

UNIVERZITA KARLOVA

2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství

Uyanga Bayarmagnai

**Psychická pracovní zátěž vybrané skupiny
všeobecných sester**

Bakalářská práce

Praha 2020

Autor práce: Uyanga Bayarmagnai

Vedoucí práce: PhDr. RNDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA

Oponent práce: Mgr. Dorková Zlatica, Ph.D.

Datum obhajoby: 2020

Bibliografický záznam

BAYARMAGNAI, Uyanga. Psychická pracovní zátěž vybrané skupiny všeobecných sester. Praha: Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetřovatelství, 2020. Vedoucí bakalářské práce PhDr. RNDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA

Abstrakt

Bakalářská práce se zaměřuje na percepci psychické pracovní zátěže sester pracujících na chirurgických klinikách ve Fakultní nemocnici Motole a Fakultní nemocnici Královské Vinohrady. Teoretická část práce je věnovaná teoretickým poznatkům souvisejícím s řešenou problematikou, a to zejména pracovní zátěži všeobecných sester s důrazem na psychickou pracovní zátěž a její subjektivní vnímání. Empirická část bakalářské práce přináší výsledky vlastního výzkumu, který byl realizován pomocí Meisterova dotazníku v lednu 2019. Vlastního šetření se zúčastnilo 96 respondentek.

Záměrem práce bylo získat přehled o míře subjektivního vnímání pracovní zátěže všeobecných sester.

Dotazníkovým šetřením bylo zjištěno, že respondentky uváděly negativně prožívání pracovní zátěže v souvislosti s časovou tísní. Z výsledku faktorové analýzy vyplynulo, že u respondentek nebyly překročeny hranice ve vztahu k populační normě pro ženy, a proto k projevům přetížení, monotonie a nespecifickým faktorům nedochází. Při individuální diagnostice bylo zjištěno, že většina respondentek, a to 69,79 % (n=67), prožívalo psychickou zátěž přiměřeně. 30,21 % (n=29) respondentek prožívalo zátěž příznivě a nikdo z respondentek psychickou zátěž neprožíval nepříznivě. Z hlediska skupinové diagnostiky bylo zjištěno, že všechny respondentky pociťují přiměřenou zátěž, při které není pravděpodobné ovlivnění zdraví, subjektivního stavu a výkonnosti.

Přesto, že použitá metodika práce neumožňuje zobecnit výsledky, protože okolnosti práce jsou na každém pracovišti jiné, je nezbytně nutné i nadále věnovat maximální pozornost faktorům, které mohou ovlivňovat percepci pracovní zátěže všeobecných sester. Výsledkem práce je kromě tohoto závěru skutečnost, že se v praxi podařilo ověřit účinnost Meisterova dotazníku jako vhodného nástroje pro orientační hodnocení subjektivního vnímání pracovní zátěže všeobecnými sestrami.

Abstract

This bachelor thesis is focusing on perception psychic difficulties of nurses working at two surgical clinics which are Motol University Hospital and Královské Vinohrady University Hospital. The theoretical part of this thesis shall describe theoretical knowledge connected with solving problems and working difficulties of nurses. The emphasis is on psychic work difficulties and their subjective perceptions. In the empirical part there are introducing results from my own research, which has been done by Meister's survey format in January 2019. For compelling this survey participated 96 respondents.

Purpose of this thesis is to get overview rate of subjective perception working difficulties of nurses.

By the survey i found out that respondents responded that they have negative feelings about work difficulties connected with time press. From the results of factor analysis it turned out that respondents have not crossed line in relations of population norms for women's. That is the reason why it does not effect monotony and non specifically factors. During individual diagnosis been found that most of the respondents, which are 69,79 % (n=67), have ever experienced proportional psychic pressure. 30,21 % (n=29) respondents have experienced favorable pressure and none of them experienced unfavourable psychic difficulties. From the perspective of group diagnosis have been found that all of the respondents feeling appropriate difficulties, in which apparently have not affected health, subjective state and performance.

Nevertheless that we using methodology of work it does not allow to generalise results, because circumstances of each workplaces are different, it is necessarily important to keep focusing properly on factors which could affect perception of working difficulties for nurses. The outcome of this thesis moreover conclusion it is successfully proving use of Meister's survey on field as a suitable tool for oriental assessment of subjective perception working difficulties nurses.

Klíčová slova

Přetížení; psychická pracovní zátěž; stres; syndrom vyhoření; všeobecná sestra

Keywords

Congestion; psychological stress at work; stress; burnout syndrome; nurse

Zadávací protokol

UNIVERZITA KARLOVA

2. lékařská fakulta

Ústav ošetrovatelství

Akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: **Uyanga Bayarmagnai**

Studijní program: **Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Děkan fakulty Vám podle zákona č. 111/1998 Sb. určuje tuto bakalářskou práci:

Název práce: **Psychická pracovní zátěž vybrané skupiny všeobecných sester**

Zásady pro vypracování:

Bakalářská práce musí splňovat požadavky uvedené v platném opatření děkana. Zpracováním bakalářské práce student/ka prokáže, že se umí samostatně orientovat ve studovaném oboru a že v průběhu studia získal/a a zároveň je i schopen/a v praxi uplatňovat teoretické poznatky a praktické postupy (metody). Bakalářská práce musí být původním a samostatně zpracovaným odborným textem. Při zpracování bakalářské práce se student/ka může opírat o výsledky a zkušenosti získané jinými autory, avšak vždy musí tyto výsledky a zkušenosti konfrontovat s vlastními názory, úvahami, hodnoceními a závěry. Rozsah bakalářské práce vyplývá z povahy zpracovávaného tématu, přičemž její minimální rozsah činí 40 stran normovaného textu. Referenční seznam musí obsahovat nejméně 25 položek časopiseckých, literárních či elektronických zdrojů informací. Do referenčního seznamu se nepočítávají pouhá abstrakta. Zpracováním bakalářské práce musí student prokázat schopnost pracovat s aktuální odbornou literaturou vztahující se k řešené problematice, včetně práce s cizojazyčnou literaturou a s dalšími prameny. Citace typu "ústní sdělení" a "nepublikovaná data" (s výjimkou vnitřních předpisů a standardů) nelze v bakalářské práci použít.

Seznam odborné literatury:

HLADKÝ, Aleš a ŽIDKOVÁ, Zdeňka. Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže: metodická příručka. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1999. 78 s. ISBN 80-7184-890-5.

BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry. Vyd.1. Brno : NCO NZO v Brně, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-439-9.

ČERNEK, Jozef. Psychická zátěž - problém pracovního procesu a jeho řešení. Bezpečnost a hygiena práce. 2004, 7-8, s. 52-56. ISSN 0006-0453.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Sestra a stres : příručka pro duševní pohodu. Praha :Grada, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3149-0.

KUTNOHORSKÁ, Jana. Etika v ošetrovatelství. Praha : Grada, 2007. 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. RNDr. Jirkovský Daniel, Ph.D., MBA**

Oponenti: **Mgr. Dorková Zlatica, Ph.D.**

Konzultanti:

Datum zadání bakalářské práce: 12.4.2018

Termín odevzdání bakalářské práce: dle harmonogramu příslušného akademického roku


.....
Vedoucí katedry
.....

Děkan

V Praze dne 12.4.2018

Univerzita Karlova
2. lékařská fakulta
Ústav ošetřovatelství (1)
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5
IČO: 00216208 DIČ: CZ00216208

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením PhDr. RNDr. Daniela Jirkovského, Ph.D., MBA, uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky. Prohlašuji, že elektronická verze práce vložená do studijního informačního systému je totožná s odevzdanou tištěnou verzí bakalářské práce. Dále prohlašuji, že stejná práce nebyla použita pro k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze 2020

Uyanga Bayarmagnai

Poděkování

Chtěla bych poděkovat PhDr. RNDr. Danielu Jirkovskému, Ph.D., MBA za odborné vedení této bakalářské práce, za jeho ochotu a trpělivost a také za poskytování cenných rad a materiálů.

OBSAH

1	ÚVOD	7
1.1	CÍLE PRÁCE	7
2	TEORETICKÁ ČÁST	8
2.1	ROLE SESTRY	8
2.2	PRACOVNÍ ZÁTĚŽ VŠEOBECNÝCH SESTER	10
2.3	STRES	13
2.3.1	Krátkodobý stres	13
2.3.2	Dlouhodobý stres	14
2.3.3	Eustres	14
2.3.4	Distres	14
2.3.5	Stres a pohlaví	14
2.3.6	Stres v práci	15
2.3.7	Jak působí stres	17
2.3.8	Zvládání stresu	18
2.4	SYNDROM VYHOŘENÍ	21
2.4.1	Syndrom vyhoření a její předcházení	25
3	EMPIRICKÁ ČÁST	29
3.1	CÍLE PRÁCE	29
3.2	METODIKA ŠETŘENÍ	30
3.3	VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ	30
3.4	ORGANIZACE ŠETŘENÍ A ZPRACOVÁNÍ DAT	34
3.5	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO SOUBORU	35
3.6	VÝSLEDKY ŠETŘENÍ	38
3.6.1	Pracovní spokojenost – výsledky primární analýzy dat	38
3.6.2	Pracovní spokojenost – statistické posouzení zjištěných výsledků	39
3.6.3	Výsledky hodnocení percepce pracovní zátěže podle jednotlivých dotazníků – vyhodnocení za skupinu respondentek	40
3.7	DISKUZE	48
3.7.1	Zhodnocení výsledků vlastní práce ve vztahu k pracovním hypotézám	48
4	ZÁVĚR	61
5	REFERENČNÍ SEZNAM	64
6	SEZNAM OBRÁZKŮ	68
7	SEZNAM TABULEK	69
8	SEZNAM PŘÍLOH	70

Seznam zkratek

%	Relativní četnost
ACTH	Adrenokortikotropní hormon
Apod.	A podobně
Atd.	A tak dále
č.	číslo
Et al.	Kolektiv
FNM	Fakultní nemocnice Motol
FNKV	Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
H	Hypotéza
HS	Hrubé skóre
K	Kritická hodnota mediánu
LF	Lékařská fakulta
Max.	Maximum
Min.	Minimum
MS	Microsoft
n	četnost absolutní
Obr.	Obrázek
rel. četnost	relativní četnost
s.	strana
Tab.	Tabulka
tj.	to je
tzv.	takzvaně
UK	Univerzita Karlova
vyd.	vydání

1 ÚVOD

Vysoké tempo moderního života je faktorem, který vytváří psychoemotivní zátěž. Konstantní napětí negativně ovlivňuje nejen stav nervové soustavy, ale i tělo jako celek. Lidé některých profesí jsou v neustálém kontaktu se stresovými faktory. Tato skupina zahrnuje i zdravotnické pracovníky. Sestry patří mezi profesionály, kteří zažívají enormní úroveň stresu, úzkosti a deprese v důsledku přetížení z práce a možnosti následného vyhoření. Vzhledem k tomu, že se v posledních letech nároky na sestry stále zvyšují, a to jak z hlediska obsahu a rozsahu práce, tak i z hlediska odpovědnosti, vede to k nedostatku sester.

Podle mého názoru je téma psychické pracovní zátěže velmi důležité pro nás i okolí. Protože bychom měli vědět, co to vlastně je psychická pracovní zátěž a jak nás ovlivňuje v našem životě atd., za účelem kvalitního vykonávání své práce. Například efektivní zvládnutí stresu je nezbytným krokem k dosažení úspěchu práce.

Téma jsem si vybrala z toho důvodu, že na praxi jsem se setkala s mnohými stresovými situacemi, které jsem se musela řešit a zvládnout. Příkladem zátěže pro mě bylo, že věkově starší sestry spíše inklinovaly k syndromu vyhoření a jejich přístup k práci mě ovlivnil negativně. Jelikož i nadále budu pracovat ve zdravotnictví a chtěla bych vykonávat svoji práci bez psychické pracovní zátěže nebo ji co nejvíce eliminovat, myslím si, že je dobré udělat pravidelně na toto téma seminář pro zaměstnance.

1.1 Cíle práce

Záměrem práce bylo zjistit míru subjektivního vnímání psychické pracovní zátěže u všeobecných sester na vybraných pracovištích. K naplnění tohoto záměru byly stanoveny tyto cíle:

Cíle práce:

1. Přinést poznatky z provedeného dotazníkového šetření
2. Navrhnout zlepšení dané problematiky
3. Provést skupinovou a individuální studii psychické pracovní zátěže a vyhodnocení subjektivního vnímání psychické pracovní zátěže vybrané skupiny všeobecných sester

2 TEORETICKÁ ČÁST

V této části práce bude pozornost věnována nejprve roli sestry a jejího naplňování, dále pak pracovní zátěži všeobecných sester s důrazem na psychickou pracovní zátěž a její subjektivní vnímání, bude též zmíněna problematika stresu, antistresových strategií a okrajově bude nastíněno téma syndrom vyhoření. Na konci teoretické části bude uveden přehled dříve realizovaný na obdobné téma.

2.1 Role sestry

Povolání sestry jsem vždy vnímala nikoliv jako běžné zaměstnání, ale jako skutečné poslání. Právě sestry by měly být oporou nemocnému v těžkých chvílích, měly by být pilířem, o který se nemocný může opřít v situaci, která ho tíží. Sestra by měla umět pohladit vlídným slovem i úsměvem, podpořit a utěšit. Kromě nezbytných odborných znalostí z oblasti všeobecné medicíny by sestra měla disponovat ještě celou řadou specifických schopností, vlastností a dovedností jako je empatie, trpělivost, vlídnost, zodpovědnost, laskavost, lidskost a spolehlivost.

Kromě klasické zdravotní péče jako je zajištění fyzického i psychického pohodlí požadují pacienti od sester i zachování jejich soukromí, respektování jejich hodnot a vytvoření prostoru k vyjadřování a rozhodování. Hodnocení odbornosti sester činí veřejnost a pacienti na základě jejich vystupování, vyjadřování a způsobu komunikace (Bártlová, 2010).

Sestry jsou zodpovědné za podporu zdraví poskytováním široké škály služeb. Sledují a zaznamenávají stav pacientů, spolupracují s lékaři a dalšími zdravotnickými pracovníky, aby vytvářely a vyhodnocovaly modifikované plány péče o různé pacienty. Měly by poskytovat emoční podporu pacientům a jejich rodinám, diagnostikovat onemocnění pacientů sledováním jejich symptomů a přijímáním nezbytných opatření k jejich uzdravení. Měly by přezkoumávat a aktualizovat zprávy pacientů o anamnéze za účelem sledování změn jejich stavu. Také by měly poskytovat okamžitou péči během lékařských mimořádných událostí, připravovat pacienty na vyšetření, informovat pacienty a jejich rodiny o nemoci a její léčbě. Rovněž i pomáhat lékařům během lékařských zákroků a dávat pozor na každý aspekt péče o pacienta. Vzhledem k široké povaze disciplíny sestry přebírají více rolí při plnění zdravotních potřeb klientů.

Jak uvádí Farkašová (2006): „*Evropská konference o ošetrovatelství deklaruje změny role sester rozšířením jejich činností tak, že mají působit při rozhodování a plánování zdravotní péče na všech úrovních, mají se více orientovat na podporu zdraví a komunitní ošetrovatelskou péči.*“ (Farkašová, 2006, s. 182).

Závodná ve Farkašové uvádí, že: „*v současnosti plní sestra nejčastěji tyto role:*

- *Sestra – poskytovatelka ošetrovatelské péče,*
- *Sestra – manažerka,*
- *Sestra – edukátorka,*
- *Sestra – advokátka pacienta,*
- *Sestra – nositelka změn,*
- *Sestra – výzkumnice,*
- *Sestra – mentorka,*“ (Farkašová, 2006, s. 182).

Identifikace s prací je důležitá pro hodnotu člověka a často se posuzuje také podle toho, jak osoba vykonává své povolání.

Zásadní cíl lékařů i sester je péče o pacienta, tudíž mají shodné postoje a bojují o jeden společný záměr. Očekávalo by se tedy, že mezi nimi budou dobré vztahy a interakce. Avšak vzájemné nepochopení individuálních rolí a odpovědnosti v současném lékařství a ošetrovatelské péči bývá překážkou kladných vazeb mezi sestrou a lékařem (Bártlová, 2010).

Důležitý vliv na postavení sestry v multidisciplinárním týmu má záležitost kompetencí, která neméně výrazně působí i na vztah mezi lékařem a sestrou. Kompetence, které jsou ovlivněny charakterem povolání i pravidly na daných odděleních, jsou stanoveny v zákonech, kde je určeno, jak se role sestry a lékaře odlišuje. Tudíž kompetence všech zdravotnických pracovníků je jednoznačně daná. Nicméně praxe ukazuje, že sestry často vykonávají úkoly, které přísluší náplni práce asistenta či méně způsobilých zaměstnanců. Ale na stranu druhou – obvykle na požadavek lékaře – vykonávají odborné funkce, přesahující jejich pracovní pravomoce, což se také může stát důvodem vzájemných rozporů (Bártlová, 2010).

Příčinou sporů mezi lékařem a sestrou a zhoršením jejich vztahů může být fakt, že lékař sestře zadává úkoly, které nejsou v souladu s její kompetencí výkonu povolání sestry. To může směřovat k nepříjemnému vzájemnému tlaku, ale dokonce i k tragickým důsledkům, protože vykonání léčebného zásahu, které je mimo kompetence sestry, může přivodit komplikace v léčebném procesu pacienta, též ale značně ohrozit pracovní i právní opory sestry (Bártlová, 2010).

2.2 Pracovní zátěž všeobecných sester

Jednou ze složek příjemné pracovní atmosféry je spokojenost, která znamená kladný pocit z dobře odvedené práce, při níž jsou uplatněny naše schopnosti a zároveň jsou i náležitě finančně ohodnoceny. Také ale pocit užitečnosti v daném prostředí, ve kterém je pracovní činnost vykonávána, je nedílnou součástí vlastního dojmu z práce (Bártlová, 2010).

Právě nízké finanční ohodnocení vzbuzuje u sester na naší republice rozhodně nejvíce nespokojenosti (Bártlová, 2010). Zhruba 80% povolání sestry vykonávají ženy, tudíž běžnou příčinou jejich odchodu z práce, a to často po jejím zahájení, je nástup na mateřskou dovolenou. Rovněž zvyšování požadavků na pracovní výkon sestry, které vede k růstu psychické zátěže, je důsledkem ukončení této profese. Mohla tomu předcházet i deziluze, která se objevila ihned po nástupu do praxe. Dochází pak ke značnému kolísání na pracovních pozicích sester vedoucí až k jejich nedostatku na jednotlivých odděleních. Zřejmě proto lékaři považují profesi sestry jako provizorní volbu povolání bez větších záruk, k němuž není třeba vysoké vzdělání, tedy nelze očekávat adekvátní finanční odměny (Bártlová, 2010).

Reed (2013) uvádí, že pracovní prostředí je jedním z hlavních důležitých zdrojů pracovního stresu. Pracovní stres pocítujeme, když člověk vnímá pracovní prostředí tak, že jeho schopnosti nestačí k řešení požadavků na něj kladených.

Každodenní intenzivní práce s lidmi však bývá spojena se zvýšenou psychickou zátěží. Neúměrná psychická zátěž sester je způsobena celou řadou faktorů – snahou o profesionální a vlídný přístup ke všem nemocným, úsilím zvládat všechny povinnosti, časovým tlakem a dlouhými pracovními směny, prací v noci, nedostatkem odpočinku, častým řešením obtížných pracovních situací ve vztahu sestra – pacient, případně sestra – lékař, kontaktem s lidskou bolestí a smrtí. Vysoké požadavky a odpovědnost související s vlastní prací může vést k rozvoji dlouhodobých psychických nebo psychosomatických poruch. Pokud je sestra vystavena silné psychické zátěži dlouhodobě, může to mít negativní vliv na její zdraví – od fyziologických poruch jako dýchací potíže, změna krevního tlaku, bolesti hlavy, zad a gastrointestinální potíže, až po emocionální poruchy – depresi, apatii, úzkost, změny nálady, podrážděnost, agresivitu, nadměrnou únavu a vyčerpání.

V rámci této profese je nadměrná i fyzická zátěž, zapříčiněná manipulací s pacienty, nejvíce s částečně imobilními, které je nutno polohovat, cvičit s nimi a provádět osobní hygienu. Další tělesná zátěž je způsobena běžnými pracovními činnostmi, které se netýkají přímo péče o pacienty, ale jsou také nezbytné – zacházení s prádlem a zdravotnickým materiálem (Vévoda, 2013).

Vážnou potřebou je dbát na bezpečnost na pracovištích. Přílišná pracovní zátěž sester, násilí na pracovišti a úrazy bývají rizikem pro sestry i pacienty. Obzvláště v psychiatrických léčebnách často hrozí nebezpečí zranění zapříčiněné pacienty, nebo pády na pokojích, poškození částí těla např. páteře, kolenních vazů, ramen, loktů, zápěstí a lýtek způsobené zacházením s pacienty v rámci péče o ně (Bártlová, 2010).

Ze zdravotnické stránky nejrizikovější a nejnáročnější je práce všeobecných sester (Ivanová, 2006), jak potvrzují statistické údaje i praxe odborníků v tomto odvětví. Pohyb zdravotníků se odehrává ve specifickém prostředí bohatém na infekční choroby, radioaktivní záření a chemické látky. Jejich pracovní činnost na ně klade zvýšené fyzické (již zmíněná manipulace s pacientem a těžkými náklady) i psychické požadavky (stres a odpovědnost za pacienty) (Bártlová, 2010).

Je známo, že enormně stresovaní lidé mnohdy mívají docela nízké přesvědčení o sobě samých. Lidé působící ve zdravotně sociální oblasti, především v diakoniích a pečovatelských službách, jsou nasměrováni k vyhoření kvůli míře citové zátěže, jejich charakteru (jeho znakem bývá syndrom pomáhajícího), nedostatku kladné zpětné vazby a neshodám v rolích. Do této skupiny spadají ctižádostiví lidé, orientovaní na výkon a neznající slitování. Avšak tento jev se více a více rozšiřuje téměř ve všech povoláních a může postihnout kohokoliv z nás (Merg, 2007).

Jak uvádí Pešek (2016): „*Pracovní zátěž lze rozdělit na objektivní a subjektivní. Často jsme mentálně přetěžováni nedůležitými informacemi a zbytečnou administrativou*“ (Pešek, Roman, 2016, s. 118).

Štiler et al. (2003) ve své publikaci uvádí o pracovní zátěži toto: „*zátěž vzniká v důsledku nesouladu mezi požadavky a podmínkami na jedné straně a vlastnosti a stavem člověka na straně druhé. Je to jev, který se týká vždy určitého jedince, zatím co požadavky, podmínky a nároky lze charakterizovat obecně*“ (Štiler et al., 2003, s.74).

Štíler et al. (2003) dále popisuje, že: „*při hodnocení zátěže je nutno popsat tři kategorie jevů:*

- *Požadavky kladené na činnost,*
- *Chování jedince při činnosti, jež se projevuje ve vnější i ve vnitřní sféře,*
- *Nároky, jež kladou tyto požadavky a podmínky na vlastnosti jedince“ (Štíler et al., 2003, s. 74).*

Problematikou pracovní zátěže a stresu se zabývali další autoři, např. Hladký a Židková (1999), kteří uvádějí, že: „*Výzkumem a dlouholetou praxí byla ověřena rizikovitost několika základních kritérií a oblastí pracovních podmínek z hlediska pracovní zátěže. Patří k nim:*

- a) *Intenzita práce a časový tlak*
- b) *Vnucené pracovní tempo*
- c) *Monotonie*
- d) *Vlivy narušující soustředění*
- e) *Sociální interakce*
- f) *Osobní rizika*
- g) *Rizika ohrožení zdraví vlastního a jiných osob*
- h) *Směnová práce*
- i) *Pracovní prostředí*
- j) *Fyzický diskomfort*
- k) *Jiné nevyjmenované zdroje nepřiměřené zátěže“ (Hladký, Židková, 1999, s. 14-16).*

Jak uvádí Pešek (2016): „*Za dobře odvedenou práci bychom měli být dostatečně chváleni. Měli bychom se učit i sebechvále a sebeodměňování“ (Pešek, Roman, 2016, s.113).*

Měli bychom být smířeni s tím, že nás lidé hodnotí v jakémkoli sociálním prostředí, kam vkročíme, a to svými vlastními měřítky, podle toho, co o nás poznají a usoudí a také samozřejmě podle toho, oč jim samotným jde a jaké mají úmysly. Tyto lidské konfrontace bývají přímého i nepřímého charakteru. Některá hodnocení o nás se nikdy nemusíme dozvědět, i když mají poté značný dopad na celkový postoj lidí k nám. Hodnotím se ale také já sám, nazývá se to sebehodnocení, to je jak se vidím a posuzuji (Křivohlavý, 2010).

2.3 Stres

Jak uvádí Pešek (2016): „*Stres je stav zatížení organismu, při kterém cítíme napětí v těle a různé emoce*“ (Pešek, Roman, 2016, s. 11).

Podle jedné ze současných koncepcí týkajících se vlivu stresu na naše zdraví působí právě stres jako jakýsi startér neboli spouštěč všech nemocí. Je zde přirovnáván k principu, s jakým se setkáváme u spuštění zbraní – stlačení páčky a následný výbuch v hlavni (Křivohlavý, 2010).

Jak uvádí Křivohlavý (2009): „*S ohledem na člověka, který se nachází v tlaku stresorů, byl stres definován zprvu jako negativní emocionální zážitek, který je doprovázen určitým souborem biochemických, fyziologických, kognitivních a behaviorálních změn, jež jsou zaměřeny na změnu situace, která člověka ohrožuje, nebo na přizpůsobení se tomu co nelze změnit*“ (Křivohlavý, 2009, s. 170).

Jak uvádí Merg (2007): „*Psychické, mentální a fyzické důvody vedou k přetížení, a tím ke stresu. Většinou se za stresem a přetížením skrývá různých faktorů (komplex symptomů), které dohromady tvoří výbušnou směs*“ (Merg, 2007, s. 48).

Stres je faktor, který je s nadměrnou psychickou zátěží úzce spjat. Jak již bylo řečeno, pro sestru je typická neustálá a každodenní práce s člověkem. Každodenní kontakt s lidmi a obzvláště nemocnými je sám o sobě považován na velmi stresující. Dalšími stresory mohou být neustále se zvyšující nároky a požadavky na vzdělanost sester, nátlak ze strany nadřízených na pracovišti a čím dál více úkolů a kompetencí. Stresorem může být i vědomí nízkého platového ohodnocení, které neodpovídá objemu práce, které sestra každodenně odvádí.

Mezi běžné stresory sestry patří osobní problémy, pracovní přetížení a nesplnění potřeb pacienta (Pender, Murdaugh a Parsons, 2011). Stres lze klasifikovat jako dlouhodobý a krátkodobý (Rout, 2017).

2.3.1 Krátkodobý stres

Krátkodobé stresory jsou označovány jako stresory každodenní, které mohou způsobit události každodenního života (Rout, 2007). Krátkodobé stresory mohou mít negativní dopad na náš každodenní zdravotní stav, mají vliv na naše rozhodování, mohou způsobovat bolesti hlavy, bolesti páteře a jiné somatické projevy. Buď jsou vyřešeny v krátkodobém časovém období, ale můžou vést i ke vzniku chronického onemocnění (Piazza, Charles, Sliwinski, Mogle a Almeida, 2012).

2.3.2 Dlouhodobý stres

Opakující se stresory působí dlouhodobě a jsou známé jako chronický stres. Jejich příznaky se objevují v našem chování. Mohou způsobovat problémy spánku, snahu vyhnout se stresovým situacím tak, že se snažíme nedělat odpovědnou a náročnou práci, která je vyvolává. Dlouhodobý stres může vést až k onemocnění kardiovaskulárního systému, může způsobovat vznik vysokého krevního tlaku. Vysoký krevní tlak nutí srdce pracovat více a dále může poškozovat tepny a vést k tvorbě plaků. Ovlivňuje také imunitní systém, a to vede k ovlivňování funkcí těla (Pender, Murdaugh, Parsons, 2011).

Jak uvádí Merg (2007): „*Vlastně je to celkem jednoduché: Stres začíná v hlavě. Ten, kdo si své penzum práce lépe rozdělí, sníží automaticky dlouhodobé zatížení*“ (Merg, 2007, s. 49).

2.3.3 Eustres

Stres můžeme dělit na eustres a distres. Eustres označujeme jako pozitivní stres. Nutí člověka k dosažení cíle, aniž by došlo k fyzické, psychické nebo sociální zátěži (Donovan, Doody, Lyons, 2013). A je snadno zvládnutelný osobou, aniž by to ovlivnilo její blaho. Obecně leží ve středním rozmezí mezi velkou a nízkou úrovní stresu.

Například rodina může být naší psychickou podporou, též i zdrojem pozitivních emocí, ale i my sami k dosažení pocitu spokojenosti a smysluplnosti máme trávit volný čas tak, abychom se rozvíjeli, pěstovali koníčky a setkávali se s přáteli (Pešek, 2016).

2.3.4 Distres

Distres je stres, který už má škodlivé účinky na fyzickou a psychologickou pohodu osob. Jde obvykle o opakovaný stres, který se stane nezvladatelným kvůli jeho vysoké intenzitě a vyčerpávající povaze (Donovan, Doody, Lyons, 2013). Nejčastěji má distres špatný vliv na kardiovaskulární systém – může způsobovat vysoký krevní tlak a ostatní onemocnění srdce. Má vliv i na trávicí systém – vznik žaludečních vředů, kolitidy, diabetu. Ovlivňují i imunitní systém, vede ke vzniku chronické únavy a ekzémům (McEwen, Lasley, 2002).

2.3.5 Stres a pohlaví

Schopnost lépe překonávat určité typy stresu jako je bolest nebo existenční stres spolu s větší mírou empatie je zpozorována více u žen. Tudíž jsou v určitém smyslu

odolnější, mají i širší škálu postupů, jakým způsobem vzdorovat stresu. Na druhé straně podle výzkumů stres vzbuzuje u žen intenzivnější reakce než u mužů. Estrogeny totiž podněcují větší tvorbu ACTH a kortikoidů ve stresovém stavu, kdežto testosteron hypotalamohypofyzární osu tlumí, čímž by se pravděpodobně vysvětlila vyšší stresová emocionalita u žen (Bartůňková, 2010).

Fakt, že jsou ženy schopny dělat více věcí najednou, je podložen teorií sexuálního dimorfismu mozku, ženy mají menší množství neuronů, zato rozvětvenější dendrickou síť s větším množstvím vzájemných propojení. Ženská část populace má i tzv. „šestý smysl“, je to typ vnímání založeném na intuici. Patrně je umožněn spolupůsobením dopaminu a estrogenů (Bartůňková, 2010).

Jak uvádí Priess (2015): „*Stres přichází tehdy, když něco nejde tak, jak chci*“ (Priess, 2015, s. 15)

Stres se vymezuje jako subjektivní stav, pro který je typická bezmoc, a je intenzivnější se stále narůstajícím pocitem člověka, že danou situaci nezvládne a sílícím pocitem bezmoci (Priess, 2015).

Nástup stresu není vždy podmíněn tím, že se nám něco nedaří, ale když ve stresu jsem, věci nejdou podle našich představ a očekávání (Priess, 2015).

2.3.6 *Stres v práci*

Stres přetrvává v každodenním životě, obklopuje nás a ovlivňuje náš vnitřní i naše vnější rysy, a to ovlivňuje naše duševní i fyzické zdraví (Stranks, 2005). V našem prostředí, které nás obklopuje, se stále nacházejí stresové faktory, které zahrnují vliv zaměstnání, naši rodinnou situaci a další vlivy. Mezi vnitřní stresové faktory patří fyzická a emoční pohoda jednotlivce a jeho schopnost vyrovnat se s působením vnějších stresorů (Rana, Upton, 2009).

Sestry zažívají stres na pracovišti ve vyšší intenzitě než jiné profese. Jako zdravotní sestry jsme často svědky bolesti a smutku druhých (Stranks, 2005).

Novým sestřám chybí více odborných znalostí než zkušeným sestřám (Berman, Snyder, 2016). Z tohoto faktoru vyplývá, že se tímto zvyšuje pravděpodobnost, že začínající sestra bude prožívat větší pracovní stres než sestra zkušená.

Některé organizační vlivy přispívají ke stresům sestry. Různé problémy, jako jsou změny ve vedení a změny organizační kultury, kterými může organizace prokázat, mohou vést ke stresu (Oddie, Ousley, 2007).

Jak uvádí Pešek (2016): „*Příjemné chování, vzájemné oceňování, účast na společenských aktivitách a dovednost rychlého a konstruktivního řešení mezilidských konfliktů významně přispívají k udržování dobrých mezilidských vztahů a vytváření pozitivního klimatu na pracovišti*“ (Pešek, Roman, 2016, s. 135).

Jelikož je každý člověk individualitou mající své představy a očekávání, vyskytují se v našem životě konflikty. Obzvláště v pracovní sféře zdravotníků jsou nedílnou součástí, stejně jako na jiných pracovištích jsme konfrontováni s lidmi na pozicích nadřízených i podřízených a je přirozené, že s každým z nich se sestra může názorově střetnout čili dostat do konfliktu. Ten ale nemusí znamenat vždy jen negativní zkušenost, každý vývoj potřebuje mimo jiné i zážitek konfliktu (Bártlová, 2010).

Vzájemné vztahy mezi lidmi se ukázaly v pracovním procesu jako další faktor ovlivňující stres, a to jak ve smyslu kladném, tak záporném. V kladném smyslu jsou to dobré vzájemné mezilidské a vztahy a sociální opora. V záporném smyslu naopak konflikty na pracovišti a nedostatek sociální opory. Mimo faktorů lidských mají špatný vliv i fyzikální faktory na pracovišti. Mezi ně patří výrazný hluk, buď vysoká nebo naopak nízká teplota pracovního prostředí. Tyto fyzikální vlivy mohou být vnímány více, jsou-li spojeny s nepřátelským prostředím na pracovišti.

Je důležité, aby zdravotnický personál, obzvláště lékaři a sestry měli mezi sebou fungující vztahy, tento prvek se pak odráží v poskytování zdravotnické péče. Specifická pracovní doba (dvanáctihodinové směny), odpovědnost za zdraví a životy lidí, zvládání krizových situací, kdy nemoc pacienta těžce poznamenává, vnímání jeho potíží... to vše vede často k náhlým a negativním reakcím. Velice podstatná je tedy tvorba a udržování pozitivních vztahů zdravotnického personálu. (Bartlová, 2010).

Význačný účinek na pocit spokojenosti pracovníků má vztah mezi sestrami a lékaři. Spoluvytváří i stabilitu a celkovou atmosféru. Sestry jsou označovány za jednu z nejohroženějších skupin, co se týče stresu, frustrace a rizika syndromu vyhoření, protože je na ně v práci kladena vysoká zátěž, není jich dostatečný počet, pracují přesčas a jsou nuceny plnit i úkoly, které se netýkají pacienta. Velká psychická zátěž má svůj zdroj v podobě profese jako takové, ale i v běžných sociálních a komunikačních neshodách, které jsou na denním pořádku. Vedle toho jde však o práci, která je nesmírně náročná i fyzicky (Bártlová, 2010).

Časový tlak a velká odpovědnost

Jde také o faktor vedoucí ke vzniku stresu. Někdy může být čas na určitou práci přiměřený, ale často se v sesterské práci vyskytují situace, kdy je času málo. Může to

vést k pocitům možnosti a tím ke vzniku distresu. Současně s množstvím práce na sebe sestra bez velkou odpovědnost, a to může vést k pocitům selhání a následně ke vzniku stresu. Občas může vznik stresu ovlivňovat i špatné naplánování pracovních směn – je třeba, aby k tomu nedocházelo. Organizace práce v jednotlivé směně je také často obtížná.

K zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví při práci sester a k vytvoření systému prevence rizik je nezbytné je nejdříve identifikovat a analyzovat. V České republice je povinná tzv. kategorizace zdravotních rizik práce (Vévoda, 2013).

Jak uvádí Vévoda (2013): „*Míru zdravotních rizika jednotlivých faktorů dělíme do čtyř kategorií.*

- *Kategorie I – faktor se nevyskytuje nebo jeho vliv na zdraví je nevýznamný i pro handicapované osoby.*
- *Kategorie II – zátěž nepřekračuje legislativou dané limity, nelze však vyloučit nepříznivý účinek na zdraví u vnímavých jedinců.*
- *Kategorie III – významná míra rizika, zátěž překračuje limitní hodnoty, nelze vyloučit negativní vliv na zdraví pracovníků, jsou nutná náhradní technická a organizační opatření.*
- *Kategorie IV – vysoká míra zdravotního rizika, zátěž vysoce překračuje stanovené limity, musí být dodržován soubor preventivních opatření“ (Vévoda, Jirí, 2013, s. 81).*

Práce z kategorie třetí a čtvrté jsou označovány jako rizikové, v případě, že příslušný orgán ochrany veřejného zdraví rozhodne, je tam zahrnuta i práce z kategorie druhé (Vévoda, 2013).

2.3.7 Jak působí stres

Jak uvádí Pešek (2016): „*Stresová reakce vede organismus do stavu pohotovosti a připravenosti k boji, nebo útěku“ (Pešek, Roman, 2016, s. 11)*

Pokud máme stres pod kontrolou, je přiměřený a zvládáme jej, může být pro nás i prospěšný tím, že povzbuzuje naši duševní i tělesnou stránku, vede k lepším výkonům a pocitům spokojenosti (Pešek, 2016).

Vždy je prospěšné pohlédnout na to, jak se se stresem a vůbec problémy vyrovnávají druzí lidé, každý má totiž svou individuální cestu, jedna může být účinná, jiná však méně. Konkrétně jde zde o to, jak se s nekomfortní situací vyrovnávají a řeší ji zdravotní sestry z běžné praxe (Křivohlavý, 2009). Stres může mít negativní účinek na

naše zdraví. Projevuje se např. kardiovaskulárním onemocněním, bolestí hlavy, vzniku diabetu, astmatem apod.

Stres také ovlivňuje množství a druh jídla, které jíme. Jsme-li ve stresu, může být pro nás obtížnější stravovat se zdravě. Abychom naplnili naši emoční potřeby spojené se stresem, můžeme jíst více nezdravých a vysoce kalorických potravin – například místo ovoce a zeleniny toužíme po čokoládě, sladkostech, pizze. Plyne to z toho, že při stresu se zvyšuje hladina kortizonového hormonu a inzulínu v našem těle, a to právě vede k touze po mastných a sladkých potravinách. Dlouhodobý chronický stres zvyšuje hlad a někdy vede i ke konzumaci jídla, i když hlad nemám. V důsledku toho se zvyšuje i naše hmotnost (Creagen, 2016).

Pešek (2016) uvádí, že: „*Jak moc dlouho se budeme stresovat, záleží na intenzitě a délce působení stresorů, na způsobu našeho myšlení, na našich možnostech a dovednostech*“ (Pešek, Roman, 2016, s. 11).

Stres z práce na směny je spojen i se špatným stravovacím návykem sester, který může vést také k zvýšení hmotnosti až k obezitě. Během večera a pozdní noci se trávicí proces zpomaluje, a proto je-li tento rytmus narušen, sestry jedí během nočních směn, nemůže jejich trávicí systém účinně potraviny trávit, a to vede k nárůstu hmotnosti (Reed, 2013).

Jak uvádí Pešek (2016): „*Lidé odolní vůči stresu se vyznačují specifickými charakteristikami v oblasti vztahu k sobě, ke druhým lidem a k životu*“ (Pešek, Roman, 2016, s. 22).

2.3.8 Zvládání stresu

Zvládání stresu je definováno jako forma, která zahrnuje širokou škálu technik, metod a postupů, které nás mají naučit, jak stres zvládat, jakmile se již etabloval. Jednou z účinných technik, jak zvládat stres jsou stresové terapie včetně masáže, cvičení a akupunktury, která se ukázala jako úleva od stresu a forma snižování rizika vyhoření (Sincero, 2012).

Misterek (2009) uvádí, že aby sestry mohly poskytovat ošetrovatelskou péči druhým, musí se postarat o sebe tím, že zůstanou zdravé na mysli, těle a duchu.

Mezi strategii, které vedou k tomu, aby se sestry udržely v dobré kondici, patří vlivy rodiny, přátel, přírody. Pomůže nám, když se máme komu svěřit, s kým rozebrat své problémy.

Studie o stresu by nebyly úplně bez pojmu, zvládnání stresu'. Týká se lidského chování a jednání, našeho postupu ve stresové situaci. Cíle tohoto zvládnání mohou být různé, buď nám jde o to snížit stupeň toho, co nás zatěžuje, nebo o zachování emocionálního klidu a duševní vyrovnanosti (Křivohlavý, 2010).

Křivohlavý (2010) popisuje ve své knížce postupy – strategie zvládnání stresu takto:

- „Plánovat hledání řešení daného problému
- Uklidňování rozrušených emocí
- Utkat se s těžkou situací
- Distancování se od stresové situace
- Hledání pozitivních stránek nastalé situace
- Hledání sociální opory
- Přijetí osobní odpovědnosti za nastalou situaci
- Snaha vyhnout se stresové situaci apod.“ (Křivohlavý, 2010, s.27)

Antistresové strategie

Merg (2007) ve své knížce představil tři účinné antistresové strategie:

1. Tříkrokový program
2. Strategie „pozitivního myšlení“
3. Progresivní svalové uvolnění

Tříkrokový program

Tento program je poměrně jednoduchá a v praxi úspěšně vyzkoušená technika, při níž se vytvářejí modely stresujících situací a následně se hledají vhodná řešení. Stres je totiž vnímán také zkresleně, kdy vše je v tu chvíli považováno za ohrožující – tak se otáčí spirála stresu a stává se z ní tzv. Perpetuum mobile. Přitom vždy platí, že stresu se lze vhodnou strategií odnaučit (Merg, 2007).

1. „Co je to nejhorší, co se ti může stát?“
2. Akceptuj to.
3. *Dělej všechno (co je v tvých možnostech), aby se to nejhorší nikdy nepříhodilo!“*
(Merg, 2007, s. 58)

Strategie „pozitivního myšlení“

Z psychologického průzkumu je jasné, že naše vnímání je ovlivněno myšlenkami: např. když výsledek nějaké situace vidíme lidově řečeno „černě“, skutečně to může negativně dopadnout, řada lidí má k tomuto smýšlení sklon. Přitom lze tuto sugesci obrátit v náš prospěch tím, že budeme myslet pozitivně. Nejde o prázdné

namlouvání si vidění světa „přes růžové brýle“, ale o realistická, motivující tvrzení. Příklad lze vidět na americkém herci Dannym Kaye a jeho optimistickém návodu, jak poznat lépe své město namísto nervozity, když nám k tomu „dají příležitost“ objížděky (Merg, 2007).

Progresivní svalové uvolnění

Ve 30. letech 20. století Edmund Jacobsen vyvinul metodu progresivního svalového uvolnění, která je založena na principu napnutí a uvolnění svalů, což se aplikuje postupně na všechny skupiny svalů v těle. Cílem je naučit se rozeznat napětí a uvolnění. Když se tato technika použije dvakrát denně, už po několika týdnech pomáhá vyrovnat se se stresem (Merg, 2007).

Podobně účinná může být i práce s naším dechem. Když se naučíme v klidu dýchat, nebudeme mít problémy s dechem v těžkých krizových situacích. Vyplývá to z osvojení vhodných metod a jejich efektivního využití v boji proti stresu, ještě než vůbec nastane, tedy dopředu - „nanečisto“. Můžeme to nazvat psychologickým očkováním (Křivohlavý, 2010).

Jak uvádí Merg (2007): *„Právě posouzení stresující situace přispívá k tomu, jak stresově ji budete prožívat. Nejrůznější průzkumy ukázaly, že lidé, kteří jsou schopni kontrolovat extrémní události (a ne je pouze pasivně snášet), zůstávají zdraví“* (Merg, 2007, s. 62).

Pokud by vám připadalo těžké koncentrovat se pouze na podstatu, požádejte o pomoc u svých nejbližších. Také prozkoumejte své silné i slabé povahové rysy, stanovte si dosažitelné cíle, přeneste úkoly na ostatní, v případě, že to je možné. Když toto nebude fungovat, bude pro vás nutné se naučit říkat slovo NE (Merg, 2007).

Motivace

Specifickým faktorem úspěchu je motivace. Tento pojem pochází z latiny (movere) a znamená mimo jiné podnět. Když chci fyzicky něčím pohnout, musím vynaložit určitou energii. Je to i vnitřní podnět/popud k určitému jednání a konání. V pracovním životě znamená umění a energii vést sebe i druhé (Merg, 2007).

Jak uvádí Vévoda (2013): *„Motivace je v současnosti chápána jako důležitý faktor úspěchu“* (Vévoda, Jiří, 2013, s. 15).

Pro správný a plnohodnotný život je velice podstatné stanovit vlastní sebe hodnotu nejen podle svého pracovního výkonu. Stárneme, ubývají nám síly, je přirozené, že v práci bude víc a víc těch lepších, navíc práce není jediným životním cílem, který má smysl. Buďte odvážní, nelžete sami sobě a včas si položte otázku, co

nám bude podporou kromě práce, až zestárneme. Čím budete starší, tím to bude náročnější, proto pečlivě zkoumejte své postoje a způsoby chování už teď. Žijete nebo jste žiti? Je třeba uchopit život do vlastních rukou a nejen práce nám ho může naplnit. Nejsme na to sami, užitečné mohou být i názory dobrých přátel (Merg, 2007).

2.4 Syndrom vyhoření

Jak uvádí Priess (2015): „*Syndrom vyhoření je projevem člověka, který bez oddechu bloudí životem, protože nikdy nenalezne klid sám v sobě*“ (Priess, 2015, s. 107).

Syndrom vyhoření nebo burnout je starý, neboť jeho název pochází už z roku 1974 od amerického psychoanalytika Herberta J. Freudenbergera. V USA byl pojem syndrom vyhoření používán původně ve spojení s narkomany v chronickém stadiu, později uznáván jako nemoc z povolání.

Naše energie a síla nejsou nekonečné, máme omezenou kapacitu, která se spotřebuje, když není doplňována. Kolem čtyřicátého roku našeho života, kdy sice navenek máme všechno, ale uvnitř svádíme boj, až dojdeme k hroznému závěru, že ve skutečnosti nežijeme – tím vytvoříme bohužel prostor pro syndrom vyhoření (Priess, 2015).

Pešek (2016) uvádí, že: „*Syndrom vyhoření (syndrom burnout) je stav celkového vyčerpání v důsledku dlouhodobého intenzivního stresu*“ (Pešek, Roman, 2016, s. 15).

Lidé, které syndrom vyhoření ohrožuje nebo ti, kteří jím již byli postiženi, trpí panickými atakami, burnout je totiž často spojen se strachem a panikou. Tyto ataky jsou ale pokládány za organické choroby, což je chybná interpretace (Priess, 2015).

Maslach a Jackson (1997) definují syndrom vyhoření jako psychologický syndrom, který se může projevit jako emoční vyčerpání, depersonalizace a snížení osobního výkonu. Emoční vyčerpání je pocit vyčerpání a prázdnoty ve smyslu zdrojů. Depersonalizace je situace, kdy má člověk cynismus a negativní postoj vůči klientům, což může vést k pocitu, že si lidé zaslouží problémy, které mají. Depersonalizace může být důsledkem emočního vyčerpání. Tyto první dva aspekty syndromu vyhoření tedy mohou do jisté míry souviset. Snížené osobní výsledky jsou třetím aspektem syndromu vyhoření, který definovali Maslach a Jackson. To je, když se pracovníci při práci s klienty cítí nespokojeni nebo nešťastní.

Jak uvádí Priess (2015): „*Bezmoc je pocit, který vyvolává maximální stres, jemuž člověk nedokáže odolávat věčně*“ (Priess, 2015, s. 33).

Podle názoru Maslaha a Jacksona (1997) může vyhoření mít vážné důsledky na pracovníky, klienty i pracovní prostředí. Provedli výzkumy, aby zjistili více o tomto jevu a jeho důsledcích. Podle jejich zjištění se v důsledku vyhoření může objevit nižší kvalita poskytované péče, změna pracovních míst, absence, nízká, morální a osobní dysfunkce, fyzické vyčerpání, poruchy spánku, zneužívání alkoholu a drog a rodinné problémy.

Pešek (2016) uvádí, že: „Vyhoření předchází fáze nadšení, stagnace, frustrace a apatie“ (Pešek, 2016, s. 15).

- Nově nastupující zaměstnanec bývá naplněn vzrušením, nadšením a očekáváním, zkrátka je přemotivovaný, idealizuje si své schopnosti, přeje si pomáhat, houževnatě vykonává pracovní povinnosti za účelem se prosadit, což může zapůsobit spíše na jeho nadřízené než na kolegy. O nich všech má často idealistické představy, stejně tak i o celkové pracovní struktuře, naplní své práce a potenciálních klientech.
- Zaměstnanec si po nějaké době porovná původní ideály s nastalou skutečností a přijde vystřízlivění, tedy stagnace. Uvědomuje si, že skutečnost se značně liší proti jeho původním předpokladům. Ubírá na tempu, preferuje klid a nečinnost. Má tendence se vyhnout náročnější práci a klientům, v pracovním prostředí raději vyhledává kontakty, které mu mohou něco přinést, a zajímá ho vlastní kariéra. Jestli-že se vzdělává, tak nikoliv na pracovišti. Pokud si je pracovník vědom, co se s ním děje, měl by se už v tomto stádiu obrátit do sebe, analyzovat své myšlenky, zaměřit se na svůj životní styl a začít přemýšlet, jak na tom něco změnit.
- Následuje fáze apatie, která je obrannou reakcí. Člověk se stahuje do sebe, dělá jen to, co opravdu musí, drží se dál od komplikovanějších klientů, chyby hledá právě na nich, vyhýbá se náročnějším pracovním úkolům, celkově shrnuto: práce ho přestává zajímat, nechce o ní ani mluvit. Časem nastávají psychosomatické potíže (např. bolesti hlavy, zad, kožní onemocnění, únava) a pracovník sáhne po lécích či alkoholu. To, že je více nemocný, vede k vyšší absenci v zaměstnání.
- Syndrom vyhoření je konečné stadium tohoto procesu, připojují se k němu deprese a člověk je zcela emočně vyčerpán, už nemá, kde „brát“. Buď si zvolí odchod ze zaměstnání, nebo ač vyhořelý setrvá, případně změní pozici. V tom

nejlepším případě přehodnotí své postoje a životní styl, má možnost podstoupit psychoterapii, takže nemusí opustit svou původní profesi, ale funguje v ní dál s více střízlivými očekáváními (Pešek, 2016).

Míra vyhoření u sester je velmi vysoká, je to kvůli povaze jejich práce. Sestry se setkávají s různými druhy stresu. Společné faktory těchto stresů souvisí s pracovní zátěží, malým počtem pracovníků, časovým tlakem a povahou samotné práce. Stres je primárním faktorem vyhoření u sester (Halbesleben, 2008).

Dalším z rizikových faktorů syndromu vyhoření může být neschopnost odpočívat a relaxovat. Varovným signálem může být fakt, že pro nás naše práce a činnosti s ní spojené ztratily smysl a nevidíme důvod, proč je dále vykonávat nebo v nich pokračovat.

Psycholog Freudenberger a jeho spolupracovník Gail North poskytli nejlepší rozdělení fází syndromu vyhoření, která obsahuje 12 fází. Tyto fáze nejen pomáhají lépe porozumět procesu vyhoření, ale také pomáhají při včasné diagnostice této poruchy. Je důležité mít na paměti, že tyto fáze nemusí následovat jedna za druhou v uvedeném pořadí (Freudenberger, North, 2006).

Fáze vyhoření uvedené Freudenbergerem a Northem jsou:

1. V první fázi syndromu vyhoření bude osoba posedlá snahou něco dokázat nejen sobě, ale i ostatním. Své schopnosti v této fázi jsou považovány za nejvyšší úroveň preference postižené osoby. To může vést k odhodlání a nutkání, které je doprovázeno nešťastným pocitem.
2. Druhá fáze syndromu vyhoření je vysvětlena jako vynaložení více práce na splnění vysokých osobních očekávání. V podstatě v této fázi jsou jediným důvodem, proč jsme pracovití, tato osobní očekávání a posedlost zpracováním a ovládnutím všech.
3. Ve třetí fázi syndromu vyhoření člověk začne ignorovat a je lhostejný ke svým potřebám, včetně základních potřeb, jako je spánek a stravování. Nestará se o nic jiného než o svou práci a myslí si, že je hrdina. Sociální interakce osoby se snižují i s blízkými rodinami a přáteli.
4. V této fázi se objeví první fyzické příznaky syndromu vyhoření. Postižená osoba si je v této fázi vědoma zvyšování úrovně stresu a nepohodlí v životě, ale není schopna rozpoznat příčinu.
5. V páté fázi budou revidovány hodnoty postižené osoby. Znamená to, že předchozí hodnoty v životě, včetně základní potřeby, vztahů s ostatními a

koníčků, zůstanou pozadu a člověk začne vytvářet nové hodnoty. Tyto nové hodnoty jsou shrnuty v práci a jejích úspěších. Tyto události v čase mohou vést k emocionálním vyčerpání.

6. Zvyšuje se agresivita a negativita člověka v této fázi syndromu vyhoření směrem k jeho okolí a kolegům. Tato negativita způsobuje, že vidí své kolegy jako líné, hloupé a nedisciplinované. Osoba v této fázi začíná obviňovat časový tlak a objem práce za tyto problémy, nikoli své vlastní změny chování.
7. Sociální kontakty postižené osoby v této fázi vyhoření budou na minimální úrovni. Je posedlá prací. Beznaděj a nepřesnost v této fázi může vést postiženou osobu ke zneužívání drog a alkoholu.
8. V této fázi budou změny chování tak zřejmé, že lidé v bezprostředním sociálním prostředí oběti je již nemohou ignorovat. Ale člověk je stále zanedbává. K dřívějším rysům oběti se navíc přidá lhostejnost, strach, bezcennost a plachost.
9. Osoba v této fázi syndromu vyhoření ztratí kromě sebe i kontakt s ostatními. Nic pro něj není cenné. Nezajímá je o své potřeby. Život bude považovat za mechanický proces.
10. V této fázi se člověk cítí prázdný zevnitř a snaží se zbavit tohoto pocitu hledáním činností, jako je přejídání, sex, alkohol nebo drogy. Tyto činnosti jsou často přehnané. Volný čas je v této fázi vyhoření považován za mrtvý čas pro postiženou osobu.
11. Život nemá v této fázi pro člověka žádný smysl. Objeví se příznaky deprese a člověk se cítí ztracený, vyčerpaný, smutný, bez naděje do budoucnosti a lhostejný.
12. Tato fáze je poslední fází syndromu vyhoření. Všechny výše uvedené příznaky nakonec vedou člověka do této fáze. Sebevražedné myšlenky, úplný duševní a fyzický kolaps jsou příznaky tohoto stadia a vyžadují okamžitou lékařskou péči (Freudenberger, North 2006).

Jak uvádí Priess (2015): „*Cesta k syndromu vyhoření je vždy individuální a u každého se jednotlivé roviny v příslušné fázi projevují s různou intenzitou. Ne každý okamžitě reaguje tělesnými symptomy a rovněž roviny myšlenek pocitů se individuálně liší*“ (Priess, 2015, s. 51).

Každá sestra může pracovat na vylepšeních, aby se chránila před vyhořením. Sestra může pracovat na udržení stabilní emoční úrovně tím, že se naučí ovládat své emoce.

2.4.1 Syndrom vyhoření a její předcházení

Syndrom vyhoření a asertivita

Jak uvádí Pešek (2016): „*Asertivita je způsob přímého a přiměřeného sebevycházení a sebeprosazení, kdy zároveň bereme ohledy na práva, potřeby a pocity druhých*“ (Pešek, Roman, 2016, s. 94).

Pokud mají lidé nízkou míru asertivity, spíše inklinují k vyhoření. To je ovlivňuje v životě soukromém i pracovním, příliš se stresují, protože nezvládají náležitě reagovat v různých situacích, kde se setkávají s druhými lidmi, například se prosazovat v komunikaci s nimi (Pešek, 2016).

Protože zvýšením míry asertivity roste i naše odolnost vůči stresu, kvalitněji se prosazujeme v komunikaci s druhými, je nezbytné se asertivnímu chování naučit, ne každému bylo dáno a je vlastní, ale většina z nás na tom musí pracovat. Přinejmenším částečné ovládnutí několika asertivních dovedností nám pomáhá budovat stresovou rezistenci (Pešek, 2016).

Podle Pereira a kol. (2012) organizování pravidelných týmových schůzek lze považovat za strategii prevence vyhoření. Tyto schůzky poskytují členům týmu příležitost vyjádřit a sdílet své emoce a pocity. Pereira a kol. (2012) ve svém článku popsali dva různé typy schůzek, včetně výročních schůzek týmu a směnových pasáží.

Pereira a kol. (2012) poté pokračovali následovně. Cílem výročních schůzek týmu je podpora týmové práce a skupinové dynamiky. Při setkání předávání směn je hlavním účelem předávat relativní informace o pacientech mezi zdravotnickými pracovníky na začátku a na konci pracovních směn. Při schůzkách na směny a neformálním způsobem spolu s přenosem informací o pacientech sestry obvykle sdílejí své zkušenosti, pocity, emoce a diskutují o plánování péče a etickém rozhodování.

Pereira a kol. (2012) uznali, že společné činnosti mezi zdravotnickými pracovníky mohou snížit riziko vyhoření prostřednictvím zmírnění emoční úzkosti. Díky těmto činnostem se profesionálové navzájem poznávají intimnějším a osobnějším způsobem, vzájemně si lépe rozumějí a mohou si poskytovat podporu různými způsoby. Tyto záležitosti jim pomáhají vyrovnat se s možnými konflikty v práci pozitivnějším způsobem. Tyto společné činnosti mohou zahrnovat činnosti uvnitř pracoviště, jako je socializace jídel, ale i mimo jednotku, jako jsou setkání mimo pracoviště, společné zábavy, organizování společného volného času atd.

Codier, Codier, (2015) ve své studii poukazovali na mnoha příkladech, že měřená emoční inteligence je spojena s výsledky práce a vedení, včetně podpory spokojenosti zaměstnanců a pacientů, jakož i snižování nákladů na vyhoření u pracovníků. Uznali čtyři důležité prvky pro definování a měření emoční inteligence mezi sestrami. Tyto položky zahrnují identifikaci emocí, integritu emocí a analytický proces, porozumění emocím a řízení emocí.

1. První prvek identifikace emocí se může zdát snadný, ale jeho implementace do praxe může být většinou obtížná. Identifikace správné emoce v sobě i v pacientovi je zásadní pro výběr vhodných, efektivních a bezpečných reakcí. Například pocit hněvu u pacienta může mít za následek nevědomé chování při vyhýbání se sestře, což vede k ohrožení zdraví pacienta. Identifikace emocí u sester jim pomáhá být informován o těchto změnách a odpovídajícím způsobem změnit jejich jednání a chování.
2. Druhým prvkem emoční inteligence je integrita emocí a analytického procesu. Tato schopnost znamená, že sestry, které znají své vlastní reakce na chování některých pacientů, např. manipulativní chování, mohou jej snadno identifikovat a znát, jak s ním zacházet a zvládat vlastní emoce, aby pacientovi poskytly přesnější a bezpečnější péči.
3. Porozumění emocím je třetím prvkem emocí. Tato položka je nezbytná ve všech aspektech ošetrovatelské péče a také pro zlepšení interdisciplinární a interpersonální účinnosti. Například někteří umírající pacienti mohou vyjádřit smutek jako popření, zlost nebo šok. Nebo jiným příkladem může být pacient s akutním stádiem nemoci, který jej nedokáže vnímat a léčbu odmítá. Pokud mají sestry schopnost rozpoznat tento druh situací, mohou zabránit komplikacím a zajistit účinnost výsledků léčby nebo péče.
4. Čtvrtým prvkem emoční inteligence je řízení emocí. Tato dovednost zahrnuje schopnost vypořádat se s pocity způsobenými vysokou úrovní emoční práce a chronickým stresem. Neznamená to však umělé ovládání, potlačování, minimalizaci nebo popírání emocí. Všechny sestry mohou pociťovat úzkost, vyčerpání nebo nízkou úroveň odolnosti, a proto je pro ně velmi důležité řídit účinky těchto emocí, aby se zabránilo vyhoření. Zvládání emocí vyžaduje stejné dovednosti, jaké sestry potřebují v době péče o pacienta, včetně hodnocení, diagnostiky plánování, intervence a hodnocení (Codier, Codier, 2015).

Udržování a zlepšování emoční inteligence podporuje dobrou týmovou práci, klinickou praxi, interdisciplinární praxi, bezpečnost pacientů, psychické zdraví sestry a následně prevenci vyhoření (Codier, Codier, 2015).

Aby se zabránilo vyhoření, měly by být pozitivní strategie zvládání rozšířeny jako strategie ke zlepšení odolnosti sester. K dosažení tohoto cíle bylo na pracovišti doporučeno zavést psychoedukační program sebepečovacích strategií, které by sestřám pomohl vypracovat personální plány zvládání stresu, regulovat a zmírnit stresovou reakci a zlepšit proaktivní adaptivní zvládání chování. Během tohoto programu budou sestry vedeny k pozitivnímu chování v péči o sebe (Kravits et al. 2008).

Když jsme v zaměstnání dlouhodobě nespokojení, je užitečné si nejprve odpovědět na několik otázek, než se rozhodneme něco změnit. Existují tři eventuality, které můžeme kombinovat: pracovní podmínky, které nám nevyhovují, můžeme změnit (change it), dalším způsobem je obrátit se sám k sobě, s danou situací se smířit a změnit svůj pohled na věc (take it), popřípadě máme i volbu ze zaměstnání odejít (leave it) (Pešek, 2016).

Otázky před rozhodnutím

- *Co mi v současné práci vadí a co chybí?*
 - *Co by se muselo stát, co konkrétního by se muselo změnit, abych byl/a v práci více spokojený/a?*
 - *Jsou tyto změny uskutečnitelné, popř. jaké konkrétní změny a do jaké míry?*
 - *Co bych pro tu či onu konkrétní změna mohl/a udělat já sám/sama?*
 - *Co konkrétně se mi na současné práci nejvíce líbí, o co bych nechtěl/a přijít?*
 - *Jsou v práci kolegové, kteří jsou mi obzvlášť sympatičtí a mám stále možnost se od nich něco nového a užitečného naučit?*
 - *Byl by můj život současné práci uspokojivý?*
 - *Co bych dělal/a, kdybych z práce odešel/la? Existují v současné době možnosti, jak bych mohl/a lépe využít svých schopností, dovedností, zkušeností a vzdělání?*
 - *Znám nějakého úspěšného a spokojeného člověka, který dělá něco podobného, co chci dělat já, a který to někde po profesní stránce dotáhl? Pokud ano, mohu se inspirovat jeho cestou k úspěchu a spokojenosti?*
- (Pešek, Roman, 2016, s. 154-155)

Jak uvádí Priess (2015): „*Jedním z důležitých bodů léčby pacientů se syndromem vyhoření je snaha naučit se zacházet s agresí a umět ji adekvátně projevit*“ (Priess, 2015, s. 67).

Jestliže přijde chvíle, kdy jednáme proti své vůli, spustí se boj nejen s vlastními pocity, ale člověk bojuje i sám se sebou. Tento boj se spolu s každou další fází stává silnějším podle pravidla, že čím více se vzdáváme v boji s vnějším světem, tím více musíme zápasit proti sobě (Priess, 2015).

Na léčbu syndromu vyhoření neexistuje žádný zázračný návod, jeho počátek i konec jsou individuální, ale prvotním a základním krokem je uvědomit si skutečnost, že nás postihl a že neutečeme ani před ním, ani sami před sebou. Nenajdeme pomoc v okolním světě, je zapotřebí si obnovit vztah k sobě samému a řešení hledat v sobě, spolu s ochotou nést odpovědnost a neobviňovat se za nastalou situaci. Šance uzdravit se přijde v momentě, kdy objevíme a porozumíme důvodu našeho vyhoření a vyvodíme z toho patřičné důsledky (Priess, 2015).

3 EMPIRICKÁ ČÁST

V úvodní kapitole jsou uvedeny základní cíle a pracovní hypotézy. Dále je popsána metoda šetření, popis organizace vlastního šetření a soubor respondentek. V další části jsou v tabulkách, v grafech a obrázcích prezentovány výsledky vlastní práce. Na konci empirické části práce je připojena krátká diskuse. Jak již bylo uvedeno dříve, tak záměrem práce je získat přehled o míře subjektivního vnímání pracovní zátěže všeobecných sester. K naplnění tohoto záměru byly stanoveny tyto dílčí cíle:

3.1 Cíle práce

1. U vybrané skupiny všeobecných sester provést dotazníkové šetření zaměřené na zjišťování percepce pracovní zátěže pomocí Meisterovy metody.
2. Provést skupinovou a individuální diagnostiku hodnocení a prožívání pracovní zátěže.
3. Provést primární a statistickou analýzu získaných dat z dotazníkového šetření.

Na základě podrobného studia související odborné literatury a dříve provedených šetření na obdobné téma byly definovány následující pracovní hypotézy:

H1: Lze předpokládat, že případné rozdíly v odpovědích respondentek na jednotlivé položky dotazníku se nebudou statisticky významně lišit v závislosti na jejich věku

H2: Lze očekávat, že případné rozdíly v odpovědích respondentek na jednotlivé položky dotazníku se nebudou statisticky významně lišit v závislosti na délce praxe

H3: Lze předpokládat, že případné rozdíly v odpovědích respondentek na jednotlivé položky dotazníku se nebudou statisticky významně lišit v závislosti na typu pracoviště

H4: Lze očekávat, že případné rozdíly v odpovědích respondentek na jednotlivé položky dotazníku se nebudou statisticky významně lišit v závislosti na stupni školního vzdělání

3.2 Metodika šetření

V této části bude popsána metodika vlastního šetření, konstrukce dotazníku a statistického zpracování dat.

Konstrukce dotazníků

- Úvodní část dotazníku byla zaměřena na zjištění základních údajů. Položka 1 až 4 jsou zaměřené na věk, vzdělání, typ pracoviště a délku praxe.
- Druhá část je zaměřena na spokojenost s charakterem vlastní práce.
- Třetí část zahrnuje otázky převzaté z Meisterova dotazníku hodnocení pracovní zátěže.

Dotazník obsahoval jak otázky nestrukturované (otevřené), tak i strukturované (uzavřené).

Hladký, Židkova (1999) uvádí, že předností Meisterova dotazníku jsou: „*stručnost, srozumitelnost pro respondenty a dobrá reliabilita*“ (Hladký, Židková, 1999, s.39).

3.3 Vyhodnocení výsledků

Hladký, Židková (1999) popisují faktorovou analýzu takto: „*Pro skupinové hodnocení lze použít aritmetické průměry faktorů a hrubého skóru. V tabulce jsou uvedeny aritmetické průměry pro celý sledovaný soubor, které mohou složit jako populační normy a kritické hodnoty, jejichž překročení indikuje nadměrnou zátěž v dané oblasti*“ (Hladký, Židková, 1999, s.40-42).

TAB. 1: Faktory pracovní zátěže

Číslo	Název faktoru	Součet položek	maximum
I.	Přetížení	1+3+5	15
II.	Monotonie	2+4+6	15
III.	Nespecifický faktor	7+8+9+10	20
HS	Hrubý skór	I+II+III	50

TAB. 2: Aritmetické průměry, směrodatné odchylky a kritické hodnoty

Faktor	ženy			muži		
	Aritmetický průměr	Směrodatná odchylka	Kritická hodnota	Aritmetický průměr	Směrodatná odchylka	Kritická hodnota
I Přetížení	8,4	3,2	10	10,6	3,0	12
II Monotonie	7,6	3,0	9	6,4	3,2	8
III Nespecifický faktor	11,7	4,4	14	10,3	4,1	12
HS Hrubý skór	25,0	8,1	29	22,9	6,4	26

Vyhodnocení podle otázek

Hladký, Židková (1999) uvádí takto: „Při vyhodnocení jednotlivých otázek se v každé otázce se vypočítá střední hodnota, kterou představuje medián. V těch položkách, kde zjištěný medián překračuje kritickou hodnotu, hodnotí skupina svou práci negativně a naopak, v položkách, v nichž medián nedosahuje kritickou hodnotu, kladně.“ (Hladký, Židková, 1999, s.40)

TAB. 3: Kritická hranice mediánů

Číslo	Otázka (zkráceně)	K	Začlenění do faktoru
1	Časová tíseň	3,0	I.
2	Malé uspokojení	2,5	II.
3	Vysoká odpovědnost	3,0	I.
4	Otupující práce	2,5	II.
5	Problémy a konflikty	2,5	I.
6	Monotonie	2,5	II.
7	Nervozita	3,0	III.
8	Přesycení	3,0	III.
9	Únava	3,0	III.
10	Dlouhodobá únosnost	2,5	III.

Klasifikace zátěže

Hladký, Židková (1999) uvádí: „Klasifikace zátěže ve třech stupních slouží ke srovnání s posouzením kategorie senzorycké a mentální zátěže. Postup výpočtů je následující:“ (Hladký, Židková, 1999, s.41)

1. Jestliže faktor I. je nejméně o dva body větší než faktor II., sečtou se mediány faktorů I.+III.

TAB. 4: Faktorová analýza – přetížení

Součet faktorů I + III	Stupeň	Tendence
7-19	1	-
20-24	2	K přetížení
25-35	3	K přetížení

2. Je-li faktor I nejméně o dva body menší než faktor II, pak se klasifikace určí ze součtu mediánů faktorů II+III.

TAB. 5: Faktorová analýza – monotonie

Součet faktorů I+II	Stupeň	Tendence
7-21	1	-
22-26	2	K monotonii
27-35	3	K monotonii

3. Činí-li rozdíl mezi faktorem I a faktorem II. maximálně 2 body, pak sečteme mediány všech tří faktorů.

TAB. 6: Faktorová analýza – kombinace

Součet faktorů I+II+III	Stupeň	Tendence
10-26	1	-
27-32	2	Kombinace
33-50	3	Kombinace

TAB. 7: Klasifikace psychické zátěže

Stupeň	Úroveň zátěže
1	Zátěž, při které není pravděpodobné ovlivnění zdraví, subjektivního stavu a výkonnosti.
2	Zátěž, při které může pravidelně docházet k dočasnému ovlivnění subjektivního stavu, resp. Výkonnosti.
3	Zátěž, při níž nelze vyloučit zdravotní rizika

Individuální diagnostika

Hladký, Židková (1999) uvádí, že: „V tom, jak lidé posuzují svou pracovní činnost, se odráží celý komplex vnitřních předpokladů člověka, je proto vhodné uplatnit při užití dotazníku i individuálně diagnostický aspekt. V tabulkách je uveden převod hrubých skóre do tří skupin podle individuální odezvy na psychickou zátěž.“ (Hladký, Židková, 1999, s.42)

TAB. 8: Zařazení jednotlivce podle hrubého skóru – ženy a muži

HS: Ženy		HS: Muži	
Prožívání zátěže	Rozsah škály	Prožívání zátěže	Rozsah škály
Nepříznivé	33-50	Nepříznivé	30-50
Přiměřené	17-32	Přiměřené	15-29
Příznivé	0-16	Příznivé	0-14

3.4 Organizace šetření a zpracování dat

Dotazníkové šetření proběhlo v lednu 2019 na chirurgické klinice na 2.LF UK a FN Motol, na 3. chirurgické klinice 1.LF UK a FN Motol a na chirurgické klinice 3.LF UK a FNKV. Na každé chirurgické klinice byly zadány dotazníky všem sestřím v ambulantním provozu, dále jsem náhodným výběrem vybrala jednu lůžkovou standardní stanicí a zadala jsem jej všem sestřím na ní, načež jsem zadala dotazníky sestřím na jednotkách intenzivní péče všech tří chirurgických klinik ve třech náhodných vybraných směnách. Podmínkou bylo, že se neměly opakovat v tom souboru. Výběr respondentů do mého souboru byl podmíněn jen a pouze ochotou respondentů daný dotazník vyplnit.

Celkem bylo vydáno 122 dotazníků. Vráceno bylo 96 dotazníků. Návratnost tedy činila 78,69 %. Neúčastnil se žádný muž.

K základnímu zpracování dat byly využity počítačové programy Microsoft Office Word a Microsoft Office Excel. Ke statistickému zpracování byl použit statistický program STATISTICA. V uvedeném programu byly zpracovány tabulky četnosti a vypočítány základní ukazatele variability a polohy soubor (absolutní a relativní četnost, aritmetický průměr, směrodatná odchylka, medián apod.), jež se staly základem pro interpretaci zjištěných dat. Výsledky budou prezentované pomocí tabulek a grafu.

3.5 Charakteristika zkoumaného souboru

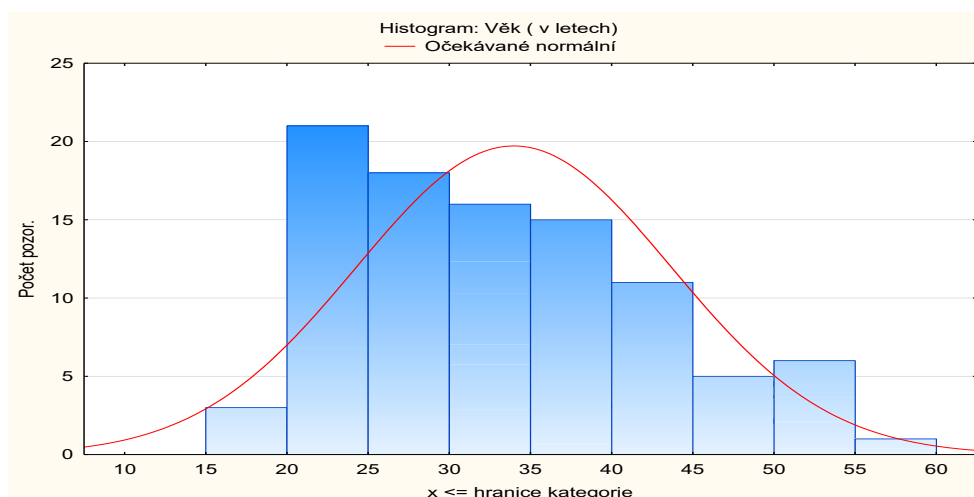
V této podkapitole bude soubor respondentek charakterizován podle věku, délky praxe, typu pracoviště, vzdělání.

TAB. 9: Věk – Charakteristiky polohy a variability

n platných	Průměr	Medián	Modus	Četnost modu	Min.	Max.	Rozpětí	Sm. Odch.	Var. Koef.
96	33,98	32	40	7	19	60	41	9,71	28,58

Aritmetický průměr věku všech oslovených respondentek byl 34 let. Nejmladší bylo 19 roků a nejstarší 60. Z výsledku směrodatné odchylky vyplývá, že soubor z hlediska věku nebyl homogenní, medián byl 32.

OBR. 1: Histogram - věk



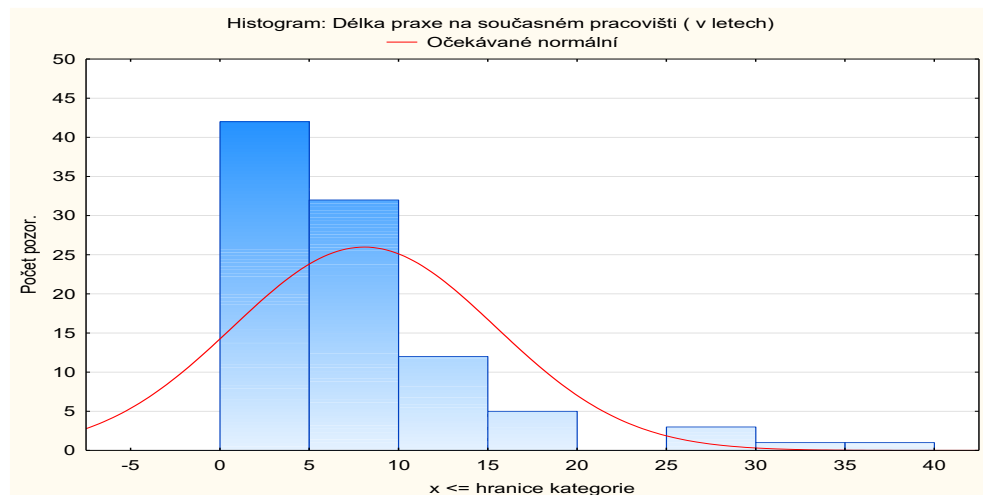
Gaussova křivka ukazuje, že soubor respondentek dle věku nenaplnuje parametry normálního očekávaného rozdělení. Na základě tohoto výsledku bude použit pro statistické vyhodnocení neparametrický statistický test významnosti Pearsonův chí kvadrát.

Dále byly respondentky dotazované na délku praxe.

TAB. 10: Délka praxe – Charakteristiky polohy a variability

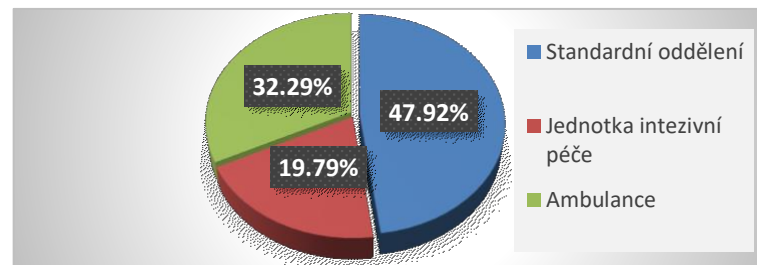
n platných	průměr	medián	modus	Četnost modu	Min.	Max.	rozpětí	Sm. Odch.	Var. Koef.
96	8,08	6	2	12	1	40	39	7,37	91,19

Z uvedené tabulky vyplývá, že průměrná doba délky praxe byla 8 roků. Nejdelší dobu praxe byla 40 roků. Nejkratší doba praxe byla 1 rok. Z výsledku směrodatné odchylky vyplývá, že soubor z hlediska délky praxe homogenní. Medián byl 6.

OBR. 2: Histogram – délka praxe

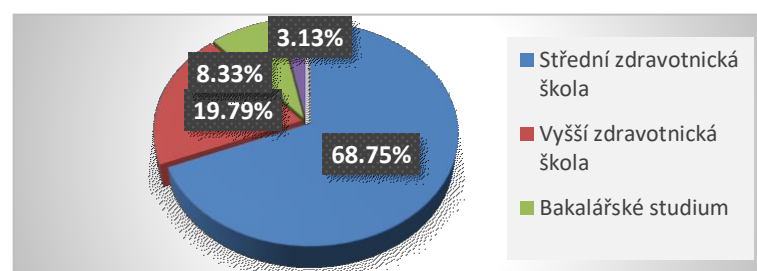
Gaussova křivka ukazuje, že soubor respondentek dle délky praxe nenaplnuje parametry normálního očekávaného rozdělení. Na základě tohoto výsledku bude použit pro statistické vyhodnocení statisticky neparametrický test významnosti Pearsonův chí kvadrát.

Následující obrázek obsahuje informaci o typu pracovišti.

OBR. 3: Typ pracoviště

Největší zastoupení v souboru dotazovaných měly sestry, které pracují na standardním oddělení 47,92 % (n=46), následovaly respondentky z ambulantního oddělení 32,29 % (n=31) a zbytek pracuje na jednotce intenzivní péče 19,79 % (n=19).

Dále byly respondentky dotazované na nejvyšší dosažené vzdělání.

OBR. 4: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek

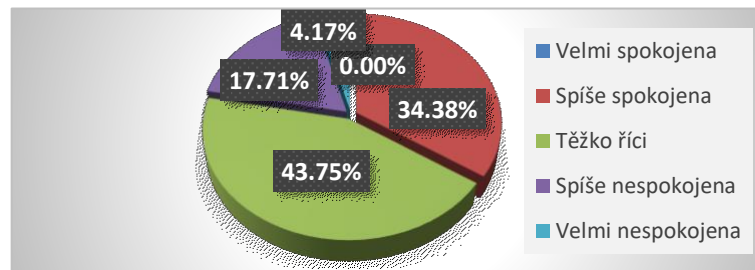
Z výše uvedeného obrázku vyplývá, že celkově souboru respondentek bylo nejvíce sester, které měly pouze středoškolské vzdělání, a to 68,75 % (n=66), 19,79 % (n=19) sester uvedlo, že má vyšší odborné vzdělání. Pouze 8,33 % (n=8) udalo bakalářské studium a 3,13 % (n=3) studium magisterské.

3.6 Výsledky šetření

V dotazníku jsou zařazeny položky zjišťující jejich spokojenost s fyzickou a s psychickou náročností jimi vykonávané práce.

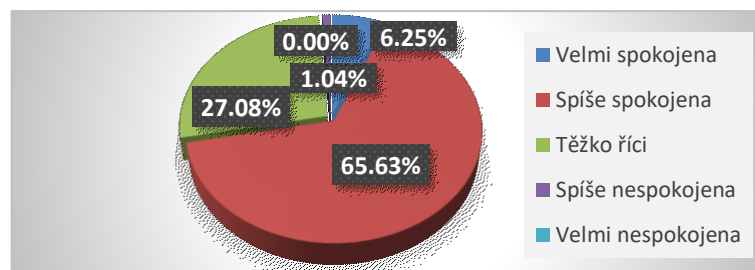
3.6.1 Pracovní spokojenost – výsledky primární analýzy dat

OBR. 5: Spokojenost s mírou psychické náročnosti vykonávané práce



S mírou psychické náročnosti vykonávané práce je spíše či explicitně nespokojených 21,88 % (n=21) dotazovaných sester. Spíše spokojených je 34,38 % (n=33) respondentek. Explicitní spokojenost s mírou psychické pracovní zátěže nevedla žádná z dotazovaných. 43,75 % (n=42) respondentek zvolilo variantu odpovědi „těžko říci“.

OBR. 6: Spokojenost s mírou fyzické náročnosti vykonávané práce



Explicitně či spíše spokojených sester s mírou fyzické náročnosti jejich práce bylo 72,92 % (n=69) ze všech dotazovaných. 27,08 % (n=26) zvolila variantu odpovědi „těžko říci“. 1,04 % (n=1) zvolila variantu „spíše nespokojena“ a je zajímavé, že žádná ze sester neoznčila u této otázky variantu odpovědi „velmi nespokojena“.

3.6.2 Pracovní spokojenost – statistické posouzení zjištěných výsledků

Pracovní spokojenost s psychickou náročností práce podle vzdělání

TAB. 11: Spokojenost s psychickou náročností práce – podle vzdělání

Spokojenost s psychickou náročností práce	Středoškolské vzdělání		Vysokoškolské vzdělání	
	n	%	n	%
Velmi spokojena	0	0,00 %	0	0,00 %
Spíše spokojena	21	31,82 %	12	40,00 %
Těžko říci	31	46,96 %	11	36,67 %
Velmi nespokojena	11	16,67 %	6	20,00 %
Velmi nespokojena	3	4,55 %	1	3,33 %
Celkem:	66	100,00 %	30	100,00 %

Pracovní spokojenost s fyzickou náročností práce podle vzdělání

TAB. 12: Spokojenost s fyzickou náročností práce – podle vzdělání

Spokojenost s fyzickou náročností práce	Středoškolské vzdělání		Vysokoškolské vzdělání	
	n	%	n	%
Velmi spokojena	4	6,06 %	2	6,67 %
Spíše spokojena	43	65,15 %	20	66,67 %
Těžko říci	19	28,79 %	7	23,33 %
Spíše nespokojena	0	0,00 %	1	3,33 %
Velmi nespokojena	0	0,00 %	0	0,00 %
Celkem:	66	100,00 %	30	100,00 %

3.6.3 Výsledky hodnocení percepce pracovní zátěže podle jednotlivých dotazníků – vyhodnocení za skupinu respondentek.

Výsledky hodnocení percepce psychické pracovní zátěže zjištěné Meisterovou metodou u celé skupiny respondentek budou prezentovány v následující struktuře:

- Četnost odpovědí na jednotlivé otázky Meisterova dotazníku,
- Vyhodnocení Meisterova dotazníku podle otázek s využitím kritické hodnoty mediánu,
- Výsledky faktorové analýzy,
- Výsledky klasifikace ze zátěže.

3.6.3.1 Hodnocení percepce pracovní zátěže za skupinu zaměstnanců – četnosti odpovědí na jednotlivé otázky Meisterova dotazníku

Četnosti odpovědí na jednotlivé otázky Meisterova dotazníku jsou uvedeny v tabulce č.13

TAB. 13: Skupinová diagnostika – vyhodnocení podle jednotlivých otázek dotazníku

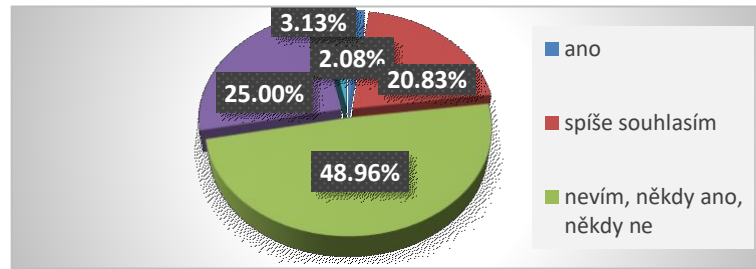
Č.	ano, plně souhlasím		spíše souhlasím		někdy ano, někdy ne		Spíše nesouhlasím		Ne, vůbec nesouhlasím	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	2	2,08	20	20,83	47	48,96	24	25,00	3	3,13
2	0	0,00	0	0,00	7	7,29	35	36,46	54	56,25
3	1	1,04	2	2,08	22	22,92	61	63,54	10	10,42
4	0	0,00	0	0,00	14	14,58	32	33,33	50	52,08
5	0	0,00	0	0,00	8	8,33	28	29,17	60	62,5
6	0	0,00	0	0,00	7	7,29	29	30,21	60	62,5
7	0	0,00	0	0,00	22	22,92	36	37,5	38	39,58
8	0	0,00	0	0,00	16	16,67	44	45,83	36	37,5
9	0	0,00	0	0,00	32	33,33	40	41,67	24	25,00
10	0	0,00	8	8,33	18	18,75	44	45,83	26	27,08

Z prezentované tabulky vyplývá, že část respondentek se přiklání k neutrálním odpovědím typu „někdy ano – někdy ne“ a to především u těchto otázek:

- *Při práci mívám často pocit časového tlaku (48,96 %)*
- *Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost (33,33 %)*

Otázka 1: Při práci mívám často pocit časového tlaku

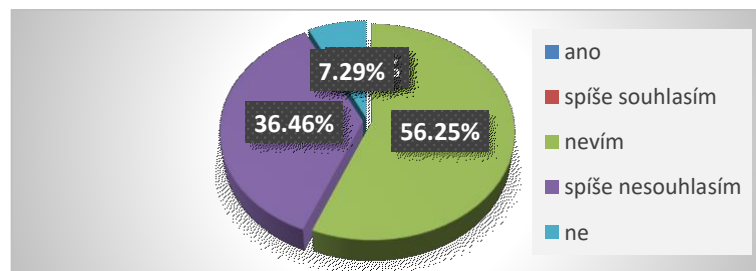
OBR. 7: Časová tíseň



Na tuto otázku odpovědělo 2,08 % (n=2) respondentek ano. Spíše ano odpovědělo 20,83 % (n=20) respondentek, 48,96 % (n=47) respondentek odpovědělo nevím. 25 % (n=24) respondentek odpovědělo spíše ne a 3,13 % (n=3) respondentek odpovědělo ne.

Otázka 2: Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad/a

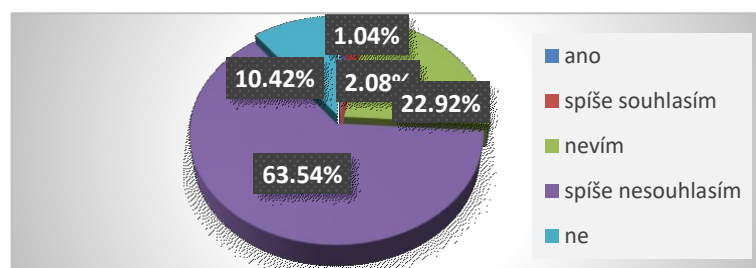
OBR. 8: Uspokojení



Na tuto otázku nikdo nezvolil odpověď „ano“ a „spíše ano“, 56,25 % (n=54) respondentek odpovědělo nevím. 36,46 % (n=35) respondentek odpovědělo spíše ne a 7,29 % (n=7) respondentek odpověděly ne.

Otázka 3: Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost, spojenou se závažnými důsledky

OBR. 9: Vysoká odpovědnost

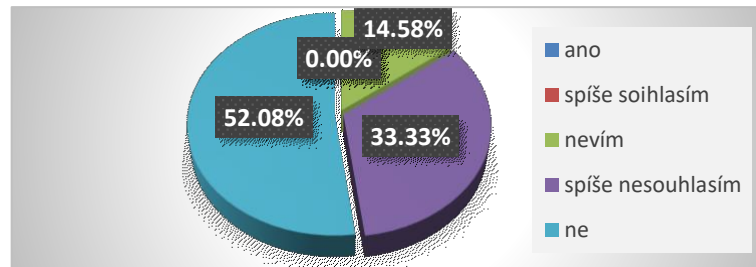


Na tuto otázku odpovědělo 1,04 % (n=1) respondentek ano. Spíše ano odpovědělo 2,08 % (n=2) respondentek, 22,92 % (n=22) respondentek odpovědělo

nevím. 63,54 % (n=61) respondentek odpovědělo spíše ne a 10,42 % (n=10) respondentek odpověděly ne.

Otázka 4: Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující

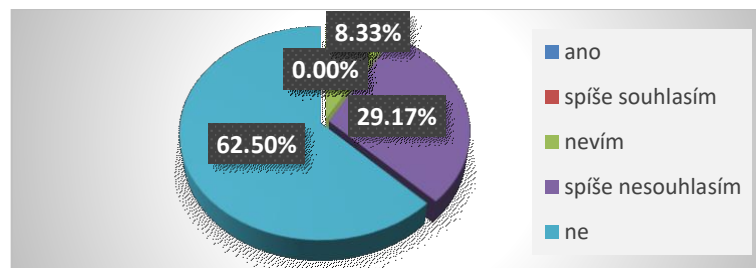
OBR. 10: Otopující práce



Z výše uvedeného grafu vyplývá, že kladnou odpověď „ano, spíše souhlasím“ nevybral nikdo. Neutrální odpověď zvolilo 14,58 % (n=14) respondentek a negativně odpovědělo celkem 85,41 % (n=82) respondentek.

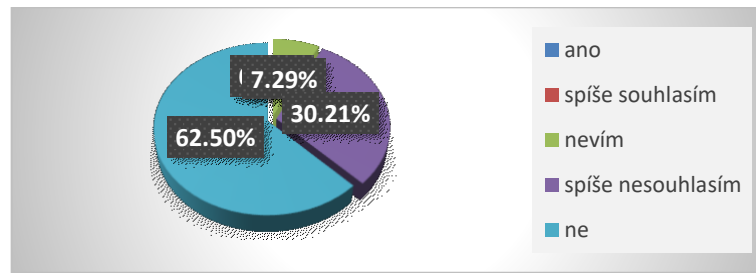
Otázka 5: V práci mám časté konflikty a problémy, od nichž se nemohu odpoutat ani po skončení pracovní doby

OBR. 11: Problémy a konflikty



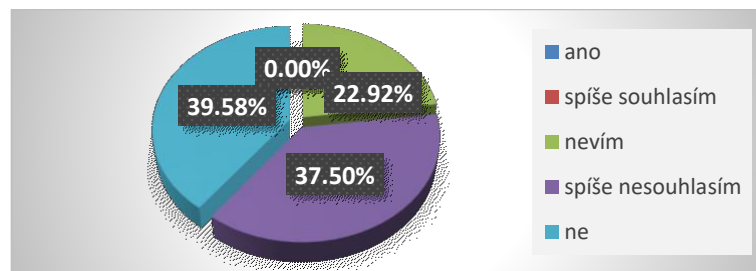
Z výše uvedeného grafu vyplývá, že 0 % sester zvolilo kladnou odpověď. 8,33 % (n=8) respondentek odpovědělo nevím. „Spíše nesouhlasím“ zvolilo 29,17 % (n=28) sester a k odpovědi „ne“ se přiklonilo 62,5 % (n=60) sester.

Otázka 6: Při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje

OBR. 12: Monotonie

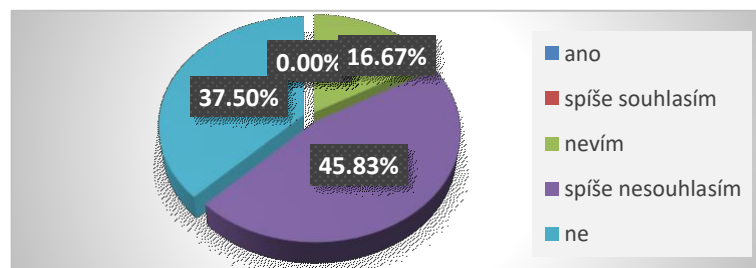
Kladnou odpověď nezvolilo žádná ze sester 0 %. 7,29 % (n=7) respondentek odpovědělo, nevím. Negativní odpověď zvolila většina sester. V součtu tomu odpovídá 92,71 % (n=89) odpovědí.

Otázka 7: Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost

OBR. 13: Nervozita

Žádná ze sester nevyjádřila souhlasné stanovisko. 22,92 % (n=22) respondentek odpovědělo „nevím“. 37,5 % (n=36) sester uvedlo odpověď „spíše nesouhlasím“ a 39,58 % (n=38) sester uvedlo odpověď „ne“.

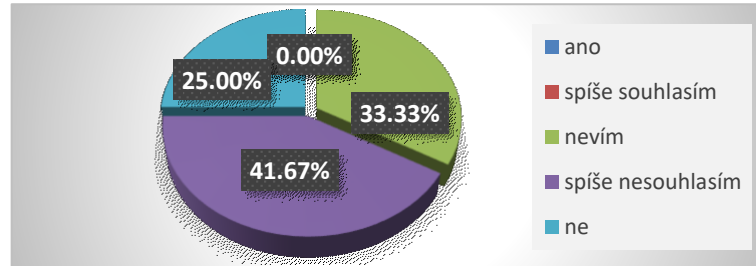
Otázka 8: Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného

OBR. 14: Přesycení

Žádná ze sester nevyjádřila souhlasné stanovisko. 16,67 % (n=16) respondentek odpovědělo „nevím“. 45,83 % (n=44) sester uvedlo odpověď „spíše nesouhlasím“ a 37,5 % (n=36) sester odpovědělo ne.

Otázka 9: Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost

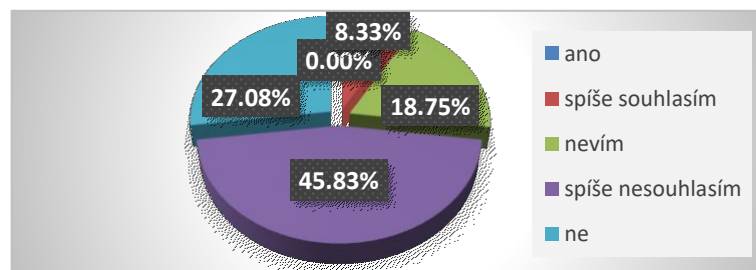
OBR. 15: Únava



Žádná ze sester nevyjádřila souhlasné stanovisko. 33,33 % (n=32) respondentek odpovědělo „nevím“. 41,67 % (n=40) sester uvedlo odpověď „spíše nesouhlasím“ a 25 % (n=24) sester uvedlo odpověď „ne“.

Otázka 10: Práce je psychicky tak náročná, že je velmi obtížné dělat ji po léta se stejnou výkonností

OBR. 16: Dlouhodobá únosnost



Žádná ze sester nezvolila odpověď „ano“. 8,33 % (n=8) respondentek zvolilo odpověď „spíše souhlasím“. 18,75 % (n=18) respondentek odpovědělo „nevím“. 45,83 % (n=44) sester uvedlo odpověď „spíše nesouhlasím“ a 27,08 % (n=26) sester uvedlo odpověď „ne“.

3.6.3.2 Hodnocení percepce psychické pracovní zátěže podle otázek s využitím kritické hodnoty mediánu

U každé otázky byl za skupinu respondentek vypočítán medián, aritmetický průměr a směrodatná odchylka. Pro orientační hodnocení zatěžujících faktorů bylo posuzováno překročení kritické hodnoty mediánu u každé z otázek dotazníku. Tam, kde vlastní medián překročil kritickou hodnotu nebo byl roven kritické hodnotě, vnímala skupina respondentek svoji práci negativně a naopak v těch případech, kdy vypočítaný medián nedosáhl kritické hodnoty, vnímaly sestry svoji práci kladně.

TAB. 14: Orientační hodnocení zatěžujících faktorů práce

Hodnocení pracovní zátěže	Hodnota mediánu			Hodnocení práce
	vlastní	kritická hodnota	rozdíl	
Při práci mívám často pocit časového tlaku	3	3	0	Negativní
Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad/a	1	2,5	-1,5	Kladné
Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost, spojenou se závažnými důsledky	2	3	-1	Kladné
Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující	1	2,5	-1,5	Kladné
V práci mám časté konflikty a problémy, od nichž se nemohu odpoutat ani po skončení pracovní doby	1	2,5	-1,5	Kladné
Při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje	1	2,5	-1,5	Kladné
Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost	2	3	-1	Kladné
Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného	2	3	-1	Kladné
Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost	2	3	-1	Kladné
Práce je psychicky tak náročná, že je velmi obtížné dělat ji po léta se stejnou výkonností	2	2,5	-0,5	Kladné

Z výše uvedené tabulky vyplývá, že proti stanovené normě sestry hodnotí negativně pouze časovou tíseň během služby, zatímco ty ostatní položky se pohybují v kladném pásmu. U některých položek je dosaženo výrazně lepších hodnot, než kritická hodnota stanovená pro Českou populaci pro ženy a to jsou:

„Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad/a“

„Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující“

„V práci mám časté konflikty a problémy, od nichž se nemohu odpoutat ani po skončení pracovní doby“

„Při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje“

3.6.3.3 Hodnocení percepce pracovní zátěže za skupinu zaměstnanců – faktorová analýza

Jak uvádí Hladký a Židková (1999) lze dotazník vyhodnotit také podle tří základních faktorů:

1. Přetížení
2. Monotonie
3. Nespecifický faktor

Tyto faktory se stanoví součtem hodnot odpovídajících tvrzení na jednotlivé otázky v dotazníku. Hrubé skóre je součtem všech předchozích faktorů.

Hladký a Židková uvádí, že „pro posuzování hodnocení lze použít aritmetické průměry faktorů a hrubého skóre“ (Hladký, Židková, 1999, s. 40)

TAB. 15: Faktory pracovní zátěže

Faktory pracovní zátěže	Aritmetický průměr	Směrodatná odchylka	medián
Přetížení	6,59	2,16	6
Monotonie	4,58	1,99	3
Nespecifický faktor	7,79	3,14	8
Hrubý skór	18,96	7,29	17

Hodnoty nebyly překročeny ve vztahu k populační normě pro ženy, a proto k projevům přetížení, monotonie a nespecifickému faktoru nedochází. Populační norma pro ženy uvedená v TAB. 2.

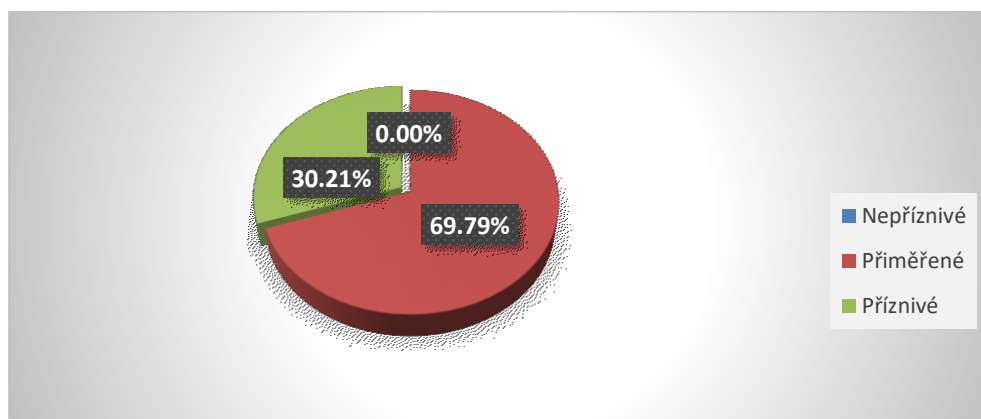
3.6.3.4 Výsledky vyhodnocení percepce pracovní zátěže podle individuální diagnostiky

K této diagnostice slouží porovnání hrubého skóru u odpovědí jednotlivých respondentek s rozsahem hrubého skóru v sestavené škále sloužící jako populační norma pro ženy. Rozsah škály je sestaven do tří skupin podle prožívání zátěže.

TAB. 16: Klasifikace prožívání zátěže sester

Zařazení jednotlivce podle hrubého skóru: ženy			
Prožívání zátěže	Rozsah škály	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Nepříznivé	33–50	0	0,00
Přiměřené	17–32	67	69,79
Příznivé	0–16	29	30,21
Celková četnost		96	100,00

OBR. 17: Klasifikace prožívání zátěže sester



Z tabulky a grafického znázornění vyplývá, že většina respondentek a to 69,79 % (n=67) prožívalo psychickou zátěž přiměřeně. 30,21 % (n=29) respondentek prožívalo zátěž příznivě a nikdo z respondentek psychickou zátěž neprožíval nepříznivě.

3.7 Diskuze

Vzhledem k tomu, že použita metodika neumožňuje srovnávat výsledky vlastního šetření s jinými studii na obdobné téma, viz Hladký a Židková (1999): „*Hodnocení zátěže podle této metody má platnost pouze pro zkoumanou skupinu, protože se pracovní skupiny i při podobném charakteru práce od sebe liší sociálně-psychologickými okolnostmi (motivace k práci, stabilita pracovní skupiny, vztahy mezi lidmi, jednání vedoucích, podmínky v nichž je práce vykonávána).*“ (Hladký, Židková, 1999, s. 39), budou diskutovány pouze výsledky vlastní práce, které jsou nepřenositelné a nejsou zobecnitelné

3.7.1 Zhodnocení výsledků vlastní práce ve vztahu k pracovním hypotézám

S přihlédnutím k uvedeným skutečnostem budou v této kapitole diskutovány pouze výsledky vlastního šetření a diskuze bude zaměřena na shrnující výroky k pracovním hypotézám.

Kvůli poměrně malému zkoumanému vzorku respondentů ($n = 96$) bylo nutné sjednotit zvolené charakteristiky dotazovaných do větších, logicky ukázněných skupin tak, aby byla možnost vykonat zásadní statistický rozbor pomocí neparametrického statistického testu Pearsonova Chí – kvadrátu a její efekty správně interpretovat. Souhrn dat měl parametry přirozeného rozdělení.

Pro vlastní statistickou analýzu byly stanovené tyto kategorie charakterizující účastníky šetření:

Z hlediska věku byl soubor respondentek rozdělen podle hodnoty mediánu na dvě kategorie, a to na respondentky ve věku do 32 let včetně a na respondentky ve věku 33 a více let. Četnost dotazovaných v obou věkových kategoriích je uvedena v následující tabulce.

TAB. 17: Kategorie – věk

Kategorie:	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
Do 32 let a včetně	49	51,04
33 let a více	47	48,96
Celkem:	96	100,00

Z hlediska doby trvání praxe byly respondentky rovněž rozděleny na dvě skupiny, a to na respondentky s praxí do 6 let a na respondentky s praxí 7 a více let. Četnost respondentek v obou skupinách je uvedena v tab. 16.

TAB. 18: Délka praxe

Kategorie:	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
Do 6 let	49	51,04
7 let a více	47	48,96
Celkem:	96	100,00

Pro statistickou analýzu bylo nutné rovněž kategorizovat odpovědi respondentek na položku dotazníku zjišťující dosažené vzdělání. Zde byly vytvořeny dvě kategorie. Protože střední zdravotnická škola je sekundární typ vzdělávání, zatímco ostatní jsou terciální typ vzdělávání.

TAB. 19: Nejvyšší dosažené vzdělání

Kategorie:	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
Střední zdravotnická škola	66	68,75
Dis.+Bc.+Mgr.	30	31,25
Celkem:	96	100,00

V následujícím tabelárním přehledu jsou uvedené výsledky Pearsonova chí – kvadrátu, tedy výsledky statistického testování shora uvedených hypotéz. Pomocí specializovaného software STATISTICA bylo provedeno statistických analýz. Statistická významnost byla posuzována na standardní hladině obvyklé pro dotazníková šetření tohoto typu, tj. na hladině 0,05.

Statisticky významné výsledky, tj. výsledky, u kterých je vypočítaná p hodnota nižší než stanovená hladina statistické významnosti 0,05, jsou v tabelárním přehledu označené tučně a zároveň jsou barevně odlišené od výsledků, které statisticky významné nejsou.

TAB. 20: Výsledky Pearsonova chí – kvadrátu

Proměnná	věk	délka praxe	typ prac.	vzdělání
Věk	x-x-x	0.000	0.667	0.891
Délka praxe	0.000	x-x-x	0.667	0.891
Typ pracoviště	0.667	0.667	x-x-x	0.985
Vzdělání	0.891	0.891	0.985	x-x-x
Psychická náročnost	0.505	0.505	0.449	0.776
Fyzická náročnost	0.616	0.616	0.384	0.485
Při práci mívám často pocit časového tlaku	0.478	0.478	0.123	0.086
Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad/a	0.034	0.034	0.174	0.777
Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost, spojenou se závažnými důsledky	0.132	0.132	0.836	0.623
Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující	0.799	0.799	0.009	0.000
V práci mám časté konflikty a problémy, od nichž se nemohu odpoutat ani po skončení pracovní doby	0.716	0.716	0.015	0.198
Při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje	0.904	0.904	0.004	0.732
Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost	0.969	0.969	0.057	0.008
Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného	0.966	0.966	0.031	0.006
Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost	0.839	0.839	0.298	0.379
Práce je psychicky tak náročná, že je velmi obtížné dělat ji po léta se stejnou výkonností	0.644	0.644	0.001	0.067
INDIVIDUÁLNÍ DG	0.930	0.930	0.165	0.001

Ze shora uvedeného tabelárního přehledu vyplývají ve vztahu k dříve stanoveným pracovním hypotézám následující závěry:

H1: Lze předpokládat, že případné rozdíly v odpovědích respondentek na jednotlivé položky dotazníku se nebudou statisticky významně lišit v závislosti na jejich věku.

U většiny položek dotazníku se nevyskytuje statisticky významný rozdíl v distribuci odpovědí respondentek mezi jednotlivě proměnnými v závislosti na jejich věku. Pouze s jednou jedinou výjimkou, a to u položky:

„Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad/a“ (p=0,034)

Tato položka bude detailně posouzeno

TAB. 21: Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad/a

Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad/a	Pozorované četnosti		
	Věk do 32 let a včetně	Věk 33 let a více	Řádkové součty
Ne, vůbec nesouhlasím (abs. četnost)	22	32	54
Sloupcová relativní četnost	44,90 %	68,09 %	
Řádková relativní četnost	40,74 %	59,26 %	
Spíše nesouhlasím (abs. četnost)	21	14	35
Sloupcová relativní četnost	42,86 %	29,79 %	
Řádková relativní četnost	60,00 %	40,00 %	
Nevím, někdy ano, někdy ne (abs. četnost)	6	1	7
Sloupcová relativní četnost	12,24 %	2,13 %	
Řádková relativní četnost	85,71 %	14,29 %	
Celkem	49	47	96

Z tabelárního přehledu vyplývá, že na tuto položku častěji odpovídaly negativně respondentky ve věku do 32 let.

p= 0,034 < než 0,05

Lze přijmout alternativní hypotézu, tj. že na 5% hladině významnosti existuje statisticky významný rozdíl mezi tím, jak odpovídají na tuto položku respondentky podle věku, a to v tom smyslu, že sestry ve věku 33 let a více si vybraly možnost „Nevím, někdy ano, někdy ne“, statisticky významně nižší než sestry ve věku do 32 let.

H2: Lze očekávat, že případné rozdíly v odpovědích respondentek na jednotlivé položky dotazníku se nebudou statisticky významně lišit v závislosti na délce praxe

Tuto hypotézu lze přijmout, je platná pro vlastní soubor respondentek a provedené šetření, avšak s výjimkou jedné jediné položky a to:

„Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad/a“ (p=0.034)

TAB. 22: Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad/a

Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad/a	Pozorované četnosti		
	Délka praxe (do 6 let)	Délka praxe (7 let a více)	Řádkové součty
Ne, vůbec nesouhlasím (abs. četnost)	22	32	54
Sloupcová relativní četnost	44,90 %	68,09 %	
Řádková relativní četnost	40,74 %	59,26 %	
Spíše nesouhlasím (abs. četnost)	21	14	35
Sloupcová relativní četnost	42,86 %	29,79 %	
Řádková relativní četnost	60,00 %	40,00 %	
Nevím, někdy ano, někdy ne (abs. četnost)	6	1	7
Sloupcová relativní četnost	12,24 %	2,13 %	
Řádková relativní četnost	85,71 %	14,29 %	
Celkem	49	47	96

Z tabelárního přehledu vyplývá, že na tuto položku častěji odpovídaly negativně sestry s praxí do 6 let.

p=0,034 < než 0,05

Lze přijmout alternativní hypotézu, že na 5% hladině významnosti existuje statisticky významný rozdíl mezi tím, jak odpovídají na tuto položku respondentky podle délky praxe, a to v tom smyslu, že sestry s praxí 7 let a více vybraly si možnost „Nevím, někdy ano, někdy ne“, statisticky významně nižší než sestry s praxí do 6 let.

H3: Lze předpokládat, že případné rozdíly v odpovědích respondentek na jednotlivé položky dotazníku se nebudou statisticky významně lišit v závislosti na typu pracoviště

Lze jej přijmout, avšak s výjimkou následujících položek:

„Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující“ **(p=0.009)**

„V práci mám časté konflikty a problémy, od nichž se nemohu odpoutat ani po skončení pracovní doby“ **(p=0.015)**

„Při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje“ **(p=0.004)**

„Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného“ **(p=0.031)**

„Práce je psychicky tak náročná, že je velmi obtížné dělat ji po léta se stejnou výkonností“ **(p=0.001)**

Těmto položkám je věnována v následující části práce podrobná pozornost

TAB. 23: Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující

Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující	Pozorované četnosti			
	Standardní odd.	Jednotka intenzivní péče	Ambulance	Řádkové součty
Ne, vůbec nesouhlasím (abs. četnost)	17	11	22	50
Sloupcová relativní četnost	36,96 %	57,89 %	70,97 %	
Řádková relativní četnost	34,00 %	22,00 %	44,00 %	
Spíše nesouhlasím (abs. četnost)	21	3	8	32
Sloupcová relativní četnost	45,65 %	15,79 %	25,81 %	
Řádková relativní četnost	65,63 %	9,38 %	25,00 %	
Nevím, někdy ano, někdy ne (abs. četnost)	8	5	1	14
Sloupcová relativní četnost	17,39 %	26,32 %	3,23 %	
Řádková relativní četnost	57,14 %	35,71 %	7,14 %	
Celkem	46	19	31	96

Z tabelárního přehledu vyplývá, že na položku častěji odpovídaly negativně sestry pracující na standardním oddělení.

$p=0,009 < \text{než } 0,05$

Lze přijmout alternativní hypotézu, že na 5% hladině významnosti existuje statisticky významný rozdíl mezi odpověďmi respondentky podle typu pracoviště, a to v tom smyslu, že sestry pracující na ambulanci vybraly možnost „Nevím, někdy ano, někdy ne“, statisticky významně nižší než sestry pracující na standardním oddělení.

TAB. 24: V práci mám časté konflikty a problémy, od nichž se nemohu odpoutat ani po skončení pracovní doby

V práci mám časté konflikty a problémy, od nichž se nemohu odpoutat ani po skončení pracovní doby	Pozorované četnosti			
	Standardní odd.	Jednotka intenzivní péče	Ambulance	Řádkové součty
Ne, vůbec nesouhlasím (abs. četnost)	22	17	21	60
Sloupcová relativní četnost	47,83 %	89,47 %	67,74 %	
Řádková relativní četnost	36,67 %	28,33 %	35,00 %	
Spíše nesouhlasím (abs. četnost)	17	2	9	28
Sloupcová relativní četnost	36,96 %	10,53 %	29,03 %	
Řádková relativní četnost	60,71 %	7,14 %	32,14 %	
Nevím, někdy ano, někdy ne (abs. četnost)	7	0	1	8
Sloupcová relativní četnost	15,22 %	0,00 %	3,23 %	
Řádková relativní četnost	87,50 %	0,00 %	12,50 %	
Celkem	46	19	31	96

Z tabelárního přehledu vyplývá, že na položku častěji odpovídaly negativně sestry pracující na standardním oddělení.

$p=0,015 < \alpha < 0,05$

Lze přijmout alternativní hypotézu, že na 5% hladině významnosti existuje statisticky významný rozdíl mezi odpověďmi respondentky podle typu pracoviště, a to v tom smyslu, že sestry pracující na ambulanci vybraly možnost „Nevím, někdy ano, někdy ne“, statisticky významně nižší než sestry pracující na standardním oddělení.

TAB. 25: Při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje

Při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje	Pozorované četnosti			Řádkové součty
	Standardní odd.	Jednotka intenzivní péče	Ambulance	
Ne, vůbec nesouhlasím (abs. četnost)	21	13	26	60
Sloupcová relativní četnost	45,65 %	68,42 %	83,87 %	
Řádková relativní četnost	35,00 %	21,67 %	43,33 %	
Spíše nesouhlasím (abs. četnost)	18	6	5	29
Sloupcová relativní četnost	39,13 %	31,58 %	16,13 %	
Řádková relativní četnost	62,07 %	20,69 %	17,24 %	
Nevím, někdy ano, někdy ne (abs. četnost)	7	0	0	7
Sloupcová relativní četnost	15,22 %	0,00 %	0,00 %	
Řádková relativní četnost	100,0 %	0,00 %	0,00 %	
Celkem	46	19	31	96

Z tabelárního přehledu vyplývá, že na položku častěji odpovídaly negativně sestry pracující na standardním oddělení.

$p=0,004 < \alpha < 0,05$

Lze přijmout alternativní hypotézu, že na 5% hladině významnosti existuje statisticky významný rozdíl mezi odpověďmi respondentky podle typu pracoviště, a to v tom smyslu, že sestry pracující na ambulanci vybraly možnost „Spíše nesouhlasím“, statisticky významně nižší než sestry pracující na standardním oddělení.

TAB. 26: Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného

Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného	Pozorované četnosti			
	Standardní odd.	Jednotka intenzivní péče	Ambulance	Řádkové součty
Ne, vůbec nesouhlasím (abs. četnost)	11	8	17	36
Sloupcová relativní četnost	23,91 %	42,11 %	54,84 %	
Řádková relativní četnost	30,56 %	22,22 %	47,22 %	
Spíše nesouhlasím (abs. četnost)	28	6	10	44
Sloupcová relativní četnost	60,87 %	31,58 %	32,26 %	
Řádková relativní četnost	63,64 %	13,64 %	22,73 %	
Nevím, někdy ano, někdy ne (abs. četnost)	7	5	4	16
Sloupcová relativní četnost	15,22 %	23,32 %	12,90 %	
Řádková relativní četnost	43,75 %	31,25 %	25,00 %	
Celkem	46	19	31	96

Z tabelárního přehledu vyplývá, že na položku častěji odpovídaly negativně sestry pracující na standardním oddělení.

$p=0.031 < \text{než} 0,05$

Lze přijmout alternativní hypotézu, že na 5% hladině významnosti existuje statisticky významný rozdíl mezi odpověďmi respondentky podle typu pracoviště, a to v tom smyslu, že sestry pracující na ambulanci vybraly možnost „Nevím, někdy ano, někdy ne“, statisticky významně nižší než sestry pracující na standardním oddělení.

TAB. 27: Práce je psychicky tak náročná, že je velmi obtížné dělat ji po léta se stejnou výkonností

Práce je psychicky tak náročná, že je velmi obtížné dělat ji po léta se stejnou výkonností	Pozorované četnosti			
	Standardní odd.	Jednotka intenzivní péče	Ambulance	Řádkové součty
Ne, vůbec nesouhlasím (abs. četnost)	6	8	12	26
Sloupcová relativní četnost	13,04 %	42,11 %	38,71 %	
Řádková relativní četnost	23,08 %	30,77 %	46,15 %	
Spíše nesouhlasím (abs. četnost)	28	3	13	44
Sloupcová relativní četnost	60,87 %	15,79 %	41,94 %	
Řádková relativní četnost	63,64 %	6,82 %	29,55 %	
Nevím, někdy ano, někdy ne (abs. četnost)	11	3	4	18
Sloupcová relativní četnost	23,91 %	15,79 %	12,90 %	
Řádková relativní četnost	61,11 %	16,67 %	22,22 %	
Spíše souhlasím	1	5	2	8
Sloupcová relativní četnost	2,17 %	26,32 %	6,45 %	
Řádková relativní četnost	12,50 %	62,50 %	25,00 %	
Celkem	46	19	31	96

Z tabelárního přehledu vyplývá, že na položku častěji odpovídaly negativně sestry pracující na standardním oddělení.

$p=0.001 < \text{než } 0,05$

Lze přijmout alternativní hypotézu, že na 5% hladině významnosti existuje statisticky významný rozdíl mezi odpověďmi respondentky podle typu pracoviště, a to v tom smyslu, že sestry pracující na standardním oddělení vybraly možnost „Nevím, někdy ano, někdy ne“, statisticky významně nižší než sestry pracující na jednotkách intenzivních péče.

H4: Lze očekávat, že případné rozdíly v odpovědích respondentek na jednotlivé položky dotazníku se nebudou statisticky významně lišit v závislosti na stupni poškození vzdělání

Lze jej přijmout, avšak s výjimkou následujících položek:

„Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující“ **($p=0,000$)**

„Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost“ **($p=0,008$)**

„Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného“ **($p=0,006$)**

Těmto položkám je věnována v následující části práce podrobná pozornost

TAB. 28: Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující

Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující	Pozorované četnosti		
	Středoškolské vzdělání	Vysokoškolské vzdělání	Řádkové součty
Ne, vůbec nesouhlasím (abs. četnost)	43	7	50
Sloupcová relativní četnost	65,15 %	23,33 %	
Řádková relativní četnost	86,00 %	14,00 %	
Spíše nesouhlasím (abs. četnost)	18	14	32
Sloupcová relativní četnost	27,27 %	46,67 %	
Řádková relativní četnost	56,25 %	43,75 %	
Nevím, někdy ano, někdy ne (abs. četnost)	5	9	14
Sloupcová relativní četnost	7,58 %	30,00 %	
Řádková relativní četnost	35,71 %	64,29 %	
Celkem	66	30	96

Z tabelárního přehledu vyplývá, že na položku častěji odpovídaly negativně sestry se střední zdravotnickou školou.

$p=0,000 < \text{než } 0,05$

Lze přijmout alternativní hypotézu, že na 5% hladině významnosti existuje statisticky významný rozdíl mezi odpověďmi respondentky podle typu vzdělání, a to v tom smyslu, že sestry s vyšším odborným a vysokým školským vzděláním vybraly možnost „Ne, vůbec nesouhlasím“, statisticky významně nižší než sestry se střední zdravotnickou školou.

TAB. 29: Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost

Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost	Pozorované četnosti		
	Středoškolské vzdělání	Vysokoškolské vzdělání	Řádkové součty
Ne, vůbec nesouhlasím (abs. četnost)	33	5	38
Sloupcová relativní četnost	50,00 %	16,67 %	
Řádková relativní četnost	86,84 %	13,16 %	
Spíše nesouhlasím (abs. četnost)	21	15	36
Sloupcová relativní četnost	31,82 %	50,00 %	
Řádková relativní četnost	58,33 %	41,67 %	
Nevím, někdy ano, někdy ne (abs. četnost)	12	10	22
Sloupcová relativní četnost	18,18 %	33,33 %	
Řádková relativní četnost	54,55 %	45,45 %	
Celkem	66	30	96

Z tabelárního přehledu vyplývá, že na položku častěji odpovídaly negativně sestry se střední zdravotnickou školou.

p=0,008<než 0,05

Lze přijmout alternativní hypotézu, že na 5% hladině významnosti existuje statisticky významný rozdíl mezi odpověďmi respondentky podle typu vzdělání, a to v tom smyslu, že sestry s vyšším odborným a vysokým školským vzděláním vybraly možnost „Ne, vůbec nesouhlasím“, statisticky významně nižší než sestry se střední zdravotnickou školou.

TAB. 30: Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného

Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného	Pozorované četnosti		
	Středoškolské vzdělání	Vysokoškolské vzdělání	Řádkové součty
Ne, vůbec nesouhlasím (abs. četnost)	31	5	36
Sloupcová relativní četnost	46,97 %	16,67 %	
Řádková relativní četnost	86,11 %	13,89 %	
Spíše souhlasím (abs. četnost)	28	16	44
Sloupcová relativní četnost	42,42 %	53,33 %	
Řádková relativní četnost	63,64 %	36,36 %	
Nevím, někdy ano, někdy ne (abs. četnost)	7	9	16
Sloupcová relativní četnost	10,61 %	30,00 %	
Řádková relativní četnost	43,75 %	56,25 %	
Celkem	66	30	96

Z tabelárního přehledu vyplývá, že na položku častěji odpovídaly negativně sestry se střední zdravotnickou školou.

$p=0,006 < \text{než } 0,05$

Lze přijmout alternativní hypotézu, že na 5% hladině významnosti existuje statisticky významný rozdíl mezi odpověďmi respondentky podle typu vzdělání, a to v tom smyslu, že sestry s vyšším odborným a vysokým školským vzděláním vybraly možnost „Ne, vůbec nesouhlasím“, statisticky významně nižší než sestry se střední zdravotnickou školou.

TAB. 31: Individuální diagnostika

INDIVIDUÁLNÍ DG	Pozorované četnosti		
	Středoškolské vzdělání	Vysokoškolské vzdělání	Řádkové součty
Příznivé	27	2	29
Sloupcová relativní četnost	40,91 %	6,67 %	
Řádková relativní četnost	93,10 %	6,90 %	
Přiměřené	39	28	67
Sloupcová relativní četnost	59,09 %	93,33 %	
Řádková relativní četnost	58,21 %	41,79 %	
Celkem	66	30	96

Z tabelárního přehledu vyplývá, že sestry s terciální stupněm vzdělání, významně častěji hodnotí zátěž jako přiměřenou nižší než sestry se středním stupněm vzdělání.

$p=0,001 < \text{než } 0,05$

Lze přijmout alternativní hypotézu, že na 5% hladině významnosti existuje statisticky významný rozdíl mezi odpověďmi respondentky podle typu vzdělání, a to v tom smyslu, že sestry s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním hodnotí častěji zátěž jako přiměřenou, než příznivou.

4 ZÁVĚR

Bakalářská práce byla věnovaná problematice psychické pracovní zátěže u vybrané skupiny všeobecných sester pracujících na chirurgických klinikách ve dvou pražských fakultních nemocnicích, a to ve Fakultní nemocnici Motole a Fakultní nemocnici Královské Vinohrady.

Záměrem bakalářské práce bylo zjistit míru subjektivního vnímání psychické pracovní zátěže u všeobecných sester na vybraných pracovištích.

K naplnění tohoto záměru práce byly stanoveny následující cíle práce:

1. Přinést poznatky z provedeného dotazníkového šetření
2. Navrhnout zlepšení dané problematiky
3. Provést skupinovou a individuální studii psychické pracovní zátěže a vyhodnocení subjektivního vnímání psychické pracovní zátěže vybrané skupiny všeobecných sester

Při zpracování bakalářské práce bylo stanovených cílů dosaženo. Při posouzení odpovědí respondentek na jednotlivé položky dotazníku bylo zjištěno, že respondentky negativně prožívaly pouze pracovní zátěž v souvislosti s časovou tísní (TAB. 14).

Z hlediska skupinové diagnostiky bylo zjištěno, že všechny respondentky pocítují přiměřenou zátěž, při které není pravděpodobné ovlivnění jejich zdraví, subjektivního stavu a výkonnosti.

Z hlediska individuální diagnostiky bylo zjištěno, že většina respondentek, a to 69,79 % (n=67), prožívala psychickou zátěž přiměřeně. Část respondentek 30,21 % (n=29) prožívala zátěž příznivě a nikdo z dotazovaných neprožíval psychickou zátěž nepříznivě.

Byly statisticky posouzeny odpovědi respondentek podle věku, délky praxe, typu pracoviště a vzdělání. U většiny odpovědi bylo zjištěno, že z hlediska věku a délky praxe se odpovědi respondentek zásadně neliší, statisticky významný rozdíl byl zjištěn pouze u položky, která se týkala uspokojení z práce tedy u položky „Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad/a“, kde se starší respondentky ve věku 33 a více let a sestry s delší praxí s tímto tvrzením častěji ztotožňovaly než mladší účastnice šetření a tento rozdíl byl statisticky významný na hladině významnosti 0,05.

Další rozdíly byly zjištěny podle typu pracoviště, kdy sestry pracující na standardním oddělení uvedly častěji „Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující“ než sestry z jednotek intenzivní péče a ambulancí. Totéž následující položky:

„V práci mám časté konflikty a problémy, od nichž se nemohu odpoutat ani po skončení pracovní doby“

„Při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje“

„Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného“

„Práce je psychicky tak náročná, že je velmi obtížné dělat ji po léta se stejnou výkonností“

Dále byli zjištěni rozdíly podle vzdělání, kdy sestry se střední zdravotnickou školou uvedly častěji „Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující“ než sestry s vysokým školským vzdělání. Totéž následující položky:

„Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost“

„Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného“

Jsem si vědomá toho, že bakalářská práce obsahuje celou řadu nedostatků, které jsou způsobeny jednak použitou metodou a také výběrem souboru respondentek, který byl kombinací kvótního výběru a náhodného výběru. Na druhou stranu ani použitá metodika neumožňuje komparovat výsledky vlastního šetření s výsledky dříve realizovaných studií. Protože výsledky vlastního šetření mají platnost pouze pro uvedený soubor a typické aspekty práce na konkrétním pracovišti.

Tak, jak uvádí i autoři české verze dotazníku Hladký a Židková (1999): „*Hodnocení zátěže podle této metody má platnost pouze pro zkoumanou skupinu, protože se pracovní skupiny i při podobném charakteru práce od sebe liší sociálně-psychologickými okolnostmi (motivace k práci, stabilita pracovní skupiny, vztahy mezi lidmi, jednání vedoucích, podmínky v nichž je práce vykonávána)*“ (Hladký, Židková, 1999, s. 39).

Vlastním šetřením však bylo zjištěno, že použitá metoda Meisterova dotazníku je efektivní v případě použití na konkrétním pracovišti k identifikaci faktorů, které ovlivňují subjektivní vnímání pracovní zátěže, a lze jej v praxi používat a tím i získávat podklady pro rozhodování managementu směřujícího k eliminaci negativních faktorů ovlivňujících subjektivní vnímání psychické pracovní zátěže.

Záměrem práce rozhodně nebylo vyčerpávajícím způsobem popsat a řešit zadané téma, ale specifickým pohledem na vybranou skupinu sester pracujících na chirurgických pracovištích přiblížit problematiku a vyzkoušet použitelnost standardizovaného Meisterova dotazníku v praxi.

Výsledky šetření budou předány příslušným vrchním sestřím eventuálně managementu obou nemocnic pro další případné využití.

Za případné nedokonalosti omlouvám se, protože český jazyk není moje rodný jazyk.

5 REFERENČNÍ SEZNAM

BARTŮŇKOVÁ, Staša. *Stres a jeho mechanismy*. Praha: Karolinum, 2010. ISBN 978-80-246-1874-6.

BÁRTLOVÁ, Sylva, Ivana CHLOUBOVÁ a Marie TREŠLOVÁ. *Vztah sestry – lékaře*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. ISBN 978-80-7013-526-6.

BERMAN, Audrey, Shirlee SNYDER a Geralyn FRANDBSEN. *Kozier & Erb's fundamentals of nursing: concepts, process, and practice*. Tenth edition. Boston: Pearson, [2016]. ISBN 978-0133974362.

CODIER, E. CODIER, D. *Do emergency nurses have enough emotional intelligence* [online]. Art and Science. 2015. [cit. 2020-03-21]. Dostupné z: <http://journals.rcni.com/emergency-nurse/do-emergency-nurses-have-enough-emotional-intelligence-en.23.3.26.e1388>.

CREAGAN, E. *Stress management* [online]. 2016. [cit. 2020-03-05]. Dostupné z: <https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/stress-management/expert-answers/stress/faq-20058497>.

DONOVAN, O.R., DOODY, O. and LYONS R. *The effect of stress on health and its implications for nursing* [online]. British Journal of nursing, 2013. DOI: 10.12968. [cit. 2020-03-20]. Dostupné z: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjon.2013.22.16.969>.

FARKAŠOVÁ, Dana. *Ošetrovatelství: teorie*. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-227-8.

HALBESLEBEN, Jonathon R. B. *Handbook of stress and burnout in health care*. New York: Nova Science Publishers, c2008. ISBN 9781604565003.

HLADKÝ, Aleš a Zdeňka ŽIDKOVÁ. *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže: metodická příručka*. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-890-5.

IVANOVÁ, Kateřina. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-442-9.

KRAVITS, K. RANDI, M. GRANT, M. KIRK. C. *Self-care strategies for nurses: A psycho-educational intervention for stress reduction and the prevention of burnout* [online]. USA: Elsevier. 2008. [cit. 2020-03-10]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189708000827?via%3Dihub>.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: Příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3149-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.

MASLACH, Christina, Susan E. JACKSON a Micheal P. LEITER. *Maslach burnout inventory manual*. 3rd ed. Palo Alto, Calif. (577, College Ave., Palo Alto 94306): Consulting Psychologist Press, c1996.

MCEWEN, B and LASLEY E. *The end of stress as we know it*. Publisher: Dana Press, 2002. ISBN 978-1932594553.

MERG, Klaus a Torsten KNÖDLER. *Jak přežít v práci: každodenní povolání bez stresu a vyhoření: koučem vlastní kariery: vycházení s kolegy a šéfy: jak se nenechat vyždímat*. Brno: Computer press, 2007. ISBN 978-80-251-1723-1.

MISTEREK, M. *Decrease stress by staying healthy in mind, body and spirit*. Arizona nurse. 2009.

ODDIE, S. and OUSLEY, L. *Assessing burn-out and occupational stressors in a medium secure service* [online]. Publisher: Emerald group publishing limited. 2007. ISSN 1463-6646. DOI: 10.1108/14636646200700011. [cit. 2020-02-01]. Dostupné z: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/14636646200700011/full/html>.

PAKIESER-REED, Katherine. *Night-shift nursing: savvy solutions for a healthy lifestyle*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International, c2013. ISBN 978-1937554675.

PENDER, Nola J., Carolyn L. MURDAUGH a Mary Ann PARSONS. *Health promotion in nursing practice*. 6th ed. Upper Saddle River, N.J.: Pearson, c2011. ISBN 978-0135097212.

PEREIRA, S. FONSECA, A. and CARVALHO, A. *Burnout in nurses working in Portuguese palliative care teams: a mixed methods study* [online]. Publisher: International journal of palliative nursing. 2012. [cit. 2020-01-17]. Dostupné z: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/ijpn.2012.18.8.373>.

PEŠEK, Roman a Ján PRAŠKO. *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. V Praze: Pasparta, 2016. ISBN 978-80-88163-00-8.

PIAZZA, R.J, CHARLES, T.S, SLIWINSKI, J.M, MOGLE.J and ALMEIDA, M.D. *Affective reactivity to daily stressors and long-term risk of reporting a chronic psychological health condition* [online]. 2012. DOI: 10.1007/s12160-012-9423-0. [cit. 2020-02-10]. Dostupné z: <http://www.midus.wisc.edu/findings/pdfs/1240.pdf>.

PRIESS, Mirriam. *Jak zvládnout syndrom vyhoření: najděte cestu zpátky k sobě*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5394-2.

RANA, Devinder a Dominic UPTON. *Psychology for nurses*. New York: Pearson Education, 2009. ISBN 0132001071.

ROUT, Usha a Jaya K. ROUT. *Stress management for primary health care professionals*. New York: Kluwer Academic/Plenum, c2002. ISBN 978-0306472404.

SINCERO. S. *Stress managemant* [online]. 2012. [cit. 2020-01-15]. Dostupné z: <https://explorable.com/stress-management>.

STRANKS, Jeremy W. *Stress at work: management and prevention*. Burlington, MA: Elsevier/Butterworth-Heinemann, 2005. ISBN 978-0750665421.

VÉVODA, Jiří. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4732-3.

6 SEZNAM OBRÁZKŮ

OBR. 1: Histogram - věk	35
OBR. 2: Histogram - délka praxe	36
OBR. 3: Typ pracoviště	36
OBR. 4: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek	36
OBR. 5: Spokojenost s mírou psychické náročnosti vykonávané práce	38
OBR. 6: Spokojenost s mírou fyzické náročnosti vykonávané práce	38
OBR. 7: Časová tíseň	41
OBR. 8: Uspokojení	41
OBR. 9: Vysoká odpovědnost	41
OBR. 10: Otupující práce	42
OBR. 11: Problémy a konflikty	42
OBR. 12: Monotonie	43
OBR. 13: Nervozita	43
OBR. 14: Přesycení	43
OBR. 15: Únava	44
OBR. 16: Dlouhodobá únosnost	44
OBR. 17: Klasifikace prožívání zátěže sester	47

7 SEZNAM TABULEK

TAB. 1: Faktory pracovní zátěže.....	30
TAB. 2: Aritmetické průměry, směrodatné odchylky a kritické hodnoty	31
TAB. 3: Kritická hranice mediánů.....	31
TAB. 4: Faktorová analýza – přetížení.....	32
TAB. 5: Faktorová analýza – monotonie	32
TAB. 6: Faktorová analýza – kombinace	32
TAB. 7: Klasifikace psychické zátěže.....	32
TAB. 8: Zařazení jednotlivce podle hrubého skóru – ženy a muži	33
TAB. 9: Věk – Charakteristiky polohy a variability	35
TAB. 10: Délka praxe – Charakteristiky polohy a variability	35
TAB. 11: Spokojenost s psychickou náročností práce – podle vzdělání	39
TAB. 12: Spokojenost s fyzickou náročností práce – podle vzdělání	39
TAB. 13: Skupinová diagnostika – vyhodnocení podle jednotlivých otázek dotazníku	40
TAB. 14: Orientační hodnocení zatěžujících faktorů práce	45
TAB. 15: Faktory pracovní zátěže.....	46
TAB. 16: Klasifikace prožívání zátěže sester	47
TAB. 17: Kategorie – věk	48
TAB. 18: Délka praxe	49
TAB. 19: Nejvyšší dosažené vzdělání	49
TAB. 20: Výsledky Pearsonova chí – kvadrátu	51
TAB. 21: Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad/a	52
TAB. 22: Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad/a	53
TAB. 23: Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující.....	54
TAB. 24: V práci mám časté konflikty a problémy, od nichž se nemohu odpoutat ani po skončení pracovní doby	54
TAB. 25: Při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje	55
TAB. 26: Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného.....	56
TAB. 27: Práce je psychicky tak náročná, že je velmi obtížné dělat ji po léta se stejnou výkonností	56
TAB. 28: Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující.....	57
TAB. 29: Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost	58
TAB. 30: Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného.....	59
TAB. 31: Individuální diagnostika	59

8 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník.....	62
Příloha č. 2: Žádost o dotazníkové šetření.....	65

Dotazník

Milé kolegyně, milí kolegové

Jmenuji se Uyanga Bayarmagnai a jsem studentka druhého ročníku bakalářského studia 2.LF UK v Praze. Studuji bakalářský program Ošetrovatelství – všeobecná sestra. Dovoluji si Vás oslovit s žádostí o vyplnění dotazníku. Tento dotazník je součástí bakalářské práce na téma: „Psychická pracovní zátěž vybrané skupiny všeobecných sester“.

Získané informace budou využity pouze ke zpracování bakalářské práce.

Předem Vám děkuji za Vaši spolupráci.

Uyanga Bayarmagnai

1. Věk (uved'te)

...

2. Délka Vaší praxe na současném pracovišti (uved'te v letech)

...

3. Vaše současné pracoviště (Zakroužkujte)

1. Standardní oddělení
2. Jednotka intenzivní péče (JIP)
3. Ambulance

4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? (Zakroužkujte)

1. Střední zdravotnická škola
2. Vyšší zdravotnická škola (Dis.)
3. Vysoká škola – bakalářské studium (Bc.)
4. Vysoká škola – magisterské studium (Mgr.)

Jak jste spokojena s jednotlivými okolnostmi Vaší práce?

(v každé otázce prosím zakroužkujte číslo, které odpovídá stupni Vaší spokojenosti nebo nespokojenosti. Pokud možno žádnou otázku nevynechejte.)

		Velmi spokojena	Spíše spokojena	Těžko říci	Spíše nespokojena	Velmi nespokojena
1	Psychická náročnost mé práce	1	2	3	4	5
2	Fyzická náročnost mé práce	1	2	3	4	5

Hodnocení pracovní zátěže

Vášim úkolem je u každé otázky označit odpověď, která nejvíce vystihuje Vaše pocity při práci.

Vysvětlivky:

5 – ano

4 – spíše souhlasím

3 – nevím, někdy ano, někdy ne

2 – spíše nesouhlasím

1 – ne, vůbec nesouhlasím

		Ano.....Ne				
1.	Při práci mívám často pocit časového tlaku	5	4	3	2	1
2.	Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad/a	5	4	3	2	1
3.	Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost, spojenou se závažnými důsledky	5	4	3	2	1
4.	Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující	5	4	3	2	1
5.	V práci mám časté konflikty a problémy, od nichž se nemohu odpoutat ani po skončení pracovní doby	5	4	3	2	1
6.	Při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje	5	4	3	2	1
7.	Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost	5	4	3	2	1
8.	Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného	5	4	3	2	1
9.	Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost	5	4	3	2	1
10.	Práce je psychicky tak náročná, že je velmi obtížné dělat ji po léta se stejnou výkonností	5	4	3	2	1

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku

Prohlášení

Zadání dotazníku na Chirurgické klinice 3.LF UK a FNKV jsem osobně projednala s vrchní sestrou Mgr. Martinou Bartoškovou a dotyčná osoba s tím souhlasila.