UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Filozofická fakulta

MAGISTERSKÁ DIPLOMOVÁ PRÁCE

Olomouc, 2011 Bc. Milena Chybová

Filozofická fakulta
Univerzity Palackého v Olomouci
Katedra psychologie

PROFIL DIMENZÍ PRACOVNÍ SPOKOJENOSTI A ÚROVEŇ VYHOŘENÍ U ZDRAVOTNÍCH SESTER

WORK SATISFACTION DIMENSIONS AND BURNOUT LEVEL IN NURSING STAFF

Magisterská diplomová práce

Bc. Milena Chybová

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

Olomouc, 2011

Prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci vypracovala samostatně a jako podkladů jsem použila pouze uvedené literatury.

V Líbeznici dne 15. 3. 2011

……...

Děkuji doc. PhDr. Zdeňku Vtípilovi, CSc. za odborné vedení a cenné připomínky, jakož i rady, které mi při zpracování magisterské diplomové práce poskytnul.

Mé poděkování též patří všem respondentům a všem vedoucím zaměstnancům dvou pražských nemocnic, kteří mi umožnili sběr dat k předloženému výzkumu. Bez jejich pomoci a ochoty spolupracovat by tato práce nemohla vzniknout.

OBSAH

ÚVOD **9**
TEORETICKÁ ČÁST **13**
1. Aktuální sociální a psychologické problémy ve zdravotnictví **14**
2. Postavení a role zdravotní sestry **19**
2.1. Historické souvislosti 19
2.2. Profesní úloha a postavení zdravotní sestry 20
2.3. Osvojení si role zdravotní sestry 21
2.4. Celoživotní vzdělávání zdravotních sester 23
2.4.1. Vzdělávání zdravotních sester instrumentářek 26
2.5. Vztah zdravotní sestry a pacienta 28
2.6. Vztah zdravotní sestry a lékaře 29
3. Motivace **31**
3.1. Základní pojetí motivace 31
3.2. Vývoj a příklady motivačních teorií 32
3.3. Dimenze motivace 33
3.4. Motivy a typy pracovní motivace 34
3.5. Teorie pracovní motivace 36
4. Postoje a pracovní spokojenost **39**
4.1. Vymezení pojmu postoje 39
4.2. Pojem a vymezení pojmu pracovního postoje 41
4.3. Pojem a vymezení pojmu pracovní spokojenosti 41
4.3.1. Vnější a vnitřní činitelé pracovní spokojenosti 42
4.3.2. Teorie pracovní spokojenosti 42
4.4. Hlavní determinanty ovlivňující motivaci a postoje zdravotních sester 46
4.4.1. Fyzické a psychické zatížení zdravotní sestry 47
4.4.2. Motivační činitelé práce zdravotní sestry 51
5. Syndrom vyhoření neboli burn-out **53**
5.1. Úvod 53
5.2. Teoretické zdroje syndromu vyhoření 54
5.3. Definice a okolnosti vzniku syndromu vyhoření 55
5.3.1. Definice syndromu vyhoření 56

5.3.2. Okolnosti vzniku syndromu vyhoření 57
5.4. Syndrom vyhoření – burn-out 58
5.4.1. Projevy vyhoření 59
5.4.2. Cesty vedoucí k vyhoření 60
5.5. Rizikové faktory pro vznik syndromu vyhoření 61
5.5.1. Vnější rizikové faktory 61
5.5.2. Vnitřní rizikové faktory 62
5.5.3. Profesní podmínky vzniku syndromu vyhoření 63
5.6. Vývoj syndromu vyhoření 64
5.6.1. Stádia a fáze vyhoření 64
5.6.2. Prožívání a projevy vyhoření 65
5.7. Komponenty vyhoření 32
5.8. Metody zjišťování míry vyhaslosti 32
5.9. Prevence syndromu vyhoření 32
5.10. Potencionální faktory vyhoření u zdravotních sester 32
5.11. Prevence syndromu vyhoření u zdravotních sester 32
VÝZKUMNÁ ČÁST. 75
6. Metodologický rámec výzkumu 76
6.1. Stanovení problému, cílů, hypotéz. 76
6.1.1. Stanovení problému 76
6.1.2. Cíle výzkumu 77
6.1.3. Stanovení hypotéz 78
6.2. Aplikovaná metodika. 79
6.2.1. Dotazníky 79
6.2.2. Statistika 82
6.3. Zkoumaný soubor. 84
6.3.1. Pracovní zařazení zdravotních sester dle odbornosti 84
6.3.2. Rozdělení zdravotních sester do jednotlivých oddělení 85
6.3.3. Věková struktura souboru 87
6.3.4. Rodinný stav 90
6.3.5. Počet dětí 92
6.3.6. Seniorita na nynějším oddělení 95
6.3.7. Seniorita v současném zdravotnickém zařízení 97
6.3.8. Průměrný čistý měsíční příjem 99

6.4. Průběh a organizace výzkumu. 102
6.5. Užitá symbolika. 102
7. Výsledky výzkumu. 104
7.1. Základní výstupy Dotazníku spokojenosti zdravotních sester DSZS. 104
7.2. Základní výstupy dotazníku BM. 116
7.3. Vybrané koreláty. 119
7.4. Komparace u DSZS a BM. 125
7.5. K platnosti hypotéz. 132
8. Diskuze. 104
9. Závěr. 104
10. Souhrn. 104
11. Použitá literatura. 104
12. Přílohy. 104

Motto:

„Lidem můžete věnovat jen tolik energie, kolik jí máte na rozdávání.“

ÚVOD

„Poznej sám sebe!“ /Thalés/ (Laertios, 1995). Poznej smysl svého života. Nejdříve musí člověk proměnit sám sebe, teprve pak může pomýšlet na lepší společnost.

Ta věta v různých variantách, je prastarý a stále oblíbený únik všech, kteří si nevědí rady s odpovědí na palčivé otázky o stavu lidské společnosti. Ano, nejdříve musí člověk uzdravit sám sebe, a teprve pak se zlepší zdravotní, (ale i jiný) stav společnosti. Jenomže Homo sapiens sapiens se nezměnil po čtyřicet tisíc let. A lze předpokládat, že se hned tak nezmění, neboť polidšťování začíná v každé generaci znovu a v každé vždy znovu se musí začít z hlásanou změnou člověka k lepšímu. Společnost se však přesto mění, a často radikálně, dokonce beze stopy genetické změny jedince.

Výrok o nezbytnosti trvalé změny člověka před zlepšením společnosti prozrazuje o stavu naší mysli dvě věci: bezradnost a skepsi. Pochybovat o hodnotách, o možnosti pravdivého poznání, o kvalitách člověka a společnosti je dnes vysvědčením „modernosti“. Ale současně nejlacinější cestou jak se vyhnout pevnému úsudku.

Ostatně dnešní nedůvěra v racionalitu světa má dobrý argument: nedávnou minulost a nekonečnou řadu absurdit přítomné situace ve světě. V minulých desetiletích se systém arogantně vydávaný za vrcholnou stavbu rozumu dokonale zdiskreditoval. Chtěl „vědeckým“ řízením společnosti měnit člověka. Tedy přesně opačnou metodou, než hlásá heslo: ’Nejdřív jedinec, pak společnost.’

Odedávna lidé usilovali o dobrý život a uvažovali o tom, v čem vlastně tkví. Ostrosti pak tato otázka nabyla v Řecku se vznikem filosofie a jejího pojmového vyjadřování. Najít, co vlastně *eu-zein* znamená, a přidržet se toho, bylo hlavní pohnutkou každého, kdo se vymanil z obstarávání běžných věcí a kdo začal hloubat nad smyslem svého života. Hodně místa tomuto problému věnovali hippokratovští lékaři a ovšem i lékařským vzděláním vybavený Aristotelés. Aristotelovi je *eu-zein* totéž co *eu-daimonia* čili štěstí a snaží se najít pro to přesné pojmové vymezení. Jeho rozpaky nad tím, zda pravý *bios* je ten, jenž se věnuje kontemplaci, či práci pro obec, zda někdo dokonalého života dosáhne, či zda se k němu všichni jenom přibližují, zda okolnosti hrají při dosažení štěstí roli či nikoliv a podobně jsou pak signifikantní a ukazují, že jde o otázku mimořádně komplikovanou a obtížnou.

Jsme běžně zvyklí hovořit o kvantitě – délce života. Ta se uvádí jednoduše, číselně, např. počtem let. Tak je možné vyjádřit, jak dlouho žili ti, kteří již odešli, i jak dlouho existují ti, kteří dosud žijí. Jak však tomu je s kvalitou života?

Co se zde rozumí pojmem kvalita? Pohled do etymologického slovníku nám napovídá, že slovo „kvalita“ je odvozeno od latinského základu „qualitas“ – kvalita – či „qualis“ – jaký (viz. i slovo „kvalifikace“ odvozené od tohoto základu). Latinské „qualis“ je pak odvozeno od ještě hlubšího kořene „qui“ – „kdo“ (viz. otázku „kdo to je?“ – jakého charakteru je?).

Odpověď na otázku „co se rozumí kvalitou?“ je možné dát i sémanticky (významově). Kvalitou se rozumí „jakost, hodnota“ (obecně např. „dobrá až prvotřídní a nebo naopak špatná hodnota“) tj. charakteristický rys, jímž se daný jev odlišuje jako celek od jiného celku (např. život jednoho člověka od života druhého člověka).

Dá-li se kvantita, množství dní našeho života určit poměrně jednoduše, pak totéž není možné říci o určení kvality života. Známý je například výrok Aristotela v Etice Nikomachově (Aristotelés, 1995) o tom, že štěstí (a tím do určité míry i kvalita života) je něčím, o čem mají různí lidé odlišné názory. A nejen to. I tentýž člověk vidí v různých situacích života štěstí (a podobně i kvalitu života) v něčem jiném. Aristoteles říká: *„Když člověk onemocní, vidí štěstí ve zdraví. Když je v pořádku, jsou mu štěstím peníze.“* (Křivohlavý, 2002).

Téma své magisterské práce jsem si zvolila nikoli náhodně. Neboť motivace a syndrom vyhoření jsou úzce spjaty s psychologickým a sociologickým poznáním. Motivace lidí pracujících v pomáhajících profesích, mezi které patří i profese zdravotní sestry, bývá velmi obdobná – a tou je pomoc druhým lidem. Uvedené téma jsem si vybrala mimo jiné i proto, že diskuse o syndromu vyhoření dle mého názoru úzce zapadá do současné atmosféry, jež se vyznačuje důrazem na úspěch, výkon a vysokou míru individualizace. Charakteristickým znakem dnešní, sociology velmi často označované „moderní“ společnosti, je obdiv k materiálnímu bohatství úzké menšiny lidí, které je dnes a denně předváděno v médiích, reklamách a marketingu. Současně je velmi rozšířeným názorem, že na tomto penězi ocenitelném úspěchu obvykle neobdivujeme způsob, jakým bylo příslušného hmotného štěstí dosaženo, nýbrž ono „užívání si“, které je s materiálním nadbytkem spojeno. Zapomíná se velmi často na to, že člověk svého úspěchu může dosáhnout individuálními volbami mezi něž patří zejména volba vzdělání a volba zaměstnání.

Motivací pro jedince, jejíž volbou je pomáhající profese, je často pomáhání druhým lidem. Do této skupiny lidí patří i profese zdravotní sestry. Jejich vstup do nového povolání je často provázen velkým nadšením a ideály. V řadě případů si neuvědomují nebo si nepřipouští velké psychické i fyzické vypětí, spojené s jimi zvolenou profesí. Poměr mezi investicí do

pracovního úsilí a výkonu a ziskem z nich se snadno stane nerovným, pomáhající více vydává než dostává a emoční nebo osobní zisk z práce nemusí být tak velký, jak byl očekáván. Ve spojení velkých nároků s nízkým oceněním pak snadno dochází k jevu, pro který se u nás vžil pojem „syndrom vyhoření.“ Ukazuje se, že se objevuje jako problém v již zmiňovaných pomáhajících profesích, kde postupně dochází nejen ke zhoršení zdravotního stavu pracovníků, ale také ke zhoršování poskytované péče. Přestože se toto téma týká celé řady různých profesí (kromě zdravotníků taky sociálních pracovníků, učitelů, policistů, soudců a dalších), budeme se dále zabývat pouze zdravotnictvím, a to ponejvíce problematikou vyhoření u zdravotních sester.

Samo téma vyhoření není ve zdravotnictví neznámým pojmem. Ve světě se jeho výzkumu věnují asi 30 let, u nás je tomuto tématu intenzivněji věnována pozornost posledních asi 10 let. Syndrom vyhoření byl u nás zpočátku spíše okrajově zmiňován ve zdravotnické literatuře. Zatím jediná monotematická publikace autora J. Křivohlavého vyšla v roce 1998. V současnosti stále narůstá zájem o tento fenomén, který se projevuje vzrůstajícím počtem časopiseckých článků autorů ze zdravotnické praxe i studentských závěrečných prací na různých úrovních vzdělání.

Předmětem této magisterské práce je problematika motivace a syndromu vyhoření u zdravotních sester, resp. Zdravotnických pracovníků vykonávajících nelékařské zdravotnické povolání.[1]

Práce ve zdravotnictví patří mezi nejnáročnější oblasti lidské činnosti, protože jejím obsahem je péče o zdraví, tj. hodnotu, která má pro většinu z nás klíčový význam a byť si to mnohdy neuvědomujeme, je základní podmínkou spokojeného života. V moderní civilizaci představuje zdravotnictví oblast, která zajímá velkou část populace, ať už z hlediska léčení nemocí, které právě život v civilizaci přináší, nebo z hlediska prevence zdraví, až po nutnost věnovat se nemocem a potížím stále více stárnoucí populace, v níž přibývá lidí vysokého věku. Zdravotnictví jako výsostně pomáhající profese klade vysoké požadavky na výkon a zodpovědnost, přináší zdravotníkům zátěže v podobě chronických stresů, tlaku na neustálé vzdělávání, očekává vysoké pracovní nasazení lékařů a sester. Z dob socialistického zdravotnictví si nese s sebou i požadavek veřejnosti na vždy dostupnou, vysoce odbornou a pokud možno bezplatnou pomoc. S profesí zdravotní sestry je spojeno dennodenní setkávání

[1] Pro tyto pracovníky byl dříve vžitý termín „střední zdravotnický personál.“ Označení „zdravotnický pracovník vykonávající nelékařské zdravotnické povolání“ vychází ze současného platného zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, který činnost a postavení příslušných pracovníků upravuje.
Pro moji práci však není podstatná stoprocentní terminologická návaznost na platné právní předpisy, a proto v jejím textu převážně používám hovorový a vžitý termín „zdravotní sestra“ nebo „zdravotník“.

se s utrpením i umíráním. Péče o pacienty je spojena s nezměrnou dávkou stresu a emočního vypětí. Avšak i zdravotníci jsou jen lidé, kteří mohou v důsledku stresových situací chybovat, a případné jejich omyly mohou mít na život či zdraví pacienta fatální následky.

Cílem této magisterské práce je nastínit základní problematiku práce zdravotních sester, dále některých determinujících činitelů péče o nemocné, zjistit strukturu postojů k vybraným aspektům práce, míru spokojenosti s vlastní prací a zmapovat výskyt syndromu vyhoření u zdravotních sester.

Práce je rozdělena do dvou částí, na část teoretickou a část výzkumnou. Teoretická část je zaměřena především na oblast pracovní motivace, pracovní spokojenosti a syndromu vyhoření. Pojednává o současných sociálních a psychologických problémech ve zdravotnictví, popisuje práci zdravotních sester z hlediska jejich osobního pohledu a rolí, jejich vztahy k lékařům a pacientům. Závěr teoretické části se zabývá samotným syndromem vyhoření, jeho příznaky a základními metodami prevence.

Výzkumná část prezentuje průběh a výsledky výzkumu, který zjišťoval strukturu postojů k vybraným aspektům práce, míru spokojenosti s vlastní prací, úroveň výskytu syndromu vyhoření u zdravotních sester se specializací a bez specializace na různých odděleních a operačních sálech a potencionální zdroje jejich vyhoření.

Smyslem této práce je rovněž nalezení cesty k pochopení každodenních problémů zdravotních sester i k pochopení příčin jejich stresu a případného burnout syndromu vzhledem k tomu, že se promítá i do postojů a způsobů chování souvisejících s výkonem pracovní činnosti. Odhalením některých faktorů, které negativně ovlivňují pracovní výkon zdravotních sester, lze přispět ke zlepšení jejich pracovních podmínek a tím i ke zkvalitnění samotné ošetřovatelské péče.

T E O R E T I C K Á Č Á S T

1. Aktuální sociální a psychologické problémy ve zdravotnictví

Mohlo by se zdát, že úvaha o vývoji medicíny 21. století nemá souvislost se stresy zdravotníků. Jedinci, kteří si toto myslí, se pokusím ve své práci přesvědčit o opaku. Medicína na přelomu století, resp. vstupem do třetího tisíciletí přinese i zdravotníkům stresu velice mnoho. Zejména nebo přinejmenším těm, kteří budou nejen odborně, ale i morálně odpovědní.

Moje přesvědčení vychází z jednoduché definice stresu uvedené v Encyklopedickém slovníku z roku 1993: *„Stres je zátěž, funkční stav, ve kterém se nachází organismus při mobilizování obranných či nápravných dějů. Vlivem stresorů se rozvíjí řetěz reakcí, které mají charakter nespecifické adaptační reakce“* (Kubišová, 1993). Není tedy pochyb o tom, že v budoucí medicíně bude stresorů, zvláště psychického charakteru, přibývat a že zátěž organismu zdravotníků mobilizaci oněch obranných a nápravných dějů vzroste.

Osou mé úvahy je myšlenka de Bois Reymondova: *„Dějiny vědy jsou skutečnými dějinami lidstva“* (Krupička, 1996). Platí to i pro dějiny medicíny. Je zarážející, jak málo se o ně lidé, včetně zdravotníků samých, zajímá. A tak zatímco téměř každý ví o válkách a usurpátorech, které a kteří způsobili utrpení a smrt miliónů lidí, neví téměř nikdo o objeviteli inzulínu nebo objeviteli vakcinace proti neštovicím, kteří naopak milióny životů zachránili.

Ze stručného historického exkurzu do dějin medicíny můžeme konstatovat, že humorálně – patologické pojetí medicíny traktované empiricky. tj. postupným shromažďováním zkušeností, vydrželo 2000 let. Koncept současné moderní medicíny redukovaný na přírodní modely se udržuje 100 – 150 let. Lze tedy předpokládat, že medicína 3. tisíciletí bude založena antropologicky – tedy k „celému“ člověku – a orientovaná ekologicky a že se stane supersystémem, protože bude rozhodujícím faktorem ekonomickým, psychosociálním a politickým.

Jako východisko k výše naznačenému nám může posloužit strohé varování Světové zdravotnické organizace: *„Hrozí celková zdravotní katastrofa a mohlo by se zničit vše, čeho zdravotní péče už dosáhla.“*

Příčin tak naléhavě vyjádřené obavy je mnoho. Za jednu z nejpodstatnějších můžeme považovat paradoxní skutečnost, kterou Arthur Bloch ve své knížce Murphyho zákon označil jako třetí Parkinsonův zákon: *„Rozrůstání plodí složitost a*

složitost plodí zánik“ (Bloch, 1999). To platí pro kvantitu i kvalitu, jak to vyjádřil výstižně Konrád Lorenz: *„Pokud se lidstvo zahubí samo, nemusí k tomu dojít udušením, nedostatkem kyslíku, likvidací mořských řas a deštných pralesů a také ne proto, že se postupně vystavujeme nebezpečí radioaktivity. K zániku lidstva úplně postačí, když se moderní člověk zbaví všech morálních hodnot. Před tímto nebezpečím musíme varovat stejně důrazně jako před elementárním ohrožením životního prostředí, které je výsledkem naší civilizace“* (Krupička, 1996).

Rudolf Firkušný, světově proslulý český pianista, napsal nedlouho před svou smrtí (1994): *„Život je největší a nejvyšší kriterion. Právě dnes, kdy leckdy dochází ke ztrátě hodnot, k nežádoucímu posunu měřítek“* (Krupička, 2008). Z mnoha oborů zabývajících se životem patří medicína mezi ty, které mají ke konkrétnímu životu jedince i celé společnosti nejblíže. Lékař i sestra byli vždycky svědky nejen malých (osobních), ale i velkých (společenských) scén života, byli důvěrníky života a smrti. Současný stav je nutí zabývat se nejen vlastní lékařskou praxí, ale etickou problematikou veškerého života na Zemi, tedy bioetikou. A i když na ní bude mít jiný pohled biolog, technik, filosof a kněz, politik, ekonom, podnikatel i prostý občan než-li zdravotnický pracovník. Odlišný může být pohled zdravého a nemocného, vzdělance a člověka neškoleného; navíc pak přesvědčení jedince a názor většiny a veškeré tyto spory odsouvají do pozadí uvedená varování.

Zdravotnická morálka je jistě v přesvědčení veřejnosti akcentována a daleko kritičtěji sledovaná než profesní morálka ostatních oblastí lidské činnosti. Principiálně tu však dost dobře nemůžeme hledat rozdílu. Pro všechny je mravnost přece vrozeným, dřímajícím potenciálem, ovlivňovaným různými okolnostmi, z nichž některé působí pozitivně a jiné negativně. Ovšem zdravotnictví je citlivý systém podléhající podstatně důkladněji a přísněji kritice. Bohužel se i v něm odráží celkový stav společnosti, ne tedy jen ekonomická a sociální, ale také mravní úroveň. Medicína nemůže být lepší než společnost, ve které se nachází. Lékař a samozřejmě i sestra, dnes vychovaní víc matematicko-fyzikálně než biologicko-humanisticky, nejsou připraveni se bránit úspěšným organizátorům výroby a obchodu. A ani morální výrobní dovednosti současné pragmatické společnosti nelze rázem a bez rozmyslu aplikovat do léčebné péče. Nestačí vychovat zručné opraváře lidských strojů už proto, že víme, že dnešní „továrny na zdraví“ jsou často opakem potřebné vlídnosti. Na přelomu 18. a 19. století napsal německý básník a prozaik Novalis: *„Chtějí-li lidé udělat jeden krok vpřed k ovládání vnější přírody uměním organizace a techniky, pak*

musejí napřed udělat tři kroky k etickému prohloubení do vlastního nitra. Neučiní-li tak (už dopředu), povstane z tzv. pokroku neštěstí“ (Krupička, 2002). Jsme, bohužel, všude kolem sebe svědky pravdivosti této morality, a proto bychom se měli pokorně vrátit k Senecovu *„mravům nejprve uč, pak teprve moudrost“* (Krupička, 2005).

K mravnosti ovšem musejí být vždycky nejméně dva. Mravnost totiž zevně doprovází etiketa, tj. souhrn pravidel uznávané formy společenského chování. Etika v lékařství shrnuje formy chování mezi lékařem, sestrami a pacientem, ale také mezi lékaři navzájem i jejich spolupracovníky. Jen nerada konstatuji, že chování pacientů k nám – sestrám a lékařům je často zavrženíhodné a někdy až otřesné, a tedy pro zdravotníky stresující; a to pomíjím takové složky chování, jakými jsou neuposlechnutí léčebných pokynů, svévolně chybné užívání léků či přerušení jejich užívání. Za varující považuji i to, že špičkové jedince schopné lékařského výzkumu i léčebné praxe výhodnějšími ekonomickými nabídkami přetahují na volném trhu s lidskými mozky průmyslové či obchodní instituce. K tomu se hodí poznámka francouzského prozaika a dramatika André Gidea v jeho deníku: *„Mezi těmi, kteří se těší neotřesenému zdraví, jsem ještě nepotkal nikoho, který by nebyl určitým způsobem omezený, asi jako lidé, kteří nikdy necestovali“* (Krupička, 2008).

Sumou všeho toho, co jsem zmínila, je to, čemu se dnes s oblibou říká kvalita života. Kvalita života ve zdraví i v nemoci. Je to pojem obtížně definovatelný, poněkud nadzemský, protože naprosto individuální. Dokonalé zdraví není mírou kvality života, i život s handicapem může být kvalitní, ba kvalitnější než život ve zdraví. Proto není šablonovitá medicína medicínou optimální, a proto nemohou být výsledky léčby (či klinického pokusu) a délka přežití úměrné kvalitě přežití. Ve statistikách výsledků se na to zhusta zapomíná.

Každý z nás občas potřebuje využít služeb zdravotníků, a to i v případě, nemáme-li žádné závažné zdravotní problémy. Zdravotnictví stejně jako každá jiná oblast lidské činnosti prochází v dnešní dynamické době velmi rychlými změnami a celkovým vývojem. To samozřejmě s sebou nese vyšší nároky také na povolání a vzdělání zdravotní sestry.

Na nás všechny zdravotníky – zdravotní sestry nevyjímaje – současná doba klade zvýšené nároky pracovní, fyzické i psychické. Kdykoliv takto uvažuji, s chutí si vzpomenu na publikaci akademika prof. MUDr. Josefa Charváta (1974) „Člověk a jeho svět“ ve které profesor v podstatě říká, že člověk je neuvěřitelný, vlastně se všemu – nebo téměř všemu – přizpůsobí. Dále pan profesor vzpomíná na svoji

maminku, která si napsala do svého deníku v roce 1920 – že se jí nechce vracet se do té auty zamořené Prahy, plné hlomozu a neklidu. Můžeme říci, že každá doba má své zátěže a neklidy. Pokud vycházíme z reality konce 20. století, resp. začátku třetího tisíciletí zdravotní sestry jsou skutečně velice zatěžovány rozmachem současného zdravotnictví. Jenom celá dlouhá řada nových vyšetřovacích metod, na které pacienti musí být cíleně připravováni, obsluhování přístrojů, antidekubitální pomůcky, pomůcky pro postižené aj. Pozvolna prorážíme s novým pojetím ošetřovatelské péče, s přípravou jejich standardů. Role sestry v současné struktuře našeho zdravotnictví lze rozdělit, mimo jiné, podle jejich funkce, kvalifikace, přístupu k nemocným a angažovanosti. Nové obecné závazné právní předpisy ukládají stále vyšší požadavky na vzdělání, ale i praktická organizace ošetřovatelské péče podřizuje sestry jednak lékařům na jedné straně a ošetřovatelskému managementu a administrativě na straně druhé. Zdravotní sestra má například celou řadu povinností týkajících se vedení zdravotnické dokumentace, ošetřovatelských deníků, opiátových knih apod. a musí zároveň splňovat standardy ošetřovatelské péče a ošetřovatelského procesu. Klasickým a aktuálním příkladem vyššího důrazu na roli zdravotní sestry v rámci zdravotnického systému je skutečnost, že povinnost informovat pacienta o zdravotním stavu a poskytované péči nemá již výhradně lékař, nýbrž o úkonech, jež spadají do ošetřovatelské péče a sestra k nim je odborně způsobilá, může pacienta informovat i ona samotná.[2]

„Významným stresujícím faktorem mající vliv na péči o nemocné je rovněž odpovědnost lékaře, resp. zdravotní sestry při poskytování ošetřovatelské péče. Vždyť zdraví a život člověka stojí vždy na předním místě v žebříčku životních hodnot jedince i celé společnosti. Jeho ochrana je zakotvena v právních předpisech nejvyšší právní síly. Odpovědnost zdravotnických pracovníků všech odborností i funkčních kategorií je proto zdůrazňována jak v rovině práva, tak v oblasti etiky. Kritéria pro chování zdravotnických pracovníků jsou daleko přísnější a sankce tvrdší, než je tomu u jiných profesí, a je to zakotveno též v zákoně. Kupříkladu trestný čin ublížení na zdraví pod vlivem alkoholu, který spáchal lékař nebo sestra, nebo porušení povinné mlčenlivosti jsou společností hodnoceny a posuzovány daleko kritičtěji, než když stejný čin spáchá nezdravotník.

[2] Srov. nově formulovaný § 23 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu v platném znění.

Soubor všech výše uvedených faktorů a jejich vzájemné prolínání činí z povolání zdravotní sestry nesmírně náročný a komplikovaný souhrn povinností, které musí zdravotní sestra bezezbytku splnit. Její činnost je přesně normována a upravena právními předpisy či jinými metodickými opatřeními. Za případné pochybení se na zdravotní sestru souběžně vztahuje několik druhů právní odpovědnosti – od občanskoprávní odpovědnosti za náhradu škody, přes odpovědnost pracovněprávní dle zákoníku práce až po odpovědnost trestní“ (Vondráček, Vondráček, 2006).

V očích laické veřejnosti je obraz profese lékaře a zdravotní sestry vnímán jako obraz jedince s vysokým společenským kreditem, který si nemůže dovolit jakkoliv chybovat, neboť pečuje o to nejcennější co člověk má – a to je lidský život a zdraví.

Role zdravotní sestry nejen že prodělala složitý vývoj v minulosti, ale podstatně se mění i dnes. Dosažení i udržení standardu péče vyžaduje na sestrách nové dovednosti, které se nepožadovaly v minulosti. Tyto dovednosti jsou v mnoha směrech jiného řádu, než byly požadavky dřívější. „*Jde o širší spektrum dovedností, a to zejména ve vztahu k sociálním problémům, které obklopují a provázejí stále více nemoc a zdraví jedince nebo skupiny*“ (Bártlová, 2005).

Naplňování role sestry ztěžuje především to, že je svou povahou vnitřně konfliktní. Zdrojem tohoto vnitřního konfliktu může být skutečnost, že zdravotníci mají pro svoji práci přesně stanovené normy, ale uplatňují je v jedinečných situacích. Osvojování si role nelze ani vzhledem k povaze práce dostatečně kontrolovat. Navíc sestry zastávají řadu „dílčích“ rolí, které naplňují v komplikovaných pracovních podmínkách, ve kterých se musí sestra dobře orientovat a nutné kroky učinit.

2. Postavení a role zdravotní sestry

2.1. Historické souvislosti

Jen málo povolání prodělalo v relativně krátkém údobí takové změny jako profese sestry. Prvotně se formovala na půdě charitativních institucí, středověkých hospitalů, které byly určeny k poskytnutí útulku a nejzákladnější péče pro jednotlivce z řad chudiny, o které se nemohla postarat rodina. Pod jednou střechou bylo pečováno o vdovy, nemocné, sirotky, staré a opuštěné. Jednalo se o charitativní (dobročinnou) činnost, stojící výlučně na náboženském základě, prováděnou převážně církevními řády. Samotný charakter péče v hospitalech nevyžadoval odbornou přípravu personálu.

Od první poloviny 19. století se začaly hospitaly diferencovat na chudobince, nemocnice (špitály), starobince, sirotčince. Ale v těchto institucích neprobíhalo i nadále léčení za účasti lékaře, zachovávaly si původní charitativní charakter. Teprve v druhé polovině století proniká do nemocnice racionální medicína a postupně se do nich přesouvá jak těžiště lékařské činnosti, tak i medicínského poznání. Tímto vývojem byl položen i základ k novodobé profesi sestry. *„Lékař potřeboval ke své činnosti pomocníka schopného odborné komunikace a racionálního jednání při ošetřování nemocných*“ (Křivohlavý, 2002).

K pochopení vývoje role sestry je potřebné připomenout dvě skutečnosti. První spočívá v tom, že nemocnice do té doby byly určeny pouze pro chudinu, zatímco majetné vrstvy dávaly přednost stonání v rodině. To platilo jednoznačně do první světové války. Teprve po druhé světové válce se staly nemocnice místem nejkvalifikovanější lékařské pomoci. Druhou skutečností je, že novodobé nemocnice vznikaly převážně místně i personálně z dřívějších špitálů, a proto zcela přirozeně na ně byla přenášena charitativní hlediska. proto byla sociální role nově vznikající profese civilních sester jakýmsi kompromisem dvou časově po sobě následujících subkultur: nábožensko-charitativní a medicínsko-racionální. Tato zátěž podstatně ovlivnila podobu profese sestry na dlouhou dobu.

V posledních desetiletích se s rozvojem moderní společnosti ošetřovatelství a sestra posunuly kupředu spolu s ostatními zdravotnickými profesemi. V. Hendersonová, která významně ovlivnila ošetřovatelství v polovině minulého století, vidí základní funkci sestry v tom, že *„pomáhá zdravému či nemocnému člověku v provádění činností týkajících se zdraví a jeho ochrany, a to v situaci, kdy toho není sám schopen a nemá potřebnou sílu, vůli nebo znalosti“* (Venglářová, Mahrová, 2006).

2.2. Profesní úloha a postavení zdravotní sestry

Tradičně byla sestra považována za člena týmu, který poskytuje základní (fyzickou) péči pacientům. Nepochybně to je a bude i nadále hlavní funkcí ošetřovatelství. Vznikly však a stále se rozšiřují nové odpovědnosti. Vycházejí z orientace profesní činnosti sester na celek lidského zdraví. Do popředí se dostávají činnosti ve vztahu k mentální hygieně, kdy jde o pomoc, kterou sestra poskytuje pacientovi při zdolávání nemoci nebo mu pomáhá se s ní vyrovnat, dále činnosti spojené s funkcí vychovatele, neboť nejjednodušší léčení se může stát zdrojem napětí a stresu, a konečně činnosti spojené s rozšiřováním odborné funkce sestry ve zvyšování úrovně léčebné péče i v její účasti na rozvoji ošetřovatelské teorie.

V posledních letech je v materiálech Světové zdravotnické organizace věnována pozornost problematice ošetřovatelství a postavení sestry v systému zdravotní péče. V těchto materiálech se velmi často objevuje požadavek na profesionalizaci sestry. Také u nás se často užívají termíny „profesionální ošetřovatelství“ a „profesionální ošetřování“.

Ze sociologického hlediska lze profesi nazvat jako povolání, odbornost nebo odbornou přípravou na požadované povolání.Pojem profese se vztahuje především k pracovním rolím. Hlavním společným jmenovatelem pracovních rolí je omezený a regulovaný přístup k jejich výkonu. Například lékařem se může stát jen ten, kdo úspěšně absolvoval zpravidla šestileté univerzitní studium. Toto studium zahrnuje teoretické i vědecké složky medicínského vědění a obsahuje závazek celoživotního vzdělávání. Odborná příprava zdravotních sester ve vyspělých průmyslových zemích, ale i v ČR je podle zákona[3] zpravidla tříletá a obsahuje rovněž závazek celoživotního vzdělávání. Jakými znaky tedy můžeme profesi zdravotní sestry vymezit?

Profese zdravotní sestry je charakterizována následujícími znaky:

- *„Existencí systematické teorie, o kterou se opírá stránka výkonu profese. Osvojení profese vyžaduje zvládnout teorii, jež je s výkonem profese spjata. Studium musí být prováděno určitou společensky uznávanou formou a je zpravidla legislativně upraveno. Z tohoto znaku plyne, že pracovník jedné profese nemůže být nahrazen pracovníkem jiné profese, aniž by si osvojil další jinou kvalifikaci.*

[3] Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

- *Profesní autoritou, jež vychází z ovládnutí vědomostí, jimiž běžný laik nedisponuje. Je schopen určit, co jeho klient potřebuje a naopak co mu škodí.*
- *Systémem profesních asociací plnících více funkcí, především pečující o růst kvalifikace svých členů. Tím systémem je posilován monopol na odbornou kompetenci.*
- *Profesní etikou normující vztahy odborníka vůči klientům i vzájemné vztahy mezi kolegy v profesi. Obsahem je například zákaz zneužívání vlivu nad klientem k prosazování vlastních zájmů, snižování autority kolegů před klienty apod.*

Existují i další znaky profesí, např. neostré ohraničení pracovní doby a volného času, pocit závaznosti činící z výkonu profese něco víc než jen prostředek pro získávání obživy apod". (Bártlová, 2005).

Sestra v České republice splňuje nesporně všechny uvedené znaky profese. Povolání sestry je tedy profesí a její hlavní činnost – ošetřování – je také profesionální.Problémem u nás není ani sama profesionalizace jako taková, ale úroveň, které nyní dosahuje. Proto se nabízejí otázky, zda je adekvátně ošetřena úloha a postavení sestry ve stávající legislativě (v zákonech, vyhláškách, směrnicích, řádech apod.). Dále, jaké má sestra podmínky pro efektivní výkon svých profesionálních úloh, do jaké míry kooperující profese a pacienti respektují její odbornou kompetenci, jakou úroveň mají kooperující vztahy, jaké postoje má veřejnost k profesi sestry, jaká prestiž se jí připisuje a řada dalších otázek. Na tyto otázky nelze dnes dát jednoznačné odpovědi především proto, že celý zdravotnický systém se nachází v souvislosti s širším společenským rámcem v procesu hlubokých změn.

2.3. Osvojení si role zdravotní sestry

Role sestry nejen, že prodělala složitý vývoj v minulosti, ale podstatně se mění i dnes. Dosažení a udržení standardu péče vyžaduje na sestrách nové dovednosti, které se nepožadovaly v minulosti. Tyto dovednosti jsou v mnoha směrech jiného řádu, než byly požadavky dřívější. Jde o širší spektrum dovedností, a to zejména ve vztahu k sociálním problémům, jež obklopují a provázejí stále více nemoc a zdraví jedince nebo skupiny.

Poznání vlastní role je u sestry nadmíru důležité, protože jen její dokonalé osvojení (internalizace role) může vyloučit na jedné straně rigorózní vázání se na pravidla a na druhé straně nedomyšlené a lehkomyslné porušování pravidel a chování.

Sociologicky participuje role sestry na základní orientaci lékaře. Platí pro ni vzory chování uvedené u role lékaře, a to: funkční specificita, univerzalismus, kolektivní orientace a emocionální neutralita. Není tedy proto nutné znovu tyto čtyři aspekty popisovat, neboť paralely jsou evidentní. To však, že pro roli lékaře a roli sestry platí stejné vzory, může vyvolat námitku, že v sociologickém poznání nelze dostatečně diferencovat mezi lékařem a sestrou. Může se dokonce tvrdit, že v takovém případě sestra může převzít roli lékaře a naopak, což by však byl naprosto chybný výklad. Běží zde o to, že základní orientace jednání zůstává u lékaře a sestry ve specifických činnostech stejná, liší se však zásadně podle věcně – specifického (odborného) obsahu činnosti. To znamená, že se zcela liší odborné kompetenční pole lékaře a sestry.

Podat charakteristiku podoby role sestry z hlediska skladby činností, je velice složité. Příslušníci jednoho povolání nevykonávají totiž stejné činnosti, plní úlohy odborně, kvalifikačně i funkčně v různé podobě, skladbě i rozsahu. Povolání sestry tvoří celý systém společenských rolí, které jsou různě horizontálně i vertikálně členěné. Při charakteristice činností sestry nejde o vystižení všech úkonů, ale i o vystižení činností funkčně odlišných, jejichž souhrn tvoří základ role sestry. Znamená to, že se jedná o činnosti, které musí být každá sestra připravena aktivovat, i když momentálně je nepotřebuje pro výkon té role, kterou zastává.

Správné osvojení si role zdravotní sestry může vyloučit nezdary ve zdravotní péči i poškození pacienta[4] a může omezit porušování povinností vyplývajících z činnosti zdravotní sestry.

„Zdravotní sestra si především musí osvojit následující role:

- *ošetřovatelsko – pečovatelská,*
- *expresivní (emocionální),*
- *výchovná,*
- *instrumentální (technická),*
- *poradenská (vůči pacientu, rodině, veřejnosti atd.),*
- *podpora a výchova ke zdraví (prevence),*
- *organizace a administrativa“* (Bártlová, 2005).

[4] K poškození pacienta nemusí dojít vždy jen použitím nesprávného léčebného či ošetřovatelského postupu nebo použitím nesprávného nebo nekvalitního zdravotnického materiálu či přístroje (postup *non lege artis*), ale poškození (zejména psychické) může nastat i vlivem nevhodné osobnostní stránky zdravotníka. Skutečnost, že při tomto druhém „typu“ poškození se případná právní odpovědnost vůči zdravotníku vyvozuje velmi obtížně, je nabíledni. I z tohoto důvodu by se po osobnostní stránce povolání zdravotní sestry měla věnovat zvýšená pozornost.

Centrálním kritériem realizace profesionální role sestry je její vlastní výkon. Z psychologického hlediska je rolová adaptace zvláště obtížná. Normativním jádrem role sestry je – jak bylo již uvedeno – univerzalismus a kolektivní orientace. To znamená, že sestra je zásadně aktivovatelná vůči každému, koho je možné definovat jako chorého; je schopná zanedbávání vlastních zájmů, sebezapření, ochotná k obětem ve prospěch opatrovaného. Přitom ale vyšla z prostředí, které není takto kolektivně orientované, její návyky a postoje byly převážně individuální. Není ani jednoduché osvojit si emocionální neutralitu, která se nechápe jako nepřítomnost citů, ale jako ovládnutí citů. To vše nelze uskutečnit jednorázovým aktem adaptace na roli sestry. Vyžaduje to značnou vnitřní energii duševních sil, silnou motivaci a stálý trénink a vzdělávání se. Tím více, že jde o profesi, jejíž funkce a podoba se neustále mění vzhledem k měnícím se potřebám zdraví a nemoci, struktury populace a úrovně pravidel kultury nejen ve společnosti, ale i v jednotlivých regionech a skupinách obyvatelstva.

Jak již bylo uvedeno výkon role sestry je značně komplikovaný nejen mnohostranností a různorodostí „dílčích“ rolí, ale i komplikovaností pracovních podmínek, ve kterých se výkon role odehrává. Stále častěji je diskutován u zdravotních sester syndrom vyhoření – čímž je označován stav masivního vyčerpání, který je pociťován jako vyprahlost, vyhaslost a je již studován více než 20 let. Syndromu vyhoření bude věnována zvláštní kapitola této práce.

2.4. Celoživotní vzdělávání zdravotních sester

Pro člověka má významnou hodnotu zdraví, jež představuje základní potenciál pro společnost. Pro společnost, která pro rozvoj v oblasti sociální i ekonomické potřebuje lidi zdravější. Lepších životních i pracovních podmínek, kvalitnější zdravotní péče i zkvalitnění sociální ochrany lze dosáhnout vzdělaností široké veřejnosti, ale především díky vysoké odborné vzdělanosti zdravotnických pracovníků. Pro zvýšení kvality zdravotní péče je nezbytné, aby zdravotničtí pracovníci měli nejen kvalitní odbornou způsobilost k výkonu povolání, ale aby se současně celoživotně vzdělávali.

Na jedné straně je zde snaha o zvyšování odbornosti, na straně druhé je nutné udržet holistický přístup v ošetřovatelství. Jde o širší spektrum dovedností, zejména ve vztahu k psychosociálním problémům, jež stále více obklopují a provázejí nemoc a zdraví jedince nebo celých skupin. Je nutné, aby sestry měly psychologické vědomosti, dovednosti a především praktické zkušenosti z poznávání a porozumění sebe sama. Maximální měrou je

nutné podpořit jejich schopnost komunikace, empatie, respektu a týmové spolupráce. Osvojení těchto dovedností je společně s požadovanou odborností předpokladem úspěchu v dalším profesním životě, dalšího rozvoje a schopnosti plnit stále větší nároky, jež jsou na sesterskou profesi kladeny.

Ve vyspělých zemích prochází zdravotnictví zásadními změnami, jejichž součástí je proměna pojetí ošetřovatelské péče, na níž se rozhodující měrou podílí obor ošetřovatelství a sestry jako jeho představitelky. Očekává se tak od nich, že změní ošetřovatelskou péči tak, aby dosáhly cílů nové koncepce a strategie ošetřovatelství „zdraví pro všechny“, vyžaduje to také i zcela nový způsob profesní přípravy zdravotnických pracovníků. Česká republika vstupem do Evropské unie klade na všeobecné sestry řadu nových požadavků. Mezi nejdůležitější změny ve vzdělávání, na základě zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče v platném znění (dále jen „zákon“), patří změny v oblasti pregraduálního a postgraduálního vzdělávání všeobecných sester tak, aby bylo v souladu s direktivami a doporučeními EU. V praxi to znamená postupný přechod k vysokoškolskému typu vzdělávání a k povinnosti celoživotního vzdělávání.

Obsah a metody vzdělávání jsou založeny na nejnovějších poznatcích v oboru a jsou zaměřeny na dosažení příslušných způsobilostí k výkonu povolání. Základem osnov je primární péče, která připravuje sestry na profesi, jež zahrnuje nejen nemocniční péči, ale i práci v terénu. Vedle odborných znalostí z biologie a medicíny musí všeobecné sestry znát a rozumět i psychosociálním aspektům zdraví, významu zdravého sebepojetí a sebeúcty pro duševní a tělesné zdraví. Musí si uvědomovat rozdíly v individuálním prožívání a zvládání stresových situací, ve vyrovnávání se smutkem, nemocí, ztrátou, smrtí apod. Opakovaná a dlouhodobá setkávání se s intimitou pacienta a prožívání zátěže plynoucí z intenzivního kontaktu s lidmi, kteří sami jsou ve stresu, klade značné nároky na osobnost sestry. Od ní se očekává, že bude kromě odborné náplně práce schopná pomáhat pacientovi zvládat jeho těžkou životní situaci. Vzdělávání sester je proto zaměřeno na individualitu člověka, jeho příslušnost ke konkrétní rodině, partnerovi, sociální skupině či komunitě.

V předchozí kapitole bylo uvedeno, že zdravotní sestra byla v tradičním pojetí považována za člena týmu, jenž poskytuje základní (fyzickou) péči pacientům. Aby mohla vykonávat uvedenou péči kvalifikovaně, musí mít odpovídající vzdělání. Vzhledem k tomu, že ve své diplomové práci (výzkumné části) porovnávám data sester se specializací a bez specializace, pokusím se v této podkapitole nastínit systém vzdělávání zdravotních sester.

Stejně tak jako profese lékařů, je i profese nelékařských zdravotnických povolání ošetřena zákonem. Nelékařská zdravotnická povolání, pod která patří všeobecná sestra, reguluje zákon 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče v platném znění.

Shora uvedený zákon výrazně změnil systém vzdělávání a práce sester, a to zejména ve třech následujících oblastech.

První změna se týká názvu některých profesí a ustanovení nových odborností (kupř. dietní sestra se nově nazývá nutriční terapeut a zcela novým fenoménem se stala profese zdravotního asistenta.

Další, a z našeho pohledu nejvýznamnější změnou, je posun výuky sester ze střední školy na školy vysoké nebo vyšší odborné. Střední zdravotnické školy nyní vzdělávají nikoliv zdravotní sestry, ale zdravotnické asistenty. Školní rok 2003/2004 byl posledním rokem, kdy na SZŠ zahájili studium žáci, kteří tam získali odbornost všeobecné sestry. V roce 2008 již v rámci shora uvedené změny odmaturovali první zdravotničtí asistenti.

Poslední, z našeho pohledu bychom mohli říci, nejzávažnější změnou, zasahující do praxe každé zdravotní sestry, je tzv. „registrace“. Jedná se o proces, během něhož získá nelékařský zdravotnický pracovník osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu. Pojem odborný dohled je zákonem přesně vymezen. *„Za výkon povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu se považuje výkon činností, ke kterým je zdravotnický pracovník způsobilý na základě indikace lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta a které provádí bez ohledu na přítomnost nebo dosažitelnost rady a pomoci lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta. Součástí výkonu povolání bez odborného dohledu je též kontrolní činnost podle zvláštního právního předpisu, vyhlášky č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v platném znění. Kontrolní činností se rozumí provádění odborného dohledu nad osobami, které osvědčení dosud nezískali nebo mohou pracovat pouze pod dohledem, např. zdravotnický asistent.“* (Praktikus, 2008).

Z výše uvedeného tedy vyplývá, že pouze držitel registračního osvědčení může vykonávat stanovené činnosti samostatně. Pro získání osvědčení musí splnit zdravotnický pracovník podmínky dle zmíněného zákona. Musí mít příslušné vzdělání, být zdravotně způsobilý, trestně bezúhonný, splnit určitou délku praxe a doložit, že se celoživotně vzdělává

Z hlediska našeho tématu se nyní dotkneme celoživotního vzdělávání. Citovaný zákon č. 96/2004 Sb. stanoví, že za celoživotní vzdělávání se považuje „průběžné obnovování,

zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v příslušném oboru v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky.“ Celoživotní vzdělávání je povinné pro všechny zdravotnické pracovníky a jiné odborné pracovníky.

Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních současně stanoví, jaké jsou formy celoživotního vzdělávání.

Formy celoživotního vzdělávání:

► specializační vzdělávání,

► certifikované kurzy,

► inovační kurzy v akreditovaných zařízeních, jež jsou akreditována pro vzdělávací program, kterým se získává odborná, specializovaná nebo zvláštní odborná způsobilost pro konkrétní činnosti, v nichž si má zdravotnický pracovník obnovit znalosti a dovednosti; inovační kurzy pro činnosti, jež jsou součástí odborné způsobilosti, mohou pořádat také zdravotnická zařízení, která zajišťují praktické vyučování pro střední, vyšší odborné nebo vysoké školy v příslušném oboru,

► odborné stáže v akreditovaných zařízeních, jež jsou akreditována pro vzdělávací program, kterým se získává odborná, specializovaná nebo zvláštní odborná způsobilost pro konkrétní činnosti, v nichž si má zdravotnický pracovník stáží prohloubit znalosti a dovednosti,

► účast na školících akcích, konferencích, kongresech a sympoziích, pokud tak stanoví právní předpis upravující kreditní systém pro vydávání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků,

► publikační, pedagogická a vědecko-výzkumná činnost nebo

► samostatné studium odborné literatury (Sestra, 2008, s. 15).

2.4.1. Vzdělávání zdravotních sester - instrumentářek

Ve zpracované diplomové práci jsou porovnána data zdravotních sester se specializací a bez specializace. V této podkapitole se krátce budeme zabývat vzděláváním sester - instrumentářek.

Prvním krokem ve vzdělání všeobecné sestry je absolvování nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných

sester. Druhým krokem je absolvování nejméně tříletého studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšších zdravotnických školách. Třetím způsobem je absolvování vysokoškolského studia ve studijních programech a studijních oborech psychologie – péče o nemocné nebo učitelství odborných předmětů pro střední zdravotnické školy, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději v akademickém roce 2003/2004. Čtvrtou cestou je absolvování tříletého studia v oboru diplomovaná dětská sestra nebo diplomovaná sestra pro psychiatrii na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004.

Absolvováním každého z výše uvedených studijních programů se automaticky získává rovnou bez dalšího odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry bez odborného dohledu. Mezi způsoby s dodatečnou podmínkou patří na prvním místě absolvování studijního oboru všeobecná sestra na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004. Druhým způsobem je absolvování studijního oboru zdravotní sestra, dětská sestra, sestra pro psychiatrii, sestra pro intenzivní péči, ženská sestra nebo porodní asistentka na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1996/1997. Posledním způsobem je pak absolvování tříletého studia v oboru diplomovaná porodní asistentka na vyšších zdravotnických školách, jestliže bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004.

Všeobecná sestra, která získala odbornou způsobilost posléze uvedenými třemi cestami, může vykonávat své povolání bez odborného dohledu až po třech letech výkonu povolání všeobecné sestry. Do této doby může pracovat pouze pod odborným dohledem. Tato povinnost se však nevztahuje na všeobecné sestry, které pro získání odborné způsobilosti absolvovaly vysokoškolské studium ošetřovatelského zaměření nebo získaly specializovanou způsobilost absolvováním studia na vyšších a středních zdravotnických školách v oboru diplomovaná dětská sestra, diplomovaná sestra pro intenzivní péči, diplomovaná sestra pro psychiatrii, sestra pro psychiatrii nebo sestra pro intenzivní péči, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004. Pokud bylo toto studium kratší než 3 roky, je podmínkou získání specializované způsobilosti předchozí absolvování střední zdravotnické školy v oboru zdravotní sestra nebo dětská sestra nebo všeobecná sestra.

V případě možnosti pracovat jako sestra – instrumentářka na operačních sálech je získání odborné způsobilosti pro všeobecnou sestru pouze prvním krokem k vytčenému cíli. Je tomu tak vzhledem k již citované vyhlášce č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Uvedená vyhláška ve svém § 4,

který vymezuje činnosti všeobecné sestry po získání odborné způsobilosti, vůbec o instrumentování na operačních sálech nehovoří. O této činnosti se dočteme až v § 50, jenž stanoví činnosti, které je všeobecná sestra oprávněna vykonávat teprve po úspěšném ukončení specializačního vzdělávání v oboru perioperační péče. Tomuto specializačnímu vzdělávání je rovno dřívější pomaturitní specializační studium oboru „Instrumentování na operačních sálech.“ Pro úplnost uvádíme, že na operačních sálech může instrumentovat také porodní asistentka při operacích pacientek v oboru gynekologie a porodnictví. I ona však musí mít specializační vzdělání pro perioperační péči. Pouze na základě odborné způsobilosti je porodní asistentka oprávněna instrumentovat na operačním sále výlučně při porodu císařským řezem.

2.5. Vztah zdravotní sestry a pacienta

Uprostřed všech změn, o kterých bylo hovořeno, zůstává sestra strážkyní zájmů a potřeb pacienta. Její přínos v tomto směru je nutné akceptovat jakožto spojovací článek zásadního významu, mají-li pokroky v medicíně, v ošetřovatelství a v technice vést ke zvýšení úrovně léčebné péče.

Sestra má obvykle s pacientem častější a užší kontakt než lékař. Pomáhá pacientovi při plnění jeho základních biologických potřeb (např. pití, jídlo, osobní hygiena, močení, stolice apod.). Jakmile pacient cokoliv potřebuje (např. vstát z lůžka, zmírnit bolest apod.), nejprve volá sestru. Protože sestra obstarává jeho osobní přání a potřeby, je pacient na ní často plně závislý. Sestra též supluje společenské vztahy, je jediná v pravidelném styku s pacientem, je často jeho jedinou spojkou se světem a zdrojem informací. Sestra je pro nemocného člověkem, který zajišťuje uspokojení většiny jeho potřeb, zná možnosti jak pomoci, radí mu ze zkušeností. Zná lékařská nařízení a má bezprostřední spojení s ošetřujícím lékařem. Komunikace sestry s pacientem je tedy řízena a rozvíjena především tak, aby vedla k identifikování potřeb pacienta a k poznání, jak lze jeho potřeby uspokojit způsobem, který je pro něj přijatelný. Sestra v tomto směru postupuje s vědomím, že pro pacienta je optimum úrovně péče spojené s jeho pocitem, že jde skutečně o něj.

Role pacienta je vždy spojena s více či méně konfliktními situacemi. V mnoha případech vážné potíže nemocného člověka vyplývají z rozkolu jednání – v jeho rolích. Před nemocí byl pacient v řadě případů zaměstnaný, nezávislý, podílející se na rozhodování. Nyní je nemocný a nemůže plnit svou dřívější sociální roli. Jako pacient je více závislý než nezávislý, poslouchající nařízení, než aby je mohl udílet sám. Je vcelku vždy více v pozici podřízenosti.

Přitom lékař i sestra předpokládají, že se bude v nové roli chovat podle jejich očekávání. Přijmout však okamžitě tak velké změny ve své roli není pro pacienta tak jednoduché. Sestra si musí proto být vědoma možnosti rozvratu jednání v roli pacienta a neustále musí pacienta v tomto směru pozitivně ovlivňovat a vést.

Právě psychologicky slabší pozice pacienta v jeho vztahu ke zdravotní sestře způsobená nemocí, je často příčinou stížností pacientů na to, že se sestra o ně nedostatečně stará či zajímá.

„Celkově lze funkce zdravotní sestry ve vztahu k pacientovi shrnout a rozčlenit na funkci směřující k cíli, která je nazývána funkcí instrumentální, a o vnitřní funkci udržení vzájemných vztahů a motivační rovnováhy a napětí u jedinců, tj. funkci expresivní. Z analýzy činností v tomto směru vyplývá, že zatímco lékař realizuje ve své činnosti především instrumentální funkce, pak sestra realizuje v rámci výkonu své profese hlavně funkce expresivní, tj. ty, které jsou spojeny s vytvářením terapeutického prostředí, s duševní podporou a pochopením pacienta, s pomocí pacientovi přizpůsobit se apod.“ (Bártlová, 2005).

2.6. Vztah zdravotní sestry a lékaře

Tradiční vztah lékař – zdravotní sestra se postupně měnil v důsledku řady sociálních změn, ke kterým došlo ve vývoji společnosti a nelze přitom opominout ani měnící se postavení role nemocného.

Můžeme říci, že historicky byla po dlouhá staletí role mužů a žen podřízena patriarchálnímu způsobu myšlení, kdy toto období jednoznačně preferovalo muže, a to jak po stránce společenské, vzdělanostní, ekonomické, tak i pracovní.

Povolání zdravotní sestry je tomuto pojetí tzv. „přirozeného údělu ženy“ velmi blízké a není proto divu, že profesionální ošetřování se jevilo jako jedna z poměrně nejvýhodnějších cest k osamostatnění se u žen.

Mohlo by se zdát, že lékař i sestra, jejichž hlavním cílem je pečovat o pacienta budou spolu v dobrých vztazích, neboť jim jde o jeden společný cíl. Avšak řada problémů ve vztazích sestra – lékař vyplývá i ze vzájemného nepochopení rolí a odpovědností v rámci moderního lékařství a ošetřovatelské péče. Lékaři i sestry kladou rozdílný důraz na specifické části léčebného procesu. S rozvojem moderního ošetřovatelství se často u lékařů vyskytuje názor, že by ošetřovatelství nemělo zasahovat do jejich oblasti. Sestry nejsou často spokojeny s nižším respektem k ošetřovatelství ze strany lékařů. Ale mnohdy i dnes lékaři vnímají

zdravotní sestru pouze jako jim odborně podřízenou pracovnici, která má plně respektovat jejich příkazy a pokyny. Nevidí důvod, aby byli podrobováni kritice a chápou to jako neopodstatněné podceňování své kompetentnosti, znalostí a odbornosti nejen ze strany sester, ale za určitých okolností i pacientů.

Naznačené problémy lze na jedné straně vyjádřit jako specifický odraz strukturálních změn ve společnosti jako celku, ale na druhé straně jako odraz změn v systému zdravotní péče. Lékaři tak ztrácejí část svého výsadního postavení a zdravotní sestry zase posílily své postavení v současném systému zdravotní péče.

V současné době se vytvářejí příznivější celospolečenské podmínky pro nezávislou činnost sestry. Je proto žádoucí, aby dřívější lékařsko-sesterské vztahové stereotypy byly zrušeny.

„V profesní vazbě sestra – lékař lze sledovat následující typy interakcí:

- *bezproblémové podřízení se: tento způsob komunikace představuje tradiční interakci mezi sestrou a lékařem. Sestra o ničem nerozhoduje, k ničemu se nevyjadřuje, vykazuje absolutní poslušnost;*
- *neformální skryté rozhodování: sestra vykazuje respekt lékařům, nenabízí přímá doporučení, ale snaží se nepřímo ovlivnit rozhodovací proces;*
- *neformální neskryté rozhodování: sestra nabízí své zkušenosti a názory, neskrývá svou roli v rozhodovacím procesu a otevřeně s lékařem komunikuje;*
- *formální neskrývané rozhodování: sestra využívá ošetřovatelský proces při rozhodování o léčbě pacienta“* (Bártlová, 2005).

Je-li moderní způsob poskytování ošetřovatelské péče typický posledním shora uvedeným stylem rozhodování, pak lze konstatovat, že lékař v tomto systému ztrácí své výsadní postavení a zdravotní sestra v něm naopak posiluje svou roli. V žádném případě není možné připustit stav, kdy lékař a zdravotní sestra jsou v systému profesionální ošetřovatelské péče soupeři. Vzájemně vyvážené postavení zdravotních sester, respekt k jejich odborné erudici a možnost rozhodování by vždy měly sledovat co nejvyšší efektivnost léčebného procesu a především zájmy pacienta. K naplnění této ušlechtilé myšlenky lze dospět tzv. multidisciplinární týmovou spoluprací celého zdravotnického týmu.

3. Motivace

3.1. Základní pojetí motivace

Kdo z nás by se rád nebavil? Půvab zábavy tkví do značné míry v tom, že děláme to, nač máme v dané chvíli chuť a co přináší okamžité uspokojení. S prací je to však většinou jinak. Asi jen málo z nás má to štěstí, že je mu práce „koníčkem“ a že mu vždycky přináší uspokojení okamžitě. Pro ostatní může být práce činností podnikanou obvykle k zajištění odměny v budoucnu, po ukončení činností, které sami o sobě nemusí být zdrojem uspokojení.

Historicky nejranějším motivem práce byla snaha uspokojit onu skupinu prvotních fyziologických nebo materiálních potřeb, ke kterým patří hlad, žízeň, ochrana před nepříznivými povětrnostními podmínkami, uspokojovaná pomocí oděvu a bydlení. Avšak civilizovanému člověku dnes nestačí jakékoliv uspokojení těchto potřeb – pozorujeme historickou evoluci potřeb vyjádřenou ve změně předmětů a činností sloužící k jejich uspokojování. Důležitým se stává i „standart“ uspokojování potřeb, diferencovaný podle společenských tříd a situací jednotlivců v jejich rámci. Mimo to dochází k rozvoji potřeby vyššího řádu (příklad potřeby estetické), jejíchž uspokojování souvisí do jisté míry s vlastnictvím peněz získaných prací. Nepřímá motivace práce se stává bohatší a odměna za práci ve formě peněz nabývá významu univerzálního prostředku uspokojování stále většího počtu potřeb. Motivaci tedy můžeme považovat za hlavní regulátor lidského chování a jednání.

Problémy motivace lidského chování vyvolávají pozornost už od nepaměti. Od samého vzniku psychologie jsou jedním ze základních okruhů, jimiž se tato věda zabývá. Psychologové se snaží objasnit, čím je chování člověka vyvoláváno a proč se mění, proč se jedinec zaměřuje právě k tomu či onomu cíli, proč se u něho uplatňují ty či ony pohnutky k chování. V období posledních dvaceti let se zájem o tyto otázky ještě zvýšil, jejich studiu se věnuje mnoho pozornosti. Rostoucí zájem o problematiku motivace se projevuje jak kvantitativně, tak kvalitativně.

Problémy motivace jsou tak staré jako lidstvo. Lidé se vždy zajímali o pohnutky vlastního chování i chování druhých. Ptali se, proč člověk jedná určitým způsobem, proč se zaměřuje na dosahování daných cílů. Nejde jen o žádná psychologická zkoumání, ale o běžný všední život, při němž si neustále klademe otázky po důvodech a příčinách, které vedou lidi k danému postupu. Pro všechno, co děláme, máme nějaké pohnutky a naše jednání je určitým

způsobem determinováno. Naši blízcí se často chovají zcela jinak, než jak bychom od nich očekávali. Často nejsme ani schopni dostatečně analyzovat svůj vlastní postup a odpovědět na otázku, proč jsme se vlastně chovali tak, že svého projevu později litujeme. Vyznat se tedy v sobě samém, ale i v druhých, bývá někdy dost obtížné.

Chováním člověka rozumíme všechny způsoby a formy, jimiž se projevuje v nejrůznějších činnostech a situacích. Jde o pojem velmi široký, protože do něho zahrnujeme všechny projevy jedince, od fyziologických změn a pohybů kosterního svalstva až po složitou lidskou činnost. Užším pojmem je jednání, jímž označujeme tu lidskou činnost, která má vědomě cílený ráz. Jednání je charakterizováno tím, že jedinec ví, jak jedná a proč jedná tak či onak (i když některé konkrétní jednání může mít návykový nebo zautomatizovaný ráz a není dostatečně uvědomováno). Analyzujeme-li jakoukoli činnost člověka, dostáváme se k momentům, které ji určují, ať již máme na mysli veškeré jeho chování, nebo některý jeho konkrétní projev. A to je právě problematika motivace. Slovo motivace je odvozeno z latinského slovesa movere, tj. hýbati, pohybovati. Je obecným označením pro všechny podněty, které vedou k chování, resp. K určitému chování. Motivace je tedy označení pohnutek, které vedou k chování. Odpovídá na otázky, čím bylo chování určitého jedince vyvoláno nebo proč se změnilo, proč bylo zaměřeno k dosažení právě toho či onoho cíle, proč se u toho či onoho člověka projevily právě ty či ony podněty, které jeho chování vyvolaly. Obecně se pojem motivace vztahuje na vnitřní aktivaci, tj. na vzbuzování aktivity organismu, na jeho energizování, a zároveň i na regulaci jeho chování, na jeho zaměřování určitým směrem. Pod pojmem motivace rozumíme všechny individuu nebo skupině připisované pochody, které vysvětlují nebo činí srozumitelnými jejich chování. Zahrnuje takové pojmy, jako jsou snažení, chtění, touha, tendence, přání, očekávání, tlak, zájem, tenze, žádost, účel, cíl atd. Je možno říci, že ze všech psychologických pojmů je pojem motivace nejméně uspokojivě vysvětlen; je to proto, a znovu se tu můžeme odvolat na osobní zkušenosti každého jedince, že se vztahuje na nejkomplexnější a nejtíže izolované psychické procesy. *„Motivace u každého jedince neobyčejně složitou záležitostí. Nejsme prakticky nikdy motivováni pouze jedním motivem, ale vždy komplexem, v němž jsou motivy vzájemně propojeny a ovlivňující se“* (Homola, 1977).

3.2. Vývoj a příklady motivačních teorií

I náhled na motivaci prošel postupem času svým evolučním vývojem. Zmínili jsme se, že odměna za práci ve formě peněz nabyla významu univerzálního prostředku uspokojování

stále většího počtu potřeb. Tato skutečnost vnucuje možnost uvést motivaci práce na jednoho společného jmenovatele ve formě snahy po dosažení výdělku. Aktivátorem v tomto směru byl F. Taylor. Hledal způsob, jak podnítit člověka k většímu výkonu, soustředil se na zdokonalování soustavy mezd a peněžních trestů. Individualizovaná mzda pro něho byla univerzálním prostředkem k povzbuzování chuti do práce a jedinou očekávanou odměnou za práci. Avšak od pradávna lidé nacházeli v práci vedle obtížných stránek, odměňovaných materiálně po jejím ukončení, také bezprostřední uspokojení ve formě různorodých příjemných zážitků, které s ní souvisejí. Tyto prožitky bývají u tvůrčích profesí (spisovatel, malíř, hudební skladatel apod.) dokonce hlavní, s ničím nesrovnatelnou odměnou, i když míra utrpení a zklamání zde bývá ještě větší. Čím větší bezprostřední uspokojení práce přináší, tím je pák hůře snášena její ztráta. Další typ teorie pracovní motivace nazýváme „lidské vztahy“, jenž se prosadil v třicátých letech a znamenal zásadní obrat v pojetí pracovní motivace. Souvisí se jménem G. Eltona Maya. Zatímco Taylor chápal pracujícího jako izolovaný stroj, dosadil Mayo do psychologie práce sociální vztahy. Třetí fází ve vývoji pracovní motivace je podle Nakonečného tzv. humanizace práce, hnutí, které navázalo na zklamání z výsledků hnutí human relation. Zlepšila se výchova a vzdělávání pracujících ve všech resortech. *„Pracující nechtějí být pouze automaticky pracujícími sílami, ale chce se uplatnit také jako osobnost“* (Nakonečný, 1995). V psychologii se uplatňuje zejména potřeba seberealizace, profesního růstu. Prosazuje se nový obor - výchova a vzdělávání dospělých – andragogika.

3.3. Dimenze motivace

Motivace působí současně ve třech dimenzích:

- dimenze směru – motivace člověka příp. jeho činnost vždy určitým směrem zaměřuje, orientuje, naopak od jiných směrů jej odvrací.
- dimenze intenzity – činnost člověka v daném směru je v závislosti na síle – intenzitě motivace vždy více či méně usilovná, člověk na dosažení vynakládá více či méně energie.
- dimenze stálosti, vytrvalosti, perzistence – projevuje se mírou schopnosti člověka překonávat nejrůznější vnější i vnitřní bariéry, překážky, které se mohou vyskytovat při uskutečňování motivované činnosti. Vysoká perzistence znamená, že motivovaný jedinec pokračuje ve své motivované činnosti v původním směru a v podstatě s nezměněnou intenzitou i v situaci, kdy se setkává s překážkami.

Motivaci pracovního jednání chápeme jako dílčí aspekt motivace lidské činnosti. Podle Z. Vtípila (2005): *„Pracovní motivace je jev, který se vyskytuje ve složitých souvislostech vnitřního a vnějšího prostředí, v komplexu vzájemně závislých, podmiňujících se a proměnlivých činitelů. Je to jev systémové povahy, jehož plné porozumění vyžaduje porozumět jednotlivým elementům a jejich vzájemné interakci.“*

3.4. Motivy a typy pracovní motivace

V psychologii jsou rozlišovány dvě skupiny motivů k práci, dva typy pracovní motivace:

- motivy, které souvisejí s prací samotnou, tzv. motivace intrinsická (takové pohnutky či motivy, které jsou uspokojovány prací samotnou): potřeba činnosti vůbec, potřeba kontaktu s druhými lidmi, potřeba výkonu, touha po moci, potřeba smyslu života a seberealizace,
- motivy, které naopak leží mimo vlastní práci, tzv. motivace extrinsická (motivace uspokojovaná důsledky, okolnostmi nebo podmínkami práce): motiv peněz, motiv jistoty, motiv sebepotvrzení, motiv sociálních kontaktů, sexualita.

Motiv představuje určitou jednotlivou vnitřní psychickou sílu (popud, pohnutku), která člověka (jeho činnost) určitým směrem orientuje (zaměřuje), která ho v daném směru aktivizuje a která vzbuzenou aktivitu udržuje. K pojmu „motiv“ se těsně pojí pojem „cíle“. Obecným cílem každého motivu je dosažení určitého finálního psychického stavu (nasycení). To mívá zpravidla podobu vnitřního uspokojení, uspokojení z dosažení cíle motivu.

V psychice člověka v daný okamžik zpravidla nepůsobí jeden, ale současně celý soubor motivů. Motivy orientované stejným resp. podobným směrem, se vzájemně posilují a tím zdůrazňují motivovanou činnost, naopak motivy protikladné se mohou vzájemně oslabovat a tak motivovanou činnost narušovat, za krajních podmínek dokonce znemožnit.

Motivy jsou rozdělovány do tří základních skupin:

- motivy aktivní – přímo podněcují pracovní výkon (např. motiv úspěchu),
- motivy podporující – vytvářejí podmínky pro účinné působení motivů aktivních (např. vytváření přátelské atmosféry na pracovišti, která pak může podporovat pracovní výkon),

- motivy potlačující – odvádějí pracovníka od pracovní činnosti (např. motiv pobavit se s přítelem na pracovišti).

Stimulace je takové vnější působení na psychiku člověka, v jehož důsledku dochází k určitým změnám jeho činnosti prostřednictvím změny psychických procesů, prostřednictvím změny jeho motivace. Základní rozdíl mezi motivací a stimulací je tedy ten, že stimulace představuje působení na psychiku jedince zvnějšku, nejčastěji činností jiného člověka. Výsledný efekt stimulačního působení resp. jeho úspěšnost, je vždy závislý na celé řadě okolností: na aktuálním psychickém stavu ovlivňovaného jedince, na uplatněných formách a přístupech subjektu stimulace, především však na tzv. motivačním profilu objektu stimulace, resp. na míře a kvalitě poznání druhého člověka stimulujícím jedincem.

Stimul je jakýkoli podnět, který vyvolává určité změny v motivaci člověka. Jsou rozlišovány impulsy (vnitřní podněty) a incentivy (vnější podněty). Zda se stane určitý podnět stimulem záleží především na tzv. motivační struktuře konkrétního člověka. tj. na podobě jeho relativně trvalé motivační zaměřenosti, na tom, zda daný podnět koresponduje s motivací jedince.

Motivační profil představuje syntetickou, individuálně specifickou a současně v čase relativně stabilní charakteristiku osobnosti člověka. Jejím obsahem jsou pro jedince příznačné, dominantní motivační orientace či tendence, resp. skladba, vyhraněnost a intenzita jeho vnitřních hnacích sil.

Každému člověku je v každé dimenzi motivačního profilu (např. v dimenzi orientace na úspěch, orientace na vyhnutí se neúspěchu) vlastní určitá pozice, určité místo, které je pro něj typické, příznačné. Tato pozice v dimenzi představuje jednu z významných motivačních charakteristik jedince; je aspektem (součástí) jeho motivačního profilu. Motivační profil člověka se utváří od nejútlejšího věku.

Poznání motivačního profilu člověka umožňuje hlubší porozumění jednotlivým projevům jedince, adekvátnější porozumění veškerému jeho chování, resp. jednání a je základním nezbytným předpokladem efektivního stimulování, tj. úspěšného ovlivňování motivace daného jedince žádoucím směrem.

Motivační profil člověka je tvořen širokým spektrem dimenzí nejrůznějšího obsahu:

- orientace na dosažení úspěchu – orientace na vyhnutí se neúspěchu,
- orientace na úspěch – orientace na vlastní činnost,

- situační orientace – perspektivní orientace,
- individuální orientace – skupinová orientace,
- osobní orientace – neosobní resp. prosociální orientace,
- činorodost – pasivita,
- orientace na ekonomický prospěch – na morální uspokojení,
- orientace směrem k podniku – orientace směrem od podniku.

3.5. Teorie pracovní motivace

Většina těchto motivačních teorií je rozdělována do dvou skupin:

První skupina teorií, které vysvětlují, co člověka motivuje k práci; jejich autoři se snaží identifikovat lidské potřeby, jejich vztahy a preference, určit, které faktory vnějšího prostředí a s jakou naléhavostí vedou k dosahování výkonu a spokojenosti.

Teorie A. H. Maslowa (Provazník, 1997), která vychází z hierarchického uspořádání lidských potřeb. Maslow stanovil pět úrovní potřeb:

- fyziologické potřeby (potřeby spánku, potravy, sexu, vody a vzduchu),
- potřeby bezpečí (emocionální bezpečí, stabilita, řád a fyzické bezpečí),
- potřeby sounáležitosti (sociálně zaměřené potřeby tj. potřeba sounáležitosti, identifikace s druhými, potřeba být akceptován),
- potřeby úcty (potřeba být respektován, potřeby prestiže a úspěchu),
- potřeby seberealizace (sebeuplatnění, naplnění vlastního potenciálu a uplatnění schopností – nejvyšší úroveň potřeb).

Všechny uvedené úrovně potřeb vytváří hierarchicky uspořádaný systém s určitým právem přednosti, který spočívá v tom, že výše postavené potřeby se projeví až tehdy, byly-li níže postavené potřeby uspokojeny. V konfliktních situacích se přednost projeví tak, že nižší potřeba převládne nad výše postavenou.

Dvoufaktorová teorie motivace F. Herzberga (Pauknerová, 2006), vychází z existence dvou druhů motivačně závažných podnětů:

- vnější faktory tzv. hygienické (faktory týkající se práce, celkových podmínek pracoviště a pracovního zařízení). Ovlivňují spíše pracovní pohodu a spokojenost pracovníka, protože jejich motivační vliv se rychle opotřebuje.
- vnitřní faktory tzv. motivátory (odrážejí vztah pracovníka k pracovní činnosti, týkají se zajímavosti práce a uspokojení z práce). Projevují se ve výkonnosti a jejich motivační síla je považována za nevyčerpatelnou.

Teorie potřeb C. Alderfera rozlišuje obdobně jako teorie Maslowova (Provazník, 1997), několik úrovní potřeb:

- potřeby existence (fyziologické potřeby a potřeby bezpečí),
- potřeby vztahů (interakce s druhými lidmi a uspokojení vyplývající z emocionální podpory, respektu a úcty projevované členy pracovního týmu nebo přáteli),
- potřeby růstu (potřeby osobního růstu, vzestupu a rozvoje, které mohou být uspokojeny plným využitím schopností).

Takto stanovené úrovně potřeb nejsou přísně hierarchické. Člověk může být dokonce v dané chvíli ovlivňován více potřebami různé úrovně, například potřebami vztahů s druhými a potřebou osobního růstu. Také uspokojení jedné potřeby nemusí znamenat automatické působení výše postavené potřeby.Tyto teorie jsou považovány za zjednodušující, zabývající se pouze několika málo prvky. To jim neumožňuje vystihnout dynamiku a komplexnost motivace. Jsou příliš statické, orientované z hlediska pracovního chování na minulost nebo současnost.

První skupina teorií, které předkládají důkladnější teoretický vysvětlení pracovní motivace. Stěžejní postavení v těchto teoriích mají kognitivní proměnné a jejich vztah k jiným proměnným, což umožňuje pochopení procesu pracovní motivace.

- teorie valence a očekávání V. Vrooma, jejíž základní tezí je, že sílu motivu k provádění určité činnosti ovlivňuje jednak velikost očekávání reálného dosažení cíle, jednak samotná přitažlivost, hodnota tohoto cíle. Čím je cíl přitažlivější, hodnotnější nebo atraktivnější, tím intenzívnější úsilí bude vynaloženo k jeho dosažení. Vyjádřeno rovnicí: motivace (úsilí) = expektance (očekávání) x valence (hodnota).
- teorie očekávání podle L. W. Portera a E. E. Lawlera je složitější. Stejně jako u Vroomovy teorie hodnota cíle nebo odměny a subjektivně vnímaná míra

pravděpodobnosti, s níž je možné dosažení cíle, vede k vynaložení určitého úsilí (síly nebo motivace). Toto úsilí však nesměřuje přímo k výkonu, ale je závislé na schopnostech a na tom, jak jedinec vnímá svou profesionální roli. Odměny, které pak následují, determinují spokojenost pracovníka,

- teorie spravedlnosti J. S. Adamse je založena na principu sociálního srovnávání pracovníků ve skupinách a opírá se o Festingerovu teorii kognitivní disonance. Podstata této motivační teorie spočívá v tom, že pracovník se jako člen týmu srovnává s ostatními pracovníky. *„Posuzuje svou námahu a své dosažené výsledky v podobě uznání, prémií apod. s úsilím a dosaženými zisky ostatních spolupracovníků. Výsledkem je subjektivní pocit spravedlnosti nebo nespravedlnosti. Jestliže má dojem, že jeho vklad do práce je větší, než je tomu u ostatních a výsledný efekt je dokonce nižší, pak vzniká motiv k odstranění této nerovnosti upravením pracovního úsilí. Pociťovaná nespravedlnost tak má nepříznivý vliv na výkonnost a může se nepřímo promítnout i do jeho vztahů v pracovním týmu“* (Provazník, 1997).

„Mimo obě skupiny stojí D. McGregorova teorie pracovní motivace X a Y. Ta rozlišuje dvě pojetí pracovníka a jeho chování, a na tomto základě rozlišuje dvě kategorie pracovníků:

- typický představitel nerad pracuje a pokouší se práci vyhýbat. Je-li nucen pracovat, dělá jen to nejnutnější, nelze očekávat větší aktivitu a přemýšlení nad prací. Musí být k práci veden, podněcován odměnou nebo trestem a musí být pod kontrolou (teorie X).
- „profil“ pracovníka druhé kategorie tvoří vlastní a přirozená aktivita, vynalézavost a tvořivost, ochota přijímat odpovědnost a identifikace s cíly pracovní skupiny nebo organizace. Ovlivňování takového pracovníka je zaměřeno na povzbuzování samostatnou prací, pozitivním oceňováním výsledků a vytvářením příležitostí pro jeho osobní růst (teorie Y)“ (Nakonečný, 1997).

4. Postoje a pracovní spokojenost

4.1. Vymezení pojmu postoje

„Nedílnou součástí pojednání o pracovní motivaci musí být i vymezení pojmu postoje, který vyjadřuje vztah člověka ke světu a jeho jednotlivým částem. *„Postoj je komplexním hodnocením určitého objektu obsahujícím kognitivní, behaviorální a afektivní komponentu. Mezi hlavní determinanty postojů lze zařadit zpracování informací důležitých pro daný postoj a předchozí chování. Postoje plní u člověka důležité funkce, ovlivňují všechna stádia zpracování informací od pozornosti až k vybavování“* (Hewstone, Stroebe, 2006).

„Postoje jsou relativně stálé predispozice k reakci, jež se od jiných stavů připravenosti liší hodnotícím charakterem reakce. Postoj je vždy emocionálně zabarven a souvisí s hodnotami. Obecně lze říci, že postoje vycházejí z hodnotového žebříčku daného jedince. Na postoje má vliv i prvek společenských zvyklostí, normativní systémy (morálka, právo). Záleží však vždy na konkrétním jedinci do jaké míry jeho postoje tyto systémy ovlivní“ (Výrost, Slaměník, 1997).

Postoje jsou obvykle vymezovány jako pohotovost k jednání, tedy pojmem, který souvisí s psychologickým konceptem motivace. Avšak existují rozdíly mezi pojmy motiv a postoj: motivy vyjadřují psychologický cíl či účel jednání, kdežto postoje jako vnitřní vztahy hodnocení se mohou navenek projevovat ve způsobu chování (k lidem, kterých si vážíme, se chováme s úctou a obdivem) a motivy mohou být jejich průvodními jevy (např. vyhraněně pozitivní vztah ke spravedlnosti, kdy spravedlnosti je přisuzována vysoká hodnota, může být provázen motivem hájit spravedlnost, postavit se i na obranu cizí spravedlnosti, bojovat proti bezpráví apod.). Motivy a postoje spojují jejich společné emoce. *„Způsob chování je však také určován situací, ve které se jeho subjekt nachází, nicméně příslušný postoj ho dokresluje, například způsob agresivního chování je také dotvářen postojem k jeho objektu“* (Nakonečný, 2000).

Každý člověk je v kontaktu s ostatními lidmi, kteří na něj nějak působí a on jejich projevy vnímá a interpretuje, dává jim určitý význam, a vytváří k nim nějaký vztah. On sám působí na ostatní podobně a oni zase zaujímají nějaký postoj k němu. Tato sociální interakce se odehrává v určitém kontextu, který zahrnuje aktuální situaci, ale i zkušenost jedince,

jež je nějakým způsobem strukturována, tvoří ji zafixované názory, postoje, normy a role . Interakce mezi lidmi může mít různý charakter, verbální i neverbální.

Postoj je pojem používaný zejména v sociální psychologii, je nejednotně definovaný, ale v podstatě chápaný jako hodnotící vztah. V psychologii se ustálil až na začátku 20. století v souvislosti s rozvojem sociální psychologie, která byla někdy úzce chápána jako věda o postojích. Pojem „postoj“ vnesli do sociální psychologie W. J. Thomas a F. Znaniecki (1918-1920) svou rozsáhlou prací o polském rolníkovi v Evropě a v Americe. Jejich definice postoje se sice neujala, ale jejich pojetí postoje bylo v podstatě přijato. Postoj chápali jako „individuální protějšek společenské hodnoty“ a hodnotou to, co je „objektem společensky důležitým“. Klasickou definici postoje podal G. W. Allport: *„Postoj je mentální a nervový stav pohotovosti organizovaný zkušeností a vyvíjející usměrňující či také dynamický vliv na reakce jedince vůči předmětům, s nimiž je spojen.“ Tato definice však vnesla do pojetí postoje jisté nedůslednosti, které spočívaly zejména v tom, že postoje byly směšovány s motivy. Základní rozdíl mezi postojem a motivem však spočívá v tom, že postoj determinuje způsob jednání, kdežto motiv je příčinou jednání vyjadřující jeho psychologický smysl. Postoj vyjadřuje vztah k určité oblasti reality, a proto ovlivňuje způsob jakým ji člověk vnímá a hodnotí, jaké v něm vyvolává emoce, jaký pro něj má význam a smysl a jak na ni bude s největší pravděpodobností reagovat. Vyjadřuje stabilnější vztah a z něho vyplývající tendenci k určitému způsobu chování. „Termín „postoj“ charakterizuje určité zaměření osobnosti, sklon člověka k preferování jedněch cílů a způsobů jednání a odmítání jiných. Od postoje je nutno odlišit různé formy vnějších projevů postoje, jako mínění, víra, přesvědčení, předsudek, názor, sklon, soud aj. Postoj lze zaujmout k čemukoli, včetně sebe sama, může se vztahovat k bytosti, k události, věci nebo jevu“* (Nakonečný, 1995).

Na pojem postoj zaměřila svou pozornost především sociální psychologie. Chápe jej jako trvalou soustavu pozitivního nebo negativního hodnocení sociálních předmětů a osob s jeho emocionální složkou a s tendencí se přiblížit k předmětu nebo se od něj oddálit. Obecná psychologie chápe postoj buď jako motorickou připravenost k akci (např. postoj sportovce před startem), nebo pozici jedince s jeho vztahem k cíli, k nějaké úloze. V postoji je tedy nejen cíl, ale také směr jednání. Aktuálnost postoje je dána situací, v níž má jedinec jednat. Situace je však hodnocena subjektivně vzhledem k cílům, jichž chce jedinec dosáhnout. Její hodnocení je závislé na schopnostech, které má jedinec k dispozici.

4.2. Pojem a vymezení pojmu pracovního postoje

Činitelů, kteří ovlivňují vztah člověka k práci je velmi mnoho. Vztah k práci se formuje v průběhu samotného pracovního procesu, ale je předurčován již výchovou k práci, respektive k plnění povinností v dětském věku, a do značné míry i školní a pracovní výchovou, v níž je implicitně zahrnuta i výchova k volbě povolání. Podstatně ovlivňuje postoje jednotlivců k oboru samotná společnost a náhled společnosti na výkon jednotlivých profesí (zdravotní sestra). Postupně se na vztahu člověka k práci podílejí další a další činitelé. Kde patří hlavně zájem o obor ve kterém člověk pracuje, jde o faktory které ovlivňují i jistým způsobem spokojenost.

„Pracovní postoje odrážejí sociální jednání pracovníka při realizaci pracovního úkolu. Projevuje se v soustavě relativně stálých, kladných nebo záporných hodnotících soudů a přístupů, emocionálních vztahů a tendencí jednat a reagovat určitým způsobem na vše co se vztahuje k práci. Pracovní postoje jsou určovány všemi obecnými znaky, které se v motivaci promítají“ (Matoušek, Růžička, 1965). Mezi základní patří: výchova a vzdělání, stáří, pohlaví, rodinný stav, zdravotní stav, zkušenosti s organizací, úroveň společenské aspirace, společenské postavení, hmotné zabezpečení. Obecně je možno konstatovat, že význam pracovních postojů je nezastupitelný. Postoje mají bezesporu vliv na oboustrannou pracovní stabilitu a také na produktivitu jedince.

4.3. Pojem a vymezení pojmu pracovní spokojenosti

Z tématiky pracovních postojů vyplývá mimo jiné otázka pracovní spokojenosti např. E.A. Locke podává toto pojetí: Uspokojení z práce může být definováno jako příjemný nebo pozitivní emocionální stav rezultující z ocenění vlastní práce nebo pracovních zkušenosti. Současně upozorňuje na to, že je třeba odlišit termíny „job satisfaction“ (pracovní spokojenost) a „job involvement“ (pracovní zaujetí): být involvován znamená *být zaujat nebo zcela absorbován.* Práce je pro takového jedince důležitou hodnotou, jeho emoce jsou signifikantně vyvolávány jeho pracovními zkušenostmi a je mentálně zaujat svou prací.

U nás například Kollárik zdůrazňuje, že celková spokojenost zahrnuje různé dílčí spokojenosti. Mezi oběma aspekty existuje oboustranná lineární závislost celková spokojenost ovlivňuje a dost zásadně určuje spokojenosti s jednotlivými faktory práce; spokojenost s dílčími faktory práce a pracoviště přispívá k celkové spokojenosti. Výrazná celková nespokojenost je výsledkem zvýšené nespokojenosti s jednotlivými faktory práce a

pracoviště. *„Spokojenost v práci je vázána na psychický život jednotlivce a jako složka osobnosti vyjadřuje míru uspokojování jednotlivých potřeb“* (Kollárik, 1993).

Muži, obecně řečeno, jsou orientováni na sílu, schopnosti, výkonnost a úspěch. Snaží se vše dělat tak, aby předvedli a dokázali svou sílu a obratnost. Jejich osobnost je určována schopností dosáhnout výsledků. Prožívají uspokojení především tehdy, jsou-li úspěšní a výkonní. A protože v zaměstnání tráví přibližně polovinu života (nepočítáme-li čas k spánku), pak není divu, že právě zde hledají uspokojení těchto mužských potřeb; a to tím více, čím méně se jim ho dostává v mimopracovním prostředí.

„Ženy mají obecně jinou škálu hodnot. Cení si lásky, komunikace, krásy a vzájemných vztahů. Tráví spoustu času tím, že se navzájem utěšují, konejší a pomáhají si. Jejich osobnost je určována city a kvalitou jejich vztahů. Místo, aby orientovány na cíl jako muž, jsou orientovány na vztah. Vztah je pro ně důležitější než práce a technika“ (Křivohlavý, 2002).

Tyto a mnohé jiné aspekty je třeba brát v úvahu zejména tehdy, když se rozhodneme za tzv. “bezpohlavní” pojem pracovník dosadit určité pohlaví. Mezi muži a ženami jsou totiž tak markantní rozdíly a jejich tak mnoho, že je od jistého stupně popisu nelze směšovat. V profesi zdravotní sestry se v dnešní době objevují také muži. Je jich však ve srovnání se ženami zanedbatelně málo. I když jejich práce je velmi přínosná, nejen pro obor samotný, ale i pro kolektiv ve kterém je většina žen. Pro velké procento mužů je však práce ve zdravotnictví nerentabilní.

Spokojenost v práci je tedy mnohorozměrný jev, který zahrnuje aspekty psychologické, ekonomické, sociologické, organizační, pedagogické i zdravotní.

Nezanedbatelnou roli hraje okruh základních vnějších podmínek, které musí být uspokojeny na určité úrovni – plat, pracovní podmínky (prostředí, pracovní doba, bezpečnost a organizace práce, péče zaměstnávající organizace o pracovníky). Pro spokojenost, stabilizaci a pozitivní motivaci jsou klíčové podmínky vnitřní – obsah práce, její zajímavost, využití kvalifikace a dovedností, odpovědnost, samostatnost, perspektivy postupu, dobré mezilidské vztahy (ve skupině i k nadřízeným).

4.3.1. Vnější a vnitřní činitelé pracovní spokojenosti

Spokojenost člověka v práci je ovlivňována řadou vnitřních a vnějších determinant (tj. vnitřních motivů, povahových rysů a vnějších stimulů). *„Pod pojmem motiv se rozumí vnitřní pohnutka činnosti, zaměřenosti osobnosti určitým směrem, pod stimulem rozumíme takové vnější činitele prostředí, jako mzdu, obsah práce, pracovní podmínky, sociální vztahy apod.*

spojení mezi stimuly a motivy je podmíněno řadou vnitřních dispozic a procesů (potřebami, hodnotami, emocionálními vztahy, světovým názorem), tj. subjektivním zaměřením osobnosti. Stimul však působí jen v tom případě, jestliže se týká uspokojení potřeby osobnosti v daných podmínkách. Pak se stává motivem (vnitřní pohnutkou) činnosti a zaměřenosti osobnosti s určitým směrem, k určitému cíli" (Vtípil, 2005).

Významná role se připisuje klimatu, atmosféře skupiny. Podle Jurovského (1980) tyto aspekty skupinového života významně přispívají k celkové pracovní spokojenosti, a to nejvíce tehdy, jestliže jsou jedincovy pracovní výsledky i uspokojování pracovních potřeb na této skupině závislé. Dokonce ani poměrně velký prospěch z práce často není možno kompenzovat nespokojenost spojenou s nedostatkem bližších společenských styků nebo s atmosférou, která se pociťuje jako nepříjemná nebo dokonce nepřátelská.

Nejvýznamněji ovlivňuje spokojenost v této souvislosti pozice vůči nadřízenému. Na jeho rozhodnutí závisí odměna, prémie, zvýšení mzdy, přemístění na jiné pracoviště, přidělení méně nebo více výhodné práce.

Za závažný ukazatel vztahu člověka k práci se považuje to, zda své zaměstnání považuje za stálé a definitivní nebo jen za přechodné. V prvním případě se svou prací ztotožňuje a má tendenci být v ní více spokojen, v případě druhém svou současnou práci jen za nevyhnutelný prostředek obživy, neztotožňuje se s ní a je s ní tudíž spokojen méně. Nabývají-li problémy obživy na ostrosti, pak začíná uspokojení z vykonané práce záviset především na faktu, jak dalece je práce schopna tyto problémy řešit. Pod tlakem životní nutnosti se lidé často bez váhání rozhodují pro takovou práci, která zabezpečí základní obživu, a pomíjejí přitom jiné zřetele.

V celkové spokojenosti s prací se odráží vědomí o ohodnocení toho, jak člověk uplatňuje své zkušenosti a vědomosti a na jejich podkladě vykonává zadané úkoly. Pokud na něj práce neklade nároky, má dojem, že je nevyužitý, že má na víc a cítí se nespokojený a nedoceněný. Význam obsahu práce pro pracovní uspokojení se zdá být nesporný. Pro mladé lidi, pravda bývá druh práce méně důležitý, ale jeho význam s věkem stoupá. Ve vztahu ke vzdělání druh práce opět zaujímá přední místo, i když to platí zejména pro vyšší úrovně vzdělání.

Není zcela vysvětleno (názory autorů se v tomto směru různí), proč některým lidem určitá práce vyhovuje a jiným ne, přičemž ji pociťují jako nudnou a nezajímavou. Většinou je vyzvedán takových proměnných jako vzdělání, intelekt, vztah k práci obecně, stupeň souladu mezi cíly jednotlivce a organizace apod.

Význam peněz jako činitele pracovního uspokojení je podmiňován řadou faktorů. Například sociální a ekonomickou situací pracovníka a jeho rodiny, životní úrovně společnosti, osobností pracovníka, jeho životním stylem, jeho systémem hodnot, pohlavím, věkem atd. Motivační hodnota platu není jen v jeho výšce vzhledem k uspokojování existenčních potřeb, ale zasahuje i do „vyšších oblastí“ a získává hodnotu morálního ocenění jedince. Lidé v něm vidí a cítí jednu z forem ocenění svých schopností, vlastních přínosů a angažovanosti do práce. Nelze tedy podceňovat úlohu platu jako prestiže a sociálního statutu. Plat je třeba chápat jako jeden z mnoha faktorů. Podíl mzdy na úrovni pracovní spokojenosti je potom závislý na spoustě objektivních a subjektivních činitelů, které mohou svou úrovní a aktuálním působením váhu finanční odměny zvyšovat nebo snižovat.

Dosti jasná je podle A. Matejka (Pauknerová, 2006) závislost uspokojení pracovníků na stáří a na délce pracovního poměru (tzv. senioritě). Mladí lidé pracují s chutí, která časem slábne, zvláště tehdy, když se momentální stav věci dostává do rozporu s očekáváním. Teprve ve vyšším věku se tato situace mění, ti, kteří byli nejvíce nespokojeni odejdou jinam, ostatní pak získávají určité výhody spojené s dlouholetou prací a přizpůsobí své aspirace existujícím možnostem.

Osobnostní charakteristiky pracujícího jsou významnou proměnou, ovlivňující vztah, postoj k práci a celkové vyrovnání se s pracovními podmínkami. Pracovní podmínky a jejich vliv na spokojenost pracovníků jsou často závislé právě na úrovni a aktuálnosti osobnostních faktorů, které výrazně regulují účinnost jednotlivých podmínek ve směru spokojenosti nebo nespokojenosti. V souvislosti s osobnostními faktory je člověk schopen se lépe prosadit, snášet stres, tudíž je relativně spokojen. Člověk s „mírnějšími“ osobnostními faktory mnohdy stresujícím a náročným situacím podléhá, tudíž je nespokojen. Osobnostní faktory je možno rozdělit z hlediska psychologie do orientačních skupin:

- objektivně osobní činitele – věk, rodinný stav, pohlaví délka zaměstnání funkce,
- osobnostní vlastnosti – emocionální stabilita, vyrovnanost, úroveň frustrační tolerance, extroverze, introverze, povahové rysy, temperament,
- motivační faktory – potřeby, postoje, zájmy, očekávání, plány, aspirace.

Dalšími činiteli, jež ovlivňují pracovní spokojenost jsou rozdíly v celkové úrovni vzdělání, inteligence a kultury mají na stav uspokojení pracovníků z práce také svůj vliv. Hrají tu mimo jiné úlohu závazné tradice daného prostředí, které vedou k tomu, že například lidé se středním vzděláním se cítí předurčeni pro duševní práci a často se velice brání práci fyzické. Příslušnost k určitému kulturnímu okruhu určuje zároveň oblast prací, které se „sluší“ nebo

„nesluší“ vykonávat. Pokud jde o inteligenci, je spojena zpravidla s určitým očekáváním vůči práci; lidé s relativně větší inteligencí nemají většinou rádi monotónní práce. Mají také jasně specifikované zájmy než lidé méně inteligentní. Větší nebo menší uspokojení z práce je někdy spojeno s příslušností k určitým sociálním či rasovým skupinám. Důvodem tu je rasová či jiná diskriminace, která se projevuje také na profesionálním poli – tito lidé dostávají horší práci. Nedostatek uspokojení může také vyplývat z nevhodného pracovního prostředí (hluk, osvětlení, barevná úprava, tvarové uspořádání atd.) nebo nevyhovujícího technického vybavení, a to zejména když působí v extrémních polohách nebo frustruje některé základní lidské potřeby. Kromě pracovních podmínek má na pracovní spokojenost vliv také výhodná pracovní doba, velikost pracovní skupiny (míra anonymity členů, složení skupiny), typ komunikace mezi lidmi na pracovišti, organizace nebo politika podniků. Je tedy možno shrnout, že v pracovním procesu působí mnoho faktorů, které se spojují a ve vzájemné závislosti formují celkovou pracovní spokojenost.

4.3.2. Teorie pracovní spokojenosti

V odborném psychologickém světě existuje několik náhledů na pracovní spokojenost, které se více či méně formulují v podobě teorií.

Jedno faktorová teorie – jde o jakýsi jev s krajními hodnotami. Na straně jedné jsou projevy úplné spokojenosti na straně druhé projevy úplné nespokojenosti. V praktickém životě tato teorie znamená, že utvářením optimálních podmínek působících faktorů se vytvářejí podmínky na dosažení vhodné míry pracovní spokojenosti. Podstata této teorie je ve vzájemné závislosti mezi pracovními podmínkami a spokojeností. Na první místo jedno faktorové teorie uveďme poměrně známou teorii humanistického psychologa A. H. Maslowa. V psychologii práce se uplatnila jeho tzv. hierarchická teorie potřeb. Další jedno faktorovou teorii vytvořil jeden z nejvýznamnějších představitelů psychologie pracovního jednání a pracovní motivace V. H. Vroom. Patří do kategorie tzv. očekávání. Obecnou tezí těchto teorii je, že síla tendence k určité činnosti závisí na síle očekávání.

Dvou faktorové teorie – jsou další z řady teorii zdůrazňující potřeby ve smyslu vnitřní motivace. Dvou faktorová teorie pracovní spokojenosti F. Herzberga rozlišuje dva druhy na sobě nezávislých faktorů: faktory určující pracovní spokojenost (motivátory) a faktory determinující pracovní nespokojenost (frustrátory). Teorie je cenná tím, že vyzvedává důležitost spojení vnitřní motivace, sebeaktualizačních potřeb s faktory obsahu práce. Jeho

pojetí pracovní spokojenosti je však úzké, znamená spokojenost s prací jako takovou, bez ohledu na vnější pracovní podmínky.

4.4. Hlavní determinanty ovlivňující motivaci a postoje zdravotních sester

Mezi zvláštní specifika práce zdravotních sester patří vyšší míra stresu, rizika nemoci z povolání a specifika práce v ženském kolektivu.

Je-li zdravotní sestra v dobré psychické pohodě, může ve svém povolání podávat dobrý výkon. K tomu je mimo jiné třeba i to, aby měla dostatek síly a energie k výkonům, jež ji v práci čekají. Aby tomu tak bylo, je zapotřebí splnit řadu podmínek. Jednou z nich je, obrazně řečeno, hořet a nevyhořet.

Pro názorné vysvětlení použijeme obraz ohníčku. Ten plápolá, hřeje a hoří. Hoří však jen tehdy, když má dostatek suchého dřeva a kyslíku. Když je zásoba dřeva vyčerpána, oheň uhasíná až nakonec zhasne. Tato metafora upozorňuje na jedno důležité: dostatečné množství psychické síly potřebné k dobrému výkonu povolání zdravotní sestry. Je-li síla k dispozici, práce se daří, když chybí, nastupuje místo energie únava, místo síly vyčerpanost a místo radosti lhostejnost (letargie).

„Když se do stavu vyhoření (burnout) dostaneme, je možné proti němu bojovat. Je však možné mu i předcházet“ (Křivohlavý, 1998).

Obecně stres rozlišujeme na „dobrý“ stres (eustres), který je považován za pozitivní motivační faktor a „špatný“ stres (distres), který naopak má na psychiku a organismus jedince negativní vliv. Z výše uvedeného vyplývá, že život bez stresu neexistuje a svoji odolnost vůči němu je nutné neustále zvyšovat nebo si vybírat to, co je pro nás pozitivní. Na stres může zdravotní sestra reagovat specifickými, ale i nespecifickými prostředky. Specifické prostředky jsou dány konkrétní osobností sestry a charakterem jejího pracovního zařazení. Naopak dobré mezilidské kontakty, aktivní životní styl, správné dávkování odpočinku a alternativní činnosti ve volném čase můžeme považovat za nespecifické prostředky.

Jak bylo naznačeno v jedné z předchozích kapitol, vykonávají ošetřovatelskou profesi převážně ženy. *„Mužské a ženské pohlaví se přitom liší nejen fyziologicky (menší tělesná výška žen, fyzická síla aj.; naopak lépe vyvinutý hmat, lepší zručnost při některých úkonech aj.), ale psychicky (ženy mají lepší paměť na detaily, hůře však rozlišují fakta od domněnek). Ženy jsou více emotivní než muži, hůře snášejí kritiku, mají vyšší sklon ke vztahovačnosti. Řešení konfliktu trvá v ženském kolektivu déle nežli v mužském; typická je citová labilita*

(náladovost) v důsledku menstruačního cyklu, případně klimaktéria. Oproti mužům však ženy mají sklon lépe snášet monotónní práce, lépe rozdělují pozornost a mají vyšší míru empatie“ (Rozsypalová, 1981).

Jedním z negativních prvků v ženském kolektivu je i skutečnost, a to skloubení pracovních a rodinných povinností u ženy. Konflikty na pracovišti často vznikají z důvodu ošetřování vlastních dětí, a vyhrocují se zvláště v době dovolených a období školních prázdnin, kdy je velmi těžké zajistit provoz na oddělení.

4.4.1. Fyzické a psychické zatížení zdravotní sestry

V této podkapitole se zmíníme o příčinách fyzického a psychického zatížení zdravotní sestry při výkonu své ošetřovatelské péče.

Všichni, zdravotní sestry nevyjímaje, se v průběhu svého života čas od času dostáváme do situací, které jsou pro nás zcela nové, případně neobvyklé nebo jsme určitými faktory, jež na nás dlouhodobě, případně však i poměrně krátce, ale mimořádně naléhavě působí, nějak limitováni. Je toho na nás třeba příliš mnoho (nebo naopak příliš málo), tlačí nás čas, přibývá povinností apod.

Takové situace lze charakterizovat pojmem *psychická zátěž.* Pozornost jim budeme věnovat proto, že představují specifické okolnosti, jež i zásadním způsobem mění chování lidí, kteří se s nimi setkávají, a mohou (zejména při dlouhotrvajícím ovlivnění) vyvolat u některých jedinců psychické poruchy, případně u nich podmínit vznik vážnějšího fyzického onemocnění. Měli bychom proto vědět, co je psychická zátěž, čím je vyvolávána, jak působí a jak se s ní případně můžeme co nejlépe vypořádat.

V běžném životě se zpravidla setkáváme se situacemi a podmínkami, ve kterých si v podstatě vystačíme s navyklými schématy myšlení a jednání. V průběhu života si tak pro řadu běžných životních okolností osvojujeme určité algoritmy, které opakovaně používáme ke zvládání obdobných životních situací, a k řešení obvyklých problémů. Vytváří nám to tak určitý pocit bezpečí a jistoty. Má to však tři zásadní nedostatky; vede to jisté rutině, oslabuje to naši celkovou otužilost a snižuje to naší flexibilitu a tvořivost.

V životě každého z nás se přirozeně čas od času vyskytují i situace, pro které nemáme takříkajíc „po ruce“ vhodný algoritmus nebo dokonce žádné vhodné, dostupné či zaručené řešení daného problému neexistuje. Takové situace bývají označovány jako velice náročné.

Jejich náročnost může být různorodá. Z tohoto pohledu mohou vystupovat jako reálná životní zátěž, mezní nebo limitní zátěž a posledním stupněm může být až extrémní zátěž.

Reálná životní zátěž představuje dopad situace, jež je pro dnešní dobu typická, a tou je zvyšování složitosti podmínek života, které vyžadují od každého člověka zvýšenou pohotovost, aby byl schopen se s nimi vyrovnat. Autorka Bedrnová s odvoláním na Mikšíka uvádí, že určitá míra a kvalita této zátěže má na jedince pozitivní dopad. V řadě případů se stává podmínkou jejich vnitřního rozvoje a stimulem k tomu, aby si osvojili nové formy interakce s prostředím, zvýšili svou celkovou otužilost, posílili vlastní flexibilitu a tvořivost. Jde zejména o prosté náročné situace, v nichž nedochází k zásadní diskrepanci mezi jedincem a realitou, která ho obklopuje. Většina lidí je schopna si s těmito situacemi vcelku bez problémů poradit, pouze menší procento jedinců v nich selhává.

Mezní nebo také můžeme říci limitní zátěž vzniká obvykle tehdy, když se vyhrotí rozpor mezi objektivními požadavky na interakci jedince s prostředím a jeho předpoklady si s nimi poradit. Za těchto okolností se člověk obvykle vyrovnává s náročnými podmínkami, s větším vynaložením psychických sil a s určitým psychickým vypětím. Nikdy proto nelze dopředu vědět, zda v nich jedinec uspěje nebo naopak selže. Záleží to na mnoha okolnostech objektivní i subjektivní povahy, přičemž procento selhávajících je, ve srovnání s prostými náročnými situacemi, v tomto případě zřetelně vyšší. Bedrnová dále říká, že *„v současné době, a zdravotní sestry nevyjímaje, se mnoho lidí ocitá v situaci mezní zátěže jen proto, že se doba změnila, nároky na ně vzrostly a oni nebyli připravováni na to, jak se s nimi vyrovnat. Zůstávají tudíž na dolní hranici svých možností a leckdy se dostávají i pod ní. Lze je přirovnat k dlouhodobě zatuhlému strojnímu zařízení, které navíc bylo nastaveno na celkově nižší výkonové parametry. Týká se to pochopitelně zejména, ale nejenom, lidí střední a vyššího věku“* (Bedrnová, 1999).

Extrémní zátěž pak představuje takové zvýšení nároků na jedince, že již není s to, situaci sám zvládnout a selhává v ní. Jde především o situace v běžném životě člověka málo obvyklé (kupř. válečné konflikty, přírodní katastrofy, ale i dopravní či jiná neštěstí, dlouhodobá věznění apod.). Výhodou je, že se do těchto situací většina lidí v průběhu života prakticky nedostane. Nevýhodou z tohoto přirozeně plynoucího pak to, že tudíž ani nemají možnost získat odpovídající předpoklady k jejich zvládnutí. Větší procento lidí v nich proto obvykle spíše selhává.

Stres bývá považován za velmi závažný zdroj zátěže naší psychiky. Za stresové faktory bývají, dle Mikšíka nejčastěji považovány *„ztížené nebo neobvyklé senzomotorické podmínky výkonu činnosti, časový deficit, tlak ohrožení a odpovědnosti“* (Mikšík, 1980).

Naopak Křivohlavý cituje řadu autorů, kteří stres vymezují velmi rozmanitě a mnohdy ho dokonce chápou i jako synonymum zátěže nebo jako její určití vyhrocení. Sám pak stres interpretuje jako *„vnitřní stav člověka, který je buď přímo něčím ohrožován, nebo takové ohrožení očekává a přitom se domnívá, že jeho obrana proti nepříznivým vlivům není dostatečně silná“* (Křivohlavý, 1998).

Problematiku stresu jako první rozpracoval Selye (1966) a v současné době je jí věnována větší pozornost. V rámci pojetí stresu bývá obvykle odlišován tzv. „eustres“ jako taková míra ohrožení, která má na člověka stimulující, a tedy pozitivní vliv. Opakem je tzv. „distres“, který má účinky na lidský organismus ohrožující jeho fyzické a duševní zdraví. *„Pojem stres se přitom v hovorové mluvě častěji chápe spíše ve významu distresu“* (Křivohlavý, 1998).

Faktory mající na člověka takto nepříznivý vliv bývají označovány jako stresory. Mohou mít povahu fyzickou (různé fyzikální a chemické látky či jedy) nebo emocionální (nejrůznější situace ovlivňující velmi intenzivně prožívání člověka). V tomto ohledu bývá někdy uváděn přehled stresorů i s vyznačenou hodnotou míry nepříznivosti jejich působení. Uvádějí ho např. Holmes a Rahe, přičemž vedle jednoznačně nepříznivých faktorů jsou uváděny i takové, které mají objektivně spíše příznivý charakter. Jako příklad zde můžeme uvést postup v zaměstnání, vlastní sňatek, očekávání a narození dítěte apod. Jde však o zásadnější změny v životě člověka, které pochopitelně mohou vedle radosti vyvolat také určitý stres.

Z hlediska výše uvedeného vymezení stresu lze za stres navozující situace obecně považovat: podmínky vnuceného tempa, neočekávané nebo nepříznivé změny, nejednoznačně a nejasně definované okolnosti, nadkapacitní zatěžování, dopad monotonie, různá očekávání, přílišnou uspěchanost, osamocenost a opuštěnost, definitivnost některých skutečností.

Mezi příčiny fyzické (resp. fyzikální a chemické) zátěže patří:

- statické zatížení (stání při práci a asistenci u lůžka, zdravotních výkonech, vizitách apod.),
- dynamické zatížení (přecházení mezi pracovišti, pochůzky při vyřizování pracovních úkolů),
- zatížení páteře (při zvedání pacientů, úpravě lůžka, polohování apod.),
- zatížení svalového a kloubního systému,

- setkávání se s nepříjemnými podněty (exkrementy, tělní tekutiny, otevřené rány, zápach, deformity, vyrážky),
- rizika infekce,
- narušení spánkového rytmu při směnování,
- nedostatek klidu a času na pravidelnou stravu a pitný režim,
- kontakt s léky a dezinfekčními prostředky,
- radiační záření, hluk, vibrace, příliš prudké nebo naopak nedostatečné osvětlení (Bartošíková, 2006).

Naopak do zátěží psychických, emocionálních a sociálních řadíme:

- neustálou pozornost, pečlivé sledování, nutnost rychlých rozhodnutí, improvizace,
- konfrontaci s utrpením, bolestí, smrtí, působení bolesti druhým lidem, tedy obecně nelibými pocity a z toho plynoucí pocit z nespravedlivého osudu,
- značné nároky na paměť,
- velká zodpovědnost za výsledky své práce (zacházení s lidským zdravím a životy jako nejvyššími hodnotami),
- nutnost samostatného a rychlého rozhodování,
- zacházení s intimitou pacienta při určitých zdravotních výkonech (cévkování, aplikace klyzmatu) nebo úkonech (pomoc při toaletě, hygieně) a kontakt s intimními informacemi,
- konfrontace pracovní zkušenosti se svým životem a životem svých blízkých,
- komunikace s příbuznými pacientů,
- nároky na neustálé a nikdy nekončící sebevzdělávání (Bartošíková, 2006).

Psychická zátěž zdravotní sestry je ovlivněna řadou faktorů mezi něž můžeme zařadit vysoké nároky na schopnost pohotově myslet a logicky uvažovat. Vysoké nároky jsou rovněž kladeny na smyslové schopnosti zdravotní sestry. Jako kupř. vysoké nároky na zrak (čtení příbalových letáků psaných malých písmem, kontrola hrotů jehel a operačních nástrojů.

Některé příznaky nemocí či zdravotní stav pacienta je zase nutné rozpoznávat sluchem (např. dýchání pacienta, rozpoznání druhu kašle apod.). Při rozlišení zápachu z úst jsou kladeny zvýšené nároky na čich zdravotní sestry. Mezi neméně důležité požadavky, kladené na zdravotní sestry je požadavek na vyrovnání se s charakterem své vlastní osobnosti.

V porovnání s ostatními zdravotnickými pracovníky jsou sestry nejčastěji v kontaktu s pacientem. Z tohoto hlediska mají tedy větší možnost jej poznat jako člověka. Nemocní lidé si také vůči sestře dovolí více než k lékaři, - a to i bohužel – v negativním smyslu. Sestra proto bývá jakýmsi hromosvodem nejen pro lékaře, ale i pro nemocného. Náročná profese zdravotní sestry bere čas na její zájmy a záliby, tedy čas takříkajíc „pro sebe“, který je však zároveň nutný pro udržení si duševní pohody.

Pečovat o pacienty se zdravotní sestry učí ve zdravotní škole a v průběhu odborné praxe. Kdo je však učí pečovat o sebe? Při přípravě zdravotních sester na výkon svého povolání se velice systematicky vyučuje a probírá péče o nemocné, avšak péče sama o sebe je ponechána soukromé iniciativě každé zdravotní sestře individuálně.

„Péče sama o sebe má řadu různých oblastí. Jde například o péči o vlastní vzhled, o tělesné zdraví, o stravování atp. Do tohoto souboru „péčí“ patří i péče o vlastní tělesný a duševní život. Pomocí zde je dnes poměrně nová psychologická disciplína zvaná psychologie zdraví“ (Křivohlavý, 2002).

4.4.2. Motivační činitelé práce zdravotní sestry

Mezi pozitivní znaky práce zdravotní sestry můžeme zařadit pocit pomoci od utrpení a bolesti pacienta. Vedle toho je tu i dání možnosti útěchy a povzbuzení pacientovi. To vše je možné zařadit jako klíčový motiv pro výkon povolání zdravotní sestry. Sebezdokonalování a sebevzdělávání ve stále rozvíjejícím se oboru, mezi který medicína bezesporu patří, může být vnímáno jako pozitivní motivační faktor, jenž rozhoduje o profesním úspěchu zdravotníků.

Mezi ostatní motivační činitele můžeme zařadit především věk, zdravotní sestry, pracovní zkušenosti, mezilidské vztahy na pracovišti, dojíždění do práce, směnnost a společenský význam tohoto povolání.

Dle výsledků současných průzkumů má podle Janouškové a Mellanové (2005) nejvyšší prestiž mezi nelékařskými zdravotnickými povoláními diplomovaný zdravotnický

záchranář, porodní asistentka a sestra pro intenzivní péči. Všeobecná sestra se pohybuje zhruba uprostřed tabulky nelékařských zdravotnických povolání.

5. Syndrom vyhoření neboli burn-out

5.1. Úvod

„Když jsem nastoupila do nového zaměstnání, byla jsem přesvědčená, že je to pravé, co jsem už dlouho hledala. Byl to přesně ten typ práce, který jsem chtěla, přišlo mi to smysluplné pomáhat handicapovaným dětem, starat se o ně, pomáhat jim v životě najít si své místo. Nastoupila jsem s velkým nadšením, učila se nové věci a trávila jsem prací s malými klienty hodně času. Děti si mě zcela získaly, byly na nich vidět pokroky, kterých jsme společně dosahovali. Bylo to prostě ideální místo pro mě.

Pracovala jsem tam několik měsíců a práce mě čím dál víc pohlcovala, trávila jsem tam hodně času, dokonce přes limit své pracovní doby. Snažila jsem se pomáhat, co to šlo. Kolegům se semnou rovněž dobře pracovalo, někteří se mi začali svěřovat se svými pracovními problémy, pomáhala jsem jim je řešit.

Ani jsem si nevšimla, že se cosi začalo nepozorovatelně měnit. Občas jsem se začala přistihovat, že se ráno do práce začínám míň a míň těšit, služby mě více unavovaly a vysilovaly. Byla jsme přetažená a reagovala jsem příkřeji na spolupracovníky. S únavou jsem večer uléhala a stejně unavená jsem se probouzela.

Už jsem nechtěl tolik pomáhat, dokonce jsem se začala některým úkolům i vyhýbat. Tohle všechno se několik měsíců stupňovalo, až jsem se najednou dostala do stavu, kdy jsem dál nemohla. Cítila jsem se vyčerpaná, unavená, znechucená, nedokázala jsem si představit, jak budu dál vykonávat svoji práci, ale zároveň jsem nevěděla, jak tuto situaci řešit...“ (Jeklová, Reitmayerová, 2006).

Podobné příběhy se v současnosti vyskytují čím dále častěji v nejrůznějších oblastech. Nejčastěji se vyhoření objevuje v profesích, které jsou označovány jako pomáhající – tedy u sociálních pracovníků, pracovníků neziskového sektoru, asistentů, dobrovolníků apod. Dále pak v profesích, kde je bezpodmínečně nutný častý mezilidský kontakt. Proto se s ním stále častěji setkáváme i u zdravotníků (lékařů, zdravotních sester, fyzioterapeutů atd.), pedagogů, jedinců pracujících v týmech apod. Vyhoření u jedinců je doprovázeno poměrně vysokou psychickou zátěží, která ještě komplikuje jejich stav. Někteří autoři spojují vysokou úroveň psychické zátěže s takovými charakteristikami jedinců, jako jsou zvýšená senzitivita, zranitelnost, idealismus, nadměrné přebírání odpovědnosti či vlastní nevyřešené konflikty, jiní se zvyšujícími se profesními nároky či nároky společnosti kladenými na jedince.

Syndrom vyhoření samotný se projevuje ztrátou energie a idealismu, jež vedou ke stagnaci, frustraci a apatii. Ačkoli nepostihuje jen lidi pracující v pomáhajících profesích, právě u nich se projevuje nejčastěji a nejnápadněji.

Abychom se vyhoření mohli vyvarovat, předcházet mu nebo zeslabit jeho účinky, pokud jim již v nějaké podobě trpíme, je důležité jej lépe poznat, vědět co jej způsobuje i co proti němu můžeme dělat.

Nejprve si stručně představíme, co to syndrom vyhoření je a kde se tento termín objevil. Dále se seznámíme s tím, jakou roli při jeho vzniku hrají zátěžové situace. V dalších podkapitolách se podrobně podíváme, co syndrom vyhoření obnáší, jak se projevuje, jak ho u sebe či u druhých rozeznat a konečně jak s ním bojovat nebo mu předcházet.

5.2. Teoretické zdroje syndromu vyhoření

V teoretické rovině lze z dostupných pramenů vysledovat souvislost podstaty vyhoření mezi dvěma hlavními oblastmi výzkumu:

- v linii filosoficko-psychologické jde především o zdroje existenciálně orientované filosofie a psychologie,
- v linii psychologicko-medicínské přispělo ke koncipování poznatků o vyhoření dlouhodobé studium stresu a jeho důsledků.

Existencialismus jako filosofický směr byl pro řadu psychiatrů a psychologů, zabývajících se otázkami psychologických aspektů vztahů mezi zdravím a nemocí, velmi inspirativním myšlenkovým zdrojem (patří sem především S. Kobasová, S. Maddi, M. Zola, S. Kahn, ale částečně i V. Frankl, A. Antonovsky, C. Rogers a další). *„Z mnoha podnětů, jež toto hnutí přineslo, byly pro tyto psychology nejpodstatnější otázky, vztahující se k prožitkům, jež se vyskytují v souvislosti s krizí osamělého jedince-intelektuála, nejčastěji liberálně orientovaného“* (Hunt, 2000).

Tato krize, kterou existencialisté poprvé velmi výstižně popsali po 1. světové válce, je způsobena pocitem totálního osamění, vykolejení z dosavadního zaběhnutého každodenního režimu a nutností spoléhat se na vlastní síly. *„Člověk je zde reflektován jako zcela osamělé a z kořenů vytržené individuum, usilující momentálně o uhájení holé existence. Značný důraz je*

kladen na pocity úzkosti, jejichž zdroje jsou spatřovány v prožívané odpovědnosti, a na pocity beznaděje, vztahující se k nutnosti spoléhat se jen sám na sebe"[5] (Kebza, Šolcová, 1998).

Součástí této prožívané krize je též vyrovnání se s vlastními náladami a pocity, obsahujícími prožitky osamocení, starostí, úzkostí, bezmoci, beznaděje a zoufalství, ale i absurdity, nudy, „otrávení", „zhnusení" apod. Úzkost je jedním z ústředních pojmů existenciálního přístupu a je hlavní hybnou silou prožívání reality. Díky ní si člověk uvědomuje fakt svého konečného postavení v celku okolního světa. Podle existencialistů je nutné k uvědomění sama sebe ve smyslu existence (což každodenní život svým stereotypem neumožňuje), dostat se do určité mezní či krajní situace. Jednou z těchto mezních situací jsou nepochybně i stavy, prožívané v rámci vyhoření, tj. stavy celkového psychického vyčerpání, ztráty motivace, rezignace na profesionální cíle atd. Právě toto uvědomění sama sebe jako individuální existence přináší člověku poznání jeho svobody. Svoboda však podle existencialistů předpokládá absolutní nezávislost člověka na společnosti a pro její poznání je proto nutné zpřetrhání všech svazků s okolním světem. To bývá také součástí vzorců chování jedinců, u nichž se vyhoření dostalo do závěrečné fáze.

Pokud člověk pochybuje o smyslu své existence, jak tomu často při rozvoji pokročilejších fází vyhoření bývá, dostavuje se stav existenciální frustrace. *„Silně prožívané a dlouhodobě působící stavy existenciální frustrace mohou vyústit v depresi nebo v tzv. noogenní či existenciální neurózu , kterou popsali V. Frankl, S. Maddi a další jako chronickou neschopnost uvěřit v důležitost, užitečnost a pravdivost všeho, co člověk dělá"* (Kebza, Šolcová, 1998).

5.3. Definice a okolnosti vzniku syndromu vyhoření

Burn-out byl jako jev rozpoznáván a identifikován poprvé v průběhu osmdesátých let 20. století. Původně byl spojován se stavem alkoholiků, kteří kromě alkoholu o vše ostatní ztratili zájem. Později se tento pojem rozšířil i pro oblast drogových závislostí, kde toxikomani ztráceli zájem o cokoli jiného mimo drogu, svět se jim zúžil jen na tuto oblast. Postupně pronikal i do jiných oblastí, předcházel například i pojmu workoholik, který vypovídá o stavu přepracovanosti, lidé se cítí apatičtí, vyčerpaní, nedokáži překonávat běžné překážky a začínají se stranit ostatních.

[5] Srov. koncepci syndromu bezmoci a beznaděje, vytvořenou Schmalem a Engelem na počátku 70. let 20. století a koncepci naučené bezmocnosti, vytvořenou ve druhé polovině šedesátých let 20. století Abramsonem, Seligmanem a Teasdalem a dále rozvíjenou J. Garberovou a dalšími.

Stav, který pojem burn-out popisuje, je však známý a vyskytuje se odnepaměti. *„V krásné literatuře lze najít nejrůznější zmínky, které souvisejí s tímto stavem naprosté vyčerpanosti a neschopnosti pokračovat dál v původní profesi nebo činnosti související s mezilidským kontaktem“* (Křivohlavý, 1998).

5.3.1. Definice syndromu vyhoření

Poprvé tento pojem použil v roce 1975 psycholog H. J. Freudenberger ve své knize Burnout: The Cost of High Achievement, kde syndrom burn-out definoval jako vyhasnutí motivace a stimulujících podnětů v situaci, kdy péče o jedince a neuspokojivý vztah jsou příčinou, že práce nepřináší očekávané výsledky. Syndrom je spojován se stavem psychického i fyzického vyčerpání následujícího po vyčerpávajícím a dlouhotrvajícím stresu. Jedná se o *„vyplenění všech energetických zdrojů původně velice intenzivně pracujícího člověka (např. lidí, kteří se snaží druhým lidem pomoci v jejich těžkostech a pak se cítí sami přemoženi jejich problémy)“* (Freudenberger in Křivohlavý, 1998). Jako první bylo popisováno vyhoření u personálu „alternativních“ léčebných zařízení, jakými byly například „Free Clinics“, existující mimo etablované léčebny a závislé na obětavé pomoci dobrovolníků. Brzy se ukázalo, že tento koncept lze uplatnit i u dobře placeného personálu ve vyšších pozicích, u lékařů, psychiatrů, zdravotních sester, učitelů i sociálních pracovníků.

Definic syndromu vyhoření je celá řada. Některé jsou orientovány na konečný stav, tzn. na stav emočního, fyzického a mentálního vyčerpání. Jiné jsou definovány jako proces, který má vlastní vývoj. Všechny definice však mají několik společných znaků:

- přítomnost negativních emocionálních příznaků jako například deprese, vyčerpání apod.,
- syndrom vyhoření je nejčastěji spojován s určitými druhy povolání, které jsou uváděny jako rizikovější, např. zdravotníci,
- menší efektivita práce není spojována se špatnými pracovními schopnostmi a dovednostmi, ale naopak s negativními vytvořenými postoji a z nich vyplývajícího chování,
- důraz je kladen na psychické příznaky a na prvky chování než na provázející tělesné příznaky,
- syndrom vyhoření se vyskytuje u jinak psychicky zdravých lidí, nesouvisí nijak s psychickou patologií.

„Syndrom vyhoření tedy vylučuje stavy, které jsou spojené s psychiatrickou diagnózou nebo s monotónností práce, kde se sice může jednat o únavu a znechucení, avšak tento stav není spojován s pocity neschopnosti“ (Křivohlavý, 1998).

Dosud, ale není chápání tohoto fenoménu zcela ustáleno. *„V některých případech je syndrom vyhoření pojímán jako stabilní osobnostní vlastnost či jako copingový mechanismus (tj. mechanismus, pomocí něhož se lidský organismus vyrovnává se zátěžovými situacemi). Někdy se k syndromu vyhoření přistupuje rovnocenně jako k termínům deprese, úzkost, ztráta energie, odcizení“* (Bartošíková, 2006).

Po mnoha výzkumech tohoto pojmu a realizovaných studiích (především v USA a zemích západní Evropy) se ustálil přístup, který syndrom vyhoření považuje za psychický stav, který je úzce vázán na profesi charakterizovanou stresovými podmínkami.

Obecně lze syndrom vyhoření popsat jako: *„duševní stav objevující se často u lidí, kteří pracují s jinými lidmi a jejichž profese je na mezilidské komunikaci závislá. Tento stav ohlašuje celá řada příznaků: člověk se cítí celkově špatně, je emocionálně, duševně i tělesně unavený. Má pocity bezmoci a beznaděje, nemá chuť do práce ani radost ze života“* (Tošner, Tošnerová, 2002).

Syndrom vyhoření není však jen prostým vyčerpáním, i když vyčerpání fyzické, psychické a emociální je při něm popisováno. Kebza a Šolcová (2003) zdůrazňují, že syndrom vyhoření představuje skupinu specifických symptomů, avšak není zatím v české výzkumné ani klinické praxi chápán jako diagnostická kategorie ve smyslu samostatné nosologické jednotky a přes prokazatelně negativní vliv na pracovní výkon není klasifikován jako choroba z povolání.

5.3.2. Okolnosti vzniku syndromu vyhoření

Přestože syndrom vyhoření představuje skupinu specifických symptomů, podle názoru Kebzy a Šolcové, není zatím v české výzkumné ani klinické praxi chápán jako diagnostická kategorie ve smyslu samostatné nosologické jednotky a pře prokazatelně negativní vliv na pracovní výkon není klasifikován jako choroba z povolání. Výzkum vzniku syndromu vyhoření je základním vodítkem pro pochopení tohoto jevu. Obecně lze říci, že faktory podněcující vznik syndromu vyhoření mají dlouhodobý charakter, a proto vždy musíme zkoumat předchozí životní zkušenosti a zážitky jednotlivce.

Účastníci psychologických výzkumů uvádí, že mezi negativní zkušenosti iniciující vznik syndromu vyhoření patří např. konflikt rolí lékař-sestra, nedostatek personálu a z toho

plynoucí přetíženost sester, ztráta iluzí, pohrdání a ústrk, ale i špatná úroveň řízení, urážky na pracovišti aj.

Shora uvedené okolnosti lze rozdělit do následujících kategorií:

- okolnosti fyzické – např. nezdravý životní styl;
- okolnosti psychické – např. negativní myšlení, ztráta smyslu práce, špatné hospodaření s časem, nedostatek času na své vlastní zájmy;
- okolnosti vyplývající z organizace a řízení na pracovišti – špatné pracovní podmínky (hluk, osvětlení), špatné organizační podmínky (nejasné vedení, malá informovanost, nedostatečná komunikace);
- okolnosti celospolečenské – vývoj od paternalismu směrem k partnerství ve většině oborů lidské činnosti, nízká společenská prestiž pomáhajících profesí včetně nízkých platů, větší rozdíly v životní úrovni (Baštecká, Goldman, 2001).

5.4. Syndrom vyhoření – burn-out

V rámci uvedené problematiky můžeme konstatovat, že zátěžové situace (stres, frustrace, konflikt, trauma, krize, deprivace) většinou vyhoření v hojné míře předcházejí. Vraťme se nyní znovu k syndromu vyhoření. Zatím jsme se seznámili se základními definicemi. V dalších kapitolách se budeme zabývat tím, jaké jsou rizikové faktory pro jeho vznik, projevy navenek, vývojové fáze v čase a prožívání vyhořelého jedince.

„Syndrom vyhoření lze popsat jako duševní stav objevující se u lidí, kteří pracují s jinými lidmi a jejichž profese je na mezilidské komunikaci závislá. Tento stav ohlašuje celá řada příznaků; člověk se cítí celkově špatně, je emocionálně,, duševně i tělesně unavený. Má pocity bezmoci a beznaděje, nemá chuť do práce ani radost ze života“ (Tošner, Tošnerová, 2002).

Syndrom vyhoření se objevuje především u „angažovaných pomahačů“, tedy u lidí, pro které je mezilidský kontakt každodenním chlebem, bez nějž výkon profese takřka není možný. Větší riziko se ještě zvyšuje tam, kde se jedinec setkává s problémy druhých, snaží se je emočně podpořit. Vyhoření se u těchto lidí projevuje jako plíživé psychické vyčerpání způsobené dlouhodobým působením stresujících podnětů. Důsledky se dostavují postupně. Počáteční nadšení pro práci, uspokojení z prvních úspěchů, nadšení ze seberealizace v povolání se postupně vytrácí. Často dochází ke střetu s realitou, jež bývá zcela odlišná od představ, se kterými daný jedinec do práce nastoupil. Profesionální chování se začíná měnit,

vytrácí se zájem o klienta, pacienta či uživatele služby. Jejich problémy a stesky začínají být na obtíž, jsou odbývány ironickými poznámkami. Objevuje se podrážděnost, střídaná se skleslostí, dostavuje se ztráta sebedůvěry a pocit vnitřní prázdnoty. Na základě těchto příznaků však nemusí jít ovšem vždy zákonitě o syndrom vyhoření. Záleží na podmínkách, za jakých je povolání vykonáváno.

5.4.1. Projevy vyhoření

Základními projevy vyhoření nejčastěji bývají: tělesné vyčerpání, emocionální vyčerpání, únava, popudlivost, nedůvěřivost, depresivita, negativní a cynický postoj k vlastní práci a ke klientům (pacientům, občanům, žákům apod.).

Tyto negativní projevy však samy o sobě nemusí znamenat přítomnost vyhoření. *„Deprese například může být spojována i s náročnou životní situací, se zážitky z mládí, apod. Únava se zase pojí s nějakým fyzickým nebo intelektovým výkonem, jež samy o sobě přinášejí určitý pocit sebeuspokojení. Oproti tomu při vyhoření se únava pojí s pocity marnosti, a selhávání. Zatímco u obyčejné únavy nám může postačit důkladně si odpočinout, u únavy spojené s vyhořením běžný odpočinek nepostačí“* (Baštecká, Goldman, 2001).

Syndrom vyhoření bývá označován jako „fenomén prvních let v zaměstnání“, kdy po vysokých očekáváních, entuziasmu a „profesní mytologii“ nastává zklamání, frustrace, bezmoc a rezignace. Jakou roli hrají při vyhoření osobnostní proměnné, je zatím nejasné. Mnoho expertů však za hlavní příčinu vyhoření považuje podmínky pracoviště, okruh spolupracovníků a další sociologické faktory. Někteří autoři vysvětlují pojem procesu vyhoření jako soubor typických příznaků vznikajících u pracovníků pomáhajících profesí v důsledku nezvládnutého pracovního stresu (Matoušek a kol., 2003). Často bývá v této souvislosti zmiňován tzv. „syndrom pomahače“, kdy se člověk prostřednictvím pomoci druhým snaží zakrýt a odvrátit vlastní emocionální bezmoc.

Jak již bylo uvedeno, syndrom vyhoření nevyhnutelně patří k pomáhajícím profesím. Téměř u každého pracovníka se projeví po určité době některé z charakteristických projevů. Následně nato syndrom vyhoření buď propukne nebo se jej podaří zvládnout prostřednictvím zlepšení podmínek organizace nebo vlastními silami ohroženého jedince.

5.4.2. Cesty vedoucí k vyhoření

Vyhoření můžeme charakterizovat jako ztrátu vůle a motivace. Zničená motivace má za následek vzrůstající neschopnost zmobilizovat vlastní zájem a schopnosti pro danou profesi a kontakty s ní související.

První cesta vedoucí k syndromu vyhoření bývá ztráta ideálů. Na počátku je nadšení, upřímné těšení se z nového zaměstnání, ztotožnění se s novými úkoly, týmem kolegů apod. Práce pres čas je zprvu brána jako nutnost, protože má smysl; pomáhá naplňovat počáteční ideály. Postupem času však začínají narůstat potíže, dochází k již zmíněnému střetu ideálů s realitou, která ukáže, že ne všechny věci jsou takové, jak si je jedinec představoval. Ne vždy se vše daří. Z tohoto důvodu může dojít ke ztrátě důvěry ve vlastní schopnosti, ztrátě smysluplnosti práce samé. Záleží samozřejmě na podpoře přátel, pracovního týmu, zázemí rodiny a samotné osobnosti dotyčného jedince, jak se se střetem vyrovná.

Druhou cestou je workoholismus. jedná se o závislost na práci, kdy daný jedinec trpí nutkavou potřebou hodně pracovat, což od něj vyžaduje stále více času a vlastní energie, které se mu začne nedostávat.

Třetí cestou je teror příležitostí. Každá nová zakázka je brána jako zajímavá a lákavá příležitost (výzva), které by bylo škoda nevyužít. Později se ale ukáže, že dostát všem rozpracovaným závazkům spotřebovává veškerý čas a energii. Neschopnost slevit může pracovníka po čase dovést právě k syndromu vyhoření. V tomto případě se jedná především o nedostatek řádu ve vlastním životě a o horší kontakt s realitou, kdy chybí odhad, kolik co zabere zhruba času a někdy i neschopnost odmítnout – říci ne.

Syndrom vyhoření však nevzniká pouze z přemíry práce a ztráty ideálů. Značný podíl na tom mají i další skutečnosti. K již výše zmíněné neschopnosti říci „NE“ dalším úkolům nebo odpovědnostem, patří stálý tlak náročných úkolů po delší dobu, popř. osobní vysoké nároky, jež danému jedinci ztěžují schopnost podělit se o práci s kolegy či podřízenými. také snaha dosáhnout příliš mnoha cílů po delší čas má na vzniku syndromu svůj podíl. V neposlední řadě je nutné zdůraznit, že i dávání příliš velké emocionální podpory po delší časový interval hraje svou neopominutelnou roli.

5.5. Rizikové faktory pro vznik syndromu vyhoření

Jsou určité profese, které jsou ke vzniku psychického vyhoření náchylnější. O nich už byla řeč v předchozích kapitolách. Ale ani profese sama o sobě není jediným klíčovým bodem, rozhodujícím o tom, zda syndrom vyhoření vznikne či nikoliv.

Jaké jsou tedy další rizikové faktory, které vyhoření přímo či nepřímo způsobují? Můžeme je rozdělit na tzv. vnější a vnitřní. Vnější faktory se týkají situace a kontextu, v němž se ohrožený jedinec nachází. Jedná se o podmínky v zaměstnání, v organizaci, kde pracuje, dále o situaci v osobním životě dotyčného jedince, jeho rodinu a širší příbuzenský okruh a v neposlední řadě i o společnost, v níž žijeme, a podmínky, které na nás každodenně klade. Vnitřními faktory pak můžeme nazývat různé osobnostní charakteristiky daného člověka, jež podporují vznik vyhoření, dále pak stav organismu. Především tu máme na mysli fyzický stav, a následně i způsoby chování a reagování v různých situacích, které jedinec v rámci své práce a svého života, používá. Podívejme se na jednotlivé oblasti trochu podrobněji.

5.5.1. Vnější rizikové faktory

Zaměstnání a organizace práce:

- dlouhodobé a opakované jednání s lidmi;
- nedostatek personálu, času, finančních prostředků, odborných zkušeností;
- nedostatek odpočinku v průběhu práce, příliš mnoho pracovních úkolů, které mají být zvládnuty v krátkých intervalech, pracovní přetížení;
- nedostatek ocenění práce ze strany vedení či klientů;
- příliš náročné pracovní podmínky;
- dlouhodobé trvání nepříznivých podmínek;
- existence náročných soutěživých podmínek na pracovišti;
- příliš náročné pracovní termíny či pracovní kvalitativní a kvantitativní požadavky;
- snížená možnost tvůrčího rozvoje pracovníků, pracovní rutina;
- odmítání ze strany druhých, klientů i nadřízených;
- snaha o postup na profesním žebříčku (budování kariéry);
- špatní manažeři či nadřízení, kteří nedokáží ocenit schopnosti jedince a poskytnout mu adekvátní pracovní vytížení.

Rodina:

- přehnaná pozornost problémům ostatních;
- neutěšené bytové či finanční podmínky;
- nemoc či jiná zátěž v rodině, zvláště dlouhodobá;
- partnerské problémy a konflikty.

Společnost:

- soutěživý charakter naší společnosti – vede soutěživé jedince k tomu, aby si stanovovali stále vyšší a vyšší cíle, které jednoho dne začnou překračovat jejich fyzické či emoční možnosti;
- falešný obraz úspěch – společensky uznávaný, úspěšný člověk je ten, kdo dostatečně vydělává peníze, má rodinu, prestižní zaměstnání... teprve toto přinese kýžený pocit štěstí;
- tlak vyvíjený na ženy v domácnosti, aby nastoupily co nejdříve po porodu dítěte do zaměstnání (kromě často plného pracovního úvazku v zaměstnání, plní doma ještě funkci hospodyně, matky, apod.);
- tempo naší společnosti (zrychlující se tempo přísunu informací, dopravy apod., si činí nemalé nároky na jedince žijícího v této společnosti);
- snaha nebýt pozadu za ostatními (snaha udržet krok s ostatními kolem nás, po výkonové i finanční stránce) (Matoušek a kol., 2003).

5.5.2. Vnitřní rizikové faktory

Mezi vnitřní rizikové faktory vyhoření patří:

- veliké, ba až přílišné nadšení pro práci;
- vnitřní tendence k soutěživosti, ke srovnávání se s druhými;
- subjektivní vnímání obtížnosti vlastních životních podmínek;
- špatné vnitřní sebehodnocení;
- silné vnímání neúspěchu;
- špatný fyzický stav;
- nepravidelný denní biorytmus;
- snaha udělat si všechno sám;
- nízká úroveň zdravé asertivity, neschopnost říci „ne“;

- nezvládání konfliktů;
- potřeba mít vše pod kontrolou;
- neschopnost aktivního i pasivního odpočinku či relaxace;
- přílišná odpovědnost a pečlivost;
- kladení příliš vysokých nároků na sebe sama;
- neschopnost přibrzdit (Kebza, Šolcová, 2003).

Vznik syndromu vyhoření je o to pravděpodobnější, čím více rizikových faktorů se u jedince vyskytuje a kumuluje. Společně se znásobuje jejich vliv. Většina pracovníků je ve své profesi (pracovní činnosti) navíc angažována svou osobností a tak se do práce promítá i směs osobních motivů včetně náboženského světonázoru či neuvědomované snahy léčit si své vlastní problémy a psychotraumata. Od práce takovýto pracovník očekává více než kdyby např. pěstoval zeleninu nebo se staral o koně. Dosáhnout pocitu uspokojení je pak samozřejmě obtížnější než v ostatních profesích.

5.5.3. Profesní podmínky vzniku syndromu vyhoření

Jelikož podmínky na pracovišti jsou jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů a příčin vzniku syndromu vyhoření, podívejme se tuto problematiku blíže.

Riziková pracoviště z hlediska rozvoje syndromu vyhoření jsou (dle Matouška a kol., 2003) ta pracoviště:

- kde není trvale věnována pozornost potřebám zaměstnanců;
- kde noví zaměstnanci nejsou zacvičeni staršími a zkušenými pracovníky;
- kde neexistují plány osobního rozvoje;
- kde chybí supervize;
- kde pracovník nemá příležitost sdělit někomu kompetentnímu, že ve své činnosti narazil na nějaké potíže a poradit se s ním;
- kde vládne soupeřivá atmosféra;
- kde jsou časté konflikty;
- kde je silná byrokratická kontrola chování zaměstnanců.

5.6. Vývoj syndromu vyhoření

V této kapitole se pokusíme podívat na syndrom burn-out jako na proces, jenž se vyvíjí a nabírá různých podob. Dokonce můžeme hovořit o stádiích či fázích jeho vývoje, které se někteří autoři pokusili vyčlenit z procesu do samostatné ohraničené podoby.Tento proces vývoje může trvat několik měsíců, mnohdy je však syndrom vyhoření vyvrcholením procesu trvajícího řadu let a jeho jednotlivé fáze mohou být různě dlouhé (Kebza, Šolcová, 2003).

5.6.1. Stádia a fáze vyhoření

Jak již bylo řečeno, syndrom vyhoření se může projevovat různými způsoby v závislosti na tom, v jakém stádiu se jedinec nachází. Určité názorné dělení nám nabízí Edelwich a Brodsky (Bartošíková, 2006):

- na počátku je nadšení, idealismus a nereálné očekávání – práce se stává pro jedince nejdůležitější součástí jeho života; neefektivně vydává vlastní energii a dobrovolně se přepracovává;
- stádium stagnace – jedinec slevuje ze svých očekávání, vnímá více reálné podmínky pro svou práci; pomalu se zaměřuje na uspokojování vlastních potřeb v podobě platu, volného času apod.;
- následuje stádium frustrace – jedinec začíná pochybovat o smyslu své práce, o tom, jestli má vůbec význam pomáhat někomu; objevují se první výraznější fyzické i psychické potíže, problémy ve vztazích;
- apatie – jedinec je trvale frustrován, neschopen změnit situaci podle svých očekávání; pracuje jen tak, jak je to nezbytné, vyhýbá se novým úkolům;
- stádium intervence – vede k jakémukoliv přerušení tohoto procesu; může jím být přerušení práce, životní změna, více času pro svoje vlastní zájmy nebo přehodnocení situace a realistický náhled.

Jiné členění procesu vyhoření nám nabízí A. Laengle (Křivohlavý, 1998):

- fáze nadšení – člověk se pro něco cele nadchl, má konkrétní cíl, jeho konání mu připadá smysluplné, protože usnadňuje cestu k vytyčenému cíli. Hlavním tématem je zde smysluplnost;

- fáze vedlejšího zájmu – z prostředku se začíná stávat cíl. Jedinec už není motivován samotným cílem a jeho dosažením, ale prostředky, které za tuto svoji práci získává. Žádoucím se stal vedlejší produkt. Přestává být tím, kým chtěl, čeho chtěl dosáhnout, přesto v profesi dále funguje, jeho nadšení začíná pohasínat;
- fáze popela – jedinec ztrácí úctu k ostatním lidem (k pacientům, ke klientům), nerespektuje je, vidí v nich věci, zároveň ztrácí úctu i k sobě samému, k vlastnímu životu, neváží si vlastního snažení, vlastních přesvědčení, ztrácí smysl života.

Obojí členění, jež zde bylo uvedeno, nám názorně ukazuje postupný vývoj syndromu vyhoření. Zatímco na začátku – je velké nadšení pro práci, vlastní pocit smysluplnosti, jasné směřování k cíli – na konci je to právě ztráta těchto, pro práci nanejvýš důležitých věcí, jež vede k vnitřnímu rozkladu, z něhož jedinec většinou nenajde cestu zpátky a často končí tím, že zaměstnání opouští.

Pokusme se nyní hlouběji podívat do vlastního prožívání takovéhoto jedince, abychom mohli lépe pochopit, v jaké (často bezvýchodné) situaci se sám nachází.

5.6.2. Prožívání a projevy vyhoření

Prožívání ve vztahu k sobě samému:

Jedinec blížící se vyhoření prožívá sám v sobě beznaděj, velkou únavu (jak fyzickou, tak psychickou), pesimismus, rozčarování, zklamání, úzkost, obavy a strach, emoční vyčerpání. Cítí se prázdný, chladný a takříkajíc v koncích. Dále jedinec prožívá projev odstrčení, nemůže sám něco dělat, není motivován a ostatní jsou rychlejší, výkonnější a spokojenější. V neposlední řadě jedinec prožívá neustálé napětí a stres, nízké sebehodnocení. Není spokojený sám se sebou, nemá o sobě dobré mínění, trpí nedostatkem energie a síly. I sebemenší problém ho zatěžuje a neví si sním rady. Projevuje se u něj nedostatek tvořivosti, motivace a plánů.

Prožívání ve vztahu k ostatním lidem:

Ve vztahu k ostatním lidem lze najít rovněž jiné prožívání, než tomu bylo dříve. Lidé ho obtěžují, chtějí po něm něco, co není schopen ani ochoten poskytnout, a to jak klienti (pacienti), tak spolupracovníci. Jedná s nimi chladně, bez citové angažovanosti. Druzí lidé ho

moc nezajímají, ztrácí empatii a jejich problémy se ho jakoby netýkají. Jedince naprosto nezajímá, co si o něm druzí myslí, jak ho vidí a hodnotí.

Projevy vyhoření navenek:

Vnitřní prožívání se navenek může projevovat nejrůznějšími způsoby. Mezi nejčastější patří to, že se u jedince snižuje produktivita práce. Současně s tím se zvyšuje aktivita jedince, aby stav vyrovnal, bere si práci domů, pracuje presčasy, ale produktivita práce zůstává buď na stejném bodě nebo se dále snižuje, což zvyšuje prožívání frustrace z práce. Dalším projevem vyhoření jedince navenek je ztráta odvahy a neochota riskovat. Jedinec postupně ztrácí důvěru v sebe sama, soutěživost ho zatěžuje, nevěří, že by mohl dosáhnout úspěchu na nějakém dalším poli. Fyzická únava je dalším z projevů vyhoření, kdy emoční tlak kladený na vyhořelého jedince je tak neúměrný, že ruku v ruce s ním jde fyzická únava, mnohdy zaměňovaná i za nějakou nemoc bez zjevných příčin. Negativní postoj ke světu, projevující se tak, že jedinec vnímá špatně jakýkoliv neúspěch či odmítnutí ze strany druhých, jen to podporuje jeho pocit vlastní nedostačivosti, špatně snáší kritiku, není schopen ji brát konstruktivně. Přecitlivělost a podráždění je dalším z mnoha projevů, kdy jedinec není spokojen s vlastními výsledky práce, je frustrován a v důsledku toho přenáší podráždění a neadekvátní reagování i do mezilidského kontaktu s ostatními.

Jednotlivé projevy závisí na povaze daného jedince. Někdo bude mít tendenci se stahovat do vlastního světa, nereagovat, bude se snažit nekontaktovat se s klienty (pacienty) ani se spolupracovníky či rodinou, bude se uzavírat před okolím. Jiný bude postupně působit agresivně, bude napadat svou práci i ostatní, zpochybňovat nahlas její výsledky i smysluplnost, agresivitu bude užívat jako uvolňovací ventil pro sílící přetlak v sobě samém. Další bude může mít tendenci svou práci bagatelizovat, podhodnocovat její důležitost i výsledky. Projevy tedy největší měrou závisí na osobnostních charakteristikách daného jedince, na jeho povahových vlastnostech a na jeho frustrační toleranci, tedy toleranci vůči nejrůznějším druhům zátěže. Tolerance se však v průběhu procesu vyhořívání pravděpodobně bude měnit k horšímu.

5.7. Komponenty vyhoření

Mezinárodní klasifikace nemocí přiřazuje syndromu vyhoření kód ICD 10, kategorie Z 73.O. s názvem „Problémy spojené s obtížemi v uspořádání života“, jež mají tyto symptomy:

Psychické příznaky v kognitivní rovině:

- ztráta nadšení, schopnosti pracovního nasazení, zodpovědnosti;
- nechuť, lhostejnost k práci;
- negativní postoj k sobě, k práci, k instituci, ke společnosti, k životu;
- únik do fantazie, potíže se soustředěním.

Psychické příznaky v emocionální rovině:

- sklíčenost, pocity bezmoci, popudlivost, agresivita, nespokojenost;
- pocit nedostatku uznání.

Emocionálně vyčerpaný člověk se cítí jako ubitý,má pocit bezmoci a beznaděje, z které není východisko. Je podrážděný a nervózní. V extrémních případech může tento stav vést až k vypuknutí duševní nemoci či k sebevražedným úmyslům.

Tělesné příznaky:

- poruchy spánku, chuťi k jídlu, náchylnost k nemocem, vegetativní obtíže (srdce, dýchání, zažívání);
- rychlá unavitelnost, vyčerpanost, svalové napětí, vysoký krevní tlak.

Lidé trpící syndromem vyhoření jsou zvýšeně náchylní k úrazům, k častějšímu onemocnění, stěžují si na bolesti hlavy, pocity nevolnosti, napětí svalů, šíje a zad, bolesti zad, změny jídelních návyků, změny tělesné hmotnosti, apod. Často si stěžují na chronickou únavu, spojenou s poruchami spánku a celkovou slabost. Pokoušejí se ze svého stavu uniknout pomocí alkoholu, cigaret, drog, jídla apod. Toto později přestane vše působit a prohlubuje se jen vyčerpání a pocit zoufalství.

Sociální vztahy:

- ubývání angažovanosti, snahy pomáhat problémovým klientům;
- omezení kontaktů s klienty (pacienty) a jejich příbuznými, omezení kontaktů s kolegy;
- přibývání konfliktů v oblasti soukromí;
- nedostatečná příprava k výkonu práce.

Ani rodina a přátelé už pro postiženého jedince syndromem vyhoření nejsou zdrojem energie a uspokojení. Naopak pro něj představují jen další nároky. U lidí, kterým hrozí vyhoření, se objevují negativní postoje k sobě samým, k vlastní práci a vlastním úspěchům. Ale také k okolí a ke klientům, pacientům, žákům. Jedinec přestává vnímat, že lidé kolem mají stejné pocity a myšlenky jako on. Vidí své klienty, pacienty, žáky spíše jako problém, než jako individua.

5.8. Metody zjišťování míry vyhaslosti

O to, zda se skutečně jedná v konkrétním případě o syndrom vyhoření, je předmětem doposud používaných klinických metod. Děje se tak nejčastěji metodou pozorování a formou dotazníku.

Podle Bartošíkové, která ve své knize „O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry“ mimo jiné hovoří, že mezi průkopníky ve zjišťování syndromu vyhoření můžeme zařadit Ayalu Pinesovou, která na počátku 80. let, vytvořila tzv. Tedium Scale (stupnici nudy, otravy, únavy). Později byla tato stupnice přepracována na dotazník syndromu vyhoření, tzv. Burn Measure, jehož autory byli A. Pines, E. Aronson a D. Kafry. Uvedený dotazník je zaměřen na tři níže uvedené různé aspekty jediného psychického jevu – a to celkového vyčerpání (exhausce):

- pocit tělesného vyčerpání (únava, slabost);
- pocit emocionálního vyčerpání (tíseň, beznaděj, bezvýchodnost);
- pocit psychického vyčerpání (bezcennost, marnost, ztráta iluzí a lidské hodnoty).

Další metodou je dotazník MBI Christiny Maslachové a Susan Jacksonové, pomocí něhož se u jedinců zjišťuje faktor EE (emotional exhaustion – emocionální vyčerpání), DP (depersonalizace) a PA (personal accomlishment – snížení výkonnosti).

Dotazník autorů Hawkinse, Minirtha, Maiera a Thursmana je formou jakési diagnostické samoobsluhy. Takový dotazník představuje soubor otázek a výpovědí, na něž se odpovídá ano či ne, tedy, zda osoba s daným tvrzením souhlasí či nesouhlasí.

Jinou metodou zjišťování syndromu vyhoření je tzv. sémantický diferenciál. Jeho podstatou je práce s bipolárními adjektivy, která je v obou směrech extrémní, např. ptáme se, zda chování k druhým lidem je přátelské nebo nepřátelské či zda máme k lidem intimní či rezervovaný vztah. Mezi těmito extrémy je stanovena stupnice o rozsahu 5 až 7 stupňů a odpověď se uvádí křížkem podle toho, kde se odpovídající domnívá, že se nachází (Křivohlavý, 1998).

Co se týká výzkumu v oblasti syndromu vyhoření u zdravotních sester, byla na našem území i na Slovensku v posledních letech (tj. od r. 2003) provedena řada pozorování sester v oblasti intenzivní medicíny, interních odděleních a v domovech důchodců, a to většinou formou dotazníku. Provedené výzkumy obvykle zdůraznily důležitost mezilidských vztahů na pracovišti, potřebu zájmu nadřízených o psychický stav sester a vliv věku sester na vznik syndromu vyhoření, tj. čím vyšší věk, tím vyšší je výskyt vyhoření.

5.9. Prevence syndromu vyhoření

V rámci předchozích kapitol jsme se pokusili o nástin existence syndromu vyhoření, jeho příčinách, jeho vzniku a jeho projevech. Cílem předkládaného textu by mělo být nejen pojednání o syndromu vyhoření, ale také návod, jak tomuto jevu předcházet, resp. co činit, když se příznaky vyhoření objeví.

V případě, že jedinec dospěje do některých z fází procesu vyhoření je v první řadě důležité, aby si člověk, který se dostane do takového stavu, byl vědom toho, že něco není v pořádku, aby byl srozuměn s tím, že trpí syndromem vyhoření a že se jedná o vážný stav. Další podmínkou je, aby trpící člověk sám chtěl se svým stavem něco dělat, aby se chtěl léčit, aby měl dostatečnou osobní motivaci k uzdravení, ke změně. S tímto nedílně souvisí i převzetí osobní zodpovědnosti za zotavující se proces. V neposlední řadě je též důležité, jestli má daný jedinec dostatečnou podporu v rodině a jak je tato podpora účinná v jeho osobním životě. Každý z nás je do určité míry odpovědný za to, jak dopadne jeho osobní boj se stresem a zátěžovými situacemi. Někdo je více, jiný méně přizpůsobivý, někdo se nenaučil správně reagovat na některé situace, jiný jedná více úzkostně nebo naopak impulzivně či prožívá událost svým, pro něj specifickým způsobem. Proto než dojde k výběru nějaké strategie zvládání či předcházení vyhoření, je nezbytné poznat sama sebe (jak začíná v úvodu tato

magisterská práce), zkrátka zamyslet se nad celkovou úrovní životní spokojenosti z hlediska těchto níže uvedených dimenzí:

- práce a seberealizace;
- partnerské soužití;
- rodina;
- zdravotní stav;
- ekonomická situace;
- hlavní životní plány a perspektivy.

Na závěr uveďme několik praktických postupů zvládání stresu z publikace „Umíte si poradit se stresem?“ (Šolcová, 1995). Tyto praktické postupy může do svého každodenního života aplikovat každý člověk a tím se aktivně podílet na snížení pravděpodobnosti onemocnění vyvolané stresem, což je v první řadě právě syndrom vyhoření.

V prvé řadě je nutné si vytvořit pořadí důležitosti, tzn. stanovit si, co je pro nás nejdůležitější. Dále je nutné pokud možno vyhnout se, resp. eliminovat stres, což znamená udělat si „inventuru“ opakujících se denních nepříjemností a nalezení způsobů, jak se jim vyhnout. Mezi nejtěžší rozhodnutí patří naučit se vypnout, tzn. trávit odpočinkově svůj volný čas, jít na procházku, věnovat se svým zájmům. Neopominutelným faktorem je pohyb a cvičení. Je známo, že pohyb je právě ta činnost, která okamžitě snižuje negativní účinky stresu. Mezi další prevenci předcházení stresu patří pěstování svých vztahů s druhými lidmi a navazování nových přátelství. Od přátel máme možnost získat nejen podporu, pocit solidarity a porozumění, ale také zpětnou vazbu, jež je důležitá pro korekci našeho jednání a chování. Pokusíme-li se odstranit nevhodné způsoby jednání a chování, můžeme se tím vyhnout zbytečným konfliktům, které jsou zdrojem stresu. V neposlední řadě musíme dbát na správnou výživu a naučit se relaxovat.

5.10. Potencionální faktory vyhoření u zdravotních sester

Jaké jsou potencionální faktory vyhoření u zdravotních sester? Abychom mohli odpovědět na položenou, pokusíme se vymezit nejdůležitější charakteristiky jejich činnosti.

Podstatou práce zdravotní sestry je pomoc druhým lidem, která je spojena s vysokou mírou odpovědnosti za životy a zdraví pacientů. *„Mimo jiné, též setkávání se se smrtí a utrpením nemocných, mohou být často důvodem pro citovou vyčerpanost a odosobnění“*

(Hlaváčová, Novotná, 2006). Svoji neopominutelnou roli mohou sehrát i další faktory mezi něž můžeme zařadit věk, délku praxe a osobnostní vlastnosti sester.

Mezi další „kritické“ body v práci zdravotní sestry jsou její vztahy s nadřízenými, pracovní přetížení a v řadě případů i nedořešené kompetence mezi lékařem a sestrou či sestrami navzájem. Varující je i skutečnost, že v jednom z výzkumů pětina zdravotních sester uvedla jako možnou příčinu vyhoření „nedostatečně ohodnocenou práci“. Významné a rovněž varující se dle Kocmanové zdá zjištění, že tam kde sestry v dotazníku udávaly, že na oddělení u kolegyň vnímají příznaky syndromu vyhoření, jsou tyto pocity jednoznačně spojovány s atmosférou na pracovišti, hlavně s nespokojeností s vedením pracovního týmu (Kocmanová, 2005). Uvedené závěry dle citované autorky měly přispět k tomu, abychom si ve zdravotnictví uvědomili důležitost dobrých vztahů a sociálních opor na pracovišti a také otázku ohodnocení práce sester.

„Signifikantním znakem sesterské profese je navíc skutečnost, že se jedná o dvoustrannou službu: sestra – lékař a sestra – pacient. Sestra se tedy musí orientovat ve složitém spletenci mezilidských a profesních vztahů, a navíc si musí umět poradit se složitou technikou a ještě složitější mezilidskou komunikací“ (Šulistová, 2005).

Pokud zmíníme aktuální výsledky přední společnosti pro marketingový výzkum a výzkum veřejného mínění agentury STEM/MARK z května 2008, který měl odpovědět na otázku, co nejvíce trápí lékaře a zdravotní sestry, pak z uvedeného výzkumu vzešly u zdravotních sester tyto faktory:

- špatné finanční ohodnocení;
- přebujelá administrativa;
- psychická zátěž a stres;
- značné množství presčasů;
- vztahy na pracovišti;
- nízká hodnota bodu.

Otázky vznikající při hodnocení potencionálních faktorů vzniku vyhoření u zdravotních sester je tedy možné shrnout tak, že zvýšená pozornost by měla být věnována především finančnímu ohodnocení, problematice zdravotního pojištění a administrativě z tohoto neblahého fenoménu plynoucí. Dále otázkám, jež se týkají léčby starých a nemocných lidí a konečně vztahům sester s nadřízenými pracovníky a lékaři, jakož i vzdělávání, seminářům a kurzům pro zdravotní sestry (Lajka, 2007).

5.11. Prevence syndromu vyhoření u zdravotních sester

Jestliže je burn-out důsledkem nerovnováhy mezi profesním očekáváním a profesní realitou, je možné tuto diskrepanci zmírnit jednat na straně zdravotní sestry osvojením si základních postupů hodnocení sterosogenních situací a strategie zvládání stresu, a na straně zaměstnavatele změnou jeho organizace a kultury.

Jak jsme již zmínili v rámci odolnosti vůči stresu, někteří jedinci mají osobnostní charakteristiky příznivé ve vztahu k vypořádávání se se zátěžemi, zatímco jiní jsou jimi ohroženi více. Z vnějších okolností, které snáze vedou k vyhoření je věnována pozornost především vlivu sociální opory.

Sociální opora má hlavní zdroje v rodině, v zaměstnání od spolupracovníků, mimo práci od přátel a dobrých známých v rámci trávení volného času, realizace zájmů a koníčků apod. Můžeme říci, že výzkumy v oblasti vyhoření poukazují na nedostatek sociální opory, korelující s vyhaslostí. Zdá se, že největší význam má v této souvislosti opora poskytovaná stejně postavenými spolupracovníky (Kebza, Šolcová, 1998).

V rámci prevence syndromu vyhoření na úrovni zdravotní sestry jsou jako hlavní faktory uváděny následující tři skupiny okolností:

- nalezení smysluplné pracovní činnosti;
- získání a převzetí profesionální autonomie a opory;
- konstituování přirozeného vztahu k práci a dalším životním aktivitám, včetně poznání přínosu, jenž člověk přináší prací a práce jemu (in Kebza, Šolcová, 1998).

Škodlivý vliv psychosociálního stresu zasahuje sice somatickou strukturu, nicméně klíč k jeho ovlivňování se stále častěji hledá spíše na úrovni osobnostní.

Prevence na úrovni osobní tedy představuje vytváření si zdravého systému sebepodpory, což znamená, postarat se o vlastní smysluplný, příjemný a fyzický aktivní život mimo roli pomáhajícího. V knize Duševní hygiena zdravotní sestry (Křivohlavý, Pečenková, 2004), doporučují autoři trvale se zajímat o rovnováhu mezi tím, co nás zatěžuje (stresory), a tím, co nám dodává zdraví a sílu (salutory). O stresy a stresory (zatěžující okolnosti, události a zásahy) se starat nemusíme, ty nám dodává život sám. O to, co nám dodává sílu a trvalou radost ze života, se musíme postarat sami. To nepřichází tak zcela samozřejmě.

Alarmující výskyt syndromu vyhoření u zdravotních sester na některých pracovištích by měl vést ke snaze všech odpovědných osob ve zdravotnictví ke zlepšení ošetřovatelské péče. Zaměřit se na prevenci vyhoření je to nejdůležitější, co pro sebe zdravotní sestra může udělat.

Obecné metody prevence vyhoření, např. zdravá životospráva, smysluplná pracovní činnost, sociální opora, čas na své koníčky a zájmy či důraz na spolupráci, další vzdělávání a stanovení si dosažitelných cílů, jsou platné i pro zdravotní sestry, bez výjimky.

V této závěrečné kapitole se proto věnujeme některým konkrétním, popř. aktuálně používaným metodám prevence syndromu vyhoření specifickým právě pro ošetřovatelskou péči.

Ve Fakultní nemocnici na Bulovce se pravidelně pořádají semináře, a to přímo na jednotlivých pracovištích, které respektují očekávání účastníků a jejich potřeby. Cílem těchto seminářů je pracovat s tématem syndromu vyhoření, procvičit komunikaci v konfliktních situacích, uvést obecné zásady týmové spolupráce a možnosti řešení sporů. Jako velmi významný faktor se zdůrazňuje prevence. Součástí seminářů jsou i psychosociální výcviky, jejichž obsahem je „podělení se“ o pracovní zkušenost, rozbor problémů, které v pracovním životě sestry potkaly, výcviky v neverbálních technikách a v asertivitě. U zdravotních sester je důležité také procvičování empatie vůči pacientovi, její správné míry či výcvik možností, jak si uchovat emocionální odstup. *„Pokud se zdravotní sestra s pacientem identifikuje, nemůže již svou roli plnit dobře a vystavuje se tak riziku vyhoření“* (Ježek, 2007).

Důležitým faktorem prevence syndromu vyhoření u zdravotních sester je i zájem vedení zdravotnických zařízení o jejich stav a supervize jako preventivní opatření.

Pojem supervize ve zdravotnictví je zatím u nás téma málo známé a málo zpracované. V jiných pomáhajících profesích, v sociálních službách, v léčbě drogových závislostí, v privátních psychoterapeutických praxích a na mnoha dalších místech a pracovištích je supervize již poměrně dlouhodobě využívána jako nástroj rozvoje pracovníků a cesta ke zkvalitňování práce. Pracoviště ve státním zdravotnickém systému (nemocnice a léčebny) ji zatím vyhledávají minimálně a spoléhají se především na vnitřní supervizi poskytovanou v tradiční hierarchii vedoucím lékařem či primářem oddělení. Za určitou formu supervize by bylo možné považovat i dobře vedené nástupní praxe sester, kdy po určitou dobu „pracují pod supervizí“ zkušenějších kolegyň.

Cílem supervize je zlepšení pracovní situace, pracovní atmosféry, organizace práce a kompetencí, odpovídajících specifickým úkolům. Je orientována na podporu kvality práce i vzájemné spolupráce a na učení spojené s praxí.

Další možnou použitelnou metodou v rámci prevence syndromu vyhoření užívanou nejen ve zdravotnictví je tzv. debriefing. Podle Křivohlavého se původně tato metoda používala při psychoterapii osob, jež přežily hromadnou katastrofu, např. pád letadla (slovo debrief znamená rozbor letu). Metoda spočívá ve vzájemném sdělení zkušeností a rozebrání

prožitého incidentu pod vedením erudovaného odborníka. Ve zdravotnictví se tato metoda používá v jednom z pražských zdravotnických zařízení, kdy při předávání služby má odcházející sestra možnost požádat střídající kolegyni o vyslechnutí emočních prožitků spojených s obtížnými momenty služby a o psychickou podporu. *„Tento proces přispívá k duševní pohodě extrémně zatížených zdravotníků a brání mnoha projevům syndromu vyhoření“* (Šulistová, 2005).

Na otázku, co dělat při syndromu vyhoření si můžeme odpovědět asi takto. Záleží na tom, jak závažné jsou příznaky, kterými zasažený člověk trpí. Pokud jsou vážné, pak potřebuje pomoc někoho druhého, protože sám sobě většinou už není schopen pomoci. V této situaci už nepomůže jen dovolená, i když je žádoucí daleko více odpočívat. Stresující nebo vyčerpávající úkoly je nutné dočasně odložit a začít se věnovat něčemu úplně jinému – v řadě případů především sám sobě. Tady mohou pomoci spolupracovníci, kteří mají už podobné zkušenosti a sami nejsou syndromem vyhoření právě postiženi. Hodně může pomoci i týmová spolupráce, kde se čas a pozornost věnuje nejen pacientům, ale i členům týmu. V rozhovorech s druhými si lze opatřit informace potřebné ke zvládnutí situace a navíc pomáhá sdílení situace s někým, kdo jí rozumí. Přijetí faktu, že mohou selhat a že neztrácím své ostatní přednosti, to vše pomáhá posílit sebevědomí, které v důsledku vyhoření bývá velmi nízké. Pokud je stav postiženého hodně vážný – nezřídka se tento syndrom projevuje i depresemi – pak je nutné vyhledat odbornou, nejlépe psychiatrickou pomoc.

V každém případě můžeme říci, že příznaky syndromu vyhoření by neměly zůstat nerozpoznány a nepojmenovány., neboť představují situaci, o které je nutné přemýšlet a řešit ji.

K tomu, abychom syndrom vyhoření u zdravotních sester pochopili komplexně a správně, je nutná nejenom tato teoretická část práce, ale i její výzkumná část, jež nám poskytne řadu odpovědí nakolik se stanovená teoretická východiska a předpoklady této magisterské diplomové práce shodují, nebo přibližují poznatkům zjištěným u zdravotních sester v daném zdravotnickém zařízení. O tento nástin se pokusí následující část.

V Ý Z K U M N Á Č Á S T

6. Metodologický rámec výzkumu

6.1. Stanovení problému, cílů, hypotéz

6.1.1. Stanovení problému

Stav v současném zdravotnictví nám ukazuje řadu problémů, nad kterými je třeba se zamyslet a které je zapotřebí řešit. Mimo jiné je to například značný nedostatek zdravotních sester ať už je to z důvodu odchodu do lépe placených oborů než je zdravotnictví nebo do sfér z menším psychickým a fyzickým zatížením.

Jedním z velkých témat, které ovlivňují pracovní výkon a práci zaměstnanců ve zdravotnictví jsou postoje a motivace v pracovním procesu a s tím spojená i míra rozvoje psychického vyhoření a jeho zdrojů.

Burn-out byl jako jev rozpoznáván a identifikován poprvé v průběhu osmdesátých let 20. století. Byl původně spojován se stavem alkoholiků, kteří kromě alkoholu o vše ostatní ztratili zájem (Křivohlavý, 1998). Později se tento pojem rozšířil i pro oblast drogových závislostí, kde toxikomani ztráceli zájem o cokoli jiného mimo drogu, svět se jim zúžil jen na tuto oblast. Postupně pronikal i do jiných oblastí, předcházel například i pojmu workoholik, který vypovídá o stavu přepracovanosti, lidé se cítí apatičtí, vyčerpaní, nedokáži překonávat běžné překážky a začínají se stranit ostatních.

Stav, který pojem burn-out popisuje, je však známý a vyskytuje se od nepaměti. V krásné literatuře lze najít nejrůznější zmínky, které souvisejí s tímto stavem naprosté vyčerpanosti a neschopnosti pokračovat dál v původní profesi nebo činnosti související s mezilidským kontaktem (Křivohlavý, 1998).

Syndrom vyhoření je závažným problémem, zejména pro své široké působení. Neovlivňuje pouze pracovní výkonnost jedince, ale výrazně zasahuje i do ostatních složek jeho života. Syndrom vyhoření není popsán pouze v profesích spojených se zdravotnictvím, ale i u osob jiných pomáhajících profesí. Nejčastěji je to u učitelů, policistů, sociálních pracovníků a ošetřovatelů.

Všeobecně jsou nejvíce ohroženy ty osoby, které dávají do svého povolání takřka vše a zanedbávají ostatní stránky svého života (relaxace, koníčky aj.). Mnoho zdravotních sester řeší problém platového ohodnocení a postavení v žebříčku hodnot stanoveného společností.

Málokdo si uvědomuje, že syndrom vyhoření není problémem jen sester, ale v konečném důsledku má vliv i na péči o pacienta.

Sestry, které pracují na operačních sálech i na běžných odděleních jsou ovlivňovány mnoha činiteli jako například: stres, kontakt s utrpením, se smrtí, nutnost dalšího vzdělávání se aj. Uvedené činitele ovlivňují jednak fyzickou stránku osobnosti sestry, jakož i stránku psychickou. Bez rozdílu oboru jsou na sestry kladeny vysoké nároky související s jejich profesí a to i po odborné stránce.

Tento výzkum je proto zaměřen na některé problematické oblasti, jež se týkají:

- míry celkové pracovní spokojenosti a fluktuační tendence zdravotních sester,
- míry mezilidských vztahů zdravotních sester na pracovišti,
- míry zdravotního stavu zdravotních sester,
- míry adaptace na práci a očekávání zdravotních sester,
- míry ohrožení syndromem vyhoření a jeho potencionální zdroje vyhoření u zdravotních sester,
- míry spokojenosti s vlastní prací a odměňováním zdravotních sester,
- postojů k péči o pacienty.

6.1.2. Cíle výzkumu

Cílem výzkumu bylo ověřit nakolik se stanovená teoretická východiska a předpoklady této diplomové práce shodují nebo se přibližují poznatkům zjištěným u zdravotních sester v daném zdravotnickém zařízení. Byly stanoveny níže uvedené cíle:

- Zjistit míru celkové pracovní spokojenosti a fluktuace zdravotních sester.
- Zjistit postoje zdravotních sester k mezilidským vztahům na pracovišti.
- Zjistit míru zdravotního stavu zdravotních sester.
- Zjistit míru adaptace na práci a očekávání zdravotních sester.
- Zjistit jaká je míra vyhoření u zdravotních sester.
- Zjistit, které z uvedených proměnných (celková pracovní spokojenost, fluktuace, mezilidské vztahy, zdravotní stav, adaptace na práci, očekávání, postoje k péči o pacienty, seniorita na oddělení a v zdravotnickém zařízení, spokojenost s vlastní prací a odměňováním, věk) souvisí s mírou rozvoje syndromu vyhoření.

Zjistit, zda existuje signifikantní rozdíl mezi zdravotními sestrami se specializačním postgraduálním vzděláním a zdravotními sestrami bez tohoto vzdělání v hlavních proměnných Dotazníku spokojenosti zdravotních sester.

6.1.3. Stanovení hypotéz

Na základě stanovení cílů výzkumu a prostudování dostupné odborné literatury, která se věnuje danému tématu byly stanoveny následující pracovní hypotézy:

H1: Předpokládáme, že se zvyšující se mírou vyhoření zdravotních sester statisticky významně klesá celková pracovní spokojenost a zároveň se zvyšuje fluktuační tendence.

H2: Předpokládáme, že se zvyšující se mírou vyhoření zdravotních sester se statisticky významně zhoršují mezilidské vztahy na pracovišti.

H3: Předpokládáme, že se zvyšující se mírou vyhoření se statisticky významně zhoršuje hodnocení zdravotního stavu.

H4: Předpokládáme, že zvyšující se míra vyhoření zdravotních sester statisticky významně souvisí se zvyšující se senioritou zdravotních sester.

H5: Předpokládáme, že se zvyšující se mírou vyhoření zdravotních sester se statisticky významně zhoršují postoje k péči o pacienty.

H6: Předpokládáme, že se zvyšující se mírou vyhoření zdravotních sester se statisticky významně zhoršuje spokojenost s vlastní prací.

H7: Předpokládáme, že se zvyšující se mírou seniority na současném oddělení a v současném zdravotnickém zařízení statisticky významně stoupá míra vyhoření u zdravotních sester.

H8: Předpokládáme, že u zdravotních sester bez specializace bude vykazována statisticky významně horší míra zdravotního stavu než u zdravotních sester se specializací.

H9: Předpokládáme, že zdravotní sestry bez specializace budou vykazovat statisticky významně nižší míru celkové pracovní spokojenosti a významně vyšší míru fluktuační tendence než zdravotní sestry se specializací.

6.2. Aplikovaná metodika

Data k ověření formulovaných hypotéz byla získána pomocí dvou dotazníků předložených anonymně každé zdravotní sestře. Pro posouzení míry vyhoření byl použit dotazník BM (Burnout Measure) – psychického vyhoření (příloha č. 3). Ke zjištění pracovních podmínek a jiných činitelů působících v pracovním procesu, které nejvíce ovlivňují pracovní postoje a motivaci zdravotních sester byl předložen nestandardizovaný „Dotazník spokojenosti zdravotních sester DSZS“ (příloha č. 5). Součástí dotazníku DSZS je dotazník SD – statusová data, zjišťující osobní data (věk, počet, dětí, výše platu, rodinný stav, apod.).

Ke každému dotazníku byla přiložena písemná informace vysvětlující postup vyplnění dotazníku, ujištění o anonymitě tohoto dotazníku a poděkování za jeho vyplnění.

6.2.1. Dotazníky

Pro účely tohoto výzkumu byly použity k získání nezbytných údajů dva dotazníky: Dotazník BM (Burnout Measure) – psychického vyhoření od autorů A. Pinesové a E. Aronsona a nestandardizovaný Dotazník spokojenosti zdravotních sester DSZS.

Dotazník BM (Burnout Measure) – psychického vyhoření

Shora uvedený dotazník byl vytvořen autory A. Pinesovou a E. Aronsonem v roce 1980. Tato metoda je v psychologické literatuře velmi často citována a je nejčastěji užívanou metodou k diagnostice vyhoření. Dotazník je mimo jiné uveden v knize „Jak neztratit nadšení“ (Křivohlavý, 1998) a je specificky zaměřen na tři aspekty psychického jevu – celkového vyčerpání (exhausce):

- pocity fyzického vyčerpání (únava, slabost),
- pocity emocionálního vyčerpání (pocity tísně, beznaděje, bezvýchodnosti),
- pocity duševního vyčerpání (pocity naprosté bezcennosti, marnosti, ztráty iluzí, ztráty lidské hodnoty).

Dotazník BM má dobrou vnitřní konzistenci, vysokou reliabilitu po dobu jednoho až čtyř měsíců, vysokou míru shody mezi údaji, kdy se člověk hodnotí sám a kdy ho hodnotí ten, kdo ho dobře zná. Dále má dobrou míru shody s výsledky jiných psychologických vyšetření:

- se spokojeností v práci, s vlastním životem a sama se sebou – čím vyšší je výsledná hodnota BM, tím vyšší je i nespokojenost se sebou, s vlastním životem a okolním světem,
- s fluktuací v zaměstnání – snahou změny zaměstnání – čím vyšší je hodnota BM, tím častěji daný člověk uvažuje o změně zaměstnání,
- s fyzickými problémy – např. bolestmi hlavy, zad, břicha, alergiemi, s obecnými pocity špatného zdraví,
- s množstvím konzumace alkoholu – čím vyšší je hodnota BM, tím vyšší je i průměrná konzumace alkoholu,
- s pocity beznaděje – čím vyšší je hodnota BM, tím vyšší je i míra beznaděje.

Dotazník BM obsahuje 21 otázek, které jsou posuzovány na sedmibodové škále. Na otázky klient odpovídá níže uvedeným hodnocením: 1 = nikdy, 2 = jednou za čas, 3 = zřídka kdy, 4 = někdy, 5 = často, 6 = obvykle, 7 = vždy.

Při vyhodnocení se nejprve sečtou body otázek 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21 = A. Poté se sečtou body otázek 3, 6, 19, 20 = B. Poté se pokračuje výpočtem položky C a to tak, že od hodnoty 32 odečteme položku B (C = 32 – B). Položku D vypočítáme tak, že sečteme hodnoty A s hodnotami C (D = A + C). Nakonec vypočítáme celkové skóre BQ tak, že hodnotu D dělíme číslem 21 (BQ = D/21). Tato výsledná hodnota je hodnota psychického vyhoření zaměřená metodou BM.

Dotazník lze interpretovat, za předpokladu upřímného vyplnění dotazníku takto:

BM = 2 – nižší:	dobrý výsledek z hlediska psychologie zdraví
BM = 2 – 3:	uspokojivý výsledek
BM = 3 – 4:	potencionální ohrožení
BM = 4 – 5:	přítomnost syndromu psychického vyčerpání se považuje za prokázanou
BM = 5 – více:	havarijní signál – nutná terapeutická pomoc.

Dotazník spokojenosti zdravotních sester DSZS

Nestandardizovaný Dotazník spokojenosti zdravotních sester DSZS použitý M. Karáskovou na katedře psychologie FF UP v Olomouci, jehož autorem je doc. PhDr. Zdeněk Vtípil, CSc. (Vtípil, 2005), je zaměřen na zjišťování pracovních podmínek a činitelů, jež působí v pracovním procesu a nejvíce ovlivňují pracovní postoje a spokojenost zdravotních sester. Dotazník je rozdělen do deseti částí označených písmeny A až J.

První část DSZS označená písmenem A (uvedená pod zkratkou „CPSF“), obsahuje otázky zaměřené na celkovou spokojenost zdravotních sester a jejich fluktuační tendence. Skládá se ze tří subčástí, ve kterých je možno získat v každé jednotlivě maximálně 5 bodů, celkem tedy minimálně 3 body a maximálně 15 bodů.

Druhá část DSZS označená písmenem B (uvedená pod zkratkou „FC“), je orientovaná na negativní faktory vyskytující se na daném pracovišti a na postoje k nim. Obsahuje dvě subčásti, z nichž první předpokládá výpis patnácti faktorů působících na zdravotnickém pracovišti a míru jejich výskytu. Druhá subčást pak obsahuje zda působení faktorů vadí dotazovaným osobám či nikoliv. Při minimálním výskytu negativních faktorů je možné dosáhnout 15 bodů, při maximálním výskytu 75 bodů.

Část C (označená písmeny „VZ“), je zaměřená na zjišťování mezilidských vztahů na pracovišti a spojenost s uvedenými nimi. Je rozdělena na pět otázek s minimálním počtem pěti bodů a maximálním počtem dvaceti bodů (při maximální spokojenosti).

Písmenem D je označena čtvrtá část (označená písmeny „RJSB“). Jedná se o standardizovaný dotazník „Revise Job Satisfaction Blank“ zhotoveným autory A. Braifielda a H. Rothea (Korman, 1971). Tento dotazník zahrnuje postoje k vlastní práci a obsahuje 18 výroků o práci. Dotazovaná osoba může vyjádřit svůj názor na pětistupňové hodnotící škále, kde číslo 1 znamená silný nesouhlas a číslo 5 silný souhlas. V této části lze získat maximálně 90 bodů a minimálně 18 bodů.

V části E (označené „ZS“), zjišťujeme zdravotní stav dotazované osoby. Je možné označit jednu z pěti odpovědí takovou, která nejlépe vystihuje současný zdravotní stav dotazované osoby.

Část F (označená písmeny „OST“), je zaměřena na faktory ovlivňující spokojenost a postoje vůči oddělení a zdravotnickému zařízení. K dispozici je 23 otázek, ke každé otázce se dotazovaná osoba vyjádří na pětistupňové škále. Dotazovaná osoba vyjadřuje stupeň negativního ovlivnění spokojenosti s organizačními, technickými, společenskými, časovými a dalšími okolnostmi práce. Maximální stupeň negativního ovlivnění je označen číslem 1,

minimální stupeň ovlivnění pak číslem 5. Při maximálním negativním ovlivnění je možno získat 23 bodů, při minimálním negativním ovlivnění pak 115 bodů.

Sedmá část G (označená písmeny „ODPO“) dokumentuje postoje vůči odměňování za práci a vůči využívání schopností a kvalifikace. Tato část obsahuje patnáct položek a lze v ní dosáhnout maximálně 75 bodů a minimálně 15 bodů. Dotazovaná osoba vyjádří míru své spokojenosti na pětibodové škále (číslo 5 značí maximální spokojenost, číslo 1 značí maximální nespokojenost).

Část H (označená písmeny „PP“) zasahuje do oblasti postojů k okolnostem péče o pacienty. Tvoří ji patnáct položek. Dotazovaná osoba vyjadřuje míru svých negativních pocitů k péči o nemocné na pětibodové škále. Číslem 5 jsou označeny maximálně negativní pocity a absence negativních pocitů číslem 1. Při maximální míře negativních pocitů lze dosáhnout 75 bodů. Při žádných negativních pocitech lze dosáhnout 15 bodů.

V pořadí devátá část, označená písmenem I („APO“) je zaměřena na adaptaci na práci a na očekávání související s ní. Obsahuje tři otázky. V nich je možno získat maximálně 12 bodů při dobré adaptaci na práci, splnění představ a minimálně 3 body při zklamání.

Poslední, a to desátou částí dotazníku, je část označená písmenem J („SD“). Jedná se o statusová data, jež obsahují osm kritérií (věk, pracovní zařazení, název oddělení, rodinný stav, počet dětí, seniorita na současném oddělení, seniorita ve zdravotnickém zařízení a průměrný měsíční příjem). V této části dotazníku je ponechán respondentům prostor pro vlastní doplňující poznámky.

6.2.2. Statistika

Pro tuto práci byla získána data za pomocí dotazníku BM a DSZS. Ke statistickému zpracování dat bylo použito počítačového programu Microsoft Excel.

Údaje o zkoumaném souboru, jako věk, výše platu, počet dětí, rodinný stav, seniorita na současném oddělení, seniorita ve zdravotnickém zařízení, byly zpracovány pomocí statistické metody (absolutní a relativní četnost). Uvedené četnosti byly uspořádány do tabulek a grafů.

Absolutní četnost *fi* – udává počet prvků se stejnou obměnou statistického znaku nebo z hodnotami spadajícími do určité třídy nebo intervalu. Součtem všech absolutních četností dostaneme celkovou četnost souboru Σ (Reiterová, 2004).

Relativní četnost *fi/n* – udává poměr absolutní četnosti a rozsahu zkoumaného souboru. Součet všech relativních četností je roven 1 (Reiterová, 2004).

Hlavní statistickou metodou, použitou pro vyhodnocení výsledku dotazníku BM a výsledku vybraných částí dotazníku DSZS, byla absolutní a relativní četnost a určení střední hodnoty souboru.

Zjištěné hodnoty u jednotlivých částí dotazníku byly uspořádány do tabulek a grafů. Ke zjištění vztahu mezi BM a vybranými proměnnými, jakož i pro ověření hypotéz H1 až H7byla použita Pearsonova korelace pro metrická data. Jestliže máme pro obě proměnné X a Y k dispozici metrická data, můžeme pomocí Pearsonova korelačního koeficientu popsat stupeň jejich závislosti.

Shora citovaný Pearsonův korelační koeficient je označován *r* a nabývá hodnot v intervalu ‹-1, +1›. Je-li *r* = -1, pak mezi oběma proměnnými je statisticky významně protikladný vztah – negativní korelace. Je-li *r* = +1, pak je mezi proměnnými statisticky významně pozitivní vztah – pozitivní korelace. Korelační koeficient *r* = 0 vyjadřuje, že proměnné nejsou mezi s sebou v žádné souvislosti. Z velikosti *r* se dá zjistit těsnost zkoumaného stavu. V psychologickém výzkumu se hodnota korelačního koeficientu *r* = 0,6 – vyšší považuje za statisticky značně vysokou. Korelace mezi *r* = 0, *r* = 0,2 musí být posuzovány velmi opatrně a ve vytváření předpovědí jsou minimálně užitečné (Reiterová, 2004).

Získané výsledky byly vypočítány v programu Microsoft Excel a jejich správnost byla ověřena pomocí vzorce pro výpočet Pearsonova korelačního koeficientu. Výsledky byly porovnány s tabulkou kritických hodnot korelačního koeficientu (signifikantnost korelace) s hladinami významnosti 1 %, 2 %, 5 % pro 35, 50, 85 respondentů.

Kritické hodnoty „*r*“ u vybraných hladin významnosti:

Při: N = 35

P = 0,01	(1 % hladina významnosti)	r = 0,4182
P = 0,02	(2 % hladina významnosti)	r = 0,3810
P = 0,05	(5 % hladina významnosti)	r = 0,3246

Při: N = 50

P = 0,01	(1 % hladina významnosti)	r = 0,3541
P = 0,02	(2 % hladina významnosti)	r = 0,3218
P = 0,05	(5 % hladina významnosti)	r = 0,2732

Při: N = 85

P = 0,01	(1% hladina významnosti)	r = 0,2752
P = 0,02	(2% hladina významnosti)	r = 0,2494
P = 0,05	(5% hladina významnosti)	r = 0,2111

Ke zjištění existujících signifikantních rozdílů mezi zdravotními sestrami se specializací a zdravotními sestrami bez specializace v hlavních proměnných Dotazníku spokojenosti zdravotních sester k testování hypotéz H8 – H9, byly použity Studentovy t-testy. Studentovými t-testy určujeme významnosti rozdílu dvou průměrů. Před použitím Studentových t-testů musíme nejdříve porovnat, jak signifikantní je rozdíl mezi dvěma rozptyly. Pokud se prokáže signifikantní rozdíl mezi rozptyly, použijeme pro testování významnosti rozdílu průměrů Studentovy t-testy s nerovností rozptylů. V případě, že se prokáže rovnost rozptylů, použijeme t-testy s rovností rozptylů
Testování souborů proběhlo na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. (Reiterová, 2006).

6.3. Zkoumaný soubor

Zkoumaný soubor tvořilo celkem 85 zdravotních sester s ukončeným úplným středoškolským vzděláním. Jednu část zkoumaného souboru tvoří zdravotní sestry s pomaturitním specializačním programem (36 ZS), druhou část souboru tvoří zdravotní sestry bez specializace (49 ZS). V rámci dotazníkového sběru dat byly osloveny zdravotní sestry na níže uvedených odděleních ve dvou pražských nemocnicích: kardiochirurgie, chirurgie, gynekologie, neurologie, urologie, ORL, interním oddělení a centrální sterilizaci.

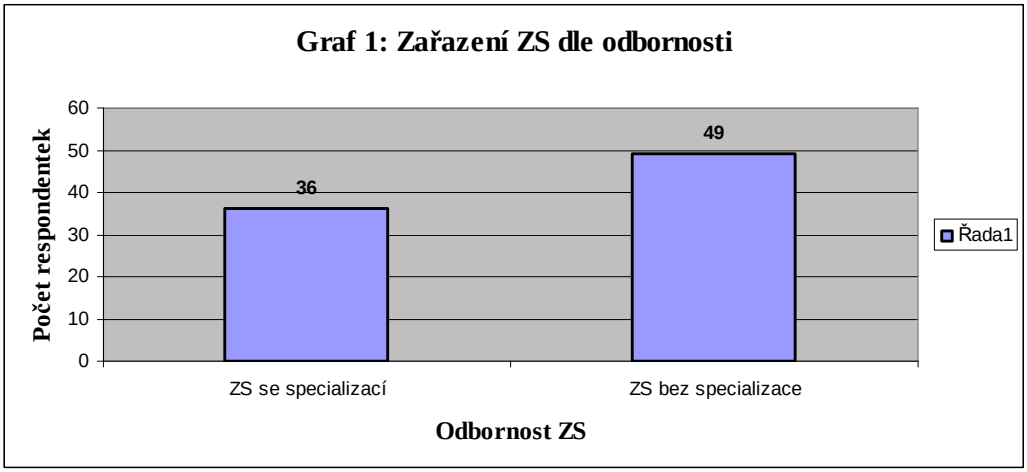
Zkoumaný soubor lze charakterizovat pomocí statusových dat (věk, pracovní zařazení, rodinný stav, počet dětí, seniorita na nynějším oddělení, seniorita ve zdravotnickém zařízení, průměrný čistý měsíční příjem), která byla zjišťována v poslední desáté části dotazníku DSZS, označené písmenem J.

6.3.1. Pracovní zařazení zdravotních sester dle odbornosti

Z celkového počtu 85 oslovených zdravotních sester mělo 36 sester pomaturitní specializaci v oboru, tj. 42,35 % a 49 sester bylo bez specializace v oboru, tj. 57,65 %.

Tab. 1: Pracovní zařazení ZS dle odbornosti

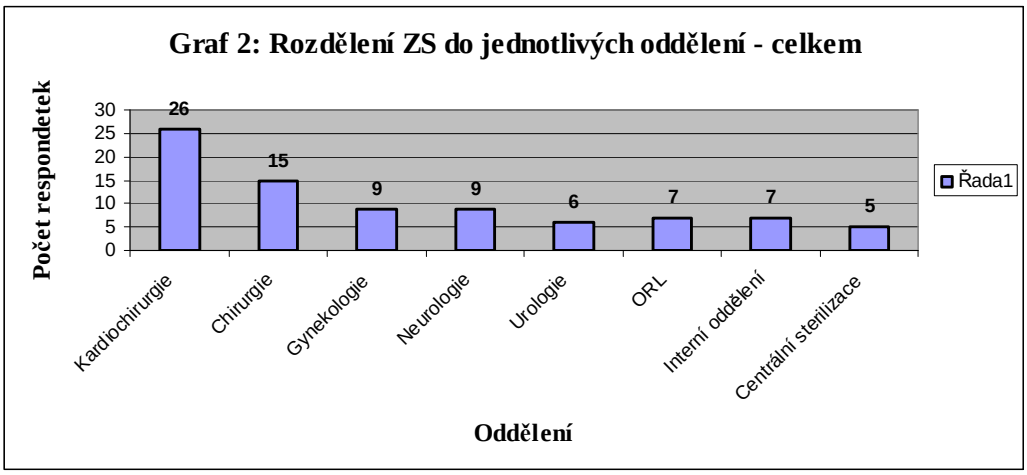
Pracovní zařazení ZS	Absolutní četnost	Relativní četnost
ZS se specializací	36	42,35%
ZS bez specializace	49	57,65%



6.3.2. Rozdělení zdravotních sester do jednotlivých oddělení

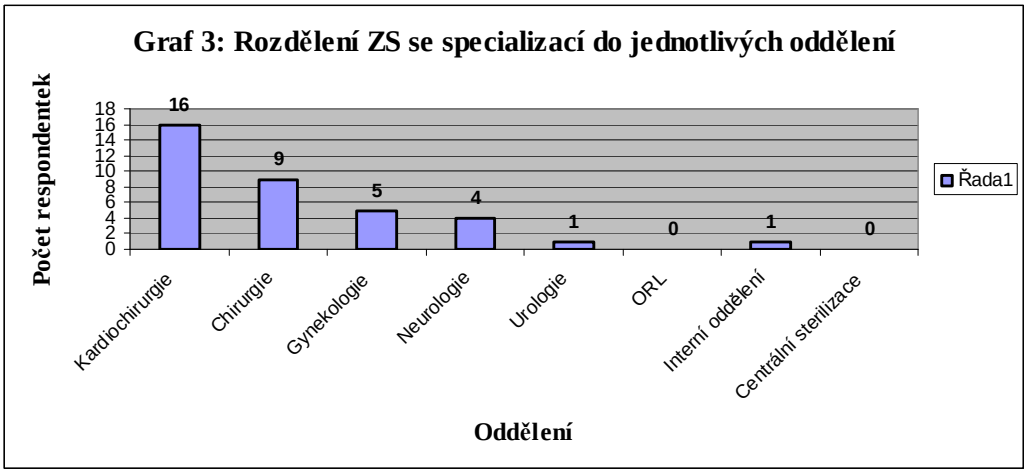
Tab. 2: Rozdělení ZS do jednotlivých oddělení celkem

Oddělení – celkem	Absolutní četnost	Relativní četnost
Kardiochirurgie	26	30,95%
Chirurgie	15	17,86%
Gynekologie	9	10,71%
Neurologie	9	10,71%
Urologie	6	7,14%
ORL	7	8,33%
Interní oddělení	7	8,33%
Centrální sterilizace	5	5,95%



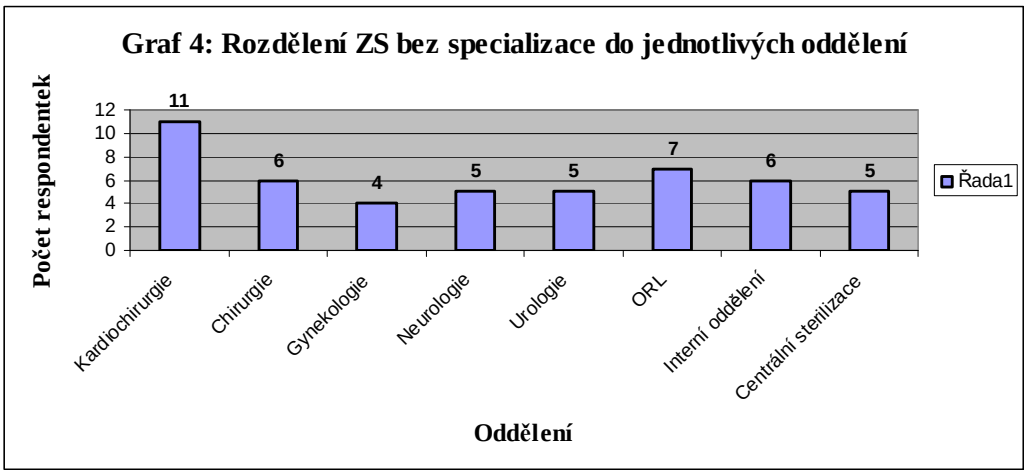
Tab 3: Rozdělení ZS se specializací do jednotlivých oddělení

Oddělení – SSp	Absolutní četnost	Relativní četnost
Kardiochirurgie	16	44,44%
Chirurgie	9	25,00%
Gynekologie	5	13,89%
Neurologie	4	11,11%
Urologie	1	2,78%
ORL	0	0,00%
Interní oddělení	1	2,78%
Centrální sterilizace	0	0,00%



Tab. 4: Rozdělení ZS bez specializace do jednotlivých oddělení

Oddělení – BSp	Absolutní četnost	Relativní četnost
Kardiochirurgie	11	22,45%
Chirurgie	6	12,24%
Gynekologie	4	8,16%
Neurologie	5	10,20%
Urologie	5	10,20%
ORL	7	14,29%
Interní oddělení	6	12,24%
Centrální sterilizace	5	10,20%



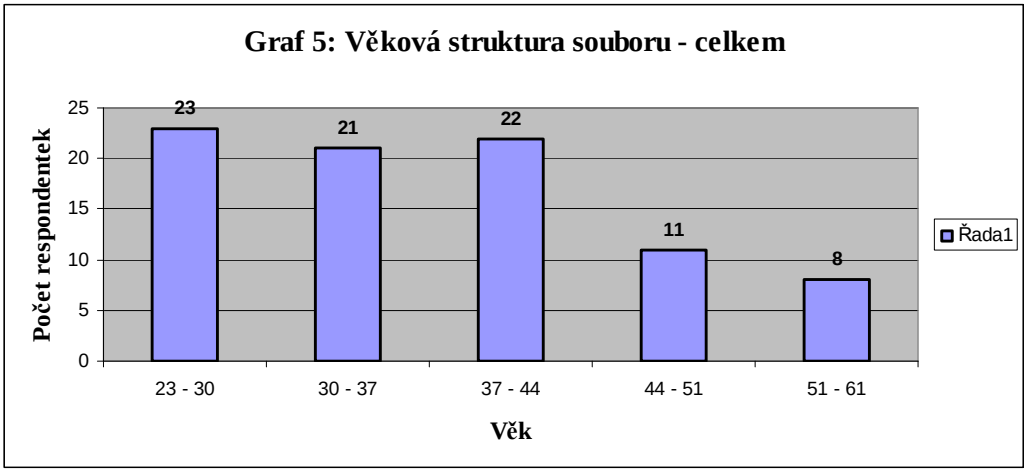
6.3.3. Věková struktura souboru

Z hlediska věkové struktury zkoumaného souboru zdravotních sester, kterým byly předloženy dotazníky, bylo zjištěno, že krajní hodnoty se pohybují v rozmezí od 23 do 61 let. Z celkového počtu 85 respondentů se v pásmu 23 – 30 let nacházelo 23 dotazovaných, tj. 27,06 %. Ve druhém pásmu, 30 – 37 let, bylo 21 sester, tj. 24,71 % a v dalším pásmu, 37 – 44 let byl 22 sester, což reprezentuje 25,88 % všech respondentů. V předposledním pásmu, 44 – 51 let, se nacházelo 11 sester, tj. 12,94 % a v posledním pásmu 51 – 61 let bylo 8 sester, tj. 9,41 %.

Většina zdravotních sester zkoumaného souboru se nacházela v pásmu 23 – 30 let. Průměrný věk dotazovaných sester činil 37 let.

Tab. 5: Věková struktura souboru celkem

Věk ZS – celkem	Absolutní četnost	Relativní četnost
23 – 30	23	27,06%
30 – 37	21	24,71%
37 – 44	22	25,88%
44 – 51	11	12,94%
51 – 61	8	9,41%

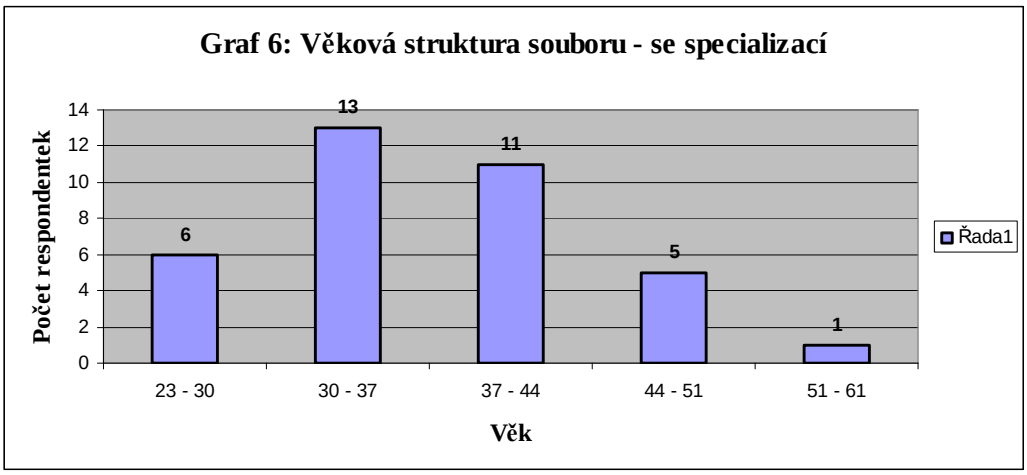


Věkové rozmezí zdravotních sester se specializací, kterým byly předloženy dotazníky, nabývalo krajních hodnot 23 – 61 let. Z počtu 36 respondentek se v pásmu 23 – 30 let nacházelo 6 sester, tj. 16,67 %. Ve druhém pásmu 30- 37 let se nacházela většina ze zkoumaného souboru, tj. 13 zdravotních sester specialistek, tj. 36,11 %. Ve třetím pásmu 37 – 44 let se nacházelo 11 respondentek, tj. 30,56 %. V pásmu 44 – 51 let se nacházelo 5 sester, tj. 13,89 %. V posledním pásmu 51 – 61 let byla pouze 1 sestra, tj. 2,78 %.

Průměrný věk dotazovaných sester se specializací činil 37,9 let.

Tab. 6: Věková struktura souboru se specializací

Věk ZS – SSp	Absolutní četnost	Relativní četnost
23 – 30	6	16,67%
30 – 37	13	36,11%
37 – 44	11	30,56%
44 – 51	5	13,89%
51 – 61	1	2,78%

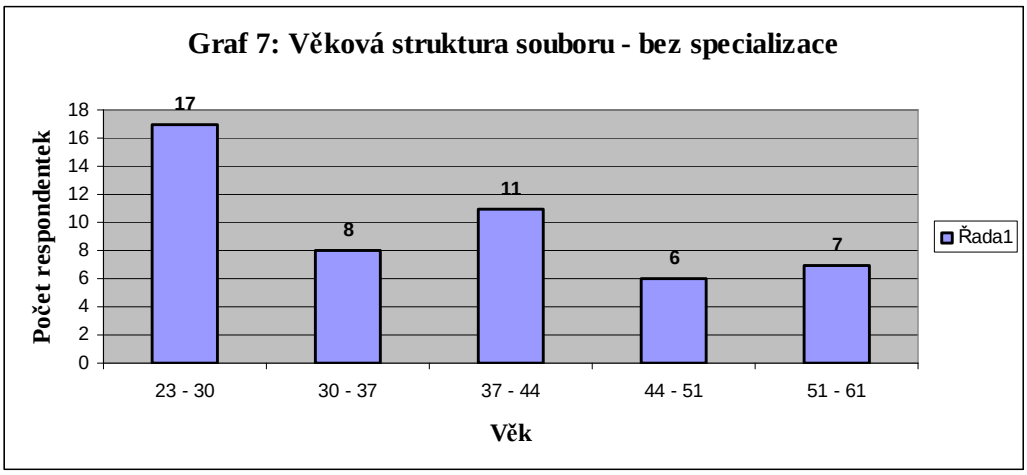


Věkové rozmezí zdravotních sester bez specializace, kterým byly předloženy dotazníky, nabývalo krajních hodnot 23 – 61 let. Z počtu 49 respondentek se v pásmu 23 – 30 let nacházelo 17 sester, tj. 34,69 %. Ve druhém pásmu 30- 37 let se nacházelo 8 zdravotních sester bez specializace, tj. 16,33 %. Ve třetím pásmu 37 – 44 let se nacházelo 11 respondentek, tj. 22,45 %. V pásmu 44 – 51 let se nacházelo 6 sester, tj. 12,24 %. V posledním pásmu 51 – 61 let bylo 7 sester, tj. 14,29 %.

Průměrný věk dotazovaných sester bez specializace činil 37,8 let.

Tab. 7: Věková struktura souboru bez specializace

Věk ZS – BSp	Absolutní četnost	Relativní četnost
23 – 30	17	34,69%
30 – 37	8	16,33%
37 – 44	11	22,45%
44 – 51	6	12,24%
51 – 61	7	14,29%

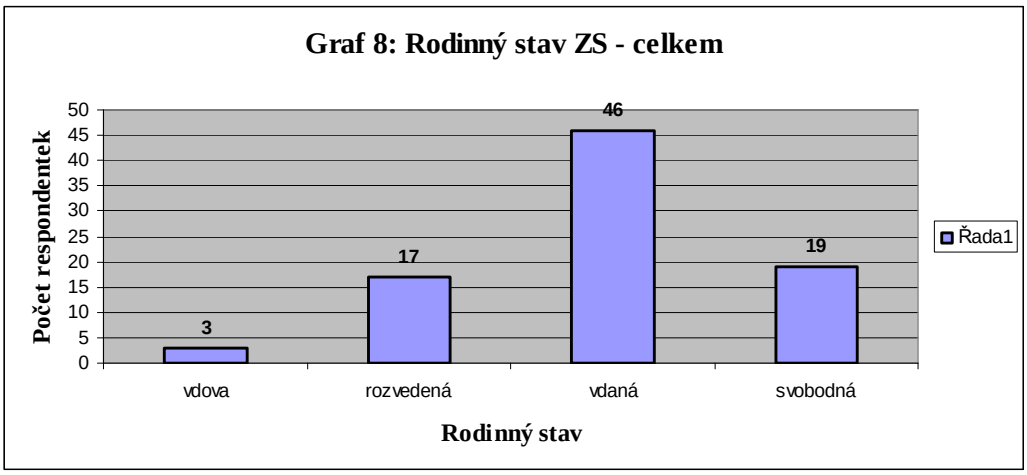


6.3.4. Rodinný stav

Jedna z otázek části dotazníku DSZS zjišťovala u zkoumaného souboru zdravotních sester jejich rodinný stav. Ve zkoumaném souboru 85 zdravotních sester bylo nejvíce žen vdaných, tj. 46 dotázaných, což činí 54,12 %. Svobodných sester bylo 19, tj. 22,35 % a rozvedených bylo 17 sester, tj. 20,00 %. V souboru byly registrovány celkem 3 vdovy, což činí 3,53 % z celkového počtu dotázaných.

Tab. 8: Rodinný stav ZS celkem

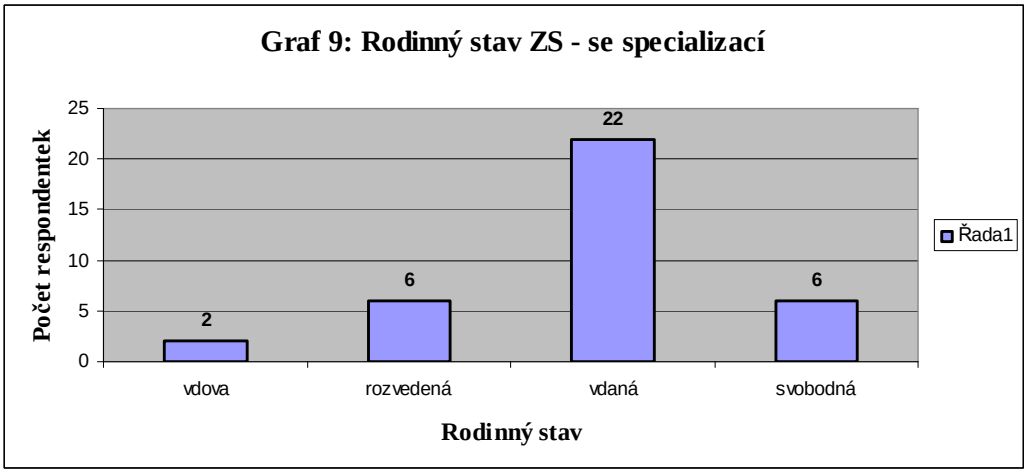
RS – celkem	Absolutní četnost	Relativní četnost
vdova	3	3,53%
rozvedená	17	20,00%
vdaná	46	54,12%
svobodná	19	22,35%



V souboru zdravotních sester se specializací bylo nejvíce sester vdaných, tj. 22, což činí 61,11 %. Rozvedených a svobodných bylo shodně po 6 sestrách, tj. 16,67 %. Nejméně byly zastoupeny vdovy, a to 2 sestrami, tj. 5,56 %.

Tab. 9: Rodinný stav ZS se specializací

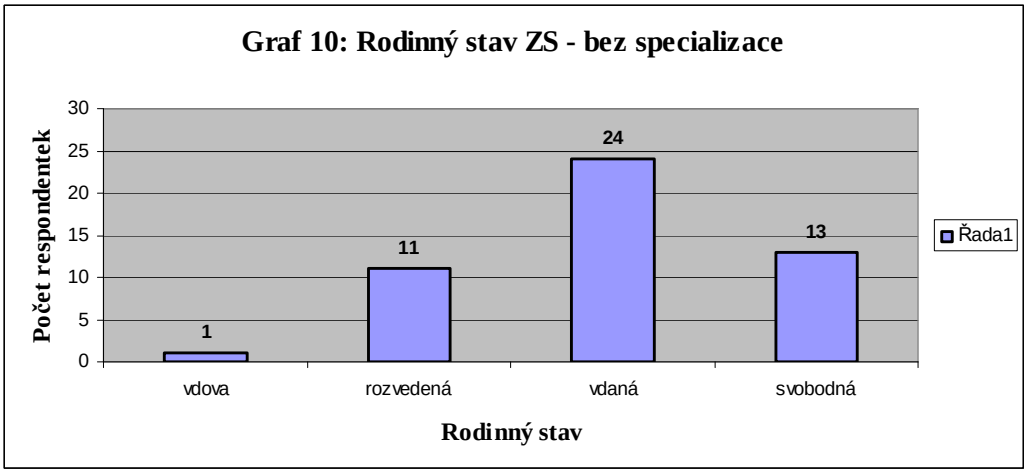
RS – SSp	Absolutní četnost	Relativní četnost
vdova	2	5,56%
rozvedená	6	16,67%
vdaná	22	61,11%
svobodná	6	16,67%



V souboru zdravotních sester bez specializace bylo nejvíce sester vdaných, tj. 24, což činí 48,98 %. Rozvedených bylo 11 sester, tj. 22,45 %. Svobodných bylo celkem 13 sester, tj. 26,53 %. Pouze v jednom případě byla zjištěna vdova, tj. 2,04 %.

Tab. 10. Rodinný stav ZS bez specializace

RS – BSp	Absolutní četnost	Relativní četnost
vdova	1	2,04%
rozvedená	11	22,45%
vdaná	24	48,98%
svobodná	13	26,53%

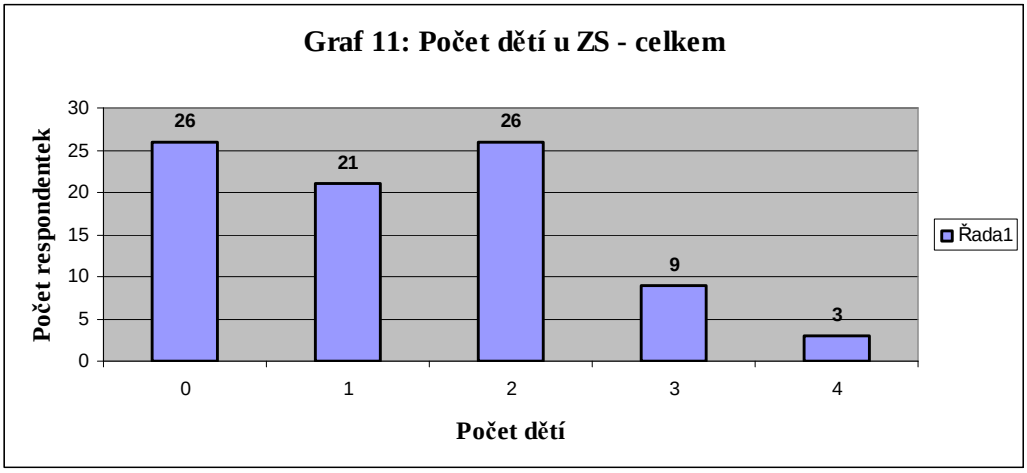


6.3.5. Počet dětí

V rámci dotazníkového šetření byly zdravotní sestry též dotazovány na počet dětí. Nejvíce, tj. 26, dotázaných sester bylo bezdětných a se 2 dětmi, tedy 30,59 %. Jedno dítě uvedlo 21 sester, tj. 24,71 % a tři děti uvedlo 9 dotázaných, tj. 10,59 %. Čtyři děti uvedly 3 respondentky, tj. 3,53 % z celkového počtu dotázaných sester.

Tab. 11: Počet dětí u ZS celkem

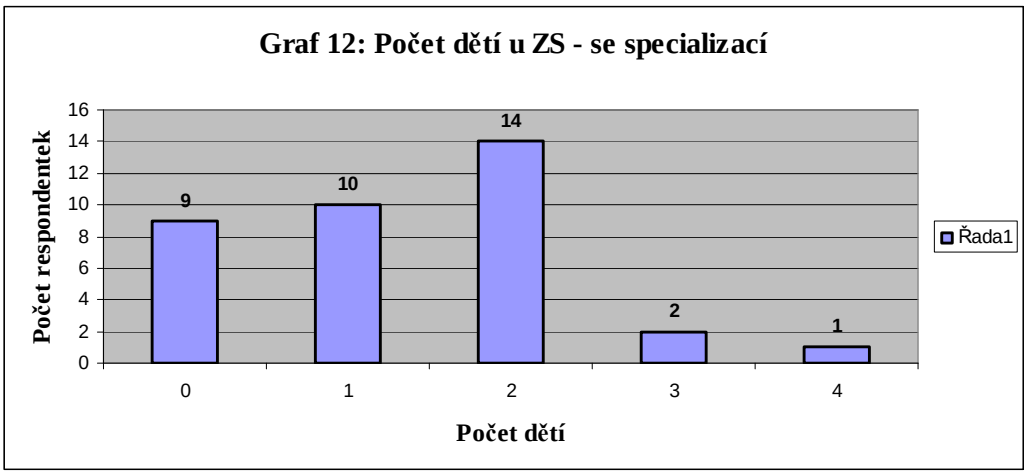
PD – celkem	Absolutní četnost	Relativní četnost
0	26	30,59%
1	21	24,71%
2	26	30,59%
3	9	10,59%
4	3	3,53%



Nejvíce sester se specializací bylo se 2 dětmi, tj. 14, tedy 38,89 %. Jedno dítě uvedlo 10 sester, tj. 27,78 %. Tři děti uvedly 2 sestry, tj. 5,56 %. Čtyři děti uvedla 1 respondentka, tj. 2,78 %. Devět sester bylo bezdětných, tj. 25,00 %.

Tab. 12: Počet dětí u ZS se specializací

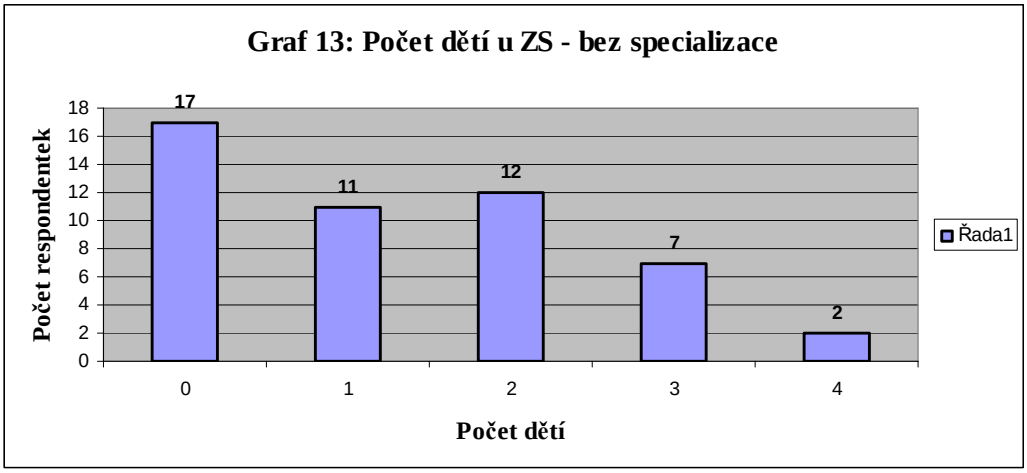
PD – SSp	Absolutní četnost	Relativní četnost
0	9	25,00%
1	10	27,78%
2	14	38,89%
3	2	5,56%
4	1	2,78%



Nejvíce sester bez specializace bylo bezdětných, tj. 34,69 %. Jedno dítě uvedlo 11 sester, tj. 22,45 %. Dvě děti uvedlo 12 sester, tj. 24,49 %. Tři děti uvedlo 7 respondentek, tj. 14,29 %. Dvě sestry měly 4 děti, tj. 4,08 %.

Tab. 13: Počet dětí u ZS bez specializace

PD – BSp	Absolutní četnost	Relativní četnost
0	17	34,69%
1	11	22,45%
2	12	24,49%
3	7	14,29%
4	2	4,08%



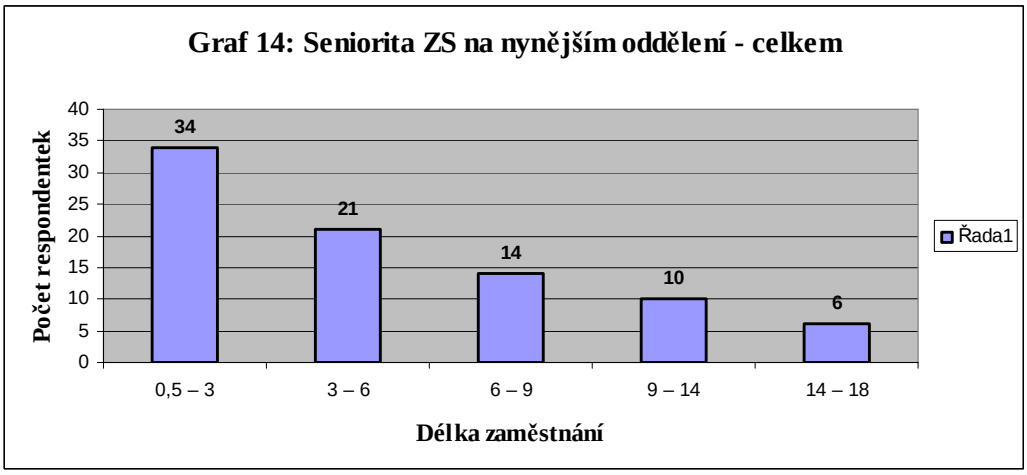
6.3.6. Seniorita na nynějším oddělení

Délka praxe na stávajícím oddělení, byla pro větší přehlednost rozdělena do 5 intervalů (0,5 – 3 roky, 3 – 6 let, 6 – 9 let, 9 – 14 let, 14 – 18 let). Nejvíce respondentů, tj. 34 sester, tedy 40,00 %, uvedlo dobu praxe na stávajícím oddělení v pásmu 0,5 – 3 roky. Další pásmo, 3 – 6 let bylo zastoupeno 21 dotázanými, což činí 24,71. V pásmu 6 – 9 let bylo 14 dotázaných, tj. 16,47 %. Pásmo 9 – 14 let bylo zastoupeno 10 sestrami, tj. 11,76 %. Nejdelší dobu praxe na stávajícím oddělení, tj. 14 – 18 let uvedlo pouze 6 zdravotních sester, což činí 7,06 %.

Průměrná délka praxe na stávajícím oddělení u celkového počtu zdravotních sester činila 5,8 let.

Tab. 14: Seniorita ZS na nynějším oddělení celkem

Seniorita odd. – celkem	Absolutní četnost	Relativní četnost
0,5 – 3	34	40,00%
3 – 6	21	24,71%
6 – 9	14	16,47%
9 – 14	10	11,76%
14 – 18	6	7,06%

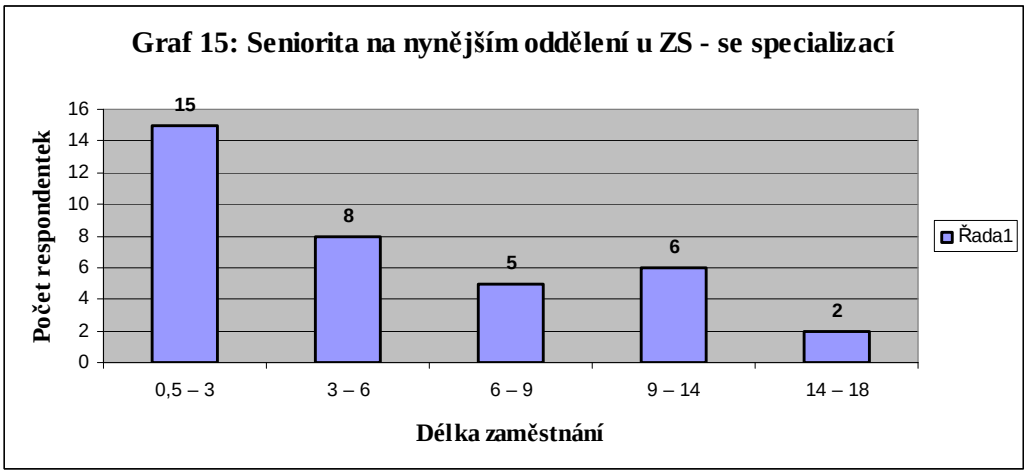


Oslovené zdravotní sestry se specializací pracovaly na současném oddělení v rozmezí 0,5 – 18 let. V pásmu 0,5 – 3 roky bylo 15 respondentek, tj. 41,67 %. Ve druhém pásmu 3 – 6 let bylo 8 sester, tj. 22,22 %. Ve třetím pásmu 6 – 9 let se nacházelo 5 sester, tj. 13,89 %. V pásmu 9 – 14 let bylo 6 sester, tj. 16,67 % a v pásmu posledním byly 14 – 18 let 2 sestry, tj. 5,56 %.

Průměrná seniorita na nynějším oddělení v tomto případě činila 6 let.

Tab. 15: Seniorita na nynějším oddělení u ZS se specializací

Seniorita na odd. – SSp	Absolutní četnost	Relativní četnost
0,5 – 3	15	41,67%
3 – 6	8	22,22%
6 – 9	5	13,89%
9 – 14	6	16,67%
14 – 18	2	5,56%

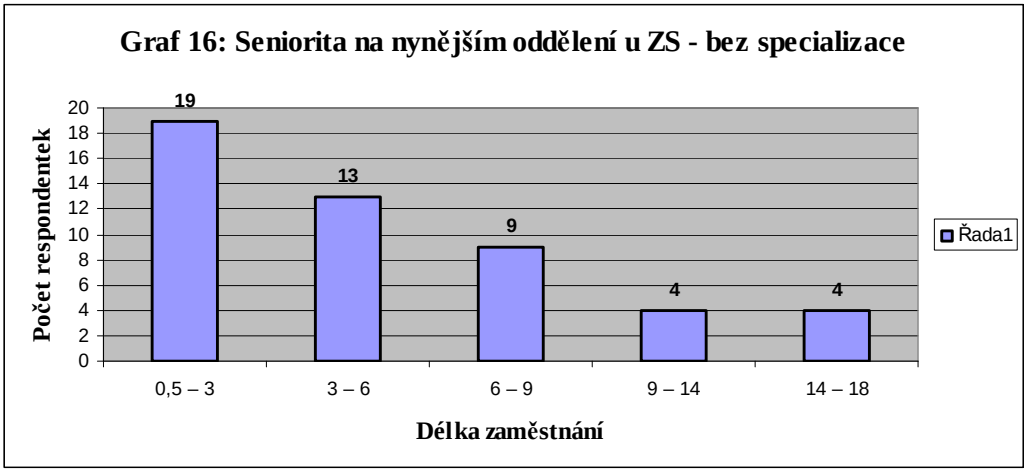


Oslovené zdravotní sestry bez specializace pracovaly na současném oddělení v rozmezí 0,5 – 18 let. V pásmu 0,5 – 3 roky bylo 19 respondentek, tj. 38,78 %. Ve druhém pásmu 3 – 6 let bylo 13 sester, tj. 26,53 %. Ve třetím pásmu 6 – 9 let se nacházelo 9 sester, tj. 18,37 %. V pásmech 9 – 14 let a 14 – 18 let bylo shodně po 4 sestrách, tj. 8,16 %.

Průměrná seniorita na nynějším oddělení v tomto případě činila 5,7 let.

Tab. 16: Seniorita na nynějším oddělení u ZS bez specializace

Senior. odd. – BSp	Absolutní četnost	Relativní četnost
0,5 – 3	19	38,78%
3 – 6	13	26,53%
6 – 9	9	18,37%
9 – 14	4	8,16%
14 – 18	4	8,16%



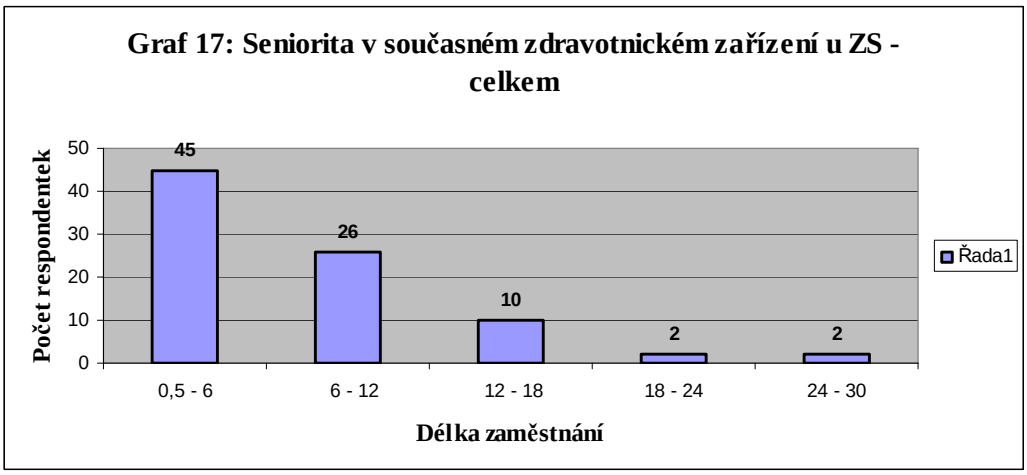
6.3.7. Seniorita v současném zdravotnickém zařízení

Oslovené zdravotní sestry pracovaly ve stávajícím zdravotnickém zařízení v rozmezí od 0,5 roku do 30 let. Nejvyšší bylo procento sester, jež pracovaly ve stávajícím zdravotnickém zařízení v pásmu 0,5 – 6 let, tj. 45 dotázaných, tedy 52,94 %. Pásmo 6 – 12 let bylo zastoupeno 26 sestrami, tj. 30,59 %, pásmo 12 – 18 let pak 10 sestrami, tj. 11,76 %. V pásmech 18 – 24 let a 24 – 30 let se nacházelo po 2 sestrách, tj. 2,35 %.

Průměrná seniorita v současném zdravotnickém zařízení činila 5,8 roku.

Tab. 17: Seniorita v současném zdravotnickém zařízení u ZS celkem

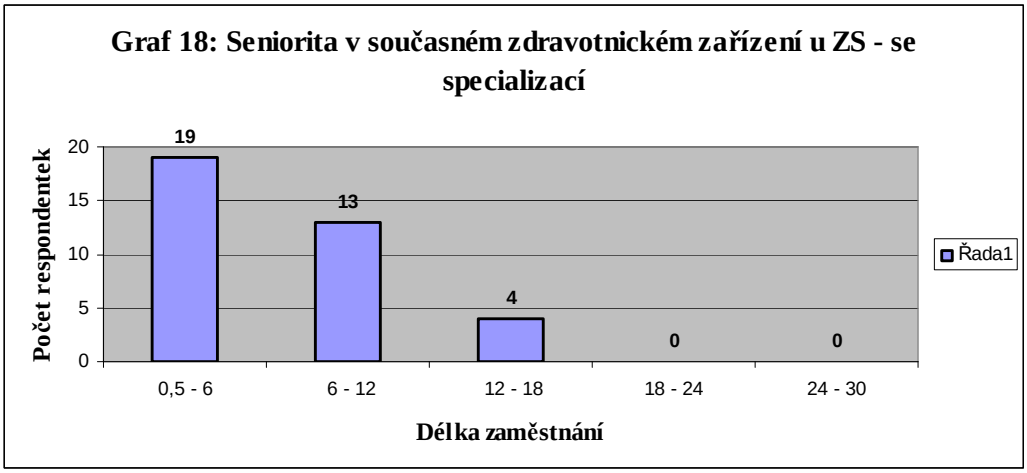
Seniorita v souč. ZZ	Absolutní četnost	Relativní četnost
0,5 – 6	45	52,94%
6 – 12	26	30,59%
12 – 18	10	11,76%
18 – 24	2	2,35%
24 – 30	2	2,35%



Průměrná seniorita v současném zdravotnickém zařízení u sester se specializací byla 6,5 roku. V prvním pásmu 0,5 – 6 let praxe se nacházelo 19 sester, tj. 52,78 %. Ve druhém pásmu 6 – 12 let se nacházelo 13 sester, tj. 36,11 %. Ve třetím pásmu 12 – 18 let se nacházely 4 sestry, tj. 11,11 %. V pásmech 18 – 24 let a 24 – 30 let nebyla zastoupena žádná sestra.

Tab. 18: Seniorita v současném zdravotnickém zařízení u ZS se specializací

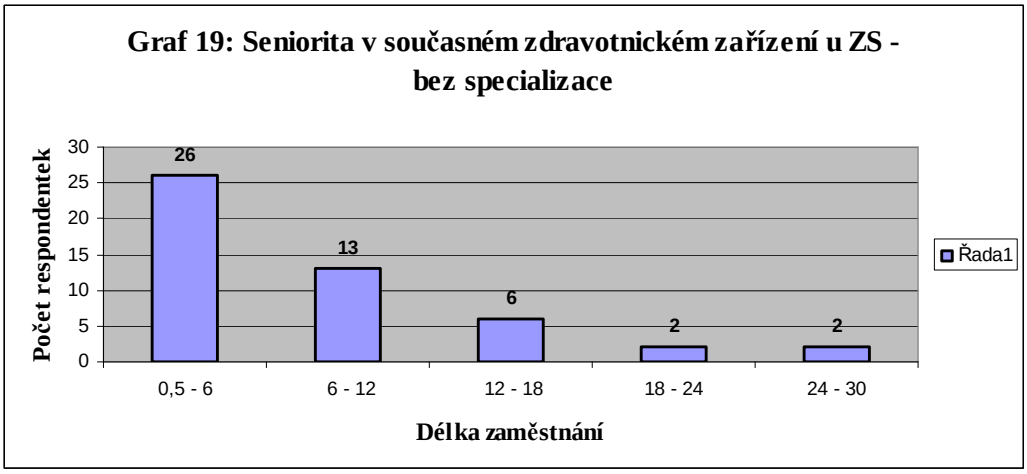
Senior. v souč. ZZ – SSp	Absolutní četnost	Relativní četnost
0,5 – 6	19	52,78%
6 – 12	13	36,11%
12 – 18	4	11,11%
18 – 24	0	0,00%
24 – 30	0	0,00%



Průměrná seniorita v současném zdravotnickém zařízení u sester bez specializace byla 8,2 roku. V prvním pásmu 0,5 – 6 let praxe se nacházelo 26 sester, tj. 53,06 %. Ve druhém pásmu 6 – 12 let se nacházelo 13 sester, tj. 26,53 %. Ve třetím pásmu 12 – 18 let se nacházelo 6 sester, tj. 12,24 %. V pásmech 18 – 24 let a 24 – 30 let bylo shodně zastoupeno po 2 sestrách, tj. 4,08 %.

Tab. 19: Seniorita v současném zdravotnickém zařízení u ZS bez specializace

Senior. v ZZ – BSp	Absolutní četnost	Relativní četnost
0,5 – 6	26	53,06%
6 – 12	13	26,53%
12 – 18	6	12,24%
18 – 24	2	4,08%
24 – 30	2	4,08%



6.3.8. Průměrný čistý měsíční příjem

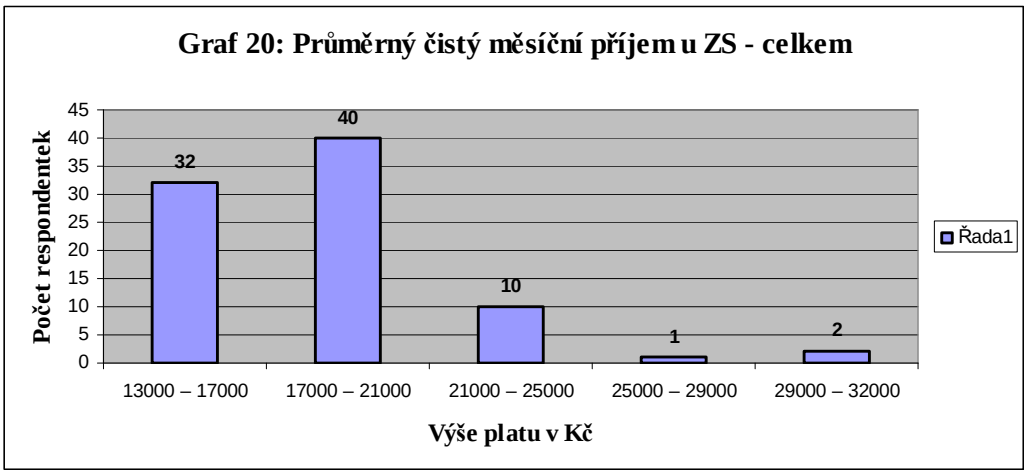
V rámci dotazníku DSZS byl též u zdravotních sester zjišťován průměrný měsíční příjem. Výše platů se pohybovala v rozmezí od 13 000 Kč do 32 000 Kč. Platová diference kolísala jednak vlivem délky praxe, jakož i dosaženou odborností. Z celkového počtu 85 zdravotních sester se v nejnižším pásmu, tj. 13 000 Kč – 17 000 Kč, nacházelo 32 dotázaných, tj. 37,65 %. Nejvíce sester, tj. 40, bylo v platovém pásmu 17 000 Kč – 21 000 Kč, což činí 47,06 %. Platové pásmo 21 000 – 25 000 Kč bylo zastoupeno 10 sestrami, tj. 11,76 % a

pásmo 25 000 Kč – 29 000 Kč pak 1 sestrou, tj. 1,18 %. V platovém pásmu, a to 29 000 Kč – 32 000 Kč, byly zjištěny 2 zdravotní sestry, tedy 2,35 %.

Průměrný čistý měsíční příjem u celého souboru zkoumaných zdravotních sester dosáhl výše 16 015 Kč.

Tab. 20: Průměrný čistý měsíční příjem u ZS celkem

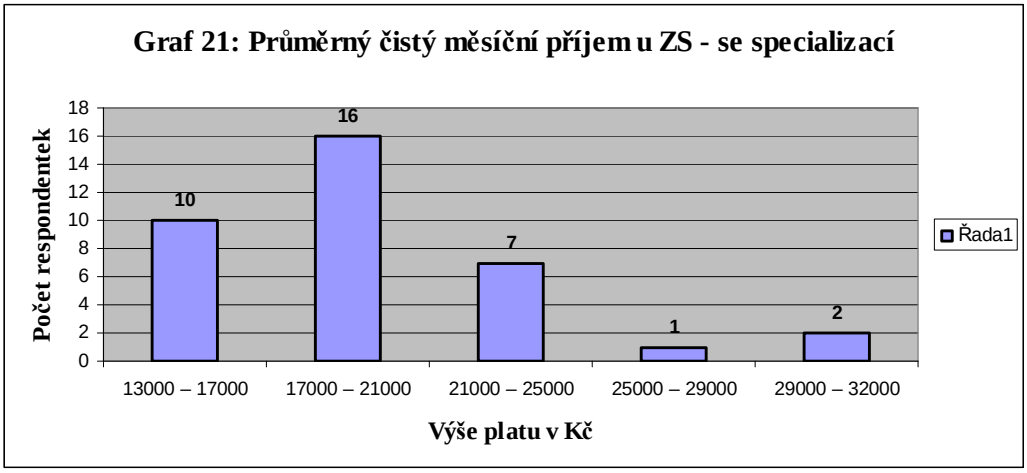
Výše platu – celkem	Absolutní četnost	Relativní četnost
13 000 – 17 000	32	37,65%
17 000 – 21 000	40	47,06%
21 000 – 25 000	10	11,76%
25 000 – 29 000	1	1,18%
29 000 – 32 000	2	2,35%



Průměrný čistý měsíční příjem u zdravotních sester se specializací činil 16 267 Kč. V nejnižším pásmu 13 000 – 17 000 Kč se nacházelo 10 sester, 27,78 %. V pásmu 17 000 – 21 000 Kč bylo 16 sester, tj. 44,44 %. Ve třetím pásmu 21 000 – 25 000 Kč bylo 7 respondentek, tj. 19,44 %. V pásmu 25 000 – 29 000 Kč byla 1 tj. 2,78 % a v posledním pásmu 29 000 – 32 000 Kč byly 2 sestry, tj. 5,56 %.

Tab. 21: Průměrný čistý měsíční příjem u ZS se specializací

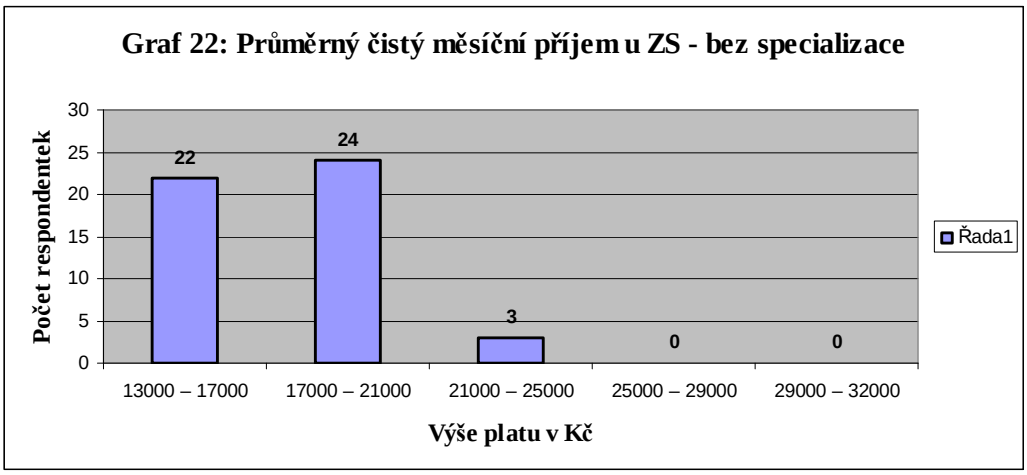
Výše platu – SSp	Absolutní četnost	Relativní četnost
13 000 – 17 000	10	27,78%
17 000 – 21 000	16	44,44%
21 000 – 25 000	7	19,44%
25 000 – 29 000	1	2,78%
29 000 – 32 000	2	5,56%



Průměrný čistý měsíční příjem u zdravotních sester bez specializace činil 15 831 Kč. V nejnižším pásmu 13 000 – 17 000 Kč se nacházelo 22 sester, 44,90 %. V pásmu 17 000 – 21 000 Kč bylo 24 sester, tj. 48,98 %. Ve třetím pásmu 21 000 – 25 000 Kč byly 3 respondentky, tj. 6,12 %. A v pásmech 25 000 – 29 000 Kč a 29 000 – 32 000 Kč nebyla žádná respondentka.

Tab. 22: Průměrný čistý měsíční příjem u ZS bez specializace

Výše platu – BSp	Absolutní četnost	Relativní četnost
13 000 – 17 000	22	44,90%
17 000 – 21 000	24	48,98%
21 000 – 25 000	3	6,12%
25 000 – 29 000	0	0,00%
29 000 – 32 000	0	0,00%



6.4. Průběh a organizace výzkumu

K získání potřebných dat byla zvolena dotazníková metoda. Výzkumu se zúčastnilo 85 zdravotních sester. Celkový počet sester byl rozdělen na 36 zdravotních sester se specializací a 49 zdravotních sester bez specializace. V rámci výše uvedeného byly osloveny sestry na těchto odděleních: kardiochirurgie, chirurgie, gynekologie, neurologie, urologie, ORL, interní oddělení a centrální sterilizace. Sběr dat byl prováděn v období srpen až září 2008 ve dvou pražských nemocnicích na základě dohody s hlavní sestrou a příslušnými vrchními a staničními sestrami. Souhlas byl podmíněn anonymitou poskytnutých dat.

Z důvodu směnného provozu na pracovištích byly dotazníky distribuovány respondentkám postupně za pomoci vrchních a staničních sester. Tyto byly také ústně informovány o správném vyplnění dotazníků. Dále byl každý dotazník opatřen písemnou instrukcí k jeho vyplnění. Všechny zúčastněné respondentky byly písemně seznámeny s účelem výzkumu a s tím, že se jedná o výzkum anonymní.

Po ukončení šetření a navrácení dotazníků zpět od respondentek, byly dotazníky překontrolovány. Vyřazeny byly ty dotazníky, které byly neúplné nebo špatně vyplněné. Celkem bylo rozdáno 120 dotazníků. Vráceno jich bylo celkem 97, z toho 12 dotazníků bylo vyřazeno pro neúplnost požadovaných dat.

6.5. Užitá symbolika

Pro zjednodušení popisu zkoumaného souboru a dat získaných dotazníkem BM a dotazníkem spokojenosti zdravotních sester DSZS byla užita symbolika. Z dotazníku DSZS byly použity vybrané části. Ve výzkumné části práce byly použity tyto zkratky:

BM	Burnout Measure – psychické vyhoření
DSZS	Dotazník spokojenosti zdravotních sester
CPSF	Celková pracovní spokojenost a fluktuační tendence
VZ	Mezilidské vztahy
RJSB	Spokojenost s vlastní prací
ZSt	Zdravotní stav
ODPO	Odměňování, kvalifikace a postup
PP	Postoje k péči o pacienty
APO	Adaptace na práci, očekávání
SD	Statusová data
ODD	Oddělení
ZZ	Zdravotnické zařízení
ZS	Zdravotní sestry
SSp	Zdravotní sestry se specializací
BSp	Zdravotní sestry bez specializace

7. Výsledky výzkumu

V této kapitole jsou uvedeny výsledky jednotlivých dotazníků. Ke zjištění činitelů působících v pracovním procesu, jež nejvíce ovlivňují pracovní postoje a spokojenost zdravotních sester byl předložen dotazník DSZS. Výsledky vybraných částí tohoto dotazníku – CPSF, VZ, RJSB, ZSt, ODPO, PP, APO, – byly seřazeny do tabulek obsahujících absolutní a relativní četnosti. Bylo provedeno také grafické vyjádření výsledků.

Pro posouzení míry vyhoření byl pro tento výzkum použit dotazník BM (Burnout Measure) – psychického vyhoření autorů A. Pinesové a E. Aronsona. Zjištěné hodnoty byly pro lepší přehlednost uspořádány do tabulek, které obsahují absolutní a relativní četnosti a grafy.

Výsledky korelací naměřených hodnot BM a sledovaných proměnných, tj. adaptace na práci, celková pracovní spokojenost, zdravotní stav, spokojenost s vlastní prací, odměňování, seniorita, mezilidské vztahy, postoje k péči o pacienta a věk zdravotních sester, byly uspořádány do tabulek.

7.1. Základní výstupy Dotazníku spokojenosti zdravotních sester DSZS

Výsledky vybraných částí DSZS:

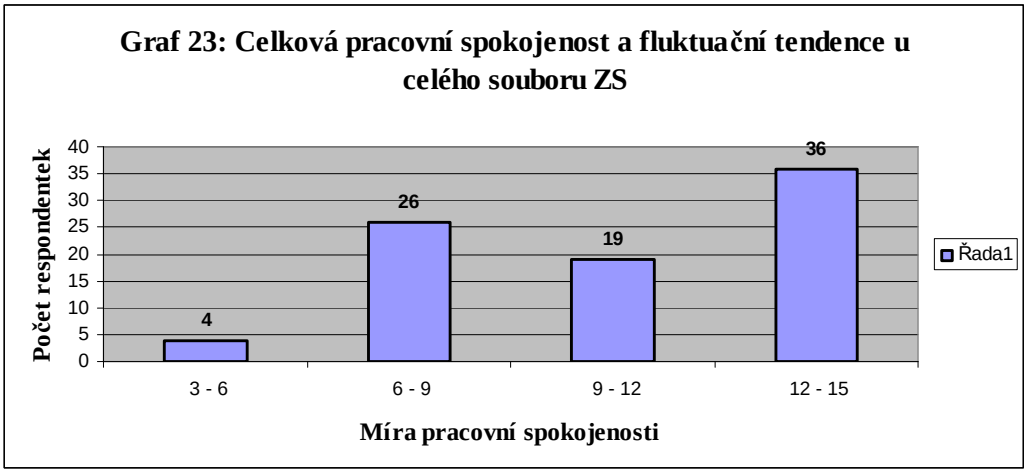
Celková pracovní spokojenost a fluktuační tendence (CPSF)

V části dotazníku věnované celkové spokojenosti zdravotních sester a jejich fluktuační tendenci, mohly respondentky získat minimálně 3 body (při nízké pracovní spokojenosti) a maximálně 15 (při vysoké pracovní spokojenosti).

Z celkového počtu 85 zdravotních sester se v rámci zkoumání celkové pracovní spokojenosti zdravotních sester zjistilo, že pouze 4 sestry měly v intervalu 3 – 6 bodů nízkou pracovní spojenost a s tím spojenou vysokou fluktuační tendenci, tj. 4,71 %. Intervalu 6 – 9 bodů odpovídalo 26 respondentek, tj. 30,59 %. Devatenáct sester odpovídalo intervalu 9 – 12 bodů, tj. 22,35 %. V intervalu s nejvyšším počtem bodů 12 – 15, jež odpovídalo nejvyšší celkové pracovní spokojenosti, bylo zjištěno 36 sester, tj. 42,35 %.

Tab. 23: Celková pracovní spokojenost a fluktuační tendence u celého souboru ZS

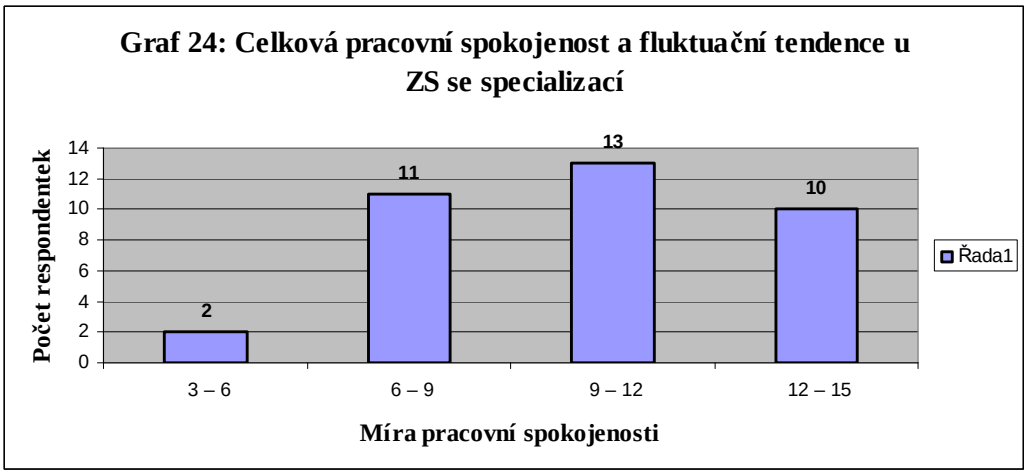
CPSF – celkem	Absolutní četnost	Relativní četnost
3 – 6	4	4,71%
6 – 9	26	30,59%
9 – 12	19	22,35%
12 – 15	36	42,35%



Z celkového počtu 36 zdravotních sester se specializací bylo zjištěno, že pouze 2 sestry měly v intervalu 3 – 6 bodů nízkou pracovní spojenost a s tím spojenou vysokou fluktuační tendenci, tj. 5,56 %. Intervalu 6 – 9 bodů odpovídalo 11 respondentek, tj. 30,56 %. Třináct sester odpovídalo intervalu 9 – 12 bodů, tj. 36,11 %. V intervalu s nejvyšším počtem bodů 12 – 15, bylo zjištěno 10 sester, tj. 27,78 %.

Tab. 24: Celková pracovní spokojenost a fluktuační tendence u ZS se specializací

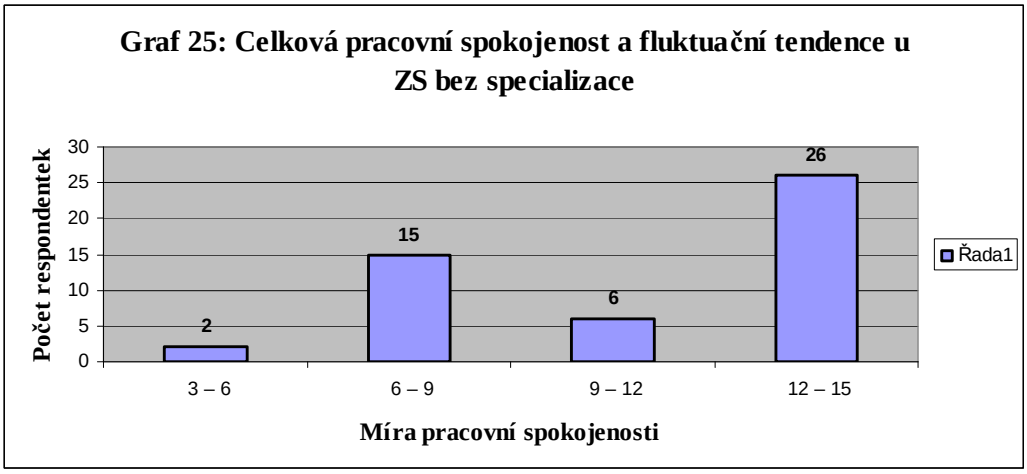
CPSF – SSp	Absolutní četnost	Relativní četnost
3 – 6	2	5,56%
6 – 9	11	30,56%
9 – 12	13	36,11%
12 – 15	10	27,78%



Z celkového počtu 49 zdravotních sester bez specializace bylo zjištěno, že pouze 2 sestry měly v intervalu 3 – 6 bodů nízkou pracovní spojenost a s tím spojenou vysokou fluktuační tendenci, tj. 4,08 %. Intervalu 6 – 9 bodů odpovídalo 15 respondentek, tj. 30,61 %. Šest sester odpovídalo intervalu 9 – 12 bodů, tj. 12,24 %. V intervalu s nejvyšším počtem bodů 12 – 15, bylo zjištěno 26 sester, tj. 53,06 %.

Tab. 25: Celková pracovní spokojenost a fluktuační tendence u ZS bez specializace

CPSF – BSp	Absolutní četnost	Relativní četnost
3 – 6	2	4,08%
6 – 9	15	30,61%
9 – 12	6	12,24%
12 – 15	26	53,06%



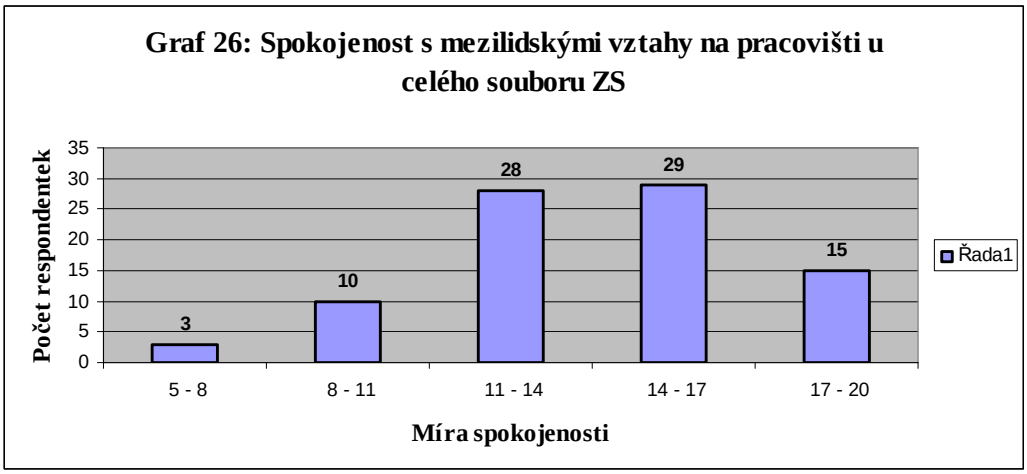
Spokojenost s mezilidskými vztahy na pracovišti (VZ)

Třetí část dotazníku je zaměřena na zjištění mezilidských vztahů na pracovišti a spokojeností s nimi. Respondentky mohly získat maximální spokojenosti s mezilidskými vztahy nejvyšší počet 20 bodů. Naopak minimální spokojenost byla ohodnocena 5 body.

Z celkového počtu 85 zdravotních sester se v rámci výzkumu spokojenosti s mezilidskými vztahy na pracovišti vyskytovalo nejvíce sester v intervalu 14 – 17 bodů počtem 29, tj. 34,12 %. V intervalu 17 – 20 bodů se s maximální spokojeností vyskytovalo 15 sester, tj. 17,65 %. Ve středovém intervalu 11- 14 bodů bylo výzkumem zjištěno 28 respondentek, tj. 32,94 %. V intervale 5 – 8 byly zjištěny 3 sestry, tj. 3,53 % a v intervale 8 - 11 bodů s minimální spokojeností mezilidských vztahů na pracovišti bylo zjištěno 10 sester, tj. 11,76 %.

Tab. 26: Spokojenost s mezilidskými vztahy na pracovišti u celého souboru ZS

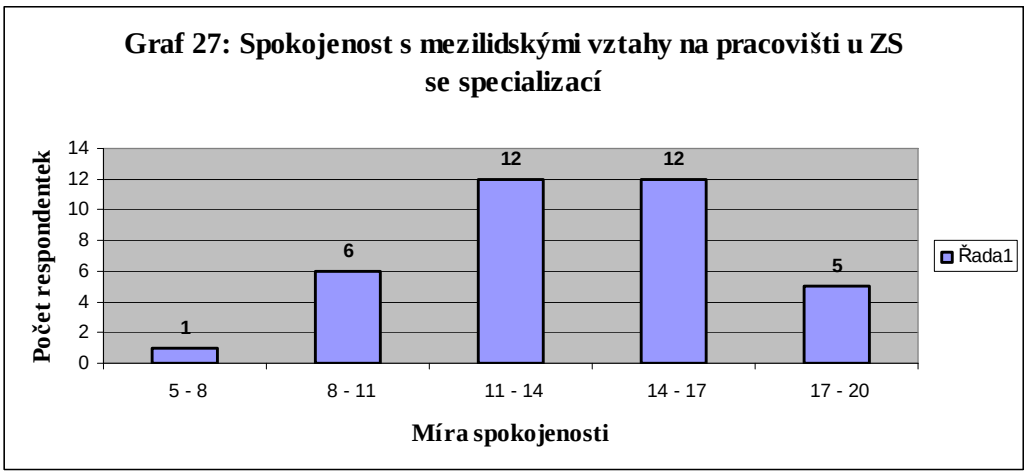
VZ – celkem	Absolutní četnost	Relativní četnost
5 – 8	3	3,53%
8 – 11	10	11,76%
11 – 14	28	32,94%
14 – 17	29	34,12%
17 – 20	15	17,65%



Z počtu 36 zdravotních sester se specializací bylo nejvíce respondentek v intervalech 11 – 14 a 14 – 17 bodů a to shodným počtem 12 sester, tj. 33,33 %. V intervalu 17 – 20 bodů s nejvyšší spokojeností, odpovídalo 5 sester, tj. 13,89 %. V intervalu 5 – 8 bodů byla zjištěna 1 respondentka, tj. 2,78 % a v intervalu s minimální spokojeností 8 – 11 bodů bylo zjištěno 6 respondentek, tj. 16,67 %.

Tab. 27: Spokojenost s mezilidskými vztahy na pracovišti u ZS se specializací

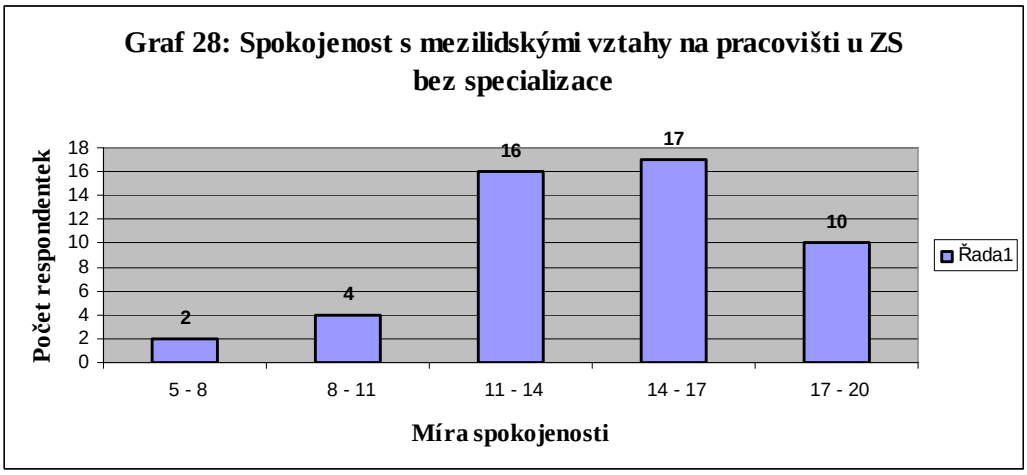
VZ – SSp	Absolutní četnost	Relativní četnost
5 – 8	1	2,78%
8 – 11	6	16,67%
11 – 14	12	33,33%
14 – 17	12	33,33%
17 – 20	5	13,89%



Z počtu 49 zdravotních sester bez specializace bylo nejvíce respondentek v intervalu 14 – 17 bodů, a to počtem 17 sester, tj. 34,69 %. V intervalu 17 – 20 bodů s nejvyšší spokojeností, odpovídalo 10 sester, tj. 20,41 %. V intervalu 11 – 14 bodů bylo 16 sester, tj. 32,65%. V intervalu 5 – 8 bodů byly zjištěny 2 respondentky a v intervalu s minimální spokojeností 8 – 11 bodů byly zjištěny 4 respondentky, tj. 8,16 %.

Tab. 28: Spokojenost s mezilidskými vztahy na pracovišti u ZS bez specializace

VZ – BSp	Absolutní četnost	Relativní četnost
5 – 8	2	4,08%
8 – 11	4	8,16%
11 – 14	16	32,65%
14 – 17	17	34,69%
17 – 20	10	20,41%



Míra hodnocení zdravotního stavu (ZSt)

Část věnovaná subjektivnímu hodnocení zdravotního stavu se skládá z pěti odpovědí, které nejvíce vystihují současný zdravotní stav dotazované osoby. Odpovědi jsou rozděleny na kategorie výborný (5 bodů.), dobrý (4 body.), uspokojivý (3 body.), určité problémy v psychické oblasti (2 body) a určité potíže v somatické oblasti (1 bod.).

Nejvíce respondentek z celkového počtu 85 zdravotních sester odpovídalo v pásmu dobrý zdravotní stav 33 respondentky, tj. 38,82 % a uspokojivý zdravotní stav, a to 23 respondentek, tj. 27,06 %. Výborný zdravotní stav uvedlo 15 sester, tj. 17,65 %. Somatické obtíže přiznalo 10 respondentek, tj. 11,76 %. Nejméně respondentek, a to 4, uvedlo psychické obtíže, což je 4,71 %.

Tab. 29: Míra hodnocení zdravotního stavu u celého souboru ZS

ZSt – celkem	Absolutní četnost	Relativní četnost
Somatické obtíže	10	11,76%
Psychické obtíže	4	4,71%
Uspokojivý stav	23	27,06%
Dobrý stav	33	38,82%
Výborný stav	15	17,65%

Nejvíce respondentek z celkového stavu 36 zdravotních sester se specializací odpovídalo v pásmu dobrý zdravotní stav, a to 16 respondentek, tj. 44,44 %. Výborný zdravotní stav uvedlo 9 sester, tj. 25,00 %. Uspokojivý zdravotní stav uvedlo 8 sester, tj. 22,22 % a somatické obtíže přiznaly 2 respondentky, tj. 5,56 %. Nejméně respondentek, a to 1, uvedla psychické obtíže, což je 2,78 %.

Tab. 30: Míra hodnocení zdravotního stavu u ZS se specializací

ZSt – SSp	Absolutní četnost	Relativní četnost
Somatické obtíže	2	5,56%
Psychické obtíže	1	2,78%
Uspokojivý stav	8	22,22%
Dobrý stav	16	44,44%
Výborný stav	9	25,00%

Nejvíce respondentek z celkového stavu 49 zdravotních sester bez specializace odpovídalo v pásmu dobrý zdravotní stav, a to 17 respondentek, tj. 34,69 %. Výborný zdravotní stav uvedlo 6 sester, tj. 12,24 %. Uspokojivý zdravotní stav uvedlo 15 sester, tj. 30,61 %. Somatické obtíže přiznalo 8 respondentek, tj. 16,33 %. Nejméně respondentek, a to 3, uvedly psychické obtíže, což je 6,12 %.

Tab. 31: Míra hodnocení zdravotního stavu u ZS bez specializace

ZSt – BSp	Absolutní četnost	Relativní četnost
Somatické obtíže	8	16,33%
Psychické obtíže	3	6,12%
Uspokojivý stav	15	30,61%
Dobrý stav	17	34,69%
Výborný stav	6	12,24%

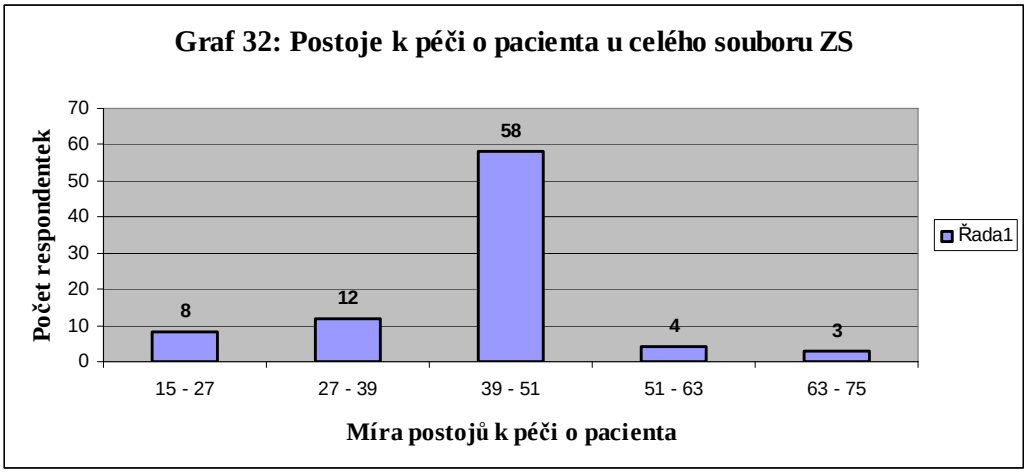
Postoje k péči o pacienty (PP)

Tato část dotazníku byla zaměřena na postoje k situacím při ošetřování nemocných, jež mohou vyvolat negativní pocity, až odpor se snahou se některým situacím pokud možno vyhnout.

Část dotazníku DSZS věnovaná postojům k péči o pacienta se skládá z 15 položek. Hodnoty nabývaly minimální hodnotu 15 bodů a maximální 75 bodů. Uvedené body byly rozděleny do pěti intervalů: 15 – 27, 27 – 39, 39 – 51, 51 – 63 a 63 – 75. Nejvíce zdravotních sester, a to 58, tj. 68,24 % se nacházelo ve středových hodnotách intervalu 39 – 51 bodů. Dvanáct respondentek, tj. 14,12 %, udaly hodnoty intervalu 27 – 39. Žádné nebo minimální pocity v intervalu 15 – 27 bodu uvedlo 8 ZS, tj. 9,41 % z celkového počtu 85 zdravotních sester. Negativní pocity udaly 4 sestry, tj. 4,71 % ohodnocené 51 – 63 body. V intervalu 63 – 75 bodů se nacházely 3 respondentky, tj. 3,53 %, které udaly maximální míru negativních pocitů.

Tab. 32: Postoje k péči o pacienta u celého souboru ZS

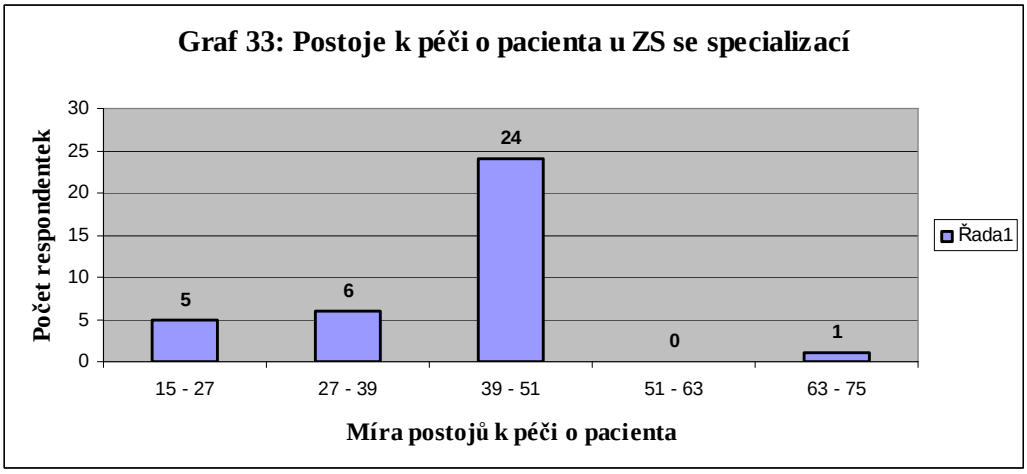
PP – celkem	Absolutní četnost	Relativní četnost
15 – 27	8	9,41%
27 – 39	12	14,12%
39 – 51	58	68,24%
51 – 63	4	4,71%
63 – 75	3	3,53%



Mezi zdravotními sestrami se specializací neprožívalo žádné negativní pocity, spojené s péčí o pacienty v pásmu 15 – 27 bodu 5 respondentek, tj. 13,89 %. V pásmu 27 – 39 bodů byla zaznamenána nízká míra negativních pocitů u 6 sester, tj. 16,67 %. Střední míru negativních pocitů, pásmo 39 – 51 bodů, vykázalo 24 dotázaných sester, tj. 66,67 %. Vyšší míru negativních pocitů v pásmu 51 – 63 bodů neuvedla žádná sestra. Maximálně negativní pocity v pásmu 63 – 75 bodů prožívala 1 sestra, tj. 2,78 %.

Tab. 33: Postoje k péči o pacienta u ZS se specializací

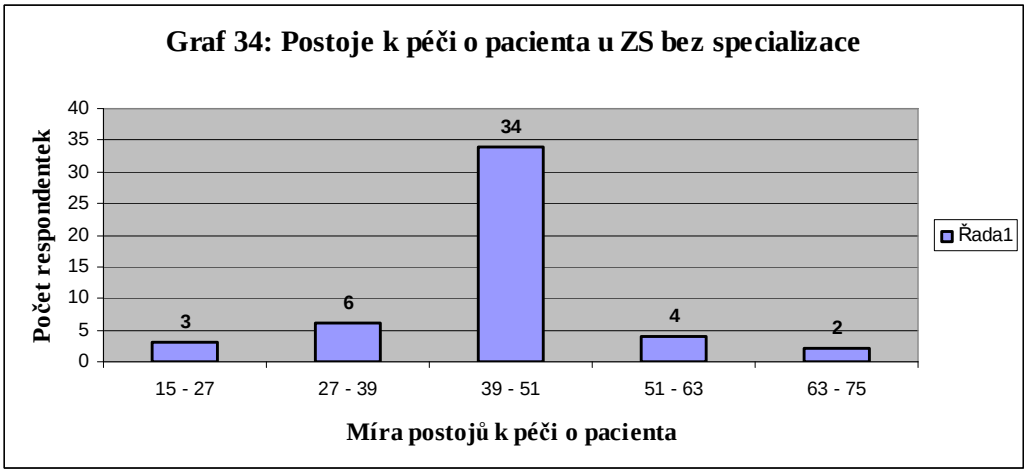
PP – SSp	Absolutní četnost	Relativní četnost
15 – 27	5	13,89%
27 – 39	6	16,67%
39 – 51	24	66,67%
51 – 63	0	0,00%
63 – 75	1	2,78%



Mezi zdravotními sestrami bez specializace neprožívalo žádné negativní pocity, spojené s péčí o pacienty v pásmu 15 – 27 bodu 3 respondentky, tj. 6,12 %. V pásmu 27 – 39 bodů byla zaznamenána nízká míra negativních pocitů u 6 sester, tj. 12,24 %. Střední míru negativních pocitů, pásmo 39 – 51 bodů, vykázalo 34 dotázaných sester, tj. 69,39 %. Vyšší míru negativních pocitů v pásmu 51 – 63 bodů uvedly 4 sestry, tj. 8,16 %. Maximálně negativní pocity v pásmu 63 – 75 bodů prožívaly 2 sestry, tj. 4,08 %.

Tab. 34: Postoje k péči o pacienta u ZS bez specializace

PP – BSp	Absolutní četnost	Relativní četnost
15 – 27	3	6,12%
27 – 39	6	12,24%
39 – 51	34	69,39%
51 – 63	4	8,16%
63 – 75	2	4,08%



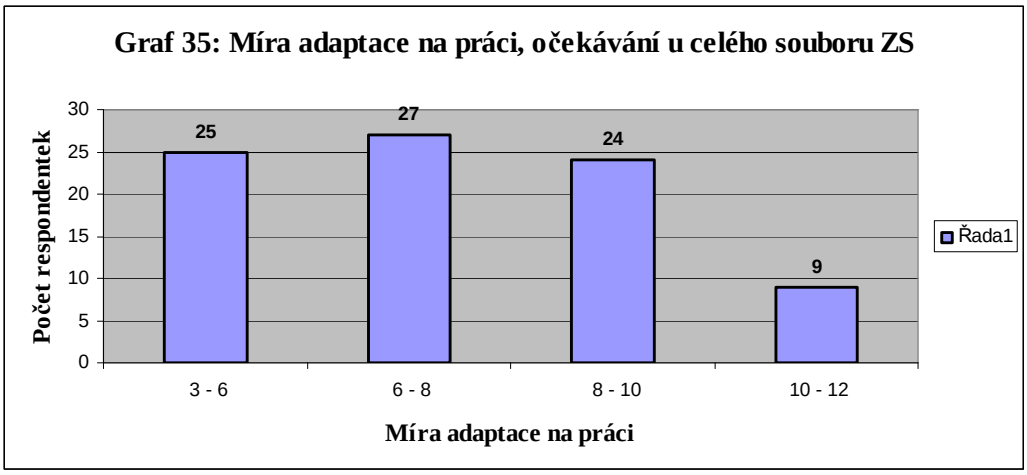
Míra adaptace na práci, očekávání (APO)

V deváté části dotazníku DSZS se výzkum zaměřil na míru adaptace na práci a na očekávání s ní související. Obsahuje tři otázky v nichž je možno získat minimálně 3 body (při maximálním zklamání), a maximálně 12 bodů (při dobré adaptaci na práci) a dobrém splnění svých představ.

Z celkového počtu 85 dotázaných zdravotních sester se 25 sester, tj. 29,41 % nacházelo v intervalu 3 – 6 bodů. V pásmu 6 – 8 bodů se nacházelo 27 sester, tj. 31,76 % a v intervalu 8 – 10 bodů se nacházelo 24 respondentek, tj. 28,24 %. Nejvyšší míru adaptace na práci udalo 9 respondentek, tj. 10,59 %.

Tab. 35: Míra adaptace na práci, očekávání u celého souboru ZS

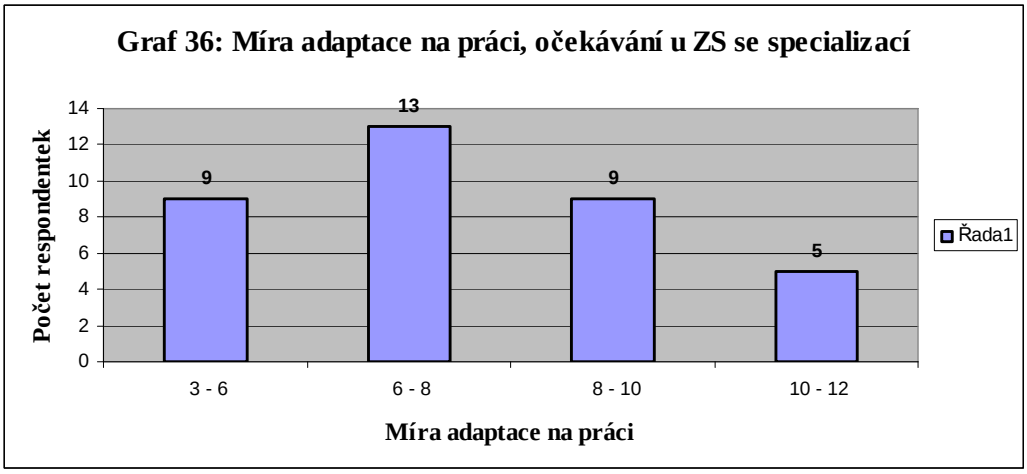
APO – celkem	Absolutní četnost	Relativní četnost
3 – 6	25	29,41%
6 – 8	27	31,76%
8 – 10	24	28,24%
10 – 12	9	10,59%



Z celkového počtu 36 dotázaných zdravotních sester se specializací se 9 sester, tj. 25,00 % nacházelo v intervalu 3 – 6 bodů. V pásmu 6 – 8 bodů se nacházelo 13 sester, tj. 36,11 % a tvořily tak nejsilnější skupinu respondentek. V intervalu 8 – 10 bodů se nacházelo 9 respondentek, tj. 25,00 %. Nejvyšší míru adaptace na práci a svá očekávání udalo 5 respondentek, tj. 13,89 %.

Tab. 36: Míra adaptace na práci, očekávání u ZS se specializací

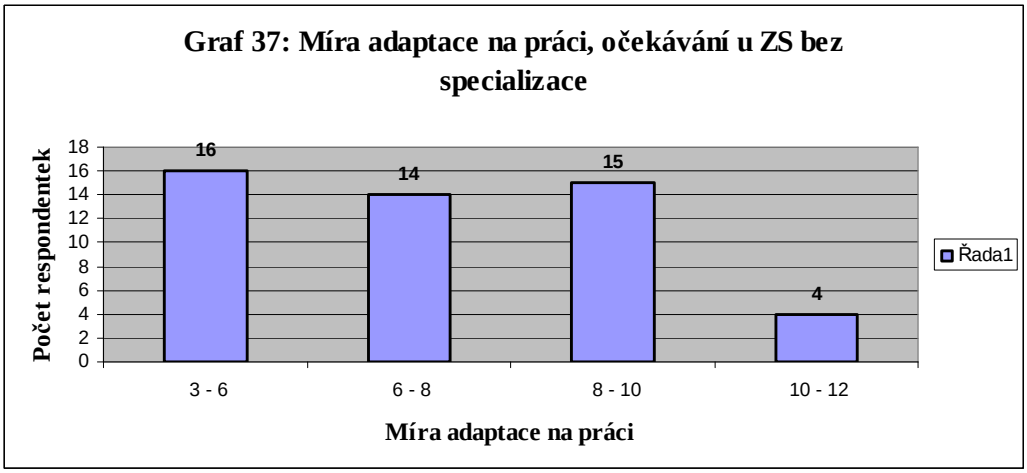
APO – SSp	Absolutní četnost	Relativní četnost
3 – 6	9	25,00%
6 – 8	13	36,11%
8 – 10	9	25,00%
10 – 12	5	13,89%



Z celkového počtu 49 dotázaných zdravotních sester bez specializace se 16 sester, tj. 32,65 % nacházelo v intervalu 3 – 6 bodů a tvořily tak největší skupinu s nejnižší mírou schopnosti adaptace na práci a nesplněnými očekáváními. V pásmu 6 – 8 bodů se nacházelo 14 sester, tj. 28,57 %. V intervalu 8 – 10 bodů se nacházelo 15 respondentek, tj. 30,61 %. Nejvyšší míru adaptace na práci uvedlo nejméně respondentek, a to 4 sestry, tj. 8,16 %.

Tab. 37: Míra adaptace na práci, očekávání u ZS bez specializace

APO – BSp	Absolutní četnost	Relativní četnost
3 – 6	16	32,65%
6 – 8	14	28,57%
8 – 10	15	30,61%
10 – 12	4	8,16%



7.2. Základní výstupy dotazníku BM

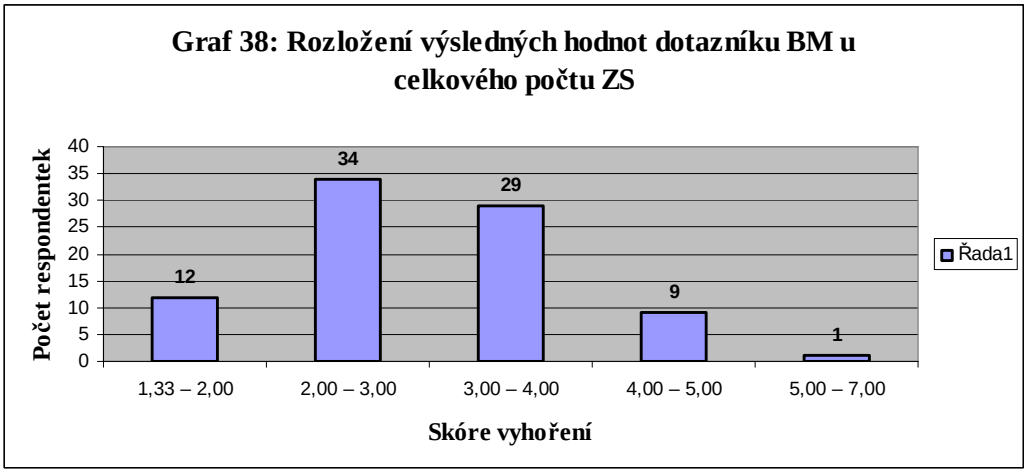
Výsledné hodnoty dotazníku BM – psychického vyhoření se pohybovaly v celém souboru od 1,33 do 4,95. V jednom případě byla dosažena hodnota 7,00, tj. 1,18 % z celku. Zjištěné výsledky ukazují, že nejvíce sester, a to 34 dosáhlo uspokojivého výsledku vyhoření v intervalu 2 – 3, tj. 40,00 %. Dobrý výsledek z hlediska psychického zdraví dosáhlo 12 respondentek v intervalu 1,33 – 2,00, tj. 14,12 %. V pásmu 3 – 4 dosáhlo skóre 29 sester, tj. 34,12 %., což představuje přítomnost potencionálního ohrožení syndromem vyhoření. Při dosažení těchto hodnot lze respondentům doporučit zamyšlení nad svým dosavadním životem a prací, jež vykonávají. Je pro ně z výše uvedených důvodů dobré, aby se snažily přehodnotit žebříček vlastních hodnot. Přítomnost syndromu psychického vyčerpání, která je považována

za prokázanou byla zjištěna u 9 respondentek v intervalu 4 – 5, tj. 10,59 %. V tomto případě by měly respondentky vyhledat odbornou pomoc. Havarijním signálem je skóre > 5, toho dosáhla 1 respondentka, tj. 1,18 %. Jde o nejzávažnější stav vyhoření a je zde žádoucí terapeutická pomoc.

U celého souboru zdravotních sester byla naměřena průměrná hodnota 2,95, což znamená, že skóre u respondentek je uspokojivé.

Tab. 38: Rozložení výsledných hodnot dotazníku BM u celkového počtu ZS

Hodnoty BM – celkem	Absolutní četnost	Relativní četnost
1,33 – 2,00	12	14,12%
2,00 – 3,00	34	40,00%
3,00 – 4,00	29	34,12%
4,00 – 5,00	9	10,59%
5,00 – 7,00	1	1,18%



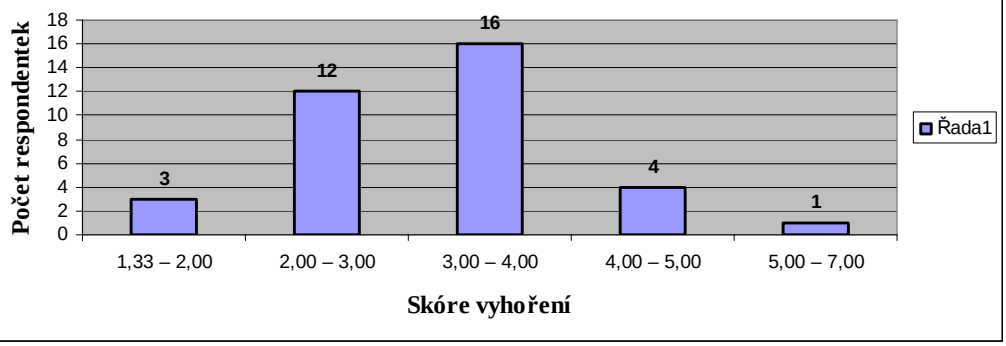
Výsledky dotazníku BM u zdravotních sester se specializací ukázalo, že nejvíce zdravotních sester, a to 16, dosáhlo skóre vyhoření 3 – 4, tj. 44,44 %. Tento výsledek ukazuje na potencionální ohrožení syndromem vyhoření a uvedenému souboru sester lze doporučit přehodnocení dosavadního životního stylu. Uspokojivého výsledku v intervalu 2 – 3 dosáhlo 12 sester, 33,33 %. Skóre vyhoření < 2, kterým je dobrý výsledek z hlediska psychologie zdraví dosáhly 3 respondentky, tj. 8,33 %. Přítomnost syndromu psychického vyčerpání, skóre 4 – 5 byla prokázána u 4 sester, tj. 11,11 %. Havarijní signál, a tedy nutná terapeutická pomoc, skóre vyhoření > 5, byl prokázán u 1 respondentky, tj. 2,78 %.

U celého souboru zdravotních sester se specializací byla naměřena průměrná hodnota 3,17, což odpovídá potencionálnímu ohrožení psychického zdraví jedince.

Tab. 39: Rozložení výsledných hodnot dotazníku BM u ZS se specializací

Hodnoty BM – SSp	Absolutní četnost	Relativní četnost
1,33 – 2,00	3	8,33%
2,00 – 3,00	12	33,33%
3,00 – 4,00	16	44,44%
4,00 – 5,00	4	11,11%
5,00 – 7,00	1	2,78%

Graf 39: Rozložení výsledných hodnot dotazníku BM u ZS se specializací

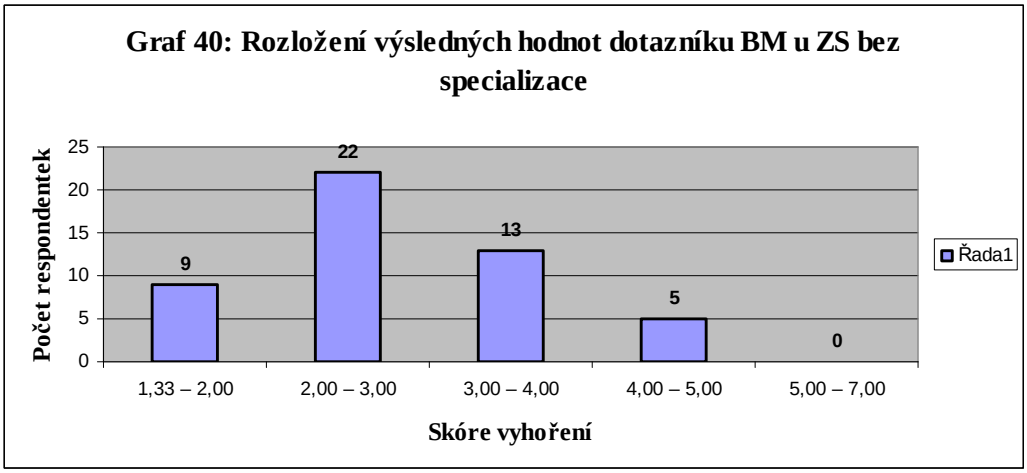


Nejvíce zdravotních sester bez specializace, a to 22 dosáhlo uspokojivého výsledku, skóre 2 – 3, tj. 44,90 %. Skóre vyhoření 1,33 – 2,00, znamenající dobrý výsledek, dosáhlo 9 respondentek, 18,37 %. Potencionální ohrožení syndromem vyhoření, skóre 3 – 4, bylo naměřeno u 13 sester, tj. 26,53 %. Prokázaná přítomnost syndromu vyhoření, skóre 4 – 5, byla dosažena u 5 sester, tj. 10,20 %. Havarijního signálu, skóre > 5, nedosáhla žádná respondentka.

Zjištěná průměrná hodnota BM byla 2,79, což znamená, že skóre vyhoření u zdravotních sester bez specializace dosáhlo uspokojivého výsledku.

Tab. 40: Rozložení výsledných hodnot dotazníku BM u ZS bez specializace

Hodnoty BM – BSp	Absolutní četnost	Relativní četnost
1,33 – 2,00	9	18,37%
2,00 – 3,00	22	44,90%
3,00 – 4,00	13	26,53%
4,00 – 5,00	5	10,20%
5,00 – 7,00	0	0,00%



7.3. Vybrané koreláty

Vyhoření a celková pracovní spokojenost a fluktuační tendence (CPSF)

Výsledné naměřené hodnoty korelace BM a CPSF byly následující:

r = -0,4615 pro celý soubor ZS

r = -0,4650 pro soubor ZS se specializací

r = -0,4380 pro soubor ZS bez specializace

Shora uvedené údaje potvrdily, že výsledné korelace BM a CPSF na 1 % hladině významnosti ukazují signifikantní negativní vztah mezi mírou vyhoření a celkovou pracovní spokojeností; to znamená, že pokud roste míra vyhoření, klesá pracovní spokojenost a stoupá fluktuační tendence.

Tab. 41: Korelace mezi hodnotami naměřenými dotazníkem BM a CPSF

Korelace BM a CPSF	Vypočítaná hodnota r	P = 0,01
ZS – celkem	-0,4615	0,2752
ZS – SSp	-0,4650	0,4182
ZS – BSp	-0,4380	0,3541

Vyhoření a mezilidské vztahy (VZ)

Výsledné naměřené hodnoty korelace BM a VZ byly následující:

r = -0,4272 pro celý soubor ZS

r = -0,5973 pro soubor ZS se specializací

r = -0,2732 pro soubor ZS bez specializace

Shora uvedené údaje potvrdily, že výsledné korelace BM a VZ na 1 % hladině významnosti pro celý soubor a soubor sester se specializací a 5 % hladině významnosti u sester bez specializace ukazují signifikantní negativní vztah mezi mírou vyhoření a mírou mezilidských vztahů na pracovišti; to znamená, že pokud roste míra vyhoření, zhoršují se vztahy mezi spolupracovníky v kolektivu.

Tab. 42: Korelace mezi hodnotami naměřenými dotazníkem BM a VZ

Korelace BM a VZ	Vypočítaná hodnota r	P = 0,01	P = 0,05
ZS – celkem	-0,4272	0,2752	0,2111
ZS – SSp	-0,5973	0,4182	0,3246
ZS – BSp	-0,2732	0,3541	0,2732

Vyhoření a spokojenost s vlastní prací (RJSB)

Výsledné naměřené hodnoty korelace BM a RJSB byly následující:

r = -0,5898 pro celý soubor ZS

r = -0,6282 pro soubor ZS se specializací

r = -0,6276 pro soubor ZS bez specializace

Shora uvedené údaje potvrdily, že výsledné korelace BM a RJSB na 1 % hladině významnosti ukazují signifikantní negativní vztah mezi mírou vyhoření a mírou spokojenosti s vlastní prací; to znamená, že pokud roste míra vyhoření, zhoršuje se spokojenost ZS s vlastní prací.

Tab. 43: Korelace mezi hodnotami naměřenými dotazníkem a RJSB

Korelace BM a RJSB	**Vypočítaná hodnota r**	**P = 0,01**	**P = 0,05**
ZS - celkem	-0,5898	0,2752	0,2111
ZS - SSp	-0,6282	0,4182	0,3246
ZS - BSp	-0,6276	0,3541	0,2732

Vyhoření a zdravotní stav (ZSt)

Výsledné naměřené hodnoty korelace BM a ZSt byly následující:

r = -0,3933 pro celý soubor ZS

r = -0,4628 pro soubor ZS se specializací

r = -0,4719 pro soubor ZS bez specializace

Shora uvedené údaje potvrdily, že výsledné korelace BM a ZSt na 1 % hladině významnosti ukazují signifikantní negativní vztah mezi mírou vyhoření a mírou zdravotního stavu u sester; to znamená, že pokud roste míra vyhoření, zhoršuje se zdravotní stav u ZS.

Tab. 44: Korelace mezi hodnotami naměřenými dotazníkem BM a ZSt

Korelace BM a ZSt	**Vypočítaná hodnota r**	**P = 0,01**
ZS – celkem	-0,3933	0,2752
ZS – SSp	-0,4628	0,4182
ZS – BSp	-0,4719	0,3541

Vyhoření a odměňování (ODPO)

Výsledné naměřené hodnoty korelace BM a ODPO byly následující:

r = -0,2854 pro celý soubor ZS

r = -0,5773 pro soubor ZS se specializací

r = -0,0508 pro soubor ZS bez specializace

Výsledky korelací BM a ODPO ukázaly, že na 5 % hladině významnosti pro soubor ZS bez specializace existuje statisticky nevýznamný vztah mezi mírou vyhoření a mírou spokojenosti s odměňováním. V souborech ZS celkem a ZS se specializací byli potvrzeny na 1 % hladině významnosti signifikantní negativní vztahy mezi mírou vyhoření a mírou odměňování; to znamená, že pokud roste míra vyhoření, klesá spokojenost s odměňováním u ZS.

Tab. 45: Korelace mezi hodnotami naměřenými dotazníkem a ODPO

Korelace BM a ODPO	**Vypočítaná hodnota r**	**P = 0,01**	**P = 0,05**
ZS - celkem	-0,2854	0,2752	0,2111
ZS - SSp	-0,5773	0,4182	0,3246
ZS - BSp	-0,0508	0,3541	0,2732

Vyhoření a postoje k péči o pacienty (PP)

Výsledné naměřené hodnoty korelace BM a PP byly následující:

r = 0,2013 pro celý soubor ZS

r = -0,0292 pro soubor ZS se specializací

r = 0,4593 pro soubor ZS bez specializace

Výsledky korelací těchto dvou proměnných ukázaly, že na 5 % hladině významnosti pro celý soubor neexistuje signifikantní vztah mezi mírou vyhoření a mírou negativních pocitů, souvisejícím s péčí o pacienta.Ve skupině zdravotních sester bez specializace byla zjištěna na 1% hladině významnosti signifikantní pozitivní korelace; to znamená, že při zvyšující se míře vyhoření, se zvyšuje i míra negativních pocitů spojených s péčí o pacienty.

U zdravotních sester se specializací prokázaly výsledky korelací na 5 % hladině významnosti statisticky nevýznamný vztah.

Tab. 46: Korelace mezi hodnotami naměřenými dotazníkem BM a PP

Korelace BM a PP	**Vypočítaná hodnota r**	**P = 0,01**	**P = 0,05**
ZS – celkem	0,2013	0,2752	0,2211
ZS – SSp	-0,0292	0,4182	0,3246
ZS – BSp	0,4593	0,3541	0,2736

Vyhoření a adaptace na práci, očekávání (APO)

Výsledné naměřené hodnoty korelace BM a APO byly následující:

r = -0,5815 pro celý soubor ZS

r = -0,5935 pro soubor ZS se specializací

r = -0,6205 pro soubor ZS bez specializace

Shora uvedené údaje potvrdily, že výsledné korelace BM a APO na 1 % hladině významnosti ukazují signifikantní negativní vztah mezi mírou vyhoření a adaptací na práci a s ní spojenými očekáváními; to znamená, že pokud roste míra vyhoření, zhoršuje se adaptace na práci a klesají i z toho plynoucí očekávání.

Tab. 47: Korelace mezi hodnotami naměřenými dotazníkem BM a APO

Korelace BM a APO	**Vypočítaná hodnota r**	**P = 0,01**
ZS – celkem	-0,5815	0,2752
ZS – SSp	-0,5935	0,4182
ZS – BSp	-0,6205	0,3541

Vyhoření a věk

Výsledné naměřené hodnoty korelace BM a věkem byly následující:

r = 0,1031 pro celý soubor ZS

r = 0,2115 pro soubor ZS se specializací

r = 0,0507 pro soubor ZS bez specializace

Korelace mezi BM a věkem zdravotních sester na 5 % hladině významnosti ukázaly, že neexistuje signifikantní vztah mezi mírou vyhoření a věkem zdravotních sester.

Tab. 48: Korelace mezi hodnotami naměřenými dotazníkem BM a věkem

Korelace BM a věk	**Vypočítaná hodnota r**	**P = 0,01**	**P = 0,05**
ZS – celkem	0,1031	0,2752	0,2111
ZS – SSp	0,2115	0,4182	0,3246
ZS – BSp	0,0507	0,3541	0,2732

Vyhoření a seniorita na oddělení (SenODD)

Výsledné naměřené hodnoty korelace BM a SenODD byly následující:

r = -0,0098 pro celý soubor ZS

r = -0,1154 pro soubor ZS se specializací

r = 0,0731pro soubor ZS bez specializace

Výsledky shora uvedených údajů prokázaly, že na 5 % hladině významnosti pro celý soubor ZS a soubor ZS se specializací existuje statisticky nevýznamný vztah mezi mírou vyhoření a mírou seniority na oddělení . U zdravotních sester bez specializace ukázaly výsledky korelací na 5 % hladině významnosti, že neexistuje signifikantní vztah mezi mírou vyhoření a mírou seniority na oddělení.

Tab. 49: Korelace mezi hodnotami naměřenými dotazníkem a SenODD

Korelace BM a SenODD	**Vypočítaná hodnota r**	**P = 0,01**	**P = 0,05**
ZS - celkem	-0,0098	0,2752	0,2111
ZS - SSp	-0,1154	0,4182	0,3246
ZS - BSp	0,0731	0,3541	0,2732

Vyhoření a seniorita ve zdravotnickém zařízení (SenZZ)

Výsledné naměřené hodnoty korelace BM a SenZZ byly následující:

r = -0,0175 pro celý soubor ZS

r = -0,0006 pro soubor ZS se specializací

r = 0,0115 pro soubor ZS bez specializace

Výsledky korelací BM a SenZZ ukázaly, že na 5 % hladině významnosti pro celý soubor ZS a soubor ZS se specializací existuje statisticky nevýznamný vztah mezi mírou vyhoření a mírou seniority ve zdravotnickém zařízení. Pro soubor sester bez specializace výsledky korelací mezi shora uvedenými údaji potvrdily, že mezi mírou vyhoření a mezi mírou seniority ve zdravotnickém zařízení neexistuje signifikantní vztah.

Tab.50: Korelace mezi hodnotami naměřenými dotazníkem a SenZZ

Korelace BM a SenZZ	**Vypočítaná hodnota r**	**P = 0,01**	**P = 0,05**
ZS - celkem	-0,0175	0,2752	0,2111
ZS - SSp	-0,0006	0,4182	0,3246
ZS - BSp	0,0115	0,3541	0,2732

7.4. Komparace u DSZS a BM

Celková pracovní spokojenost a fluktuační tendence (CPSF)

Tato část byla zaměřena na zjištění rozdílu mezi sestrami se specializací a sestrami bez specializace a jejich celkovou pracovní spokojenost a fluktuační tendence.

Použitím F-testu (příloha č. 6) bylo zjištěno, že mezi soubory není signifikantní rozdíl v rozptylu. Proto byl pro výpočet rozdílu mezi soubory ZS použit t-test pro nezávislé výběry s rovností rozptylů. Po porovnání absolutní hodnoty t = 1,1995 s kritickou hodnotou t(0,05) = 1,9890 bylo zjištěno, že mezi ZS se specializací a ZS bez specializace není signifikantní rozdíl v celkové pracovní spokojenosti a fluktuačních tendencích.

Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů

CPSF	ZS BSp	ZS SSp
Stř. hodnota	11,44897959	10,75
Rozptyl	7,25255102	6,764285714
Pozorování	49	36
Společný rozptyl	7,046656012	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	83	
t stat	1,199534622	
P(T<=t) (1)	0,116866597	
t krit (1)	1,663420175	
P(T<=t) (2)	0,233733194	
t krit (2)	1,988959743	

Postoje k fyzikálním činitelům, jejich působení (FC)

Tato část zjišťovala rozdíl ve vlivu fyzikálních činitelů působících na zdravotnických pracovištích mezi soubory ZS se specializací a ZS bez specializace.

Použitím F-testu (příloha č. 6) bylo zjištěno, že mezi soubory není signifikantní rozdíl v rozptylu. Proto byl pro výpočet rozdílu mezi soubory ZS použit t-test pro nezávislé výběry s rovností rozptylů. . Po porovnání absolutní hodnoty t = 1,4965 s kritickou hodnotou t(0,05) = 1,9890 bylo zjištěno, že mezi ZS se specializací a ZS bez specializace neexistuje signifikantní rozdíl ve vnímání vlivů fyzikálních činitelů.

Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů

FC	ZS SSp	ZS BSp
Stř. hodnota	37	33,79591837
Rozptyl	132,3428571	67,99914966
Pozorování	36	49
Společný rozptyl	95,13203836	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	83	
t stat	1,496511294	
P(T<=t) (1)	0,069156774	
t krit (1)	1,663420175	
P(T<=t) (2)	0,138313549	
t krit (2)	1,988959743	

Mezilidské vztahy (VZ)

V této části byl u ZS se specializací a u ZS bez specializace zjišťován rozdíl v postojích k mezilidským vztahům na jednotlivých pracovištích.

Použitím F-testu (příloha č. 6) bylo zjištěno, že mezi soubory není signifikantní rozdíl v rozptylu. Pro výpočet rozdílu mezi soubory ZS byl použit t-test pro nezávislé výběry s rovností rozptylů. . Po porovnání absolutní hodnoty t = 0,7404 s kritickou hodnotou t(0,05) = 1,9890 bylo zjištěno, že mezi ZS se specializací a ZS bez specializace neexistuje signifikantní rozdíl v postojích k mezilidským vztahům na jednotlivých pracovištích.

Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů

VZ	ZS SSp	ZS BSp
Stř. hodnota	14,30555556	14,79591837
Rozptyl	9,532539683	8,790816327
Pozorování	36	49
Společný rozptyl	9,103591236	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	83	
t stat	-0,74037369	
P(T<=t) (1)	0,230581274	
t krit (1)	1,663420175	
P(T<=t) (2)	0,461162548	
t krit (2)	1,988959743	

Spokojenost s vlastní prací (RJSB)

V další části byl zjišťován rozdíl ve spokojenosti s vlastní prací u ZS se specializací a u ZS bez specializace.

Použitím F-testu (příloha č. 6) bylo zjištěno, že mezi soubory není signifikantní rozdíl v rozptylu. Proto byl pro výpočet rozdílu mezi soubory ZS použit t-test pro nezávislé výběry s rovností rozptylů. Po porovnání absolutní hodnoty t =0,7414 s kritickou hodnotou t(0,05) = 1,9890 bylo zjištěno, že mezi ZS se specializací a ZS bez specializace neexistuje signifikantní rozdíl ve spokojenosti s vlastní prací.

Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů

RJSB	ZS SSp	ZS BSp
Stř. hodnota	61,25	59,24489796
Rozptyl	231,6785714	93,52210884
Pozorování	36	49
Společný rozptyl	151,7808581	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	83	
t stat	0,741425988	
P(T<=t) (1)	0,230263951	
t krit (1)	1,663420175	
P(T<=t) (2)	0,460527903	
t krit (2)	1,988959743	

Zdravotní stav (ZSt)

Tato část zjišťovala rozdíl ve vnímání zdravotním stavu u sester se specializací a u sester bez specializace.

Z výsledku F-testu (příloha č. 6) bylo zjištěno, že mezi soubory není signifikantní rozdíl v rozptylu. Pro výpočet rozdílu mezi soubory ZS byl použit t-test pro nezávislé výběry s rovností rozptylů. Po porovnání absolutní hodnoty t =2,3630 s kritickou hodnotou t(0,05) = 1,9890 bylo zjištěno, že mezi ZS se specializací a ZS bez specializace existuje signifikantní rozdíl ve vnímání vlastního zdravotního stavu. To znamená, že na 5 % hladině významnosti jsou více spokojené se svým zdravotním stavem ZS se specializací než ZS bez specializace.

Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů

ZSt	ZS BSp	ZS SSp
Stř. hodnota	3,204081633	3,805555556
Rozptyl	1,540816327	1,075396825
Pozorování	49	36
Společný rozptyl	1,344555091	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	83	
t stat	-2,36301963	
P(T<=t) (1)	0,010232571	
t krit (1)	1,663420175	
P(T<=t) (2)	0,020465142	
t krit (2)	1,988959743	

Okolnosti práce – organizační, společenské,technické, časové aj. (OST)

Ve shora uvedené části byl zjišťován rozdíl v rámci okolností práce u souboru ZS se specializací a ZS bez specializace.

Z výsledku F-testu (příloha č. 6) bylo zjištěno, že mezi soubory není signifikantní rozdíl v rozptylu. Pro výpočet rozdílu mezi soubory ZS byl použit t-test pro nezávislé výběry s rovností rozptylů. Po porovnání absolutní hodnoty t =1,2241 s kritickou hodnotou t(0,05) = 1,9890 bylo zjištěno, že mezi ZS se specializací a ZS bez specializace neexistuje signifikantní rozdíl v rámci okolností práce.

Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů

OST	ZS BSp	ZS SSp
Stř. hodnota	66,32653061	71,05555556
Rozptyl	313,5161565	304,5111111
Pozorování	49	36
Společný rozptyl	309,7188482	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	83	
t stat	-1,22413020	
P(T<=t) (1)	0,11218326	
t krit (1)	1,663420175	
P(T<=t) (2)	0,224366521	
t krit (2)	1,988959743	

Spokojenost s odměňováním, kvalifikací a postupem (ODPO)

V této části byl u ZS se specializací a u ZS bez specializace zjišťován rozdíl ve spokojenosti s odměňováním, kvalifikací a možností pracovního postupu.

Použitím F-testu (příloha č. 6) bylo zjištěno, že mezi soubory není signifikantní rozdíl v rozptylu. Pro výpočet rozdílu mezi soubory ZS byl použit t-test pro nezávislé výběry s rovností rozptylů. Po porovnání absolutní hodnoty t =0,4099 s kritickou hodnotou t(0,05) = 1,9890 bylo zjištěno, že mezi ZS se specializací a ZS bez specializace neexistuje signifikantní rozdíl ve spokojenosti s odměňováním, možností postupu a využitím kvalifikace.

Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů

ODPO	ZS SSp	ZS BSp
Stř. hodnota	40,30555556	39,42857143
Rozptyl	106,9611111	86,29166667
Pozorování	36	49
Společný rozptyl	95,00769746	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	83	
t stat	0,409875693	
P(T<=t) (1)	0,341476559	
t krit (1)	1,663420175	
P(T<=t) (2)	0,682953117	
t krit (2)	1,988959743	

Postoje k péči o pacienty (PP)

Tato část zjišťovala rozdíl v postojích u sester se specializací a u sester bez specializace, které se týkaly okolností péče o nemocné (např.odpor k péči).

Z výsledku F-testu (příloha č. 6) bylo zjištěno, že mezi soubory není signifikantní rozdíl v rozptylu. Pro výpočet rozdílu mezi soubory ZS byl použit t-test pro nezávislé výběry s rovností rozptylů. Po porovnání absolutní hodnoty t =1,0956 s kritickou hodnotou t(0,05) = 1,9890 bylo zjištěno, že mezi ZS se specializací a ZS bez specializace neexistuje signifikantní rozdíl v postojích týkajících se péče o pacienty.

Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů

PP	ZS SSp	ZS BSp
Stř. hodnota	42	44,40816327
Rozptyl	111,6	91,99659864
Pozorování	36	49
Společný rozptyl	100,2630932	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	83	
t stat	-1,09560802	
P(T<=t) (1)	0,138209647	
t krit (1)	1,663420175	
P(T<=t) (2)	0,276419294	
t krit (2)	1,988959743	

Adaptace na práci (APO)

V této části byl u ZS se specializací a u ZS bez specializace zjišťován rozdíl v adaptaci na práci.

Použitím F-testu (příloha č. 6) bylo zjištěno, že mezi soubory není signifikantní rozdíl v rozptylu. Pro výpočet rozdílu mezi soubory ZS byl použit t-test pro nezávislé výběry s rovností rozptylů. Po porovnání absolutní hodnoty t =0,6099 s kritickou hodnotou t(0,05) = 1,9890 bylo zjištěno, že mezi ZS se specializací a ZS bez specializace neexistuje signifikantní rozdíl v adaptaci na práci.

Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů

APO	ZS SSp	ZS BSp
Stř. hodnota	8,083333333	7,816326531
Rozptyl	4,192857143	3,819727891
Pozorování	36	49
Společný rozptyl	3,977071552	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	83	
t stat	0,609930641	
P(T<=t) (1)	0,27178702	
t krit (1)	1,663420175	
P(T<=t) (2)	0,54357404	
t krit (2)	1,988959743	

Vyhoření (BM)

Ve shora uvedené části byl zjišťován rozdíl mezi naměřenými hodnotami psychického vyhoření u souboru ZS se specializací a ZS bez specializace.

Z výsledku F-testu (příloha č. 6) bylo zjištěno, že mezi soubory není signifikantní rozdíl v rozptylu. Pro výpočet rozdílu mezi soubory ZS byl použit t-test pro nezávislé výběry s rovností rozptylů. Po porovnání absolutní hodnoty t =1,7585 s kritickou hodnotou t(0,05) = 1,9890 bylo zjištěno, že mezi ZS se specializací a ZS bez specializace neexistuje signifikantní rozdíl v míře psychického vyhoření.

Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů

BM	ZS SSp	ZS BSp
Stř. hodnota	3,175277778	2,793061224
Rozptyl	1,094442778	0,897155017
Pozorování	36	49
Společný rozptyl	0,980348651	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	83	
t stat	1,758567495	
P(T<=t) (1)	0,041168468	
t krit (1)	1,663420175	
P(T<=t) (2)	0,082336937	
t krit (2)	1,988959743	

7.5. K platnosti hypotéz

V rámci tohoto výzkumu byly stanoveny níže uvedené hypotézy:

H1: Předpokládáme, že se zvyšující se mírou vyhoření zdravotních sester statisticky významně klesá celková pracovní spokojenost a zároveň se zvyšuje fluktuační tendence.

H2: Předpokládáme, že se zvyšující se mírou vyhoření zdravotních sester se statisticky významně zhoršují mezilidské vztahy na pracovišti.

H3: Předpokládáme, že se zvyšující se mírou vyhoření se statisticky významně zhoršuje hodnocení zdravotního stavu.

H4: Předpokládáme, že zvyšující se míra vyhoření zdravotních sester statisticky významně souvisí se zvyšující se senioritou zdravotních sester.

H5: Předpokládáme, že se zvyšující se mírou vyhoření zdravotních sester se statisticky významně zhoršují postoje k péči o pacienty.

H6: Předpokládáme, že se zvyšující se mírou vyhoření zdravotních sester se statisticky významně zhoršuje spokojenost s vlastní prací.

H7: Předpokládáme, že se zvyšující se mírou seniority na současném oddělení a v současném zdravotnickém zařízení statisticky významně stoupá míra vyhoření u zdravotních sester.

H8: Předpokládáme, že u zdravotních sester bez specializace bude vykazována statisticky významně horší míra zdravotního stavu než u zdravotních sester se specializací.

H9: Předpokládáme, že zdravotní sestry bez specializace budou vykazovat statisticky významně nižší míru celkové pracovní spokojenosti a významně vyšší míru fluktuační tendence než zdravotní sestry se specializací.

Výsledky výzkumu byly statisticky zpracovány a k ověření hypotéz H1 – H7 byla použita Pearsonova korelace pro metrická data. Testování souboru proběhlo na 1 % , 5 % hladině významnosti. Pro ověření hypotéz H8 – H9 byly zjišťovány statisticky významné rozdíly v míře zdravotního stavu a v míře celkové pracovní spokojenosti mezi soubory ZS se specializací a ZS bez specializace. Hypotézy H8 – H9 byly ověřovány pomocí Studentových t-testů.Testování bylo prováděno na 5 % hladině významnosti.

Na základě statistického vyhodnocení výsledků je možné se vyjádřit k platnosti hypotéz:

H1: Výsledné korelace BM a CPSF (r = -0,4615 pro celý soubor ZS, r = -0,4650 pro soubor ZS se specializací, r = -0,4380 pro soubor ZS bez specializace) na 1 % hladině významnosti ukázaly signifikantní negativní vztah mezi mírou vyhoření a celkovou pracovní spokojeností; to znamená, že pokud roste míra vyhoření, klesá pracovní spokojenost a stoupá fluktuační

tendence. Bylo proto možné přijmout předpoklad hypotézy H1 a konstatovat, že čím vyšší skóre bylo dosaženo v dotazníku BM, a tím vyšší byla míra vyhoření, tím nižší byla celková pracovní spokojenost a s tím spojená zvyšující se fluktuační tendence u zkoumaného souboru zdravotních sester.

Hypotéza H1 byla přijata.

H2: Výsledné korelace BM a VZ (r = -0,4272 pro celý soubor ZS, r = -0,5973 pro soubor ZS se specializací, r = -0,2732 pro soubor ZS bez specializace) na 1 % hladině významnosti pro celý soubor a soubor sester se specializací a 5 % hladině významnosti u sester bez specializace ukazují signifikantní negativní vztah mezi mírou vyhoření a mírou mezilidských vztahů na pracovišti; to znamená, že pokud roste míra vyhoření, zhoršují se vztahy mezi spolupracovníky v kolektivu. Bylo proto možné přijmout předpoklad hypotézy H2 a konstatovat, že čím vyšší skóre bylo dosaženo v dotazníku BM, a tím vyšší byla míra vyhoření, tím horší byly mezilidské vztahy u zdravotních sester na pracovišti.

Hypotéza H2 byla přijata.

H3: Výsledné korelace BM a ZSt (r = -0,3933 pro celý soubor ZS, r = -0,4628 pro soubor ZS se specializací, r = -0,4719 pro soubor ZS bez specializace) na 1 % hladině významnosti ukazují signifikantní negativní vztah mezi mírou vyhoření a mírou zdravotního stavu u sester; to znamená, že pokud roste míra vyhoření, zhoršuje se zdravotní stav u ZS. Bylo proto možné přijmout předpoklad hypotézy H3 a konstatovat, že čím vyšší skóre bylo dosaženo v dotazníku BM, a tím vyšší byla míra vyhoření, tím horší byl udávaný zdravotní stav ZS.

Hypotéza H3 byla přijata.

H4: Výsledné korelace mezi BM a věkem zdravotních sester (r = 0,1031 pro celý soubor ZS, r = 0,2115 pro soubor ZS se specializací, r = 0,0507 pro soubor ZS bez specializace) na 5 % hladině významnosti ukázaly, že neexistuje signifikantní vztah mezi mírou vyhoření a věkem zdravotních sester. Na základě těchto výsledků bylo možné konstatovat, že věk zdravotních sester nemá souvislost s mírou vyhoření. Předpoklad hypotézy H4 nebylo možno přijmout, jelikož korelace mezi BM a věkem zdravotních sester byla statisticky nevýznamná.

Hypotéza H4 nebyla přijata.

H5: Výsledné korelace BM a PP(r = 0,2013 pro celý soubor ZS, r = -0,0292 pro soubor ZS se specializací, r = 0,4593 pro soubor ZS bez specializace) na 5 % hladině významnosti pro celý soubor prokázaly, že neexistuje signifikantní vztah mezi mírou vyhoření a mírou negativních postojů k péči o pacienty. Výsledné korelace pro soubor sester se specializací na 5 % hladině významnosti prokázaly statisticky nevýznamný vztah. U souboru sester bez specializace ukazují korelace na 1 % hladině významnosti signifikantní pozitivní vztah mezi mírou vyhoření a mírou negativních postojů k péči o pacienty; to znamená, že pokud roste míra vyhoření, zvyšuje se i míra negativních pocitů spojených s péčí o pacienty. Bylo proto možné částečně přijmout předpoklad hypotézy H5 pro soubor ZS bez specializace a konstatovat, že čím vyšší skóre bylo dosaženo v dotazníku BM, a tím vyšší byla míra vyhoření, tím více se vyskytovaly negativní postoje k péči o pacienty.

Hypotéza H5 byla přijata pouze pro ZS bez specializace.

H6: Výsledné korelace BM a RJSB (r = -0,5898 pro celý soubor ZS, r = -0,6282 pro soubor ZS se specializací, r = -0,6276 pro soubor ZS bez specializace) na 1 % hladině významnosti ukazují signifikantní negativní vztah mezi mírou vyhoření a mírou spokojenosti s vlastní prací u zdravotních sester; to znamená, že pokud roste míra vyhoření, zhoršuje se spokojenost ZS s vlastní prací. Bylo proto možné přijmout předpoklad hypotézy H6 v souvislosti s mírou spokojenosti s vlastní prací a konstatovat, že čím vyšší skóre bylo dosaženo v dotazníku BM, a tím vyšší byla míra vyhoření, tím nižší byla spokojenost s vlastní prací u ZS.

Hypotézu H6 byla přijata.

H7: Výsledné korelace BM a SenODD (r = -0,0098 pro celý soubor ZS, r = -0,1154 pro soubor ZS se specializací, r = 0,0731 pro soubor ZS bez specializace) a korelace BM a SenZZ (r = -0,0175 pro celý soubor ZS, r = -0,0006 pro soubor ZS se specializací, r = 0,0115 pro soubor ZS bez specializace) na 5 % hladině významnosti pro celý soubor ZS a soubor ZS se specializací prokázaly, že existuje statisticky nevýznamný vztah mezi mírou vyhoření a mírou seniority na oddělení a i ve zdravotnickém zařízení.Pro soubor ZS bez specializace výsledky ukázaly na 5 % hladině významnosti,že neexistuje signifikantní vztah.

Hypotéza H7 nebyla přijata.

H8: Z výsledku Studentova t-testu vyplynulo, že mezi souborem ZS se specializací a ZS bez specializace existuje signifikantní rozdíl ve vnímání vlastního zdravotního stavu; to znamená, že jsou ZS se specializací spokojené se svým zdravotním stavem více než ZS bez specializace.

Hypotéza H8 byla přijata.

H9: Výsledky Studentova t-testu ukázaly, že mezi souborem ZS se specializací a ZS bez specializace neexistuje signifikantní rozdíl v míře celkové pracovní spokojenosti a v fluktuačních tendencích.

Hypotéza H9 nebyla přijata.

8. Diskuze

Zpracovaná magisterská diplomová práce je zaměřena na pracovní motivaci, pojetí pracovní spokojenosti a postojů k práci a syndromu vyhoření u zdravotních sester. Vedle sledovaných proměnných se snaží postihnout rozdíly mezi zdravotními sestrami s postgraduálním specializačním vzděláním a sestrami bez uvedeného vzdělání v hlavních proměnných u aplikovaných dotazníků. Jedná se tedy o téma na výsost společenský aktuální, neboť zcela zásadním způsobem ovlivňuje kvalitu poskytované péče a pracovní výkon zaměstnanců v pomáhajících profesích, zvláště pak zdravotních sester.

Na vývoj jednotlivých profesí má bez pochyby vliv celospolečenského klima ve společnosti, politická situace, ekonomické postavení státu, aj. Tomuto vlivu podléhá samozřejmě i jeden z největších resortů v České republice, a to zdravotnictví. To všechno bezesporu ovlivňuje i výkon povolání zdravotní sestry, kdy se i nadále od této profese očekává zodpovědnost, porozumění, odbornost či odříkání. Ale také nadále přetrvává postoj společnosti vůči tomuto náročnému povolání, kdy je cítit pohrdání touto profesí, nedostatečné ohodnocení, a to nejen finanční. Část populace často sestry považuje za pomocný personál, ačkoliv dnes často i lékaři uznávají, že chod nemocnice stojí zejména na práci sester. A jak se dnes žije zdravotním sestrám při výkonu povolání? Řada případů z praxe nám ukazuje, že nejvyšší managementy zdravotnických zařízení velmi často soustředí svou pozornost na spokojenost pacientů s poskytovanou péčí a s personálem. Z těchto důvodů bylo žádoucí prezentovat v této magisterské diplomové práci problematiku syndromu vyhoření u zdravotních sester, jež bezprostředně souvisí s takovými faktory, jakými jsou špatné vztahy na pracovišti, nedostatek podpory, necitlivý přístup a nevhodné chování nadřízených, nadměrná emocionální zátěž, přetíženost, nevyhovující pracovní podmínky, přenášení zodpovědnosti na sestru mimo její kompetence a celá řada dalších.

V předložené práci jsme se pokusili prezentovat syndrom vyhoření s jeho příznaky, stejně tak jako faktory, které k němu vedou a možnosti prevence, jak mu předcházet. Na několika místech této práce bylo zdůrazněno, že příčiny vyhoření jsou i rázu celospolečenského, neboť žijeme v době, jež materiální úspěch staví do popředí, trvalé a neměnné hodnoty mnoha předcházejících generací znevažuje a za moderního a šťastného člověka považuje jen takového, který je finančně takříkajíc „za vodou“, který střídá zaměstnání, ale i své přátele, přičemž trvalé sociální opory zcela opomíjí. S uvedenými celospolečenskými okolnostmi syndromu vyhoření může jednotlivec jen málo. Již více jsou

však v jeho rukou individuální a vnitřní možnosti prevence vyhoření. K nim patří udržování si odstupu od své práce a její vnímání jen jako jednoho, nikoliv jediného aspektu našeho života.

Zdravotním sestrám se rada o míře odstupu od jejich práce a jejich vztahu k pacientovi dává hůře. Jsou součástí systému, který zachází se základní – a můžeme bez nadsázky říci nejvyšší hodnotou – lidským životem a zdravím. Zdravotní sestra na vlastní oči vidí a prožívá hraniční situace v lidském životě i umírání. Obojí se stává každodenní součástí její pracovní zkušenosti. V podobném prostředí je o to důležitější preventivní činnost organizace, v rámci které sestry pracují.

Ze současného stavu poznatků o vyhoření a z vyhodnocení současné situace našeho zdravotnictví se nám jeví jako důležité – možná nejdůležitější – začít více pozornosti věnovat lidským zdrojům. Domníváme se, že v lidech pracujících u nás ve zdravotnictví je budoucnost a naděje na zlepšení, protože mnoho z nich i přes překážky a negativa naplňuje kromě náročných požadavků i altruistickou myšlenku služby lidem. Lze předpokládat, že cestou ke zkvalitnění ošetřovatelské péče je péče o personál. Další nadějí jsou novější poznatky, které ukazují na tranzitorní povahu syndromu vyhoření a jeho vázanost na situační podmínky, což znamená, že je ovlivnitelný změnou těchto podmínek. Rovněž se ukazuje, že když pominou stresory tak zde rychle poklesnou ukazatele vyhoření. Je však třeba dodat, že po návratu zátěží nastává jejich rychlý návrat zpět.

Dále by mělo být řečeno, že ne každý zdravotník při práci s těžce nemocnými nebo starými lidmi musí skončit se syndromem vyhoření. Výzkumy v našich podmínkách dokazují, že jen část sester (z uvedených výzkumů je to pětina až třetina) se potýká s příznaky vyhoření. I když se vyhoření týká jen části zdravotníků, jedná se o varující údaje, protože nespokojení (příznaky vyhoření trpící) pracovníci, nepodávají požadované výkony a hrozí jejich odchod ze zdravotnictví. Alarmující je i ta skutečnost, že v některých českých výzkumech se objevuje vyhoření již u mladších sester.

Dále chceme připomenout, že příčinou ztráty nadšení pro práci, nebo opuštění profese nemusí bezprostředně souviset se syndromem vyhoření. Je třeba odlišit pracovníky neschopné, nezodpovědné a v řadě případů i líné. Někdy se ukáže, že se zdravotník pro svoji práci nehodí, nebo že vidí jiné, lákavější perspektivy pro svůj další život, a profesi opustí.

Výzkumy prováděné ve zdravotnictví mají smysl tam, kde z nich plynou fundovaná doporučení pro praxi. V tomto ohledu by dobrá znalost problematiky vyhoření a možností jeho prevence měly být tím nejdůležitějším výstupem. Teprve pak bude položen dobrý základ pro aplikaci jednotlivých postupů ke snížení rizik syndromu vyhoření ve zdravotnictví.

Je-li zdravotní sestra v dobré psychické pohodě, může ve svém povolání podávat dobrý výkon. K tomu je mimo jiné třeba i to, aby měla dostatek síly a energie k výkonům, jež ji v práci čekají. Aby tomu tak bylo, je zapotřebí splnit řadu podmínek. Jednou z nich je, obrazně řečeno, hořet a nevyhořet. Vzhledem k tomu, že se syndrom vyhoření promítá do postojů a způsobů chování souvisejících s výkonem pracovní činnosti (jako kupř. snížené pracovní nasazení, nižší pracovní spokojenost, fluktuační tendence aj.), má i své ekonomické důsledky.

Protože nám je blízká sociální psychologie, je možné říci, že nám jde zvláště pak o posilování a povzbuzování zdravotního stavu zlepšováním vzájemných vztahů mezi lidmi, o to jak dobře a zdravě vycházet s druhými lidmi – v prvé řadě s pacienty, ale i s ostatními lidmi ve zdravotnickém týmu. Zkrátka a dobře, být druhým lidem – pacientům i pacientkám i spolupracovníkům a spolupracovnicím (tj. sobě navzájem) – sociální oporou. Tak rozumíme tomu být člověkem v tom nejlepším smyslu slova.

Co může zdravotní sestra dělat pro to, aby jí bylo lépe? Chceme-li, aby někdo něco dělal dobře, pak je dobré, když se zajímáme i o to, jak mu je. Je-li mu dobře, dá se očekávat, že bude dobře dělat i to, co dělat má. Není-li mu dobře, není samozřejmé, že by „automaticky“ podával dobrý výkon. Má-li zdravotní sestra dobře pracovat – má-li pečovat o pacienty a být mimo jiné i povzbuzující sociální oporou, pak je zapotřebí, aby byla i ona sama v dobrém stavu. Kdy to ale je? O tom rozhoduje řada momentů jako je míra spokojenosti s vlastní prací, míra vyhoření, mezilidské vztahy na pracovišti, fluktuační tendence, zdravotní stav, adaptace na práci, jež byly předmětem výzkumné části této práce.

Zkoumaný soubor tvořilo celkem 85 zdravotních sester s ukončeným úplným středoškolským vzděláním. Jednu část zkoumaného souboru tvoří zdravotní sestry s pomaturitním specializačním programem (36 ZS), druhou část souboru tvoří zdravotní sestry bez specializace (49 ZS). V rámci dotazníkového sběru dat byly osloveny zdravotní sestry na níže uvedených odděleních ve dvou pražských nemocnicích: kardiochirurgie, chirurgie, gynekologie, neurologie, urologie, ORL, interním oddělení a centrální sterilizaci.

Pro účely výzkumu byly použity dva dotazníky: dotazník BM (Burnout Measure) – psychického vyhoření autorů A. Pinesové a E. Aronsona a nestandardizovaný dotazník DSZS – spokojenosti zdravotních sester Z. Vtípila. Metody výzkumu byly zvoleny s cílem ověřit souvislosti mezi syndromem vyhoření a vybranými faktory, které jsou v odborné literatuře popisovány jako rizikové souvislosti s vyhořením. Taktéž bylo provedeno srovnání, zda

existuje signifikantní rozdíl mezi soubory ZS se specializací a ZS bez specializace v hlavních proměnných zvoleného dotazníku DSZS.

V rámci provedeného výzkumu bylo stanoveno 9 hypotéz. Z těchto devíti stanovených hypotéz bylo pět hypotéz přijato v plném rozsahu, jedna hypotéza byla přijata částečně a tři hypotézy přijaty nebyly. Hypotéza H1 předpokládala, že se zvyšující se mírou vyhoření zdravotních sester statisticky významně klesá celková pracovní spokojenost a zároveň se zvyšuje fluktuační tendence. Výsledné hodnoty korelace BM a CPSF ukázaly signifikantní negativní vztah mezi mírou vyhoření a celkovou pracovní spokojeností; to znamená, že pokud roste míra vyhoření, klesá pracovní spokojenost a stoupá fluktuační tendence. Bylo proto možné přijmout předpoklad hypotézy H1 a konstatovat, že čím vyšší skóre bylo dosaženo v dotazníku BM, a tím vyšší byla míra vyhoření, tím nižší byla celková pracovní spokojenost a s tím spojená zvyšující se fluktuační tendence u zkoumaného souboru zdravotních sester.

Předpokladem hypotézy H2 bylo, že se zvyšující se mírou vyhoření zdravotních sester se statisticky významně zhoršují mezilidské vztahy na pracovišti. **V**ýsledné korelace BM a VZ ukazují signifikantní negativní vztah mezi mírou vyhoření a mírou mezilidských vztahů na pracovišti; to znamená, že pokud roste míra vyhoření, zhoršují se vztahy mezi spolupracovníky v kolektivu. Bylo proto možné přijmout předpoklad hypotézy H2.

Výzkum provedený Kocmanovou (2005) sledoval soubor 48 sester z oboru intenzivní medicíny (pracoviště resuscitační péče a operační sály). V tomto zkoumaném souboru se zdálo, že při vzniku syndromu vyhoření jsou důležité mezilidské vztahy na pracovišti a zvláště pak vztahy s vedoucími pracovníky. Závěry by měly dle autorky přispět k tomu, abychom si ve zdravotnictví uvědomili důležitost dobrých vztahů a sociálních opor na pracovišti a také otázku ohodnocení práce sester (Bartošíková, 2006).

Hypotéza H3 předpokládala, že se zvyšující se mírou vyhoření se statisticky významně zhoršuje hodnocení zdravotního stavu sester. **V**ýsledné korelace BM a ZSt ukazují signifikantní negativní vztah mezi mírou vyhoření a mírou zdravotního stavu u sester. To znamená, že pokud roste míra vyhoření, zhoršuje se zdravotní stav u ZS. Bylo proto možné přijmout předpoklad hypotézy H3 a konstatovat, že čím vyšší skóre bylo dosaženo v dotazníku BM, a tím vyšší byla míra vyhoření, tím horší byl udávaný zdravotní stav ZS.

Hypotéza H4 předpokládala, že zvyšující se míra vyhoření zdravotních sester statisticky významně souvisí se zvyšujícím se věkem zdravotních sester. Výsledné korelace mezi BM a věkem zdravotních sester ukázaly, že neexistuje signifikantní vztah mezi mírou vyhoření a věkem zdravotních sester. Na základě těchto výsledků bylo možné konstatovat, že věk zdravotních sester nemá souvislost s mírou vyhoření. Předpoklad o vztahu zvyšujícího se

věku a zvyšující se mírou vyhoření vznikl pravděpodobně z úvahy, že starší sestry často dlouhodobě pracující na jednom oddělení inklinují ke stereotypní práci a tudíž ztrácejí o práci patřičný zájem, nevidí důvod pro sebevzdělání, vytrácí se u nich radost z práce. Často kvůli pracovnímu vytížení zapomínají na své koníčky a rovnováhu mezi pracovní zátěží a relaxací v soukromí. Tento fenomén není dominantní jen pro starší sestry, ale velmi často se týká sester i v mladším věku. Ty zároveň přicházejí do praxe s určitými iluzemi, které se velmi rychle vytrácejí.

Obdobné výsledky vykázal výzkum Hosáka a kol. z roku 2004, který se zabýval srovnáním míry výskytu syndromu vyhoření u sester pracujících na psychiatrii a u sester pracujících na interním oddělení. Tento výzkum neprokázal, že by věk sester statisticky významně koreloval s mírou výskytu syndromu vyhoření (Bartošíková, 2006). Naopak výzkum Marečkové z roku 2000 ve FN Olomouc který byl proveden u 104 sester na interním a onkologickém oddělení prokázal statisticky významný vztah mezi intenzitou syndromu vyhoření a věkem, délkou pracovního poměru a úvahami o odchodu ze zdravotnictví (Bartošíková, 2006).

Hypotéza H5 předpokládala, že se zvyšující se mírou vyhoření se statisticky významně zhoršují postoje k péči o pacienty. Tato hypotéza byla přijata pouze částečně, a to pro soubor ZS bez specializace. Předpoklad této hypotézy vycházel z úvahy, že práce ZS a zejména péče o pacienty je náročná nejen po fyzické, ale i po psychické stránce. Na některých odděleních typu JIP, operační sály, ARO, pooperační oddělení je nutná stálá připravenost a zvýšená pozornost ZS, které musí neustále monitorovat změny ve vývoji stavu pacienta a v případě ohrožení jeho života, okamžitě zasáhnout. To může vést jak k fyzickému, tak i psychickému vyčerpání a tak nepřímo ovlivnit i postoje ZS k péči o pacienty. To, že zamýšlený předpoklad se nepotvrdil, mohlo být zapříčiněno zkreslením, že zkoumaný vzorek nebyl dostatečně velký.

Hypotéza H6 předpokládala, že zvyšující se míra vyhoření souvisí se zhoršující se spokojeností s vlastní prací. Tuto hypotézu bylo možné přijmout u všech posuzovaných souborů ZS. Výsledky provedených korelací potvrdily, že při zvyšující se míře vyhoření, klesá u ZS spokojenost s vlastní prací.

Hypotéza H7 předpokládala, že se zvyšující se mírou seniority na oddělení a ve zdravotnickém zařízení statisticky významně stoupá míra vyhoření u ZS. Tato hypotéza se nepotvrdila. Tento předpoklad vzniknul z domněnky, že stejně, jako je uvedeno u hypotézy H4, že ZS, jež pracují delší dobu na stejném pracovišti, mohou podlehnout stereotypní práci a tudíž ztratit zájem o dění pracovišti. To v konečném důsledku může vést nejdříve k počáteční únavě a posléze vyústit až k syndromu vyhoření.

Hypotéza H8 předpokládala, že ZS bez specializace budou vykazovat statisticky významně horší míru zdravotního stavu než ZS se specializací. Z výsledků výzkumu je patrné, že ZS bez specializace vykazují statisticky významně horší míru zdravotního stavu, než ZS se specializací. Proto bylo možné hypotézu H8 přijmout.

Hypotéza H9 předpokládala, že ZS bez specializace budou vykazovat statisticky významně nižší míru celkové pracovní spokojenosti a významně vyšší míru fluktuační tendence, než ZS se specializací. Předpoklad této hypotézy se nepotvrdil. Předpoklad hypotézy vycházel z domněnky, že mezi ZS bez specializace se vyskytuje větší procento sester s malým počtem odpracovaných let, jelikož ke specializačnímu studiu přistupují sestry až po několika letech praxe na daném specializovaném oddělení (operační sály, JIP, ARO, kardiochirurgie). Zdravotní sestry přicházejí po škole do praxe s určitými iluzemi, které se nemusí shodovat s poznanou realitou. Zároveň pro ně může znamenat velké zklamání nízké ohodnocení jejich práce, a to jak po finanční stránce, tak i o hodnocení ze strany lékařů, vedení pracovišť a veřejností. Proto vznikl předpoklad, že tyto ZS budou vykazovat vyšší fluktuační tendence.

Na základě shora uvedených závěrů lze uvažovat i o dalších proměnných, které v negativním, ale i pozitivním smyslu, mohou ovlivnit vznik, rozvoj a míru syndromu vyhoření u zdravotních sester, např. vztahy mezi osobnostními a situačními faktory, vztah mezi mírou vyhoření a mírou neuroticismu, apod.

Zvolená metodika výzkumu se ukázala jako vhodná. Dotazník spokojenosti zdravotních sester DSZS se zdál dosti obsáhlý, jeho vyplnění i s dotazníkem BM trvalo cca 30 minut.

Ke zjištění pracovních podmínek a dalších činitelů působících v pracovním procesu, které nejvíce ovlivňují pracovní postoje a spokojenost zdravotních sester byl použit nestandardizovaný dotazník spokojenosti zdravotních sester DSZS. Součástí uvedeného dotazníku je i část nazvaná SD – statusová data, zjišťující současný osobní stav (věk, počet dětí, rodinný stav, výše platu, seniorita na současném oddělení, seniorita ve zdravotnickém zařízení).

V poslední části DSZS měly dotazované sestry možnost vyjádřit své připomínky a postřehy. Jednalo se především o nízké finanční ohodnocení, špatný vztah lékař – sestra a pocit nízkého společenského ohodnocení. Zvláště zdravotní sestry, které prošly specializačním vzděláváním, měly pocit,že se jejich snaha nijak neprojevila ve rozšíření jejich kompetencí. A proto jeho význam často vnímaly jen na úrovni vnitřního uspokojení. Některé sestry vyjádřily svůj názor ohledně formulace otázek v dotazníku, a zdály se jim příliš intimní

dotazy v části, zabývající se statusovými daty. Nejvíce negativních ohlasů jsme zaznamenali na dotaz týkající se výše platového ohodnocení a věku respondentek. Domnívám se, že tyto dotazy považovaly respondentky za velmi osobní – důvěrné. A proto je často odmítaly sdělit přesně nebo vůbec.

Velikost zkoumaného souboru zdravotních sester byla, dle mého názoru, pro účely tohoto výzkumu dostačující a proto by neměla mít na jeho výsledky podstatný vliv. Výsledná zjištění se vztahují na zdravotní sestry pracující toliko ve dvou vybraných pražských nemocnicích na několika odděleních; nelze je proto zobecňovat. Pokud bychom chtěli přijmout obecnou platnost,musela by být velikost zkoumaného souboru daleko větší a z více vybraných pracovišť a nemocnic.

Při výzkumu bylo dotazníkem DSZS získáno množství dat, která nebyla statisticky zpracována a využita. Z tohoto důvodu by bylo v budoucnosti zajímavé tato data dále využít a zpracovat.

Ambicí této práce bylo nejen vzbudit zájem a přispět zjištěnými výsledky k rozšíření poznatků o syndromu vyhoření, ale také pokusit se získat informace, použitelné v odborné praxi.

9. Závěr

Zkoumaný soubor tvořilo celkem 85 zdravotních sester s ukončeným úplným středoškolským vzděláním. Jednu část zkoumaného souboru tvořily zdravotní sestry s postgraduálním specializačním programem (36 ZS), druhou část souboru tvoří zdravotní sestry bez specializace (49 ZS). V rámci dotazníkového sběru dat byly osloveny zdravotní sestry na níže uvedených odděleních ve dvou pražských nemocnicích: kardiochirurgie, chirurgie, gynekologie, neurologie, urologie, ORL, interním oddělení a centrální sterilizaci.

K získání potřebných dat byly použity dva dotazníky: dotazník BM (Burnout Measure) – psychického vyhoření autorů A. Pinesové a E. Aronsona a nestandardizovaný dotazník spokojenosti zdravotních sester DSZS.

Z provedeného výzkumu vyplynulo, že u zkoumaného souboru zdravotních sester bylo značné věkové rozpětí, kdy nejmladším respondentkám bylo 23 let, naopak těm nejstarším 61 let. Průměrný věk dotazovaných sester činil 37 let.

V otázce celkové pracovní spokojenosti sester a jejich fluktuační tendence v celém sektoru bylo zjištěno, že nejvíce sester, a to 36, tj. 42,35 % uvádělo velmi dobrou pracovní spokojenost. V souboru ZS se specializací pouze 2 respondentky, tj. 5,56 % uvádělo velmi nízkou pracovní spokojenost a s tím spojenou vysokou fluktuační tendenci. V souboru ZS bez specializace uvádělo 26 sester, tj. 53,06 % vysokou pracovní spokojenost a s tím spojenou nízkou fluktuační tendenci.

V oblasti mezilidských vztahů na pracovišti udávalo nejvíce zdravotních sester, a to 29 respondentek v celém souboru, tj. 34,12 % hodnocení – převážnou spokojenost. Pouze 1 ZS se specializací, tj.2,78 % uvedla minimální spokojenost s mezilidskými vztahy na pracovišti. Nejvíce ZS bez specializace, a to 17 respondentek, tj. 34,69 % vyjádřilo převážnou spokojenost s mezilidskými vztahy na pracovišti.

V otázce zdravotního stavu bylo zjištěno, že v celém souboru ZS odpovídalo v pásmu dobrý zdravotní stav 33 respondentek, tj. 38,82 %. Podobně odpovídalo v pásmu dobrý zdravotní stav 16 ZS se specializací, tj. 44,44 %. Zdravotní sestry bez specializace v počtu 17 respondentek, tj. 34,69 % hodnotilo svůj zdravotní stav jako dobrý.

V oblasti postojů k péči o pacienty byly zdravotní sestry v celém souboru ovlivněny středně negativně, tj. střední míra negativních pocitů byla zjištěna u 58 sester, tj. 68,24 %. V souboru ZS se specializací prožívala pouze 1 sestra, tj. 2,78 % maximální negativní pocity

v rámci postojů k péči o pacienty. Podobně u ZS bez specializace, a to 2 respondentky, tj. 4,08 % uvedly maximální negativní pocity.

V části věnované problematice míry přizpůsobení se zdravotních sester ošetřovatelské práci uvedlo v rámci celého souboru nejvíce respondentek, a to 27, tj. 31,78 % nižší míru adaptace na práci a tím i horší splněná očekávání. V souboru ZS se specializací uvádělo nejvyšší míru adaptace na práci a svá očekávání celkem 5 respondentek, 13,89 %. V souboru ZS bez specializace uvádělo 16 respondentek, tj. 32,65 % nejnižší míru schopnosti adaptace na práci a nesplněná očekávání.

Jedním z cílů zpracovaného výzkumu bylo zjistit, zda existují souvislosti mezi vybranými proměnnými obsahu a kontextu práce (celková pracovní spokojenost a fluktuační tendence, mezilidské vztahy, zdravotní stav, spokojenost s vlastní prací a odměňováním, postoje k péči o pacienta, adaptaci na práci, seniorita na oddělení a ve zdravotnickém zařízení) a mírou vyhoření.

Ze statistického hodnocení dotazníku BM a vybraných částí dotazníku spokojenosti zdravotních sester DSZS vyplynulo, že na zvolené 1 % hladině významnosti existuje signifikantní negativní vztah mezi mírou vyhoření a celkovou pracovní spokojeností; tzn. že pokud roste míra vyhoření, klesá pracovní spokojenost a stoupá fluktuační tendence.

Dále bylo provedeným výzkumem zjištěno, že na 1 % hladině významnosti existuje signifikantní negativní vztah mezi mírou vyhoření a mírou mezilidských vztahů na pracovišti; tzn. že pokud roste míra vyhoření, zhoršují se vztahy mezi spolupracovníky v kolektivu.

V části věnované zdravotnímu stavu byl zjištěn korelací mezi BM a zdravotního stavu na 1 % hladině významnosti signifikantní negativní vztah mezi mírou vyhoření a mírou zdravotního stavu; tzn. že pokud roste míra vyhoření, zhoršuje se zdravotní stav sester.

Výsledné korelace BM a postojů k péči o pacienta prokázaly na 5 % hladině významnosti statisticky nevýznamný vztah mezi mírou vyhoření a mírou negativních postojů; výjimku tvořil soubor zdravotních sester bez specializace, kdy byla zjištěna na 1 % hladině významnosti signifikantní pozitivní korelace, tzn., že při zvyšující se míře vyhoření se zvyšuje i míra negativních pocitů spojených s péčí o pacienta.

Dále z výsledků korelací vyplynulo v otázce adaptace na práci a s ní spojenými očekáváními, že na 1 % hladině významnosti byl prokázán signifikantní negativní vztah mezi mírou vyhoření a adaptací na práci, tzn., že pokud roste míra vyhoření, zhoršuje se adaptace na práci a klesají i z toho plynoucí očekávání.

Z výsledků korelace mezi BM a věkem ZS vyplynulo, že na 5 % hladině významnosti neexistuje signifikantní vztah mezi mírou vyhoření a věkem zdravotních sester. Je tedy možné konstatovat, že věk ZS nemá souvislost s mírou vyhoření.

Výsledné korelace BM a spokojenosti ZS s vlastní prací prokázaly na 1 % hladině významnosti signifikantní negativní vztah mezi mírou vyhoření a mírou spokojenosti s vlastní prací u ZS. Z výsledků korelace BM a spokojenosti s odměňováním vyplynulo z výsledků výzkumu na 5 % hladině významnosti pro soubor ZS bez specializace, že mezi mírou vyhoření a mírou spokojenosti s odměňováním existuje statisticky nevýznamný vztah. V souborech ZS celkem a ZS se specializací byl na 1 % hladině významnosti potvrzen signifikantní negativní vztah mezi mírou vyhoření a mírou spokojenosti s odměňováním.

V neposlední řadě je možné konstatovat, že u výsledných korelací BM a seniority na oddělení a ve zdravotnickém zařízení na 5 % hladině významnosti neexistuje statisticky významný vztah mezi mírou vyhoření a mírou seniority na oddělení i ve zdravotnickém zařízení pro celý zkoumaný soubor ZS a soubor ZS se specializací. Pro soubor ZS bez specializace výsledky ukázaly na 5 % hladině významnosti, že neexistuje signifikantní vztah.

V poslední části výzkumu byly použity Studentovy t-testy ke stanovení rozdílu mezi ZS se specializací a ZS bez specializace v hlavních proměnných DSZS. Statisticky významný rozdíl na 5 % hladině významnosti byl prokázán mezi souborem ZS se specializací a ZS bez specializace ve vnímání vlastního zdravotního stavu, tzn., že ZS se specializací jsou více spokojené se svým zdravotním stavem než ZS bez specializace. U ostatních hlavních proměnných DSZS (CPSF, FC, VZ, RJSB, OST, ODPO, PP, APO, BM) nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi soubory ZS se specializací a ZS bez specializace.

V souvislosti s ověřováním hypotéz H1, H2, H3, H6 a H8 byly zjištěny tyto významné výstupy:

- Hypotézu H1 bylo možné přijmout, jelikož výsledné korelace BM a celkové pracovní spokojenosti ukázaly signifikantní negativní vztah mezi mírou vyhoření a celkovou pracovní spokojeností. To znamená, že pokud roste míra vyhoření, klesá celková pracovní spokojenost a stoupá fluktuační tendence.
- Hypotézu H2 bylo možné přijmout, jelikož byl prokázán signifikantní negativní vztah mezi mírou vyhoření a mírou mezilidských vztahů na pracovišti. To znamená, že pokud roste míra vyhoření, zhoršují se vztahy mezi spolupracovníky v kolektivu.

- Hypotézu H3 bylo možné přijmout, jelikož výsledky korelací ukazují signifikantní negativní vztah mezi mírou vyhoření a mírou zdravotního stavu u ZS. To znamená, že pokud roste míra vyhoření, zhoršuje se zdravotní stav u ZS.
- Hypotézu H6 bylo možno přijmout, jelikož výsledné korelace prokázaly signifikantní negativní vztah mezi mírou vyhoření a mírou spokojenosti s vlastní prací u ZS. To znamená, že pokud roste míra vyhoření, zhoršuje se spokojenost ZS s vlastní prací.
- Hypotézu H8 bylo možné přijmout, jelikož z výsledků Studentova t-testu vyplynulo, že mezi souborem ZS se specializací a ZS bez specializace existuje signifikantní rozdíl ve vnímání vlastního zdravotního stavu. To znamená, že ZS se specializací jsou více spokojené se svým zdravotním stavem než ZS bez specializace.

V souvislosti s ověřováním hypotéz H4, H7 a H9, byly zjištěny tyto významné výstupy:

- Hypotézu H4 nebylo možné přijmout, jelikož korelace mezi BM a věkem zdravotních sester ukázala, že mezi nimi neexistuje signifikantní vztah.
- Taktéž se nepotvrdil předpoklad hypotézy H7; jelikož pro soubor ZS bez specializace neexistuje signifikantní vztah mezi mírou vyhoření a mírou seniority na oddělení a ve zdravotnickém zařízení. Pro celý soubor ZS a soubor ZS se specializací existuje statisticky nevýznamný vztah mezi mírou vyhoření a mírou seniority na oddělení a ve zdravotnickém zařízení. Pro celý soubor ZS a soubor ZS se specializací existuje statisticky nevýznamný vztah mezi mírou vyhoření a mírou seniority na oddělení a ve zdravotnickém zařízení.
- Poslední hypotézou, kterou nebylo možné přijmout je hypotéza H9, jejíž výsledky prokázaly, že neexistuje signifikantní rozdíl v celkové pracovní spokojenosti a ve fluktuačních tendencích mezi soubory ZS se specializací a ZS bez specializace.

V souvislosti s ověřováním hypotézy H5, byl zjištěn níže uvedený významný výstup:

- Částečně bylo možné přijmout hypotézu H5, která byla potvrzena pouze pro soubor ZS bez specializace. To znamená, že při zvyšující se míře vyhoření se vyskytuje více negativních postojů k péči o pacienty.

Ostatní zjištění byla uvedena ve výsledkové části (7. kapitola, strana 104)

10. Souhrn

Tato magisterská diplomová práce se zabývá otázkami spojenými s pracovní motivací, celkovou pracovní spokojeností, syndromem vyhoření a jejich souvislostmi s povoláním zdravotních sester, jež byly rozděleny do dvou kategorií, a to podle dosažené odbornosti. Práce byla rozdělena na dvě základní části – teoretickou a výzkumnou.

Teoretická část práce je rozdělena do 5 hlavních kapitol. První kapitola se zabývá aktuálními sociálními a psychologickými problémy ve zdravotnictví. Zaměřuje se na faktory, které mohou ovlivnit některé psychologické otázky spojené s péčí o nemocné.

Druhá kapitola se věnuje roli a postavení zdravotní sestry v systému ošetřovatelské péče, jakož i její činnosti ve zdravotnickém týmu. Konkrétně popisuje práci zdravotních sester, jejich osobnost, poslání a roli. Osobnost sestry je klíčovým faktorem kladného vývoje vztahu mezi sestrou a pacientem. Zdůrazněny jsou nároky a požadavky, které jsou na členy ošetřovatelského týmu kladeny. Jde jednak o nároky týkající se odborné připravenosti zdravotních sester a poskytování ošetřovatelské péče; jednak i o vlastnosti, schopnosti a dovednosti, jež jsou potřebné k uplatnění psychologické pomoci pacientovi v jeho nemoci. Zmíněn je rovněž vztah sestry a pacienta. V každodenní praxi má zdravotní sestra s pacientem prvotní a mnohem užší kontakt než lékař. Závěrem této kapitoly jsou popsány typy vztahů mezi lékařem a zdravotní sestrou a zároveň je zdůrazněna multidisciplinární týmová spolupráce celého zdravotnického týmu.

V dalších popisovaných kapitolách teoretické části této práce jsou rozebrány pojmy motivace, pracovních postojů a pracovní spokojenosti. Hlavní důraz je položen na motivaci a její význam pro pracovní postoje a pracovní spokojenost. Uvedeny jsou některé historické a současné přístupy k problematice pracovního jednání. Uvedená kapitola se též věnuje popisu pracovních postojů a pracovní spokojenosti, jež jsou považovány za důležité motivační činitele. Pracovní spokojenost je do značné míry ovlivněna řadou vnějších a vnitřních determinant, mezi něž patří např. charakter práce, odměna za práci, kompetence jedince a jeho postavení v práci, autorita, velikost pracovní skupiny, a také věk, pohlaví a vzdělání pracovníka. Pozornost je také soustředěna na motivační činitele práce zdravotní sestry, kterými jsou mimo jiné obsah práce, finanční odměna za práci a ostatní motivační činitelé, např. věk zdravotní sestry, rodinný a zdravotní stav, rodinné zázemí, četnost pracovní zkušenosti, mezilidské vztahy na pracovišti, dojíždění do práce, společenský význam práce a její prestiž apod.

Poslední kapitola teoretické části této práce se zabývá syndromem vyhoření, jeho teoretickými východisky, příznaky a možnostmi prevence. Výzkumy je doloženo, že syndrom vyhoření souvisí s výkonem určitých druhů povolání. Nejčastěji je tento syndrom popisován u jedinců v pomáhajících profesích. Mezi tyto profese se řadí i profese zdravotní sestry. Výzkumy syndromu vyhoření bylo zjištěno, že má několik příčin. Jednak jeho vznik podmiňují okolnosti, jež souvisí s jedincem samotným, a to jak na úrovni psychické, tak i na úrovni fyzické. Dále je ve vztahu k syndromu vyhoření jedinec ovlivněn pracovními podmínkami a též celospolečenskou situací. Syndrom se projevuje souborem příznaků psychických, fyzických a poruchou sociálních vztahů. Mezi nejčastěji ohrožené profese syndromem vyhoření patří zdravotní sestry, lékaři, učitelé, psychologové, policisté, dispečeři, řídící pracovníci, duchovní a řádové sestry.

Cílem výzkumné části této magisterské diplomové práce bylo ověřit nakolik se stanovená teoretická východiska a předpoklady této práce se shodují nebo se přibližují poznatkům zjištěným u zdravotních sester v daném zdravotnickém zařízení. V rámci zadání byly stanoveny níže uvedené cíle (zjistit míru celkové pracovní spokojenosti a fluktuace, míru postojů zdravotních sester k mezilidským vztahům na pracovišti, míru zdravotního stavu, míru spokojenosti s vlastní prací a odměňováním, míru adaptace na práci a očekávání a míru vyhoření u zdravotních sester). V rámci těchto cílů bylo stanovené též zjistit, které z uvedených proměnných (celková pracovní spokojenost, fluktuace, mezilidské vztahy, spokojenost s vlastní prací a odměňováním, věkem, senioritou na oddělení a ve zdravotnickém zařízení, zdravotní stav, adaptace na práci, očekávání) má vliv na rozvoj syndromu vyhoření.

Zkoumaný soubor tvořilo 85 zdravotních sester, z toho 36 bylo sester s pomaturitní specializací a 49 sester bylo bez uvedené specializace. Pro účely výzkumu byly použity dva dotazníky: dotazník BM (Burnout Measure) – psychického vyhoření autorů A. Pinesové a E. Aronsona a nestandardizovaný dotazník spokojenosti zdravotních sester DSZS. Ke zjištění vztahu mezi BM a vybranými proměnnými, a pro ověření hypotéz H1 až H7, byla použita Pearsonova korelace pro metrická data. Pro ověření hypotéz H8 a H9 byly použity Studentovy t-testy pro zjištění rozdílu v hlavních proměnných DSZS.

Za účelem zjištění činitelů působících v pracovním procesu, které nejvíce ovlivňují pracovní postoje a spokojenost zdravotních sester byl předložen nestandardizovaný dotazník spokojenosti zdravotních sester DSZS. Poslední částí dotazníku DSZS byla část pojmenovaná jako statusová data, zjišťující současný osobní stav (seniorita na oddělení a ve zdravotnickém

zařízení, výše platu, věk, rodinný stav aj.). K výzkumu byly vybrány tyto části dotazníku: CPSF, VZ, RJSB, ZSt, ODPO, PP a APO.

CPSF – celková pracovní spokojenost a fluktuační tendence: v této části dotazníku byly sestry dotazovány na postoje týkající se jejich pracovní spokojenosti, popř. jejich potřebě změny zaměstnání. Nejvíce sester, a to 36, tj. 42,35 % odpovídalo nejvyšší celkové pracovní spokojenosti. Průměrné získané skóre u celého souboru zdravotních sester bylo 11 bodů, tj. velmi dobrá spokojenost.

VZ – mezilidské vztahy: tato část dotazníku byla zaměřena na otázky, jež týkaly mezilidských vztahů zdravotních sester na pracovišti. Nejvíce sester, a to 29, tj. 34,12 % se vyskytovalo v intervalu 14 – 17 bodů, tj. velmi dobrá spokojenost. Průměrné získané skóre u celkového souboru zdravotních sester bylo 15 bodů, což odpovídá velmi dobrým mezilidským vztahům na zkoumaných pracovištích.

ZSt – zdravotní stav: je to část věnovaná subjektivnímu hodnocení zdravotního stavu u dotazovaných zdravotních sester. Nejvíce respondentek, a to 33, tj. 33,82 % uvedlo dobrý zdravotní stav. Průměrné získané skóre u celého souboru zdravotních sester bylo 4 body, což odpovídá dobrému zdravotnímu stavu.

PP – postoje k péči o pacienty: tato část dotazníku byla zaměřena na postoje k situacím při ošetřování nemocných, které mohou vyvolat nepříjemné pocity až odpor se snahou se některým úkonům vyhnout. Nejvíce sester, a to 58, tj. 68,24 % vykázalo střední míru negativních pocitů. Průměrné získané skóre u celého souboru zdravotních sester bylo 43 bodů, což znamená střední míru negativních pocitů v situacích spojených s péčí o nemocné.

APO – adaptace na práci, očekávání: tato část dotazníku se zabývala problematikou míry přizpůsobení se zdravotních sester ošetřovatelské práci a s tím spojenou mírou případných očekávání. Nejvíce respondentek, a to 27, tj. 31,78 % uvedlo nižší míru adaptace na práci a tím i horší splněná očekávání. Průměrné získané skóre u celého souboru zdravotních sester bylo 8 bodů, což koresponduje s výše uvedenou nižší mírou adaptace.

Jedním z dalších cílů této práce bylo zjistit, která ze sledovaných proměnných (celková pracovní spokojenost, mezilidské vztahy, spokojenost s vlastní prací a odměňováním, zdravotní stav, postoje k péči o pacienta, adaptace na práci, věk a seniorita na oddělení a ve zdravotnickém zařízení) mají souvislost s mírou a rozvoj syndromu vyhoření u zkoumaného souboru zdravotních sester. Výsledné hodnoty korelace BM a CPSF potvrdily na 1 % hladině významnosti signifikantní negativní vztah mezi mírou vyhoření a celkovou

pracovní spokojeností. Výsledky korelace BM a VZ ukázaly, že na 1 % a 5 % hladině významnosti existuje signifikantní negativní vztah mezi mírou vyhoření a mírou mezilidských vztahů na pracovišti. V další korelaci mezi BM a ZSt potvrdily na 1 % hladině významnosti signifikantní negativní vztah mezi mírou vyhoření a mírou zdravotního stavu, tzn., že pokud roste míra vyhoření, zhoršuje se zdravotní stav. Korelací BM a PP bylo zjištěno na 5 % hladině významnosti pro celý zkoumaný soubor zdravotních sester, že neexistuje signifikantní vztah mezi mírou vyhoření a mírou negativních pocitů souvisejících s péčí o pacienta. Ve skupině zdravotních sester bez specializace byla zjištěna na 1 % hladině významnosti signifikantní pozitivní korelace, tzn., že při zvyšující se míře vyhoření se zvyšuje i míra negativních pocitů. Výsledné korelace BM a APO ukázaly na 1 % hladině významnosti signifikantní negativní vztah mezi mírou vyhoření a adaptací na práci a s ní spojenými očekáváními. Korelace mezi BM a věkem zdravotních sester ukázaly na 5 % hladině významnosti, že neexistuje signifikantní vztah mezi mírou vyhoření a věkem zdravotních sester. Výsledné korelace BM a RJSB prokázaly na 1 % hladině významnosti signifikantní negativní vztah mezi mírou vyhoření a mírou spokojenosti s vlastní prací u ZS. Z výsledků korelace BM a ODPO vyplynulo na 5 % hladině významnosti pro soubor ZS bez specializace, že mezi mírou vyhoření a mírou spokojenosti s odměňováním existuje statisticky nevýznamný vztah. V souborech ZS celkem a ZS se specializací byl na 1 % hladině významnosti zjištěn signifikantní negativní vztah mezi mírou vyhoření a mírou spokojenosti s odměňováním. V posledních zkoumaných korelacích BM a SenODD, BM a SenZZ na 5 % hladině významnosti neexistuje statisticky významný vztah mezi mírou vyhoření a mírou seniority na oddělení i ve zdravotnickém zařízení pro celý zkoumaný soubor ZS a soubor ZS se specializací. Zároveň bylo zjištěno na 5 % hladině významnosti, že pro soubor ZS bez specializace neexistuje signifikantní vztah pro míru vyhoření a míru seniority na oddělení a ve zdravotnickém zařízení.

Použitými Studentovými t-testy byly stanoveny rozdíly mezi souborem ZS se specializací a ZS bez specializace v hlavních proměnných DSZS. Statisticky významný rozdíl na 5 % hladině významnosti mezi souborem ZS se specializací a ZS bez specializace byl prokázán ve vnímání zdravotního stavu, kdy u ZS se specializací byla zjištěna vyšší spokojenost se zdravotním stavem než u ZS bez specializace. V ostatních zkoumaných hlavních proměnných nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi soubory ZS se specializací a ZS bez specializace.

Ze stanovených devíti hypotéz, bylo pět hypotéz přijato, jedna hypotéza byla přijata částečně a tři hypotézy přijaty nebyly. První hypotéza, která předpokládala, že se zvyšující se mírou vyhoření zdravotních sester statisticky významně klesá celková pracovní spokojenost a zároveň se zvyšuje fluktuační tendence, byla přijata. Předpoklad druhé a třetí hypotézy byl taktéž přijat. Potvrdil se signifikantní negativní vztah mezi mírou vyhoření a mírou mezilidských vztahů na pracovišti,také se zvyšující se mírou vyhoření se statisticky významně zhoršuje hodnocení zdravotního stavu u ZS. U čtvrté hypotézy nebylo potvrzeno, že by souvisela míra vyhoření s věkem ZS. V případě páté hypotézy bylo možné předpoklad, že se zvyšující se mírou vyhoření se statisticky významně zhoršují postoje k péči o pacienty, přijmout částečně, a to pro soubor ZS bez specializace. Šestou hypotézu bylo možné přijmout, a to pro související míru vyhoření se zhoršující se mírou spokojenosti s vlastní prací u všech souborů ZS. Hypotéza v pořadí sedmá se nepotvrdila. Nelze říci, že míra vyhoření souvisí s délkou praxe na oddělení nebo ve zdravotnickém zařízení.. Předposlední osmá hypotéza potvrdila, že u ZS bez specializace bude vykazována statisticky významně horší míra zdravotního stavu, než u ZS se specializací. Poslední devátá hypotéza neprokázala, že ZS bez specializace budou vykazovat statisticky významně nižší míru celkové pracovní spokojenosti a významně vyšší míru fluktuační tendence než ZS se specializací.

Výsledky předloženého výzkumu nelze zobecnit, jelikož byl sběr dat prováděn toliko ve dvou pražských nemocnicích.

11. Použitá literatura

Anzenbacher, A. (1990). *Úvod do filosofie.* Př. K. Šprunk: SPN.

Aristotelés. (1995). *O duši.* Př. A. Kříž. Laichter 1942: Rezek.

Aristotelés. (1995). *Etika Nikomachova.* Př. A. Kříž. Laichter 1937: Rezek.

Balcar, K. (1983). *Úvod do studia psychologie osobnosti.* Praha: SPN.

Bártlová, S. (2005). *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing.

Bartošíková, I. (2003). *Práce v multidisciplinárním týmu*. Praha: Grada Publishing.

Bartošíková, I. (2006). *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.

Baštecká, B., Goldmann, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.

Baštecká, B. et. al. (2009). *Psychologická encyklopedie. Aplikovaná psychologie*. Praha: Portál.

Bedrnová, E. (1999). *Duševní hygiena a sebeřízení*. Praha: Fortuna.

Bičáková, O. (2008). *Účast sestry na celoživotním vzdělávání se považuje za prohlubování kvalifikace.* Sestra č. 12, s. 15.

Bloch, A. (1999). *Murphyho zákon*. Praha: Argo.

Bouček, V., Herbolt, J. (1978). *Motivace v řídící praxi.* Praha: Svoboda.

Brannon, L., Feist, J. (1997). *Health Psychology. An Introduction to Behavior and Health*. Cincinnati, Brooks, Cole Publ.

Brockert, S. (1993). *Ovládání stresu.* Praha: Melantrich.

Cimický, J. (2001). *Sám sobě psychiatrem*. Praha: Formát.

Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál.

Freudenberger, H. J. (1974). *Staff burn-out. Journal of Social Issues 30*, s. 159-165.

Fromm, E. (1992). *Mít nebo být.* Praha: Naše vojsko.

Goldberger, L. et.al. (1992): *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*. New York: The Free Press.

Grohar-Murray, M.E., DiCroce, H.R. (2003). *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetřovatelské péče*. Praha: Grada Publishing.

Hall, C. S., Lindzey, G. (2002). *Psychológia osobnosti*. Bratislava, SPN.

Haškovcová, H. (1990). *Fenomén stáří.* Praha: Panorama.

Havrdová, Z., Kalina, K. (2003). *Supervize. In Drogy a drogová závislost, 2. díl.* Úřad vlády ČR., s. 133-141.

Hawkins, P., Shonet, R. (2004). *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha: Portál.

Hewstone, M., Stroebe, W. (2006). *Sociální psychologie*. Praha: Portál.

Hlaváčová, M., Novotná, H. (2006). *Syndrom vyhoření bohužel není minulostí*. Sestra, č. 3, s. 23-24.

Homola, J. (1977). *Motivace v pracovním procesu*. Praha: Avicenum.

Hunt, M. (2000). *Dějiny psychologie*. Praha: Portál.

Hyhlík, F., Nakonečný, M. (1977). *Malá encyklopedie současné psychologie*. Praha: SPN.

Charvát, J. (1974). *Člověk a jeho svět.* Praha: Avicenum.

Janoušková, H., Mellanová, A. (2005). *Prestiž povolání sestry ve zdravotnictví*. Sestra, č. 11, s. 22.

Jeklová, M., Reitmayerová, E. (2006). *Syndrom vyhoření.* Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí.

Ježek, M. (2007). *Ani odbornici na vyhoření se syndrom nevyhýbá.* Zdravotnické noviny, č. 41, s. 28-29.

Jurovský, A. (1980). *Osobnosť človeka pri práci.* Bratislava: SPN.

Kallwass, A. (2007). *Syndrom vyhoření.* Praha: Portál.

Kebza, V., Šolcová, I. (1998). *Burnout syndrom: teoretická východiska, diagnostické a intervenční možnosti*. Československá psychologie, č. 5, s. 429-448.

Kebza, V., Šolcová, I. (2003). *Well-being jako psychologický a zároveň mezioborově založený pojem.* Československá psychologie, č. 4, s. 333-345.

Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví.* Praha: Academia.

Keller, J. (2002). *Úvod do sociologie*. Praha: Slon.

Kocmanová, L. (2005). *Syndrom vyhoření*, Sestra č. 12, s. 20-22.

Kollárik, T. (1993). *Sociálna psychológia*. Bratislava: Univerzita Komenského, VSEV.

Kolektiv autorů (2008). *Osobní rozvoj jako nedílná součást profesionálního růstu sestry*. Sestra č. 2, s. 15-16.

Kolektiv autorů (2009). *Specializační vzdělávání.* Sestra č. 3, s. 16-18.

Kopřiva, K. (1997). *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál.

Kosík, K. (1998). *Úvahy předpotopní.* Praha: Argo.

Krupička, J. (1996). *Renesance rozumu.* Praha: Český spisovatel.

Krupička, J. (2002). *Rozmanitost života.* Praha-Litomyšl: Paseka.

Krupička, J. (2005). *Kosmický mozek.* Litomyšl: Paseka.

Krupička, J. (2008). *Zmatek.* Praha-Litomyšl: Paseka.

Křivohlavý, J. (1988). *Jak si navzájem lépe porozumíme*. Praha: Svoboda.

Křivohlavý, J. (1998). *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada Publishing.

Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing.

Křivohlavý, J. (2003). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.

Křivohlavý, J. (2004). *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál.

Křivohlavý, J., Pečenková, J. (2004). *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing.

Křivohlavý, J. (2006). *Psychologie smysluplnosti existence*. Praha: Grada Publishing.

Křivohlavý, J. (2010). *Sestra a stres.* Praha: Grada Publishing.

Kubišová, V. (1993). *Encyklopedický slovník*. Praha: Encyklopedický dům.

Laertios, D., (1995). *Životy, názory a výroky proslulých filosofů*. Př. A. Kolář. Pelhřimov: Rezek.

Lajka, J. (2007). *Medipanel – problémy českého zdravotnictví očima lékařů a sester*. Zdravotnické noviny, č. 44, s. 10-11.

Maslach, C., Goldberg, J. (1998). *Prevention of burnout. New perspectives.* Applied and Preventive Psychology 7, s. 63-74.

Matoušek, O., Růžička, J. (1965). *Psychologie práce.* Praha: NPL.

Matoušek, O. a kol. (2003). *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál.

Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize. (1992). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky.

Michňák, K. (1966). *Filosofický slovník.* Praha: Svoboda.

Mikšík, O. (1980). *Psychlogie hromadného chování.* Praha: SPN

Műller, Č., Kapr, J. (1980). *Kapitoly ze sociální problematiky ženského lékařství.* Praha: Avicenum.

Nakonečný, M. (1995). *Psychologie osobnosti.* Praha: Academia.

Nakonečný, M. (1997). *Encyklopedie obecné psychologie*. Praha: Academia.

Nakonečný, M. (2000). *Lidské emoce*. Praha: Academia.

Nakonečný, M. (2004). *Psychologie téměř pro každého*. Praha: Academia.

Nakonečný, M. (2009). *Sociální psychologie organizace*. Praha: Grada Publishing.

Pauknerová, D. a kol. (2006). *Psychologie pro ekonomy a manažery*. Praha: Grada Publishing.

Plháková, A. (2006). *Dějiny psychologie*. Praha: Grada Publishing.

Plháková, A. (2007). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.

Policar, R. (2009). *Vzdělání sester – instrumentářek na operačních sálech*. Sestra č. 40, s. 31.

Potterová, B. A. (1997). *Jak se bránit pracovnímu vyčerpání*. Olomouc: Votobia.

Provazník, V. a kol. (1997). *Psychologie pro ekonomy*. Praha: Grada Publishing.

Reiterová, E. (2004). *Statistické metody pro studenty kombinovaného studia psychologie*. Olomouc: UP Olomouc.

Reiterová, E. (2005). *Psychometrie pro studenty kombinovaného studia psychologie.* Olomouc: UP Olomouc.

Reiterová, E. (2006). *Statistické techniky a možnosti realizace výzkumu v psychologii*. Olomouc: UP Olomouc.

Richterová, L., Trnka, V., Holub, V., Mečíř, J. (1968). *Psychopatologie.* Praha: SPN.

Rosenstein AH. Nurse – *Physician Relationships: Impact on Nurse Satisfaction and Retention.* Am J of Nursing 2002; 102(6): 26-34

Rozsypalová, M. (1981). *Ošetřovatelství.* Praha: Avicenum.

Rozsypalová, M., Haladová, E. (1981). *O sestrách pro sestry*. Praha: Avicenum.

Řehan, V., Miovský, M., Čermák, I. (2004). *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku III.* Olomouc: UP Olomouc.

Smékal, V. (2004). *Psychologie osobnosti*. Barrister & Principal.

Syřišťová, E. (1994). *Člověk v kritických životních situacích*. Praha: UK Praha.

Šnajdrová, L. (2008). *Stručně o celoživotním vzdělávání, registraci a kreditech zdravotních sester*. Practicus č. 6, s. 48-49.

Šolcová, I. (1995). *Umíte si poradit se stresem?* Praha: NCPZ.

Šulistová, J. (2005). *Nenechte se zavalit*. Sestra č. 12, s. 18-19.

Tošner, J., Tošnerová, T. (2002). *Burn-Out syndrom. Syndrom vyhoření*. Praha: Národní dobrovolnické centrum.

Úlehla, I. (2004). *Umění pomáhat*. Praha: SLON.

Vágnerová, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.

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

Vizinová, D., Preiss, M. (1999). *Psychické traumata a jeho terapie.* Praha: Portál.

Vondráček, V. (1993). *Fantastické a magické z hlediska psychiatrie.* Praha: Columbus.

Vondráček, L., Vondráček, J. (2006). *Odpovědnost při poskytování ošetřovatelské péče.* Praha: Galén.

Vtípil, Z. (2005). *Sociální psychologie práce.* Olomouc: FF UP.

Výrost, J., Slaměník, I. (1997). *Sociální psychologie – Sociálna psychológia.* Praha: ISV.

Výrost, J., Slaměník, I. (1998). *Aplikovaná sociální psychologie I. Člověk a sociální instituce*. Praha: Portál.

Zacharová, E., Hermanová, M., Šrámková, J. (2007). *Zdravotnická psychologie.* Praha: Grada Publishing.

P Ř Í L O H Y

Seznam příloh:

Příloha č. 1: Zadání magisterské diplomové práce

Příloha č. 2: Abstrakt a klíčová slova

Abstract and key words

Příloha č. 3: Dotazník BM (Burnout Measure) – psychického vyhoření

Příloha č. 4: Symbolika k dotazníku spokojenosti zdravotních sester DSZS

Příloha č. 5: Dotazník spokojenosti zdravotních sester DSZS

Příloha č. 6: Souhrn dvouvýběrových F-testů pro rozptyl

Příloha č. 7: Souhrn vstupních dat dotazníku BM a DSZS pro celý soubor ZS

Příloha č. 8: Souhrn vstupních dat dotazníku BM a DSZS pro zdravotní sestry SSp

Příloha č. 9: Souhrn vstupních dat dotazníku BM a DSZS pro zdravotní sestry BSp

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2009/2010

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

Podklad pro zadání DIPLOMOVE práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
CHYBOVÁ Milena	Školská 287, Líbeznice	I09090

TÉMA ČESKY:

Profil dimenzí pracovní spokojenosti a úroveň vyhoření u zdravotních sester

NÁZEV ANGLICKY:

Work satisfaction dimensions and burnout level in nursing staff.

VEDOUCÍ PRÁCE:

Doc. PhDr. Zdeněk Vtípil, CSc. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

Spec. zaměření: K některým sociálním a psychologickým otázkám v současném zdravotnictví, Zdravotní sestra, role a postavení, Základní přístupy k pracovní motivaci, Pojetí pracovní spokojenosti a postojů k práci, Podstata burn-out syndromu.
Cíle práce: Dominující motivy pracovní motivace; Úroveň vyhoření; Koreláty burn-out k postojům k péči o nemocné, k senioritě, věku; Koreláty burn-out k odměňování a spokojenosti s vlastní prací, Komparace sester spec. a nespec. v hlavních proměnných DSZS.
Metodika: DSZS, BM.
Zkoumaný soubor: cca 80 resp.
Statistika: Pearson, Stud. t-test.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

Křivohlavý, J., Pečenková, J. (2008): Duševní hygiena zdravotní sestry. Praha: Grada.
Wágnerová, M. (2009): Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál.
Baštecká, B. et. al. (2009): Psychologická encyklopedie. Aplikovaná psychologie. Praha: Portál.
Zacharová, E. et. al.(2008): Zdravotnická psychologie. Praha: Grada.
Nakonečný, M. (2009): Sociální psychologie organizace. Praha: Grada.
Vtípil, Z. (2005): Sociální psychologie práce. Olomouc: FF UP.
Časopisy: Sestra, Psychologie v praxi, Zdravotnické noviny.

Podpis studenta: ..... **Datum:** 12.11.2009

Podpis vedoucího práce: ..... **Datum:** 12.11.2009

Podpis vedoucího katedry: ..... **Datum:** 25.2.2010

Podpis děkana: Kulovská v. ..... **Datum:** - 1 -03- 2010

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI 25

(c) IS/STAG , Portál - Podklad kvalifikační práce , I09090 , 08.11.2009 17:19

Příloha č. 2

Vysoká škola: **Palackého univerzita Olomouc** Fakulta: **Filozofická**

Katedra: **psychologie** Školní rok: **2010/2011**

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Jméno: **Milena Chybová**

Obor: **psychologie, kombinované magisterské studium**

Název magisterské diplomové práce:

PROFIL DIMENZÍ PRACOVNÍ SPOKOJENOSTI A ÚROVEŇ VYHOŘENÍ U ZDRAVOTNÍCH SESTER

Diplomová práce je zaměřena na některé problémy současného zdravotnictví a zvláště zdravotních sester, jejich postavení a role. Pozornost je věnována faktorům, jež ovlivňují pracovní výkon, pracovní spokojenost, motivaci, postoje k péči o pacienty a odměňování zdravotních sester ve vzájemné souvislosti se syndromem vyhoření. Výzkum je zaměřen na zjištění výskytu syndromu vyhoření u zdravotních sester, míru jejich postojů k péči o pacienty, míru celkové pracovní spokojenosti a fluktuační tendence, senioritě, míru mezilidských vztahů, míru zdravotního stavu a míru adaptace na práci a s ní spojená očekávání. Část výzkumu je zaměřena na zjištění vzájemného vztahu syndromu vyhoření a shora uvedených vybraných proměnných. Poslední část výzkumu sleduje rozdíly mezi souborem sester s postgraduálním specializačním vzděláním a souborem sester bez tohoto vzdělání na některých nemocničních odděleních v hlavních proměnných zvolených dotazníků.

Klíčová slova:

zdravotní sestra, pracovní motivace, pracovní spokojenost, pracovní postoje, seniorita, zdravotní stav, syndrom vyhoření, vzdělávání

Annex No. 2

University: **Palacký University Olomouc** Faculty: **Philosophical Faculty**

Department: **Psychology** Academic year: **2010/2011**

ABSTRACT OF THESIS

Name and surname: **Milena Chybová**

Field of study: **Psychology, combined Masters' program**

Title of Masters' thesis:

PROFILE OF WORK SATISFACTION AND BURN-OUT LEVEL IN NURSING STAFF

The thesis focuses on certain current problems of health care and nursing staff, their position and role in particular. Attention is paid to factors that influence work performance, work satisfaction, motivation, attitudes to patient care and remunerating nursing staff in relation to the burn-out syndrome. The research aims at ascertaining the occurrence of the burn-out syndrome in nursing staff, levels of their attitudes to patient care, level of overall work satisfaction and staff turnover trend, seniority, level of interpersonal relations, health condition and level of adaptation to work and related expectations. A part of the research aims at ascertaining mutual relations between the burn-out syndrome and the above listed variables. The last part of the research monitors differences between nurses with specialized higher education and nurses without such additional education in certain hospital wards in areas of the main variables of selected questionnaires.

Key words:

nurse, work motivation, work satisfaction, professional attitudes, seniority, health condition, burn-out syndrome, education

Příloha č. 3

DOTAZNÍK BM

Instrukce pro vyplnění:
Přečtěte si pečlivě každou větu. Pro každé tvrzení zaškrtněte vždy to číslo, které nejlépe vyjadřuje, jak často máte následující pocity a zkušenosti.
U každého tvrzení zaškrtávejte, prosím, pouze jedno políčko.

Zaznamenejte, prosím, odpověď na každé z 21 tvrzení	**1** Nikdy	**2** Jednou za čas	**3** Zřídka	**4** Někdy	**5** Často	**6** Obvykle	**7** Vždy
1. Bývám unaven (a)							
2. Bývám v depresi (tísni)							
3. Prožívám krásný den							
4. Bývám tělesně vyčerpán(a)							
5. Bývám citově vyčerpán(a)							
6. Bývám šťasten(a)							
7. Cítím se vyřízen(a) a zničen(a)							
8. Nejsem schopen(na) se vzchopit a pokračovat dále							
9. Bývám nešťastný(a)							
10. Cítím se uhoněn(a) a utahán(a)							
11. Cítím se jako by uvězněn(a) v pasti							
12. Cítím se jako bych byl(a) nula (bezcenný/á)							
13. Cítím se utrápen(a)							
14. Tíží mne starosti							
15. Cítím se zklamán(a) a rozčarován(a)							
16. Bývám slabý(á) a na nejlepší cestě k onemocnění							
17. Cítím se beznadějně							
18. Cítím se odmítnut(a) a odstrčen(a)							
19. Cítím se pln (a) optimismu							
20. Cítím se pln(a) energie							
21. Bývám pln(a) úzkosti a obav							

Příloha č. 4

Vtípil, Z., Karásková, M. (1995). DSZS. Olomouc: Katedra psychologie FF UP.

SYMBOLIKA K DSZS

A	**CPSF**	**Celková pracovní spokojenost a fluktuační tendence**	
B	**FC**	**Postoje k fyzikálním činitelům, jejich působení**	
C	**VZ**	**Mezilidské vztahy**	
D	**RJSB**	**Spokojenost s vlastní prací**	
E	**ZS**	**Zdravotní stav**	
F	**OST**	**Organizační, společenské, technické, časové aj. okolnosti práce:**	
		1 – 5	organizace práce
		6 – 7	zdravotnické informace
		8 – 11	časové okolnosti práce
		12 – 13	používaná technika
		14 – 15	společenský význam práce
		16 – 17	perspektivy práce
		18	sociální zařízení pro personál
		19	zdravotní rizikovost
		20 – 21	namáhavost práce
		22	nedostatek potřebných léků
		23	signalizace z pokojů pacientů
G	**ODPO**		**Odměňování, kvalifikace a postup**
H	**PP**		**Postoje k péči o pacienty**
I	**APO**		**Adaptace na práci, očekávání**
J	**SD**		**Statusová data**

Vt I/1995

Příloha č. 5

DOTAZNÍK SPOKOJENOSTI ZDRAVOTNÍCH SESTER (DSZS)

A - CPSF

Instrukce pro vyplnění:
Přečtěte si pečlivě každou otázku. Pro každou otázku zakroužkujte vždy to číslo, které nejlépe vyjadřuje míru Vašeho postoje.
U každé otázky zakroužkujte, prosím, pouze jednu odpověď.

1. Jak jste spokojena na současném pracovišti?
(zakroužkujte pouze jednu odpověď)

1 velmi nespokojena

2 nespokojena

3 ani spokojena ani nespokojena

4 spokojena

5 velmi spokojena

---

2. Chtěla byste trvale zůstat členkou nynějšího pracovního kolektivu?
(zakroužkujte pouze jednu odpověď)

5 rozhodně ano

4 docela ano

3 moc mi na tom nezáleží

2 ani zvlášť ne

1 rozhodně ne

---

3. Máte v úmyslu zůstat natrvalo u této práce anebo spíše toužíte po změně?
(zakroužkujte pouze jednu odpověď)

5 chci tu zůstat natrvalo, tak jak jsem

4 chci tu zůstat, ale zvýšit si kvalifikaci a eventuelně postoupit výše

3 nedovedu posoudit, nemám jasný názor

2 chci setrvat ve svém povolání, ale raději bych odešla pracovat jinam, mimo toto zařízení

1 změnila bych i své povolání, kdyby se mi naskytlo něco výhodnějšího

---

DOTAZNÍK SPOKOJENOSTI ZDRAVOTNÍCH SESTER (DSZS)

B - FC

V jaké míře se následující negativní faktory vyskytují na Vašem pracovišti a jak je snášíte?

Instrukce pro vyplnění:
U každé uvedené položky zakroužkujte číslo, které přiměřeně vyjadřuje míru jeho výskytu:
1 = minimální, 5 = maximální stupeň výskytu. Kromě toho vyznačte odpovědí *ano – ne* své pocity u každého faktoru.

	Míra výskytu						
	Minimální				**Maximální**	**Vadí mi**	
1. Hluk	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**ano**	**ne**
2. Špatné osvětlení	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**ano**	**ne**
3. Změny teploty	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**ano**	**ne**
4. Průvan	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**ano**	**ne**
5. Nevyhovující klimatizace	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**ano**	**ne**
6. Zápachy	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**ano**	**ne**
7. Výkaly	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**ano**	**ne**
8. Výpary	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**ano**	**ne**
9. Nečistota na oddělení	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**ano**	**ne**
10. Špatné hygienické podmínky	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**ano**	**ne**
11. Zdravotně závadná práce	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**ano**	**ne**
12. Slabá estetická úroveň prostředí	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**ano**	**ne**
13. Malá pestrost a nebarevnost prostředí	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**ano**	**ne**
14. Špatný přístup k lůžkům	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**ano**	**ne**
15. Neumyvatelnost kritických stěn pokojů	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**ano**	**ne**

C – VZ: Vaše spokojenost na pracovišti

1. Jak jste spokojena ve svém pracovním kolektivu ostatních zdravotních sester? (zakroužkujte jednu odpověď)

5 zcela spokojena

4 převážně spokojena

3 ani spokojena ani nespokojena

2 převážně nespokojena

1 velmi nespokojena

2. Jaký je kolektiv, ve kterém pracujete?
(zakroužkujte pouze jednu odpověď)

4 lidé, kteří tu pracují se mnou, tvoří pevný kolektiv

3 je tu dost značné kolektivní cítění

2 je tu dost málo kolektivního ducha

1 kolektivní vztahy jsou značně narušeny

---

3. Máte pocit, že mezi Vaším oddělením a některými jinak zaměřenými odděleními zdravotnického zařízení existuje určitá rivalita?
(zakroužkujte pouze jednu odpověď)

1 ano

2 nevím, nedovedu posoudit

3 ne

---

4. Jak vychází podle Vašeho názoru Vaše bezprostředně nadřízená se svými podřízenými?
(zakroužkujte pouze jednu odpověď)

4 velmi dobře, bez konfliktů

3 celkem dobře, jen občas se vyskytnou konflikty

2 poměrně často se vyskytují konflikty

1 špatně, konflikty se vyskytují neustále

---

5. Jak se chová Vaše bezprostředně nadřízená ke svým podřízeným?
(zakroužkujte pouze jednu odpověď)

1 je velmi odměřená, zajímají ji jen výsledky práce

2 víc se zajímá o výsledky práce jak o problémy podřízených

3 poměrně víc ji zajímají výsledky podřízených

4 zajímá se hlavně o své podřízené, je pozorná a přístupná

DOTAZNÍK SPOKOJENOSTI ZDRAVOTNÍCH SESTER (DSZS)

D – RJSB

Některá zaměstnání jsou zajímavější a přinášejí více uspokojení než jiná. Chtěli bychom poznat, jak se lidé v různých zaměstnáních cítí. Tato část dotazníku obsahuje 18 výroků o práci.

Instrukce pro vyplnění:
Zakroužkujte odpověď, která nejlépe vystihuje Váš názor na práci, kterou v současné době vykonáváte, a to u každého z výroků. Nejsou zde správné nebo nesprávné odpovědi – jde nám jen o Váš skutečný názor. Zakroužkujte, prosím, pouze jednu odpověď.

Vysvětlení hodnotící škály:

5 silně souhlasím
4 souhlasím
3 nemám názor, nedovedu se rozhodnout
2 nesouhlasím
1 silně nesouhlasím

	Hodnotící škála				
1. Má práce je pro mne koníčkem	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
2. Má práce je obvykle dosti zajímavá natolik, aby mne uchránila před nudou	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
3. Zdá se mi, že moji spolupracovníci jsou více zaujati svou prací než já	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
4. Považuji svou práci za poněkud nepříjemnou	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
5. Mám ze své práce větší požitek než z volného času	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
6. Často mne má práce nudí	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
7. Současná práce mne dosti uspokojuje	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
8. Většinou se musím nutit, abych začal(a) pracovat	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
9. Momentálně jsem s prací spokojen(a)	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
10. Cítím, že má práce není zajímavější než jiná, kterou bych mohl(a) dostat	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
11. Se svou prací jsem úplně spokojen(a)	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
12. Myslím, že jsem se svou prací spokojen(a) jako mnoho jiných lidí	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
13. Většinou pracuji s chutí	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
14. Každý den v práci vypadá, jako by neměl nikdy skončit	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
15. Mám rád (a) svou profesi více než průměrný pracovník	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
16. Moje profese je dosti zajímavá	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
17. Nalézám ve své práci skutečný požitek	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
18. Jsem zklamán(a), že jsem se kdy dal(a) na tuto práci	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**

DOTAZNÍK SPOKOJENOSTI ZDRAVOTNÍCH SESTER (DSZS)

E – ZS

Váš zdravotní stav (zakroužkujte pouze jednu odpověď)

Vysvětlení hodnotící škály:

5 výborný
4 dobrý
3 uspokojivý
2 určité problémy v psychické oblasti
1 určité potíže v somatické oblasti

F – OST

Co nejvíce ovlivňuje Vaši spokojenost a postoje vůči oddělení a celému zdravotnickému zařízení?

Instrukce pro vyplnění:
Odpovídejte tak, že u každé otázky zakroužkujte číslo vyjadřující stupeň negativního ovlivnění.

	Stupeň negativního ovlivnění				
	Maximální				**Minimální**
1. Špatná práce ošetřovatelské jednotky.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
2. Nevhodné prostorové uspořádání pracoviště.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
3. Nárazovitý způsob práce.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
4. Nevhodná forma systému ošetřovatelské péče.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
5. Nedostatek času pro seznámení se se zdravotnickou dokumentací.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
6. Nízká kvalita či nesrozumitelnost zdravotnické dokumentace.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
7. Nedostatek informací pro péči od lékaře či staniční (vrchní) sestry.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
8. Nedostatek času pro kvalitní vedení sesterské dokumentace.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
9. Práce na směny.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
10. Dojíždění do práce.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
11. Nutnost přesně dodržovat pracovní dobu.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
12. Zastaralé technické vybavení oddělení.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
13. Poruchovost používané techniky.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
14. Nevýznamná práce.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
15. Společensky neuznávaná práce.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
16. Nejistota, obavy z propuštění.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
17. Hrozba reorganizace ošetřovací jednotky.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

DOTAZNÍK SPOKOJENOSTI ZDRAVOTNÍCH SESTER (DSZS)

	Stupeň negativního ovlivnění				
	Maximální				**Minimální**
18. Špatné sociální zařízení pro zaměstnance.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
19. Zdravotní rizikovost pracoviště.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
20. Psychicky zatěžující, stresující práce.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
21. Fyzicky namáhavá práce.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
22. Nedostatek potřebných léků.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
23. Chybějící či nefungující signalizační zařízení.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

G – OD PO

Vaše postoje vůči odměňování za práci a vůči využívání kvalifikace a schopností?
Instrukce pro vyplnění:
Odpovídejte tak, že u každé otázky zakroužkujte číslo vyjadřující míru Vaší spokojenosti.
5 = maximální spokojenost ... 1 = maximální nespokojenost.

	Míra spokojenosti				
	Maximální spokojenost				**Minimální nespokojenost**
1. Spravedlivost systému odměňování.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
2. Soulad mezi odměnou (platem) a výkonem.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
3. Výše výdělku.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
4. Jistota stálého výdělku.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
5. Perspektiva vyššího výdělku.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
6. Krytí osobních potřeb výdělkem.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
7. Výdělek jako hodnocení mé kvalifikace.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
8. Výdělek jako hodnocení mé odpovědnosti za práci.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
9. Výdělek jako hodnocení délky mé praxe jako zdravotní sestry.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
10. Využití mé kvalifikace v práci.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
11. Možnost získání rekvalifikace (specializace, např. ARO, JIP, apod.).	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
12. Využití mých znalostí a schopností v práci.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
13. Možnosti dalšího kvalifikačního postupu.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
14. Možnosti dalšího funkčního postupu.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
15. Možnosti samostatného rozhodování.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**

DOTAZNÍK SPOKOJENOSTI ZDRAVOTNÍCH SESTER (DSZS)

H - PP

Níže uvádíme řadu položek vyjadřujících situace v práci zdravotní sestry, jež u ní mohou vyvolávat nechuť, nepříjemné pocity až odpor se snahou se některým pokud možno vyhnout.
Instrukce pro vyplnění:
Odpovídejte tak, že u každé otázky zakroužkujte číslo označující stupeň negativního pocitu:
1 = žádný ... 5 = maximálně negativní.

	Míra negativních pocitů				
	Žádné				**Maximálně negativní**
1. Ošetřování příliš velkého počtu nemocných.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
2. Nedostatek úzkého kontaktu s nemocnými (nemožnost individuální péče).	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
3. Ošetřování nemocných ve velmi těžkém stavu.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
4. Péče o nemocné volně chodící, nedisciplinované.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
5. Ošetřování na nemoc neadaptovaných nemocných.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
6. Ošetřování nemocných s infaustními chorobami.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
7. Ošetřování nemocných ante finem.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
8. Aplikace vyšetřovacích technik pro pacienty nepříjemných či bolestivých.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
9. Ošetřování nemocných rezignujících na vyléčení.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
10. Získávání informací od pacientů špatně či málo komunikujících.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
11. Ošetřování nemocných v předoperačních stavech.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
12. Ošetřování akutních rizikových případů.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
13. Ošetřování pacientů s podezřením na pozitivní HIV.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
14. Ošetřování těžce nemocných dětí.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
15. Ošetřování nemocných s inkontinencí (moč, stolice).	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

I - APO

1. **Shodují se Vaše představy o povolání zdravotní setry z doby studia na SZŠ s Vašimi současnými názory? (zakroužkujte pouze jednu odpověď)**

4 je to lepší, než jsem si představovala

3 je to shodné s mými představami

2 je to horší, než jsem si představovala

1 jsem poněkud zklamána

DOTAZNÍK SPOKOJENOSTI ZDRAVOTNÍCH SESTER (DSZS)

2. Jak jste si zvykla na nynějším oddělení? (zakroužkujte pouze jednu odpověď)

4 velmi lehce

3 bez velkých těžkostí

2 měla jsem dost problémů

1 doposud jsem si zcela nezvykla

---

3. V jaké míře se splnila očekávání, jež jste měla při nástupu do tohoto zdravotnického zařízení? (zakroužkujte pouze jednu odpověď)

4 splnilo se mi víc, než jsem očekávala

3 splnilo se mi vše, jsem spokojena

2 jen část z toho, co jsem očekávala, se splnilo

1 nesplnilo se mi téměř nic

J – SD

1. Váš věk .....

2. Pracovní zařazení .....

3. Název oddělení .....

4. Rodinný stav (zakroužkujte pouze jednu odpověď)

4 svobodná

3 vdaná

2 rozvedená

1 vdova

5. Počet dětí .....

6. Kolik let pracujete na nynějším oddělení .....

7. Kolik let pracujete v tomto zdravotnickém zařízení .....

8. Váš průměrný čistý měsíční příjem .....

Vaše doplňující poznámky:

.....

.....

.....

Děkujeme Vám za vyplnění dotazníku.

Příloha č. 6

Dvouvýběrový F-test pro rozptyl

CPSF	ZS BSp	ZS SSp
Stř. hodnota	11,44897959	10,75
Rozptyl	7,25255102	6,764285714
Pozorování	49	36
Rozdíl	48	35
F	1,072182833	
P(F<=f) (1)	0,419377129	
F krit (1)	1,708606996	

Dvouvýběrový F-test pro rozptyl

FC	ZS SSp	ZS BSp
Stř. hodnota	37	33,79591837
Rozptyl	132,3428571	67,99914966
Pozorování	36	49
Rozdíl	35	48
F	1,946242825	
P(F<=f) (1)	0,016197047	
F krit (1)	1,666786156	

Dvouvýběrový F-test pro rozptyl

VZ	ZS SSp	ZS BSp
Stř. hodnota	14,30555556	14,79591837
Rozptyl	9,532539683	8,790816327
Pozorování	36	49
Rozdíl	35	48
F	1,084374798	
P(F<=f) (1)	0,392385596	
F krit (1)	1,666786156	

Dvouvýběrový F-test pro rozptyl

RJSB	ZS SSp	ZS BSp
Stř. hodnota	61,25	59,24489796
Rozptyl	231,6785714	93,52210884
Pozorování	36	49
Rozdíl	35	48
F	2,477259915	
P(F<=f) (1)	0,00183983	
F krit (1)	1,666786156	

Dvouvýběrový F-test pro rozptyl

ZSt	ZS BSp	ZS SSp
Stř. hodnota	3,204081633	3,805555556
Rozptyl	1,540816327	1,075396825
Pozorování	49	36
Rozdíl	48	35
F	1,432788614	
P(F<=f) (1)	0,134093712	
F krit (1)	1,708606996	

Dvouvýběrový F-test pro rozptyl

OST	ZS BSp	ZS SSp
Stř. hodnota	66,32653061	71,05555556
Rozptyl	313,5161565	304,5111111
Pozorování	49	36
Rozdíl	48	35
F	1,02957214	
P(F<=f) (1)	0,469865206	
F krit (1)	1,708606996	

Dvouvýběrový F-test pro rozptyl

ODPO	ZS SSp	ZS BSp
Stř. hodnota	40,30555556	39,42857143
Rozptyl	106,9611111	86,29166667
Pozorování	36	49
Rozdíl	35	48
F	1,239530018	
P(F<=f) (1)	0,242395638	
F krit (1)	1,666786156	

Dvouvýběrový F-test pro rozptyl

PP	ZS SSp	ZS BSp
Stř. hodnota	42	44,40816327
Rozptyl	111,6	91,99659864
Pozorování	36	49
Rozdíl	35	48
F	1,213088328	
P(F<=f) (1)	0,264385728	
F krit (1)	1,666786156	

Dvouvýběrový F-test pro rozptyl

APO	ZS SSp	ZS BSp
Stř. hodnota	8,083333333	7,816326531
Rozptyl	4,192857143	3,819727891
Pozorování	36	49
Rozdíl	35	48
F	1,097684773	
P(F<=f) (1)	0,377581455	
F krit (1)	1,666786156	

Dvouvýběrový F-test pro rozptyl

BM	ZS SSp	ZS BSp
Stř. hodnota	3,175277778	2,793061224
Rozptyl	1,094442778	0,897155017
Pozorování	36	49
Rozdíl	35	48
F	1,219903759	
P(F<=f) (1)	0,258577381	
F krit (1)	1,666786156	

Souhrn vstupních dat k dotazníku BM a DSZS pro celý soubor zdravotních sester **Příloha č. 7**

Subjekt	J-SD								BM	DSZS									
počet	Věk	RS	PD	PZ	NODD	SenODD	SenZZ	Plat	BQ	A-CPSF	B-FC/FMV	B-FC/FVA	C-VZ	D-RJSB	E-ZSt	F-OST	G-ODPO	H-PP	I-APO
1	32	2	0	1	1	2	2	21000	2,76	8	26	7	16	63	5	50	49	47	8
2	41	3	1	2	5	7	7	16900	2,81	8	38	13	11	57	3	52	39	47	6
3	44	2	3	2	6	11	11	16800	1,43	14	30	10	16	66	4	47	44	46	8
4	47	2	3	2	6	8	8	17300	2,75	7	34	10	11	44	3	54	36	50	5
5	33	4	1	2	2	9	9	16100	2,86	12	46	8	15	67	4	93	51	45	10
6	57	3	3	2	2	15	30	18000	3,06	9	48	10	7	32	1	39	26	67	6
7	49	3	2	2	2	5	28	16000	3,71	13	32	11	15	53	3	70	41	60	6
8	26	4	0	2	5	5	6	13000	4,86	6	59	15	8	35	1	45	27	68	4
9	26	4	0	2	5	5	5	14000	1,33	14	28	9	18	80	5	60	53	34	12
10	28	4	0	2	7	4	4	15000	1,71	14	26	9	18	71	5	92	44	36	11
11	38	3	2	2	2	3	3	17500	4,95	8	36	12	12	49	4	69	30	54	5
12	57	2	4	2	7	15	15	19100	4,01	14	34	15	13	55	1	65	34	49	8
13	23	4	0	2	7	3	3	16400	1,43	15	27	7	17	72	5	79	47	47	12
14	50	3	3	2	7	16	16	18600	3,62	9	29	13	13	50	3	63	49	44	9
15	43	2	2	2	5	12	14	17800	3,52	13	40	10	14	66	1	58	47	40	6
16	58	3	2	2	8	1	10	18000	2,24	15	33	6	12	54	3	70	33	39	6
17	38	3	3	2	6	7	12	17000	2,48	13	35	10	14	68	3	46	41	44	10
18	23	4	0	1	3	3	3	16000	1,33	14	24	9	20	74	5	51	38	50	12
19	49	3	3	1	3	18	18	18700	3,05	14	33	14	14	66	3	49	42	50	12
20	32	3	2	2	7	5	5	17200	2,24	12	34	10	11	67	4	53	39	48	9
21	39	2	3	2	3	15	18	17600	2,29	13	30	12	15	64	5	59	42	49	7
22	37	2	1	1	1	5	5	0	2,62	12	40	13	14	74	5	84	52	48	8
23	36	3	1	1	1	3	3	25000	3,29	9	23	12	15	67	4	93	45	45	11
24	25	4	0	2	1	5	5	18000	1,62	13	23	3	17	63	3	68	27	37	8
25	38	3	3	1	2	8	10	0	3,02	10	36	14	11	68	5	93	40	38	9
26	43	2	2	1	1	1	1	0	3,9	8	61	13	13	56	3	57	37	36	6
27	29	4	0	1	2	4	6	22000	4,86	6	53	10	10	58	3	53	37	47	6
28	26	4	0	1	3	5	6	20000	2,43	12	45	14	14	63	4	61	45	47	9
29	44	3	1	1	1	6	6	0	4,24	13	43	13	11	64	3	66	32	45	11
30	40	3	4	1	2	9	10	30000	7	10	70	8	5	22	3	23	16	45	3
31	42	3	2	1	2	6	10	30500	3,62	6	43	10	12	53	4	80	36	15	6
32	48	3	1	1	1	1	1	18000	2,33	15	19	11	14	66	4	96	44	51	9
33	37	3	1	1	1	7	7	18000	2,33	12	31	10	18	74	5	73	40	47	11
34	34	3	2	1	4	10	10	18000	2,31	11	33	5	14	56	4	99	51	27	9
35	42	3	2	1	4	12	12	0	3,48	14	33	6	13	21	3	69	28	17	6
36	31	1	4	2	1	8	8	18500	1,48	13	39	8	14	64	3	86	24	21	8
37	46	2	0	1	2	3	3	21300	2,52	9	31	15	11	46	5	69	26	72	7
38	56	3	1	2	8	3	20	16200	1,62	13	28	12	12	67	5	59	47	44	9
39	35	3	2	1	2	14	14	20000	1,43	15	19	1	15	72	4	95	44	43	9
40	45	3	1	2	6	7	9	16900	2,62	9	41	11	11	60	1	43	37	46	7
41	39	2	1	2	8	3	3	17300	2,14	13	42	11	16	65	2	54	49	49	9
42	25	3	0	2	1	3	3	18600	2,5	9	39	11	17	51	4	65	53	51	8
43	34	3	2	1	1	16	16	18000	2,31	11	33	5	14	56	4	99	52	26	10
44	43	2	1	1	3	2	2	0	3,81	9	42	11	20	52	2	69	45	45	5
45	45	3	1	2	6	7	9	16900	2,65	9	42	11	12	60	1	45	39	43	8
46	30	4	0	2	1	0,5	3	17100	3,81	13	32	13	19	50	3	69	45	45	6
47	35	4	1	1	7	9	9	15300	2,96	12	46	9	15	69	3	93	52	45	10
48	37	3	0	2	7	5	10	17600	3,62	15	25	3	18	70	4	75	58	44	11
49	43	2	2	2	5	12	14	17800	3,52	13	40	10	14	66	1	58	47	40	6
50	41	3	1	1	2	8	8	21400	3,14	10	26	15	18	62	4	72	38	46	6
51	38	3	2	2	3	3	3	17500	4,93	9	38	12	12	51	2	69	32	54	5

52	25	4	0	2	4	2	2	15200	1,72	13	24	5	18	64	4	58	30	15	10
53	26	3	0	1	1	3	4	20400	3,38	12	35	12	17	54	5	70	50	38	8
54	43	2	1	2	3	2	2	19000	3,81	9	42	11	20	52	2	69	45	40	5
55	25	3	1	2	1	3	3	23000	2,29	9	31	7	13	60	5	22	34	41	9
56	25	4	0	2	1	6	6	23000	3,05	12	19	2	13	55	4	42	19	45	6
57	35	3	0	1	1	3	3	25100	2,33	9	24	3	15	83	4	92	34	21	7
58	33	3	2	2	1	1	1	0	3,38	7	22	0	17	55	4	109	47	45	7
59	29	2	0	2	1	6	6	0	2,62	12	32	8	14	61	4	103	52	19	10
60	27	2	0	2	4	5	5	18100	2,33	14	34	7	17	66	4	93	45	44	9
61	28	3	1	2	2	6	6	18500	2,24	11	38	0	19	75	4	85	35	48	9
62	23	4	0	2	2	1	1	14900	2,67	12	38	8	18	60	4	74	31	52	9
63	51	3	2	1	5	10	15	0	3,14	10	28	13	19	65	1	72	37	45	6
64	53	1	2	1	2	0,5	0,5	0	3,71	13	40	6	16	66	4	63	45	45	8
65	39	3	2	1	1	0,5	0,5	19800	3,1	12	51	0	17	80	4	63	47	48	7
66	26	4	0	2	4	2	2	16500	4,34	6	30	8	13	46	4	98	49	48	5
67	30	3	1	2	1	4	4	0	2,38	9	52	15	16	58	3	72	35	46	8
68	33	3	2	2	1	2	2	19100	2,52	14	25	9	17	69	4	74	42	45	9
69	35	1	2	1	1	6	7	19500	2,76	9	38	10	12	87	4	79	40	41	7
70	30	3	0	1	4	1,5	1,5	19000	3,62	8	35	6	13	41	4	51	36	44	7
71	49	3	2	2	8	2	2	16500	2,43	13	23	11	15	67	4	71	36	46	7
72	42	2	2	1	3	12	12	22000	3,72	7	31	15	11	50	5	67	16	49	8
73	31	4	0	2	1	1	3	19200	3,82	14	32	13	20	49	3	68	45	47	8
74	61	3	1	2	8	2	22	17000	2,33	13	30	9	15	70	3	92	43	41	10
75	35	4	0	2	6	8	8	18000	2,1	14	26	11	16	56	3	67	26	45	6
76	51	3	2	1	4	1	1	22300	3,71	13	42	8	16	66	4	65	44	45	8
77	55	3	2	2	4	0,5	12	21000	1,86	7	25	5	15	54	4	70	31	50	8
78	34	3	2	1	2	12	12	25000	1,67	15	23	13	16	79	4	89	68	36	10
79	39	3	2	1	1	0,5	0,5	20000	3,1	13	52	6	17	81	4	63	49	48	8
80	32	4	1	1	1	6	12	20300	4,38	7	44	11	11	41	3	75	28	37	6
81	57	3	2	2	6	7	10	0	2,01	14	27	12	18	61	3	49	46	35	9
82	30	4	0	1	1	2	2	19000	2,57	11	34	12	16	68	5	62	40	46	10
83	29	3	0	2	4	5	5	0	3,43	13	47	12	17	58	3	62	42	34	6
84	43	2	3	2	3	12	14	22000	3,72	7	31	15	12	50	1	67	18	49	8
85	32	3	1	1	1	6	10	20000	4,38	8	45	11	12	42	1	53	28	37	8

Souhrn vstupních dat k dotazníku BM a DSZS pro soubor zdravotních sester se specializací **Příloha č. 8**

Subjekt	J-SD								BM	DSZS									
počet	Věk	RS	PD	PZ	NODD	SenODD	SenZZ	Plat	BQ	A-CPSF	B-FC/FMV	B-FC/FVA	C-VZ	D-RJSB	E-ZSt	F-OST	G-ODPO	H-PP	I-APO
1	32	2	0	1	1	2	2	21000	2,76	8	26	7	16	63	5	50	49	47	8
2	23	4	0	1	3	3	3	16000	1,33	14	24	9	20	74	5	51	38	50	12
3	49	3	3	1	3	18	18	18700	3,05	14	33	14	14	66	3	49	42	50	12
4	37	2	1	1	1	5	5	0	2,62	12	40	13	14	74	5	84	52	48	8
5	36	3	1	1	1	3	3	25000	3,29	9	23	12	15	67	4	93	45	45	11
6	38	3	3	1	2	8	10	0	3,02	10	36	14	11	68	5	93	40	38	9
7	43	2	2	1	1	1	1	0	3,9	8	61	13	13	56	3	57	37	36	6
8	29	4	0	1	2	4	6	22000	4,86	6	53	10	10	58	3	53	37	47	6
9	26	4	0	1	3	5	6	20000	2,43	12	45	14	14	63	4	61	45	47	9
10	44	3	1	1	1	6	6	0	4,24	13	43	13	11	64	3	66	32	45	11
11	40	3	4	1	2	9	10	30000	7	10	70	8	5	22	3	23	16	45	3
12	42	3	2	1	2	6	10	30500	3,62	6	43	10	12	53	4	80	36	15	6
13	48	3	1	1	1	1	1	18000	2,33	15	19	11	14	66	4	96	44	51	9
14	37	3	1	1	1	7	7	18000	2,33	12	31	10	18	74	5	73	40	47	11
15	34	3	2	1	4	10	10	18000	2,31	11	33	5	14	56	4	99	51	27	9
16	42	3	2	1	4	12	12	0	3,48	14	33	6	13	21	3	69	28	17	6
17	46	2	0	1	2	3	3	21300	2,52	9	31	15	11	46	5	69	26	72	7
18	35	3	2	1	2	14	14	20000	1,43	15	19	1	15	72	4	95	44	43	9
19	34	3	2	1	1	16	16	18000	2,31	11	33	5	14	56	4	99	52	26	10
20	43	2	1	1	3	2	2	0	3,81	9	42	11	20	52	2	69	45	45	5
21	35	4	1	1	7	9	9	15300	2,96	12	46	9	15	69	3	93	52	45	10
22	41	3	1	1	2	8	8	21400	3,14	10	26	15	18	62	4	72	38	46	6
23	26	3	0	1	1	3	4	20400	3,38	12	35	12	17	54	5	70	50	38	8
24	35	3	0	1	1	3	3	25100	2,33	9	24	3	15	83	4	92	34	21	7
25	51	3	2	1	5	10	15	0	3,14	10	28	13	19	65	1	72	37	45	6
26	53	1	2	1	2	0,5	0,5	0	3,71	13	40	6	16	66	4	63	45	45	8
27	39	3	2	1	1	0,5	0,5	19800	3,1	12	51	0	17	80	4	63	47	48	7
28	35	1	2	1	1	6	7	19500	2,76	9	38	10	12	87	4	79	40	41	7
29	30	3	0	1	4	1,5	1,5	19000	3,62	8	35	6	13	41	4	51	36	44	7
30	42	2	2	1	3	12	12	22000	3,72	7	31	15	11	50	5	67	16	49	8
31	51	3	2	1	4	1	1	22300	3,71	13	42	8	16	66	4	65	44	45	8
32	34	3	2	1	2	12	12	25000	1,67	15	23	13	16	79	4	89	68	36	10
33	39	3	2	1	1	0,5	0,5	20000	3,1	13	52	6	17	81	4	63	49	48	8
34	32	4	1	1	1	6	12	20300	4,38	7	44	11	11	41	3	75	28	37	6
35	30	4	0	1	1	2	2	19000	2,57	11	34	12	16	68	5	62	40	46	10
36	32	3	1	1	1	6	10	20000	4,38	8	45	11	12	42	1	53	28	37	8

Souhrn vstupních dat k dotazníku BM a DSZS pro soubor zdravotních sester bez specializace **Příloha č. 9**

Subjekt	J-SD								BM	DSZS									
počet	Věk	RS	PD	PZ	NODD	SenODD	SenZZ	Plat	BQ	A-CPSF	B-FC/FMV	B-FC/FVA	C-VZ	D-RJSB	E-ZSt	F-OST	G-ODPO	H-PP	I-APO
1	41	3	1	2	5	7	7	16900	2,81	8	38	13	11	57	3	52	39	47	6
2	44	2	3	2	6	11	11	16800	1,43	14	30	10	16	66	4	47	44	46	8
3	47	2	3	2	6	8	8	17300	2,75	7	34	10	11	44	3	54	36	50	5
4	33	4	1	2	2	9	9	16100	2,86	12	46	8	15	67	4	93	51	45	10
5	57	3	3	2	2	15	30	18000	3,06	9	48	10	7	32	1	39	26	67	6
6	49	3	2	2	2	5	28	16000	3,71	13	32	11	15	53	3	70	41	60	6
7	26	4	0	2	5	5	6	13000	4,86	6	59	15	8	35	1	45	27	68	4
8	26	4	0	2	5	5	5	14000	1,33	14	28	9	18	80	5	60	53	34	12
9	28	4	0	2	7	4	4	15000	1,71	14	26	9	18	71	5	92	44	36	11
10	38	3	2	2	2	3	3	17500	4,95	8	36	12	12	49	4	69	30	54	5
11	57	2	4	2	7	15	15	19100	4,01	14	34	15	13	55	1	65	34	49	8
12	23	4	0	2	7	3	3	16400	1,43	15	27	7	17	72	5	79	47	47	12
13	50	3	3	2	7	16	16	18600	3,62	9	29	13	13	50	3	63	49	44	9
14	43	2	2	2	5	12	14	17800	3,52	13	40	10	14	66	1	58	47	40	6
15	58	3	2	2	8	1	10	18000	2,24	15	33	6	12	54	3	70	33	39	6
16	38	3	3	2	6	7	12	17000	2,48	13	35	10	14	68	3	46	41	44	10
17	32	3	2	2	7	5	5	17200	2,24	12	34	10	11	67	4	53	39	48	9
18	39	2	3	2	3	15	18	17600	2,29	13	30	12	15	64	5	59	42	49	7
19	25	4	0	2	1	5	5	18000	1,62	13	23	3	17	63	3	68	27	37	8
20	31	1	4	2	1	8	8	18500	1,48	13	39	8	14	64	3	86	24	21	8
21	56	3	1	2	8	3	20	16200	1,62	13	28	12	12	67	5	59	47	44	9
22	45	3	1	2	6	7	9	16900	2,62	9	41	11	11	60	1	43	37	46	7
23	39	2	1	2	8	3	3	17300	2,14	13	42	11	16	65	2	54	49	49	9
24	25	3	0	2	1	3	3	18600	2,5	9	39	11	17	51	4	65	53	51	8
25	45	3	1	2	6	7	9	16900	2,65	9	42	11	12	60	1	45	39	43	8
26	30	4	0	2	1	0,5	3	17100	3,81	13	32	13	19	50	3	69	45	45	6
27	37	3	0	2	7	5	10	17600	3,62	15	25	3	18	70	4	75	58	44	11
28	43	2	2	2	5	12	14	17800	3,52	13	40	10	14	66	1	58	47	40	6
29	38	3	2	2	3	3	3	17500	4,93	9	38	12	12	51	2	69	32	54	5
30	25	4	0	2	4	2	2	15200	1,72	13	24	5	18	64	4	58	30	15	10
31	43	2	1	2	3	2	2	19000	3,81	9	42	11	20	52	2	69	45	40	5
32	25	3	1	2	1	3	3	23000	2,29	9	31	7	13	60	5	22	34	41	9
33	25	4	0	2	1	6	6	23000	3,05	12	19	2	13	55	4	42	19	45	6
34	33	3	2	2	1	1	1	0	3,38	7	22	0	17	55	4	109	47	45	7
35	29	2	0	2	1	6	6	0	2,62	12	32	8	14	61	4	103	52	19	10
36	27	2	0	2	4	5	5	18100	2,33	14	34	7	17	66	4	93	45	44	9
37	28	3	1	2	2	6	6	18500	2,24	11	38	0	19	75	4	85	35	48	9
38	23	4	0	2	2	1	1	14900	2,67	12	38	8	18	60	4	74	31	52	9
39	26	4	0	2	4	2	2	16500	4,34	6	30	8	13	46	4	98	49	48	5
40	30	3	1	2	1	4	4	0	2,38	9	52	15	16	58	3	72	35	46	8
41	33	3	2	2	1	2	2	19100	2,52	14	25	9	17	69	4	74	42	45	9
42	49	3	2	2	8	2	2	16500	2,43	13	23	11	15	67	4	71	36	46	7
43	31	4	0	2	1	1	3	19200	3,82	14	32	13	20	49	3	68	45	47	8
44	61	3	1	2	8	2	22	17000	2,33	13	30	9	15	70	3	92	43	41	10
45	35	4	0	2	6	8	8	18000	2,1	14	26	11	16	56	3	67	26	45	6
46	55	3	2	2	4	0,5	12	21000	1,86	7	25	5	15	54	4	70	31	50	8
47	57	3	2	2	6	7	10	0	2,01	14	27	12	18	61	3	49	46	35	9
48	29	3	0	2	4	5	5	0	3,43	13	47	12	17	58	3	62	42	34	6
49	43	2	3	2	3	12	14	22000	3,72	7	31	15	12	50	1	67	18	49	8