

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO  
PRAHA**

**RIGORÓZNÍ PRÁCE**

**Martina Pavlíčková**

**HODNOCENÍ VLIVŮ PRACOVNÍ ČINNOSTI NA  
PSYCHIKU OŠETŘOVATELSKÉHO PERSONÁLU NA  
UZAVŘENÝCH ODDĚLENÍCH PSYCHIATRICKÉ  
NEMOCNICE BOHNICE**

**JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE**

**RIGOROUS THESIS**

**Martina Pavlíčková**

**EVALUTION OF THE EFFECTS OF WORKING  
ACTIVITIES IN CLOSED DEPARTMENTS ON MENTAL  
HEALTH OF NURSING STAFF AT BOHNICE  
PSYCHIATRIC HOSPITAL**

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená rigorózní práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval(a) samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal(a), v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 29. 1. 2015

*Martina Pavlíčková*

## **Anotace**

Rigorózní práce se zabývá pohledem manažera ošetrovatelského týmu jednoho z uzavřených oddělení PNB na problematiku vlivu pracovní činnosti na psychiku ošetrovatelského personálu. Teoretická část pojednává o dovednostech, hodnotách a předpokladech pomáhajícího pracovníka, pocitu moci, motivaci, motivaci v souvislosti s pracovním procesem, objasňuje charakteristiky pracovní spokojenosti. Neméně důležitá část práce popisuje vztahy na pracovišti, komunikaci, stres a zátěž v práci sestry, její roli v psychiatrickém ošetrovatelství, a dále také syndrom vyhoření a supervizi. V praktické části, kde jsou hodnoceny vlivy pracovní činnosti na psychiku ošetrovatelského personálu, byl použit Meisterův dotazník a předložen ošetrovatelskému personálu k vyplnění. Výzkum probíhal ve dvou fázích s ohledem na nově přijaté personální změny v PNB, poté byl vyhodnocen a obě fáze byly porovnány. Z výsledků vyplývá, že práce je samotnými zaměstnanci hodnocena kladně, práci vnímají jako smysluplnou, rozmanitou avšak velmi náročnou.

## **Klíčové pojmy**

Pracovní činnost, psychika, pomáhající, pomoc, motivace, pracovní spokojenost, komunikace, stres, zátěž, psychiatrické ošetrovatelství, syndrom vyhoření, supervize

## **Annotation**

The thesis focuses on the view of a manager of a nursing team of one of the closed units at PNB, namely on the issue of the impact of performed work on the mental state of the nursing staff. The theoretical part deals with the skills, values and presuppositions of the assistants, the feeling of power, motivation, motivation in the work process and explains the characteristics of job satisfaction. Equally important part of the thesis describes the relationships in the workplace, communication, stress and workload of the nursing staff, their role in psychiatrists nursing and, in addition, the burnout syndrome and supervision. In the practical part, where the impact of work on the mental health of the nursing staff is evaluated, Meister questionnaire was used and the nursing staff asked to complete it. The research was conducted in two phases, with regard to the newly recruited personnel changes in PNB, upon evaluation two phases were compared. The results show that work is evaluated positively by the employees themselves; they perceive their work as meaningful, diverse, but very demanding.

## **Key words**

Assisting, burnout, communication, job satisfaction, mental, help, motivation, job satisfaction, stress, stress, psychiatric nursing, supervision, Work activity,

## **OBSAH**

ÚVOD .....	9
1 POMÁHAJÍCÍ PRACOVNÍK .....	12
1.1 Předpoklady, dovednosti a hodnoty pomáhajícího .....	13
1.2 Syndrom pomáhajícího .....	14
1.3 Pocit moci .....	15
2 MOTIVACE.....	17
2.1 Vymezení pojmu motivace .....	17
2.2 Definice základních pojmů .....	19
2.2.1 Stimul .....	19
2.2.2 Motiv .....	20
2.2.3 Aktivace.....	20
2.2.4 Frustrace .....	21
2.2.5 Postoje .....	21
2.2.6 Struktura motivačního pole .....	22
2.3 Motivace a pracovní proces .....	23
2.3.1 Typy pracovní motivace .....	24
3 PRACOVNÍ SPOKOJENOST .....	25
3.1 Definice pracovní spokojenosti .....	25
3.2 Pracovní spokojenost jako postoj k práci .....	26
3.3 Charakteristiky a znaky pracovní spokojenosti .....	27
3.4 Faktory pracovní spokojenosti.....	28
3.5 Vývoj teorií pracovní spokojenosti.....	30
3.5.1 Jednofaktorová teorie .....	30
3.5.2 Dvoufaktorová teorie.....	31
4 KOMUNIKACE A VZTAHY NA PRACOVIŠTI.....	33
4.1 Komunikace .....	33
4.2 Verbální komunikace .....	34
4.3 Neverbální komunikace .....	35
4.4 Komunikace v ošetrovatelství.....	36

4.5	Vztahy na pracovišti .....	36
5	STRES .....	39
5.1	Rozdílnost důrazů .....	39
5.2	Zátěž, stres, napětí .....	40
5.3	Typy stresu.....	41
5.4	Kvalita stresové reakce .....	41
5.5	Adaptace a zvládnání stresu.....	42
5.5.1	Průběh a projevy stresové reakce .....	42
5.5.2	Psychické reakce na stres .....	42
5.5.3	Fyziologické reakce na stres.....	44
5.6	Protektivní faktory práce ve zdravotnictví .....	48
5.6.1	Profesionální nákaza.....	49
6	ORGANIZACE PSYCHIATRICKÉ LŮŽKOVÉ PÉČE V ČR .....	51
6.1	Kvalita poskytovaných služeb .....	51
6.2	Lůžková péče .....	52
6.2.1	Psychiatrické nemocnice a psychiatrická oddělení .....	53
7	ROLE SESTRY V PSYCHIATRICKÉM OŠETŘOVATELSTVÍ	54
7.1	Role sestry.....	54
7.2	Vzdělávání sester pracujících na psychiatrii.....	55
7.3	Přístup sestry.....	56
7.4	Kompetence psychiatrických sester.....	57
7.4.1	kompetence v psychiatrické péči.....	57
7.5	Sestra terapeutem.....	58
8	SYNDROM VYHOŘENÍ.....	60
8.1	Profese s rizikem vzniku syndromu vyhoření .....	61
8.1.1	Příznaky syndromu vyhoření.....	62
8.1.2	Odlišení vyhoření od jiných chorob .....	63
8.2	Příčiny vzniku syndromu vyhoření.....	63
8.2.1	Dopady vyhoření na práci s lidmi .....	64
8.2.2	Diagnostika a prevence syndromu vyhoření .....	64

8.2.3	Syndrom vyhoření a fungování firmy .....	65
8.2.4	Léčba syndromu vyhoření .....	66
9	SUPERVIZE .....	68
9.1	Definice a význam supervize .....	68
9.2	Předmět supervize .....	69
9.3	Cíle supervize .....	70
9.4	Supervizor .....	71
9.5	Supervize ve zdravotnictví .....	72
9.5.1	Klinická supervize .....	73
10	PODNIKOVÁ DIAGNOSTIKA A DIAGNOSTIKA PODNIKU .....	75
10.1	Hodnocení podmínek v oblasti řízení lidských zdrojů .....	75
10.2	Management procesu .....	76
	PRAKTICKÁ ČÁST .....	78
11	VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ .....	78
11.1	Cíl práce a stanovení hypotéz .....	78
11.2	Metodologie .....	78
11.3	Představení společnosti, Charakteristika výzkumného vzorku .....	79
11.4	Průběh výzkumného šetření .....	83
11.5	Analýza a interpretace výsledků .....	100
	ZÁVĚR .....	107
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....	109
	SEZNAM ZKRATEK .....	116
	SEZNAM OBRÁZKŮ .....	117
	SEZNAM PŘÍLOH .....	118



## ÚVOD

Rigorózní práce se zabývá problematikou hodnocení vlivů pracovní činnosti na psychiku ošetrovatelského personálu na uzavřených oddělení Psychiatrické nemocnice Bohnice. Pracovní spokojenost a zvládání zátěžových situací, s tímto související, je téma, které stojí v popředí zájmu personálního řízení.

Na významnou roli pracovní spokojenosti upozorňuje např. Vévoda (2013), který uvádí, že fenomén pracovní spokojenosti je psychology zkoumán již od 30. let 20. stol. Význam pracovní spokojenosti vyzdvihuje i Rymeš (2003), který upozorňuje, že úroveň pracovní spokojenosti/nespokojenosti výrazně determinuje obecnou kvalitu života, projevuje se ve významném vztahu k psychickému a duševnímu zdraví jedince.

Pracovní spokojenost je ovšem důležitá nejen proto, že ovlivňuje kvalitu života samotného pracovníka. Úroveň pracovní spokojenosti má význam i pro organizaci, ve které je pracovník zaměstnán, ovlivňuje jeho pracovní chování i vztah k organizaci. Koubek (2001) poukazuje na význam pracovní spokojenosti zaměstnanců v organizaci v souvislosti s dosahováním cílů organizace, přičemž zvýšení spokojenosti zaměstnanců považuje za jeden z hlavních cílů řízení lidských zdrojů. Bedrnová a Nový (1998) hovoří o spokojenosti jako o podmínce efektivního využívání jejich pracovního potenciálu.

Pokud má organizace dosahovat stanovených cílů, je třeba, aby disponovala kvalitním, spokojeným a motivovaným personálem. Teorie lidského kapitálu (např. Ehrenberg a Smith, 2009) zdůrazňuje přidanou hodnotu jednotlivce, která pak tvoří přidanou hodnotu organizace. Chápe - li se organizace jako funkční organismus, pak lidé pracující v organizaci jsou částí organismu ovlivňující jeho zdraví a chod.

Lidské zdroje mají tedy v organizaci zásadní postavení, z čehož vyplývá, že spokojenost zaměstnanců by měla být jedním ze základních cílů personálního řízení, jak udává Koubek (2001).

Nejedná se ovšem pouze o dosahování organizačních cílů. Pracovní spokojenost je důležitá i z hlediska celkové spokojenosti pracovníků, neboť výrazně ovlivňuje kvalitu pracovního života. Právě tento fakt je významný v době neustálých změn a globalizace, kdy uspokojivý pracovní život přináší tolik potřebný pocit jistoty. Ulrich

(2009) navíc upozorňuje na fakt, že dnešní práce je náročnější než kdykoliv předtím. Pracovní spokojenost tedy nabývá vyššího významu.

Na uzavřených odděleních v Psychiatrické nemocnici Bohnice je práce náročná jak fyzicky, tak i psychicky. Vysoké nároky kladené na pracovníky PNB a jejich případná nespokojenost může mít za následek syndrom vyhoření či jejich odchod z organizace.

Nespokojený pracovník svoji nespokojenost či frustraci přenáší na pacienty, kteří jsou velmi vnímaví a citliví. Jsou to psychicky velmi nemocní lidé, kteří musejí být pod trvalým dohledem zdravotnického personálu, jsou nebezpeční sobě i okolí, kteří hlavně potřebují pomoc druhého člověka. Často se jedná o pomoc celých 24 hodin denně. Je tedy důležité, aby pracovník, na jehož pomoci je pacient závislý, byl v práci spokojený.

Výše uvedená fakta jsou velmi významná pro směřování personální politiky v PNB. Je třeba předcházet odchodu pracovníků z organizace a zajistit stabilizovaný pracovní tým, který je předpokladem k zajištění kvalitní péče o psychicky nemocné.

Vzhledem k pozici manažera v PNB tedy považují pracovní spokojenost zaměstnanců za velmi důležitou především z hlediska setrvávání zaměstnanců v organizaci či v pracovním týmu. Vycházím z předpokladu, že spokojenost nejen ovlivňuje výkon pracovníka, posiluje jeho vztah k organizaci a promítá se do péče o pacienty. Spokojený pracovník je motivovaný, je zde předpoklad, že bude výkonnější a nemá potřebu organizaci opouštět. Pracovní spokojenost je tedy důležitá při stabilizaci zaměstnanců v organizaci. Na pozitivní vztah mezi pracovní spokojeností a stabilitou pracovníků v organizaci poukazuje např. Rymeš (2003) či Wagnerová (2008).

Pracovní spokojenost zaměstnanců v organizaci ovlivňuje celá řada faktorů, které následně blíže specifikuji. V teoretické části práce, objasním kdo je pomáhající pracovník – jaké by měly být jeho předpoklady, dovednosti a hodnoty. Zmíním se o pocitu moci, motivaci a frustraci. V dalších kapitolách se budu věnovat vztahům na pracovišti a neméně důležité komunikaci. Podstatná část této práce se věnuje stresu – konkrétně ve zdravotnictví, syndromu vyhoření a supervizi. V rámci rigorózní práce mne zajímá, které konkrétní faktory ovlivňují stres pracovníků, hodnocení psychické zátěže při práci a hodnocení vlivů pracovní činnosti na psychiku pracovníků

Závěry, ke kterým dospějí analýzou získaných dat, mohou využít při své práci v pozici manažera jednoho z týmů uzavřených odděleních PNB. Získané poznatky využijí při tvorbě nových plánů péče o zaměstnance, jejichž cílem je zvýšení spokojenosti zaměstnanců, zkvalitnění pracovního prostředí, pracovního klimatu, potažmo zvýšení výkonnosti pracovníků, loajality a kvality jejich života. Kvalitní péče o zaměstnance je významným nástrojem stabilizace pracovníků v organizaci a tudíž i prevence fluktuace. Zjištění lze dále prezentovat při pravidelných školeních či seminářích.

V souladu s výzkumným záměrem jsem zvolila kvantitativní přístup, jako techniku sběru dat Meisterův dotazník. Sběr dat proběhl ve dvou fázích s ohledem na nově přijaté personální změny v PNB. Sběr dat proběhl na uzavřených odděleních PNB, respondenty byli nelékařští zdravotničtí pracovníci.

# 1 POMÁHAJÍCÍ PRACOVNÍK

Pomáhající pracovník vykonává profesi, jejímž smyslem je pomáhat druhým lidem zvládat větší i menší problémy různého druhu, které jim život přináší. Jedním ze znaků pomáhající profese je, že pomáhající pracovník začíná fungovat tam, kde selhávají nebo jsou nedosažitelné možnosti běžné mezilidské pomoci a podle Úlehly (1999) „ví, co dělá“. Jankovský (2003) hovoří v souvislosti s pomáhajícími profesemi o tom, že se vyznačují „prací s lidmi“ a pomáhající pracovníci jsou schopni spontánního sociálního jednání.

Podle Kopřivy (2006) je znakem pomáhající profese lidský vztah mezi pomáhajícím pracovníkem a jeho klientem. Důležitou roli zde sehrává také důvěra, kterou by měl pomáhající vztah obsahovat, míra důvěry často vychází z osobnosti pomáhajícího pracovníka. Klient od pomáhajícího pracovníka očekává navázání spíše osobního vztahu, než pouhou slušnost a jednání v rámci společenských konvencí. Klient odhaluje pracovníkovi, často nepříjemné, osobní problémy a očekává společný postup při jejich řešení, a aby byl tento postup účinný, osobní vztah je nezbytný. Kvalita vztahu mezi pracovníkem a klientem je do značné míry ovlivněna tím, co pracovníka motivuje k výkonu pomáhající profese a jak se vyrovnává s emocí, kterou mu jeho profesní role přináší a dále jak je schopen uvědomovat si pomoc a kontrolu ve vztahu ke klientovi.

Géringová (2011) termínem pomáhající profese definuje skupinu povolání, která se zabývají profesionálním pomáháním druhým lidem, dle autorky se jedná o systém, na jehož jedné straně stojí pomáhajícím a na druhé straně ten, komu má být pomoc poskytnuta. Géringová (2011) dále uvádí, že určitým významným znakem pomáhajících profesí je altruismus a afiliace, bez nichž se ve své praxi neobejdou.

Hartl a Hartlová (in Psychologický slovník, 2000, s. 185) jako pomáhající profesi označují „*všechny profese, jejichž teorie, výzkum a praxe se zaměřují na pomoc druhým, identifikaci a řešení jejich problémů a na získávání nových poznatků o člověku a jeho podmínkách k životu, tak aby mohla být pomoc účinnější.*“

Výkon profese pomáhajícího pracovníka ovlivňují i další aspekty jako například etické a morální zásady, profesní standardy, legislativní rámec, kultura organizace a

praktikovaný přístup ke klientovi. Mezi pomáhající pracovníky lze rozlišit různé přístupy k praxi, ke klientům a tím i typy těchto pracovníků.

Howe (1991) a Banks (1995) (in Matoušek a kol.,2008) hovoří o rozdílech mezi pomáhajícími na základě jejich přístupu k praxi, obecně rozlišují mezi reflexním či defenzivním přístupem. Pracovník schopný reflektovat praxi, je také schopen lépe se orientovat v etických dilematech svázaných s praxí, zná lépe své osobní hodnoty, hodnoty profese i to jak je aplikovat v praxi. Stejně tak je schopen aplikovat v praxi teoretické znalosti a lépe se vyrovnává s nejistotou, která jeho práci může provázet. Vystupuje jako autonomní osobnost, která unese morální odpovědnost za profesní rozhodnutí. Naopak pracovník s defenzivním přístupem k praxi potřebuje přesně stanovené normy, pravidla, postupy, které striktně dodržuje, je tak do jisté míry chráněn i před odpovědností za vlastní rozhodnutí. Klientům se ale nevychází vstříc a nepracuje se na základě jejich skutečných potřeb, filtrují se tak, aby vyhovovali zaměření organizace, kde působí defenzivně zaměřený pracovník.

## **1.1 PŘEDPOKLADY, DOVEDNOSTI A HODNOTY POMÁHAJÍCÍHO**

Pomáhající pracovník potřebuje pro výkon své profese určité dovednosti a také znalosti. Měl by mít jisté, zejména osobností předpoklady, aby jeho pomoc byla profesionální, efektivní a on zvládal rizika, která s sebou pomoc druhým lidem v tomto smyslu přináší. V neposlední řadě by měl dobře znát i sám sebe, chápat své potřeby a problémy, bez této dovednosti nemůže kvalitně pomáhat druhým lidem. Ideální pomáhající pracovník by měl být vzdělaný, orientovaný v legislativě, schopný reflexe vlastní práce, pro-sociálně zaměřený, měl by ovládat různé přístupy v práci s klientem, schopný empatie, opravdivosti, upřímnosti, kongruence, nehodnotící, důvěryhodný, přitažlivý pro klienta, měl by umět aktivně naslouchat, definovat problém klienta a hledat cesty k jeho řešení, znát zdroje vlastní motivace, zároveň mít definovány vlastní hranice, umět a chtít na sobě dále pracovat, vzdělávat se, věnovat se vlastní psychohygieně a sebereflexi. Měl by být tvořivý, flexibilní a schopný komplexního přístupu ke klientovi, ovládat komunikační dovednosti, umět rozpoznat potřeby klienta,

pracovat s novými trendy a přístupy ve své profesi a v neposlední řadě by měl být schopen se vyrovnat se zátěží vlastní profese (např. Řezníček, 1994, Havrdová, 1999, Matoušek a kol., 2008, Slováková, 2008). Znaků, kterými lze dále pomáhajícího pracovníka charakterizovat, je jistě celá řada a uvedený výčet není dostačující, má ale posloužit k obecnému nástinu představy toho, jakými dovednostmi a předpoklady by měl pomáhající disponovat.

Matoušek a Hartl (in Matoušek a kol., 2008) uvádějí výčet obecných předpokladů a dovedností pracovníka pomáhající profese. Stanovují tyto okruhy: zdatnost a inteligence, přitažlivost, důvěryhodnost a komunikační dovednosti. Okruh zdatnosti a inteligence zahrnuje předpoklad dobré fyzické kondice a vhodného zacházení s vlastním tělem a zdravím a také vysokou úroveň socio-emočních dovedností. Okruh přitažlivosti je míněn jako odborná přitažlivost pracovníka pro klienta. Okruh důvěryhodnosti zahrnuje složky diskrétnosti, spolehlivost, využívání moci, porozumění. Poslední okruh, komunikační dovednosti, je pro pomáhajícího pracovníka zásadní v každé etapě s klientem, je to cestou pro navázání vztahu a může významně přispět k nastartování řešení problémů klienta.

Jednu z charakteristik, osobní nasazení, popisuje také Řezníček (1994). Osobní nasazení klade značné nároky na emocionální rovnováhu a výdrž pomáhajícího, proto by měl být pracovník schopen toto nasazení kontrolovat a vhodně usměrňovat. Souvislost se schopností stanovení hranic, tak jak o nich pojednává Kopřiva (2006) je zřejmá. Jednou z dalších dovedností pomáhajícího je schopnost stanovit si „zdravé hranice“ vztahu s klientem. Vyvarovat se přílišného splývání s jeho problémy, ale také netečnosti k těmto problémům, prostě přistupovat ke klientovi asertivně a zabránit manipulaci ze strany klienta.

## **1.2 SYNDROM POMÁHAJÍCÍHO**

S uvědomováním vlastních potřeb, pocitů a motivů v pomáhajícím vztahu s klientem, resp. s obtížemi tohoto uvědomování, souvisí syndrom pomáhajícího, kterému jsou vystaveni pracovníci nejrůznějších pomáhajících profesí. Tento syndrom

dále souvisí i se schopností odolat pokušení považovat se za všemocného a pocitu nadvlády nad svými klienty a rozhodování o jejich životech.

Nelze opomenout Schmidbauera (2008), který tento syndrom popisuje jako potřebu pomáhat, přičemž tato potřeba pomáhání je nevědomou obranou, která kompenzuje neschopnost prožívat a vyjadřovat vlastní emoce a potřeby. Uvědomit si jejich oprávněnost a dát je vhodným způsobem najevo je legitimní a oprávněné a důsledkem je zdravý pomáhající vztah s klientem. Autor o syndromu pomocníka dále hovoří jako o specifické narcistické poruše, kterou dává do souvislosti s osobami, jež si volí pomáhající profesi s cílem řešit svá raná trauma odmítnutého dítěte, svůj hlad po uznání a vzájemnosti. Takový člověk potřebuje cítit od svých klientů vděčnost a obdivnou lásku.

Reflektuje-li pomáhající pracovník ve své praxi existenci syndromu pomocníka, přispívá tím ke zlepšení vlastní psychohygieny a udržení motivace pro výkon profese. Zároveň je schopen přemýšlet nad vztahem s klientem v intencích partnerství a vzájemného respektu, což je pro tento vztah velmi důležité. V neposlední řadě si také uvědomuje důležitost a význam supervize pro svou práci. Chápe, že se při pomáhání nelze řídit pouze vlastním svědomím, jak uvádí Matoušek a Hartl (in Matoušek a kol., 2008).

### **1.3 POCIT MOCI**

Moc a poskytování pomoci je dalším znakem, který charakterizuje výkon pomáhající profese. Každý pomáhající má určitou moc nad svým klientem, která má však různý základ. Důležité je, zda je pomáhající schopen reflektovat tyto negativní či rozporuplné jevy v pomáhajícím procesu (Géringová, 2011).

Moc a pomoc spolu úzce souvisí a zároveň jsou úzce navázány na profesi pomáhajícího. Pomáhající pracovník má v rukou určitou moc, kterou ve formě pomoci nabízí nebo slibuje klientovi, který je tak v podřízeném postavení. Klient žádá pomoc, pomáhající mu ji nabízí. Tyto pozice nejsou vyrovnané a hodně záleží na pomáhajícím pracovníkovi, jak pocit moci uchopí a zda se bude snažit o partnerský vztah s klientem. Moc tedy může vést pracovníka k tomu, že přebírá za klienta některé kompetence. Cíl

pomáhání, kterým je obvykle dosahování rozvoje a autonomie klienta, se tím vzdaluje (Kopřiva, 2006).

Direktivní přístup nemusí být vždy negativní. Někdy se bez něj pracovník neobejde. Například, je – li klient mentálně postižený a nedokáže porozumět důsledkům svého chování nebo je - li klient v akutní krizi, jejímž důsledkem je snížení rozlišovacích schopností a hrozí mu závažné důsledky v případě opožděného rozhodnutí.

Rozdíl mezi pomocí a mocí je v tom, že o pomoc si klient řekne sám a všechno ostatní, co si klient nevyžádal, už není pomáhání a může to být kontrola. Jako pomoc lze chápat i leccos, co přímo vyžádáno není, ale co pracovník po uvážlivé reflexi vnímá jako podporu klienta. Někdy totiž ani sám klient neví, co vlastně chce, není schopen zformulovat svojí žádost, či zakázku (Kopřiva, 2006).



## 2 MOTIVACE

Jednoduše lze pojem motivace označit za proces, který určuje směr, sílu a trvání chování. Je důležité odlišit pojem motiv jako hypotetickou dispozici udávající směr pro motivaci. Motivace je obecně chápána jako samotný proces, který vede k individuálnímu chování (Nakonečný, 2013). V následující podkapitole bude blíže definována motivace a budou představeny rozdílné úhly pohledu, s jakým bylo na motivaci nahlíženo různými autory.

### 2.1 VYMEZENÍ POJMU MOTIVACE

Původ slova motivace se váže k latinskému pojmu „moveo“ tedy hýbat nebo pohybovat. Vyjadřuje tedy dynamické síly chování daného činitele (Nakonečný, 2013). Nalézt jednotnou nebo všemi uznávanou definici motivace není možné. Autoři se ve svých definicích často liší, a to buď vlivem co možná největšímu přizpůsobení té dané problematice, kterou se zabývají, nebo jimi preferovanými psychologickými modely.

Kern (2000) například uvádí, že motivaci nebo popud je třeba chápat jako soubor všeho, co způsobuje chování, jednání nebo reakci. *„Motivace vysvětluje psychologické důvody chování, jeho subjektivní význam a současně vysvětluje pozorovanou variabilitu chování, proč se různí lidé orientují na různé cíle“* (Nakonečný, 1997, s. 12). *„Pojem motivace vyjadřuje skutečnost, že v lidské psychice působí specifické, ne vždy zcela vědomé vnitřní hybné síly – pohnutky, motivy, které člověka určitým směrem orientují, kterého v daném směru aktivizují a které vzbuzenou aktivitu udržují. Navenek se pak působení těchto sil projevuje v podobě motivované činnosti, resp. V podobě motivovaného jednání“* (Provazník, Komárková, 1996, str. 33).

Zimbardo (1983, str. 344), převzato z Nakonečný (2013) uvádí, že motivace je pouhý pojem vyjadřující závěry z toho, co je možné pozorovat, tedy z chování usilujícího o dosažení určitého cíle. To probíhá s určitou silou a je ovlivněno lidským prožitkem touhy a chtění. Jak uvádí Nakonečný (1996) jsou v tomto pojetí motivace vyjádřeny následující jevy:

- Energie
- Zaměřenost této energie
- Selektivní pozornost vybraným jevům a změněnou pozornost ostatním jevům
- Organizaci aktivit ve vzorcích
- Udržení záměrné aktivity

*„Motivace u každého jedince je složitou záležitostí: skoro nikdy nejsme motivováni jedním motivem, ale vždy komplexem, v němž jsou motivy vzájemně propojeny a ovlivňují se“ (Homola, 1972, s. 12).*

Z výše uvedeného vyplývá, že motivace jedince je variabilní a v čase ovlivnitelná. Jedná se o soubor několika motivů, jelikož počet současně dosahovaných cílů může být různý. Také individuální interpretace motivu může vyústit k dosažení odlišných cílů. Jednoznačné uchopení pojmu motivace není bezvýhradně možné a nemusí být i zcela žádoucí. Do výsledného chování lidské bytosti vstupuje naráz hned několik podnětů, které ovlivňují následné výstupy. Jistá variabilita je proto přirozeným jevem.

Řada psychologických odvětví se pokouší objasnit motivaci lidského jednání. Od přelomu 19. a 20. Století vznikla celá řada teorií, jejichž prostřednictvím se snaží psychologové vysvětlit principy motivace v lidském chování (Provazník, Komárková, 1996).

- Homeostatický výklad motivace
- Hédonistický výklad motivace
- Aktivační, pobídkový výklad motivace
- Kognitivní výklad motivace
- Humanistický výklad motivace

Zaměření se pouze na jeden z možných výkladů motivace lidského chování by vedlo k jednostrannému pohledu a zúžení našich možností poznávání v obecné rovině. Jednotlivé výklady motivace je proto vhodné aplikovat v individuálních situacích tak, aby vedly k co možná nejlepšímu pochopení motivace lidského chování.

## 2.2 DEFINICE ZÁKLADNÍCH POJMŮ

Pro lepší pochopení motivace lidského chování budou v následující podkapitole definovány pojmy, které úzce souvisí s motivací, ovlivňují motivaci, nebo mohou být důsledkem lidského jednání. Podrobněji budou popsány i pojmy, které mohou být s motivací zaměňovány.

### 2.2.1 STIMUL

Stimul je element stimulace, dle Provozníka a Komárkové (1996) je stimul de facto veškerý podnět, který vede ke změnám v motivaci člověka. Za stimul můžeme považovat cokoli, co působí na motivaci jedince, avšak stimul nemusí mít na motivaci žádný vliv. Vše se odvíjí od motivační struktury daného jedince, případně zdali stimul koresponduje s lidskou motivací.

*„Jako stimul můžeme označit jakékoliv podněty, které vyvolávají změny v motivaci člověka. Tyto podněty lze členit na:*

- *Impulzy – endogenní, vnitřní podněty*
- *Incentivy – exogenní, vnější podněty“ (Pauknerová, 2006, str. 224).*

Stimulace se vysvětluje jako vnější působení na chování a prožívání jedince, vědomé působení a ovlivňování jeho motivace.

Předpokladem pro efektivní stimulování jedince je působení stimulačních podnětů v souladu s potřebami a motivačním profilem jedince (Pauknerová, 2006). Jak uvádí Plamínek (2010) výhodou stimulace vůči motivaci je menší složitost. Stimulace je tvořena jen malým počtem stimulů, kterými působí na jedince. Stimulace pozbývá na účinnosti, přestane – li být jedinec touto stimulací exponován. Motivace je velmi individuální, v průběhu času značně proměnlivá vzhledem k tomu, že je ovlivňována individuálními psychickými procesy.

### 2.2.2 MOTIV

Původ slova motiv nalezneme v latinském výrazu „*motus*“, což znamená pohyb. Obecně lze pojem pohyb vyjádřit jako impuls uvádějící skutečnosti do pohybu ve smyslu jakéhokoliv procesu nebo činnosti. Motiv bývá označován jako vektor, tedy výslednice určující sílu a směr (Říčan, 2007). Zjednodušeně lze motiv definovat jako „*jakýkoliv vnitřní činitel, který vede člověka nebo jiný organismus k aktivitě*“ (Říčan, 2008, str. 177). Za základní formy motivu jsou v psychologii považovány pudy, potřeby, zájmy a ideály. Motiv jako důvod chování má pro jedince vždy pozitivní hodnotu. Motivy lze dělit na:

- Implicitní – které vznikají v raném dětství, před osvojením řeči a bývají skryté.
- Explicitní – souvisí s řečovým základem sebe-pojetí a bývají slovně vyjadřovány.

*„Stejné motivy se mohou projevat zcela odlišnými výstupy mezi jednotlivci, kulturami, ale i stejné chování může mít různé motivy“* (Nakonečný, 2013, str. 178).

### 2.2.3 AKTIVACE

Aktivace vyjadřuje intenzitu psychického dění, které je založeno na nespecifické činnosti nervové soustavy. Jedná se o jev, který lze považovat za aktivitu temperamentu, za základ temperamentového ladění. Představuje tedy neurčitou mobilizaci energie organismu, tedy nabuzení nebo vzrušení bez specifického zaměření. Aktivace se podílí na prožívání a poznávání jedince. Určitá míra aktivace je podmínkou pro vznik motivačních procesů (Provazník, Komárková, 1996). Stav aktivace lze chápat jako míru psychofyzilogické pohotovosti organismu k činnosti. Biologickým podkladem úrovně aktivace, či excitace organismu je úroveň aktivace mozku. Úroveň aktivace mozku je podněcována aktivitou smyslových orgánů, stavem vzrušení, emocemi a dostatkem vzruchů. Zvýšená míra aktivace mozku je nepříznivá především pro činnost spojenou s řešením obtížnějších úkolů. Při plnění lehkých a známých úkolů je požadována vyšší míra aktivace (Nakonečný, 2013).

#### 2.2.4 FRUSTRACE

Motivovaná činnost lidského jedince je vždy úzce spjatá s dosažením určitého cíle nebo cílů. Dosažením těchto cílů dochází k uspokojení motivů a pocitům libosti a vnitřního uspokojení.

Ne vždy je však stanovených cílů dosaženo, mohou se objevit překážky na cestě k uspokojení motivovaného jednání. Setkáváme se tak se dvěma pojmy a to frustrace a deprivace (Provazník, Komárková, 1996).

První z těchto pojmů je blíže specifikován na navazujícím textu. Frustraci lze chápat jako zmaření, nebo nemožnost dosažení realizace motivovaného jednání. Pojem frustrace obsahuje jak vnější faktor – frustrační situaci zamezující dosažení cíle, který si jedinec stanovil, tak vnitřní stav jedince. Vnitřní stav osobnosti spojený s nelibostí, uspokojením potřeb a prožíváním neúspěchů, které u člověka vznikají (Provazník, 1997). Nakonečný (1996) rozšiřuje rozdělení frustrace na tři různé avšak vzájemně propojené faktory.

- Vnější stavy působící jako bariéra záměrného chování
- Psychické stavy, které tato bariéra vyvolává a to vznik afektu a psychického napětí.

#### 2.2.5 POSTOJE

Jak uvádí Nakonečný (2013, str. 325), který převzal definici od Newcomba (1950) „*postoj je setrvávající naučená predispozice chovat se konzistentním způsobem vůči daným třídám objektů, perzistentní mentální nebo nervový stav pohotovosti reagovat na určitý objekt nebo třídy objektů nikoli na takové jaké jsou, nýbrž na takové, jaké jsou přijímány. Stav pohotovosti má direktivní efekt na citění a akci vztahující se k objektu*“. Vágnerová (2004) hodnotí postoj jako vztah k určité oblasti reality, čímž ovlivňuje způsob hodnocení jedince a jeho vnímání. Odpovídá za vyvolané emoce a pravděpodobný způsob reakce. Postoje se vyznačují stálostí a různou mírou intenzity a lze je považovat za odvozenou motivační dispozici. Postoje usnadňují orientaci a jistotu

při řešení problému v daném sociálním prostředí, jelikož z nich vyplývají základní modely chování, které jsou danou společností považovány za korektní. Jednotlivé postoje jsou tvořeny třemi základními složkami.

- Složkou kognitivní – souhrn informací, k nimž člověk zaujímá postoj.
- Složkou citovou – objekt či situace vede k emocionálnímu hodnocení jedincem
- Složkou konativní – jde o vnější projev postoje, tedy jednat určitým způsobem

## **2.2.6 STRUKTURA MOTIVAČNÍHO POLE**

Jak uvádí Plamínek (2010) je pro naplnění účelu praktického managementu a řešení komunikačních situací nutné chápat motivační pole konkrétního jedince za soubor tří vzájemně propojených složek, které se dynamicky mění a vzájemně na sebe působí.

- Motivační založení – je spjato s osobností člověka, s nejvyšší pravděpodobností se jedná o vrozenou vlastnost, která pochází v průběhu života nízkou dynamikou vlastní struktury. Jedná se o základ motivačního pole a výchozí bod pro obě zbývající složky. Motivační založení nachází své uplatnění především ve stresových a zátěžových situacích, na které nebyl jedinec předem připraven.
- Motivační poloha – naučená složka, u které došlo k osvojení pod vlivem obvyklých podmínek osobního a pracovního života. Souvisí především s mírou naplnění potřeb jedince a s nutností vynakládat úsilí k dosažení uspokojení potřeb.
- Motivační ladění – značně proměnlivé v závislosti na měnících se podmínkách prostředí. Vyznačuje se okamžitou reakcí na právě působící podněty.

## 2.3 MOTIVACE A PRACOVNÍ PROCES

Práci lze charakterizovat jako účelové vyvíjení úsilí a uplatnění znalostí a dovedností. Důvodem proč lidé pracují, je především nutnost zajistit si prostředky na živobytí. Ale řada lidí pracuje také, aby dosáhli uspokojení svých potřeb, které práce přináší, jako např. kvůli pocitu úspěchu, prestiže, uznání, moci, pocitu, že vykonávají něco prospěšného a další (Amstrong, 2007). „*Pracovní činnost je činností cílevědomou, záměrnou, systematicky vykonávanou, tedy činností motivovanou*“ (Amstrong, 2007, str. 185). Pracovní motivací rozumíme ten aspekt motivovaného chování jedince, který vede k vykonávání pracovní činnosti zastoupením pracovní pozice a výkonem příslušné pracovní role, tedy s realizací pracovních úkolů (Bedrnová, 2012). Pracovní motivace je psychologický proces, který má vliv na osobní úsilí a zdroje, jež se vztahují k výkonu práce, včetně směru, intenzity a trvání těchto činností (Kanfer et al., 2008 převzato z Bedrnová, 2012). Dvě základní skupiny pracovních motivů jsou blíže popsány v následujících kapitolách jako intristická – vnitřní a extrinsická – vnější pracovní motivace.

Jak uvádí Růžička (1992), existuje skutečnost, že působící motivy se v pracovní činnosti mohou projevovat rozdílným způsobem. Z tohoto hlediska je možné členění do tří základních skupin.

- Motivы aktivní – přímo podněcující výkon.
- Motivы podporující – tvoří podmínky pro efektivní působení motivů aktivních.
- Motivы potlačující – odvádějí pracovníka od pracovní činnosti.

Pracovní motivaci lze považovat za velmi proměnlivou a nepříliš odolnou vůči působení z vnějšího prostředí. Pracovní motivace je faktorem ovlivňujícím pracovní výkonnost jedince, ale i zprostředkovaným působením organizace. Z těchto důvodů je potřeba věnovat pracovní motivaci zvýšenou pozornost.

### 2.3.1 TYPY PRACOVNÍ MOTIVACE

Pracovní motivace je dosažitelná a ovlivňována dvěma cestami. V prvním případě jedinec motivuje sám sebe hledáním a vykonáváním práce, která vede k uspokojení jeho potřeb nebo k dosažení cílů. V druhém případě jsou lidé motivováni prostřednictvím managementu ve formě pochval, povýšení atd.

Vnitřní pracovní motivace – jedinec si tyto faktory utváří sám, jedná a chová se dle těchto zásad a jsou rozhodující pro vydání se určitým směrem. Tyto faktory tvoří pracovní odpovědnost, autonomii jednání, zajímavá práce a možnost postupu v hierarchii funkcí. Vnitřní motivátory jsou typické svým hlubším a dlouhodobějším efektem, jelikož jsou součástí jedince a nejsou vnuceny z vnějšího prostředí.

Vnější pracovní motivace – systém hodnot a trestů ovlivňující pracovní motivaci jako např. pochvaly, povýšení, finanční odměny, ale také disciplinární řízení, kritika atd. Vnější motivátory se vyznačují výrazným, ale pouze krátkodobým účinkem (Amstrong, 2007).



### **3 PRACOVNÍ SPOKOJENOST**

Pracovní spokojenost je jedním ze stěžejních témat, které se přímo vztahuje k cíli práce. Je důležité pojednat o této oblasti v samostatné kapitole. V kapitole bude definován pojem pracovní spokojenost, vývoj pojmu pracovní spokojenost, dále pak budou popsány její znaky a prediktory.

#### **3.1 DEFINICE PRACOVNÍ SPOKOJENOSTI**

Pracovní spokojenost je široký koncept, na který může být nahlíženo z mnoha různých úhlů pohledu. Velmi jednoduše definuje pracovní spokojenost Luthans (1992) jako postoj jedince k práci a pracovním podmínkám. Traut, Larson a Feimer (2000) popisují, že pracovní spokojenost se odvíjí od očekávání zaměstnanců směřovaných k pracovním podmínkám a od míry naplnění těchto očekávání. Tomu odpovídá pohled na pracovní spokojenost výzkumníků Wrighta a Davise (2003). Mnozí autoři tvrdí, že pracovní spokojenost je opakem pracovní nespokojenosti (Beam, Kim a Voakes, 2003 in Ewen a kol., 1966). Ewen a kol. (1966) tuto skutečnost vysvětlují tvrzením, že pokud přítomnost faktoru vede ke spokojenosti, pak absence tohoto faktoru musí zákonitě vést k nespokojenosti.

Stěžejní definici uvedl Locke (1976 cit. dle Bankey, 2006), který pracovní spokojenost vymezil jako příjemný nebo pozitivní emocionální stav, vyplývající z ocenění vlastní práce nebo pracovních zkušeností. Toto ocenění je primárně založeno na charakteru a pestrosti práce, významnosti a smysluplnosti úkolů a také na znalosti výsledků své práce. Tyto faktory determinují výslednou spokojenost jedince.

Z uvedených zjištění tedy vyplývá, že i přesto, že existuje nespočet různých definic pracovní spokojenosti, všechny prakticky vychází z předpokladu, že pracovní spokojenost je emocionální reakce, která vyplývá z dosažených výsledků a jejich srovnání s předchozím očekáváním zaměstnanců.

U každého člověka se nachází mnohorozměrná struktura spokojenosti, která je složená z velkého množství subjektivně prožívaných vzájemně propojených vlivů, které

člověka v práci obklopují, ať už se jedná o osoby, předměty, události či podmínky práce.

Celková spokojenost nezávisí pouze na míře spokojenosti ve výše uvedených oblastech, ale také na tom jaký význam jedinec těmto oblastem připisuje (Provazník, Komárková, 1996). Úroveň pracovní spokojenosti významně ovlivňuje obecnou kvalitu života, fyzické i duševní zdraví (Štikar a kol., 2003).

### **3.2 PRACOVNÍ SPOKOJENOST JAKO POSTOJ K PRÁCI**

Pracovní spokojeností se psychologové systematicky zabývají od 30. let 20. Století (Štikar a kol., 2003). V odborné literatuře se lze setkat s názory, že pracovní spokojenost je velmi blízká nebo téměř identická s postojem k práci. (Organ, Bateman in Štikar a kol., 2003) vidí spokojenost spolu s postojem k práci jako souhrn prožitků, názorů a tendencí k jednání. Davis dle Jurovského (1971) předpokládá, že existuje jakási hlavní linie postoje k práci a té se podřizují ostatní aspekty práce. Někteří autoři tvrdí, že spokojenost s prací a postoj k práci se společně týkají citové orientace člověka k jeho zaměstnání. Dále doplňuje, že pozitivní postoj k práci je rovnocenný se spokojeností s prací a negativní postoj zase s nespokojeností. Spokojenost s prací lze tedy chápat jako určitým způsobem zevšeobecněný postoj člověka ke svému zaměstnání, nebo jako souhrn postojů k jednotlivým stránkám práce.

Někteří výzkumníci naopak pracovní spokojenost od postoje k práci odlišují. Rozdíl mezi oběma jevy dle Štikara a kol. (2003) v tom, že spokojenost je více proměnlivá než silněji zakotvený postoj.

Štikar a kol. (2003) uvádí, že pracovní činnost je tvořena dvěma vzájemně spjatými stránkami. Objektivní stránka je vyjádřena takovými projevy pracovního chování, jako jsou výkonnost, kvalita výsledků, efektivita. Subjektivní stránku tvoří pracovní spokojenost, tedy odraz práce a jejich podmínek procházející osobnostním filtrem hodnot, norem, aspirací, očekávání. Objektivní stránka je s tou subjektivní těsně propojena, ale nemusí zde platit, že kvalita jedné stránky znamená automaticky stejnou kvalitu té druhé. Spokojení pracovníci tak nemusí být vždy výkonní a opačně

### 3.3 CHARAKTERISTIKY A ZNAKY PRACOVNÍ SPOKOJENOSTI

Kollárik (1986) upozorňuje na charakteristiky a znaky pracovní spokojenosti, které jsou významné jednak pro poznatky samotné, tak i pro výzkum a řešení praktických úkolů.

Rozlišuje:

- **Celkovou pracovní spokojenost**, která je ukazatelem obecné míry vztahu k vykonané práci, a dílčí spokojenosti, které se vztahují k pracovní situaci (např. kvalita fyzikálních podmínek, úroveň mezilidských vztahů na pracovišti). Mezi oběma stránkami existuje těsná závislost.
- **Stálost a intenzitu**. Stálost znázorňuje vývoj spokojenosti. Ta se může vlivem různých proměnných pohybovat od maximální stability po maximální nestabilitu. Intenzita je chápána jako míra prožitku a pohybuje se od maximální spokojenosti ke krajní nespokojenosti.
- Dále sem patří pracovní spokojenost jako **sociální jev** a také jako **psychologický obsah**, který se vztahuje k jednotlivci. Práci jedinec uspokojuje své potřeby, dostává se mu určité hodnoty a získává tak postavení v zaměstnání i ve společnosti. Jako sociální jev zahrnuje pracovní spokojenost aspekty psychologické, sociologické, ekonomické, organizační, právní, pedagogické a zdravotní.

K těmto znakům připojuje Štikar a kol. (2003) následující dva:

- Pracovní spokojenost jako aktuální stav. Vyjadřuje úroveň spokojenosti či nespokojenosti s danou pracovní situací, nebo také jako proces. Je tedy možné sledovat v průběhu času postupně se vyvíjející celkovou spokojenost, ale také proměnlivost dílčích spokojeností – to může být důležité pro úpravu pracovní situace.
- Pracovní spokojenost jako situační reakce na měnící se podmínky práce a spokojenost/nespokojenost jako určitá osobní dispozice. Mnoho výzkumů poukazuje na fakt, že určitý počet participantů dlouhodobě vykazuje stabilitu pracovní spokojenosti, i když se situace radikálně mění.

Pro lepší vymezení pojmu pracovní spokojenost lze uvést rozdělení podle Luthanse (in. Štikar, 2003) na tři dimenze nebo znaky, ve kterých se pracovní spokojenost projevuje:

- emocionální odpověď na pracovní situaci,
- reakce na splněné či nesplněné očekávání ve vztahu k práci a k pracovním podmínkám,
- jev, který vyjadřuje některé vzájemně spjaté postoje.

Tři obsahové kontexty pracovní spokojenosti rozlišují Drenth, Thierry a Wolf (1998, in Štikar a kol., 2003):

1. **Spokojenost jako výsledek cyklu chování** odráží hodnocení dosaženého výsledku jedince z hlediska jeho potřeb, cílů a hodnot.
2. **Spokojenost jako komponenta kontrolního a regulačního systému** – nespokojenost s dosaženými efekty vede k hledání možností vlastního zdokonalení.
3. **Spokojenost jako příčina následného chování** – přetrvávající nespokojenost může vést k absentismu pracovníka, k odchodu za zaměstnání nebo k některým formám rizikového jednání.

O pracovní spokojenosti je možné hovořit z hlediska jednotlivce i společnosti jako o cíli, kterého člověk dosahuje vykonáváním konkrétní práce za konkrétních podmínek a v konkrétní situaci. G. Wiswede (1980, in Nakonečný, 1992) odlišuje spokojenost s prací a spokojenost se zaměstnáním, kdy člověk sice může být spokojen se svým povoláním, nikoliv však konkrétní pracovní situací.

### **3.4 FAKTORY PRACOVNÍ SPOKOJENOSTI**

Následující kapitola se zabývá faktory, které přispívají k pracovní spokojenosti.

Janssen a kol. (1999) identifikoval charakteristiky práce, které vedou ke spokojenosti zaměstnanců. Jedná se o náplň práce, pracovní podmínky a vztahy na pracovišti. Podle Weisse a kol. by se měla dělit pracovní spokojenost na vnější,

vnitřní a celkovou. Vnitřní spokojenost zahrnuje zodpovědnost, úspěch, sociální status a status, týkající se zaměstnání. Vnější spokojenost obsahuje stálý plat, možnost povýšení, kvalitní vztahy s nadřízeným a spolupracovníky. Celková spokojenost je tvořena vnitřním a vnější spokojeností. Weiss (1967) tak určil soubor celkem dvaceti aspektů, které ovlivňují pracovní spokojenost. Patří mezi ně:

1. Schopnost a také možnost využít své dovednosti
2. Úspěch: pocit z dobře vykonané práce
3. Aktivita
4. Možnost kariérního růstu
5. Autorita
6. Způsob, jakým se firemní politika převádí do praxe
7. Kompenzace: plat by měl odpovídat odvedené práci
8. Spolupráce a dobré vztahy s kolegy
9. Kreativita v zaměstnání
10. Možnost pracovat také samostatně
11. Morální hodnota: dělat pouze věci, které nebudou proti přesvědčení zaměstnance
12. Uznání. Chválit za dobře odvedenou práci
13. Zodpovědnost: svoboda v používání vlastního úsudku
14. Jistota: stabilní zaměstnání
15. Pro-sociální chování: pomáhat druhým lidem
16. Prestiž: pocit, že si mě společnost váží, že jsem „někdo“
17. Nadřízený: způsob, jakým vede šéf své podřízené.
18. Technický pohled: mít možnost rozhodování i v tomto směru.
19. Rozmanitost práce
20. Pracovní podmínky: příjemné pracoviště, které zahrnuje bezpečné, pohodlné, čisté a klidné prostředí, umožňující udržování a zlepšování výkonu zaměstnanců.

Faktory, přispívajícími k pracovní spokojenosti, se zabývá nepřeberné množství studií. Autoři těchto studií (Barling, Carragher, Buckley, Vegt, Emans) označují jako nejvýznamnější predátory spokojenosti plat, podporu, uznání, kvalitní vedení, pracovní podmínky, dobré vztahy s kolegy.

Amstrong (1999) uvádí, že míru spokojenosti zaměstnanců lze ověřovat na základě průzkumů postojů, jimiž je možné zjišťovat pocity a názory pracovníků na to, nakolik věří, že hodnocení práce pracovníků, povyšování a systém odměňování probíhají správně. Další možností je zjišťovat názory pracovníků na míru spokojenosti se mzdou a zaměstnaneckými výhodami, na míru informovanosti o významných událostech v práci, také na příležitosti pro vzdělávání a osobnostní rozvoj. Je možné zabývat se také mírou podpory od nadřízených nebo získávat informace o pracovním prostředí a podmínkách, ve kterých pracují.

### **3.5 VÝVOJ TEORIÍ PRACOVNÍ SPOKOJENOSTI**

V třicátých letech se začaly objevovat první studie o spokojenosti s prací. Z tohoto období se uvádí práce R. Hoppocka (Scott a kol., 2005) a D. E. Supera (Savickas, 2001). V těchto studiích šlo o zjišťování výskytu spokojenosti a nespokojenosti s prací v různých povoláních, u pracovníků odlišného věku, pohlaví a společenského postavení. Podstatou těchto průzkumů bylo přesvědčení, že spokojení pracovníci budou také podávat větší pracovní výkon (Čadová, 2006). Později byly výzkumné otázky a teorie pracovní spokojenosti propracovanější. Mezi nejvýznamnější patří jednofaktorová a dvoufaktorová teorie.

#### **3.5.1 JEDNOFAKTOROVÁ TEORIE**

##### **Maslowova teorie**

Tato teorie vychází z Maslowovi hierarchie potřeb, která začíná základními fyziologickými potřebami a končí vyššími, jako jsou potřeba seberealizace, sebeaktualizace, krásy a estetiky. Maslow (Vodáček, Vodáčková, 1996) se domnívá, že právě práce, která může uspokojit většinu jím uváděných potřeb, je tou prací, která by mohla být zdrojem větší spokojenosti pracovníka. Podle Maslowa také uspokojení pracovního chování může člověk dosáhnout jen na úrovni sebeaktualizace (Vodáček, Vodáčková, 1996).

Štikar a kol. (2003) uvádí, že základem Maslowovi teorie pracovní spokojenosti je princip uspokojování potřeb v rámci jejich hierarchického uspořádání, přičemž se vychází z postupnosti jejich aktualizace i uspokojení. Pakliže se jeho teorie převede do podoby hierarchie pracovní motivace, vyjadřují jednotlivé úrovně následující potřeby pracovníka:

- **Fyziologické potřeby** – mezi tyto potřeby můžeme řadit např. plat a snesitelné pracovní podmínky (namáhavost práce, délka pracovní doby, nebo hygienické podmínky pracoviště)
- **Potřeba bezpečí** – zahrnuje jistotu zaměstnání, sociálního zabezpečení, pevné pracovní smlouvy, ale také záruku přijatelné bezpečnosti práce.
- **Potřeba sounáležitosti** – obsahuje mezilidské vztahy na pracovišti, přijetí pracovní skupinou ve formálních i neformálních vztazích, participaci na týmové práci.
- **Potřeba úcty a uznání** – je obsažena ve výši odměňování, pochval a povýšení. Zahrnuje úctu pracovníka k sobě samému, prestiž profese, společenské ocenění a uznání osobních kvalit nadřazeným i kolektivem spolupracovníků.
- **Potřeba seberealizace** – se uskutečňuje díky podnětnému zaměstnání, autonomii, ztotožnění vykonávané práce s pocitem osobního rozvoje a společenského uplatnění. Je také vyjádřena splnutím zájmů a práce, nebo naplněním pocitu životního poslání (Štikar a kol., 2003; Vodáček, Vodáčková, 1996)

### 3.5.2 DVOUFAKTOROVÁ TEORIE

Na pracovní spokojenost by měli působit dvě odlišné skupiny faktorů. Těmi jsou hygienické (tzv. vnější proměnné) a motivační faktory (tzv. vnitřní proměnné)

- 1) Hygienické faktory – vyjadřují vztah člověka ke kontextu práce a vztahují se k situaci, ve které člověk pracuje. Projevuje se zde výrazná potřeba vyhnout se nepříjemnostem. Řadí sem pololitiku, vedení, organizaci, plat, mezilidské vztahy, pracovní podmínky, jistotu práce, osobní život a postavení.

- 2) Motivační faktory – souvisí s obsahem práce a jsou efektivní při motivaci k lepšímu pracovnímu výkonu, projevuje se u nich výrazná potřeba seberealizace. Přispívají k psychologickému růstu. Patří mezi ně úspěch, uznání, samotná práce, zodpovědnost, možnost růstu a postupu (Provazník, Komárková, 1996).

První skupina faktorů má svou působnost v dimenzi: pracovní nespokojenost a spokojenost. Nedostatky ve faktorech první skupiny způsobují pracovní nespokojenost a na motivaci pracovního jednání působí negativně. Na druhou stranu zlepšení hygienických faktorů přispívá pouze k pracovní spokojenosti a na motivaci k práci nemá výraznější vliv (Bedrnová, Nový a kol., 2002).

Mezi přínosy dvoufaktorové teorie patří fakt, že lépe vystihuje složitost pracovní spokojenosti jako jevu a také to, že Herzbergův výzkum diferencoval faktory, které se vážou jak k osobnosti pracovníka, tak k objektivním podmínkám práce (Výrost, Sleměník, 1998). Ukazuje také, že pracovní motivace souvisí s pracovní spokojeností a zdůrazňuje přitom, že pracovní spokojenost nemusí automaticky znamenat motivovanost pracovníka (Bedrnová, Nový a kol., 2002).

Mezi nevýhody patří nerespektování individuální motivační struktury konkrétního pracovníka (Provazník, Komárková, 1996) a také to, že velmi málo postihuje změny v emocionálních reakcích na podmínky vyvolávající spokojenost či nespokojenost. Kritizována je také metoda výzkumu a skutečnost, že závěry byly učiněny na základě malých a příliš specifických vzorků. Zároveň nebyl podán řádný důkaz o tom, že satisfaktory doopravdy zlepšují produktivitu (Amstrong, 2002).



## 4 KOMUNIKACE A VZTAHY NA PRACOVIŠTI

### 4.1 KOMUNIKACE

Bez komunikace není lidské bytí. Snad není třeba připomínat, že k prazkušnostem člověka patří, že pokud by byl odkázán sám na sebe, zahynul by. Názorně je tato situace vidět u dítěte. Bez mnohostranné péče rodičů by nepřežilo. Fyzicky by zašlo hladem, ale i duchovně a duševně by z nedostatku lásky a bezpečí nebylo schopno života. Z hlediska psychologie dnes je známo, jaké škody vznikají člověku, kterému se v raném věku nedostalo péče a bezpečí. (Nytrová, Pikálková, 2007).

Určitou analogii můžeme vidět i u dospělého, který bezpodmínečně potřebuje vztaženost ke společenství. Lidská bytost nemůže být bez struktury vztahů, které jí dávají lidsky dozrát. Člověk je sociální bytostí a má velkou potřebu komunikovat.

*„Aby se každý mohl v klidu věnovat své práci, svému dílčímu úkolu, potřebuje jistotu, že i druhý člověk podle očekávání a dohody zůstává u svého úkolu. Jen tam, kde se dodržují úmluvy a dohody, kde vyřčené slovo souhlasí se skutečností, je vůbec možná důvěra“* (Nytrová, O., Pikálková, M., 2007, str. 40)

Slovo komunikace znamená vzájemnou výměnu informací mezi lidmi. Tato výměna probíhá prostřednictvím slova, vět – verbální složka a mluvením beze slov – neverbální složka. Komunikace je pro vztah mezi lidmi nevyhnutelnou podmínkou. V mezilidských vztazích nelze nekomunikovat. Mluvení, chování, nebo mlčení, všechno má význam sdělení.

Komunikační dovednosti jsou součástí tzv. měkkých dovedností neboli soft skills. Pod termín komunikační dovednosti se nicméně vejde celé spektrum dovedností. Například obrana proti manipulaci, asertivita, efektivní komunikace, řešení konfliktů, naslouchání, empatická reakce a spousta dalších.

Komunikace s lidmi je nezbytnou součástí našich životů. Komunikační dovednosti rozvíjí osobnost člověka, jelikož posilují sebejistotu, sebedůvěru a

sebeúctu. Zvyšují schopnost pracovat v týmu, efektivně řešit spory a problémy. Zlepšují mezilidské vztahy, sebeřízení a také snižují stres.

Každé sdělení má dvě úrovně – obsahovou a vztahovou. Obsahová úroveň sdělení je věcná informace, vztahová úroveň sdělení je vztah jedinců a význam jejich informací (prosba, nařízení).

Proces vzájemné komunikace, vzájemného sociálního kontaktu, je nazýván interakce. Základním projevem skupinové interakce je odpudivost a přitažlivost mezi jednotlivými členy skupiny. Vztahy mezi jednotlivými členy pracovního kolektivu se vytváří každým gestem, slovem nebo symbolem, kterým na sebe lidé vzájemně reagují.

Mezi komunikujícími jedinci jsou na stejné úrovni. Komunikační chování může být také nesymetrické, kdy je zdůrazňována nerovnost, vzájemná závislost jednoho na druhém, je to komunikace slabšího se silnějším (Jobánková a kol, 2004).

*„Osobou nejsme nikdy sami pro sebe, nýbrž jsme jí ve vztahu ke druhému. Je třeba, abychom respektovali a ctili druhého, vnímali ho partnersky jako osobnost a nezacházeli s ním jako s předmětem, ale s živou bytostí, k jejíž tváři se vztahujeme, prožíváme ji jako vnitřní oslovení“.* (Nytrová, O., Pikálková, M., 2007, str. 40)

## 4.2 VERBÁLNÍ KOMUNIKACE

.Verbální komunikací je to, co sdělujeme slovy. Jedná se o druh komunikace, který je využíván jak ve formě mluvené tak psané. Jde o přenos informací uskutečňovaný pomocí soustavy artikulovaných zvukových řetězců. Tento druh komunikace je užíván zcela vědomě a úmyslně. Úroveň této komunikace ovlivňuje postavení člověka ve společnosti a navazování vztahů. U člověka se verbální komunikace vyvinula až druhotně po neverbální komunikaci. I přesto, že se vyvinula později, získala rychle dominantní postavení. Nad neverbální komunikací má výhodu, že díky ní dokáže člověk s přesností popsat své pocity a potřeby. I přesto tyto dva druhy komunikace fungují společně a člověk musí dosáhnout rovnováhy mezi nimi pro zdokonalení schopnosti komunikace (Klenková, J., 2006). Informuje o objektech a logických vazbách, měla by být srozumitelná a přesná,

důležitou složkou je aktivní naslouchání. Na celkovém účinku komunikace se podílí více než 50% výraz tváře a pohyby těla, tedy nonverbální komunikace, 40% zastupují hlasové charakteristiky řeči, 7 % výsledného efektu komunikace je dáno obsahem toho, co se říká, tedy to, co lze ovlivnit.

Tento druh komunikace slouží k přenosu velkého množství informací, a proto je nutné zapojit psychickou činnost, která nám umožní správně rozluštit a pochopit obsah sdělení. Aktivní nemůže být jen mluvčí, ale také příjemce. Pro zvládnutí procesu komunikace musí mít mluvčí dobrou motivaci, správný záměr, obsah sdělení musí mít nějaký smysl, dobré rozhodování a věcný obsah sdělení. Mluvčí se tedy kromě věcného obsahu zabývá hlavně svojí vnitřní částí, která je známá pouze jemu. Naproti tomu příjemce se nejprve zabývá obsahem sdělení a jeho přijetím. Dále si určí jaké má sdělení pro něj význam a jaké bude mít toto sdělení pro něj dopad. Zde může být patrná asymetrie ve sdělení, jelikož může mít pro oba naprosto odlišný význam, i přesto že věcný obsah je ve své podstatě stejný (Janoušek, J., 2007)

Pikálková, Nytrová (2007) uvádějí, že dialog je událostí, která může proměnit nejen znalosti, přístupy a metody jeho účastníků, ale i je samy. Už to, že se lidé různých názorů a různých přesvědčení můžou setkat a navzájem od sebe něco očekávat, to znamená navzájem si také pozorně naslouchat, je velkým a nijak nenahraditelným tréninkem v tom, abychom dokázali zaslechnout hlas pravdy i tam, kde zatím nemá nikoho, kdo by ji vyslovil a tlumočil. Dialog je tedy vynikající rozcvičkou k nejdůkladnější reflexi, ale dialog reflektující je teprve ten pravý dialog.

### **4.3 NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE**

Jedná se o druh komunikace, který je neslovní podstaty. Tento způsob komunikace se uskutečňuje např. pomocí mimiky, gest, postoje a pohybů těla, vzdálenosti k druhé osobě, oblečení. Je nejenom fyziologicky, ale i ontogeneticky starší než verbální komunikace. Přesto není tak užívaná a dominantní postavení přebírá komunikace verbální. I v této komunikaci se objevují interkulturní, etnické a mezinárodní odlišnosti, pro stejné gesto mohou být odlišné významy. Neverbální

komunikace sice není na první pohled tak dominantní jako komunikace verbální, ale i tak ji dotváří a bez ní je projev značně mdlý. Lze ji použít i samostatně bez použití jazyka (Klenková, J., 2006).

Neverbálně se sdělují emoce, dokáže ovlivnit postoj posluchačů, přiblížit jim svoji osobnost, ale i distancovat od druhého, přesvědčit a ovládnout mezilidskou interakci.

#### **4.4 KOMUNIKACE V OŠETŘOVATELSTVÍ**

Naše biologická podstata se nezapře ani v tak humánním řízení, jakým je medicína a ošetřovatelství. Vyžadujeme od ostatních příslušníků určitou podobnost. Stejně jako oni vnímáme velmi nepříznivě odlišnosti jedinců svého druhu od předpokládané či uznávané normy a instinktivně pocítujeme nechuť až odpor k těm, kteří se zásadně od normy liší. Lidé, na rozdíl od ostatních druhů, nevymítají odlišných jedinců, ale přece jen je vytlačují na periferii, do izolace a kdesi v hloubi duše je považují za slabších a nedostačujících.

Projevuje se to především v našem jednání s pacienty s různými smyslovými, tělesnými psychickými a kombinovanými vadami a handicapy.

Komunikace je důležitým aspektem ošetřovatelských činností. Pod komunikací s pacientem rozumíme uplatňování nejen verbální komunikace, ale také uplatňování neverbální komunikace. V průběhu komunikace s nemocným poskytujeme informace o sobě, o svých postojích k sobě navzájem a o kvalitě vzájemného vztahu. Sestra je důležitým mezičlánkem i v oblasti komunikace mezi pacientem a lékařem, protože s nemocným stráví více času než lékař.

#### **4.5 VZTAHY NA PRACOVIŠTI**

Atmosféra na pracovišti patří mezi nejvýznamnější faktory spokojenosti, protože výrazně ovlivňuje celkové pracovní jednání. Lidé v zaměstnání tráví značnou část svého

času, proto je příjemná atmosféra na pracovišti velmi motivační. Je určována především mezilidskými vztahy ať už ve formální či neformální rovině.

Amstrong (2007, str. 632) uvádí, že "*atmosféra zaměstnaneckých vztahů může být dobrá, špatná nebo neutrální, podle toho do jaké míry:*

- *Si vedení podniku a pracovníci navzájem důvěřují*
- *Vedení podniku jedná s pracovníky slušně a ohleduplně*
- *Vedení podniku jedná ohledně svých kroků a záměrů otevřeně*
- *V každodenním styku jsou udržovány harmonické vztahy, vyúsťující spíše do dobrovolné a chtěné spolupráce než do nechtěné a zdráhavé poslušnosti*
- *Je konflikt, pokud k němu dojde, řešen bez uchýlování se k použití krajních prostředků a řešení sporů se dosahuje pomocí integračních postupů, které vyústí do řešení, v němž dosahují zisku obě strany*
- *Pracovníci jsou obecně oddáni zájmům organizace a rovněž jak dalece s nimi vedení podniku jedná jako se zainteresovanými osobami a partnery, jejichž zájmy by měly být chráněny, jak je to jen možné".*

Člověk má potřebu komunikovat s jinými lidmi a už samotný kontakt s jiným člověkem může působit motivačně. Dochází ke srovnání pracovního výkonu a s ním i ke snaze vyrovnat se někomu, nebo být lepší než jiní zaměstnanci. (Bedrnová, Nový, 1998)

Atmosféra na pracovišti může vést i k soutěživosti, ta je podle Provazníka a Komárkové (1996) vnímána jako pozitivní prvek podněcující motivaci dosáhnout lepších pracovních výsledků. Soutěživost pak může stmelovat kolektiv, nesmí však přejít v soupeření a řevnivost, které působí destruktivně na celý pracovní tým.

Z hlediska atmosféry na pracovišti hraje velkou roli osobnost nadřízeného a jeho řídicí styl. Osobnost vedoucího v zaměstnání se projevuje ve vztahu k podřízeným prostřednictvím stylu vedení. Nejnovější názory na styl vedení rozlišují transakční a transformační vedení podle Bělohávků (2000, str. 15-20):

- *Transakční vedení spočívá ve vzájemné transakci – směně, obchodu mezi vedoucím a pracovníkem, výměně. Toto vedení má formu řízení výjimkou nebo podmíněné odměny*

- Transformační vedení se opírá o vize firmy. Manažer dokáže přesvědčit pracovníky a shrnout je pro naplnění vizí a to pomocí charismatu, osobní úcty, citového hodnocení a stimulace myšlení.

S obsahem práce souvisí i pracovní podmínky. Těmi se rozumí pracovní doba, vybavení pracoviště, dostupnost ochranných pomůcek, čistota a osvětlení, hluk. Toto všechno ovlivňuje atmosféru na pracovišti, výkon i vztahy na pracovišti. Podle Komárkové a Provazníka (1996) jsou lidé demotivováni, pokud jsou zanedbávány pracovní podmínky a tím dochází k poklesu výkonnosti a celkové produktivity. Naopak příznivé podmínky vedou k větší pracovní pohodě a menší únavě, což se projeví i na pracovním výkonu. Autoři také upozorňují na to, že ne všichni zaměstnanci jsou stejně citliví a vnímaví vůči pracovním podmínkám, a proto se reakce na pozitivní změnu může projevit později, naopak negativní se zpravidla projevuje okamžitě u všech.

## 5 STRES

Jeden způsob vymezení pojmu můžeme převzít od jazykovědců. Význam slova „stres“ je odvozeno z latinského slova „stringo“, což znamená utahovat, stahovat, zadržovat – jako smyčku okolo krku odsouzence, kterého věší na šibenici (Křivohlavý, 1994).

V hovorové mluvě je pak tento pojem užíván v kontextu mezních situací. Když jsme ve stresu, tak „nic nestíháme“, jsme v časové tísní, jsme pod tlakem nebo „je toho na nás naloženo moc“.

V neurofyziologické terminologii se dnes již stresem nazývá pouze specifická reakce organismu a podněty na něj působící se nazývají stresory (Strnadová, 1998).

O definici stresu se pokusilo mnoho autorů, jejichž určitou kompilaci můžeme najít například v publikaci Jara Křivohlavého (1994, str. 10). Jeho souhrnná definice zní: *“Stresem se obvykle rozumí vnitřní stav člověka, který je buď přímo něčím ohrožován, nebo takové ohrožení očekává a přitom se domnívá, že jeho obrana proti nepříznivým vlivům není dost silná.* (Křivohlavý, 1994, str. 10)“

*„Problematiku stresu a jeho zvládnutí patří k tématům, kterým je v současné době věnována mimořádná pozornost, a to nejen v medicíně a psychologii, ale i v běžné praxi. Rozsah situací, které nás do stresové situace vedou, je však velice široký“* (Křivohlavý in Československá psychologie, str. 104)

### 5.1 ROZDÍLNOST DŮRAZŮ

Hovoříme – li o stresu, je možno vložit důraz na určitou jeho stránku nebo charakteristiku. Pak se můžeme setkat s poněkud rozdílným chápáním tohoto pojmu (Křivohlavý, 1994, str. 10):

- Stresem se může rozumět celá obtížná situace (např. rozvod)
- Stresem se může rozumět podmínka, okolnost či nepříznivý faktor (nebo – li stresor), který na člověka dopadá (např. i nadměrná teplota).
- Stresem se může rozumět odpověď organismu na stresující činitele (např. podrážděním hypotalamu)

- Stresem se může rozumět celkový vnitřní stav – nejen fyzický, ale i psychický – člověka sevřeného nepříznivými okolnostmi.

## 5.2 ZÁTĚŽ, STRES, NAPĚTÍ

Pokud chceme definovat stres, je potřeba si vyjasnit rozdíly mezi pojmy zátěž, stres a napětí, které jsou si velmi blízko.

Robert Hook (dle Lazarus, Folkman, 1999) studoval problematiku stavby mostů. Jeho analýza problému byla postavena na třech základních konceptech: Zátěži (load), stresem (stress) a napětím (strain). Zátěž vztahoval k extrémním silám (například váze), stresem pak označil oblast struktury mostu, na kterou zátěž působila, a napětím pak byla následná deformace mostu vzniklá z tohoto vzájemného působení.

Převedeno do řeči psychologických teorií, které považovaly zátěž za externí sílu působící na sociální, fyziologický nebo psychologický systém, značí „zátěž“ externí stresový stimul (nebo také stresor) a napětí stresovou odpověď nebo reakci.

Rozdíly mezi pojmy „stres“ a „zátěž“ se snažil definovat také Daniel (1997, dle Baumgartnera, 2001). Ten se pokusil definovat psychickou zátěž podle intenzity stresoru, motivace dané osoby a individuální zvláštnosti. Rozlišil takto:

- Těžkou psychickou zátěž – ohrožení života, závažnou havarijní situaci apod.
- Střední psychickou zátěž, která se vyskytuje tam, kde jsou určité, zátěž vyvolávající podmínky, které zabraňují v určité činnosti
- Lehkou psychickou zátěž – při které lze běžnou činnost vykonávat, neboť rušení nedosahuje hraničního prahu stresoru.

Autor považuje za optimální používat pojem stres pro fyziologický stres, respektive pro těžký psychický stres, zatímco pro střední a lehký psychický stres považuje jako vhodnější pojem zátěž.



### 5.3 TYPY STRESU

Matoušek (2005) popsal čtyři základní typy stresu podle doby a způsobu působení stresorů:

- 1) *Akutní stres* je vyvolán náhlou událostí trvající jen krátkou dobu (např. dopravní nehodou, pracovním úrazem apod.)
- 2) *Chronický stres* – nebo také stres dlouhodobý vzniká působením jednoho či více stresorů, jejichž intenzita může v průběhu delší doby kolísat, případně se vyskytovat v nepravidelných intervalech (například narušené sociální vztahy, špatná organizace a režim práce, špatné pracovní podmínky apod.)
- 3) *Posttraumatický stres* je opožděná reakce na krátkou dobu trvající avšak velmi intenzivní stresovou situaci hrozivého až katastrofického rázu se závažnými důsledky. Objevuje se v souvislosti s přírodními katastrofami, válkami, či průmyslovými haváriemi.
- 4) *Anticipační stres* vzniká v souvislosti s dějem, který má teprve nastat. Jde o určitou představu, předjímání a předvídaní jevů a událostí se zřetelem na možné důsledky ohrožující integraci osobnosti, jako je ztráta důvěry, autority, role. Objevuje se např. před závažnou zkouškou, při nástupu do nové školy či zaměstnání, operací či jinou důležitou životní změnou. V běžném životě je velmi častý.

### 5.4 KVALITA STRESOVÉ REAKCE

Stres nelze brát jako věc zcela škodlivou, což je běžný obraz v myslích lidí. Stres může být i užitečný a léčivý. Jak uvádí Hans Selye (dle Rheinwaldová, 1995, str. 1) „*bez stresu by bylo málo pozitivních změn a konstruktivních činností, protože každý živý organismus stres potřebuje. (...) Stres je kořením života a bezstresový stav je smrt.*“

Určitá míra stresu je tedy pro zdravou a efektivní existenci nutná a užitečná. Podle toho, jak stres působí na člověka lze rozlišit stres pozitivní a negativní:

- Eustres neboli stres pozitivní, je spojený s pozitivními pocity. Je to stres z triumfu, radosti z dosaženého cíle, z výhry, z efektivní práce a života.

- Z eustresu se stává distres, když míra únosnosti přeteče, když se náš pohled změní a my začneme ztrácet pocit jistoty a adekvátnosti. Distres, neboli stres negativní, je provázen negativními pocity a pramení z pocitu přetížení, zoufalství a ztrát. Jak bylo zmíněno výše, pokud mluvíme o stresu, má většinou tento negativní nádech (Rheinwaldová, 1995).

## **5.5 ADAPTACE A ZVLÁDÁNÍ STRESU**

Většina témat souvisejících se stresem je ve výzkumech pojímána především ve vztahu k jeho zvládnutí. V souvislosti s tématem vyrovnávání se a zvládnutím stresu je pak užíváno několik základních pojmů.

Prvním z nich je *adaptace*, která je definována jako schopnost se přizpůsobit a vyrovnat se zátěží, která je v relativně normálních mezích, v obvyklé, běžné toleranci člověka. Dalším pojmem je *coping*, běžně znamenající zvládnutí stresu, zátěže nebo náročných situací. Jde o jakýsi boj člověka s nepřiměřenou, nadprůměrnou zátěží, která je chápána ve smyslu intenzity (hyperstres, případně hypostres) a délky trvání (dlouhodobá). Jde tedy o jakýsi vyšší stupeň adaptace (Křivohlavý, 1994).

### **5.5.1 PRŮBĚH A PROJEVY STRESOVÉ REAKCE**

Stresové reakce lze rozdělit na psychické (projevující se v kognitivní, emocionální a behaviorální rovině) a fyziologické (biologické, somatické)

### **5.5.2 PSYCHICKÉ REAKCE NA STRES**

Stresové reakce vyvolávají emoční reakce v rozmezí veselé nálady (kdy je situace zhodnocena jako náročná, ale zvladatelná) až po úzkost, vztek, sklíčenost a depresi (Atkinsonová, 2003).

## **Strach a úzkost**

Nejčastější reakcí na stresor je úzkost. Úzkostí se podle Atkinsonové (2003) rozumí nepříjemná emoce, charakterizovaná takovými pojmy jako starost, obava, napětí a strach, kterou občas zažívají všichni lidé v různé míře. U některých jedinců, kteří prožili události za hranicemi lidského utrpení, se někdy rozvine syndrom zvaný Posttraumatická stresová porucha.

Podle Paulíka (2010) je z behavioristického hlediska strach a úzkost považována za naučenou neadaptivní reakci na určitou situaci či za přetrvávající návyk neadaptivního chování získaného učením fyziologicky normálního organismu. Tato definice se však hodí spíše pro anxiozu, tedy strach a úzkost považovaný za osobnostní rys či patologicky prožívanou úzkost. Z evolučního hlediska je úzkost a strach jedním ze základních emočních projevů doprovázející poplachovou reakci. Podle K. Hornyeové (2000) se strach rozvíjí pod vlivem uvědomovaného aktuálního ohrožení, které je možné ve své podstatě adaptivně zvládnout.

Podle Melgosity (1997) můžeme dále u člověka, který je pod vlivem velkého stresu, mimo úzkosti pozorovat projevy nervozity, všelijaké obavy, starosti, případně strach z budoucnosti. Pocity úzkosti jsou vlastně výsledkem přemýšlení o možných důsledcích, které se dostaví, pokud se zátěž nezvládne. Jsou tedy především důsledky anticipačního stresu.

## **Hněv a agrese**

Další reakcí na stresovou událost je vztek, který může vyústit až v agresi. Frustrace jako psychický stav, kterou Paulík (2010) řadí také spolu se strachem a úzkostí mezi náročné situace (stresory), nastává, když je nějakým způsobem znemožněno uspokojení aktualizované potřeby či dosažení určitého cíle. Frustrovaný člověk je podrážděný a snadno se nechá vyprovokovat. Podle Melgosity (1997) je frustrace a podrážděnost důsledkem neschopnosti řešit určitý problém. Úzká spojitost je také spatřována mezi frustrací a agresivitou. Člověk, který žije pod vlivem stresu, se tak stává netolerantní a nesnášenlivý, začínají se u něj množit projevy fyzické agresivity a má větší sklon k nepochopení druhých.

## **Apatie a deprese**

Ačkoliv nejčastější reakcí na frustraci je agrese, opačnou, ale rovněž běžnou reakcí je uzavření se do sebe a apatie (Atkinsonová, 2003). Jestliže stresové podmínky trvají a jedinec je nezvládl, může apatie přerůst v depresi. Pocit, že není schopen překonat stres, vede člověka k zoufalství, a tím se otvírá působení deprese.

Tato reakce je obdobná stavu strnulosti. Renaudová (1993) podotýká, že se ze stavu strnulosti, jako jednoho ze způsobů evolučního přežití, mohla vyvinout deprese v dnešním slova smyslu.

## **Oslabení kognitivních funkcí**

Pokud se člověk dostane do stresu, jeho paměť, schopnost vnímání, uvažování a zdravého úsudku se zlepší. Trvá - li však stres příliš dlouho, tato schopnosti se začínají zhoršovat a v duševní a v intelektuální sféře se objevují obtíže. Jedním z prvních příznaků přemíry stresu je obtížná koncentrace a ztráta paměti. Stres dále negativně ovlivňuje schopnost člověka logicky uvažovat, řešit problémy a rozhodovat se (Melgosa, 1997).

Toto oslabení kognitivních funkcí. Může mít dvě příčiny. Vysoká úroveň emoční aktivity může narušovat zpracování informací. Toto oslabení může být vyvoláno také rušivými myšlenkami, které se nám při setkání se stresorem honí hlavou. Jedinci, kteří mají v průběhu stresového období kognitivní funkce oslabeny, se chovají nepružně, protože si nejsou schopni představit alternativní způsoby chování (Atkinsonová, 2003).

### **5.5.3 FYZIOLOGICKÉ REAKCE NA STRES**

Na základě teorií Cannona, Selyeho a Wolfa se rozeběhla řada výzkumů, které měly za cíl objevit přesné mechanismy stresových reakcí.

## **Poplachová reakce**

Walter Cannon popsal poplachovou reakci, při které se nervovými a hormonálními mechanismy navozuje v těle stav pohotovosti jako příprava na boj nebo útěk. Aktivuje se část nervového systému (sympatikus) a zároveň se zvýší sekrece hormonu adrenalinu a noradrenalinu ze dřeně nadledvin. Obě reakce nastávají téměř současně, a proto se hovoří o systému sympato – adrenálním.

Příprava na boj nebo útěk spočívá v tom, že se z jater uvolňuje krevní cukr, aby sloužil jako palivo pro svalovou práci. Stejně tak se uvolňují z tukových tkání tukové složky. Krevní cukr je svalovou prací rychle vstřebán, proto jsou tukové složky dalším nezbytným zdrojem energie. Navíc játra začínají tvořit další krevní cukr ze složek vznikající při svalové činnosti.

Když při akutním stresu člověk bojuje nebo utíká, uvolněné látky se spotřebovávají a přispívají tak k fyzické výkonnosti. V naší civilizované společnosti však příležitosti k boji či útěku moc není. Uvolněné složky látek se nevyužívají a opakované zvýšení jejich hladiny v krvi je zbytečné a může nepříznivě působit na zdravotní stav (Schreiber, 1992).

## **Stav strnulosti**

Renaudová (1993) popisuje ještě jednu reakci, která při působení stresu může nastat: *Stav strnulosti*.

Když je tato emoce trvalá, ale při tom není možné na ní reagovat (tedy tak, jak probíhá stres v civilizačních podmínkách), organismus reaguje dlouhodobým stavem strnulosti, který se přidává k reakcím sympatiko – adrenálním.

## **Hormony stresové reakce**

Sekrece dvou hormonů poplachové reakce – adrenalinu a noradrenalinu – je řízena sympatickým nervovým systémem.

Stresová reakce je dále řízena dalším druhem hormonů – tzv. glukokortikoidy. Ty mají podobný účinek jako adrenalin, rozdíl v působení je jen v délce trvání jejich aktivity. Zatímco adrenalin účinkuje okamžitě a jeho projevy trvají pouze několik minut, glukokortikoidy tvoří určitou zásobu a jejich projevy mohou trvat i několik hodin.

Kombinovaná zvýšená tvorba hormonů dřeně a kůry nadledvin při prodlouženém stresu tak vede k fázi rezistence, tedy k období, kdy je adaptace na stres maximální.

Hypofýza dále produkuje hormon prolaktin, který mimo jiné při stresu potlačuje schopnost reprodukce. Hypofýza dále produkuje hormon prolaktin, který mimo jiné při stresu potlačuje schopnost reprodukce. Hypofýza a mozek uvolňují třídu látek podobných morfinu, které pomáhají snižovat práh vnímání bolesti. Hypofýza také produkuje antidiuretický hormon (ADH), který se účastní kardiovaskulární stresové reakce. Slinivka břišní uvolňuje glukagon, který ve spojení s glukokortikoidy a sympatickým nervovým systémem zvyšuje hladiny cukru v krevním oběhu (Joshi, 2007).

Poté následuje fáze vyčerpání. Může být způsobena přílišným stresem, poruchou adaptivních funkcí. Nebo abnormálními adaptačními reakcemi, pak se hovoří o nemocech z adaptace nebo stresových nemocech (Schreiber, 1992).

### **Stres ve zdravotnictví**

Práce ve zdravotnictví bývá spojena s větší mírou stresu, nežli u většiny jiných profesí. Nadměrný stres zvyšuje riziko chybných rozhodnutí a výkonů, pracovních úrazů, psychosomatických onemocnění i závislostí na alkoholu a jiných návykových látkách. Nadměrný stres zhoršuje zdravotní stav a produktivitu práce zdravotníků a přenáší se do jejich rodin. Přílišný stres je častým důvodem, proč lékaři i zdravotní sestry opouštějí zdravotnictví.

Motivace lidí, kteří chtějí pracovat v pomáhajících profesích, to znamená i zdravotnictví, bývá velmi podobná – pomáhat druhým lidem. Do své profese vstupují s nadšením a ideály a teprve časem zjišťují, s jak velkým výkonovým i emočním nasazením musí počítat. Poměr mezi investicí do práce a ziskem z ní se může stát

nerovným, pomáhající více vydává než dostává. Emoční či osobní zisk z práce pak nemusí být tak velký, jak byl očekáván.

Stres je stavem či psychofyzickou reakcí na selhání adaptačních mechanismů při přizpůsobení se nadměrné zátěžové situaci nebo ohrožení. Jedná se o situace, které kladou neúměrné nároky na duševní kapacitu, na schopnost týkající se jak přizpůsobení, tak i aktivního zpracování – reagování ve smyslu řešícího zásahu do dané situace tak, aby nedošlo k hrubému narušení psychosomatické rovnováhy.

### **Zátěže v práci sestry:**

#### *Zátěže fyzické, chemické, fyzikální:*

- zatížení páteře – při polohování, zvedání pacientů
- dynamické zatížení – přecházení mezi provozy, vyřizování
- zatížení kloubů a svalů
- statické zatížení – stání u výkonů
- nepříjemné podněty – otevřené rány, exkrementy
- riziko infekce
- narušení spánkového rytmu vlivem směnného provozu
- kontakt s dezinfekčními prostředky, léky
- nedostatek času a klidu na pravidelnou stravu a dodržování pitného režimu
- hluk, radiační záření
- *Zátěže psychické, emocionální, sociální*
- pečlivé sledování stavu pacientů, instrukcí, rychlé přepojování mezi činnostmi
- velká zodpovědnost za výsledky svojí práce
- nároky na paměť, nutnost samotného rozhodování a účelného jednání
- setkávání se s lidmi v těžkých emočních stavech
- setkávání se s utrpením, bolestí, smrtí, vyrovnání s pocity bezmoci
- zacházení s intimitou člověka – cévkování, aplikace injekcí
- působení bolesti druhým lidem
- nízké ohodnocení náročné práce
- opakované konfrontace s vlastními postoji a prožitky
- vysoké nároky na vzdělávání se (Bartošíková, 2006)

V porovnání s ostatními zdravotnickými pracovníky jsou sestry nejčastěji v kontaktu s pacientem, prakticky celou dobu svého pracovního času – jsou u něj když spí, vstává, pomáhají mu s hygienou, ošetřují ho. Sestry se dostávají k pacientovi velmi blízko, jak do intimní zóny tak i do jeho duševních prožitků, kdy s ním sdílejí jeho emoce, slabost. Pacienti si také většinou nedovolí k lékaři to, co k sestře.

Právě takovéto dlouhodobé setkávání se s intimitou druhého člověka, zátěže, která plyne z intenzivního zabývání se s lidmi, kteří sami jsou ve stresu, klade nároky na osobnost sestry. Od sestry se očekává, že kromě odborné náplně práce bude také schopna pomáhat nemocnému zvládat jeho těžkou situaci. V konfrontaci s často tragickými lidskými osudy se sestry mohou cítit bezmocné.

Od sester se vyžaduje průběžné vzdělávání, musí pochopit nové metody, postupy. Malá připravenost sestry k tomu, aby se mohla zabývat svými potřebami, může vést k narůstajícímu napětí a kupení osobních problémů. Sestry se tak dostávají do konfliktu rolí, kdy nelze uspokojit jisté profesní nároky, aniž by tím netrpěla alespoň částečně rodina a naopak určité nároky rodiny není snadné uspokojit, aniž by tím netrpěla profese. (Bartošíková, 2006)

Profese psychiatrické sestry je navíc v mnoha dalších ohledech specifická a náročná, např. v oblasti komunikace s duševně nemocnými lidmi, hledání rovnováhy mezi partnerským a direktivním přístupem k pacientům a z hlediska vyššího rizika fyzické agresivity nemocných vůči personálu oproti somatickým oddělením (Janosiková, Daviesová, 1999).

## **5.6 PROTEKTIVNÍ FAKTORY PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ**

K projektivním faktorům patří lepší znalosti, které se týkají zdraví a jeho ochrany a lepší informovanost o tom, kde hledat v případě potřeby pomoc. Práce ve zdravotnictví, pokud je v souladu s hodnotovou orientací pracovníka, může také více než jiné profese dávat pocit smysluplnosti a zaujetí pro práci. A smysluplnost spolu s pocitem kontroly a schopností přijímat překážky a problémy jako výzvu a dále pružnost patří k faktorům, které zvyšují odolnost vůči zátěžovým životním událostem.



### 5.6.1 PROFESIONÁLNÍ NÁKAZA

Práce zdravotních sester a ošetrovatelek patří k nejtěžším a ze zdravotního hlediska k nejrizikovějším. Ve většině zemí předstihuje obor zdravotnictví, co se týká nemocí z povolání, dokonce i stavebnictví či hutní průmysl. Vedle fyzické náročnosti práce a psychické zátěže je riziko infekce stále závažnějším problémem. Zdravotníci se pohybují v pracovním prostředí, kde se setkávají s infekčními chorobami, radioaktivním zářením a chemickými látkami. Musí zvládnout často velmi fyzicky náročnou manipulaci s pacienty a těžkými břemeny a jsou přetíženi i psychicky stresem a odpovědností za svěřené nemocné. Mnohá rizika působí dlouhodobě a skrytě. Například cytostatika nebo záření mohou působit poškození po několika letech.

Hlavní hrozbu pro zdraví a bezpečí sester představují poranění použitými jehlami a jinými ostrými předměty a riziko nákazy. Z profesních postižení při přenosu nakaženou krví dominují rizika hepatitidy B, C, následuje AIDS.

**Hepatitida B** – virus hepatitidy B je citlivý na vnější prostředí, přenáší se proto výhradně krví. Zdravotník se může nakazit při práci s krví. Zdravotník se může nakazit při práci s krví nebo jiným biologickým materiálem. Inkubační doba je 14 dní až půl roku. Poškození jater bývá dlouhodobé a může přejít ve chronickou celoživotní infekci. Nemocní s chronickou hepatitidou B mívají častěji zhoubné nádory jater a jaterní cirhózu. Proti hepatitidě B je účinné očkování. Povinně se od roku 2001 očkují v ČR všechny děti po narození, očkují se také zdravotníci. Očkovaný jedinec je chráněn po celý život.

**Hepatitida C** - virus hepatitidy C je také citlivý na vnější prostředí, přenos je krví. Velmi často probíhá bezpříznakově. K poškození jater dochází při chronické infekci. Očkování proti hepatitidě C není k dispozici, proto jedinou prevencí u zdravotníků je dodržování pravidel pro práci s biologickým materiálem. (Kubešová, 2005)

**AIDS (acquired immunodeficiency syndrome)** – infekce vyvolaná virem lidské imunodeficiency (HIV). Virus způsobuje selhání imunity, zvyšuje se náchylnost k infekcím. Retroviry se přenáší krví, sekrety, transplacentárně, perinatálně. HIV pozitivita se objevuje po 2-16 týdnech po infekci, projevy choroby po 1-7 letech.

Nejprve se objeví tzv. ACR – AIDS related komplex, který se projevuje příznaky, jako jsou subfebrilie, bolesti svalů a kloubů, lymfadenopatie, průjmy, hubnutí. Plně rozvinutý AIDS znamená výskyt pneumonií, dřevový útlum, výskyt oportunních infekcí. Účinná léčba vedoucí k vyléčení neexistuje, podávají se antiretrovirová antibiotika pro zpomalení průběhu onemocnění. (Kubešová, 2005)

Dalším zdrojem ohrožení zdraví sester může být výskyt patogenů, které nejsou přenosné pouze krví.

**MRSA** – *Staphylococcus aureus* je bakterie, která se normálně přenáší na kůži či v nose zdravých lidí, je nejčastější příčinou kožní infekce. Většina těchto infekcí je nevýznamná a lze je vyléčit bez antibiotik. Stafylokokové bakterie však také mohou způsobovat vážné infekce, například infekce chirurgických ran a zápal plic. V minulosti se většina těchto infekcí léčila antibiotiky penicilinové řady a stafylokokové bakterie získaly odolnost vůči těmto antibiotikům, proto se nazývají methicilinu odolné (methicillin resistant) *Staphylococcus aureus*, neboli MRSA. MRSA se většinou objevuje u pacientů v nemocnici, kteří jsou starší, vážně nemocní anebo mají otevřenou ránu, u pacientů na jednotkách intenzivní péče. Pacient musí být ihned izolován a musí se dodržovat velmi přísné preventivní opatření nozokomiálních nákaz.

Zdravotní sestry jsou také ohroženy vznikem profesionálních dermatóz. Při své práci používají často pomůcky, které mohou způsobovat iritační dermatitidy nebo kontaktní ekzém. Příčinou profesionálních kontaktních ekzémů bývají nejčastěji dezinfekční prostředky, guma, léčiva a akryláty. Z dezinfekčních prostředků nejčastěji vede k senzibilizaci formaldehyd a glutaraldehyd, z předmětů z gumy chirurgické a pracovní gumové rukavice.

## **6 ORGANIZACE PSYCHIATRICKÉ LŮŽKOVÉ PÉČE V ČR**

Způsob organizace zdravotních služeb významnou měrou ovlivňuje kvalitu poskytovaných služeb a spokojenost jejich uživatelů. Dostupnost služeb vyjadřuje překážky, které pacient při čerpání zdravotních služeb překonává.

Je rozlišována dostupnost:

- Geografická, vyjádřená rozložením jednotlivých služeb v určitém regionu.
- Časová, která je charakterizována např. čekací dobou na vyšetření.
- Organizační, vyjádřená administrativními překážkami ve vztahu k přístupu ke zdravotním službám (např. nutnost doporučení praktického lékaře ke specializované péči).
- Sociokulturní, zahrnující překážky sociálního a kulturního rázu, v jejichž důsledku se pacient hůře orientuje v systému zdravotních služeb (např. úroveň vzdělání, komunikační problémy, etnická příslušnost).
- Rozložení psychiatrických služeb v ČR je nerovnoměrné. V některých regionech je nedostatečná síť ambulantních psychiatrů, kteří jsou nuceni starat se o velký počet pacientů, což prodlužuje čekací doby na vyšetření. Jinde nejsou dostupná akutní psychiatrická lůžka, síť komunitních služeb, vyjma velkých měst, prakticky neexistuje.

### **6.1 KVALITA POSKYTOVANÝCH SLUŽEB**

Kvalita poskytovaných služeb významným způsobem odráží ekonomickou situaci země a míru prostředků vynakládaných na zdravotnictví a jeho jednotlivá odvětví. Do kvality se promítá také technologická, materiální a personální vybavenost zdravotnických zařízení a úroveň vzdělání zdravotnických pracovníků.

Oblast psychiatrické péče v ČR je dlouhodobě podfinancována. Na psychiatrickou péči v ČR je alokováno cca 2,9% z rozpočtu na zdravotní péči, zatímco

průměr ve vyspělých evropských zemích dosahuje až 8% (Strategie reformy psychiatrické péče, 2013). Tato skutečnost se negativně promítá např. do úrovně hotelových služeb v lůžkových psychiatrických zařízeních, do počtu personálu, do využívání moderních technologií v psychiatrické péči apod.(Petr, Marková, 2014)

## **6.2 LŮŽKOVÁ PÉČE**

Lůžková psychiatrická péče se dělí na akutní a následnou. Akutní péče by dle Koncepce oboru psychiatrie měla být poskytována na psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic, následná péče v psychiatrických nemocnicích. Reálná situace je však vzhledem k nedostatku lůžek na psychiatrických odděleních jiná. V ČR je 80% psychiatrických lůžek v psychiatrických nemocnicích, proto je i velká část akutní péče realizována v těchto zařízeních.

### **Akutní lůžková péče**

Je poskytována bezprostředně po vzniku či zhoršení psychické poruchy. Poskytovatelé akutní psychiatrické péče musí být schopni přijmout pacienta s jakoukoliv psychopatií z celého diagnostického spektra oboru psychiatrie, provést potřebná vyšetření, diagnostikovat a adekvátně léčit. Z toho vyplývá, že musí být zajištěna nepřetržitá dostupnost laboratorních i zobrazovacích metod a dostupnost konziliárních služeb jiných oborů (např. neurolog, internista). Úkolem akutní psychiatrické péče je včasné zajištění komplexní diagnostiky, nastavení vhodné léčby a zajištění odpovídající návazné péče. Ta může, v závislosti na zdravotním stavu pacienta, spočívat v zajištění ambulantní psychiatrické péče, v předání pacienta do péče komunitních týmů nebo v zajištění překlada na lůžka následné péče.

### **Následná lůžková péče**

Je určena pro nemocné, u kterých byl ukončen diagnostický proces a nastavena terapie. Přítomné projevy psychopatie přitom neumožňují propuštění pacienta do domácího ošetřování s podporou komunitních služeb nebo zařízení sociální péče.

Další variantou je lůžková péče specializovaná na určitou diagnózu, věk či způsob léčby. Pro tuto práci není potřeba blíže specifikovat, neboť samotný výzkum probíhal pouze na lůžkách akutní a následné péče.

### **6.2.1 PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICE A PSYCHIATRICKÁ ODDĚLENÍ**

Úkolem psychiatrických nemocnic je dlouhodobá léčba a ucelená rehabilitace psychicky nemocných všech věkových kategorií. Současně však plní i úlohu psychiatrických oddělení nemocnic tam, kde dosud psychiatrická oddělení nejsou zřízena nebo kde nemají odpovídající lůžkovou kapacitu. V ČR je 18 psychiatrických nemocnic/léčeben pro dospělé a tři psychiatrické nemocnice pro děti. Průměrná ošetrovací doba se pohybuje kolem 85 dnů.

Psychiatrická oddělení jsou obvykle součástí všeobecných nemocnic, ale mohou být i samostatnými zařízeními. Hlavním úkolem psychiatrických oddělení je poskytování akutní psychiatrické péče, to znamená péče nutné k provedení komplexní diagnostiky, včasnému nastavení léčby a rychlé stabilizaci zdravotního stavu. V ČR existuje 31 psychiatrických oddělení. Část z těchto oddělení není schopna, vzhledem k nedostatečnému personálnímu a technickému vybavení, akutní péči poskytovat a spíše se specializuje na určité diagnostické spektrum pacientů, např. pacienty s neurotickými poruchami. Průměrná ošetrovací doba činí cca 20 dní.

Speciálním typem psychiatrických oddělení jsou psychiatrická oddělení fakultních nemocnic. Mají statut kliniky, která úzce spolupracuje s lékařskou fakultou. Poskytují kromě zdravotních služeb i výuku vysokoškolským studentům, postgraduální vzdělávání a zabývají se výzkumnou činností. (Petr, Marková, 2014)

## **7 ROLE SESTRY V PSYCHIATRICKÉM OŠETŘOVATELSTVÍ**

Psychiatrické ošetřovatelství vnímá pacienta v jeho sociálních vztazích – rodina, práce, volný čas, v jeho konkrétní a individuální životní praxi, která ho pojí s mnohými denními úkoly. Pro tuto svojí specifičnost, se vyžaduje od sestry, která poskytuje ošetřovatelskou péči pacientům s duševním onemocněním odborná připravenost po stránce teoretické i praktické.

Sestry, zabezpečující komplexní ošetřovatelskou péči o pacienty s duševním onemocněním, se účastní na aktivitách terapeutické komunity, zabezpečují realizaci léčebného plánu. Terapeutické techniky využívané v psychiatrickém ošetřovatelství se opírají o poznatky z jiných vědních oborů, např. z psychiatrie, psychologie, sociologie, pedagogiky, speciální pedagogiky. Pacienti mají mnoho problémů, které prostupují všemi těmito obory.

Komplexnost přístupu je významná při zabezpečení jeho komplexní léčby s uplatněním farmakologických postupů, psychoterapie, psychoedukace, ergoterapie a zapojením rodinných příslušníků do léčby. Sestra může v plné míře uplatnit kreativní myšlení, svoje schopnosti, dovednosti a možnosti metodou ošetřovatelského procesu.

### **7.1 ROLE SESTRY**

Role sestry v psychiatrickém ošetřovatelství se mění a vyvíjí v souvislosti s rozvojem psychiatrie.

Od sester se očekává:

- Komunikativnost – která je velmi důležitá při všech aktivních, pasivních a součinných intervencích s pacientem. Pomáhá sestře v poznávání pacienta, pochopení jeho postojů, umožňuje pacientovi eliminovat jeho vnitřní napětí

- Osobnostní předpoklady – sestra musí dosáhnout určité úrovně sebezpoznání, aby mohla zvládat náročné situace, musí mít citlivý, empatický postoj, schopnost se adekvátně ovládat
- Vyrovnanost a citovou stabilitu – chování sestry by mělo být asertivní, klidné, vyvážené, s prvky přiměřeného sebevědomí
- Edukační schopnosti – sestra v psychiatrickém ošetrovatelství vystupuje jako terapeutický činitel. Každý kontakt s pacientem, chování sestry, všechny činnosti sestry mají vliv na chování pacienta. Edukační aspekt musí být pevně ukotvený ve všech činnostech sestry.
- Pozorovací talent – sestra v psychiatrické praxi pozoruje pacienta bezprostředně při běžných činnostech, všímá si okamžité reakce, nebo signálů, výrazu tváře, citových reakcí, charakteru činnosti.
- Znalost symptomatologie duševních poruch
- Znalost účinků psychofarmak
- Orientace v psychoterapii – protože sestra je členem terapeutického týmu a zúčastňuje se psychoterapeutických aktivit buď přímo, nebo nepřímo svým přístupem k pacientovi (Marková, 2006)

## **7.2 VZDĚLÁVÁNÍ SESTER PRACUJÍCÍCH NA PSYCHIATRII**

Současná česká legislativa rozlišuje u nelékařských zdravotnických pracovníků odbornou způsobilost (např. všeobecná sestra, zdravotnický asistent, ergoterapeut) a specializovanou způsobilost (např. sestra pro péči v psychiatrii, sestra pro intenzivní péči, dětská sestra), kterou je možné získat absolvováním specializačního vzdělávání. Tento typ vzdělávání vznikl v roce 1960, kdy bylo založeno Středisko pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, zaměřené na systematické a celoživotní vzdělávání zdravotníků. V současnosti je tato organizace známá pod názvem Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů a zajišťuje specializační vzdělávání v řadě nelékařských oborů, včetně ošetrovatelské péče v psychiatrii. V letech 1997–2004 bylo možné získat specializovanou způsobilost pro péči

v psychiatrii také absolvováním oboru diplomovaná sestra pro psychiatrii na vyšších zdravotnických školách. Specializovaná způsobilost není legislativní podmínkou pro práci sestry na psychiatrii, vzhledem ke specifickým nárokům oboru je však žádoucí. Psychiatrická sekce ČAS provedla v roce 2013 šetření v 39 lůžkových psychiatrických zařízeních, zaměřené na zmapování počtu nelékařů, jejich pracovní zařazení a také na počty sester se specializovanou způsobilostí. Bylo zjištěno, že z celkového počtu 3436 sester má specializovanou způsobilost v psychiatrii pouze 29% sester. Důvodem je pravděpodobně nedostatečná motivace ke studiu (mnozí zaměstnavatelé specializaci nepožadují, ani finančně neocceňují) a malá kapacita specializačního vzdělávání ročně absolvuje studium asi 50 sester jak uvádí cenzus psychiatrické sekce ČAS, 2013 (Novotná in Petr, Marková 2014)

### **7.3 PŘÍSTUP SESTRY**

Sestra se střetne s různými formami prožívání situací. Je důležité aby si uvědomovala jedinečnost pacienta a citlivě přistupovala k jeho potřebám. Někdy je totiž velmi těžké potlačit vlastní obavy, nebo negativní pocity, které může vyvolat chování pacienta. Sestra má mít dostatek informací o nemoci, prožívání pacienta při jednotlivých symptomech a možnostech zvládnutí těchto situací, jako i znalost etických aspektů souvisejících s ošetrovatelskou péčí (Ondriová, Fertaľová, 2003).

Aby sestry lépe pochopily pacienta s psychiatrickou diagnózou, musí se spoléhat na pozorování a systematické, průběžné posuzování pacientových potřeb. V moderním ošetrovatelství se pacient stává aktivním účastníkem terapeutického procesu. Z pasivní polohy přijímatele se dostává do polohy aktivního účastníka interakce mezi sestrou a pacientem. Právě toto klade velké nároky na odbornost sestry, její schopnost komunikovat a vcítit se do pocitů pacienta, porozumět mu a porozumět jeho potřebám. Terapeutický vztah mezi sestrou a pacientem má významné místo v psychiatrickém ošetrovatelství vyžadující vzájemnou důvěru. Když se pacient sestře svěří, věří, že bude akceptovaný, respektovaný a že mu bude poskytnuta adekvátní pomoc (Janošiková, 1999).



Velký vliv na vybudování tohoto vztahu má chování sestry a její komunikace s pacientem. Terapeutická komunikace neznamená jen výměnu informací, ale především tady jde o přibližování se jedné lidské bytosti k druhé. Vytvoření ovzduší důvěry, upřímnosti, zájmu a akceptování pacienta jsou důležité úlohy pro sestru, která o pacienty s psychiatrickou diagnózou pečuje. Tito pacienti citlivě vnímají chování sestry, slova, činy a upřímnost jejího zájmu. Všechny terapeutické techniky, které sestra při svojí práci využívá, jsou založené na důvěře, která je základním krokem při udržení spolupráce, vytvoření terapeutické dohody a stanovení cílů.

## **7.4 KOMPETENCE PSYCHIATRICKÝCH SESTER**

Pojmem kompetence bývá označována schopnost zvládat určité činnosti nebo funkce. Kompetence sestry je tak možné vidět jednak jako odborné znalosti a dovednosti získané absolvováním příslušného vzdělání a rozvíjené praxí, jednak jako oprávnění k výkonu určitých činností, vymezených právní normou.

### **7.4.1 KOMPETENCE V PSYCHIATRICKÉ PÉČI**

Sestra se specializovanou způsobilostí pro péči v psychiatrii je oprávněná k vykonávání těchto činností:

**Vyhodnocování** potřeb a úrovně soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění a rizikových faktorů. sestra je schopna spolu s pacientem identifikovat jeho potřeby, rozpoznat známky zhoršování psychického stavu pacienta, vyhodnotit, zda pacient není nebezpečný sobě či okolí, a v případě potřeby zajistit nezbytná opatření. k hodnocení soběstačnosti a rizikových faktorů používá ošetrovatelské měřicí techniky.

**Podpora a rehabilitace** - sestra napomáhá pacientovi při adaptaci na životní podmínky, změněném duševním onemocněním. Je schopna používat cílené aktivity k podpoře a zachování fyzických, kognitivních a psychických funkcí pacienta. Dokáže pacientovi poskytovat psychoterapeutickou podporu.

**Ošetrovatelská péče o pacienta v omezení.** Sestra je koordinátorem a supervizorem ošetrovatelského týmu v péči o pacienta, jehož stav vyžaduje použití omezovacího prostředku. Je schopna rozpoznat situace, kdy je použití omezovacího prostředku nezbytné, řídí postup personálu během omezení pacienta a následnou ošetrovatelskou péči.

**Začleňování do vlastního sociálního prostředí.** Již během hospitalizace se sestra podílí na vytváření podmínek pro návrat pacienta do jeho vlastního sociálního prostředí. Koordinuje spolupráci mezi nemocničními a komunitními službami, aktivně spolupracuje s osobami určenými pacientem. Sestra v ambulantních nebo v komunitních službách navštěvuje pacienta, poskytuje ošetrovatelskou péči v jeho vlastním sociálním prostředí, provádí psychiatrickou rehabilitaci.

**Poradenská činnost.** Sestra provádí poradenskou činnost v oblasti prevence poruch duševního zdraví a v oblasti resocializace.

**Krizová intervence a psychoterapie.** pod odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie nebo klinického psychologa může sestra vykonávat činnosti při krizové intervenci a při zajišťování psychologické pomoci rodině pacienta. Zná a používá pomocné psychoterapeutické techniky, včetně individuálních psychoterapeutických rozhovorů. (Novotná in Petr, 2014, str. 38)

Vykonávání výše popsaných činností však předpokládá další kompetence v podobě schopností a dovedností.

## 7.5 SESTRA TERAPEUTEM

Být terapeutem má svoje důsledky. Na jedné straně stojí výhody jimž se sestra jakožto profesionál těší, profesionál, který ve svém životě věnoval mnoho času a energie k tomu, aby dosáhl určitých dovedností a jisté zralosti v oblasti mezilidských vztahů. V tomto povolání není kam se schovat. Při terapeutických sezeních se každý den zpřítomňují její nejhorší obavy. Psychiatrická sestra je vystavena stresu a zátěžovým situacím, když nahlíží až k samému jádru toho, co znamená být člověkem - včetně všech problémů, trápení a hrůz, jež lidé většinou raději ukrývají i sami před sebou. Sestra se velmi často setkává s lidmi, kteří prožívají to, co je pro ní noční můrou

- s lidmi závislími na drogách, s těmi, jimž se život vymkl z rukou, jsou navždy poznamenáni násilím nebo zneužíváním na nich spáchaným, s lidmi v depresi, se sklony k sebevraždě nebo děsivými sebedestruktivními sklony, s lidmi bez naděje, s lidmi s poruchami chování, myšlení a vnímání. Lidé terapeutovi svěřují důvěrné informace o svém povolání, sexuálním životě a vztazích, jež jsou často neuvěřitelné. (Kottler, 2013)

Terapeutická práce není definována pouze terapeutickým výkonem, ale také tím jak jí vnitřně prožívá terapeut, v tomto případě sestra. Terapeut, psychiatrická sestra má tu čest a privilegium fungovat v této kultuře jakožto léčitel psychické bolesti, musí být vyladěna na to poskytovat soucit a péči. Tato profese sebou nepřináší jen emocionální aktivaci, ale i intelektuální výzvy. Sestra - terapeut je praktický filozof, jejímž úkolem je chápat a vysvětlovat záhady života a řešit skládky, ve kterých zdánlivě chybějí některé důležité dílky. Různými způsoby pomáhá lidem daleko lépe chápat, co se děje v jejich životě, a to nikoliv proto, že to samo o sobě často přináší uspokojení. Pro pacienta je neustále v roli jakéhosi "tvůrce smyslu". (Kottler, 2013)

Terapeutická práce patří mezi profese nejnáročnější, nejvíce stresující a emočně nabitá zejména proto, že terapeut tráví čas s lidmi, kteří jsou zoufalí a nejdnou se projeví tím nejhroším způsobem jakého jsou schopni.

Když terapeut zanedbává sám sebe do té míry, že nejen ztratí radost z práce, ale také v terapeutickém procesu ztrácí sám sebe, může u něho dojít k syndromu vyhoření, což je zákeřný stav, s tendencí progresivně se zhoršovat. Daný profesionál nevyhasne v okamžiku, ale spíš pomalu ztrácí zájem o práci a začne vykazovat stejné nebo podobné příznaky, s jakým přichází jeho pacienti. (Kottler, 2013)

## 8 SYNDROM VYHOŘENÍ

Termínem syndromu vyhoření nebo také burnout syndrom označujeme stav, kdy je pomáhající psychicky, emocionálně a fyzicky zcela vyčerpán. Syndrom se může rozvinout u pomáhajících pracovníků v důsledku dlouhodobé angažovanosti, zatížení při práci s klienty a stresu. Dle Jankovského (2003) se nejčastěji objevuje právě u tzv. „angažovaných pomahačů“. Mezi nejsnazší cesty vedoucí k vyhoření v pomáhající profesi patří ztráta ideálů, workoholismus a takzvaný teror příležitostí (Kopřiva, 2006). Pomáhající pak může nejčastěji pociťovat naprosté vyčerpání, emoční únavu, trpí pocity beznaděje, podrážděností a ztrátou energie pro další práci. Tento stav může vyústit až v nutnost úplného odchodu z profese. Tošnerovi (2002) hovoří o celé řadě příznaků, které syndrom vyhoření doprovázejí. Patří sem emocionální, duševní i tělesná únava, člověk se prostě celkově necítí dobře, objevují se pocity beznaděje a bezmoci, ztrácí chuť do práce a nemá ani radost ze života a co je důležité, vše souvisí s výkonem jeho povolání.

Ovšem na začátku své pomáhající práce je zřejmě každý, jako někdo, kdo začíná s něčím novým, nadšený, ochotný učit se, seznamovat s problematikou, věnovat novým aktivitám maximum svého času. Řada autorů zabývajících se touto problematikou v souvislosti s ní hovoří o doslovném hoření, zapálení pro určitou aktivitu. Pracovník se do všeho vrhá „po hlavě“, chce získat co nejvíce informací, dovedností.

V odborné literatuře se toto téma objevuje už od 70. Let, kdy jej v odborné stati prezentoval Herbert Freudenberger v časopise „Journal of Socials Issues“, jehož pojetí se víceméně zachovalo dodnes: vyčerpání v důsledku chronického pracovního stresu (Kebza, Šolcová, 2003). Freudenberger, co by psychoanalytik, vlastně popsal při zpracování tématu burnout syndromu vlastní zkušenosti a zážitky, které následovaly po angažované práci s mladými narkomany (Křivohlavý, 1998).

Většina pojetí o syndromu vyhoření se shoduje v následujících bodech:

1. Jde tu především o psychický stav, prožitek vyčerpání

2. Vyskytuje se zvláště u profesí, obsahující jako podstatnou složku pracovní náplně „práci s lidmi“
3. Tvoří jej řada symptomů především v oblasti psychické, částečně však též v oblasti fyzické a sociální
4. Klíčovou složkou syndromu je zřejmě emoční exhausce, kognitivní vyčerpání a „opotřebením“ a často i celková únava.
5. Všechny hlavní složky tohoto syndromu rezultují z chronického stresu (Kebza, Šolcová, 2003)

## **8.1 PROFESE S RIZIKEM VZNIKU SYNDROMU VYHOŘENÍ**

Syndrom vyhoření se dá popsat jako duševní stav, který se objevuje u lidí pracujících s jinými lidmi a jejichž profese je závislá na mezilidské komunikaci. Tyto profese jsou orientované na pomoc druhým lidem.

Mezi tyto profese patří:

- Lékaři – hlavně obory onkologické, ARO, JIP, psychiatrie, rizikové obory pediatrie
- Zdravotní sestry
- Psychoterapeuti a psychologové
- Další zdravotničtí pracovníci
- Učitelé na všech stupních škol
- Sociální pracovnice
- Pracovníci pošt
- Policisté, pracovníci věznic
- Právníci, poradci, úředníci
- Duchovní a řádové sestry
- Politici, profesionální funkcionáři

Ve společnosti výskyt syndromu vyhoření postupně roste vlivem zvýšeného životního tempa a rostoucích nároků na ekonomické, sociální a emoční zdroje člověka. Prodloužila se také etapa života, po kterou je potřeba těmto nárokům čelit. Jednou z hlavních příčin tohoto syndromu je i chronický stres, akutní stres k vyhoření nevede.

Jedním ze základních pocitů, typických pro vyhoření, je pocit profesního neúspěchu, přesvědčení, že jedinec ztratil svůj potenciál fungovat a vyvíjet se ve své profesi. Výrazné je také utlumení empatie a ztráta či výrazná redukce pozitivních vztahů k osobám, jimž má být poskytována určitá služba (např. pacientům, klientům), nebo s nimiž je jedinec v kontaktu a na hodnocení záleží efektivita jeho činnosti (Kebza, Šolcová, 2003)

### 8.1.1 PŘÍZNAKY SYNDROMU VYHOŘENÍ

**Psychické vyčerpání** – se projevuje negativním postojem k sobě samému, k jiným lidem, změnou životních postojů. Výrazný je pocit emocionálního vyčerpání, kdy postižený už nemá chuť se vžívat do pocitů jiných lidí, začíná se emočně distancovat, ztrácí citlivost vůči ostatním. Převažuje depresivní ladění, pocity smutku, frustrace, přesvědčení o vlastní postradatelnosti. Objevují se poruchy soustředění, zapomnětlivost. Dochází k utlumení celkové aktivity, činnost se redukuje na rutinní postupy. Vytrácí se radost z kontaktu s lidmi, nejdříve v práci, ale pozvolna se to projevuje i v osobním životě. Rodinu a přátele už neumí vnímat jako zdroj radosti a uvolnění.

**Tělesné vyčerpání** – se projevuje celkovou únavou organismu, apatií, nedostatkem energie. Dostavuje se rychlá unavitelnost po krátkých etapách relativního zotavení. Mohou se objevit bolesti u srdce, zažívací potíže, bolesti hlavy, poruchy spánku, bolesti ve svalech. Objevuje se častější nemocnost, drobné úrazy, změny stravovacích návyků. Zvyšuje se riziko vzniku závislostí všeho druhu.

**Změny v sociálních vztazích** – se projevují tendencí redukovat sociální kontakty, nejdříve vyhýbání se pacientům, postupně i izolování se od kolegů. V důsledku psychické zátěže se zvyšuje i podrážděnost, postupně narůstají konflikty zapříčiněné nezájmem a lhostejností. Objevuje se nízká empatie, často u osob s původně vysokou empatií.

### 8.1.2 ODLIŠENÍ VYHOŘENÍ OD JINÝCH CHOROB

Některými symptomy se syndrom vyhoření podobá některým poruchám či chorobám.

**Stres** patří k běžnému životu, pokud nepůsobí dlouhodobě a je přiměřený. Vyhoření je klasifikováno jako poslední fáze stresové odpovědi organismu.

**Deprese.** Vyhoření se podobá depresivní epizodě (smutná nálada, pocit marnosti, ztráta energie), hlavní rozdíl spočívá v tom, že je dlouho výhradně vázáno na pocity z práce a v práci. U pracovníka s příznaky vyhoření depresivní prožitky mizí, pokud nemusí myslet na práci (dovolená, oblíbená činnost). U nemocného depresí se její příznaky projevují ve všech situacích jeho života.

**Únava.** Pokud se jedná o „prostou“ únavu, stačí si odpočinout, nebo pracovní vyčerpání kompenzovat sportem. Při syndromu vyhoření bývá únava vnímána jako kontinuální a spojována s pocity viny a selhávání.

**Depersonalisace.** U symptomu depersonalisace si jedinci stěžují na změněnou nebo chybějící představitivost, pociťují změnu své osobnosti, jakoby se sami sobě stali cizinci. (Kebza, Šolcová, 2003)

## 8.2 PŘÍČINY VZNIKU SYNDROMU VYHOŘENÍ

Příčiny vzniku syndromu závisí na osobnostní charakteristice jedince a na konkrétních pracovních podmínkách.

**Osobnostní charakteristika jedince.** Syndrom vyhoření postihuje motivované lidi, kteří se do práce pouštějí s nadšením, s nadměrným očekáváním. Dále jsou to lidé, kteří mají na sebe vysoké nároky, jsou nadměrně zodpovědní, úzkostliví, perfekcionisté, lidé, kteří nejsou schopni požádat druhého o pomoc pro sebe, upřednostňují potřeby jiných lidí před vlastními. Riziková je i nízká frustrační tolerance. Záleží i na odolnosti jedince vůči zátěži, jakým způsobem zvládá stres.

**Pracovní podmínky.** Nejvíce riziková jsou ta pracoviště, kde zaměstnanci pracují s vysokým emočním a osobním nasazením a práce není oceněna, je málo uznání, pochvaly, vděku. Syndromu vyhoření dále napomáhá také dlouhodobý nedostatek personálu, nedostatek radosti, chybí prožitek úspěchu (péče o umírající, staré lidi).

## 8.2.1 DOPADY VYHOŘENÍ NA PRÁCI S LIDMI

Vyhoření vede k dehumanizaci postojů k pacientům, zdravotník už není schopen ani ochoten spoluprožívat s pacienty, citlivě vnímat rozdílnosti mezi nimi, vidí je jako zatěžující. Hovoří o pacientech s despektem, ironicky, častěji je kritizuje. Pacienti se stávají „jen“ diagnózou, jsou pouze předmětem péče. Chování k pacientům se mění na chladné, odtažitě, reakce jsou odmítavé, dokonce i agresivní. Negativní postoje k pacientům se pak postupně promítají i do vztahů ke spolupracovníkům a poté i do jeho soukromého života. Omezuje sociální kontakty, ztrácí zdroje prožitků radosti. Takto postižený člověk se snaží najít východisko, může začít brát léky na uklidnění, na povzbuzení, utišit se alkoholem, jídlem. Tyto způsoby „samoléčby“ jsou jen dočasným řešením a v důsledku přinášejí ještě další komplikace. (Bartošíková, 2006)

## 8.2.2 DIAGNOSTIKA A PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ

Diagnostika syndromu vyhoření vychází z porovnání jednotlivých symptomů, z prožitku těchto příznaků u postižených osob a ze speciálních psychologických metod. Nejužívanějšími metodami jsou dotazníky, které jsou založené na posuzovacích škálách.

Burnout je důsledkem nerovnováhy mezi profesním očekáváním a profesní realitou, tuto nerovnováhu lze ovlivnit jednak na straně jedince osvojením si základních postupů hodnocení stresogenních situací a strategie zvládání stresu, jednak na straně zaměstnavatele změnou organizace.

### *Prevence na úrovni jednotlivce:*

- pečovat o sebe, odpočívat, myslet na své potřeby – rozumná výživa, dostatek spánku, udělat si radost
- Požádat o pomoc
- Udělat si čas na svůj život
- Udržovat se v dobré tělesné kondici
- Nenosit si práci domů
- Celoživotně se vzdělávat



### ***Prevence na úrovni zaměstnavatele:***

- Poskytovat ocenění
- Rozvíjet týmovou práci
- Zabezpečit možnost regenerace
- Péče o bezpečnost
- Péče o psychické zdraví, o vzdělání
- Mapovat zátěž – rozpoznat zdroje stresu (Bartošíková, 2006)

### **Pocit strachu u vyhoření**

Burnout je často spojený se strachem a panikou. Mnoho lidí, kteří onemocněli syndromem vyhoření nebo je to brzy čeká, trpí panickými atakami, které ovšem nejsou identifikovány jako ataky, ale jsou mylně považovány za organické onemocnění.

Je nutné připomenout, že cesta k syndromu vyhoření se vyznačuje tím, že dotyční neustále překračují vlastní hranice a popírají svou vlastní identitu. Jen málo z nich si uvědomuje, že si neautentickým jednáním, každým vyslovením "ano", za nímž se vlastně skrývá "ne", oslabují svoji sebehodnotu, atakují svou podstatu a kousek po kousku se zbavují půdy pod nohama, nebo také, že čím více se člověk vyhýbá vnitřnímu dialogu a popírá svou vlastní identitu, tím méně zvládne pomoci sám sobě, a tím méně jistoty a bezpečí dokáže sám u sebe najít.

Každým symptomem vždy odráží svou příčinu. Lidé bohužel málokdy hledají, co za symptomem je, místo toho se za něj odsuzují. Strach a panika je chápána většinou jako další nemoc, místo aby se identifikoval jejich původ. Symptomy nejsou jen odrazem svých příčin, ale ve formě důsledků, které vyvolávají, obsahují vždy i cestu k řešení, ale jen v případě, že se správně poznají. V případě paniky to znamená, že se jedinci důrazným způsobem připomínají jeho hranice. Přítomnost strachu ho nutí k tomu, čemu se dosud vyhýbal - zpomalit a uklidnit se. (Prieß, 2015)

## **8.2.3 SYNDROM VYHOŘENÍ A FUNGOVÁNÍ FIRMY**

Podle Prieß (2015) strach je vždy špatný rádce, pokud se pozná proč vznikl. Je jasné, že pracovníci, kteří trpí strachem, snesou stále menší zátěž, ztrácejí schopnost rozhodnout se, jsou méně samostatní a kreativní. Také to s sebou nese vysoké náklady

kvůli vysokému počtu absencí. Strach a s ním spojená bezmoc je pocitem, který jedince ohrožuje nejvíce. Strach je vnímán jako tím větší ohrožení, čím slabší je sebeurčení a sebehodnota jedince, a rovněž platí, že strach se nachází tam, kde, kde identita chybí. Pokud je něčí identita nulová, nebo jen slabá, ovládá ho strach. Mít strach nepatří do sebeobrazu většiny lidí, a do obrazu úspěšných manažerů už vůbec ne. Potlačení strachu může mít různý průběh a různé důsledky. bezděčné obavy manažerů ze selhání často vedou k vyhoření podřízených, protože ti se s nimi nevědomě identifikují. Kvůli chybějící vlastní identitě a strachu ze selhání mnoho manažerů neúmyslně znemožňuje inovace a trvalý růst.

*"Existuje mnoho vnějších kritérií, která pro nás představují nevědomý podnět, jenž nás nutí, abychom se podřizovali: pozice, titul, prominentnost nebo postavení. Vidíme to nejen na společenském a politickém fenoménu (samozvaných) idolů, ale i na tom, že se lidé automaticky identifikují s vedoucími pracovníky svých firem. Základním předpokladem zdravé firmy jsou manažeři, kteří znají svou identitu a umějí vést dialog sami se sebou. Jen pak mohou firmu optimálně vést. Základem zdravé a úspěšné firmy je však nejen psychicky vyzrálý manažer, ale i vyspělý pracovníci. Je nutné rozvíjet vyzrálost, identitu a odpovědnost na všech frontách."* (Prieß, 2015, str. 115)

#### **8.2.4 LÉČBA SYNDROMU VYHOŘENÍ**

Pracovník, který zažívá vyhoření, potřebuje pomoc, protože sám sobě většinou už není schopen pomoci. Vhodná je výměna zkušeností se spolupracovníky, kteří právě netrpí syndromem vyhoření. Sdílená situace někým, kdo jí rozumí, přijetí skutečnosti, že člověk může selhat a přesto neztrácí na své ostatní přednosti, to vše pomáhá posílit sebevědomí. Dobré je více odpočívat, stresující úkoly dostatečně odložit. Pokud už nestačí řešit problémy svými silami, je žádoucí vyhledat psychologickou pomoc. Psycholog může pomoci porozumět pocitům, najít příčiny a řešení. V případě vážné deprese (mohou se objevit i myšlenky na sebevraždu) je nutné vyhledat pomoc psychiatra (Jobánková, 2004)

Podle Prieß (2015) uzdravení vždy znamená převzetí odpovědnosti, jak v rámci léčení, tak v pracovním procesu i v soukromí. Člověk se může vymanit z pocitu

bezmoci, udělat ve svém životě potřebné změny a uzdravit se, jen pokud zná svůj podíl na tom, proč onemocněl, a je ochotný převzít za to odpovědnost. Mnozí lidé se léčí neúspěšně proto, že u nich převládá moc bezmoci. Dlouhodobé pracovní neschopnosti mluví sami za sebe. Léčba je nákladná, avšak bezvýsledná a je jedno, jestli člověk platí sám, nebo ho hradí zdravotní pojišťovna.

*"Nezřídka léčbu provází vyprávění pacienta o tom, co zlého se mu stalo, aniž by dospěl k tomu, že za svou situaci nese odpovědnost, což následně umožnilo najít řešení. V nejlepším případě si pacient nakonec racionálně uvědomí svou situaci." (Prieß, 2015, str.150)*

Podle Prieß (2015) je úspěšná léčba syndromu vyhoření něco jiného než jen zlepšování time managementu nebo přijímání předsevzetí, že si člověk bude více stanovovat vlastní hranice. Součástí úspěšné léčby je víc než jen racionální vyhodnocení situace a hledání postupů, kterými se bude dotyčný řídit. Důležité je pochopit, kvůli čemu člověk vyhořel, zda za to mohla vnitřní, nebo vnější realita.

## 9 SUPERVIZE

O supervizi se v posledních letech velmi diskutuje právě v souvislosti s pomáhajícími profesemi. Díky zvýšení zájmu o toto téma se objevuje více proškolených odborníků, kteří absolvovali supervizní výcvik, byla zařazena do vzdělávacích osnov pro přípravu odborníků v pomáhajících profesích a stala se běžnou součástí v řadě organizací, řada pomáhajících si mnohdy neumí představit, že by měla „pomáhat“ bez její podpory.

### 9.1 DEFINICE A VÝZNAM SUPERVIZE

Šíři tohoto procesu dobře vystihuje definice supervize převzaté z literatury různých oblastí:

Supervize je proces sloužící k pravidelné korekci profesionálního chování, také je posilou, osvěžením a prevencí proti syndromu vyhoření.

(Gabura, J., Pružinská, J., 1995, s. 96) „*Supervize je metoda kontinuálního zvyšování profesionální kompetence poradce, vede pracovníka k samostatnému vykonávání profese, chrání klienta a současně chrání status profese nebo profesní skupiny.*“

„*Supervize pomáhá řešit konkrétní problémové situace, vznikající v silovém poli pracovník – klient – profesionální role – instituce*“.(Kopřiva, 1999, s. 120). Podle Tošnerové a Tošnera (1999, s. 113) je to "*systematická pomoc, která pomáhá při řešení profesionálních problémů v neohrožující atmosféře, která dovolí pochopit osobní, zejména emoční podíl člověka na jeho profesním problému.*"

„*K jádru směřující meziosobní interakce s obecným cílem setkání mezi supervizantem a supervizorem, ve snaze zlepšit schopnost prvního pomáhat lidem*“ (Havrdová, Z., 1999, s. 29).

Mnoho autorů uvádí, že supervize je metodou řízení, vzdělávání a podpory, slouží k dalšímu osobnímu a profesionálnímu rozvoji pracovníků.

Některé příručky pro manažery se snaží vyčlenit proces supervize (související s prací) od procesu podpory (souvisí s pracovníky) a vidět je jako dvě oddělené

manažerské funkce, ale v praxi se ukazuje, že se tyto procesy vzájemně doplňují a není snadné je takto striktně oddělit.

K supervizi má blízko i mentoring či proces koučování, používané ve firmách a podnicích. Koučování obecně znamená poskytování rady při procesu se zaměřením na určitý cíl.

Jedná se formu pomoci a spolupráce pro ty, kteří v rámci náplně své profese pracují s lidmi a uplatňují nejen tak svoji odbornost, ale také lidský a vnímavý přístup. Supervize se zaměřuje spíše na kontinuální rozvoj profesních dovedností supervidovaných a jejich profesionality. Supervize neznamená pouhé využití moci, ale spíše staví na vlivu, který plyne z neformální autority zkušenějšího pomáhajícího a jeho schopnosti předávat své zkušenosti méně zběhlému kolegovi (Rollová, 2002). Havrdová (2000) hovoří o supervizi jako o nadhledu nad zašmodrchaným problémem, který nás tiskne a nevíme co s ním, měla by nám pomoci nové cesty, způsoby řešení a to spíše formou laskavou, provázející než direktivní.

Shrne – li se výše uvedené, tak úkol supervize je nejen rozvíjet dovednosti, porozumění a schopnosti supervidovaného, ale může mít další funkce:

- Funkce řídicí, kontrolní – supervizor kontroluje kvalitu práce supervidovaných, dodržování etických aspektů, standardů dané profese
- Funkce vzdělávací – smyslem je především zvyšování odbornosti supervidovaných prostřednictvím předávání osvědčených rad z praxe.
- Funkce podpůrná – supervize slouží k podpoře zvládnání nároků pomáhajícího povolání, má pracovníkům dodat energii, pomoci zvládat zátěž, působit jako prevence syndromu vyhoření.

## **9.2 PŘEDMĚT SUPERVIZE**

Předmětem supervize může být vlastně cokoli, co souvisí s pomáhajícím procesem, ale vždy je třeba brát na zřetel konkrétní kontext, ekosystém, do kterého je supervize zařazena. Předmětem reflexe se může postupně, dle aktuální potřeby, stát každá komponenta tohoto systému, protože působí a ovlivňuje jak pomáhající proces samotný, tak i supervizi. (Kalina a kol., 2003).

Dle autorů lze do tohoto kontextu zařadit:

- sociokulturní kontext (legislativa, společenské vědomí, kultura, hospodářství),
- sociálně – zdravotní systém (související legislativa, finance, instituce a kompetence),
- kontext oboru (poznatky, normy, metody, etika)
- kontext samotné pomáhající organizace, zejména její poslání, cíle, kultura, atd.,
- pracovní tým a to, jaké je jeho složení, vztahy, zřejmost kompetencí,
- profesionální výbava pracovníka, jeho odborné a pracovní kompetence, zkušenosti a dovednosti,
- osobní rovina pracovníka – názory, postoje, hodnoty, jeho chování a prožívání
- klient a jeho životní situace, včetně jeho očekávání a objednávky,
- kontext procesu pomoci – interakce mezi pracovníkem a klientem,
- životní styl, časový rámeček.

Mezi těmito komponenty existují vztahy, které jednoznačně ovlivňují samotný pomáhající proces i jeho výsledek. Supervize nemůže řešit vše dohromady, spíše je záležitostí aktuální zakázky, vyjednávání, co bude předmětem supervize.

### **9.3 CÍLE SUPERVIZE**

Cílem supervize může být vyšší uspokojení z práce, zvyšování její kvality, prevence profesního vyhoření. Prostřednictvím „dominového efektu“ může být dobrá supervize prospěšná nejen supervidovanému, ale především jeho klientům, žákům a zaměstnancům.

Samotná rozmanitost definic supervize předesílá, že ani cíl nebude jednoznačně možno stanovit. Koláčková (in Matoušek, 2004) uvádí, že při pokusech o typologii supervize panuje mezi autory shoda v tom, že cílem supervize je profesionální rozvoj pracovníka, rozšiřování jeho dovedností, pomoc při řešení obtížných a náročných případů a poskytování dostatečné podpory k zvládnutí pracovního vypětí. Cíle supervize dělí na krátkodobé (osvojení profesních dovedností, vytvoření podmínek pro úspěšnou práci a spolupráci týmu – jsou tedy zaměřeny spíše na supervidovaného) a dlouhodobé cíle, které směřují spíše k organizaci, kde supervize probíhá, autorka uvádí např. formulaci a monitoring plánů osobního a profesního rozvoje pracovníků, harmonizaci

fungování celé organizace nebo zvyšování vnímavosti organizace vůči potřebám klientů).

Libra (2008) na cíle supervize v organizaci pohlíží optikou potřeb, resp. co od ní pracovníci čekají a uvádí, že nejčastěji se objevuje potřeba pomoci s rozvojem pracovní strategie, potřeba doporučit a naučit pracovat s vhodnými teoretickými koncepty, zmírnění problémů v komunikaci s klienty nebo mezi pracovníky navzájem, potřeba podpory při pochybnostech o svých kompetencích, potřeba hodnocení jejich práce, pokrytí potřeby uznání a respektu.

Pravidelná supervize v organizaci (ať v interní nebo externí podobě) vede k celkovému rozvoji organizace, zlepšení komunikačních procesů na jednotlivých úrovních a v konečném důsledku zvyšuje profesionalitu a kvalitu poskytovaných služeb. Při zavádění supervize v organizaci je vhodné zvážit možnost existence určitých překážek, které se v tomto procesu mohou vyskytnout.

MPSV (2008, str. 157) shrnuje smysl zavádění supervize v organizaci takto: *„Umění využívat supervizi pro zlepšení práce je znakem vyspělosti a profesionální vyvrálosti pracovníků i celé organizace. Proto je přítomnost supervize v organizaci považována za jistý znak kvality této organizace, je – li smysluplně využívána pro potřeby zaměstnanců“.*

## 9.4 SUPERVIZOR

Jak vypadá samotný proces supervize a jeho účastníci?

Při supervizi je nejdůležitějším momentem setkání supervizora a supervidovaného, přičemž hodně záleží na osobnosti supervizora a zájmu supervidovaných o dosažení dobré praxe ve svém oboru a ochotě hovořit o své práci.

Proces supervize se často odehrává v kontextu organizace, která je zadavatelem a svou zásadní roli hraje i kontrakt, který upravuje podmínky poskytování supervize.

V souvislosti se supervizním dějem říká Havrdová (2008, str. 40), že *„předmětem (i subjektem) je vždy konkrétní odborník (odborníci) a jeho (jejich) odborná činnost v konkrétním kontextu. Východiskem je sdílená živá zkušenost.“*

*Smyslem a cílem jeho (jejich) supervize je, aby byl schopen (byli schopni) svou činnost dělat co nejlépe.*

*Aby supervize opravdu fungovala, je potřeba, aby ji vedl, mimo jiné zkušený a kompetentní supervizor. Od osobnosti a schopností supervizora se do značné míry odvíjí úspěšnost a efektivnost supervize pro její příjemce."*

K tomu jaký by měl supervizor být, podává ucelený pohled Šimek (2004), kde shrnuje nároky na vlastnosti, schopnosti a dovednosti dobrého supervizora. Zdůrazňuje lidské kvality, supervizora líčí jako celistvého, kongruentního a zralého člověka, s rozvinutou schopností empatie, uměním naslouchat, tolerancí a respektem k odlišnému stylu práce a samozřejmě pod kvality zahrnuje také otevřenost, trpělivost, flexibilitu a nezapomíná ani na smysl pro humor. Dále zdůrazňuje i pedagogické schopnosti.

Havrdová, Hajný (2008) vidí supervizora jako moderátora supervize, který pečuje o naplňování potřeb supervidovaných, ale zohledňuje i blaho klientů, zodpovídá za časový rámec supervize a také dodržování hranic ve vztahu klient – pracovník a supervizor – supervidovaný, poskytuje relevantní zpětnou vazbu.

Supervizor je vždy zodpovědný za podobu a průběh supervize, ale ne tak za výsledek, primárně vytváří vhodné podmínky pro supervizi, vytyčuje a ohraničuje pole, v němž supervize probíhá, nabízí možnosti, facilituje proces a hlídá hranice. Na výsledku se ale podílejí vždy všichni aktéři (Havrdová, Hajný, 2008).

## **9.5 SUPERVIZE VE ZDRAVOTNICTVÍ**

Zdravotnictví a oblast poskytování ošetrovatelské péče jsou specifickým prostředím. Nabízí se tedy otázka, jaké formy a podoby supervize jsou pro tuto oblast vhodné. Podle Evropské asociace pro supervizi supervize významně přispívá k rozvoji kvality organizací a k rozvoji jejich služeb za pomoci individuální supervize, skupinové supervize, týmové supervize a supervize organizace.

Supervize, která se zaměřuje na průběh a způsob práce s klientem, je popisována jako supervize kazuistická, např. Balint. Ve zdravotnictví je tato forma supervize známá a poměrně často využívána především v práci s pacientem s duševní poruchou. Více než



individuální supervize je však využívána supervize skupinová. Vztahy a dění mezi pracovníky v týmu pak reflektuje supervize týmu. Kromě toho, že je ekonomicky výhodnější než individuální supervize, je také preferovaná především z těch důvodů, že předpokladem úspěchu v péči o pacienty ve zdravotnictví je týmový charakter práce. Pokud se hovoří o manažerské supervizi, jedná se vlastně o nástroj řízení a vedení lidí, který využívá některé supervizní postupy, např. reflexi a sebereflexi. Důraz je kladen především na řídicí funkci supervize, hodnocení a posuzování pracovního výkonu. Jako supervizoři bývají v této souvislosti často označováni lidé ze středního článku řízení (např. směnové sestry/vedoucí směny), kteří mají přímou odpovědnost za kvalitu práce a za ty, které řídí. Jedná se pak o interní supervizi. Externí supervizor je odborník, který mimo svou supervizní činnost není v pracovněprávním či obdobném vztahu k organizaci, zdravotnickému zařízení. Je to člověk, který přichází zvenčí a nebývá tudíž zatížen firemními stereotypy.

Zatímco viditelným zaměřením supervize jsou obvykle dva lidé nebo malá skupina lidí (týmová, skupinová supervize), supervize nezbytně zahrnuje velký počet subsystémů, i když jde o neviditelné účastníky procesu, kteří mají velký vliv na supervidované, jejich kolegy, pacienty/klienty. Nebrat je v úvahu a nemít je na mysli a nebýt si vědomi jejich vlivu znamená vytvářet slepotu, kterou Oshry nazývá „systémovou slepotou“. S organizačními a systémovými aspekty v supervizi pracují velmi intenzivně např. systemické a narativní přístupy. (in Sestra, 11/2011, str. 25 ).

### **9.5.1 KLINICKÁ SUPERVIZE**

Klinická supervize může jednotlivci i zdravotnickému pracovišti přinést upevnění profesionálních kompetencí, podporu ve složitých pracovních situacích, reflektování etických otázek, rozbor odborných témat a prozkoumání vlastního stylu práce. Supervize může pomoci předcházet syndromu vyhoření. (Hawkins,Shohet,2004) Klinická supervize může přispět k pocitu větší pohody u sester, pokud jde o jejich praxi, záměrem je vždy pracovní a nikoli osobní kontext. Zakázka se může týkat např. péče o konkrétního pacienta/ klienta, včetně navázání příslušného vztahu, zhodnocení plánu

péče, instrumentálních ošetrovatelských postupů, komunikace s pacientem a jeho rodinou.

Alternativně je také možné se zaměřit na oblast kompetencí a odpovědnosti v roli sestry, týmovou spolupráci, delegování úkolů, organizaci práce, časový management, problematiku řízení služebně mladších kolegů, vzdělávání zaměstnanců a studentů.

Klinická supervize je v zahraničí (např. v Austrálii, Velké Británii) implementována v současnosti nejen v oblasti psychiatrického ošetrovatelství, ale je využívána také sestrami z jiných oblastí klinické ošetrovatelské praxe, neboť léčebná a ošetrovatelská péče je jednou z nejnáročnějších lidských činností z hlediska intenzity citové angažovanosti, stresu a celkové zátěže. V ČR je supervize multidisciplinárních týmů, tedy také sester, oficiálně ukotvena pouze pro pomáhající profesionály poskytující paliativní péči a péči nevléčitelně nemocným v hospici. Pro sestry pracující v jiných kontextech a oborech ošetrovatelství není supervize, jakožto „nástroj péče o pečující“, ze strany zaměstnavatele v rámci personálních standardů požadována a zavedena do běžné praxe. Možnosti využití supervize však osobně spatřuji, ve shodě se zahraničními autory, jak v oblasti psychiatrického ošetrovatelství a paliativní péče, ale také např. v oblastech péče o chronicky nemocné (LDN, agentury domácí péče, dlouhodobá intenzivní péče), tak i v dalších klinických prostředích, včetně oddělení intenzivní péče (JIP, ARO, dialyzační střediska aj.). (in Sestra, 11/2011, str. 25)

## **10 PODNIKOVÁ DIAGNOSTIKA A DIAGNOSTIKA PODNIKU**

Dobrá a včasná diagnóza negativních jevů a tendencí v podniku, latentních i vznikajících krizových situací i nevyužitých příležitostí je důležitým předpokladem účinného rozhodování, které je smyslem předcházení vzniku vážných krizí a v případě vzniku jejich úspěšné řešení. (Strenitzerová, Poniščíková, 2006)

Rozpoznáváním a vyhodnocováním se zabývá diagnostika podniku, která hodnotí:

- úroveň a fungování podniku jako systému
- celkové hodnoty podniku
- silné a slabé stránky podniku
- problémy a krizové situace či jevy v podniku
- nevyužití příležitosti a potenciály podniku
- dále se diagnostika zabývá výzkumem, formulací a ověřováním přístupu, metod a technik k rozpoznávání a vyhodnocování

Autorky uvádějí, že diagnostika podniku také rozvíjí pojmenování a charakteristiku a třídění podnikových "nemocí". Produktem diagnostikování je informační portfolio, které slouží podnikovému managementu, či jiným uživatelům získaných informací získat dovednosti o stavu, v jakém se podnik nachází a co je potřebného udělat k odvrácení nežádoucího stavu. (Strenitzerová, Poniščíková, 2006)

### **10.1 HODNOCENÍ PODMÍNEK V OBLASTI ŘÍZENÍ LIDSKÝCH ZDROJŮ**

Podmínky, které mají pro řízení lidských zdrojů význam se dají rozdělit do tří skupin:

1) vnější podmínky: ekonomické, mezinárodní, vládní úpravy a nařízení, záměry a požadavky odborů atd.

2) vnitřní podmínky: strategie a cíle organizace, finanční situace, technologie a etika

3) charakteristika zaměstnanců: informace o zaměstnancích jsou při stanovování úkolů a při personálním rozhodování určujícím faktorem. Je možno získat informaci o každém zaměstnanci nebo o pracovní síle jako celku, informace o zkušenostech, postojích, mzdách, o úrovni pracovních výkonů apod.

Manažeři by pak měli analyzovat tyto tři kategorie informací, odhalit disproporce a rezervy a na jejich základě stanovit cíle řízení lidských zdrojů, kterých chce organizace dosáhnout.(Strenitzerová, Poniščeková, 2006)

## 10.2 MANAGEMENT PROCESU

Procesy zahrnují všechny činnosti, které se v podniku vykonávají, zahrnují vytvořené směrnice - standardy existujících procesů - činností. PNB si pro tvorbu dokumentace existujících procesů vybrala program QPR Process Guide podle požadavků normy ISO 9001, který využívají desítky nemocnic na Slovensku, ale i v jiných zemích Evropské Unie (např. Velká Británie, ve Finsku apod.) jeho výhodou je kromě jiného skutečnost, že standardy a směrnice umožňuje spravovat v elektronické formě, pravidla se lehce upravují, jsou dostupná v přehledné grafické formě a výstup z něho ve formě QPR portálu je dostupný všem.

Cílem modelování procesu:

- dosáhnout dobré komunikace a všeobecnému porozumění
- přesně definovat požadavky
- pomoc v identifikaci procesů, které nesplňují požadavky
- pomoc při zjišťování nákladů na kvalitu
- vytvořit prostředky na nalezení efektivních nápravných a preventivních opatření

Cílem celého systému je pak profesionalizace řízení lidských zdrojů, vedení lidí, vytvoření koncepce a systému řízení lidských zdrojů i organizačních podmínek na jeho úspěšné nastartování a průběžné fungování.

Základním přínosem mohou být organizace se zdravějšími vztahy, kde lidé věří jejich perspektivě a smyslu práce, kde skutečně schopní lidé mají šanci na rozvoj svojí kariéry, na seberealizaci, organizace, kde má řízení vysokou úroveň. Zde by neměla být absolutní výše platu úplně rozhodující. Lidé zde pracují rádi a investují do svojí činnosti i rozvoje všechny schopnosti a nápady.

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 11 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

### 11.1 CÍL PRÁCE A STANOVENÍ HYPOTÉZ

Hlavním cílem výzkumného projektu bylo zhodnotit vliv pracovních činností na psychiku pracovníků ošetrovatelského personálu na uzavřených odděleních Psychiatrické nemocnice Bohnice. Jednotlivá oddělení i pracovní personál jsou podrobněji specifikováni v charakteristice výzkumného vzorku. Pracovní spokojenost a zvládání zátěžových situací, s tímto související, je téma, které stojí v popředí zájmu personálního řízení. Avšak práce ve zdravotnictví sebou přináší nadměrnou psychickou zátěž.

Na základě výše uvedených skutečností byly sestaveny následující výzkumné hypotézy:

**H1 : Předpokládá se, že zaměstnanci psychiatrické nemocnice Bohnice jsou vystaveni nadměrné psychické zátěži.**

**H2: Zaměstnanci psychiatrické nemocnice Bohnice mívají často pocit časového tlaku.**

**H3: Zaměstnanci psychiatrické nemocnice Bohnice považují svou práci za duševně otupující.**

**H4: Práce je psychicky tak náročná, že ji nelze dělat po léta se stejnou výkonností.**

### 11.2 METODOLOGIE

Pro výzkumný projekt byl vybrán a naplánován kvantitativně orientovaný výzkum, který se obecně zaměřuje na zjišťování množství, rozsahu, nebo frekvence výskytu určitých jevů, které je možné číselně vyjádřit a zpracovat. Mezi další znaky

kvantitativního výzkumu patří třídění a zevšeobecňování údajů a nejčastěji výběr výzkumného vzorku reprezentujícího jistou populaci (Gavora, 2010).

Pro účely tohoto výzkumného projektu byla zvolena metoda dotazování, jež byla realizována pomocí techniky dotazníku, který je charakterizován jako „*soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně*“ (Chráška, M., 2007, s.163).

Zvolený typ výzkumu a výzkumná metoda umožňuje svou podstatou získat potřebná data od velkého počtu respondentů, proto byla využita i pro potřeby tohoto výzkumného projektu, který se tak mohl zaměřit na získávání informací o od personálu PNB. Použit byl standardizovaný Misterův dotazník, který slouží k hodnocení vlivů pracovní činnosti na psychiku pracovníků. Jedná se o orientační vyšetření psychické zátěže při práci. Dotazník byl převzat od W. Meistera z Zetralinstitut für Arbeitsmedizin (Berlín), ověřován byl v letech 1976–1984.

## **11.3 PŘEDSTAVENÍ SPOLEČNOSTI, CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU**

### **Historie nemocnice**

Počátek 20. stol. gradoval nové ekonomické a společenské poměry. Byl to především prudký rozvoj industrializace a s ní spojené zvyšování životního tempa i stresové situace jako důsledek zotřování životních a sociálních podmínek. Rostoucí industrializace si vynutila růst počtu psychiatrických lůžek.

Zemský výbor se 12. Listopadu 1903 usnesl postavit na „zelené louce“ ústav pro choromyslné v Bohnicích u Prahy. Již v červenci 1904 přišly z pražského ústavu první transporty nemocných žen a mužů určených pro pomocné práce při stavbě a provozu kolonie.

28. dubna 1909 byl ústav vyhlášen za samostatný s titulem Královský český zemský ústav pro choromyslné v Bohnicích. Jeho prvním ředitelem se stal MUDr. Jan Hraše.

Vzhledem k počtu pavilonů umožňoval rozdělit nemocné na klidné, méně klidné a neklidné, pro nemocné upoutané na lůžko, pro znečišťující se, případně postižené tuberkulózou nebo infekční chorobou. Pavilon zvaný „zločínák“ byl určen ke zkoumání duševního stavu pachatelů nejzávažnějších trestních činů před zahájením trestního řízení. V této době byl ústav projektován na 1774 lůžek.

První léta samostatného ústavu znamenala postupnou konsolidaci poměrů, zklidnění prostředí v důsledku omezení či ukončení stavebního ruchu, ale také školní léta pro ošetrovatelský personál. Nábor nových, nekvalifikovaných pracovníků vyžadoval jejich doškolování.

V roce 1913 činil počet nemocných 1893. Staralo se o ně 14 lékařů a 304 opatrovníků a opatrovnic. Za první světové války sloužily některé pavilony jako vojenský lazaret, mimo jiné jako útočiště pro 182 duševně nemocných, evakuovaných z ústavu v italském Tridentu.

### **Pracovní podmínky zaměstnanců**

Podnikové a naturální byty, služební a ochranné oděvy a další výhody představovaly významnou sociální pomoc zaměstnancům. Jejich sociální postavení v dobách první republiky vyvrcholilo dosažením tzv. definitivy, tj. trvalého pracovního poměru po 3 – 6ti leté smluvní zkušební době a s ní spojenými materiálními výhodami. To vše činilo zaměstnání v ústavu atraktivní zejména v době hospodářské krize a umožňovalo naopak ústavu při doplňování počtu pracovníků, jejichž požadovanou poslušnost a přizpůsobivost v dobách pro ně materiálně nepříznivých.

V některých případech se ústav stal útočištěm pro fiktivní nemocné, které zachránil dočasně, nebo trvale před trestem za protinacistickou činnost nebo jen politické smýšlení. V roce 1942 byla odhalena ilegální skupina zaměstnanců ústavu, zabývající se především shromažďováním prostředků pro pomoc rodinám uvězněných odbojářů a rozšiřováním tiskovin

Rok 1945 přinesl nové naděje národní i politické, jimiž ožila také Bohnická psychiatrie.



## **Zvyšování kvalifikace zaměstnanců**

Příliv nových pracovníků znamenal nejen jejich zapracování a splynutí s kolektivem, ale také potřebu urychleného zvládnutí potřebné kvalifikace u ošetrovatelského personálu, kde řada nových pracovníků přicházela pouze se základním vzděláním nebo řemeslnou odborností. Proto si ústav vychoval v odborných kurzech poválečné ošetrovatele s určitou základní kvalifikací. Celkem 311 ošetrovatelů a ošetrovatelek po doplňovacím výcviku a úspěšném složení mimořádných diplomových zkoušek obdrželo mimořádný ošetrovatelský diplom.

Léčebné metody byly doplněny v červnu 1946 chirurgickou léčbou, tzv. praefrontální lobotomií (přerušení nervových spojů v oblasti čelních laloků). Střídala se léčba elektrickými šoky a inzulínovými komaty, prováděly se subokcipitální punkce, experimentovalo se s transplantacemi placenty do kožní řasy, s léčbou spánkem, vždy podle toho, který druh léčby se zdál progresivní a prognosticky nadějný

V letech 1945 -1952 byla v nemocnici zřízena pobočka vyšší školy sociálně zdravotní, jejichž 100 absolventů vytvořilo progresivní kádr, který spolu se zkušenými pracovníky starší generace byl schopný spolupracovat s lékaři při zavádění nových léčebných metod a novém přístupu k ošetrování nemocných.

Z potřeby koordinovat práci středního a nižšího zdravotnického personálu byla dnem 1. dubna 1950 zřízena funkce hlavní sestry podřízené přímo řediteli nemocnice

V roce 1955 byla v nemocnici zřízena psychiatrická katedra jako klinická základna Ústavu pro doškolení lékařů, která prováděla odbornou výchovu lékařů prohlubováním jejich znalostí a na závěr kvalifikačního kurzu je dovedla ke kvalifikační atestaci. Prvním vedoucím katedry byl primář, později docent MUDr. Josef Prokůpek.

K 1. lednu 1961 zřídilo ministerstvo zdravotnictví Výzkumný ústav psychiatrický.

## Nemocnice od roku 1990 do dnešní doby

Areál nemocnice se otvírá veřejnosti, což napomohlo celkové změně pohledu na ni a zbavilo ji nádechu tabuizovaného prostředí. K resocializaci nemocných přispívali nové podpůrné formy léčby, ale i spolupráce při následné péči o propuštěné pacienty. Psychiatrické centrum Praha je od r. 1991 nový název Výzkumného ústavu psychiatrického. V tomto roce také zahájilo v nemocnici činnost ve své době první a dodnes funkční Centrum krizové intervence – nízkoprahové zařízení, které poskytuje klientům a pacientům akutní psychiatrickou a psychologickou pomoc. Postupně jsou pavilony rekonstruovány. Zavádí se nové terapeutické postupy – ergoterapie v socioterapeutické farmě, hiporehabilitace skupinová pastorační terapie, terapeutické dílny jsou strukturou provozu přizpůsobeny všem typům pacientů, jsou to provozy volně řízené, vzniká denní stacionář jako spojovací článek mezi lůžkovou a ambulantní částí, centrum psychosociálních služeb nabízí specifický druh terapie a poraden, které mají společný cíl, tj. usnadnit pacientům život po propuštění.

Komunitní péče je takový systém péče, který umožňuje pacientům s vážným psychiatrickým onemocněním žít co možná nejvíce v podmínkách běžného života, tedy mimo psychiatrickou nemocnici.

Dnes má Psychiatrická nemocnice Bohnice zhruba 1000 pracovníků v ošetrovatelských pozicích. Nemocnice poskytuje následnou lůžkovou psychiatrickou péči, ale i péči pro lidi v akutním psychickém stavu. V nemocnici je umístěno 31 lůžkových léčebných oddělení, diferencovaných do 3 primariátů pro léčbu akutních stavů, 2 primariátů pro léčbu závislostí, primariátu pro ochranné léčby, 3 primariátů pro následnou péči, primariát gerontopsychiatrický, dětské oddělení, oddělení interní, centrum krizové intervence, dále jsou poskytovány programy socioterapeutické a aktivizační. V PNB se konají výstavy výtvarných prací pacientů v galerii u lékárníka, konají se literární soutěže Kouzelný klíč. (Josef Tichý, <http://www.bohnice.cz/zakladni-informace/historie-nemocnice/> )

## 11.4 PRŮBĚH VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

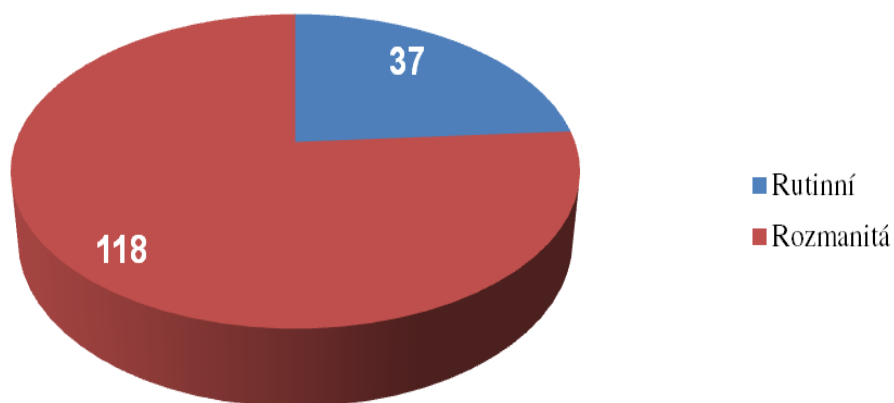
### První část dotazníkového šetření

Bylo rozdáno celkem 282ks dotazníků na 12 uzavřených odděleních PNB. Jeden pavilon nespolupracoval vůbec. Vráceno 202 ks dotazníků, z toho vyplněných 155ks, nevyplněné 42ks, vyřazených 5 ks (vyplněné pouze částečně). Dotazník byl určen pro ošetrovatelský personál. Výzkum probíhal v období duben/květen 2013.

### Začátek dotazníku – 4 doplňující otázky:

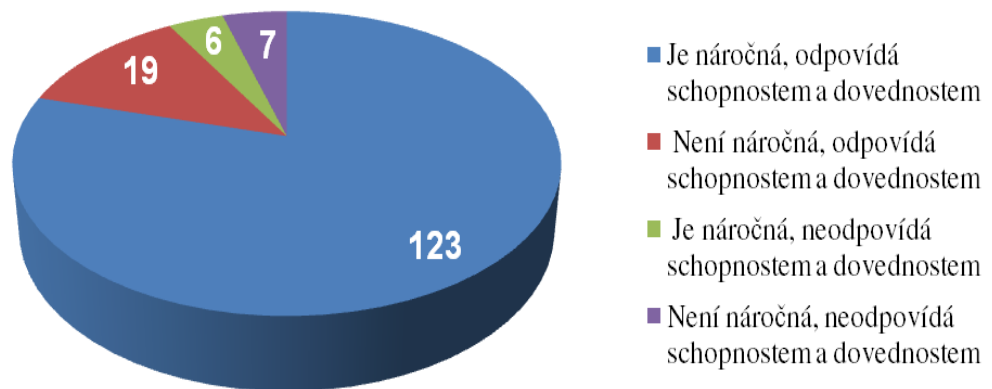
**1. Považujete svoji práci za rutinní nebo spíše za rozmanitou (vyžadující rozmanité činnosti)?**

- a) Rutinní z toho odpovědělo 37 rutinní
- b) Rozmanitá 118 rozmanitá



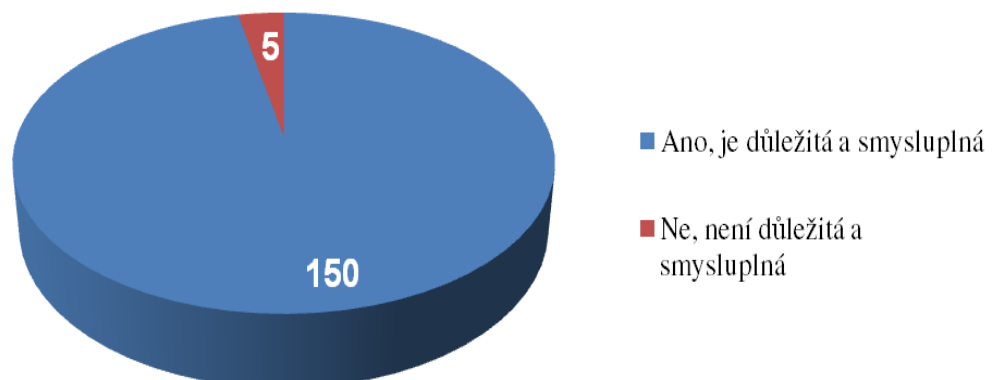
**2. Máte pocit, že je Vaše práce náročná a odpovídá Vaším schopnostem, dovednostem, vzdělání?**

- a) je náročná, odpovídá schopnostem a dovednostem 123
- b) Není náročná, odpovídá schopnostem a dovednostem 19
- c) Je náročná, neodpovídá schopnostem a dovednostem 6
- d) Není náročná, neodpovídá schopnostem a dovednostem.7



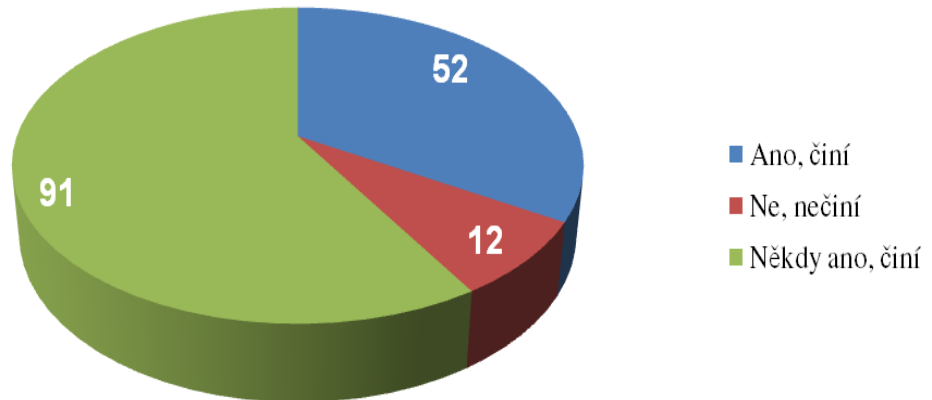
**3. Považujete práci, kterou vykonáváte za důležitou, smyslupnou? (Má tato práce pro Vás osobně svůj vlastní význam/smysl?)**

- a) Ano, je důležitá a smysluplná 150
- b) Ne, není důležitá a smysluplná 5



4. Činí Vás samotný obsah práce/výkon pracovních úkolů spokojeným/spokojenou?

- a) Ano, činí 52
- b) Ne, nečiní 12
- c) Někdy ano, činí. 91



**Meisterův dotazník**

Vaším úkolem je u každé otázky zakroužkovat odpověď, která nejvíce vystihuje Vaše pocity při práci.

- 5 - ano, plně souhlasím
- 4 - spíše ano
- 3 - nevím, někdy ano, někdy ne
- 2 - spíše nesouhlasím
- 1 - ne, vůbec nesouhlasím

1. Při práci mívám často pocit časového tlaku	5	4	3	2	1
2. Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad/a	5	4	3	2	1
3. Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou					

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

**Dle možných metod vyhodnocování otazníku jsem zvolila metodu vyhodnocení podle jednotlivých položek.** To znamená, že nejprve bylo třeba u jednotlivých položek (které korespondují s otázkami) určit medián. Ten jsem určila tak, že se u každé položky vedle sebe napíší hodnoty odpovědí (ze stupnice 5-1), poté se vezme celkový počet hodnot ( $n=155$  dotazníků, já jsem pro výpočet použila číslo 154, protože jeden dotazník jsem ještě musela vyřadit pro neúplné vyplnění; tedy  $n=154$ ) a podle vzorce standardizovaného pro medián vypočítala. Tedy vydělila jsem 154 dvěma, tak jsem dostala první číslici z řady, pak jsem vydělila 154 dvěma a přičetla 1, tím jsem dostala druhou číslici. Tedy 77 a 78 číslici z řady. Řadu nejprve srovnáme podle velikosti od nejmenší číslice po největší. Tedy kupříkladu dostaneme vedle sebe 2 a 3; sečteme vydělíme dvěma a dostaneme medián = v tomto případě je jeho hodnota 2,5.

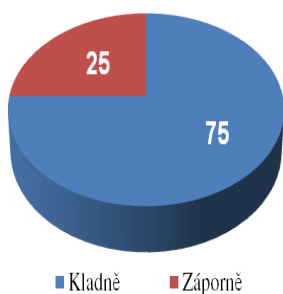
Mediány v mnou vyhodnocovaných dotaznících jsou následující:

Tab.č.2. **Kritické hodnoty mediánů**

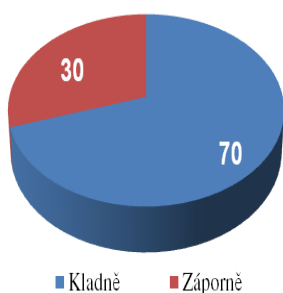
Číslo položky	Otázka (zkráceně)	Kritická hodnota mediánu	Začlenění do faktoru
1.	Časová tíseň	3,5	I.
2.	Malé uspokojení	2,5	II.
3.	Vysoká odpovědnost	3,5	I.
4.	Otupující práce	2,5	II.
5.	Problémy a konflikty	2,5	I.
6.	Monotonie	1,5	II.
7.	Nervozita	2,5	III.
8.	Přesycení	3,5	III.
9.	Únava	2,5	III.
10.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

V otázkách, kde hodnota odpovědi překračuje kritickou hodnotu mediánu, je práce hodnocena negativně, tam, kde kritické hodnoty nedosahuje, je naopak hodnocena kladně.

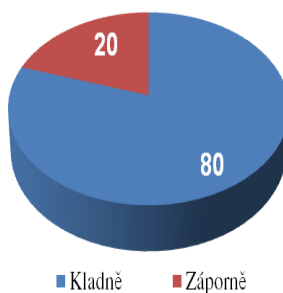
Na základě toho a podle vypočítaných mediánů můžeme říci můžeme říct, že:



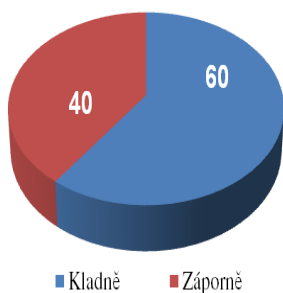
- V otázce číslo 1 ji záporně (dle hodnot mediánu) hodnotí 25% dotázaných. To znamená, že pracovníci zhruba ve 2/3 případech nepociťují na pracovišti časovou tíseň.



- V otázce č.2 kritická hodnota mediánu také není většinou překračována, v 70% případech je tedy práce hodnocena kladně a zaměstnanci necítí malé uspokojení z práce.

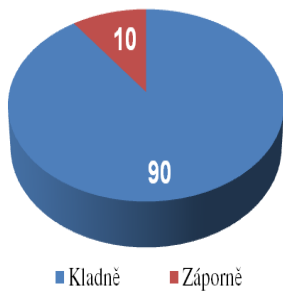


- V otázce č.3 rovněž není kritická hodnota mediánu překračována, v 80% případech práce nepředstavuje pro zaměstnance nadměrnou psychickou zátěž spojenou s vysokou odpovědností

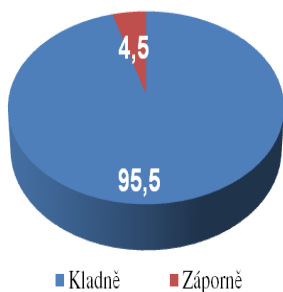


- V otázce č. 4 můžeme říci, že zaměstnanci ji nepociťují jako otupující, ačkoliv odpovědí, které se přibližují kritické hranici mediánu je 40%. V některých okamžicích ji vnímají jako otupující, v některých ne.

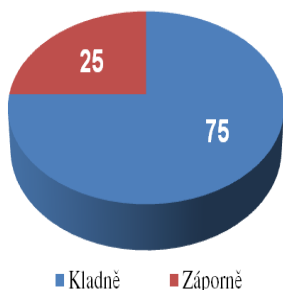




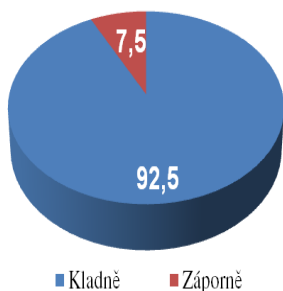
- V otázce č. 5 je hranice mediánu překročena jen v 10% a zaměstnanci tak vesměs nepocítují konflikty a problémy na pracovišti.



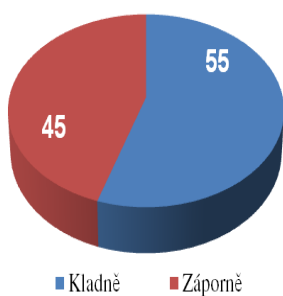
- V otázce č. 6 je hranice mediánu překročena jen ve třech případech. Můžeme říci, že zaměstnanci nemají problém udržet pozornost po celou dobu, co jsou v pracovním procesu.



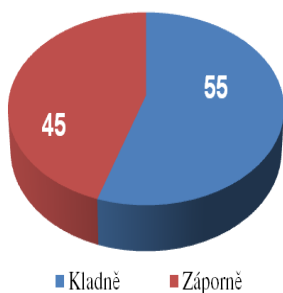
- V otázce č.7 25% zaměstnanců ve svých odpovědích překračuje hranici mediánu a pocítuje tak v práci nervozitu díky její psychické náročnosti.



- V otázce č. 8 překračuje hranici mediánu jen pět z celkového počtu dotazovaných. Můžeme říci, že zaměstnanci tak nejsou přesyceni prací během pracovní doby.



- V otázce č. 9 **45%** dotazovaných překračuje hranici mediánu a alespoň někdy tak v práci pocítuje únavu a ochablost.



- V otázce č. 10 stejné procento vyhodnocuje, že práce je psychicky natolik náročná, že ji nelze po léta dělat se stejnou výkonností.

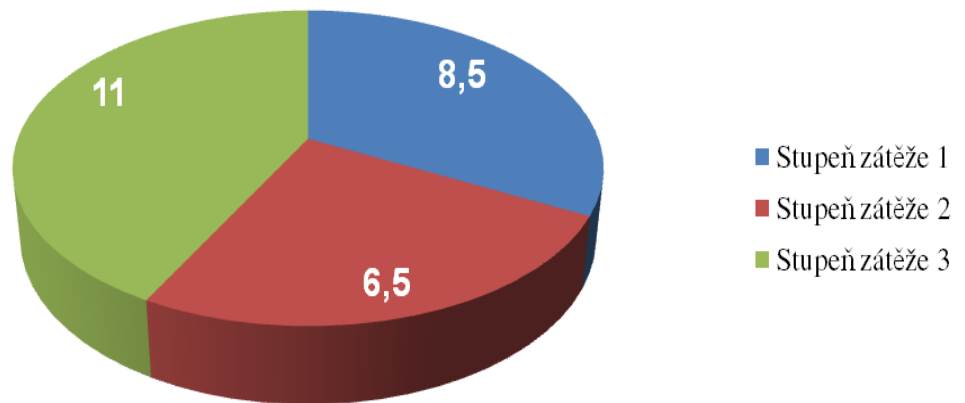
**Poslední graf se bud věnovat klasifikaci psychické zátěže:**

**Metoda**

Pro zařazení do stupně zátěže celé skupiny je třeba vycházet z faktorových skórá. Hodnocení se provede následujícím způsobem: sečtou se mediány (střední hodnoty) pro jednotlivé faktory (pro faktor I. sečteme otázky č.1+3+5, pro faktor II. č.2+4+6, pro faktor III. č.7+8+9+10). Po sečtení mohou nastat 3 případy a mě na základě výpočtu vyšel tento:

- 1) faktor I. má nejméně o 2 body vyšší součet středních hodnot než faktor II. - při této variantě k němu přičteme součet středních hodnot faktoru III., tedy I.+III. Podle tabulky se pak vyhodnotí stupeň a k tomu odpovídající zátěžová tendence.

Jestliže je součet:	Stupeň	Zátěžová tendence
7 – 19	1	
20 – 24	2	k přetížení
25 – 35	3	k přetížení



**Nebot' faktor I.** je 8,5, **faktor II.** Je 6,5 a **faktor III.** 11. Po sečtení faktorů I+III dojdeme k hodnotě **19,5** tedy zátěžová tendence na hranici mezi stupněm 1 a 2. To znamená, že můžeme říci, že psychická zátěž osciluje mezi stupněm 1 a 2 podle níže uvedené charakteristiky.

Tab.č.3 **Klasifikace psychické zátěže**

Psychická zátěž, při které není pravděpodobné ovlivnění zdraví, subjektivního stavu a výkonnosti (přitom je nutno odhlédnout od náhodných situačně podmíněných výkyvů v průběhu pracovní směny).

Psychická zátěž, při které může docházet pravidelně k dočasným ovlivněním subjektivního stavu, resp. výkonnosti.

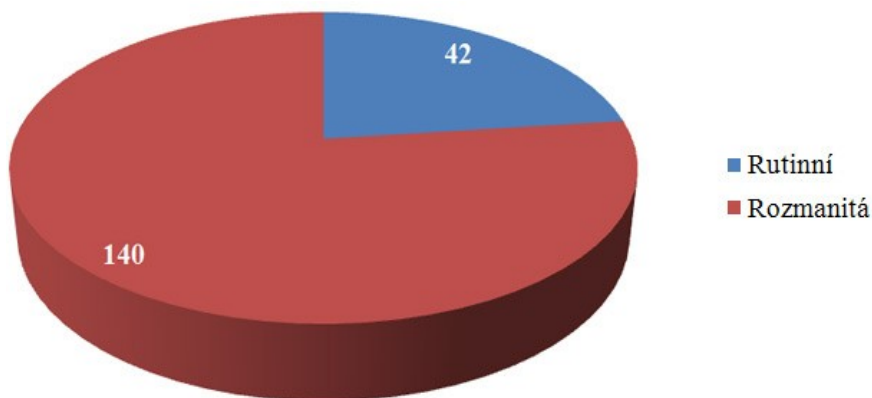
## Druhá, kontrolní část dotazníkového šetření

Celkem bylo rozdáno 255ks dotazníků na 12 (13) uzavřených pavilonech PNB, jeden pavilon pro úplnou nespolupráci vyřazen již v prvním kole šetření. Vráceno 255 ks dotazníků, z toho vyplněných 188ks, nevyplněných 67ks, ze 188 ještě 6ks vyřazených (vyplněné pouze částečně). Dotazníkové šetření probíhalo v období leden – únor 2014 u ošetrovatelského personálu PNB.

### Začátek dotazníku – 4 doplňující otázky:

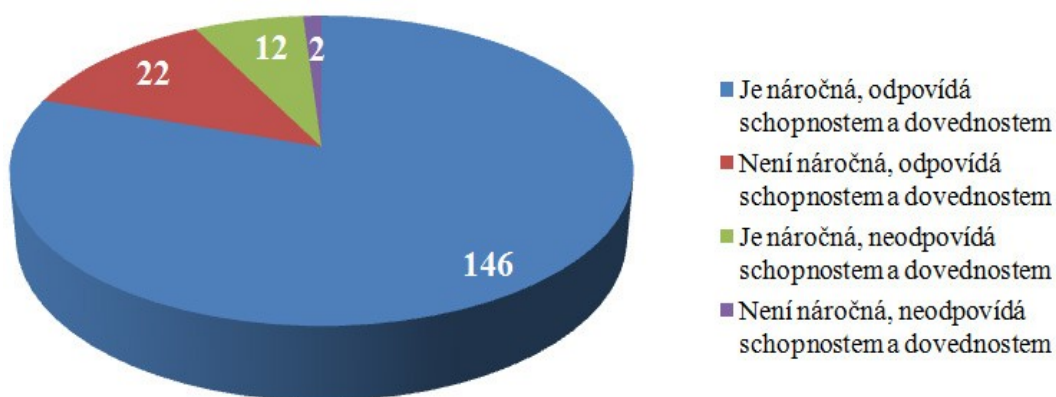
5. Považujete svoji práci za rutinní nebo spíše za rozmanitou (vyžadující rozmanité činnosti)?

- a) Rutinní z toho odpovědělo 42 rutinní
- b) Rozmanitá 140 rozmanitá



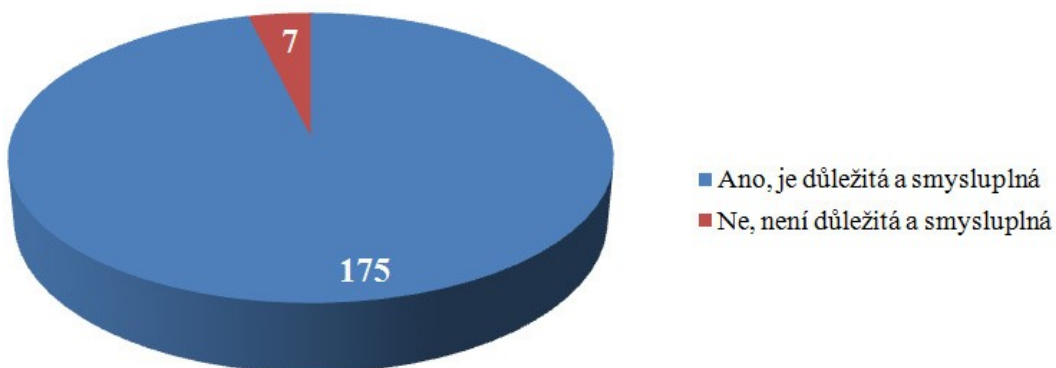
**6. Máte pocit, že je Vaše práce náročná a odpovídá Vaším schopnostem, dovednostem, vzdělání?**

- a) Je náročná, odpovídá schopnostem a dovednostem 146
- b) Není náročná, odpovídá schopnostem a dovednostem 22
- c) Je náročná, neodpovídá schopnostem a dovednostem 12
- d) Není náročná, neodpovídá schopnostem a dovednostem.2



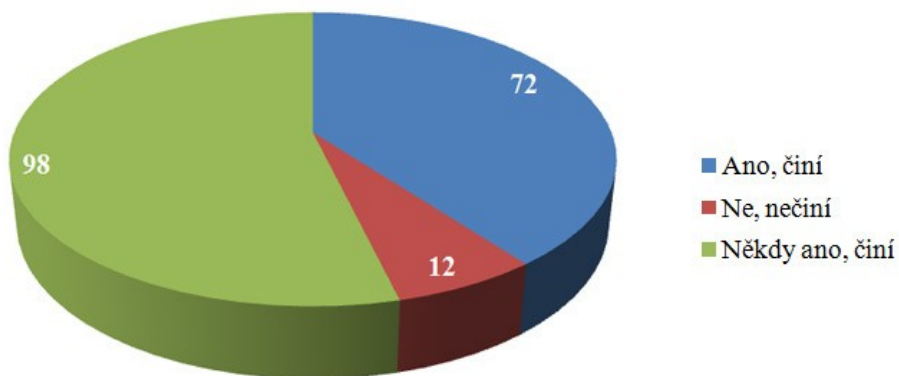
**7. Považujete práci, kterou vykonáváte za důležitou, smysluplnou? (Má tato práce pro Vás osobně svůj vlastní význam/smysl?)**

- a) Ano, je důležitá a smysluplná 175
- b) Ne, není důležitá a smysluplná 7



**8. Činí Vás samotný obsah práce/výkon pracovních úkolů spokojeným/spokojenou?**

- a) Ano, činí 72
- b) Ne, nečiní 12
- c) Někdy ano, činí. 98



**Meisterův dotazník**

Vaším úkolem je u každé otázky zakroužkovat odpověď, která nejvíce vystihuje Vaše pocity při práci.

5 - ano, plně souhlasím

4 - spíše ano

3 - nevím, někdy ano, někdy ne

2 - spíše nesouhlasím

1 - ne, vůbec nesouhlasím

1. Při práci mívám často pocit časového tlaku	5	4	3	2	1
2. Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad/a	5	4	3	2	1

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

**Dle možných metod vyhodnocování otazníku jsem zvolila metodu vyhodnocení podle jednotlivých položek.** To znamená, že nejprve bylo třeba u jednotlivých položek (které korespondují s otázkami) určit medián. Ten jsem určila tak, že se u každé položky vedle sebe napíše hodnoty odpovědí (ze stupnice 5-1), poté se vezme celkový počet hodnot (=188 dotazníků, já jsem pro výpočet použila číslo 182, protože 6 dotazníků jsem ještě musela vyřadit pro neúplné vyplnění; tedy n= 182) a podle vzorce standardizovaného pro medián vypočítala. Tedy vydělila jsem 182 dvěma, tak jsem dostala první číslici z řady, pak jsem vydělila 182 dvěma a přičetla 1, tím jsem dostala druhou číslici. Tedy 91. a 92. číslici z řady. Řadu nejprve srovnáme podle

velikosti od nejmenší číslice po největší. Tedy kupříkladu dostaneme vedle sebe 2 a 3; sečteme vydělíme dvěma a dostaneme medián = v tomto případě je jeho hodnota 2,5.

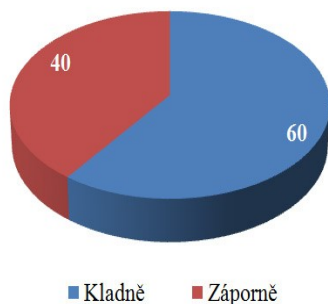
Mediány v mnou vyhodnocovaných dotaznících jsou následující:

*Tab.č.2. Kritické hodnoty mediánů*

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

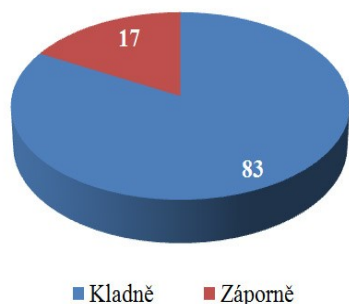
V otázkách, kde hodnota odpovědi překračuje kritickou hodnotu mediánu, je práce hodnocena negativně, tam, kde kritické hodnoty nedosahuje, je naopak hodnocena kladně.

**Na základě toho a podle vypočítaných mediánů můžeme říci můžeme říct, že:**



- V otázce číslo 1 ji záporně (dle hodnot mediánu) hodnotí 40% dotázaných. To znamená, že zde se hodnota přibližuje ke kritické hodnotě mediánu, avšak převažuje kladné hodnocení práce, tedy 60% ji hodnotí kladně.

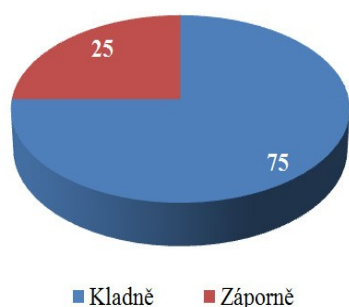




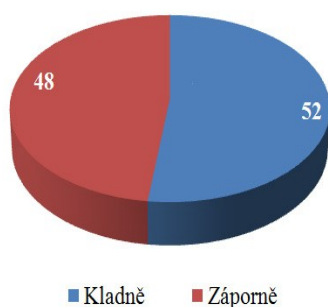
- V otázce č.2 kritická hodnota mediánu také není ve většině překračována, v 83% případů je práce hodnocena kladně a zaměstnanci necítí malé uspokojení z práce.



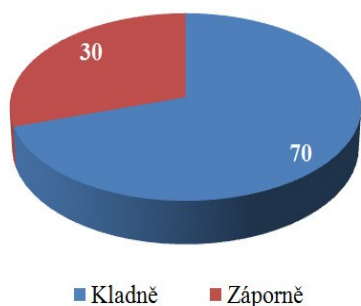
- V otázce č.3 rovněž není kritická hodnota mediánu překračována, v 80% případů je práce hodnocena kladně a nepředstavuje pro zaměstnance nadměrnou psychickou zátěž spojenou s vysokou odpovědností



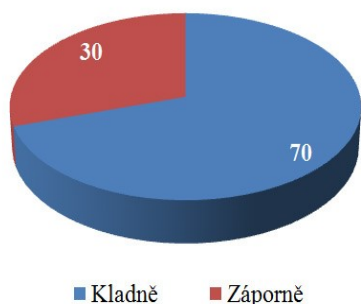
- V otázce č. 4 můžeme říci, že zaměstnanci ji nepocítují jako otupující, negativně práci hodnotí 25% dotazovaných. Můžeme říci, že v některých okamžicích ji vnímají jako otupující, v některých - v 75% případů nikoliv.



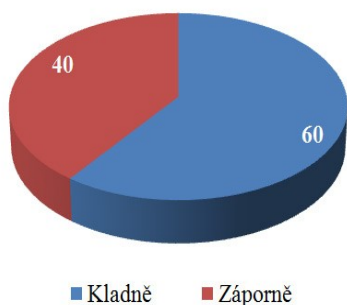
- V otázce č. 5 je hranice mediánu překročena téměř v 48% záporně. případů a zaměstnanci tak alespoň někdy pocítují konflikty a problémy na pracovišti. 52% ji hodnotí kladně.



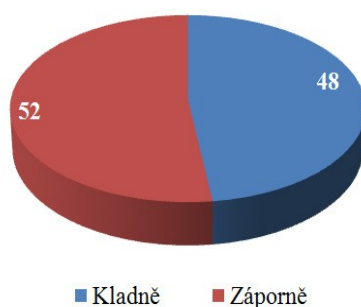
- V otázce č. 6 je hranice mediánu překročena v 30% případů. Můžeme říci, že zhruba čtvrtina zaměstnanců má alespoň někdy problém udržet pozornost po celou dobu, co jsou v pracovním procesu. 70% dotazovaných práci hodnotí kladně.



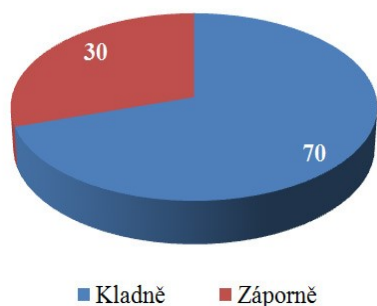
- V otázce č.7 30% zaměstnanců ve svých odpovědích překračuje hranici mediánu a pociťuje tak v práci nervozitu díky její psychické náročnosti. 70% práci hodnotí kladně.



- V otázce č. 8 překračuje hranici mediánu 40% z celkového počtu dotazovaných. Můžeme říci, že tito zaměstnanci se cítí přesyceni prací během pracovní doby. 60% práci hodnotí kladně.



- V otázce č. 9 52% dotazovaných překračuje hranici mediánu a více jak polovina dotazovaných tak alespoň někdy v práci pociťuje únavu a ochablost. 48% dotazovaných práci hodnotí kladně.



- V otázce č. 10 30% překračuje kritickou hodnotu mediánu a vyjadřuje tak, že práce je psychicky natolik náročná, že ji nelze po léta dělat se stejnou výkonností. 70% práci hodnotí kladně.

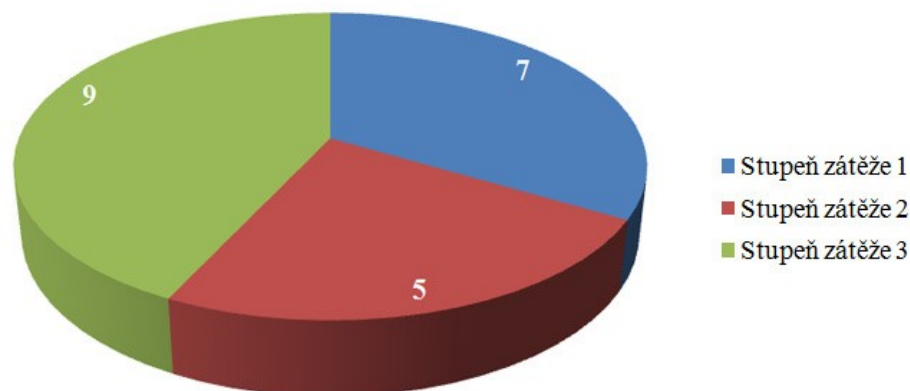
**Poslední graf se bud věnovat klasifikaci psychické zátěže:**

**Metoda**

Pro zařazení do stupně zátěže celé skupiny je třeba vycházet z faktorových skóre. Hodnocení se provede následujícím způsobem: sečtou se mediány (střední hodnoty) pro jednotlivé faktory (pro faktor I. sečteme otázky č.1+3+5, pro faktor II. č.2+4+6, pro faktor III. č.7+8+9+10). Po sečtení mohou nastat 3 případy a mě na základě výpočtu vyšel tento:

- 2) faktor I. má nejméně o 2 body vyšší součet středních hodnot než faktor II. - při této variantě k němu přičteme součet středních hodnot faktoru III., tedy I.+III. Podle tabulky se pak vyhodnotí stupeň a k tomu odpovídající zátěžová tendence.

Jestliže je součet:	Stupeň	Zátěžová tendence
7 – 19	1	
20 – 24	2	k přetížení
25 – 35	3	k přetížení



**Neboť faktor I.** je 7, **faktor II.** je 5 a **faktor III.** 9. Po sečtení faktorů I+III dojdeme k hodnotě **16**, tedy zátěžová tendence je na stupni č. 1. To znamená, že můžeme říci, že zde nedochází k přetížení a není ovlivněno zdraví, subjektivní stav ani výkonnost. Viz. tabulka níže.

Tab.č.3 **Klasifikace psychické zátěže**

Psychická zátěž, při které není pravděpodobné ovlivnění zdraví, subjektivního stavu a výkonnosti (přitom je nutno odhlédnout od náhodných situačně podmíněných výkyvů v průběhu pracovní směny).

Psychická zátěž, při které může docházet pravidelně k dočasným ovlivněním subjektivního stavu, resp. výkonnosti.

## 11.5 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

První dotazníková část práce se věnovala úrovni psychické zátěže na pracovišti. Dotazník byl sestaven podle standardizovaného dotazníku, tzv. Meisterova dotazníku. Jeho smyslem je zhodnotit vlivy pracovní činnosti na psychiku pracovníků. Sesbíraná data v podobě vyplněných vrácených dotazníků lze vyhodnotit dvojím způsobem: buďto podle faktorů, nebo podle jednotlivých položek. Já jsem zvolila metodu vyhodnocování podle jednotlivých položek. Nejprve byl tedy vypočítán medián a na základě toho jsem

pak u jednotlivých položek hodnotila, zda je práce zaměstnanci hodnocena negativně nebo kladně.

Samotnému dotazníku předcházely čtyři doplňující otázky, jež jsou zachyceny v prvních čtyřech grafech. Smyslem těchto otázek bylo zjistit, zda-li zaměstnanci na pozicích ošetrovatelského personálu vnímají svoji práci jako náročnou či nikoli, zda-li je pro ně práce spíše rutinní nebo rozmanitá, zda-li ji považují za smysluplnou a jestli pro ně osobně je obsah práce či svěřených úkolů naplňující. Souhrnně řečeno, naprostá většina zaměstnanců svoji práci považuje za rozmanitou, náročnou, ale odpovídající jejich schopnostem a dovednostem a rovněž ji ve většině případů vnímají jako důležitou a smysluplnou. Pouze u čtvrté otázky – zda-li je činí obsah práce spokojenými, odpovídali sice většinově kladně, ale odpověď v 91 případech byla lehce nejistá, tzn. vybírali odpověď někdy ano.

Následujících deset otázek již bylo z Meisterova dotazníku. Vzhledem k tomu, že se jedná o zaměstnance nemocnice, kteří pečují o nemocné lidi a často se tak ve své profesi setkávají s tzv. syndromem vyhoření, mohli bychom předpokládat, že zejména v otázkách směřujících k psychické zátěži, únavě či ochablosti, budou kritické hodnoty mediánu překračovány a práce tak bude hodnoceny negativně. Není však tomu tak. Nejvíce se kritické hranici mediánu přibližují odpovědi v otázkách č. 9 a č. 10. Zde shodně v 45% hodnotili respondenti práci jako psychicky tak náročnou, že po několika hodinách cítí únavu a ochablost a psychicky tak náročnou, že ji nelze dělat po léta se stejnou výkonností. Což jistě přímo koresponduje s tím, že se jedná o zdravotnický personál, který se setkává ve své práci nejen s nemocnými, ale například také s umírajícími. V obou těchto otázkách byla nejčastěji zaškrtnutá odpověď 3 – nevím, někdy ano, někdy ne. Ve zbývajících osmi otázkách kritické hodnoty mediánu nebyly překračovány a práce byla jednoznačně hodnocena kladně. Jen v otázce č. 7 se k hranici mediánu přiblížilo 40% odpovědí a zaměstnanci tak práci považují za psychicky tak náročnou, že po několika hodinách cítí nervozitu a rozechvělost. Zde dokonce můžeme spatřovat, že řada z nich zaškrtnula odpověď 4 – spíše ano, což v ostatních otázkách nebylo příliš časté. Lze z toho tedy vyvodit, že práci sice dobře zvládají, ale je skutečně velmi náročná a není dobré ji dělat příliš mnoho hodin v kuse.

Poslední graf se potom věnuje klasifikaci psychické zátěže. Ta je klasifikována ve třech stupních od psychické zátěže, u které se nepředpokládá ovlivnění zdraví, subjektivního stavu a výkonnosti, přes zátěž, u které se předpokládá, že může pravidelně docházet k dočasnému ovlivnění subjektivního stavu a výkonnosti, až k zátěži, u které nelze vyloučit zdravotní rizika. Toto hodnocení bylo prováděno tak, že se sečetly mediány pro jednotlivé faktory tak, jak je uvedeno v Meisterově dotazníku. Díky tomu nám mohou vyvstat tři situace; v našem případě to byla situace, kdy faktor I. měl o dva body vyšší součet než faktor II. Sečetly se tedy střední hodnoty faktoru I. a II. Vyšlo nám, že osciluje mezi stupněm 1 a 2 a pracovníci tak alespoň někdy pociťují přetížení a alespoň někdy tak může dojít k tomu, že psychická zátěž je taková, že ovlivňuje jejich výkonnost.

Zaměstnanci v dotaznících také udávali svůj věk, profesi (tedy sestra, staniční sestra, ošetřovatel/ka, sanitář/ka apod.) a také délku praxe na pracovišti. V žádném případě se ale neprokázala souvislost mezi udávanými odpověďmi a profesí či věkem. Zaměstnanci všech věkových kategorií i profesí udávali odpovědi různé, například do časové tísně se alespoň občas dostávají jak sestry, tak kupříkladu sanitáři.

Druhá, kontrolní, část dotazníkového šetření probíhala v období leden – únor 2014 u ošetřovatelského personálu PNB. V této části výzkumu bylo na 12 (respektive 13 pavilonech – jeden pro nespolupráci vyřazen již v prvním kole šetření) rozdáno celkem 255 dotazníků. Z tohoto počtu se vrátilo 188 vyplněných a 67 nevyplněných. Ze 188 muselo být ještě 6 dotazníků vyřazeno pro jejich neúplné vyplnění. Pro výpočty bylo tedy pracováno s konečným číslem 182.

Dotazník použitý v kontrolním šetření byl opět sestaven podle tzv. *Meisterova dotazníku*. Opět byla zvolena metoda vyhodnocování podle jednotlivých položek. Znovu byl tedy nejprve vypočítán medián a na základě toho pak u jednotlivých položek hodnoceno, zda je práce zaměstnanci hodnocena negativně nebo kladně.

Rovněž v této části samotnému dotazníku předcházely čtyři doplňující otázky. U první otázky, *zda svoji práci považujete za rozmanitou nebo rutinní* odpovědělo z celkového počtu 182 dotazovaných 140 tak, že považuje svoji práci za rozmanitou, 42 za rutinní. U druhé otázky *Máte pocit, že je Vaše práce náročná a odpovídá Vašim schopnostem, dovednostem, vzdělání?* Odpovědělo 146 respondentů tak, že práce je sice

náročná, ale odpovídá jejich schopnostem. Naproti tomu jen 12 odpovědělo, že je práce náročná a neodpovídá jejich schopnostem. Zbývající dotazovaní odpovídali, že není náročná a buď že neodpovídá jejich schopnostem (2), anebo že odpovídá jejich schopnostem (22). Třetí otázka měla zjistit, zda-li zaměstnanci považují práci, kterou vykonávají za důležitou, smysluplnou. Zde 175 z nich odpovědělo, že je důležitá a smysluplná; jen 7 odpovědělo, že není důležitá a smysluplná. Poslední otázka této části výzkumu zjišťovala, zda zaměstnanec činí samotný obsah práce/výkon pracovních úkolů spokojeným či spokojenou. Zde převažovaly kladné odpovědi: 72 odpovědělo ano činí a 98 odpovědělo někdy ano. Zbývající odpovědi byly záporné. Souhrnně řečeno můžeme říci, že stejně jako v první části šetření i zde většina zaměstnanců považuje sice svoji práci za náročnou, ale odpovídající jejich schopnostem, zároveň ji považují za rozmanitou a ve většině případů za důležitou a smysluplnou. Samotný obsah práce pak zaměstnanec činí spokojenými, i když u 98 z nich je to jen někdy.

Samotný *Meisterův dotazník* znovu obsahoval 10 otázek. Zde však oproti první části výzkumu došlo k určité změně. Ač zaměstnanci vesměs ve svých odpovědích nepřekračují kritickou hodnotu mediánu, kromě otázky č. 9, a práce je tak hodnocena kladně, je patrné, že jsou častěji uváděny ve všech otázkách odpovědi *ano, plně souhlasím* či *nevím, někdy ano, někdy ne*, což znamená, že oproti prvnímu výzkumu zaměstnanci například častěji pociťují časovou tíseň, vysokou odpovědnost, nervozitu, přesycení či problémy a konflikty na pracovišti. Již v první otázce *Při práci mívám často pocit časového tlaku* se k hranici mediánu přiblížilo 40% dotazovaných. Tito alespoň někdy pociťují při výkonu své práce časovou tíseň. V prvním kole šetření to bylo jen 25%. Naproti tomu v otázce č. 2, zda zaměstnanec *práce neuspokojuje, chodím do ní nerad/a* s tímto vyjádřením nesouhlasilo celých 83 % a práci tito zaměstnanci hodnotili kladně, tedy jako práci, která je uspokojuje a chodí do ní rádi. V první části šetření to bylo jen 70% dotazovaných. Nejvýrazněji se ale odpovědi odlišují v otázce č. 5, *V práci mám časté konflikty a problémy, od nichž se nemohu odpoutat ani po skončení pracovní doby*. Zde se k hranici mediánu přiblížilo 48% dotazovaných a tito mají tedy alespoň někdy v práci takové konflikty, od nichž se nemohou odpoutat ani po skončení pracovní doby. V prvním kole šetření to bylo pouhých 10% negativních odpovědí, tedy těch, které překračovaly hranici mediánu. V otázce č. 6 *při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje* se ke kritické

hranici mediánu přiblížilo 30% dotazovaných a tito pociťují při výkonu svého zaměstnání monotonii. I zde je oproti prvnímu kolu šetření poměrně výrazný posun, neboť v něm byla hranice mediánu překročena jen ve třech případech. Naproti tomu v otázce č. 9 *práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost* respondenti hodnotili práci negativně a překračovali medián v 52% případů a práce je tedy v této jediné otázce hodnocena negativně. V prvním kole šetření to bylo 45%. Lze tedy dojít k závěru, že práce ošetrovatelského personálu je obecně samotnými zaměstnanci hodnocena jako psychicky velmi náročná.

I v tomto kole šetření se poslední graf věnuje psychické zátěži. Ta je klasifikována ve třech stupních od psychické zátěže, u které se nepředpokládá ovlivnění zdraví, subjektivního stavu a výkonnosti, přes zátěž, u které se předpokládá, že může pravidelně docházet k dočasnému ovlivnění subjektivního stavu a výkonnosti, až k zátěži, u které nelze vyloučit zdravotní rizika. Toto hodnocení bylo prováděno tak, že se sečetly mediány pro jednotlivé faktory tak, jak je uvedeno v Meisterově dotazníku. Díky tomu nám mohou vyvstat tři situace; v našem případě to byla situace, kdy faktor I. měl o dva body vyšší součet než faktor II. (tedy faktor I. je 7 a faktor II. je 5) Sečetly se tedy střední hodnoty faktoru I. a III. Vyšlo nám číslo 16, tedy zátěžová tendence na stupni č.1. To znamená, že můžeme říci, že zde nedochází k přetížení a není ovlivněno zdraví, subjektivní stav ani výkonnost.

**H1 : Předpokládá se, že zaměstnanci psychiatrické nemocnice Bohnice jsou vystaveni nadměrné psychické zátěži.**

Přestože je práce náročná a zaměstnanci pociťují psychickou zátěž, nejsou zatíženi nadměrně, tato hypotéza byla falzifikována.

**H2: Zaměstnanci psychiatrické nemocnice Bohnice mívají často pocit časového tlaku.**

Zaměstnanci často mívají pocit časového tlaku. Výzkumné šetření to potvrdilo, protože v této otázce se odpovědi v dotazníku přibližovaly kritické hodnotě mediánu. Tato hypotéza byla verifikována.

**H3: Zaměstnanci psychiatrické nemocnice Bohnice považují svou práci za duševně otupující.**

Tato hypotéza byla falzifikována. Na základě výzkumu nelze prokázat, že by zaměstnanci svou práci považovali za duševně otupující.



**H4: Práce je psychicky tak náročná, že ji nelze dělat po léta se stejnou výkonností.**

Tato hypotéza byla verifikována. Zaměstnanci v průběhu šetření potvrzovaly, že Práce je psychicky tak náročná, že ji nelze dělat po léta se stejnou výkonností.

Obrázek 1: Hlavní budova PNB



Zdroj: [http://rehaak.rajce.idnes.cz/Praha,\\_Bohnice\\_-\\_z\\_ustavu\\_na\\_psi\\_hrbitov./](http://rehaak.rajce.idnes.cz/Praha,_Bohnice_-_z_ustavu_na_psi_hrbitov/)

## ZÁVĚR

Rigorózní práce se zabývala prioritně problematikou vlivu pracovní činnosti na psychiku ošetrovatelského personálu. Teoretická část přinesla východiska charakterizující dovednosti, hodnoty a předpoklady pomáhajícího pracovníka, ale také se zaměřila na pojmy moci, motivaci, motivaci v souvislosti s pracovním procesem. Dále potom objasnila charakteristiky pracovní spokojenosti. Neméně důležitá část práce popisuje vztahy na pracovišti, komunikaci, stres a zátěž v práci sestry, její roli v psychiatrickém ošetrovatelství, a dále také syndrom vyhoření a supervizi. Syndrom vyhoření je velkým problémem moderní společnosti a to zejména u pomáhajících profesí. Supervize může být v tomto ohledu účinný nástroj.

Výzkumná část rigorózní práce byla věnována zkoumání psychické zátěže jednotlivých pracovníků uzavřeného oddělení PNB. Výzkum probíhal ve dvou fázích. První fáze byla ukončena v květnu 2013. Druhá, kontrolní fáze probíhala v zimě roku 2014. K výzkumu byl použit standardizovaný Meisterův dotazník. V první fázi výzkumu nebyly nikde překračovány kritické hranice mediánu, a tak lze dojít k závěru, že i když zaměstnanci považují svoji práci za náročnou, nejsou vystaveni neúměrné psychické zátěži.

V druhé části šetření však oproti první části výzkumu došlo k určité změně. Ač zaměstnanci vesměs ve svých odpovědích nepřekračují kritickou hodnotu mediánu, kromě otázky č. 9, a práce je tak hodnocena kladně, bylo patrné, že jsou častěji uváděli ve všech otázkách odpovědi *ano, plně souhlasím* či *nevím, někdy ano, někdy ne*, což znamená, že oproti prvnímu výzkumu zaměstnanci například častěji pociťovali časovou tíseň, vysokou odpovědnost, nervozitu, přesytení či problémy a konflikty na pracovišti. Již v první otázce *Při práci mívám často pocit časového tlaku* se k hranici mediánu přiblížilo 40% dotazovaných. Tito alespoň někdy pociťují při výkonu své práce časovou tíseň. V prvním kole šetření to bylo jen 25%. Nejvýrazněji se šetření odlišovalo při odpovědi v otázce č. 5, *V práci mám časté konflikty a problémy, od nichž se nemohu odpoutat ani po skončení pracovní doby*. Zde se k hranici mediánu přiblížilo 48% dotazovaných a tito mají tedy alespoň někdy v práci takové konflikty, od nichž se nemohou odpoutat ani po skončení pracovní doby. V prvním kole šetření to bylo pouhých 10% negativních odpovědí, tedy těch, které překračovaly hranici mediánu. Lze

tedy dojít k závěru, že práce ošetrovatelského personálu je obecně samotnými zaměstnanci hodnocena jako psychicky velmi náročná.

K výzkumu byl použit Meisterův dotazník. Závěry prvního kola šetření a druhého kola šetření se však v některých otázkách odlišovaly. Lze tedy dojít k závěru, že práce ošetrovatelského personálu je psychicky náročná a zároveň ji může ovlivňovat řadu subjektivních faktorů, které pak při vyplňování dotazníků hrají roli. Jedním z takových faktorů může být například i způsob vedení, což je podnětná informace pro manažery, kteří by zejména při práci s lidskými zdroji neměli podceňovat psychickou zátěž svých podřízených a měli by dbát zejména na dokonalý time management a rozdělování pracovních úkolů. Zároveň by neměla být podceňována ani role supervizora na pracovišti.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

### Seznam použitých českých zdrojů

1. AMSTRONG, M. *Řízení lidských zdrojů: nejnovější trendy a postupy*, Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978- 80-247-1407-3 .
2. ARMSTRONG, M. *Personální management*. Praha : Grada, 1999. ISBN 80-7169-614-5
3. ARMSTRONG, M. *Řízení lidských zdrojů*. Praha : Grada, 2002. ISBN 80-247-0469-2
4. BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: NCONZO, 2006. ISBN 80-7013-439-9
5. BEDRNOVÁ, E. *Management osobního rozvoje: duševní hygiena, sebeřízení a efektivní životní styl*. Praha: Management press, 2009. 978-80-7261-198-0
6. BEDRNOVÁ, E., Nový I. a kol. *Psychologie a sociologie řízení*. Management Press, 2002. ISBN 80-7261-064-3
7. BEDRNOVÁ, E., Nový, I. a kol. *Psychologie a sociologie řízení*. Praha: Management Press, 1996. ISBN 80-85943-57-3
8. BĚLOHLÁVEK, F., *Jak řídit a vést lidi*. Praha : Computers Press, 2000. ISBN 80-7226-308-0
9. ČADOVÁ, N. *Jak je v česku vnímána práce*, 2006, Praha: Sociologický ústav Akademie věd ČR. ISBN 80-7330-103-2
10. ČESKOSLOVENSKÁ PSYCHOLOGIE, Psychologický ústav AV ČR, 2009. ISSN0009-062X
11. FORSYTH, P. *Jak motivovat svůj tým*. Praha : Grada. ISBN 978-80-247-2128-6

12. GABURA, J., PRUŽINSKÁ, J., *Poradenský proces*. Praha: Slon, 1995. ISBN 80-85850-10-9
13. GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0
14. GÉRINGOVÁ, J., *Pomáhající profese. Tvořivé zacházení s odvrácenou stranou*. Praha: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-394-3
15. HAGEMANNOVÁ, G., *Motivace*. Victoria Publishing, 1995. ISBN 80-85865-13-0
16. HARTL, P. *Psychologický slovník*. Praha: Jiří Budka, 1993. ISBN 80-901549-0-5
17. HAVRDOVÁ, Z. *Kompetence v praxi sociální práce*. Praha: Osmium, 1999. ISBN 80-902081-8-5
18. HAVRDOVÁ, Z., HAJNÝ, M. *Praktická supervize: Průvodce supervizí pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize*. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-532-1
19. HAWKINS, P., SHOHET, R. *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-715-9
20. HOMOLA, M. *Motivace lidského chování*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1972, 1. vyd. CNB 000130454
21. HORNEYOVÁ, K. *Neuróza a lidský růst*. Praha: Triton, 2000. ISBN 80-7254-080-7
22. CHRÁSTKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4
23. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6
24. JANOUŠEK, J. *Verbální komunikace a lidská psychika*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1594-0
25. JOBÁNKOVÁ, M. a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: NCONZO, 2006. ISBN 80-7013-390-2

26. JOSHI, V. *Stres a zdraví*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-211-9
27. JUNÁŠKOVÁ, A. *Faktory pracovní motivace a spokojenosti zaměstnanců ve vybrané organizaci*. diplomová práce, Brno - MU, 2012
28. KEBZA, V. ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření*, Praha: SZÚ, 2003. ISBN 80-7071-231-7
29. KERN, H. *Přehled psychologie*. Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-426-5
30. KLENKOVÁ, J., *Logopedie*. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9
31. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. Praha : Portál, 2006. ISBN 80-7367-181-6
32. KOTTLER, J. *Profesní psychohygiena terapeuta*, Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0372-8
33. KOUBEK, J. *Personální práce v malých podnicích*. Praha : Grada, 2003. ISBN 80-247-0602-4
34. KUBEŠOVÁ, H. *Vnitřní lékařství II pro bakalářské studium ošetrovatelství*. Brno: MU, 2005. ISBN 80-210-3647-8
35. LIBRA, J. *Supervize – příspěvek ke kvalitě práce a řízení organizace. Studijní materiál pro účastníky kurzu „Řízení neziskových organizací“*, 2000, s. 5, pořádaném Agnes
36. LIBRA, J. *Supervize v organizaci. In Texty k personálnímu řízení v neziskové organizaci*. Praha: Agnes, 2008. ISBN 978-80-903696-3-4
37. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M., *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1151-6
38. MASLOW, A., *Motivation and Personality*, New York: Harper, Cit. dle: VODÁČEK, L., VODÁČKOVÁ, O., *Management. Teorie a praxe pro 90. léta*, Praha: Management Press, 1996. ISBN 80-85943-19-0
39. MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2008, ISBN 978-80-7367-502-8

40. MELGOSA, J. *Zvládni svůj stres: kniha o duševním zdraví*. Praha: Advent - Orion, 1997. ISBN 80-7172-240-5
41. MPSV - *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe. Průvodce poskytovatele*. Praha: MPSV, 2003. ISBN 80-86552-66-7
42. NAKONEČNÝ, M. *Lexikon psychologie*. Praha: Vodnář, 2013. ISBN 978-80-7439-056-2
43. NAKONEČNÝ, M. *Motivace lidského chování*. Praha: Academia, 1996. ISBN 80-200-0592-7
44. NAKONEČNÝ, M. *Motivace pracovního jednání: a její řízení*. Praha: Management press, 1992. ISBN 80-85603-01-2
45. ORGAN, D., BATEMAN, T. S. *Organizational behavior*. Boston: Irwin. Cit. dle: ŠTIKAR, J., RYMEŠ, K., HOSKOVEC, J., *Psychologie ve světě práce*. 2003, Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0448-5
46. PAUKNEROVÁ, D. *Psychologie pro ekonomy a manažery*. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1706-9
47. PAULÍK, K. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2959-6
48. PETR, TOMÁŠ a kol. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4236-6.
49. PLAMÍNEK, J. *Tajemství motivace: Jak zařídit, aby pro vás lidé rádi pracovali*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3447-7
50. PRIEB, M. *Jak zvládnout syndrom vyhoření*, Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5394-2
51. PROVAZNÍK, V. KOMÁRKOVÁ, R. *Motivace pracovního jednání*. Praha: Oeconomica, 2004. ISBN 80-245-0703-X
52. PROVAZNÍK, V., KOMÁRKOVÁ, R. *Motivace pracovního jednání*. VŠE v Praze, , 1996. ISBN 80-7079-283-3



53. RAMBO, W. W., Work and organizational behavior. New York: Rinehart and Winston. Cit dle: VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I., *Aplikovaná sociální psychologie I.*, 1998, Praha: Portál. ISBN 80-7178-269-6
54. RENAUDOVÁ, J. *Stres*, 1993, Praha: Práce. ISBN 80-208-0297-5
55. RHEINWALDOVÁ, E. *Dejte sbohem distresu*. Praha: Scarabeus, 1995. ISBN 80-85901-07-2
56. ROLLOVÁ, J. *Supervize*. 2001, závěrečná práce, [online].[cit.2.1.2015]
57. RŮŽIČKA, J. *Psychoterapie: sborník přednášek*. 1992. ISBN 80-900904-6-X
58. ŘEZNÍČEK, I. *Metody sociální práce: podklady ke stážím studentů a ke kazuistickým seminářům*. Praha: Slon, 1994. ISBN 80-85850-00-1
59. ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti*. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1174-4
60. ŘÍČAN, P. *Psychologie: příručka pro studenty*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-406-9
61. SCHMIDBAUER, W. *Syndrom pomocníka: podněty pro duševní hygienu v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2000. ISBN 978-80-7367-369-7
62. SCHREIBER, V. *Lidský stres*. Praha: Academia, 1992. ISBN 80-200-0458-0
63. SLOVÁKOVÁ, H. *Vliv supervize na představy pracovníků o práci s klienty*. Bno: MU, FSS, 2008 diplomová práce
64. ŠTIKAR, J. a kol. *Psychologie ve světě práce*. Praha : Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0448-5
65. TOŠNER, J., *Řízení lidských zdrojů – sborník vybraných materiálů specializačního kurzu „Řízení neziskových organizací“*. Praha: Agnes, 1999. ISBN 80-902633-4-8
66. TOŠNEROVÁ, T., TOŠNER, J. *BURN – Out syndrom/syndrom vyhoření*. Praha: Hestia, 2002.

67. ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. ISBN 80-85850-69-9
68. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7
69. VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0841-3
70. VAŠINA, L., STRNADOVÁ, V., *Psychologie osobnosti I*. Hradec Králové: Gaudeamus, 1998. ISBN 80-7041-974-1

#### **Seznam použitých zahraničních zdrojů**

1. JANOSIKOVÁ, E. H., DAVIESOVÁ, J. *Psychiatrická ošetrovatel'ská starostlivosť*, Osveta, 1999. ISBN 80-8063-017-8
2. JURKOVSKÝ, A. *Spokojnosť s pracou a jej činitele*. Bratislava - Alfa, 1971
3. KOLLÁRIK, T. *Spokojnosť v práci*. Bratislava: Práca, 1986
4. ONDRIOVÁ T., FERTALOVÁ, I. *Psychologicko – etické aspekty duševných ochorení u detí*, in Sestra. ISSN 1335-9444, roč. 2, č. 12
5. STRENITZEROVÁ, M., PONIŠČIAKOVÁ, O. *Diagnostika manažmentu a procesov v riadení ľudských zdrojov*, 2006, Žilina:EDIS. ISBN 80-8070-579-8

#### **Seznam použitých internetových zdrojů**

1. [http://archive-cz.com/cz/l/linet.cz/2012-12-15\\_977813\\_98/Linet\\_Komfort\\_1\\_2005/](http://archive-cz.com/cz/l/linet.cz/2012-12-15_977813_98/Linet_Komfort_1_2005/)
2. <http://intranet.bohnice.cz/upload/qpr/odkaz/qprnp.html>
3. [http://www.bit421.com/b/cz/?body=nastroje\\_QPR\\_guide](http://www.bit421.com/b/cz/?body=nastroje_QPR_guide)

4. <http://www.bohnice.cz/zakladni-informace/historie-nemocnice/>
5. [http://www.iso.cz/?page\\_id=38](http://www.iso.cz/?page_id=38)
6. [http://www.krcentrum.cz/files/Supervize-v-socialnich-sluzbach\\_2b4bba6b.pdf](http://www.krcentrum.cz/files/Supervize-v-socialnich-sluzbach_2b4bba6b.pdf)
7. <http://www.supervize.eu/o-supervizi/co-je-supervize/>
8. [http://www.psychiatrie.cz/images/stories/revize\\_koncepce\\_2008.pdf](http://www.psychiatrie.cz/images/stories/revize_koncepce_2008.pdf)
9. Strategie reformy psychiatrické péče Dostupné na:  
<http://www.reformapsychiatrie.cz/>
10. <http://zdravi.e15.cz/archiv/sestra/?id=3791>

## SEZNAM ZKRATEK

**ČAS** - Česká asociace sester

**ISO 9001** - Norma stanoví jednoduchou zásadu, kdy vedení firmy stanoví své cíle a plány v oblasti kvality své produkce a tyto jsou postupně pomocí nastavených procesů realizovány, přičemž účinnost těchto procesů je měřena a monitorována, aby společnost mohla přijmout účinná opatření na změnu. Norma se zabývá principy řízení dokumentace, lidských zdrojů, infrastruktury, zavádí procesy komunikace se zákazníky, hodnocení dodavatelů, měření výkonnosti procesů a také interní audity za účelem získání zpětné vazby.

**PNB** - Psychiatrická nemocnice Bohnice

**QPR Process Guide** - interaktivní nástroj pro plánování, implementování a zainteresování lidí na zlepšení procesů, umožňuje organizacím modelovat, monitorovat, řídit a analyzovat procesy.

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Ilustrační obrázek .....	105
-------------------------------------	-----

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha A - Povolení etické komise o povolení výzkumu..... I**


**Příloha B – Žádost etické komisi o povolení výzkumu ..... II**

# PŘÍLOHY

## Příloha A – Povolení etické komise o povolení výzkumu

**Etická komise**  
ekomise@plbohnice.cz

Psychiatrická léčebna Bohnice  
státní příspěvková organizace  
IČO: 00064220 DIČ: CZ00064220  
181 02 Praha 8, Ústavní 91  
ředitel organizace: MUDr. Martin Holly



**Mgr. Martina Pavlíčková**  
st. sestra, pavilon 11  
Psychiatrická léčebna Bohnice

Naše značka: Vyřizuje/linka: 420284016141 V Praze dne , 28.2.2013

Žádost o povolení výzkumu k rigoróznímu řízení.

Etická komise PL Bohnice vyslovila souhlas s provedením základního průzkumu v rámci rigorózního řízení s názvem: „Stresové faktory ovlivňující práci ošetrovatelského personálu na uzavřených odděleních PLB“.

MUDr. Richard Krombholz  
Předseda etické komise PL Bohnice

Mgr. Jan Pomykacz v.r.  
tajemník etické komise

Psychiatrická léčebna Bohnice  
Etická komise  
Ústavní 91, 181 02 Praha 8,  
Tel.: 28 4016141  
e-mail: eticka.komise@plbohnice.cz,  
www.plbohnice.cz

tel. + 420 725867810, fax. + 420 284016595  
pomykacz@plbohnice.cz, www.plbohnice.cz

## **Příloha B – Žádost etické komisi o povolení výzkumu**

Etická komise PLB

Předseda: MUDr. Richard Krombholz

V Praze 25/1/2013

Věc: Žádost o povolení výzkumu k rigoróznímu řízení.

Žádám Vás o povolení k výzkumu, který bude součástí mé rigorózní práce. Výzkum budu provádět na uzavřených odděleních PLB (1, 2, 26, 27, 28, 31, 20, 21, 11, 12, 13 přízemí, 14, 16) formou dotazníku, respondent – ošetrovatelský personál. Téma výzkumu – Stresové faktory ovlivňující práci ošetrovatelského personálu na uzavřených odděleních PLB. Výzkum bude probíhat v roce 2013 /2014. První etapu dotazníkového šetření bych chtěla provést v období duben/květen 2013 a druhou etapu (se stejným dotazníkem, na stejných odděleních) v období leden/únor 2014. Vzor dotazníku s doplňujícími otázkami přikládám.

Předem děkuji za vyřízení žádosti.

Mgr. Martina Pavlíčková  
st. sestra, pavilon 11



## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora: Martina Pavlíčková**

**Obor: SPPG - rigorózní řízení**

**Název práce: HODNOCENÍ VLIVŮ PRACOVNÍ ČINNOSTI NA  
PSYCHIKU OŠETŘOVATELSKÉHO PERSONÁLU NA UZAVŘENÝCH  
ODDĚLENÍCH PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICE BOHNICE**

**Rok: 2015**

**Počet stran textu bez příloh: 100**

**Celkový počet stran příloh: 2**

**Počet titulů českých použitých zdrojů: 70**

**Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 5**

**Počet internetových zdrojů: 10**

**Počet ostatních zdrojů: 0**