

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Psychosociální zátěž v práci sester a sociálních pracovníků

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc.

Autor:

Iva Doulová

16. 8. 2011

ABSTRACT

This thesis deals with the psychosocial burden and burnout syndrome in social workers and nurses. It is focused primarily on the staff working in medical institutions for long-term patients and in residential social services for seniors. The objective was to determine if there is any difference in the perception of the burden and in the risk of burnout syndrome. The theoretical part outlines the issues of helping professions, job description of nurses and social workers. It also discusses the psychosocial burden, stress and burnout syndrome. In the practical part, the quantitative method of research was used, the technique of a questionnaire. The anonymous questionnaire contains a total of 35 questions and it is divided into two parts. The first part of the questionnaire focuses on the assessment of job psychosocial burden. The second part contains questions that should reveal to what extent the burnout syndrome occurs in the respondents. The first 5 questions are identification ones. The other questions are closed; the respondents had the opportunity to mark only one answer that was closest to their personal opinions. The practical part presents, in various graphs and tables, the results of the questionnaire survey. They were processed using the OpenOffice.org Calc program. The Excel 2007 MS Office program, a chi-square test, was used for the statistical evaluation of the data. By evaluating the results I found out that the set hypothesis H1, implying that nurses and social workers in medical institutions for long-term patients and in residential social services for seniors perceived the elements of psychosocial burden, was not confirmed. Hypothesis H2, that the risk is perceived more by the staff working in the field for more than 11 years, was not confirmed. Hypothesis H3, saying that the burnout syndrome threatens the staff aged above 41 working in the field, was not confirmed. In my thesis, I tried to present a certain look, a comparison of two professions that have much in common but also differ in many ways. The information can provide a stimulus and inspiration for further research; it may be a basis for further studies and research in this field, practical use, or it may be just a cause for reflection.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá psychosociální zátěží a syndromem vyhoření sociálních pracovníků a zdravotních sester. Zaměřena je především na pracující v léčebnách dlouhodobě nemocných a v pobytových sociálních službách pro seniory. Cílem práce bylo zjistit je li rozdíl ve vnímání zátěže a v ohrožení syndromem vyhoření. V teoretické části je nastíněna problematika pomáhajících profesí, charakteristika práce zdravotní sestry a sociálního pracovníka. Dále se věnuje psychosociální zátěži, stresu a syndromu vyhoření. V praktické části byla použita kvantitativní metoda šetření, technika dotazníku. Anonymní dotazník obsahuje celkem 35 otázek a je rozdělen na dvě části. První část dotazníku je zaměřena na posouzení psychosociální pracovní zátěže. Ve druhé části jsou obsaženy otázky, které by měly odhalit, do jaké míry se u dotazovaných respondentů projevuje syndrom vyhoření. Prvních 5 otázek je identifikačních. Ostatní otázky jsou uzavřené, respondent měl možnost označit pouze jednu odpověď, která se nejvíce přiblížila k jeho osobnímu názoru. V praktické části jsou v jednotlivých grafech a tabulkách zobrazeny výsledky dotazníkového šetření. K jejich zpracování byl použit program OpenOffice.org Calc. Ke statistickému hodnocení dat byl použit program Excel 2007 MS Office, chí-kvadrát test. Vyhodnocením výsledků jsem zjistila, že stanovená hypotéza H1, předpokládající, že sestry a sociální pracovníci v léčebnách dlouhodobě nemocných a v pobytových sociálních službách vnímají prvky psychosociální zátěže stejně, nebyla potvrzena. H2, že ohrožení více vnímají pracovníci pracující v oboru déle než 11 let, potvrzena nebyla. H3, syndromem vyhoření jsou více ohroženi pracující v oboru ve věkové skupině nad 41 let, nebyla potvrzena. Ve své práci jsem se pokusila o určitý pohled, porovnání dvou profesí, které mají mnoho společného a v mnohém se liší. Informace mohou přinést podnět a inspiraci k dalším výzkumům, mohou být podkladem pro další studie a výzkumy v této oblasti, praktické využití, nebo jen důvodem k zamyšlení.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma „Psychosociální zátěž v práci sester a sociálních pracovníků“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátu.

V Českých Budějovicích dne 16.8. 2011

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji vedoucímu práce doc. MUDr. Jiřímu Šimkovi, CSc. Za odborné vedení mé bakalářské práce, za poskytnutí podkladů a cenných rad při vypracování mé bakalářské práce. Dále děkuji mé rodině a spolupracovníkům za pochopení

OBSAH

ÚVOD	8
1. SOUČASNÝ STAV	10
1.1 Pomáhající profese	10
1.1.1 Zdravotní péče, sociální služba, sociální práce	10
1.1.2 Úkoly jednotlivých pracovníků při poskytování zdrav. a soc. péče	12
1.2 Pracovní kompetence a schopnosti pomáhajícího	13
1.3 Zátěž a stres	14
1.3.1 Druhy stresu	15
1.3.2 Frustrace, konflikt, trauma, krize, deprivace	15
1.3.3 Co vyvolává stres	17
1.3.4 Působení stresu	18
1.3.5 Příznaky stresu	19
1.3.6 Pracovní stres	20
1.3.7 Zátěž v práci sester a pracovníků v přímé péči	21
1.3.8 Reakce na stres	22
1.4 Syndrom vyhoření	23
1.4.1 Typické příznaky syndromu vyhoření	25
1.4.2 Vývoj syndromu vyhoření	26
1.4.3 Rizikové faktory a okolnosti vzniku syndromu vyhoření.....	28
1.4.4 Proces vyhoření lze v každé fázi zastavit vnější nebo vnitřní změnou	30
1.4.5 Prevence.....	31
1.4.6 Supervize	34

2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	37
2.1 Cíl práce	37
2.2 Hypotézy	37
3. METODIKA	38
3.1 Použité metody a techniky výzkumu	38
3.1.1 Technika dotazníku	38
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru	39
4. VÝSLEDKY	40
5. DISKUZE	85
6. ZÁVĚR	90
7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	94
8. KLÍČOVÁ SLOVA	98
9. PŘÍLOHY	99

ÚVOD

Maturovala jsem v roce 1982 na střední zdravotnické škole v oboru všeobecná sestra. Kariéru jsem zahájila na JIP, později jsem pracovala jako zdravotní sestra v domově důchodců a v ústavu sociální péče pro mentálně postižené muže. Pak mi bylo nabídnuto místo zdravotní sestry na chirurgii v nemocnici a já je přijala. V devadesátých letech minulého století, jsem se opět vrátila do sociální oblasti, jako sociální pracovníce v léčebně dlouhodobě nemocných. Dá se tedy říci, že moje dosavadní profesní kariéra se pohybuje ve zdravotně sociální oblasti. Z tohoto důvodu jsem si vybrala toto téma.

Současná doba klade na všechny zvýšené nároky pracovní, fyzické i psychické. Práce ve zdravotnictví a v sociálních službách je náročná ve všech oblastech. Ošetřovatelství a sociální práce prošly od roku 1989 mimořádným rozvojem. Kompetence zdravotních sester a sociálních pracovníků se rozšířily, zvýšily se nároky na znalosti, dovednosti. Je to práce s lidmi a o lidech, a jako taková přináší uspokojení, ale zároveň i velkou zátěž. Žijeme v době velkého rozmachu lékařské vědy, díky které se zdraví stalo žádanou hodnotou. Ze strany společnosti jsou kladeny čím dál vyšší nároky na práci v oblasti zdravotnictví a sociálních služeb. V současnosti se ošetřovatelství a sociální práce studují v samostatných oborech na vysokých školách. Na ukončené studium navazuje proces celoživotního vzdělávání.

Zátěž a stres jsou součástí našeho každodenního života, setkáváme se s nimi v zaměstnání, v rodině i ostatních oblastech života. Změny se projevují nejen v emočním prožívání, chování a jednání, ale i po stránce tělesné. Dlouhotrvající stres nebo jeho projevy mohou mít vliv na celkový stav člověka i jeho život.

Zdravotní a sociální péče o občany dlouhodobě nemocné, postižené a nesoběstačné je obsažena v mé práci zejména z pohledu pomáhajících profesí - zdravotních sester, sociálních pracovníků a ostatních pracovníků v přímé péči. Zajímalo mne, jak se moje kolegyně a také kolegové (dnes již pracuje v těchto profesích i mnoho mužů) vyrovnávají se stresem. Jak prožívají emoce, vyrovnávají se s pohledem na bolest, utrpení, nesoběstačnost, závislost na druhém a smrt? Jak zvládají náročnou práci jako takovou, rodinu, jak jsou spokojeni s finančním ohodnocením? Každý člověk je

jedinečný, má své prožitky, zážitky, zkušenosti, ideály, pohled na svět a genetickou výbavu.

Cílem mé práce je zjistit nejčastější zdroje psychosociální zátěže z pohledu sester a dalších pracovníků ve zdravotnictví a sociální oblasti. Zaměřila jsem se především na pracující v léčebnách pro dlouhodobě nemocné a v pobytových sociálních službách. Tito pracovníci jsou vystaveni stresu a zátěži během své činnosti několikrát denně. Přináší jej samotná práce s klientem, komunikace s lékaři a nadřízenými, spolupráce v týmu, organizace práce, komunikace s orgány státní správy.

Volbou tohoto cíle chci upozornit i na problematiku syndromu vyhoření, kterým jsou ohroženi všichni pracující v pomáhajících profesích. Získané poznatky se mohou stát informačním zdrojem o tom, jak tyto problémy vnímají oni sami, a možná přispět ke zlepšení podmínek pro jejich zodpovědnou a velmi potřebnou práci.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Pomáhající profese

Pomáhající profese představují poměrně široký soubor nejrozličnějších povolání majících vztah k bezprostřední práci s lidmi, jsou však mnohem více službou a posláním, než rutinní prací. Zahrnují všechny profese, jejichž úkolem je poskytovat nějaký typ veřejné služby. Tato činnost může být vykonávána jako výdělečná i dobrovolnická. Do této oblasti můžeme zařadit širokou škálu povolání, počínaje advokáty, lékaři, duchovními, přes zdravotní sestry, sociální pracovníky až po dobrovolnou službu v různých typech organizací - hospice, nemocnice, organizace zabývající se pomocí obětem domácího násilí a mnoho dalších (13).

1.1.1 Zdravotní péče, sociální služba, sociální práce

Zdravotní péče je vysoce komplikovaný proces, vážně se dotýká převážné většiny lidí. Ve hře je zdraví, život a lidská důstojnost. Setkává se zde nemocný člověk s pečujícími personálem a cílem tohoto setkání je uzdravení z nemoci. Pokud toto není možné, pak alespoň dílčí pomoc ve smyslu úlevy v obtížích, úpravy postižených funkcí a zachování lidské důstojnosti. Jedná se tedy o pomoc nemocnému dle dostupných možností. Nemocný člověk trpí, je ohrožen ztrátou pro něj důležitých funkcí, někdy dokonce ztrátou života (35).

V léčebnách dlouhodobě nemocných a navazujících sociálních službách jde hlavně o činnosti v oblasti péče o ty klienty, jejichž zdravotní stav je spojen s poklesem funkčních schopností a soběstačnosti. Jedná se o omezení hybnosti, smyslového vnímání i jiných kognitivních funkcí. Klient není schopen uspokojovat své každodenní potřeby a naplňovat plány, udržovat kontrolu nad svým životem, jak byl zvyklý. Překážky mohou být i psychologické a sociální, „neschopnost“ v jedné oblasti může vyvolat „neschopnost“ v jiné oblasti.

Péče je forma napojení se na druhé a pomoc potřebným. Souvisí s asistencí, podporou a usnadněním života těch, co to potřebují. Usiluje o zlepšení kvality života při střetu s nemocí, postižením nebo ohrožením smrtí. Naplňuje důležité (zjevné nebo předpokládané) potřeby jedince i jeho rodiny. Péči někdy poskytujeme samostatně a odděleně od léčby, je převažujícím prvkem ošetrovatelství a je přirozená pro celé lidstvo (24).

Sociální služba je činnost nebo soubor činností zajišťující pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení pro člověka, který se ocitl nepříznivé sociální situaci. Nepříznivá sociální situace je oslabení nebo ztráta schopností z důvodu věku, dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou situaci, životní návyky a způsob života. Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav má dle poznatků zdravotní vědy trvat déle než jeden rok a omezuje duševní, smyslové nebo fyzické schopnosti a má vliv na schopnost sebeobsluhy a soběstačnost (3).

Sociální práce je v současnosti velmi široký pojem. Jedna ze starších definicí sociální práce například tvrdí, že „sociální práce je prostě to, co dělají sociální pracovníci“. Hanvey a Philpot tuto definici v převrácené podobě aktualizovali a tvrdí že „sociální práce je často to, co jiní – zdravotní sestry, lékaři, policie, atd. nedělají“. V současnosti se setkáváme i s mnoha dalšími pojetími sociální práce. Autoři Sheafor, Horejší a Horejší se opírají o koncept sociálního fungování, za cíl považují pomoc jednotlivci a sociálním systémům zlepšovat své sociální fungování a měnit sociální podmínky tak, aby chránily jednotlivce i tyto systémy před potížemi ve fungování. Jinou definici, kde východiskem je také koncept sociálního fungování, uvádí Navrátil, za cíl považuje podporu a fungování klienta v situaci, kde vzniká taková potřeba. Smyslem sociální práce je pomoci člověku vyjít ven z bludného kruhu (29).

Nelze vést ostrou hranici mezi zdravotní péčí a sociální prací, k jejich průniku by mělo docházet jak ve zdravotnických zařízeních, tak v sociálních službách. Zhoršení zdravotního stavu s sebou obvykle nese potřebu sociálních služeb. Žádoucí je, aby oba typy služeb byly poskytovány souběžně (26).

1.1.2 Úkoly jednotlivých pracovníků při poskytování zdravotní a sociální péče

Úkolem sestry je péče o nemocného. Plní pokyny lékaře, pečuje o pacienta po tělesné a psychické stránce, učí ho základní principy správné životosprávy, pomáhá mu naučit se používat různé kompenzační pomůcky. Každodenně se setkává s výsledky medicíny, je svědkem uzdravování, ale i smrti. Je blízko nemocnému a sdílí s ním jeho prožitky. Pacient jí sděluje své pochybnosti, obavy, strach z budoucnosti. Zasvěcuje jí do situací, které vlivem jeho onemocnění vznikají v jeho rodině. Od sestry se očekává určité sebeobětování v zájmu pacienta. Je prostředníkem mezi vědeckým světem lékaře a přirozeným světem pacienta (35). Sestra pohlíží na pacienta jako na celistvou osobnost, ochraňuje jeho lidskou důstojnost, práva, pomáhá mu hovořit o jeho potřebách a zájmech. Hájí pacienta pokud toho není schopen sám. Respektuje pacientovo právo být informován a sám se rozhodovat. Má povinnost podporovat zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a mírnit utrpení (24).

Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy, řeší sociálně právní problémy v zařízeních, které poskytují služby sociální péče. Zajišťuje sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti. Dále pak vykonává odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitaci (3). Tato profese vznikla jako reakce na potřebu řešit nové nepříznivé sociální situace, způsobující problémy nejen jednotlivci, ale i celé společnosti (4). Sociální pracovník pomáhá klientovi adaptovat se na změnu, případně integrovat do nové sociální sítě. Pamatuje zároveň na nutnost uchovat návaznost života, podržet souvislost mezi minulostí a současností, pracuje s klientovým životním příběhem. Spolupracuje s jeho rodinou, podporuje a pomáhá pečujícím rodinným příslušníkům. V praxi to znamená, že sociální pracovník poskytuje klientovi informace o právech, nárocích, možnostech využití dostupných forem pomoci. Na základě posouzení možností klienta uspokojovat své základní potřeby navrhuje zdroje, jež mohou být k naplnění potřeb využity. Pomáhá s uplatňováním práv, oprávněných zájmů, a při obstarávání osobních záležitostí. Nabízí klientovi přímou pomoc při realizaci či vyjednávání (29).

Pracovníci v přímé péči pomáhají klientovi při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu - při osobní hygieně, základní péči o vlasy a nehty, použití toalety, podávání jídla a pití, oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek, při změně poloh – vstávání, uléhání, přesun na lůžko nebo vozík. Dále pomáhají při prostorové orientaci a samostatném pohybu v prostoru. Zprostředkovávají kontakt se společenským prostředím, pomáhají využívat všechny dostupné služby, informační zdroje, pomáhají při obnově či udržení kontaktů s rodinou, podporují další aktivity a vyplnění volného času. Poskytují činnosti upevňující, podporující a rozvíjející osobní a sociální schopnosti klienta. Společně s klientem pracují na uskutečňování individuálního plánu zaměřeného na cíl klienta a podporují jej ve všech činnostech (2).

1.2 Pracovní kompetence a schopnosti pomáhajícího

Do čtyř zastřešujících oblastí shrnuje Oldřich Matoušek obecné předpoklady a dovednosti pro pracovníky v pomáhajících profesích:

- Zdatnost a inteligence
- Přitažlivost
- Důvěryhodnost
- Komunikační dovednosti

Jedinec pracující v náročné pomáhající profesi by měl být nejen duševně, ale také tělesně připraven zvládat velkou zátěž. Svou fyzickou kondici by si měl pravidelně a dostatečně udržovat, protože „tělo je prvotním zdrojem energie“. Inteligence je schopnost zejména pozitivního přístupu k získávání nových vědomostí a znalostí, a jejich další uplatňování v práci s klientem. Přitažlivost zahrnuje nejen fyzickou stránku pracovníka, ale hlavně to jakým způsobem jej přijímá klient. Způsob jednání, přístup k práci a ke klientovi samotnému. Jedná se o první krok k vytvoření pozitivního vzájemného vztahu mezi pracovníkem a klientem. Důvěryhodnost se vymezuje několika prvky, kam patří diskrétnost, spolehlivost, využívání moci a porozumění. Pracovník musí klientovi nabídnout atmosféru důvěry a porozumění, ale i dostatek času a pochopení. Klient musí

mít jistotu důvěry a bezpečí, že může pracovníkovi sdělit cokoli, bez obavy, že to bude sděleno dalším osobám. Zdrojem důvěry může být mnoho faktorů, které jsou závislé na fyzickém vzhledu, roli či jinak klientem subjektivně vnímaném znaku. Další důležitou nezbytností pro pomáhající profese jsou komunikační dovednosti. Je to prostředek navázání vztahu s klientem i prostředek řešení problému. Naslouchání, porozumění přáním a potřebám, podpora, vcítění se do pocitů druhé osoby, zpětná vazba je výsledkem komunikace (25).

Jiný pohled na požadavky a schopnosti pracovníků v pomáhajících profesích nabízí Zuzana Havrdová . Zabývá se dovednostmi z pracovní oblasti, které člení následovně:

- Schopnost orientovat se a plánovat postup - jde o schopnost vymezit potřeby, které má klient a jeho okolí, najít možnosti a určit plán spolupráce
- Schopnost podporovat a pomáhat v soběstačnosti - jedná se o zaměření na silné stránky klienta, podpora jeho soběstačnosti a sebeúcty
- Schopnost zasahovat a poskytovat služby - zahrnuje znalost metod a celého systému služeb, schopnost je využít ve prospěch klienta
- Přispívat ke kvalitnímu chodu dané instituce
- Vlastní odborný růst a kvalifikační postup (8)

1.3 Zátěž a stres

Pojem stres (napětí, zátěž) poprvé použil kanadský vědec H. Seyle, označil tak charakteristické fyziologické projevy, kterými organismus reaguje na různé zátěže. Stres a zátěž jsou považovány za samozřejmou součást našeho každodenního života. Vývoj společnosti přispěl k aktualizaci role zátěže a stresu v našem životě. Významné společenské změny a pokrok ve vývoji technologií přináší vyšší nároky a tím se stávají zdrojem zátěže a stresu. Co jednoho ničí, to naopak druhého motivuje. Stres může být kořením života, pokud působí ve zvladatelné podobě, může být stimulační a mít pozitivní dopad. Je to tím, že vyvolává na člověka tlak, který jej nutí k aktivní reakci,

adaptaci a překonání. Vyrovnání se s nároky vede k jeho dalšímu pozitivnímu vývoji (32).

Zátěží rozumíme požadavky vnějšího i vnitřního prostředí, kterým je schopen člověk vyhovět a dokáže se s nimi vyrovnat. Psychickou zátěž je možné definovat jako proces psychického zpracování a vyrovnání se s požadavky a vlivy životního a pracovního prostředí (39).

Stres představuje takovou kvalitu a množství požadavků, na které není schopen člověk (v dané situaci) pozitivně reagovat a neumí se s nimi vyrovnat. Důležité je to, jak situaci vnímá a prožívá sám člověk. Kvalita prožitku určuje, zda je situace zátěžová či zdrcující, nevladatelná, destruktivní neboli stresová (32).

Stres vzniká nejenom v důsledku přetížení a dlouhodobého přetěžování, ale i v důsledku nedostatečného zatížení, nedostatkem podnětů a nízkou stimulací (nuda) (33).

1.3.1 Druhy stresu

Negativně, záporně, s nelibostí prožívaný stres nazýváme distres (strach, zděšení, nenávisť), pozitivně laděné emoce (radostné vzrušení, očekávání, veselí, překvapení) spojujeme s pojmem eustres. I pozitivně laděný stres – eustres může vyvolat nepřiměřené nároky (náhlé úmrtí po zprávě o výhře v loterii) (20).

Stres rozlišujeme dále dle příčin. Vyvolávacím podnětem může být cokoli, teplo, chlad, záření, světlo (fyzikální), znečištěný vzduch, jedy, viry, bakterie (chemické), způsob života, mezilidské vztahy (psychosociální).

1.3.2 Frustrace, konflikt, trauma, krize, deprivace

Neočekávaná ztráta šance na uspokojení, znemožnění dosažení důležitého cíle se nazývá frustrace. Vyvolává prožitek zklamání. Nemusí vždy vyvolat nepřiměřenou reakci, může být i do jisté míry žádoucí, přinutí hledat člověka jiné řešení a pomáhá rozvoji jeho schopností (14).

Konflikt znamená střetnutí dvou nebo více zcela nebo do určité míry navzájem se vylučujících či protichůdných snah, sil a tendencí. Patří mezi běžné potíže (konflikt mezi lidmi, konflikt mezi tím co mohu a co chci). Negativní vliv má pokud je skutečně závažný, trvá příliš dlouho a člověk jej není schopen řešit. Dlouhodobý a nezvládnutý konflikt může působit jako stresující faktor (21).

Trauma je náhle vzniklá situace, která vede k poškození nebo ztrátě. Člověk ztrácí pocit jistoty a bezpečí, prožíváme úzkost, obavy do budoucna, smutek (například smrt blízké osoby, účast při neštěstí, živelné pohromě). Projeví se především v oblasti chování, může se vyskytnout panika, deprese (14).

Krizí rozumíme narušení psychické rovnováhy v důsledku náhlého vyhocení situace nebo dlouhodobého hromadění problémů (například selhání v zaměstnání, manželské problémy). Člověk může pociťovat depresi, úzkost, strach, nejistotu, beznaděj, ztrácet smysl života, být plačtivý, cítit se osaměle a nepochopeně (42).

Stav strádání a dlouhodobá frustrace se nazývá deprivace. Deprivace může vznikat také dlouhodobým nedostatkem běžných podnětů – emoční (city, láska), sensorická (smyslové podněty), spánková. Záleží na pocitu z ohrožení (postavení ve společnosti, práce), očekávání a prožívání (6). Je to stav, kdy významné potřeby (fyziologické či psychické) nejsou uspokojovány v dostatečné míře, přiměřeným způsobem a po dostatečně dlouhou dobu (41). Významným jevem deprivace je její dlouhodobost. Patří k nejzávažnějším zátěžovým vlivům, může nepříznivě ovlivnit jak aktuální psychický stav jedince, tak i jeho psychický vývoj do budoucna.

To všechno jsou přirozené reakce zdravého organismu na příliš velkou psychickou zátěž. Viktor Frankl, zakladatel logoterapie, mluví o tom, že v nenormální situaci je nenormální reakce právě normálním chováním. Člověk není blázen, ale prožívá psychickou krizi a pokud se mu podaří obnovit dobré životní podmínky, obnoví se i jeho zdravé prožívání (14).

1.3.3 Co vyvolává stres

Život ve společnosti vyvolává události a podněty, ty mohou vyvolávat zátěž a stres.

Obecně je dělíme na:

- Zátěžové životní události – různé povahy a intenzity (úmrť životního partnera, těžká nemoc, rozvod, ztráta zaměstnání)
- Chronické stresory – působí potíže a problémy, ovlivňují život a spokojenost (bydlení, pracovní spokojenost, dojíždění, péče o člena rodiny)
- Drobné denní nepříjemnosti a mrzutosti – zdánlivě bezvýznamné ale negativně vnímané situace a události (tlačence, přeplněná doprava, ztráta věcí, problémy s dětmi)

V každodenním životě se tvoří a vnikají hlavně v následujících činnostech:

- práce, zaměstnání – podřízenost a nadřízenost, denní režim, úkoly a povinnosti, organizace práce atd.
- mezilidské vztahy – rodina, komunikace
- společenské uplatnění a uznání – potřebnost a užitečnost pro společnost, ocenění zdraví – vnímání vlastního zdraví ve srovnání s rodinou, vrstevníky, a jeho hodnocení a prožívání (dobré, uspokojivé, nebo naopak)
- ekonomika, majetek – skutečná vlastní potřeba, vliv módy, touha, závist (16)

Dalším významným prvkem je hospodaření s časem, uspořádání denního rozvrhu. Čas bychom si měli považovat mnoho jej proplýváme, promarníme. Nedostatek času bývá výmluva, abychom se vyhnuli něčemu méně příjemnému či nepříjemnému. V dnešní době se konstatování o nedostatku času stalo symbolem prestiže mocných nebo vlivných osob. Měli bychom si uvědomit hodnoty, zda se nevyhýbáme přirozenému životu nadměrnou posedlostí prací, jestli nepatříme k těm, co si vše musí udělat sami – často i to, co by měli udělat jiní. Rozlišit důležitost a nedůležitost věcí (16). Umění asertivity – prosadit vlastní zájmy a cíle, aniž by byli ohroženy zájmy a cíle druhých, umění říci „ne“. Plánovat časové kapacity, porady a odmítat neočekávané, neobjednané. Neodkládat

nepříjemnou práci, udržovat pořádek ve věcech i na pracovišti, pravidelně hodnotit naše hospodaření s časem a hledat možnosti zlepšení (22).

1.3.4 Působení stresu

Nebezpečí psychosociálního stresu je v tom, že nepůsobí izolovaně, ale ve skupinách a jejich účinek se násobí. Stresové situace nadměrně zatěžují tělo i duši a mohou se stát příčinou onemocnění:

- tělesného
 - kardiiovaskulární systém (hypertenze, koronární choroby)
 - gastrointestinální systém (zvracení, žaludeční vředy, průjmy)
 - imunitní systém (náchylnost k nemocem, únava)
 - genitourinální systém (časté nucení na moč, dysfunkce)
 - svalový systém (bolesti hlavy, zad, hrudníku)
 - dýchání (nedostatečnost, hyperventilace, astma) (22)
- duševního
 - dlouhodobý smutek bez příčiny – deprese

Deprese je stav, kdy se člověk stává nepřítelem sám sobě, klade si za vinu neúspěchy, nemá z ničeho opravdovou radost. Sám sebe hodnotí jako velmi špatného, neznalého, jehož schopnosti a zkušenosti jsou k ničemu, společenské uplatnění je nulové. Dalším znakem deprese je nerozhodnost, poruchy spánku, stavy úzkosti a strachu bez příčiny. Tito lidé se cítí slabí, snadno se unaví (16).

1.3.5 Příznaky stresu

Příznaků je mnoho a různého druhu. Světová zdravotnická organizace (WHO) stanovila po dohodě seznam příznaků stresu. Obsahuje tři druhy příznaků – fyziologické, psychologické a behaviorální (chování).

- Příznaky projevující se v chování a jednání – behaviorální (objevují se nejdříve).
 - nerozhodnost, nejistota, dlouhé rozvažování v případě více možností volby (to či ono)
 - změněný denní rytmus, problémy s usínáním, spánkem, bdění, pozdní vstávání s pocitem únavy
 - nárek a bědování, vidění světa v temných až černých barvách
 - ztráta chuti k jídlu nebo naopak přejídání
 - nepozornost
 - snaha vyhnout se práci, úkolům, zodpovědnosti, nechut' do práce, malý pracovní výkon, nekvalitní provedení práce
 - zvýšená konzumace alkoholu nebo cigaret, drog všeho druhu (tabletky pro dobrou náladu)

- Příznaky projevující se v duševním životě - psychice
 - prudké změny nálady, od radosti ke smutku a opačně
 - zvýšená podrážděnost, popudlivos, úzkostnost
 - trápení se s nedůležitými věcmi
 - nadměrné pocity únavy
 - nadměrné starosti o zdraví a fyzický vzhled
 - neschopnost projevit emoce a sympatie k sobě i druhým
 - nadměrné snění a omezování kontaktů s lidmi (22)

Höschl a Šimek uvádějí, že o psychické zátěži lze hovořit jako o náročné životní situaci. Člověk se s ní vyrovnává technikami odvozenými buď od agrese nebo od úniku, a ty mohou mít na jeho zdraví různý dopad (15).

- Fyziologické příznaky
 - bušení srdce (zesílené vnímání – nepravidelnost, rychlost)
 - bolesti hlavy počínající v oblasti krku a šířící se přes temeno do čela
 - zvýšené napětí ve svalech na krku a v kříži (bolesti zad)
 - bolest a pocit svírání za hrudní kostí
 - nechutenství a nadýmání
 - bolesti břicha, svíravé až křeče (i průjem)
 - časté nucení na močení
 - ztráta sexuální touhy až impotence
 - změny v menstruačním cyklu
 - bodavé, řezavé, palčivé pocity v rukou a nohou
 - migréna, záchvatovitá bolest poloviny hlavy
 - vyrážka v obličeji
 - pocit knedlíku v krku
 - nesoustředění pohledu očí na jeden bod, až dvojité vidění (22)

1.3.6 Pracovní stres

Ukázalo se, že vysoce stresogenní je práce, při které jsou kladeny vysoké nároky na kvalitu, odpovědnost a nasazení pracovníka. Současně má pracovník malé možnosti rozhodovat o tempu, povaze a podmínkách práce (17).

Pracovní stres může být rozdělen do několika kategorií:

- problémy související s rolemi, které zastává (konflikt rolí)

- nároky související s obsahem práce (odpovědnost, zatížení)
- organizace práce (komunikace, kompetence, odpovědnost)
- perspektiva (nejasný osobní růst, nevyužitá kvalifikace)
- prostředí (hluk, prach, teplota, bezpečnost práce) (1)

1.3.7 Zátěž v práci sester a pracovníků v přímé péči

Práce ve zdravotnictví a dnes již i v sociálních službách je spojena s větší zátěží než jiné profese. Nadměrný stres zhoršuje zdravotní stav, produktivitu práce a přenáší se i do rodinného života. Vedle fyzické zátěže se stává stále závažnějším problémem zátěž psychická, její dopady na zdraví se posuzují obtížně, působí dlouhodobě a skrytě .

Mezi zátěž tělesnou můžeme zahrnout dlouhé stání, neustálé přecházení, zatížení páteře, svalů a kloubů při manipulaci s klientem. Setkávání se s nepříjemnými podněty jako jsou exkrementy, nehojící se rány, zápach, deformity, vyrážky, ohrožení infekcí. Narušení spánkového rytmu při směnování, nedostatek klidu a času na pravidelnou stravu a pitný režim. Dále sem zahrnujeme kontakt s dezinfekcemi, léčivými, pomůckami (rukavice), hluk, špatné osvětlení, záření.

Do zátěže psychické řadíme neustálou pozornost, sledování stavu klienta, rychlé přepojování činností, reagování na požadavky a změny, nároky na paměť, zodpovědnost, samostatnost v rozhodování a respektování pravidel. Rychlé a účelné jednání, nutnost improvizace a nárazový charakter práce. Dále je to konfrontace s utrpením, bolestí, smrtí, bezmocností, setkávání se s emocemi, intimitou a soukromými záležitostmi druhého člověka, komunikace s příbuznými. Působení bolesti a vykonávání řady činností, které běžně vzbuzují odpor. Porovnávání s vlastními zážitky a postoji, neustálé přemýšlení o svém životě, hodnotách a postojích, konflikt rolí. Nízké ohodnocení, neustálé učení a vzdělávání (1).

Setry a pracovníci v přímé péči jsou v nejužším kontaktu s klienty prakticky po celou pracovní dobu. Jsou u něho, když spí, vstává, vykonává hygienu, obléká se, jí, pomáhají

mu při běžných denních úkonech. Při této činnosti a ošetřování se dostávají ke klientovi velmi blízko, zasahují do jeho intimní zóny. Jsou přítomni, když trpí, nařká, selhává, je slabý a bezmocný. Vztah mezi klientem a sestrou nebo pracovníkem v přímé péči se utváří po celou dobu, může být velmi blízký a komplikovaný. Zabývání se lidmi ve stresu klade vysoké nároky na osobnost. Často se dostávají pocity bezmocnosti a nespravedlnosti. Vděk ze strany klienta nebo jeho rodiny, nemusí odpovídat úsilí a námaze, která byla vynaložena. Selhání v profesi skutečné nebo domnělé může zasáhnout do vlastního sebehodnocení. Na druhou stranu může tato práce, jestliže je v souladu s hodnotovou orientací, přinášet pocit větší smysluplnosti než jiné profese. Smysluplnost a zaujetí pro práci patří k faktorům zvyšujícím odolnost vůči zátěžovým životním událostem (17).

1.3.8 Reakce na stres

Reakce na stresové podněty jsou individuální, závisí na posouzení dané situace jedincem. Pokud je některý stresor vnímán jako ohrožení a jedinec je přesvědčen, že jej nezvládne, spouští se zátěžová reakce, a teprve pak vzniká stres. Lidé v podobných situacích nereagují stejně, záleží na tom zda v nich konkrétní situace stres vyvolá či nikoli. V této souvislosti hovoří psychologové o copingu – schopnosti zvládat zátěž. Ambiciózní člověk stres vyhledává a zdánlivě se cítí dobře v případě, že je maximálně vytížený, zdrženlivější povahy se snaží stresovým faktorům vyhýbat. Na to, co stres vyvolá, má vliv struktura osobnosti a charakter, dále rodinné, společenské nebo kulturní prostředí, které jej formovalo. I člověk dobře se vyrovnávající se zátěžovými situacemi může podlehnout stresu, když je toho na něho moc, nebo působí li dlouho. Záleží také na intenzitě, účinek mají i každodenní maličkosti, pověstná poslední kapka. Někdy za stres může i nevytíženost, nuda a malá motivace. Pracovní výsledky jsou neuspokojivé, teprve při jisté dávce stresu výkonnost stoupá a stres je vnímán jako výzva, ale při nadměrné zátěži výkon opět klesá. K dosažení stability je nutné udržovat poměr mezi vnitřním napětím, aktivací a vzrušením v rovnováze (33).

Nejčastější způsoby obrany

Útok je aktivní varianta obrany, tendence s ohrožující a nepřijatelnou situací bojovat. Člověk útočí přímo na předpokládaný zdroj ohrožení, nebo se zaměří na náhradní objekt, případně na člověka. *Agresí* rozumíme verbální i neverbální projevy násilí vůči sobě i ostatním. Nejčastější je verbální obviňování i sebeobviňování, sebevražedné tendence, porušování sociálních norem mezi lidmi a omezování či poškozování lidí. *Únik* z tíživé situace je opačná varianta řešení než útok či agrese, je to tendence utéci ze situace, která se zdá neřešitelná. Jde i o faktický útěk či přenesení odpovědnosti za řešení na jiného člověka (14).

Dalšími obrannými reakcemi, které nemusí být plně uvědomované, jsou popření, potlačení a vytěsnění, různé druhy fantazií, racionalizace, sublimace, regrese, identifikace, substituce, projekce, rezignace a další (41).

Termín *resilience* vyjadřuje, jak je jedinec odolný v těžkých situacích, jaká je jeho nezdolnost (37). Vystihuje míru elastičnosti, houževnatosti, mrštnosti, nezlomnosti, schopnosti rychle se vzpamatovat po ráně. Je to individuální schopnost zvládnout co nejrychleji a nejúčinněji stresovou nebo distresovou situaci. Člověk s vyšší mírou *resilience* se vyznačuje soudržnou osobností. Má ujasněno, co od něho život vyžaduje a co od života chce on. Svět vidí jako celek s určitým řádem, do kterého je zařazen. Životní problémy bere jako výzvu a úkoly, které se dají zvládnout. Záleží také na vnímání osobní zdatnosti, představě o tom, co je schopen zvládnout. Dále na sebejistotě, na pocitu schopnosti řídit chod dění a udržení kontroly nad svým jednáním v těžkých situacích. Patří sem i celkové naladění člověka. Hovoříme o naučeném optimismu nebo pesimismu, který se během života vytváří a mění. Roli hraje i smysl pro tragiku a smysl pro humor (19).

1.4 Syndrom vyhoření

Od sedmdesátých let 20. století se lékaři a psychologové zabývají stavy celkového vyčerpání. Jde o vyčerpání především psychické, které se pak projevuje v oblasti

poznávacích funkcí, motivace a emocí. Zasahuje a ovlivňuje postoje, názory, výkonnost a následně i profesionální chování a jednání. Tyto stavy se označují jako syndrom vyhoření, vypálení, vyhaslost, vyčerpání - „burnout syndrome“. Syndrom vyhoření jako pojem „burnout“ poprvé použil frankfurtský psychoanalytik Herbert Freudenberger ve své stati publikované v časopisu „Journal of Social Issues“ v roce 1974. Jde o metaforu anglického slovesa „to burn“, které znamená hořet, ve spojení „burn-out“ pak dohořet, vyhasnout. Původně silně hořící oheň značí vysokou motivaci, zájem, aktivitu a nasazení, přechází do dohořívání a vyhaslosti, kde již není materiál, který by živil hořící oheň a nemá již dál co hořet. Jedná se o aktuální problém, burnout syndrom ovlivňuje psychiku i kvalitu života osob, u nichž se vyskytuje. U nás je tomuto tématu věnována pozornost asi posledních 15 let. Národní centrum ošetřovatelství a jiných zdravotnických oborů v Brně zařadilo toto téma do výuky psychologie a do náplní praktických seminářů po roce 1994, kdy v časopise Sestra vyšel článek H. Haškovcové. První příručku o syndromu vyhoření vydal Statní zdravotnický ústav v roce 1998. Od této doby bylo publikováno mnoho článků, studií a publikací na toto téma. Motivace lidí, kteří chtějí pracovat v pomáhající profesi bývá podobná – pomáhat druhým lidem. Do práce vstupují s nadšením a ideály, později pak postupně zjišťují, s jak velkým nasazením výkonovým i emočním musí počítat. Poměr mezi investicí do práce a ziskem z ní se snadno stane nerovným, pomáhající dává víc než dostává a práce nesplňuje očekávání (18). V současné psychologické literatuře převládá pojetí syndromu vyhoření jako stavu psychického vyčerpání, které je důsledkem chronického stresu v práci (28).

Každý z nás může být vystaven chronickému stresu nebo dlouhodobé zátěži a nemusí být schopen najít cestu ven. Nezáleží na tom, zda se jedná o workholika, manažera či ženu, která má na starosti kromě zaměstnání také děti a rodinu. Je jedno, zda je přetěžován v zaměstnání, nebo se musí vyrovnávat se složitou životní situací. Nevyhýbá se nikomu.

V mezinárodní klasifikaci nemocí dle WHO je vyhoření zařazeno do doplňkové kategorie diagnóz, není klasifikováno jako nemoc. Dle názoru Christiana Stocka se jedná o novější dobový jev, který se rozmáhá v důsledku změn v pracovní oblasti, globalizace,

rozpadu rodinných struktur a demografického rozvoje. Vyhoření není totéž co stres. K vyhoření dochází v důsledku chronického stresu. Stresové faktory hrají zásadní roli. Stres je tedy příčina, vyhoření důsledek. Syndrom vyhoření je způsoben výhradně chronickým stresem a dlouhodobou nerovnováhou mezi zátěží a klidem, tedy mezi aktivitou a odpočinkem (33).

1.4.1 Typické příznaky syndromu vyhoření

Nejtypičtější vlastností syndromu vyhoření je šíře, jakou se dotýká života člověka . Zasahuje do psychiky, tělesné roviny i sociálních vztahů.

Vyčerpání - postižený se cítí tělesně unavený a emočně vysílený. Ztrácí kapacitu pro lidi, nechce slyšet starosti, nemá chuť být empatický. Je podrážděný, nepřátelský, necitlivý. Práce, rodina i přátelé se stávají přítěží (1).

Odcizení – postupná ztráta ideálů, cílevědomosti a zájmu. Počáteční nadšení je postupně nahrazováno cynismem. Klienti či pacienti začínají být vnímáni jako přítěž, nadřízení začínají být vnímáni jako zdroj ohrožení a spolupracovníci jako obtěžující. Pracovní nasazení jedince se snižuje na minimum. Problémy z práce se přenáší i do soukromého života, je podrážděný nebo naopak apatický, v extrémním případě dochází až k dobrovolné izolaci (nemá zájem cokoli společně podnikat s rodinou či přáteli). Projevem odcizení je negativní postoj k sobě samému, životu, práci, ostatním, dále ztráta schopnosti navázat a udržet společenské vztahy, ztráta sebeúcty, pocit vlastní nedostatečnosti a méněcennosti.

Snížení produktivity - pokles výkonnosti souvisí se ztrátou důvěry ve vlastní schopnosti, a proto se vzhledem k profesi považuje za neschopného. Na práci, kterou dříve zvládal bez problémů, potřebuje mnohem více času a energie. Prodlužuje se doba nutná k odpočinku organismu, prodloužený víkend, dovolená nestačí k obnově sil. Projevem poklesu výkonnosti je nespokojenost s vlastním výkonem, nižší produktivita, vyšší spotřeba času, ztráta nadšení a motivace, nerozhodnost, pocit selhání (33).

1.4.2 Vývoj syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření je vnímán jako dlouhodobý proces, většina autorů popisuje jeho vývoj ve fázích. Postižený prochází fázemi postupně, někdy i některé přeskočí. Nejjednodušší model se skládá ze tří a nejsložitější ze dvanácti, vzájemně se prolínají a překrývají. Například fázový model autorů Edelwiche a Brodského: idealistické nadšení – stagnace – frustrace – apatie. Skoro všechny modely vychází z příkladu typického jedince (33).

Na syndrom vyhoření se můžeme podívat z hlediska vývoje pracovníka v pomáhající profesi.

První fáze je nadšení. Naděje, nerealistické očekávání, velké ideály, nadšení, energii, vnímavost, nové nápady, to vše si přináší nováček do své profese. Začínající má pocit, že může pomoci všem, a je přesvědčen, že když se bude snažit, podaří se mu to. Vše je nové, zajímavé, má chuť uplatnit vše, co již umí a je zde také výzva naučit se něco nového. Práce jej baví, přináší uspokojení, má pro něho smysl a mnohdy se stává nejdůležitější aktivitou. Je ochoten jí věnovat spousty energie a času nad rámec povinností. Nebezpečím je, že neumí hospodařit se svými silami a přecení se. Má velké pochopení pro klienty, má pocit, že jim rozumí. Mnohdy se nováčkovi zdá, že služebně starší kolegové se už tolik nesnaží. Fáze trvá různě dlouhou dobu, záleží na kolektivu a podpoře. V dobrém kolektivu lze pracovat s nadšením i dlouhodobě (1).

Následující fáze je vystřízlivění. Počáteční nadšení pomalu dohasíná, poznává, že některé případy se opakují, vynaložená práce se ne vždycky zúročí, klienti se vracejí, někdy využívají i zneužívají péči. Zažívá pocity nevděku, neúspěchu, promarněných šancí. Slevuje z očekávání i ideálů. Práce pomalu zevšedněla, nestojí tolik energie a sil, získává rutinu, již nestojí v centru zájmu. Ve volném čase se již věnuje přátelům, koníčkům, pomýšlí na pořízení vlastního bydlení a založení rodiny. Zjišťuje, že na velké plány finanční ohodnocení nestačí a postupně se dostavuje nespokojenost. Není to ještě vyhoření, stále odvádí dobrou práci a věnuje se rozvoji osobního života. I tato fáze trvá

různě dlouho, komu se podaří spokojený soukromý život a dobré zázemí, k vyhoření dojít nemusí (1).

Další fází je nespokojenost, někdy bývá nazývána frustrací. Začíná se kriticky vyjadřovat k věcem, se kterými nesouhlasí, pokouší se i o změny. Má dostatek zkušeností a vidí, co by bylo účinnější. Klade si otázky o významu pomoci lidem, o smyslu života, kam jdou vynaložené peníze, o různých zaváděných opatřeních. Přestává ochota pracovat navíc, nechce vykonávat práci, kterou považuje za zbytečnou, což vede ke konfliktům s nadřízenými i spolupracovníky. Nespokojenost se dostavuje v oblasti malého ocenění práce, nedostatku úspěchu a ohodnocení. Zvažuje, zda vhodně zvolil své povolání, přemýšlí o změně profese. Nepodaří li se dosáhnout změn, které si přeje, dostavuje se pocit frustrace. Vytrácí se loajalita k zařízení, později i pracovišti, ztrácí zájem. Tato fáze trvá také různě dlouho a vyžaduje změnu. Nespokojenost je důvodem ke změně. Aktivnější se o ni pokusí a může se i podařit něco změnit. Někteří se ani nepokusí a nebo se změna nepodaří, pak nastupuje další fáze (1).

Apatie. Práce je pouze zdrojem obživy, neuspokojuje. Pracuje jen do výše svého platu, hlídá pracovní dobu, hledá únik (přichází co nejpozději, odchází co nejdříve). Drží se zavedeného způsobu práce, vyhýbá se novým úkolům. Práci s klientem omezuje na minimum, začne se vyhýbat i spolupracovníkům. Přenechává práci druhým, vítězí snaha udržet si místo a moc se nenamáhat. O změně sice hovoří, ale nechce ji, nebo jí už není schopen, najde argumenty proti. O klientech se začíná vyjadřovat nelichotivě, vidí je jako náročné, nevděčné. Nepřemýšlí o práci, novému se vyhýbá, nemá zájem o další vzdělávání. Nic nemá cenu a je zbytečností se namáhat. energii investuje do vymáhání zlepšení vlastních podmínek. V situaci předstírané práce lze setrvat dlouhou dobu, čekat zda se něco stane (1).

Jiný pohled na vznik vyhoření nabízí popis tří cest.

Ztráta ideálů – počáteční nadšení se postupně vytrácí při setkávání s potížemi, realitou, překážkami. Vytrácí se smysl práce společně s důvěrou ve vlastní schopnosti.

Workoholismus - závislost na práci. Člověk jí propadne stejně jako droze. Je to nutková vnitřní potřeba hodně pracovat a tak uniknout před jinými pocity. Lidé intenzivně pracující s vysokým osobním nasazením a bez odpočinku, bývají snadno ohroženi vznikem syndromu vyhoření. Potíž je v tom, že je přehlušen další hektickou činností.

Teror příležitostí – popisuje pocit, že práce roste pod rukama. S každým novým úkolem se po čase objeví mnoho dalších, které představují lákavou příležitost k navázání na výchozí. Příležitost láká, ale po čase se ukáže, že nelze dostát všem závazkům. Rozpracované záležitosti spotřebovávají veškerý čas a energii. Neschopnost slevit vede k vyhoření. Je způsoben spíše nedostatkem času v životě, chybným odhadem, kolik to bude vyžadovat času, a někdy i neschopností říci ne. Tento popis se více hodí na nezdravotnické pomáhající profese (18).

1.4.3 Rizikové faktory a okolnosti vzniku syndromu vyhoření

V prohlášení Evropské agentury pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci (OSHA) z roku 2007 jsou jako příčiny pracovního stresu obecné rizikové faktory. Nejistota práce spojená s nestabilitou a s trhem práce, obava ze ztráty zaměstnání. Globalizace a nebezpečí přesouvání pracovních míst do zahraničí. Úbytek jistot v souvislosti s novými formami pracovních smluv (na dobu určitou, kratší pracovní úvazek, přesčasy, dovolená). Dlouhá pracovní doba a růst produktivity. Rušení pracovních míst a nahušťování pracovní náplně. Rostoucí emocionální náročnost práce. Neslučitelnost zaměstnání a soukromého života.

Zvýšená pracovní zátěž. Svět se mění a méně lidí vykonává stále víc pracovních povinností. Moderní technologie přináší nové druhy činností a úsporná personální opatření vedou k nahuštění pracovní náplně. Naše současná společnost je informační a to

znamená, že člověk je zaplavován spoustou informací, údajů, textů a vzdělávacích materiálů, musí zpracovat velké množství informací. Mimo to žijeme také ve společnosti služeb a to znamená, že jsou kladeny vysoké nároky na kvalitu, pružnost a rychlost. Připočtíme regulativní prostředí, zejména v pomáhajících a pečujících profesích, od nichž úřady vyžadují neustálý přísun nejrůznějších dat, formulářů a oficiálních zpráv. Příkladem je práce se seniory, kdy dokumentace zabere více času, než kolik ho pracovník má na to, aby rozvíjel osobní vztahy se seniorem a věnoval se jeho opravdovým potřebám. Snadná dosažitelnost (mobilní telefony, sociální sítě), neumožňuje pracovat na jedné věci a dokončit ji bez přerušování a vyrušování. Vzrůstá potřeba stále se něco nového učit, ovládat v rychlejších čase, tzv. za pochodu (33).

Nedostatek samostatnosti, předpisy, pravidla, dohled nadřízených, nemožnost ovlivnění situace, pracovního prostředí a omezenost v rozhodovacích pravomocích, to vše svazuje. Pokud člověk podléhá přílišné kontrole, nemůže se svobodně realizovat v zaměstnání a vzrůstá jeho nespokojenost (33).

Nedostatek uznání. Není li člověk za své úsilí dostatečně odměněn, pracuje bez motivace. Nejedná se jen o finanční ohodnocení, ale i o pocit, že si jeho práce někdo váží a dovede ji ocenit. Důležité je i povzbuzení. Nespravedlivé hodnocení výsledků a omezené možnosti kariérního růstu nemotivují a přispívají k nespokojenosti.

Špatný kolektiv. Člověk tráví stále více času v práci se svými kolegy, než s rodinou a přáteli, proto je velmi důležitý pracovní kolektiv. Pokud je nepřátelský, odměřený, chladný, necítí se v něm dobře. V týmu, kde převažuje vzájemná neúcta, závist, nevraživost, se snižuje výkonnost. Nedostatek vzájemné soudržnosti, podpory, důvěry a spolupráce může vyvolat ohrožení (33).

Dále jsou uváděny také rizikové faktory z hlediska technického charakteru pracoviště: nedostatečné prostory, špatné osvětlení, hluk, špatné vnitřní klima (38).

V poslední době se také zkoumají sociálně-psychologické souvislosti způsobující syndrom vyhoření, především ty, které jeho vznik usnadňují nebo naopak omezují. Jde o předpoklad, že za určitých podmínek se může člověk naučit myslet, cítit a jednat jako

vyhořelý, pokud se identifikuje se skupinou, která má tendence k takovému způsobu jednání, myšlení a prožívání. Někteří autoři považují ženy za více ohrožené syndromem vyhoření proto, že se více emocionálně angažují a jsou mnohem senzitivnější. V některých pomáhajících profesích převažují právě ženy, a proto i nerovnovážné zastoupení žen v jednotlivých výzkumech může vést ke zkreslení. Za klíčový faktor je považována osobnost jedince, systém sociálních vztahů a vazeb, jež vytváří ve vztahu k okolí a také z okolí přijímá (17).

1.4.4 Proces vyhoření lze v každé fázi zastavit vnější nebo vnitřní změnou.

Vlastní intervence – pracovník se rozhodne udělat změnu sám. Nejlépe ve fázi nespokojenosti, pokud si uvědomí vlastní situaci a zvolí aktivní přístup k hledání řešení. Někdy postačí delší dovolená na odpočinek a načerpání energie nebo dočasná změna pracovního zařazení či lepší organizace osobního volna. Pozitivní může být i další vzdělávání, zvýšení kvalifikace nebo jen získání nových poznatků, nechat se zaujmout. Mnohdy postačí osobní změny, někdy je nutno místo opustit a začít někde jinde.

Nová míza – tak nazývají autoři tuto fázi. Jde o přehodnocení postojů k práci, klientům nebo spolupracovníkům. Člověk si ujasní, jaké místo zaujímá v jeho životě zaměstnání, podmínky za kterých by mohl v práci setrvat a být dobrý. V této době má již dostatek zkušeností, může se zaměřit na to, co mu jde, rozlišovat a být reálnější v plánech, tím se zvýší jeho motivace. Vidí své skutečné možnosti a zná své meze. Pokud je si jist sám sebou, může se pokusit prosadit nebo zavést něco nového (1).

Cílená specializace a týmová spolupráce – navazuje na předchozí fázi. Díky zkušenostem ví, že je lepší pracovat v týmu, ve spolupráci s ostatními, podělit se o klienty, o práci a zodpovědnost. Dobrý kolektiv je schopen podržet spolupracovníky, posilovat jejich kompetence. Pocit sounáležitosti a spolupráce vytváří dobrou atmosféru na pracovišti a lidé se zde cítí dobře (1).

1.4.5 Prevence

Charakteristické pro vyrovnaného člověka je tolerantní chování, respektování osobitosti situace a asertivní projev. Toto je potřebné k výkonu péče, aby si člověk udržel odbornost, vcítění, hodnověrnost a respektování potřeb klienta (12). Syndrom vyhoření je důsledek nerovnováhy mezi profesním očekáváním a realitou. Tuto nerovnováhu je možno zmenšit na straně jedince tak, že se naučí ovládat základní postupy hodnocení stresových situací a strategie zvládnání stresu. Dále pak na straně zaměstnavatele změnou jeho organizace a kultury. Z vnějších okolností je to především sociální opora, která má hlavní zdroj v rodině, zaměstnání, od přátel a známých, ve využití volného času, v realizaci koníčků a zájmů. Psychosociální stres zasahuje somatickou stránku člověka, ale jeho ovlivnění je spíše na úrovni osobnosti jedince.

Hlavní faktory uváděné jako předcházení vyhoření jsou:

- Nalezení smysluplné pracovní činnosti
- Získání a převzetí profesionální autonomie a opory
- Podpora přirozeného vztahu k práci a dalším životním aktivitám, včetně poznání toho co člověk prací přináší a co práce dává jemu (33).

Prevence na osobní úrovni je vlastní smysluplný, příjemný a aktivní život mimo pomáhající profesi. Musí se postarat o to, co mu dodává sílu a radost. Někdy stačí více odpočinku, jindy změna životního stylu, prověření „sociální sítě“, realistické nastavení požadavků na sebe i na druhé. Mnohdy stačí na změny sám, jindy je nutno vyhledat pomoc, opatřit si informace, sdílet situaci s někým kdo, tomu rozumí. Posilovat sebevědomí přijetím faktu, že může selhat a že tím neztratí své ostatní přednosti. Člověk by měl o sebe pečovat (udělat si radost, dopřát koupel, masáž, kadeřníka), mít se rád, přijímat se takový jaký je, snášet své vlastnosti. Ocenit sebe i druhé, odměnit se co nejčastěji pokud má pocit, že si to zaslouží (10).

Každý člověk pracující v pomáhající profesi by měl znát hranice svých možností, měl by vědět, že požádat o pomoc není selhání. Sebepoznání vede k střízlivému pohledu

na sebe. V náročných situacích pozná, jaký je, co zvládne a co ne, jak je odolný, jak reaguje. Důležité je nezapomínat na svůj život, rodinu, přátele, koníčky. Zázemí, kde ho mají rádi, kam se rád vrací, místo kam patří je zdrojem životní energie. Zájmy, koníčky obohacují jeho život, jsou zdrojem potěšení, emočních zážitků (smích, hra, city). Sport, pohybové aktivity, odpočinek, životospráva jsou potřeby těla, zdravý životní styl znamená aktivní přístup k životu a odpovědnost za své zdraví (1)

Každý člověk je jiný. Pro toho kdo se setkává s osudy lidí, cítí s trpícími, bývá velmi těžké se s koncem pracovní doby oddělit od pocitů. Je mnoho způsobů jak toho dosáhnout, každému vyhovuje něco jiného. Jak se vyrovnat s tím, když člověku není dobře, můžeme shrnout do čtyř skupin:

- ∴ Rodina - lidé doma (manžel, děti, vnoučata)
- Přátelé – kamarádi, známí (popovídání, vyslechnutí)
- Relaxace – sport, koníčky, dobré jídlo, popř. nakupování, kniha a mnoho dalších
- Řešení problému s nadhledem (22)

Neefektivní je vyrovnávání se stresem užíváním návykových látek (tabák, káva, alkohol, léky), zátěž se naopak zvyšuje. Únik do jiné práce nebo čekání, že se to nějak vyřeší, není řešení. Obviňování druhých nebo „osud“ také nevede k řešení, naopak oslabuje zdroje sociální opory, pokud od sebe odežene lidi, zůstává na vše sám.

Co by měl umět každý člověk pracující v pomáhající profesi, aby nevyhořel? Hospodařit s časem, stres nastává pokud je nutno v krátké době vykonat velké množství práce. Jde li o práci nárazovou, napnout všechny síly, ale pak si dopřát odpovídající odpočinek. Pokud jde o chronický časový stres, pak je nutné se zamyslet nad organizací práce, přehodnotit kompetence, využít pomůcky, zapojit více lidí, přeorganizovat povinnosti (1).

Pokud nemůže ovlivnit výsledky své práce, je nutné změnit vlastní vnitřní postoj, aby se netrápil nezměnitelnými skutečnostmi a necítil za ně vinu. Najít dobrý osobní důvod,

proč vykonává tuto profesi, aby se mohl vyrovnat s pocitem nedostatečného ocenění, uznání a finančního ohodnocení (33).

Naučit se hovořit o tom, co mu v práci vadí, s čím nesouhlasí, co oceňuje, co jej těší. Nepotlačovat vlastní pocity, ale mluvit o nich, vyjadřovat je. Komunikace je prostředkem vytvoření dobrého pracovního kolektivu. Zachovávání citlivého přístupu a zároveň profesionálního odstupu. Hranice, kdy pracuje pro druhé, ale neztrácí sám sebe. Bránit se rutině a stereotypu zkoušením nových technik, způsobů práce, nebránit se vzdělávání, doškolování, získávání nových poznatků. Být otevřený tomu co se děje kolem něho a vnímat to jako výzvu, protože to může přinést do jeho života potřebný pohyb a dynamiku (1)

Organizace by měla mít zájem o své zaměstnance, aby se pacientům či klientům dostávalo vlídné a zaujaté péče lidmi, kteří nejsou vyčerpaní, podráždění, citově okoralí, a práce nebyla jen předstírána. Pro náročnou práci je vhodné mít stabilní dobře fungující pracovníky. Vedoucí pracovníci by měli podporovat týmovou práci, protože v prevenci vyhoření je velmi důležitá sociální opora a to i na úrovni stejně postavených spolupracovníků. Týmová práce je základní podmínkou efektivity a produktivity práce. Atmosféra sounáležitosti a týmový duch vede k vyššímu výkonu, radosti, uvolnění energie a motivaci. Práce se stává spíše zážitkem a výzvou než povinností. Dobrém týmu lidé vědí, co je jejich cílem, všichni se podílí na společné práci, každý má svou odpovědnost a povinnosti, může vyslovit svůj nesouhlas a o vzniklém problému diskutovat a hledat přijatelné řešení, do práce vnášet vlastní nápady. Tým uspokojuje potřebu člověka někam patřit, být užitečný, něco znamenat, být akceptován. Dále do péče o zaměstnance můžeme zahrnout racionální rozpisy služeb (sdružené větší volno), regenerační programy, poukázky na sportovní aktivity. Spolupráce s psychology a odborníky při tvorbě programů k osvojení dovedností nutných k zvládnání a předcházení stresu, zaměřených na rozvoj osobnosti, nácviků relaxací, zdravý životní styl, vzdělávání. Pravidelné hodnocení práce, ocenění a pochvaly, přizvat pracovníky k rozhodování o modernizaci a přestavbách, prostorových změnách, nákupu pomůcek. Umožňovat

výměnu zkušeností a názorů, podporovat neformální setkání a supervizi jako nástroj rozvoje a podpory (1).

1.4.6 Supervize

Supervize představuje důležitou oblast profesního růstu. Původně byla běžnou součástí poradenství, psychoterapie a sociální práce. V posledních letech je stále více žádána a oceňována i v dalších oblastech práce s lidmi v pomáhajících profesích, medicíně, školství, výchově, managementu, pracovních týmech, organizacích.

Slovo supervize může vyvolávat představu jakési vyšší kontroly, hodnocení. V koncepci supervize Českého institutu pro supervizi však supervizi rozumíme bezpečnou, laskavou a obohacující zkušenost. Supervizor má být průvodcem, který pomáhá supervidovanému jedinci, týmu, skupině či organizaci vnímat a přemýšlet nad vlastní prací a vztahy, být u nalézání nových řešení problematických situací. Supervize může být zaměřena na prohloubení prožívání, lepší porozumění, uvolnění tvořivého myšlení a rozvoj nových hledisek profesního chování. Současně může být supervize také modelem učení z vlastní práce. Cílem supervize tak může být vyšší uspokojení z práce, zvýšení její kvality a efektivity, prevence profesního vyhoření (31).

Hess uvádí, že supervize je čistá mezilidská komunikace, jejímž obecným cílem je, aby se jedna osoba, supervizor, setkávala s druhou, supervidovaným, ve snaze zlepšit schopnost supervidovaného účinně pomáhat lidem. Loganbill hovoří o intenzivně, mezilidsky zaměřeném individuálním vztahu, v němž je úkolem jedné z osob usnadňovat rozvoj terapeutické kompetence druhé osoby (9).

Havrdová popisuje supervizi jako formu podpory profesionálního růstu, příležitost k reflexi možností, jak jinak rozumět, jaké zaujímat postoje, jak jednat v situacích s klientem a kolegy, s cílem zvyšovat svou profesionální kompetenci (8).

Supervize jako metoda kontinuálního zvyšování profesionální kompetence poradce, vede pracovníka k samostatnému vykonávání profese, chrání klienta a současně chrání status profese nebo profesní skupiny (4).

Hlavním úkolem supervizora je pomáhat pracovníkům s jejich problémy s klienty. Supervize představuje metodu, která může pomoci ověřit, zda služby, které klientovi poskytujeme, odpovídají jeho potřebám a zakázce, ale také schopnostem a možnostem daného pracoviště (19).

Obecně je možno říci, že supervize pomáhá získat nadhled. Jako základní cíl supervize v organizaci, která poskytuje služby, je zajištění dobré kvality služeb jejím klientům (27).

Supervize slouží k vyjasnění poslání pracoviště a celé organizace, k prevenci syndromu vyhoření pracovníků, k prevenci přepracovanosti, k účinnému zvládnutí pocitů bezmoci a viny, k účinnějšímu zacházení s vlastními zdroji pracovníků (40).

Supervizi provádí supervizor, člověk s autoritou, důvěryhodný odborník. Interní supervizor je pracovník organizace, může jím být nadřízeným nebo k tomu určený pracovník. Externí supervizor není zaměstnancem organizace, přichází zvenčí a to mu umožňuje nezaujatý pohled, nedochází zde ke křížení rolí (nadřízený, podřízený). Supervidovaným je jednotlivec, skupina nebo tým. Rozlišujeme tedy individuální, skupinovou nebo týmovou supervizi. Zabývá se vším, co přináší práce s lidmi, zaměřuje se na porozumění vztahům, pocity, konflikty, podporu zaměstnanců a prevenci vyhoření. Má velmi široký záběr a záleží na tom, co supervidovaní potřebují nebo co je důležité k řešení, je i způsobem dalšího vzdělávání. Pomáhá porozumět motivům, rozhodování, pomáhá sladit myšlení a jednání, hledá odpovědi na různé otázky(1).

Supervize se rozlišuje dle způsobu provádění na administrativní, výukovou, podpůrnou. *Administrativní* vychází z daného, to znamená, z toho, co má supervidovaný naplnit (standarty práce, ošetřovatelské plány). Pomáhá mu při objasňování a motivaci, aby uspěl v dosahování zadaných cílů. *Výuková* supervize plní také dané kompetence, znalosti, dovednosti a postoje. Supervidovaný jich chce sám dosáhnout, nebo se jedná o

součástí jeho pracovní role. Mohou přispět ke zlepšení práce s klientem či pracovní situace. Používá metody pokládání otázek a formulace potřeb učení, motivuje získat nová poznání, dovednosti či postoje. *Podpůrná* nebo také poradenská supervize je především o dodávání síly, odvahy ke snášení stresu, zvládnání vlastních reakcí, překonávání obtíží v práci, ve vztazích s kolegy a s vedením organizace(1). Může probíhat v pravidelných intervalech, příležitostně, neformálně. Dalším typem je supervize krizová, která je vyžádána nebo vynucena okolnostmi (8).

Shrnutí: supervize je forma učení v bezpečném, laskavém tvořivém prostředí, kde je v popředí spíše usnadňující než kontrolní funkce. Tedy poskytování podpory, objasnění, případně vnitřní očista. Ne pouhé podávání informací, rad, příkazů či zákazů. Supervize se nedá naučit z knih, vychází z praxe a měla by s ní zůstat úzce spojena (34).

2.CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Cílem mé bakalářské práce je zjistit jak vnímají psychosociální ohrožení zdravotní sestry a sociální pracovníci, zda jsou ohroženi syndromem vyhoření. Zaměřila jsem se především na respondenty pracující v léčebnách dlouhodobě nemocných a v pobytových sociálních službách, které se věnují hlavně seniorům. Dále také zjistit zda psychosociální zátěž vnímají stejně nebo zda je rozdíl v jejich ohrožení.

2.2 Hypotézy

Hypotéza H1: Sestry a sociální pracovníci v léčebnách dlouhodobě nemocných a v pobytových sociálních službách vnímají prvky psychosociální zátěže stejně

Hypotéza H2: Ohrožení více vnímají pracovníci, kteří pracují v oboru více než 11 let.

Hypotéza H3: Syndromem vyhoření jsou více ohroženi pracující v oboru ve věkové skupině nad 41 let.

3. METODIKA

3.1 Použité metody a techniky výzkumu

Ve výzkumné části jsem použila kvantitativní metodu dotazování, techniku dotazníkového šetření

3.1.1 Technika dotazníku

K dotazníkovému šetření jsem použila dotazník, který mi poskytl vedoucí mé bakalářské práce. Tento dotazník vychází z Hladkého a Žídkové a pro účely své diplomové práce „*Psychosociální zátěž při práci sester a sociálních pracovníků*“ (2010) jej upravila Lucie Kuřátková. Původní dotazník byl rozsáhlejší a byl konstruován pouze pro sestry, proto pro účely diplomové práce vybrala vhodné položky a vytvořila některé vlastní položky aplikovatelné na sestry i sociální pracovníky.

Převzatý dotazník obsahuje celkem 35 otázek (viz příloha č. 1) a je rozdělen na dvě části. První část dotazníku je zaměřena na posouzení psychosociální pracovní zátěže sester a sociálních pracovníků. Ve druhé části jsou obsaženy otázky, které by měly odhalit, do jaké míry se u dotazovaných respondentů (tj. sestry a sociální pracovníci) projevuje syndrom vyhoření.

Prvních 5 otázek je identifikačních, týkají se věku, pohlaví, vzdělání, pracoviště a délky práce v oboru respondenta. Ostatní otázky jsou uzavřené, to znamená, že respondent měl možnost označit pouze jednu odpověď, která se nejvíce přiblížila k jeho osobnímu názoru. Souhlas s předloženým tvrzením hodnotili respondenti na pětibodové škále. Otázky č. 6 – 17 v první části a otázky č. 1– 6 v druhé části: plně souhlasím, spíše souhlasím, někdy ano a někdy ne, spíše nesouhlasím, vůbec nesouhlasím. Otázky č. 7 – 18 druhé části hodnotili: vždy, často, někdy, zřídka, nikdy.

Zpracování odpovědí jsem provedla manuálně, kdy každý dotazník byl vyhodnocen zvlášť a výsledky jednotlivých odpovědí zaznamenány, pak sečteny za každou skupinu a vyhodnoceny pomocí statistického programu Excel 2007 MS Office (pomocí funkce četnosti a chi kvadrátu) a zvolena 5% hladina významnosti . Grafické znázornění, tabulky

a válcové grafy byly vytvořeny pomocí programu OpenOffice.org Calc.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Pro spolupráci jsem přímo oslovila pracoviště: tři léčebny dlouhodobě nemocných (ve Vimperku, Strakonících a Prachaticích), dva domovy pro seniory (v Kúsově a Prachaticích) a své spolužačky a spolužáky pracující na odděleních dlouhodobě nemocných nebo v pobytové sociální službě pro seniory jako zdravotní sestry. Celkem jsem rozdala 100 dotazníků, vrátilo se mi 63 dotazníků (návratnost 63%).

Sociální pracovníky jsem z části oslovila přímo (při práci s mnohými již dlouhodobě spolupracuji) a část jsem oslovila prostřednictvím e-mailové komunikace (kontakty jsem získala z registru poskytovatelů pobytových sociálních služeb). Osloveni byly především pracovníci pobytových sociálních služeb zaměřených na seniory, sociální pracovníci léčeben dlouhodobě nemocných, zdravotnická zařízení provozujících pobytovou sociální službu dle § 52 zákona č. 108/2006, a moji spolužáci pracující na pozici sociálního pracovníka v pobytové sociální službě zaměřené na seniory. Oslovila jsem 130 respondentů, vyplněno se mi vrátilo 67 dotazníků (návratnost 51,5%), z důvodu neúplného vyplnění jsem 3 dotazníky vyřadila.

Výsledný soubor tvoří 63 zdravotních sester a 64 sociálních pracovníků, to je celkem 127 respondentů (viz. tabulka č.1).

Tabulka 1: Zkoumaný soubor

	zdravotní sestry	sociální pracovníci
žena	61	56
muž	2	8
celkem	63	64

Zdroj: vlastní výzkum

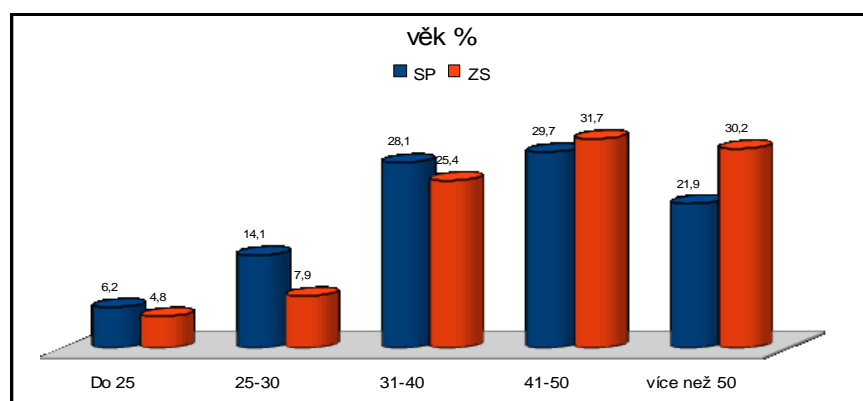
Ve skupině sester byli 2 muži (3,2%) a 61 žen (96,8%), ve skupině sociálních pracovníků bylo 8 mužů (12,5%) a 56 žen (87,5%), z celkového počtu 127 respondentů bylo 10 mužů (7,9%) a 117 žen (92,1%). Protože pracuji s nestejně velkými vzorky respondentů jsou výsledky uváděny i v %.

4. VÝSLEDKY

V jednotlivých grafech a tabulkách jsou v této části zobrazeny výsledky dotazníkového šetření. K jejich zpracování byl použit program OpenOffice.org Calc. Ke každé otázce byl vypracován graf. K vyobrazení jsem použila sloupcové grafy ve 3D vzhledu. Pracovala jsem s nestejně velkými skupinami respondentů, proto grafy zobrazují procentuální hodnoty. Pro přehlednost byly hodnoty zaokrouhleny na jedno desetinné místo a jsou uvedené v závorkách. Sloučené otázky byly hodnoceny tak, že po sečtení všech jednotlivých možností odpovědí respondentů byl vypočítán procentuální poměr pro danou odpověď. Ke statistickému hodnocení dat byl použit program Excel 2007 MS Office, pomocí chí-kvadrát testu, který spočívá v porovnání pozorovaných a očekávaných četností na 5% hladině významnosti.

Otázka č. 1 – Věk respondentů v %

Graf 1: Věk respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

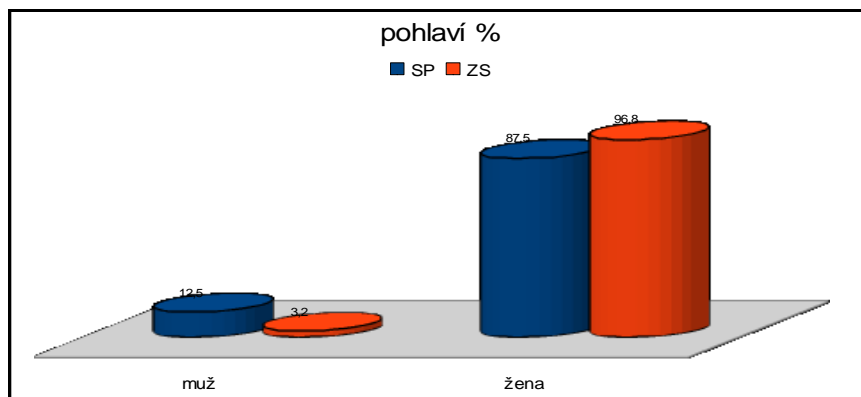
Z grafu vyplývá, že do věkové kategorie mladší 25 let spadají pouze 4 (6,2%) sociální pracovníci, ve věkovém rozmezí 25-30 let 9 (14,1%) sociálních pracovníků, v kategorii 31-40 let bylo 18 (28,1%) sociálních pracovníků, ve věku 41-50 let 19 (29,7%) sociálních pracovníků a ve věku nad 50 let 14 (21,9%) sociálních pracovníků.

Zdravotní sestry uvedly, že 3 (4,8%) patří do věkové kategorie do 25 let, do věkového rozmezí 25-30 let spadalo 5 (7,9%) sester, 16 (25,4%) sester uvedlo, že patří do věku 31-40 let, v kategorii 41-50 let bylo 20 (31,7%) sester a ve věku nad 50 let 19 (30,2%) zdravotních sester.

Největší rozdíly jsou v kategorii 25-30 let (patřilo sem 14,1% sociálních pracovníků a jen 7,9% sester) a v kategorii nad 50 let (kam patřilo pouze 21,9% sociálních pracovníků a 30,2% sester).

Otázka č. 2 – Vaše pohlaví v %

Graf 2: Vaše pohlaví

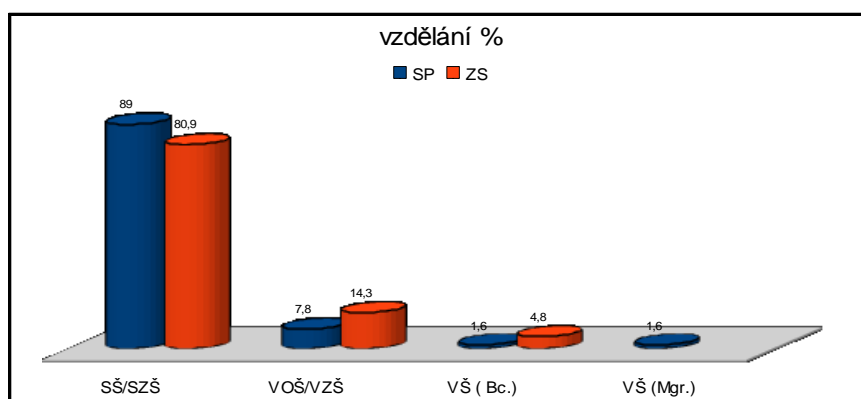


Zdroj: vlastní výzkum

Z tohoto grafu je jasné, že u obou dotazovaných pomáhajících profesí převládají ženy. Mezi respondenty sociálními pracovníky bylo 8 mužů, což tvoří 12,5% ze sledovaného vzorku. Mezi zdravotními sestrami se muži vyskytli jen 2 a to tvoří pouhé 3,2 % dotazovaných zdravotních sester.

Otázka č.3 – Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v%

Graf 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu je patrné, že mezi sociálními pracovníky převažuje středoškolské vzdělání 57 (89%) respondentů. Vyšší odborné vzdělání má 5 (7,8%) respondentů, vysokoškolského vzdělání - bakalář dosáhl 1 (1,6%) dotazovaný a vysokoškolské vzdělání – magister splnil 1 (1,6%) sociální pracovník.

Mezi zdravotními sestrami také převažuje středoškolské vzdělání, jak uvedlo 51 (80,9%) dotazovaných, 9 (14,3%) sester uvedlo vyšší odborné vzdělání a 3 (4,8%) vysokoškolské vzdělání – bakalář.

Ve zkoumaném vzorku převažuje středoškolské vzdělání u obou profesí, u sester je více pracovníků s vyšším odborným vzděláním a více sester bakalářek.

Otázka č.4 – V jaké organizaci pracujete

Tato otázka byla spíše kontrolní, protože jsem se ve své práci zaměřila na specifickou skupinu zdravotních sester v léčebnách dlouhodobě nemocných a sester v pobytové sociální službě zaměřené na seniory. V oblasti sociálních pracovníků jsem se také zaměřila na pobytovou sociální službu dle § 52 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a na další pobytové sociální služby dle jmenovaného zákona, především pro seniory (viz tabulka 2 a 3).

Tabulka 2: V jaké organizaci pracujete, zdravotní sestry

	Standart.odd.	JIP,ARO	LDN,ONP	Zdrav.soc.zař.
ZS	3		38	22

Zdroj: vlastní výzkum

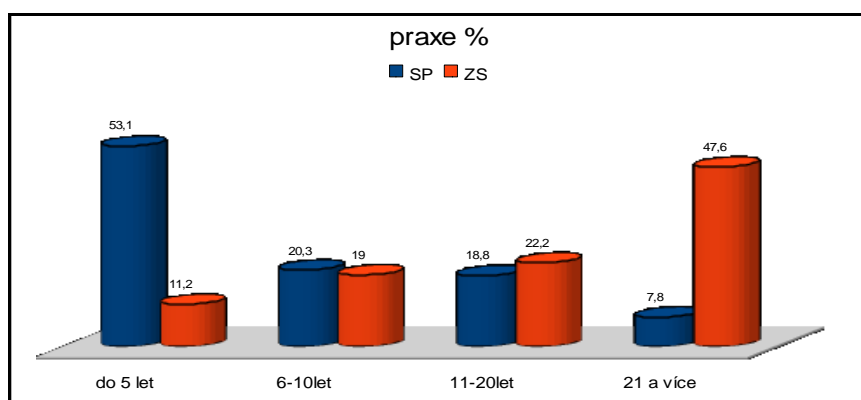
Tabulka 3: V jaké organizaci pracujete, sociální pracovníci

	Zdrv.soc. zař.	NNO	Úřad (OÚ,KÚ)	jiné
SP	59	4		1

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 5 – Jak dlouho pracujete v oboru v%

Graf 4: Jak dlouho pracujete v oboru



Zdroj: vlastní výzkum

Ze zkoumaného vzorku sociálních pracovníků pracuje v oboru do 5 let 34 (53,1%), v rozmezí 6 -10 let v oboru pracuje 13 (20,3%) sociálních pracovníků, 11-20 let 12 (18,8 %) respondentů a více než 21 let pracuje v oboru pouze 5 (7,8%) sociálních pracovníků.

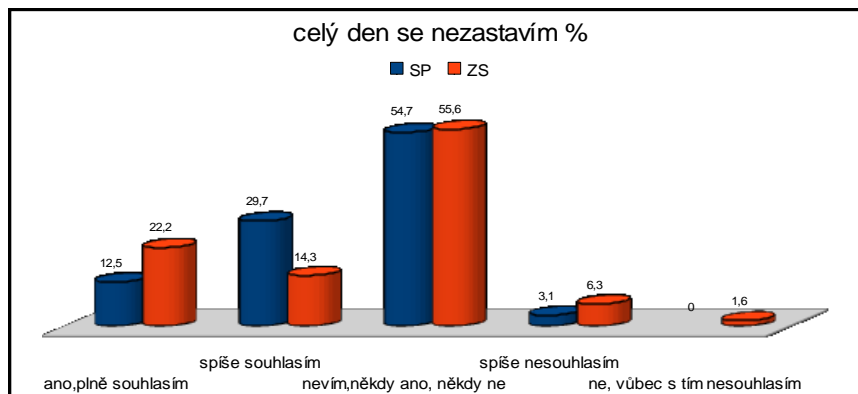
Zdravotní sestry pracující v oboru do 5 let tvoří pouze 7 (11,2%) osob ze zkoumaného vzorku, od 6 – 10 let v oboru pracuje 12 (19%) sester, 11- 20 let se práci věnuje 14 (22,2%) respondentů, největší část tvoří sestry pracující v oboru více než 21 let 30 (47,6%) osob.

Graf ukazuje, že mezi sociálními pracovníky tvoří největší část zkoumaného vzorku osoby pracující v oboru do 5 let a nejmenší počet jich pracuje v oboru déle než 21 let. U zdravotních sester je tomu naopak, nejméně jich pracuje v oboru do 5 let a nejpočetnější část vzorku sester tvoří sestry pracující v oboru déle než 21 let.

Část 1: Zaškrtněte do jaké míry souhlasíte s tvrzeními

Otázka č.6 – Celý den se v práci nezastavím v %

Graf 5: Celý den se v práci se nezastavím



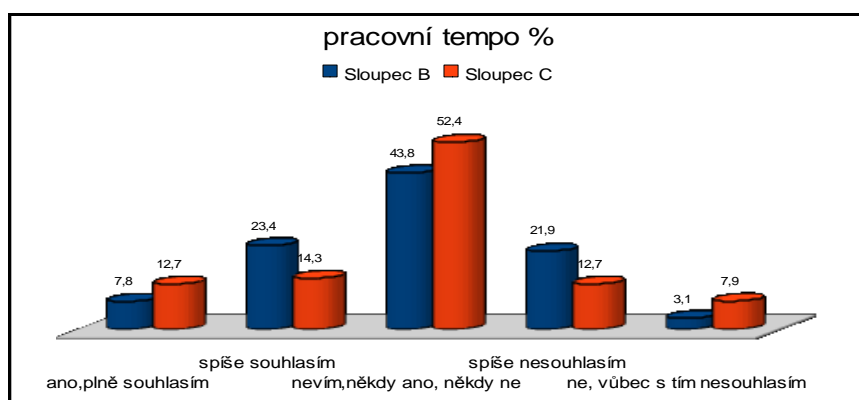
Zdroj: vlastní výzkum

8 (12,5%) sociálních pracovníků a 14 (22,2%) sester plně souhlasilo, že se v práci celý den nezastaví, 19 (29,7%) sociálních pracovníků a 9 (14,3%) sester spíše souhlasilo, 35 (54,7%) sociálních pracovníků a stejný počet 35 (55,6%) sester zvolilo odpověď nevím, někdy ano, někdy ne. Spíše nesouhlasím odpověděli 2 (3,1%) sociální pracovníci a 9 (6,3%) sestry, pouze 1 (1,6%) sestra ze zkoumaného vzorku odpověděla ne, vůbec s tím nesouhlasím.

Z grafu je patrné, že sestry častěji plně souhlasily s tvrzením, že se v práci celý den nezastaví, více sociálních pracovníků uvedlo spíše souhlasím. Rozdíl mezi skupinami není statisticky významný.

Otázka č. 7 – Pracovní tempo si určuji sám/sama v%

Graf 6: Pracovní tempo si určuji sám/sama



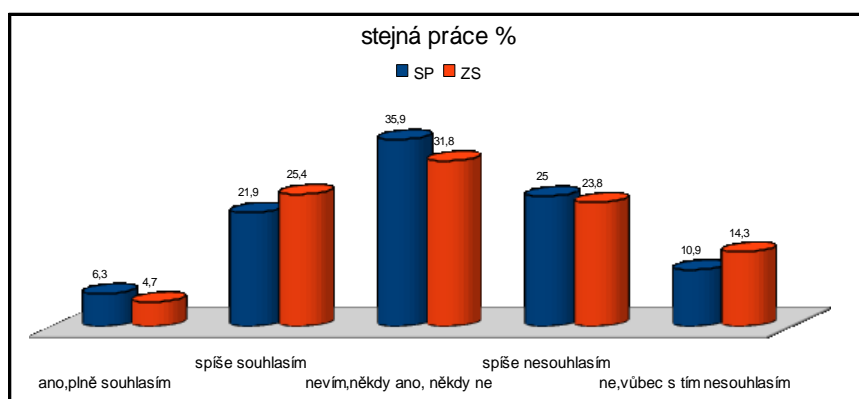
Zdroj: vlastní výzkum

Pracovní tempo si určuji sám/sama tímto tvrzením souhlasilo 5 (7,8%) sociálních pracovníků a 8 (12,7%) sester, spíše souhlasilo 15 (23,4%) sociálních pracovníků a 9 (14,3%) sester, 28 (43,8%) sociálních pracovníků a 33 (52,4%) sester odpovědělo nevím, někdy ano, někdy ne, spíše nesouhlasilo 14 (21,9%) sociálních pracovníků a 8 (12,7%) sester, ne vůbec s tím nesouhlasím odpovědělo 2 (3,1%) sociální pracovníci a 5 (7,9%) sester.

Nejvíce uvádějí dotázaní odpověď nevím, někdy ano někdy ne, a to jak sociální pracovníci tak sestry. Rozdíl mezi skupinami není statisticky významný.

Otázka č. 8 – Má práce je každý den stejná v %

Graf 7: Má práce je každý den stejná



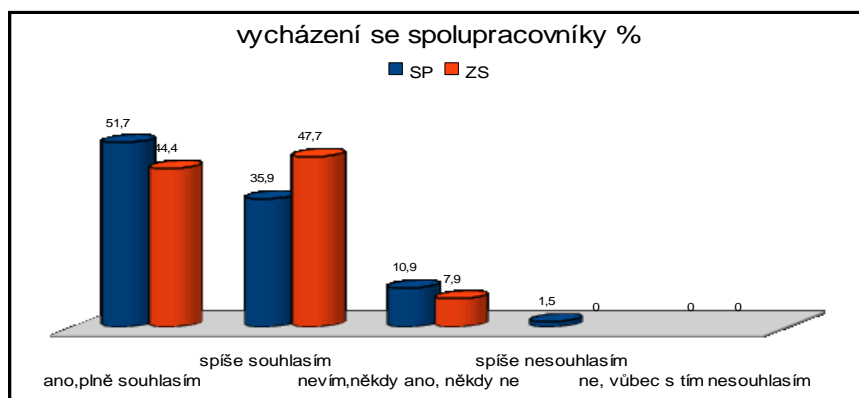
Zdroj: vlastní výzkum

Plně souhlasili 4 (6,3%) sociální pracovníci a 3 (4,7%) sestry, spíše souhlasilo 14 (21,9%) pracovníků a 16 (25,4%) sester. 23 (35,9%) sociálních pracovníků a 20 (31,7%) sester uvedlo odpověď nevím, někdy ano, někdy ne. Spíše nesouhlasilo 16 (25%) pracovníků a 15 (23,8%) sester, vůbec nesouhlasilo 7 (10,9 %) pracovníků a 9 (14,3%) sester.

Vyšší procento sester s tímto tvrzením vůbec nesouhlasí. Rozdíl mezi skupinami není statisticky významný.

Otázka č.9 – Se svými spolupracovníky vycházím dobře v %

Graf 8: Se svými spolupracovníky vycházím dobře



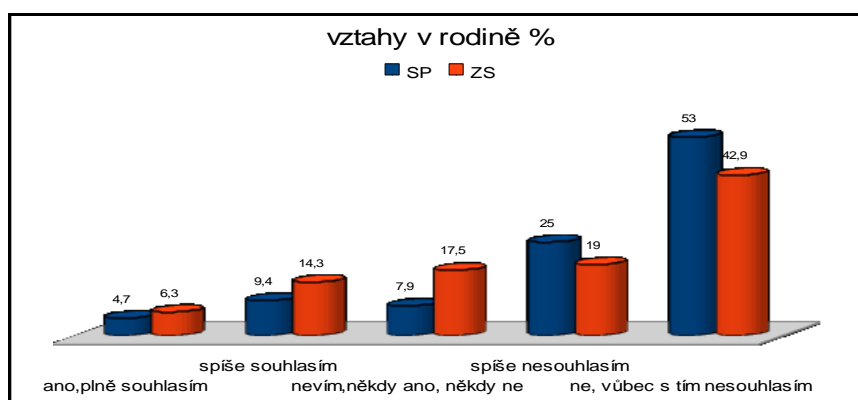
Zdroj. Vlastní výzkum

Ze zkoumaného vzorku odpověděli 33 (51,7%) sociální pracovníci a 28 (44,4%) sester, že se spolupracovníky vychází dobře, spíše dobře vychází se spolupracovníky 23 (35,9%) sociálních pracovníků a 30 (47,7%) sester. Nevím, někdy ano, někdy ne uvedlo 7 (10,9%) sociálních pracovníků a 5 (7,9%) sester, spíše nesouhlasil pouze 1 (1,5%) sociální pracovník.

Z grafu vyplývá, že většina zkoumaného vzorku vychází se spolupracovníky dobře. Rozdíl mezi skupinami není statisticky významný.

Otázka č. 10 – Současná práce narušuje vztahy v mé rodině v %

Graf 9: Současná práce narušuje vztahy v mé rodině



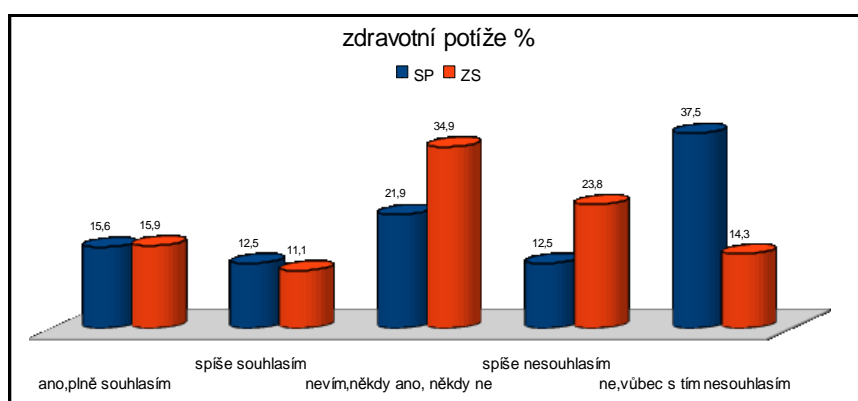
Zdroj. Vlastní výzkum

Plně souhlasilo 3 (4,7%) sociálních pracovníků a 4 (6,3%) sester, spíše souhlasilo 6 (9,4%) sociálních pracovníků a 9 (14,3%) sester. Odpověď nevím, někdy ano, někdy ne použilo 5 (7,9%) sociálních pracovníků a 11 (17,5%) sester. Spíše nesouhlasím odpovědělo 16 (25%) sociálních pracovníků a 12 (19%) sester a vůbec nesouhlasilo 34 (53%) sociálních pracovníků a 27 (42,9%) sester.

Z grafu vyplývá, že práce narušuje více vztahy v rodinách sester. Rozdíl mezi skupinami není statisticky významný.

Otázka č.11 – Mám zdravotní potíže v %

Graf 10: Mám zdravotní potíže



Zdroj : vlastní výzkum

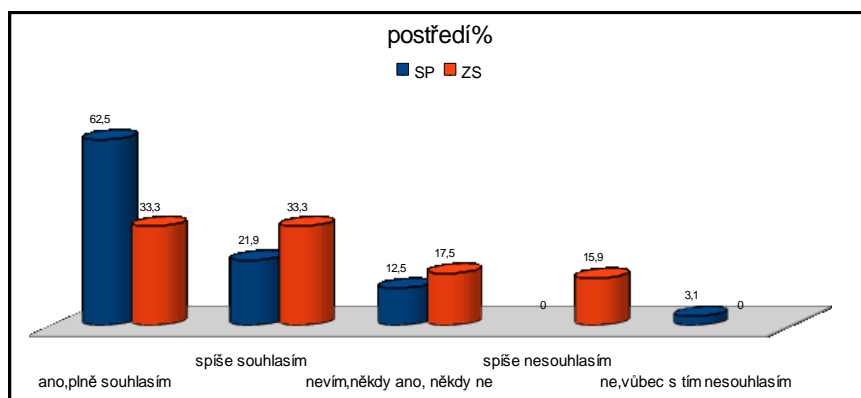
S tvrzením souhlasilo 10 (15,6%) sociálních pracovníků a 10 (15,9%) sester, spíše souhlasilo 8 (12,5%) sociálních pracovníků a 7 (11,1%) sester. Odpověď nevím, někdy

ano někdy ne udává 14 (21,9%) sociálních pracovníků a 22 (34,9%) sester, spíše nesouhlasilo 8 (12,5%) sociálních pracovníků a 15 (23,8%) sester. Zcela nesouhlasilo 24 (37,5%) sociálních pracovníků a 9 (14,3%) sester.

Sociální pracovníci častěji uvádí, že nemají zdravotní potíže. Rozdíl mezi skupinami je statisticky významný na 5% hladině významnosti.

Otázka č. 12 - Prostředí ve kterém pracuji se mi líbí v %

Graf 11: Prostředí ve kterém pracuji se mi líbí



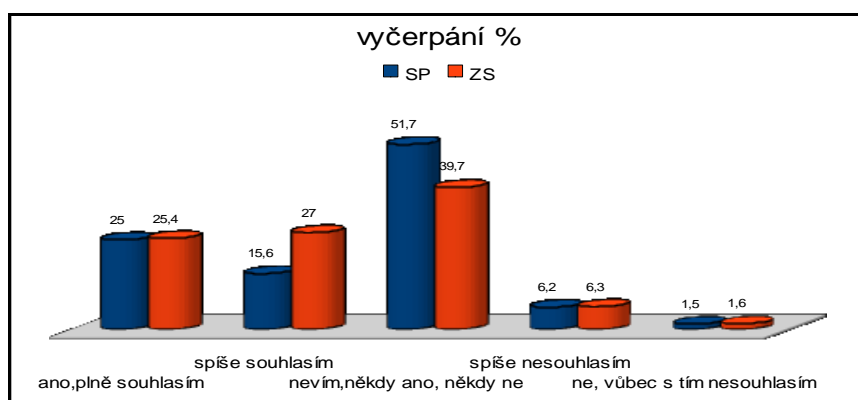
Zdroj: vlastní výzkum

Graf ukazuje, že prostředí ve kterém pracuje se líbí 40 (62,5%) sociálním pracovníkům a 21 (33,3%) sestrám, spíše se líbí 14 (21,9%) sociálním pracovníkům a 21 (33,3%) sestrám, neví 8 (12,5%) sociálních pracovníků a 11 (17,5%) sester. Spíše se nelíbí 10 (15,9%) sestrám, vůbec se nelíbí 2 (3,1%) sociálním pracovníkům.

Prostředí ve kterém pracují se nelíbí více sestrám. Rozdíl mezi skupinami je statisticky významný na 5% hladině významnosti.

Otázka č.13 – Po práci se cítím často fyzicky vyčerpaný/á v %

Graf 12: Po práci se cítím často fyzicky vyčerpaný/á



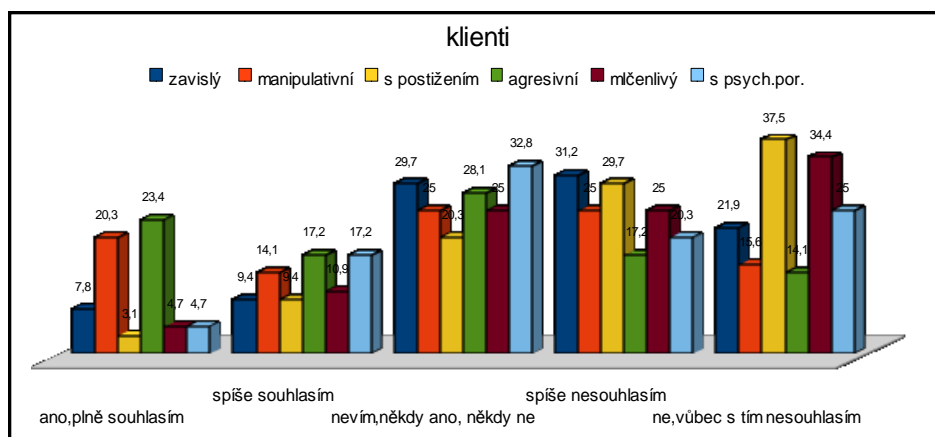
Zdroj: vlastní výzkum

Po práci se cítí často fyzicky vyčerpano 16 (25%) dotazovaných sociálních pracovníků a 16 (25,4%) sester, s odpovědí spíše souhlasím souhlasilo 10 (15,6%) sociálních pracovníků a 17 (27%) sester. Někdy ano, někdy ne odpovědělo 33 (51,7%) sociálních pracovníků a 25 (39,7%) sester, spíše nesouhlasili s vyčerpáním 4 (6,2%) sociální pracovníci a 4 (6,3%) sestry, vůbec nesouhlasilo 1 (1,5%) sociální pracovník a 1 (1,6%) sestra.

Obě skupiny se shodují v odpovědích ano plně souhlasím, spíše nesouhlasím a ne, vůbec s tím nesouhlasím. Sestry častěji souhlasí s odpovědí spíše souhlasím a sociální pracovníci více odpovídali nevím někdy ano, někdy ne. Rozdíl mezi skupinami není statisticky významný.

Otázka č. 14 – Zatěžuje mě práce s těmito typy klientů: závislí klienti, manipulativní klienti, klienti s postižením, agresivní klienti, mlčenliví klienti a klienti s psychickými poruchami – sociální pracovníci v %

Graf 13: Zatěžuje mě práce s těmito typy klientů: závislí klienti, manipulativní klienti, klienti s postižením, agresivní klienti, mlčenliví klienti a klienti s psychickými poruchami – sociální pracovníci



Zdroj: vlastní výzkum

Závislí klienti - ano odpovědělo 5 (7,3%) sociálních pracovníků, spíše ano 6 (9,4%) a odpověď někdy ano, někdy ne uvedlo 19 (29,7%) pracovníků. Spíše nesouhlasilo 20 (31,2%) pracovníků a vůbec nesouhlasilo 14 (21,9%) sociálních pracovníků.

Manipulativní klienti – ano, souhlasím uvádí 13 (20,3%) sociálních pracovníků, 9 (14,1%) uvedlo, že s tím spíše souhlasí. 16 (25%) odpovědělo nevím, někdy ano, někdy ne, 16 (25%) sociálních pracovníků s tím spíše nesouhlasilo a 10 (14,1%) pracovníků nesouhlasilo vůbec.

Klienti s postižením – plně souhlasilo jen 2 (3,1%) pracovníků, spíše s tím souhlasí 6 (9,4%) pracovníků, odpověď někdy ano, někdy ne zvolilo 13 (20,3%) dotazovaných. Odpověď spíše nesouhlasím uvedlo 19 (29,7%) pracovníků a nesouhlasím 24 (37,5%) sociálních pracovníků.

Agresivní klienti – souhlasí 15 (23,4%) pracovníků a spíše souhlasí 11 (17,2%) sociálních pracovníků. Odpověď nevím, někdy ano, někdy ne udává 18 (28,1%) respondentů. Spíše nesouhlasí 11 (17,2%) a vůbec s tím nesouhlasí 9 (14,1%) sociálních pracovníků.

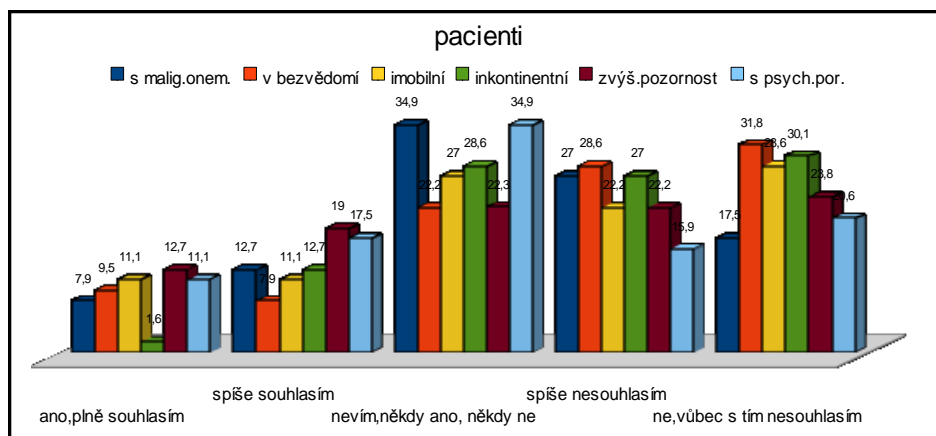
Mlčenliví klienti – ano odpověděli 3 (4,7%) a spíše souhlasím odpovědělo 7 (10,5%) sociálních pracovníků. Nevím uvedlo 16 (25%) pracovníků. Spíše nesouhlasím odpovědělo 16 (25%) a ne, vůbec nesouhlasím 22 (34,4%) sociálních pracovníků.

Klienti s psychickými poruchami - 3 (4,7%) respondentů souhlasí a 11 (17,2%) spíše souhlasí. K odpovědi nevím, někdy ano, někdy ne se přiklonilo 21 (32,8%) pracovníků. Spíše nesouhlasí 13 (20,3%) a vůbec nesouhlasí 16 (25%) respondentů.

Sociální pracovníky dle grafu zatěžuje nejvíce práce s agresivním klientem a nejméně s postiženým klientem.

Otázka č.14 – Zatěžuje mě práce s těmito typy klientů: pacienti s maligním onemocněním, pacienti v bezvědomí, pacienti imobilní, pacienti inkontinentní, pacienti vyžadující zvýšenou pozornost a pacienti s psychickými poruchami – zdravotní sestry v %

Graf 14: Zatěžuje mě práce s těmito typy klientů: pacienti s maligním onemocněním, pacienti v bezvědomí, pacienti imobilní, pacienti inkontinentní, pacienti vyžadující zvýšenou pozornost a pacienti s psychickými poruchami – zdravotní sestry



Zdroj: vlastní výzkum

Pacienti s maligním onemocněním – plně souhlasilo 5 (7,9%) a spíše souhlasilo 8 (12,7%) sester. Nevím, někdy ano, někdy ne uvedlo 22 (34,9%) sester. K odpovědi spíše nesouhlasím se přiklonilo 17 (27%) a ne, nesouhlasím 11 (20,6%) sester.

Pacienti v bezvědomí – ano, souhlasím uvedlo 6 (9,5%) a 5 (7,9%) sester spíše souhlasilo. Odpověď nevím, někdy ano, někdy ne udalo 14 (22,2%) sester. Spíše ne si vybralo 18 (28,6%) a ne 20 (31,8%) sester.

Pacienti imobilní – ano, plně souhlasím odpovědělo 7 (11,1%) a spíše souhlasím také 7 (11,1%) tázaných sester. K nevím, někdy ano, někdy ne se přiklonilo 17 (27%) sester. Spíše nesouhlasím si vybralo 14 (22,2%) a ne, nesouhlasím 18 (28,6%) sester.

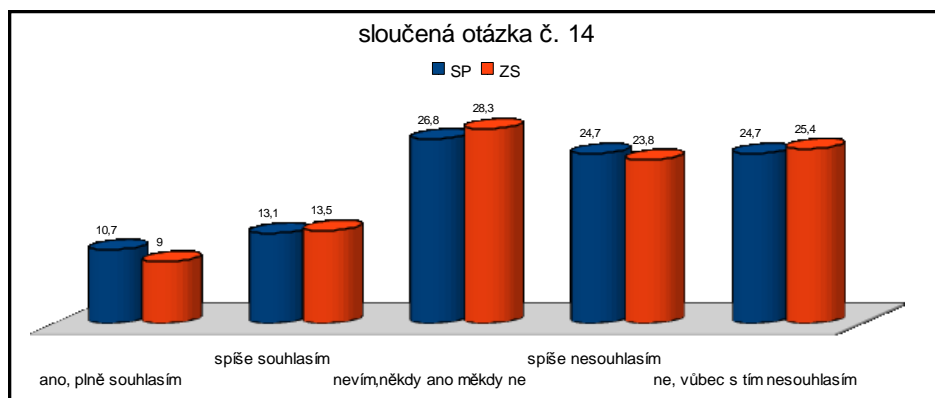
Pacienti inkontinentní – ano, souhlasím uvedla 1 (1,6%) a spíše souhlasím 8 (7,9%), nevím někdy ano, někdy ne 18 (28,6%) sester. Odpověď spíše ne si vybralo 17 (27%) a vůbec nesouhlasím 19 (30,1%) sester.

Pacienti, kteří vyžadují zvýšenou pozornost – s odpovědí ano souhlasilo 8 (12,7%) a spíše ano 12 (19,1%) sester. Nevím, někdy ano, někdy ne uvedlo 14 (22,2%) sester. Možnost spíše nesouhlasím si vybralo 14 (22,2%) a ne, nesouhlasím 15 (23,8%) dotazovaných.

Pacienti s psychickými poruchami – ano souhlasím zvolilo 7 (11,1%) a spíše souhlasím 11 (17,5%) respondentů. Nevím, někdy ano někdy ne uvedlo 22 (34,9%) dotazovaných. K odpovědi spíše nesouhlasím se přidalo 10 (15,9%) a ne, vůbec nesouhlasilo 13 (20,6%) sester.

Zdravotní sestry nejvíce zatěžuje práce s pacientem vyžadujícím zvýšenou pozornost a nejméně je ztěžuje práce s inkontinentním pacientem.

Graf 15: Sloučená otázka číslo 14 – Zatěžuje mě práce s klienty/pacienty v %



Zdroj:vlastní výzkum

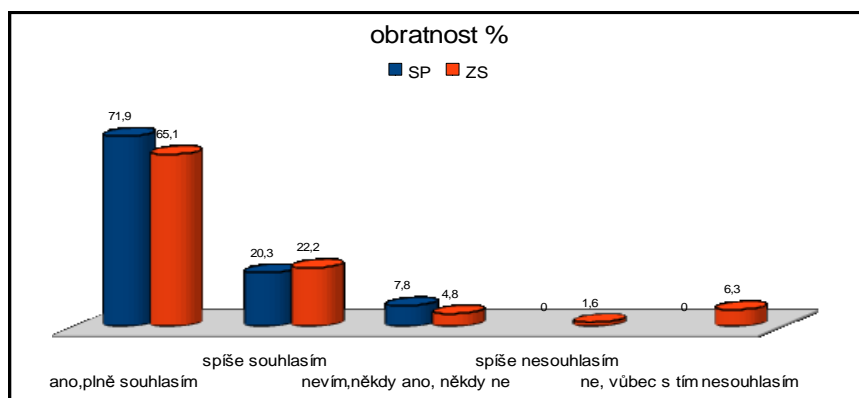
Z grafu lze vyčíst, že celkově 41x (10,7%) sociální pracovníci a 34x (9%) sestry plně souhlasili s tím, že je práce s klienty/pacienty zatěžuje, spíše souhlasili 50x (13,1%) sociální pracovníci a 51x (13,5%) sestry. Odpověď nevím, někdy ano, někdy ne zvolili 103x (26,8%) sociální pracovníci a 107x (28,3%) sestry. 95x (24,7%) sociální pracovníci

a 90x (23,8%) sestry s tímto spíše nesouhlasili a 95x (24,7%) sociální pracovníci a 96x (25,4) sestry uvedli, že je práce s klienty/pacienty vůbec nezatěžuje.

Výsledky po sloučení u tohoto vzorku respondentů jsou velmi vyrovnané. Vždy se najde někdo, koho práce s klienty/pacienty zatěžuje a najdou se i ti, které práce nezatěžuje (dle grafu je jich více). Rozdíl mezi skupinami není statisticky významný.

Otázka č. 15 – Činnost na našem pracovišti vyžaduje obratnost v jednání s lidmi v %

Graf 16: Činnost na našem pracovišti vyžaduje obratnost v jednání s lidmi



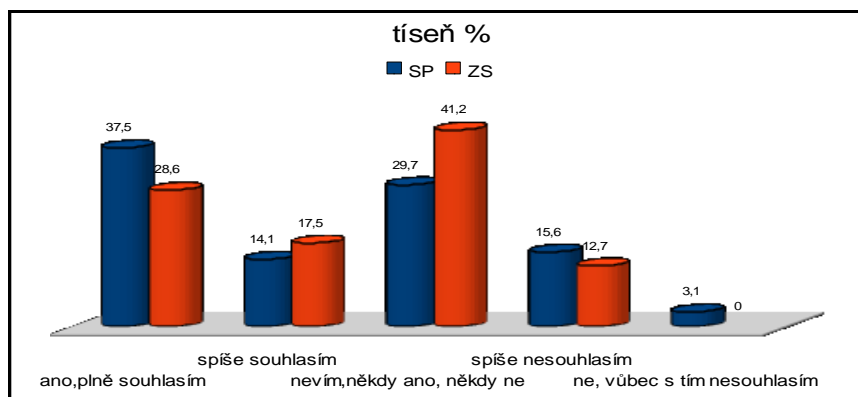
Zdroj: vlastní výzkum

S tvrzením, že jejich práce vyžaduje obratnost v jednání s lidmi, plně souhlasilo 46 (71,9%) sociálních pracovníků a 41 (65,1%) sester, spíše souhlasilo 13 (20,3%) pracovníků a 14 (22,2%) sester. Odpověď nevím, někdy ano, někdy ne si zvolilo 5 (7,8%) sociálních pracovníků a 3 (4,8%) sester. Spíše nesouhlasilo 1 (1,6 %) sester a vůbec nesouhlasilo 4 (6,3%) sester.

Zde se dá říci, že obě skupiny se přiklání k tvrzení, že jejich práce vyžaduje obratnost v jednání, sociální pracovníci plně souhlasí častěji než sestry. Rozdíl mezi skupinami není statisticky významný.

Otázka č. 16 – Velmi často se musím rozhodovat v časové tísní v %

Graf 17: Velmi často se musím rozhodovat v časové tísní



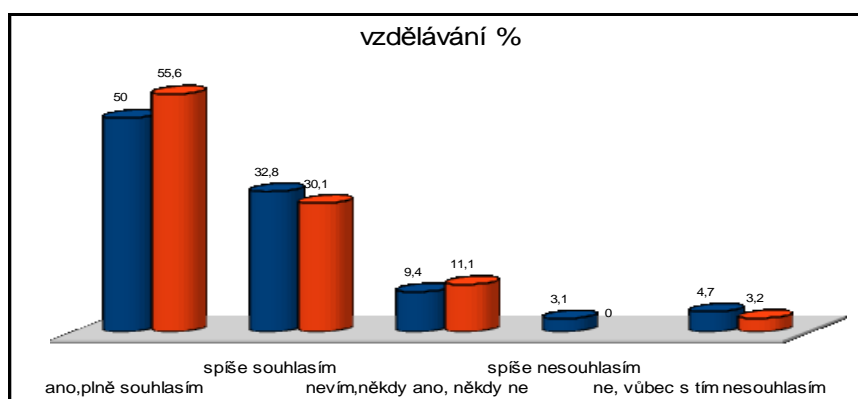
Zdroj: vlastní výzkum

S tímto tvrzením souhlasilo 24 (37,5%) sociálních pracovníků a 18 (28,6 %) sester, spíše s ním souhlasilo 9 (14,1%) sociálních pracovníků a 11 (17,5%) sester. Odpověď nevím, někdy ano, někdy ne zvolilo 19 (29,7%) sociálních pracovníků a 26 (41,2%) sester, spíše nesouhlasím vybralo 10 (15,6%) sociálních pracovníků a 8 (12,7%) sester, vůbec nesouhlasili 2 (3,1%) sociálních pracovníků.

V práci se více cítí v časové tísní sociální pracovníci (o 8,9% více než sestry), odpověď nevím, někdy ano, někdy ne zvolilo nejvíce zdravotních sester (o 11,4% více než sociální pracovníci). Rozdíl mezi skupinami není statisticky významný.

Otázka č. 17 – Moje práce vyžaduje neustálé vzdělávání v %

Graf 18: Moje práce vyžaduje neustálé vzdělávání



Zdroj: vlastní výzkum

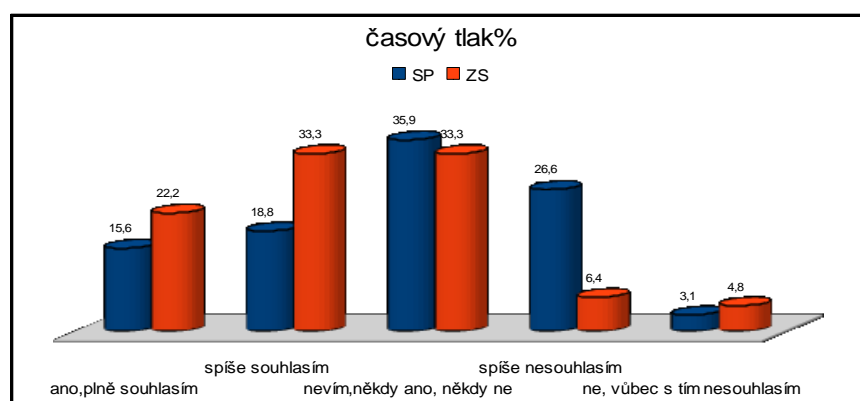
S tvrzením souhlasilo 32 (50%) sociálních pracovníků a 35 (55,6%) zdravotních sester, spíše souhlasilo 21 (32,6%) sociálních pracovníků a 19 (30,1 %) sester, 6 (9,4%) pracovníků a 7 (11,1%) sester si vybralo možnost nevím, někdy ano, někdy ne. Spíše nesouhlasili 2 (3,1%) sociální pracovníci, 3 (4,7%) pracovníci a 2 (3,2%) sestry vůbec nesouhlasilo.

Z grafu je vidět že sociální pracovníci (82,8%) i sestry (85,7%) souhlasí nebo spíše souhlasí s tím, že jejich práce vyžaduje neustálé vzdělávání. Rozdíl mezi skupinami není statisticky významný.

Část 2: Jak se cítíte v posledních dvou týdnech

Otázka č. 1 – Při práci mívám často pocit časového tlaku v %

Graf 19: Při práci mívám často pocit časového tlaku



Zdroj: vlastní výzkum

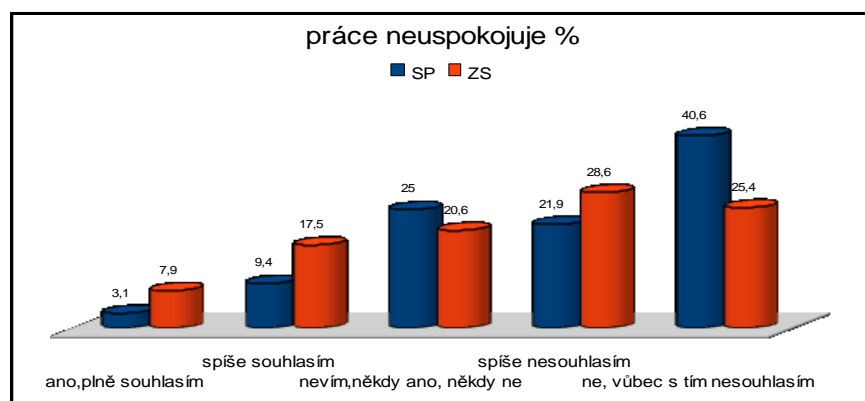
S pocitem časového tlaku při práci souhlasilo 10 (15,6%) sociálních pracovníků a 14 (22,2%) sester, spíše souhlasilo 12 (18,8%) sociálních pracovníků a 21 (33,3%) sester. Nevím, někdy ano někdy ne zvolilo 23 (35,9%) sociálních pracovníků a 21 (33,3%) sester, spíše nesouhlasilo 17 (26,6%) sociálních pracovníků a 4 (6,4%) sester a vůbec nesouhlasili 2 (3,1%) sociální pracovníci a 3 (4,8%) sestry.

Graf ukazuje, že více se cítí v časové tísní zdravotní sestry (55,5%) než sociální pracovníci (34,4%), poměrně častá odpověď u obou profesí je někdy ano, někdy ne, může být dána nárazovým charakterem obou zaměstnání. Velký rozdíl je také v odpovědi spíše

nesouhlasím, kde převládají sociální pracovníci (o 20,2% více než sestry). Rozdíl mezi skupinami je statisticky významný na 5% hladině významnosti.

Otázka č. 2 – Práce mě neuspokojuje v %

Graf 20: Práce mě neuspokojuje



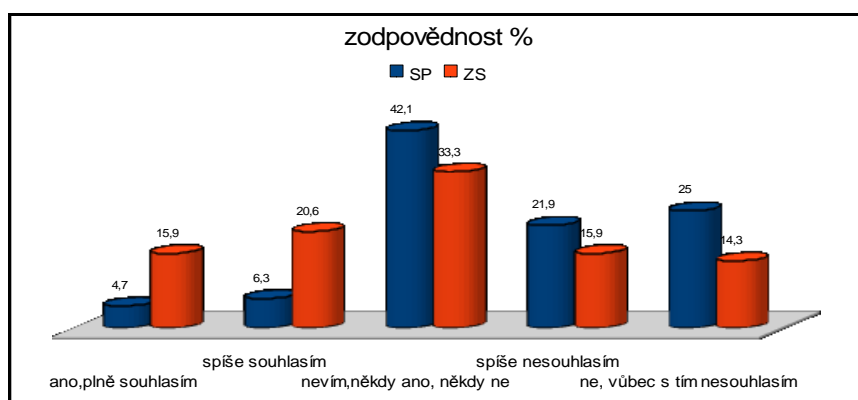
Zdroj: vlastní výzkum

Plně souhlasili 2 (3,1%) sociální pracovníci a 5 (7,9%) sester, spíše souhlasilo 6 (9,4%) pracovníků a 11 (17,5%) sester. Pro nevím, někdy ano, někdy ne se rozhodlo 16 (25%) pracovníků a 13 (20,6%) sester. Spíše nesouhlasilo 14 (21,9%) pracovníků a 18 (28,6%) sester a odpověď vůbec s tím nesouhlasím si vybralo 26 (40,6%) sociálních pracovníků a 16 (25,4%) sester.

S tvrzením, že je práce neuspokojuje souhlasily častěji zdravotní sestry. Rozdíl mezi skupinami není statisticky významný.

Otázka č.3 – Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost v %

Graf 21: Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost



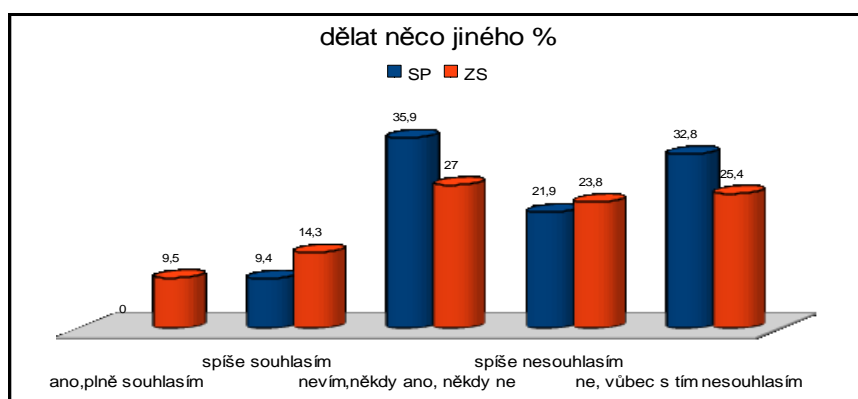
Zdroj: vlastní výzkum

Práce psychicky zatěžuje 3 (4,7%) sociální pracovníky a 10 (15,9%) sester, spíše zatěžuje 4 (6,3%) pracovníky a 13 (20,6%) sester, možnost nevím, někdy ano, někdy ne zvolilo 27 (42,1%) pracovníků a 21 (33,3%) sester. Spíše nesouhlasilo 14 (21,9%) pracovníků a 10 (15,9%) sester, a nesouhlasilo 16 (25%) pracovníků a 9 (14,3%) sester.

Více psychické zátěže pro vysokou odpovědnost cítí zdravotní sestry, než sociální pracovníci. Rozdíl mezi skupinami je statisticky významný na 5% hladině významnosti.

Otázka č. 4 – Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného v %

Graf 22: Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného



Zdroj: vlastní výzkum

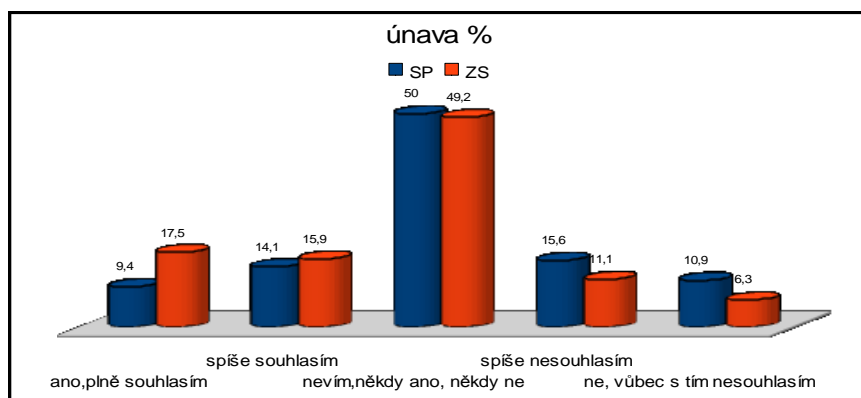
S tímto souhlasilo 6 (9,5%) sester, spíše souhlasilo 6 (9,4%) pracovníků a 9 (14,3%) sester, 23 (35,9%) pracovníků a 17 (27%) sester se rozhodlo pro nevím, někdy ano, někdy

ne. Spíše nesouhlasilo 14 (21,9%) pracovníků a 15 (23,8%) sester, zcela nesouhlasilo 21 (32,8%) pracovníků 16 (25,4%) sester.

Lze tedy říci, že více zdravotních sester má práce po několika hodinách natolik dost, že by chtěli dělat něco jiného. Rozdíl mezi skupinami není statisticky významný.

Otázka č.5 – Práce je psychicky náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost v %

Graf 23: Práce je psychicky náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost



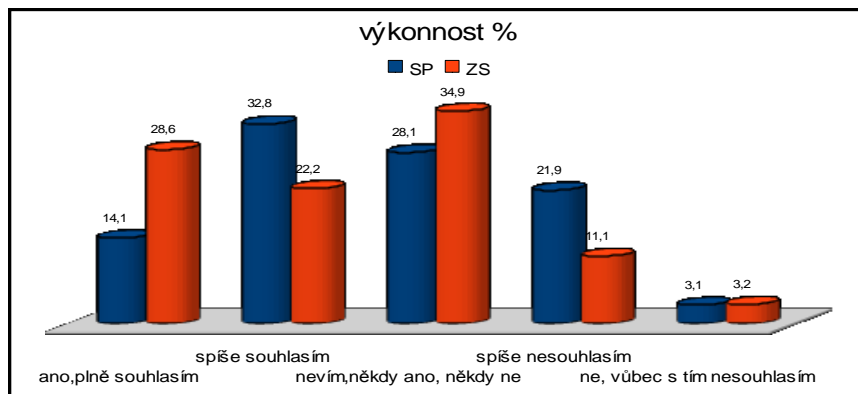
Zdroj: vlastní výzkum

Plně souhlasilo 6 (9,4%) pracovníků a 11 (17,5%) sester, spíše souhlasilo 9 (14,1%) pracovníků a 10 (15,9%) sester. Nevím, někdy ano, někdy ne zvolilo 32 (50%) pracovníků a 31 (49,2%) sester. Spíše nesouhlasilo 10 (15,6%) pracovníků a 7 (11,1%) sester, 7 (10,9%) pracovníků a 4 (6,3%) sestry si vybrali ne, vůbec nesouhlasím.

Po několika hodinách práce cítí únavu a ochablost více sestry než sociální pracovníci, skoro stejné procento sociálních pracovníků a sester zvolilo možnost nevím, někdy ano někdy ne. Rozdíl mezi skupinami není statisticky významný.

Otázka č. 6 – Práce je psychicky tak náročná, že je velmi obtížné dělat ji po léta se stejnou výkonností v %

Graf 24: Práce je psychicky tak náročná, že je velmi obtížné dělat ji po léta se stejnou výkonností.



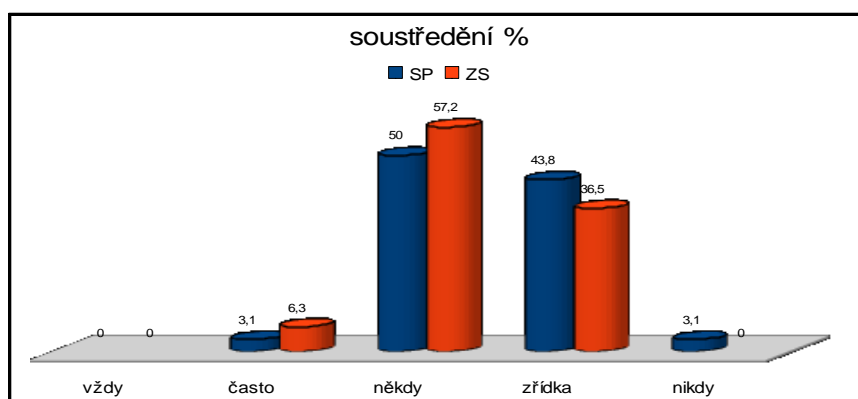
Zdroj: vlastní výzkum

Souhlasilo 9 (14,1%) pracovníků a 18 (28,6%) sester, 21 (32,8%) pracovníků a 14 (22,2%) sester s tím spíše souhlasilo, nevím odpovědělo 18 (28,1%) pracovníků a 22 (34,9%) sester. Spíše nesouhlasilo 14 (21,9%) pracovníků a 7 (11,1%) sester, zcela nesouhlasili 2(3,1%) pracovníci a 2 (3,2%) sestry.

Práce je psychicky velmi náročná a nelze ji po léta dělat se stejnou výkonností k tomu se více přiklání zdravotní sestry než sociální pracovníci. Rozdíl mezi skupinami není statisticky významný.

Otázka č. 7 - Obtížně se soustřeďuji v %

Graf 25: Obtížně se soustřeďuji



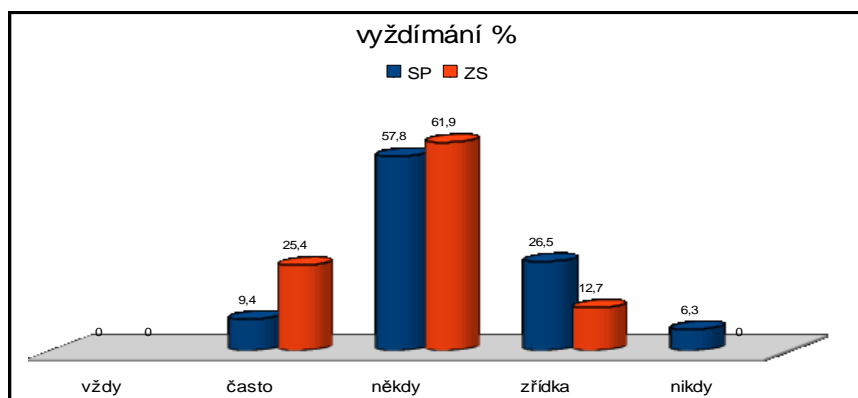
Zdroj: vlastní výzkum

Možnost vždy ne zvolil nikdo, často odpověděli 2 (3,1%) pracovníci a 4 (6,3%) sestry, k někdy se přiklonilo 32 (50%) pracovníků a 36 (57,2%) sester, zřídka uvedlo 28 (43,8%) pracovníků a 23 (36,5%) sester a nikdy pouze 2 (3,1%) pracovníci.

Obtížné soustředování často a někdy udává více zdravotních sester. Rozdíl mezi skupinami není statisticky významný.

Otázka č. 8 – Připadám si fyzicky „vyždímaný/á“ v %

Graf 26: Připadám si fyzicky „vyždímaný/á“



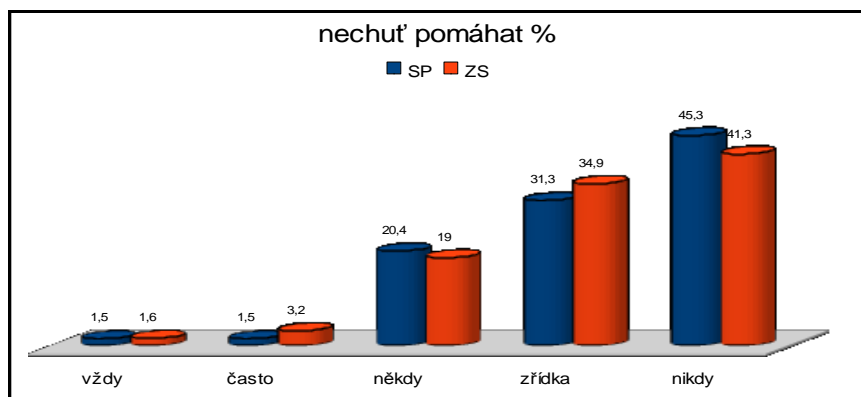
Zdroj: vlastní výzkum

Vždy neuvedl žádný z respondentů, často 6 (9,4%) pracovníků a 16 (25,4%) sester, někdy zvolilo 37 (57,8%) pracovníků a 39 (61,9%) sester. Možnost zřídka uvedlo 17 (26,5%) pracovníků a 8 (12,7%) sester, nikdy uvedli 4 (6,3%) pracovníci.

Zdravotní sestry se cítí častěji fyzicky „vyždímané“ a také odpověď někdy uvádějí častěji. Rozdíl mezi skupinami je statisticky významný na 5% hladině významnosti.

Otázka č. 9 – Nemám chuť pomáhat problémovým klientům v %

Graf 27: Nemám chuť pomáhat problémovým klientům



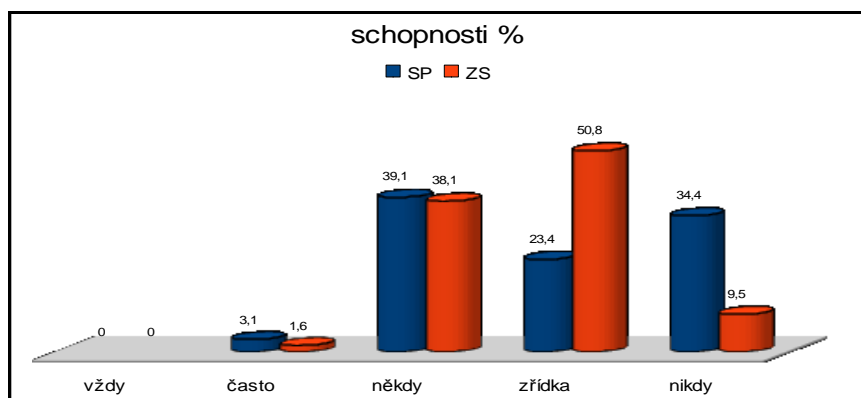
Zdroj: vlastní výzkum

Vždy odpověděl 1 (1,5%) pracovník a 1 (1,6%) sestra, často 1 (1,5%) pracovník a 2 (3,2%) sestry, někdy 13 (20,4%) pracovníků a 12 (19%) sester. Možnost zřídka zvolilo 20 (31,3%) pracovníků a 22 (34,9%) sester, nikdy 29 (45,3%) pracovníků a 26 (41,3%) sester.

Výsledky obou zkoumaných profesí jsou vyrovnané, zdravotní sestry méně často volily možnost nikdy. Rozdíl mezi skupinami není statisticky významný.

Otázka č. 10 – Pochybuji o svých profesionálních schopnostech v %

Graf 28: Pochybuji o svých profesionálních schopnostech



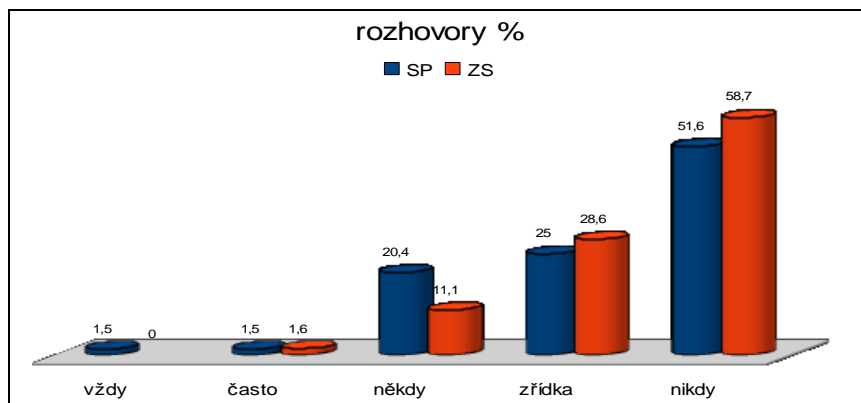
Zdroj: vlastní výzkum

Často pochybují 2 (3,1%) pracovníci a 1 (1,6%) sestra, někdy 25 (39,1%) pracovníků a 24 (38,1%) sester. Zřídka uvedlo 15 (23,4%) sociálních pracovníků a 32 (50,8%) sester, nikdy nepochybuje 22 (34,4%) pracovníků a 6 (9,5%) sester.

Sociální pracovníci pochybují méně o svých profesionálních schopnostech. Rozdíl mezi skupinami je statisticky významný na 5% hladině významnosti

Otázka č. 11 – Pokud je to možné, vyhýbám se odborným rozhovorům se spolupracovníky v %

Graf 29: Pokud je to možné, vyhýbám se odborným rozhovorům se spolupracovníky



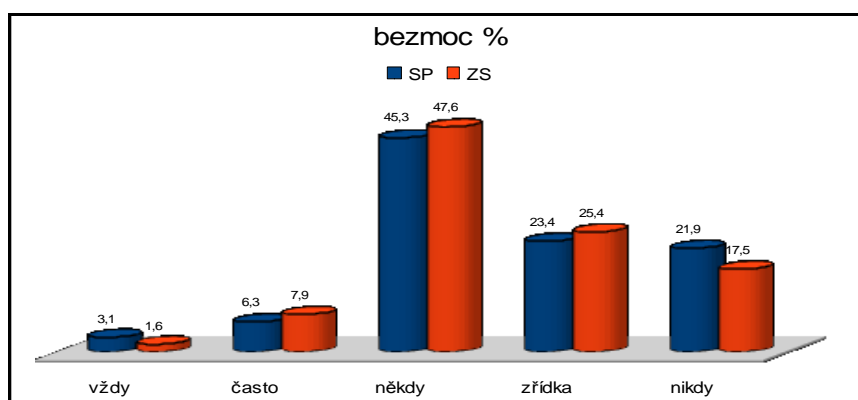
Zdroj: vlastní výzkum

Odpověď vřdy vybral 1 (1,5%) pracovník, řasto také jen 1 (1,5%) pracovník a 1 (1,6%) sestra, řekdy zvolilo 13 (20,4%) pracovníků 7 (11,1%) sester, zřídka 16 (25%) pracovníků a 18 (28,6%) sester, nikdy 33 (51,6%) pracovníků a 37 (58,7%) sester.

Větřina sociálních pracovníků a sester se nikdy nevyhřbá odborným rozhovorům se svými spolupracovníky, to také byla nejřastější odpověď u obou zkoumaných vzorků. Rozděl mezi skupinami není statisticky významný.

Otázka č. 12 – V konfliktních situacích na pracovišti se cítím bezmocný/á v %

Graf 30: V konfliktních situacích na pracovišti se cítím bezmocný/á



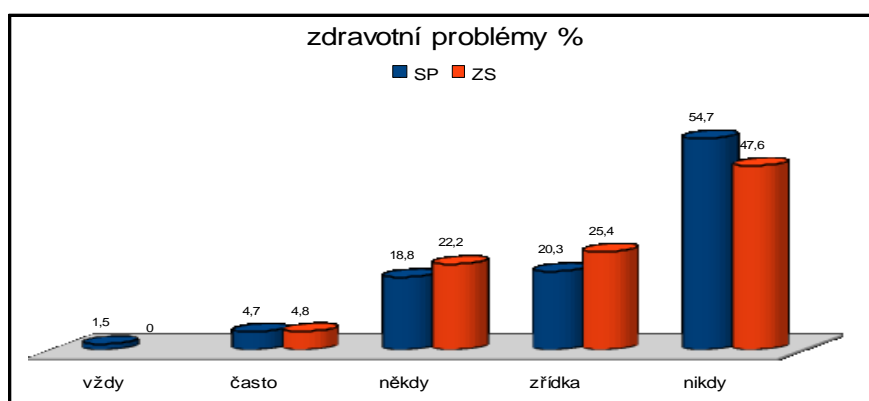
Zdroj: vlastní výzkum

Bezmocní v konfliktních situacích se vždy cítí 2 (3,1%) pracovníci a 1(1,6%) sestra, často 4 (6,3%) pracovníci a 5 (7,9%) sester. Někdy udává 29 (45,3%) pracovníků 30 (47,6%) sester. K odpovědi zřídka se přiklonilo 15 (23,4%) pracovníků a 16 (25,4%) sester, nikdy 14 (21,9%) pracovníků a 11 (17,5%) sester.

Nejčastější odpovědí na tuto otázku byla odpověď někdy, a to u obou vzorků respondentů, odpověď nikdy častěji udávají sociální pracovníci. Rozdíl mezi skupinami není statisticky významný.

Otázka č. 13 – Mám problémy se srdcem, dýcháním, trávením a podobně v %

Graf 31: Mám problémy se srdcem, dýcháním, trávením a podobně



Zdroj: vlastní výzkum

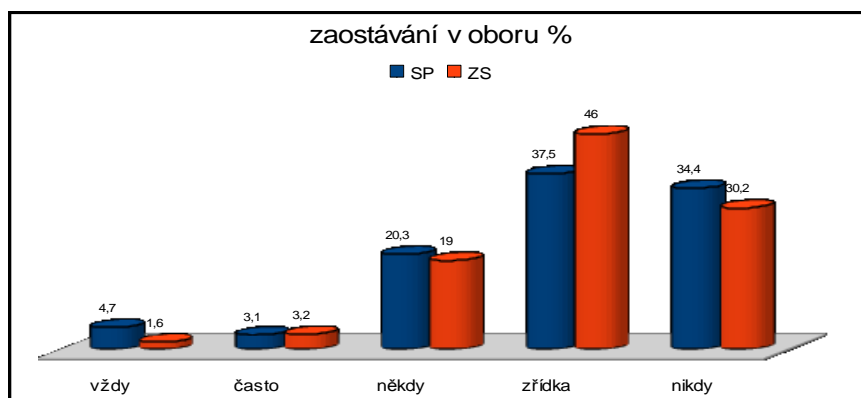
Možnost vždy zvolilo 1 (1,5%) pracovník, 3 (4,7%) pracovníci a 3 (4,8%) sestry vybrali možnost často. K někdy se přiklonilo 12 (18,8%) pracovníků a 14 (22,2%) sester, zřídka

odpovědělo 13 (20,3%) pracovníků a 16 (25,4%) sester, nikdy vybralo 35 (54,7%) pracovníků a 30 (47,6%) sester.

Zdravotní problémy více připouštějí zdravotní sestry než sociální pracovníci. Nejčastější odpovědí u obou dotazovaných skupin je nikdy. Rozdíl mezi skupinami není statisticky významný.

Otázka č. 14 – Můj odborný růst a zájem o obor zaostává v %

Graf 32: Můj odborný růst a zájem o obor zaostává



Zdroj: vlastní výzkum

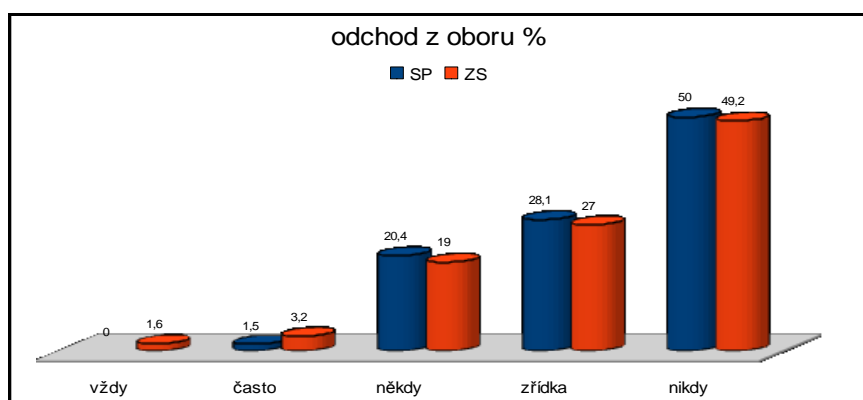
Na tuto otázku zvolili 3 (4,7%) pracovníci a 1 (1,6%) sestra odpověď vždy, pro často se rozhodli 2 (3,1%) pracovníci a 2 (3,2%) sestry. Možnost někdy zvolilo 13 (20,3%) pracovníků a 12 (19%) sester, zřídka uvedlo 24 (37,5%) pracovníků a 29 (46%) sester a nikdy vybralo 22 (34,4%) sociálních pracovníků a 19 (30,2%) sester.

V této otázce je nečastější odpovědí zřídka.

Zdravotní sestry více uvádí, že jejich osobní růst a zájem o obor zaostává zřídka než sociální pracovníci. Naopak sociální pracovníci uvedli častěji než zdravotní sestry, že nikdy nezaostávají. Rozdíl mezi skupinami není statisticky významný.

Otázka č. 15 – Přemýšlím o odchodu z oboru v %

Graf 33: Přemýšlím o odchodu z oboru



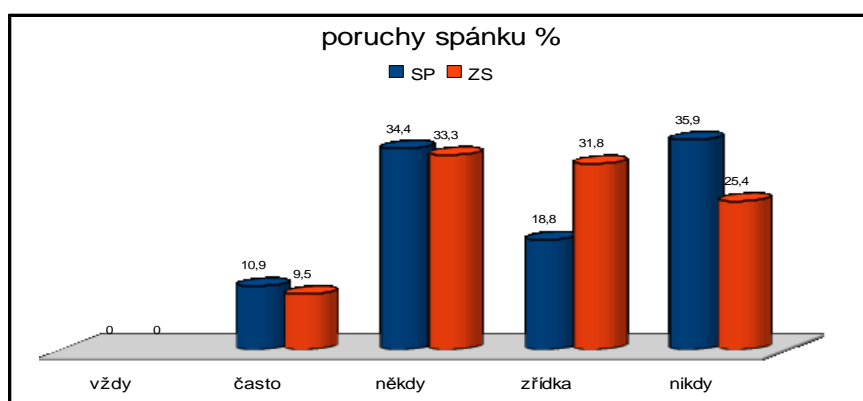
Zdroj: vlastní výzkum

O odchodu z oboru vždy nepřemýšlel žádný pracovník a jen 1 (1,6%) sestra z dotazovaných, často 1 (1,5%) pracovník a 2 (3,2%) sestry, někdy uvedlo 13 (20,4%) pracovníků a 12 (19%) sester. Zřídka odpovědělo 18 (28,1%) pracovníků a 17 (27%) sester, nikdy zvolilo 32 (50%) pracovníků a 31 (49,2%) sester.

Výsledky tohoto grafu jsou vyrovnané, nejvíce respondentů v obou oborech udalo možnost nikdy nepřemýšlím o odchodu z oboru. Rozdíl mezi skupinami není statisticky významný.

Otázka č. 16 – Trápí mě poruchy spánku v %

Graf 34: Trápí mě poruchy spánku



Zdroj: vlastní výzkum

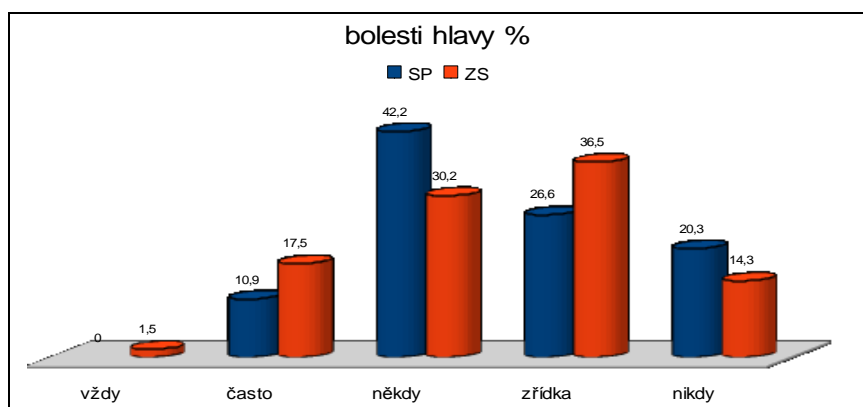
Poruchy spánku, těch se týkala tato otázka. Odpověď vždy neuvedl nikdo, často si vybralo 7 (10,9%) pracovníků a 6 (9,5%) sester, někdy 22 (34,4%) pracovníků a 21

(33,3%) sester. Možnost zřídka zvolilo 12 (18,8% pracovníků a 20 (31,8%) sester, nikdy vybralo 23 (35,9%) pracovníků a 16 (25,4%) sester.

Poruchy spánku trápí více zdravotních sester než sociálních pracovníků. Rozdíl mezi skupinami není statisticky významný.

Otázka č. 17 – Trpím bolestmi hlavy v %

Graf 35: Trpím bolestmi hlavy



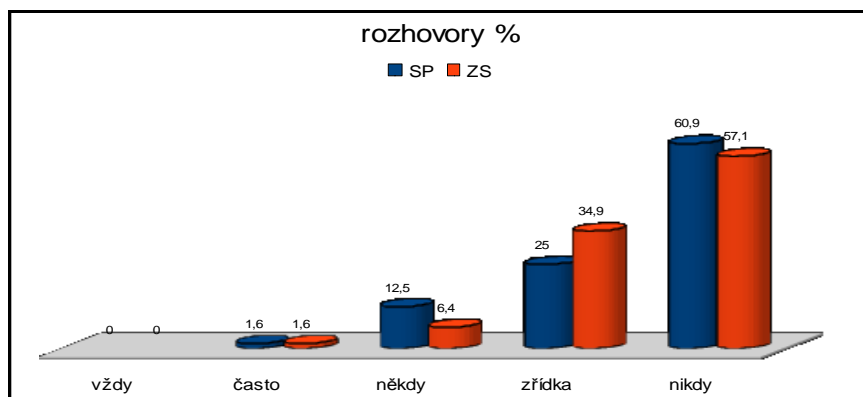
Zdroj: vlastní výzkum

Ze zkoumaného vzorku sociálních pracovníků nevedl možnost vždy nikdo a ze vzorku zdravotních sester jen 1 (1,5%) z dotazovaných, často zvolilo 7 (10,9%) pracovníků a 11 (17,5%) sester, někdy 27 (42,2%) pracovníků a 19 (30,2%) sester. Pro zřídka se rozhodlo 17 (26,6%) pracovníků a 23 (36,5%) sester, nikdy uvedlo 13 (20,3%) pracovníků a 9 (14,3%) sester.

Zdravotní sestry uvádějí, že častěji trpí bolestmi hlavy než sociální pracovníci. Rozdíl mezi skupinami není statisticky významný.

Otázka č. 18 – Pokud je to možné, vyhýbám se rozhovoru s klienty v %

Graf 36: Pokud je to možné, vyhýbám se rozhovoru s klienty



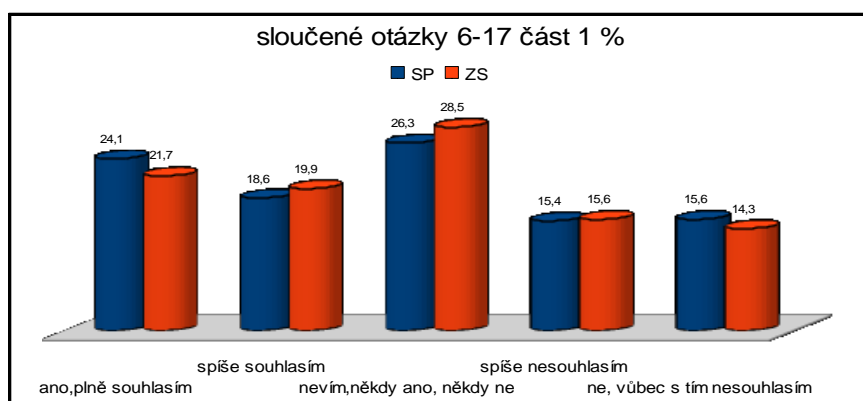
Zdroj: vlastní výzkum

Z respondentů nikdo neodpověděl vždy, možnost často zvolil 1 (1,6%) pracovník i 1 (1,6 %) sestra, k někdy se přiklonilo 8 (12,5%) pracovníků a 4 (6,4%) sestry. Zřídka si vybralo 16 (25%) pracovníků a 22 (34,9%) sester, 39 (60,9%) pracovníků a 36 (57,1%) sester odpovědělo nikdy.

Sociální pracovníci častěji než zdravotní sestry uvádí, že se nikdy nevyhýbají rozhovorům s klienty, sestry naopak odpovídaly častěji zřídka. Nejčastější odpověď u obou profesí byla nikdy. Rozdíl mezi skupinami není statisticky významný.

Sloučené otázky 6-17 část 1, do jaké míry souhlasíte s tvrzeními v %

Graf 37: Sloučené otázky 6-17 část 1



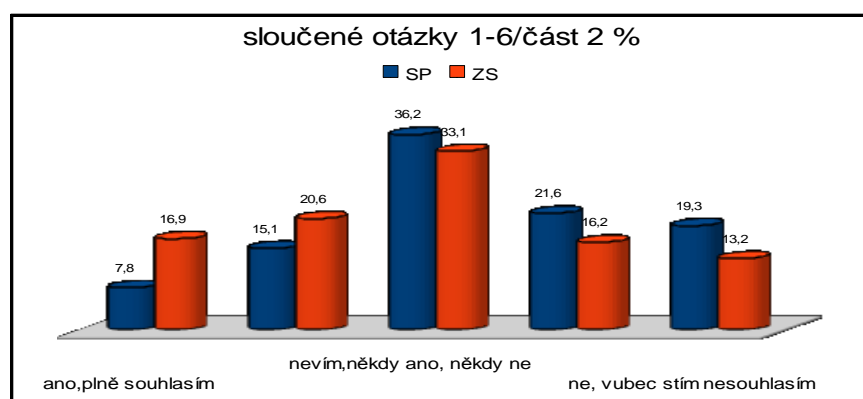
Zdroj: vlastní výzkum

Tyto otázky se týkaly pracovního vytížení, tempa a charakteru práce, dále pak mezilidských vztahů na pracovišti a v rodině, prostředí, vzdělávání. Součástí byla i otázka zaměřena na zátěž při práci s určitými typy klientů/pacientů. Sociální pracovníci zvolili odpověď ano, plně souhlasím 262x (24,1%), spíše souhlasím 202x (18,6%), nevím 286x (26,3%), spíše nesouhlasili 168x (15,4%) a vůbec nesouhlasili 170x (15,6%). Zdravotní sestry plně souhlasily 232x (21,7%), spíše souhlasily 213x (19,9%), nevím zvolily 305x (28,5%), spíše nesouhlasily 167x (15,6%) a vůbec nesouhlasily 154x (14,3%).

Výsledky obou porovnávaných skupin jsou celkem vyrovnané. Rozdíl mezi skupinami není statisticky významný.

Sloučené otázky 1 – 6 část 2, jak se cítíte v posledních dvou týdnech v %

Graf 38: Sloučené otázky 1 – 6 část 2, jak se cítíte v posledních dvou týdnech



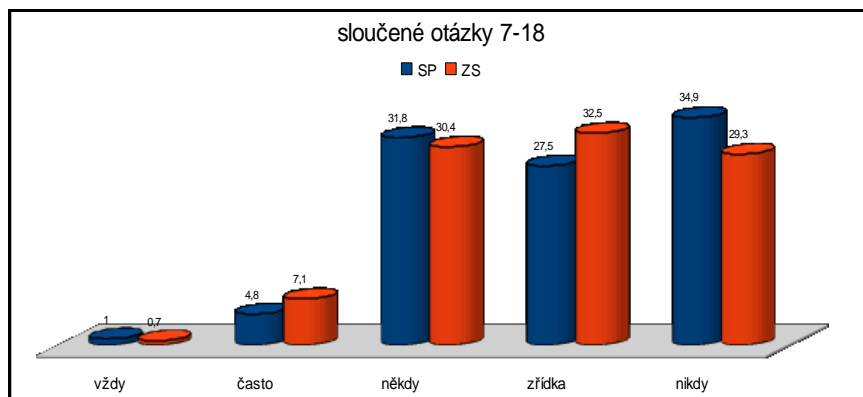
Zdroj: vlastní výzkum

Na sloučené otázky týkající se pocitu časového tlaku, uspokojení z práce, odpovědnosti při práci, psychické a fyzické zátěže a pracovního výkonu odpověděli 30x (7,8%) sociální pracovníci a 64x (16,9%) sestry ano, plně souhlasím, 58x (15,1%) pracovníci a 78x (20,6%) sestry spíše souhlasím, 139x (36,2%) pracovníci a 125x (33,1%) sestry uvedli odpověď nevím, někdy ano někdy ne. Spíše nesouhlasili 83x (21,6%) pracovníci a 61x (16,2%) sestry, ne nesouhlasím vybrali 74x (19,3%) pracovníci a 50x (13,2%) sestry.

Zdravotní sestry vnímají své ohrožení více, častěji plně souhlasily s tvrzeními a nejméně jich s tvrzeními vůbec nesouhlasilo. Rozdíl mezi skupinami je statisticky významný na 5% hladině významnosti.

Sloučené otázky 7 – 18 část 2, jak se cítíte v posledních dvou týdnech v %,

Graf 39: Sloučené otázky 7- 18



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázky týkající se osobních pocitů: soustředění, únavy, chuti pomáhat, schopností, rozhovorů, konfliktů, zdravotních problémů, osobního růst a zájmu o obor, odpověděli vždy 8x (1%) pracovníci a 5x (0,7%) sestry, 37x (4,8%) si pracovníci a 54x (7,1%) sestry zvolili možnost často. Někdy si vybrali 244x (31,8) pracovníci a 230x (30,4%) sestry, zřídka volili 211x (27,5%) pracovníci a 246x (32,5%) sestry, nikdy uvedli 268x (34,9%) sociálních pracovníci 221x (29,3%) sestry.

Sociální pracovníci častěji volili možnost nikdy. Rozdíl mezi skupinami je statisticky významný na 5% hladině významnosti

Pro přehlednost uvádím tabulku statisticky významných rozdílů v otázkách

Tabulka 4: otázky se statisticky významným rozdílem

	statisticky významný rozdíl na 5% hladině významnosti
Část 1	
otázka č.11	Mám zdravotní potíže
otázka č.12	Prostředí ve kterém pracuji se mi líbí
Část 2	
otázka č. 1	Při práci mívám často pocit časového tlaku
otázka č. 3	Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost
otázka č. 4	Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného
otázka č. 8	Připadám si fyziky „vyždímaný/á“
otázka č. 10	Pochybuji o svých profesionálních schopnostech

Zdroj: vlastní výzkum

Porovnání vnímání prvků psychosociální zátěže a ohrožení syndromem vyhoření v jednotlivých skupinách, dle délky praxe.

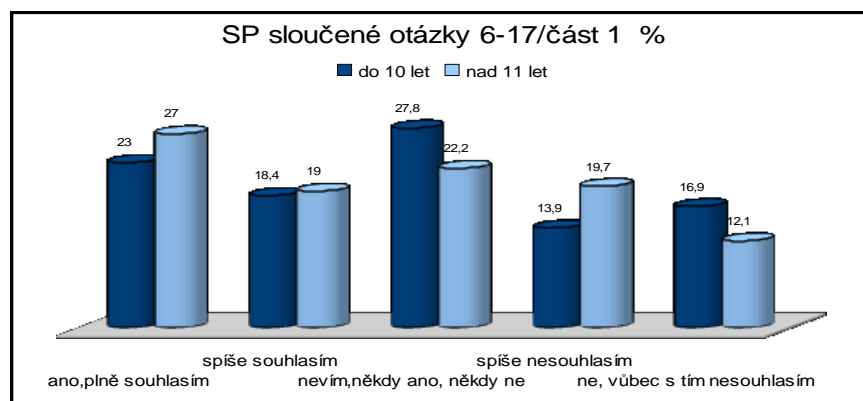
Tabulka 5: Zkoumaný soubor, sociální pracovníci

	do 10 let praxe	nad 11 let praxe	celkem
sociální pracovníci	47	17	64

Zdroj: vlastní výzkum

Sloučené otázky 6-17 část 1, do jaké míry souhlasíte s tvrzeními v %, sociální pracovníci, porovnání skupiny pracující v oboru do 10 let a skupiny nad 11 let v oboru

Graf 40: Sloučené otázky 6-17 část 1, do jaké míry souhlasíte s tvrzeními, sociální pracovníci

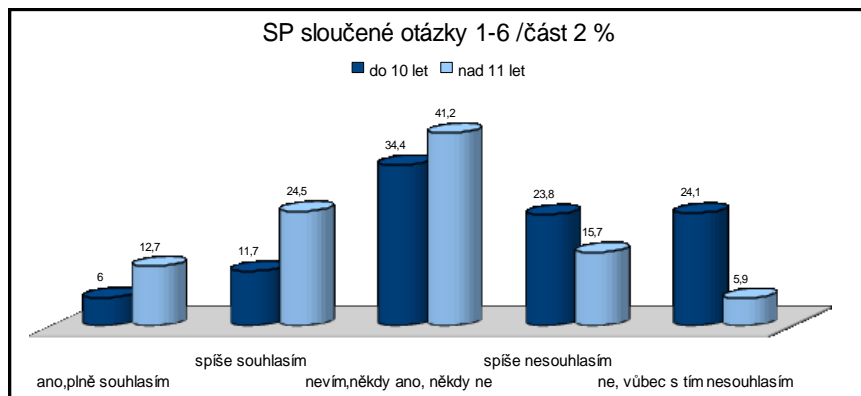


Zdroj: vlastní výzkum

Ano, plně souhlasím odpověděli 184x (23%), spíše souhlasím 147x (18,4%), nevím vybrali 222x (27,8%), pro spíše nesouhlasím se rozhodli 111x (13,9%), ne zvolili 135x (16,9%) sociální pracovníci s praxí do 10 let. S odpovědí ano souhlasili 78x (27%), spíše souhlasili 55x (19%), nevím zvolili 64x (22,2%), spíše nesouhlasím uvedli 57x (19,7%) a ne, nesouhlasím zvolili 35x (12,1%) sociální pracovníci pracující v oboru nad 11 let. Pracovníci v oboru nad 11 let častěji souhlasí s tvrzením a zároveň odpověď „ne, vůbec s tím nesouhlasím“ zvolili nejméně často, vnímají své ohrožení více než pracovníci pracující v oboru do 10 let. Rozdíl mezi skupinami je statisticky významný na 5% hladině významnosti.

Sloučené otázky 1 – 6 část 2, jak se cítíte v posledních dvou týdnech v %, sociální pracovníci , porovnání skupiny pracujících v oboru do 10 let a skupiny nad 11 let v oboru

Graf 41: Sloučené otázky 1 – 6 část 2, jak se cítíte v posledních dvou týdnech, sociální pracovníci



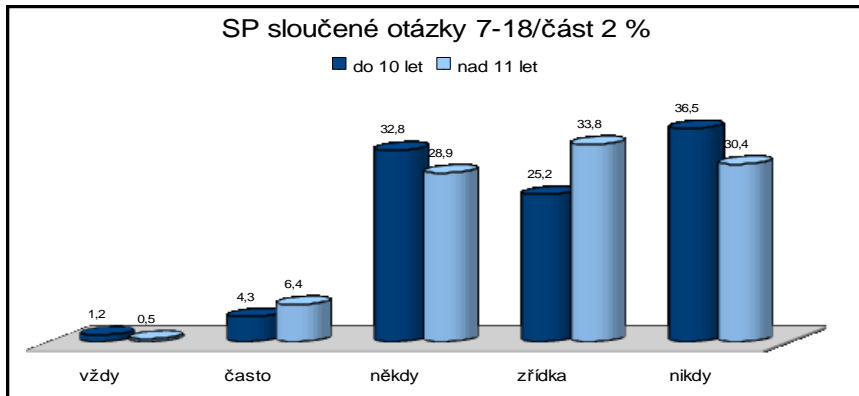
Zdroj: vlastní výzkum

Pracovníci do 10 let práce v oboru 17x (6%) vybrali souhlasím, spíše ano 33x (11,7%). Nevím volili 97x (34,4%), spíše ne 67x (23,8%) a ne 68x (24,1%). Pracující nad 11 let v oboru zvolili 13x (12,7%) ano, spíše ano 25x (24,5%), nevím odpověděli 42x (41,2%), spíše nesouhlasím 16x (15,7%), a ne vůbec nesouhlasím 6x (5,9%).

Sociální pracovníci s praxí v oboru nad 11 let volili více odpověď „ano, plně souhlasím“ a „spíše souhlasím“ než pracovníci v oboru do 10 let, vnímají zátěž více. Rozdíl mezi skupinami je statisticky významný na 5% hladině významnosti.

Sloučené otázky 7 – 18 část 2 , jak se cítíte v posledních dvou týdnech v %, sociální pracovníci, porovnání skupiny pracujících v oboru do 10 let a skupiny nad 11 let v oboru

Graf 42: Sloučené otázky 7-18 část 2, jak se cítíte v posledních dvou týdnech, sociální pracovníci



Zdroj: vlastní výzkum

Sociální pracovníci pracující v oboru do 10 let zvolili 7x (1,2%) odpověď vždy, 24x (4,3%) často, 185x (32,8%) někdy, 142x (25,2%) zřídka, 206x (36,5%) nikdy. Pracovníci s praxí v oboru nad 11 let vybrali 1x (0,5%) vždy, 13x (6,4%) často, 59x (28,9%) někdy, 69x (33,8%) zřídka a 62x (30,4%) nikdy.

Sociální pracovníci v oboru do 10 let častěji uvádějí možnost nikdy. Rozdíl mezi skupinami je statisticky významný na 5% hladině významnosti.

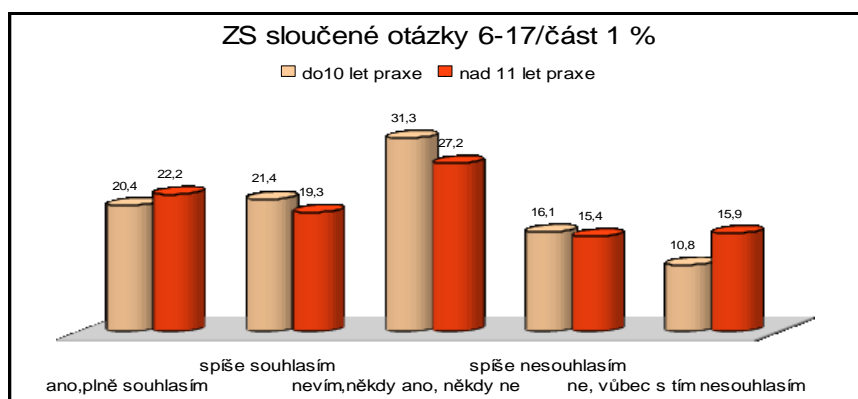
Tabulka 6: zkoumaný soubor, zdravotní sestry

	do 10 let praxe	nad 11 let praxe	celkem
zdravotní sestry	19	44	63

Zdroj: vlastní výzkum

Sloučené otázky 6-17 část 1, do jaké míry souhlasíte s tvrzeními v %, zdravotní sestry, porovnání skupiny pracující v oboru do 10 let a skupiny nad 11 let v oboru

Graf 43: Sloučené otázky 6-17 část 1, do jaké míry souhlasíte s tvrzeními, zdravotní sestry



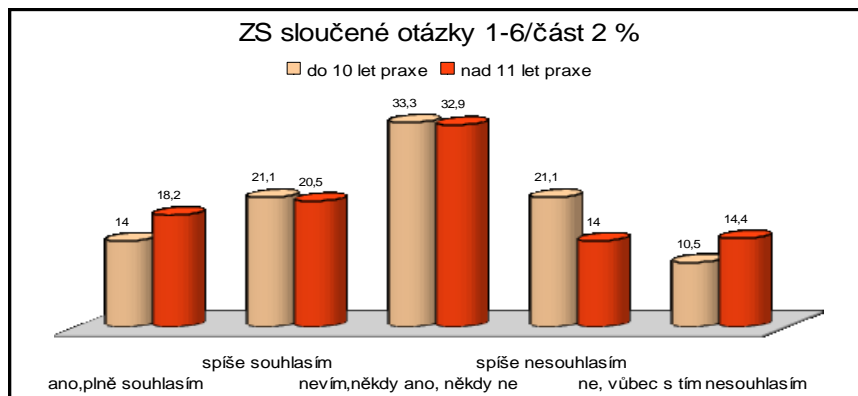
Zdroj: vlastní výzkum

Sestry do 10 let v oboru plně souhlasily 66x (20,4%), spíše souhlasily 69x (21,4%), nevím vybraly 101x (31,3%), spíše ne volily 52x (16,1%) a ne 35x (10,8%). Nad 11 let v oboru sestry plně souhlasily v 166 (22,2%) případech, 144x (19,3%) zvolily možnost spíše souhlasím, nevím 204x (27,2%), spíše nesouhlasily 115x (15,4%) a možnost ne uvedly 119x (15,9%).

Zdravotní sestry s praxí v oboru do 10 let nejméně uváděly odpověď „ne, vůbec s tím nesouhlasím“, dá se říci, že také vnímají své ohrožení více než sestry s praxí nad 11 let. Rozdíl mezi skupinami není statisticky významný.

Sloučené otázky 1 – 6 část 2, jak se cítíte v posledních dvou týdnech v %, zdravotní sestry, porovnání skupiny pracujících v oboru do 10 let a skupiny nad 11 let v oboru

Graf 44: Sloučené otázky 1 – 6 část 2, jak se cítíte v posledních dvou týdnech, zdravotní sestry



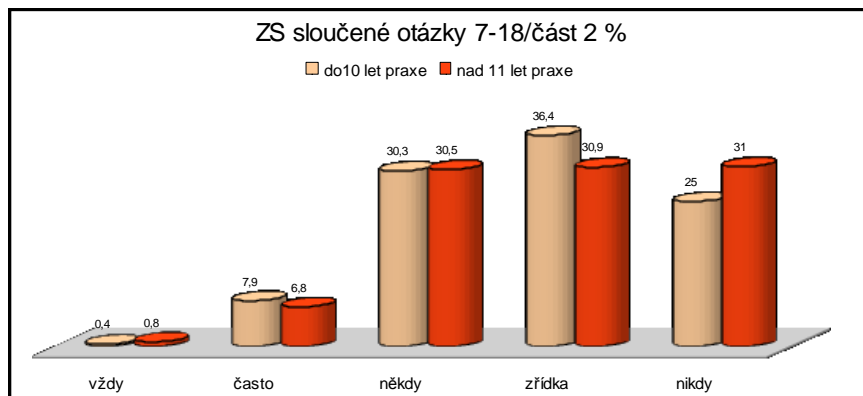
Zdroj: vlastní výzkum

Plně souhlasily 16x (14%), spíše souhlasily 24x (21,1%), nevím volily 38x (33,3%), spíše nesouhlasily 24x (21,1%), 12x (10,5%) vybraly vůbec nesouhlasím sestry s praxí do 10 let. Sestry v oboru nad 11 let volily ano, souhlasím 48x (18,2%), spíše souhlasím 54x (20,5%), nevím vybraly 87x (32,9%), spíše nesouhlasím 37x (14%) a vůbec nesouhlasily 38x (14,4%).

Sestry pracující v oboru déle než 11 let méně často uvádí odpověď „ne, vůbec s tím nesouhlasím“, nečastěji obě skupiny sester uvádí „nevím, někdy ano, někdy ne“. Rozdíl mezi skupinami není statisticky významný.

Sloučené otázky 7 – 18 část 2 , jak se cítíte v posledních dvou týdnech v %, zdravotní sestry, porovnání skupiny pracujících v oboru do 10 let a skupiny nad 11 let v oboru

Graf 45: Sloučené otázky 7-18 část 2, jak se cítíte v posledních dvou týdnech, zdravotní sestry



Zdroj: vlastní výzkum

Sestry pracující v oboru do 10 let volily 1x (0,4%) vždy, 18x (6,8%) často, 69x (30,3%) někdy, 83x (36,4%) zřídka, 57x (25%) nikdy. Zdravotní sestry pracující v oboru nad 11 let vybraly 4x (0,8%) vždy, 36x (7,9%) často, 161x (30,5%) někdy, 163x (30,9%) zřídka, 164x (31%) nikdy.

Zdravotní sestry pracující v oboru nad 11 let častěji volily odpověď nikdy. Rozdíl mezi skupinami je statisticky významný na 5% hladině významnosti.

Pro přehlednost uvádím tabulku významných statistických rozdílů ve sloučených otázkách v jednotlivých skupinách sociálních pracovníků a zdravotních sester, délka praxe v oboru.

Tabulka 7: Významné statistické rozdíly praxe v oboru

Sloučené otázky	Statisticky významný rozdíl na 5% hladině významnosti	Rozdíl není statisticky významný
6-17 část 1	Sociální pracovníci pracující v oboru do 10 let a nad 11 let	
		Sestry pracující v oboru do 10 let a nad 11 let
1-6 část 2	Sociální pracovníci pracující v oboru do 10 let a nad 11 let	
		Sestry pracující v oboru do 10 let a nad 11 let
7-18 část 2	Sociální pracovníci pracující v oboru do 10 let a nad 11 let	
	Sestry pracující v oboru do 10 let a nad 11 let	

Zdroj: vlastní výzkum

Porovnání vnímání prvků psychosociální zátěže a ohrožení syndromem vyhoření v jednotlivých skupinách, dle věkové kategorie.

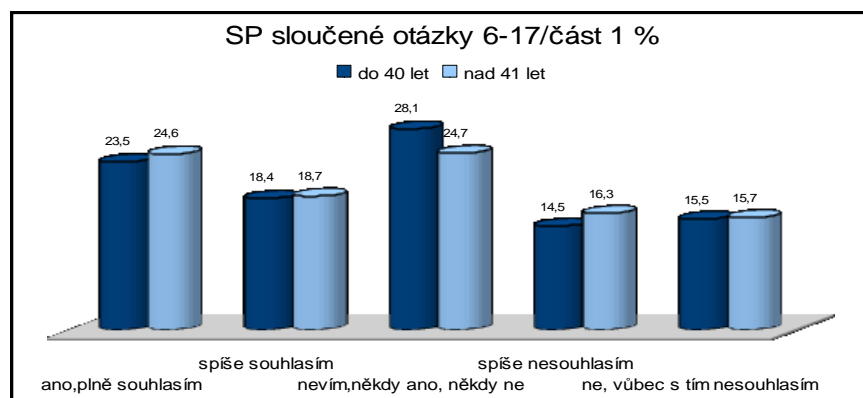
Tabulka 8: Zkoumaný soubor

	do 40 let	nad 41 let	celkem
sociální pracovníci	30	34	64

Zdroj: vlastní výzkum

Sloučené otázky 6-17 část 1, do jaké míry souhlasíte s tvrzeními v %, sociální pracovníci, porovnání skupiny věk do 40 let a skupiny věk nad 41 let

Graf 46: Sloučené otázky 6-17 část 1, do jaké míry souhlasíte s tvrzeními, sociální pracovníci



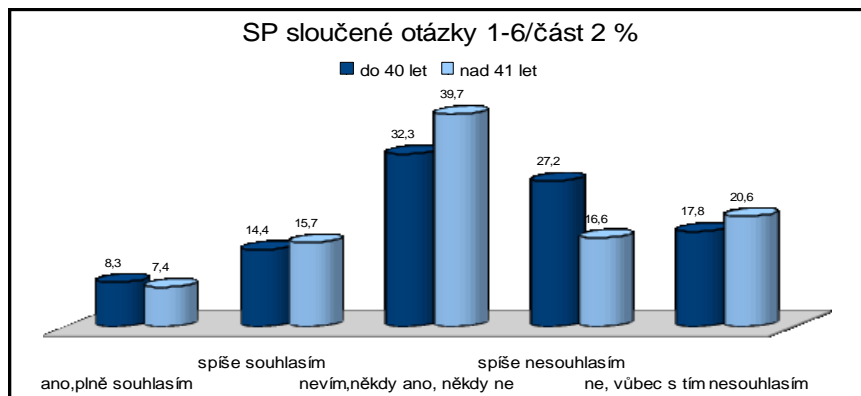
Zdroj: vlastní výzkum

Zkoumaný vzorek pracovníků ve věku do 40 let 120x (23,5%) volil ano, plně souhlasím, 94x (18,4%) možnost spíše souhlasím, nevím, někdy ano někdy ne si vybral 143x (28,1%), spíše nesouhlasil 74x (14,5%), nesouhlasil 79x (15,5%). Pracovníci ve věku nad 41 let odpovídali ano 142x (24,6%), spíše souhlasím 108x (18,7%), nevím zvolili 143x (24,7%), spíše nesouhlasím uvedli 94x (16,3%) a ne, vůbec nesouhlasím 91x (15,7%).

Výsledky obou vzorků jsou velmi vyrovnané, nejčastější odpovědi obou zkoumaných skupin je ano, souhlasím a nevím. Rozdíl mezi skupinami není statisticky významný.

Sloučené otázky 1 – 6 část 2, jak se cítíte v posledních dvou týdnech v %, sociální pracovníci , porovnání věkové skupiny do 40 let a skupiny nad 41 let věku

Graf 47: Sloučené otázky 1 – 6 část 2, jak se cítíte v posledních dvou týdnech, sociální pracovníci



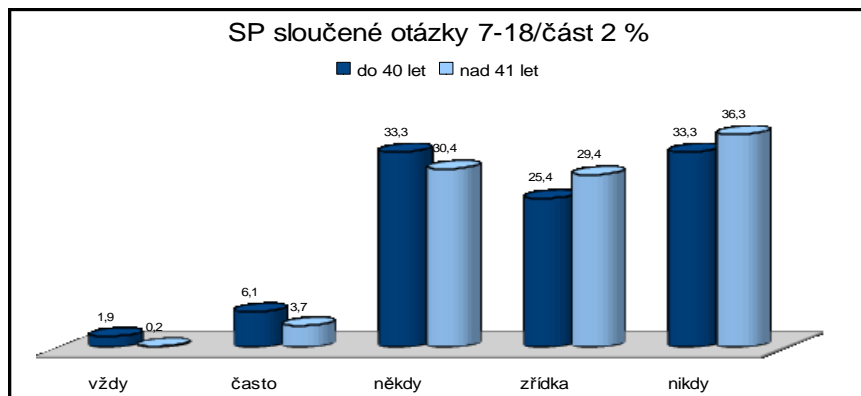
Zdroj: vlastní výzkum

Pracovníci ve věkové kategorii do 40 let 15x (8,3%) souhlasili, spíše souhlasili 26x (14,4%), nevím zvolili 58x (32,3%), spíše nesouhlasím 49x (27,2%) a nesouhlasím vybrali 32x (17,8%). Ve skupině nad 41 let pracovníci 15x (7,4%) souhlasili, spíše souhlasili 32x (15,7%), pro nevím se rozhodli 81x (39,7%), 34x (16,6%) vybrali spíše ne, 42x (20,6%) vůbec nesouhlasili s předloženými tvrzeními.

Obě skupiny uvádějí jako nejčastější odpověď nevím, někdy ano, někdy ne a ne , vůbec s tím nesouhlasím vybrali častěji pracovníci v kategorii nad 41 let. Rozdíl mezi skupinami není statisticky významný.

Sloučené otázky 7-18 část 2, jak se cítíte v posledních dvou týdnech v %, sociální pracovníci , porovnání věkové skupiny do 40 let a skupiny nad 41 let věku

Graf 48: Sloučené otázky 7-18 část 2, jak se cítíte v posledních dvou týdnech, sociální pracovníci



Zdroj: vlastní výzkum

Sociální pracovníci ve věku do 40 let odpověděli 7x (1,9%) vždy, 22x (6,1%) často, 120x (33,3%) někdy, 91x (25,4%) zřídka a 120x (33,3%) nikdy. Ve věkové kategorii nad 41 let volili vždy 1x (0,2%), často 15x (6,1%), někdy 124x (30,4%), zřídka 120x (29,4%), a nikdy 148x (36,3%).

Pracovníci ve věkové kategorii do 40 let vícekrát volili možnost vždy a často, naopak v kategorii nad 41 let volili častěji odpověď zřídka a nikdy. Rozdíl mezi skupinami je statisticky významný na 5% hladině významnosti.

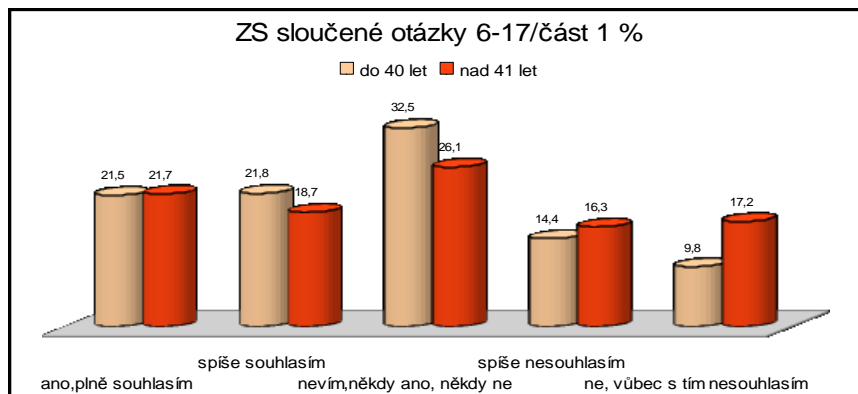
Tabulka 9: Zkoumaný soubor

	do 40 let	nad 41 let	celkem
zdravotní sestry	24	39	63

Zdroj: vlastní výzkum

Sloučené otázky 6-17 část 1, do jaké míry souhlasíte s tvrzeními v %, zdravotní sestry, porovnání skupiny věk do 40 let a skupiny věk nad 41 let

Graf 49: Sloučené otázky 6-17 část 1, do jaké míry souhlasíte s tvrzeními, zdravotní sestry



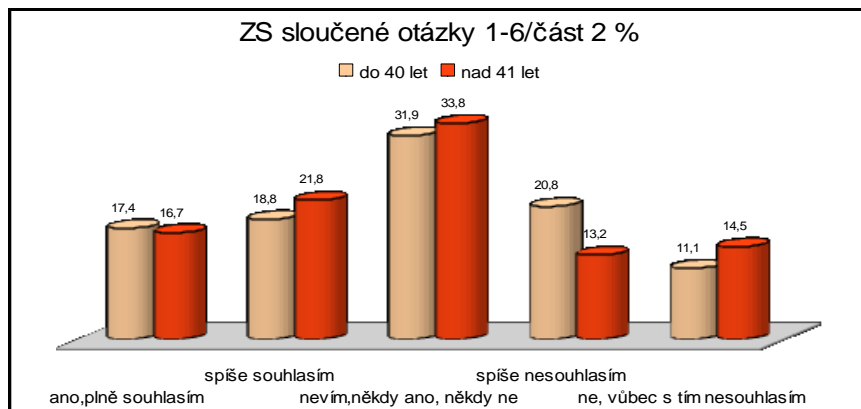
Zdroj: vlastní výzkum

Zdravotní sestry ve věku do 40 let plně souhlasily 88x (21,5%), spíše souhlasily 89x (21,8%), nevím zvolily 132x (26,1%), 59x (14,4%) vybraly odpověď spíše nesouhlasím a vůbec nesouhlasím 40x (9,8%). Setry ve věku nad 41 let odpověděly, že plně souhlasí 144x (21,7%), spíše souhlasily 124x (18,7%), nevím volily 173x (26,1%), spíše nesouhlasím 108x (16,3%) a nesouhlasím 114 (17,2%).

Zdravotní sestry ve věku do 40 let volily nejméně odpověď ne, vůbec s tím nesouhlasím. Rozdíl mezi skupinami je statisticky významný na 5% hladině významnosti.

Sloučené otázky 1 – 6 část 2, jak se cítíte v posledních dvou týdnech v %, zdravotní sestry , porovnání věkové skupiny do 40 let a skupiny nad 41 let věku

Graf 50: Sloučené otázky 1 – 6 část 2, jak se cítíte v posledních dvou týdnech, zdravotní sestry



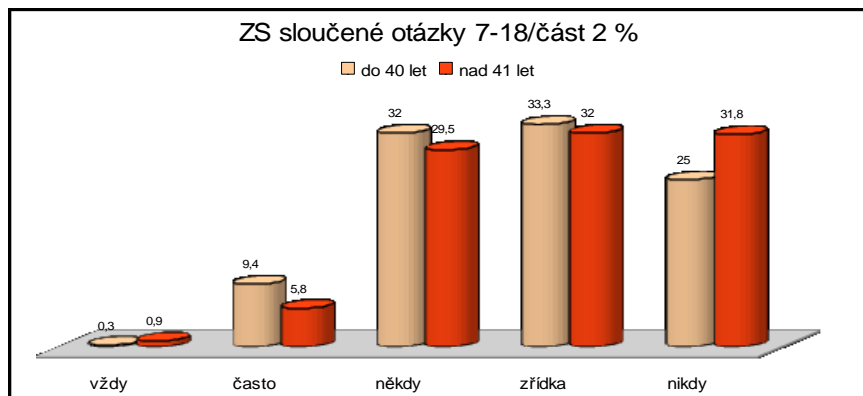
Zdroj: vlastní výzkum

Zdravotní sestry věkové skupiny do 40 let 25x (17,4%) plně souhlasily, 27x (16,7%) spíše souhlasily, nevím vybraly 46x (31,9%), spíše ne volily 30x (20,8%) a ne 16x (11,1%). Sestry nad 41 let volily 39x (16,7%) souhlasnou odpověď, spíše souhlasily 51x (21,8%), pro se rozhodly 79x (33,8%), 31x (13,2%) spíše souhlasily, nesouhlasily 34x (14,5%).

I z tohoto grafu je patrné, že nejčastější odpovědí je „nevím, někdy ano, někdy ne“, zdravotní sestry nad 41 let častěji uvedly „ne, vůbec s tím nesouhlasím“. Rozdíl mezi skupinami není statisticky významný.

Sloučené otázky 7-18 část 2, jak se cítíte v posledních dvou týdnech v %, zdravotní sestry porovnání věkové skupiny do 40 let a skupiny nad 41 let věku

Graf 51: Sloučené otázky 7-18 část 2, jak se cítíte v posledních dvou týdnech, zdravotní sestry



Zdroj: vlastní výzkum

Sestry v kategorii do 40 let zvolily možnost vždy 1x (0,3%), často 27x (9,4%), někdy 92x (32%), zřídka 96x (33,3%), nikdy 72x (25%). V kategorii nad 41 let vybraly 4x (0,9%) vždy, 27x (5,8%) často, 138x (29,5%) někdy, 150x (32%) zřídka, 149x (31,8%) nikdy.

Možnost nikdy volily častěji sestry ve věkové kategorii nad 41 let. Rozdíl mezi skupinami je statisticky významný na 5% hladině významnosti.

Pro přehlednost uvádím tabulku významných statistických rozdílů ve sloučených otázkách v jednotlivých skupinách sociálních pracovníků a zdravotních sester, věková kategorie

Tabulka 10: Významné statistické rozdíly věkové kategorie

Sloučené otázky	Statisticky významný rozdíl na 5% hladině významnosti	Rozdíl není statisticky významný
6-17 část 1	Zdravotní sestry v kategorii do 40 let a nad 41 let	
		Sociální pracovníci v kategorii do 40let a nad 41 let
1-6 část 2		Sociální pracovníci v kategorii do 40let a nad 41 let
		Zdravotní sestry v kategorii do 40 let a nad 41 let
7-18 část 2	Sociální pracovníci v kategorii do 40 let a nad 41 let	
	Zdravotní sestry v kategorii do 40 let a nad 41 let	

Zdroj: vlastní výzkum

5. DISKUZE

Sociální práce ve zdravotnictví je oblastí, kde se péče zdravotní prolíná s péčí sociální a je nezbytnou součástí léčebného a ošetrovatelského procesu. Ke komplexnosti léčby tedy nevyhnutelně patří i pomoc při řešení sociálních problémů pacienta. Zdravotní a sociální oblast spolu neoddělitelně souvisí, nelze však říci, že jsou propojené. Zdravotní péče stojí na vědách jako je anatomie, fyziologie, biochemie, naopak sociální péče vychází z práva, sociologie, psychologie a ekonomie (36).

Stále více lidí v mém okolí se dostává do situace, kdy mají pocit, že jim dochází síly, jsou nervózní a přetížení. Problémy v zaměstnání, nehody v rodině bývají příčinou stresu. Dlouhodobý stres může vést ke vzniku závažného problému, a to syndromu vyhoření. Výzkumu vyhoření se ve světě věnují asi 30 let, u nás je mu věnována intenzivní pozornost posledních 15 let a v současnosti o něj zájem narůstá. Projevem zvýšeného zájmu je vzrůstající počet článků v časopisech, postupně je zařazován do výuky psychologie a velmi často je náplní praktických seminářů. (1).

Podle odborníků ze společnosti Commservis.com, kteří se dlouhodobě zabývají společenskými výzkumy a trendy, za poslední tři roky počet lidí se syndromem vyhoření výrazně vzrostl. Nejohroženější jsou pracovníci, kteří v rámci své profese komunikují s lidmi. Přední místa v žebříčku povolání náchylných k vyhoření patří takzvaným pomáhajícím profesím. Zaměstnaní jsou zde kromě každodenního stresu navíc vystaveni vyčerpávající komunikaci s klientem a vysoké psychické zátěži. Práce ve zdravotnických a sociálních zařízeních k takovým povoláním patří. Pracují s lidmi, a to zejména s těmi, kteří se ocitají v těžkých životních či zdravotních situacích (42).

V obou oblastech (ve zdravotnictví i v sociální práci) se uskutečnilo mnoho výzkumů na toto téma. Jedním z nejrozsáhlejších byl výzkum European NEXT- Study (studie o předčasných odchodech zdravotních sester ze zaměstnání), jejíž součástí bylo mapování fyzické a psychické zátěže zdravotních sester v 10 evropských zemích. V závěru této studie se uvádí, že 25,2% zdravotních sester trpí syndromem vyhoření (30).

Zajímalo mne, jak jsou na tom sociální pracovníci, a proto jsem se rozhodla pro porovnání vnímání psychosociální zátěže zdravotních sester a sociálních pracovníků. Pokusila jsem se porovnat podobné profesní zaměření, práci se seniory. Oslovila jsem

zdravotní sestry pracující v léčebnách dlouhodobě nemocných, domovech pro seniory a sociální pracovníky v domovech seniorů, léčeben dlouhodobě nemocných a dalších pobytových sociálních služeb pro seniory. Pro získání potřebných informací jsem použila dotazníkové šetření, aby bylo možné provést jednoduché statistické zpracování dat. Získala jsem 127 respondentů, největší rozdíly ve srovnávaných skupinách se týkaly věku, pohlaví, a délky praxe. Vliv těchto rozdílů na výsledky nemohu vyloučit. Cílem práce bylo zjistit, jak vnímají charakter psychosociální zátěže v práci a ohrožení syndromem vyhoření, zdravotní sestry a sociální pracovníci. Vyzkoumat, zda jsou v jejich vnímání psychosociální pracovní zátěže rozdíly, a zjistit, je li rozdíl v jejich ohrožení syndromem vyhoření.

Stanovila jsem si 3 hypotézy:

H1: *Sestry a sociální pracovníci v léčebnách dlouhodobě nemocných a v pobytových sociálních službách vnímají prvky psychosociální zátěže stejně*

H2: *Ohrožení více vnímají pracovníci, kteří pracují v oboru více než 11 let.*

H3: *Syndromem vyhoření jsou více ohroženi pracující v oboru ve věkové skupině nad 41 let.*

Hypotéza H1 předpokládala, že sestry a sociální pracovníci v léčebnách dlouhodobě nemocných a v pobytových sociálních službách vnímají prvky psychosociální zátěže stejně. **Hypotéza se nepotvrdila**, je rozdíl ve vnímání prvků psychosociální zátěže mezi sestrami a sociálními pracovníky a v prvcích ohrožení syndromem vyhoření.

Na tuto oblast byly zaměřeny otázky č. 6 – 17 první části dotazníku. Z grafů vyplynulo, že sestry častěji souhlasí v otázkách č. 6, 7, 10, 11, 13 a sociální pracovníci 8, 9, 12, 15, 16, velmi vyrovnané jsou odpovědi v otázce č.14, významný statistický rozdíl na 5% hladině významnosti je v otázce č. 11 a 12. Mám zdravotní potíže, toho se týkala otázka č. 11, zde uváděli sociální pracovníci mnohem častěji odpověď „ne , vůbec s tím nesouhlasím“ než sestry. NEXT studie uvádí například že, muskuloskeletální onemocnění zad, končetiny nebo jiné části těla (opakované bolesti kloubů nebo svalů, ischias, revma, artritida) deklarovalo téměř 60% sester pracujících v Německu, na Slovensku, v Itálii a ve Francii, a skoro 40% sester pracujících v Nizozemsku, Velké Británii a Norsku (30).

Otázka č. 12 se týkala prostředí, ve kterém pracují. Sociální pracovníci mnohem častěji uvedli, že prostředí, kde pracují, se jim líbí. Harmonické pracovní místo je osvědčeným prostředkem k tomu, aby pomáhající mohl pracovat pod menším tlakem (14).

Pokud mohu srovnávat se svými zkušenostmi, musím s nimi souhlasit. Sociální služby prošly v posledních letech velkým rozvojem, velmi mnoho se změnilo. Velké, neútulné, tmavé, mnohdy průchozí pokoje dnes již v pobytových zařízeních skoro nikde nenajdete. V dnešní době má většina domovů pro seniory jedno až dvoulůžkové pokoje, které připomínají domov, klienti zde mají prostor pro své věci a soukromí. Chodby a společné prostory jsou světlé, účelně a pohodlně zařízené se spoustou odpočívadel a květinových koutů. Klient má možnost vyplnění volného času a věnování se svým koníčkům. Jistě na tom má i velký podíl zákon o sociálních službách a standardy sociální péče. Léčebny dlouhodobě nemocných a oddělení následné péče jsou takzvané popelky českého zdravotnictví, jsou na okraji zájmu, zde se bohužel nedělá velká medicína, nejsou atraktivní. Mnohdy je to vidět na velikosti pokojů, vybavení pokojů, celého oddělení i na umístění oddělení.

Druhá část dotazníku, zaměřená na syndrom vyhoření, byla rozdělena do dvou částí otázek. Na první část, otázky č. 1- 6, souhlasně odpovídaly zdravotní sestry. Významného statistického rozdílu na 5% hladině významnosti bylo dosaženo v otázce č. 1 (časového tlaku při práci), č. 3 (psychické zátěže pro vysokou zodpovědnost) a č. 4 (po několika hodinách nám práce natolik dost, že bych chtěl/a něco jiného). V otázkách druhé části č. 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 16, 17, 18 souhlasily zdravotní sestry a v otázce č. 11 sociální pracovníci (častěji se vyhýbají odborným rozhovorům). Shodně vnímali obě skupiny otázku č. 15. Významného statistického rozdílu na 5% hladině významnosti bylo dosaženo v otázce č. 8 a č. 10. V otázce č. 8 „Připadám si fyzicky vyždímaný/á“, nezvolila žádná z dotazovaných sester možnost „nikdy“. To dokazuje, že práce se seniory je velmi fyzicky náročná. Chronická únava, nedostatek energie, pocit tělesné slabosti je znakem tělesného vyčerpání v procesu syndromu vyhoření (1). U otázky č. 10 „Pochybují o svých profesionálních schopnostech“ daleko méně sester zvolilo možnost „nikdy“. Přestože se sestry neustále vzdělávají, mohou se mnohdy cítit bezmocné v konfrontaci s lidskými osudy, kdy pro pacienta nelze více udělat (1). Ne každý zdravotník při práci

s těžce nemocnými nebo se seniory musí skončit se syndromem vyhoření. Výzkumy v našich podmínkách ukazují, že jen část sester (pětina až třetina), se potýká s příznaky vyhoření. Jsou to varující údaje. (1). I v mém výzkumu si například skoro 30% sester myslí že, „jejich práce je tak psychicky náročná, že je velmi obtížné dělat ji po léta se stejnou výkonností“.

Hypotéza H2 předpokládala, že ohrožení vnímají více pracovníci pracující v oboru nad 11 let. Tato hypotéza také **nebyla potvrzena**. Hypotéza, že ohrožení více vnímají pracovníci pracující v oboru déle než 11 let se potvrdila v pouze případě sociálních pracovníků, naopak nepotvrdila v případě zdravotních sester. Porovnávala jsem rozdíly ve skupině sociálních pracovníků a ve skupině zdravotních sester, každý soubor samostatně. Při zkoumání psychosociální zátěže (otázky č. 6- 17, části jedna) sociální pracovníci v oboru déle než 11 let vnímali své ohrožení více, naopak zdravotní sestry více vnímaly své ohrožení v kategorii do 10 let. Ve druhé části otázek týkající se syndromu vyhoření, v otázkách č. 1 - 6 s předloženým tvrzením častěji souhlasili sociální pracovníci i sestry s praxí nad 11 let. Rozdíl je v otázkách č.7-18, kde sociální pracovníci s praxí nad 11 let se cítí více ohroženi než pracovníci v oboru do 10 let. Naopak sestry v oboru nad 11 let se cítí méně ohroženy než sestry s praxí do 10 let. Více jak polovina dotazovaných sociálních pracovníků uvedla délku praxe v oboru do 5 let. Znamená to , že do oblasti sociální práce vstoupili až po roce 2007. Do kategorie nad 11 let praxe v oboru spadalo pouze 17 sociálních pracovníků (jedna čtvrtina zkoumaného vzorku). Výsledky mohou být zkreslené malým počtem respondentů v této skupině. Dříve nebyla věnována taková pozornost přípravě na toto povolání, nebyla také věnována pozornost prevenci syndromu vyhoření jako dnes. Prováděcí vyhláška č.505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách, má v příloze uvedeny Standardy kvality sociálních služeb a v kritériu 10 e) se hovoří o tom, že poskytovatel zajišťuje pro své zaměstnance podporu formou nezávislého kvalifikovaného odborníka. Jednou z forem takovéto podpory je supervize (2).

Hypotéza H3 (syndromem vyhoření jsou více ohroženi pracující v oboru ve věkové skupině nad 41 let) **se nepotvrdila**. Opět jsem porovnávala každou skupinu zvlášť. Ve vnímání zátěže (otázky č.6-17, první části) sociální pracovníci v kategorii nad 41 let

vnímali ohrožení více, naopak sestry stejné věkové skupiny méně. V první části otázek zaměřených na syndrom vyhoření (1-6/2část) se cítili sociální pracovníci i zdravotní sestry ve věku nad 41let méně ohroženi syndromem vyhoření. Ve druhé části otázek sociální pracovníci i sestry ve věku nad 41 let se cítili více ohroženi než v kategorii do 40 let. Porovnání s výzkumem zdravotních sester z roku 2004 také neprokázalo, že věk, či počet odpracovaných let ve zdravotnictví má vliv na míru syndromu vyhoření (11).

6. ZÁVĚR

Má bakalářská práce se zaměřila na psychosociální zátěž sociálních pracovníků a zdravotních sester. Zabývala se porovnáním vnímání zátěže a známkami syndromu vyhoření v těchto pomáhajících profesích.

Není to pravidlo, ale syndrom vyhoření je častý u těch, kteří pracují s dalšími lidmi a musí se do nich vcítit. Mezi tato povolání můžeme zařadit kromě výše zmíněných i lékaře, učitele, psychology, policisty a v poslední době i manažery. Kvůli nastupujícímu vyhoření slábne schopnost empatie, například učitelka těžce snáší projevy svých žáků, sestra se chová neurvale k pacientům. Postupně začínají vnímat zaměstnání jako nepřátelské území, kde je jejich jediným posláním přežít. Přestávají být kreativní, nemají nápady. Vyhoření si postižený sám málokdy všimne, problémy jako první zaznamená jeho okolí. Náznakem může být změna způsobu, jakým partner či partnerka mluví o svém zaměstnání. Zatímco dříve po návratu z práce nadšeně líčili, co vše se během dne přihodilo, nyní jen unaveně mávnou rukou, ulehnu na gauč a celý večer hledí do stropu, straní se přátel. Objevují se první fyzické příznaky, jako je únava, časté bolesti hlavy nebo poruchy spánku.

Cílem práce bylo zjistit, jak sociální pracovníci a zdravotní sestry, věnující se především seniorům, vnímají svoji psychosociální zátěž, a jsou-li ohroženi syndromem vyhoření. Zjistit, zda tuto zátěž v rámci svých pomáhajících profesí vnímají stejně, je li rozdíl ve vnímání a v ohrožení syndromem vyhoření v závislosti na délce praxe v oboru a věku. V souvislosti s cílem byly stanoveny a zkoumány tři následující hypotézy:

H1: Sestry a sociální pracovníci v léčebnách dlouhodobě nemocných a v

*pobytových sociálních službách vnímají prvky psychosociální zátěže
stejně*

H2: Ohrožení více vnímají pracovníci, kteří pracují v oboru více než 11 let.

H3: Syndromem vyhoření jsou více ohroženi pracující v oboru ve věkové

skupině nad 41 let.

K ověření hypotéz byla zvolena kvantitativní dotazníková metoda a technika dotazníků.

K dotazníkovému šetření byl použit dotazník, který jsem dostala od svého vedoucího

práce, a který použila a upravila pro svoji diplomovou práci v roce 2010 Lucie Kuřátková. Dotazníky byly anonymní. V dotazníku byly použity uzavřené otázky, kde měli dotazovaní možnost označit pouze jednu odpověď na pětibodové stupnici, která nejvíce odpovídala jejich osobnímu názoru. Osloveni byli respondenti léčeben dlouhodobě nemocných, domovů pro seniory, a další pobytové služby především pro seniory. Zpracování odpovědí jsem provedla manuálně, kdy každý dotazník byl vyhodnocen zvlášť a výsledky jednotlivých odpovědí zaznamenány, pak sečteny za každou skupinu a vyhodnoceny pomocí statistického programu Excel 2007 MS Office (pomocí funkce četnosti a chi kvadrátu) a zvolena 5% hladina významnosti. Grafické znázornění, tabulky a válcové grafy byly vytvořeny pomocí programu OpenOffice.org Calc.

Vyhodnocením výsledků jsem zjistila, že stanovená **hypotéza H1**, předpokládající, že sestry a sociální pracovníci v léčebnách dlouhodobě nemocných a v pobytových sociálních službách vnímají prvky psychosociální zátěže stejně, **nebyla potvrzena**. Otázky č. 6 – 17 první části dotazníku. Z grafů vyplynulo, že sestry vnímají jinak položky č. 6, 7, 10, 11, 13, 17 a sociální pracovníci 8, 9, 12, 15, 16, velmi vyrovnané jsou odpovědi v otázce č.14.

Sestry častěji uvádí, že se v práci nezastaví, pracovní tempo si neurčují sami, souhlasí, že práce narušuje vztahy v rodině, mají zdravotní potíže, po práci se cítí často fyzicky vyčerpaný, jejich práce vyžaduje neustálé vzdělávání. Sociální pracovníci uvádí častěji, že jejich práce je každý den stejná, lépe vychází se spolupracovníky, prostředí kde pracují se jim líbí, práce vyžaduje obratnost při jednání, a velmi často se rozhodují v časové tísní. Otázka č. 14 ukazuje, že sociální pracovníky nejméně obtěžují klienti s postižením a nejvíce agresivní klienti. Sestry uvedly jako nejméně obtěžující inkontinentní pacienty a nejvíce obtěžující pacienty vyžadující zvýšenou pozornost. Sloučený graf obou skupin je velmi vyrovnaný.

Významný statistický rozdíl na 5% hladině významnosti je v otázce č. 11(mám zdravotní potíže) souhlasnou odpověď uváděly více sestry a č. 12 (prostředí ve kterém pracuji se mi líbí) souhlasnou odpověď volili častěji sociální pracovníci.

Druhá část dotazníku zaměřená na syndrom vyhoření, byla rozdělena do dvou částí. V první části, (otázky č. 1- 6), souhlasily zdravotní sestry. Sestry souhlasí častěji s pocitem časového tlaku, s neuspokojením z práce, vysokou zodpovědností, psychickou náročností s únavou a ochablostí, a i s tím, že práci nelze pro psychickou náročnost dělat po léta se stejnou výkonností. Významného statistického rozdílu na 5% hladině významnosti bylo dosaženo v otázce č. 1 (časového tlaku při práci), č. 3 (psychické zátěže pro vysokou zodpovědnost), a č. 4 (po několika hodinách nám práce natolik dost, že bych chtěl/a něco jiného).

Otázky druhé části č. 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 16, 17, 18 vnímaly jako souhlasné také zdravotní sestry, v otázce č. 11 uvedli častěji souhlasnou odpověď sociální pracovníci. Shodně vnímali obě skupiny otázku č. 15 (odchod z oboru) 50% dotázaných sociálních pracovníků a 49,2% sester nikdy neuvažovalo o odchodu z oboru . Významného statistického rozdílu na 5% hladině významnosti bylo dosaženo v otázce č. 8 (připadám si fyzicky vyždímaný/á) a č. 10 (pochyby o profesionálních schopnostech).

Hypotéza H2 předpokládala, že ohrožení více vnímají pracovníci, kteří pracují v oboru více než 11 let. To se potvrdilo v pouze případě sociálních pracovníků, naopak potvrzena nebyla v případě zdravotních sester. **Celkově se tedy nepotvrdila.** Porovnávala jsem rozdíly ve skupině sociálních pracovníků a ve skupině zdravotních sester, každý soubor samostatně. Vnímání prvků psychosociální zátěže (sloučené otázky č. 6 - 17, části jedna), sociální pracovníci v oboru déle než 11 let vnímali své ohrožení více, zdravotní sestry této kategorie naopak méně než sestry v kategorii do 10 let. Ve druhé části otázek týkající se syndromu vyhoření, v otázkách č. 1 - 6 s předloženým tvrzením častěji souhlasili sociální pracovníci i sestry s praxí nad 11 let. Rozdíl je i v otázkách č. 7 - 18, kde sociální pracovníci s praxí nad 11 let se cítí více ohroženi než pracovníci v oboru do 10 let. Naopak sestry v oboru nad 11 let se cítí méně ohroženy než sestry s praxí do 10 let. Významný statistický rozdíl na 5% hladině významnosti byl ve skupině sociálních pracovníků ve všech třech skupinách sloučených otázek, ve zkoumaném vzorku zdravotních sester pouze ve sloučených otázkách č. 7 – 18, druhé části dotazníku. Lze tedy říci, že u sociálních pracovníků se v tomto výzkumu prokázala závislost mezi vnímáním psychosociální zátěže a délkou praxe v oboru.

Hypotéza H3, syndromem vyhoření jsou více ohroženi pracující v oboru ve věkové skupině nad 41 let, **nebyla potvrzena**. Opět jsem porovnávala každou skupinu zvlášť. Ve vnímání zátěže (otázky č. 6 - 17 první části) sociální pracovníci v kategorii nad 41 let vnímali ohrožení více, naopak sestry stejné věkové skupiny méně. V části otázek zaměřených na syndrom vyhoření (č. 1 - 6 druhé části) se cítili sociální pracovníci i zdravotní sestry ve věku nad 41 let méně ohroženi syndromem vyhoření než v kategorii do 40 let. Ve druhé části otázek se sociální pracovníci i sestry ve věku nad 41 let cítili více ohroženi než v kategorii do 40 let. Významný statistický rozdíl na 5% hladině významnosti byl dosažen v otázkách č. 6 - 18 první části dotazníku a v otázkách č. 7 - 18 druhé části ve skupině zdravotních sester. V tomto případě není souvislost mezi věkem a syndromem vyhoření.

Při své těžké a psychicky náročné práci jsou sociální pracovníci i zdravotní sestry vystaveni psychosociální zátěži. Při práci se seniory a těžce zdravotně postiženými se i přes vynaloženou péči střetávají se zhoršováním stavu a smrtí svých klientů. Jejich zaměstnání je vysoce náročné, ne vždy dostatečně ohodnocené, jak finančně tak morálně, zasahující do oblasti soukromého života. Z výsledků vyplývá, že příznaky syndromu vyhoření jsou přítomny v obou porovnávaných skupinách.

V posledních letech již bylo uskutečněno mnoho výzkumů této problematiky. I já jsem se ve své práci pokusila o určitý pohled, porovnání dvou profesí, které mají mnoho společného a v mnohém se liší. Informace mohou přinést podnět a inspiraci k dalším výzkumům, mohou být podkladem pro další studie a výzkumy v této oblasti. Může být použita i k praktickému využití například zlepšení pracovních podmínek, nebo zlepšení péče o své zaměstnance ze strany zaměstnavatelů. A také důvodem k zamyšlení nad tím, kolik máme v každodenním životě upřímného lidského kontaktu. Kolik času skutečně věnujeme sami sobě, své regeneraci, svým myšlenkám a pocitům.

7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Vyd.1. Brno : Národní centru ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů , 2006. 86 s. ISBN 80-7013-439-9.
2. Česko. Vyhláška 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In *Věstník ministerstva práce a sociálních věcí*. 2010, do částky 33/2010 Sb. a 18/2010 Sb.m.s., s. 1-32.
3. Česko. Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách. In *ÚZ číslo: 565*. 2006, kapitola III, s. 149-187. ISBN 80-7208-571-9.
4. GABURA, J., PRUŽINSKÁ J.: *Poradenský proces*. Praha, SLON 1995. s. 96.
5. HANUŠ, P. Kdo je sociální pracovník a proč by měl být vzdělaný.. *Sociální práce*. 2007, roč. 7, č.1, s. 5-6. ISSN 1213-6204.
6. HARTL, P; HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 2.vydání. Praha : Portál, 2009. 776 s. ISBN 978-80-7367-569-1.
7. HAVRDOVÁ, Z., KALINA,K. : *Supervize*. In *Drogy a drogová závislost*, 2.díl, str. 133-141, Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
8. HAVRDOVÁ, Z. *Kompetence v praxi sociální práce : metodická příručka pro učitele a supervizory v sociální práci*. Praha: Osmium, 1999. 167 s. ISBN: 80-902081-8-5.
9. HAWKINS, P; SHOHET, R. *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha : Portál, 2004. 216 s. ISBN 80-7178-715-9.
10. HONZÁK, R; KURZOVÁ, H. Burnout syndrom. *Sanquis*. 2003, 30, s. 42-45. ISSN 1212-6535.
11. HOSÁK, L; HOSÁKOVÁ, J; ČERMÁKOVÁ, E. Syndrom profesionálního vyhoření zdravotnických pracovníků . *Psychiatrie pro praxi*. 2005, 4, s. 205-206. ISSN 1213-0508.
12. HRINDOVÁ, T. Syndóm vyhorenia sestier. *Bedeker zdravia* [online]. 2009, 6, [cit. 2011-07-1]. Dostupný z WWW: <bedekerzdravia.sk>. ISSN 1337-2734.

13. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha : Triton, 2003. 224 s. ISBN 80-7254-329-6.
14. JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E. *Syndrom vyhoření*. 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 32 s. ISBN 80-86991-74-1.
15. JOBÁNKOVÁ, M., et al. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 2. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002. 225s. ISBN 80-7013-365-1
16. KEBZA, V, a kol. *Zvládání stresu*. Vyd.1. Praha: Státní zdravotní ústav Praha, 1997. 30 s. ISBN 80-7071-042-X.
17. KEBZA, V; ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření*. Vyd.2. Praha : Státní zdravotní ústav Praha, 2003. 23 s. ISBN 80-7071-231-7.
18. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Vyd.5. Praha : Portál, 2011. 152 s. ISBN 978-80-7367-922-4.
19. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat depresi*. Vyd.2. Praha: Grada Publishing, 2007, 176 s. ISBN 80-247-0575-3.
20. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat stres*. 1.vydání. Praha : Grada Avicenum, 1994. 190 s. ISBN 80-7169-121-6.
21. KŘIVOHLAVÝ, J. *Konflikty mezi lidmi*. 2.vydání. Praha : Portál, 2008. 192 s. ISBN 978-80-7367-704-6.
22. KŘIVOHLAVÝ, J. *Sestra a stres: Příručka pro duševní pohodu*. Vyd.1. Praha: Grada Publishing, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
23. KUPKA, M. Paliativní péče a riziko syndromu vyhoření. *E-psychologie* [online]. 2008, 2, 1, [cit. 2011-05-23]. Dostupný z WWW: <e-psycholog.eu>.
24. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1.vydání. Praha : Grada Publishing, 2007. 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
25. MATOUŠEK, O, a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. 380 s. ISBN 80-7178-548-2.

26. MATOUŠEK, O, a kol. *Sociální práce v praxi : specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd.1. Praha : Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.
27. McDERMENT, L.: First Line Management Manual. In: *Supervision of Staff*. Longman Group UK, Ltd. 1991
28. MLČÁK, Z. *Psychologie zdraví a nemoci*. Ostrava : Ostravská universita v Ostravě, 2005. 84 s. ISBN 80-7368-035-1.
29. MOJŽIŠOVÁ, A. *Teorie sociální práce*. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2007. 56 s.
30. NEXT : *Nurses'early exit study* [online]. 9.7.2009 [cit. 2011-07-30]. Dostupné z WWW: <www.next-study.net>.
31. NOVOTNÝ, J. Něco o supervizi - cíle, úkoly, smysl, postupy. *Supervize* [online]. 2006, [cit. 2011-05-15]. Dostupný z WWW: <supervize.eu>.
32. RENAUDOVÁ, J. *Co je stres a jak se mu vyhnout*. 1.vydání. Praha : Práce, 1993. 133 s. ISBN 80-208-0297-5.
33. STOCK, CH. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Vyd.1. Praha: Grada Publishing, 2010, 112 s. ISBN 978-80-247-3553-5.
34. ŠIMEK, A. Supervize je u nás stále nová. *Psychoterapeutické sešity*. 2000, 1, 2, s. 1-2.
35. ŠIMEK, J; ŠPALEK, V. *Filozofické základy lékařské etiky*. Vyd. 1. Praha : Grada Publishing, 2003. 113 s. ISBN 80-247-0440-4.
36. ŠIMEK, J. Víme, co je zdravotně sociální? *Kontakt*, 2010, roč. 12, č. 1, s. 5 – 6. ISSN 1212-4117.
37. ŠOLCOVÁ, I. *Některé psychofyziologické souvislosti resilience*. Praha : Psychologický ústav AV ČR, 2007. 76 s.
38. TOŠNER, J; TOŠNEROVÁ, T. Burn-out: Syndrom vyhoření : Pečující povolání. In *Sborník přednášek z konference pořádané občanským sdružením Sedm paprsků a*

oborem zdravotně sociální péče MZ ČR. Česká alzheimerovská společnost, 2001. s. 33-36.

39. TUČEK, M., CIKRT, M., PELCOVÁ, D., *Pracovní lékařství pro praxi*. Praha: Grada Publishing, 2005. 325 s. ISBN 80-247-0927-9.
40. ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. Vyd.3. Praha : Slon, 2007. 128 s. ISBN 80-86429-36-9.
41. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd.4. Praha : Portál, 2008. 872 s. ISBN 80-7376-414-9.
42. *Vitalia.cz : váš průvodce zdravím životem* [online]. 10.3.2011 [cit. 2011-05-15]. Komunikujete s lidmi? Hrozí vám syndrom vyhoření. Dostupné z WWW: <www.vitalia.cz/clanky/hrozi-vam-syndrom-vyhoreni>.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Pomáhající profese

Psychosociální zátěž

Sociální pracovník

Stres

Syndrom vyhoření

Zátěž

Zdravotní sestra

9. PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Dotazník psychosociální pracovní zátěže sociálních pracovníků

Příloha č. 2 – Dotazník psychosociální pracovní zátěže sester

DOTAZNÍK PSYCHOSOCIÁLNÍ PRACOVNÍ ZÁTĚŽE SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ

1. Váš věk:

- 1 - méně než 25
- 2 - 25 - 30
- 3 - 31 - 40
- 4 - 41 - 50
- 5 - více než 50

2. Vaše pohlaví

- 1 - muž
- 2 - žena

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- 1 - SŠ
- 2 - VOŠ
- 3 - VŠ - bakalářské
- 4 - VŠ - magisterské

4. V jaké organizaci pracujete?

- 1 - zdravotně sociální zařízení
- 2 - nestátní nezisková organizace
- 3 - úřad (MÚ, KÚ, magistrát, ...)
- 4 - jiné

5. Jak dlouho pracujete v oboru?

- 1 - do 5 let
- 2 - 6 - 10 let
- 3 - 11 - 20 let
- 4 - 21 a více let

Zaškrtněte, do jaké míry souhlasíte s tvrzeními

6. Celý den se v práci nezastavím

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

7. Pracovní tempo si určuji sám/sam

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

8. Má práce je každý den stejná

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

9. Se svými spolupracovníky vycházím dobře

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

10. Současná práce narušuje vztahy v mé rodině

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

11. Mám zdravotní potíže

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

12. Prostředí, ve kterém pracuji, se mi líbí

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

13. Po práci se cítím často fyzicky vyčerpaný/á

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

14. Zatěžuje mě práce s těmito typy klientů

závislí klienti

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

manipulativní klienti

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

klienti s postižením

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

agresivní klienti

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

mlčenlivý klienti

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

klienti s psychickými poruchami

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

15. Činnost na našem pracovišti vyžaduje obratnost v jednání s lidmi

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

16. Velmi často se musím rychle rozhodovat v časové tísní

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

17. Moje práce vyžaduje stálé vzdělávání

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

Jak se cítíte v posledních dvou týdnech

1. Při práci mívám často pocit časového tlaku

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

2. Práce mě neuspokojuje

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

3. Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost

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

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

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

5. Práce je psychicky náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost

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

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

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

7. Obtížně se soustředuji

- 1 - vždy
- 2 - často
- 3 - někdy
- 4 - zřídka
- 5 - nikdy

8. Připadám si fyzicky „vyždímaný/á“

- 1 - vždy
- 2 - často
- 3 - někdy
- 4 - zřídka
- 5 - nikdy

9. Nemám chuť pomáhat problémovým klientům

- 1 - vždy
- 2 - často
- 3 - někdy
- 4 - zřídka
- 5 - nikdy

10. Pochybuji o svých profesionálních schopnostech

- 1 - vždy
- 2 - často
- 3 - někdy
- 4 - zřídka
- 5 - nikdy

11. Pokud je to možné, vyhýbám se odborným rozhovorům se spolupracovníky

- 1 - vždy
- 2 - často
- 3 - někdy
- 4 - zřídka
- 5 - nikdy

12. V konfliktních situacích na pracovišti se cítím bezmocný/á

- 1 - vždy
- 2 - často
- 3 - někdy
- 4 - zřídka

5 - nikdy

13. Mám problémy se srdcem, dýcháním, trávením apod.

- 1 - vždy
- 2 - často
- 3 - někdy
- 4 - zřídka
- 5 - nikdy

14. Můj odborný růst a zájem o obor zaostává

- 1 - vždy
- 2 - často
- 3 - někdy
- 4 - zřídka
- 5 - nikdy

15. Přemýšlím o odchodu z oboru

- 1 - vždy
- 2 - často
- 3 - někdy
- 4 - zřídka
- 5 - nikdy

16. Trápí mě poruchy spánku

- 1 - vždy
- 2 - často
- 3 - někdy
- 4 - zřídka
- 5 - nikdy

17. Trpím bolestmi hlavy

- 1 - vždy
- 2 - často
- 3 - někdy
- 4 - zřídka
- 5 - nikdy

18. Pokud je to možné, vyhýbám se rozhovoru s klienty

- 1 - vždy
- 2 - často
- 3 - někdy
- 4 - zřídka
- 5 - nikdy

DOTAZNÍK PSYCHOSOCIÁLNÍ PRACOVNÍ ZÁTĚŽE
ZDRAVOTNÍCH SESTER

1. Váš věk:

- 1 - méně než 25
- 2 - 25 - 30
- 3 - 31 - 40
- 4 - 41 - 50
- 5 - více než 50

2. Vaše pohlaví

- 1 - muž
- 2 - žena

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- 1 - SZŠ
- 2 - VZŠ
- 3 - VŠ – bakalářské
- 4 - VŠ – magisterské

4. Na jakém oddělení jste zaměstnán (a)?

- 1 - standardní odd.
- 2 - JIP, ARO
- 3 - LDN, ONP
- 4 - zdravotně sociální zařízení

5. Jak dlouho pracujete v oboru?

- 1 - do 5 let
- 2 - 6 – 10 let
- 3 - 11 - 20 let
- 4 - 21 a více let

Zaškrtněte, do jaké míry souhlasíte s tvrzeními:

6. Celý den se v práci nezastavím

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

7. Pracovní tempo si určuji sám/sama

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

8. Má práce je každý den stejná

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

9. Se svými spolupracovníky vycházím dobře

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

10. Současná práce narušuje vztahy v mé rodině

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

11. Mám zdravotní potíže

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

12. Prostředí, ve kterém pracuji, se mi líbí

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

13. Po práci se cítím často fyzicky vyčerpaný/á

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

14. Zatěžuje mě práce s těmito typy klientů:

pacienti s maligním onemocněním

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

pacienti v bezvědomí

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

pacienti imobilní

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

pacienti inkontinentní

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

pacienti, kteří vyžadují zvýšenou pozornost

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

pacienti s psychickými poruchami

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

15. Činnost na našem pracovišti vyžaduje obratnost v jednání s lidmi

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

16. Velmi často se musím rychle rozhodovat v časové tísní

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

17. Moje práce vyžaduje stálé vzdělávání

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

Jak se cítíte v posledních dvou týdnech

1. Při práci mívám často pocit časového tlaku

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

2. Práce mě neuspokojuje

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

3. Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost

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

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

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

5. Práce je psychicky náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost

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

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

- 1 - ano, plně souhlasím
- 2 - spíše souhlasím

- 3 - nevím, někdy ano, někdy ne
- 4 - spíše nesouhlasím
- 5 - ne, vůbec s tím nesouhlasím

7. Obtížně se soustřed'uji

- 1 - vždy
- 2 - často
- 3 - někdy
- 4 - zřídka
- 5 - nikdy

8. Připadám si fyzicky „vyždímaný/á“

- 1 - vždy
- 2 - často
- 3 - někdy
- 4 - zřídka
- 5 - nikdy

9. Nemám chuť pomáhat problémovým klientům

- 1 - vždy
- 2 - často
- 3 - někdy
- 4 - zřídka
- 5 - nikdy

10. Pochybuji o svých profesionálních schopnostech

- 1 - vždy
- 2 - často
- 3 - někdy
- 4 - zřídka
- 5 - nikdy

11. Pokud je to možné, vyhýbám se odborným rozhovorům se spolupracovníky

- 1 - vždy
- 2 - často
- 3 - někdy
- 4 - zřídka
- 5 - nikdy

12. V konfliktních situacích na pracovišti se cítím bezmocný

- 1 - vždy
- 2 - často
- 3 - někdy
- 4 - zřídka
- 5 - nikdy

13. Mám problémy se srdcem, dýcháním, trávením apod.

- 1 - vždy
- 2 - často

- 3 – někdy
- 4 – zřídka
- 5 - nikdy

14. Můj odborný růst a zájem o obor zaostává

- 1 - vždy
- 2 - často
- 3 - někdy
- 4 - zřídka
- 5 - nikdy

15. Přemýšlím o odchodu z oboru

- 1 - vždy
- 2 - často
- 3 - někdy
- 4 - zřídka
- 5 - nikdy

16. Trápí mě poruchy spánku

- 1 - vždy
- 2 - často
- 3 - někdy
- 4 - zřídka
- 5 - nikdy

17. Trpím bolestmi hlavy

- 1 - vždy
- 2 - často
- 3 - někdy
- 4 - zřídka
- 5 - nikdy

18. Pokud je to možné, vyhýbám se rozhovoru s klienty

- 1 - vždy
- 2 - často
- 3 - někdy
- 4 - zřídka
- 5 - nikdy