

Česká zemědělská univerzita v Praze

Provozně ekonomická fakulta

Katedra psychologie



Bakalářská práce

Stres a jeho vliv na výkonnost v zaměstnání

Kateřina Súpová

© 2021 ČZU v Praze

ČESKÁ ZEMĚDĚLSKÁ UNIVERZITA V PRAZE

Provozně ekonomická fakulta

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Kateřina Súkupová

Veřejná správa a regionální rozvoj – k.s. Jičín

Název práce

Stres a jeho vliv na výkonnost v zaměstnání

Název anglicky

Stress and its impact on a performance at work

Cíle práce

Cílem teoretické části bakalářské práce bude vymezení problematiky stresu. Práce se bude zabývat definicí stresu, jeho vztahem k pracovní výkonnosti a k riziku odborného selhání u zaměstnanců vybraného zdravotnického zařízení.

Metodika

Bakalářská práce bude složena ze dvou částí – teoretické a empirické. Teoretická část bude zpracována na základě studia odborné literatury a následně provedené kompilace textu. Empirická část bude navazovat na teoretickou část vlastním dotazníkovým šetřením. Podkladem pro sestavení dotazníku budou stanovené výzkumné hypotézy. Ke zpracování dat bude použita vhodně zvolená statistická metoda. Slovní interpretace výsledků budou doplněny o grafy a tabulky.

Doporučený rozsah práce

40 – 60 str.

Klíčová slova

stres, stresor, vyčerpání, rizikové faktory, prevence, práce

Doporučené zdroje informací

FONTANA, D. Stres v práci a v životě: jak ho pochopit a zvládat. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1033-7.

JOSHI, V. Stres a zdraví. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-211-9.

KEBZA, V. Psychosociální determinanty zdraví. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.

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

SELYE, H. Stres života. Hodkovičky: Pragma, 2016. ISBN 978-80-7349-392-9.



Předběžný termín obhajoby

2020/21 LS – PEF

Vedoucí práce

Mgr. Ing. Pavel Michálek, Ph.D.

Garantující pracoviště

Katedra psychologie

Elektronicky schváleno dne 15. 2. 2021

PhDr. Pavla Rymešová, Ph.D.

Vedoucí katedry

Elektronicky schváleno dne 15. 2. 2021

Ing. Martin Pelikán, Ph.D.

Děkan

V Praze dne 16. 02. 2021

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci „Stres a jeho vliv na výkonnost v zaměstnání“ jsem vypracovala samostatně pod vedením vedoucího bakalářské práce a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu použitých zdrojů na konci práce. Jako autor uvedené bakalářské práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušila autorská práva třetích osob.

V Praze dne 21. 2. 2021

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala panu Mgr. Ing. Pavlovi Michálkovi, Ph.D. za odbornou pomoc při vypracování mé bakalářské práce a mému manželovi Michalovi za podporu, kterou mi poskytoval během celého studia.

Stres a jeho vliv na výkonnost v zaměstnání

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou stresu v obecné rovině a ve vztahu k výkonnosti v zaměstnání. Práce se skládá ze dvou hlavních částí.

V teoretické části je popsána historie výzkumu stresu, fáze stresové reakce, členění stresu, rozlišení a působení stresorů. Práce se dále zabývá příčinami stresu, dělením příznaků stresu a osobnostními faktory, které souvisí se stresem. Pozornost je dále věnována strategiím zvládnání stresu, působení stresu zejména ve zdravotnických profesích a v neposlední řadě možnostem prevence stresu.

Empirická část je zaměřena na charakteristiku vybraného zdravotnického zařízení, průběh výzkumu a popis dotazníku, dále na strukturu statistického souboru, stanovení a vyhodnocení výzkumných hypotéz pomocí vhodných statistických metod.

Klíčová slova: stres, stresor, vyčerpání, rizikové faktory, prevence, práce

Stress and its impact on a performance at work

Abstract

This bachelor thesis deals with the issue of stress in general and in relation to job performance. The work consists of two main parts.

The theoretical part describes the research of stress, phases of stress reaction, classification of stress, differentiation and action of stressors. The work also deals with the causes of stress, the division of stress symptoms and personality factors related to stress. Attention is also paid to stress management strategies, the effects of stress, especially in the medical professions, and last but not least the possibilities of stress prevention.

The practical part is focused on the characteristics of the selected medical facility, the research and the description of survey, the structure of the statistical file, determination and evaluation of research hypotheses using appropriate statistical methods.

Keywords: stress, stressor, exhaustion, risk factors, prevention, work

Obsah

1 Úvod.....	11
2 Cíl práce a metodika	12
2.1 Cíl práce.....	12
2.2 Metodika	12
2.2.1 Dotazník	12
2.2.2 Stanovení hypotéz	13
2.2.3 Metoda výpočtu.....	14
3 Teoretická část.....	16
3.1 Historie výzkumu stresu	16
3.2 Fáze stresové reakce	18
3.3 Člověk a stres.....	20
3.4 Členění stresu	21
3.4.1 Eustres vs. distres	21
3.4.2 Akutní vs. chronický stres.....	22
3.5 Stresory a salutory	22
3.6 Příčiny stresu	23
3.7 Příznaky stresu.....	25
3.8 Osobnostní faktory a stres	25
3.8.1 Vulnerabilita.....	25
3.8.2 Resilience	26
3.8.3 Další osobnostní faktory	26
3.9 Měření a hodnocení	27
3.10 Strategie zvládání stresu	28
3.10.1 Jak řešit příčiny stresu	28
3.10.2 Další strategie řešení stresu	29
3.10.3 Neefektivní strategie zvládání stresu.....	29
3.11 Stres a zaměstnání	29
3.11.1 Zdroje stresu v zaměstnání	30
3.11.2 Sestry manažerky.....	32
3.12 Prevence.....	32
3.12.1 Volba vhodného režimu práce a odpočinku	32
3.12.2 Sociální opora jako preventivní faktor	32
3.12.3 Zásady, postoje a mechanismy prevence stresu	34
4 Empirická část.....	35
4.1 Identifikace zdravotnického zařízení.....	35
4.2 Průběh výzkumu a popis dotazníku.....	35
4.3 Struktura statistického souboru	36

4.3.1	Struktura respondentů podle příslušnosti k druhu profese a pohlaví	37
4.3.2	Struktura respondentů podle věkové kategorie a pohlaví	38
4.3.3	Struktura respondentů podle příslušnosti k pracovní pozici a pohlaví ...	39
4.4	Testování výzkumných hypotéz	40
4.4.1	H ₀₁ – rozdíl mezi mírou stresu a pohlavím	41
4.4.2	H ₀₂ – rozdíl mezi mírou stresu a věkem	42
4.4.3	H ₀₃ – rozdíl mezi mírou stresu a druhem profese	44
4.4.4	H ₀₄ – rozdíl v pocitu stresu mezi odděleními následné péče a urologickým oddělením	45
4.4.5	H ₀₅ – rozdíl v pocitu stresu mezi sestrami na lůžkovém oddělení a laboranty	47
4.4.6	H ₀₆ – rozdíl v pocitu stresu jako rizikového faktoru vedoucího k odbornému pochybení mezi muži a ženami	48
4.4.7	H ₀₇ – rozdíl v pocitu stresu jako rizikového faktoru vedoucího k odbornému pochybení mezi sestrami na lůžkovém oddělení a lékaři	50
4.4.8	H ₀₈ – rozdíl v pocitu stresu mezi pracovníky, kteří pracují s pacienty a kteří nepracují s pacienty	52
4.4.9	H ₀₉ – rozdíl v pocitu stresu jako rizikového faktoru vedoucího k odbornému pochybení mezi chirurgickým oddělením a provozem s administrativou	53
5	Výsledky a diskuse	56
6	Závěr	59
7	Seznam použitých zdrojů	61
7.1	Literární zdroje	61
7.2	Internetové zdroje	62
8	Přílohy	63
8.1	Příloha č. 1 – Dotazník	63

Seznam zkratek

ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
a.s.	akciová společnost
CT	počítačová tomografie
GAS	General adaptation syndrome (obecný adaptační syndrom)
H ₀	nulová hypotéza
H ₁	alternativní hypotéza
JIP	jednotka intenzivní péče
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
MNDK	Městská nemocnice, a.s. Dvůr Králové nad Labem
OKBH	oddělení klinické biochemie a hematologie
PTSP	posttraumatická stresová porucha
RTG	rentgen
UZV	ultrazvuk
WHO	světová zdravotnická organizace

Seznam obrázků

Obrázek 3.1 – Průběh stresové reakce	19
Obrázek 3.2 – Člověk ve stresu	20
Obrázek 3.3 – Pracovní výkon v závislosti na míře stresové zátěže	22
Obrázek 3.4 – Nejběžnější zdroje stresu v zaměstnání.....	31
Obrázek 4.1 – Zjednodušené organizační schéma MNDK.....	36

Seznam tabulek

Tabulka 3.1 – Příčiny stresu v zaměstnání	24
Tabulka 4.1 – Absolutní četnosti dle druhu profese a pohlaví	37
Tabulka 4.2 – Relativní četnosti dle druhu profese a pohlaví	37
Tabulka 4.3 – Absolutní a relativní četnosti podle věku a pohlaví.....	38
Tabulka 4.4 – Absolutní četnosti podle pracovní pozice a pohlaví	39
Tabulka 4.5 – Hrubé skóry pro vyhodnocení míry prožívání zátěže (míry stresu)	40
Tabulka 4.6 – Kontingenční tabulka pro testování nulové hypotézy H ₀₁	41
Tabulka 4.7 – Teoretické četnosti pro testování nulové hypotézy H ₀₁	41
Tabulka 4.8 – Kontingenční tabulka pro testování nulové hypotézy H ₀₂	42

Tabulka 4.9 – Teoretické četnosti pro testování nulové hypotézy H_{02}	42
Tabulka 4.10 – Kontingenční tabulka pro testování nulové hypotézy H_{02} po sloučení.....	42
Tabulka 4.11 – Teoretické četnosti pro testování nulové hypotézy H_{02} po sloučení.....	43
Tabulka 4.12 – Asociační tabulka pro testování nulové hypotézy H_{02}	43
Tabulka 4.13 –Kontingenční tabulka pro testování nulové hypotézy H_{03}	44
Tabulka 4.14 – Teoretické četnosti pro testování nulové hypotézy H_{03}	44
Tabulka 4.15 –Kontingenční tabulka pro testování nulové hypotézy H_{04}	45
Tabulka 4.16 – Teoretické četnosti pro testování nulové hypotézy H_{04}	46
Tabulka 4.17 – Asociační tabulka pro testování nulové hypotézy H_{04}	46
Tabulka 4.18 –Kontingenční tabulka pro testování nulové hypotézy H_{05}	47
Tabulka 4.19 – Teoretické četnosti pro testování nulové hypotézy H_{05}	47
Tabulka 4.20 – Asociační tabulka pro testování nulové hypotézy H_{05}	47
Tabulka 4.21 –Kontingenční tabulka pro testování nulové hypotézy H_{06}	49
Tabulka 4.22 – Teoretické četnosti pro testování nulové hypotézy H_{06}	49
Tabulka 4.23 – Kontingenční tabulka pro testování nulové hypotézy H_{06} po sloučení.....	49
Tabulka 4.24 – Teoretické četnosti pro testování nulové hypotézy H_{06} po sloučení.....	50
Tabulka 4.25 – Kontingenční tabulka pro testování nulové hypotézy H_{07}	51
Tabulka 4.26 – Teoretické četnosti pro testování nulové hypotézy H_{07}	51
Tabulka 4.27 – Kontingenční tabulka pro testování nulové hypotézy H_{07} po sloučení.....	51
Tabulka 4.28 – Teoretické četnosti pro testování nulové hypotézy H_{07} po sloučení.....	52
Tabulka 4.29 – Kontingenční tabulka pro testování nulové hypotézy H_{08}	52
Tabulka 4.30 – Teoretické četnosti pro testování nulové hypotézy H_{08}	53
Tabulka 4.31 – Kontingenční tabulka pro testování nulové hypotézy H_{09}	54
Tabulka 4.32 – Teoretické četnosti pro testování nulové hypotézy H_{09}	54
Tabulka 4.33 – Kontingenční tabulka pro testování nulové hypotézy H_{09} po sloučení.....	54
Tabulka 4.34 – Teoretické četnosti pro testování nulové hypotézy H_{09} po sloučení.....	55

Seznam grafů

Graf 4.1 – Absolutní četnosti dle druhu profese a pohlaví	38
Graf 4.2 – Absolutní četnosti dle věkové kategorie a pohlaví.....	39
Graf 4.3 – Absolutní četnosti podle pracovní pozice a pohlaví.....	40

1 Úvod

Zdravotnictví je součástí veřejného sektoru stejně jako veřejná správa. Úkolem zdravotnických zařízení je poskytování specifických veřejných služeb. Z pohledu veřejných rozpočtů je zdravotnictví financováno z prostředků státních pojistných fondů, pod které spadají rozpočty zdravotních pojišťoven, ze kterých jsou zdravotnická zařízení v převážné výši financována. Rozpočtová soustava České republiky dále zahrnuje mimo jiné veřejné rozpočty, pod které spadají i rozpočty krajů nebo obcí. V nich také může být část veřejných financí určena pro financování zdravotnických zařízení. Takové propojení rozpočtu dokládá fakt, že například Královéhradecký kraj vynakládá značnou část finančních prostředků za tzv. závazek veřejné služby u nemocnic v jeho vlastnictví. Děje se tomu konkrétně tak, že pomocí vyrovnávacích plateb dotuje ztrátová oddělení (např. chirurgii či internu). Stejně tak Město Dvůr Králové nad Labem pravidelně poskytuje ze svých prostředků roční příspěvek na provozování jinak ekonomicky ztrátového pracoviště dětské pohotovosti. V obou případech oprávněnost čerpání těchto finančních prostředků podléhá kontrole (zdroj: www.managementmania.com, www.kr-kralovehradecky.cz).

Cílem řady zdravotnických zařízení by mělo být vytvoření stabilních pracovních týmů (např. operačních) ve snaze zabránit nežádoucí fluktuaci. Vytváření takových týmů předpokládá spotřebu určitých podnikových (finančních i nefinančních) zdrojů a pro zdravotnická zařízení představuje řadu dlouhodobých a náročných činností. Významná část lůžkových zdravotnických zařízení se dlouhodobě potýká s nedostatkem zdravotnického personálu. Z pozice zdravotnického zařízení jako zaměstnavatele je tedy nutné pracovat co nejefektivněji s lidskými zdroji, respektovat adaptační procesy a minimalizovat nežádoucí stres a jeho negativní dopady na zaměstnance. Při tom je třeba mít na vědomí, že zejména zdravotnický personál je vystaven dlouhodobému stresu díky požadavkům na jeho vysoký pracovní výkon a minimalizaci chybných rozhodnutí, která mohou mít nežádoucí dopad na zdraví a život pacientů.

Negativní stres přináší zaměstnavatelům také zvýšené finanční náklady. Podle průzkumu se ve Velké Británii asi 10 % HDP ztrácí kvůli stresu, který je vytvářen ve formě absence, fluktuace, výdajů za léky apod. (Arnold a kol., 2007, s. 381).

2 Cíl práce a metodika

2.1 Cíl práce

Cílem teoretické části bakalářské práce je vymezení problematiky stresu. Práce se zabývá definicemi stresu, jeho vztahu k pracovní výkonnosti a k riziku odborného pochybení u zaměstnanců vybraného zdravotnického zařízení. V úvodu teoretické části je popsána historie výzkumu stresu, fáze stresové reakce, členění stresu, rozlišení a působení stresorů. Práce se dále zabývá příčinami stresu, dělením příznaků stresu a osobnostními faktory, které souvisí se stresem. Pozornost je dále věnována strategiím zvládnání stresu, působení stresu zejména ve zdravotnických profesích a v neposlední řadě možnostem prevence stresu.

Empirická část je zaměřena na charakteristiku vybraného zdravotnického zařízení, průběh výzkumu a popis dotazníku. Hlavní část této práce se zabývá porovnáním statistického souboru podle různých kategorií a jejich kombinací pomocí grafů a tabulek. Dále je věnována pozornost testování nulových hypotéz pomocí vhodných statistických metod, jejich ověřování a interpretaci zjištěných výsledků. Také hypotézy jsou doplněny o vhodné tabulky.

2.2 Metodika

Bakalářská práce je složena ze dvou částí – teoretické a empirické. Teoretická část je zpracována na základě studia odborné literatury a následně provedené kompilace textu. V empirické části je v návaznosti na teoretickou část provedeno dotazníkové šetření. Po zpracování získaných dat je proveden rozbor statistického souboru podle různých kategorií a následně vyhodnocení výzkumných hypotéz. Provedené slovní interpretace výsledků jsou doplněny o vhodné grafy a tabulky.

2.2.1 Dotazník

Dotazník (viz Příloha č. 1) se skládá ze tří částí. První část dotazníku obsahuje osobní otázky např. věk, pohlaví, pracovní profese. Pro druhou část dotazníku jsem zvolila standardizovaný Meisterův dotazník, který slouží k měření pracovní zátěže. Tento standardizovaný dotazník obsahuje 10 tezí zaměřených na vlastní pracovní činnosti, kde se každá teze skládá z pětistupňové škály podle míry ztotožnění se a následné provedení skóre (Štikar a kol., 2003, s. 279).

Poslední část dotazníku tvoří vlastní doplňující otázka, která se vztahuje k problematice vlivu stresu na možné odborné pochybení.

2.2.2 Stanovení hypotéz

Pro empirickou část práce jsou zvoleny následující výzkumné hypotézy:

H₀₁: Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi mírou stresu a pohlavím

H₁₁: Existuje statisticky významný rozdíl mezi mírou stresu a pohlavím

H₀₂: Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi mírou stresu a věkem

H₁₂: Existuje statisticky významný rozdíl mezi mírou stresu a věkem

H₀₃: Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi mírou stresu a druhem profese

H₁₃: Existuje statisticky významný rozdíl mezi mírou stresu a druhem profese

H₀₄: Neexistuje statisticky významný rozdíl v pocitu stresu mezi oddělením následné péče a urologickým oddělením

H₁₄: Existuje statisticky významný rozdíl v pocitu stresu mezi oddělením následné péče a urologickým oddělením

H₀₅: Neexistuje statisticky významný rozdíl v pocitu stresu mezi sestrami na lůžkovém oddělení a laboranty

H₁₅: Existuje statisticky významný rozdíl v pocitu stresu mezi sestrami na lůžkovém oddělení a laboranty

H₀₆: Neexistuje statisticky významný rozdíl v pocitu stresu jako rizikového faktoru vedoucího k odbornému pochybení mezi muži a ženami

H₁₆: Existuje statisticky významný rozdíl v pocitu stresu jako rizikového faktoru vedoucího k odbornému pochybení mezi muži a ženami

H₀₇: Neexistuje statisticky významný rozdíl v pocitu stresu jako rizikového faktoru vedoucího k odbornému pochybení mezi sestrami na lůžkovém oddělení a lékaři

H₁₇: Existuje statisticky významný rozdíl v pocitu stresu jako rizikového faktoru vedoucího k odbornému pochybení mezi sestrami na lůžkovém oddělení a lékaři

H₀₈: Neexistuje statisticky významný rozdíl v pocitu stresu mezi pracovníky, kteří pracují s pacienty a kteří nepracují s pacienty

H₁₈: Existuje statisticky významný rozdíl v pocitu stresu mezi pracovníky, kteří pracují s pacienty a kteří nepracují s pacienty

H₀₉: Neexistuje statisticky významný rozdíl v pocitu stresu jako rizikového faktoru vedoucího k odbornému pochybení mezi chirurgickým oddělením a provozem s administrativou

H₁₉: Existuje statisticky významný rozdíl v pocitu stresu jako rizikového faktoru vedoucího k odbornému pochybení mezi chirurgickým oddělením a provozem s administrativou

2.2.3 Metoda výpočtu

Získané výsledky z dotazníkového šetření jsou zpracovány do asociačních a kontingenčních tabulek v MS Excelu 2019. Hypotézy jsou ověřovány na základě statistické metody χ^2 testu nezávislosti (Řezanková, 2017, s. 73 – 77).

Pro použití χ^2 testu nezávislosti musí být splněny následující podmínky:

- a) $n > 40$
- b) podíl teoretických četností menších než 5 nesmí přesáhnout 20 %
- c) žádná z teoretických četností nesmí být menší než 1

Všechny tyto podmínky musí být splněny. Pokud nejsou splněny, je nutné sloučit řádky nebo sloupce v kontingenční tabulce.

Pro testování v asociační tabulce je použit vzorec:

$$\chi^2 = \frac{n(ad - bc)^2}{(a + b)(a + c)(b + d)(c + d)}$$

Pro testování v kontingenční tabulce jsou použity vzorce:

- pro skutečné hodnoty:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{n(n_{ij})^2}{n_i \cdot n_j} - n$$

- pro teoretické četnosti

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n_{oj})^2}{n_{oj}}$$

Testová kritéria se porovnají s kritickými hodnotami uvedenými ve statistických tabulkách.

Pro asociační tabulku se jedná o hodnotu $\chi^2_{\alpha(2-1)(2-1)}$, pro kontingenční tabulku hodnota $\chi^2_{\alpha(r-1)(s-1)}$.

Pokud $\chi^2 > \chi^2_{\alpha}$, potom je nulová hypotéza zamítnuta, platí alternativní hypotéza, tj. závislost mezi znaky existuje.

Při prokázání existenci závislosti je následně vypočítána síla závislosti, a to:

- v asociační tabulce vyjádřením koeficientu asociace:

$$|V| = \sqrt{\frac{\chi^2}{n}}$$

- v kontingenční tabulce výpočtem a interpretací Pearsonova koeficientu kontingence:

$$C = \sqrt{\frac{\chi^2}{n + \chi^2}}$$

3 Teoretická část

„Stres patří k životu stejně jako vzduch a dýchání. Existuje jediný způsob, jak se stresu vyhnout. Zemřít.“

Selye

Stres představuje ohrožení homeostázy. Homeostázou se rozumí udržování všech systémů v těle na určité optimální úrovni stability životaschopné fyziologické soustavy. Proces, který podporuje homeostázu, je označován pojmem alostáza. Úkolem tohoto procesu je udržování rovnováhy při měnících se životních podmínkách (Joshi, 2007, s. 17).

Z pohledu psychologie je stres také chápán jako nezvládnutí vyšších nároků při nedostatku vlastních psychických zdrojů. Stres má mnoho složek, mezi nejdůležitější patří stresory a reakce na stres (Ayers, Visser, 2015, s. 50 – 51).

Na stres lze nahlížet také jako na míru opotřebení tělesného ústrojí, které je způsobeno nejenom dramatickými změnami, ale i normálním chodem života. Na základě tohoto tvrzení stres definujeme jako nespecifickou odezvu těla na jakýkoliv podnět. Během akutního stresu jak u člověka, tak u zvířat dochází k adrenálnímu změnám, mizení eozinofilů, involuci lymfatických tkání, zvýšenému vylučování kortikoidů močí a potlačení zánětů (Selye, 2016, s. 19 – 20).

3.1 Historie výzkumu stresu

Ačkoliv stres doprovází člověka a další živé organismy prakticky od nepaměti, za prvního vědce, který se věnoval problematice stresu, je považován Cannon (1871 – 1945) (Večeřová – Procházková, Honzák, 2008, s. 188).

Tento americký fyziolog při výzkumu ve své laboratoři postupoval tak, že vystavoval zvířata těžkým situacím (např. nadměrnému hluku nebo vysoké teplotě) a zkoumal jejich fyziologické reakce (Křivohlavý, 2001, s. 166).

V roce 1915 pak Cannon popsal reakci organismu na jeho ohrožení ve smyslu řešení stresové reakce způsobem „útok nebo útek“ (Večeřová – Procházková, Honzák, 2008, s. 188).

Za zakladatele opravdu systematického výzkumu stresu je považován kanadský fyziolog rakousko-maďarského původu Selye (1907 – 1982), který definoval pojem stres jako „*nespecifickou odezvu těla na jakýkoliv podnět.*“ Pro takový podnět použil označení „*stresor*“ (Selye, 2016, s. 19).

Selyeho fyziologické pojetí stresu vychází z mechaniky, kde je (označován pojmem „strain“) stres chápán jako zátěž působící na určitý materiál. Analogicky k takovéto zátěži Selye pojímá stres jako působení různých tlaků, které na člověka působí zejména v oblastech:

- fyziologické
- psychologické
- sociální
- ekonomické a jiné (Křivohlavý, 2001, s. 169)

Selye v počátcích svůj výzkum zaměřil výhradně na zvířata. Ta vystavoval různým druhům zátěže, přičemž vysledoval, že bez ohledu na druh zátěže dochází u organismu k totožnému souboru fyziologických reakcí, při kterých dochází ke změnám nadledvin, lymfatického a intestinálního systému. Selye se sice nejprve zaměřil pouze na první fázi fyziologické stresové reakce – poplachovou reakci, po dalších experimentech však identifikoval a popsal další dvě fáze – fázi resistance a fázi vyčerpání. Tento syndrom označil novým pojmem „všeobecný adaptační syndrom“ (angl. GAS – general adaptation syndrome). Pro takovéto označení vycházel z toho, že:

- stres vyvolávají podněty, které mají všeobecný účinek
- stimuluje organismus k obraně (adaptaci) vůči působení stresorů a
- jeho jednotlivé projevy jsou koordinovány a částečně na sobě závisí (Selye, 2016, s. 48 – 50)

Cannonovu i Selyeho zaměření primárně na chování zvířat v těžkých životních podmínkách a následnému zobecnování výsledků jejich výzkumné práce (a jejich aplikace na člověka) se dostalo i určité kritiky ve smyslu, že se příliš nezabývají tím, co je pro člověka podstatné.

Na člověka a problematiku stresu se ve svém výzkumu zaměřil také americký psycholog Lazarus (1922 – 2022). Zabýval se konkrétně psychikou lidí, kteří se dostávají do těžké životní situace. Na základě svých pozorování formuloval tzv. model dvojího zhodnocování spočívající v prvotním a druhotném zhodnocení situace. Jedinec se při prvotním zhodnocení ohrožující situace zaměřuje na zvážení situace z hlediska jak momentálního stavu ohrožení, tak i jeho možných důsledků. Druhotné zhodnocení spočívá v posouzení vlastní schopnosti takovou situaci zvládnout. Lazarus také doplnil poznatky svých předchůdců ve výzkumu stresu ve smyslu, že v případě výzkumu stresu u člověka je nutné respektovat kognitivní, emocionální a konativní aspekty (Křivohlavý, 2001, s. 168 – 169).

Nové pojetí stresu oproti prostému pohledu optikou GAS uvádí následující rozdíly a upřesnění:

1. fyziologické reakce se liší silou podle vlastností prožívaných situací (nové, neočekávané, neovlivnitelné, ovlivnitelné), individuálních rozdílů a zúčastněné skupiny – např. muži x ženy, etnicity apod.
2. fyziologické reakce se liší silou v závislosti na genetickém potenciálu
3. fyziologické reakce se liší stupněm reakce na stres v závislosti vlivu přírody a výchovy, také vlivu rozdílných vzorců chování – tlak, zánět apod. (Ayers, Visser, 2015, s. 52 – 54)

3.2 Fáze stresové reakce

Podnět, který vyvolává stresovou reakci, je označován jako stresor. Na základě působení stresoru na organismus dochází k souboru fyziologických reakcí organismu, které Selye popsal následovně:

1. poplachová fáze

V této fázi dochází ke střetu organismu se stresorem. Organismus mobilizuje své síly tím, že aktivuje sympatický nervový systém. Do krve se dostává větší množství adrenalinu a dochází k fyzickým projevům těla např. zvýšení srdeční činnosti, zvýšení krevního tlaku, zrychlení dýchání, pocení apod. Organismus je připraven k reakci „boj“ nebo „uteč“.

2. fáze rezistence

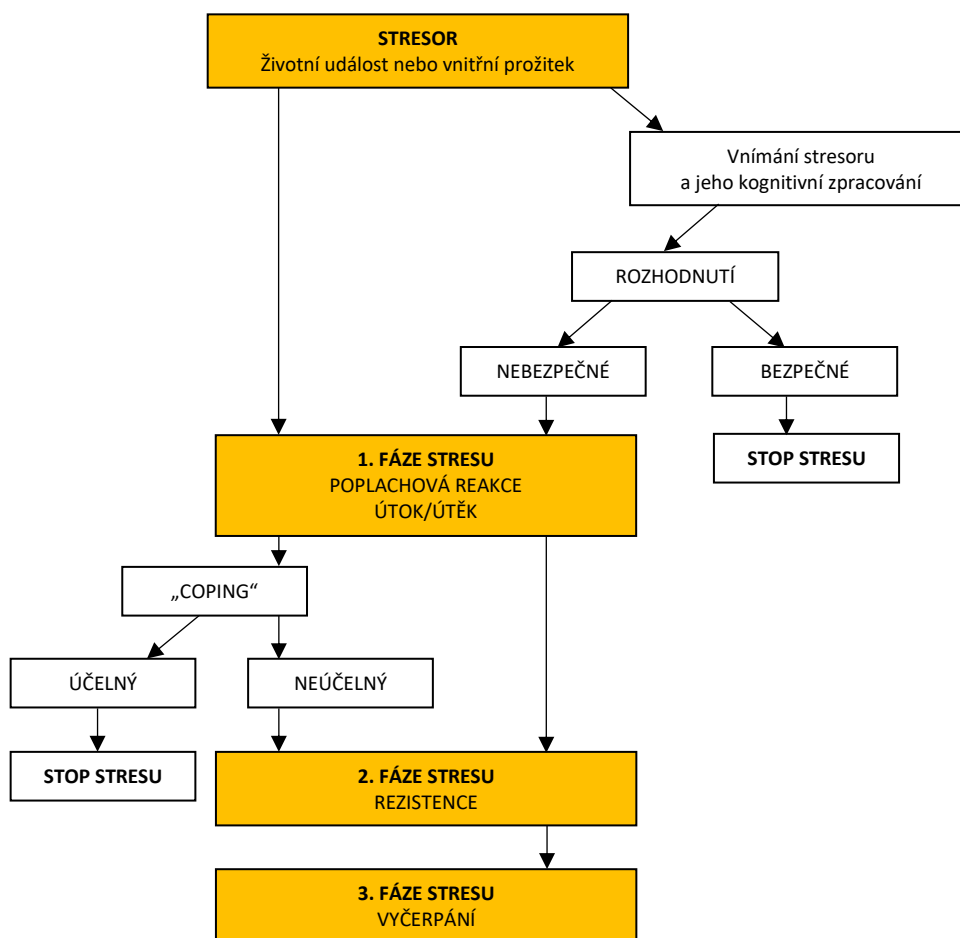
Obecně jde o fázi boje organismu se stresorem. Jak celá situace bude probíhat a končit, závisí na síle stresoru a obranyschopnosti organismu. Dlouhý boj, kdy se zhoršuje stav organismu, fyziologové nazvali termínem „nemoci adaptace“. Selye jako fyziologické důsledky dlouhodobého setrvávání v této fázi zařadil např. žaludeční vředy, hypertenzi, srdeční onemocnění apod.

3. fáze vyčerpání

Poslední fáze je podle Selyeho charakteristická aktivací nervového parasympatického systému. Organismus podléhá boji se stresorem a hrouť se. Může docházet k depresi, v krajních případech i ke smrti (Křivohlavý, 2001, s. 167 – 168).

V širším kontextu průběh stresové reakce znázorňuje Obrázek 3.1 – Průběh stresové reakce

Obrázek 3.1 – Průběh stresové reakce



Zdroj: Večeřová – Procházková, Honzák, 2008, s. 189

Na základě působení stresorů dochází nejen k posouzení situace, jak se zachovat, ale i k fyziologické reakci organismu, která probíhá prakticky stejně u všech lidí. V této situaci se hromadí energie v těle potřebná pro reakci „útek“ nebo „boj“. Stresovou reakci řídí dva mechanismy – nervové řízení a hormonální řízení (Venglářová a kol., 2011, s. 54).

Mechanismy stresové reakce:

1. nervové řízení prostřednictvím sympatického nervového systému probíhá na ose: hypotalamus – dřeň nadledvin. Hypotalamus aktivuje nervový systém do dřeně nadledvin a tato dřeň uvolní hormony adrenalin a noradrenalin do krve. Vyplavené hormony aktivují reakci spojenou s útokem nebo útekem tím, že se zvýší srdeční činnost, krevní tlak apod. Tato adrenalinová reakce trvá krátkou dobu pro méně náročné situace.
2. hormonální řízení prostřednictvím hypofýzy probíhá na ose: hypotalamus – hypofýza – kůra nadledvin. Hypotalamus aktivuje hypofýzu, která uvolní

adrenokortikotropní hormon (ACTH) do kůry nadledvin. Kůra nadledvin vyplaví kortikoidy (steroidní hormony) do krve, které připravují organismus na reakci boj nebo útěk zvýšenou hladinou cukru v krvi a zrychlením metabolismu. Tato hypofyzárně – adrenokortikotropní fáze trvá podstatně déle než adrenalinová a je potřebná pro těžší a vyčerpávající situace (Venglářová a kol., 2011, s. 54 – 56).

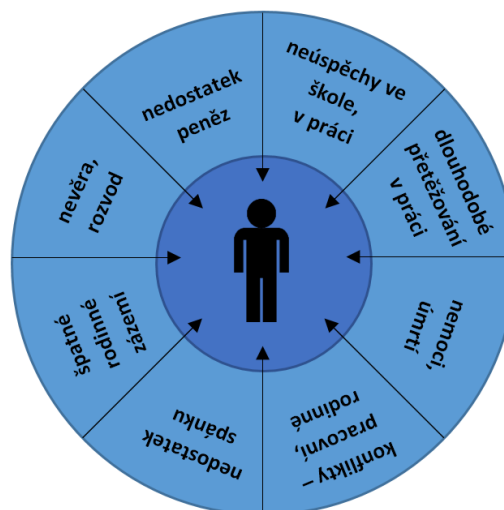
Pokud dojde k situaci dlouhodobého setrvávání ve stavu stresu a hypotalamus nezastaví produkci stresového hormonu kortizolu (druh kortikoidu), může docházet k negativním důsledkům, např. k hromadění tuku v oblasti břicha a obličeje, zeslabení kůže, problémům se spaním, depresím apod. Tento stav, kdy lidé trpí nadměrou kortizolu, se nazývá Cushingův syndrom (Ayers, Visser, 2015, s. 51).

3.3 Člověk a stres

Přestože je stres vlastní celé řadě živých organismů, tato práce se primárně zaměřuje na člověka a v tomto ohledu se tedy její zbývající část věnuje stresu u lidí.

S pojmem stres souvisí také pojem zátěž. Tyto dva pojmy se od sebe liší obsahem, zátěž vyjadřuje takovou úroveň požadavků na organismus, které je schopen obstát, kdežto stres klade na organismus zvládání více požadavků překračujících úroveň a délku působení (Kebza, 2005, s. 108).

Obrázek 3.2 – Člověk ve stresu



Zdroj: Venglářová a kol., 2011, s. 50

3.4 Členění stresu

Stres má různorodý charakter. Je tedy třeba pro zachování kontextu vydefinovat a popsat jeho známé podoby s ohledem na časové hledisko, negativní či pozitivní působení a typy stresorů, kterým je člověk vystavován.

3.4.1 Eustres vs. distres

Ačkoliv převažuje ve společnosti negativní pohled na stres a také ho lze do jisté míry považovat za strašáka moderní doby, je třeba brát na vědomí skutečnost, že stres není pouhým škodlivým činitelem pro náš organismus. Stres hraje v lidském životě také určitou pozitivní roli. V tomto kontextu tak rozlišujeme dva druhy stresu – distres a eustres.

Distresem se rozumí negativně prožívaný stres, který vyjadřuje situaci prožívaného ohrožení s negativními emocionálními příznaky s ohledem na schopnosti jedince ve vztahu k zvládnutí příslušné situace (Křivohlavý, 2001, s. 171).

Distres vzniká vždy, když mozkový kmen vyhodnotí konkrétní situaci jako nebezpečnou a do těla se následně uvolňují látky, které při jejich nespotebování působí na organismus negativně. Tento druh stresu nás vyčerpává, pustoší a ničí. Na druhou stranu má distres určitou kladnou funkci v tom smyslu, že nás upozorňuje na existující nebezpečí a mobilizuje síly k tomu, abychom si byli schopni pomoci. Skutečné umění tkví v tom, nechat na sebe distres působit, jen je-li to nutné (www.smacr.cz).

Eustres představuje pozitivně emocionální zážitek. Tento druh stresu vyžaduje určitou námahu, ale za to člověku přináší radost, kladné zážitky – např. svatba, oslava narození dítěte. Dalším příkladem mohou být situace spojené s hraničním rizikem např. sportovní výkony nebo situace spojené s adrenalinem – horolezectví (Křivohlavý, 2001, s. 171).

Eustres nás posiluje a pomáhá nalézt rovnováhu. Je typickou pozitivní zpětnou vazbou. Lidé, kteří dokáží nalézt radost ze života a zvládat těžké životní situace, mají větší odolnost a stabilitu vůči distresu (www.smacr.cz).

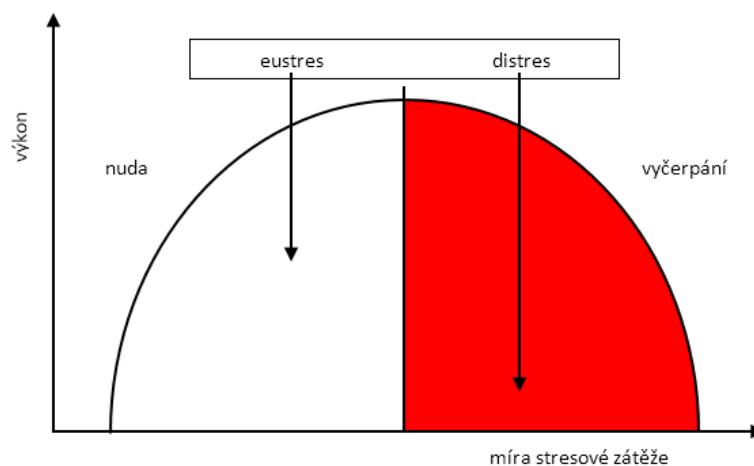
„Eustres neboli dobrý stres odkazuje na psychologickou reakci na stresory, které mají pozitivní dopad na pohodu. Distres a eustres představují odlišné konstrukce a nejsou na opačných koncích kontinua. Nedostatek distresu nesevďčí o přítomnosti eustresu. Pozitivní a negativní stres nemohou být rozhodně odděleny. Společně se prolínají jako voda a koupel“ (Gandhe, 2014, s. 2).

„Stresu je lépe rozumět, když ho považujeme za stres, který se skládá ze dvou částí – eustresu a distresu. Pozitivní stres je trvalá reakce na stresor, která, pokud trvá kratší dobu, pomáhá jednotlivcům dosáhnout rovnováhy s čistým ziskem zdrojů a pokud trvá dlouhodobě,

pomáhá jednotlivcům umožnit jim zotavení a reakce na stresory s vylepšenými zdroji cyklus po cyklu. Naopak distres je trvalá reakce na stresor, která, pokud trvá kratší dobu, nepomáhá jednotlivcům dosáhnout rovnováhy s čistým ziskem zdrojů a pokud trvá dlouhodobě, může vést k vyhoření nebo vážným problémům, které ohrožují zdraví jedince“ (Gandhe, 2014, s. 7).

Ve vztahu k pracovnímu výkonu má stres zprvu účinek stimulační, kdy dochází k navyšování výkonu, avšak při dlouhodobému vystavení stresu pracovní výkon klesá (viz Obrázek 3.3 – Pracovní výkon v závislosti na míře stresové zátěže).

Obrázek 3.3 – Pracovní výkon v závislosti na míře stresové zátěže



Zdroj: Večeřová – Procházková, Honzák, 2008, s. 189

3.4.2 Akutní vs. chronický stres

Z hlediska rozložení účinku stresorů v čase a způsobu jejich řešení dělíme stres na akutní a chronický. Akutní stres má charakter jednorázového, silného a krátkodobého působení stresorů, a pokud je řešen s pozitivním výsledkem, tak nepředstavuje riziko pro zdraví. Oproti tomu chronický stres se vyznačuje dlouhodobým působením stresorů, které nejsme schopni řešit a pro zdraví je vždy rizikem. Negativní účinek chronického stresu působí v organismu v důsledku genetické predispozice a vulnerability (Kebza, 2005, s. 108).

Průběh reakce organismu na chronický stres popisuje Selye pomocí modelu obecného adaptačního syndromu GAS. Chronický stres hraje významnou roli v procesu vyhoření.

3.5 Stresory a salutory

Salutory jsou pozitivní životní faktory, které v těžkých životních situacích posilují člověka a dodávají mu sílu a výdrž v boji se stresorem. Příkladem může být smysluplnost

vykonávané práce nebo návštěva člověka, který je zdrojem pozitivní sociální opory (Křivohlavý, 2001, s. 170).

Stresorem, jak již bylo uvedeno, se rozumí podnět, který vyvolává stresovou reakci. Tyto podněty mají různorodý charakter, který je vhodné blíže popsat.

Stresogenní situaci může způsobit jeden silný stresor (makrostresor), který je svázán s dalšími stresory (z oblasti sociální, ekonomické, intimní...), stejně tak jako nadlimitní množství běžných starostí (mikrostresory), které se podílejí na častějším výskytu a silnější intenzitě stresu v souhrnu více než samotný silný stresor (Křivohlavý, 2001, s. 171).

Schreiber rozlišuje dvě základní skupiny stresorů:

1. experimentální – fyzikální, chemické a stresory způsobující bolest
2. lidské – individuální, vyplývající z nemoci, skupinové a sociální

Lze také rozlišovat stresory:

- vznikající v důsledku nadměrných požadavků
- stresory vznikající v důsledku nedostatečné stimulace
- speciální kategorii stresorů jako konflikty v interpersonálních vztazích (Kebza, 2005, s. 111)

Dle Křivohlavého je jedním z nejvýznamnějších stresorů, kterému je věnována pozornost, pracovní zátěž. Po několika empirických studiích bylo zjištěno, že vysoká míra požadavků na člověka s malou mírou možností řídit běh událostí vedou ke stresu v zaměstnání. Pracovní zátěž zahrnuje přetížení množstvím práce, časový stres, neúměrně velká odpovědnost, nevyjasnění pravomocí, vysilující snaha o kariéru, kontakt s lidmi a nezaměstnanost. Dalšími stresory kromě pracovní zátěže jsou: hluk, nedostatek spánku, špatné vztahy mezi lidmi, negativní sociální jevy, nesvoboda, dlouhodobá napětí a omezený prostor (Křivohlavý, 2001, s. 174).

3.6 Příčiny stresu

S ohledem na významné události v životě člověka pozorovali američtí psychologové Holmes a Rahe stresové situace u lidí a výsledkem jejich bádání bylo uspořádání těžkých životních situací podle stupně jejich obtížnosti. Zaměřili se přitom na významné stresory, které působí na člověka v průběhu života. Jimi vytvořená „Social readjustment rating scale“ zahrnující 43 situací seřazených na stupnici od jedenácti bodů do sta hodnotí škálu typických životních událostí ve vztahu míry (intenzity) nežádoucího stresu působícího na člověka. Z průměrných hodnot získaných výzkumem vyplynulo, že nejvíce stresujícími událostmi jsou smrt manžela nebo životního partnera (100), rozvod (73), oddělení od manželského

partnera (65), smrt blízkého příslušníka rodiny (63), vlastní zranění nebo nemoc (53), svatba (50) atd. Na opačném pólu stupnice nalézají své místo např. Vánoce (12), změna bytu (20), změna pracovní doby a podmínek (20) atd. Z výše uvedeného vyplývá, že i relativně pozitivní události (typicky svatba) mohou být silným stresorem. Vždy je také potřeba mít na vědomí, že stupnice uvádí průměrné hodnoty získané výzkumem a jednotlivé uváděné kategorie tak mohou různí lidé hodnotit odlišně, a to i v tom smyslu, že pro někoho situace obvykle hodnocená jako silný stresor je stresorem významně méně intenzivním. Stejně tak je třeba brát v úvahu širší kontext konkrétní události (např. svatba dobrovolná či z donucení apod.) (Nakonečný, 1996, s. 136 – 137, Křivohlavý, 2001, s. 182 – 183).

Tabulka 3.1 – Příčiny stresu v zaměstnání

• Obecné příčiny	• Konkrétní příčiny
<ul style="list-style-type: none"> • organizační problémy • nedostatek personálu • dlouhá pracovní doba • nízká prestiž • malý plat • mizivá šance na povýšení • zbytečné rituály a procedury • nejistota 	<ul style="list-style-type: none"> • nejasně definované role • konflikt rolí • nerealistická očekávání od sebe sama (perfekcionismus) • nemožnost ovlivnit rozhodovací proces (nedostatek pravomocí) • časté střety s nadřízenými • přepracování a časová tíseň • malá pestrost • špatná komunikace • nedostatečné vedení • konflikty s kolegy • neschopnost dokončit práci • malicherné souboje a půtky

Zdroj: Fontana, 2016, s. 52 – 69, vlastní zpracování

3.7 Příznaky stresu

Příznaků stresu je velmi mnoho a jsou různého charakteru. Světová zdravotnická organizace (WHO) vydala jednotný seznam příznaků stresu. Tento seznam dělí příznaky stresu na fyziologické, psychologické a behaviorální:

- fyziologické

Mezi tyto příznaky stresu patří např. bušení srdce, úporné bolesti hlavy, zvýšené svalové napětí v páteři, bolesti za hrudní kostí, nechutenství, plynatost, bolesti břicha, časté nucení na močení, ztráta sexuální dysfunkce, výraznější změny v menstruačním cyklu, bodavé pocity rukou a nohou, migréna, exantém, nepříjemné pocity v krku a obtížné soustředění pohledu očí.

- psychologické

Mezi příznaky stresu, které se projevují v našem duševním životě, patří např. prudké a výrazné změny nálady, zvýšená podrážděnost, nadměrné trápení se s nedůležitými věcmi, nadměrné pocity únavy, nadměrné starosti o vlastní zdravotní stav, neschopnost projevit emocionální náklonnost, nadměrné snění a omezování kontaktu s lidmi.

- behaviorální (v lidském chování)

Mezi příznaky stresu, které se objevují v lidském chování, patří např. nerozhodnost, změněný denní rytmus, neustálé nářky a bědování, změny ve vztahu k potravě, zvýšená nepozornost, zvýšená snaha vyhnout se práci, zvýšené množství vykouřených cigaret, zvýšený příjem alkoholu, větší závislost na drogách, snížení množství práce a zhoršená kvalita práce (Křivohlavý, 2010, s. 22 – 24).

3.8 Osobnostní faktory a stres

Faktory osobnosti ve vztahu ke stresu jsou představovány zejména vulnerabilitou (zranitelností) a resiliencí (odolností). Tyto faktory mají zásadní vliv na to, jakým způsobem je člověk schopen se vyrovnávat se stresovými situacemi.

3.8.1 Vulnerabilita

Původní význam pojmu vulnerabilita pochází z lat. „vulnero“, což znamená ublížit, uškodit a angl. „vulnerability“ tj. zranitelnost. Tento determinant zdraví úzce souvisí se stresem a v důsledku působení právě stresorů dochází ke zvýšení vulnerability, což vede nejen k duševním, ale i tělesným chorobám. Lze rozlišovat primární neboli konstituční vulnerabilitu, kterou člověk získává v průběhu prvních šesti měsíců života a sekundární

vulnerabilitu získanou dalším vývojem. Americký badatel Barlow navrhl koncepci trojí vulnerability, kdy rozlišuje:

- biologickou vulnerabilitu, založenou na genetickém potenciálu
- obecnou psychologickou vulnerabilitu, charakterizovanou pesimistickým stylem v důsledku raných negativních zkušeností
- specifickou psychologickou vulnerabilitu, spočívající v hodnocení a posuzování okolí, které může být pro jedince ohrožující (Kebza, 2005, s. 93 – 94)

3.8.2 Resilience

Resilience může být chápána jako opak vulnerability. Tento výraz pocházející z angličtiny vyjadřuje odolnost, nezdolnost či nezlomnost, mající pozitivní vliv na člověka proti působení stresorů. Při vymezení pojmu „resilience“ se uplatňuje vliv vnitřních a vnějších faktorů založených na osobnosti člověka a vlivu prostředí.

Resilience může nabývat podoby skutečné neboli autentické odolnosti, která je založena na vnitřních a sociálních předpokladech osobnosti, zatímco zdánlivá odolnost neboli pseudoresilience spočívá v účelovém chování člověka (Kebza, 2005, s. 94 – 95).

3.8.3 Další osobnostní faktory

Podle Rottera resilience – odolnost – obsahuje prvek kontroly a s ní související lokalizaci (locus of control, LOC). Jeho pojetí rozlišuje osoby s vnějším (externím) místem kontroly, které věří, že jejich život je určován vnějšími vlivy, a osoby s vnitřním (interním) místem kontroly, tedy osoby přesvědčené, že jejich život závisí na vlastních schopnostech. Prvek kontroly je zpracováván a vysvětlován v několika koncepcích např. koncepci sebeuplatnění (self-efficacy), koncepci kontrolovatelnosti (controlability), koncepci hardiness či v nejrozšířenějším pojetí resilience smyslu pro soudržnost (sense of coherence) (Kebza, 2005, s. 96 – 99).

Koncepci sebeuplatnění (self-efficacy) je možno chápat jako důvěru ve vlastní schopnosti podle Janouška, 1992 a považovat ji za základ nového chování podle Bandury, 1977. Dotazníky k měření úrovně sebeuplatnění jsou využívány i při zvládnutí stresu.

Smysl pro soudržnost (sense of coherence) podle Antonovského tvoří tři složky:

- a) srozumitelnost
- b) zvladatelnost
- c) smysluplnost

Na pojetí odolnosti podle Antonovského navázal Strumfer, který doplnil jeho tři složky o čtvrtou složku – naděje na úspěch a páta – dva druhy sociální opory (hledaná a získaná). Koncepce hardiness vytvořená dle Kobasové a jejího kolektivu je založena na rozvíjení osobnostních předpokladů. Tvoří ji tři složky:

- a) výzva
- b) ztotožnění se
- c) kontrola a řízení

Na základě výzkumu Šolcové a Kebzy byly zjištěny rozdíly v úrovni hardiness ve složce „výzva“ u vzorků české a americké populace. Výzkum, u střeoevropské populace s důrazem na tendenci nevynikat a nevyvyšovat se, dopadl v úrovni hardiness ve složce „výzva“ odlišně oproti americké populaci, která klade důraz na úspěch (Kebza, 2005, s. 100 – 101).

3.9 Měření a hodnocení

Metody pro měření stresu lze rozdělit do několika skupin:

- a) pomocí poznatků o fyziologických a biochemických příznacích stresu
- b) pomocí dotazníků na psychologické charakteristiky
- c) použití dotazníků na těžké životní události
- d) použití dotazníků na každodenní starosti (Křivohlavý, 2001, s. 179 – 180)

Diagnostické metody pro měření stresu lze dělit na fyziologické a psychologické:

Fyziologické metody

Fyziologické metody jsou vztaženy k metabolismu organismu a změnám jeho orgánů. Americký fyziolog Cannon na základě svých studií došel k poznatku využití údajů o katecholaminech v moči pomocí biochemického vyšetření. Zvýšená míra katecholaminů určuje vyšší míru stresu. Podobné zjištění prokázal též Selye sekrecí kortikosteroidů při adrenokortikálních změnách.

Psychologické metody

Tyto metody mají následující podoby:

- a) zjišťováním stresu pozorováním chování – zde jsou patrné změny v chování daného člověka, snížení pozornosti a výkonu
- b) symptomatologického přístupu – příkladem je dotazník WHO (Světové zdravotnické organizace) obsahující fyziologické, emocionální a behaviorální příznaky stresu (Křivohlavý, 2001, s. 179 – 180)

3.10 Strategie zvládání stresu

Zvládání stresu či moderování nebo management stresu nás provází už od dětství, kdy jsme jako batolata museli zvládat chůzi po dvou a trvá v podstatě po celý život s tím, že řešíme více a více složitější stresové situace. Zvládání stresu znamená čelit mu, bojovat s ním a zahrnuje dvě činnosti, na jedné straně odstraňování toho, co nás zatěžuje a na druhé straně posilování našich vlastních sil v boji se stresem. Strategie ke zvládání stresu využívají naši schopnost myšlení, zde mluvíme o kognitivní strategii, např. plánované řešení problému, hledání pozitivních stránek stresu, odvracení se od problému. Nesmíme však zapomínat na další postupy, které jsou zaměřeny na zvládání emocionální situace, do které se při stresu dostáváme. Za další strategii by se dalo považovat psychologické očkování proti stresu, zde jde o to naučit se jednat v situacích, které by pravděpodobně mohly přijít a budou těžké. Faktor, který nám pomůže v boji se stresem, je naše odolnost neboli resilience (Křivohlavý, 2010, s. 29 – 33).

Ke zvládání stresu se můžeme rozhodnout a udělat tři konstruktivní kroky: mobilizace, porozumění a akce:

- mobilizace – důležitý moment je učinit rozhodnutí a to zmobilizovat síly, najít energii pro to, abychom udělali věci jinak nebo lépe
- porozumění – klíčové je položení otázek „Jaké jsou moje stresory? Co s nimi mohu udělat? Co mi brání udělat změnu?“
- akce – může se stát, že věci, které mi brání udělat změnu, jsou pro mě příliš těžké a pak nezbyvá než stresor ignorovat. Pakliže jsme zmobilizovali síly a porozuměli problému, můžeme přejít k akci tím, že si uděláme důkladný a konkrétní seznam stresorů např. v oblasti zaměstnání (Fontana, 2016, s. 49 – 50)

3.10.1 Jak řešit příčiny stresu

Samotná identifikace stresorů nám pomůže stres zmírnit, nicméně nezbytností zůstává stresory také řešit. Každý ze stresorů je potřeba zařadit do jedné ze tří kategorií:

- řešit okamžitě – řešíme zde méně závažné situace v horizontu dne až několika dní, např. jasné definování rolí, zlepšení komunikace, nejistotu
- řešit v budoucnu – zahrnuje stresory, které potřebují delší časový horizont a případné vyřešení méně závažných stresorů, např. přepracování, potřebu redukce pracovních schůzí nebo práce na zvýšeném sebevědomí z důvodu nesmyslné závislosti na hodnocení ostatních

- ignorovat = přizpůsobit se – obsahuje stresory, se kterými nic nezmůžeme, a tudíž nevynakládáme energii na jejich řešení, např. neměnnost systému, zvýšení platu, nedostatek personálu (Fontana, 2016, s. 86)

3.10.2 Další strategie řešení stresu

Konkrétní strategií řešení stresorů v zaměstnání může být informování všech o mnou chystaných změnách, např. o tom, že budu k dispozici jen v určitý čas nebo budu využívat jinak přestávky v práci. Dalšími strategiemi je být neoblomný, vtáhnout kolegy do změn všude, kde to jde nebo být aktivní a předvídat než pouze čekat. Být aktérem však předpokládá schopnosti anticipace (předvídatelnost), rozhodnosti, odvahy a odolnosti vůči stresu (Fontana, 2016, s. 87 – 95).

3.10.3 Neefektivní strategie zvládnání stresu

Uvědomíme-li si jaké negativní důsledky bude mít na nás stres – nemoci, rozpad manželství, narušení sociálních sítí – je potřeba ho řešit. Užívání návykových látek, úniky od pracovních úkolů, agrese nebo „naučená bezmocnost“ nám nepomůžou, proto bychom se měli zaměřit na zvládnání stresu pomocí těchto cílů:

1. snížit úroveň stresu
2. unést určitou míru stresu
3. zachovat si pozitivní obraz sebe sama
4. zachovat emocionální klid
5. zregenerovat
6. pokračovat v sociální interakci (Venglářová a kol., 2011, s. 71)

3.11 Stres a zaměstnání

Pracujícího člověka mohou stresovat tyto faktory – rychlý pracovní postup, změna pracovního prostředí, střídání kolegů, dlouhá či nepravidelná pracovní doba. Pracovní stres zvyšují i faktory soukromého života jako je nemoc v rodině, přírodní katastrofy nebo stěhování. Mezi nejčastější typy psychické zátěže patří nepřiměřené úkoly a požadavky, problémové situace, intraindividuální konfliktní situace (rozhodování mezi dvěma alternativami), interindividuální konfliktní situace (střet s druhými lidmi) a samozřejmě stres (Pauknerová a kol., 2012, s. 142 – 144).

Zdravotnické profese jsou ze své podstaty stresující, protože často obnášejí řešení zdravotních krizí, rozhodování o životě a smrti. Stres se pojí s negativními psychickými

stavy jako je úzkost, deprese, syndrom vyhoření a PTSP. Zdravotnický i nezdravotnický personál je nejvíce zasaženou profesí, která trpí syndromem vyhoření a to z několika důvodů – pocit přetížení, špatné řízení, práce s utrpením pacientů, nedostatečný výcvik v komunikačních a manažerských dovednostech, práce v paliativní oblasti, práce na onkologii. Logicky vzato, už studenti medicíny jsou vystaveni mnoha stresorům při přípravě na budoucí zaměstnání ve zdravotnictví – hodnocení při zkouškách, etické problémy, provádění intimních prohlídek druhých lidí v raném mládí, velký počet hodin v práci (Ayers, Visser, 2015, s. 66 – 67).

Pro zaměstnance pracující ve zdravotnických profesích představuje stres pracovní riziko, tyto lidé mají vyšší počet sebevražd, užívají nadměrné množství alkoholu a drog a léčí se s duševními poruchami ve větší míře než v předchozích letech. Syndrom vyhoření nebo zanechání kariéry z důvodu stresu se běžně vyskytuje mezi zdravotními sestrami (Arnold a kol., 2007, s. 385).

Na zdravotní sestry jsou kladeny čím dál vyšší požadavky a tím roste množství stresujících faktorů, mezi které patří – fyzická a psychická zátěž, střídání pracovních poloh stání, sezení a chůze (sestra ujede 8 – 25 km během 8 hodinové směny), trojsměnný a nepravidelný provoz, nemožnost pravidelných přestávek na jídlo, odpočinek, hygienu (vše je určeno provozními podmínkami oddělení), sestry musí být operativní, pohotové, stres z hraničních situací, noční služby, zvýšená zodpovědnost a zároveň poslušnost k lékaři. Všechny tyto faktory mnohdy vedou k tomu, že zdravotní sestry opouští svou profesi (Ulrichová, 2012, s. 69).

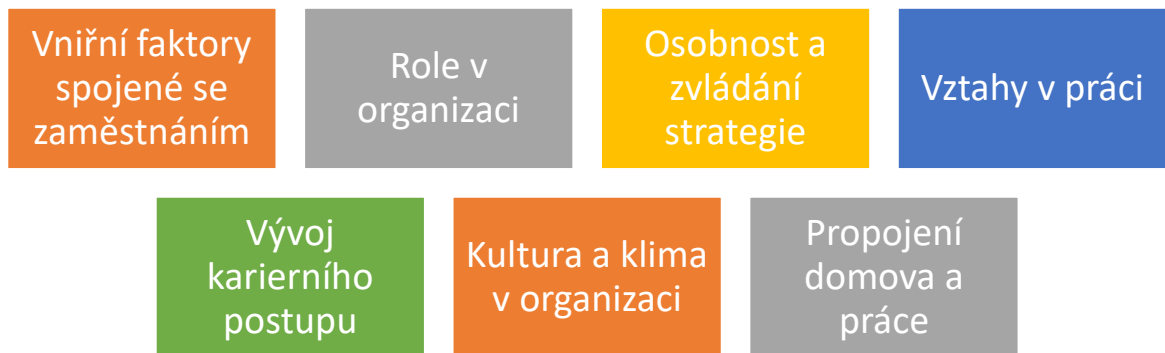
V evropských zemích dochází postupně k odklonu od uspokojení z práce zejména z toho důvodu, že evropská pracovní síla se amerikanizuje a to tím, že se snižují počty pracovních míst, dochází k fúzím a restrukturalizacím, pracovní doba je příliš dlouhá (Arnold a kol., 2007, s. 385).

Pro zaměstnavatele představuje stres náklady, musí řešit problém absence, fluktuace a také případná odškodnění za nemoci způsobená stresem (Arnold a kol., 2007, s. 387).

3.11.1 Zdroje stresu v zaměstnání

Nejběžnější zdroje stresu jsou znázorněny v Obrázku 3.4 – Nejběžnější zdroje stresu v zaměstnání.

Obrázek 3.4 – Nejběžnější zdroje stresu v zaměstnání



Zdroj: Arnold a kol., 2007, s. 388, vlastní zpracování

Mezi vnitřní faktory, které jsou spojené se zaměstnáním, patří:

- špatné pracovní podmínky
- práce na směny
- dlouhá pracovní doba
- pracovní zatížení (přetížení nebo naopak nedostatek pracovního vytížení)
- riziko a nebezpečí
- cestování
- nové technologie

Vnitřním faktorem spojeným se zaměstnáním, který se nejvíce týká zdravotních sester a ošetrovatelek, je práce na směny. Práce na noční směně vede k většímu vyčerpání, pocitu odosobnění a ztrátě energie. Střídání pracovních směn má vliv na špatný spánek a rodinný sociální život. Další vnitřní faktor spojený se zaměstnáním se týká zejména lékařů a je to dlouhá pracovní doba. Je prokázáno spojení mezi dlouhou pracovní dobou o koronárním onemocněním srdce. Tendencí je snižovat počet hodin odpracovaných za týden. Nejvyšší počet hodin za týden by neměl převyšovat 40 hodin, jinak dochází k ohrožení zdraví jednotlivce a odvedení nekvalitní práce (Arnold a kol., 2007, s. 390 – 391).

Zdroj stresu – role v organizaci – obsahuje tři kritické faktory:

- role dvojznačnosti
- konflikt
- stupeň odpovědnosti

Vysoká míra odpovědnosti jako kritický faktor spojená s fyzickým stresem a vyšším věkem u manažerů může způsobit s velkou pravděpodobností koronární onemocnění (Arnold a kol., 2007, s. 395).

3.11.2 Sestry manažerky

Role manažerky – hlavní, vrchní a staniční sestry – představuje zvýšení stresových situací díky požadavkům na vlastnosti vedoucího: motivace podávat nadprůměrný výkon, schopnost vést lidi, rozhodnost, schopnost prosadit se, psychická stabilita, práce s lidmi, silné sociální citění. Především sestra na nejnižší úrovni managementu – staniční sestra – musí zajistit nejen chod oddělení, ale zároveň ošetrovatelskou péči. V dnešní době je jeden z nejtěžších problémů nespolupráce mezi sestrami a lékaři (Venglářová a kol., 2011, s. 145 – 49).

Velká míra stresu je zvláště sledována u sester na jednotkách intenzivní péče. Vyšší míra stresu je prokázána u praktických lékařů, anesteziologů, zubařů nebo začínajících lékařů. Nejvyšší zatížení stresem je zaznamenáno u chirurgů při operacích (Selye, 2016, s. 306 – 310).

3.12 Prevence

Prevence zahrnuje meditaci, relaxaci, průchod emocí, cvičení, osobní vztahy a přehodnocení života (Fontana, 2016, s. 144 – 177).

3.12.1 Volba vhodného režimu práce a odpočinku

Nejdůležitějším úkolem pro prevenci stresu je volba vhodného režimu práce a odpočinku. Při výkonu zaměstnání je klíčové zařazení odpovídajícího množství přestávek podle druhu a délky pracovní činnosti. U duševně pracujících lidí je stanoven odlišný režim přestávek, protože takováto práce má svá specifika. Pro duševní pracující lidi je žádoucí rozložení aktivního a pasivního odpočinku. Mezi pasivní formy odpočinku patří spánek, který by měl trvat 6 – 9 hodin. U aktivní formy by se měly zařazovat fyzické aktivity např. sport, práce na zahradě. Součástí režimu práce a odpočinku je vhodná životospráva – výživa, pitný režim, uspořádání pracovních a životních podmínek (Pauknerová a kol., 2012, s. 145 – 147).

3.12.2 Sociální opora jako preventivní faktor

Vliv sociální opory ve vztahu ke stresu a zdraví patří mezi základní otázky. Sociální opora neboli též sociální fond obsahuje sociální vazby ke druhým osobám, skupinám a širší společnosti a umožňuje nám v případě potřeby z tohoto fondu čerpat pomoc při těžkých životních událostech. Čím více rozvinutější sociální vazby máme, tím lépe zvládáme stres a možná onemocnění (Kebza, 2005, s. 151 – 153).

Druhy sociální opory jsou následující:

- emocionální
- hodnotící
- informační
- instrumentální

Systém sociální opory můžeme rozlišit na dva základní modely:

1. nárazníkový model – zde má sociální opora účinek pouze tehdy, je-li člověk vystaven chronickému stresu
2. model přímého účinku – zde má sociální opora ochranný účinek nezávisle na tom, zda je člověk vystaven stresu (Kebza, 2005, s. 153 – 159)

Podle Bakala, 1992 řada prací poukazuje na vztah mezi kardiovaskulárními onemocněními, nízkou úrovní sociální opory a možností ovlivnit pracovní prostředí. Cummins upozorňuje na to, že se ochranný účinek sociální opory u pracovního stresu projeví tehdy, je-li sociální opora specifická a má na záležitosti v zaměstnání skutečný vliv (Kebza, 2005, s. 157 – 158). Až v posledních deseti letech se přiznává, že sociální opora má i odvrácenou tvář. Dříve byla pojímána jako homogenní, konzistentně působící proměnná, vždy žádoucí při potřebách člověka (Kebza, 2005, s. 164).

Z hlediska působení rizikových faktorů lze sociální oporu rozdělit na:

1. problematickou oporu – zahrnuje negativní sociální interakce = podceňování partnera, nedostatek zájmu druhého člověka, přetvářka a lhaní
2. sociální negativitu – zahrnuje záporné důsledky původně pozitivních sociálních vztahů = konflikty, odmítnutí, kriticismus, nesouhlas, útočné aktivity a vysoké nároky (Kebza, 2005, s. 165)

Rozlišována je také poskytovaná a získaná sociální opora, kdy osoby, které pečují o těžce nemocné, jsou vystaveny negativním důsledkům v souvislosti s poskytovanou sociální oporou – jde o pocit zatížení, břemene, frustrace a syndrom vyhoření. Na druhou stranu ani osoby, o které je pečováno, nejsou ušetřeny negativních důsledků v souvislosti se získanou sociální oporou – jde zejména o ztrátu soběstačnosti, pocit závislosti, poničení sebehodnocení a ztrátu kontroly nad událostmi (Kebza, 2005, s. 166).

3.12.3 Zásady, postoje a mechanismy prevence stresu

V rámci prevence stresu by měl člověk dodržovat určité zásady a opatření, které mohou být prvky účinné strategie proti negativním dopadům stresu. Musil konkrétně mimo jiné doporučuje:

- dodržovat pravidla zdravé životosprávy
- korigovat své příliš vysoké nároky a očekávání ve vztahu k vlastní osobě
- udržovat emociální odstup od druhých osob
- naučit se korigovat svoji ochotu pomáhat druhým lidem (naučit se říkat NE)
- stanovit a udržovat si priority podstatných úkolů
- vyjadřovat své názory a pocity bez obav a otevřeně
- neodmítat podporu od druhých lidí
- být pozitivní
- předcházet pracovním problémům
- být rozvážený v kritických situacích v oblasti mezilidských vztahů
- naučit se autokraticky analyzovat své chování a jednání
- organizovat si pracovní i osobní život ve smyslu udržování racionality, určité pravidelnosti a vyváženého vztahu mezi prací a volným časem
- neztrácet zdravou důvěru v sebe a své schopnosti
- vykonávat práci bez napětí
- vyhýbat se situačním stresům (Musil, 2013, s. 112 – 113)

4 Empirická část

Empirická část práce se zabývá identifikací vybraného zdravotnického zařízení, průběhem výzkumu a popisem použitého dotazníku. Hlavní část práce je zaměřena na porovnání statistického souboru podle různých kategorií a jejich kombinací pomocí grafů a tabulek. Dále je věnována pozornost testování nulových hypotéz pomocí vhodných statistických metod, jejich ověřování a interpretaci zjištěných výsledků. Také hypotézy jsou doplněny o vhodné tabulky.

4.1 Identifikace zdravotnického zařízení

Městská nemocnice, a. s. Dvůr Králové nad Labem je nestátní zdravotnické zařízení ve vlastnictví Královéhradeckého kraje a podléhá správě Zdravotnického holdingu Královéhradeckého kraje. V průběhu výzkumu zaměstnávala 188 kmenových pracovníků. Dominantní podnikatelskou činností MNDK je poskytování zdravotní péče, a to konkrétně:

- **akutní lůžkové péče** – v oboru interním (včetně JIP), chirurgickém (včetně JIP) a urologickém
- **následné lůžkové péče**
- **ambulantní péče** – v oboru interním, chirurgickém, urologickém, ARO, rehabilitace, endoskopie, dětské lékařské služby první pomoci a
- **služeb komplementu**, který zastupují oddělení klinické biochemie a hematologie (OKBH) a oddělení zobrazovacích metod (RTG, CT, UZV)

Mezi další předměty činnosti tohoto zařízení patří doprava materiálu a ubytovací služby (www.mndk.cz).

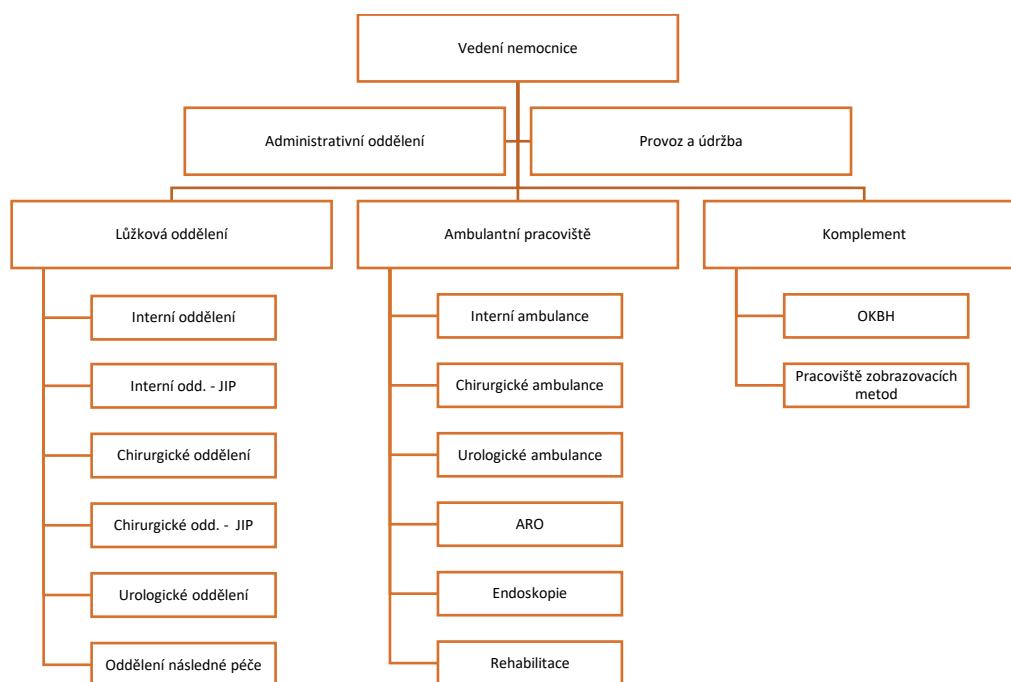
4.2 Průběh výzkumu a popis dotazníku

Možnost provedení výzkumu sběrem dat pomocí dotazníkového šetření v Městské nemocnici, a. s. Dvůr Králové nad Labem byla předem projednána a schválena vedením nemocnice.

Dotazníkové šetření probíhalo v období 8. – 20. září 2020. S žádostí o vyplnění dotazníku byli osloveni všichni zaměstnanci nemocnice, kteří byli v tomto období přítomni v práci. Nemocnicí byl po vzájemné dohodě poskytnut přehled zaměstnanců rozdělený podle jednotlivých oddělení MNDK.

Zjednodušené organizační schéma s organizačními jednotkami, na kterých proběhlo dotazníkové šetření, zobrazuje Obrázek 4.1 – Zjednodušené organizační schéma MNDK.

Obrázek 4.1 – Zjednodušené organizační schéma MNDK



Zdroj: Vlastní zpracování

Distribuce dotazníků byla realizována osobně za organizační pomoci vedoucích pracovníků jednotlivých oddělení. Celkem 188 dotazníků bylo vloženo do čistých obálek, které byly následně opatřeny odlepovacími štítky se jmény. Díky tomuto adresnému způsobu oslovení respondentů byla očekávána vysoká návratnost dotazníků, což se také potvrdilo. Všichni zaměstnanci byli ujištěni, že odpovídají zcela anonymně. Řada respondentů odevzdala vyplněné dotazníky bezprostředně po jejich předání. Ke konci dotazníkového šetření, tj. 20. září 2020, bylo odevzdáno celkem 164 dotazníků, návratnost tedy činila 87 %.

Dotazník se skládal ze tří částí. První část obsahovala osobní otázky na pohlaví, věkovou kategorii, druh profese, místo výkonu profese a pracovní pozici. Vlastní jádro druhé části dotazníku tvořil Meisterův standardizovaný dotazník, který zahrnuje 10 výroků. Respondenti měli za úkol označit odpověď, která nejvíce vystihuje jejich pocity při práci, mírou ztotožnění se s konkrétním výrokem (5 – ano, 4 – spíše ano, 3 – nevím, 2 – spíše ne, 1 – ne). Poslední část dotazníku tvořila vlastní doplňující otázka zaměřená na cíl vytyčený na začátku bakalářské práce. Dotazník je součástí příloh bakalářské práce.

4.3 Struktura statistického souboru

Pro vyhodnocení dat za účelem popisu struktury statistického souboru byl použit software MS Excel a informace získané ze zdrojových dat blíže popisují následující podkapitoly.

4.3.1 Struktura respondentů podle příslušnosti k druhu profese a pohlaví

Z tabulky a grafu vyplývá, že dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 136 žen a 28 mužů z celkového počtu 164, nezdravotnická profese je zastoupena celkem 29 osobami (tj. 17,68 %), zdravotnická profese 135 osobami (tj. 82,32 %). V nezdravotnické profesi je zastoupeno 7 mužů (tj. 25 %) a ve zdravotnické profesi je 21 mužů (tj. 75 %). V nezdravotnické profesi je 22 žen (tj. 16,81 %) a ve zdravotnické profesi je 114 žen (tj. 83,82 %). Převážnou většinu tvoří ženy ve zdravotnické profesi. Přehledně strukturu zobrazuje následující tabulka.

Tabulka 4.1 – Absolutní četnosti dle druhu profese a pohlaví

		pohlaví		
		muž	žena	celkem
druh profese	nezdravotnická	7	22	29
	zdravotnická	21	114	135
	celkem	28	136	164

Zdroj: Vlastní výzkum

Relativní četnosti dle druhu profese a pohlaví jsou znázorněny v Tabulce 4.2 – Relativní četnosti dle druhu profese a pohlaví.

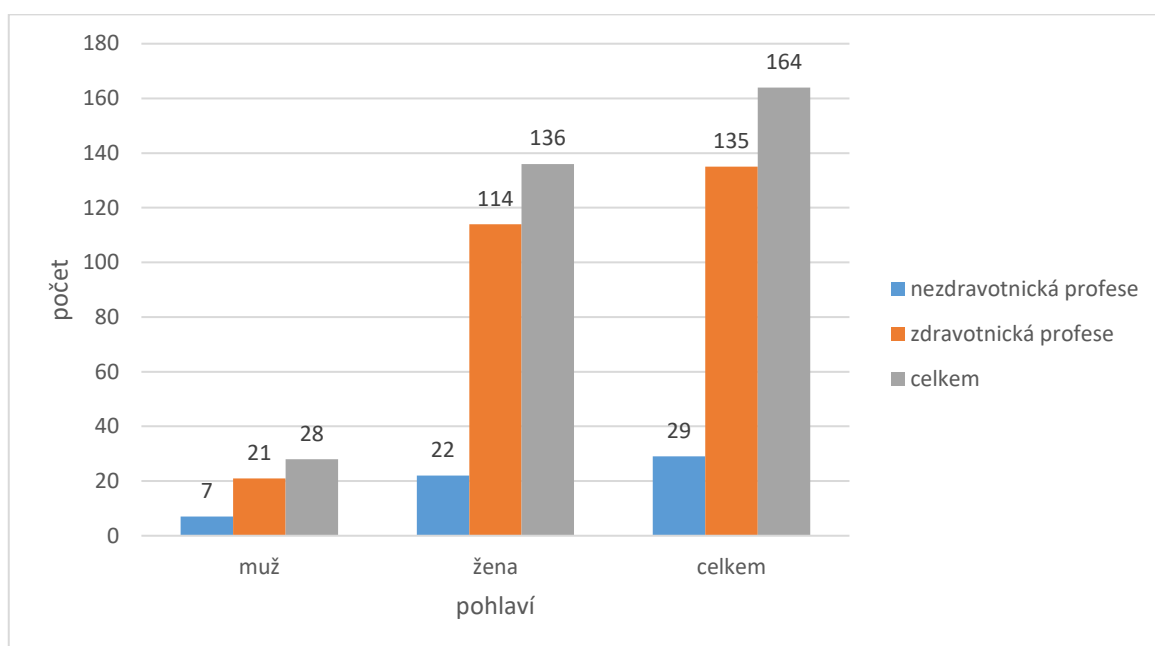
Tabulka 4.2 – Relativní četnosti dle druhu profese a pohlaví

		pohlaví		
		muž	žena	celkem
druh profese	nezdravotnická	25,00 %	16,18 %	17,68 %
	zdravotnická	75,00 %	83,82 %	82,32 %
	celkem	100,00 %	100,00 %	100,00 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Graficky absolutní četnosti dle druhu profese a pohlaví vyjadřuje Graf č. 4.1– Absolutní četnosti dle druhu profese a pohlaví.

Graf 4.1 – Absolutní četnosti dle druhu profese a pohlaví



Zdroj: Vlastní výzkum

4.3.2 Struktura respondentů podle věkové kategorie a pohlaví

Z celkového počtu 164 respondentů je zastoupeno ve věkové kategorii do 25 let pouze 5 lidí (tj. 3,05 %), ve věkové kategorii 26-50 let je zastoupeno 86 lidí (tj. 52,44 %) a věková kategorie nad 50 let obsahuje 73 lidí (tj. 44,51 %). Ve věkové kategorii do 25 let je jeden muž (tj. 3,57 %), ve věkové kategorii 26-50 let je 12 mužů (tj. 42,86 %) a ve věkové kategorii nad 50 let je 15 mužů (tj. 53,57 %). Ve věkové kategorii do 25 let jsou 4 ženy (tj. 2,94 %), ve věkové kategorii 26-50 let je 74 žen (tj. 54,41 %) a ve věkové kategorii nad 50 let je 58 žen (tj. 42,65 %).

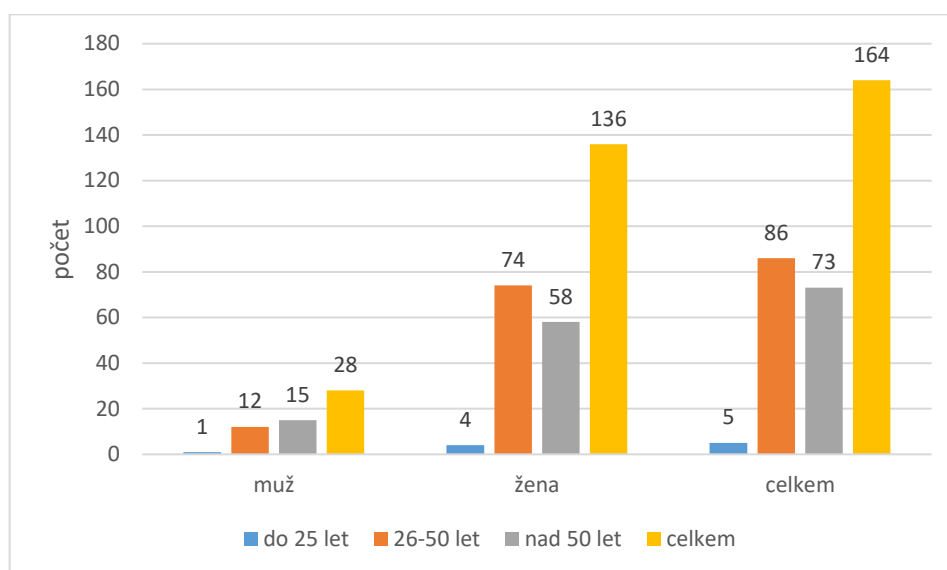
Tabulka 4.3 – Absolutní a relativní četnosti podle věku a pohlaví

	absolutní četnosti				relativní četnosti			
	do 25 let	26-50 let	nad 50 let	celkem	do 25 let	26-50 let	nad 50 let	celkem
muž	1	12	15	28	3,57%	42,86%	53,57%	100,00%
žena	4	74	58	136	2,94%	54,41%	42,65%	100,00%
celkem	5	86	73	164	3,05%	52,44%	44,51%	100,00%

Zdroj: Vlastní výzkum

Názorně absolutní četnosti s rozlišením podle věkové kategorie a pohlaví zobrazuje Graf 4.2 – Absolutní četnosti dle věkové kategorie a pohlaví.

Graf 4.2 – Absolutní četnosti dle věkové kategorie a pohlaví



Zdroj: Vlastní výzkum

4.3.3 Struktura respondentů podle příslušnosti k pracovní pozici a pohlaví

Z níže uvedené Tabulky 4.4 – Absolutní četnosti podle pracovní pozice a pohlaví vyplývá, že dotazníkového šetření se zúčastnilo 16 administrativních pracovníků – 3 muži a 13 žen, 14 ambulantních sester – 1 muž a 13 žen, 4 ženy fyzioterapeutky, 7 laborantů – 1 muž a 6 žen, 18 lékařů – 10 mužů a 8 žen, 25 pomocných pracovníků – 9 mužů a 16 žen, 9 pracovníků provozu a údržby – 3 muži a 6 žen, 5 mužů radiologických asistentů, 66 sester na lůžkovém oddělení – 1 muž a 65 žen.

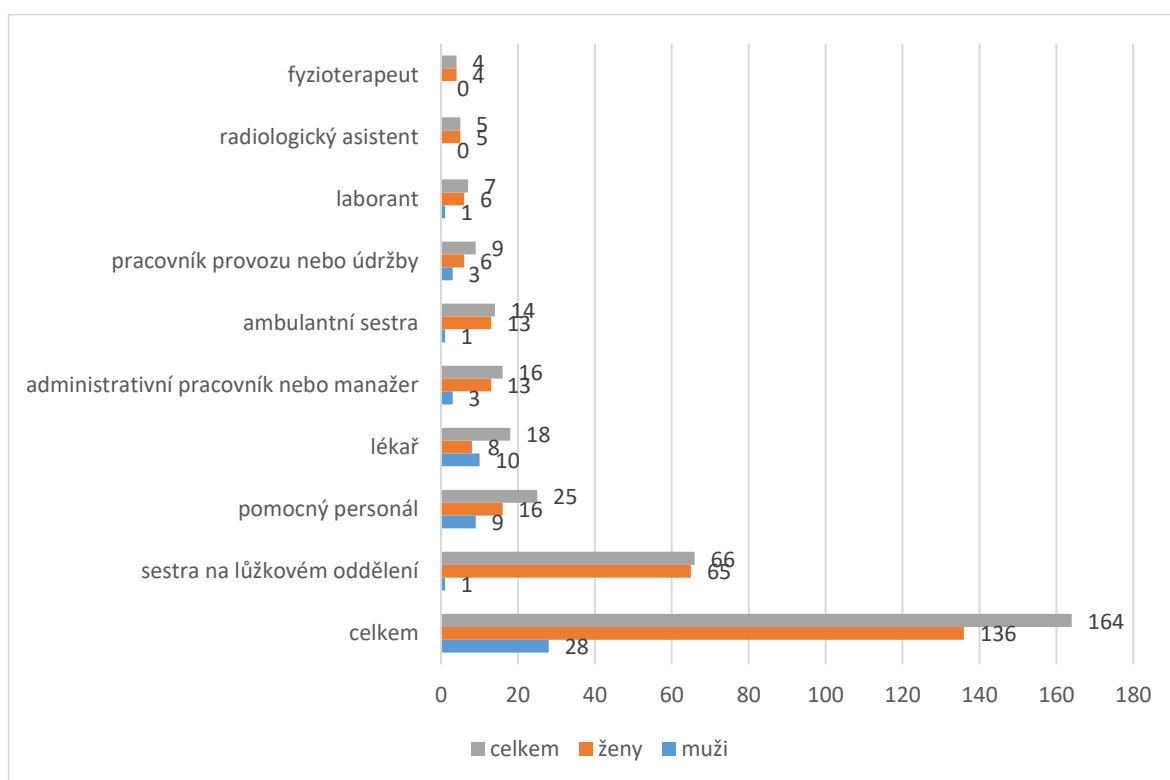
Tabulka 4.4 – Absolutní četnosti podle pracovní pozice a pohlaví

	muži	ženy	celkem
administrativní pracovník nebo manažer	3	13	16
ambulantní sestra	1	13	14
Fyzioterapeut	0	4	4
Laborant	1	6	7
Lékař	10	8	18
pomocný personál	9	16	25
pracovník provozu nebo údržby	3	6	9
radiologický asistent	0	5	5
sestra na lůžkovém oddělení	1	65	66
celkem	28	136	164

Zdroj: Vlastní zpracování

Přehledně o výše uvedené struktuře respondentů podává informace Graf č. 4.3 – Absolutní četnosti podle pracovní pozice a pohlaví.

Graf 4.3 – Absolutní četnosti podle pracovní pozice a pohlaví



Zdroj: Vlastní výzkum

4.4 Testování výzkumných hypotéz

Stanovení nulových a alternativních hypotéz, podmínky pro použití jednotlivých metod výpočtu a testování jsou uvedeny kapitole č. 2 bakalářské práce.

Míra pracovní zátěže byla měřena pomocí Meisterova dotazníku, jehož vyhodnocení bylo provedeno vypočítáním hrubých skóre a jejich převedení do tří skupin prožívání psychické zátěže (příznivé, přiměřené, nepříznivé) podle pohlaví, kdy pro zařazení do jednotlivých skupin, byly rozhodné hodnoty uvedené v následující tabulce.

Tabulka 4.5 – Hrubé skóre pro vyhodnocení míry prožívání zátěže (míry stresu)

prožívání zátěže	rozsah škály – ženy	rozsah škály – muži
nepříznivé	33 – 50	30 – 50
přiměřené	17 – 32	15 – 29
příznivé	0 – 16	0 – 14

Zdroj: Hladký, Žídková, 1999, s. 42

4.4.1 H₀₁ – rozdíl mezi mírou stresu a pohlavím

Byly stanoveny a vyhodnoceny následující výzkumné hypotézy:

H₀₁: Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi mírou stresu a pohlavím

H₁₁: Existuje statisticky významný rozdíl mezi mírou stresu a pohlavím

Výchozí hodnoty pro testování hypotéz uvádí Tabulka 4.6 – Kontingenční tabulka pro testování nulové hypotézy H₀₁.

Tabulka 4.6 – Kontingenční tabulka pro testování nulové hypotézy H₀₁

pohlaví	prožívání zátěže (míra stresu)			celkem
	nepříznivé	přiměřené	příznivé	
muž	3	17	8	28
žena	6	93	37	136
celkem	9	110	45	164

Zdroj: Vlastní výzkum

Teoretické četnosti jsou uvedeny v Tabulce 4.7 – Teoretické četnosti pro testování nulové hypotézy H₀₁, ze které je také zřejmé, že jsou splněny podmínky pro použití χ^2 .

Tabulka 4.7 – Teoretické četnosti pro testování nulové hypotézy H₀₁

pohlaví	prožívání zátěže (míra stresu)			celkem
	nepříznivé	přiměřené	příznivé	
muž	1,5366	18,7805	7,6829	28
žena	7,4634	91,2195	37,3171	136
celkem	9	110	45	164

Zdroj: Vlastní výzkum

Výpočtem byla zjištěna hodnota $\chi^2 = 1,90$. Kritická hodnota $\chi^2_{0,05(2)} = 5,99$. Protože hodnota testového kritéria je nižší než kritická hodnota ($1,90 < 5,99$), platí nulová hypotéza. S 95 % pravděpodobností nebyla potvrzena závislost mezi znaky. Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi mírou stresu a pohlavím. Jinými slovy nebylo prokázáno, že by ženy pociťovaly větší či menší míru stresu než muži.

Z výzkumu vyplývá, že přiměřeně pracovní zátěž prožívá 60,71 % mužů a 68,38 % žen. Hodnoty odpovídající prožitku příznivé pracovní zátěže vykazuje 28,57 % mužů a 27,21 % žen. V nepříznivé situaci se ocitá 10,71 % mužů a 4,41 % žen. Nadměrný stres prožívá o 6,3 % více mužů než žen a o 7,7 % mužů méně prožívá přiměřenou zátěž oproti ženám, zřejmě proto, že muži jsou citlivější na zvládání stresových situací. Tento rozdíl je ale nevýznamný.

4.4.2 H₀₂ – rozdíl mezi mírou stresu a věkem

Byly stanoveny a vyhodnoceny následující výzkumné hypotézy:

H₀₂: Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi mírou stresu a věkem

H₁₂: Existuje statisticky významný rozdíl mezi mírou stresu a věkem

Absolutní hodnoty rozdělené dle příslušných skupin jsou uvedeny v Tabulce č. 4.8 – Kontingenční tabulka pro testování nulové hypotézy H₀₂.

Tabulka 4.8 – Kontingenční tabulka pro testování nulové hypotézy H₀₂

věková kategorie	prožívání zátěže (míra stresu)			celkem
	nepříznivé	přiměřené	příznivé	
do 25 let	1	3	1	5
26 – 50 let	5	57	24	86
nad 50 let	3	50	20	73
celkem	9	110	45	164

Zdroj: Vlastní výzkum

Teoretické četnosti pro testování nulové hypotézy H₀₂ obsahuje následující tabulka.

Tabulka 4.9 – Teoretické četnosti pro testování nulové hypotézy H₀₂

věková kategorie	prožívání zátěže (míra stresu)			celkem
	nepříznivé	přiměřené	příznivé	
do 25 let	0,2744	3,3537	1,3719	5
26 – 50 let	4,7195	57,6829	23,5976	86
nad 50 let	4,0061	48,9634	20,0305	73
celkem	9	110	45	164

Zdroj: Vlastní výzkum

Nejsou splněny obě podmínky pro χ^2 test, nutno sloučit 1. a 2. řádek (hodnoty pro věkové kategorie do 25 let a 26 – 50 let). Hodnoty po sloučení obou řádků, kdy už jsou rozlišovány pouze dvě skupiny, jsou uvedeny v následující tabulce.

Tabulka 4.10 – Kontingenční tabulka pro testování nulové hypotézy H₀₂ po sloučení

věková kategorie	prožívání zátěže (míra stresu)			celkem
	nepříznivé	přiměřené	příznivé	
do 50 let	6	60	25	91
nad 50 let	3	50	20	73
celkem	9	110	45	164

Zdroj: Vlastní výzkum

Teoretické četnosti po sloučení hodnoty pro věkové kategorie do 25 let a 26 – 50 let jsou uvedeny v následující tabulce.

Tabulka 4.11 – Teoretické četnosti pro testování nulové hypotézy H_{02} po sloučení

věková kategorie	prožívání zátěže (míra stresu)			celkem
	nepříznivé	přiměřené	příznivé	
do 50 let	4,9939	61,0366	24,9695	91
nad 50 let	4,0061	48,9634	20,0305	73
celkem	9	110	45	164

Zdroj: Vlastní výzkum

Opět není splněna podmínka χ^2 test, podíl teoretických četností menších než 5 přesahuje 20 %. Je tedy nutno sloučit hodnoty pro nepříznivé a přiměřené prožívání zátěže do společné kategorie „Nepříznivé až přiměřené“. Upravené hodnoty uvádí Tabulka 4.12 – Asociační tabulka pro testování nulové hypotézy H_{02} po sloučení kategorií podle prožívání zátěže.

Tabulka 4.12 – Asociační tabulka pro testování nulové hypotézy H_{02}

věková kategorie	prožívání zátěže (míra stresu)		celkem
	nepříznivé až přiměřené	příznivé	
do 50 let	66	25	91
nad 50 let	53	20	73
celkem	119	45	164

Zdroj: Vlastní výzkum

Celkový počet n četností v jednotlivých kategoriích je větší než 40, proto lze pro vyhodnocení hypotézy použít χ^2 test.

Pro výpočet hodnotícího kritéria byl použit následující vzorec:

$$\chi^2 = \frac{n \cdot (a \cdot d - b \cdot c)^2}{(a + b) \cdot (a + c) \cdot (b + d) \cdot (c + d)}$$

Dosazením příslušných hodnot do vzorce a výpočtem byla zjištěna hodnota $\chi^2 = 0,0001$.

Kritická hodnota $\chi^2_{0,05(1)} = 3,84$. Jelikož je hodnota testového kritéria nižší než kritická hodnota ($0,0001 < 3,84$), platí nulová hypotéza. S 95 % pravděpodobností nebyla potvrzena závislost mezi znaky.

Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi mírou stresu a věkovou kategorií. Jinými slovy nebylo prokázáno, že by mladší věkové kategorie pocívaly větší či menší míru stresu než starší věkové kategorie.

Nejlépeších výsledků dosáhla věková kategorie nad 50 let, kde pouze 4,1 % respondentů vykazala nepříznivou míru stresu a 27,4 % příznivou míru stresu. Oproti tomu nejhorších

výsledků dosáhla nejmladší kategorie do 25 let, kde 20 % dotazovaných vykázala nepříznivou míru zátěže a pouze 20 % příznivou míru zátěže. Nejstarší věková kategorie dosáhla lepších výsledků z důvodu letitých zkušeností, ale rozdíl v porovnání s ostatními věkovými kategoriemi není významný.

4.4.3 H₀₃ – rozdíl mezi mírou stresu a druhem profese

S ohledem na výzkum vztahu mezi mírou stresu a druhem profese byly stanoveny následující hypotézy:

H₀₃: Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi mírou stresu a druhem profese

H₁₃: Existuje statisticky významný rozdíl mezi mírou stresu a druhem profese

Z dotazníkového šetření byly zjištěny absolutní hodnoty, které jsou uvedeny v Tabulce 4.13.

Tabulka 4.13 –Kontingenční tabulka pro testování nulové hypotézy H₀₃

druh profese	prožívání zátěže (míra stresu)			celkem
	nepříznivé	přiměřené	příznivé	
nezdravotnická	3	14	12	29
zdravotnická	6	96	33	135
celkem	9	110	45	164

Zdroj: Vlastní výzkum

Teoretické četnosti pro testování nulové hypotézy H₀₃ jsou vyjádřeny v Tabulce 4.14.

Tabulka 4.14 – Teoretické četnosti pro testování nulové hypotézy H₀₃

druh profese	prožívání zátěže (míra stresu)			celkem
	nepříznivé	přiměřené	příznivé	
nezdravotnická	1,5915	19,4512	7,9573	29
zdravotnická	7,4085	90,5488	37,0427	135
celkem	9	110	45	164

Zdroj: Vlastní výzkum

Z výše uvedených hodnot vyplývá, že jsou splněny podmínky pro použití χ^2 testu. Vypočtená hodnota $\chi^2 = 5,87$, kritická hodnota $\chi^2_{0,05(2)} = 5,99$.

Hodnota testového kritéria je nižší než kritická hodnota ($5,87 < 5,99$), platí nulová hypotéza. S 95 % pravděpodobností nebyla potvrzena závislost mezi znaky, tedy neexistuje statisticky významný rozdíl mezi mírou stresu a druhem profese. Jinými slovy nebylo prokázáno, že by lidé v zdravotnické profesi pocítovali větší či menší míru stresu než lidé v nezdravotnické profesi.

Nelze objektivně ohodnotit, která profesní skupina dopadla významně lépe. Pouze 4,4 % respondentů ve zdravotnické profesi pocítuje nadměrný stres oproti nezdravotnické profesi s 10,3 % respondentů. Naopak příznivou míru stresu vykazovalo 41,4 % respondentů v nezdravotnické profesi, pouze 24,4 % respondentů ve zdravotnické profesi. Tento rozdíl lze spojit s vyššími nároky na příslušníky vybraných skupin zdravotnických profesí, které jsou vystaveny vyšší míře zátěže.

4.4.4 H₀₄ – rozdíl v pocitu stresu mezi oddělením následné péče a urologickým oddělením

V rámci tvorby bakalářské práce byl dále posuzován statisticky významný rozdíl v pocitu stresu mezi oddělením následné péče (které má charakter LDN) a urologickým oddělením. Důvodem byla zejména skutečnost, že existují negativní faktory, které mohou nežádoucím způsobem ovlivňovat výkon práce na oddělení následné péče (výrazně delší ošetrovací doby – průměrné délky hospitalizace, vyšší náročnost péče o pacienty, vyšší úmrtnost pacientů, pomalá progresse zdravotního stavu pacientů). Proto byly stanoveny následující hypotézy:

H₀₄: Neexistuje statisticky významný rozdíl v pocitu stresu mezi oddělením následné péče a urologickým oddělením

H₁₄: Existuje statisticky významný rozdíl v pocitu stresu mezi oddělením následné péče a urologickým oddělením

Za účelem vyhodnocení těchto hypotéz byla vytvořena Tabulka 4.15.

Tabulka 4.15 –Kontingenční tabulka pro testování nulové hypotézy H₀₄

místo výkonu práce	prožívání zátěže (míra stresu)			celkem
	nepříznivé	přiměřené	příznivé	
odd. následné péče	4	18	6	28
urologické oddělení	2	8	5	15
celkem	6	26	11	43

Zdroj: Vlastní výzkum

Teoretické četnosti pro testování nulové hypotézy H₀₄ jsou vyjádřeny v Tabulce 4.16.

Tabulka 4.16 – Teoretické četnosti pro testování nulové hypotézy H_{04}

místo výkonu práce	prožívání zátěže (míra stresu)			celkem
	nepříznivé	přiměřené	příznivé	
odd. následné péče	3,9070	16,9302	7,1628	28
urologické oddělení	2,0930	9,0698	3,8372	15
celkem	6	26	11	43

Zdroj: Vlastní výzkum

Není splněna podmínka pro použití χ^2 testu, protože podíl teoretických četností menších než 5 přesahuje 20 %. Je tedy nutné sloučit hodnoty 1. a 2. sloupce. Upravené hodnoty uvádí následující Tabulka 4.17 – Asociační tabulka pro testování nulové hypotézy H_{04} po sloučení kategorií podle prožívání zátěže.

Tabulka 4.17 – Asociační tabulka pro testování nulové hypotézy H_{04}

místo výkonu práce	prožívání zátěže (míra stresu)		celkem
	nepříznivé až přiměřené	příznivé	
odd. následné péče	22	6	28
urologické oddělení	10	5	15
celkem	32	11	43

Zdroj: Vlastní výzkum

Po sloučení kategorií je již možné použít χ^2 test. Výpočtem zjištěná hodnota $\chi^2 = 0,73$, kritická hodnota $\chi^2_{0,05(1)}=3,84$. Hodnota testového kritéria je nižší než kritická hodnota ($0,73 < 3,84$), platí tedy nulová hypotéza. S 95 % pravděpodobností nebyla potvrzena závislost mezi znaky.

Neexistuje statisticky významný rozdíl v pocitu stresu mezi oddělením následné péče a urologickým oddělením. Jinými slovy nebylo prokázáno, že by na oddělení následné péče pociťovali větší či menší míru stresu než na urologickém oddělení.

Nedá se objektivně ohodnotit, které oddělení vykázalo s ohledem na vztah k prožívání zátěže lepších výsledků. Lze ale konstatovat, že oddělení následné péče vykazuje 64,3 % respondentů s přiměřenou mírou stresu oproti urologickému oddělení, kde tato míra je nižší tj. 53,3 %. Naopak lepšího výsledku dosahuje urologické oddělení s 33,3 % respondentů s příznivou mírou stresu oproti oddělení následné péče, kde je tato míra nižší tj. 21,4 % respondentů. Tento rozdíl lze chápat díky skutečnosti, že péče o staré a nevléčitelné pacienty na oddělení následné péče přináší vyšší míru stresu. S nadměrným stresem se potýká přibližně stejné procento respondentů, oddělení následné péče 14,3 % a urologické oddělení 13,3 %.

4.4.5 H₀₅ – rozdíl v pocitu stresu mezi sestrami na lůžkovém oddělení a laboranty

V rámci dalšího výzkumu byly stanoveny následující hypotézy:

H₀₅: Neexistuje statisticky významný rozdíl v pocitu stresu mezi sestrami na lůžkovém oddělení a laboranty

H₁₅: Existuje statisticky významný rozdíl v pocitu stresu mezi sestrami na lůžkovém oddělení a laboranty

Dotazníkovým šetřením byly s ohledem na vyhodnocení těchto hypotéz zjištěny hodnoty, které obsahuje Tabulka 4.18 – Kontingenční tabulka pro testování nulové hypotézy H₀₅.

Tabulka 4.18 –Kontingenční tabulka pro testování nulové hypotézy H₀₅

pracovní pozice	prožívání zátěže (míra stresu)			celkem
	nepříznivé	přiměřené	příznivé	
lůžkové oddělení	3	49	14	66
OKBH	0	2	5	7
celkem	3	51	19	73

Zdroj: Vlastní výzkum

Teoretické četnosti jsou vyjádřeny v Tabulce 4.19 – Teoretické četnosti pro testování nulové hypotézy H₀₅.

Tabulka 4.19 – Teoretické četnosti pro testování nulové hypotézy H₀₅

pracovní pozice	prožívání zátěže (míra stresu)			Celkem
	nepříznivé	přiměřené	příznivé	
lůžkové oddělení	2,7123	46,1096	17,1781	66
OKBH	0,2877	4,8904	1,8219	7
celkem	3	51	19	73

Zdroj: Vlastní výzkum

Z výše uvedené tabulky vyplývá, že nejsou splněny obě podmínky pro χ^2 test, je tedy nutno sloučit 1. a 2. sloupec. Tato úprava je promítnuta do Tabulky 4.20.

Tabulka 4.20 – Asociační tabulka pro testování nulové hypotézy H₀₅

pracovní pozice	prožívání zátěže (míra stresu)		Celkem
	nepříznivé až přiměřené	příznivé	
lůžkové oddělení	52	14	66
OKBH	2	5	7
celkem	54	19	73

Zdroj: Vlastní výzkum

Jsou splněny podmínky pro použití χ^2 testu. Vypočtená hodnota $\chi^2 = 8,29$, kritická hodnota $\chi^2_{0,05(1)}=3,84$. Vypočtená hodnota je vyšší než kritická ($8,29 > 3,84$), proto je nulová hypotéza zamítnuta a je konstatováno, že s 95 % pravděpodobností byla potvrzena závislost mezi znaky. Lze tak konstatovat, že existuje statisticky významný rozdíl v pocitu stresu mezi sestrami na lůžkovém oddělení a laboranty.

Pro určení síly (těsnosti) závislosti je použit vzorec:

$$|V| = \sqrt{\frac{\chi^2}{n}}$$

Dosazením příslušných hodnot do tohoto vzorce je získána hodnota 0,34, z čehož vyplývá, že síla závislosti v míře stresu mezi sestrami na lůžkovém oddělení a laboranty je přímá, středně silná (34 %).

Z pohledu negativního prožívání zátěže lépe dopadli laboranti, kde ani jeden respondent nepocití uje nadměrný stres a zároveň 71,4 % laborantů vykazovalo příznivou míru zátěže. Oproti tomu 4,5 % sester na lůžkovém oddělení je vystaveno nadměrnému stresu a pouze 21,2 % respondentek prožívá příznivou míru zátěže. Z tohoto výsledku lze usoudit, že sestry na lůžkovém oddělení jsou vystaveny vyšší míře stresu, a to např. z důvodu práce s pacienty a z důvodu práce na směny.

Z výzkumu vyplynulo, že nejzávažnějšími stresory u sester na lůžkových odděleních jsou časová tíseň a riziko odborného pochybení. Laboranti pak uvádějí jako nejvýznamnější stresory možnost odborného pochybení, časovou tíseň, vysoká zodpovědnost, konflikty a problémy.

4.4.6 H₀₆ – rozdíl v pocitu stresu jako rizikového faktoru vedoucího k odbornému pochybení mezi muži a ženami

S ohledem na možné rozdíly mezi pohlavími ve vztahu k pocitu stresu jako rizikového faktoru vedoucího k možnému odbornému pochybení, byly stanoveny následující výzkumné hypotézy:

H₀₆: Neexistuje statisticky významný rozdíl v pocitu stresu jako rizikového faktoru vedoucího k odbornému pochybení mezi muži a ženami

H₁₆: Existuje statisticky významný rozdíl v pocitu stresu jako rizikového faktoru vedoucího k odbornému pochybení mezi muži a ženami

Za účelem vyhodnocení těchto výzkumných hypotéz byl ke standardnímu dotazníku doplněn požadavek o vyjádření míry ztotožnění se s výrokem „Považuji svou práci pod vlivem stresu

za vysoký rizikový faktor vedoucí k možnému odbornému pochybení.“ Počty odpovědí získané ve vztahu k tomuto výroku uvádí následující kontingenční tabulka.

Tabulka 4.21 –Kontingenční tabulka pro testování nulové hypotézy H_{06}

pohlaví	míra ztotožnění se s výrokiem					celkem
	1 – ne	2 – spíše ne	3 – nevím	4 – spíše ano	5 – ano	
muž	9	9	4	4	2	28
žena	34	35	35	20	12	136
celkem	43	44	39	24	14	164

Zdroj: Vlastní výzkum

O teoretických četnostech vypovídá následující tabulka.

Tabulka 4.22 – Teoretické četnosti pro testování nulové hypotézy H_{06}

pohlaví	míra ztotožnění se s výrokiem					celkem
	1 – ne	2 – spíše ne	3 – nevím	4 – spíše ano	5 – ano	
muž	7,3415	7,5122	6,6585	4,0976	2,3902	28
žena	35,6585	36,4878	32,3415	19,9024	11,6098	136
celkem	43	44	39	24	14	164

Zdroj: Vlastní výzkum

Z této tabulky je zřejmé, že není splněna podmínka pro možnost použití χ^2 testu a že je nutné sloučit hodnoty pro kategorie „4 – spíše ano“ a „5 – ano“. Nové hodnoty po provedeném sloučení hodnot pro tyto kategorie obsahuje Tabulka 4.23 – Kontingenční tabulka pro testování nulové hypotézy H_{06} po sloučení.

Tabulka 4.23 – Kontingenční tabulka pro testování nulové hypotézy H_{06} po sloučení

Pohlaví	Míra ztotožnění se s výrokiem				Celkem
	1 – ne	2 – spíše ne	3 – nevím	4 – spíše ano, 5 – ano	
muž	9	9	4	6	28
žena	34	35	35	32	136
celkem	43	44	39	38	164

Zdroj: Vlastní výzkum

Teoretické četnosti po úpravě jsou uvedeny v Tabulce 4.24 – Teoretické četnosti pro testování nulové hypotézy H_{06} po sloučení.

Tabulka 4.24 – Teoretické četnosti pro testování nulové hypotézy H_{06} po sloučení

pohlaví	míra ztotožnění se s výrokem				Celkem
	1 – ne	2 – spíše ne	3 – nevím	4 – spíše ano, 5 – ano	
muž	7,3415	7,5122	6,6585	6,4878	28
žena	35,6585	36,4878	32,3415	31,5122	136
celkem	43	44	39	38	164

Zdroj: Vlastní výzkum

Z předchozí tabulky vyplývá, jsou splněny podmínky pro χ^2 . Vypočtená hodnota $\chi^2 = 2,14$, kritická hodnota $\chi^2_{0,05(3)} = 7,82$. Hodnota testového kritéria je nižší než kritická hodnota ($2,14 < 7,82$), platí nulová hypotéza. S 95 % pravděpodobností nebyla potvrzena závislost mezi znaky. Neexistuje statisticky významný rozdíl ve vnímání stresu jako rizikového faktoru vedoucího k odbornému pochybení mezi muži a ženami.

Odpovědi dotazovaných byly velice vyrovnané. Výzkum ukázal, že 32,1 % mužů nevnímá stres jako rizikový faktor vedoucí k odbornému pochybení, zatímco podíl žen, které stres takto nevnímají, je pouze 25 %. Zároveň jsou muži na tom lépe, kde menší procento tj. 7,1 % pociťuje stres jako rizikový faktor vedoucí k odbornému pochybení oproti ženám, kterých je více tj. 8,8 %.

4.4.7 H_{07} – rozdíl v pocitu stresu jako rizikového faktoru vedoucího k odbornému pochybení mezi sestrami na lůžkovém oddělení a lékaři

V průběhu výzkumu byly dále stanoveny hypotézy:

H_{07} : Neexistuje statisticky významný rozdíl v pocitu stresu jako rizikového faktoru vedoucího k odbornému pochybení mezi sestrami na lůžkovém oddělení a lékaři

H_{17} : Existuje statisticky významný rozdíl v pocitu stresu jako rizikového faktoru vedoucího k odbornému pochybení mezi sestrami na lůžkovém oddělení a lékaři

Z dat získaných dotazníkovým šetřením, konkrétně dat, která se týkala doplňkové otázky nad rámec standardního Meisterova dotazníku, byla vytvořena kontingenční tabulka pro testování nulové hypotézy. Příslušné hodnoty obsahuje Tabulka 4.25 – Kontingenční tabulka pro testování nulové hypotézy H_{07} .

Tabulka 4.25 – Kontingenční tabulka pro testování nulové hypotézy H_{07}

pracovní pozice	míra ztotožnění se s výrokiem					celkem
	1 – ne	2 – spíše ne	3 – nevím	4 – spíše ano	5 – ano	
sestra na lůžk. odd.	10	15	18	15	8	66
lékař	3	4	4	5	2	18
celkem	13	19	22	20	10	84

Zdroj: Vlastní výzkum

Teoretické četnosti jsou vyjádřeny v Tabulce 4.26 – Teoretické četnosti pro testování nulové hypotézy H_{07} .

Tabulka 4.26 – Teoretické četnosti pro testování nulové hypotézy H_{07}

pracovní pozice	míra ztotožnění se s výrokiem					celkem
	1 – ne	2 – spíše ne	3 – nevím	4 – spíše ano	5 – ano	
sestra na lůžk. odd.	10,2143	14,9286	17,2857	15,7143	7,8571	66
lékař	2,7857	4,0714	4,7143	4,2857	2,1429	18
celkem	13	19	22	20	10	84

Zdroj: Vlastní výzkum

Z výše uvedených hodnot vyplývá, že není splněna jedna z podmínek pro vyhodnocení hypotézy pomocí χ^2 testu (podíl teoretických četností menších než 5 přesahuje 20 %). Z tohoto vyplývá, že v rámci dalšího postupu je nutno sloučit 4. a 5. sloupec a 1. a 2. sloupec. Hodnoty po provedení této operace obsahuje Tabulka 4.27 – Kontingenční tabulka pro testování nulové hypotézy H_{07} po sloučení.

Tabulka 4.27 – Kontingenční tabulka pro testování nulové hypotézy H_{07} po sloučení

pracovní pozice	míra ztotožnění se s výrokiem			Celkem
	1 – ne, 2 – spíše ne	3 – nevím	4 – spíše ano, 5 – ano	
sestra na lůžk. odd.	25	18	23	66
lékař	7	4	7	18
celkem	32	22	30	84

Zdroj: Vlastní výzkum

Teoretické četnosti po sloučení sloupců jsou uvedeny v Tabulce 4.28 – Teoretické četnosti pro testování nulové hypotézy H_{07} po sloučení.

Tabulka 4.28 – Teoretické četnosti pro testování nulové hypotézy H_{07} po sloučení

pracovní pozice	míra ztotožnění se s výrokem			Celkem
	1 – ne, 2 – spíše ne	3 – nevím	4 – spíše ano, 5 – ano	
sestra na lůžk. odd.	25,1429	17,2857	23,5714	66
lékař	6,8571	4,7143	6,4286	18
celkem	32	22	30	84

Zdroj: Vlastní výzkum

Jsou splněny podmínky pro použití χ^2 . Vypočtená hodnota χ^2 činí 0,21. Kritická hodnota $\chi^2_{0,05(2)} = 5,99$. Hodnota testového kritéria je nižší než kritická hodnota ($0,21 < 5,99$), platí nulová hypotéza. S 95 % pravděpodobností nebyla potvrzena závislost mezi znaky.

Neexistuje statisticky významný rozdíl v pocitu stresu jako rizikového faktoru vedoucího k odbornému pochybení mezi sestrami na lůžkovém oddělení a lékaři.

Odpovědi dotazovaných byly opět velice vyrovnané. Celkově jsou na tom nepatrně lépe lékaři, kde 16,7 % nepociťuje stres jako rizikový faktor vedoucí k odbornému pochybení oproti sestrami na lůžkovém oddělení, kterých je téměř stejně tj. 15,2 %. Zároveň jsou lékaři na tom lépe, kde menší procento tj. 11,1 % pociťuje stres jako rizikový faktor vedoucí k odbornému pochybení oproti sestrami na lůžkovém oddělení, kterých je o jedno procento více tj. 12,1 %.

4.4.8 H_{08} – rozdíl v pocitu stresu mezi pracovníky, kteří pracují s pacienty a kteří nepracují s pacienty

V rámci výzkumu byly dále stanoveny následující hypotézy:

H_{08} : Neexistuje statisticky významný rozdíl v pocitu stresu mezi pracovníky, kteří pracují s pacienty a kteří nepracují s pacienty

H_{18} : Existuje statisticky významný rozdíl v pocitu stresu mezi pracovníky, kteří pracují s pacienty a kteří nepracují s pacienty

Z dotazníkového šetření byly získány následující hodnoty, které obsahuje Tabulka 4.29 – Kontingenční tabulka pro testování nulové hypotézy H_{08} .

Tabulka 4.29 – Kontingenční tabulka pro testování nulové hypotézy H_{08}

práce s pacienty	prožívání zátěže (míra stresu)			celkem
	nepříznivá	přiměřená	příznivá	
NE	0	19	18	37
ANO	7	91	29	127
celkem	7	110	47	164

Zdroj: Vlastní výzkum

Teoretické četnosti jsou uvedeny v Tabulce 4.30 – Teoretické četnosti pro testování nulové hypotézy H_{08} .

Tabulka 4.30 – Teoretické četnosti pro testování nulové hypotézy H_{08}

práce s pacienty	prožívání zátěže (míra stresu)			celkem
	nepříznivá	přiměřená	příznivá	
NE	1,5793	24,8171	10,6037	37
ANO	5,4207	85,1829	36,3963	127
celkem	7	110	47	164

Zdroj: Vlastní výzkum

Podmínky pro použití χ^2 jsou splněny. Vypočtená hodnota $\chi^2 = 10,46$. Kritická hodnota $\chi^2_{0,05(2)} = 5,99$. Vypočtená hodnota je vyšší než kritická hodnota ($10,46 > 5,99$), zamítáme nulovou hypotézu a konstatujeme, že s 95% pravděpodobností byla potvrzena závislost mezi znaky. Existuje statisticky významný rozdíl v pocitu stresu mezi pracovníky, kteří pracují s pacienty a kteří nepracují s pacienty. Nyní lze vypočítat sílu (těsnost závislosti) pomocí koeficientu kontingence, kde $C = 0,25$ (slabá závislost). Síla závislosti v míře vnímání stresu mezi zaměstnanci, kteří pracují s pacienty a kteří s pacienty nepracují, je slabá (25 %).

Jednoznačně lépe dopadli respondenti nepracující s pacienty, kde ani jeden respondent nepocítuje nadměrný stres a zároveň 48,7 % zaměstnanců nepracujících s pacienty vykazovalo příznivou míru zátěže. Oproti tomu respondenti pracující s pacienty prokázali nejvyšší míru stresu tj. 5,5 % a zároveň pouze 22,9 % respondentů pracujících s pacienty vykazalo příznivou míru zátěže. Z výsledků vyplývá, že práce s pacienty a péče o ně představuje významný stresor.

4.4.9 H_{09} – rozdíl v pocitu stresu jako rizikového faktoru vedoucího k odbornému pochybení mezi chirurgickým oddělením a provozem s administrativou

S ohledem na charakter pracovní činnosti, předpokládanému rozdílu ve frekvenci a intenzitě expozice různým stresorům byla stanovena poslední výzkumná hypotéza, která hodnotí případný rozdíl ve vnímání stresu jako rizikového faktoru vedoucího k odbornému pochybení mezi vybraným zdravotnickým oddělením a pracovišti provozního a administrativního typu.

Konkrétně byly stanoveny následující výzkumné hypotézy:

H_{09} : Neexistuje statisticky významný rozdíl v pocitu stresu jako rizikového faktoru vedoucího k odbornému pochybení mezi chirurgickým oddělením a provozem s administrativou

H₁₉: Existuje statisticky významný rozdíl v pocitu stresu jako rizikového faktoru vedoucího k odbornému pochybení mezi chirurgickým oddělením a provozem s administrativou
 Z odpovědí na vlastní doplňující otázku byly získány hodnoty uvedené v Tabulce 4.31–
 Kontingenční tabulka pro testování nulové hypotézy H₀₉.

Tabulka 4.31 – Kontingenční tabulka pro testování nulové hypotézy H₀₉

místo výkonu	míra ztotožnění se s výrokem					celkem
	1 – ne	2 – spíše ne	3 – nevím	4 – spíše ano	5 – ano	
chirurgické odd.	10	7	11	9	4	41
administrativa a provoz	13	5	4	1	1	24
celkem	23	12	15	10	5	65

Zdroj: Vlastní výzkum

Teoretické četnosti jsou uvedeny v Tabulce 4.32 – Teoretické četnosti pro testování nulové hypotézy H₀₉.

Tabulka 4.32 – Teoretické četnosti pro testování nulové hypotézy H₀₉

místo výkonu	míra ztotožnění se s výrokem					celkem
	1 – ne	2 – spíše ne	3 – nevím	4 – spíše ano	5 – ano	
chirurgické odd.	14,5077	7,5692	9,4615	6,3077	3,1538	41
administrativa a provoz	8,4923	4,4308	5,5385	3,6923	1,8462	24
celkem	23	12	15	10	5	65

Zdroj: Vlastní výzkum

Z tabulky vyplývá, že není splněna podmínka pro použití χ^2 testu (podíl teoretických četností menších než 5 přesahuje 20 %). Pro další postup je nutné sloučit hodnoty pro kategorie „3 – nevím“, „4 – spíše ano“ a „5 – ano“.

Nové hodnoty obsahuje Tabulka 4.33 – Kontingenční tabulka pro testování nulové hypotézy H₀₉ po sloučení.

Tabulka 4.33 – Kontingenční tabulka pro testování nulové hypotézy H₀₉ po sloučení

místo výkonu	míra ztotožnění se s výrokem			Celkem
	1 – ne	2 – spíše ne	3 – nevím, 4 – spíše ano, 5 – ano	
chirurgické odd.	10	7	24	41
administrativa a provoz	13	5	6	24
celkem	23	12	30	65

Zdroj: Vlastní výzkum

Teoretické četnosti po úpravě jsou uvedeny v Tabulce 4.34 – Teoretické četnosti pro testování nulové hypotézy H_{09} po sloučení.

Tabulka 4.34 – Teoretické četnosti pro testování nulové hypotézy H_{09} po sloučení

místo výkonu	míra ztotožnění se s výrokem			Celkem
	1 – ne	2 – spíše ne	3 – nevím, 4 – spíše ano, 5 – ano	
chirurgické odd.	14,5077	7,5692	18,9231	41
administrativa a provoz	8,4923	4,4308	11,0769	24
celkem	23	12	30	65

Zdroj: Vlastní výzkum

Podmínky pro použití χ^2 jsou splněny. Vypočtená hodnota $\chi^2 = 7,60$. Kritická hodnota $\chi^2_{0,05(2)} = 5,99$. Platí, že vypočtená hodnota je vyšší než hodnota kritická ($7,60 > 5,99$), zamítáme tedy nulovou hypotézu a konstatujeme, že s 95 % pravděpodobností byla potvrzena závislost mezi znaky. Existuje tedy statisticky významný rozdíl v pocitu stresu jako rizikového faktoru vedoucího k odbornému pochybení mezi chirurgickým oddělením a provozem s administrativou.

Vypočtená hodnota Pearsonova koeficientu kontingence $C = 0,32$ (což vyjadřuje slabou závislost). Síla závislosti v pocitu stresu jako rizikového faktoru vedoucího k odbornému pochybení mezi chirurgickým oddělením a provozem s administrativou je 32 %.

S ohledem na nežádoucí vliv stresu na zaměstnance jednoznačně lépe dopadla administrativa a provoz, kde 54,2 % respondentů nepocítuje stres jako rizikový faktor vedoucí k odbornému pochybení. Podíl takových respondentů z chirurgického oddělení činí pouze 24,4 %. Příznivější hodnoty zároveň administrativa a provoz vykazují také s ohledem na skutečnost, že pouze 4,2 % respondentů z této skupiny pocítuje stres jako rizikový faktor vedoucí k odbornému pochybení. Oproti tomu na chirurgickém oddělení 22 % dotazovaných stres jako rizikový faktor vedoucí k odbornému pochybení vnímá. Z tohoto výsledku lze usoudit, že chirurgické oddělení vnímá stres jako rizikový faktor vedoucí k odbornému pochybení ve větší míře než administrativa s provozem a to například z důvodu práce s pacienty nebo z důvodu práce na směny.

5 Výsledky a diskuse

Při výzkumu se prokázalo, že mezi pracovníky MNDK nebyla míra stresu natolik silná, aby ovlivnila výkonnost zaměstnanců. Ani vliv stresu vnímaného jako vysokého rizikového faktoru vedoucího k odbornému pochybení nebyl natolik silný, aby ovlivnil výkonnost zaměstnanců. Na základě analýzy výzkumných hypotéz došlo k jejich vyhodnocení a byly vyvozeny následující závěry.

V první testované hypotéze byla zkoumána míra stresu mezi muži a ženami. Druhá testovaná hypotéza zkoumala vliv věku na míru pracovní zátěže. Třetí testovaná hypotéza zkoumala vliv druhu profese na míru stresu a čtvrtá testovaná hypotéza vliv pracovní zátěže mezi oddělením následné péče a urologickým oddělením. Ani u jedné z těchto čtyř testovaných hypotéz nebyl prokázán významný statistický rozdíl a s 95% pravděpodobností nebyla prokázána závislost mezi znaky.

V páté testované hypotéze byla zkoumána míra stresu mezi sestrami na lůžkovém oddělení a zdravotními laboranty. Zde byl prokázán významný statistický rozdíl a s 95% pravděpodobností byla potvrzena středně silná závislost mezi znaky (34 %). Jednoznačně lepších výsledků dosáhli laboranti, kde ani jeden respondent nepociťuje nadměrný stres a zároveň 71,4 % laborantů vykazovalo příznivou míru zátěže. Oproti tomu 4,5 % sester na lůžkovém oddělení je vystaveno nadměrnému stresu a pouze 21,2 % respondentek prožívá příznivou míru zátěže. Z tohoto výsledku lze usoudit, že sestry na lůžkovém oddělení jsou vystaveny vyšší míře stresu např. vlivem práce s pacienty a z důvodu práce na směny. Nejčastějším stresorem uváděným podle Meisterova standardizovaného dotazníku a podle vlastní doplňující otázky u sester na lůžkovém oddělení je časová tíseň (13 %) a vnímání stresu jako rizika možného odborného pochybení (12 %). Toto riziko je také nejčastěji uváděným stresorem u zdravotních laborantů (13 %), kteří dále uvádějí další stresové faktory – časová tíseň, vysoká zodpovědnost a konflikty a problémy (vše shodně 11 %).

U šesté testované hypotézy byl zkoumán vliv stresu jako vysokého rizikového faktoru vedoucího k odbornému pochybení mezi muži a ženami. Zde nebyl prokázán významný statistický rozdíl a s 95 % pravděpodobností nebyla prokázána závislost mezi znaky. Odpovědi dotazovaných byly velice vyrovnané. Celkově jsou na tom lépe muži, kde 32,1 % nepociťuje stres jako rizikový faktor vedoucí k odbornému pochybení oproti ženám, kterých je jen 25 %. Zároveň jsou muži na tom lépe, kde menší procento tj. 7,1 % pociťuje stres jako rizikový faktor vedoucí k odbornému pochybení oproti ženám, kterých je více tj. 8,8 %.

U sedmé testované hypotézy byl zkoumán vliv stresu jako vysokého rizikového faktoru vedoucího k odbornému pochybení mezi sestrami na lůžkovém oddělení a lékaři. Ani zde nebyl prokázán významný statistický rozdíl a s 95% pravděpodobností nebyla prokázána závislost mezi znaky. Odpovědi dotazovaných byly opět velice vyrovnané. Celkově jsou na tom nepatrně lépe lékaři, kde 16,7 % nepocítuje stres jako rizikový faktor vedoucí k odbornému pochybení oproti sestram na lůžkovém oddělení, kterých je téměř stejně tj. 15,2 %. Zároveň jsou lékaři na tom lépe, kde menší procento tj. 11,1 % pocítuje stres jako rizikový faktor vedoucí k odbornému pochybení oproti sestram na lůžkovém oddělení, kterých je o jedno procento více tj. 12,1 %.

Osmá testovaná hypotéza zkoumala míru stresu mezi pracovníky pracujícími s pacienty a pracovníky, kteří s pacienty nepracují. Zde byl prokázán významný statistický rozdíl a s 95% pravděpodobností byla potvrzena slabá závislost mezi znaky (konkrétně 25 %). Jednoznačně lépe dopadli respondenti nepracující s pacienty, kdy výzkum ukázal, že v této skupině ani jeden respondent nepocítuje nadměrný stres a zároveň 48,7 % zaměstnanců nepracujících s pacienty vykazovalo příznivou míru zátěže. Oproti tomu respondenti pracující s pacienty prokázali nejvyšší míru stresu tj. 5,5 % a zároveň pouze 22,9 % respondentů pracujících s pacienty vykazovalo příznivou míru zátěže. Z výsledků vyplývá, že práce s pacienty a péče o ně představuje významný stresor.

U poslední testované hypotézy byl zkoumán vliv stresu jako vysokého rizikového faktoru vedoucího k odbornému pochybení mezi chirurgickým oddělením a administrativou s provozem. Zde byl prokázán významný statistický rozdíl a s 95% pravděpodobností byla potvrzena slabá závislost mezi znaky, a to konkrétně 32 %. Příznivější hodnoty vykazali pracovníci administrativy a provozu, kdy průzkum ukázal, že 54,2 % respondentů nepocítuje stres jako rizikový faktor vedoucí k odbornému pochybení. Oproti tomu skupina respondentů zastoupená pracovníky chirurgického oddělení, zahrnovala pouze 24,4 % respondentů, kteří stres jako rizikový faktor vedoucí k možnému odbornému pochybení nevnímají. Zároveň skupina respondentů z řady pracovníků administrativy a provozu vykazuje příznivější hodnoty, kdy výrazně nižší podíl respondentů (konkrétně 4,2 %) pocítuje stres jako rizikový faktor vedoucí k odbornému pochybení, oproti chirurgickému oddělení, kde až 22 % dotazovaných pocítuje stres jako rizikový faktor vedoucí k možnému odbornému pochybení. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že nejvíce vnímanými stresory u zaměstnanců na chirurgickém oddělení jsou časová tíseň, vysoká zodpovědnost a vnímání rizika odborného pochybení. V případě pracovníků administrativy a provozu těmito stresory

jsou shodně časová tíseň a vysoká zodpovědnost, tyto dva faktory doplňují únava a ochablost.

Celkově lze konstatovat, že ohrožení stresem jsou více zaměstnanci ve zdravotnických profesích, což bylo možné očekávat, neboť právě zdravotnické profese jsou jednou ze skupin, která je nežádoucím stresu vystavována nejčastěji a je také jednou z nejohroženějších s ohledem na možné negativní dopady stresu.

6 Závěr

Hlavním cílem bakalářské práce bylo vymezit problematiku stresu a s tím související vztah k pracovní výkonnosti a k riziku odborného selhání u zaměstnanců vybraného zdravotnického zařízení. Dílčím cílem bylo zjistit pomocí statistických hypotéz, zda existuje statisticky významný rozdíl mezi znaky.

Teoretická část byla zpracována na základě studia odborné literatury a následně provedené kompilace textu. V úvodu teoretické části byl charakterizován stres obecně a následně popsáno jeho druhové členění, fyziologický charakter a jednotlivé dopady dlouhodobému vystavení stresových faktorů na organismus. Dále jsou popsány strategie zvládnání stresu, problematika stresu v zaměstnání a možnosti prevence.

V empirické části bylo identifikováno vybrané zdravotnické zařízení a popsán průběh výzkumu. Výzkum byl realizován za pomoci dotazníkového šetření, které proběhlo v září 2020 a při kterém bylo celkem osloveno 188 respondentů. Na konci dotazníkového šetření bylo vráceno 164 dotazníků. Dotazník sestává ze tří částí, první část obsahuje osobní otázky, druhá část standardizovaný Meisterův dotazník a poslední je vlastní doplňující otázka vztahující se k možnému odbornému pochybení. Získaná data byla zpracována a analyzována pomocí programu MS Excel. Hlavní část práce byla zaměřena na vyhodnocení statistického souboru podle různých kategorií a jejich kombinací pomocí grafů a tabulek. Následně byly testovány a vyhodnocovány nulové hypotézy pomocí vhodných statistických metod, jejich ověřování a interpretace zjištěných výsledků. Také hypotézy byly doplněny o vhodné tabulky.

Bylo prokázáno, že pohlaví, věk a druh profese nemají vliv na míru stresu. Závislost nebyla prokázána ani v případě míry stresu mezi oddělením následné péče a urologickým oddělením.

Středně silná závislost 34 % v míře pracovní zátěže byla potvrzena mezi sestrami na lůžkovém oddělení a laboranty. Žádný z laborantů nepocituje nadměrný stres oproti 4,5 % sester na lůžkovém oddělení, které jsou vystaveny nadměrnému stresu.

Statisticky významný rozdíl nebyl prokázán u vlivu stresu jako rizikového faktoru vedoucího k odbornému pochybení mezi muži a ženami, ani mezi sestrami na lůžkovém oddělení a lékaři.

Slabá závislost 25 % byla prokázána mezi zaměstnanci, kteří pracují s pacienty a zaměstnanci, kteří nepracují s pacienty. Rovněž slabá závislost 32 % byla potvrzena u vlivu

stresu jako rizikového faktoru vedoucího k odbornému pochybení mezi chirurgickým oddělením, administrativou a provozem.

Nejčastěji uváděnými stresory u zaměstnanců Městské nemocnice, a. s. Dvůr Králové nad Labem jsou časová tíseň, vysoká zodpovědnost, klesající výkonnost a riziko odborného pochybení.

Výzkumem bylo zjištěno, že zaměstnanci Městské nemocnice, a. s. Dvůr Králové nad Labem nepocítují míru stresu ani vliv stresu jako rizikového faktoru vedoucího k odbornému pochybení natolik silně, aby tím byla negativně ovlivňována jejich výkonnost v zaměstnání. Výsledky bakalářské práce nelze zobecnit, protože výzkum mohl být ovlivněn aktuálním psychickým rozpoložením respondentů v době, po kterou probíhal sběr dat z dotazníkového šetření a dalšími faktory. Toto ovšem dle mého názoru nijak nesnižuje význam výzkumu stresu, neboť na základě zjištěných skutečností lze volit vhodné prostředky a strategie k eliminaci vlivu negativního stresu na zaměstnance nemocnice.

7 Seznam použitých zdrojů

7.1 Literární zdroje

ARNOLD, John. *Psychologie práce: pro manažery a personalisty*. Brno: Computer Press, c2007. Praxe manažera (Computer Press). ISBN 978-80-251-1518-3.

AYERS, Susan a Richard de VISSER. *Psychologie v medicíně*. Přeložil Helena HARTLOVÁ. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5230-3.

FONTANA, David. *Stres v práci a v životě: jak ho pochopit a zvládat*. Přeložil Alice ZAVADILOVÁ. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1033-7.

GANDHE, Rutwik J. Positive stress: Review of relevant theories and an alternative conceptualization. Haryana: *Indian Journal of Positive Psychology*, 2014, 5(3), 260-266. ISSN-p-2229-4937e-2321-368X.

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

JOSHI, Vinay. *Stres a zdraví*. Praha: Portál, 2007. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-211-9.

KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.

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

MUSIL, Jiří V. *Psychologické aspekty vedení a řízení lidí*. Praha: Ústav práva a právní vědy, 2013. Právo - edice pro právo a management. ISBN 978-80-905247-3-6.

NAKONEČNÝ, Milan. *Motivace lidského chování*. Praha: Academia, 1996. ISBN 80-200-0592-7.

PAUKNEROVÁ, Daniela. *Psychologie pro ekonomy a manažery*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Management (Grada). ISBN 978-80-247-3809-3.

ŘEZANKOVÁ, Hana. *Analýza dat z dotazníkových šetření*. (Čtvrté přepracované vydání). [Praha]: Professional Publishing, 2017. ISBN 978-80-90-6594-8-3.

SELYE, Hans. *Stres života*. Přeložil Petra KUDRNÁČOVÁ. Hodkovičky: Pragma, [2016]. ISBN 978-80-7349-392-9.

ŠTIKAR, Jiří. *Psychologie ve světě práce*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0448-5.

ULRICHOVÁ, Monika. *Člověk, stres a osobnostní předpoklady: souvislost osobnostních rysů a odolnosti vůči stresu*. Ústí nad Orlicí: Oftis ve spolupráci s Pedagogickou fakultou Univerzity Hradec Králové, 2012. ISBN 978-807405-186-9.

VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena, HONZÁK, Radkin. *Stres, eustres a distres*. Interní medicína pro praxi, 2008, roč. 10, č. 4, s. 188-192. ISSN: 1212-7299.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3174-2.

7.2 Internetové zdroje

Městská nemocnice, a.s., Dvůr Králové nad Labem [online]. Dvůr Králové nad Labem, 2021 [cit. 2021-01-16]. Dostupné z: <http://www.mndk.cz>

Královéhradecký kraj [online]. Hradec Králové: MANAGEMENTMANIA.COM, Královéhradecký kraj [cit. 2020-06-16]. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz>

[cit. 2021-01-16]. Dostupné z: <http://www.mndk.cz>

MANAGEMENT MANIA [online]. Plzeň: MANAGEMENTMANIA.COM, 2021 [cit. 2021-01-16]. Dostupné z: <https://managementmania.com/cs/>

Společnost mladých agrárníků České republiky, z. s.: neziskové nevládní občanské sdružení [online]. Dvůr Králové nad Labem: Společnost mladých agrárníků České republiky, 2021

8 Přílohy

8.1 Příloha č. 1 – Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Kateřina Súkupová a jsem studentkou 3. ročníku Provozně ekonomické fakulty na České zemědělské univerzitě v Praze. Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, jehož data budou sloužit výhradně jako podklady pro zpracování mé bakalářské práce na téma „*Stres a jeho vliv na výkon v zaměstnání.*“ Dotazník je anonymní a je určen všem zaměstnancům této nemocnice.

Předem děkuji za Vaši ochotu a čas.

Kateřina Súkupová

1. část – osobní otázky

Zřetelně označte příslušnou volbu; v případě, že pracujete na více místech výkonu práce, případně zastáváte více pracovních pozic, označte vždy převažující volbu.

Pohlaví: muž žena

Věk: do 25 let 26–50 let nad 50 let

Druh profese: zdravotnická nezdravotnická

Místo výkonu práce (oddělení nebo pracoviště):

- interní oddělení, vč. ambulance
- chirurgické oddělení, vč. ambulance
- urologické oddělení, vč. ambulance
- oddělení následné péče
- oddělení zobrazovacích metod
- anesteziologicko-resuscitační oddělení
- endoskopie
- rehabilitace
- provoz nebo administrativa
- OKBH

Pracovní pozice:

- lékař
- sestra na lůžkovém oddělení
- ambulantní sestra
- pomocný personál
- radiologický asistent
- laborant
- administrativní pracovník nebo manažer
- pracovník provozu nebo údržby

2. část – Meisterův standardizovaný dotazník

V této a následující části dotazníku označte odpověď, která nejvíce vystihuje Vaše pocity při práci (5 – ano, plně souhlasí; 4 – spíše ano; 3 – nevím, někdy ano, někdy ne; 2 – spíše nesouhlasí; 1 - ne, vůbec nesouhlasí)

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

3. část – vlastní doplňující otázka

	ano ne				
	5	4	3	2	1
Považuji svou práci pod vlivem stresu za vysoký rizikový faktor vedoucí k možnému odbornému pochybení.					

Ještě jednou Vám děkuji.