stresovanou skupinou zdravotníkov sa prejavuje aj v tendencii aktívne konať v prospech riešenia aktuálneho problému. Položka 1. „Konal som, aby som vyriešil problém, ktorý moju náladu spôsobil“ (I. faktor) je u skupiny s vyššou mierou percipovaného stresu až na 13. mieste, kým v skupine s nízkou mierou percipovaného stresu je využívaná častejšie a vyskytuje sa na 6. mieste v celkovom poradí nimi používaných sebaregulačných stratégií.

Tab. 5. Frekvencia využívania jednotlivých stratégií sebaregulácie emócií skupinami zdravotníkov s vysokou a nízkou úrovňou percipovaného stresu (Frekvenčná analýza položiek Dotazníka štýlov emočnej sebaregulácie – MARS; Mann-Whitney U test, sig. 2-tailed)

| Vysoký stres (N=28) | | Nízky stres (N=29) | | |
|---|--------------|---|--------------|---------------|
| | Priemer (SD) | | Priemer (SD) | U (sig.) |
| 9. Pokúšal som sa byť vďačný za tie veci v mojom živote, ktoré fungujú dobre | 4,11 (1,37) | 35. Iné (uved'te čo) | 6,00 (,00) | 235,00 (,005) |
| 3. Plánoval som a rozhodoval sa tak, aby som sa podobným problémom v budúcnosti vyhol | 4,07 (1,33) | 9. Pokúšal som sa byť vďačný za tie veci v mojom živote, ktoré fungujú dobre | 5,03 (1,52) | |
| 2. Pokúšal som sa pochopiť svoje pocity tým, že som o nich uvažoval a analyzoval ich | 3,81 (1,54) | 24. Pokúšal som sa myslieť na tie veci, ktoré sa pre mňa vyvíjajú dobre | 4,28 (1,39) | |
| 32. Sníval som o časoch, kedy už nebudem mať tento problém | 3,64 (1,57) | 3. Plánoval som a rozhodoval sa tak, aby som sa podobným problémom v budúcnosti vyhol | 3,97 (1,84) | 192,00 (,001) |
| 10. Myslel som na niečo iné, aby som odpútal svoju pozornosť od svojich pocitov | 3,61 (1,23) | 23. Snažil som sa pozerat' na veci z viacerých uhlov pohľadu | 3,97 (1,78) | |
| 8. Niekomu som porozprával o svojich pocitoch | 3,52 (1,65) | 1. Konal som, aby som vyriešil problém, ktorý moju náladu spôsobil | 3,90 (1,78) | |
| 14. Sledoval som televíziu, čítal knihy a pod., aby som sa rozptýlil | 3,32 (1,28) | 27. Pokúšal som sa nájsť v tej situácii niečo dobré | 3,90 (1,61) | |
| 24. Pokúšal som sa myslieť na tie veci, ktoré sa pre mňa vyvíjajú dobre | 3,25 (1,38) | 34. Šiel som do záhrady alebo do prírody | 3,69 (1,73) | 237,50 (,006) |
| 12. Robil som niečo zábavné, niečo, čo ma naozaj teší | 3,21 (1,37) | 2. Pokúšal som sa pochopiť svoje pocity tým, že som o nich uvažoval a analyzoval ich | 3,62 (1,82) | |
| 23. Snažil som sa pozerat' na veci z viacerých uhlov pohľadu | 3,18 (1,42) | 12. Robil som niečo zábavné, niečo, čo ma naozaj teší | 3,55 (1,66) | 278,50 (,039) |
| 28. Pracoval som na niečom, zamestnával som sa, aby som zabudol na svoju náladu | 3,00 (1,15) | 18. Pokúšal som sa prehodnotiť situáciu, nájsť v nej iný zmysel | 3,34 (1,74) | |

| | | | | |
|--|----------------|--|----------------|------------------|
| 19. Snažil som sa akceptovať to ako svoj osud, čo bude, bude | 2,96 (1,17) | 28. Pracoval som na niečom, zamestnával som sa, aby som zabudol na svoju náladu | 3,17 (1,71) | |
| 1. Konal som, aby som vyriešil problém, ktorý moju náladu spôsobil | 2,86 (1,24) | 10. Myslel som na niečo iné, aby som odpútal svoju pozornosť od svojich pocitov | 3,10 (1,74) | 240,50 (,007) |
| 18. Pokúšal som sa prehodnotiť situáciu, nájsť v nej iný zmysel | 2,86 (1,51) | 14. Sledoval som televíziu, čítal knihy a pod., aby som sa rozptýlil | 3,10 (1,84) | |
| 27. Pokúšal som sa nájsť v tej situácii niečo dobré | 2,85 (1,13) | 8. Niekomu som porozprával o svojich pocitoch | 2,90 (1,84) | 247,00 (,016) |
| 25. Smial som sa, vtipkoval som, pokúšal som sa seba alebo iných rozosmiať | 2,82 (1,79) | 20. Nechal som svoje pocity prejavíť sa, vyjsť na povrch | 2,79 (1,61) | |
| 21. Obrátil som sa do seba, chcel som byť sám | 2,79 (1,59) | 17. Snažil som sa ísť medzi ľuďmi, aby som zabudol na svoju náladu | 2,69 (1,67) | 269,50 (,024) |
| 30. Spal som, zdiemol som si | 2,79 (1,87) | 30. Spal som, zdiemol som si | 2,66 (1,80) | |
| 11. Pil som kávu alebo iné kofeínové nápoje | 2,68 (1,85) | 29. Športoval som, cvičil | 2,59 (1,86) | |
| 34. Šiel som do záhrady alebo do prírody | 2,68 (1,59) | 19. Snažil som sa akceptovať to ako svoj osud, čo bude, bude | 2,45 (1,72) | 272,50 (,031) |
| 20. Nechal som svoje pocity prejavíť sa, vyjsť na povrch | 2,64 (1,39) | 25. Smial som sa, vtipkoval som, pokúšal som sa seba alebo iných rozosmiať | 2,34 (1,74) | |
| 31. Urobil som niečo pre mňa neobvyklé, aby som niekomu pomohol | 2,57 (1,37) | 31. Urobil som niečo pre mňa neobvyklé, aby som niekomu pomohol | 2,28 (1,60) | |
| 7. Snažil som sa zabrániť svojim pocitom prejavíť sa navonok, potláčať akékoľvek ich prejavy | 2,54 (1,40) | 26. Porovnával som sa s ľuďmi, ktorí sú na tom horšie | 2,17 (1,73) | |
| 13. Modlil som sa, dôveroval som Bohu alebo som robil niečo iné religiózne | 2,54 (2,44) | 7. Snažil som sa zabrániť svojim pocitom prejavíť sa navonok, potláčať akékoľvek ich prejavy | 2,14 (1,85) | |
| 4. Dal som si niečo pod zub, aby som zlú náladu prekonal | 2,52 (1,89) | 11. Pil som kávu alebo iné kofeínové nápoje | 2,07 (1,93) | |
| 17. Snažil som sa ísť medzi ľuďmi, aby som zabudol na svoju náladu | 2,50 (1,53) | 22. Doprial som si niečo špeciálne | 2,03 (1,40) | |

| | | | | |
|---|----------------|--|----------------|------------------|
| 6. Pokúšal som sa vycúvať zo situácie alebo sa jej vyhnúť | 2,43 (1,71) | 32. Sníval som o časoch, kedy už nebudem mať tento problém | 1,97 (1,61) | 283,50 (,046) |
| 26. Porovnával som sa s ľuďmi, ktorí sú na tom horšie | 2,37 (1,15) | 13. Modlil som sa, dôveroval som Bohu alebo som robil niečo iné religiózne | 1,90 (1,91) | |
| 29. Športoval som, cvičil | 2,21 (1,71) | 21. Obrátil som sa do seba, chcel som byť sám | 1,86 (1,66) | |
| 35. Iné (uveďte čo) | 2,00 (1,73) | 4. Dal som si niečo pod zub, aby som zlú náladu prekonal | 1,79 (1,68) | ,000 (,068) |
| 22. Doprial som si niečo špeciálne | 1,86 (1,21) | 6. Pokúšal som sa vycúvať zo situácie alebo sa jej vyhnúť | 1,55 (1,45) | |
| 33. Fajčil som viac ako inokedy | 1,71 (2,26) | 33. Fajčil som viac ako inokedy | 1,24 (1,96) | |
| 16. Porozprával som sa so svojim vedúcim, poradcom alebo mentorom | 1,64 (1,57) | 16. Porozprával som sa so svojim vedúcim, poradcom alebo mentorom | 1,14 (1,25) | |
| 15. Použil som alkohol, aby som sa dostal zo zlej nálady | ,89 (1,37) | 15. Použil som alkohol, aby som sa dostal zo zlej nálady | ,61 (,68) | |
| 5. Písal som o svojich pocitoch do denníka, listov alebo mailov | ,64 (,91) | 5. Písal som o svojich pocitoch do denníka, listov alebo mailov | ,17 (,47) | 285,00 (,014) |

4.3 Vzťah sebaregulačných stratégií a charakteristík emočného prežívania – korelačná analýza

Porovnanie extrémnych skupín potvrdilo, že preferovaný spôsob emočnej sebaregulácie sa u vysoko a nízko stresovanej skupiny zdravotníkov líši. Korelačná analýza troch faktorov škály MARS s charakteristikami reprezentujúcimi emočné prežívanie pri kontrole vplyvu pohlavia (tab. 6) ďalej potvrdila signifikantné kladné vzťahy medzi skupinou *aktívnych priamych kognitívnych stratégií emočnej sebaregulácie* (I. faktor) a charakteristikami pozitívneho emočného prežívania (najmä s osobnou úspešnosťou ako protipólu syndrómu vyhorenia, čiastočne s úrovňou well-beingu v období posledného mesiaca), ale aj s výskytom symptómov PTSD podľa škály IES ako reakcie na výnimočne zaťažujúce situácie v práci. Potvrdili sa tiež signifikantné negatívne vzťahy s premennými reprezentujúcimi negatívne emočné prežívanie (depersonalizáciou, emočným vyčerpaním a úrovňou percipovaného stresu za posledný mesiac).

Skupina *aktívnych nepriamych behaviorálnych stratégií* sebaregulácie emócií (II. faktor) koreluje signifikantne kladne s úrovňou well-beingu a výskytom prejavov PTSD podľa škály IES a nemá žiadny signifikantný vzťah k subškálam syndrómu vyhorenia či k úrovni percipovaného stresu.

III. faktor reprezentujúci *pasívne stratégie emočnej sebaregulácie* sa naopak spája signifikantne kladne so všetkými premennými negatívneho emočného prežívania, pričom najvýraznejšie sa jeho spojitosť prejavuje v súvislosti s výskytom symptómov PTSD (podľa oboch škál), prejavov syndrómu vyhorenia – depersonalizáciou a emočným vyčerpaním; ďalej tiež s úrovňou percipovaného stresu a prežívaním osobnej nepohody (ill-beingu) v období posledného mesiaca (tab. 6).

Tab. 6. Vzťah troch faktorov sebaregulačných stratégií podľa MARSu a charakteristík emočného prežívania (Parciálne korelácie s kontrolou premennej pohlavie, sig. - 2 tailed)

| | Osobná pohoda | | Stres | Symptómy PTSD | | Burnout | | |
|---|---------------|-----------|---------|---------------|---------|----------------|------------------|------------------|
| | Well-being | Ill-being | | PTSS I0 | PT IES | Em. vyčerpanie | Osobná úspešnosť | Depersonalizácia |
| I. Aktívne priame kognitívne stratégie | ,176* | | -,167* | | ,253** | -,221** | ,355*** | -,268*** |
| II. Aktívne nepriame behaviorálne stratégie | ,264*** | | | | ,243** | | | |
| III. Pasívne stratégie | | ,244** | ,301*** | ,516*** | ,437*** | ,288*** | | ,310*** |

4.4 Vzťah sebaregulačných stratégií a charakteristík rozhodovania – korelačná analýza

4.4.1 Korelačné vzťahy jednotlivých faktorov škály MARS a spôsobov rozhodovania

Parciálne korelácie pri kontrole vplyvu pohlavia potvrdili, že tri sledované skupiny (faktory) postupov emočnej sebaregulácie majú špecifické vzťahy s jednotlivými spôsobmi rozhodovania. Kým prvé dva faktory, aktívne priame i nepriame postupy sebaregulácie emócií, korelujú signifikantne kladne s adaptívnou *vigilanciou*, tretí faktor, pasívne stratégie emočnej sebaregulácie, sa spája signifikantne kladne s maladaptívnymi postupmi rozhodovania – *hypervigilanciou*, *prokrastináciou* a *presúvaním zodpovednosti* (tab. 7).

Tab. 7. Vzťah troch faktorov sebaregulačných stratégií podľa MARSu a preferovaných spôsobov rozhodovania (Parciálne korelácie s kontrolou premennej pohlavie, sig. - 2 tailed)

| | Vigilancia | Hypervigilancia | Presúvanie zodpovednosti | Prokrastinácia |
|---|------------|-----------------|--------------------------|----------------|
| I. Aktívne priame kognitívne stratégie | ,391*** | | | |
| II. Aktívne nepriame behaviorálne stratégie | ,153* | | | |
| III. Pasívne stratégie | | ,320*** | ,203** | ,284*** |

Podrobnejšia korelačná analýza jednotlivých položiek škály MARS s premennými reprezentujúcimi preferovaný spôsob rozhodovania ilustruje pozadie týchto vzťahov dôkladnejšie (tab. 8).

4.4.2. Korelačné vzťahy jednotlivých položiek škály MARS a spôsobov rozhodovania

Vigilancia, ako adaptívny spôsob rozhodovania, sa spája signifikantne kladne so všetkými stratégiami reprezentujúcimi priamy aktívny kognitívny prístup k sebaregulácii emócií (faktor I.). Najvýraznejšie korelačné vzťahy sa prejavili predovšetkým v súvislosti so snahou nájsť z aktuálnej situácie užitočné poučenie do budúcnosti.

(položka 3 – „Plánoval som a rozhodoval sa tak, aby som sa podobným problémom v budúcnosti vyhol“), úsilím získať komplexnejší náhľad na situáciu (položka 23) a s cieľným sústredení na iné pozitívnejšie aspekty svojho života (položky 9, 24). Vigilancia sa okrem toho slabšie spája s tromi z deviatich stratégií II. faktora, reprezentujúceho aktívny nepriamy behaviorálny spôsob sebaregulácie emócií – s vykonávaním zábavnej aktivity (položka 12), vychádzkou do záhrady alebo do prírody (položka 34), sledovaním televízie alebo čítaním (položka 14). Signifikantne záporne sa spája vigilancia s dvoma z 10 pasívnych stratégií sebaregulácie emócií (III. faktor) – s používaním alkoholu (položka 15) a ventilovaním svojich pocitov písaním do denníka, mailov alebo listov (položka 5; viď. tab. 8).

Maladaptívne spôsoby rozhodovania sa najčastejšie spájajú signifikantne kladne s väčšou časťou pasívnych stratégií sebaregulácie emócií (III. faktor): so snahou vycúvať zo situácie alebo sa jej vyhnúť (položka 6), s obrátením sa do seba a želaním byť sám (položka 21, najmä v súvislosti s prokrastináciou) a so snívaním o časoch, kedy už nebude tento problém (položka 32, najmä v súvislosti s hypervigilanciou). Všetky tri maladaptívne spôsoby rozhodovania sa spájajú slabšie negatívne so snahou byť vďačný za tie veci, ktoré v živote fungujú dobre (položka 9, I. faktor).

Hypervigilancia má okrem toho signifikantne pozitívne vzťahy so stratégiami písania o svojich pocitoch (položka 5), snahou potláčať prejavy týchto pocitov (položka 7) a s konzumáciou jedla za účelom ovplyvnenia nálady (položka 4) – III. faktor. Ďalej sa spája signifikantne negatívne, hoci slabšie, tiež s úsilím hľadať pozitívne aspekty aktuálnej situácie (položky 27) – I. faktor, signifikantne pozitívne naopak s vyhľadávaním opory u vedúceho, poradcu alebo mentora (položka 16), so snahou akceptovať to, čo sa deje ako svoj osud (položka 19) – nezaradené položky. Slabší pozitívny vzťah má tiež s položkou „Urobil som niečo pre mňa neobvyklé, aby som niekomu pomohol“ (31) zaradenou do II. faktora.

Presúvanie zodpovednosti sa popri vyššie zmienených pasívnych stratégiách sebaregulácie, snahy vycúvať zo situácie alebo sa jej vyhnúť (položka 6), obrátení sa do seba a želaním byť sám (položka 21) a snívaní o časoch, kedy už nebude tento problém (položka 32), spája signifikantne kladne tiež s používaním alkoholu (položka 15) – III faktor.

V rámci ostatných položiek škály MARS presúvanie zodpovednosti koreluje signifikantne negatívne, hoci slabšie, so snahou byť vďačný za tie

veci, ktoré v živote fungujú dobre (položka 9, I. faktor) a s úsilím hľadať pozitívne aspekty aktuálnej situácie (položky 27) – I. faktor, významne pozitívne naopak s vyhľadávaním opory u vedúceho, poradcu alebo mentora (položka 16), so snahou akceptovať to, čo sa deje ako svoj osud (položka 19) – nezaradené položky.

Prokrastinácia sa popri vyššie zmienенých pasívnych stratégiách sebaregulácie, snahy vycúvať zo situácie alebo sa jej vyhnúť (položka 6), obrátení sa do seba a želaním byť sám (položka 21) a snívaní o časoch, kedy už nebude tento problém (položka 32), spája významne kladne tiež s používaním alkoholu (položka 15), písaním o svojich pocitoch do denníka alebo listov (položka 5), menej výrazne tiež s konzumáciou jedla za účelom prekonania zlej nálady (položka 4) a snahou potláčať prejavy svojich pocitov navonok (položka 7).

V rámci iných faktorov škály MARS koreluje prokrastinácia slabšie negatívne s dvoma položkami z kategórie aktívnych priamych kognitívnych stratégií, so snahou byť vďačný za tie veci, ktoré v živote fungujú dobre (položka 9), ako aj so snahou konať v prospech riešenia problému, ktorý nepríjemnú náladu spôsobil (položka 1) – I. faktor.

Významné korelačné vzťahy so spôsobom rozhodovania sa *nepreukázali* v prípade položiek 8 (Niekomu som porozprával o svojich pocitoch) a 13 (Modlil som sa, dôveroval som Bohu alebo som robil niečo iné religiózne) nezaradených do žiadneho z troch faktorov; v položkách 17 (Snažil som sa ísť medzi ľuďmi, aby som zabudol na svoju náladu), 22 (Doprial som si niečo špeciálne), 25 (Smial som sa, pokúšal som sa seba alebo iných rozosmiať), 29 (Športoval som, cvičil), 30 (Spal som, zdiemol som si) z II. faktora aktívnych nepriamych behaviorálnych stratégií a v prípade položiek 11 (Pil som kávu alebo iné kofeínové nápoje), 26 (Porovnával som sa s ľuďmi, ktorí sú na tom horšie) a 33 (Fajčil som viac ako inokedy) z III. faktora pasívnych stratégií (ktoré boli z tab. 8 z priestorových dôvodov vymazané).

Tab. 8. Vzťah jednotlivých spôsobov sebaregulácie emócií podľa MARSu a preferovaných spôsobov rozhodovania (Parciálne korelácie s kontrolou premennej pohlavie, sig. - 2 tailed)

| | Vigilancia | Hyper- vigilancia | Pres. zodpo- vednosti | Prokras- tinácia |
|---|------------|----------------------|-----------------------------|---------------------|
| I. Aktívne priame kognitívne stratégie | | | | |
| 1. Konal som, aby som vyriešil problém, ktorý moju náladu spôsobil | ,181* | | | -,144* |
| 2. Pokúšal som sa pochopiť svoje pocity tým, že som o nich uvažoval a analyzoval ich | ,205** | | | |
| 3. Plánoval som a rozhodoval sa tak, aby som sa podobným problémom v budúcnosti vyhol | ,382*** | | | |
| 9. Pokúšal som sa byť vďačný za tie veci v mojom živote, ktoré fungujú dobre | ,327*** | -,145* | -,158* | -,146* |
| 10. Myslel som na niečo iné, aby som odpútal svoju pozornosť od svojich pocitov | ,183* | | | |
| 18. Pokúšal som sa prehodnotiť situáciu, nájsť v nej iný zmysel | ,200** | | | |
| 23. Snažil som sa pozerieť na veci z viacerých uhlov pohľadu | ,328*** | | | |
| 24. Pokúšal som sa myslieť na tie veci, ktoré sa pre mňa vyvíjajú dobre | ,345*** | | | |
| 27. Pokúšal som sa nájsť v tej situácii niečo dobré | ,218** | -,176* | -,152* | |
| 28. Pracoval som na niečom, zamestnával som sa, aby som zabudol na svoju náladu | ,217** | | | |
| II. Aktívne nepriame behaviorálne stratégie | | | | |
| 12. Robil som niečo zábavné, niečo, čo ma naozaj teší | ,160* | | | |
| 14. Sledoval som televíziu, čítal knihy a pod., aby som sa rozptýlil | ,146* | | | |
| 31. Urobil som niečo pre mňa neobvyklé, aby som niekomu pomohol | | ,189** | | |
| 34. Šiel som do záhrady alebo do prírody | ,181* | | | |

| | Vigilancia | Hyper- vigilancia | Pres. zodpo- vednosti | Prokras- tinácia |
|--|------------|----------------------|-----------------------------|---------------------|
| III. Pasívne stratégie | | | | |
| 4. Dal som si niečo pod zub, aby som zlú náladu prekonal | | ,145* | | ,199** |
| 5. Písal som o svojich pocitoch do denníka, listov alebo mailov | -,315*** | ,192** | | ,242** |
| 6. Pokúšal som sa vycúvať zo situácie alebo sa jej vyhnúť | | ,290*** | ,295*** | ,254*** |
| 7. Snažil som sa zabrániť svojim pocitom prejavíť sa navonok, potláčať akékoľvek ich prejavy | | ,164* | | ,170* |
| 11. Pil som kávu alebo iné kofeínové nápoje | | | | |
| 15. Použil som alkohol, aby som sa dostal zo zlej nálady | -,253*** | | ,167* | ,218** |
| 21. Obrátil som sa do seba, chcel som byť sám | | ,164* | ,158* | ,264*** |
| 26. Porovnával som sa s ľuďmi, ktorí sú na tom horšie | | | | |
| 32. Sníval som o časoch, kedy už nebudem mať tento problém | | ,310*** | ,163* | ,183* |
| 33. Fajčil som viac ako inokedy | | | | |
| Nezaradené položky | | | | |
| 16. Porozprával som sa so svojím vedúcim, poradcom alebo mentorom | | ,223** | ,204** | |
| 19. Snažil som sa akceptovať to ako svoj osud, čo bude, bude | | ,181* | ,202** | |
| 20. Nechal som svoje pocity prejavíť sa, vyjsť na povrch | ,153* | | | |

5 Diskusia

Skôr ako zhrnieme získané výsledky, treba uvažovať o limitoch použitých metód. Ako uvádzajú Larsen a Prizmic (2004) položky pre škálu MARS vznikli na základe kvalitatívnych analýz rozhovorov k téme sebaregulácie emócií. Táto metóda nebola štandardizovaná v zahraničí ani u nás, hoci existuje viacero zahraničných štúdií, ktoré ju na účely monitorovania frekvencie využívania jednotlivých sebaregulačných stratégií používali. Ak zoberieme do úvahy tiež možné limity jej dvojitého prekladu do slovenčiny spolu so špecifickým výberom našich

respondentov, odlišná štruktúra škály, ktorá sa prejavila v našej štúdií, nemusí byť prekvapujúca. Pri rozhodovaní o počte selektovaných faktorov v rámci faktorovej analýzy škály, sme popri štatistických ukazovateľoch uprednostnili možnosť zmysluplnej interpretácie získaného roztriedenia položiek do jednotlivých faktorov, nie počet percent vysvetlenej variancie, ktoré by bolo prirodzene vyššie pri vyššom počte extrahovaných faktorov. To sa však spája s hrubším členením jednotlivých položiek, spôsobov sebaregulácie emócií, do jednotlivých kategórií, než aké by bolo možné vytvoriť skôr na základe posúdenia ich významov.

V prvom faktore nazvanom „aktívne priame kognitívne stratégie sebaregulácie emócií“ sa tak prelínajú položky, ktoré majú spoločné úmyselné kognitívne úsilie, zamerané priamo na reguláciu vlastného emočného prežívania. V rámci nich je však možné rozlíšiť dva druhy postupov podľa ich smerovania ku, resp. od aktuálne prežívaných negatívnych emócií – na jednej strane postupy, ktoré smerujú skôr k hlbšiemu porozumeniu aktuálnej situácii a jej sprievodným emóciám (snaha pozerat' sa na veci z viacerých uhlov pohľadu, snaha prehodnotiť situáciu, hľadat' v nej pozitíva) a na druhej strane postupy, ktoré by mali viesť k navodeniu pozitívnejších emócií prostredníctvom presmerovania pozornosti na iné, s problémovou situáciou priamo nesúvisiace stránky aktuálnej životnej situácie (snaha myslieť na a/alebo byť vďačný za iné veci, ktoré sa vyvíjajú dobre). Ako sa však ukázalo v medziskupinových porovnaníach i korelačných vzťahoch, aj napriek tejto odlišnosti, majú oba typy vyššie uvedených stratégií podobný vzťah ku kvalite emočného prežívania i preferovanému spôsobu rozhodovania.

Postupy sebaregulácie zaradené do druhého faktora boli nazvané ako „aktívne nepriame behaviorálne stratégie“ vzhľadom na to, že majú spoločnú črtu zamerania sa na vykonávanie aktivít, ktoré nepriamo ovplyvňujú aj emočné prežívanie, napr. športovanie, pohyb v prírode či vyhľadávanie rozptýlenia medzi ľuďmi alebo pri sledovaní televízie. Tieto postupy nepomáhajú priamo riešiť aktuálny problém, ale (prevažne) vyžadujú určitú námahu a svojím charakterom prispievajú k pozitívnej zmene v aktuálnom emočnom prežívaní prostredníctvom zdraviu prospešných (alebo aspoň neškodiacich) činností.

Tretí faktor, nazvaný ako „pasívne stratégie sebaregulácie emócií“, pozostával z položiek reprezentujúcich menej konštruktívne postupy sebaregulácie emócií tak behaviorálneho ako aj kognitívneho charakteru. Tieto postupy predstavujú skôr snahu odbúrať napätie ventilovaním emócií alebo izoláciou pred aktuálnym negatívnym emočným

prežíváním, než pokus o jeho kognitívne spracovanie či kompenzovanie aktívnym navodením pozitívnych emócií. Časť z nich predstavujú zdraviu škodiace postupy ako napr. zvýšená konzumácia jedla, kofeínových nápojov, alkoholu alebo fajčenie. Druhú podskupinu reprezentujú stratégie spojené s vyhábaním sa aktuálnej situácii, uzavretím sa do seba a potláčaním prejavov aktuálnych emócií, ktoré situáciu ani zmenu emočného prežívania aktívne neriešia.

Limitom tohto členenia je okrem nižšieho percenta variancie, ktoré vysvetľuje, tiež nejednoznačná príslušnosť niektorých položiek ku konkrétnym faktorom, ktorá môže poukazovať na dvojakú úlohu jednotlivých stratégií v sebaregulácii emócií, keď napr. položky týkajúce sa prejavovania vlastných pocitov navonok, akceptácie situácie alebo obrátenia sa s modlitbou k Bohu, sýtia do značnej miery rovnako prvý, ako aj tretí faktor. V psychológii už bolo popísaných viacero príkladov, kedy (zdanlivo) rovnaká kognitívna aktivita môže viesť k zlepšeniu, ale aj k zhoršeniu aktuálneho stavu. Takým bolo napríklad odhalenie mechanizmu dvojakého účinku zaoberania sa sebou samým buď vo forme adaptívnej reflexie ako konštruktívneho spôsobu spoznávania a riadenia samého seba, alebo v podobe maladaptívnej ruminácie, ktorá vedie k opakovanému premietaniu si negatívnych aspektov aktuálnej situácie, sprevádzanej rastúcim negatívnym emočným prežíváním (vid'. Trapnel, Campbell, 1999). Na podobný princíp dvojakého významu kontrafaktového myslenia (t.j. premýšľania o neuskutočnených alternatívach riešenia problému) v emočnom prežívaní upozornili tiež Ruiselová a Prokopčáková (2011), podľa ktorých sa zaoberanie neuskutočnenými alternatívami nemusí vždy spájať len s negatívnym prežívaním, ale v závislosti od smerovania tohto uvažovania aj s vyššou sebaúctou, vedomím vlastnej účinnosti, reflektívnou dimenziou múdrosti a optimizmom.

Je možné predpokladať, že rovnako obojsmerne môžu pôsobiť aj uvedené stratégie – kým ventilovanie negatívnych emócií v rozhovore môže na jednej strane uľahčiť ich zvládanie a kognitívne spracovávanie, môže na druhej strane viesť aj k ich nadbytočnému opakovanému prežívaniu či posilňovaniu, ako na to poukazuje teória ruminácie.

Podobným príkladom by mohla byť stratégia akceptácie, reprezentovaná položkou „Snažil som sa akceptovať to ako svoj osud, čo bude to bude“. Jej znenie môže na jednej strane evokovať predstavu uvoľnenia po zrelom prijatí faktu, že sa na veci nedá nič zmeniť a je zbytočné sa tým ďalej zaťažovať, ale aj predstavu rezignácie, vychádzajúcu z (možno mylného) presvedčenia o vlastnej bezmocnosti,

ktorá podporuje negatívne emočné prežívanie. Túto stratégiu využívajú častejšie zdravotníci s vyššou mierou percipovaného stresu a napriek tomu, že sýti výrazne I. aj III. faktor škály MARS, spája sa významne s hypervigilanciou a najmä s presúvaním zodpovednosti, čo môže naznačovať, že nejde o ani tak o adaptívnu stratégiu vyrovnanú akceptáciou okolností, ktoré nie je možné zmeniť, ale skôr o menej konštruktívnu rezignáciu na vynakladanie ďalšieho úsilia v prospech riešenia problému. Presnejšiemu rozlíšeniu dvoch možných interpretácií významu tejto položky by mohlo v budúcnosti pomôcť jej preformulovanie jednoznačnejšie implikujúce jej prvý alebo druhý možný zmysel, resp. overenie jej pochopenia respondentmi pridaním inej položky podobného významu.

Vzhľadom na uvedené limitácie prezentovaného členenia škály ako aj vzhľadom na možnosť jeho nepresnej interpretácie, sme sa rozhodli používať tri vyššie popísané faktory len ako orientačné zovšeobecnenie prezentovaných výsledkov, pričom záujemcom o túto oblasť ponúkame aj detailnejšie položkové analýzy výsledkov.

V porovnaní frekvencie využívania jednotlivých stratégií sebaregulácie v extrémnych skupinách zdravotníkov sa zistilo, že tí respondenti, ktorí prežívajú nižšiu úroveň percipovaného stresu a s ním súvisiacich premenných negatívneho emočného prežívania (vyššej úrovne osobnej pohody a nižšej úrovne osobnej nepohody, prejavov symptómov posttraumatickej stresovej poruchy, až po všetky prejavy syndrómu vyhorenia, vid'. predchádzajúca kapitola), najčastejšie využívajú postupy z kategórie aktívnych priamych kognitívnych stratégií sebaregulácie emócií (I. faktor) - cieleňú snahu o nájdenie pozitívnych aspektov aktuálnej problémovej situácie alebo iných, paralelne prítomných pozitívnych elementov vo vlastnom živote, aktívnu snahu o komplexnejšie porozumenie situácie a zužitkovanie tejto skúsenosti prostredníctvom ponaučenia (plánovania a rozhodovania) pre budúcnosť.

Skupina s vyššou úrovňou percipovaného stresu využíva najčastejšie popri snahe navodiť pozitívne pocity prostredníctvom zamerania na tie veci, ktoré fungujú dobre, plánovať a vyvodíť z nich ponaučenie v prospech vyhnutia sa podobným problémom v budúcnosti, snahe pochopiť svoje pocity, podeliť sa s nimi v rozhovore - súčasne podobne často aj snahu mentálne sa vyhýbať problému a jeho sprievodným emóciám, najmä v podobe rôznych spôsobov odpútavania pozornosti vo forme snívania o lepších časoch, sledovania televízie, čítania a pod.

Významné rozdiely medzi oboma skupinami zdravotníkov sa prejavujú nielen v celkovom poradí, ale aj vo frekvencii používania jednotlivých stratégií. Skupina s nižšou mierou percipovaného stresu sa venuje častejšie ako druhá skupina aktívnym nepriamym behaviorálnym stratégiám sebaregulácie emócií (II. faktor) – vyhľadávaniu kontaktu s prírodou, snahe robiť niečo zábavné a hľadaniu rozptýlenia medzi inými ľuďmi. Menej pozornosti venuje mentálnej snahe o vyhýbanie sa aktuálnym nepríjemným pocitom, snívaniu o lepších časoch ako aj snahe vyhnúť sa podobným problémom v budúcnosti. Menej často tiež potrebuje zdieľať svoje pocity s inými ľuďmi či už vo forme rozhovoru, alebo písania o nich.

Keďže rozdelenie zdravotníkov do extrémnych skupín bolo realizované len na základe hodnôt, ktoré dosahovali v úrovni percipovaného stresu za posledný mesiac, podrobnejší pohľad na súvislosti jednotlivých skupín/faktorov stratégií emočnej sebaregulácie s premennými reprezentujúcimi emočné prežívanie umožnila korelačná analýza. Vzhľadom na veľké množstvo údajov sme sa na tomto mieste neprezentovali detailnejšiu analýzu všetkých položiek a ich súvislostí s premennými týkajúcimi sa osobnej pohody, percipovaného stresu, symptómov PTSD a syndrómu vyhorenia. Potvrdilo sa však, že skupina aktívnych priamych kognitívnych stratégií sebaregulácie emócií (I. faktor) sa spája tak s osobnou úspešnosťou v práci ako protipólom syndrómu vyhorenia ako aj s prejavmi symptómov PTSD podľa škály IES a na nižšej úrovni aj s osobnou pohodou (well-beingom). Táto skupina stratégií súvisí negatívne s úrovňou percipovaného stresu ako aj s ďalšími dvoma subškálami syndrómu vyhorenia – depersonalizáciou a emočným vyčerpaním.

Aktívne nepriame behaviorálne stratégie sebaregulácie emócií (II. faktor) sa spájajú jednak s prežívaním osobnej pohody, ale aj s častejším výskytom symptómov PTSD podľa škály IES.

Pasívne stratégie sebaregulácie emócií (III. faktor) súvisia popri najsilnejšom vzťahu s týmito symptómami podľa oboch škál PTSD tiež s vyššou úrovňou percipovaného stresu, úrovňou osobnej nepohody (ill-being) a negatívnymi subškálami syndrómu vyhorenia (depersonalizáciou a emočným vyčerpaním).

Ak sa na tieto súvislosti pozrieme z opačného uhla pohľadu, dá sa povedať, že zdravotníci, u ktorých sa neprejavujú, resp. prejavujú menej intenzívne symptómy percipovaného stresu a/alebo syndrómu vyhorenia, častejšie využívajú aktívne kognitívne stratégie sebaregulácie emócií,

zamerané priamo na prácu s emóciami či už v podobe hľadania zmyslu aktuálnej náročnej situácie a sprievodných emócií, ktoré vyvolala, alebo cieľným presmerovaním pozornosti na možné pozitívne aspekty tejto konkrétnej situácie a/alebo iných oblastí svojho súčasného života.

Pri tejto interpretácii však pôsobí paradoxne kladný vzťah medzi vyššou frekvenciou používania všetkých druhov stratégií sebaregulácie a častejším výskytom symptómov PTSD. Ak častejšie používanie aktívnych priamych kognitívnych stratégií sebaregulácie súvisí s lepším zvládaním záťaže a z nej vyplývajúcich emócií, prečo sa potom spája s výskytom symptómov PTSD pozitívne? Domnievame sa, že vzhľadom na dominujúce zameranie použitej testovej batérie na popis záťažových situácií v práci zdravotníkov, spôsob ich riešenia a zvládania ako aj na výskyt s nimi súvisiacich symptómov je možné predpokladať, že aktivovanie spomienok na osobitne zaťažujúce situácie v práci a následné monitorovanie prejavov PTSD ovplyvnilo aj neskoršie uvažovanie respondentov o používaných stratégiách emočnej sebaregulácie, čo by mohlo vysvetľovať pozitívne korelácie medzi symptómami PTSD podľa škály IES a všetkými kategóriami sebaregulačných stratégií. Inak povedané, v prípadoch väčšej emočnej angažovanosti v osobitne náročných situáciách, na ktoré respondenti pri vypĺňaní dotazníka spomínali, sa dá považovať za prirodzené aj ich referovanie o častejšom používaní rôznych skupín stratégií emočnej sebaregulácie. Na druhej strane, treba pripomenúť aj fakt, že táto súvislosť sa oproti prvým dvom kategóriám sebaregulačných stratégií prejavila v dvojnásobnej intenzite v oboch škálach PTSD najmä vo vzťahu k tretej skupine stratégií, pasívnym stratégiám sebaregulácie emócií (III. faktor). Táto skupina stratégií má súčasne najvýraznejšie korelačné vzťahy aj so všetkými ostatnými premennými reprezentujúcimi negatívne emočné prežívanie – percipovaným stresom, osobnou nepohodou, emočným vyčerpaním a depersonalizáciou. To môže naznačovať, že sa jedná o stratégiu, ku ktorým častejšie siahajú osoby pod vplyvom intenzívnejších negatívnych emócií v období posledného mesiaca (skóre osobnej nepohody a percipovaného stresu), intenzívnejších zážitkov akútneho stresu v minulosti s následkami PTSD, a/alebo dlhodobejšieho negatívneho emočného prežívania, ktoré prerástlo do intenzívnejších prejavov syndrómu vyhorenia.

Na druhej strane je možné uvažovať aj o opačnom smere pôsobenia týchto súvislostí, podľa ktorého by používanie pasívnych sebaregulačných stratégií mohlo byť pri zvládaní negatívnych emócií

a snahe navodiť pozitívne emócie menej účinné ako ostatné postupy sebaregulácie emócií.

Na základe korelačného charakteru tejto štúdie nie je možné jednoznačne posúdiť, ktorý z predchádzajúcich predpokladov je bližší realite – t.j. nakoľko je negatívne emočné prežívanie a jeho dôsledky vo forme percipovaného stresu, prejavov posttraumatickej stresovej reakcie či syndrómu vyhorenia, príčinou alebo dôsledkom výberu konkrétnych stratégií emočnej sebaregulácie. Pravdepodobné však je, že môže ísť o cyklický proces, v ktorom je výber menej efektívnych stratégií sebaregulácie emócií podmienený zvýšenou mierou negatívneho emočného prežívania a na rozdiel od efektívnejších stratégií sebaregulácie ďalej toto negatívne prežívanie udržiava alebo dokonca podporuje, pričom môže viesť k vzniku negatívnych sebareakcií, ktoré podporujú nárast anxiety, ako to predpokladá Baumannov model sebaregulácie emócií v rozhodovaní pod stresom (Baumann et al., 2001, podrobnejšie viď. prvá kapitola).

Vzhľadom na užšie zameranie tejto monografie, na procesy rozhodovania a sebaregulácie emócií, sme výsledky týkajúce sa tohto vzťahu prezentovali nielen na úrovni troch faktorov sebaregulačných stratégií, ale aj na úrovni konkrétnych položiek reprezentujúcich jednotlivé spôsoby sebaregulácie emócií. Ako sa ukázalo, aktívne priame kognitívne stratégie (I. faktor) a menej výrazne tiež aktívne nepriame behaviorálne stratégie sebaregulácie emócií (II. faktor) sa spájajú signifikantne s vigilanciou ako adaptívnym spôsobom rozhodovania v náročných situáciách v práci. Pasívne stratégie sebaregulácie emócií (III. faktor) majú naopak signifikantné vzťahy so všetkými tromi maladaptívnymi spôsobmi rozhodovania – hypervigilanciou, prokrastináciou ako aj s presúvaním zodpovednosti.

V rámci týchto kategórií sa ako najvýznamnejšie nielen z hľadiska korelácií, ale aj z hľadiska vysokej frekvencie ich využívania u oboch skupín zdravotníkov, javia súvislosti vigilancie so snahou o komplexnejšie porozumenie situácie, zámerným presmerovaním pozornosti na pozitívne aspekty súčasnej životnej situácie a s úsilím o konštruktívne využitie aktuálnej nepríjemnej skúsenosti v podobe užitočného ponaučenia pre budúcnosť (I. faktor).

Pre všetky tri druhy maladaptívnych spôsobov rozhodovania v náročných situáciách sa javia ako významné ich súvislosti so snahou o vyhýbanie sa aktuálnej situácii, mentálnym únikom v podobe snívania o lepších časoch a izoláciou, resp. obrátením sa do seba (III. faktor -

pasívne stratégie sebaregulácie emócií) a s nižšou snahou o navodenie pozitívnych emócií prostredníctvom sústredenia sa na veci, ktoré v živote respondenta fungujú dobre (I. faktor).

Hoci tieto čiastkové výsledky vzhľadom na limity použitej metodológie neposkytujú jednoznačné dôkazy o tom, akým smerom pôsobí schopnosť sebaregulácie emócií vo vzťahu efektívneho zvládania záťaže a rozhodovania v práci našich respondentov, dovoľme si túto časť zakončiť nasledujúcou úvahou.

Ako bolo prezentované v predchádzajúcej štúdií, vigilancia sa spája pozitívne s mierou pocitu osobnej úspešnosti v práci (MBI), predstavujúcou protipól syndrómu vyhorenia, zatiaľ čo depersonalizácia a emočné vyčerpania súvisia s maladaptívnymi spôsobmi rozhodovania. Je možné⁶, že osoby schopné vigilantného rozhodovania efektívnejšie zvládajú chronickú i akútnu záťaž vo svojom povolani a sú vo svojej práci skutočne úspešnejšie. Prirodzeným dôsledkom efektívnejšieho rozhodovania a zvládania obvyklých ťažkostí týmto typom ľudí, môže byť okrem priaznivejšej úrovne ich osobnej pohody aj primeranejšie napĺňanie požiadaviek zamestnávateľov, kolegov i pacientov, s ktorým sa spája menšia pravdepodobnosť kumulácie ďalších, nadväzujúcich, problémov v práci. K podobným záverom dospeli Staw, Sutton a Pelled (1994) v longitudinálnej štúdií, ktorá ukázala, že prítomnosť pozitívnych emócií je asociovaná s vyšším pracovným výkonom, objektivizovaným prostredníctvom hodnotenia supervízorov ako aj s výškou platu.

Na druhej strane, osoby využívajúce maladaptívne spôsoby sebaregulácie emócií a rozhodovania pri výkone svojho povolania pravdepodobne vyvolávajú svojim správaním negatívnejšiu odozvu okolia, a tak k pôvodne pôsobiacim zdrojom stresu pridávajú nechtiac ďalšie (napr. sankcie za nedostatočné plnenie úloh či interpersonálne konflikty). Nárast negatívneho emočného prežívania (popri vonkajších okolnostiach) zvyšuje sebareflexia vlastného neúspechu, čím sa jeho nepriaznivý účinok na ďalšiu motiváciu i schopnosť zvládania náročných pracovných úloh stupňuje (Fisher, Noble, 2004). Vysoko pravdepodobné je aj to, že sa úspešné resp. neúspešné pôsobenie v práci spája aj s kvalitou osobného života a vzťahov, čím môže ovplyvňovať kvalitu dostupnej sociálnej opory respondentov.

⁶ V tejto štúdií neboli zisťované objektívne kritériá zaťažujúcich faktorov ani profesionálnej úspešnosti v práci, len ich subjektívne hodnotenie respondentmi.

Nebolo by však objektívne klásť zodpovednosť za prípadnú zníženú výkonnosť a odolnosť voči stresu len do rúk samotných zdravotníkov, pretože úroveň percipovaného stresu nezávisí len od osobnostných charakteristík a schopností zvládania záťaže jednotlivca. Rovnako ako pri rozvoji syndrómu vyhorenia sa na ňom významnou mierou podieľajú reálne nedostatky celého systému, ktorého sú súčasťou.

Jednou zo stratégií, ktorá nebola zaradená do žiadneho z troch extrahovaných faktorov predstavuje položka „Porozprával som sa so svojim vedúcim, poradcom alebo mentorom“. Považujeme ju za pozoruhodnú najmä z hľadiska náhľadu na možnosti a rozsah využívania psychologickej podpory sledovaných zdravotníkov zo strany ich nadriadených, poradcov či psychológov. Používanie tohto spôsobu sebaregulácie emócií je v oboch skupinách zdravotníkov s vysokou i nízkou úrovňou percipovaného stresu označované ako tretí najzriedkavejší postup sebaregulácie emócií (po ňom nasleduje už len užívanie alkoholu na potlačenie zlej nálady a písanie o svojich pocitoch). Prítom sa spája signifikantne tak s presúvaním zodpovednosti ako aj s hypervigilanciou. Tieto údaje naznačujú nielen to, že psychologicke služby alebo iné zdroje psychologickej podpory napr. vo forme poradenstva zo strany supervízorov, nadriadených či kolegov (peerov) sú v práci našich respondentov využívané len minimálne, ale aj to že po nich siahajú až keď majú vážnejšie problémy pri výkone svojho povolania minimálne z hľadiska maladaptívnych spôsobov rozhodovania v práci. Či je dôvodom nižšej frekvencie využívania tejto možnosti skutočnosť, že im obvykle nie je k dispozícii, alebo ju naši respondenti nevyužívajú z iných dôvodov, by mohlo byť predmetom ďalších štúdií. O tom, že možnosť poskytovania kvalitnej psychologickej podpory zamestnancom v organizáciách zabezpečujúcich poskytovanie zdravotnej starostlivosti na Slovensku obvykle chýba, sme sa zmienili už v rámci 2. a 3. kapitoly.

Je pravdepodobné, že zdravotníci intenzívnejšie prežívajúci chronický pracovný stres a najmä tí, ktorí trpia dlhodobejšími následkami syndrómu vyhorenia, nedokážu už vlastnými silami účinne bojovať so svojim negatívnym prežívaním, čo sa prejavuje aj v tom, ktoré stratégie emočnej sebaregulácie a aké spôsoby rozhodovania používajú. Čo sa týka ich emočného prežívania, neusilujú sa ďalej aktívne riešiť zdroje svojich ťažkostí, hoci sa o to v minulosti pravdepodobne pokúšali (napr. práve tým bežne zaznávaným vyhľadávaním sociálnej opory u vedúceho alebo poradcu), ale snažia sa už len akýmikoľvek inými, na energiu nenáročnými prostriedkami znížiť intenzitu svojho negatívneho emočného prežívania či už mentálnym vyhýbaním sa problému,

ventilovaním, alebo naopak, potláčaním prejavu svojich negatívnych pocitov, zvýšenou konzumáciou jedla či alkoholu. Posledné dve stratégie sú pritom podľa Kebzu a Šolcovej (2010) jednou z príčin väčšej pravdepodobnosti vzniku srdcovo-cievnych ochorení ako jedného z množstva negatívnych dopadov syndrómu vyhorenia.

Osoby trpiace syndrómom vyhorenia v dôsledku svojho nepriaznivého stavu omnoho častejšie ako menej stresované osoby volia maladaptívne postupy rozhodovania v práci (podobne tiež Hanzlíková, Pilárik, 2010) ako vyplýva čiastočne aj z výsledkov uvedených v predchádzajúcej štúdii, podľa ktorej sa hypervigilantné správanie spája s emočnou vyčerpanosťou, a tá vedie zase ďalej k presúvaniu zodpovednosti za rozhodovanie v práci. Kognitívne úsilie, potrebné pre komplexnejšie porozumenie situácie a/alebo hľadanie jej lepších stránok, ktoré je typické pre osoby s nižšou mierou percipovaného stresu, môže byť pre osoby trpiace syndrómom vyhorenia zrejme príliš náročné, hoci to nevylučuje možnosť, že v dávnejšej minulosti ho schopné boli (viď. teória vyčerpania ega, Baumeister et al., 1998; a rozvoj syndrómu vyhorenia, Maslach, Jackson, 1981). Na druhej strane, keďže zdravotníci s nižšou a vyššou mierou percipovaného stresu sa významne nelíšili vo svojom veku, pozíciách, ktoré zastávajú ani v dĺžke praxe, osoby, ktoré sú tejto mentálnej aktivity schopné, môžu byť účinnejšie chránené pred nežiaducimi dôsledkami dlhodobopôsobiacich zdrojov pracovného stresu, čo by bolo v súlade s teóriou životného zmyslu, stojacou za kognitívnym konceptom nádeje (Frankl, 1988, Snyder et al., 1996, Halama, 2001).

Vzhľadom na to, že snaha hľadať komplexnejšie porozumenie problémovej situácie ako aj schopnosť presmerovať pozornosť na jej lepšie stránky sa ukázali ako významné stratégie sebaregulácie emócií, ktoré sa spájajú s adaptívnym spôsobom rozhodovania vo forme vigilancie, zatiaľ čo tendencia využívať menej efektívne, pasívne stratégie sebaregulácie emócií, súvisiace s vyššou mierou negatívneho emočného prežívania, sa spája s využívaním maladaptívnych spôsobov rozhodovania, vzájomné prepojenie schopnosti sebaregulácie emócií, ktoré vychádza z, ale aj ďalej ovplyvňuje kvalitu aktuálneho emočného prežívania a rozhodovania zdravotníckych profesionálov, bolo potvrdené.

Pre detailnejšie porozumenie dynamiky týchto vzťahov sú však potrebné ďalšie, napr. longitudinálne štúdie.

6 Záver

Vyššie uvedené výsledky potvrdzujú, že existujú významné spojitosti medzi rôznymi stupňami negatívneho emočného prežívania, preferovaným spôsobom sebaregulácie emócií a spôsobmi rozhodovania v práci zdravotníkov. Respondenti s nižšou úrovňou rôznych prejavov negatívneho emočného prežívania častejšie využívajú postupy predstavujúce úmyselné kognitívne úsilie, zamerané priamo na reguláciu vlastného emočného prežívania: na jednej strane také, ktoré vedú k hlbšiemu porozumeniu aktuálnej situácii a jej sprievodným emóciám a na druhej tie, ktoré vedú k navodeniu pozitívnejších emócií prostredníctvom presmerovania pozornosti na iné, s problémovou situáciou priamo nesúvisiace stránky aktuálnej životnej situácie. Ak sa potrebujú odpútať od aktuálne prežívaných emócií, častejšie siahajú po aktívnych formách oddychu ako po pasívnych (prevažne vyhýbacích a niekedy aj zdraviu škodlivých) stratégiách, ktoré naopak častejšie využívajú zdravotníci s vyššou mierou percipovaného stresu a s ním súvisiacich charakteristik negatívneho emočného prežívania.

Do akej miery sú preferované stratégie sebaregulácie emócií príčinou a/alebo dôsledkom kvality emočného prežívania a s ním spojenej kvality rozhodovania v práci nie je možné detailnejšie rozhodnúť v tomto type štúdie. Predpokladáme však, že ojedinelé negatívne emócie, dlhodobjší percipovaný stres a posttraumatické stresové reakcie na výnimočne zaťažujúce situácie v práci zdravotníkov, vedú pri dlhobnej expozícii a nedostatku zdrojov na ich adekvátne spracovanie k prejavom syndrómu vyhorenia. Všetky tieto fenomény predstavujú jednotlivé stupne dlhodobého procesu, ktorého nežiaduce dôsledky môže eliminovať schopnosť regulácie vlastných emócií. Na druhej strane, ak táto schopnosť nie je dostatočne rozvinutá, negatívne emočné prežívanie môže viesť (okrem iného) k menej úspešnému zvládaniu stresu a k výberu maladaptívnych spôsobov rozhodovania, nielen v osobných, ale aj v pracovných záležitostiach, čo samo o sebe ďalšie zdroje negatívneho emočného prežívania podporuje.

Domnievame sa, že nežiaducu eskaláciu osobných i pracovných problémov, spojených s nutnosťou zvládania náročných situácií pri výkone zdravotníckeho povolania, by bolo možné eliminovať systematickým rozvojom schopnosti sebaregulácie emócií zdravotníckych pracovníkov, vhodnou úpravou ich pracovných podmienok a dostupnejšími možnosťami adekvátnej psychologickej starostlivosti.

Literatúra

- BAUMANN, M.R., SNIEZEK, J.A., BUERKLE, C.A., 2001, Self-evaluation, stress and performance: A model of decision making under acute stress. In: E. Salas, G. Klein, (Eds.), *Linking expertise and naturalistic decision making*. New York, London: Psychology Press, 139-158.
- BAUMEISTER, R.F., BRATSLAVSKY, E, MURAVEN, M., TICE, D.M., 1998, Ego depletion: Is the active self a limited resource? *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1252–1265.
- COHEN, S., KAMARCK, T., MERMELSTEIN, R., 1983, A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 4, 385-396.
- FISHER, C.D., NOBLE, C.S., 2004, A within person examination of correlates of performance and emotion while working. *Human Performance*, 17, 145-168.
- FRANKL, V.E., 1988, *The Will to Meaning. Foundations and Applications of Logotherapy*, New York: New American Library.
- GURŇÁKOVÁ, J., 2011, Rozhodovanie v praxi. Prehľad výskumov naturalistického rozhodovania v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti. In: J. Gurňáková a kol., *Úvod do naturalistického rozhodovania*. Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV, 161-190.
- GURŇÁKOVÁ, J., BEŇUŠKOVÁ, A., 2009, Vybrané zdroje, prejavy a stratégie zvládania stresu operátorov OS ZZS SR. Poster prezentovaný na konferencii *Psychosociálne aspekty pri zásahu záchranných zložiek*, 14. 10. 2009, Hradec Králové.
- GURŇÁKOVÁ, J., LUKÁČOVÁ, K., 2010, Stratégie zvládania záťaže u zdravotníckych profesionálov. *Zborník z Kongresu urgentnej medicíny*, Senec.
- HALAMA, P., 2001, Slovenská verzia Snyderovej škály nádeje: preklad a adaptácia. *Československá psychologie*, 45, 2, 135-142.
- HALAMA, P., 2011, Emócie a emočná sebaregulácia v kontexte naturalistického rozhodovania. In: J. Gurňáková a kol., *Úvod do naturalistického rozhodovania*. Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV, 91- 107.

- HANZLÍKOVÁ, M., PILÁRIK, E., 2010, Štýly rozhodovania a burn-out v pomáhajúcich profesiách. In: I. Sarmány-Schuller, E. Pilárik, E. Jurišová (Eds.) *Rozhodovanie v kontexte kognície, osobnosti a emócií II*. Nitra: FSVaZ UKF, 42-49.
- HARDIE, E.A., KASHIMA, E.S., PRIDMORE, P., 2005, The influence of relational, individual and collective self-aspects on stress, uplifts and health. *Self and Identity*, 4, 1-24.
- KAMHALOVÁ, I., HALAMA, P., GURŇÁKOVÁ, J., 2013, Affect regulation and decision making in health-care professionals: Typology approach. *Studia psychologica*, 55, 1, 19-32.
- KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I., 2010, Syndrom vyhoření, vybrané psychologické proměnné a rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění. *Československá psychologie*, 54, 1, 1-16.
- LARSEN, R.J., PRIZMIC, Z., 2004, Affect regulation. In: R.F. Baumeister, K.D. VOHS (Eds.), *Handbook of self-regulation. Research, theory and applications*. London: The Guilford Press, 40-61.
- MANN, L., BURNETT P., RADFORD, M., 1997, The Melbourne decision making questionnaire: An instrument for measuring patterns for coping with decisional conflict. *Journal of decision making*, 10, 1-19.
- MASLACH, CH., JACKSON, S.E., 1981, The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behaviour*, 2, 99-113.
- RUISELOVÁ, Z., PROKOPČÁKOVÁ, A., 2011, Can counterfactual thinking be usefull (and adaptive?). *Studia Psychologica*, 53, 3, 221-234.
- SNYDER, C.R., SYMPSON, S.C., YBASCO, F.C., BORDERS, T.F., BABYAK, M.A., HIGGINS, R.L., 1996, Development and validation of the State Hope Scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 321-335.
- STAW, B.M., SUTTON, R.I., PELLED, L.H., 1994, Employee positive emotion and favorable out come sat the workplace. *Organization Science*, 5, 51-71.
- TRAPNELL, P.D., CAMPBELL, J.D., 1999, Private self-consciousness and the Five-factor model of personality: Distinguishing rumination from reflection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 2, 284-304.

Abstrakt

Keďže sa rozhodovanie zdravotníckych profesionálov obvykle odohráva za okolností predstavujúcich zvýšenú mieru psychickej záťaže, v tejto kapitole sme sa zamerali na to, ktoré stratégie emočnej sebaregulácie využívajú zdravotnícki pracovníci pre elimináciu negatívneho emočného prežívania a navodenie lepšej osobnej pohody a ktoré z nich sa spájajú s efektívnejším spôsobom rozhodovania v práci. Rovnakým skupinám zdravotníkov ako v predchádzajúcich štúdiách bol okrem vyššie uvedených dotazníkov zameraných na rozhodovanie a emočné prežívanie administrovaný aj mierne rozšírený Dotazník štýlov emočnej sebaregulácie (MARS, Larsen, Prizmic, 2004).

Ukázalo sa, že najvýznamnejšími stratégiami sebaregulácie emócií, ktoré sa spájajú s častejším využívaním adaptívnej vigilancie pri rozhodovaní v práci ako aj s nižšou úrovňou negatívneho emočného prežívania a jeho dôsledkov, sú postupy predstavujúce úmyselné kognitívne úsilie, zamerané priamo na reguláciu vlastného emočného prežívania: na jednej strane také, ktoré vedú k hlbšiemu porozumeniu aktuálnej situácii a jej sprievodným emóciám a na druhej tie, ktoré vedú k navodeniu pozitívnejších emócií prostredníctvom presmerovania pozornosti na iné, s problémovou situáciou priamo nesúvisiace stránky aktuálnej životnej situácie. Maladaptívne postupy rozhodovania sa na druhej strane častejšie spájajú s používaním pasívnych stratégií emočnej sebaregulácie, ktoré zahŕňajú snahu vyhýbať sa aktuálnej situácii, nižšie úsilie o navodenie pozitívnych emócií prostredníctvom sústredenia sa na veci, ktoré v živote respondenta fungujú dobre, ale aj s častejším používaním zdraviu škodlivých postupov ako je zvýšená konzumácia jedla alebo alkoholu na eliminovanie negatívnych emócií.

VI. PÄŤ VEĽKÝCH FAKTOROV OSOBNOSTI AKO PREDIKTORY VNÍMANEJ EFEKTIVITY ROZHODOVANIA ZDRAVOTNÍCKYCH PROFESIONÁLOV

Peter HALAMA

Ústav experimentálnej psychológie SAV Bratislava

Obsah kapitoly

- 1 Rozhodovanie v oblasti zdravotníckej starostlivosti**
- 2 Osobnosť a rozhodovacie procesy**
- 3 Subjektívna efektivita rozhodovania u profesionálov**
- 4 Výskumný cieľ**
- 5 Výskumný súbor**
- 6 Použité metódy zisťovania údajov**
- 7 Spôsob analýzy**
- 8 Výsledky**
- 9 Diskusia**
- 10 Záver**

1 Rozhodovanie v oblasti zdravotníckej starostlivosti

Zdravotníctvo je jednou z oblastí, kde hrajú rozhodovacie procesy veľmi dôležitú úlohu. Zdravotnícki pracovníci v rôznych profesiách sa rozhodujú takmer neustále, pričom ich rozhodnutia sa týkajú takých otázok ako napríklad, ktorú diagnostickú či intervenčnú procedúru zvoliť, ktoré lieky indikovať v tomto konkrétnom prípade, prípadne ako modifikovať štandardné procedúry, aby boli čo najefektívnejšie v stanovených podmienkach liečby. Dá sa povedať, že v oblasti zdravotnej starostlivosti ide zväčša o komplexné rozhodovanie v náročných situáciách, ktoré so sebou nesú závažné dôsledky a možné finančné, ale predovšetkým ľudské škody, ako je to opísané v prvej kapitole tejto knihy. Ako uvádza Dekker (2007, in Gurňáková, 2011), lekári sú zodpovední za oveľa väčšie množstvo náhodných úmrtí než držiteľia zbraní. To ilustruje závažnosť dôsledkov, ktoré prináša rozhodovanie v tejto oblasti a nezvratnosť mnohých omylov či chýb v rozhodovaní.

Hunink a kol. (2001) za najdôležitejšiu črtu rozhodovania v oblasti poskytovania zdravotníckej starostlivosti považujú zložitost' a komplexnosť, ktorá je doplnená výraznou diagnostickou a terapeutickou neistotou. To do značnej miery vyplýva z výrazného rozmachu medicíny za posledné desaťročia. Kým kedysi bol k dispozícii len obmedzený počet diagnóz a terapeutických intervencií, v súčasnej dobe sa množstvo diagnóz značne rozšírilo, a to isté platí aj pre terapeutické postupy. Komplexnosť a zložitost' nie je tvorená len samotným medicínskym problémom, ale do istej miery aj pacientovými preferenciami či cenovými reláciami týkajúcimi sa samotnej diagnostiky a terapie.

Osobitným príspevkom k rozhodovaniu zdravotníckych pracovníkov je editovaná kniha Chapmana a Sonnenberga (2000), v ktorej zhrnuli aktuálne teórie a poznatky z oblasti rozhodovania zdravotníkov. Ako tvrdia, medicína poskytuje ideálnu oblasť pre skúmanie rozhodovacích procesov, a to najmä kvôli tomu, že obsahuje istý počet možností rozhodovania (diagnózy a terapeutické postupy), neistotu ohľadne výsledku ako aj mnohorakosť atribútov, v rámci ktorých sa možnosti navzájom porovnávajú. Navyiac, zdravotnícka starostlivosť obsahuje špecifické elementy rozhodovania, ktoré nie sú prítomné v iných oblastiach, ako napríklad porovnávanie dĺžky života s jeho kvalitou a pod. Dá sa povedať, že v oblasti zdravotníckeho rozhodovania sa môžu uplatniť rôzne psychologické modely rozhodovania. Modely

rozhodovania pochádzajúce z normatívnych a prospektových modelov rozhodovania našli uplatnenie najmä v posudzovaní jednotlivých alternatív liečby a či terapeutických postupov. Jedným z prejavov normatívneho prístupu k zdravotníckemu rozhodovaniu je tzv. v súčasnosti značne rozšírený EBM prístup, pričom skratka pochádza z anglického evidence based medicine, po slovensky preložené ako na dôkazoch založená medicína. Rosenberg a Donald (1995) definujú EBM prístup ako proces systematického hľadania, hodnotenia a používania výskumných zistení ako podkladu pre klinické rozhodnutia. Podľa týchto autorov sa uvedený prístup snaží prekonať medzeru medzi množstvom hodnotných klinických výskumov a bežným medicínskym rozhodovaním, ktoré často prináša škodlivé dôsledky. Postup aplikácie EBM modelu zahŕňa stanovenie jasnej otázky, hľadanie relevantných klinických štúdií, posudzovanie dôkazov validity riešenia a aplikácia užitočných výsledkov v praxi. Takýmto spôsobom sa môže výrazne zlepšiť kvalita zdravotníckych rozhodnutí a zvýšiť efektívnosť zvolených intervencií.

Druhým, alternatívnym konceptom, ktorý sa aplikuje v oblasti zdravotníckeho rozhodovania je tzv. naturalistické rozhodovanie: Naturalistické rozhodovanie je prístup, ktorý skúma reálne rozhodovanie profesionálov v komplexných situáciách, ktoré sa vyznačujú zlou štruktúrovanosťou problému, časovým stresom, vážnymi dôsledkami rozhodnutí a neistým, dynamicky sa meniacim prostredím (Zsombok, 1997), čím sa výrazne líši od normatívnych či prospektových konceptov, ktoré sa zameriavajú skôr na jasne štruktúrované problémy a kladú dôraz na porovnávanie alternatív. Najmä v určitých oblastiach zdravotníctva je povaha problému a kontextu rozhodovania bližšia naturalistickému rozhodovaniu. Takými je napr. urgentná medicína, kde sa zdravotnícki pracovníci rozhodujú rýchlo a pod stresom a nie je čas na bližšie uvažovanie o alternatívach. Naturalistické rozhodovanie prinieslo viacero modelov, ktoré opisujú proces rozhodovania v takýchto situáciách. Napr. dominantný RPD model Kleina (1993, 1997) poukazuje na to, že ľudia (a skúsení experti v danej profesii zvlášť) v takýchto situáciách negenerujú alternatívy s cieľom porovnávať ich na základe pravdepodobnej efektivity, ale vyvolávajú svoje skúsenosti a prostredníctvom spájania svojich skúseností s vlastnosťami situácie generujú možnosť, ktorú považujú za najlepšiu a najefektívnejšiu pre danú situáciu. Takýto postup teda skôr klasifikuje situáciu a hľadá podobné skúsenostné rámce, ktoré môžu slúžiť ako zdroj pre rozhodnutie o intervencii. Tento postup je užitočný najmä tým, že výrazne šetrí čas, ktorého je napr. v urgentnej

medicíne nedostatok, a tým umožňuje veľmi rýchlu a efektívnu intervenciu. Porovnávanie a hodnotenie alternatív by totiž v situáciách tohto typu bolo časovo príliš náročné a mohlo by viesť k strate kontroly nad situáciou. Podrobnejší prehľad výskumov, ktoré čerpali z naturalistického rozhodovania a zameriavali sa na oblasť zdravotníctva možno nájsť v kapitole Gurňákovej (2011).

2 Osobnosť a rozhodovacie procesy

Jedným z významných faktorov rozhodovania je osobnosť rozhodovateľa. Ako uvádza Narayan a Corcoran-Perry (1997), rozhodovacie správanie sa dá popísať ako interakcia medzi osobou a situáciou, teda medzi osobou, ktorá sa rozhoduje a vykonáva rozhodnutie, a situáciou, ktorá vyžaduje rozhodnutie a v ktorej sa rozhodnutie uskutočňuje. Osoba, ktorá sa rozhoduje, je vybavená mnohými prechodnými či trvácnejšími psychologickými charakteristikami, ktoré nutne vplyvajú na samotný proces a výsledok rozhodnutia. Kamhalová (2011) preto tvrdí, že proces rozhodovania je na jednej strane ovplyvnený osobnosťami a individuálnymi premennými jednotlivca a na druhej strane situáciou a prostredím. Predchádzajúce výskumy sa zamerali na rôzne trvácnejšie osobnostné charakteristiky, ktoré predikujú rozhodovacie procesy v rôznych kontextoch. Davis a kol. (2007) sa vo svojej štúdií zamerali na identifikáciu osobnostných dispozícií, ktoré korelujú so zlým rozhodovaním definovaným podľa výsledku v klasickej experimentálnej hre Iowa Gambling Task. Ich výsledky ukázali, že prítomnosť deficitu v rozhodovaní koreluje najmä s impulzívnosťou, senzitivitou voči trestu a odmene, ako aj tzv. závislou osobnosťou, ktorá bola v tomto výskume definovaná najmä vyššou úrovňou úzkosti a depresie, nízkou empatiou a impulzívnymi tendenciami. Gurňáková v štvrtej kapitole tejto knihy zistila, že negatívnym prediktorom vigilancie pri rozhodovaní je disinhibícia, pozitívnymi prediktormi sú naopak sklon k vyhľadávaniu zážitkov, vzrušenia a dobrodružstva (ako súčasť potreby stimulácie), vyššia reakcia na chýbanie štruktúry (ako súčasť potreby štruktúry), presvedčenie o osobnej úspešnosti v práci (ako opak syndrómu vyhorenia) a snaha (ako súčasť kognitívneho konceptu nádeje). Aj Pilárik a Sarmány-Schuller (2011) použili vo svojom výskume experimentálnu hru Iowa Gambling Task. Zamerali sa na prediktory dobrého rozhodovania v tejto hre u zdravotníckych záchranárov. Zistili, že

prediktory sa líšia u mužov a žien, u mužov sú prediktormi najmä emočná stabilita (nízky neurotizmus) a extravergia, u žien najmä nízke emočné uvedomenie.

Viacero štúdií sa špecificky zameralo na v súčasnosti najrozšírejšiu koncepciu osobnostných črt – koncepciu veľkej päťky, ktorú používame aj my v našom výskume. Ide o koncept osobnostných črt, ktorej vznik bol inšpirovaný lexikálnou hypotézou (predpokladom o prítomnosti najvýznamnejších interindividuálnych rozdielov v slovnej zásobe národných jazykov). Výskumy s použitím faktorovej analýzy osobnostných deskriptorov sa dopracovali k piatim robustným osobnostným črtám, ktoré sa dajú identifikovať v rôznych kultúrach a reprezentujú najdôležitejšie interindividuálne rozdiely medzi ľuďmi (Hřebíčková, 2011). Sú to neurotizmus, extravergia, otvorenosť voči zážitkom, privetivosť a svedomitosť, pričom každá črta je definovaná ako bipolárna dimenzia reprezentujúca kontinuum, na ktorom sa môžu jednotliví ľudia nachádzať. Príklady adjektív, ktoré definujú jednotlivé póly daných vlastností, uvádzame v popise použitých metód zisťovania údajov. Gemeijs a Verschueren (2011) skúmali osobnostné koreláty nerozhodnosti. Ukázalo sa, že najsilnejším korelátom nerozhodnosti z piatich osobnostných faktorov je neurotizmus. Autori použili aj typologický prístup, ktorý využíva klusterovú analýzu na identifikáciu typických profilov osobnostných črt. Z identifikovaných typov mal najnižšie skóre v nerozhodnosti tzv. príliš sa kontrolujúci typ, ktorý je charakteristický najmä vysokým neurotizmom a nízkou extravergiou. Zaujímavosťou je, že nerozhodnosť predikovala výkon v úlohách na rozhodovanie bez ohľadu na faktory veľkej päťky, čo znamená, že tieto faktory nevedia vysvetliť efekt iných premenných na rozhodovanie. Kamhalová (2013) skúmala súvislosť viacerých osobnostných premenných (osobnostné črty podľa konceptu veľkej päťky, temperamentová dimenzia vyhľadávania vzruchu) so štýlmi rozhodovania meranými Melbournským dotazníkom rozhodovania MDMQ. Okrem iného sa ukázalo, že neurotizmus pozitívne súvisí so štýlmi rozhodovania, ktoré sú vo všeobecnosti považované za nekonštruktívne ako hypervigilancia, prokrastinácia, či presúvanie zodpovednosti. Ako najpozitívnejšou osobnostnou charakteristikou sa ukázala svedomitosť, ktorá korelovala pozitívne s vigiliaciou (považovanou vo všeobecnosti za pozitívnu charakteristiku) a negatívne s presúvaním zodpovednosti a prokrastináciou. V prípade dimenzie vyhľadávania vzruchu sa ukázali väčšinou iba nízke a nesignifikantné korelácie. Kamhalová (2013) vo svojom výskume prepojila osobnostné

faktory a naturalistické rozhodovanie, keď skúmala súvislosť piatich osobnostných črt a aspektov rozhodovania zdravotných sestier. Ukázali sa niektoré zaujímavé korelácie, napr. svedomitosť negatívne korelovala s používaním intuície, prívetivosť s prežívaním stresu, či otvorenosť s pocitom dostatku informácií na začiatku rozhodovania.

3 Subjektívna efektivita rozhodovania u profesionálov

Špecifickou premennou v našom výskume je subjektívne vnímaná efektivita rozhodovania v profesionálnom kontexte. Profesionálne rozhodovanie ako také je charakterizované pomerne veľkou komplexitou, hoci sa medzi profesiami dajú nájsť pomerne veľké rozdiely v tom, nakoľko komplexné rozhodnutia musia profesionáli z rôznych profesií realizovať. V niektorých profesiách sú rozhodnutia pomerne jednoduché, založené na jasne štruktúrovanom probléme a presne definovaných požiadavkách, v iných je problém nejasný, môže sa počas rozhodnutia meniť a riešenie môže ovplyvňovať množstvo faktorov. S tým súvisí aj definovanie kvality rozhodnutia v zmysle jeho správnosti. V tom prvom prípade je jasne štruktúrovaný problém aj cieľ, a preto je aj väčšinou jasné, čo je správne a čo je nesprávne rozhodnutie. Kritéria efektívneho rozhodnutia sa dajú jasne definovať na základe cieľa a porovnania stavu pred a po rozhodnutí. S hodnotením efektivity takých rozhodnutí väčšinou nebýva väčší problém a meranie efektivity je založené na jasných kritériách zodpovedajúcich požiadavkám situácie. Príklady takýchto meraní efektivity môžeme nájsť napr. v štúdiách týkajúcich sa rozhodovania profesionálov v biznise. Ako príklad tohto typu štúdie môžeme uviesť výskum Pikeho (1988), ktorý meral efektivitu ekonomických rozhodnutí cez objem finančného balíka, ktorý bol firme k dispozícii. Zložitejšia situácia je v druhom prípade, kedy komplexná povaha problému súvisí s komplexnosťou efektivity rozhodnutia. V takýchto prípadoch nie je správnosť rozhodnutia celkom jasne definovaná a nedá sa jednoznačne posudzovať, ktoré rozhodnutie je lepšie ako než iné. V prípade zdravotníckych profesií ide práve o takúto situáciu. Je síce zrejmé, že intervencia, o ktorej sa rozhoduje má zlepšiť zdravie pacienta, prípadne jeho kvalitu života, samotné tieto pojmy sú niekedy komplexne chápané a nejednoznačne definované, pričom napr. posun v jednej oblasti môže znamenať regres v druhej oblasti a pod. Tiež je treba zdôrazniť, že do efektivity rozhodnutia vstupujú vonkajšie faktory, ktoré môžu zmeniť predpokladanú efektivitu alternatívnych

možností. Na komplexitu merania efektivity takýchto rozhodnutí upozorňujú napr. Dean a Sharrfman (1996), ktorí sa tiež zameriavali na oblasť biznisu, pričom považujú za potrebné vnímať efektivitu multifaktoriálne, okrem profitu napr. aj úžitok zákazníka, image firmy a pod.

V našej štúdií sme zvolili subjektívne vnímanú efektivitu rozhodnutia. V tomto prípade sa hodnotenie efektivity rozhodnutia deje samotným profesionálom, pričom sa predpokladá, že je v jeho kompetencii posúdiť tie dôležité charakteristiky procesu rozhodovania, ktoré môžu pomôcť identifikovať rozhodnutie ako správne či nesprávne. Profesionáli si totiž na základe svojich skúseností vytvárajú vlastné koncepcie situácie, ktoré reflektujú závažnosť prípadu, vonkajšie faktory, špecifické ciele či iné premenné vstupujúce do rozhodovacieho procesu. Jeho hodnotenie efektivity rozhodnutí potom vychádza z tohto konceptu, čo prináša do hodnotenia efektivity špecifický rozmer. Na jednej strane môže byť toto hodnotenie skreslené takými premennými ako je sebaobraz či postoj k riešenému problému, na druhej strane poskytuje priestor pre komplexné hodnotenie človekom, ktorý sa priamo nachádza v danej situácii a ktorý najlepšie rozumie špecifickým aspektom daného problému.

4 Výskumný cieľ

V našej štúdií sme sa rozhodli bližšie pozrieť na úlohu, akú môžu mať v rozhodovaní profesionálov osobnostné črty. Keďže v súčasnosti je najvýznamnejšou a najviac uznávanou teóriou osobnostných črt koncept piatich osobnostných faktorov, rozhodli sme sa vychádzať z tejto teórie a aplikovať ju v našom výskume. Táto teória má oproti iným konceptom aj tú výhodu, že sa v súčasnom výskume používa veľmi často a existuje viacero meracích nástrojov, ktoré majú rôznu dĺžku, špecifickosť a výskumníci si môže vybrať tú, ktorú považujú za najvhodnejšiu pre svoje účely. V našej štúdií sa taktiež zameriavame na profesionálov z oblasti zdravotníctva, pretože ide o profesiu, kde má rozhodovanie veľkú úlohu, ako už bolo uvedené vyššie. Budeme skúmať vzťah piatich osobnostných črt osobnosti so subjektívne hodnotenou efektivitou vlastného profesionálneho rozhodovania. Neostaneme len pri hodnotení samotných vzťahov, ale pokúsime sa identifikovať možné moderátory týchto vzťahov v rámci demografických premenných ako typ profesie, pohlavie a dĺžka praxe.

5 Výskumný súbor

Výskumný súbor tvorilo 187 zdravotníckych profesionálov z rôznych oblastí Slovenska, konkrétne Bratislava, Trnava, Trenčín, Banská Bystrica, Prešov a Žilina. Participanti boli k účasti vo výskume oslovení osobne a vo výskume odpovedali na otázky spôsobom papierceruzka, pričom meracie nástroje analyzované v tejto štúdií boli súčasťou širšej batérie dotazníkov. V rámci nášho výskumného súboru sa vyskytovali tri profesie, a to operátori pohotovostných liniek (N = 68), zdravotnícki záchranári (N = 51) a ošetrovatelia/zdravotné sestry (N = 68). Vek participantov výskumu sa pohyboval od 23 do 64, s priemerom 39,66 roka. V súbore prevažovali ženy (N = 148) nad mužmi (N = 37), dvaja participanti tento údaj neuviedli. Keďže v našom súbore pracujeme aj s jednotlivými podskupinami podľa typu zdravotníckej profesie, v tabuľke 1 prezentujeme deskriptívne údaje pre tieto podskupiny. Ako vidieť z tabuľky, vekový priemer a vekové rozpätie sa v jednotlivých skupinách výrazne nelíšia, o niečo vyšší vek je v skupine operátorov. Vo všetkých skupinách bol vyšší podiel žien, no u záchranárov bol tento podiel najnižší, ženy tvorili 60% osôb v tejto skupine.

Tab. 1. Deskriptívne údaje pre jednotlivé podskupiny výskumného súboru podľa typu zdravotníckej profesie

| | Celkový počet | Muži | Ženy | Priemerný vek v rokoch | Vekové rozpätie v rokoch |
|----------------------------------|---------------|------|------|------------------------|--------------------------|
| operátori pohotovostných liniek | N = 68 | 5 | 62* | 41,42 | 24-64 |
| zdravotnícki záchranári | N = 51 | 20 | 30* | 38,96 | 24-58 |
| ošetrovatelia (zdravotné sestry) | N = 68 | 12 | 56 | 38,46 | 23-58 |

* 1 respondent z danej skupiny informáciu neuviedol

6 Použité metódy zisťovania údajov

Na meranie piatich veľkých osobnostných faktorov sme použili dotazník **TIPI** (Ten Item Personality Inventory) autorov Goslinga, Rentfrowa a Swanna (2003). Tento dotazník bol vybraný vzhľadom na jeho dĺžku, ktorá je oproti iným dotazníkom piatich faktorov (napr. NEO-FFI) veľmi šetrná k respondentovi. Dotazník meria päť osobnostných faktorov tak, ako sú definované v teórii veľkej päťky. Vznikol výberom adjektív z predchádzajúcich meracích nástrojov veľkej päťky, pričom adjektíva boli vybrané s ohľadom na ich obsahovú validitu, teda aby čo najviac reprezentovali šírku danej osobnostnej črty. Charakteristické adjektíva pre oba póly jednotlivých črt sú nasledovné:

- neurotizmus – úzkostný, ľahko rozrušiteľný vs. pokojný, emocionálne stabilný,
- extravézia – extrovertovaný, entuziastický vs. rezervovaný, tichý,
- otvorenosť – otvorený novým zážitkom, komplexný vs. konvenčný, netvorivý,
- prívetivosť – súcitný, vrúcny vs. kritický, hádavý,
- svedomitosť – spoľahlivý, disciplinovaný vs. nedbanlivý, nesystematický.

Formát dotazníka tvoria adjektíva, na ktorých sa respondent hodnotí, pričom používa 7-bodovú škálu od „vôbec nesúhlasím“ po „úplne súhlasím“. Hoci dĺžka dotazníka je istou nevýhodou vzhľadom na reliabilitu a validitu merania, autori škály poskytujú dostatočné potvrdenie o viacerých psychometrických vlastnostiach škály. Reliabilita škály zisťovaná spôsobom test-retest bola pri šesť týždňovom odstupe 0,72 (priemer všetkých dimenzií) a pri dvojtýždňovom odstupe 0,80 (priemer všetkých dimenzií). Dostatočnú konštruktívnu validitu škály dokázali prostredníctvom korelácií s inými meracími nástrojmi piatich osobnostných faktorov, ktoré sa pohybovali od 0,65 pre otvorenosť až po 0,85 pre extravéziu.

Na meranie subjektívne hodnotenej efektivity vlastných profesionálnych rozhodnutí bola použitá jednoduchá otázka, ktorá znela: *Do akej miery ste presvedčený o tom, že sa v práci rozhodujete správne?* Otázka mala formát VAS (Visual Analogue Scale), pričom respondenti odpovedali na otázku na poskytnutej 10 centimetrovej škále s definovanými pólmi vôbec nie až po úplne. Odpovede boli manuálnym meraním pretransformované na číselný údaj pričom hodnoty mohli

nadobúdať číslo na škále od 0 (extrémny nesúhlas) až po 100 (extrémny súhlas).

7 Spôsob analýzy

Na spracovanie údajov sme použili štatistický program SPSS v.17.0. Na zisťovanie vzťahu medzi piatimi veľkými faktormi osobnosti sme použili Pearsonovu korelačnú analýzu, ktorá bola následne doplnená moderačnou analýzou realizovanou prostredníctvom hierarchickej regresnej analýzy. Grafická realizácia moderačných grafov bola realizovaná pomocou programu ModGraph, ktorý je excelovským makro súborom umožňujúcim grafické znázornenie moderačných priamok.

8 Výsledky

V prvom kroku štatistickej analýzy sme realizovali korelačnú analýzu pomocou Pearsonovho korelačného koeficientu. Výsledky tejto analýzy sú prezentované v tabuľke 2. Ako vidieť z tabuľky, subjektívne hodnotená efektivita rozhodovania v pracovnej sfére koreluje signifikantne na hladine významnosti 0,01 s tromi osobnostnými faktormi, a to negatívne s neurotizmom (-0,209) a pozitívne s prívetivosťou (0,228) a svedomitosťou (0,242). Všetky korelácie sú na nižšej úrovni s percentom spoločne zdieľanej variancie pohybujúcim sa od 4,36 % až po 5,85 %.

Tab. 2. Korelácie piatich osobnostných faktorov a subjektívne efektivity rozhodovania v pracovnej sfére

| | N | E | O | A | C |
|---|----------|-------|-------|---------|---------|
| subjektívna efektivita rozhodovania v pracovnej sfére | -0,209** | 0,018 | 0,080 | 0,228** | 0,242** |

** $p < 0,01$

N – neurotizmus, E – extravergia, O – otvorenosť, A – prívetivosť, C – svedomitosť

V druhom kroku sme realizovali moderačnú analýzu prostredníctvom hierarchickej regresnej analýzy. Moderátormi boli

postupne všetky merané demografické charakteristiky ako pohlavie, dĺžka praxe a typ zamestnania. V tabuľke 3 až 7 sú uvedené výsledky dvoj krokovej regresnej analýzy skúmajúcej prípadný moderujúci vplyv pohlavia na vzťah medzi subjektívne vnímanou efektívnosťou rozhodovania v pracovnej sfére a piatimi osobnostnými črtami. Tabuľky obsahujú regresné koeficienty analýzy v prvom bloku (osobnostná črta a pohlavie ako moderátor) a regresné koeficienty analýzy v druhom bloku (pridaný interakčný prediktor vypočítaný ako súčin oboch premenných použitých v prvom bloku). Závislou premennou vo všetkých prípadoch bola subjektívne hodnotená efektívnosť rozhodovania v pracovnej sfére. Moderačný efekt sa potvrdí vtedy, ak je interakčný prediktor signifikantným prediktorom závislej premennej. Ako vidieť z tabuliek, ani jeden interakčný prediktor nepredikuje signifikantne závislú premennú, a teda ani v jednom prípade sa moderačný efekt nepotvrdil. Dá sa teda povedať, že pohlavie nemoderuje vzťah medzi subjektívne hodnotenou efektívnosťou rozhodovania v profesijnej sfére.

Tab. 3. Analýza moderačného efektu pohlavia na vzťah medzi neurotizmom a subjektívnym hodnotením efektivity rozhodovania

| | β | t | sig. |
|------------------------|---------|--------|-------|
| Blok 1 | | | |
| neurotizmus | -0,208 | -2,787 | 0,006 |
| pohlavie | 0,845 | 0,845 | 0,400 |
| Blok 2 | | | |
| neurotizmus | -0,213 | -2,643 | 0,009 |
| pohlavie | -0,012 | -0,024 | 0,981 |
| pohlavie x neurotizmus | 0,076 | 0,155 | 0,877 |

Tab. 4. Analýza moderačného efektu pohlavia na vzťah medzi extravertiou a subjektívnym hodnotením efektivity rozhodovania

| | β | t | sig. |
|-------------------------|---------|--------|-------|
| Blok 1 | | | |
| extraverzia | 0,023 | 0,301 | 0,764 |
| pohlavie | 0,076 | 0,979 | 0,329 |
| Blok 2 | | | |
| extraverzia | -0,011 | -0,271 | 0,786 |
| pohlavie | -0,138 | -0,271 | 0,786 |
| pohlavie x extravertzia | 0,216 | 0,426 | 0,671 |

Tab. 5. Analýza moderačného efektu pohlavia na vzťah medzi otvorenosťou a subjektívnym hodnotením efektivity rozhodovania

| | β | t | sig. |
|-----------------------|---------|--------|-------|
| Blok 1 | | | |
| otvorenosť | 0,078 | 1,022 | 0,308 |
| pohlavie | -0,067 | -0,881 | 0,379 |
| Blok 2 | | | |
| otvorenosť | 0,093 | 1,131 | 0,260 |
| pohlavie | 0,179 | 0,359 | 0,720 |
| Pohlavie x otvorenosť | -0,249 | -0,499 | 0,618 |

Tab. 6. Analýza moderačného efektu pohlavia na vzťah medzi prívetivosťou a subjektívnym hodnotením efektivity rozhodovania

| | β | t | sig. |
|------------------------|---------|--------|-------|
| Blok 1 | | | |
| prívetivosť | 0,244 | 3,283 | 0,001 |
| pohlavie | 0,093 | 1,246 | 0,215 |
| Blok 2 | | | |
| prívetivosť | 0,250 | 3,123 | 0,002 |
| pohlavie | 0,193 | 0,396 | 0,693 |
| Pohlavie x prívetivosť | -0,101 | -0,208 | 0,835 |

Tab. 7. Analýza moderačného efektu pohlavia na vzťah medzi svedomitosťou a subjektívnym hodnotením efektivity rozhodovania

| | β | t | sig. |
|------------------------|---------|--------|-------|
| Blok 1 | | | |
| svedomitosť | 0,078 | 1,022 | 0,308 |
| pohlavie | -0,067 | -0,881 | 0,379 |
| Blok 2 | | | |
| svedomitosť | 0,093 | 1,131 | 0,260 |
| pohlavie | 0,179 | 0,359 | 0,720 |
| Pohlavie x svedomitosť | -0,249 | -0,499 | 0,618 |

Ďalej sme rovnakým spôsobom analyzovali moderačný efekt dĺžky praxe. V tabuľkách 8 až 12 sú uvedené moderačné analýzy podľa jednotlivých osobnostných čŕt. Podľa výsledkov vidieť, že takisto ako v prvom prípade sa nepotvrdil moderačný efekt dĺžky praxe na vzťah medzi subjektívne vnímanou efektivitou profesionálneho rozhodovania a osobnostnými faktormi veľkej päťky.

Tab. 8. Analýza moderačného efektu dĺžky praxe na vzťah medzi neurotizmom a subjektívnym hodnotením efektivity rozhodovania

| | β | t | sig. |
|---------------------------|---------|--------|-------|
| Blok 1 | | | |
| neurotizmus | -0,215 | -2,837 | 0,005 |
| dĺžka praxe | -0,045 | -0,591 | 0,555 |
| Blok 2 | | | |
| neurotizmus | -0,221 | -2,906 | 0,004 |
| dĺžka praxe | -0,040 | -0,526 | 0,600 |
| dĺžka praxe x neurotizmus | -0,082 | -1,074 | 0,281 |

Tab. 9. Analýza moderačného efektu dĺžky praxe na vzťah medzi extraverciou a subjektívnym hodnotením efektivity rozhodovania

| | β | t | sig. |
|---------------------------|---------|-------|-------|
| Blok 1 | | | |
| extraverzia | 0,021 | 0,271 | 0,787 |
| dĺžka praxe | 0,021 | 0,268 | 0,789 |
| Blok 2 | | | |
| extraverzia | 0,022 | 0,281 | 0,779 |
| dĺžka praxe | 0,021 | 0,260 | 0,795 |
| dĺžka praxe x extravercia | 0,013 | 0,160 | 0,873 |

Tab. 10. Analýza moderačného efektu dĺžky praxe na vzťah medzi otvorenosťou a subjektívnym hodnotením efektivity rozhodovania

| | β | t | sig. |
|--------------------------|---------|--------|-------|
| Blok 1 | | | |
| otvorenosť | 0,095 | 1,245 | 0,215 |
| dĺžka praxe | -0,158 | -2,071 | 0,040 |
| Blok 2 | | | |
| otvorenosť | 0,096 | 1,254 | 0,212 |
| dĺžka praxe | -0,159 | -2,075 | 0,040 |
| dĺžka praxe x otvorenosť | 0,017 | 0,220 | 0,826 |

Tab. 11. Analýza moderačného efektu dĺžky praxe na vzťah medzi prívetivosťou a subjektívnym hodnotením efektivity rozhodovania

| | β | t | sig. |
|---------------------------|---------|--------|-------|
| Blok 1 | | | |
| prívetivosť | 0,204 | 2,677 | 0,008 |
| dĺžka praxe | -0,088 | -1,157 | 0,249 |
| Blok 2 | | | |
| prívetivosť | 0,211 | 2,770 | 0,006 |
| dĺžka praxe | -0,094 | -1,242 | 0,216 |
| dĺžka praxe x prívetivosť | 0,104 | 1,361 | 0,175 |

Tab. 12. Analýza moderačného efektu dĺžky praxe na vzťah medzi svedomitosťou a subjektívnym hodnotením efektivity rozhodovania

| | β | t | sig. |
|---------------------------|---------|--------|-------|
| Blok 1 | | | |
| svedomitosť | 0,204 | 2,662 | 0,009 |
| dĺžka praxe | 0,002 | 0,022 | 0,982 |
| Blok 2 | | | |
| svedomitosť | 0,210 | 2,739 | 0,007 |
| dĺžka praxe | -0,003 | -0,045 | 0,964 |
| dĺžka praxe x svedomitosť | -0,083 | 1,076 | 0,284 |

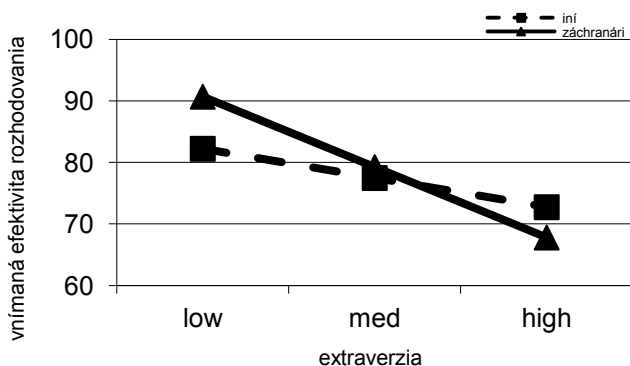
Následne sme sa v analýze zamerali na moderačný efekt typu zamestnania. Znovu sme realizovali moderačné analýzy, kde sme overovali moderačný efekt typu zamestnania na vzťahy medzi jednotlivými črtami veľkej päťky a subjektívnym hodnotením efektivity rozhodovania. Keďže sa vo výskumnom výbere nachádzali tri typy zamestnania, ako moderujúce premenné sme použili tri dichotómne premenné, ktoré nadobúdali hodnoty na základe príslušnosti ku skupine (záchranári vs. iní, ošetrovatelia (sestry) vs. iní, operátori vs. iní). Vzhľadom na početnosť týchto analýz (spolu 15 analýz) sme sa v tomto prípade rozhodli prezentovať podrobnejšie v tomto článku iba analýzy, v ktorých bol identifikovaný signifikantný moderujúci efekt. Išlo o dva prípady, ktoré sú podrobnejšie uvádzané ďalej. V ostatných prípadoch nebol identifikovaný moderujúci efekt a tabuľky k týmto analýzám kvôli prehľadnosti neuvádzame.

Tabuľka 13 prezentuje výsledky analýzy moderačného efektu premennej typu zamestnania (záchranári vs. iní) na vzťah medzi extravertiou a subjektívnym hodnotením efektivity rozhodovania. Ako vidieť, v tomto prípade je interakčná premenná pridaná v druhom kroku regresnej analýzy signifikantným prediktorom závislej premennej

(subjektívne hodnotenie efektivity rozhodovania) a teda dochádza k moderačnému efektu. Na obrázku 1 je moderačný efekt znázornený graficky. Ako vidieť z obrázku, u záchranárov je vzťah medzi extravertiou a vnímanou subjektívnou efektívnosťou rozhodovania silnejší (úsečka je strmšia) než je tomu u iných skupín. Dá sa povedať, že záchranár s nízkou mierou extravertezie (introvertovaný) vníma svoju efektívnosť rozhodovania ako vyššiu v porovnaní so záchranárom s vysokou mierou extravertezie. U zdravotníkov z iných skupín je tento rozdiel oveľa menší než u záchranárov, to znamená, že extraverti a introverti sa v tejto skupine v subjektívne vnímanej efektívnosti rozhodovania až tak veľmi nerozlišujú.

Tab. 13. Analýza moderačného efektu typu zamestnania (záchranári vs. iní) na vzťah medzi extravertiou a subjektívnym hodnotením efektivity rozhodovania

| | β | t | sig. |
|-------------------------------------|---------|--------|-------|
| Blok 1 | | | |
| extraverzia | -0,058 | -2,748 | 0,455 |
| záchranári vs. iní | 0,022 | 0,285 | 0,766 |
| Blok 2 | | | |
| extraverzia | -0,046 | -0,605 | 0,564 |
| záchranári vs. iní | -0,681 | -2,089 | 0,038 |
| záchranári vs. iní x extraverzia | 0,723 | 2,218 | 0,028 |

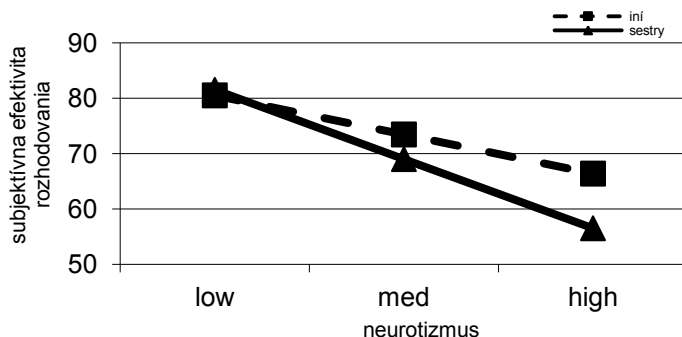


Obr. 1. Moderačný efekt typu zamestnania (záchranári vs. iní) na vzťah medzi extravertiou a subjektívnym hodnotením efektivity rozhodovania

V tabuľke 14 sú výsledky ďalšej analýzy, ktorá identifikovala signifikantný moderujúci efekt typu zamestnania. Ako vidieť z tabuľky, interakčná premenná pridaná v druhom kroku analýzy je signifikantná, čo naznačuje prítomnosť moderujúceho efektu. Obrázok 2 poukazuje na povahu moderačného efektu. U zdravotných sestier aj u iných skupín je pri nízkom neurotizme rovnaká úroveň subjektívne hodnotenej efektivity rozhodovania. Avšak so zvyšujúcim sa neurotizmom u sestier klesá subjektívne hodnotená efektivita rozhodovania prudšie, než u iných skupín. Dá sa povedať, že u zdravotných sestier s vysokým neurotizmom je vyššia pravdepodobnosť nižšej vnímanej efektivity rozhodovania, než je tomu u iných pracovníkov.

Tab. 14. Analýza moderačného efektu typu zamestnania (ošetrovatelia (sestry) vs. iní) na vzťah medzi neurotizmom a subjektívnym hodnotením efektivity rozhodovania

| | β | t | sig. |
|---|---------|--------|-------|
| Blok 1 | | | |
| neurotizmus | -0,206 | -2,792 | 0,006 |
| ošetrovatelia (sestry) vs. iní | 0,002 | 1,774 | 0,078 |
| Blok 2 | | | |
| neurotizmus | -0,742 | -2,787 | 0,006 |
| ošetrovatelia (sestry) vs. iní | 0,128 | 1,753 | 0,081 |
| ošetrovatelia (sestry) vs. iní x neurotizmus | 0,558 | 2,094 | 0,038 |



Obr. 2. Moderačný efekt typu zamestnania (ošetrovatelia (sestry) vs. iní) na vzťah medzi neurotizmom a subjektívnym hodnotením efektivity rozhodovania

Ako teda vidieť z analýzy, moderujúci efekt bol identifikovaný iba pre typ zamestnania. Pre ďalší popis moderujúcich efektov a úplnosť analýzy uvádzame v tabuľke 15 korelačné koeficienty vzťahu medzi osobnostnými faktormi veľkej päťky a subjektívne vnímanou efektívnosťou rozhodovania v jednotlivých skupinách podľa typu zamestnania. Ako vidieť v tabuľke, v skupine operátorov pohotovostných liniek nie je žiadna signifikantná korelácia. U zdravotníckych záchranárov koreluje subjektívna efektívnosť rozhodovania negatívne s extraverziou a pozitívne so svedomitosťou. Nakoniec, u zdravotných sestier sa ukázala signifikantná korelácia vnímanej efektivity rozhodovania s neurotizmom (negatívna) a s prívetivosťou (pozitívna).

Tab. 15. Korelácie piatich osobnostných faktorov a subjektívne efektivity rozhodovania v pracovnej sfére v skupinách podľa typu práce

| subjektívna efektívnosť rozhodovania v pracovnej sfére | N | E | O | A | C |
|--|----------|----------|--------|---------|---------|
| operátori pohotovostných liniek | -0.054 | 0.019 | -0.044 | 0.130 | 0.190 |
| zdravotnícki záchranári | -0.174 | -0,296** | 0.141 | 0.138 | 0.401** |
| ošetrovatelia (zdravotné sestry) | -0,377** | 0.105 | 0.132 | 0.331** | 0.177 |

** $p < 0,01$

N – neurotizmus, E – extravergia, O – otvorenosť, A – prívetivosť, C – svedomitosť

9 Diskusia

V našom výskume sme sa zamerali na súvislosť osobnostných črt veľkej päťky so subjektívnym vnímaním efektivity vlastného rozhodovania zdravotníckych pracovníkov v troch profesiách: operátori pohotovostnej linky, zdravotnícki záchranári a ošetrovatelia (zdravotné sestry). Korelačná analýza realizovaná na celom výskumnom súbore, ktorá je prezentovaná v tabuľke 2, odhalila niekoľko signifikantných vzťahov, hoci tie sa veľkosťou pohybovali skôr na nižšej úrovni.

Najvyššiu pozitívnu koreláciu so subjektívne vnímanou efektivitou rozhodovania ukázala osobnostná vlastnosť svedomitosť ($r = 0,242$). Svedomitosť je v teórii piatich faktorov definovaná ako vlastnosť, ktorú majú ľudia s tendenciou byť dôkladní, svedomití, vytrvalí a systematickí (Hřebíčková, 2011). Aj predchádzajúce výskumy (napr. Kamhalová, 2013) odhalili súvislosti svedomitosti s pozitívnymi charakteristikami ako napr. vigilancia, nízka miera prokrastinácie a pod. Spolu s našimi výsledkami to naznačuje, že ľudia s vysokou mierou svedomitosti prístupujú k rozhodovaciemu procesu starostlivo a zodpovedne, čo môže viesť k nižšej miere ignorovania dôležitých údajov, a tým pádom k vyššej efektívite rozhodnutia. Druhou osobnostnou črtou, ktorá pozitívne korelovala s vnímanou subjektívnou efektivitou rozhodovania bola prívetivosť. Prívetivosť, v teórii veľkej päťky definovaná ako dobrosrdečnosť, láskavosť, nekonfliktosť atď. (Hřebíčková, 2011), bola ako sme už uviedli vyššie identifikovaná ako korelát vyššieho stresu pri rozhodovaní (Kamhalová, 2013). V danom prípade išlo o zdravotné sestry a ako naznačuje ďalšia analýza v našej štúdií, uvedená korelácia na celom súbore je vysvetliteľná tým, že prívetivosť koreluje s efektivitou rozhodovania iba u ošetrovateľov (zdravotných sestier), ale nie u iných zdravotníckych profesií (Tabuľka 15). To naznačuje, že sa jedná o špecifické pôsobenie tejto črty iba v určitých typoch zdravotníckych povolání. Domnievame sa, že dôvodom môže byť práve povaha ošetrovateľskej činnosti, ktorej predmetom je medicínska, ale aj nemedicínska (asistencia pri zabezpečovaní osobných potrieb pacienta) starostlivosť o pacienta, ktorá je okrem zdravotníckej profesionality značne sýtená aj osobným prístupom k pacientovi a jeho potrebám. V tom sa táto profesia odlišuje od iných zdravotníckych profesií, napr. u operátorov vôbec nedochádza k osobnému kontaktu s pacientmi a ich úlohou je najmä rozhodnúť o adekvátnom vyslaní posádok vzhľadom na vzniknutú situáciu a u záchranárov ide o čo najrýchlejšiu stabilizáciu zdravotného stavu pacienta a dopravu do vhodného nemocničného zariadenia, pričom osobné potreby pacienta sú často mimo rámca intervencie. Práve prívetivosť môže byť u ošetrovateľov a zdravotných sestier črtou, ktorá napomáha smerovať rozhodnutia k vhodnému naplneniu osobných potrieb pacienta, čo sa môže prejaviť práve pozitívnou koreláciou prívetivosti a vnímanej efektivity rozhodovania.

Tým sa v diskusii o výsledkoch tejto štúdie dostávame k moderačnej analýze, ktorá sa zameriavala na premenné, ktoré moderujú vzťah medzi osobnostnými črtami a vnímanou efektivitou rozhodovania. V našej analýze nebol identifikovaný moderačný efekt pohľavia, čo

naznačuje že osobnostné črty pôsobia v tejto oblasti u mužov a žien podobne. Tento výsledok však môže byť limitovaný nízkym počtom mužov v našom súbore, a preto mohlo dôjsť k skresleniu. Efekt pohľavia sa preto na základe našich výsledkov nedá úplne vylúčiť, a to aj vzhľadom na výsledky predchádzajúcich štúdií, ktoré efekt pohľavia vo svojich výskumoch identifikovali (napr. Pilárik, Sarmány-Schuller, 2011). Podobne nebol identifikovaný ani moderačný efekt dĺžky praxe na vzťahy medzi osobnostnými črtami a vnímanou efektívnosťou rozhodovania. Tento výsledok je neočakávaný najmä v kontexte postulátov naturalistického rozhodovania (Zsombok, 1997, Gurňáková et al., 2011), ktoré prisudzujú expertnej skúsenosti v rozhodovaní veľký význam, a to najmä v súvislosti s povahou kognitívnych procesov v naturalistickom rozhodovaní. Ako totiž možno vidieť v už spomínanom RPD modeli (Klein, 1993, 1997), rozhodovanie v urgentných prípadoch sa až natoľko nere realizuje porovnávaním alternatív, ako skôr vyvolávaním skúsenostných rámcov, ktoré má osoba k dispozícii a prostredníctvom ktorých klasifikuje situáciu a rozhoduje sa o riešení. Naše výsledky však ukazujú, že takáto skúsenosť nemusí mať efekt na funkciu osobnostných črt v rozhodovaní, na druhej strane ostáva veľa možností ako sa expertná skúsenosť môže prejavovať v rozhodovaní. V našom výskume sa nepreukázala ani korelácie medzi subjektívnym vnímaním efektivity rozhodovania a dĺžkou praxe, čo sa však dá vysvetliť aj tým, že roky skúseností menia aj pohľad na vlastnú efektívnosť (napr. skúsenejší profesionál môže byť náročnejší na svoj výkon).

Jedinou premennou, u ktorej bol moderačný efekt identifikovaný, bol typ zamestnania. Význam tejto premennej bol už naznačený vyššie pri diskusii o prívetivosti. V samotnej moderačnej analýze sa ukázali dva špecifické moderačné efekty, a to rozdiel medzi záchranármi a inými profesiami vo vzťahu medzi extravertiou a vnímanou efektívnosťou rozhodovania a tiež rozdiel medzi ošetrovateľmi (sestrami) a inými profesiami vo vzťahu medzi neurotizmom a subjektívnou efektívnosťou rozhodovania. V prvom prípade išlo efekt nízkej extravenzie (t.j. introverzie) na vnímanú efektívnosť záchranárov. Introvertovaní záchranári totiž vnímajú svoju efektívnosť rozhodovania výrazne vyššie ako extravertovaní záchranári, avšak u iných skupín je tento rozdiel výrazne menší (Obrázok 1). Extraverzia sa v predchádzajúcich výskumoch viazala skôr s pozitívnymi aspektmi rozhodovania (napr. Pilárik, Sarmány-Schuller, 2011), ukazuje sa však, že v špecifických podmienkach môže byť funkčná práve introverzia. Domnievame sa, že špecifickosť záchranárskej profesie spočíva v potrebe sústredenia sa

(fokusovania) na konkrétny problém, pričom extraverti vo svojej tendencii orientovať sa na vonkajší svet môžu byť pri riešení úlohy rušení vonkajšími podnetmi. Introverti tak môžu získavať výhodu pri získavaní informácií o probléme a selekcii relevantných podnetov. V druhom prípade moderácie išlo o skupinu ošetrovateľov (zdravotných sestier). Ako vyplýva z obrázku 2, sestry s vysokou mierou neurotizmu majú tendenciu vnímať svoju efektivitu rozhodovania ako výrazne nižšiu, než ošetrovatelia/sestry s nízkou mierou neurotizmu. V ostatných skupinách tento efekt nie je až taký výrazný. Negatívna korelácia neurotizmu a vnímanej efektivity rozhodovania bola zistená aj na celom súbore (Tabuľka 2), avšak pri analýze podľa skupín (Tabuľka 15) sa ukázalo, že táto korelácia je spôsobená vyššou negatívnou koreláciou práve v skupine ošetrovateľov/sestier. Zdá sa, že práve v tomto zdravotníckom povolání hrá tendencia k negatívnym emóciám významnú úlohu. Domnievame sa, že to znovu môže súvisieť s povahou ošetrovateľskej práce, ktorej obsahom je ošetrovanie pacienta a asistancia s medicínskymi aj nemedicínskymi problémami. Práve vyššia a dlhodobšia konfrontácia s osobnosťou pacienta, s jeho preferenciami či samotným negatívnym vzťahom môže byť zdrojom negatívnych podnetov. Nízky neurotizmus, ktorý zahŕňa emočnú stabilitu a schopnosť odolávať negatívnym emóciám môže byť nápomocný pri redukcii negatívnych emócií, čo môže prispievať k nižšej efektivite rozhodovania.

Limitov našej práce je niekoľko, najmä špecifický súbor zdravotníckych záchranárov, ale aj jednoduchý merací nástroj na meranie subjektívnej efektivity rozhodovania. Tento spôsob je síce šetrný k respondentom, na druhej strane málo zohľadňuje špecifickú rozhodovania v konkrétnych situáciách. Ide najmä o to, že jednotlivé situácie nemusia mať vždy dopredu predpísané riešenie a rozhodovanie sa deje v neštruktúrovanom kontexte. Porovnávanie respondenta sa potom deje vzhľadom na osobnú definíciu úspešného či neúspešného rozhodnutia. Na jednej strane tento spôsob lepšie reflektuje komplexitu situácií rozhodovania v zdravotníckej praxi, na druhej strane sa môže líšiť od všeobecne akceptovaného riešenia, ktoré by preferovali kolegovia a pod. V tomto kontexte potom treba chápať aj obmedzenia pri zovšeobecňovaní našich výsledkov ako aj pri komparácii s inými štúdiami.

10 Záver

Rozhodovanie v oblasti zdravotníctva je predmetom množstva štúdií prístupujúcich k problému z rôznych uhlov pohľadu. V našej štúdií sme sa zamerali na vzťah osobnostných faktorov veľkej päťky a subjektívne vnímanej efektivity rozhodovania u troch typov zdravotníckych profesií: operátorov pohotovostných liniek, zdravotníckych záchranárov a ošetrovateľov/zdravotných sestier. Výsledky korelačnej a moderačnej analýzy pomocou viacnásobnej hierarchickej regresnej analýzy potvrdili, že osobnostné črty svedomitosti a prítivosti pozitívne predikujú vnímanú efektivitu rozhodovania a neurotizmus negatívne. Moderačná analýza ale ukázala, že tieto korelácie sa líšia v jednotlivých profesiách a že osobnostné črty majú rôzny efekt v rôznych zamestnaniach, ktoré sa odlišujú svojou náplňou, a tak dávajú priestor odlišnému fungovaniu osobnostných črt.

Literatúra

- DAVIS, C., PATTE, K., TWEED, S., CURTIS, C., 2007, Personality traits associated with decision-making deficits. *Personality and Individual Differences*, 42, 279-290.
- DEAN, J.W., SHARFMAN, 1996, Does decision process matter? A study of strategic decision-making effectiveness. *The Academy of Management Journal*, 39, 2, 368-396.
- GERMEIJS, V., VERSCHUEREN, K., 2011, Indecisiveness and Big Five personality factors: Relationship and specificity. *Personality and Individual Differences*, 50, 1023-1028.
- GOSLING, S.D., RENTFROW, P.J., SWANN, W.B., 2003, A very brief measure of the Big-Five personality domains. *Journal of Research in Personality*, 37, 504-528.
- GURŇÁKOVÁ, J., 2011, Rozhodovanie v praxi. Prehľad výskumov naturalistického rozhodovania v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti. In: J. Gurňáková a kol., *Úvod do naturalistického rozhodovania*. Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV, 161-190.
- HUNINK, M.G.M., GLASZIOU, P.P., SIEGEL, J.E., WEEKS, J.C., PLISKIN, J.S., ELSTEIN, A.S., WEINSTEIN, M.C., 2001, *Decision making in health and medicine. Integrating evidence and values*. Cambridge: Cambridge University Press.
- HŘEBÍČKOVÁ, M., 2011, *Pětifaktorový model v psychologii osobnosti. Přístupy, diagnostika, uplatnění*. Praha: Grada publishing.
- CHAPMAN, G.B., SONNENBERG, F.A., 2000, *Decision making in health care. Theory, psychology and applications*. Cambridge: Cambridge University Press.
- KAMHALOVÁ, I., 2011, Osobnostné a individuálne rozdiely v súvislosti s rozhodovaním všeobecne a s naturalistickým rozhodovaním všeobecne. In: J. Gurňáková a kol., *Úvod do naturalistického rozhodovania*. Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV, 68-90.
- KAMHALOVÁ, I., 2013, *Osobnostné aspekty rozhodovania v záťažových situáciách u zdravotníckych profesionálov*. Dizertačná práca. Bratislava, Fakulta sociálnych a ekonomických vied Univerzity Komenského.

- KLEIN, G., 1993, A recognition primed decision (RPD) model of rapid decision making. In: G.A. Klein, J. Orasanu, R. Calderwood, C. Zsombok (Eds.), *Decision making in action: Models and methods*. Norwood, NJ: Alex, 138-147.
- KLEIN, G., 1997, The recognition-primed model: Looking back, looping forward. In: C. Zsombok, G. Klein (Eds.), *Naturalistic decision making*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 285-292.
- NARAYAN, S.M., CORCORAN-PERRY, S., 1997, Line of reasoning as a representation of nurses clinical decision making. *Research in Nursing and Health*, 20, 353-364.
- PIKE, R.H., 1988, An Empirical Study of the Adoption of Sophisticated Capital Budgeting Practices and Decision-Making Effectiveness. *Accounting and Business Research*, 18, 341-351.
- PILÁRIK, L., SARMÁNY-SCHULER, I., 2011, Personality predictors of decision-making of medical rescuers. *Studia Psychologica*, 53, 175-184.
- ROSENBERG, W., DONALD, A., 1995, Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving. *British Medical Journal*, 310, 1122-1126.
- ZSAMBOK, C.E., 1997, Naturalistic decision making. Where we are now? In: C.E. Zsombok, G. Klein (Eds.), *Naturalistic decision making*. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 3-16.

Abstrakt

Štúdia je zameraná na vzťah osobnostných faktorov veľkej päťky a subjektívne vnímanej efektivity rozhodovania u troch typov zdravotníckych profesií: operátorov núdzovej linky 155, zdravotníckych záchranárov a ošetrovateľov/zdravotných sestier. Výsledky tejto analýzy potvrdili, že osobnostné črty svedomitosti a prívetivosti pozitívne predikujú vnímanú efektivitu rozhodovania a neurotizmus negatívne. Moderačná analýza ukázala, že ani pohlavie ani dĺžka praxe nemoderovali tieto vzťahy. Jediným moderátorom bol typ profesie. U ošetrovateľov/zdravotných sestier korelovala s vnímanou efektivitou prívetivosť a negatívne aj neurotizmus, u záchranárov to bola svedomitosť a negatívne aj extroverzia. Výsledky naznačujú, že hoci sú pracovné pozície z jednej oblasti (zdravotníctvo), treba pri korelátoch efektivity brať do úvahy ich špecifickú povahu.

VII. ZDROJE PERCIPOVANÉHO STRESU A ICH MOŽNÉ DÔSLEDKY: POROVNANIE PRÍSLUŠNÍKOV OZBROJENÝCH SÍL SR NA ZAHRANIČNÝCH MISIÁCH A ZDRAVOTNÍCKYCH ZÁCHRANÁROV

Lukáš PITEL

Ústav experimentálnej psychológie SAV Bratislava

Obsah kapitoly

1 Úvod

1.1 Každodenné ťažkosti

1.2 Operačné stresory

1.3 Možné následky záťažových situácií na psychiku vojaka

1.4 Závaž a jej následky v podmienkach mierových misií a operácií

1.5 Misie a operácie s účasťou príslušníkov OS SR

2 Metódy

2.1 Vzorka a procedúra

2.2 Nástroje merania

2.3 Štatistické analýzy

3 Výsledky

4 Diskusia

4.1 Implikácie pre prax

1 Úvod

Podobne ako zdravotníci profesionáli, aj príslušníci ozbrojených síl bývajú v rámci výkonu svojej profesie nezdierka vystavovaní situáciám, kedy od rýchlosti a efektívnosti ich rozhodovania závisia ľudské životy. Je preto mimoriadne dôležité nadobudnúť u príslušníkov armády lepšie pochopenie mechanizmov ich procesov rozhodovania. Naturalistický prístup vo výskume rozhodovania zdôrazňuje nutnosť poznania materiálneho, psychologického ako aj sociálneho kontextu, v ktorom sa konkrétne rozhodovanie odohráva (Gurňáková, 2011a, b). Jedným z významných faktorov, ktoré na proces rozhodovania vplyvávajú, je prítomnosť záťažových situácií ako aj spôsob ich prežívania a zvládania (Balneaves, Long, 1999, Gurňáková, 2013a, b). Ak chceme v budúcnosti nadobudnúť lepší prehľad o procese rozhodovania, resp. snažiť sa zefektívniť proces rozhodovania v tejto konkrétnej profesijnej skupine, treba teda pozornosť venovať tiež otázkam záťažových situácií v rámci tejto profesijnej skupiny a ich možným psychických dôsledkom, nakoľko tieto s efektívnosťou rozhodovania úzko súvisia.

Psychologicky náročné skúsenosti zahŕňajú mnoho situácií, ktoré si rôzni ľudia môžu interpretovať rôznym spôsobom. Čo je stresujúce pre jedného človeka, nemusí byť stresujúce pre iného. Ani následky jednotlivých stresorov nemusia byť rovnaké. Niektoré stresory môžu mať vplyv na schopnosť koncentrácie, iné na náladu. Existujú však isté základné charakteristiky, ktoré súvisia s vysoko náročnými situáciami (NATO RTO, 2007). Takéto situácie bývajú: „ohrozujúce – napr. byť postrelený počas prestrelky; zdrvujúce – napr. byť konfrontovaný so smrťou priateľa z jednotky; nečakané – napr. byť prekvapený zlými správami z domova počas nasadenia; neisté – napr. byť na misii s nejasným termínom návratu; a nejednoznačné – napr. musieť reagovať na incident, keď oficiálne pravidlá postupu sa zdajú nejasné“ (NATO RTO, 2007, str. G-9). Ak situácia alebo udalosť má uvedené charakteristiky, je pravdepodobné, že bude vnímaná ako náročná. Príslušníci ozbrojených síl (ďalej OS) môžu počas operácií a misií zažívať rôzne typy náročných situácií. Jednou z ich možných kategorizácií je rozdelenie náročných situácií na dve skupiny: každodenné ťažkosti súvisiace so životom počas nasadenia (daily hassles) a operačné stresory, t.j. ohrozenia súvisiace s plnením úloh misie (operational stressors).

1.1 Každodenné ťažkosti

K stresorom života počas nasadenia na misii, resp. operácii patrí odlúčenie od rodiny a priateľov a často život v neznámom, kultúrne cudzom prostredí. Iné zdroje chronického stresu môžu variovať v závislosti od konkrétnej operácie, ale časté sú nedostatok súkromia, sexuálna deprivácia, hygienické podmienky a extrémne klimatické podmienky.

Ďalším chronickým zdrojom stresu bývajú nároky súvisiace s náplňou práce na misii. Tieto nároky zahŕňajú pracovné ťažkosti života v kasárňach ako aj faktory súvisiace s prostredím nasadenia, napríklad nedostatok aktívnej činnosti v čase osobného voľna. Jednotlivé každodenné ťažkosti môžu byť na znesiteľnej úrovni. Kumulatívny efekt vystavenia vojaka viacerým ťažkostiam naraz sa však, podobne ako u zdravotníkov, na psychike personálu spravidla negatívne prejaví (NATO RTO, 2007; Štammová, 2009; Klimeková, Tenik, 2006).

1.2 Operačné stresory

Ide o stresujúce a traumatické udalosti, ktorým môžu byť vojaci vystavení pri výkone povinností počas operácií. Tieto stresory sa líšia v závislosti od operácie, misie a druhu služby. Napríklad odmínovacie jednotky sa často pohybujú na územiach s vysokým rizikom explózií. Pozemné jednotky s iným určením môžu udávať iné druhy stresorov, napríklad pacifikovanie rozvášnených davov, odmietavý postoj zo strany miestnej populácie a stretanie sa s deštrukciou a biedou, ktorú bojový konflikt zapríčiil (NATO RTO, 2007).

Extrémnym druhom operačných stresorov sú *potenciálne traumatické* udalosti. Tie „obvykle súvisia s ťažkými zraneniami, so smrťou alebo s hrozbou ťažkého zranenia alebo smrti“ (NATO RTO, 2007, str. G-10). Charakteristické sú svojou neočakávanosťou (Štammová, 2009). Patria sem napríklad skúsenosti s nepriateľskými snajpermi, výbušnými zariadeniami, dopravné nehody, odhalenie masových hrobov či manipulácia s mŕtvymi telami. Tieto potenciálne traumatické udalosti často silno zasiahnu nielen individuálne osoby, ale aj celé jednotky.

1.3 Možné následky záťažových situácií na psychiku vojaka

Častou reakciou organizmu na psychickú záťaž v dôsledku vystavenia vyššie popísaným situáciám je akútna stresová reakcia. Jej príznakmi môžu byť: mimoriadna eufória, podráždenosť, ťažkosti s podriadením sa veliteľovi alebo povinnostiam, zdráhanie sa opustiť bezpečné miesto, nesústredenosť, napätie, žalúdočné ťažkosti, strach, zlosť, hnev, ťažkosti s pamäťou, sťažené myslenie, znehybnenie. Pod akútnou stresovou reakciou sa rozumie stav, kedy je niektorý z týchto príznakov natoľko intenzívny, že postihnutý vojak koná neefektívne, paradoxne alebo je nebezpečný pre seba alebo okolie. Akútna stresová reakcia sa môže prejaviť o niekoľko minút, ale aj o niekoľko hodín po zapojení vojaka do bojovej činnosti. Väčšina postihnutých vojakov je však schopná sa o niekoľko ďalších hodín vrátiť k pôvodnému správaniu (Štammová, 2009).

Vážnejším a dlhodobejším následkom traumatizujúcich udalostí (nezriedka za podpory kumulatívneho účinku iných stresorov) môže byť spustenie posttraumatickej stresovej poruchy (post-traumatic stress disorder - ďalej PTSD, podrobnejšie vid'. 1. kapitola). K jej symptómom patrí znovuprežívanie traumatickej udalosti v živých predstavách a v nočných morách sprevádzanými emocionálnym distresom, všeobecná otupenosť, ľahostajnosť, snaha o vyhýbanie sa situáciám, pripomínajúcim daný stresor a vysoká vzrušivosť v týchto situáciách (World Health Organization, 1993).

Dlhodobé reakcie na vojnové traumy a stres sa však neobmedzujú iba na formy PTSD, ale na celú škálu viac alebo menej patologických reakcií, napr. exogénna depresia, zneužívanie látok a iné. Navyše, vzhľadom na prísne diagnostické kritériá Medzinárodnej klasifikácie chorôb, sa označenie PTSD nevzťahuje na niektoré zjavné psychické ťažkosti mnohých ľudí s prekonanou traumou. Preto sa v súčasnosti diskutuje o zavedení novej nozologickej jednotky „čiasťočná PTSD“ (PPTSD). Táto zmena by bola relevantná v sociálnej oblasti, pretože od stanovenia diagnózy sa odvíja systém zdravotného a sociálneho zabezpečenia (Štrobl, 2000).

1.4 Zátáž a jej následky v podmienkach mierových misií a operácií

Psychologické efekty služby na mierových misiách závisia od nárokov konkrétnej misie (Bolton, 2007). Vo všeobecnosti však možno

povedať, že medzinárodné mierové misie typu, na akých sa podieľajú príslušníci OS SR, sa značne líšia od bežného bojového nasadenia, čo sa týka účelu misie, náplne práce a často aj výskytu a intenzity operačných stresorov. S tým súvisia aj špecifiká mierových misií a operácií, čo sa týka miery subjektívnej záťaže u vojakov a následkov tejto záťaže.

K stresorom, ktoré sú spoločné pre mierové misie a tradičné nasadenie v bojovej zóne, patria náhle zmeny v životnom štýle, odlúčenosť od blízkych, vyčerpanosť, neraz aj extrémne klimatické podmienky, neistota o dĺžke misie a demoralizácia a pochybnosti o účinnosti misie (King et al., 1999; Rosebush, 1998 in Bolton, 2007). Isté stresory sú však špecificky spojené s mierovými misiami: pocity bezmocnosti pri utrpení miestneho obyvateľstva, prežívanie nudy kvôli nečinnosti, konflikty ohľadne nejasnosti povinností a kompetencií, drobné obťažovanie a výsmech zo strany civilistov. Ba čo viac, pri výkone služby sa účastníci misie môžu dostávať do tesnej blízkosti nepriateľských osôb (Bramsen et al., 2000; Litz et al., 1997). Uvedené stresory, hoci nižšej úrovne, mávajú na psychiku výrazný negatívny dopad a môžu prispieť k rozvinutiu PTSD (Bolton, 2007). Priamy zážitok traumatickej udalosti, obvykle označovaný ako hlavný predpoklad vzniku PTSD, pritom dokonca ani nie je nevyhnutný. Sú zdokumentované prípady, keď vojak vykazoval symptómy PTSD bez toho, aby bol aktérom či svedkom traumatickej udalosti. Napríklad u niektorých príslušníkov mierovej misie v bývalej Juhoslávii sa rozvinuli symptómy PTSD v dôsledku silných pocitov viny, nakoľko títo vojaci sa nachádzali v bezpečí základne, zatiaľ čo miestni obyvatelia trpeli všemožnou núdzou a ohrozením (Stretch et al.; 1996; Štrobl, 2000). Dôležitým faktorom, ktorý môže vplývať na spracovanie záťažových situácií, je tiež postoj verejnosti k danému bojovému konfliktu a ku konkrétnej misii. Napríklad nasadenie americkej armády vo vojne vo Vietname bolo v USA verejnosťou vnímané veľmi kontroverzne. U mnohých vietnamských veteránov to po návrate vyvolávalo pocity nepochopenia, nedocenenia až nepriateľského odmietnutia. Celospoločenský obraz účastníkov medzinárodných mierových misií býva spravidla oveľa pozitívnejší (Štrobl, 2000). Na druhej strane bol u členov mierových misií príležitostne zaznamenaný stres prameniacy z domnienky, že ich útrapy budú vo vlasti oficiálne i medzi ich blízkymi banalizované a neuznané (Bolton, 2007). Podobné skúsenosti môžu mať aj slovenskí účastníci misií, na ktorých adresu, konkrétne bezpečnostná misia v rámci NATO v Afganistane, sa napríklad v roku 2007 istý vysokopostavený slovenský

politik vyjadril, že sú „tam zakopaní ako takí krtkovia a myslia si, že bojujú za demokraciu” (SITA, 2007).

1.5 Misie a operácie s účasťou príslušníkov OS SR

Za posledné štvrtstoročie bolo okolo 12 000 občanov Slovenskej republiky (resp. občanov ČSFR z jej slovenskej časti) nasadených v rôznych medzinárodných vojenských operáciách a mierových misiách pod mandátom OSN, OBSE, EÚ a NATO. V rámci československej federálnej armády pôsobili slovenskí vojaci v oblasti Perzského zálivu, v Somálsku a na území bývalej Juhoslávie. Neskôr pôsobili príslušníci OS SR v takých rôznorodých konfliktných destináciách ako Kosovo, Moldavsko, Cyprus, Angola, Etiópia, Irak, Afganistan a v mnohých ďalších. V súčasnosti sa slovenskí vojaci zúčastňujú na dvoch operáciách pod velením NATO (operácia ISAF v Afganistane a v rámci veliteľstva NATO v Bosne a Hercegovine), na dvoch operáciách a misiách pod velením EÚ (operácia EUFOR ALTHEA v Bosne a Hercegovine a misia EUMM v Gruzínsku) a na dvoch misiách OSN (UNFICYP na Cypre a v pozorovateľskej misii UNTSO v Izraeli a Sýrii). V rámci týchto operácií zabezpečovali a zabezpečujú humanitárnu pomoc, odmínovanie, stavebno-žienijné práce, zdravotnú starostlivosť, bezpečný návrat utečencov, monitorovanie vojenskej a bezpečnostnej situácie, dodržiavania ľudských práv a dohľad nad odzbrojovaním, demobilizáciou a reintegráciou (Minár et al., 2010; Ministerstvo obrany SR, 2011a,b). Hoci slovenskí vojaci na týchto misiách spravidla neboli a nebývajú nasadzovaní za účelom priameho boja, ich nasadenie sa neobíde bez rizika ujmy na zdraví, ba i životoch. Pri leteckom nešťastí počas návratu na Slovensko z misie v Kosove v roku 2006 prišlo o život 41 príslušníkov OS SR v dôsledku zlyhania ľudského faktora. Okrem tejto nehody zomrelo počas mierových misií a operácií OS SR od roku 1993 za rozličných okolností ďalších 13 slovenských občanov. Poslednou z týchto obetí je príslušník OS SR, ktorý zomrel po útoku teroristu v Afganistane v júli 2013, pričom ďalších šesť vojakov bolo ranených.

Možno však oprávnene predpokladať, že nielen bezprostredné ohrozenie života, ale aj celková zmena radu životných podmienok počas misie môže byť pre vojakov zdrojom zvýšenej psychickej záťaže. Kondášová a Berky (2006) skúmali zdroje stresu a pracovnú spokojnosť u vyše 1000 príslušníkov OS SR situovaných na Slovensku. Z ponúkaných možností príslušníci OS SR najčastejšie medzi vybranými stresormi uvádzali finančné problémy a zlé pracovné podmienky.

Najväčšiu spokojnosť prejavovali s dĺžkou pracovného času, najmenšiu naopak s materiálnym zabezpečením a kariérnou perspektívou. Väčšina respondentov vyjadriala celkovú spokojnosť so svojim zamestnaním. Naše poznatky o vnímaní záťažových situácií u súčasných slovenských účastníkov mierových misií sú však limitované. Pritom ide o tú časť našej armády, ktorej pracovné podmienky sú obzvlášť náročné a rizikové, čo sa týka fyzickej bezpečnosti aj psychických nárokov. Malá pozornosť venovaná podmienkam života na misiách a prežívaniu nasadených zraniteľnosti ich psychiky (Klimeková, Teník, 2006). Cieľom tejto pilotnej štúdie je preto poskytnúť základný prehľad o zdrojoch a miere ich vnímaného stresu ako aj o miere ich subjektívnej pohody (well-being a ill-being) a prítomnosti symptómov asociovaných s PTSD. Tieto ukazovatele pritom budú u nich porovnávané s hodnotami slovenských zdravotníckych záchranárov. Pridanou hodnotou tejto štúdie je prezentácia údajov profesijnej skupiny mimo oblasť zdravotníctva pre orientačné porovnanie s výsledkami jednotlivých skupín zdravotníkov v kapitolách 2 a 3 (Gurňáková, 2013b,c). Vzhľadom na extrémne disproporcie skupín v zložení podľa pohlavia však bolo možné uskutočniť relatívne validné porovnanie iba v mužskej časti vzorky, medzi spomínanými dvoma skupinami.

2 Metódy

2.1 Vzorka a procedúra

Dáta pre skupinu vojakov boli zozbierané v období od februára do septembra 2010 na základe podkladov tímu riešiteľov grantového projektu VEGA 2/0095/10 „Osobnostné aspekty efektívnej sebaregulácie a rozhodovania v situáciách emočnej záťaže“, riešeného na Ústave experimentálnej psychológie SAV v Bratislave, psychológmi OS SR. Po schválení dotazníka vojenskými psychológmi a velením OS SR uskutočnili zber dát vojenský psychológovia v rámci spoločných sústreďení vojakov tesne po ich návratoch z misií v Afganistane, Kosove a na Cypre (v priemere o dva dni po návrate na Slovensko). Dáta pre skupinu záchranárov boli získané prostredníctvom dotazníkov zaslaných na záchranárske pracoviská a školiace strediská po celom Slovensku v rokoch 2010-2013. Anonymita respondentov bola zaručená. Za vyplnenie dotazníka neboli poskytnuté žiadne explicitné odmeny.

Vyplnené dotazníky vrátilo 74 príslušníkov OS SR. Vzhľadom na veľmi nízky počet žien (jediná respondentka) a vzhľadom na snahu o homogénnosť vzorky bola naša štúdia obmedzená iba na mužov. Nakoľko ďalšie tri osoby svoje pohlavie neuviedli, analýzy boli napokon prevedené na vzorke 70 mužských príslušníkov OS SR (priemerný vek 29,39 rokov; SD \pm 4,89 rokov) a 36 záchranárov mužov (priemerný vek 36,58 rokov; SD \pm 7,92 rokov). Zo 70 mužských respondentov z radov vojakov 15 uviedlo dôstojnícku hodnosť, 15 poddôstojnícku hodnosť, 36 hodnosť mužstva, jedna osoba uviedla, že je zamestnancom Vojenského technického ústavu a tri osoby hodnosť neuviedli.

2.2 Nástroje merania

Stupeň a frekvencia výskytu zaťažujúcich situácií bola u vojakov a u záchranárov zisťovaná adaptovanou verziou Inventára problémov pri výkone zdravotníckeho povolania (IPVZP, obe verzie Gurňáková, 2010, viď. druhá kapitola). Tento inventár predstavoval 25 (u vojakov) resp. 24 (u záchranárov) okruhov problémov, ktoré sa môžu vyskytovať pri výkone týchto zamestnaní. Respondenti boli požiadaní, aby sa k nim vyjadrili na škále 0-5 podľa dvoch kritérií: Ako často sa podľa nich uvedené typy problémov v ich zamestnaní vyskytujú (0 - nikdy, 1 - raz mesačne, 2 - niekoľkokrát mesačne, 3 - raz týždenne, 4 - niekoľkokrát do týždňa, 5 - denne) a následne, nakoľko sú pre nich tieto typy problémov zaťažujúce (0 - vôbec nie zaťažujúce, 1 - mierne zaťažujúce, 2 - stredne zaťažujúce, 3 - dosť zaťažujúce, 4 - veľmi výrazne zaťažujúce, 5 - extrémne zaťažujúce). V prípade každej profesijnej skupiny bol IPVZP čiastočne modifikovaný tak, aby zodpovedal špecifikám danej profesie. V Tabuľke 1 je uvedený zoznam položiek dotazníka v skupine vojakov a zdravotníckych záchranárov, rozdiely v znení niektorých položiek medzi týmito dvoma skupinami, ako aj zoznam položiek, ktorých hodnoty mohli byť u týchto skupín vzájomne porovnávané. Na záver dotazníka existovala pre respondenta možnosť doplniť inú záťažovú situáciu, pokiaľ sa s takou stretával a nebola v dotazníku obsiahnutá a následne ohodnotiť frekvenciu jej výskytu a stupeň zaťaženia v rámci rovnakej stupnice, ako u predchádzajúcich položiek.

Tab. 1. Zoznam položiek IPVZP „Typy problémov“ v skupine vojakov a záchranárov a rozdiely v znení položiek medzi týmito dvoma skupinami

| Znenie položky v skupine Vojaci | Znenie položky v skupine Záchranári | Porovnanie priemerov? |
|---|---|------------------------------|
| Dĺžka trvania misie | - | nie |
| Odlúčenie od rodiny, blízkych | - | nie |
| Nepriaznivé okolnosti v krajine | - | nie |
| Vo vzťahoch s civilistami | - | nie |
| - | Vo vzťahoch s pacientmi | nie |
| - | Vo vzťahoch s príbuznými pacientov | nie |
| - | Vo vzťahoch s inými zdravotníkmi (lekári, operátori, nemocničný personál) | nie |
| Vo vzťahoch s kolegami | (rovnaké znenie) | áno |
| Vo vzťahoch s nadriadenými | (rovnaké znenie) | áno |
| Vo vzťahoch s podriadenými | (rovnaké znenie) | áno |
| Vo vzťahoch s príslušníkmi z iných útvarov, organizácií | (rovnaké znenie) | áno |
| Nedostatočne definované postupy | (rovnaké znenie) | áno |
| Ťažkosti v rozhodovaní o tom, ako konať | (rovnaké znenie) | áno |
| Nedostatočne definované kompetencie | (rovnaké znenie) | áno |
| Nedostatok informácií | (rovnaké znenie) | áno |
| Nedostatok vlastných vedomostí, schopností, zručností | (rovnaké znenie) | áno |
| Potreba robiť veľa vecí naraz | (rovnaké znenie) | áno |
| Byrokracia – práca s dokumentáciou | (rovnaké znenie) | áno |
| Fyzická únava | (rovnaké znenie) | áno |
| Psychická únava | (rovnaké znenie) | áno |
| S časovým tlakom | (rovnaké znenie) | áno |

| Znenie položky v skupine Vojaci | Znenie položky v skupine Záchranári | Porovnanie priemerov? |
|--|--|------------------------------|
| S adekvátnym ohodnotením práce | (rovnaké znenie) | áno |
| S napĺňaním základných potrieb (strava, hygiena...) | (rovnaké znenie) | áno |
| S technickým vybavením (prístroje, zariadenia) | S technickým vybavením | áno |
| S materiálnym vybavením (priestory, výstroj) | S materiálnym vybavením | áno |
| So spôsobom organizácie práce | So spôsobom organizácie práce (počet posádok, zmeny) | áno |
| S možnosťami oddychu počas misie | S možnosťami oddychu počas zmeny | áno |
| Podmienky fyzického prostredia (teplota, vlhkosť...) | S podmienkami fyzického prostredia (počasie, priestory...) | áno |

Prítomnosť symptómov PTSD bola zisťovaná modifikovanou škálou symptómov posttraumatického stresu Posttraumatic stress symptoms scale 10 (PTSS-10) (Weisaeth, Mehlum, 1993, in Eid et al., 1999). V použitom dotazníku nasledovala táto škála po otvorenej otázke, ktorá žiadala opísať obzvlášť náročnú situáciu z respondentovej práce resp. počas zahraničnej misie. Nasledovná otázka súvisiaca so škálou PTSS-10 znela: “Keď uvažujete o podobne zaťažujúcich situáciách počas Vášho pôsobenia v práci (v misiách), nakoľko výrazne sa u Vás prejavili nasledujúce reakcie?” Nasledovalo 10 položiek, všeobecnejšie reprezentujúcich jednotlivé symptómy PTSD (problémy so spaním, podráždenosť, úzkosť/strach a pod.). Na rozdiel od pôvodnej škály PTSS-10, ktorá ponúka pre každú z položiek sedem možností odpovede na Likertovej škále skóre od 1 do 7 resp. od 0 do 6 (Eid et al., 1999; Schüffel et al., 2004), v našej štúdií si respondenti mohli vybrať spomedzi piatich možností, od 0 („vôbec nie“) po 4 („veľmi výrazne“). Táto modifikácia škálovania bola uskutočnená kvôli zladeniu škálovania PTSS-10 so škálovaním nižšie popisovanej škály IES-6. Položky týchto dvoch škál boli totiž v našej štúdií prezentované hneď za sebou v rámci

odpovede na tú istú otázku, vzhľadom na obmedzenú kapacitu dotazníka s množstvom ďalších škál, a tiež vzhľadom na potenciálne skreslenie hodnotenia u respondentov, ktorí by pri hodnotení týchto dvoch škál s podobnou tematikou mohli byť zmätení zmenou škálovania z 5 možných odpovedí na 7 alebo naopak.

Kratšia verzia Škály dopadu udalosti (Impact of event scale, skratka IES-6) (Thoresen et al., 2010) obsahovala šesť položiek, ktoré zisťovali výskyt troch typov posttraumatických prejavov: intrúzie („Myslel som na to, aj keď som nechcel“), hyperarousal - nadmerná dráždivosť (napr. „Bol som ostražitý, na pozore“) a vyhýbanie sa (napr. „Pokúšal som sa na to nemyslieť“). Ako bolo spomenuté vyššie, respondenti si mali vybrať spomedzi piatich možností odpovedí so skóre od 0 (“vôbec nie”) po 4 (veľmi výrazne).

Zisťovaná bola tiež miera vnímaného stresu pomocou Škály percipovaného stresu PSS (Perceived stress scale) (Cohen et al., 1983), miera well-beingu a ill-beingu pomocou Multidimenzionálnej škály zdravotného stavu MHSS (Multidimensional health-states scale) (Hardie et al., 2005) a miera subjektívne vnímanej schopnosti rýchlo sa zotaviť po zaťažujúcich situáciách vo formáte 100 milimetrovej úsečky (Visual analogue scale, VAS). Podrobnejší popis všetkých meracích nástrojov je uvedený v druhej a tretej kapitole tejto monografie (Gurňáková, 2013b,c).

2.3 Štatistické analýzy

Pre všetky použité škály bolo vypočítané priemerné hrubé skóre (HS) a jeho štandardná odchýlka (SD), osobitne u vojakov a u záchranárov (pre dotazník IPVZP bez kategórie „Iné“). V prípade vybraných dotazníkov a škál – IPVZP, PTSS-10 a IES-6 – bola uskutočnená tiež detailnejšia analýza po jednotlivých položkách, pre ktoré bolo taktiež vypočítané priemerné HS a jeho SD. V škále dopadu udalosti IES-6 bolo vypočítané priemerné HS a jeho SD aj pre každý z troch typov posttraumatických prejavov: intrúzie, hyperarousal a vyhýbanie sa. Osobitne u vojakov aj u záchranárov bolo vypočítané tiež percento respondentov s výrazne vysokým HS v škálach PTSS-10 (HS 17 bodov a viac) a IES-6 (HS 10 bodov a viac), indikujúcim vysokú pravdepodobnosť prítomnosti PTSD. Cut-offy pre spomenuté škály boli zvolené v súlade s predchádzajúcimi štúdiami (Deja et al., 2006; Thoresen et al., 2010). U PTSS-10 bol tento cut-off modifikovaný

vzhľadom na nižšie maximálne skóre kvôli zmene škálovania (viď sekcia „Nástroje merania“ vyššie), pričom percento hrubého skóre v porovnaní s cut-offom v predchádzajúcom výskume ostalo zachované.

Následne boli zisťované rozdiely medzi skupinou vojakov a skupinou záchranárov v priemernom skóre všetkých jednotlivých položiek zhodných pre vojakov a záchranárov (u IPVZP, PTSS-10 a IES-6) a priemerné HS (u všetkých škál). Normalita distribúcie skóre bola testovaná testom Kolmogorov-Smirnov. HS súčtu položiek zhodných u vojakov a záchranárov v inventári IPVZP, čo sa týka stupňa záťaže ako aj HS well-beingu v škále MHSS, vykazovali normálnu distribúciu, preto boli rozdiely medzi skupinami u nich testované parametrickým T-testom pre dva nezávislé výbery. HS všetkých ostatných škál, resp. skóre všetkých ostatných položiek nevykazovali normálnu distribúciu, preto boli rozdiely medzi skupinami u nich testované neparametrickým Mann-Whitney U-testom. Štatistické analýzy boli uskutočnené v programe SPSS 17.0.

3 Výsledky

V Tabuľke 2 sú prezentované hodnoty priemerného HS pre všetky skúmané škály a dotazníky, pre každú profesijnú skupinu zvlášť. Naznačená je v nich tiež úroveň štatistickej významnosti rozdielu v HS medzi skupinami. Štatisticky významné rozdiely boli nájdené v úrovni percipovaného stresu a ill-beingu (obe $p < 0,001$), ktoré boli vyššie u záchranárov než u vojakov a vo well-beingu ($p < 0,05$), v ktorom mali mierne vyššie skóre vojaci než záchranári. V priemernom HS ostatných škál a v skóre vnímanej schopnosti sa zotaviť neboli zistené štatisticky významné rozdiely.

Tab. 2. Priemerné hrubé skóre a štandardný rozptyl v skupine vojakov a v skupine záchranárov a rozdiely medzi týmito dvoma skupinami (merané Mann-Whitney U-testom²)

| | Vojaci | Záchranári |
|---|-----------------------|-------------------------|
| Výskyt problémov (ZSF) ¹ | 35,90 (20,34) | 33,72 (20,23) |
| Úroveň vnímanej záťaže (ZSZ) ¹ | 26,63 (18,08) | 26,52 (16,16) |
| Posttraumatické symptómy (PTSS-10) | 5,93 (6,51) | 5,89 (4,71) |
| Škála dopadu udalosti (IES-6) | 5,38 (4,44) | 5,83 (4,21) |
| Vnímaný stres (PSS) | 9,97 (5,14) | 14,75 (5,13)*** |
| Well-being (MHSS) | 52,53 (10,65)* | 48,14 (9,98) |
| Ill-being (MHSS) | 18,97 (13,51) | 28,41 (10,93)*** |
| “Po akom čase od pre Vás náročnej udalosti sa obvykle dokážete spamätať?” | 15,87 (19,59) | 17,03 (18,46) |

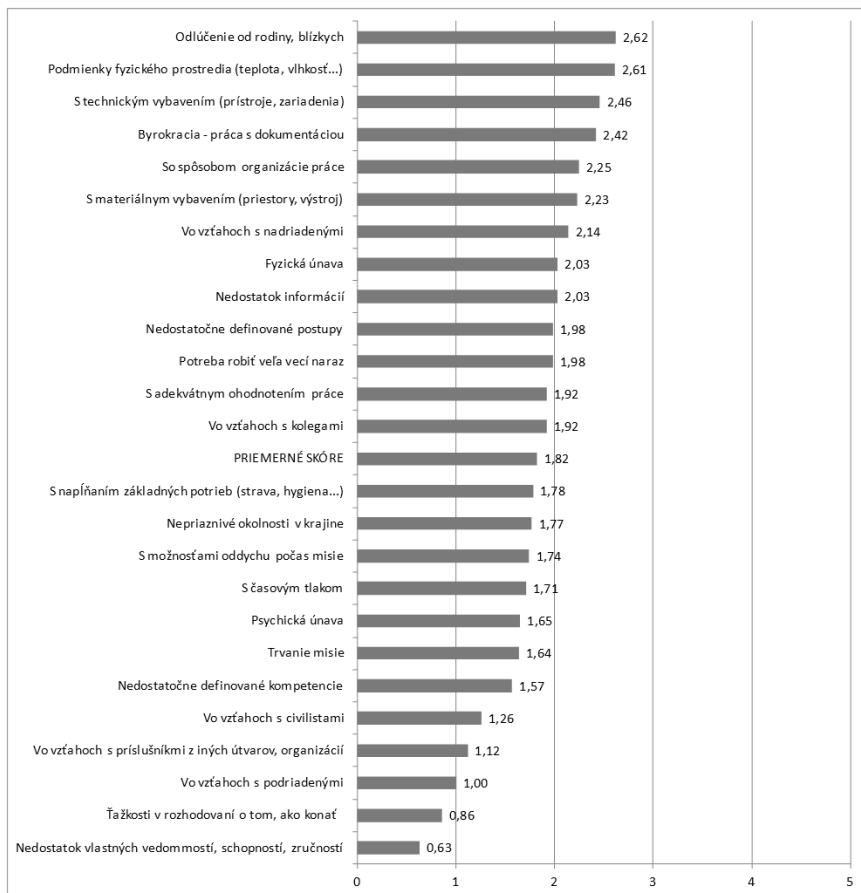
¹ – hrubé skóre počítané iba z položiek, ktoré mali v daných inventároch vojaci a záchranári spoločné (viď Tabuľka 1)

² – s výnimkou Úrovne vnímanej záťaže a Well-beingu (merané T-testom pre dva nezávislé výbery)

* - $p < 0,05$ obojsmerná signifikancia

*** - $p < 0,001$ obojsmerná signifikancia

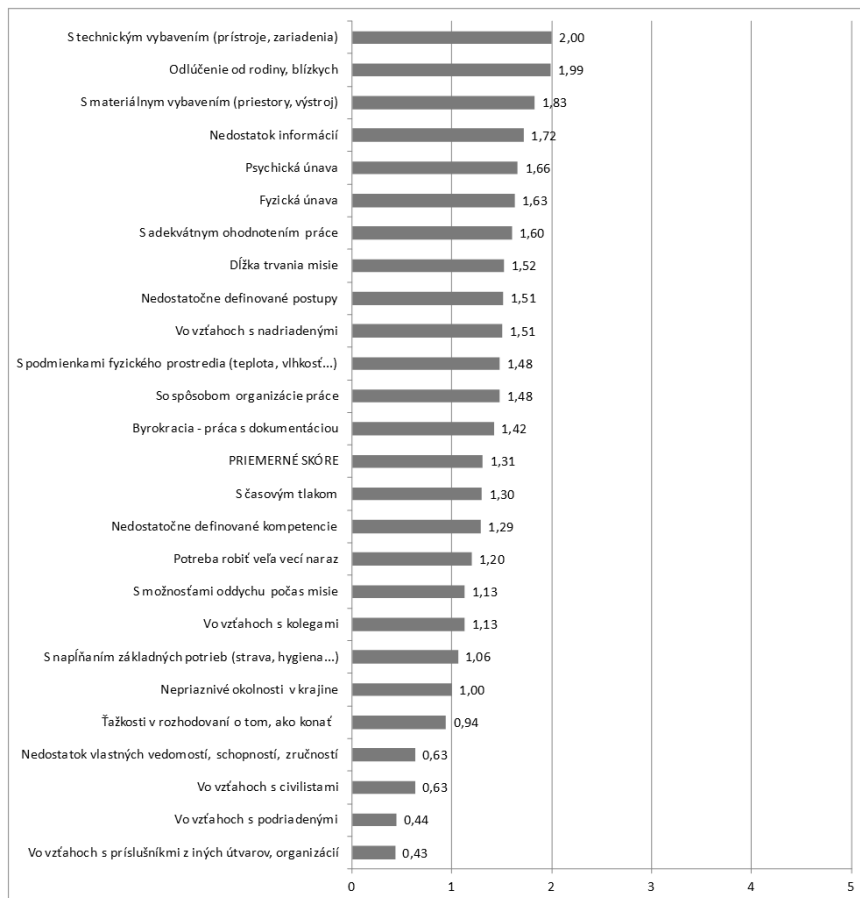
Na Obr. 1 je znázornená úroveň priemerného skóre jednotlivých položiek dotazníka IPVZP u vojakov, čo sa týka frekvencie typov problémov. Položky sú pritom zoradené podľa úrovne skóre od najvyššieho po najnižšie. Za najčastejšie typy problémov počas misie vojaci v priemere najviac považovali odlúčenie od rodiny a blízkych (2,62 bodu z možného rozsahu 0 až 5 bodov), podmienky fyzického prostredia (2,61), problémy s technickým vybavením (2,46) a byrokraciu – prácu s dokumentáciou (2,42). Ako najmenej časté uvádzali problémy s nedostatkom vlastných vedomostí, schopností a zručností (0,63), ťažkosti v rozhodovaní o tom, ako konať (0,86) a vo vzťahoch s podriadenými (1,00). Zriedkavo sa stretávali aj s problémami vo vzťahu s príslušníkmi iných útvarov a organizácií (1,12) a vo vzťahoch s civilistami (1,26). Ostatné typy problémov si boli úrovňou priemerného skóre navzájom podobné: pohybovala sa u nich v rozsahu od 2,25 do 1,57 bodu.



Obr. 1. Modifikovaný dotazník IPVZP v skupine vojakov: rozličné typy zaťažujúcich okolností, zoradené zostupne podľa vnímanej frekvencie ich výskytu

Na Obr. 2 je prezentované priemerné skóre položiek u vojakov, čo sa týka subjektívnej miery ich záťaže. Najvyššie priemerné skóre dosahovali problémy s technickým vybavením (2,00) a odlúčenie od rodiny a blízkych (1,99), problémy s materiálnym vybavením (1,83) a nedostatok informácií (1,72). Ako minimálne zaťažujúce hodnotili vzťahy s príslušníkmi iných útvarov a organizácií (0,43), vzťahy

s podriadenými (0,44), vzťahy s civilistami (0,63) a nedostatok vlastných vedomostí (0,63). Ostatné typy problémov sa priemerným skóre pohybovali v tesnom rozsahu od 0,94 do 1,66 bodu.



Obr. 2. Modifikovaný dotazník IPVZP v skupine vojakov: rozličné typy zaťažujúcich okolností, zoradené zostupne podľa vnímaného stupňa vnímanej záťaž

V Tabuľke 3 je prezentované priemerné skóre jednotlivých položiek dotazníka IPVZP (ďalej dotazník) ako aj celkové priemerné skóre na

jednu položku a štandardné odchýlky týchto hodnôt pre skupinu vojakov a pre skupinu záchranárov zvlášť.

Čo sa týka frekvencie výskytu problémov, priemerné skóre na jednu položku dotazníka (bez kategórie „Iné“) bolo u vojakov 1,82 a u záchranárov 1,57. Tento rozdiel nebol štatisticky významný. V priemernom skóre jednotlivých položiek boli štatisticky významné rozdiely medzi skupinami zistené v prípade vzťahov s nadriadenými, materiálneho vybavenia, spôsobu organizácie práce a podmienok fyzického prostredia (vyššie skóre u vojakov než u záchranárov) a adekvátneho ohodnotenia práce (vyššie skóre u záchranárov než u vojakov). Rozdiely medzi skupinami v ostatných položkách neboli štatisticky významné.

Čo sa týka vnímaného stupňa záťaže problémov, priemerné skóre na jednu položku dotazníka (bez kategórie „Iné“) bolo u vojakov 1,31 a u záchranárov 1,35. Tento rozdiel nebol štatisticky významný. V priemernom skóre jednotlivých položiek boli štatisticky významné rozdiely medzi skupinami zistené v prípade položiek S materiálным vybavením, S technickým vybavením (vyššie skóre u vojakov než u záchranárov) a v prípade položiek Nedostatok vlastných vedomostí, schopností, zručností, Byrokracia – práca s dokumentáciou a S adekvátnym ohodnotením práce (vyššie skóre u záchranárov než u vojakov). Rozdiely medzi skupinami v ostatných položkách neboli štatisticky významné.

Tab. 3. Porovnanie vojakov a záchranárov vo frekvencii výskytu a intenzite vnímania jednotlivých typov problémov podľa dotazníka IPVZP a hladina štatistickej významnosti rozdielov v nich (merané Mann-Whitney U-testom)

| | Ako často sa vo Vašej práci vyskytujú uvedené typy problémov? | | Nakoľko sú pre Vás zaťažujúce? | |
|---|---|---------------------|--------------------------------|----------------------|
| | Vojaci | Záchranári | Vojaci | Záchranári |
| Priemerné skóre | 1,82 (1,06) | 1,57 (0,93) | 1,31 (0,88) | 1,35 (0,74) |
| Dĺžka trvania misie | 1,64 (1,69) | - | 1,52 (1,50) | - |
| Odlúčenie od rodiny, blízkych | 2,62 (1,75) | - | 1,99 (1,52) | - |
| Nepriaznivé okolnosti v krajine | 1,77 (1,77) | - | 1,00 (2,24) | - |
| Vo vzťahoch s civilistami | 1,26 (1,71) | - | 0,63 (0,90) | - |
| Vo vzťahoch s pacientmi | - | 1,62 (1,21) | - | 1,06 (0,76) |
| Vo vzťahoch s príbuznými pacientov | 1,72 (1,09) | - | 1,18 (0,88) | - |
| Vo vzťahoch s inými zdravotníkmi (lekári, operátori, nemocničný personál) | - | 1,84 (1,46) | - | 1,45 (1,20) |
| Vo vzťahoch s kolegami | 1,92 (1,74) | 1,28 (1,35) | 1,13 (0,98) | 0,88 (0,94) |
| Vo vzťahoch s nadriadenými | 2,14 (1,78)* | 1,22 (1,24) | 1,51 (1,44) | 1,31 (1,26) |
| Vo vzťahoch s podriadenými | 1,00 (1,56) | 0,88 (1,24) | 0,44 (0,88) | 0,71 (1,13) |
| Vo vzťahoch s príslušníkmi z iných útvarov, organizácií | 1,12 (1,74) | 1,12 (1,45) | 0,43 (0,74) | 0,81 (1,40) |
| Nedostatočne definované postupy | 1,98 (1,59) | 1,52 (1,50) | 1,51 (1,38) | 1,55 (1,26) |
| Ťažkosti v rozhodovaní o tom, ako konať | 0,86 (1,06) | 1,29 (1,19) | 0,94 (0,98) | 1,23 (1,02) |
| Nedostatočne definované kompetencie | 1,57 (1,48) | 1,25 (1,14) | 1,29 (1,17) | 1,34 (1,23) |
| Nedostatok informácií | 2,03 (1,70) | 1,62 (1,19) | 1,72 (1,64) | 1,47 (1,22) |
| Nedostatok vlastných vedomostí, schopností, zručností | 0,63 (0,79) | 0,88 (0,75) | 0,63 (0,85) | 1,21 (1,27)* |
| Potreba robiť veľa vecí naraz | 1,98 (1,64) | 2,06 (1,52) | 1,20 (1,10) | 1,24 (1,23) |
| Byrokracia – práca s dokumentáciou | 2,42 (1,93) | 2,47 (1,69) | 1,42 (1,53) | 2,24 (1,46)** |
| Fyzická únava | 2,03 (1,49) | 1,75 (1,32) | 1,63 (1,30) | 1,42 (1,37) |
| Psychická únava | 1,65 (1,45) | 2,03 (1,47) | 1,66 (1,37) | 1,64 (1,41) |
| S časovým tlakom | 1,71 (1,68) | 1,50 (1,37) | 1,30 (1,39) | 1,55 (1,37) |
| S adekvátnym ohodnotením práce | 1,92 (1,70) | 2,63 (1,62)* | 1,60 (1,60) | 2,55 (1,52)** |
| S napĺňaním základných potrieb (strava, hygiena...) | 1,78 (1,94) | 1,47 (1,41) | 1,06 (1,28) | 1,30 (1,31) |

| | Ako často sa vo Vašej práci vyskytujú uvedené typy problémov? | | Nakoľko sú pre Vás zaťažujúce? | |
|--|---|--------------------|--------------------------------|--------------------|
| | Vojaci | Záchranári | Vojaci | Záchranári |
| S technickým vybavením | 2,46 (1,76) | 1,81 (1,60) | 2,00 (1,74)* | 1,18 (1,21) |
| S materiálnym vybavením | 2,23 (1,72)** | 1,31 (1,51) | 1,83 (1,65)** | 0,91 (1,00) |
| So spôsobom organizácie práce | 2,25 (1,78)* | 1,31 (1,23) | 1,48 (1,51) | 1,44 (1,24) |
| S možnosťami oddychu počas misie/zmeny | 1,74 (1,69) | 1,47 (1,46) | 1,13 (1,27) | 1,25 (1,24) |
| S podmienkami fyzického prostredia | 2,61 (1,80)* | 1,68 (1,49) | 1,48 (1,44) | 1,06 (1,03) |

* resp. ** = Štatisticky významný rozdiel medzi profesijnými skupinami v priemernom skóre (Mann-Whitney U-Test; $p < 0,05$, resp. $p < 0,01$). Rozdiely v priemerných skóre ostatných položiek nie sú štatisticky významné ($p > 0,05$). P-hodnoty udávané pre obojsmernú signifikanciu.

Priemerné skóre kategórie „Iné“ nie sú zobrazené na Obr. 1 a 2 a ani neboli porovnávané medzi vojakmi a záchranármi v Tabuľke 3, nakoľko táto kategória zahŕňala v sebe príliš rôznorodé typy problémov. Navyše bola vyplnená v skupine vojakov len piatimi respondentmi a v skupine záchranárov deviatimi, pričom u nich iba dvaja daný problém špecifikovali. Každý z nich uviedol osobitný problém. Prehľad týchto problémov v skupine vojakov ako aj stupeň ich frekvencie a záťaž, ktorý im respondenti prisúdili, je prezentovaný v Tabuľke 4.

Tab. 4. Problémy uvádzané individuálne vojakmi v kategórii „Iné“ a ich vnímaná frekvencia a záťaž

| Typ problému | Ako často sa vo Vašej práci vyskytujú uvedené typy problémov? | Nakoľko sú pre Vás zaťažujúce? |
|--|---|--------------------------------|
| Neschopnosť dôstojníkov | 5 | 5 |
| Prepojenie s rodinou | 5 | 4 |
| Spôsob komunikácie s veliacim stupňom (štáb) | 2 | 5 |
| Neschopnosť vybaviť problémy v SR | 2 | 2 |
| Slabšia znalosť angličtiny | - | 1 |

Intenzita posttraumatických symptómov sa nelíšila podľa profesijnej skupiny ani v celkovom HS, ani v jednotlivých položkách škály PTSS-10 (Tabuľka 5). Výnimku predstavovali pocity viny, ktoré boli o niečo

intenzívnejšie vnímané u záchranárov než u vojakov ($p < 0,05$). Išlo však len o relatívne malý rozdiel (0,58 resp. 0,35 bodu). Výskyt respondentov s HS 17 bodov a viac, ktoré indikuje prítomnosť PTSD, bol však častejší u vojakov (6 osôb zo 69, t.j. 8,7%) než u záchranárov (1 osoba z 35, t.j. 2,9% - údaje neprezentované v tabuľkách).

Tab. 5. Intenzita posttraumatických symptómov podľa škály PTSS-10 u vojakov a u záchranárov (merané Mann-Whitney U-testom)

| Symtóm PTSD | Vojaci | Záchranári |
|--|--------------------|---------------------|
| Problémy so spaním | 0,71 (1,05) | 0,72 (0,97) |
| Zlé sny a nočné mory | 0,23 (0,49) | 0,22 (0,64) |
| Depresívne pocity | 0,49 (0,89) | 0,47 (0,65) |
| Úzkosť, strach | 0,48 (0,80) | 0,33 (0,54) |
| Potreba izolovať sa od ostatných | 0,67 (0,90) | 0,75 (1,08) |
| Podráždenosť | 1,00 (1,02) | 1,11 (0,93) |
| Prudké zmeny nálady | 0,67 (1,04) | 0,61 (0,80) |
| Pocity viny | 0,35 (0,80) | 0,58 (0,91)* |
| Strach z určitých miest | 0,35 (0,68) | 0,42 (0,81) |
| Napätie, nervozita | 0,99 (0,95) | 1,11 (0,89) |
| Hrubé skóre (všetky symptómy spolu) | 5,93 (6,51) | 5,89 (4,71) |

* - $p < 0,05$ obojsmerná signifikancia

Vo výskyte posttraumatických reakcií, meraných položkami krátkého dotazníka IES-6, sa vojaci od záchranárov nelíšili v žiadnej z troch typov reakcií (intrúzia, vyhýbanie sa ani hyperarousal) ani v ich jednotlivých položkách. Výnimkou bola položka "Uvedomoval som si, že mám stále veľa pocitov, ktoré s tým súvisia, ale nezaoberal som sa nimi", kde bol zistený štatisticky významný rozdiel ($p < 0,01$), pričom priemerné skóre bolo vyššie u záchranárov (1,03) než u vojakov (0,54). Výskyt osôb s vysokou hodnotou celkového HS (10 bodov a viac) bol u oboch skupín podobný. Tieto vysoké hodnoty boli zaznamenané u 13 zo 69 vojakov (18,8%) a u 8 z 36 záchranárov (22,2%).

Tab. 6. Výskyt rôznych typov posttraumatických prejavov podľa škály IES-6 zvlášť v skupine vojakov a v skupine záchranárov (merané Mann-Whitney U-testom)

| Posttraumatický prejav | Vojaci | Záchranári |
|---|--------------------|----------------------|
| Myslel som na to, aj keď som nechcel | 0,70 (1,02) | 0,72 (0,78) |
| Iné veci ma nútili uvažovať o tom | 0,75 (1,05) | 1,03 (0,91) |
| Intrúzie spolu | 1,45 (1,87) | 1,75 (1,36) |
| Uvedomoval som si, že mám stále veľa pocitov, ktoré s tým súvisia, ale nezaoberal som sa nimi | 0,54 (0,76) | 1,03 (0,91)** |
| Pokúšal som sa na to nemyslieť | 1,01 (1,35) | 0,92 (0,97) |
| Vyhýbanie sa spolu | 1,55 (1,79) | 1,94 (1,58) |
| Bol som ostražitý, na pozore | 2,00 (1,40) | 1,05 (1,13) |
| Mal som problém sústrediť sa | 0,38 (0,69) | 0,64 (0,96) |
| Hyperarousal spolu | 2,38 (1,68) | 2,14 (1,81) |
| Hrubé skóre (všetky dopady udalosti spolu) | 5,38 (4,44) | 5,83 (4,21) |

** - $p < 0,01$ obojsmerná signifikancia

4 Diskusia

Cieľom tejto pilotnej štúdie bolo získať informácie o zdrojoch a miere vnímaného stresu ako aj o miere subjektívnej pohody u mužských príslušníkov OS SR na zahraničných mierových misiách a porovnať ich hodnoty s hodnotami nameranými u slovenských zdravotníckych záchranárov mužského pohlavia. Predtým, než pristúpime k diskusii o konkrétnych výsledkoch tejto štúdie, je potrebné upozorniť na niekoľko skutočností, ktoré validitu zistení do istej miery limitujú. Vzhľadom na uvedené skutočnosti treba k interpretácii výsledkov pristupovať s opatrnosťou. Malá vzorka a nerovnomerná veľkosť porovnávaných skupín (70 vojakov a 36 záchranárov) mohli mať za následok skreslenie výsledkov v dôsledku náhodnej chyby. Istú rolu mohla zohrať aj nehomogénnosť skupín z hľadiska veku, nakoľko priemerný vek u vojakov bol o sedem rokov nižší než u záchranárov. Z hľadiska internej validity treba tiež prihliadať na situácie, počas ktorých sa uskutočnil zber dát. Dáta záchranárov boli zozbierané na pracoviskách alebo počas bežných záchranárskych pracovných školení. Naproti tomu dáta vojakov boli zozbierané krátko po ich návrate zo zahraničnej misie. Ich eufória z úspešného ukončenia misie a návratu domov sa mohla prejaviť v ich akútne vyššej subjektívnej pohode, v nižšej miere percipovaného stresu a tiež v rozdielnom hodnotení celého

radu ďalších skúmaných premenných. To mohlo mať za následok ďalšie skreslenie porovnaní medzi vojakmi a záchranármi. Z hľadiska externej validity je limitáciou absencia referenčnej skupiny z celkovej mužskej populácie v podobnom veku (uskutočnená napríklad náhodným výberom). Boli navzájom porovnávané dve profesijné skupiny, u ktorých existuje predpoklad, že svojim zložením sú v porovnaní so zvyškom populácie veľmi špecifické. (Posledné dve uvedené limitácie je možné v ďalšom výskume skúsiť eliminovať ďalšou referenčnou skupinou a u účastníkov zahraničných misií - pokiaľ možno - zberom dát v odlišnej situácii. Zber dát priamo na zahraničných misiách by však, pochopiteľne, mohol byť mimoriadne komplikovaný až nemožný. Navyše, rozdielne fázy pobytu na misií by podobne mohli úroveň niektorých skúmaných premenných rôzne ovplyvňovať.)

Účastníci zahraničných mierových misií v priemere nehodnotili žiaden z prezentovaných problémov ako extrémne častý alebo extrémne zaťažujúci. V súlade s doterajšími poznatkami (Bartone, 1998) vnímali ako relatívne časté, resp. náročné odlúčenie od rodiny a blízkych. Ako pomerne náročné hodnotili aj podmienky fyzického prostredia (t.j. miestnu klímu). Tento problém však nehodnotili ako veľmi častý. Možno sa teda domnievať, že do značnej miery variuje podľa konkrétneho miesta misie a ročného obdobia. Podobne byrokraciu považujú vojaci za zaťažujúci, ale nie častý fenomén. V porovnaní s inými ako prekvapivo častý a zaťažujúci problém uvádzali vojaci tiež ťažkosti s technickým a materiálnym vybavením. Okrem zmieneného odlúčenia od blízkych boli hodnoty skóre iných sociálnych problémov (vzťahy s nadriadenými, podriadenými, kolegami, civilistami) pomerne variabilné. Do značnej miery to možno pripísať na vrub okolnostiam: charakter misií zrejme často determinoval iba príležitostný kontakt s civilistami. Keďže väčšina respondentov mala iba hodnotu mužstva (vojak, slobodník, desiatnik), iba časť z nich prichádzala do častého kontaktu s podriadenými. To môže byť tiež dôvodom, prečo v položke „Ťažkosti v rozhodovaní o tom, ako konať“ mala v porovnaní s ostatnými položkami podpriemerné skóre v miere pocítovanej záťaže (0,94 voči priemernému 1,31) a hlavne vo frekvencii problému (0,86 voči priemernému 1,82). Ako takmer bezproblémové boli hodnotené vzťahy s príslušníkmi iných útvarov, s podriadenými, s civilistami a tiež miera vlastných vedomostí, schopností a zručností.

Vo väčšine porovnávaných zdrojov stresu bola vnímaná frekvencia aj stupeň záťaže vojakov v porovnaní so záchranármi na rovnakej úrovni. Líšili sa iba v malom počte jednotlivých problémov. Zatiaľ čo vojaci

častejšie než záchranári videli rezervy v materiálnych a technických podmienkach, záchranári zase častejšie a intenzívnejšie pociťovali ako problém neadekvátne ohodnotenie práce. Túto skutočnosť možno sčasti vysvetliť tým, že práca na misiách je finančne ohodnotená výrazne lepšie v porovnaní s plácou vojaka na Slovensku, a teda predstavuje pre vojakov vítané dočasné priliepenie. Nemusí to však nutne znamenať, že celkovo daní príslušníci OS SR nepociťujú finančný stres, keďže otázky boli postavené iba v súvislosti s obdobím počas misie.

Napriek tomu, že vo frekvencii a intenzite vnímania konkrétnych stresorov vykazovali vojaci a záchranári podobnú úroveň, vojaci mali v porovnaní so záchranármi nižšiu úroveň vnímaného stresu, nižší ill-being a mierne vyšší well-being. Na lepšie objasnenie týchto rozdielov by boli potrebné ďalšie štúdie s komplexnejším dizajnom. Jedným z možných vysvetlení by mohlo byť, že záchranári vnímajú svoju prácu ako subjektívne náročnejšiu než vojaci. V tom prípade ale ťažko možno vysvetliť, prečo vo frekvencii a intenzite jednotlivých záťažových pracovných situácií rozdiely medzi vojakmi a záchranármi väčšinou zistené neboli. Možno sa však domnievať, že zistené rozdiely vo well-beingu, ill-beingu a percipovanom strese sa dajú sčasti vysvetliť už spomínanými rozdielnymi okolnosťami pri zbere dát a rozdielnym priemerným vekom i osobnostnými a situačnými faktormi. Hoci záujemcovia o profesiu záchranára tiež prechádzajú výberovým konaním, v ktorom sa prihliada na špecifické predpoklady pre optimálny výkon profesie, účastníci zahraničných misií tvoria v už špecifickej profesijnej skupine vojakov ešte zvlášť úzku podskupinu. Vzhľadom na atraktívne príplatky za účasť na misiách a vzhľadom na zvýšené bezpečnostné nároky býva na tieto služby vybraný iba obmedzený počet uchádzačov s najlepšou fyzickou a psychickou kondíciou. To môže mať za následok ich vyššiu odolnosť a menej intenzívne vnímanie stresu. Situačným faktorom, ktorý sa mohol podpísať na zistenej miere percipovaného stresu u vojakov, je absencia väčšieho množstva potenciálne traumatických udalostí počas misií, ktoré skúmaní vojaci absolvovali (roky 2009 a 2010) a v období bezprostredne pred ich misiami. Je možné, že v súčasnosti (rok 2013) a v blízkej budúcnosti, teda v období po teroristickom útoku v Afganistane, ktorý si vyžiadal jedného mŕtveho slovenského vojaka a šesť ranených, by bola úroveň vnímaného stresu u vyslaných príslušníkov OZ SR vyššia.

Rozdiel medzi vojakmi a záchranármi nebol zistený v HS ani jedného z dvoch krátkych dotazníkov, ktoré merali posttraumatické symptómy a reakcie. V porovnaní so záchranármi však relatívne vysoké

percento vojakov malo v dotazníku PTSS-10 extrémne skóre. V porovnaní s bežnou populáciou môže byť tento nepomer ešte vyšší. Toto zistenie poskytuje čiastočné potvrdenie predošlých štúdií (Bartone, 1998; Engdahl et al., 2011), podľa ktorých aj u príslušníkov mierových misií sa môže objaviť relatívne vysoký výskyt PTSD. Naše zistenia sú však iba pilotného charakteru: na spoľahlivé diagnostikovanie je nutná väčšia vzorka účastníkov misií a hlavne skupiny záchranárov, individuálne klinické vyšetrenie a odstup najmenej šiestich mesiacov, nakoľko je možné, že niektoré symptómy PTSD sa budú po istom časovom odstupe prejavovať aj intenzívnejšie (Andrews et al., 2007). V prípadných budúcich podobných štúdiách odporúčame tiež zahrnúť do analýz aj potenciálny impakt traumatických skúseností zažitých v čase pred uskutočnením misie, ktoré môžu výskumné zistenia tiež ovplyvniť (Bolton et al., 2001).

4.1 Implikácie pre prax

Zdá sa, že väčšina účastníkov zahraničných mierových misií a operácií OS SR sa po návrate domov nachádza v dobrom psychickom stave a podmienky na misiách nehodnotia ako extrémne zaťažujúce. V medzinárodnom kontexte je potešiteľné ich bezproblémové vnímanie vzťahov s príslušníkmi spolupracujúcich útvarov. Z psychologického hľadiska možno vnímať pozitívne aj zriedkavo udávaný problém s nedostatkom vlastných schopností u vyslaných vojakov aj u záchranárov, čo naznačuje ich vysokú sebaúčinnosť (self-efficacy).

Aj napriek súčasnej revolúcii v komunikačných technológiách hodnotili vojaci zo všetkých problémov ako najviac zaťažujúce odlúčenie od rodiny a blízkych. Je potrebné zaistiť v rámci možností dostatok príležitostí pre komunikáciu vojakov s blízkymi vo vlasti a zväziť možnosť dovolenky v prijateľných intervaloch.

Necítíme sa byť kompetentní hodnotiť technické a materiálne vybavenie príslušníkov OS SR na zahraničných misiách. Považujeme však za dôležité upozorniť, že dotčení príslušníci udávajú relatívne časté problémy s ním a hodnotia ich (v porovnaní s inými problémami) ako značne psychicky zaťažujúce.

Už krátko po návrate do domoviny udávajú niektorí účastníci misií symptómy typické pre poruchu PTSD. Ak by boli merané neskôr – po prvotnej eufórii z návratu, je možné, že ich výskyt by bol ešte vyšší. Naše zistenia naznačujú, že ani na niektorých mierových misiách sa príslušníci

armádnych síl nevyhnú traumatizujúcim zážitkom. Preto si vyžadujú primeranú pozornosť výskumníkov, kvalitnú a systematickú starostlivosť v psychologickvej praxi a v neposlednom rade aj osobné a spoločenské uznanie za svoju náročnú prácu.

Vyššie povedané však v istom zmysle platí aj pre našich záchranárov. Z ich perspektívy je zaujímavé zistenie, že mnohé problémy vo svojej práci vnímajú ako časté a zaťažujúce do rovnakej, ba aj vyššej miery ako príslušníci OZ SR vo výkone svojej náročnej profesie na mierových misiách. V ohodnotení svojej práce sa záchranári cítia natoľko nedocenení, že tento problém vnímajú ako častejší a zaťažujúcejší než akýkoľvek iný problém, v ich beztak už dosť náročnej profesii. Existuje teda dobrý dôvod domnievať sa, že vhodná úprava ich ohodnotenia nielen platového, ale aj spoločenského by mohla mať za následok zníženie ich celkovej psychickej záťaže a zvýšenie ich pracovnej motivácie. To by mohlo výkon ich profesie ešte viac zefektívniť.

Literatúra

- ANDREWS, B., BREWIN, C.R., PHILPOTT, R., STEWART, L., 2007, Delayed-Onset Posttraumatic stress disorder: A systematic review of the evidence. *American Journal Of Psychiatry*, 164, 1319-1326.
- BALNEAVES, L.G., LONG, B., 1999, An embedded decisional model of stress and coping: implications for exploring treatment decision making by women with breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 30, 1321-1331.
- BARTONE, P.T., 1998, Stress, hardiness & symptoms in Bosnia deployed soldiers. www.hardiness-resilience.com/docs/APA98.doc, stiahnuté 15.8.2013.
- BOLTON, E.E., 2007, Peacekeepers and Traumatic Stress. <http://www.ptsd.va.gov/professional/pages/traumatic-stress-peacekeepers.asp>, stiahnuté 15.8.2013.
- BOLTON, E.E., LITZ, B.T., BRITT, T.W., ADLER, A. ROEMER, L., 2001, Reports of Prior Exposure to Potentially Traumatic Events and PTSD in Troops Poised for Deployment. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 249-256.
- BRAMSEN, I., DIRKZWAGER, A.J.E., VAN DER PLOEG, H.M., 2000, Predeployment personality traits and exposure to trauma as predictors of posttraumatic stress symptoms: A prospective study of former peacekeepers. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1115-1119.
- COHEN, S., KAMARCK, T., MERMELSTEIN, R., 1983, A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 4, 385-396.
- DEJA, M., DENKE, C., WEBER-CARSTENS, S., SCHRÖDER, J., PILLE, C.E., HOKEMA, F., FALKE, K.J., KAISERS, U., 2006, Social support during intensive care unit stay might improve mental impairment and consequently health related quality of life in survivors of severe acute respiratory distress syndrome. *Critical Care*, 10, R147.
- EID, J., THAYER, J.F., JOHNSEN, B.H., 1999, Measuring post-traumatic stress: A psychometric evaluation of symptom- and coping questionnaires based on a Norwegian sample. *Scandinavian Journal of Psychology*, 40, 101-108.
- ENGDAHL, R.M., ELHAI, J.D., RICHARDSON, J.D., FRUEH, B.C., 2011, Comparing Posttraumatic Stress Disorder's Symptom Structure

Between Deployed and Nondeployed Veterans. *Psychological Assessment*, 23, 1-6.

GURŇÁKOVÁ, J., 2011a, Rozhodovanie v praxi. Prehľad výskumov v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti. In: J. Gurňáková a kol., *Úvod do naturalistického rozhodovania*. Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV, 161-190.

GURŇÁKOVÁ, J., 2011b, Perspektívy a aplikácie naturalistického prístupu k rozhodovaniu v armáde. In: J. Gurňáková a kol., *Úvod do naturalistického rozhodovania*. Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV, 191-209.

GURŇÁKOVÁ, J., 2013a, Osobnostné aspekty efektívnej sebaregulácie a rozhodovania v situáciách emočnej záťaže. Teoretické východiská. In: J. Gurňáková a kol., *Rozhodovanie profesionálov: Sebaregulácia, stres a osobnosť*. Bratislava: ÚEP SAV, v tlači.

GURŇÁKOVÁ, J., 2013b, Zdroje akútneho a chronického stresu v práci zdravotníckych profesionálov. In: J. Gurňáková a kol., *Rozhodovanie profesionálov: Sebaregulácia, stres a osobnosť*. Bratislava: ÚEP SAV, v tlači.

GURŇÁKOVÁ, J., 2013c, Percipovaný stres a jeho dôsledky v emočnom prežívaní zástupcov troch zdravotníckych povolání. In: J. Gurňáková a kol., *Rozhodovanie profesionálov: Sebaregulácia, stres a osobnosť*. Bratislava: ÚEP SAV, v tlači.

HARDIE, E.A., KASHIMA, E.S., PRIDMORE, P., 2005, The influence of relational, individual and collective self-aspects on stress, uplifts and health. *Self and Identity*, 4, 1-24.

KING, D.W., KING, L.A., FOY, D.W., KEANE, T.M., FAIRBANK, J.A., 1999, Posttraumatic stress disorder in a national sample of female and male Vietnam veterans: Risk factors, war-zone stressors, and resilience-recovery variables. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 164-170.

KLIMEKOVÁ, A., TENÍK, J., 2006, *Vybrané témy zo psychológie pre Poddôstojnícku akadémiu v Martine*. Bratislava : Ministerstvo obrany SR.

KONDÁŠOVÁ, A., BERKY, L., 2006, Niekoľko poznatkov z výskumov pracovnej spokojnosti vojenských profesionálov. *Vojenské obzory*, 12, 1, 50-66.

LITZ, B.T., KING, L.A., KING, D.W., ORSILLO, S.M., FRIEDMAN, M.J., 1997, Warriors as peacekeepers: Features of the Somalia experience

and PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 1001-1010.

MINÁR, M., PURDEK, I., VANGA, M., VITKO, P., 2010, *Vojenské misie – Slovenskí vojaci v službách mieru, stability vo svete a v boji proti terorizmu*. Bratislava: Magnet Press.

MINISTERSTVO OBRANY SR, 2011a, Prehľad ukončených operácií medzinárodného krízového manažmentu. <http://www.mosr.sk/prehľad-ukoncenych-operacii-medzinarodneho-krizoveho-manazmentu/>, stiahnuté 15.8.2013.

MINISTERSTVO OBRANY SR, 2011b, Zahraničné operácie. <http://www.mosr.sk/zahranicne-operacie/>, stiahnuté 15.8.2013.

NATO RTO, 2007, Annex G – *A leader's guide to psychological support across the deployment cycle*. Brussels: NATO RTO.

ROSEBUSH, P.A., 1998, Psychological intervention with military personnel in Rwanda. *Military Medicine*, 163, 559-563.

SCHÜFFEL, W., SCHADE, B., SCHUNK, T., 2004, A brief inventory to investigate stress reactions: Posttraumatic symptom scale, 10 items (PTSS-10) by Raphael, Lundin & Weisaeth. <http://psydok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2004/437/pdf/artikel.pdf>, stiahnuté 15.8.2013.

SLOVENSKÁ INFORMAČNÁ TLAČOVÁ AGENTÚRA, 2007, Slota: Presun našich vojakov je trápny, sú tam ako krtkovia. *Hospodárske noviny*, 1.3.2007.

STRECH, R.H., MARLOWE, D.H., WRIGHT, K.M., BLIESE, P.D., KNUDSON, K.H., HOOVER, C.H., 1996, Post Traumatic Stress Disorders Symptoms Among Gulf War Veterans. *Military Medicine*, 7, 407- 410.

ŠTAMMOVÁ, M., 2009, Psychika vojakov pri plnení úloh vo vojenských operáciách: psychické stavy v krízových situáciách. *Vojenská osвета*, 2, 2-17.

ŠTROBL, D., 2000, Psychologické dôsledky moderní války (zkrácená verze). *Praktický lékař*, 80, 47-49.

THORESEN, S., TAMBS, K., HUSSAIN, A., HEIR, T., JOHANSEN, V.A., BISSON, J.I., 2010, Brief measure of posttraumatic stress reactions: Impact of Event Scale-6. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45, 405–412.

WEISAETH, L., MEHLUM, L. (Ed.), 1993, *Appendix 3. Mennesker Traumer og Kriser*. [Príloha 3: Ľudia, trauma a kríza]. Oslo: Universitetsforlaget.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993, *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization.

Abstrakt

Počas operácií a mierových misií bývajú vojaci vystavovaní udalostiam, ktoré pre nich predstavujú psychickú záťaž rôzneho stupňa. Cieľom nášho výskumu bolo poskytnúť základný prehľad o zdrojoch a miere prežívaného stresu, o miere subjektívnej pohody (well-being a ill-being) a prítomnosti symptómov asociovaných s PTSD u príslušníkov OSSR (N = 70; priemerný vek 29 rokov), ktorí sa v roku 2010 zúčastnili medzinárodných mierových misií a operácií v Kosove, Afganistane alebo na Cypre. Tieto ukazovatele pritom boli u nich porovnávané s hodnotami slovenských záchranárov ako kontrolnej skupiny (N = 36; priemerný vek 37 rokov). Vojaci udávali v porovnaní so záchranármi nižšiu mieru prežívaného stresu, vyššiu mieru well-beingu a nižšiu mieru ill-beingu. Vojaci sa nelíšili od záchranárov v hrubom skóre pri žiadnej z dvoch použitých škál posttraumatickej symptomatológie. Takmer žiadne sledované zaťažujúce faktory nehodnotili vojaci ako extrémne náročné. Ako najčastejšie a zároveň najviac zaťažujúce problémy pri výkone svojho povolania hodnotili vojaci odlúčenie od rodiny a blízkych a materiálne a technické podmienky počas misie. V záujme zachovania dobrej psychickej kondície vojakov odporúčame umožniť im počas misie čo najčastejší kontakt s domovom. Na potvrdenie našich zistení ohľadom symptómov posttraumatickej stresovej poruchy je potrebný ďalší výskum s longitudinálnym dizajnom a na väčšej vzorke.

II. ČASŤ
ROZHODOVANIE ZDRAVOTNÍCKYCH
ZÁCHRANÁROV V PRAXI

VIII. SONDA DO PROBLÉMOV ZDRAVOTNÍCKYCH ZÁCHRANÁROV SÚVISIACICH S ROZHODOVANÍM V NÁROČNÝCH SITUÁCIÁCH A S VÝKONOM ICH PROFESIE

Hana HARENČÁROVÁ

Ústav experimentálnej psychológie SAV Bratislava

Obsah kapitoly

1 Úvod

2 Metódy

2.1 Metóda kritických rozhodnutí

2.2 Participanti

2.3 Výber situácie

2.4 Analýza dát

3 Výsledky

3.1 Rozhodovanie záchranárov podľa fáz záchranej akcie

3.1.1 Prijatie výzvy z KOS (krajské operačné stredisko) a voľba materiálu a pomôcok

3.1.2 Prijazd na adresu (na miesto určenia) a nájdenie pacienta

3.1.3 Anamnéza a vyšetrenie pacienta – získavanie informácií

3.1.4 Samotné ošetrovanie pacienta, využitie konzultácie s lekárom, privolanie posádky RLP

3.1.5 Transfer k sanitke

3.1.6 Smerovanie pacienta a transfer do nemocnice

3.2 Ďalšie aspekty rozhodovania

3.2.1 Situácia pre RLP

3.2.2 Využitie predošlých skúseností v procese rozhodovania

3.2.3 Spolupráca

3.2.4 Efektivita prispievajúca k redukcii času potrebného na vyšetrenie a transport pacienta

3.3 Problémy, s ktorými sa záchranári potýkajú

3.3.1 Nedostatok spätnej väzby

3.3.2 Výjazdy, zneužitie

3.3.3 Stres

4 Diskusia

5 Identifikácia širších tém a formulácia otázok

6 Záver

Na rozdiel od klasických teórií rozhodovania (napr. Kahneman, 2002; Tversky, Kahneman, 1974), ktoré vychádzali prevažne z výsledkov laboratórnych experimentov, zdôrazňuje naturalistické rozhodovanie dôležitosť kontextu v rozhodovaní profesionálov (Kahneman, Klein, 2009). Výskum v tejto paradigme sa zameriava na rozhodovanie v prirodzených podmienkach. Prioritne teda skúma problémy, ktoré sa naozaj udiali, prípadne využíva simulácie, ktoré sú relevantné v danej profesii.

Predmetom nášho záujmu bolo rozhodovanie zdravotníckych záchranárov (ďalej budeme používať skrátený výraz "záchranár", jednotne pre mužov záchranárov i ženy záchranárky) v náročných situáciách, ktoré zažili, na základe fáz záchranného procesu. Ďalej sme sa zamerali na identifikovanie ďalších aspektov rozhodovania a rôznych problémov a ťažkostí, s ktorými sa záchranári potýkajú.

1 Úvod

Momentálne na Slovensku fungujú dve zloženia posádok zdravotnej záchranej služby. Prvá je RLP (rýchla lekárska služba), kde posádku tvorí jeden lekár a dvaja zdravotnícki záchranári, prípadne jeden záchranár a jeden vodič. Druhá posádka má skratku RZP (rýchla zdravotnícka služba) a skladá sa z dvoch zdravotníckych záchranárov, prípadne jedného záchranára a jedného vodiča (podľa vyhlášky MZ SR č. 30 / 2006). V posádke RLP je zodpovedný za akciu a za rozhodnutia lekár. V posádke RZP je to skúsenejší záchranár alebo záchranár s vyšším vzdelaním. V našom výskume sme sa zamerali na záchranárov z posádok RZP, ktorí samostatne viedli zásah a boli zaň zodpovední.

Ciele našej práce boli nasledovné:

- identifikovať, s akými rozhodovacími problémami sa záchranári stretávajú na základe fáz záchranného procesu, aké ďalšie aspekty vstupujú do rozhodovania,
- určiť ďalšie problémy, s ktorými sa záchranári potýkajú,
- navrhnúť postup ďalšieho skúmania rozhodovania záchranárov a upresniť možné oblasti výskumu rozhodovania záchranárov,
- špecifikovať otázky metódy kritických rozhodnutí pre výskum rozhodovania záchranárov.

2 Metódy

2.1 Metóda kritických rozhodnutí

Keďže je výskum zameraný exploračne, zvolili sme metódu kritických rozhodnutí (CDM – Critical Decision Method), ktorá je vhodná skôr na exploračnú a charakteristiku rozhodovania ako na testovanie hypotéz (Wong, 2003). Pôvodne bola táto metóda vytvorená na základe Flanaganovej metódy kritických incidentov (Flanagan, 1954) na výskum rozhodovania hasičov (Klein, Calderwood, MacGregor, 1989). Používa sa najmä v oblastiach s časovým stresom, vysokými rizikami, nejasnými a meniacimi sa cieľmi ako napríklad rozhodovanie hasičov, armádnych veliteľov, pilotov, ale aj zdravotníckeho personálu. V tejto oblasti bola metóda najčastejšie použitá pri výskume zdravotných sestier, lekárov a operátorov operačných stredísk (napr. Crandall, Calderwood, 1989; Crandall, Getchell-Reiter, 1993; Militello, Lim, 1995; Patterson et al., 2013; Wong, Blandford, 2001; Wong, O'Hare, Sallis, 1996; Woolley, Kostopoulou, 2013).

CDM je pološtruktúrované interview, ktoré trvá približne jeden až dve hodiny. Jeho predmetom je jedna alebo viacero situácií, ktoré boli pre respondenta náročné vzhľadom na jeho profesionálne schopnosti, boli nerutinné a on bol hlavným rozhodovateľom. Po prvom prerozprávaní konkrétnej situácie zopakuje udalosť výskumník, aby sa zabezpečilo rovnaké vzájomné pochopenie. Participant môže situáciu počas celého rozhovoru upresňovať, opravovať výskumníka a dopĺňať ďalšie detaily. V treťom kroku sa zostaví časová os situácie a identifikujú sa rozhodovacie body. Počas štvrtého kroku sa prechádza situáciou opäť, na základe zostavenej časovej osi, do väčšej miery detailu a hĺbky. V tejto fáze sa využívajú aj hypotetické otázky. Metóda je relatívne flexibilná a je možné, i vhodné, otázky upraviť na základe výskumných cieľov a skúmanej oblasti. Na Slovensku ju prvýkrát použila Kamhalová (2013) na popisanie rozhodovacieho procesu zdravotných sestier. Viac o metóde (Crandall, Klein, Hoffman, 2006; Hoffman, Crandall, Shadbolt, 1998; Wong et al., 1997, v slovenčine Harenčárová, 2013a,b).

2.2 Participanti

Výskumu sa zúčastnilo 9 záchranárov na pozícii záchranár RZP, z toho štyri ženy a päť mužov, pôsobiacich v rôznych mestách Slovenska.

Piati zo skúmaných záchranárov sa prihlásili k dobrovoľnej účasti na výskume na základe informácie o výskume sprostredkovanvej vedením firmy, ďalší 4 záchranári boli získaní metódou snehovej gule, teda na sprostredkovaním kontaktu od prvej skupiny záchranárov. Vek záchranárov sa pohyboval od 26 do 49 rokov ($M = 35,22$, $SD = 7,03$, $Md = 37$). Počet rokov praxe bol v rozmedzí od 4 do 22 rokov ($M = 8,78$, $SD = 5,87$, $Md = 7$). V tejto kapitole sme vychádzali z analýzy deviatich situácií, ktoré účastníci sami zažili a boli v danej situácii zodpovední za rozhodnutia.

2.3 Výber situácie

Výskum sa orientoval na náročné situácie, kde boli záchranári hlavnými rozhodovateľmi. Účastníci boli požiadaní, aby vybrali situáciu, ktorá bola náročná na ich profesionálne schopnosti alebo ktorá bola nezvyčajná, teda pri jej riešení nestačilo spoliehať sa na vopred dané procedúry. Tiež mohlo ísť o situáciu, kde sa záchranár rozhodol inak, ako sa od neho očakávalo alebo kedy sa nemohol spoľahnúť na zaužívané postupy.

2.4 Analýza dát

Wong (2003) popisuje dve metódy analýzy dát z CDM. Prvou je štruktúrovaný prístup, ktorý pozostáva z nasledujúcich častí:

1. rozhodovacia tabuľka popisujúca proces rozhodovania na časovej osi s progresívnym prehľbovaním, na ilustráciu toho, ako boli rozhodnutia robené,
2. zhrnutie udalosti,
3. tabuľky analýz rozhodnutí vytvorené na základe a priori rozhodovacieho rámca,
4. identifikácia predmetov záujmu v každej udalosti,
5. zhromaždenie a porovnanie spoločných charakteristík predmetov záujmu naprieč skúmanými udalosťami.

Tento prístup poskytuje systematickú analýzu veľkého objemu dát. Na druhej strane jeho nevýhodou je, že rámec analýzy je vopred daný, čo môže zapríčiniť stratu zaujímavých konceptov v dátach. Táto metóda analýzy je vhodná pri presne zadaní oblasti záujmu výskumu.

Druhý prístup je preto otvorený a vhodný na exploráciu nových konceptov. Nazýva sa prístup vynárajúcich sa tém – ETA (Emergent Themes Approach) a je založený na analýze prepisov rozhovorov a širších konceptov a identifikácii vzťahov medzi nimi (Wong, 2003). ETA pozostáva z nasledovných krokov:

1. Označenie a štruktúrovanie dát pre nájdenie širších vzorov.
2. Vytvorenie novej štruktúry a tém.
3. Preskúvanie každej témy: opätovné označenie a štruktúrovanie.
4. Syntéza.

Z dôvodu exploračného charakteru nášho výskumu sme zvolili práve druhý prístup. Dáta touto metódou analyzovali napríklad Wong a Blandford (2002) pri skúmaní rozhodovania dispečerov operačného strediska.

Všetky rozhovory z nášho výskumu boli prepísané a následne analyzované pomocou programu ATLAS.ti. Tabuľka 1 prináša stručnú charakteristiku skúmaných situácií:

Tab. 1. Stručná charakteristika situácií

| situácia č. | popis situácie |
|-------------|---|
| 1. | Záchrana robotníka v neschodnom teréne (v lese na kopci), na ktorého spadol strom. Bol pri vedomí, mal problémy s típnutím končatín a ich obmedzenou pohyblivosťou. |
| 2. | Dezorientovaná pani s predošlou mozgovou príhodou, stupňujúca sa agresivita počas prevozu. |
| 3. | Pacient (neštandardne veľký a ťažký), ktorý skolaboval pri práci na záhrade (náročný terén), pri vedomí, jedna strana nepohyblivá. |
| 4. | Hlásenie - dievča odpadlo na koncerte, je v bezvedomí. Na základe toho sa záchranár rozhodol vstúpiť do nezabezpečeného priestoru – ohrozenie vlastnej bezpečnosti. |
| 5. | Pacient v domove dôchodcov vdýchol chleba. |
| 6. | Staršia pani, sťažené dýchanie po zmene polohy. |
| 7. | Deväť ročné dievča v bezvedomí, kŕče a vysoké teploty. |
| 8. | Resuscitácia dvanásťročného dievčaťa so striedaním srdečných rytmov. |
| 9. | Pôrod doma v zimnom období v sociálne slabšej rodine, matka tret'orodička. |

3 Výsledky

3.1 Rozhodovanie záchranárov podľa fáz záchrannej akcie

Na základe analýzy udalostí sme rozdelili záchrannú akciu na nasledujúce fázy, ktorým sa budeme podrobnejšie venovať:

1. Prijatie výzvy z KOS (krajské operačné stredisko) a voľba materiálu a pomôcok,
2. Príjazd na adresu a nájdenie pacienta (na miesto určenia),
3. Anamnéza a vyšetrenie pacienta – získavanie informácií,
4. Samotná liečba pacienta, využitie konzultácie s lekárom, privolanie posádky RLP,
5. Transfer k sanitke,
6. Smerovanie pacienta a transfer do nemocnice.

3.1.1 Prijatie výzvy z KOS (krajské operačné stredisko) a voľba materiálu a pomôcok

Záchranná akcia začína prijatím výzvy z operačného strediska. Od nej sa odvíja i tvorba prvotných hypotéz o diagnóze. Záchranári berú výzvu skôr orientačne:

...pri tom to vôbec tak nemusí byť, lebo prideme tam a zistíme, že situácia je úplne iná a vôbec by možno tento postup ani nebol dobrý. (A31167/156)⁷

Človek nahlási hrôzostrašnú situáciu, že havaruje auto, je horiace a ľudia sú vnútri a teraz už človek má všelijaké katastrofálne predstavy a príde na miesto a ľudia v aute nie sú a auto je už úplne zhorené a ľudia ho už hasia a pýtajú sa načo sme prišli. Situácia. Situácia zase opak. Á niekto si buchol hlavu. Ideme tam a mozog mu pomaly vyteká z hlavy. (A31069/044)

Záleží od toho naozaj, že veľa krát tie výzvy z operačného strediska sú buď podcenené a prideme tam a situácia je oveľa horšia, alebo strašne precenené, prideme a situácia je úplne v pohode. (...) A v tom

⁷ Prvé číslo v zátvorke je kód rozhovoru, druhé určuje umiestnenie citácie v texte na základe označenia programu ATLAS.ti

strese volajú a potom to naozaj znie veľmi dramaticky a v skutočnosti to také dramatické nie je. A môže to a funguje to aj naopak. (A31167/298)

Napriek tomu si ale zároveň na základe výzvy vyberajú pomôcky a materiál, ktoré si zoberú zo sanitky:

Preto sme tak nad tým rozmýšľali keď sme sa radili, že čo si zoberieme dovnútra. (A41169/234)

Ale hmm, v podstate aj keď bola takáto, že cievná príhoda, akože človek už niekedy keď ide na tie výjazdy, tak tuší asi, že čo tam bude približne, ale v podstate bol postačujúci vak. (A21169/046)

Áno. Všetko s tým, že môže byť bezvedomie. To znamená batoh, odsávačka, kyslík, defibrilátor. Viac ako na bežný výjazd, hej. Batoh, odsávačka, defibrilátor, kyslík. Čiže v podstate veľké veci ťažké. (A30177/144)

Výber materiálu a pomôcok je okrem výzvy ovplyvnený i vzdialenosťou pacienta od sanitky. V prípade, že je pacient vzdialenejší alebo je stav akútnejší, volia záchranári radšej stratégiu zobrať viac materiálu. Na druhej strane, transportné pomôcky ako nosítka, sedačka, plachta atď. sú väčšinou brané zo sanitky až na druhýkrát, po tom, čo záchranári zhodnotia terén a stav pacienta a pacient je stabilizovaný, teda pripravený na prevoz.

Na základe výzvy sa tiež rozhodujú, či použijú majáky alebo nie:

Ale už boli vlastne aj také stavy, že tiež bolo niečo také nahlásené a v podstate, že sme sa neponáhľali, lebo niekedy nahlásia akože ozaj, že je tam porucha vedomia, že je proste stále v bezvedomí alebo že pacient skolaboval, alebo že už je pri vedomí už dýcha akože komunikuje tak tak oné, proste nejdeme neletíme, tam jak keď je nejaká fakt porucha vedomia, že sme nastavení tak že ideme aj resuscitovať toho pacienta. Ale proste, že je pri vedomí, že není to AŽ taký vážny stav, ale už už pracujeme s nejakými čo by to asi mohlo byť, hej. (A21169/326)

Cieľom je vždy sa čo najrýchlejšie, ale i bezpečne, dostať k pacientovi. Pri akútnych stavoch (napr. bezvedomie, cievná príhoda, pôrod), nehodách a pri detských pacientoch sa spravidla používajú majáky vždy:

No nahlásili nám to, že... Myslím si, že dieťa má krče, že asi z teploty nejaké 9 ročné dieťa, dievča. Tuto v (meste), to je asi 10 km dojazd. No tak sme tam išli. Išli sme teda riadne rýchlo, nezvykneme chodiť až tak, ale k takýmto veciam. Proste rozlišujeme, rozlišujeme tú rýchlosť toho výjazdu predsa len, hej, či sa húka, či sa nehúka. A vtedy

sme išli teda extrémne rýchlo. Je to asi 10 km, vlastne tak jak sme teraz išli cez celé mesto komplet. Bolo to v nedeľu to bolo aj deň si pamätám, takže tých 10 km bolo za 10 minút, čo je extrémny dojazd cez mesto, hej. (A30177/014)

...a keďže bolo vlastne nepriaznivé počasie, šmykľavé cesty takže sme zvolili jazdu pomalším tempom, síce s menším na výstražné majáky, zvukové a svetelné znamenie, tak aj tak sme šli vlastne bezpečne kvôli tomu. Kvôli tej ceste. (A20176/214)

Keď je to trebárs pôrod, keď je to život ohrozujúci stav, tak áno snažíme sa. Keď to, keď je pacient trebárs zaistený alebo nemá žiadne život ohrozujúce príznaky, že by bol ohrozený na zdraví, tak sa snažíme len bezpečne dôjsť do nemocnice. Aj bez použitia zvukových a výstražných. Vzhľadom na to, že to bolo ďaleko, že to bolo trebárs tých 60 km a išli sme po tých starých cestách, trebárs cez mesto, hej kde chodia autá pomaly tak tam sa to prehúkalo. Keď sme išli po mimo mesto, tak stačila aj deväťdesiatka na bezpečný transport. (A20176/220)

V jednom prípade, kedy bolo z KOS nahlásené bezvedomie, sa záchranár rozhodol vstúpiť do nezabezpečeného priestoru. Toto rozhodnutie záchranár z dnešného uhla pohľadu vyhodnotil ako porušenie zásady vlastnej bezpečnosti.

Na znení výzvy teda závisí rýchlosť a bezpečnosť dojazdu a materiál, ktorý si záchranári vezmú zo sanitky. I keď vo všeobecnosti počítajú s tým, že výzva často nie je adekvátna, v skúmaných udalostiach bola výzva osemkrát z deviatich relatívne presná.

3.1.2 Prijazd na adresu (na miesto určenia) a nájdenie pacienta

V situáciách, ktoré sme skúmali záchranári spravidla nemali problém s nájdením adresy. V prípade, kedy miesto nebolo presne určené (zranený robotník v lese), využili spoluprácu s inými robotníkmi, ktorí ich navigovali a čakali na mieste dostupnom pre sanitku:

Väčšinou jak je tá adresa nejasná, že je to niekde v horách, nedá sa presne lokalizovať, sa spojíme s volajúcim a už sa dohodneme pri nejakom orientačnom bode... (A31069/062)

...budú niekde čakať pri ceste alebo nás budú navigovať... (A31069/066)

Priamo na adrese zvyknú čakať volajúci, rodina alebo susedia, ktorí záchranárov navigujú ďalej k pacientovi.

3.1.3 Anamnéza a vyšetrenie pacienta – získavanie informácií

Záchranári získavajú informácie hlavne anamnézou od pacienta, príbuzných a svedkov, vlastným vyšetrením a z predošlej dokumentácie. V tabuľke 2 uvádzame zdroje rozhodujúcich informácií. Pre potreby tejto analýzy sme rozhodujúcu informáciu definovali ako takú, na základe ktorej došlo k zvratu v situácii alebo by sa bez nej situácia vyvíjala inak.

Podrobný rozbor vyšetrení a anamnézy na základe analýzy pozorovaní záchranárskych tímov vo vybranej súťažnej úlohe prináša Gurňáková (2013a).

Tab. 2. Zdroje rozhodujúcich informácií

| rozhodujúca informácia od | N |
|----------------------------------|----------|
| pacienta/ky | 3 |
| rodiny | 3 |
| svedkov (sestričky, učiteľky) | 2 |
| výzva z KOS | 1 |

3.1.4 Samotné ošetrovanie pacienta, využitie konzultácie s lekárom, privolanie posádky RLP

Hlavným cieľom záchranárov je stabilizovať pacienta, predísť ďalšiemu poškodeniu a čím skôr ho transportovať do nemocnice. Kvôli spôsobu liečby a transportu je nutné, aby stanovili jednu prípadne viacero pracovných hypotéz o diagnózach, nie vždy je však v ich možnostiach rozhodnúť o konečnej diagnóze.

Popri samotnom ošetrovaní pacienta sme v rámci rozhodovania identifikovali ďalší bod záchranného procesu, a to využitie konzultácie s lekárom. Samozrejme, nie každá situácia si takúto konzultáciu vyžaduje. Podľa zákona č. 334/2010 Z.z. v znení neskorších predpisov sú záchranári podľa svojho vzdelania oprávnení podávať určité lieky samostatne, iné po konzultácii s lekárom. V takýchto prípadoch, kedy je potrebné podať liek z druhej skupiny, je teda konzultácia nutná. Sú ale i prípady, kedy je možné podať liek, ale zároveň to nie je povinné. Záchranár sa môže rozhodnúť pre prevoz pacienta bez podania lieku, ak to jeho stav dovoľuje. V tomto prípade je konzultácia a podanie lieku na zvážení záchranára. Ďalej môže využiť konzultáciu i v neštandardnom prípade (napr. keď lieky nezabrali tak, ako mali).

V prípade, že záchranár navrhne spôsob liečby a lekár s ním súhlasí, pôsobí to motivačne:

A to ma trochu aj poteší teda, že vidím, že nerobím blbosti a jednoducho rozmýšľam nad tým čo mám robiť, hej. (A32764/048)

3.1.5 Transfer k sanitke

V šiestich prípadoch z deviatich robila transfer k sanitke posádka RZP, v ostatných prípadoch ho vykonala privolaná posádka RLP. Okrem poskytovania anamnestických údajov sú ostatní zúčastnení nápomocní aj pri transporte pacienta (v troch situáciách), napríklad keď je terén neschodný alebo je pacient veľmi ťažký. V jednom prípade posádka spolu s okolím vymyslela neštandardný spôsob transportu, a to pomocou traktora v lese.

3.1.6 Smerovanie pacienta a transfer do nemocnice

V štyroch prípadoch z piatich bolo smerovanie pacienta jasné, podľa vzdialenosti k najbližšej nemocnici. V jednom prípade posádka zvažovala možné smerovanie pacientky s podozrením na psychiatrickú diagnózu na základe postupnosti vyšetrení, ktoré musela pred príjazdom na psychiatriu absolvovať a zároveň na dostupnosti nemocníc.

V súrnych prípadoch záchranári využívali možnosť informovať nemocnicu a vyžiadať si lekára (N = 2), aby čakal príchod sanitky. Tým redukovali čas preberania pacienta a zaistili mu okamžitú pomoc lekára po príchode do nemocnice.

Možné problémy, ktoré sa v tejto fáze vyskytli, bolo stupňovanie agresívneho správania pacienta a nepriaznivá dopravná situácia.

V deviatich situáciách sa problémy vyskytovali po dvakrát vo fáze liečby pacienta v podobe problematického priebehu a dvakrát v podobe rozhodovania sa medzi volaním posádky RLP a samostatným transportom do nemocnice. Dvakrát bol hlavným problémom transfer k sanitke. Pri prijatí výzvy a voľbe materiálu a pomôcok neprišlo k hlavnému problému v žiadnej so skúmaných situácií. Prehľad problémov na základe fázy záchranej akcie prinášame v tabuľke 3.

Tab. 3. Vyskytujúce sa problémy na základe fáz záchrannej akcie

| fáza / situácia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|---|-----------------|--------------------------------------|------------------------------------|---|--------------|----------------|--------------------------|--|--|
| 1. Prijatie výzvy z KOS a voľba materiálu a pomôcok | | | | | | | | | |
| 2. Príjazd na adresu a nájdenie pacienta (rozsah na miesto určenia) | | | | vlastná bezpečnosť, či vstúpiť do nezabezpečeného priestoru | | | | | |
| 3. Anamnéza a vyšetrovanie pacienta – získavanie informácií | | | | | | | | | |
| 4. Samotné ošetrovanie pacienta, využitie konzultácie s lekárom, privolanie posádky RLP | | | | | čakať na RLP | či zavolať RLP | podávané lieky nezabrali | resuscitácia dieťaťa s neštandardným priebehom | pupočná šnúra dieťaťa omotaná okolo krku |
| 5. Transfer k sanitke | neschodný terén | | náročný terén, veľmi ťažký pacient | | | | | | |
| 6. Smerovanie pacienta a transfer do nemocnice | | stupňujúca sa agresivita u pacientky | | | | | | | |

3.2 Ďalšie aspekty rozhodovania

3.2.1 Situácia pre RLP

Situácie, ktoré participanti vyhodnotili ako náročné, mali rôzne charakteristiky. Päť z nich bolo charakterizovaných ako situácia pre posádku RLP, teda pre posádku s lekárom. V prípade, že je posádka RLP obsadená, je vysielaná posádka RZP, ktorá má kratší čas dojazdu. V dvoch prípadoch bolo práve najťažšie rozhodnúť či má posádka RZP čakať na príchod posádky RLP, alebo či zvládne transport sama, a teda pacient bude skôr v nemocnici. V oboch skúmaných prípadoch sa posádka rozhodla nečakať na RLP a akcia dopadla úspešne. Posádky v týchto prípadoch zvažujú, či je potrebné obsadenie druhej posádky:

...ale v tej chvíli sme museli strašne rýchlo konať, strašne rýchlo sa rozhodovať či obsadíme aj ďalšiu posádku, alebo neobsadíme, či ju necháme voľnú, či to zvládneme, nezvládneme... Zhodnotili sme to teda tak, jak sme to zhodnotili. Nakoniec si myslíme, že teda to rozhodnutie bolo správne, lebo sme nemuseli obsadiť posádku s lekárom, ktorá v tej chvíli mohla ísť niekde inde. Nakoniec, aj to, že my sme boli doma a neboli sme obsadení v tej chvíli, v podstate pacientovi zachránilo život. Čiže z tohto istého hľadiska je dobré si zbytočne neobsadzovať posádku, keď ju nepotrebujeme. (A31167/040)

Vlastne nevyhadzovať si tú sanitku neobsadzovať, keby náhodou nejaký vážnejší stav,... (A21169/166)

To je v súlade aj so zisteniami Wonga a kol. (1997), ktorí pri výskume práce operátorov z operačných stredísk identifikovali plánovanie zdrojov ako jeden z piatich hlavných cieľov. Dôvodom je, že -precenenie počtu potrebných posádok vedie k stiahnutiu alebo oneskoreniu ďalších posádok.

V prípade, že je dojazd posádky RLP dlhší ako dojazd posádky RZP do nemocnice, je pre pacienta výhodnejší okamžitý transport, ak to jeho stav dovoľuje:

Skrátka nemali sme na to čas, vedeli sme že musíme ísť čo najskôr do nemocnice a čakanie na lekára by nás iba zdržiavalo. A keďže pacient už začal dýchať sme vedeli, že radšej poďme ako budeme čakať. (A31167/040)

Výhoda prevozu pacienta posádkou RLP je v tom, že v prípade komplikácií môže lekár poskytnúť potrebné lieky:

Keby už došlo k situácii, že je nutné podávať aj nejakú liečbu, tak v takom prípade naozaj, akože už ten transport s lekárom má väčšie opodstatnenie, lebo už počas transportu môže dostať lieky, takže už to je pre toho pacienta bonus, kdežto nie všetky lieky môžeme podávať a niektoré naozaj len po konzultácii, takže toto portfólio u lekára je výrazne lepšie. (A31167/210)

To, či je k náročným prípadom volaná hneď i posádka RLP záleží nielen od prípadu, ale aj od zváženého dispečera a posádky RZP. Do rozhodovania teda vstupuje i vzťah medzi dispečerom a záchranárom:

A v podstate nás poslali s tým, že sme prvý voz, s tým, že za nás posielajú, ani neviem či posielajú RLP-čku alebo poväčšinou je to tak, že keď je už to taký stav, tak buď posielajú automaticky, alebo to závisí teda, že priznajme sa, že tí dispečeri nás už aj poznajú, aj podľa hlasu a kedysi sme normálne museli nahlasovať ako sa voláme, telefónne číslo jedno s druhým čo už teraz není. Takže oni veľmi dobre vedia, že s kým komunikujú, že aký je ten človek vlastne na tej stanici, v tej posádke, takže aj podľa toho niektorí nás posielajú, že keď vedia, že to zvládnem, tak ma tam pošlú. Keď vedia, že to je niekto taký, že vie, že to nezvládne, tak radšej ho tam neposiela. Alebo ho posielala s tým, že vieš čo, posielam ti hneď RLP-čku, hej. Ale akože u mňa skôr sa stáva teda, možno aj tým, že praxovo už som tam dlhodobejšie a roky sa poznáme aj s tými dispečermi, tak „chod' tam proste, není voľná RLP-čka, ak budeš niečo potrebovať, tak si zavolaj“... (A32764/022)

A vtedy sme boli s kolegom úplne rozhodnutí, že určite teda budeme pokračovať sami a že teda sme cestou operačného strediska operátorky povedali, že teda nechceme lekára, ktorá ona to síce vnímala tak, že teda nebola si celkom istá našim rozhodnutím, ale teda rešpektovala ho. (A31167/092)

Do rozhodovania sú teda zapojení operátori, záchranári a prípadne i lekári v rámci konzultácie. Keďže len záchranári sú na mieste, je nutné, aby zdieľané informácie boli čo najpresnejšie. Podľa Hollanda, Hutchinsa a Kirsha (2000) sa distribuovaná kognícia zaoberá kognitívnymi procesmi, ktoré sa dejú kdekoľvek, na základe funkčných vzťahov medzi elementmi, ktoré spolupracujú v rámci systému. Ako uvádzajú Furniss a Blandford (2006), spolupráca medzi operačným strediskom, volajúcim a posádkou vyžaduje plynulú koordináciu a komunikáciu medzi zúčastnenými.

Okrem rozhodnutí, ktoré sa dajú zaradiť do jednotlivých fáz záchranej akcie, sú tu ďalšie charakteristiky rozhodovania, ktoré sa môžu prejavovať v rámci všetkých jej fáz.

3.2.2 Využitie predošlých skúseností v procese rozhodovania

Predošlé skúsenosti patria k tvorbe expertnosti a často sú implicitné, podvedome spracovávané, pričom každá skúsenosť má potenciál prispieť k rozvoju profesionálnych zručností. Čím viac má človek skúseností, tým rýchlejšie je schopný identifikovať ako prvú tú najdôležitejšiu informáciu (Orasanu, Connolly, 1993). Kvalita rozhodnutí môže teda závisieť aj od skúseností rozhodovateľa s podobnými situáciami (Cesna, Mosier, 2005). Kahneman a Klein (2009) považujú skúsenosti za stavebné kamene správnej intuície, ktorá sa však môže rozvíjať len vo validnom prostredí. Autori považujú medicínske prostredie za vysoko validné, teda umožňujúce vypestovať si správnu intuíciu. V skúmaných situáciách bola v jednom prípade takáto skúsenosť explicitne formulovaná a aj na jej základe záchránarka postupovala rýchlejšie a efektívnejšie - aplikovala postup, ktorý umožnil predísť resuscitácii pacienta. Uvádzame ju ako príklad:

Priznám sa, že ja som takúto situáciu veľmi podobnú zažila možno pred trištvrte rokom, čiže som to mala ešte také veľmi živé. Že teda málokedy sa vám stanú takéto situácie v tak krátkom intervale po sebe. A takže mala som to ešte také dosť živé v pamäti. Ale... (...) Tiež to bola prekážka v dýchacích cestách takisto, len tam sme o tom nevedeli. Tam sme o tom nevedeli a išli sme resuscitovať, lebo už ten bol stav bol na resuscitáciu a o prekážke sme, prekážku sme zistili, až keď som sa snažila zaviesť do krku trubičku, a tak som zistila, že mi to nejde a až vtedy som teda pozrela do krku a zistila som, že tam niečo je. Nevedela som čo a po vytiahnutí som až zistila, že že v podstate prvotný problém bol ten, že bola prekážka v krku. Čiže preto hovorím, že ale vtedy sme o tom nevedeli, lebo neboli tam svedkovia, nikto nám nevedel povedať, prečo tam leží. Čiže sme, nebolo to to prvé, že by sme okamžite išli hľadať prekážku a odstraňovať ju. Tu sme cielene išli. Preto to bolo také veľmi rýchle, a preto tak rýchlo on aj to dýchanie sa obnovilo, a preto nedošlo k zástave. Tam už bola zástava a bolo všetko. (A31167/266,268)

Okrem reálne získavaných skúseností sú nápomocné i tie zo súťaží, keďže modelové prípady umožňujú vyskúšať si i netradičné situácie.

Súťaže navyše poskytujú okamžitú spätnú väzbu, a to od expertov v obore.

...bol som týždeň na pôrodnici a bolo tam 3-4 pôrody a z toho boli 3 cisárske a jeden bol normálny, takže ja som sa tam moc toho ako nenaučil, to sa priznám, preto som bol na tých súťažiach, aby som sa tam zdokonaľoval. (A20176/230)

V prípade, že súťažia tímy, ktoré spolu zvyknú pracovať, má účasť na súťažiach potenciál rozvíjať i tímovú spoluprácu:

Ja som bol s kolegom, s ktorým som bol zohratý, čiže chodieval som s ním na súťaže a odtiaľ mám tie, odtiaľ sme vlastne nacvičení, že keď treba čosi urobiť, tak jednoducho nemusím ani povedať a už som to mal v ruke, no. (A20176/118)

3.2.3 Spolupráca

Záchranári vysoko oceňovali a pozitívne hodnotili spoluprácu s kolegami.

Ale už sme tak zohratí každý s každým, čiže už vieme presne, kto čo má robiť. Neni to o tom, že teraz by niekto musel niečo dirigovať a druhý by ho poslúchal alebo naopak, ale proste robíme tak tímovo. Že už... Lebo je nás tu 6. Čiže poznáme sa, už by som povedal dokonale, lebo tých zásahov tu máme dosť veľa. Čiže každý s každým pracuje. (A41169/222)

Áno, my sme vlastne tuto čo sme na stanici, tak my sa tuto poznáme a vieme, ako každý kto pracuje. A vieme v podstate, čo kto spraví, keď prídeme na výjazd. (A31068/072)

Zo zákona musí byť v posádke RZP jeden záchranár, druhý môže byť vodič – nezáchranár. Skúmané posádky sa však spravidla skladali z dvoch záchranárov, ktorí mali rovnaké alebo podobné kompetencie (podľa vzdelania). Situácie, kedy je druhý člen posádky vodičom opisujú nasledovne:

On spolupracuje, ale on nemá v čom spolupracovať. On vám môže podávať, hej, on vám môže na papieri napísať rodné číslo a meno, ale vy musíte skonzultovať, vy si to musíte natiahnuť, vy to musíte podať a vy to musíte ešte aj zapisovať s časmi. Ako to je katastrofa. To je katastrofa. (A30177/134)

...lebo ja som tam bola s kolegom, ktorý bol len vodič, nebol záchranár. Tuto máme, záchranári sme všetci, ale tam bol len vodič, čiže on po tej odbornej stránke tam nejaká opora nebola v tom, že by som sa

vedela s (...). Ten vodič vie, že on má resuscitovať, že on stláča hrudník, on robí umelé dýchanie, ale že nevie nevie poradiť s tou ďalšou odbornou nejakou... (A20178/026)

Niektorí tí vodiči sú šikovní. Robia dlho, to je o tom, ale on to nesmie spraviť, to je problém. (A30177/136)

Ak posádka tvoria dvaja záchranári, na rozdiel od zoskupenia vodič – záchranár, konzultujú spolu, majú v sebe nielen ľudskú, ale i odbornú oporu.

A snažím sa vždycky a ja to tak vnímam, že teda by sme to mali si všetko odkonzultovať a so spôsobom terapie by sme mali teda súhlasiť obidvaja. (A31167/142)

...že v podstate keď sme dvaja záchranári, keď jeden si takto nevie rady alebo si nie je istý, tak sa poradí čo dáme, dáme toto, dáme toľko toho, spravíme tento postup... (A20178/026)

I keď oficiálne vždy vedie konkrétny zásah iba jeden záchranár, v skúmaných situáciách vnímali záchranári rozhodnutia spravidla ako spoločné:

Tak ako, s tým spoločným uvážením sme zistili vlastne, že to lehátko neprichádza do úvahy vlastne kvôli tomu terénu takže jednoznačne... (A21169/112)

Čiže tak sme sa teda obidvaja zhodli na tom, že ideme a nebudeme čakať, zdržiavať sa na mieste, keď by to asi pre pacienta nebolo to najlepšie riešenie. (A31167/040)

Ďalšia výhoda kolegu záchranára je v možnosti vzájomne sa dopĺňať:

To vlastne, keď to nenapadlo mňa, tak to napadlo kolegu. On sa niečo on spýtal, sme tak naučení sa dopĺňať. (A20176/222)

S tým kolegom sa to prejavilo tak, že vlastne sme boli ako ľavá a pravá ruka. Že vedela ľavá ruka čo robí pravá. (A20176/256)

Tento systém prináša lepšie pracovné podmienky záchranárom a zároveň rýchlejší postup pri vyšetrení a liečbe pacienta:

Tam bol vlastne druhý záchranár, preto je to dobré, hej, že má rovnaké kompetencie ako ja s tým naším vzdelaním, a to proste je všetko rýchlejšie, keď ste takáto posádka. Všetko je to o čase. (A30177/132)

Robil som aj v takých posádkach, hej, kde sme mali iba šoférov a boli šikovní, ale tam je zdržanie časové podľa mňa jednoznačne. (A30177/140)

Neviem si to predstaviť, nechcem to zažiť, ani už nechcem robiť nikdy s niekým, kto nie je zdravotník... (A30177/092)

3.2.4 Efektivita prispievajúca k redukcii času potrebného na vyšetrenie a transport pacienta

V sledovaných situáciách zvyšovali záchranári svoju efektivitu tromi spôsobmi. Prvý bol rozdelením sa. Na začiatku akcie môže nastať z časového dôvodu, kedy jeden ide napred, prípadne berie batoh a druhý berie ťažší materiál a pomôcky (ako napríklad EKG, monitor, defibrilátor, nosítka, atď.):

...keď je treba resuscitovať, vždycky beriem batoh a utekám ako prvá, pretože v batohu na to prvé mám všetko, čo potrebujem a kolega je to trošku pracnejšie, trebárs zobrat' ten monitor, zobrat' odsávačku. Čiže, ten druhý urobí toto, čo trvá o pár sekúnd viac, lebo batoh máme hneď, keď otvorím dvere. A dobehne, čiže nezdržiavame sa tam obidvaja, aby sme... snažíme sa, aby to....efektívne využijť. (A31167/146)

Ja som prišla prvá, pretože (kolega) bral ruksak, defik a všetky tieto prístroje s tým, že ona nás tam dole čakala a kričala, že to dieťa umiera, tak (kolega) mi povedal: „bež, ja všetko vezmem,“ akože silný chlap, takže ja som to vlastne nechala na neho... (A20178/028)

Druhým dôvodom bolo viacero zranených, kedy sa každý záchranár venuje jednému pacientovi:

Niekedy sa stane, že sú tam viacerí zranení, tak potom sa rozdelíme už a každý má toho svojho, hej. (A30177/096)

K rozdeleniu dochádza často i po stabilizácii pacienta, kedy po zvážení jeho stavu a stavu terénu je identifikovaná vhodná pomôcka na transport, pričom ten, ktorý vedie zásah, zostáva pri pacientovi a druhý záchranár ide po transportnú pomôcku.

Ďalší využívaný spôsob ako ušetriť čas je vzájomné dopĺňanie sa pri vyšetrení a odoberaní anamnézy, záchranári často pracujú naraz:

...ešte dôležité je, že medzi tým už sme stihli, keďže sme tam dvaja, čiže ja som odstraňovala prekážku, kolega už stihol naložiť elektródy, monitor, ktorý sme mali. (A31167/070)

Posledný spôsob, ktorý sme identifikovali v analyzovaných situáciách, je využívaný pri prevoze pacienta vo vážnom stave, kedy si posádka RZP vyžiada lekára prostredníctvom operačného strediska, aby ich v nemocnici čakal na príjme:

...tak sme nahlásili akože aby nás neurológ čakal dole. Vlastne. Aj keď nezvyknú čakať, že vlastne že keď my prídeme, zavolajú akože tam telefón, že máme pacienta, ale teraz ako sme si vyžiadali, akože aby nás neurológ čakal, lebo vlastne bol to dosť dosť vážny stav. (A21169/032)

...sme nahlásili, že teda transportujeme pacienta už a poprosili sme ich, aby upozornili alebo teda oznámili na JIS-ke, že teda vezieme pacienta, ktorý mal taký a taký problém, aby nás tam teda čakal lekár. (A31167/258)

3.3 Problémy, s ktorými sa záchranári potýkajú

3.3.1 Nedostatok spätnej väzby

Podľa zákona č. 578/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov je povinnosťou záchranárov celoživotne sa vzdelávať. Ako uvádzajú Teunissen a Dornan (2008), aj keď je potreba celoživotného vzdelávania v medicínskej oblasti rozpoznávaná, školy na ňu študentov dostatočne nepripravujú. Jednou zo základných požiadaviek učenia sa z vlastnej skúsenosti je práve znalosť správnosti svojho rozhodnutia. Kumalasari (2010) vo svojej práci uvádza, že študenti, ktorým bolo poskytnuté review a feedback od expertov, sa zo simulácií naučili viac ako kontrolná skupina, kde feedback a review poskytnuté neboli. V praxi to pre záchranárov znamená, že sa môžu naučiť zo svojich predošlých skúseností viac, ak vedia, či ich odhad diagnózy alebo návrh liekov bol správny. Momentálne na Slovensku neexistuje systematické poskytovanie informácií o zdravotnom stave pacientov, ktorých záchranári ošetrovali. Niektorí záchranári pátrajú po týchto informáciách neformálnou cestou:

...keď máme takéto zaujímavé prípady, tak volám do nemocnice, že ako to dopadlo, či som to dobre zdiagnostikovala. Takže viem, že som to teda odhadla. (A32764/038)

...a keď sme časom sa informovali, tak ten pacient naozaj prežil bez toho, že by mal nejaké komplikácie alebo poškodenie mozgu. (A31167/040)

...vlastne bol odoslaný pacient na CT-čko a nakoniec sa zistilo, vlastne, že mal mal krvácanie do mozgu... (A21169/032)

Hmm, je to problém sa dopátrať, túto spätnú väzbu my moc nemáme, keď sa aktívne nezaujíname, ale bolo to dievča, vlastne, vezené

sem na ARO do (mesta), ešte aj my sme išli vlastne za nimi (...) oni nič nezistili tu, išla asi za pol dňa do Bratislavy a tam cez nejaké kolegyne tuto, že kto koho pozná, sestričky, sa zistilo, že ani nevedia v podstate nevedeli, z čoho to mohla mať, ale uzavreli to ako status epilepticus, že ale epilepsia. Ale neboli si istí. No a už potom nejakú väzbu nemám, akurát jediné viem, že je v pohode to dievča, že nemá poškodenie, čo aj pre mňa bolo také, úľava no. (A30177/016,018)

Nie vždy je však táto stratégia úspešná:

...a teda už sme ju tam odovzdali, ale čo už bolo potom ďalej s ňou, to už akože neviem. Aj som teda pátrala po tom, pýtala sa, ale nedopátrala som sa. (A31068/030)

Jedna zo situácií, kde záchranári môžu dostať spätnú väzbu, je pri podávaní liekov po konzultácii s lekárom. V prípade, že pacient potrebuje liečbu, má záchranár na výber z niekoľkých možností: môže čakať na príchod posádky RLP, teda lekára; môže zavolať lekárovi a konzultovať s ním stav pacienta, následne môže lekár nariadiť podanie liekov alebo môže záchranár už sám navrhnúť, ktoré lieky by podal:

...že konzultoval takým štýlom, že podali by sme toto a toto a on, že áno dobre, to je správne, hej. Podajte. (A30177/130)

Posledná možnosť mu dáva príležitosť konfrontovať svoj úsudok a zhodnotenie situácie a s názorom lekára. Ďalšia spätná väzba na podané lieky je priamo reakcia pacienta, zlepšenie alebo zhoršenie jeho stavu.

Záchranári vyhľadávajú informácie o správnosti svojich hypotéz hlavne pri zaujímavých alebo neštandardných prípadoch. Systematické poskytovanie informácií o prípadoch, s ktorými sa záchranári stretávajú, by prispelo k zefektívneniu učenia sa z vlastných skúseností.

3.3.2 Výjazdy, zneužitie

Podľa štatistických údajov Operačného strediska záchranej zdravotnej služby bol na Slovensku v roku 2012 priemerný počet primárnych zásahov⁸ RZP za deň 4,3. V mestách, v ktorých pôsobia skúmané posádky je tento priemer o niečo vyšší. Táto tendencia je

⁸ tie sú vykonávané za účelom poskytnutia neodkladnej prednemocničnej starostlivosti (samostatne alebo v spolupráci s inými záchrannými zložkami) a zabezpečenia transportu postihnutého z terénu k primárnemu nemocničnemu ošetrovaniu

rovnaká i u sekundárnych zásahov.⁹ Posádky, ktoré sa zúčastnili výskumu, sú mierne nadpriemerne zaťažené v porovnaní s priemerom na Slovensku (tabuľka 4).

Tab. 4. Priemerný počet primárnych a sekundárnych zásahov na Slovensku a vo vybraných mestách

| | primárne zásahy | trvanie od | do | sekundárne zásahy | trvanie od | do |
|-----------------------------|-----------------|------------|---------|-------------------|------------|---------|
| priemer na Slovensku | 4,3 | 1:07:56 | 1:18:58 | 0,44 | 2:20:10 | 3:09:05 |
| priemer v skúmaných mestách | 5,248 | 1:06:18 | 1:42:28 | 0,49 | 1:33:43 | 3:48:23 |

* údaje sú udávané za deň

* zdroj www.emergency-slovakia.sk/buxus/docs/Zasahy_posadky_ZZS_2012_WEB_2.pdf

Tieto štatistické údaje nerozlišujú medzi výjazdmi k opodstatneným a neopodstatneným prípadom. Tie druhé záchranári vnímajú negatívne (viď tiež Gurňáková, 2013b):

...niekedy nahlásia strašný stav a čaká pred bránou s kabelami zbalený, že no dobre môžete ma odviezť. (A31069/044)

...ale akože veľmi veľa výjazdov býva proste, no neopodstatnených, že ozaj. Strašne veľa sa chodí k rôznym spoluobčanom v podstate akože kvôli strašným banalitám. Vlastne bolestiam hlavy, tlaky, akože si zmerať tlak a to je všetko. Takže tých 70 % sa chodí vlastne k banálnym bľbostiam v podstate, keď sa tak povie. (A21169/166)

Neindikované výjazdy vnímajú záchranári demotivujúco, ako zneužitie.

3.3.3 Stres

Ako uvádzajú Regehr, Goldberg a Hughes (2002), napriek tomu, že sa záchranári naučili zvládať emocionálne náročné situácie a vyrovnávať sa s nimi, môže niekedy nastať udalosť, ktorá môže vyvolať symptómy traumatického stresu. Napríklad v prípade úmrtia dieťaťa až 78% záchranárov pocíťovalo emocionálny stres ako výsledok prežitej situácie (Regehr et al., 2002). V spomínanom výskume záchranári uvádzali, že

⁹ preprava osôb, ktorých zdravotný stav si to vyžaduje, medzi zariadeniami ústavnej zdravotnej starostlivosti

najväčšou oporou sú pre nich rodina a priatelia. Okrem týchto zdrojov môže zvládanie stresu facilitovať i organizácia.

Na rozdiel od zdravotníckych záchranárov, zamestnanci krajských operačných stredísk záchrannej zdravotnej služby majú k dispozícii psychológa, ktorý poskytuje nasledovné služby:¹⁰

- posudzovanie úrovne psychickej spôsobilosti prostredníctvom psychodiagnostických metód,
- psychologická odborná príprava formou vzdelávania, individuálneho a skupinového koučingu, psychologického poradenstva, tvorba učebných textov,
- realizácia programu duševného zdravia,
- psychosociálna starostlivosť,
- krízová intervencia pri udalostiach s traumatizujúcim potenciálom,
- aplikovanie zásad psychohygieny formou psychologickéj osvety,
- prevencia nežiaducich následkov pri zvládaní psychicky záťažových situácií spojených s výkonom formou manažmentu stresu,
- prezentovanie odborných informácií, postupov a publikačná činnosť,
- realizácia tréningov a nácvikov špecifických zručností v oblasti komunikácie, tímovej spolupráce, riadenia ľudských zdrojov atď.,
- príprava a realizácia projektov a špeciálnych programov súvisiacich s psychologickou činnosťou.

Keďže sú záchranári tiež vystavení stresovým situáciám, ich práca je často emocionálne náročná (Gurňáková, 2013b) a spôsob regulácie emócií (Adamovová, Halama, 2013) ovplyvňuje ich výkon (Gurňáková, 2013c, d), je vhodné, aby mali tiež možnosť využiť i služby psychológa, v prípade záujmu, napríklad ak zažijú emocionálne extrémne náročnú udalosť.

Ak záchranári vyhodnotili situáciu ako extrémne stresujúcu, zo spätného pohľadu reflektovali vlastné chyby a pamätali si čas a niekedy i dátum výjazdu.

Štandardne na výjazde nemávam strach nikdy, ale teraz som mal strach a nevedel som, čo mám robiť v tej chvíli. (...) Uvedomujem si, že

¹⁰ zdroj: http://www.emergency-slovakia.sk/psychologicka-cinnost.html?page_id=501

som porušil predpis, ktorý som mal dodržať, že jednoducho do bezpečného priestoru mám vstúpiť. (A41169/026)

Takže priebeh tej KPR-ky bol asi taký, že v podstate veľký stres tam bol, takže nedokázala som to tak nejak od seba odbúrať, že v podstate stále som bola tak v napätí, (...). Že v podstate mohla som postupovať skôr, keby som nebola pod tým stresom, tak akože rýchlejšie, profesionálnejšie, nemusela som konzultovať, či môžem dávať adrenalin a koľko ho mám dať a takéto veci, lenže vtedy to bolo také celé, že som bola taká veľmi vystresovaná. (A20178/012)

Uvedené príklady ilustrujú, že i práca záchranára so sebou prináša stresové situácie, ako to dokladajú i vyššie spomínané štúdie. Pre objasnenie vzťahov medzi prežívaním stresu, jeho reguláciou a výkonom v náročných situáciách je ale potrebný ďalší výskum, ktorý by sa touto problematikou detailnejšie zaoberal.

4 Diskusia

Tento výskum sa zamerlal na zmapovanie problémov záchranárov týkajúcich sa rozhodovania v náročných situáciách a výkonu ich profesie. Zásah záchranárov sme rozdelili na šesť fáz a identifikovali sme v nich nasledujúce oblasti náročné na rozhodovanie: neštandardne prebiehajúce ošetrovanie pacienta (komplikácie, lieky neúčinkovali podľa predpokladu), rozhodnutie, či zavolať posádku RLP, alebo či situáciu zvládne posádka RZP sama, otázka vlastnej bezpečnosti, problém pri prevoze pacientky a náročný terén pri transporte pacienta. Ďalšie problémy, s ktorými sa záchranári potýkajú, sú nedostatok spätnej väzby, čo im neumožňuje porovnať svoje hypotézy a rozhodnutia s hypotézami lekárov v nemocniciach a s vývojom zdravotného stavu ošetrovaného pacienta; demotivačné pôsobenie neindikovaných výjazdov a vyrovnávanie sa so stresovými situáciami.

Vo vybraných situáciách sa prejavilo explicitné využitie skúseností v rámci riešenia kritickkej situácie. Naši respondenti pozitívne hodnotili spoluprácu s kolegami a zdôrazňovali prínos záchranárskej dvojice, kedy druhý záchranár poskytuje nielen osobnú, ale aj odbornú podporu, na rozdiel od dvojice záchranár – vodič.

Ďalej sme identifikovali tri stratégie, ktorými záchranári redukujú čas potrebný na ošetrovanie a prevoz pacienta do nemocnice. Sú nimi

rozdelenie sa, vzájomné dopĺňanie sa a v naliehavých prípadoch vyžiadanie si lekára, aby čakal na príjme v nemocnici.

Dôležitosť komunikácie a vzájomnej spolupráce, ako aj vzájomné dopĺňanie sa, uvádza i Gurňáková (2013a) vo výskume výkonu záchranárov vo vybranej súťažnej úlohe.

5 Identifikácia širších tém a formulácia otázok

V našom výskume sme načrtli, v ktorých oblastiach rozhodovania záchranárov dochádza k náročným situáciám, s akými problémami sa potýkajú.

Pre hlbšie pochopenie týchto procesov by bolo vhodné zamerať sa v nasledovných výskumoch na konkrétne situácie, kde sa problém vyskytol v tej istej fáze rozhodovania alebo mal rovnaký charakter. Z tohto dôvodu navrhujeme možné formulácie otázok pri vyhľadávaní týchto situácií (tab. 5):

Tab. 5. Formulácie otázok pri hľadaní špecifických náročných situácií

| výskumná oblasť | otázka |
|-------------------------------|---|
| Neštandardný postup | Zažili ste situáciu, kedy ste sa rozhodli nedodržať predpisy alebo zaužívané postupy? |
| Situácia pre RLP | Museli ste riešiť situáciu, ktoré je štandardne pre posádku RLP? |
| Problémy s okolím | Zažili ste situáciu, kedy boli okolití ľudia agresívni alebo nespolupracujúci? Zažili ste situáciu, kedy Vám ľudia na mieste nehovorili pravdu o situácii? |
| Emócie, stres a ich regulácia | Sú nejaké situácie, ktoré sú pre Vás všeobecne náročnejšie a stresujúcejšie? V akých situáciách pociťujete nadmernú alebo najväčšiu záťaž? Ktorá konkrétna situácia bola pre Vás najstresujúcejšia, mala na Vás dlhodobý dopad? |
| Konzultácia s lekárom | Zažili ste prípad, kedy ste museli konzultovať s lekárom a mali ste rozdielny názor? |
| Profesionalita | Zažili ste situáciu, ktorá bola náročná pre Vaše profesionálne schopnosti? |
| Vlastná bezpečnosť | Spomínate si na situáciu, kedy bola ohrozená Vaša vlastná bezpečnosť alebo kedy ste museli riešiť otázku vlastnej bezpečnosti? |

Keďže na výbere situácie je priamo závislá i kvalita získaných dát, je vhodné účastníkom navrhnúť, aby popísal niekoľko takýchto situácií

a potom spolu s ním vybrať tú najoptimálnejšiu vzhľadom na výskumný cieľ.

Každá oblasť výskumu má svoje špecifiká, pri výskume záchranárov preto navrhujeme doplniť otázky metódy kritických rozhodnutí o skúmanie týchto oblastí (tab. 6):

Tab. 6. Prehlbujúce otázky špecifické pre výskum rozhodovania záchranárov

| | Prehlbujúce otázky |
|---------------------------|--|
| Presnosť výzvy | Bola výzva adekvátna v tomto prípade? Stretli ste sa na mieste s tým, čo bolo nahlásené? Bol prípad naopak zložitejší alebo jednoduchší? |
| Okolie | Ako reagovalo okolie? Aká bola atmosféra? Ako sa správali ľudia naokolo? Boli nápomocní? V čom Vám pomohli? |
| Výber materiálu a pomôcok | Aké pomôcky a materiál ste si zobrali v tomto prípade? Čo ste ešte zvažovali? Prečo ste nezobrali niečo iné? |
| Použitie majákov | V akých situáciách používate a naopak, v ktorých nepoužívate majáky (príjazd na adresu, transport pacienta)? Prečo? |
| Dobry záchranár / kolega | Aký by mal byť podľa Vás ideálny záchranár a kolega? Vďaka čomu sa Vám s kolegami dobre/zle spolupracuje? |
| Vedenie zásahu | Ako si delíte vedenie zásahu v prípade, že majú obaja záchranári rovnaké vzdelanie? |
| Smerovanie pacienta | Zvažovali ste rôzne možnosti smerovania pacienta? Aké? Ktoré boli zvažované, ktoré nie a prečo? |
| Sebaregulácia | Ako sa vyrovnávate so stresovou/traumatickou situáciou (na mieste, po situácii)? Kto je Vám oporou v náročných situáciách? |
| Súťaž | Chodíte na súťaže? Ako často? Prečo áno, prečo nie? Čo Vám súťaže dávajú? |
| Motivácia | Prečo ste si vybrali túto prácu? Čo Vás pri nej drží? |

6 Záver

Náš výskum naznačuje, že napriek faktu, že je výzva z operačného strediska často nepresná, je dôležitá pre rozhodnutia týkajúce sa použitia majákov a výberu materiálu a pomôcok.

Okrem toho, záchranári na jej základe vytvárajú i prvotné hypotézy o prípade. Ďalej sa zistilo, že s cieľom získať čo najviac informácií využívajú záchranári všetky dostupné zdroje: od vlastného pozorovania, anamnézy a vyšetrenia pacienta, cez informácie od príbuzných alebo svedkov, až po dokumentáciu o predošlej hospitalizácii pacienta. Získavanie informácií je nevyhnutné pre tvorbu hypotéz o diagnóze a stanovenie ďalšieho postupu. Z toho dôvodu je komunikácia s pacientom

a jeho okolím kľúčová, lebo na nej priamo závisí kvalita a počet získaných informácií. Bolo by teda vhodné zamerať pozornosť i na rozvoj tejto oblasti.

V celom rozhodovacom procese má dôležité miesto kolega – záchranár. Ten okrem vzájomného dopĺňania sa slúži aj ako odborná i ľudská opora v náročných situáciách. Ďalšie premenné vstupujúce do rozhodovania záchranára sú legislatívne, teda či môže alebo musí konzultovať s lekárom, ktoré zákroky smie/nesmie urobiť. Iné problémy, ktoré vplývajú na prácu záchranárov, sú nedostatok spätnej väzby, demotivácia spôsobená neindikovanými výjazdmi a ťažkosti vo vyrovnávaní sa so stresom.

V závere prinášame prehľad situácií, ktoré sú zaujímavé pre výskum rozhodovania záchranárov a doplnenie prehlbujúcich otázok, relevantných pre túto oblasť.

Treba brať do úvahy, že táto štúdia vychádza z obmedzeného počtu skúmaných situácií, ktoré nie sú prototypické. Ako respondenti sami vravia, žiadna situácia nie je rovnaká. Na viac, viaceré výsledky sa potvrdili i pri analýze pozorovaní záchranárov pri výkone v súťažnej úlohe „Káča“ (Gurňáková, 2013a), a to konkrétne dôležitosť komunikácie s pacientom a kolegom, redukcia času potrebného na vyšetrenie pacienta u úspešnejších posádok. Rôzne metodológie, pozorovanie a rozhovory, teda priniesli rovnaké závery, čo zvyšuje validitu výsledkov. Výskum prináša nové poznatky o rozhodovaní záchranárov, ale vzhľadom na jeho rozsah a hĺbku však slúži skôr orientačne v danej problematike a ukazuje možný smer ďalších výskumov. V nasledujúcich štúdiách by bolo vhodné pristúpiť nielen k rozšíreniu vzorky, ale i konkrétnejšie sa zamerať na jednotlivé aspekty rozhodovania záchranárov v takýchto náročných situáciách.

Literatúra

ADAMOVOVÁ, L., HALAMA, P., 2013, Emócie a emočná sebaregulácia v práci zdravotníckych záchranárov: kvalitatívny prístup. In: J. Gurňáková a kol., *Rozhodovanie profesionálov: Sebaregulácia, stres a osobnosť*. Bratislava: ÚEP SAV, v tlači.

CESNA, M., MOSIER, K., 2005, Using a Prediction Paradigm to Compare Levels of Expertise and Decision Making Among Critical Care Nurses. In: H. Montgomery, R. Lipshitz, B. Brehmer (Eds.), *How Professionals Make Decisions*, Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 107-117.

CRANDALL, B., CALDERWOOD, R., 1989, *Clinical assessment skills of experienced neonatal intensive care nurses*. OH: Yellow Springs.

CRANDALL, B., GETCHELL-REITER, K., 1993, Critical decision method: A technique for eliciting concrete assessment indicators from the intuition of NICU nurses. *Advances in Nursing Sciences*, 16, 1, 42-51.

CRANDALL, B., KLEIN, G., HOFFMAN, R.R., 2006, *Working Minds: A Practitioner's Guide to Cognitive Task Analysis*. Analysis. MIT Press.

FLANAGAN, J.C., 1954, The critical incident method. *Psychological Bulletin*, 51, 4, 165-185.

FURNISS, D., BLANDFORD, A., 2006, Understanding emergency medical dispatch in terms of distributed cognition: a case study. *Ergonomics*, 49, 12-13, 1174-1203.

GURŇÁKOVÁ, J., 2013a, Ako vzniká diagnóza? Psychologická analýza postupu posádok RZP v súťažnej úlohe "Káča" na Rallye Rejvíz 2010. In: J. Gurňáková a kol., *Rozhodovanie profesionálov: Sebaregulácia, stres a osobnosť*. Bratislava: ÚEP SAV, v tlači.

GURŇÁKOVÁ, J., 2013b, Zdroje akútneho a chronického stresu v práci zdravotníckych profesionálov. In: J. Gurňáková a kol., *Rozhodovanie profesionálov: Sebaregulácia, stres a osobnosť*. Bratislava: ÚEP SAV, v tlači.

GURŇÁKOVÁ, J., 2013c, Úloha negatívneho emočného prežívania v rozhodovaní zdravotníkov a ich širšie psychologické súvislosti. In: J. Gurňáková a kol., *Rozhodovanie profesionálov: Sebaregulácia, stres a osobnosť*. Bratislava: ÚEP SAV, v tlači.

GURŇÁKOVÁ, J., 2013d, Význam sebaregulácie emócií v zvládaní záťaže a schopnosti efektívneho rozhodovania zdravotníckych

- profesionálov. In: J. Gurňáková a kol., *Rozhodovanie profesionálov: Sebaregulácia, stres a osobnosť*. Bratislava: ÚEP SAV, v tlači
- HARENČÁROVÁ, H., 2013a, Skúmanie intuície z pohľadu naturalistického rozhodovania - Metóda kritických rozhodnutí. In: R. Hanák, E. Ballová Mikušková, V. Čavojová (Eds.), *Rozhodovanie a usudzovanie IV., Aplikácie a limity intuície*. Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV, 49-70.
- HARENČÁROVÁ, H., 2013b, Predstavenie metódy kritických rozhodnutí. In: A. Neusar, L. Vavrysová (Eds.), *Kvalitatívni prístup a metódy vo viedach o človeku XII. Hranice normality*. Olomouc: Univerzita Palackého, 359-367.
- HOFFMAN, R.R., CRANDALL, B., SHADBOLT, N.R., 1998, Use of the Critical Decision Method to Elicit Expert Knowledge: A Case Study in the Methodology of Cognitive Task Analysis. *Human Factors*, 40, 2, 254-276.
- HOLLAN, J., HUTCHINS, E., KIRSH, D., 2000, Distributed cognition: Toward a New Foundation for Human-Computer Interaction Research. *ACM Transactions on Computer-Human Interaction*, 7, 2, 174-196.
- KAHNEMAN, D., 2002, Maps of bounded rationality: A perspective on intuitive judgment and choice. *Nobel Prize Lecture*, 8, December, 449-489.
- KAHNEMAN, D., KLEIN, G., 2009, Conditions for intuitive expertise: a failure to disagree. *American Psychologist*, 64, 6, 515-526.
- KAMHALOVÁ, I., 2013, *Osobnostné aspekty rozhodovania v záťažových situáciách u zdravotníckych profesionálov*. Dizertačná práca. Bratislava, Fakulta sociálnych a ekonomických vied Univerzity Komenského.
- KLEIN, G.A., CALDERWOOD, R., MACGREGOR, D., 1989, Critical Decision Method for Eliciting Knowledge. *IEEE Transactions on Systems, Man, and Cybernetics I*, 19, 3, 462-472.
- KUMALASARI, C.D., 2010, *Simulation, reflection, and feedback in medical education*. ProQuest Dissertations and Theses. University of Missouri - Columbia.
- MILITELLO, L., LIM, L., 1995, Patient assessment skills: assessing early cues of necrotizing enterocolitis. *The Journal of perinatal neonatal nursing*, 9, 2, 42-52.
- ORASANU, J., CONNOLLY, T., 1993, The reinvention of decision making. In: G.A. Klein, J. Orasanu, R. Calderwood, C.E. Zsombok

(Eds.), *Decision Making in Action: Models and Methods*. Ablex Publishing, 3-20.

PATTERSON, M., MILITELLO, L.G., TAYLOR, R., BUNGER, A., WHEELER, D., KLEIN, G., GEIS, G., 2013, Acceleration to Expertise in Healthcare: Leveraging the critical decision method and simulationbased training. In: H. Chaudet, L. Pellegrin, N. Bonnardel (Eds.), *Proceedings of the 11th International Conference on Naturalistic Decision Making (NDM 2013), Marseille, France, 21-24 May 2013*, Paris, France: Arpege Science Publishing, 233-236.

REGHEHR, C., GOLDBERG, G., HUGHES, J., 2002, Exposure to human tragedy, empathy, and trauma in ambulance paramedics. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72, 4, 505–513.

TEUNISSEN, P.W., DORNAN, T., 2008, Lifelong learning at work. *BMJ British Medical Journal*, 336, 7645, 667–669.

TVERSKY, A., KAHNEMAN, D., 1974, Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases. *Science*, 185, 4157, 1124–31.

WONG, B.L.W., 2003, Critical Decision Method data analysis. In: D. Diaper, N.A. Stanton (Eds.), *The handbook of task analysis for human computer interaction*, Lawrence Erlbaum Associates, 327-346.

WONG, B.L.W., BLANDFORD, A., 2001, Situation awareness and its implications for human–systems interaction. *Computer*, 1–6.

WONG, B.L.W., BLANDFORD, A., 2002, Analysing Ambulance Dispatcher Decision Making: Trialing Emergent Themes Analysis. In: F. Vetere, L. Johnson, R. Kushinsky (Eds.), *Proceedings of the HF2002 Human Factors Conference: Design for the whole person: integrating physical, cognitive and social aspects*, Canberra, Australia: Ergonomics Society of Australia.

WONG, B.L.W., O'HARE, D., SALLIS, P.J., 1996, A goal-oriented approach for designing decision support displays in dynamic environments. In: *Proceedings Sixth Australian Conference on Computer Human Interaction*, 1–8.

WONG, B.L.W., SALLIS, J.P., O'HARE, D., 1997, Eliciting Information Portrayal Requirements: Experiences with the Critical Decision Method. *Chart*, 97, 397–415.

WOOLLEY, A., KOSTOPOULOU, O., 2013, Clinical intuition in family medicine: more than first impressions. *Annals of family medicine*, 11, 1, 60–6.

Abstrakt

Kapitola identifikuje problémy rozhodovania záchranárov na základe fáz záchranného procesu, popisuje ďalšie vybrané aspekty súvisiace s rozhodovaním a nakoniec prináša metodologické návrhy na ďalšie skúmanie rozhodovania záchranárov pomocou metódy kritických rozhodnutí. Výskumu sa zúčastnilo 9 záchranárov na pozícii záchranár RZP (♂ = 5, ♀ = 4) z rôznych miest Slovenska. Vek záchranárov sa pohyboval od 26 do 49 rokov, ($M = 35,22$; $SD = 7,032$), počet rokov praxe bol v rozmedzí 4 až 22 rokov ($M = 8,78$; $SD = 5,869$). Dáta sme zbierali metódou kritických rozhodnutí, teda pomocou pološtruktúrovaných rozhovorov. V tejto kapitole vychádzame z analýzy deviatich situácií, ktoré participanti sami zažili a boli v danej situácii zodpovední za rozhodnutia. Najzávažnejšie problémy v rámci rozhodovania sa vyskytli najčastejšie vo fáze samotného ošetrovania/liečby pacienta ($N = 5$), prípadne vo fáze transportu ($N = 3$). Rozhodnutia o výbere materiálu a pomôcok sú vnímané ako menej náročné, čo však neznižuje ich dôležitosť pre rýchly a úspešný zásah. K dôležitým faktorom prispievajúcim k správnym rozhodnutiam patrí komunikácia a získavanie informácií, spolupráca s kolegom a využitie predošlých skúseností.

IX. EMÓCIE A EMOČNÁ SEBAREGULÁCIA V PRÁCI ZDRAVOTNÍCKYCH ZÁCHRANÁROV: KVALITATÍVNY PRÍSTUP

Lucia ADAMOVOVÁ

Ústav experimentálnej psychológie SAV Bratislava

Peter HALAMA

Ústav experimentálnej psychológie SAV Bratislava

Obsah kapitoly

1 Úvod

2 Metóda

3 Výber

4 Opis situácií

5 Postup pri analýze údajov

6 Výsledky

7 Diskusia

8 Záver

1 Úvod

Ako už bolo naznačené v predchádzajúcich kapitolách tejto knihy (pozri kap. 1, 4, 5 – Gurňáková, 2013a, b, c), sebaregulácia emócií hrá v rozhodovaní profesionálov (zdravotníckych profesionálov nevynímajúc) veľmi významnú úlohu. Dôvodom je najmä prítomnosť emócií v procese rozhodovania, ktorá sa vzhľadom na povahu a charakter problému v zdravotníckej praxi dá považovať za priam nevyhnutnú. Samotné rozhodovanie a riešenie problému v rámci zdravotníckej profesie sa totiž uskutočňuje v kontexte pre človeka významných skutočností a závažných dôsledkov, ktorými sú zdravie/choroba a ich prejavy v podobe zlepšenia/zhoršenia kvality života, ba dokonca v podobe dichotómie život vs. smrť. Zdravotnícky pracovník robí množstvo rozhodnutí v takom kontexte, v ktorom jeho rozhodnutie prináša závažné dôsledky pre život jedného človeka, či v niektorých špeciálnych prípadoch dokonca pre skupinu ľudí (napr. epidemiologické problémy). V tomto prípade zdravotnícke povolanie bezpochyby spĺňa charakteristiky naturalistického rozhodovania, ktoré boli definované Orasanu a Connollym (in Zsombok, 1997; pozri aj Halama, 2011), a to: zle štruktúrované problémy (oproti umelým, dobre štruktúrovaným problémom), neisté dynamicky sa meniace problémy (oproti statickému a simulovanému prostrediu), meniace sa, zle definované alebo navzájom súperiace ciele (oproti jasným a stabilným cieľom), časový stres (oproti dostatočnému času na riešenie úlohy), vážne dôsledky rozhodovania (oproti rozhodnutiam bez závažných dôsledkov), atď. Keďže sa v našom príspevku podrobnejšie zaoberáme záchranármi, chceme podčiarknuť, že tieto skutočnosti platia aj na túto skupinu zdravotníckych pracovníkov, ba dokonca sa dá povedať, že vo väčšej miere, než na niektoré iné profesie z tejto oblasti. Zdravotnícki záchranári sú z povahy svojho zamestnania oveľa viac vystavení neistote či neštruktúrovanému prostrediu, keďže pri typickom zásahu je miera informovanosti oveľa nižšia (záchranári sú často volaní k prípadom, kedy je skutočná povaha problému skrytá, napr. sú informovaní len laikmi) ako napr. pri plánovanej operácii, keď má chirurg k dispozícii podrobnú diagnostiku a častokrát aj pomerne štruktúrovaný plán svojej činnosti a intervencie. Bez toho, aby sme chceli znižovať význam možnej emocionálnej záťažnosti iných zdravotníckych profesií (v takmer všetkých prípadoch ide o závažné dôsledky pre zdravie človeka a kvalitu jeho života), sa z tohto pohľadu odvážime tvrdiť, že profesiu zdravotníckeho záchranára možno chápať ako špecifický

prototyp náročného a záťažového zdravotníckeho povolania. V tomto povolaní sa totiž s výraznou intenzitou kumulujú spomínané charakteristiky náročnej problémovej situácie, ktoré produkujú neistotu a časový stres, a tým aj zväzňujú možný výskyt a vplyv negatívnych emócií na rozhodovací proces. Ako už bolo spomínané, tieto charakteristiky sú spojené so špecifickou povahou záchranárskej práce a typickej intervencie, ktorá je v oveľa väčšej miere než u iných profesií spojená s neštruktúrovanosťou a neistotou, a tým prináša do popredia faktory súvisiace s emocionálnym prežívaním osoby nachádzajúcej sa v problémovej situácii rozhodovania.

O tom, že emócie sú v profesionálnom rozhodovaní a výkone významným činiteľom, nás presvedčajú viaceré výskumné štúdie, ktoré sa zameriavali na úlohu emócií pri vykonávaní pracovných aktivít. Motowidlo, Packard a Manning (1986) sa vo svojom výskume zameriavali na viacero premenných, ktoré ovplyvňovali pracovný výkon zdravotníckych pracovníkov: ošetrovateľov a zdravotných sestier. Samotné emócie boli skúmané a merané v kontexte prežívania stresu v zamestnaní. Autori poukázali na to, že intenzita stresu u týchto pracovníkov súvisí s vyššou mierou negatívnych emócií ako úzkosť, hostilita (hnev) a depresia (smútok). Následne korelovali tieto premenné s ukazovateľmi pracovného výkonu, ktorý bol zadefinovaný cez také charakteristiky ako rozvaha, kvalita starostlivosti o pacienta, tolerancia voči pacientom aj kolegom, interpersonálna efektivita či kognitívna/motivačná efektivita. Výsledky ukázali, že miera negatívnych emócií koreluje negatívne takmer so všetkými ukazovateľmi pracovného výkonu, a to najmä s rozvahou, interpersonálnou efektivitou, toleranciou, ale aj s celkovou kvalitou poskytovanej starostlivosti o pacienta. Autori na základe získaných výsledkov prichádzajú k záveru, že intenzitu stresu v situáciách prežívaných v zamestnaní a následne, z toho plynúce emócie (depresia, úzkosť) spôsobujú deficit v interpersonálnych aj kognitívno-motivačných aspektoch pracovného výkonu.

Ďalšou štúdiou, ktorá poukazuje na úlohu emócií v pracovnom výkone je štúdia Fishera a Nobleho (2004). V tejto štúdii sa autori zamerali na vzájomný vzťah medzi emóciami a pracovným výkonom, pričom výskumný súbor zahŕňal široké spektrum profesií, ako sú úradníci, producenti, bankovní pracovníci, a mnohí iní. V štúdii sa zamerali na obojsmernosť vzťahu medzi výkonom a emóciami, teda nielen že emócie ovplyvňujú pracovný výkon, ale platí to aj naopak, percepcia výkonu môže ovplyvňovať prežívané emócie. Zamerali sa nielen na negatívne emócie, ale aj na pozitívne emócie, ktoré podľa nich

môžu hrať v pracovnom výkone dôležitú úlohu. Metodológia štúdie bola založená na vzorkovaní momentálneho prežívania, t.j. respondenti dostávali signály, na ktoré odpovedali označením úrovne negatívnych a pozitívnych emócií ako aj subjektívne vnímaného pracovného výkonu. Autori potvrdili, že emócie súvisia s pracovným výkonom a že sprostredkujúcou premennou je najmä záujem o úlohu. Potvrdili tiež, že percepcia výkonu môže ovplyvňovať úroveň emócií, a to tak, že zvyšuje úroveň prežívania pozitívnych emócií (v prípade percepcie úspechu), ako aj negatívnych emócií (v prípade percepcie neúspechu). Dôležitým záverom ich štúdie bolo aj to, že emócie a výkon nie sú premenné nezávislé od iných aspektov, ale že interagujú spolu s motíváciou, vynakladanou snahou jednotlivca a tiež jeho schopnosťami a vlastnosťami úlohy.

Na základe týchto a im podobných štúdií sa začala venovať teoretická aj výskumná pozornosť otázke emócií v profesionálnom rozhodovaní. V predchádzajúcich prácach (Halama, 2011, Halama, v tlači) sme sa podrobnejšie venovali doterajším teoretickým konceptom a výskumným zisteniam, týkajúcich sa emócií v kontexte naturalistického rozhodovania, do ktorého možno zaradiť aj túto štúdiu. Ďalšie informácie ohľadne emócií a ich regulácie možno nájsť aj v prvej kapitole knihy. Na tomto mieste chceme uviesť tie vybrané modely a zistenia týkajúce sa emócií a ich regulácie, ktoré boli podkladom pre našu výskumnú štúdiu a ktoré chceme použiť pre zarámčovanie našich získaných výsledkov. Z pochopiteľných dôvodov (negatívne emócie narúšajú proces rozhodovania) sa väčšia pozornosť venovala negatívnym emóciám. Pre úplnosť však treba spomenúť, že v procese rozhodovania sa vyskytujú tak pozitívne ako aj negatívne emócie, pričom obidva typy do tohto procesu vstupujú svojim spôsobom.

Dôležitejším aspektom pri rozlišovaní rôznych typov emócií súvisiacich s rozhodovaním je však iný aspekt, a to ich relevancia k samotnej úlohe či problému. Loewenstain a Lerner (2003) do prvej skupiny zaraďujú anticipované emócie, ktoré reflektujú budúce dôsledky rozhodnutí. Poskytujú informáciu o dopade nášho rozhodnutia v rámci kontextu, v ktorom sa rozhodovanie uskutočňuje (napr. environment, iní ľudia, my sami), čím poskytuje informácie aj ku kvalite jednotlivých možností výberu. V zásade platí, že človek sa snaží maximalizovať pozitívne a minimalizovať negatívne emócie. Do druhej skupiny potom zaraďujú emócie, ktoré s procesom rozhodovania priamo nesúvisia, ale ho z nejakého dôvodu sprevádzajú. Príkladom takýchto emócií je aktuálna nálada či emocionálny stav spôsobený inými príčinami než

možnosti voľby. Mosierová a Fischer (2010) v kontexte naturalistického rozhodovania hovoria o emóciách relevantných úlohe a emóciách irelevantných úlohe (angl. task-relevant a task-irrelevant affect), čo sú trochu iné názvy pre podobné fenomény, ako je to v prípade Loewenstaina a Lerner (2003). Emócie relevantné úlohe plnia akúsi úlohu informátorov pre rozhodujúceho sa človeka. Ide o emocionálnu odpoveď na nejaké podnety, ktoré sú súčasťou riešeného problému, napr. strach človek prežíva v prípade, ak sa ocitne v situácii, ktorá mu môže priniesť nejakú fyzickú ujmu. Vtedy je emócia strachu signálom, ktorý môže naznačovať nejaký smer správania, napr. zdravotnícky záchranár v situácii, kedy je ohrozená jeho bezpečnosť, počká na príchod hasičov, ktorí prostredie zabezpečia tak, aby mohol vykonať jemu prislúchajúcu intervenciu. Emocionálne odpovede plnia akúsi úlohu informačných kľúčov a v naturalistickom rozhodovaní sú často rozhodovateľom uprednostňované pred kognitívnymi analýzami, a to najmä kvôli výhode časovej rýchlosti. V situáciách časového tlaku totiž môžu priniesť podklady pre rozhodnutie oveľa rýchlejšie než kognitívne analýzy. Na druhej strane emócie irelevantné úlohe priamo neodrážajú aspekty úlohy, ale sprevádzajú situáciu viac či menej nezávisle. Zdrojom takýchto emócií môžu byť rôzne príčiny, napr. aktuálna nálada osoby, temperamentové predispozície, ktoré zvädzajú k určitému typu emocionálnych reakcií, predchádzajúca udalosť, ktorá nejakým spôsobom ovplyvnila aktuálne emócie a pod. Tieto emócie majú potenciálne negatívny vplyv na adekvátnosť rozhodnutia, pretože skresľujú emocionálnu odpoveď na danú situáciu, ovplyvňujú percepciu aspektov úlohy (napr. prítomnosť anxiety znižuje rozsah pozornosti a tým aj kognitívny výkon), prípadne inak ovplyvňujú kognitívne procesy spôsobom, ktorý znižuje schopnosť adekvátneho posúdenia situácie. Jedným z príkladov, ako môžu negatívne emócie skresliť percepciu úlohy a tým aj zhoršiť schopnosť adekvátneho rozhodnutia je predchádzajúca štúdia (Halama, Gurňáková, 2012) so zdravotníckymi záchranármi. V nej boli analyzované situácie zásahu na záchranárskej súťaži Rallye Rejvíz s dôrazom na výskyt irelevantných emócií a prípadnú emocionálnu reguláciu. Ukázalo sa napríklad to, že zvýšená anxiety súvisiaca s ohrozením v predchádzajúcom zásahu, môže ovplyvňovať percepciu novej situácie takým spôsobom, že ju záchranári vnímali ako nebezpečnú, účastníkov zásahu ako potenciálne agresívnych, a to aj napriek tomu, že situácia objektívne neobsahovala ohrozujúce prvky. To následne viedlo k neadekvátnemu rozhodnutiu, ktorou bolo privolanie polície. Tieto aj iné štúdie poukazujú na to, ako je dôležité, aby daná

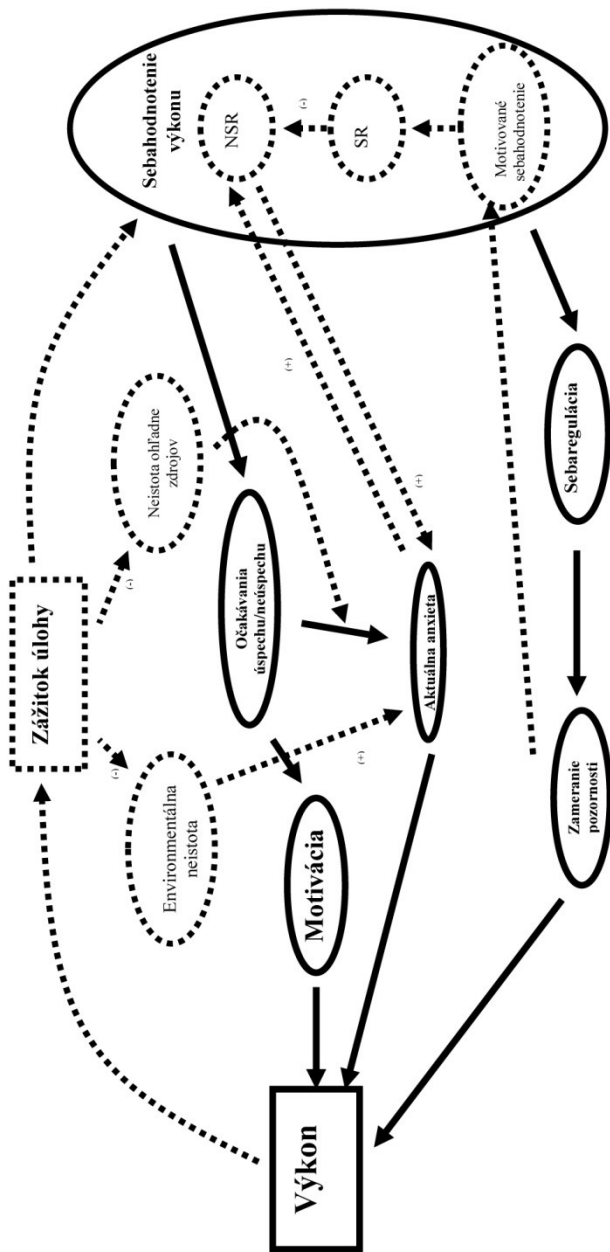
osoba disponovala schopnosťou regulovať svoje negatívne emócie, aby nezasahovali neprímeraným spôsobom do danej situácie.

Osobitným prístupom v snahe teoreticky uchopiť procesy, akými sa uskutočňuje sebaregulácia negatívnych emócií, a to najmä anxiety, predstavuje model Baumanna a kol. (2001). Tento model je opísaný v prvej kapitole tejto knihy (Gurňáková, 2013a), na tomto mieste sa obmedzíme na opis jeho grafického znázornenia, ktorý je zobrazený na obrázku č. 1. Základný kontext, v ktorom sa sebaregulácia uskutočňuje je stresová situácia, v ktorej sa teba rozhodnúť, inými slovami podať nejaký výkon. Základné prvky modelu sú sebahodnotenie výkonu (pravá elipsa), zážitok úlohy (najvrchnejší obdĺžnik) a aktuálna anxiety (elipsa v strede modelu nižšie). Opis dynamiky modelu začneme percepciou situácie. Osoba má pred sebou úlohu, ktorú môže vnímať niekde na dimenzii medzi ľahkou (rutinnou) a náročnou. V druhom prípade prežíva neistotu, podľa Baumanna a kol. (2001) dvojakú. Jednak je to environmentálna neistota, ktorá pramení z neznalosti prostredia a kontextu úlohy (napr. v prípade záchranára môže ísť o neistotu ohľadne bezpečnosti prostredia) a potom neistota ohľadne vlastných zdrojov na riešenie úlohy (pochybnosti o vlastných kompetenciách, skúsenostiach, znalostiach a pod.). Oba typy neistoty zvyšujú aktuálnu anxiety, ako je to naznačené prerušovanými šípkami. Vysoká anxiety je pri rozhodovaní o riešení úlohy negatívnym faktorom a spolu s motiváciou a zameraním pozornosti vplyva na výkon v úlohe. Samotný výkon spätne ovplyvňuje zážitok úlohy. Ak sa nám darí, zážitok je pozitívny. Naopak, ak sa nám nedarí, zážitok je negatívny. Samotný zážitok úlohy ovplyvňuje aj sebahodnotenie výkonu, čo je ďalší dôležitý prvok modelu. Súčasťou sebahodnotenia sú najmä negatívne a pozitívne sebareakcie (NSR, PSR), to znamená akési vnútorné myšlienky, ktoré reagujú na aktuálnu situáciu. Príkladom negatívnych sebareakcií môžu byť také myšlienky ako napríklad „nejde mi to, nevládam to, neviem si s tým poradiť“ a pod. Pozitívne sebareakcie zase hovoria „darí sa mi, som na dobrej ceste“ a pod. Negatívne sebareakcie hrajú pri riešení úlohy negatívnu úlohu, pretože zvyšujú anxiety. Takisto zvýšená anxiety spätne posilňuje negatívne sebareakcie (obojsmerná prerušovaná šípka), čím sa vytvára spätnoväzebný cyklus vzájomného ovplyvňovania. Týmto spôsobom dochádza k zvyšovaniu negatívneho sebahodnotenia výkonu, čo má vplyv najmä na očakávanie neúspechu a následnú zníženú motiváciu (plné šípky). To sa potom negatívne prejavuje na výkone v úlohe. Podľa autorov modelu je preto dôležitou úlohou osoby regulovať anxiety, a to predovšetkým prostredníctvom znižovania negatívnych sebareakcií a

zvyšovania pozitívnych sebareakcií (prerušovaná šípka medzi PSR a NSR). To sa deje najmä prostredníctvom tzv. motivovaného sebahodnotenia, čo je aktivita, kedy človek úmyselne a zámerne hodnotí situáciu tak, aby sa zvyšovala percepcia možnej úspešnosti v úlohe (napr. pripomína si pokroky v úlohe, pripomína si svoje kompetencie a pod.), čo vedie k pozitívnym sebareakciám. Tie následne eliminujú, prípadne nahradia negatívne sebareakcie a spätnoväzebný cyklus posilňovania anxiety sa preruší. Motivované hodnotenie sa realizuje najmä prostredníctvom sebaregulácie, t.j. regulácie kognitívnych procesov smerom k želaným cieľom. Ako je to naznačené plnými šípkami, deje sa to predovšetkým reguláciou zamerania pozornosti, kedy človek úmyselne zameriava pozornosť na vybrané aspekty problému a vlastnej aktivity (napr. vlastné úspechy či kompetencie) a odkláňa pozornosť od negatívnych aspektov (neúspechy, pocity zlyhávania a pod.). Okrem priameho vplyvu na výkon má zameranie pozornosti vplyv aj na samotné motivované sebahodnotenie, čo je naznačené spätnou prerušovanou šípkou. Takto môže osoba v danej situácii zvyšovať pozitívne sebareakcie, znižovať negatívne sebareakcie a tým eliminovať úzkosť, ktorá je negatívnym činiteľom pri výkone v danej úlohe.

V tejto kapitole chceme ilustrovať proces sebaregulácie negatívnych a využitie pozitívnych emócií na základe analýzy pološtruktúrovaných rozhovorov so záchranármi pracujúcimi v posádke RLP (rýchlej lekárskej pomoci) v nemenovanom okresnom meste na Slovensku s počtom obyvateľov približne 21 tisíc. V rozhovore zacielenom na priebeh rozhodovania sa počas zásahu, ktorý bol nerutinný, netradičný a stresujúci, sme sledovali sebaregulačné mechanizmy.

Obr. 1. Model sebaregulácie anxiety popisujúci proces rozhodovania v stresovej situácii (Baumann et al., 2001, s.141)



2 Metóda

Pri zbere údajov sme použili Metódu kritických rozhodnutí (Freeman, Weitzenfeld, Klein, Riedl, Musa, 1991; v slovenčine popísaná podrobnejšie in Harenčárová, 2013a, b). Metóda kritických rozhodnutí (CDM Critical Decision Method), ktorej cieľom je identifikácia stratégií podieľajúcich sa na tvorbe rýchlych dôležitých rozhodnutí, je relatívne podrobne rozpracovaná metodológia vedenia rozhovoru ako aj metóda analýzy dát získaných v takomto rozhovore.

V retrospektívnom interview najprv participant hľadá nerutinné udalosti, ktoré vyžadujú expertné posudzovanie alebo rozhodovanie. Po tom, ako participant takúto udalosť vybral, výskumník ho požiada o stručný opis udalosti. Následne sa prostredníctvom hĺbkového pološtruktúrovaného formátu v rozhovore s výskumníkom preskúmavajú rozličné aspekty procesu rozhodovania (Klein, 1996, podrobnejšie Wong, 2004). Podľa Kleina (1996) sa metóda kritických rozhodnutí odlišuje od ostatných metód, ktoré skúmajú spôsoby, akými participantí využívajú poznatky tím, že sa a) zameriava na nerutinné prípady, pretože bývajú zvyčajne najbohatším zdrojom údajov o schopnostiach expertov; b) zameriava sa na konkrétne prípady, na cielene rozpomenuté incidenty a nie na všeobecné postupy; c) cieľom je analýza kognitívnych úloh, ktorá sa zameriava na podnety, signály, na usudzovanie, na stratégie a na možnosti, ktoré boli participantom zvolené ako aj na tie, ktoré boli odmietnuté; d) využíva pološtruktúrovaný rozhovor, čo umožňuje vyhnúť sa neefektívnostiam neštruktúrovaného interview a udržiava rozhovor v želanom smere. Problém spojený s presnosťou pamäte a spomienok sa rieši tým, že sa zameriava na konkrétne, jasné a živo vybavené zažité udalosti. CDM interview, ktoré trvá zvyčajne 1 – 2 hodiny, sa zvyčajne nahráva a následne prepisuje. Bohaté dáta prinášajú so sebou klasické problémy, s ktorými sa možno stretnúť v kvalitatívnom výskume (Wong, 2004): údaje obsiahnuté v rozhovore na rôznych miestach sú neusporiadané, môžu byť subjektívne a nejednoznačné, pričom významy sú závislé na kontexte, dátam môže chýbať obvyklá štruktúra, pretože podstatou interview je jeho otvorený koniec, mnoho získaných údajov môže byť irelevantných.

Konkrétny postup CDM interview, ktorého sme sa pridržovali aj my, opisujú napríklad Wong, Sallis, O'Hare (1997) a bližšie v tejto knihe aj Harenčárová (2013b). Kroky vo vedení rozhovoru sú a) opis incidentu a identifikácia funkcionálnych procesov; b) usporiadanie udalosti na

časovej osi; c) pokusy o porozumenie procesov; d) porovnanie výkonu so začiatočníkom alebo s expertom.

3 Výber

Výber tvorili štyria záchranári, ktorí pracovali v rôznych posádkach RLP v tom istom okresnom meste na Slovensku s počtom obyvateľov približne 21 tisíc. Záchranári boli vo veku 33, 34, 38 a 43 rokov, boli to 3 muži a 1 žena. Všetci záchranári mali vysokoškolské vzdelanie I. stupňa (Bc.) v urgentológii, ktoré absolvovali buď na Univerzite Konštantína Filozofa v Nitre na Katedre klinických disciplín a urgentnej medicíny alebo v Bratislave na Slovenskej zdravotníckej univerzite na Katedre urgentnej medicíny. Dĺžka ich praxe na záchranke sa pohybovala od 5 do 24 rokov. V posádke RLP boli dvaja účastníci na pozícii šoféra záchranára a dvaja na pozícii záchranára. V budúcnosti plánujeme rozšíriť výber, pretože je zrejmé, že pri takomto nízkom počte účastníkov kategórie týkajúce sa skúmaného javu nesaturujú kompletne skúmaný fenomén regulácie emócií.

4 Opis situácií

Každého účastníka výskumníčka v individuálnom rozhovore požiadala, aby si spomenul na akúkoľvek reálnu zásahovú situáciu, v ktorej sa počas práce ocitol a ktorá bola pre neho emocionálne náročná a ktorá sa vymykala bežnej rutínnej praxi. Stručne uvedieme opis situácií:

1. Pani sa vrátila z obchodu a našla svojho 75-ročného brata ležať v kaluži krvi. Adresa pacienta je v dedine, v ktorej žije aj účastník a ten sa obáva, či to nie je niekto z okruhu jeho známych. Zistilo sa, že pán krváca z hlavy, nebol známy dôvod, nakoniec sa zistilo, že má na hlave strelné zranenie, ktoré rodina tajila.

2. Niekto leží na koľaji medzi okresným mestom a blízkou dedinou, nevie sa či človek/zviera, živý/mŕtvy, nie je známa presná lokalizácia, vonku je fujavica a veľmi zima.

3. V nemenovanej obci už je jedna sanitka RLP, v ktorej majú naloženého policajta, ktorého pichol nožom a vážne zranil pacient, ku ktorému volali túto zdravotnícku posádku. Pacient je agresívny.

4. Výjazd k postrelenému mužovi, pri ktorom sa ukázalo, že nie je mŕtvy a ktorého rodinní príslušníci narúšali prácu záchranárov. Situácia bola sťažaná aj tým, že záchranári mali náhradnú sanitku so zariadením, na ktoré neboli zvyknutí a s ktorým sa inak manipulovalo.

5 Postup pri analýze údajov

Získané údaje sme analyzovali kvalitatívnou metódou podobnou konsenzuálnemu kvalitatívnemu výskumu (Hill et al., 1997, Ladany et al., 2004). Zachovali sme hlavné princípy kvalitatívnej metodológie, ktorými sú opieranie sa o slová pri opise fenoménu a nie o čísla, študovali sme intenzívne malý počet prípadov, pri pochopení sebaregulácie emócií v práci záchranárov sme sa opierali o kontext celej situácie, postupovali sme induktívne a na základe pozorovania sme následne vytvorili štruktúru výskytu a regulácie emócií, ktoré sa vyskytli počas zásahu a odpovede participantov, týkajúce sa emócií a ich regulácie sme rozdelili do domén (tématických oblastí) (Halamová et al., 2013).

Rozhovory získané prostredníctvom CDM sme v prvom kroku prepísali. V druhom kroku sme vo všetkých štyroch rozhovoroch identifikovali domény, ktoré sa týkali prežívania emócií a ich regulácie. Rozhodli sme sa pritom zamerať sa na emócie irelevantné a relevantné úlohe (Mosier, Fischer, 2010). Druhý výskumník skontroloval výsledky fázy vytvárania deskriptívnych kategórií vyplývajúcich z primárnych výpovedí participantov, ako aj ich zaradenie medzi irelevantné a relevantné emócie. Problematické miesta sme diskutovali vo výskumnom tíme, upravili a výsledky uvádzame v nasledujúcej časti.

6 Výsledky

Emócie irelevantné úlohe, ktoré zhoršovali alebo odvádzali, príp. prekážali riešeniu situácie, uvádzame kvôli prehľadnosti v tabuľkách 1 až 4 a spolu s nimi aj spôsoby, akými ich participanti v danej situácii regulovali. Používame pritom na dokreslenie v ilustračných príkladoch priame vyjadrenia participantov. V prípade irelevantných emócií záchranári spomenuli úzkosť a strach z ohrozenia, strach o svoje zdravie, o svoj život a neistotu, ktorú prežívali v dôsledku nedostatku informácií (tabuľka 1). Zlúčili sme tieto emócie do kategórie strach a neistota

(tabuľka 1). Vyskytlo sa aj prežívanie stresu, ktorý nebol spôsobený zdravotným stavom pacienta, ale spôsobili ho prihliadajúci ľudia a vonkajšie okolnosti, prípadne v danej situácii vznikol v dôsledku nespracovaných predchádzajúcich situácií (tabuľka 2). Ďalšou kategóriou boli nepríjemné telesné pocity spojené s prežívaním, konkrétne únava, chlad/hrôza, hnus (tabuľka 3), ktoré sa vyskytovali najmä vo výpovediach šoférov záchranárov. Regulovali ich vedomým zameriavaním sa na podnety, ktoré ich udržiavali bdelymi, na vzrušenie, na cieľ práce. Ďalšou samostatnou kategóriou, ktorú sme zachytili vo výpovediach, bol stres spôsobený negatívnymi kogníciami (tabuľka 4), pričom sme zachytili procesy, v ktorých ich regulovali a situácie, v ktorých spočiatku neboli regulované a naopak, boli potencované ďalšími negatívnymi kogníciami.

V tabuľkách 5 až 8 uvádzame emócie, ktoré sme považovali za relevantné úlohe a sledovali sme, ako ich záchranári v práci využili. Tabuľka 5 opisuje ako vybudenie a vzrušenie, zameranie sa na výkon záchranári využili ako zdroj pre riešenie problémov. Ďalej sme zistili, že neistota, ktorú záchranári prežívajú v dôsledku nejasných informácií nemusí byť len irelevantnou emóciou. Vo viacerých situáciách oprávnené vzbudzovala v participantoch opatrnosť, zvýšenú všímanosť, tvorivosť (divergentné myslenie) – tak ako to dokresľujú výpovede participantov v tabuľke 6. V tabuľke 7 uvádzame príklady využitia netrpezlivosti, ktorú prežívali v dôsledku nejasných informácií a príklady prežívania pozitívnych emócií z toho, že nie sú v situácii sami. V tabuľke 8 uvádzame rôzne príklady odôvodnených obáv, ktoré však boli v situáciách hodnotnými zdrojmi pre následné aktivity či už išlo o zrýchlenie práce, o postaranie sa o seba, o svoju bezpečnosť, o zmenu pôvodnej zamýšľanej intervencie.

Tab. 1. Formy strachu a neistoty (úzkosť, strach, nervozita, neistota) a ich regulácia v prežívaní záchranárov)

| Irelevantné emócie | Príklad | Spôsob regulácie | Príklad |
|--|--|--|---|
| Úzkosť | Tak divne mi sťahuje srdce. Je to vlastne blízko môjho rodiska, či to nie je niekto koľko nedajbože poznám. | Motivované pripomínanie si pocitu zodpovednosti s cieľom eliminácie strachu/úzkosti; Motivované zameranie na vzrušenie, adrenalin | Som zodpovedný za posádku, aby boli čo najmenej vystavení riziku. Musím dávať pozor na všetko. No a potom tam je ten adrenalin. |
| Strach z ohrozenia seba v dôsledku nedostatku informácií | Mal som strach.... že čo sa mohlo stať, keď tá krv nebola vidieť okolo rany.... či tu nie je nejaký útočník schovaný... Strach o seba. | Motivovaná zámena strachu za vzrušenie | Potom prevládal ten adrenalin. Potom zase všetko išlo. Znova to naskočilo. Ale som to odbural. Prímárne mi ide o pacienta. |
| Nervozita v dôsledku nedostatku informácií | Nemáš záchranný bod. Prídeš do tej obce a nie je záchranný bod, normalne som nervózny. | Odreagovanie Zastavenie sa, vezme si čas na rozmýšľanie | Viedy už nadávam. V niektorých chvíľach zastanem s tou samikou a snažím sa rozmýšľať, kde mám ísť najlepšie. |
| Neistota z nedostatku informácií | Tuto nevieš do čoho ideš. Ako je na tom zranený, čo bude vyžadovať? ...Budeme ho vedieť správne polohovať, ošetriť, odviezť? | Redukcia napätia Fokusovanie na prítomnosť a plánovanie | Ja si napočítam do desať ... Keď je chvíľku ticho, vtedy myslím na to že ako by som to ja riešil, keby som tam bol sám, že čo by som spravil sám ako jednotlivec. |
| Strach z ohrozenia | Ako keby ma otriáslo v tú chvíľu, že keď tam bola strela, nikto nás nechránil v tú chvíľu. Čo sa všetko mohlo stať. | Uvedomenie si reality Pokračovanie v bežnej činnosti Humor Reflexia s kolegami | Už som mimo tej udalosti, som to prežil... Ale potom zase sadneme do toho auta. Znova. Humor morbidný. Rozprávame o tom, že čo keď ho oni (pribuzní) náhodou zastrelili. |

| Irelevantné emócie | Príklad | Spôsob regulácie | Príklad |
|-----------------------------|---|--|---|
| Strach o zdravie, o život | Najväčší stres bol v tom teréne a tá zima. My sme neboli pripravení na tú zimu. To sa nedalo nejako odstrániť. A čo: vráťim sa tam, nevráťim sa tam? | Motivované zameranie sa na záchranu života pacienta, podporná funkcia skúsenosti a vedomosti Vedomé pripomenutie si cieľa | Skúsenosti, potom vedomosti a potom keď sme sa dozvedeli, že žije, túžba mu pomôcť. |
| Strach z ohrozenia, o život | A stále som rozmýšľala, že čo sa tam deje... Pacient sa stále trepe... ruky mal spútané za chrbtom | Spofahnutie sa na tím Vyziadanie informácií Upravenie pôvodnej zdravotníckej intervencie | Tak som si uvedomila, že teda je tam zranený ten policajt a že proste sa musím vrátiť. Treba ho zachraňovať. A už som potom išla za nimi... dúfala, že ho už majú, lebo z tej miestnosti šli strašné kriky Otázka na policajtov: „Vy ste ho nechytli...?“ Hovorím si: ja mu to nebudem pichať do žily. Tak som mu to pichla muskuláme. |

Tab. 2. Stres a jeho spracovanie

| Irelevantné pocity a emócie | Príklad | Spôsob regulácie | Príklad |
|--|---|---|---|
| Stres z okolitých prihliadajúcich ľudí | Príbehol a kričal ako zmyslov zhavený... | Dobré fungovanie hierarchie v tíme | Doktor celú situáciu riadil. Keď on niečo povedal, tak počuli sme len jeho. Na neho som sa zamerával a to mi pomáhalo. |
| Nespracovaná trauma z minulosti | Pripomenulo mi to predchádzajúci výjazd. Tiež sme mali niečo podobné. | Spracovávanie výjazdu s posádkou, kolegami, rodičmi; humor (morbídny) | Človek si mysli že sme zvrátení. Ale my si z toho robíme srandu. Morbídny humor. Rozhovor. Väčšinou to preberáme iba na posádke. S rodičmi to preberať môžem (sú takisto záchranári). |
| Nespracovaný stres z cesty (šofér) | Lebo cesta stresujúca, človek je v napätí čo bude ako bude... | Úľava pri získaní informácie Dobré fungovanie hierarchie v tíme | Reku bude mŕtvý. A moje prvé pocity boli také, že nebude toľko roboty... človeka to normálne ukľudní po tom jazdení. Tým pádom som nebol v strese. Doktor hovoril: ty zoberieš to, ty zoberieš to. |

Tab. 3. Telesné pocity (únava, chlad/hrôza a hnus) a ich regulácia

| Irelevantné pocity a emócie | Príklad | Spôsob regulácie | Príklad | Hypotetické alebo reálne dôsledky neregulovania irel. emócie |
|-----------------------------|---|--|--|---|
| Únava | Aj v noci...človek je prispáný. | Fokus na podnety smerujúce k bdelosti | Ten adrenalín, keď zapnem to modré svetlo, vtedy sa mi ani spať nechce. | |
| Chlad | Chlad som cítil z tej krvi. | Zameranie pozornosti na vzrušenie, zvedavosť | Ale bolo tam zároveň aj vzrušenie, že čo by to všetko mohlo byť. | Viedlo by ma to k tomu že by som asi skončil záchranku. Lebo to by som nezniesol. Ja by som sa asi viac bál. |
| Hnus | Strach ani nie, skôr ten hnus by som povedal. ... Niekedy ten kontakt s tou krvou je až taký mrazivý. | Zameranie pozornosti na adrenalín, na cieľ práce = záchrana života, vzbudenie záujmu | Záchrana toho života. Je to síce studené, ale idem cez to. A vtedy zase prišiel ten adrenalín a taká sila. | Viedlo by ma to viac k strachu. Potom by som sa možno nechoval tak, ako by som sa mal chovať v záťažovej situácii. Povedal by som, že to robiť nebudem. Že sa to bojím. |

Tab. 4. Negatívne kognície, ťažkosti s ich reguláciou a následná regulácia

| Irelevantné pocity a emócie | Príklad | Spôsob regulácie | Príklad |
|---|--|--|--|
| Negatívne kognície (pripomínanie si minulých zlyhaní a anticipácia ťažkosti, rozvíjanie zneistňujúcich myšlienok) | Keď sa niečo pokazí, to bude teda... už sa poznám: keď som v strese, tak kazím. No ale najhoršie bolo to, že mi v hlave behala myšlienka: zas nepadnú aj s tým pacientom a tam tí ľudia to bude „prúser“. Chalani spomínali, že im padli... Vedel som, že to nemám naučené. | Fungovanie hierarchie v time Neschopnosť regulovať emóciu | A počúval som doktora vlastne. Aby som sa sústredil na jeho hlas a nie na cudzi. A vtedy som mal stres. Už ma to vytočilo. Myslí si, že čo, že mi padne. Aby som neurobil ešte väčšiu hlúposť. Ešte som si hovoril, dúfam že mi nepadne... Stál tam ten jeho syn... a zas mi to nešlo. Do mňa už vošil nervy. <i>Stres nariša kognície:</i> Stále som nevedel na to prísť. A som si nadával, hrešil som, zrovna ja som to musel vyfasovať ...niečo s tým musím spraviť, ale čo? To som bol s nervami v konci. Nevedel som, čo mám komu čo povedať. <i>Stres smeruje k rezignácii:</i> A ja som sa to snažil sám vyriešiť. Lenže už to nešlo. A potom už my pričádzala taká fáza, že rezignujem. Vtedy mám chuť sa zobrat' a ísť preč. Alebo sadnúť si a neriešiť to. |
| | | Vedomé zameranie sa na etiku práce | No určite následky by boli s toho. Ale proste som si hovoril teraz nech mi hovorí kto čo chce. Môže aj tá rodina. Už by tá moja etika slušná tam na tom výjazde by proste už bola preč. |
| | | Aktivita vedúca k redukcii napätia | Počítal som si ešte do päť" aspoň, aby som sa ukludnil. |

| | |
|--|---|
| <p>Vedomosť ohľadne fungovania v strese, ktorá viedla k vytrvalosti</p> | <p>Potom som sa ešte snažil. Lebo vždycky viem, že keď ten môj stres pomíne, že potom človeka ešte niečo napadne. Takto nevie rozmyšľať.</p> |
| <p>Aktívne vyžiadanie pomoci</p> | <p>V tej chvíli som povedal policajtom aby mi pomohli.</p> |
| <p>Zmierenie sa so situáciou, uvedomenie si, že problém je vyriešený - úľava</p> | <p>Som si povedal, že už tak hranica tak nejako prekypela. A vtedy ma ukludnila tá situácia, že sa tá situácia takto spravila. Krásne som sa dostal naspäť k sebe. Hovoril som si, tak toto je vyjasnené. Tak som sadol do samítky. A vedel som, že je zastabilizovaný.</p> |
| <p>Snaha rýchlo postupovať v práci</p> | <p>Už som sadol do kabíny, že nech už mám z krku ten výjazd. Ja už som chcel čím skôr ísť.</p> |
| <p>Vedomé zameranie sa na vedúceho tímu (lekára); Dobré fungovanie hierarchie v tíme</p> | <p>Ale zas pomohlo, že to že doktor vlastne to ukorigoval a ja som počúval toho doktora. Viš zas ma to dalo späť. Ale doktor furt ukludňoval a to bolo fakt dobré.</p> |

Tab. 5. Vybudenie, arousal, zameranie na výkon a ich využitie

| Relevantná emócia | Príklad | Využitie | Príklad |
|--|---|--|--|
| Vybudenie, arousal, zameranie na výkon | <p>Ty ako šofér len počuješ zvonenie telefónu a utekáš do sanitky, lebo musí byť naštartované keď príde.</p> <p>Tak taký Tahký stres som mal. To mám vždy, keď sú také zaujímavé veci. To je také pozitívne.</p> <p>To sme mali výjazd, mysleli sme, že zastrelený. Keď takýto výjazd nahliasia, tak automaticky už ide adrenalín hore. Lebo viem, že už budú majáky, že pôjdem rýchlo.</p> <p>160 pulz minimálne</p> | <p>Vybudenie viedlo k plánovaniu situácie</p> <p>Pokračovanie v práci aj vo fyzicky náročných podmienkach</p> <p>Vybudenie viedlo k plánovaniu situácie</p> <p>Vybudenie viedlo k rýchlejšej akcii</p> | <p>Aby som našiel adresu čím skôr. Myslím som na cestu, kadiaľ bude najbližší dojazd na miesto udalosti. Vlastne, keď to bolo o ôsmej to bola najvyššia špička, čiže aby sme sa vyhlí zápcham na ceste.</p> <p>To je ako športové vybudenie. Ale to mne vyhovuje, to potrebujem taktó.</p> <p>Človek rozmyslí nad tým, že čo tam je, keď tam príde, čo tam rýchlo bude robiť, akí ľudia tam budú. Počas cesty. Teraz je človek na majákoch, ide rýchlo musí dávať pozor či na ľudí cez križovatku, na dopravu, na situáciu.</p> <p>Teraz rýchlo. Niečo robíš automaticky. Nerozmýšľaš, rýchlo svetlá, na aute to sú také a majáky atď. A už čakáš na posádku a ideš.</p> |

Tab. 6. Využitie neistoty a netrepezlivosti plynúcej z nedostatku informácií

| Relevantná emócia | Príklad | Využitie | Príklad |
|--|---|--|--|
| Neistota plynúca z nedostatku informácií | Nedostali sme presné údaje ani o mieste, ani o stave. Nevedeli sme vôbec čo a ako. Nemali sme presnú diagnózu, tak sme operovali s rôznymi možnosťami. A postupne sa to vyfiltrovalo. | Opatrosť a dôkladnosť pri vyšetrovaní Zvýšená všímavosť a tvorivé kombinovanie jednotlivých prvkov situácie | Postupne sme ... zatiaľ podali určitú liečbu... napojili sme ho na monitor. Sledovali sme. Vyšetřil sa už. Poriadne sa vyšetril komplexne. Od hlavy po päty. Potom začal komunikovať. A ešte to bolo zaujímavé, že sme tam videli kilometer odtiaľ ako bol on havarované auto. Bola zima. A on bol len v letnom oblečení. Cestou smerom na P.... sme videli havarovanú dodávku ako sme išli doobeda na sanitke na výjazde. A potom sme si hovorili, či to nie je ten vodič... Tak sme to nejako začali spájať tieto rôzne situácie. |
| Nejasné informácie – neistota | Cirka 14, 15 hod. sme prijali správu z KOS. A tá znela približne, že mladý muž asi vlakom zrazený. Nevietme či je človek alebo zvierat. Približne tam a tam. | Uvažovanie o alternatívach Uvažovanie o možných ťažkostiach | Že či to bude zvierat alebo to bude mrŕvy človek. Samovrahovia sú veľakrát takí, že vyjdú keď je solídne počasie. Myslí, že keď bolo také extrémne škaréde počasie, že by tam normálne nešiel. No nevedeli sme. Že či to bude ťažký výjazd alebo v úvodzovkách bežná rutina. |

Tab. 7. Netrzeplivosť a nervozita plynúca z nejasných informácií, spolupatričnosť a ich využitie

| Relevantná emócia | Príklad | Využitie | Príklad |
|--|---|--|--|
| Nejasné informácie - netrzeplivosť | No, že kde už je. Už by sme ho mohli aj nájsť. Lebo sme nevedeli, či ho hľadáme živého alebo mŕtveho. | Volanie na KOS a zisťovanie ďalších informácií | Potom, keď nám povedali, že žije, že vraj žije, tak sme samozrejme ešte viac sa zakútnili sa a už sme tak išli do toho, jak sa hovorí s väčšou energiou, jak keď človek ide k jasne mŕtvemu alebo teda že asi mŕtvy. |
| Nervozita v dôsledku nedostatku informácií | Nemáš záchytný bod. Prídeš do tej obce a nie je záchytný bod, normálne som nervózný. | Získavanie ďalších informácií | No však, keď niekoho stretne vonku, tak sa pýtam. |
| Spolupatričnosť, povedomie o time | Už aj tí policajti sa k nám pripojili. Dvaja chalani. A už sme vlastne išli tam. Bolo dobre, že nás tam bolo viacej. To bolo super. | Ocenenie podpory | Dobré to bolo, že nikdy človek nevie, čo môže ten zranený spraviť a tým pádom aj v tých extrémnych klimatických podmienkach si môžeme pomôcť viacej. Že nás bolo tak akurát ani veľa ani málo. |

Tab. 8. Odôvodnené obavy a ich využitie

| Relevantná emócia | Priklad | Využitie | Priklad |
|---|--|---|---|
| Obava o svoje zdravie | Ten terén bol extrémny, ...sme volali že už nevládzeme....strašne fyzicky náročné to bolo. | Zrýchlenie práce | To všetko muselo ísť rýchlo. To muselo ísť rýchlo, keby sme dlho čakali tak.... Nevieť. Zmrzname, by sme určite boli podchladení. |
| Odôvodnená obava o vlastnú bezpečnosť a o vlastný život | Som si necítil posledné články prstov na rukách. ... To bol stres. A stále som rozmýšľala, že panebože, čo sa tam deje, dúfam, že ho majú. Pacient sa stále trepe... ruky mal spútané za chrbtom | Postaranie o seba Vyžiadanie informácií | Ja som si ešte musel ešte predtým, ako som všetko robil, tak som si musel dve tri minúty na fúkare, čo máme ohrievač, som si musel ohriať Otázka na policajtov: „Vy ste ho nechytili alebo vy čo tam robíte v tej miestnosti?“ |
| Odôvodnená obava z aspektu situácie | Pacient krváca, pátrame po zdroji, dali sme mu dole (košeľu), či nekrváca z hrudníka. | Upravenie pôvodnej zdravotníckej intervencie | No a teraz ja hovorím: Ale tie putá mu nedávajte dole ja mu to nebudem pichať ani do žily! On sa trepal, mykal, než mu ja žilu nájdem! Tak som mu to pichla muskulárne - účinnok nastúpi neskôr, ale príde. Aby sme ho zachránili. Ja neberiem ohľad na to, že či máš desať rokov alebo osemdesiat rokov. Proste pre mňa je ľudská bytosť. Aj keď je starý ten človek, ale stále je niekomu otec, dedko, babka alebo čosi. |
| Odôvodnená obava z urobienia chyby | Niekedy môžem spraviť chybu, som taký svojský. | Využitie ako zdroj pre riešenie problémov: zrýchlenie tempa, zvýšenie motivácie Spolupráca s druhými, ochota učiť sa | Som sa naučil časom počúvať tých druhých. Najmä keď sú takí skúsení. To znamená učiť sa od tých skúsených. |

7 Diskusia

Výsledky našej analýzy, tak ako sú zobrazené v tabuľkách č. 1 až 8., priniesli viacero dôležitých zistení. V prvom rade, identifikované emócie bolo možné v súlade s názorom Mosierovej a Fischera (2010) rozdeliť do skupín podľa toho či odrážajú nejaký aspekt situácie (situácii relevantné emócie), alebo so situáciou skôr nesúvisia (situácii irelevantné emócie). Ako typický príklad relevantných emócií je nespracovaný zážitok z minulosti (tabuľka 2), ktorý prostredníctvom spomienok vyvoláva nepríjemnú situáciu. Na druhej strane, relevantnou emóciou bola napr. obava o zdravie na základe poveternostných podmienok (možné omrzliny), prípadne obava o vlastnú bezpečnosť v situácii trestného činu a pod. Z tabuliek je zrejmé, že oba typy emócií evokujú trochu odlišné spôsoby reakcie. Kým tie prvé je nutné skôr znížiť (napr. morbidny humor, pripomínanie si zodpovednosti), tie druhé je skôr nutné využiť pre zmenu či úpravu spôsobu intervencie (napr. ohriať si ruky). Výsledky však ukázali, že pri samotnom zásahu je reakcia na emóciu komplexnejšia a záchranári niekedy využívajú stratégie regulácie aj v situáciách relevantných emócií. To sa deje najmä vtedy, keď je relevantná emócia príliš silná a jej intenzita je pre záchranára rušivá. Príkladom je nervozita v dôsledku nedostatku informácií (tabuľka 7), ktorá odráža slabú štruktúrovanosť situácie a nedostatok informácií. Prírodnou reakciou je získavanie informácií (napr. „keď niekoho vonku stretnem, tak sa pýtam“), ale z vyjadrenia záchranára je zrejmé, že túto emóciu aj regulujú a snažia sa ju redukovať (napr. nadávanie, počítanie do desať a pod.). Na prvý pohľad sa môže zdať, že prílišná regulácia relevantných emócií môže znižovať ich informačnú hodnotu. Podľa nášho názoru však záchranári používajú reguláciu relevantných emócií najmä preto, aby znížili možné negatívne dôsledky týchto emócií v prípade, keď už informácii porozumeli a rátajú s ňou v scenárii riešenia, avšak emočný stav stále trvá (napr. čaká sa na zdroj informácie) a jeho ďalšie prežívanie by mohlo negatívne ovplyvniť rozhodovanie.

Čo sa týka samotnej sebaregulácie emócií, zdravotnícki záchranári využívali v procese jej sebarealizácie niekoľko metód. Jednou z metód, ktoré sa v analýze ukázali ako dominantné, bola úmyselná práca s pozornosťou, špecificky povedané úmyselné zameriavanie pozornosti na tie aspekty situácie či prežívania, ktoré eliminovali negatívne presvedčenia, a tým pádom eliminovali úzkostné pocity. Explicitný príklad použitia takejto stratégie možno nájsť hneď v prvej tabuľke, kde záchranár opisuje úzkosť z toho, že ide do rodnej lokality a je možné, že

pacientom bude niekto známy. Ide jednoznačne o irelevantnú emóciu, pretože táto emócia neosvetľuje žiadny aspekt situácie, ktorý by pomohol správne rozhodnutiu, ale skôr naopak, pôsobí rušivo. Aplikácia motivovaného zamerania pozornosti spočíva v zameraní pozornosti na svoju vlastnú zodpovednosť za intervenciu, na svoju rolu v intervenčnom tíme a pod. To pomáha záchranárovi nahradiť myšlienky vyvolávajúce úzkosť myšlienkami, ktoré úzkosť eliminujú. Dá sa povedať, že ide o istú formu motivovaného sebahodnotenia, ktoré Baumann a kol. (2001) opisujú vo svojom modeli a ktoré slúži na elimináciu úzkosti. Takýmto motivovaným zameraním pozornosti sú aj iné metódy regulácie spomínané záchranármi, ako napr. zameranie na záchranu života (tabuľka 1) či na vedúceho v tíme (tabuľka 2). Dá sa povedať, že naše výsledky ukazujú na to, že motivované zameranie pozornosti sa nedeje len vzhľadom na sebareakcie, ako je to v modeli Baumanna a kol. (2001), ale aj v širšom rámci, teda ako motivované zameranie na významné aspekty práce či situácie, ktoré pomáhajú k udržiavaniu pozitívnej motivácie a eliminácii negatívnych emócií.

Používané sebaregulačné stratégie možno rozdeliť aj vzhľadom na typológiu regulačných stratégií, ktorú vo svojej práci uvádzajú Larsen a Prizmic (2004). Tí hovoria o piatich spôsoboch, ako možno emócie regulovať: aktívne rozptýlenie (odtiahnutie sa), kognitívne zaangažovanie, behaviorálne zaangažovanie, pasívne odtiahnutie sa a akceptácia, ventilovanie a vyjadrenie emócií, ruminácia a odtiahnutie sa, a nakoniec čakanie. Dá sa povedať, že v našom výskume sme identifikovali tri z nich. Ventilovanie a vyjadrenie emócií reprezentujú také stratégie ako nadávky, rozprávanie sa o tom s kolegami atď. Pri behaviorálnom zaangažovaní sa používajú stratégie, kedy sa vykonávajú nejaké aktivity na riešenie problému. Záchranári plánovali, získavali ďalšie informácie a pod. Kognitívne zaangažovanie je mentálna práca spojená so zmenou myslenia, čo reprezentujú horeuvedené príklady motivovanej zmeny pozornosti. Ostatné regulačné stratégie sa nevyskytli podľa nášho názoru najmä preto, že nepodporujú aktívne riešenie problému a rozhodovania a záchranári ich môžu vnímať ako bezúčelné v kontexte zásahu.

8 Záver

V našej štúdii sme sa prostredníctvom kvalitatívnej analýzy pozostávajúcej z kombinácie metódy kritických rozhodnutí (CDM) a konsenzuálneho kvalitatívneho výskumu zamerali na deskripciu relevantných a irelevantných emócií pri zásahu zdravotníckych záchranárov. Analýzy poukázali na pomerne rôznorodé spektrum emócií oboch typov, ako aj spôsobov, ktoré záchranári používajú pri ich regulácií. Výsledky sú limitované predovšetkým veľkosťou vzorky, práve preto si nerobíme nároky na komplexný opis všetkých možných emócií a spôsobov regulácie. Aj napriek tomu však považujeme výsledky za prínosné, pretože poskytujú náhľad na emočné a kognitívne procesy ako aj na ich vzájomnú interakciu pri špecifickom zásahu záchranára.

Literatúra

BAUMANN, M.R., SNIEZEK, J.A., BUERKLE, C.A., 2001, Self-evaluation, stress and performance: A model of decision making under acute stress. In: E. Salas, G. Klein (Eds.), *Linking expertise and naturalistic decision making*. New York, London: Psychology Press, 139-158.

FISHER, C.D., NOBLE, C.S., 2004, A within person examination of correlates of performance and emotion while working. *Human Performance*, 17, 145-168.

FREEMAN, J., WEITZENFELD, J., KLEIN, G., RIEDL, T., MUSA, J., 1991, A knowledge elicitation technique for educational development: The critical decision method. Paper presented at the *Annual Meeting of the American Educational Research Association*, Chicago, IL, April 3-7, 1991.

GURŇÁKOVÁ, J., 2013a, Osobnostné aspekty efektívnej sebaregulácie a rozhodovania v situáciách emočnej záťaže. Teoretické východiská. In: J. Gurňáková a kol., *Rozhodovanie profesionálov: Sebaregulácia, stres a osobnosť*. Bratislava: ÚEP SAV, v tlači.

GURŇÁKOVÁ, J., 2013b, Úloha negatívneho emočného prežívania v rozhodovaní zdravotníkov a ich širšie psychologické súvislosti. In: J. Gurňáková a kol., *Rozhodovanie profesionálov: Sebaregulácia, stres a osobnosť*. Bratislava: ÚEP SAV, v tlači.

GURŇÁKOVÁ, J., 2013c, Význam sebaregulácie emócií v zvládaní záťaže a schopnosti efektívneho rozhodovania zdravotníckych profesionálov. In: J. Gurňáková a kol., *Rozhodovanie profesionálov: Sebaregulácia, stres a osobnosť*. Bratislava: ÚEP SAV, v tlači.

HALAMA, P., 2011, Emócie a emočná sebaregulácia v kontexte naturalistického rozhodovania. In: J. Gurňáková a kol., *Úvod do naturalistického rozhodovania*. Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV, 91- 107.

HALAMA, P., v tlači, Emócie pri komplexnom rozhodovaní v naturalistickom prostredí. In: I. Sarmány-Schuller (Ed.), *Otázky rozhodovania: Teória, empiria, život*. Zborník príspevkov z Psychologických dní 2013. Bratislava.

HALAMA, P., GURŇÁKOVÁ, J., 2012, Emócie a emočná regulácia v procese rozhodovania u zdravotníckych záchranárov. In: P. Halama, R.

Hanák, R. Masaryk (Eds.), *Sociálne procesy a osobnosť 2012*. Bratislava: ÚEP SAV, 215-218.

HALAMOVÁ, J., TIMUĽÁK, L., ADAMOVOVÁ, L., 2013, Kvalitatívna analýza výpovedí účastníkov workshopov o prežívaní budovania komunity. *Československá psychologie*, LVII, 2013, 1, 15-29.

HARENČÁROVÁ, H., 2013a, Skúmanie intuície z pohľadu naturalistického rozhodovania - Metóda kritických rozhodnutí. In: R. Hanák, E. Ballová Mikušková, V. Čavojová (Eds.), *Rozhodovanie a usudzovanie IV., Aplikácie a limity intuície*. Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV, 49-70.

HARENČÁROVÁ, H., 2013b, Sonda do problémov zdravotníckych záchranárov súvisiacich s rozhodovaním v náročných situáciách a s výkonom ich profesie. In: J. Gurňáková a kol., *Rozhodovanie profesionálov: Sebaregulácia, stres a osobnosť*. Bratislava: ÚEP SAV, v tlači.

HILL, C., THOMPSON, B.J., WILLIAMS, E.N., 1997, A Guide to Conducting Consensual Qualitative Research. *The Counseling Psychologist*, 25, 4, 517-572.

KLEIN, G.A., 1996, The development of knowledge elicitation methods for capturing military expertise. *ARI Research note 96-14*. Fort Leavenworth Research Unit, United States Army Research Institute for the Behavioral and Social Sciences.

LADANY, N., HILL, C.E., THOMPSON, B.J., O'BRIAN, K.M., 2004, Therapist perspectives on using silence in therapy: a qualitative study. *Counseling and psychotherapy research*, 4, 1, 80-89.

LARSEN, R.J., PRIZMIC, Z., 2004, Affect Regulation. In: R.F. Baumeister, *Handbook of self-regulation: research, theory and applications*. Guilford Press, 40-61.

LOEWENSTEIN, G.F., LERNER, J.S., 2003, The Role of Affect in Decision Making. In: R.J. Davidson, K.R. Scherer, H.H. Goldsmith (Eds.) *Handbook of Affective Sciences*. Oxford: Oxford University Press, 619-642.

MOSIER, K.L., FISCHER, U., 2010, The Role of Affect in Naturalistic Decision Making. *Journal of Cognitive Engineering and Decision Making*, 4, 240-255.

MOTOWIDLO, S.J., PACKARD, J.S., MANNING, M.R., 1986, Occupational stress: Its causes and consequences for job performance. *Journal of Applied Psychology*, 71, 618-629.

WONG, W.B.L., SALLIS, P.J., O'HARE, D., 1997, Eliciting Information Portrayal Requirements: Experiences with the Critical Decision Method. *The Information Science Discussion Paper Series*. Nr 97/04, May 1997, ISSN 1177-455x, 16p.

WONG, W.B.L., 2004, Critical decision method data analysis. In: D. Diaper, N.A. Stanton (Eds.) *The handbook of task analysis for human-computer interaction*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum, 327-345.

ZSAMBOK, C.E., 1997, Naturalistic decision making. Where we are now? In: C.E. Zsombok, G. Klein (Eds.), *Naturalistic decision making*. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 3-16.

Abstrakt

V tejto kapitole chceme ilustrovať proces sebaregulácie negatívnych a využitie pozitívnych emócií na základe analýzy pološtruktúrovaných rozhovorov so záchranármi pracujúcimi v posádke RLP (rýchlej lekárskej pomoci) v nemenovanom okresnom meste na Slovensku s počtom obyvateľov približne 21 tisíc. V rozhovore zameranom na priebeh rozhodovania sa počas zásahu, ktorý bol nerutinný, netradičný a stresujúci, sme sledovali sebaregulačné mechanizmy. Výber: 4 členovia posádky RLP vo veku 33 až 43 rokov, z toho boli 3 muži a 1 žena. Všetci záchranári mali aspoň 5 rokov praxe. Dvaja participanti pracovali na pozícii šofér záchranár a dvaja na pozícii záchranár. Postup: Metódou kritických rozhodnutí CDM (Wong, 2004) sme získali podrobný opis štyroch situácií, ktoré sa podľa záchranárov vymykali rutinnej praxi a boli pre nich emocionálne náročné. Následne sme rozhovory kvalitatívne analyzovali, pričom sme zvolili postup podobný konsenzuálnemu kvalitatívnemu výskumu CQR (Hill et al., 1997). V analýze sme sa zamerali na identifikáciu emócií, ktoré záchranári prežívali počas riešenia úlohy. V zhode s teóriou sme identifikovali emócie, ktoré boli irelevantné úlohe a sledovali sme, ako ich v práci sebaregulovali. Pri emóciách relevantných úlohe sme sledovali spôsob, ako ich využívali pri práci. Výsledky diskutujeme s relevantnou teóriou.

X. AKO VZNIKÁ DIAGNÓZA? PSYCHOLOGICKÁ ANALÝZA POSTUPU POSÁDOK RZP V SÚŤAŽNEJ ÚLOHE „KÁČA“ NA RALLYE REJVÍZ 2010

Jitka GURŇÁKOVÁ

Ústav experimentálnej psychológie SAV Bratislava

Obsah kapitoly

1 Úvod

2 Súbor

3 Metóda

4 Analýza

5 Výsledky

5.1 Komunikácia s pacientom

5.2 Rozdelenie rolí a komunikácia s kolegom v tíme

5.3 Stratégie riešenia podľa fáz záchranného procesu

5.3.1 - 1. Fáza – Výzva z operačného strediska

5.3.2 - 2. Fáza – Vstup

5.3.3 - 3. Fáza – Anamnéza a vyšetrenie

5.3.4 - 4. Fáza – Stanovenie diagnózy

5.3.5 - 5. Fáza – Rozhodnutie o ďalšom postupe

6 Diskusia

7 Záver

1 Úvod

Prácu zdravotníckych záchranárov si môžeme predstaviť ako reťaz na seba naväzujúcich rozhodnutí, od ktorých závisí úspech celého zásahu. Jedným z dôležitých článkov tejto reťaze je stanovenie pracovnej diagnózy pacienta. Správna alebo nesprávna diagnóza ovplyvňuje navrhovanú liečbu, ďalší postup, a tým aj úspech celého zásahu. V ideálnom prípade by podľa súčasného trendu medicíny založenej na dôkazoch (Evidence Based Medicine – EBM) malo byť rozhodnutie o diagnóze, rovnako ako rozhodovanie o všetkých ostatných fázach procesu poskytovania zdravotnej starostlivosti, založené na výsledkoch integrácie klinickej skúsenosti, dôkladného vyšetrenia a odberu anamnézy pacienta a zväžení dostupných vedeckých poznatkov v prospech účinnej, bezpečnej a presnej liečby pacienta (Sackett et al., 1996). Skúsenosti i výskumy však potvrdzujú, že tomu častotak nie je (podrobnejšie viď. Gurňáková, 2011). Napr. Najaf-Zadeh a kol. (2011) zistili, že najčastejšie pochybenia všeobecných lekárov a pediatrov sa týkajú práve procesu stanovenia diagnózy (až 47%), pričom druhá najfrekvencovanejšia kategória chýb - chyby v medikácii, tvorili len 13%. Crockery (2008) zastáva názor, že kognitívne procesy, na základe ktorých prebieha klinické usudzovanie, sú veľmi komplexné a rozmanité, pričom spomína 40 druhov kognitívnych a emocionálnych omylov (biases), ktoré ho môžu negatívne ovplyvňovať. DeKeyser a Woods (1990) tvrdia, že hlavným zdrojom ľudských omylov v dynamickom prostredí je neschopnosť prehodnotiť situáciu v prípade, že vyjdu najavo nové skutočnosti. Xiao a kol. (1995) pritom upozorňujú, že k omylom v dôsledku fixácie neprispieva len ľudský faktor, ale aj nespoľahlivé monitorovacie zariadenia a oneskorená spätná väzba. Uvedené okolnosti ďalej podporujú preferenciu tých informácií, ktoré sú v súlade s očakávaniami rozhodovateľov a limitujú snahu o ich overovanie. Tým sa utvrdzuje falošný dojem o súdržnosti dosiahnutých zistení a odvádza sa pozornosť od správnej diagnózy.

Hoci stanovenie presnej diagnózy je obvykle v kompetencii lekára, ani posádky rýchlej zdravotnej pomoci (RZP) zložené z dvoch kvalifikovaných zdravotníckych záchranárov bez lekára sa nezaobídu bez vlastného pracovného zhodnotenia stavu postihnutého pacienta. Podmienky situácie, v ktorej majú podávať dobrý výkon, sú pritom často podstatne náročnejšie ako u lekárov v nemocnici či v bežných ambulanciách. Prostredie, pacient, rovnako ako aj okolnosti súvisiace s jeho problémom, sú vopred neznáme a niekedy aj pre samotnú posádku

ohrožujúce. Bežný je zvýšený časový tlak a riziko vážnych dôsledkov pre život a zdravie pacienta, ak by sa posádka v priebehu zásahu nerozhodla správne. Do procesu rozhodovania zdravotníkov v reálnych situáciách zasahuje popri týchto okolnostiach (podrobnejšie viď. Guřňáková, 2013) aj množstvo ďalších faktorov. Na jednej strane sú to vedomosti, skúsenosti a schopnosť kooperácie všetkých členov tímu, na druhej strane aj ich kondícia, aktuálne kognitívne nastavenie a emocionálne prežívanie nielen priamo vyplývajúce z procesu riešenia konkrétneho prípadu (napr. súvisiace s aktuálnym rizikom alebo úspešnosťou prebiehajúceho zásahu), ale aj také, ktoré s riešeným prípadom priamo nesúvisí, no ovplyvňuje aktuálne nastavenie záchranára (napr. nespracovaný stres z predchádzajúceho výjazdu či úroveň dôvery vo vlastné schopnosti zvládnutia problému, viď. Halama, 2011, Halama, Guřňáková, 2012).

Pochopenie toho, ako záchranárske posádky riešia skutočné problémové situácie, môže byť užitočné nielen ako príklad komplexného riešenia problémov (Quesada, Kintsch, Gomez, 2005), ale môže tiež priniesť užitočné podnety pre rozvoj efektívnejšieho vzdelávania a technického vybavenia, ktoré by podporovalo úspešné spôsoby rozhodovania zdravotníckych záchranárov.

Táto štúdia sa zameriava na proces rozhodovania dvojčlenných posádok zdravotníckych záchranárov v simulovanej súťažnej situácii. Jej cieľom bolo identifikovanie rôznych spôsobov rozhodovania, ktoré posádky RZP využívajú pri vyšetrowaní neznámeho pacienta, pričom sme sa sústredili na:

- porovnávanie viac a menej efektívnych postupov riešenia simulovanej úlohy,
- analýzu chýb, ktorých sa záchranári dopúšťajú,
- vplyv interakcie medzi jednotlivými členmi tímu,
- pôsobenie charakteru komunikácie s pacientom na proces riešenia úlohy.

Predpokladali sme, že posádky, ktoré sa na základe hodnotenia viacerých medicínskych špecialistov – rozhodcov, umiestnili v celkovom hodnotení ich súťažného výkonu na popredných miestach, budú prezentovať efektívnejší spôsob práce ako tie posádky, ktoré v celkovom hodnotení skórovali nižšie.

2 Súbor

20 posádok rýchlej zdravotnej pomoci (RZP) pozostávajúcich z dvoch zdravotníckych záchranárov bez lekára (34 mužov, 6 žien) pochádzalo z rôznych miest Českej republiky, 8 dvojčlenných tímov (12 mužov, 4 ženy) pochádzalo zo Slovenskej republiky. Štyria súťažiaci uviedli titul diplomovanej sestry, 12 osôb dosiahlo vysokoškolské vzdelanie (titul Bc.). Vzhľadom na dobrovoľný a anonymný charakter dotazníkov administrovaných v priebehu súťaže len 24 z celkového počtu 56 súťažiacich (12 trojčlenných tímov) poskytlo údaje o svojom veku a pracovných skúsenostiach. Napriek tomu však nebol nájdený signifikantný rozdiel z hľadiska výkonu a umiestnenia v súťaži medzi touto skupinou a súťažiacimi, ktorí svoje dotazníky neodovzdali, ani žiadne štatisticky signifikantné vzťahy v rámci dostupných údajov medzi vekom, rokmi praxe alebo počtom absolvovaných súťaží a výkonom našich respondentov v tejto súťaži.

Tab. 1. Základné deskriptívne údaje 24 súťažiacich (42,86% z celého súboru) - 19 mužov, 5 žien z 12 tímov

| | mean | SD | Min | Max |
|---|-------|------|-----|-----|
| Vek | 33.82 | 7.98 | 23 | 54 |
| Roky praxe | 10.52 | 9.40 | 0 | 35 |
| Predchádzajúca skúsenosť s podobnou súťažou | 4.62 | 6.00 | 0 | 26 |

3 Metóda

Keďže naturalistický výskum rozhodovania záchranárov v reálnej praxi naráza na množstvo etických, metodologických i technických problémov, nie je možné objektívne porovnávať výkon viacerých záchranárskych posádok v tej istej situácii. Naproti tomu v situácii umelo vytvorenej len pre účely experimentu je zase náročné zabezpečiť dostatočnú motiváciu jej účastníkov pre podávanie čo najlepšieho výkonu. V roku 2010 sme preto využili možnosť zúčastniť sa ako pozorovatelia na medzinárodnej súťaži posádok ZZS Rallye Rejvíz 2010, účasť v ktorej je pre väčšinu súťažiacich veľmi cenná a ich motivácia uspieť je veľmi vysoká. Tento spôsob zberu údajov nám súčasne umožnil získať čo najobjektívnejšie hodnotenie výkonu každej posádky v modelových situáciách od množstva nezávislých rozhodcov –

špecialistov v oblasti urgentnej medicíny. Súťaž prebiehala v presne určenom harmonograme počas 24 hodín (v 12 hodinovej dennej a následne 12 hodinovej nočnej etape), v rámci ktorých museli súťažiaci posádky riešiť 13 súťažných úloh rôznej náročnosti, pričom organizátori súťaže vynaložili enormnú snahu na to, aby sa tieto modelové situácie čo najviac približovali reálnym prípadom, s ktorými môžu prísť do kontaktu záchranári na skutočnom výjazde. Súťažiaci boli pritom nielen pod časovým tlakom, museli sa vyrovnáť aj s neurčitou zadanie týchto situácií, nedostatkom spánku a fyzickou únavou a na rozdiel od reálnych situácií, aj so subjektívne vnímaným tlakom z verejného hodnotenia svojho výkonu rozhodcami a príležitostnými divákmi pri absentujúcej spätnnej väzbe na svoj aktuálny výkon. So svojimi výsledkami a správnym riešením jednotlivých úloh boli oboznámení až po skončení celej súťaže.

Na videozáznam sme nahrávali výkony všetkých (28) posádok národnej súťaže RZP z Čiech a Slovenska v troch súťažných situáciách a zbierali vyplnené dotazníky ku dvom z nich. Na tomto mieste prezentujeme dôkladnejší rozbor úlohy „Káča“ autorov MUDr. Kateřiny Ningerovej, MUDr. Davida Tučeka a ďalších z dennej etapy súťaže.

Vo vybranej situácii išlo o zdanlivo jednoduché základné vyšetrenie zdravého komunikujúceho muža. Po príchode na adresu dostala dvojčlenná posádka RZP bez operátora (riešil v tom čase inú úlohu) nasledujúce zadanie: „Zdravotnícké středisko záchranné služby přijalo výzvu na tísňové lince 155 a vysílá vás k případu: Zprostředkovaná výzva od manželky: manžel je doma po noční a je po telefonu „nějaký divný“, divněmluvil, neochotný. Při telefonickém ověření na domácí telefon tento bez odezvy. Vaším úkolem je zhodnotit stav postiženého, vyšetřit pacienta a navrhnout další postup.“ Nasledoval popis miestnej situácie z hľadiska vzdialenosti a vybavenosti nemocníc so štyrmi alternatívami pre prevoz pacienta. Medicínsky správne riešenie bolo systematicky a komplexne vyšetriť pacienta, odobrať dôkladnú anamnézu, presvedčiť sa, že je zdravý a s pomocou konzultácie s lekárom na linke ukončiť zásah lege artis poučením pacienta, podpísaním negatívneho reverzu a jeho ponechaním na mieste.

4 Analýza

Pri spracovávaní údajov boli použité tri druhy premenných. Po prvé, kvantitatívne medicínske hodnotenie výkonu tímov v sledovanej súťažnej úlohe ako aj ich výkon v celej súťaži (dvaja nezávislí rozhodcovia - špecialisti v obore urgentnej medicíny pre každú súťažnú úlohu). Po druhé, kvantitatívne hodnotenie prístupu posádky k pacientovi z pohľadu figuranta, ktorý pacienta v sledovanej úlohe reprezentoval. Po tretie, kvantitatívne a kvalitatívne dáta získané na základe analýzy videozáznamov výkonu jednotlivých posádok v sledovanej úlohe.

Videozáznamy výkonu všetkých 28 posádok RZP v súťažnej úlohe boli najprv analyzované z hľadiska intervenujúcich faktorov pri riešení úlohy, chronológie a spôsobu použitia diagnostických a intervenčných postupov. Po dôkladnom zhliadnutí a okódovaní jednotlivých úkonov realizovaných posádkami na videozáznamoch zo súťažnej situácie sme najprv uskutočnili frekvenčnú, korelačnú a regresnú analýzu sledovaných premenných. Na základe medicínskeho hodnotenia výkonu v celej súťaži sme všetky posádky rozdelili do troch výkonnostných kategórií: úspešní (1.- 9. miesto), stredne úspešní (10.-19. miesto) a menej úspešní (20.-28. miesto), ktoré sme porovnávali z hľadiska ich výkonu v sledovanej situácii a úspešnosti v celej súťaži.

Ďalej sme pre podrobnejšiu analýzu vybrali videozáznamy 10 posádok, ktoré boli doslovne prepísané a kvalitatívne i kvantitatívne analyzované pomocou programov ATLAS.ti 5.2, Microsoft Excel 2010 a SPSS for Windows 15.0. Tri z nich reprezentovali najúspešnejšie posádky v rámci celej súťaže, ktoré sa vysoko umiestnili aj v rámci sledovanej úlohy, tri zastupovali posádky s najnižším umiestnením v celej súťaži a súčasne s nižším umiestnením v rámci tej istej úlohy, štyri posádky reprezentovali špeciálne prípady chybného postupu riešenia sledovanej úlohy.

Keďže ani najúspešnejšie posádky nepredviedli v sledovanej úlohe celkom bezchybný výkon, výsledky kvalitatívnej analýzy ponúkame najmä ako ukážky viac alebo menej úspešných postupov riešenia úlohy, nie ako jeho ideálny postup.

5 Výsledky

Vzhľadom na limitovaný rozsah štúdie sú detailnejšie prezentované najmä výsledky týkajúce sa samotného procesu diagnostikovania pacienta. Na ostatných miestach uvádzame len súhrn identifikovaných prvkov úspešného a menej úspešného postupu riešenia úlohy, založený na pozorovaní výkonu jednotlivých posádok RZP. Zistenia z kvantitatívnej i kvalitatívnej analýzy riešenia súťažnej úlohy uvádzame v chronologickom poradí podľa jednotlivých fáz zásahu. Najprv však popíšeme tie charakteristiky, ktoré s celým procesom riešenia úlohy bezprostredne súvisia – komunikáciu s pacientom a tímovú spoluprácu.

5.1 Komunikácia s pacientom

Keďže sa jednalo o vyšetrenie pacienta, ktorý sám záujem o poskytnutie zdravotnej starostlivosti nepociťoval a v podstate odmietal (záchrannú službu volala bez jeho vedomia jeho neprítomná manželka), schopnosť záchranárov nadviazať s ním kontakt a motivovať ho pre spoluprácu pri vyšetrení bola pre splnenie úlohy kľúčová. Ako úspešné sa prejavilo zdvorilé, empaticky asertívne vystupovanie, vyjadrujúce rešpektujúci postoj voči pacientovi, jeho právam a potrebám (vstup), schopnosť nadviazať a udržať primeraný kontakt s pacientom (predstavenie sa, neverbálna komunikácia, aktívne počúvanie), priebežné, úrovni pacienta primerané, informovanie o postupe a výsledku vyšetrenia, aktívne počúvanie odpovedí aj spontánnych výpovedí pacienta so zameraním na anamnesticky významné informácie, schopnosť regulovať jeho rozprávanie potrebným smerom, verbálne ocenenie pacientovej spolupráce, rešpektovanie jeho telesnej integrity (ak je potrebné sa ho dotýkať, vyzliecť a pod., informovať a žiadať o dovoľenie), rešpektovanie jeho práva odmietnuť ďalšiu zdravotnú starostlivosť, odmietnuť prevoz a pod.

Problémy vyvolávali najmä prejavy správania posádky nerešpektujúce pacientove práva a potreby – namiesto pozitívnej motivácie pacienta ku spolupráci snaha o jeho manipuláciu nátlakom, ignorancia a/alebo neadekvátne zodpovedanie jeho otázok ohľadne dôvodu príchodu posádky ZZS, procesu a výsledku vyšetrenia, dôvodov vlastného konania (požiadaviek voči pacientovi), nevšímavosť voči anamnesticky relevantným informáciám spontánne poskytovaným pacientom, nadbytočne opakované otázky a vyšetrenia v dôsledku

nepozornosti záchranára, nerešpektovanie pacientovho odporu proti mierne bolestivému vyšetreniu, dotýkanie sa alebo vyzliekanie pacienta bez jeho súhlasu, neakceptovanie pacientovho želania zostať doma – psychická manipulácia, vyhrážanie políciou a pod.

5.2 Rozdelenie rolí a komunikácia s kolegom v tíme

Podľa všeobecne platných predpisov, služobne starší záchranár, vedúci zásahu (Z1), je zodpovedný za výsledok zásahu, rozhoduje o celom postupe riešenia a jeho úlohou v tejto situácii bolo hlavne odoberanie anamnézy a vyšetrenie. Druhý člen tímu (Z2) má na starosti zdravotnícky materiál, realizuje niektoré vyšetrenia, asistuje vedúcemu zásahu a informuje ho o výsledkoch vyšetrenia. V úspešných tímoch sa však od začiatku na riešení úlohy aktívne podieľajú obaja členovia posádky – spoločne študujú zadanie (výzvu z KOS), uistia sa a priebežne starajú, aby mali obaja všetky dostupné informácie relevantné pre riešenie úlohy, hoci zastávajú odlišné role. Rešpektujú svoje odlišné postupy a názory, vzájomne sa dopĺňajú a korigujú. Z1 zaháji a vedie komunikáciu s pacientom, rozhoduje o postupe vyšetrenia, dáva inštrukcie kolegovi a oboznamuje ho s výsledkom každého vyšetrenia, môže sa zaujímať o názor kolegu na tieto výsledky (napr. interpretácia záznamu EKG). Z2 sleduje proces vyšetrenia, predvída alebo aspoň promptne reaguje na požiadavky svojho kolegu, spontánne ho informuje o výsledkoch vlastných vyšetrení v čase, ktorý je na to vhodný (rešpekt kolegovho procesu, prípadne procesu pacienta – napr. nechá ho dokončiť odpoveď na otázku). Sám sleduje výsledky kolegovho vyšetrenia, môže neskôr prevziať vedenie komunikácie s pacientom, kým sa kolega venuje inej činnosti. Výhodou schopnosti Z2 prebrať vedenie komunikácie s pacientom alebo realizáciu vyšetrenia je okrem iného poskytnutie času druhému kolegovi na dôkladnejšie uvažovanie a vyhodnocovanie získaných informácií. V úspešnejších posádkach môže Z2 tiež dopĺňať chýbajúce časti anamnézy, navrhuje kolegovi dosiaľ nerealizované vyšetrenia, podieľa sa na rozhodovaní o ďalšom postupe, je schopný podať kompletné hlásenie o výsledkoch vyšetrenia na KOS, je psychickou oporou pre Z1. Samostatne uvažuje o riešení úlohy a pokiaľ to považuje za potrebné, aktívne sa do neho zapája. Efektívne využitie času umožňuje paralelné vyšetrenie pacienta oboma záchranármi odrazu. Z2 nemusí spontánne zasahovať do procesu vyšetrenia, ale je k dispozícii, pokiaľ ho kolega potrebuje – sleduje proces, asistuje.

K dobrému výsledku nepomáha absencia či premenlivosť záujmu o riešenie úlohy u Z2 alebo jeho vylúčenie zo sledovania celého procesu či spolurozhodovania o riešení úlohy vedúcim zásahu Z1 – napr. samostatné štúdium zadania len jedným zo záchranárov, absencia spoločnej komunikácie o zadani. Na škodu veci je nedostatočné plnenie povinností vyplývajúcich z vlastnej role (neprehľadnosť v usporiadaní zdravotníckeho materiálu a s tým súvisiace časové prestoje), neschopnosť kompetentne sa vyjadriť k priebehu alebo výsledkom vyšetrenia v rámci informovania pacienta alebo konzultácie s kolegom, neinformovanie alebo zlé načasovanie informovania kolegu o výsledku vyšetrenia (tak Z2 ako aj Z1), nevhodne kladené alebo opakujúce sa otázky, ktoré obťažujú pacienta. No napriek možnosti podobných nedostatkov, najmenej prospešný je pasívny kolega, ktorý nijako neprispieva k riešeniu úlohy. Aktívny kolega so záujmom o proces riešenia úlohy môže aj napriek prípadným vyrušeniam či nadbytočným otázkam prispieť k lepšiemu pochopeniu pacientovej situácie a dôkladnejšiemu postupu riešenia tejto úlohy - má možnosť odstupe od udržiavania kontaktu s pacientom, odlišný pohľad na situáciu a prístup k jej riešeniu, ktorý môže byť pre kolegu, plne vyťaženeho úsilím o stanovenie diagnózy, obohacujúci a inšpirujúci. Obzvlášť výhodné je to v tomto type úlohy, kde je najlepšie hodnotený postup využívajúci čo najkomplexnejšie vyšetrenie pacienta.

5.3 Stratégie riešenia podľa fáz záchranného procesu

V nasledujúcej časti budú v chronologickom poradí predstavené viac a menej úspešné stratégie riešenia sledovanej úlohy.

5.3.1 - 1. Fáza – Výzva z operačného strediska

V reálnom živote začína výjazd posádky prebráním telefonickej výzvy z Krajského operačného strediska ZZS (KOS), ktorá obsahuje v prvom rade adresu a stručný popis prípadu, ktorého presnosť a spoľahlivosť závisí od toho, ako ho volajúci popísal. V rámci súťaže dostali posádky až po príchode na určenú adresu v jednom exemplári namiesto toho písomnú inštrukciu, reprezentujúcu obvyklú telefonickú výzvu z operačného strediska, ktorá obsahovala vstupné informácie o tom, čo sa stalo, ako sa pacient prejavoval, čo je úlohou posádky a informácie o možnom smerovaní pacienta. Po jej časovo nelimitovanom preštudovaní a vrátení inštrukcie späť rozhodcovi mali zahájiť akciu

zaklopaním na určené dvere, odkedy sa im začal merať čas potrebný na riešenie úlohy (max. 15 minút).

V prvej fáze analýzy sme na základe pozorovania posádok rozlíšili desať kategórií aktivít, ktoré sa týkali preberania (čítania) a spracovávania výzvy z KOS. Tri z nich reprezentovali spôsob čítania inštrukcie, sedem z nich sa týkalo ďalších krokov, ktoré boli prejavom pokročilejšieho spracovávania prevzatých informácií. (napr. selekcia kľúčových informácií – kto volal, aké sú symptómy, aká je ich úloha; proces utvárania zmyslu o situácii na mieste, interpretuje, čo sa deje – napr. „Takže on je tam sám.“). Za každú aktivitu spadajúcu do niektorej z týchto kategórií sme posádke pridelili jeden bod, pričom hrubé skóre posádky, získané v rámci triedy pokročilejšieho spracovávania informácií (max. 7), signifikantne korelovalo s pacientovým vyšším hodnotením prístupu posádky k nemu (Spearmanove poradové korelácie $r_s = ,342$; $p = ,041$). Aj keď nie štatisticky signifikantne, v priemerných hodnotách sa prejavila vyššia tendencia skupiny najúspešnejších tímov dôkladnejšie študovať a spracovávať vstupné informácie zo zadania ako u menej úspešných tímov (mean_1 = 3.75; SD_1 = 2.91; mean_2 = 3.45; SD_2 = 1.83; mean_3 = 2.56; SD_3 = 1.42; min = 1, max = 10).

Kvalitatívna analýza 10 špecifických prípadov potvrdila, že úspešné posádky študovali výzvu dôkladne a spoločne. Seletovali pritom kľúčové informácie o stave pacienta, vytvárali si predstavu o situácii na mieste (pacient je po nočnej zmene, neočakáva ich, je sám doma, nereagoval na telefón). Interakcia s kolegom im umožňovala korekciu nesprávneho pochopenia situácie. Minimálne jeden zo záchranárov si preštudoval konkrétnu úlohu aj všetky možnosti ďalšieho smerovania pacienta, obvyklá bola následná otvorenosť akémukoľvek vývoju situácie („To môže byť cokoli“) a pustenie sa rovno do riešenia súťažnej úlohy. Niektoré posádky však postupovali o niečo dôkladnejšie - okrem snahy o adekvátne porozumenie situácii na mieste seletovali aj najpravdepodobnejšie možnosti ďalšieho smerovania pacienta. Je možné usudzovať, že si vytvárali prvé hypotézy o pravdepodobnom type problému (napr. neurologické alebo psychiatrické ochorenie, náhla cievna mozgová príhoda) či už z obavy z nedostatočného zapamätania všetkých ponúkaných možností, alebo ako spôsob mentálnej prípravy na riešenie úlohy. Text zadania vracali rozhodcovi až keď sa presvedčili o tom, že z neho vyťažili všetky dôležité informácie.

Na druhej strane, najmenej efektívnym prístupom sa ukázal nedostatok pozornosti venovaný zadaniu - individuálne zbežné čítanie výzvy, odmietnutie zaoberať sa vopred možnosťami smerovania pacienta

(snaha o elimináciu kognitívnej záťaže?), neadekvátne pochopenie situácie na mieste, ale tiež prílišné spoliehanie sa na anamnestický detail („divný“, „divne mluvil“). Ako nevýhodné sa ukázalo vytváranie predbežných hypotéz o pacientovom stave v prípade, že negatívne ovplyvnili jednanie posádky voči pacientovi v nasledujúcej fáze.

5.3.2 - 2. Fáza – Vstup

Zmyslom tejto časti úlohy bolo dosiahnutie vstupu do domácnosti za účelom vyšetrenia a ošetrovania pacienta. Úspešnejší spôsob predstavovalo primerané upozornenie na seba (klopanie na dvere, búchanie, volanie), pozdrav a predstavenie sa, adekvátne vysvetlenie svojho príchodu nič netušiacemu pacientovi (on nikoho nevolal, je po nočnej, spal – chce vedieť, kto ich k nemu zavolať, prečo), primeraná reakcia na jeho žiadosť o vysvetlenie a zdvorilá žiadosť o súhlas s vyšetrením, ktoré viedli k pacientovej ochote ku spolupráci a súhlasu s vyšetrením. Správna hypotéza o situácii na mieste – je sám doma, spí – viedla k trpezlivosti pri snahe o vstup a primeranej reakcii na zaskočeného, z počiatku neochotného pacienta.

Nesprávna hypotéza o situácii na mieste často viedla k neadekvátnemu jednaniu. U niektorých posádok dochádzalo k predpojatému správaniu voči pacientovi (napr. pri predpoklade psychiatrického ochorenia) a/alebo ku zníženej schopnosti adekvátne reagovať na jeho potreby (ignorancia pacientovej žiadosti o vysvetlenie príchodu ZZS, nátlak namiesto pozitívnej motivácie k spolupráci pri vyšetrení). V jednom prípade tendencia potvrdiť svoju chybnú pôvodnú hypotézu napriek novým rozporuplným informáciám viedla až k spochybňovaniu ich hodnovernosti a generovaniu ďalších nesprávnych predpokladov o tom, čo sa vlastne stalo (úvaha typu "Manželka by mala byť doma. Ak pacient tvrdí, že je doma sám, asi jej niečo urobil a nechce sa priznať" viedla k pokusu o násilný vstup, volanie polície a následný konflikt s pacientom). Posádky, ktoré nepochopili adekvátne charakter situácie na adrese, boli často zaskočené zamknutými dverami a dlhším intervalom prvej reakcie pacienta na žiadosť o vstup (spal, nemôže hneď reagovať). Mali sklon rýchlo dospieť k záveru typu „niečo sa muselo stať“ (napr. môže ísť o pacienta v bezvedomí) a skôr ako vyvinuli primerané úsilie o jeho kontaktovanie, pokúšali sa volať hneď posily (políciu, hasičov) pre násilný vstup do domu. Dôsledkom bol nepríjemne zaskočený pacient. K ďalšiemu vyostrovaniu konfliktu s pacientom viedla tiež snaha okamžite spovedať a vyšetrovať

odmietavého pacienta, bez úsilia o jeho pozitívne motivovanie k spolupráci.

Najefektívnejším spôsobom motivácie spočiatku vzdorujúceho pacienta v modelovej situácii bola empatická asertivita – ospravedlnenie alebo prejav poľutovania nad tým, že ho budia, nasledované stručným vysvetlením dôvodu svojho príchodu a zdvorilou žiadosťou o súhlas s vyšetrením.

5.3.3 - 3. Fáza – Anamnéza a vyšetrenie

Ideálnym riešením z medicínskeho hľadiska najpodstatnejšej časti úlohy, bol dôkladný a systematický odber anamnézy (osobná, farmakologická, epidemiologická, rodinná, popis súčasných ťažkostí a predchádzajúcich ochorení, alergie, abúzus), dôkladné vyšetrenie pacienta: fyzikálne vyšetrenie od hlavy po päty, meranie neinvazívnych hodnôt (tlak, pulz, saturácia kyslíka, teplota), stanovenie glykémie, 12 – zvodové EKG a kompletne základné neurologické vyšetrenie (zrenice, mimika, výpadky hybnosti, pociťovania, mozočkové príznaky). Kompletne vyšetrenie v kategórii súťaže národných posádok RZP, a podľa rozhodcov ani v kategórii RLP, však neurobil nikto. Posádky RZP rozdelené na základe ich celkového poradia v súťaži do troch výkonnostných kategórií (1.-9.miesto, 10.-19. miesto a 20.-28. miesto) sa napriek mierne klesajúcej tendencii štatisticky významne nelíšili v počte odobraných anamnestických údajov, líšili sa ale signifikantne v počte realizovaných vyšetrení v rámci sledovanej úlohy ($p = ,009$; Chi-Square, Kruskal Wallis Test; tab. 2). Hoci výkon posádok v tejto úlohe v porovnaní s ich celkovým umiestnením v súťaži mierne varioval, lineárna regresná analýza (metóda Enter, závislá premenná – poradie v súťaži, nezávislá premenná – osobitne pre každý model: počet vyšetrení, počet odobratých anamnestických údajov, bodové hodnotenie v úlohe "Káča") potvrdila, že spôsob, akým pristupovali k tejto úlohe do istej miery reprezentuje spôsob ich práce v celej súťaži. Kým vzťah medzi počtom odobratých anamnestických údajov v tejto úlohe a umiestnením v súťaži nie je signifikantný, počet realizovaných vyšetrení v úlohe "Káča" vysvetľuje 26 % rozptylu v celkovom umiestnení posádky na súťaži (Adj. R^2 ; $p = ,004$; $F = 10,49$), čo je viac, ako vysvetľuje celkové bodové hodnotenie úlohy "Káča" (23%, $p = ,006$; $F = 9,09$).

Tab. 2. Prehľad počtu použitých diagnostických úkonov v úlohe "Káča" v jednotlivých výkonnostných kategóriách posádok RZP podľa celkového poradia v súťaži.

| Celk. umiestnenie | | Mean | Min. | Max. | Std. Dev. |
|-------------------|--------------------|-------|------|-------|-----------|
| 1.- 9. miesto | Počet vyšetrení | 14,44 | 5,00 | 23,00 | 5,83 |
| N=9 | Počet anam. údajov | 12,67 | 7,00 | 18,00 | 4,42 |
| 10.-19. miesto | Počet vyšetrení | 10,90 | 6,00 | 14,00 | 2,56 |
| N=10 | Počet anam. údajov | 12,10 | 6,00 | 19,00 | 4,31 |
| 20.-28. miesto | Počet vyšetrení | 7,89 | 4,00 | 12,00 | 2,47 |
| N=9 | Počet anam. údajov | 11,22 | 9,00 | 14,00 | 1,92 |
| Všetky posádky | Počet vyšetrení | 11,07 | 4,00 | 23,00 | 4,61 |
| N=28 | Počet anam. údajov | 12,00 | 6,00 | 19,00 | 3,66 |

Najčastejšie využívanými vyšetreniami v sledovanej úlohe boli meranie tlaku, vyšetrenie saturácie krvi kyslíkom, stanovenie glykémie, pozorovanie zreníc, meranie EKG (11 posádok využilo len trojzvodovú formu, zatiaľčo za správny postup bolo považované iba kompletné dvanásťzvodové meranie EKG, ktoré použil rovnaký počet posádok) a stisk rúk ako orientačné neurologické vyšetrenie. Najmenej často boli využívané postupy fyzikálneho vyšetrenia vyžadujúce bližší fyzický kontakt s pacientom – od počúvania dýchania (13 posádok), činnosti srdca (10 posádok), cez prehmatávanie od hlavy po päty (8 a menej posádok; tab. 3)¹¹ atď.

¹¹ Otvorenou ostáva otázka prečo je to tak? Išlo o dôsledok určitých osobných zábran dotýkať sa priamo pacienta, nedostatok presvedčenia o potrebe overovať si jeho tvrdenia alebo sa posádky spoliehali viac na hodnoty, ktoré im poskytlo prístrojové vybavenie? Odpovede by mohli priniesť skôr priame rozhovory s účastníkmi pozorovaných situácií, prípadne experimentálna manipulácia s jednotlivými prvkami situácie, ktoré neboli súčasťou tejto štúdie.

Tab. 3. Prehľad najčastejšie realizovaných diagnostických úkonov v úlohe "Káča" (biele pozadie – fyzikálne vyšetrenia, sivé pozadie - anamnestické otázky)

| Poradie podľa frekvencie | | počet posádok RZP | % posádok RZP |
|--------------------------|--|-------------------|---------------|
| 1 | vyšetrenie - tlak | 28 | 100 |
| 2 | vyšetrenie - saturácia | 27 | 96,43 |
| 3 | vyšetrenie - glykémia | 26 | 92,86 |
| 4 | anamnéza - lieky | 24 | 85,71 |
| 5 | vyšetrenie - zrenice | 23 | 82,14 |
| 6 | anamnéza - liečba | 23 | 82,14 |
| 7 | vyšetrenie EKG (12 zvodové/iné) | (11/11) | 78,58 |
| 8 | vyšetrenie neurologické - stisk rúk | 21 | 75 |
| 9 | vyšetrenie - pulz | 21 | 75 |
| 10 | anamnéza - aktuálny problém, súčasný stav | 19 | 67,86 |
| 11 | anamnéza - predchádzajúce vyšetrenie | 19 | 67,86 |
| 12 | anamnéza - alergie | 18 | 64,29 |
| 13 | anamnéza - bolesť | 18 | 64,29 |
| 14 | anamnéza - povolanie | 17 | 60,71 |
| 15 | anamnéza - čo sa stalo, čo robil doteraz | 15 | 53,57 |
| 16 | anamnéza - alkohol | 15 | 53,57 |
| 17 | anamnéza - úraz, pracovný úraz, nehoda | 14 | 50 |
| 18 | anamnéza - bolesť na hrudníku | 13 | 46,43 |
| 19 | vyšetrenie - dýchanie | 13 | 46,43 |
| 20 | vyšetrenie neurologické - plazenie jazyka | 13 | 46,43 |
| 21 | vyšetrenie - teplota | 13 | 46,43 |
| 22 | anamnéza - jedlo, tekutiny | 13 | 46,43 |
| 23 | vyšetrenie - šija | 11 | 39,29 |
| 24 | vyšetrenie neurologické - predpaženie | 11 | 39,29 |
| 25 | vyšetrenie - srdce | 10 | 35,71 |
| 26 | vyšetrenie neurologické – predpaženie, ukazovák na nos | 10 | 35,71 |
| 27 | anamnéza - nočné zmeny | 9 | 32,14 |
| 28 | anamnéza - diabetes | 9 | 32,14 |
| 29 | anamnéza - pracovná záťaž, rizikové prostredie | 8 | 28,57 |
| 30 | anamnéza - predchádzajúce ochorenie, hospitalizácia | 8 | 28,57 |
| 31 | anamnéza - dýchanie | 8 | 28,57 |
| 32 | vyšetrenie - brucho | 8 | 28,57 |
| 33 | vyšetrenie - hlava | 8 | 28,57 |
| 34 | vyšetrenie - nohy | 8 | 28,57 |
| 35 | anamnéza - užil lieky | 8 | 28,57 |
| 36 | anamnéza - meno | 8 | 28,57 |

Anamnestické otázky sa týkali najmä možných súčasných symptómov ochorenia, užívania liekov, predchádzajúcej liečby pacienta a pod. (viď. tab. 3), zatiaľ čo rodinná alebo epidemiologická anamnéza s jedinou výnimkou úplne absentovala. Zriedkavé boli aj pomerne háklivé otázky týkajúce sa iných ako alkoholových závislostí (2 posádky) či psychiatrického ochorenia (3 posádky). Podobne ako fyzikálne vyšetrenie, základné neurologické vyšetrenie bolo z počtu 7 možných postupov obvykle zredukované iba na jeden až tri základné manévry (stisk rúk, vyplazenie jazyka, predpaženie a dotknutie sa nosa), a to aj pri explicitne deklarovanej snahe urobiť ho dôkladne.

5.3.4 - 4. Fáza – Stanovenie diagnózy

Napriek tomu, že 23 posádok prišlo k správne mu záveru, že pacient je zdravý, viacero z nich prejavovalo s narastajúcim počtom vyšetrení s výsledkami v rámci normy zvýšenú nervozitu, neistotu či bezradnosť. Dve posádky prejavili tendenciu zachytiť sa akejkolvek zdanlivej nezrovnalosti vo výsledkoch vyšetrenia („divné vlnky“ na zázname z EKG) a použiť ich ako argument na prevoz pacienta proti jeho vôli na ďalšie vyšetrenie do nemocnice. Jedna posádka sa pre definitívny záver v rámci vymedzeného časového limitu nerozhodla vôbec a dve posádky aj napriek nálezom v rámci normy odmietli prijať ideu, že by pacient mohol byť skutočne bez problémov a vyhlásili ho za intoxikovaného alebo za prípad pre psychiatra so snahou o nútený prevoz (spôsob ich uvažovania naznačuje výrok jedného zo súťažiacich „My jsme sice nic neshledali, ale něco vám musí být, když jste byl nějaký divný“).

Posádky úzko zamerané len na aplikovanie vlastného postupu vyšetrenia pacienta často prehliadali anamnesticky významné informácie spontánne poskytované pacientom (napr. o výsledku predchádzajúceho vyšetrenia, o povolání, fajčení a pod.). Často sa tiež zabúdali pýtať na širšie možné súvislosti s aktuálnym stavom pacienta. Opačným prípadom boli posádky, ktoré pacienta síce aktívne počúvali, ale spoľahli sa prevažne len na jeho výpovede o absentujúcich symptómoch ochorenia bez toho, aby si jeho stav overili reálnym vyšetrením (napr. ostali pri otázke či ho nebolí brucho, namiesto toho, aby ho aj reálne prehmatali)¹².

¹² Hoci štatistické údaje o realizovaných (a opomínaných) postupoch diagnostikovania pacienta môžu byť pre zdravotníkov inšpirujúce, z hľadiska výskumu rozhodovania je rovnako významná analýza špecifických prejavov či chýb v usudzovaní, na ktoré je možné zo správania súťažiacich posádok usudzovať. Na tomto mieste sa však už začíname

Prínosom boli v podobných prípadoch kolegovia angažovaní na riešení prípadu, ktorí do takto okliešteného postupu vyšetrenia vedúcim zásahu vnášali nové ideí pre riešenie situácie (pripomenuli ďalšiu možnosť vyšetrenia, vynechanú anamnestickú otázku a pod.), no často sa po jednom či dvoch pokusoch o doplnenie vyšetrenia tiež uspokojili s dosiahnutými výsledkami a nepokračovali už ďalej. Ich intervencia viedla niekedy k paradoxnému javu stanovenia diagnózy či dokonca k rozhodnutiu o ponechaní pacienta na mieste na základe podpísania negatívneho reverzu skôr, ako boli známe výsledky všetkých vyšetrení.

Ako úspešný sa v tejto fáze riešenia úlohy potvrdil nielen všeobecne odporúčaný systematický postup vyšetrenia od hlavy po päty paralelne s odoberaním anamnézy, ale aj registrovanie relevantných informácií spontánne poskytnutých pacientom a ich overovanie prostredníctvom vyšetrenia. Pomáhajúce bolo tiež zhrnutie získaných informácií v určitých intervaloch a overenie ich pravdivosti u pacienta, snaha porozumieť pôvodnej situácii – prečo manželka volala, ako pacient reagoval a prečo. Funkčnou alternatívou, ktorú prezentovala najúspešnejšia posádka celej súťaže, bola tiež kombinácia prevažne systematického postupu odoberania anamnézy a paralelného vyšetrovania popri overovaní predbežných hypotéz, registrovanie informácií spontánne poskytnutých pacientom a overovanie nových hypotéz z nich odvodených (napr. keď pacientova informácia, že chodí na ryby, viedla k cieľnému vyšetreniu stuhnutosti šije – vylúčeniu meningitídy), pokiaľ sa potom záchranár dokázal vrátiť späť k začatému systematickému postupu vyšetrenia.

Správnym záverom vyšetrenia z tejto úlohy bolo uzavretie prípadu s tým, že pacient je zdravý a je len unavený. Na manželkine telefonáty reagoval podráždene, pretože ho opakovane budila zo spánku po nočnej zmene, a tak nakoniec telefón vypol.

5.3.5 - 5. Fáza – Rozhodnutie o ďalšom postupe

S postupujúcim vylúčením zdravotných problémov pacienta sa viaceré posádky začali zaoberať novou otázkou o tom, čo treba (podľa ich názoru o zámere tvorcov súťažnej úlohy) robiť ďalej – napr. riešiť

pohybovať čiastočne v oblasti špekulácii, keď sa na základe vonkajších prejavov snažíme identifikovať javy, ktoré nie sú priamo pozorovateľné. Preto je potrebné brať uvedené interpretácie skôr ako podnet pre ďalšie skúmanie, než ako definitívne závery.

konflikt s manželkou, preveriť bezpečnosť alebo podozrivé detaily prostredia (napr. únik plynu, obsah odpadkového koša a pod.), presvedčiť pacienta k prevozu na ďalšie vyšetrenie či ponechať ho na mieste. Kým dospeli k dostatočne jasnému presvedčeniu o ďalšom postupe, často sa ešte vracali k opomenutým diagnostickým postupom alebo aj znovu opakovali tie, ktoré už predtým vykonávali, čo viedlo k nevôli pacienta. Keďže pacient dával jednoznačne najavo, že si želá zostať doma a odmieta akýkoľvek ďalší prevoz za účelom nového vyšetrenia u lekára, prípad mal byť podľa tvorcov úlohy uzavretý pokusom o privolanie lekára na miesto (neúspešným) a následne (alebo priamo) sprostredkovaním konzultácie lekára operačného strediska ZZS s pacientom cez linku 155 za účelom schválenia a podpísania negatívneho reverzu. K tomuto postupu dospelo či už samostatne alebo s podporou fiktívneho operátora KOS 15 posádok. 8 posádok nechalo pacienta na mieste bez konzultácie s lekárom, 3 posádky nestihli dôjsť k jednoznačnému záveru pred vypršaním časového limitu a 2 posádky dospeli k názoru, že pacienta je nutné k návšteve lekára prinútiť hoci aj za asistencie polície (jedna s podozrením na psychiatrické ochorenie pacienta, druhá s vedomím, že ide o zdravého pacienta, kvôli tomu, aby vyhovela, podľa nich, platnej legislatíve).

6 Diskusia

Nekompletné a prevažne nedostatočne systematické využívanie dostupných možností diagnostikovania pacienta v kombinácii s vyššie uvedenými typmi pozorovaní nás viedlo k názoru, že záchranári mali sklon vytvárať si malý počet postupne sa vynárajúcich pracovných hypotéz o stave pacienta, ktorých pravdivosť či nepravdivosť posudzovali na základe minimálneho počtu vyšetrení. Pokiaľ sa niektorá z nich zdala pravdepodobnejšou ako ostatné, prijali ju za svoju bez snahy o jej ďalšie overovanie. Zdá sa, akoby skúsenejší záchranári dokázali naozaj spoľahlivejšie odhadnúť reálny stav pacienta aj na základe nižšieho počtu dôkazov, no naše zistenia hovoria aj o tom, že tento postup nie je imúnny voči závažným pochybeniam, a preto je prospešné, pokiaľ si svoje predpoklady viac i menej skúsení záchranári systematickým vyšetrením dôkladne overujú.

Otázkou pre ďalšie štúdie ostáva, do akej miery ide pri redukcii počtu realizovaných vyšetrení o obvyklý postup posádok v praxi, či nakoľko bola zapríčinená aktuálne prežívaným časovým tlakom, mierou

stresu, únavy, simulovaným súťažným charakterom situácie či inými faktormi.

Jednou z možných príčin takéhoto konania môže byť snaha o zvládanie neistoty. Napr. Lipshitz a Strauss (1997) uvádzajú, že nedostatočné porozumenie problému je primárne spracovávané prostredníctvom jeho redukcie, neúplnosť informácií je kompenzovaná usudzovaním založeným na predpokladoch a konflikt medzi alternatívami je obvykle zvládaný prostredníctvom porovnávania pre a proti. Balla a kol. (2012) upozorňuje, že kognitívne omyly, ku ktorým dochádza už v úvodnej fáze vytvárania rámca pre porozumenie situácie, vedú zákonite k chybám na konci celého procesu. Prípady posádok, ktoré sa napriek negatívnym výsledkom vyšetrenia zdráhali prijať ideu, že pacient je zdravý, potvrdzujú predpoklady DeKeysera a Woodsa (1990), ktorí za hlavný zdroj chýb, spôsobených ľudským faktorom v dynamickom prostredí, považujú neschopnosť prehodnotiť svoju predstavu o situácii v prípade neskoršieho vynárania sa nových skutočností. Vytváranie predpokladov o nadchádzajúcej udalosti je však podľa iných autorov prirodzenou súčasťou mentálnej prípravy na zákrok, ako bolo pozorované u anesteziológov (Xiao, Milgram, Doyle, 1997) alebo chirurgov (Dominiguez, 1998). Hoci je tento spôsob prípravy často užitočný, spája sa aj so špecifickými chybami. Príprava sa zdá byť fragmentovaná, nesystematická a obvykle sa zvažuje len malý počet aspektov konkrétneho prípadu. Je viac zameraná na identifikáciu problémov, ako na ich možné riešenie (Xiao, Milgram, Doyle, 1997). Podľa Dominiquezovej (1998) je schopnosť predvídania komplikácií a nežiaducich výsledkov či rizík vyššia v skupine expertov. Ich predpoklady obsahujú tiež stanoviská k tomu, aké môžu byť reálne možnosti riešenia predpokladaných problémov.

Nedokonalý výkon sledovaných posádok môže byť čiastočne vysvetlený aj stresujúcimi okolnosťami situácie (podrobnejšie o vplyve emócií na rozhodovanie vid'. Halama, 2011). Ako bolo dokumentované na inom mieste (Halama, Gurňáková, 2012), v tejto súťažnej úlohe sa ukázalo, že emócie majú dopad na pracovný výkon, resp. proces aj výsledok rozhodovania záchranárov nielen v extrémne komplikovaných, ale aj v jednoduchých situáciách. Príklad jednej zo sledovaných posádok naznačuje, že neschopnosť regulácie irelevantných negatívnych emócií z bezprostredne predchádzajúcich negatívnych zážitkov v rámci iného výjazdu (súťažná úloha Pípní, jej popis vid'. Šeblová et al., 2012) môže viesť k intruzívnym myšlienkam a obmedzeniu kognitívnej kapacity. Baumann a kol. (2001) zdôrazňujú, že takýmto spôsobom môže fungovať

najmä úzkosť, čo následne vedie k omylom pri rozhodnutiach a v našom prípade k mylným záverom pri vyšetrovaní pacienta. Zdrojom negatívnych emócií rovnakým efektom môže byť aj aktuálny konflikt záchranár-pacient, ktorý v inej posádke viedol k tomu, že posádka priamo odmietla (správny) návrh zdravotníckeho operátora na zabezpečenie lekára k telefonickému konzultácii a napriek zjavnému vlastnému diskomfortu v dôsledku vnútornému nesúhlasu so zvoleným riešením, naďalej trvala na nútenom prevoze zdravého pacienta na vyšetrenie k lekárovi za asistencie polície v presvedčení, že je to jediné legálne východisko z tejto situácie. V uvedenej štúdií sme dospeli k záveru, že sa efekt negatívnych emócií prejavuje najmä vo výbere interpretačného rámca situácie, pričom negatívne emócie zvyšujú pravdepodobnosť výberu ohrozujúcej interpretácie udalostí, resp. neflexibilné upínanie na nefunkčnom rámci v snahe eliminovať neistotu v situácii. Na druhej strane, aj stres spojený s riešením úlohy môže byť pre výkon prospešný, pokiaľ záchranár dokáže využiť zvýšenú úroveň svojej aktivácie konštruktívnym spôsobom v zmysle väčšej vigilancie voči relevantným podnetom z prostredia a pohotovjšieho reagovania na ne (Halama, Gurňáková, 2012).

Výsledky nášho pozorovania prezentované v rámci tejto štúdie potvrdzujú okrem iného tiež význam efektívnej komunikácie v tíme. Vzájomná interakcia členov posádky viedla k redukovaniu chýb a opomenutí, tak v procese samotného vyšetrovania pacienta, ako aj pri preberaní výzvy z KOS alebo pri rozhodovaní o ďalšom postupe. Význam efektívnej komunikácie a kooperácie v tíme potvrdzuje na inom mieste tejto knihy tiež Harenčárová (2013). Letsky a kol. (2007) považuje za kľúčovú tak verbálnu, ako aj neverbálnu komunikáciu členov tímu vo všetkých fázach tímovej spolupráce, pričom pre jej lepšiu efektívnosť sú v zahraničí vyvíjané špecifické tréningové programy (Entin et al., 2007). Redukcii kumulovania omylov v dôsledku fixácie na počiatočnom spôsobe porozumenia situácie by podľa Balla a kol. (2012) mohol zasa pomôcť tréning zámernej reflexie varovných signálov v podobe rozporu medzi vlastnými predpokladmi a informáciami vynárajúcimi sa v priebehu zásahu. Dá sa preto usudzovať, že rozvoj tréningových programov zameraných na zdokonaľovanie komunikácie, tímovej spolupráce a skvalitňovanie rozhodovacieho procesu v posádkach ZZS by našiel uplatnenie aj v našich podmienkach.

Hoci sú naše zistenia o chybách v procese vyšetrovania a stanovenia diagnózy pacienta posádkami RZP v súlade s pozorovaniami iných autorov, pri akýchkoľvek úvahách o zmysle postrehov ponúkaných

v tejto štúdii je potrebné zohľadniť fakt, že boli založené na analýze vonkajších prejavov správania a usudzovania obmedzeného počtu posádok ZZS v jedinej modelovej situácii. Špecifikom súťažného charakteru situácie odlišným od bežného pôsobenia v praxi môžu byť individuálne predpoklady súťažiacich o obvyklých typoch súťažných úloh a snaha odhaliť zámer ich tvorcov, čo vystihuje výrok jedného zo súťažiacich „To bude ňakej chyták“. Túto hypotézu podporuje tiež neochota viacerých posádok stotožniť sa so záverom o negatívnom výsledku vyšetrenia pacienta spolu so zvýšenou mierou prejavov ich diskomfortu s postupujúcim priebehom vyšetrenia. Prihliadnuť je tiež potrebné na špecifický samovýber posádok, ktoré sa hlásia do súťaže tohto typu. Je možné predpokladať, že ide o nadšencov oddaných svojmu povolaniu a otvorených práci na sebe vo vyššej miere, ako je v rámci ich profesie bežné, ale aj to, že najskúsenejší profesionáli stoja pri podobnej akcii na opačnej strane bariéry ako tvorcovia či posudzovatelia súťažných úloh, nie ako súťažiaci. Predložené výsledky je preto potrebné chápať skôr ako inšpiráciu pre ďalšie skúmanie procesu rozhodovania v práci záchranárov, než ako jeho definitívne hodnotenie. Nasledujúce výskumy by mali overiť naše pozorovania v širšom repertoári simulovaných aj reálnych situácií a porovnať ich so subjektívnymi výpoveďami ich hlavných aktérov.

7 Záver

Reálny postup vyšetrenia a stanovenia diagnózy pacienta zdravotníkmi ZZS v sledovanej modelovej situácii nezodpovedal všeobecne uznávaným pravidlám prístupu medicíny založenej na dôkazoch. Na základe pozorovania je možné predpokladať, že do jeho realizácie vstupovalo množstvo nekontrolovaných intervenujúcich vonkajších i vnútorných faktorov – od úrovne individuálnych zručností, vedomostí či skúsenosti zdravotníckych profesionálov, cez ich aktuálny stav (únava, stres, motivácia), očakávania týkajúce sa súťažnej situácie, schopnosť znášať neistotu, ostať otvorený vývoju situácie, získavať a selektovať významné informácie z viacerých zdrojov ako aj schopnosť adekvátne k nim prispôsobiť svoje konanie a usudzovanie. Domnievame sa, že tendencia záchranárov vytvárať si predbežné hypotézy o stave pacienta a situácii môže byť výhodná z hľadiska lepšej šance zapamätať si potrebné informácie, redukcie neistoty, mentálnej prípravy a rýchlejšej orientácie v situácii na mieste. Efektívnemu riešeniu úlohy ale pomáha

len v prípade, ak záchranár dokáže ostať otvorený aj alternatívnemu vývoju situácie, dokáže sa pružne prispôbiť jej podmienkam, dodrží systematický postup vyšetrenia, nebráni sa protichodným zisteniam a nezastaví svoje pátranie pri zhromaždení minimálneho množstva dôkazov o validite svojich pôvodných predpokladov. V opačnom prípade riskuje množstvo omylov, nedorozumení a konfliktov nielen v kontakte s pacientom, ale aj v samotnom stanovení diagnózy či v rozhodovaní o ďalšom postupe. Nepriamo sa tak potvrdzuje význam nielen odborného vzdelávania, ale aj podpory a cieľného rozvoja schopností emočnej i kognitívnej sebaregulácie pracovníkov zdravotných záchranných služieb.

Literatúra

- BALLA, J., HENEGHAN, C., GOYDER, C., THOMPSON, M., 2012, Identifying early warning signs for diagnostic errors in primary care: a qualitative study. *BMJ Open*, 2, doi: 10.1136/bmjopen-2012-001539.
- BAUMANN, M.R., SNIEZEK, J.A., BUERKLE, C.A., 2001, Self-evaluation, stress and performance: A model of decision making under acutestress. In: E. Salas, G. Klein (Eds.), *Linking expertise and naturalistic decision making*, New York, London: Psychology Press, 139-158.
- CROSKERRY, P., 2009, Clinical cognition and diagnostic error: applications of a dualprocess model of reasoning. *Advances in health sciences education: theory and practice*, 14, 1, 27-35.
- DE KEYSER, V., WOODS, D.D., 1990, Fixation Errors: Failures to Revise Situation Assessment in Dynamic and Risky Systems. In: A.G. Colombo, S. de Bustamante (Eds.), *Systems reliability assessment*, ECSC, EEC, EAEC, Brussels and Luxembourg, 231-251.
- DOMINIQUEZ, C.O., 2001, Expertise in laparoscopic surgery: anticipation and affordances. In: E. Salas, G. Klein (Eds.), *Linking expertise and naturalistic decision making*, Lawrence Erlbaum Associates, Inc., 287-301.
- ENTIN, E.B., SIDMAN, J., MIZRAHI, G., STEWART, B., LAI, F., NEAL, L., MACKENZIE, C., XIAO, Y., 2007, A web-based teamwork skills training program for emergency medical teams. *Studies in health technology and informatics*, 125, 121-126.
- GURŇÁKOVÁ, J., 2011, Rozhodovanie v praxi. Prehľad výskumov naturalistického rozhodovania v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti. In: J. Gurňáková a kol., *Úvod do naturalistického rozhodovania*. Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV, 161-190.
- GURŇÁKOVÁ, J., 2013, Zdroje akútneho a chronického stresu v práci zdravotníckych profesionálov. In: J. Gurňáková a kol., *Rozhodovanie profesionálov: Sebaregulácia, stres a osobnosť*. Bratislava: ÚEP SAV, v tlači.
- HALAMA, P., 2011, Emócie a emočná sebaregulácia v kontexte naturalistického rozhodovania. In: J. Gurňáková a kol., *Úvod do naturalistického rozhodovania*. Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV, 91- 107.

- HALAMA, P., GURŇÁKOVÁ, J., 2012, Emócie a emočná regulácia v procese rozhodovania u zdravotníckych záchranárov. In: Halama, P., Hanák, R., Masaryk, R. (Eds.) *Sociálne procesy a osobnosť 2012. Zborník príspevkov z 15. ročníka medzinárodnej konferencie*. Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV, 215-218.
- HARENČÁROVÁ, H., 2013b, Sonda do problémov zdravotníckych záchranárov súvisiacich s rozhodovaním v náročných situáciách a s výkonom ich profesie. In: J. Gurňáková a kol., *Rozhodovanie profesionálov: Sebaregulácia, stres a osobnosť*. Bratislava: ÚEP SAV, v tlači.
- LETSKY, M., WARNER, N., FIORE, S.M., ROSEN, M., SALAS, E., 2007, *Macrocognition in complex team problem solving*. Office of Naval Research Arlington VA.
- LIPSHITZ, R., STRAUSS, O., 1997, Coping with Uncertainty: A Naturalistic Decision-Making Analysis. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 69, 2, 149-163.
- NAJAF-ZADEH, A., DUBOS, F., PRUVOST, I., BONN-LETOUZEY, C., AMALBERTI, R., MARTINOT, A., 2011, Epidemiology and aetiology of paediatric malpractice claims in France. *Archives of disease in childhood*, 96, 2, 127-130.
- QUESADA, J., KINTSCH, W., GOMEZ, E., 2005, Complex problem-solving: a field search of a definition? *Theoretical Issues in Ergonomics Science*, 6, 1, 5-33.
- SACKETT, D.L., ROSENBERG, W.M.C., MUIR GRAY, J.A., HAYNES R.B., RICHARDSON, W.S., 1996, Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72.
- ŠEBLOVÁ, J., ČEPICKÁ, B., ŠEBLOVÁ, D., HLAVÁČKOVÁ, D., 2012, "PÍPNI" – analýza nesoutěžní úlohy na rallye rejeviz 2010. *Urgentní medicína*, 15, 1/2012.
- XIAO, Y., MACKENZIE, C.F., LOTAS GROUP, 1995, Decision Making in Dynamic Environments: Fixation Errors and Their Causes. *Proceedings of the human factors and ergonomic society annual meeting october 1995*, 39, 469-473.
- XIAO, Y., MILGRAM, P., DOYLE, D. J., 1997, Capturing and modeling planning expertise in anesthesiology: Results of a field study. In: C.E. Zsombok, G. Klein (Eds.), *Naturalistic decision making*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 197-205.

Abstrakt

Jedným z dôležitých rozhodnutí posádok záchranných zdravotných služieb, ktoré ovplyvňujú navrhovanú liečbu, ďalší postup a tým aj úspech celého zásahu, je stanovenie pracovnej diagnózy pacienta. Táto štúdia sa zaoberá otázkou, nakoľko zodpovedajú postupy zdravotníckych záchranárov pri určovaní diagnózy neznámeho pacienta odporúčaným medicínskym postupom, ktoré psychologické faktory do tohto procesu zasahujú a v čom sa líšia postupy rozhodovania viac a menej úspešných posádok ZZS. Vychádza pritom z kvantitatívnej a kvalitatívnej analýzy výkonu posádok RZP z Čiech a Slovenska v súťažnej úlohe „Káča“ z Rallye Rejvíz 2010. Metóda: Kvantitatívne boli analyzované videozáznamy riešenia súťažnej úlohy 28 dvočlennými posádkami RZP z národnej kategórie súťaže, doslovne prepísané a podrobnejšie kvalitatívne analyzované boli záznamy 10 posádok reprezentujúcich prototypy viac a menej úspešných tímov spolu osobitými prípadmi, predstavujúcimi špecifické chyby v rozhodovaní. Výsledky: Podrobnejšie sú prezentované jednotlivé fázy zásahu ZZS v súťažnej situácii, s dôrazom na zistenia týkajúce sa procesu vyšetrovania a diagnostikovania pacienta. Okrajovo sú charakterizované ďalšie faktory, ktoré tento proces ovplyvňujú - tímová kooperácia, kvalita komunikácie s pacientom, spôsob spracovania tiesňovej výzvy z KOS a pod. Závěry: Skutočný postup diagnostikovania pacienta posádkami RZP vo vybranej súťažnej úlohe nezodpovedá pravidlám medicíny založenej na dôkazoch a jeho priebeh je ovplyvňovaný viacerými psychologickými faktormi. Ukázalo sa, že tendencia záchranárov vytvárať si predpoklady o charaktere situácie a povahe problémov pacienta už počas preberania výzvy z KOS má významný vplyv na ich následné jednanie, vrátane samotného postupu vyšetrovania a diagnostikovania pacienta.

ABSTRACTS

Decision making of professionals: Self-regulation, stress and personality

Jitka Gurňáková et al.

This book presents results from the research of specific psychological conditions, relations and consequences of more or less effective coping and emotional self-regulation with the quality of decision making within the work of medical professionals. Following the monograph "Introduction to naturalistic decision making" (Gurňáková et al., 2011), this book is the other half of the most significant results within the grant VEGA 2/0095/10 "Osobnostné aspekty efektívnej sebaregulácie a rozhodovania v situáciách emočnej záťaže" (Moral aspects of effective self-regulation and decision making in situations of emotional stress), solved at the Institute of Experimental Psychology SASc. in Bratislava between 2010 and 2013. The first part of this book presents findings of questionnaire studies that focused on identifying sources, degree and negative consequences of perceived stress of emergency link operators, paramedics, nurses, and partially soldiers - with emphasis on its demonstration in the effectiveness of their professional decision making, as well as on selected cognitive and personality characteristics that influence the ability of coping with stress. The second part of the monograph comprises four studies that represent pilot applications of the principles of naturalistic research of decision making of paramedics in real or to reality close situations. In addition to its objective focus on actual decision making context and process of paramedics, it also presents an application of lesser known procedures of the naturalistic research of decision making—the method of critical decisions and specific combinations of qualitative and quantitative methods of processing objective and subjective data from real or simulated situations close to reality.

1. Personality aspects of effective self-regulation and decision making in situations of emotional stress. Theoretical background

Jitka Gurňáková

Stress has been in the center of attention of psychologists for more than half a century. Since then it has been known that the degree, to which a situation is stressful, does not depend only on the external conditions of the situation, but especially on a person's subjective assessment and interpretation (Lazarus, 1966). A critical, potentially traumatizing situation is such, where the demands for coping exceed the actual possibilities and resources of an individual. Resources do not include only material equipment, external help, but also own abilities, knowledge, situation solving skills, own condition, enough time – or on the contrary, time pressure. The work of medics, similarly to the work of soldiers in missions abroad, comprises several risk factors, affecting for long time not only personal well-being and health but also the quality of decision making in the course of their work. The first chapter introduces selected emotional, cognitive and personality characteristics that probably influence the degree of perceived stress and thus the quality of decision making, and so offers a common theoretical introduction into the following – research studies.

2. Origins of acute and chronic stress in the work of medical professionals

Jitka Gurňáková

Since real decision making does not take place in a vacuum, to understand the behavior of the main actors of the problem situation it is necessary to know the conditions of the wider environment that are related to its solution. The aim of this study was to approach the psychological context in which the selected groups of medical professionals were moving within their work and to identify those factors which may present an added emotional stress even for experienced professionals. The main part of the research set of this study and the following three studies consisted of 81 emergency link operators OCEMSSR, 60 nurses and 65 paramedics (return rate of questionnaires about 35%) from various regions of Slovakia. Based on the original Inventory of Problems in the Medical Profession (IPVZP, Gurňáková,

2010) the frequency and degree of stress were compared, represented for these groups by 25 types of problems-long-acting sources of chronic stress in their work. These data were supplemented by a qualitative analysis of respondents' answers to the open questions about the nature of the specific situation at work that affected/upset them more than is usual for them, whereas the respondents' answers revealed information about less frequent, but more intense sources of acute stress in individual groups of the monitored medical professions.

3. Perceived stress and its consequences in the emotional experience of representatives of three medical professions

Jitka Gurňáková

The study describes and quantitatively compares by means of the Inventory of Problems in the Medical Profession (IPVZP, Gurňáková, 2010) and its implications for personal well-being or discomfort (MHSS, Hardie et al., 2005), the level of perceived stress (PSS, Cohen et al., 1983), symptoms of burnout (MBI, Maslach, Jackson, 1981) and intensity of symptoms of posttraumatic stress reaction (PTSS-10, Weisa et, Mehlum, 1993 and IES-6, Thoresen et al., 2009) to particularly stressful situations at work in three groups of medical professions – in 81 emergency link operators, 60 nurses and 65 paramedics, and for purposes of comparison with differently oriented part of the population also with a group of 68 students of social sciences. It has been shown that significant differences between the representatives of the individual medical professions do not occur in a global assessment of characteristics of their emotional experience, but rather in its specific symptoms, depending on the demands and possibilities of a particular profession. As the most vulnerable group among the medical professionals in terms of intensity of posttraumatic stress symptoms in the response to particularly stressful situations at work as well as from the aspect of the development of burnout appear to be emergency link operators.

4. Role of negative emotional experience in the decision making of medics and its wider psychological context

Jitka Gurňáková

At this point and on the same research set as in the two previous studies we have investigated to what extent the rate of negative emotional experience associates with the choice of a more or less effective method of decision making in the work of medical professionals and which cognitive and personality characteristics enter into this relationship. For the assessment of the usual method of decision making a questionnaire was used based on the model of coping with stress associated with conflict in decision making (MDMQ; Mann et al., 1997) and the degree of conviction about the correctness of own decision making at work. It has been clearly confirmed that the perceived level of stress at work (PSS, Cohen et al., 1983), its less frequently acute (PTSS-10 Weisaet, Mehlum, 1993 IES-6, Thoresen et al., 2009), and more long-term effects, leading to burnout (MBI, Maslach, Jackson, 1981), together with selected characteristics of the cognitive style (personal need for structure - PNS; Thompson et al., 1989; need for stimulation - BSSS, Hoyle et al., 2002), personality traitagreeableness, emotional stability (TIPI, Gosling et al., 2003), global self-esteem and hope (Hope scale, Snyder et al., 1996), have serious implications for the confidence and effectiveness of decisionmaking of medical professionals in their work.

5. Meaning of self-regulation of emotions in coping with stress and the effective decision making ability of medical professionals

Jitka Gurňáková

Since decision making of medical professionals usually takes place under circumstances of an increased degree of psychological stress, in this chapter we focus on which emotional self-regulation strategies are used by medical professionals to eliminate the negative emotional experience and induce greater personal well-being and which ones are proving as most effective in terms of effective decision making at work. The same group of medical professionals as in the previous studies, in addition to the abovementioned questionnaires focusing on decision making and emotional experience, was administered a slightly extended Measure of Affect Regulation Styles (MARS, Larsen, Prizmic, 2004).

It is shown that the most important strategies of self-regulation of emotions, which is associated with greater use of adaptive vigilance in decision making at work as well as with lower degree of negative emotional experience and its consequences, are procedures constituting deliberate cognitive efforts aimed directly at regulating own emotional experience: on one hand those leading to a deeper understanding of the current situation and accompanying emotions, and on the other hand those leading to more positive emotions by redirecting attention to other aspects of the life situation, not directly related to the problem situation. However, the maladaptive decision making process is more frequently related to passive strategies of emotional self-regulation that include avoiding the current situation, lower effort to induce positive emotions by focusing on the things working well in the respondent's life, but also to a more frequent harm to one's health, as increased food or alcohol intake for eliminating negative emotions.

6. Big five personality traits as predictors of perceived effectiveness of decision making in medical professionals

Peter Halama

The study focuses on the relationships between Big Five personality traits and subjectively perceived effectiveness of decision making in three medical professions: emergency link operators, paramedics and nurses. The results of the analysis confirmed that self-perceived efficiency is predicted positively by agreeableness and conscientiousness and negatively by neuroticism. Moderation analysis showed that neither gender nor length of practice moderate these relationships. The only moderation effect was found for the type of job. Agreeableness and low neuroticism were found to be correlates for nurses, and low extraversion and high conscientiousness for paramedics. The results suggest that although the jobs are from one field (health care), it is important to take the different nature of specific jobs into account when considering correlates of perceived efficiency.

7. Resources of perceived stress and their possible consequences: comparison between members of the Armed Forces of the Slovak Republic in missions abroad and paramedics

Lukáš Pitel

During their peacekeeping missions and operations, soldiers are being exposed to events which may be psychologically demanding to various degrees. The aim of our study was to assess the frequency and the extent to which possible sources of stress are considered demanding, to assess perceived stress, well-being, ill-being, and post-traumatic symptoms among members of the Slovak army (N = 70; average age 29 years) who participated in peacekeeping missions and operations in Kosovo, Afghanistan or Cyprus in 2010. In these variables, the soldiers were also compared to Slovak paramedics (N = 36; average age 37 years). Soldiers reported less perceived stress, a higher well-being and a lower ill-being score compared to paramedics. No differences between the two professions were found in the overall score of either of the two post-traumatic symptomatology scales that were used. Most of the potential problems included in our inventory were not rated as extremely demanding by the soldiers. Separation from family and close people, and material and technical conditions during the mission were rated as the most frequent and the most demanding of them. It is recommended to enable soldiers a frequent contact with their home during the mission in order to maintain a good psychological condition among them. More studies with a longitudinal design and on a bigger sample are needed to confirm our findings.

8. Insight into the problems of paramedics related to the decision making in difficult situations and to performance of their duties

Hana Harenčárová

The chapter focuses on identifying the problems in the decision making of paramedics on the basis of the phases of rescue process, describes other aspects related to the decision making and discuss the methodological suggestions to further research of paramedics by the critical decision method. Participants of the research were 9 paramedics from ambulance crews without a doctor (♂ = 5, ♀ =4), from Slovak cities. Their age was between 26 and 49 years (M = 35.22; SD = 7.032),

number of years of experience was between 4 and 22 years ($M = 8.78$; $SD = 5.869$). Data were collected by critical decision method, that is by semistructured interviews. This chapter is based on the analysis of nine situations that the participants themselves experienced and were responsible for making decisions in these situations. The most demanding problems of decision making appeared most often during the treatment / therapy stage ($N = 5$), or the transport stage ($N = 3$). Decisions about the choice of material and tools are perceived as less demanding, which does not, however, diminish their importance for a quick and successful intervention. Among the significant factors that contribute to correct decision making are communication and obtaining information, cooperation with colleague and use of previous experiences.

9. Emotions and emotional self-regulation in the work of paramedics: A qualitative approach

Lucia Adamovová, Peter Halama

The aim of this chapter is to illustrate the process of self-regulation of negative and the use of positive emotions based on the analysis of semi-structured interviews with paramedics working on crews with doctors in an unnamed district town in Slovakia with approximately 21 thousand inhabitants. The focus of the interview was on the process of decision making during a non-routine, untraditional and stressful intervention and our aim was to study the self-regulation mechanisms. Sample: 4 members of a paramedic crew with doctor between 33 and 43 years of age, of them 3 men and 1 woman. All paramedics had at least 5 years of experience. Two participants held the position of driver-paramedic, the other two were only paramedics. Procedure: The Critical Decision Making (CDM) method (Wong, 2004) provided a detailed description of four situations that the paramedics perceived as non-routine and emotionally challenging. Next, the interviews were qualitatively analyzed; a process similar to the Consensual Qualitative Research (CQR, Hill et al., 1997) was used. The analysis focused on identifying task irrelevant emotions and we studied how they were self-regulated during the paramedics' work. With task relevant emotions we studied how paramedics used them in their work. Results are discussed with the relevant theory.

10. How is the diagnosis made? Psychological analysis of the paramedic crew procedures in the competition task “Káča” on Rallye Rejvíz 2010

Jitka Gurňáková

Among one of the most important decisions of paramedic crews that affect the proposed treatment, further procedures, and thus the success of the intervention is making of a preliminary diagnosis of the patient. This study focuses on the question to what extent the paramedic diagnostic procedures of an unknown patient agree with the recommended medical procedures, what psychological factors intervene, and what are the differences in the decision making processes of the more and less successful EMS crews. The study is based on the qualitative and quantitative analysis of the performance of paramedic crews without a doctor from the Czech and Slovak Republics in the competition task “Káča” on Rallye Rejvíz 2010. Method: Quantitative analysis of video recordings from the competition task solved by 28 two-man paramedic crews without a doctor within the national category of the competition; exactly transcribed and qualitatively analyzed were recordings of 10 crews that represented prototypes of the more and less successful teams, together with individual cases representing specific decision making errors. Results: Individual stages of an EMS intervention in the competition task are described in more detail, with emphasis on findings regarding the diagnostic process. Other factors, that influence this process, are marginally characterized – team cooperation, quality of paramedic-patient communication, processing of the call from the emergency link center, and such. Conclusions: The real diagnostic procedure of the paramedic crews in the selected competition task is not in agreement with the rules of evidence-based medicine and is affected by several psychological factors. Apparently, the paramedics tend to make assumptions about the situation and problems of the patient already after receiving the call from the emergency link center and it significantly influences their further behavior, including the patient examination and diagnostic procedure.

NÁZOV: Rozhodovanie profesionálov: Sebaregulácia, stres a osobnosť

ROZSAH PUBLIKÁCIE: 15,84 AH

AUTORI: Mgr. Jitka Guňáková, PhD. (10,21 AH)
Mgr. Lucia Adamovová, PhD. (0,64 AH)
Doc. Mgr. Peter Halama, PhD. (1,92 AH)
Mgr. Hana Harenčárová (1,53 AH)
Mgr. Lukáš Pitel, PhD. (1,54 AH)

RECENZENTI: PaedDr. Erika Jurišová, PhD. (kapitoly 1 - 10)
PhDr. Ľubor Pilárik, PhD. (kapitoly 1 - 10)

TECHNICKÁ
SPOLUPRÁCA: Mgr. Hana Harenčárová

GRANTOVÁ PODPORA: Monografia je súčasťou riešenia výskumného projektu
VEGA MŠ SR a SAV č. 2/0095/10 „Osobnostné aspekty
efektívnej sebaregulácie a rozhodovania v situáciách
emočnej záťaže“

OBÁLKA: ÚEP SAV

JAZYKOVÁ
KOREKTÚRA: Publikácia neprešla jazykovou korektúrou.

VYDAVATEL: Ústav experimentálnej psychológie SAV, Bratislava

TLAČ: Dukafi, s.r.o.

ROK VYDANIA: 2013

VYDANIE: prvé

POČET STRÁN: 310

ODPORÚČANÁ
FORMA CITOVARIA: Guňáková, J. a kol., 2013, *Rozhodovanie profesionálov: Sebaregulácia, stres a osobnosť*. Bratislava: ÚEP SAV.

ISBN: 978-80-88910-45-9

EAN: 9788088910459