



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

## Behaviorální determinanty zdraví u všeobecných sester

# DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

**Autor:** Bc. Kateřina Provazníková

**Vedoucí práce:** Mgr. Věra Olišarová, Ph.D.

České Budějovice 2020

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Behaviorální determinanty zdraví u všeobecných sester*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s §47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 12. 8. 2020

.....

Bc. Kateřina Provozničková

## **Poděkování**

Děkuji své vedoucí práce Mgr. Věře Olišarové, Ph.D., za cenné informace, věnovaný čas, a přínosy v mé práci. Velký dík patří mé rodině za podporu a pomoc při studiu a tvoření této práce.

# Behaviorální determinanty zdraví u všeobecných sester

## Abstrakt

Tématem této práce jsou behaviorální determinanty zdraví u všeobecných sester. Zdraví je jedním z významných atributů lidského života. Do značné míry je odrazem interakce člověka s prostředím, které ho obklopuje, v němž žije a pracuje. Zdravotní stav je ovlivňovaný celou řadou okolností a mnohé mají specifický charakter. Kromě individuálních vlivů se uplatňují také vlivy společenské a sociální. Práce je součástí života každé všeobecné sestry. Na základě charakteristiky tohoto povolání lze říci, že je to jeden z nejdůležitějších determinantů mající vliv na jejich každodenní život.

Cílem této práce je zjistit, jaký vliv mají behaviorální determinanty zdraví a samotné zaměstnání na zdravotní stav všeobecných sester. Dále zjistit souvislost vztahů na pracovišti a jejich působení na zdraví.

Data byla získávána prostřednictvím polostrukturovaného hloubkového rozhovoru. Následně byla provedena analýza získaných dat jednotlivými druhy kódování, s následnou identifikací centrální kategorie a vyložení příběhu. Na základě získaných výsledků byl vytvořen standard pro akreditační komisi, jehož srozumitelnost a efektivnost byla ověřena v rámci focus group. Velikost výzkumného vzorku informantů kvalitativního výzkumu byla daná kritériem teoretické saturace.

Výzkumný soubor tvořilo 18 informantů, kteří byli získáváni metodou sněhové koule. Na základě analýzy sesbíraných dat lze říci, že hlavním faktorem působícím na zdraví sester se manifestoval stres, nedodržování zákoníku práce a působení socioekonomického faktoru.

Závěrem je vytvořený standard pro akreditační komisi v ambulantní sekci jako postup k řešení personální krize v domácí péči.

**Klíčová slova:** behaviorální determinanty; zdraví; sestra; well-being; coping

# **Behavioral Determinants of Health at General Nurses**

## **Abstract**

The topic of the thesis is behavioral determinants of health at general nurses. Health is one of the most important attributes of human life. To a large extent it is a reflection of human interaction with environment which surrounds him, where he lives and work at. Health condition is influenced by a whole range of circumstances and many have specific character. Except individual influences, the social and societal influences also apply. Job is a part of life of every general nurse. On the basis of the characteristic of this job it can be said that it is the one of the most important determinants having influence of their everyday life.

The objective of the thesis is to find out what effect the behavioral determinants of health and the job itself have on health condition of general nurses. Further, to find out connection between relationships in a workplace and their effect on health.

The data was gathered using semi-structured in-depth interview. Then was conducted an analysis of gathered data by individual types of coding with following identification of the central theme and storytelling. On the basis of gathered results, the standard for accreditation commission was created, the clarity and effectiveness of which was verified within focus group. The size of research sample of informants of qualitative research was given by the criteria of theoretical saturation.

The research file was made up of 18 informants who were gathered by the snowball method. On the basis of analysis of gathered data it is possible to say that as the main factor having effect on health of nurses manifested stress, non-compliance with Labor Code and effect of socio-economic factor.

The conclusion is created standard for accreditation commission in the outpatient section as a method to deal with personal crisis in home care.

**Key words:** behavioral determinants; health; nurse; well-being; coping

## Obsah

Úvod.....	7
1 Současný stav .....	9
1.1 Behaviorální determinanty zdraví .....	10
1.1.1 Well-being ve vztahu ke zdraví .....	12
1.1.2 Vulnerabilita .....	16
1.1.3 Dopady stresu .....	17
1.1.4 Socioekonomický status .....	24
1.1.5 Vztahy na pracovišti a jejich působení na zdraví .....	28
1.1.6 Nerovnosti ve zdraví.....	30
2 Cíl práce a výzkumné otázky .....	32
2.1 Cíle práce .....	32
2.2 Výzkumné otázky.....	32
3 Operacionalizace pojmů .....	33
4 Metodika.....	34
4.1 Použitá metoda .....	34
4.2 Výzkumný soubor .....	40
5 Výsledky.....	41
5.1 Vyložení příběhu .....	41
5.2 Popis výsledných kategorií .....	44
6 Diskuze .....	65
Závěr .....	72
Seznam použitých zdrojů.....	74
Seznam příloh .....	81
Seznam obrázků.....	93
Seznam tabulek .....	94
Seznam použitých zkratk .....	95

## Úvod

Téma behaviorální determinanty zdraví u všeobecných sester jsem si zvolila proto, že se přímo váže k mé profesi. Vzhledem k tomu, že se pohybuji ve sféře managementu, kde se neustále zabýváme organizací práce sester, pracovním prostředím a zatraktivněním této práce pro zaměstnance i uchazeče, všímám si také dopadů profese na její nositele. I na základě své zkušenosti mohu říci, že zdraví nelze považovat za izolovaný jev. Je do značné míry výsledkem interakce člověka s prostředím, které ho obklopuje a v němž žije a pracuje. Zdravotní stav je ovlivňovaný celou řadou okolností, z nichž mnohé mají vysoce individuální charakter. Kromě individuálních vlivů se uplatňují četné vlivy společenské a sociální.

Ve své práci orientuji toto téma na všeobecné sestry a jejich povolání. Práce je součástí života každé všeobecné sestry, je to jeden z nejdůležitějších determinantů majících vliv na jejich každodenní život. Ovlivňuje jejich sebevědomí, sebehodnocení, pracovní a životní spokojenost. Současná společnost klade vysoké nároky na seberealizaci v práci. Lidé usilují o získání dobré pracovní pozice a při tom se uplatňuje různorodá motivace.

Psychosociální faktory významně participují na vzniku různých onemocnění. Tyto nemoci následně zasahují do jednotlivých oblastí lidského života. Odrážejí se ve změnách konceptu zdraví, v jeho celostním pojetí (bio-psycho-sociální koncept zdraví) a v důsledku ovlivňují i kvalitu života nejen člověka samotného, ale i jeho blízkých. Musíme si uvědomit, že psychické, behaviorální a environmentální vlivy spolu úzce korelují. Účinky psychosociálních faktorů můžeme pozorovat v modifikaci životního stylu a zodpovědnosti chování nejen k sobě samému, ale i k okolí. Dopady tohoto působení jsou viditelné v psychické i fyzické části zdraví. Z tohoto důvodu považuji poznání těchto faktorů a postojů zaměřených na zvýšení odolnosti vůči stresu za velmi důležité pro vlastní prevenci.

Vliv behaviorálních determinantů na zdraví je z mého pohledu často bagatelizovaný tlakem managementu, mnohdy i kvůli nedostatku středního zdravotnického personálu. Z vlastních zkušeností mohu říci, že roli determinantů zdraví je jistě těžké kvalifikovat a ještě složitější kvantifikovat. Ovšem i praxe ukazuje, že behaviorální determinanty mají důležité konsekvence pro prevenci komplexních chorob, tj. celostně pojatých nemocí. Behaviorální determinanty ovlivňují všechny pracovní roviny v profesním životě sester.

V teoretické části diplomové práce vycházíme z řady kvalitních publikací, zejména pak z publikací významných behavioristů. Jedním z nich je i doc. PhDr. Vladimír Kebza, CSc., který je předním behavioristou u nás. Ve svých publikacích se zaměřuje především na popsání souvislostí, rozpracování vlivu determinant na zdraví jedinců, zabývá se i širšími společenskými vlivy souvisejícími se sociálními determinanty.

Profese sestry se neustále mění, stres je tvořený nejen pracovními nároky, ale i touhou po dokonalosti a také vnímáním rizika užití takzvaných berliček v podobě návykových látek.



## 1 Současný stav

Determinanty zdraví můžeme chápat jako faktory pozitivně či negativně ovlivňující zdravotní potenciál člověka (příloha č. 1). Systém těchto determinant je multidimenzionální, velmi složitý a proměnlivý. Pro podporu zdraví a vhodné nastavení činností vedoucích k jeho dosažení je jejich poznání klíčové (Marková, 2012). Zdraví je v tomto ohledu vnímané jako nejvyšší možná hodnota, se kterou můžeme dosáhnout svých cílů (příloha č. 2).

Hnilicová et al. (2012) uvádí, že ve vztahu k uvedené definici podporu zdraví vnímáme jako proces směřující ke zvýšení kontroly nad faktory ovlivňujícími zdraví s cílem udržet si či zlepšovat zdravotní stav. Úkolem zdravotníků je pak v dosažení tohoto cíle lidem pomáhat.

Marková (2012) hodnotí lidské zdraví jako jeden z prvořadých individuálních i veřejných zájmů. Zdraví občanů vnímá jako prvořadý fenomén, který určuje jak kvalitu života jedince, tak výkonnost ekonomiky. Hamplová (2019) mezi nejdůležitější determinanty lidského zdraví řadí způsob života, přičemž zdůrazňuje, že jeho vliv na lidský život bývá nedoceněný. Vlastní pojem „způsob života“ následně definuje jako „širokou škálu osobních, sociálních a ekonomických faktorů i charakteristik životního prostředí“ (Hamplová, 2019, s. 14). Kunzová et al. (2013) dále uvádí, že pro účinné ovlivnění zdraví lidé potřebují znalosti z různých vědních oborů a schopnosti pro jejich využití a propojení. Dodává však, že je nezbytné při tom respektovat současné celospolečenské trendy tak, aby se lidem dostalo vhodné podpory při snaze o změnu chování (Kunzová et al., 2014). V kontextu dané problematiky to znamená nejen pojmenování samotných determinant zdraví, ale také porozumění souvislostem za pomoci poznatků různých vědních oborů, jako je psychologie, sociologie, ekologie, politika a další (Kunzlová, 2014).

Hamplová (2019) řadí mezi základní determinanty zdraví životní styl, hygienu, zdravotnické služby a jejich kvalitu, faktory životního prostředí a genetické faktory. Do oblasti životního stylu řadí způsob života, životní úroveň, sociální faktory, nezaměstnanost, charakter práce, stres, úroveň vzdělání, způsob stravování, pohybovou aktivitu, abúzus nelegálních drog, abúzus legálních drog: tabáku, alkoholu, léků. Hygiena podle jejího názoru představuje postoj k vlastnímu zdraví a péči o něj. Zdravotnické služby a jejich kvalita jsou dané stupněm rozvoje medicíny a lékařské techniky, zdravotní politiky, dostupností zdravotní péče, zdravotnickým systémem,

úrovni zdravotnictví, organizací, financováním a řízením zdravotnictví. Faktory životního prostředí jsou souhrnem vnějších determinant, jako je ovzduší, kvalita vody a potravin, klimatické podmínky, hluk, chemické látky, biologické infekční faktory. Poslední skupinou determinant ovlivňujících zdraví jsou genetické faktory, vrozené vady, dispozice ke vzniku nemoci, úroveň intelektových schopností, rozdíly ve zdraví mužů a žen.

Hamplová (2019) dále připouští, že zmíněné determinanty mohou zdraví člověka, komunit a vybraných populačních skupin ovlivňovat pozitivně i negativně. V případě pozitivního ovlivnění to může být zvýšení odolnosti vůči nemocem, v případě negativního ovlivnění pak například podnícení vzniku určitého onemocnění. Zároveň tyto faktory řadí k významným příčinám úmrtí v bohatých zemích.

Z výše popsaného faktu manifestuje myšlenka, že zdravotní stav každého jedince je ovlivněný znalostmi a vlastní aktivitou vedoucí ke zvýšení zdraví. Není tedy možné přenechávat svou odpovědnost na zdravotní péči, která řeší stavy, kdy už k rozvoji onemocnění došlo. Je nezbytné dbát na prevenci a na každém z nás leží tíha sledování individuálních změn ve svém zdravotním stavu. Důležité je srovnávat a hodnotit symptomy a projevy nemoci (Hamplová, 2019).

### ***1.1 Behaviorální determinanty zdraví***

Kebza (2005) uvádí, že osobní pohoda sestry je fenomén, který je předmětem výzkumu v oblasti managementu v ošetrovatelství. Práce sestry bývá doménou žen. Období nemoci jsou těsně spjatá se sestrou, která je nemocnému pacientovi v jeho tíživé životní situaci nápomocná. Péče je od pradávna spojovaná s rolí ženy, nelze se tedy divit, že v profesi sestry se nejčastěji setkáváme právě s ženami. Tyto ženy jsou ale také manažerky vlastního života a povětšinou ještě řídí své rodiny. V mnoha případech jsou jejich životy ohrožené stresem plynoucím z neočekávaných životních situací, které mohou nekontrolovatelně působit na zvýšenou vulnerabilitu, a tím ovlivňovat imunitní systém.

Křivohlavý (2002) uvádí, že ve většině západních zemí se psychosomatika uznává jako obor. V našich podmínkách se nejen laická, ale i lékařská veřejnost s tímto tématem setkává velmi nahodile a pomalu. Behaviorismus je ve skutečnosti způsobem medicínského myšlení, tedy medicínského celistvosti pohledu na věc a vnímání kontextů nejen nemoci, ale i jejich souvislostí. Ve většině psychologických materiálů se

setkáváme s popisem rozdílnosti behaviorálních věd a psychosomatických teorií. Tato hlediska se z integrálního pohledu pokouší překlenout a nastínit rozdíl obou těchto filozofických konceptů.

Při hlubším studiu problematiky je patrné, že vlivem narůstajícího poznání dochází ke zvýraznění rozdílnosti pojetí behaviorální medicíny a psychosomatických teorií. Dochází k vyčlenění oboru, který začal směřovat do trendu behaviorální medicíny. Odklání se tedy od dosavadní psychologické sféry a filozofické medicíny (Křivohlavý, 2002).

Nakonečný (2015) řadí mezi metaparadigmata behaviorismu studium vztahů. Paradigmatem koncepce je „objektivní“ popis vztahů mezi stimuly (S) a reakcemi (R), tedy S-R dle anglického stimulus-response. Tato koncepce se měla stát základem objektivního hodnocení, neboť umožňovala kontrolovat oblast stimulů i reakcí. Byla určitou snahou o integraci humanitních věd do biologické medicíny, většinou v různých směrech psychoterapie. Křivohlavý (2010) popsal základní status tohoto směru v bádání behaviorální medicínou, charakterizoval ji jako oblast studia zabývající se vývojem a znalostí behaviorálních věd a jejich technik. Behaviorální medicína v důsledku umožňuje porozumět fyzickému zdraví a nemoci. Při aplikaci poznatků přispívá k celostnímu uchopení poznatků a uvedení do praxe. Křivohlavý (2010) samotnou behaviorální medicínu charakterizuje jako obor, který vychází ze sociálních věd a psychologie. Mezi její stěžejní úkoly řadí zaměření na studium problematiky psychosomatických onemocnění, zejména na odhalení faktorů, které by se mohly uplatnit v jejich prevenci. Uvedené tedy naznačuje odlišnost mezi těmito medicínskými směry, tato odlišnost je daná charakterem a strategií bádání.

Oproti behaviorální medicíně byla psychosomatická medicína definovaná jako výzkum, který dal základ klasické medicíně. Psychologie a sociální vědy vedou úzký pohled klasické medicíny. Tento pohled bylo nutné rozšířit na obsáhlejší základ, který tvořil interdisciplinární rovinu. Psychofyzilogické poruchy byly vždy chápány jako příznaky nebo dysfunkce různých orgánů a orgánových systémů, které jsou propojené s psychosociálními faktory. Vztahy týkající se psychiky, mysli a duše, jsou již saturovanými tématy v úvahách lékařů i filozofů. Vnikla otázka, zda jsou zkušenosti jen mentální záležitostí, nebo čistě fyziologickým jevem. Existuje nějaký vztah nebo vzájemná interakce? Stav zdraví je nutno chápat ekosystémově, jako vyvíjející se vztah organismu s prostředím. Nemoc je stav v biopsychosociálních souvislostech. Choroba je tedy souhrnem všech dějů, které nemoc mohou charakterizovat (Křivohlavý, 2003).

Popsaná souvislost poukazuje na základní myšlenky filozofie psychosomatické (behaviorální) medicíny. I tato souvislost naznačuje nezbytnost mezioborového poznání. V oblasti psychosomatické medicíny se proto odborníci věnují rozvoji, integraci a aplikaci poznatků plynoucích z různých vědních oborů (např. z biologie, psychologie, sociálních či behaviorálních věd). Zároveň však zohledňují i hledisko člověka, individualitu, jeho zdravotní stav, nemoc a jiné charakteristiky (Honzák, 2011).

Vlivem vědeckotechnického pokroku i rozvoje medicíny se biomedicínský model zdraví stal nejrozšířenějším. Raudenská, Javůrková (2011) dodávají, že smyslem biomedicínského modelu je zaměření na patofyziologii a symptomy chorob. I ve vzdělávání lékařů je patrný jeho dopad, neboť se zaměřuje na lineární vztah mezi patofyziologií, průběhem nemoci, poškozením a invaliditou. Nemoc je v souladu s tímto pojetím zdraví zapříčiněná obvykle jedním faktorem. Díky tomu, že má jednu příčinu, bývá obvykle stanovený jeden způsob léčby a léčí se i při absenci choroby. To tedy poukazuje na rozdílnost v chápání klasické a somatické medicíny. Neprovádí celostní sebereflexi a reflexi interakcí. Vyhodnocuje osobní poznatky a pocity jedince. První setkání nemocného s lékařem a sestrou má být příjemným a neopakovatelným prožitkem, kdy se vyhodnocuje celý průběh nemoci. Všechny příznaky většinou nemocný interpeluje v kontextech svých životních zkušeností.

Raudenská a Javůrková (2011) dále doplňují, že model vychází z dualistického dělení nemocí na duševní a somatické a předpokládá, že psychosociální faktory jsou v kompetenci odborníků z oblasti psychologie a psychiatrie. Proto se na ně zaměřuje okrajově nebo vůbec. Model je posilovaný pacienty, kteří mají pouze somatické potíže a připisují jim zásadní roli, což vyhovuje lékařům a sestrám zaměřujícím se na biomedicínský vznik a udržování choroby. Biomedicínský model tak podporuje pasivitu pacienta v léčbě a posiluje významně roli lékaře jako experta.

### ***1.1.1 Well-being ve vztahu ke zdraví***

Jedná o velmi subjektivní záležitost osobní pohody, která je předpokladem pro dobrý a pevně uchopitelný pracovní a životní styl. Základem tohoto stylu je harmonizování pracovního a mimopracovního života. Na práci sester jsou kladené vysoké nároky. Sestry musí během života i během každého dne zvládat nejrůznější role v rovinách svých pracovních i osobních životů. Tyto role se v průběhu života vyvíjejí tak, jak se mění jejich životní priority a postoje. V současnosti se setkáváme s tím, že

s ohledem na různé faktory sestry mění svojí životní cestu jiným směrem a mění svůj obor. Při tom vnímáme stanovení pracovních cílů jako jednu z podmínek efektivní pracovní i životní cesty, která naplní podstatu osobní pohody (Bedrnová et al., 2015).

Bártlová (2005) uvádí, že právě přizpůsobování se nárokům okolního, přírodního a sociálního prostředí je důvodem toho, že zdraví člověka lze chápat jako dynamickou skutečnost. Zdraví tedy nelze chápat jako něco definitivního. Proto se i prožitek osobní pohody (well-being) neustále mění. Kebza (2005) uvádí, že well-being je jednou z významných složek zdraví. Je jedním z pojmů i jevů, jejichž primární založení je spíše psychologické, avšak zasahují do řady dalších společenských i přírodních oborů. Se samotným pojmem well-being se ve větším měřítku setkáváme od doby, kdy bylo zdraví definované Světovou zdravotnickou organizací v roce 1948. Od té doby patří tento pojem k významným charakteristikám zdraví, přičemž je vnímaná jeho dimenze v oblasti tělesné, duševní i sociální (Kebza, 2005).

Dle Kebzy (2012) pozitivní psychologie nepochybně představuje zajímavý a podnětný pokus o relativně nové vymezení oblasti zájmu psychologie obecně, ale i speciálně ve vztahu ke zdraví, zaměřený především na pozitivní prvky lidského života. Představitelé tohoto směru správně upozornili na nebezpečí, které spočívá v přílišném zaujetí psychologie negativy, tj. odchylkami, poruchami, deficitem a jejich příčinami, a jejichž studium může znamenat zúžení prostoru pro pozitiva.

V psychologii osobní pohody má uplatnění více pohledů. Prolíná se jak psychologii, tak ale i společenskými a přírodními jevy, jako směr propojení pojetí nemoci. Toto prolnutí je patrné obzvláště při hledání činitelů podporujících prvků jako protiváhy rizikových faktorů. Psychologické a medicínské disciplíny zaměřené na studium negativních prvků lidského života nestudují tato negativa proto, aby je dál v lidském životě podporovaly, posilovaly a rozvíjely. Na základě poznání jejich podstaty, příčin a souvisejících okolností mohou tyto disciplíny přispět k jejich omezení či eliminaci jejich dopadu v životě lidí. Následně tak umožňují tvořit podmínky pro osobní pohodu a účinně podporovat zjištěná pozitiva. Tedy tím, že poznáme negativní vlivy, jsme schopni identifikovat pozitivní podmínky, které jsou příčinnou souvislostí osobní pohody.

Otázka, zda je pohled pozitivní psychologie opravdu možný a hodnotitelný, se promítá jako jedna ze zásadních změn do psychologického paradigmatu. Je podnětným pokusem o návrat zájmu psychologů a lékařů k tradicím, pozitivním hodnotám a také k celkovému přístupu ke zdraví a nemoci (Křivohlavý, 2003).

Z psychologického pohledu zasahuje osobní pohoda do roviny nálady a osobnostních rysů. V osobní rovině pohody jde o vytvoření individuálního, subjektivního hodnocení postojů. Pro účel volby vhodných nástrojů psychologického šetření bývá osobní pohoda operacionalizovaná jako prožitek. Tento prožitek, jehož časová linka trvá déle než okamžiky, obsahuje i některé proměnlivější charakteristiky. Tyto charakteristiky souvisí s aktuálním psychickým stavem a určitou dynamikou nálad. Obvykle je v těchto bodech vyjádřený předpoklad, že se obtížně odlišuje emoční a osobnostní složka. Rovina osobní pohody obsahuje sebezpřijetí, svébytnost, zvládnání životního prostředí, smysl života a osobní rozvoj. Souvislost mezi sebehodnocením a spokojeností se životem je minimálně hypoteticky předpokládaná řadou dalších výzkumných studií řady autorů (Kebza, 2009; Křivohlavý, 2012; Kunzová, 2013; Kuzníková, 2013).

Svébytnost a smysl života koreluje s podstatou bytí, tedy jsoucna. Jsoucno je obecné filosofické označení pro cokoliv, co jest, povětšinou pro jednotlivé věci, které se kolem nás vyskytují. Jsoucna se vyznačují účastí na bytí, nelze je ale konkretizovat. Atributem jsoucna je jeho vlastní podstata, bez které by nebylo (Heidegger, 1993).

Kebza (2005) uvádí, že lidská bytost je schopná snášet četná příkoří, určitou míru fyzické i psychické bolesti. Avšak poškození zdraví, sociální úpadek i ponížení snáší pouze tehdy, uchová-li si naději, že bude lépe. Základem naděje je pozitivně laděná individuálně specifická emoční charakteristika, související s konstelací osobnostních dispozic psychické odolnosti. Obsahuje pravděpodobně rovněž složku habituální (mj. též dispoziční optimizmus), situační a procesuální. Tento směr je východiskem pro aktivaci psychiky, směřující k naplnění optimistického očekávání. V souladu s holistickou filozofií lze osobní pohodu vnímat jako prvek propojený s životním stylem na různých úrovních. Vliv životního stylu na zdraví byl již mnohokrát popisovaný. Jeho významnou složkou je tělesná zdatnost, která se odráží v pohybových aktivitách a jejich dopadu na zdraví. Obdobný pojem, „radost“, popisuje Kebza (2005). Radost pak definuje jako součást komplexu osobní pohody, která je daná výsledkem konstelace pozitivních emocí a prožitku v jejich důsledku. Dodává také, že se jedná o pojem, který je v odborných kruzích mnohdy podceňovaný. V psychologických slovnících nebývá

vykládaný jako samostatné heslo. Se zmínkou o radosti se setkáváme spíše jen zřídka, kdy je radost popisovaná jako jedna ze základních pozitivně laděných emocí. Pojem radost je obsahově propojený s pojmem štěstí nejenom pozitivně laděným charakterem emočního prožitku, ale rovněž i jeho intenzitou a délkou. Jde o osvojování si odpovědi na podněty, které při své odlišnosti uplatňují společné rysy. Uplatníme-li míru naplnění radosti, myšleno jako pozitivní emoce, ve které reálné prostředí nahrazujeme idealizovaným prostředím, intenzitou prožitku, může tím dojít k absenci prožitku radosti. V tento okamžik prudce stoupá stav smutku i postupně stoupající úroveň životní spokojenosti, přičemž se dostáváme k obrácenému pólu tohoto kontinua. Pól tohoto kontinua je prožitek maximální radosti, potencionálního štěstí. Kratší, časově omezený úsek pozitivně laděných emočních stavů je typičtější většinou pro radost dlouhodobější, která je vzájemným stavem jevů stabilnějších, pozitivně založených, přibližujících se ke štěstí.

Neurofyzilogická determinace lidské psychiky působí relativně stabilní prožitky pozitivních emocí. Prožitky jsou nahrazené i prožitky opačného pólu. Obecně se v povědomí ukotvila myšlenka vrtkavosti lidského osudu na podkladu vrtošivosti štěstěny. Kebza (2005) v souvislosti s prožitkem radosti dodává, že jeho praktický význam v životě lidí je zachycený i v oboru psychiatrie a klinické psychologie. V těchto oborech má své místo mezi devíti základními symptomy depresivních poruch, kde se kromě jiných objevují též stavy anhedonie (tj. neschopnosti se radovat, prožívat jakýkoli stav radosti, který by byl způsobem nějakým podnětem).

Herkuczova (2008) se dotýká tématu radosti a syndromu vyhoření. Racionalizovaná a disciplinovaná radost je bezpečná na rozumové bázi. Protikladem je emočně projevovaný a cílově definovaný adekvátní požitok smyslové radosti, která může být riziková svou svéhlavostí a neřízeností. K naplnění pozitivního vlivu osobní pohody je třeba příznivý socioekonomický status a pozitivní sociální kontakt v osobních vztazích, apriori subjektivní zhodnocení zdraví.

Právě subjektivní hodnocení zdraví pak významně souvisí i s životním stylem. Životní styl jako determinanta zdraví u všeobecných sester má více dimenzí. Mezi ně bezesporu patří souvislost samotného výkonu povolání sestry a spánku. Spánek je základní lidská potřeba a jako první se v životosprávě nejjednodušeji snižuje. Neuspokojení této potřeby se projeví nejen únavou, ale i následky na zdraví, a v důsledku toho i na vnímání osobní pohody. Z podstaty profese sestry je jasné její

spojení se směnným provozem. Noční služby nutí vykonávat povolání i v době biologicky určené pro spánek (Valášková, 2008).

### ***1.1.2 Vulnerabilita***

Vulnerabilitu považujeme za jeden z faktorů ovlivňující zdraví sester. Z pohledu obecné psychologie lze vulnerabilitu definovat snížením či absencí pocitu kontroly s následným rozvojem pesimistického atribučního stylu. Tento proces může být zapříčiněn ranými zkušenostmi, které jsou podporované přesvědčením, že se důležité životní situace mnohdy objevují bez předchozích příznaků, jsou nečekané, nepredikovatelné a nekontrolovatelné (Kebza, 2009). Rané zkušenosti vyvolávají trvalé změny ve fungování mozku a s těmito negativními událostmi mohou vytvořit základ kognitivních změn a schémat, které vytvoří podklady pro emoční poruchy. Vulnerabilita má proto jak biologický podklad, tak i psychickou úroveň. Důsledkem vlivu stresu a s ním spojených prožitků bez existující sofistikované nulové kontroly nad vývojem situace se zvyšuje vulnerabilita vůči některým duševním a tělesným indispozicím (Kebza, 2009).

Kebza (2012) popsal rozdělení vulnerability, kdy se vulnerabilita manifestuje v primární a sekundární části, přičemž primární vulnerabilitu člověk získá v prvních měsících svého vývoje a sekundární vulnerabilitu během svého vlastního životního růstu. Předpokladem rozvíjení poznání vulnerability může být poznání souvislostí týkajících se imunitního systému a na něj působícího krátkodobého i chronického stresu.



Kebza (2005) uvádí, že mezi zdravím a nemocí se uplatňují kromě osobnostních a sociálních proměnných také dvě skupiny faktorů, které mohou lokalizaci jedince na škále mezi zdravím a nemocí výrazně ovlivnit, případně ovlivnit i další vývoj této lokalizace. První skupinu výrazně ovlivňuje vulnerabilita, zranitelnost, dispozice reagovat funkční poruchou pod vlivem stresu, druhou skupinu představuje resilience, odolnost či nezdolnost vůči působícím stresorům. Obě tyto skupiny působí jako dva protikladně postavené póly kontinua zdraví – nemoc.

### **1.1.3 Dopady stresu**

Stres je při práci sestry tak běžný jako u člověka dýchání. Je na každém z nás, zda stresu podlehne, nebo mu začne vzdorovat. Následky tohoto působení většinou ohrožují celý organismus. Valášková (2008) uvádí, že sestry musejí k práci přistupovat s maximálním nasazením, protože pečují o nemocné a starají se o jejich návrat do běžného života. Jsou vystavené neustálé psychické zátěži. Ustavičně jsou prověřované a zkoušené jejich schopnosti, dovednosti a znalosti, na něž jsou kladené vysoké požadavky. To přispívá ke vzniku dlouhodobého stresu, který se může za určitých okolností projevit jako nepříjemné subjektivní prožívání až selhání organismu. K typickým stresovým faktorům Valášková (2008) řadí pracovní režim, směnný provoz a s ním spojenou změnu biorytmů, práci o víkendech, zodpovědnost za nemocné, chronický nedostatek sester i pocity, které mohou být vyvolané obavou z nedokončené práce.

*„Když si vezmeme celou filozofii rozumného jednání, tak je to o tom, že si nesmí sestra myslet, že je ve své oblasti spasitelkou. Musí brát své řemeslo ne jako službu vyšším cílům. Když vše budu brát jako řemeslo, tak budu vědět, že se mi občas něco nepovede. Když si bude hrát na spasitele, bude si myslet, že musíme všechno zachránit“* (Černá et al., 2000, s. 4).

Starnovská (2005) se dotýkala tématu eskalujícího tempa a zvyšujících se požadavků, ale také časové tísně, díky které se stává stres stále větším fenoménem. Stres se prolíná do širokého spektra společenských a individuálních jevů. Vlivem masmédií se z odborného výrazu „stres“ stává pojem, který je nadužívaný pro označení jakékoliv zátěže, která nás ovlivňuje.

Kebza (2005) uvádí, že se tento pojem stal univerzálním označením jakéhokoliv požadavku nebo skutečnosti, které je nutné vyhovět. Při tom toto označení zahrnuje celou charakteristiku jevů spojených se stresem – od podnětů přes stresovou reakci až k vyvrcholení důsledků reakce na stres. Pro přehlednost rozlišuje zátěž a stres, neboť oba pojmy vyjadřují odlišný obsah. Zátěž je charakterizovaná mírou požadavků, které jsou na organismus kladené a kterým je organismus schopný dostát. Je do značné míry považovaná za stimulující faktor, bez něž by organismus stagnoval ve vývoji a nemohl by v budoucnu obstát. Z pohledu vývoje je ovšem rozhodující zejména rozložení účinku stresorů v čase, stejně jako řešení stresogenní situace.

Musíme si uvědomit, že je rozdíl mezi jednorázovým, akutním a relativně silným stresem, který vyžaduje aktivní řešení s pozitivním výsledkem a následným odpočinkem, a mezi dlouhodobě působícím nezvladatelným chronickým stresem. Pokud jednorázový akutní stres působí samostatně a nepřesáhne určitou hranici, obvykle nepředstavuje pro organismus výrazné riziko pro zdraví. Oproti tomu dlouhodobý nezvladatelný stres je rizikem téměř jistým (Kebza, 2005). Destruktivní účinky protražovaného stresu se uplatňují tam, kde je nejoslabenější místo.

Protože každý jedinec je vysoce individuální, nelze zobecňovat změny vlivu stresu. Podstatu lze hledat v rovině společenské a v individuálních sférách. Konkrétně v osobním nastavení s genetickým základem, psychickém vybavení a stabilitě imunitního systému. Důležitou roli zastupuje i společenská, sociální a rodinná koheze. Kebza (2005) dále dodává, že člověk je během života vystavený řadě životních situací, událostí a příhod. Tyto situace na člověka kladou určité nároky. Reakce, adaptace či maladaptace je patrná na jednotlivých úrovních (tj. psychologické, fyziologické, behaviorální a sociální), které tvoří homogenní skupinu. Lidé hodnotí stres jako událost, jež je přímo ohrožuje nepřiměřenými požadavky nebo vnímanou neovlivnitelností. V souvislosti se stresem se v současnosti dostává do povědomí také pojem prokrastinace. Jak uvádí Kunzová et al. (2014), i zde lze pozorovat určitou souvislost se zdravím. Prokrastinace je totiž označením pro snahu odkládat začátek či dokončení úkolů, přestože si jedinec uvědomuje nepříjemné následky.

### ***1.1.3.1 Profesionální stres sestry, závislost na návykových látkách***

Honzák (2015) uvádí, že profesionální stres se u sester projevuje často ztíženým psychickým stavem směřujícím k depresím. I u sester dochází ke konfliktu rolí v rovině pracovní a rodinné. Sestry jsou více ohrožené závislostmi na návykových látkách z důvodu řešení stresových situací. Odolnost sester vůči stresu může negativně ovlivnit například interpersonální krize a v jejím důsledku častější náchylnost v rámci specifické profese k užití návykových látek jako určité podpory.

Hnilicová et al. (2012) poukazují na uskupení negativně působících faktorů zdraví, ve kterém se věnuje stálá pozornost působení alkoholu a drog. S alkoholem se v průběhu dějin lidstva setkáváme často. Například Číňané jsou jedni z těch, kteří vynalezli destilaci alkoholických nápojů. V přiměřeném množství bylo požití alkoholu povoleno, ovšem jeho nadužívání a opilost byla považována za „Faute grave“, resp. neakceptovatelný společenský stav. V české společnosti je postoj ke konzumaci alkoholu naopak velmi tolerantní. Dlouhodobě naše země patří v přepočtu na obyvatele k největším konzumentům na světě. Termín přímé spotřeby na osobu za časovou jednotku se uvádí jako jednotka příjmu alkoholu. Rozdílné je přijímání alkoholu v jednotlivých věkových skupinách. Nejméně užívají alkohol starší lidé. Naopak na předních příčkách se umístili mladí lidé.

Kebza (2005) řadí téma psychologie zdraví a alkohol mezi hlavní předmět zájmu. Při konzumaci alkoholických látek, podobně jako jiných návykových látek, se zvyšuje potřebné množství k dosažení stejného prožitku. Přitom se tolerance a závislost netýká jen alkoholu, rozumí se vztah k látce jako takové, kdy její funkce není možná bez saturování určité dávky. Abstinenci syndrom můžeme vykazovat již jako návykové chování. Ustupující příznaky se objevují tehdy, když se daný pacient snaží odvyknout určité látce. Ústupové příznaky jsou exaktně dokladem toho, že se tělo adekvátně adaptovalo. Tyto příznaky chování jsou známé i u letálních případů odvykání, fakticky letalita z nedostatku množství návykové látky.

Abychom porozuměli tomu, proč je užívání návykových látek jedním z faktorů determinujících zdraví sester, je třeba pochopit důvody, které člověka k samotnému užívání vedou. Tak, jak se napříč jednotlivými humanitními obory setkáváme se snahou vysvětlit podstatu tohoto jevu, objevují se i koncepce, které se tento jev snaží popsat. Příkladem takové koncepce je i morální teorie vycházející z předpokladu, že je určité chování morálně správné, a naopak jiné morálně nepřípustné – jako například

alkoholismus (Křivohlavý, 2003). Naopak exspektance – teorie očekávání – pracuje s tím, co alkoholik tváří v tvář alkoholu očekává. Zde se ukazuje, že alkoholici oproti nealkoholikům mají nadměrné očekávání „příznivého účinku“, který je alkoholem způsobený. Teorie snížení napětí v důsledku pití alkoholu poukazuje na stimulující účinek malé dávky alkoholu. Tedy na moment, kdy by stimulace aktivity při nižší dávce alkoholu měla umožnit lepší zvládnání stresu a zlepšení nálady. Upozorňuje ovšem i na protipól, tedy efekt vyšších dávek alkoholu, k nimž se pojí zcela jiné momenty. „*Sher a Levenson 1982 zjistili jev, který nazvali SRD (Stress – Response – Dampening – snížení úrovně odpovědi či reakce na stresový podmět). Experimentálně – pozorováním reakcí alkoholiků a nealkoholiků na těžké situace – prokázali, že alkoholici se vyznačují spíše tím, že se řešení těžkých situací (fyzických i psychických) vyhýbají než tím, že by prožívali nižší stupeň vnitřního napětí*“ (Křivohlavý, 2003, s. 19).

Jako poslední Křivohlavý (2003) zmiňuje model sociálního učení. Teorii sociálního učení lze z pohledu vysvětlení příčin závislostí považovat za velmi populární model. Vznik a rozvoj zvýšeného příjmu je model, který využívá zákonitosti učení. Počítá se s tím, že konzumace přináší druh rozkoše s určitým konsensem a jeho příjem je viditelný na sociálních vzorech. Studium vlivu vzoru prokázalo, že se liší dle místa užívání. Důležitým faktorem je síla vůle a zaujetí osobního postoje. Zastánci teorie sociálního učení se domnívají, že platí to, co zjišťují při odvykání. Pokud etilik nedostane svoji dávku, je mu zle. Pokud požije svou dávku, cítí se lépe a tím se prohloubí jeho pozitivní vliv. Nastává pozitivní kauzalita.

„*Smutek jen stěží utopíš v alkoholu. Bývá totiž zatraceně dobrým plavcem*“ (Przecek, L.).

### **1.1.3.2 Coping**

Existují profese, u nichž je vyšší riziko vzniku psychických onemocnění. I profese všeobecné sestry do této skupiny patří. Hora (2003) uvádí, že dle názoru DAK – správy německé pojišťovny je třeba zvýšit společenskou prestiž těchto povolání a zároveň věnovat větší pozornost prevenci psychických onemocnění u sester. V souvislosti s psychickou zátěží a vlastní podstatou tohoto povolání (podobně jako u ostatních pomáhajících profesí) se ukazuje, že právě lidé pracující v tomto oboru jsou více ohroženi syndromem vyhoření (burn-out syndromem).

Kebza (2009) uvedl zvládání stresu jako jednu ze zásadních kapitol studia v psychologii. Základní paradigma zvládání stresu se manifestuje jako méně slibné, navzdory vynaloženému úsilí. Ve výzkumu zvládání stresu, pochopeného jako vzájemně se prolínající působení aktuálních reakcí ve stresové situaci, se charakterizují vzorce lidského chování a důsledky již prožitých stresových situací. Diferenciace jednotlivých způsobů zvládání postupně opouštěla původní členění na vlastní zvládání stresu. Původní kategorizace na vlastní zadání, řešení problému a obranné reakce řadí mezi postupy orientované spíše na problém. Podstatou situace je zvládnutí a uchopení postupů orientovaných na určité prožitky, které souvisí se stresovou situací a s celkovým zvládnutím stresové situace.

Dle Kebzy (2005) obecně samozřejmě platí, že obranné mechanismy jsou považované spíše za náhradní, neplnohodnotný způsob zvládání. Nejde v nich o skutečné řešení situace, ale spíš o jeho vykonstruovanou, iluzorní náhradu, realizovanou často na nevědomé úrovni, související s vyrovnáváním se s potlačenými komplexy. Zatímco skutečné strategie zvládání směřují ke skutečnému, faktickému řešení stresové situace a bývají realizované spíše (i když ne nutně vždy) vědomě. Klíčovou podmínkou pro pochopení samotné podstaty zvládání stresu a schopnosti stres snášet je prvek kontroly. To znamená pochopení principu získání kontroly nad vývojem událostí, moci ovlivňovat významné složky plynoucí z prostředí (Kebza, 2005).

Zajímavým příkladem, jak vést sestry a přimět je, aby svou práci vykonávaly rády, je dosazení lídra do pracovního týmu. Lídr je člověk, jenž ukazuje směr, rozhoduje o směru dalšího postupu, zvyšuje sebevědomí sester, vytváří výsledky, dosahuje pokroku a určitého cíle. Škochová (2006) zdůrazňuje, že ve chvíli, kdy budou postoje i chování negativní, lze zákonitě očekávat i špatné výsledky. Zároveň dodávají, že si mnohdy ani neuvědomujeme, že je mnohem těžší někoho přinutit, aby změnil svůj postoj, než ho přimět ke změně chování. Změnu postojů přirovnávají ke změně totožnosti nebo úhlu pohledu na život. Právě tuto změnu vnímají jako absolutně nemožnou, neboť naše postoje lze do jisté míry ovlivňovat, kultivovat, ale jen velmi těžko měnit.

Supervize se v daném kontextu jeví jako nezbytná součást profesionálního rozvoje sester, především pro poskytování podpory a pomoci u konfliktů a řešení problémů. Sestry se zabývají celou řadou a skladbou problémů, kdy podporují klienty, ale jim samotným se nedostává dostatečného vyslechnutí s přídomkem opory. Dochází k situacím, kdy se sestra dostává do stavu strádání a nepohody. Výsledkem

dlouhodobého a opakovaného stresu může být až zmíněný syndrom vyhoření. Pro prevenci syndromu vyhoření a eliminování stresu má v pomáhajících profesích supervize nezastupitelný význam (Jičínská, 2008).

Supervize představuje určitou formu skupinové psychoterapie nejen pro sestry. Jejím hlavním úkolem bývá rozebrání témat spojených s málo ovlivnitelnými stavy. Ve většině případů se sdíleným strachem ze smrti a osudů pacientů. Supervize je určitým druhem psychoterapie v práci sester. Během supervizí se mnohdy objevují témata, jako jsou starost, obavy, obava z pracovní zátěže, potřeba dostatečného prostoru k vyslechnutí. Cílem supervizí je týmová podpora kolegů a týmová setkání, která se i ve zdravotnictví objevují čím dál častěji. Základem těchto setkání je komunikace. Z uvedeného tedy vyplývá, že smyslem supervize je pomoc v účinném zvládnutí reakcí a emocí za využití reflektování a rozebírání situací. Poskytnutí možnosti rozebrat prožité situace a emoce v souvislosti s poskytováním péče pacientům pak nabízí zdravotníkům možnost lépe si uvědomovat své reakce na pacienta a porozumět i dynamice interakce (Jičínská, 2008).

V literatuře (Kebza, 2009; Kebza, 2012; Ptáček et al., 2013; Honzák, 2017; Honzák, 2015) je dnes již možné nalézt stovky popsaných způsobů zvládnutí stresu a jejich klasifikace. Obecné uchopení způsobu zvládnutí stresu a nalezení adekvátních východisek se vesměs shodují, a to tak, že se formuluje ústřední požadavek, především pak k potlačování a popírání stresu. Je nutné, aby podstata a příznaky byly adekvátně řešené.

Kebza (2005) uvádí, že ve výzkumu zvládnutí stresu se rozlišuje pojetí moderátorů a mediátorů účinku stresu, které se v dalším vývoji ustálilo jako pojetí osobních a sociálních proměnných, jež moderují vztahy mezi vnějšími okolnostmi a podmínkami a stresovou reakcí s jejími důsledky. Tyto důsledky nejsou přímo ovlivněny působícím stresorem či stresory ani postupy a průběhem zvládnutí. Mediátory jsou vnímány jako proměnné týkající se kognitivního hodnocení působícího stresu a rozsahu pozornosti, kterou jedinec stresu věnuje.

Kebza (2005) rozlišuje základní postupy zvládnutí stresu následovně. V první řadě by tyto postupy měly umožnit snížení úrovně psychofyzické aktivity a tím i snížení intrapsychické a fyziologické reaktivity v zájmu snížení pravděpodobnosti rozvoje některých psychosomatických chorob. Dále by neměly omezovat, či dokonce znemožňovat realizaci individuálních aspirací, životních cílů a plné životní produktivity. Naopak by měly tyto cíle podporovat (tj. podporovat podstatu vhodného a účinného). Samotná

podstata vhodného a účinného postupu ke zvládnutí stresu by současně neměla být v rozporu s životním stylem a osobnostním založením individua. Protože se i v sesterské profesi setkáváme také s muži, je třeba doplnit, že při zkoumání vlivu pohlaví na způsob zvládnutí a případné strategie zvládnutí stresu byl formulovaný předpoklad, že mužské pokolení reaguje na působení stresu odlišně. U mužů převažuje agrese, zatímco opačné pohlaví odpovídá na stres spíše depresivními stavy (Kunzová, 2014).

Kebza (2005) konstatoval, že vliv stresu na osobní pohodu a na zdraví člověka nemusí být vždy záporný, přestože obecné očekávání, především široké veřejnosti, takto orientované většinou je. Aktivační a rozvíjející role zátěže a akutního, zvládnutého stresu, po kterém následuje odpočinek a zotavení (rekuperace), je dnes již dostatečně známá. Z dosavadního poznání je zřejmé, že popis působení stresu je ovlivňovaný mnoha okolnostmi. Tedy jak na straně stresoru, který momentálně působí, někdy i souboru stresorů, tak i na straně působící směrem k subjektu. Situaci významně ovlivňuje sociální kontext, ve kterém se odehrávají vlivy stresorů. Dlouhodobé působení stresorů vede ke snížené nebo žádné efektivitě a nezvládnutí situace a není následované obdobím rekuperace.

Kebza (2005) označil jako velmi rizikový faktor dlouhodobé působení stresu na zdraví. Možné změny ve zdraví, a to nejen co se působení týče, ale i anatomicko-fyziologické, potažmo patofyziologické. Vlivem těchto změn dochází k nadměrné produkci katecholaminů, zvláště adrenalinu, který vede ke změnám v prokrvení sliznice a vyšší kyselosti šťáv. Změny jsou popisované i ve složení vrstvy hlenu, chránící sliznici žaludku nebo střeva. Tyto stavy mohou působit orgánové změny. Samozřejmě je popsáno mnoho vlivů stresu, stresů či stresorů působících na zažívací trakt. Velmi důležité je zde neopomenout sociální kontext působících stresorů, a to jeho sníženou funkci, která vede k nižší sekreci trávicích šťáv. Tento stav zpomaluje trávení a vede k poruchám vyprazdňování. Nebo naopak jeho hyperfunkci, zvyšující sekreci trávicích šťáv zrychlující trávení, jejichž následkem rovněž dochází k poruchám vyprazdňování.

Samostatnou kapitolou nejen v oblasti psychologie tvoří způsoby zvládnutí stresu. Je třeba si uvědomit, že stres tvoří součást etiopatogeneze psychických a behaviorálních poruch. Výraznou součástí procesu zvládnutí stresu, který koreluje s prožitím stavu nepohody a nemoci, je také studium ovlivňování osobních zdrojů působících na efektivitu procesu zvládnutí, tedy zkoumání a ovlivňování úzkosti. Zdá se však, že

prožívání úzkosti může pravděpodobně ovlivňovat chování související se zvládnáním stresu a tím i kvalitu a efektivitu průběhu života (Nakonečný, 2015). S úzkostí a syndromem vyhoření se setkáváme zejména v pomáhajících profesích. Kebza (2005) popisuje stavy deprese a celkového vyhoření, především pak celkového vyčerpání projevujícího se v oblasti poznávacích funkcí. Stav, kdy motivace a emoce, které zasahují a ovlivňují postoj, názor a celkovou výkonnost, dále pak celé vzorce chování, myšleno především profesionálního, vedou ke vzniku a rozvoji tohoto syndromu. Doslovně bychom mohli tento stav charakterizovat také jako vyhaslost či vyčerpání, která významně zasahuje do kvality života lidí, u kterých se vyskytuje. Sestry mají zodpovědnost za životy a pohodu pacientů, což může vést k uspokojení, ale také k vyčerpání a citové opotřebovanosti. Novotná (2006) uvádí, že sestry tráví s klienty více času než lékaři, a proto se jich duševní i tělesné problémy více a častěji dotýkají.

Novotná (2006) uvádí uplatnění různých faktorů při rozvoji syndromu vyhoření. Mezi významné jistě patří prostředí, charakter práce a organizace pracoviště. Při hlubším zkoumání se mnohdy setkáváme s nevhodným chováním nadřízených, necitlivým přístupem, se špatnými vztahy na pracovišti, ale také s přetížeností v důsledku nedostatku personálu. Dalšími prvky mohou být pracovní podmínky a jejich kvalita, emocionální a fyzická zátěž, stejně jako málo svobody k rozhodování, organizace práce. Organizovanost práce a nedostatek oceňování spolu úzce souvisí, následně i finanční ohodnocení. S organizací práce a vztahy na pracovišti pak přímo souvisí i nedostatek ocenění jak pochvalou, tak finančně.

#### ***1.1.4 Socioekonomický status***

Hora (2003) zmínil pracovní prostředí sester. Prostorů bývá často fyzicky náročné a staví jednotlivce do situace, kdy jim hrozí úraz nebo napadení agresivním pacientem, dále vystavení škodlivým látkám z řad léků, ale i vyšetřovacích metod. Nebezpečné vystavení chemickým látkám a znečištění životního prostředí vede ke spojení s lokální prevalencí rakoviny a dalších chorob. Sestry často nemají přístup ke zdravotní péči stejný jako ekvity mimo obor. Mají větší možnost využití péče a kontaktů, ale kvůli jejich všeobecnému přetížení z nedostatku personálu je následkem nejen nevyužití možnosti péče o sebe sama, ale zhoršení zdravotního stavu a exacerbace (nové vzplanutí) chorobných stavů. Chronické choroby jsou spojovány s pracovní neschopností, předčasným odchodem do důchodu a snížením produktivity práce



s následnou ztrátou zaměstnání. V konečných případech jsou sestry ohrožené socioekonomickou situací. Tomu se dá účinně předcházet řešením personální krize, ale i využíváním pomůcek, nastavením školení BOZP, PO a řidičů. Pokud budeme stratifikovat jedince, je třeba zdůraznit sociální kontext.

Hlavním významem při zkoumání podstaty působení procesu sociální opory nesmíme zapomenout na široký sociální kontext, v němž se tento proces děje. U proměnné, která je uváděná v souvislostech s anticipovanou sociální oporou, je potřeba zvážit, jestli se to této podstaty týká. Velmi opomíjený je socioekonomický status (SES). Kebza definuje SES následovně: „*SES reprezentuje pozici jedince (event. domácnosti) v sociální stratifikaci. Sociální stratifikace se skládá podle většiny uváděných pramenů inspirovaných ze dvou základních komponent: třídy a statusu. Třídní komponenta odráží materiální prostředky, které má jedinec k dispozici, statusová komponenta odráží rozdíly v životě*“ (Kebza, 2005, s. 171). Z definice je patrné, že nejprůměrnějším ukazatelem, a to ve stylu postojů, názorů a znalostí, jsou materiální komponenty, zejména úroveň příjmů. Za statusový ukazatel je považována úroveň vzdělání a povolání.

Kebza (2005) popisuje nerovnosti zdraví, a to tak, že zmiňuje psychologicky orientovaný výzkum vztahu mezi SES a zdravím, ale také výzkum nerovností mezi lidmi (resp. pro stanovení hranice mezi rozdíly či odlišnostmi a nerovnostmi mezi lidmi). Tento výzkum obsahuje vnímaný prvek nespravedlnosti a tím významně rozlišuje dva základní druhy SES. Jednak vrozený či připsaný status, který člověk získá bez vlastního přičinění narozením. Určité charakteristiky týkající se např. věku, pohlaví, ale také příslušnosti k rodině a další skupině příbuzných zaujímají již určitou, předešlým vývojem stanovenou pozici v rámci SES. Dosaženého či získaného statusu, jehož úroveň je daná dispozicemi a schopnostmi, ale také vlastním úsilím jedince.

Výše zmíněné rozlišení se bohužel často ve výzkumech vztahu mezi SES a zdravím neobjevuje. Pokud se autor zmíní, pravděpodobně apriori vychází z nějakých předpokladů. Převažujícím druhem SES z pohledu této klasifikace je druhý z uváděných SES, což pravděpodobně nemusí odpovídat realitě Kebza (2005).

Kebza (2005) uvedl, že v souběhu výzkumu zdraví je SES a zdraví. Předpokládá se, že SES je významným a často opomíjeným nárazníkem vůči stresu. SES, který umožňuje přístup k finančním prostředkům a ke vzdělání, patří mezi základní atributy osobního rozvoje. Finance jsou samozřejmým předpokladem pro získání sofistikované medicínské péče a právní pomoci. Vzdělání jedince rozšiřuje spektrum možností

využitelnosti řešení přístupů a hodnocení stresogenní situace. Právem hraje významnou roli při jejím zvládnutí. SES je proměnná, která má svůj velký význam směrem k psychologii zdraví. Potvrzuje se, že chronický stres, který se dá definovat jako trvajících a opakujících se, vyžaduje opakované přizpůsobování v průběhu dlouhého časového období. Například chudoba či obdobné problémy souvisí se SES. Distribuce se liší podle sociální vrstvy, a to tak, že se prolíná směrem k nižším třídám.

Kebza (2005) se odkazuje na četné výzkumy, které ukazují, že právě dlouhodobý chronický stres, zejména takový, kde nelze dostat situaci pod kontrolu a kde není naděje na její zlepšení, může mít za následek dlouhodobý pokles činnosti imunitního systému a nemoc. Ve vztahu mezi SES a zdravím se významně uplatňuje sociální gradient. Sociální opora klesá s věkem a s indikátory SES (vzděláním, příjmem, společenským postavením). Zástupci obou pohlaví uvedli, že ve všech třech zjišťovaných komponentách – anticipovaná sociální opora – mají pocit přináležení a materiální sociální opory. Vysoká hustota obydlí je příznačná pro nižší sociální vrstvy. Dlouhodobé přelidnění má negativní dopady na vztahy a vede k znehodnocení sociálních vztahů a specificky k znehodnocení sociální opory, jak se uvádí v odborných studiích např. S. J. Leoporeho a G. W. Evanse (1993). Přelidněné sociální prostředí může vést až k asociálním znakům a vymezení se sociálními kontakty. V podstatě takovéto chování demonstruje vyrovnávání se s přelidněním.

Kebza (2005) uvádí rozdíl mezi subjektivním vnímáním a hodnocením sociálního statusu, ale i objektivními indikátory těchto statusů. Za předpokladu takového rozlišení se uvádí, že prostřednictvím psychologického zpracování se uplatňuje také ovlivněnost subjektivitou sociálního statusu a jeho působení ve směru na zdraví. Nízký sociální status bývá spojovaný s negativními pocity, ale i prožíváním skutečností, které úzce souvisí s prožitky úzkosti, vnímaného stresu a působením nerovností. Ty mohou vyústit ve fyziologickou odpověď, která může negativně ovlivnit zdraví. Naopak prožitky bezpečí a naděje, které se spojují s vnímáním nadstandardního sociálního statusu, sehrávají roli psychologického nárazníku. Tento nárazník dokáže tlumit účinek stresorů na zdraví se současnou aktivizací imunitního systému.

Křivohlavý (2003) popsal, že v současnosti bude potřeba s dalšími psychologickými výzkumy kromě uvedených souvislostí zaměřit pozornost také na zkvalitnění mezioborové spolupráce, a to v tezi komplementarity přírodních a společenských věd. SES exaktně koncipuje sociální formity skupinového myšlení a rozhodování se stalo jejich velmi důležitou součástí. Rozšíření poznatků

o interpersonálním chování přispívá k celkové koncepci sociální konformity, stejně jako interpersonální procesy, skupinové myšlení a rozhodování o interpersonální a intrapersonální komunikaci. Tedy ve vzájemné interakci, kdy významný fakt v souvislosti působení sociální opory směřovaný ke zdraví odvádí vytyčení identifikátorů a možnosti ovlivnit prediktor sociální opory, a tím ovlivnit i sociální proměnné, které v globálu nazýváme souhrnně sociální zdroje. Sociální zdroje zahrnují kontakt s rodinou, přáteli a blízkými lidmi.

Kebza (2005) odkazuje na studie, které se zabývaly prediktory a determinantami sociální opory nebo vazbami sociálních opor s osobními charakteristikami. Studií s demografickými proměnnými je však překvapivě málo. Pomineme-li drobné rozdíly, lze závěry uvedených studií zobecnit v tom smyslu, že obě dimenze se sociální oporou korelují, a to v opačném směru (extraverze pozitivně, neurotizmus negativně). Kebza (2005) popsal přístupnost k vnějším podmětům, kdy koreluje intenzivně s proměnnými reprezentujícími sociální síť. Simultánní změna hodnot dvou kvantitativních náhodných proměnných je více vyjádřená směrem k proměnným reprezentujícím sociální oporu. Osobnostní dimenze se sociálními zdroji spojuje ustálená soustava úkonů.

Extraverze se více uplatňují při tvoření sociální sítě a tím ovlivní kvalitu vztahů s okolím, naopak neuroticismus má souvislost přímo s anticipovanou sociální oporou.

*„Vztah mezi neuroticismem a sociální oporou byl v literatuře opakovaně popsán, s facilitujícím vlivem neuroticismu na anticipovanou sociální oporu jsme se však v literatuře setkali jen ojediněle, většinou se jednalo o vztah negativní. Vztah věku a sociální opory je z literatury rovněž znám“* (Kebza, 2005, s. 179).

Celkově lze usuzovat, že starší část populace má s postupujícím věkem více problémů v sociálních vztazích a v sociální opoře než mladší zastoupení populačního vzorku vzhledem ke snižujícím se možnostem jedinců používat sociální síť a sníženému chtění navazovat další mezilidské vztahy. Ženy při stresu spíše tíhnou k sociální opoře okolí než muži. Naopak muži více profitují ze sociálních vztahů, a to za účelem zisku pro svoji psychickou pohodu. Obě skupiny se při vyhledání sociální opory spoléhají spíše na oporu poskytovanou ženami (Kebza, 2005).

Fascinující působení odolnosti ve smyslu hardiness na získanou sociální oporu je popisované jen ojediněle, kromě jednotlivých komponent. Hardiness, a to zejména její komponenta odpovědnosti k bytí a sobě, se prosadila jako prediktor sociálních kontaktů s rodinou. U proměnných sociálních zdrojů se prosadily fakultativně dvě komponenty, a to odpovědnost a kontrola. Hodnověrnost vlastního významu, stejně jako hodnota prováděných aktivit i pocit sounáležitosti k ostatním, souvisí se schopností být sám autorem ve svém životě a pomáhá mobilizovat zdroje sociální opory (Kebza, 2005).

### ***1.1.5 Vztahy na pracovišti a jejich působení na zdraví***

Propojení a funkce pracovních vztahů a celkové klima na pracovišti do značné míry ovlivňuje úspěšnost celé organizace stejně jako zdraví jejích pracovníků. Krchová (1999) v souvislosti se vztahy na pracovišti zmiňuje, že v minulosti bylo v nemocnicích víc přísnosti, striktních subordinací a úzkostlivé šetrnosti. V pozici vrchní sestry se mnohdy nacházely ženy, které své profesi obětovaly celý svůj život. Nezřídka tyto ženy neměly ani vlastní rodinu a práce se stala jejich hlavním smyslem života (Müllerová et al., 2008).

V dnešní době je velká intenze směrem k budování a kultivaci vztahů obecně, potažmo vně pracoviště. Toto téma je celosvětově propírané personalisty a jinými fundovanými pracovníky z mnoha oblastí. Do českých organizací se tento trend dostává poměrně pomalu. Na vlně tohoto trendu vykrytalizovala potřeba kultivovat organizace po personální stránce a jsou na to vynakládány nemalé finanční prostředky. V popředí je spokojenost pracovníků, hledání příčin konfliktů, ale samozřejmě i jejich řešení (Bedrnová et al., 2015).

Budování korektních vztahů na pracovišti je složitý, cyklický a nikdy nekončící proces. Stavebním kamenem pro utváření vztahů na pracovišti a součástí pracovního života je firemní klima. Ovlivňuje nejen spokojenost pracovníků, ale také má vliv na jejich pracovní výkon a kvalitu odvedené práce. Tyto teze si organizace stále málo uvědomují, protože jedním z hlavních faktorů, který rozhoduje o úspěchu celého týmu, potažmo organizace, jsou právě organizace samy. Pracovníci středního a vrcholového managementu v ZZ jsou pro firmu velkou výhodou a jejich výkonnost může být zajištěná jen tehdy, když jsou na pracovišti i jimi tvořené vhodné pracovní podmínky, s nimiž korelují dobré pracovní vztahy. Vztahy na pracovišti a přístupy vedoucích manažerů se odráží i na organizační kultuře (Honzák, 2015).

Žáček (2009) popsal pracovní vztahy a firemní kulturu jako významné činitele sociálního charakteru mající zásadní vliv na lidské vztahy mezi pracovníky. V organizacích jako živoucích organismech se vyskytují vztahy v různých rovinách, jak mezi pracovníky, pracovníky a sdruženími, ale také mezi nadřízenými a podřízenými a dále vztahy směrem ven z organizace, tedy v našem případě vztahy ke klientům a vztahy k veřejnosti. Zvláštní rovinu představují vztahy mezi kolektivy a organizacemi.

Starošítková (2008) k organizační kultuře dodává, že je odrazem základních hodnot a přesvědčení organizace. Ty jsou reprezentované vrcholným managementem a následně kopírované ostatními zaměstnanci. Samotná organizační kultura je pak podložena vzorci chování managementu a způsobem, jakým je toto chování vnímané a interpretované zaměstnancům.

V případě zdravotnických zařízení lze organizační kulturu vnímat jako způsob, kterým je na oddělení péče poskytovaná a jak je organizovaná. Je tedy souhrnem přesvědčení a hodnot, které jsou podkladem pro chování sester. Kultivovat organizační kulturu a podílet se na tvorbě dobrých vztahů s cílem vytvořit dobré firemní klima mohou všichni. V případech, kdy je klima spíše negativní, neuspokojivé, zatěžuje i tyto vztahy a klesá spokojenost jedince i jeho výkonnost, v důsledku čehož vzniká velké množství konfliktů a nedorozumění (Žáček, 2009).

Popsány jsou nejen roviny vztahů na pracovišti, ale také jejich společenská validita. V organizacích se objevují formální i neformální vztahy a jejich rozvrstvení vzhledem k pracovnímu klimatu je různé. Formální vztahy jsou strukturované svými kompetencemi a zodpovědnostmi, naopak vztahy neformální vznikají formální konvencí. Reálné vztahy vykrytalizovaly ze vztahů formálních i neformálních. Tyto vztahy jsou vytvářené členy v týmu, kolektivu a samozřejmě i nadřízenými v organizaci. Na všechny tyto vztahy působí i okolní faktory, například interní komunikace. Správně fungující vztahy v organizaci se příznivě uplatňují v pracovním klimatu a spokojenosti jednotlivých ekvit. Nepříznivé vztahy v organizaci ji ovlivňují celou, nejvíce je to však patrné na jejím samotném fungování. Firemní kultura, „nemocniční kultura“, rozvíjení a vzdělávání pracovníků, se podílí na sofistikovaném vzniku klimatu organizace. Za toto klima lze považovat vzájemné vztahy mezi pracovníky (Žáček, 2009).

Patologických jevů na pracovišti přibývá, a to jak v důsledku celkové tenze mnoha vlivů, nejvíce ale psychického rázu. Potencionálně zdravý jedinec může začít pociťovat únavu, poruchy soustředění, insomni, depresivní stavy. Byly popsány případy výskytu

suicidálních stavů. Všechny tyto negativní dopady ovlivňují komplexně celou organizaci, a to zejména ve sníženém podávání pracovních výkonů, kreativity a stavech celkové nemocnosti. V tuto chvíli pracovní prostředí působí na zdraví jedince a ovlivňuje i jeho behaviorální potřeby (Škočová, 2006).

Jak uvádí Honzák (2015), nikdo na světě není sám, všichni máme určitou pozici v síti vzájemných vztahů. Tyto pozice mohou být dobrovolné, nedobrovolné, vynucené, ale i s láskou přijaté. Struktura a zvyklosti ve společnosti nám umožňují vybírat si přátele či životního partnera. Svobodu volby však nemáme při výběru rodiny, z níž pocházíme, a jen ve velmi omezené míře při výběru spolupracovníků, s nimiž v zaměstnání pracujeme.

Herkuczova (2008) popisuje, jak se můžeme ve zdravotnictví i v jiných profesích kromě dobrého fungování pracoviště setkat i s jevy, které mohou mít výrazný dopad na psychiku zaměstnance. Jedním z těchto jevů je mobbing. V pracovním životě sestry psychologický teror znamená neetickou komunikaci v pracovní skupině. Systematicky toto jednání vytváří buď jedinec, nebo i skupina, která vyvolá konflikt, při kterém vnímají druhou stranu jako překážku pro uskutečnění vlastních cílů. Pachatele charakterizuje osobní nezralost, k častým obětem mobbingu pak patří osamělí jedinci, dále úspěšní, noví a mladí lidé v kolektivu. Tento stav se manifestuje jako extrémní stres, který může vést až k tělesnému a duševnímu vyčerpání. Následky mobbingu narušují nejen soukromí, ale působí i psychosomaticky.

### ***1.1.6 Nerovnosti ve zdraví***

Každý v naší společnosti má podle listin WHO (1999, 2001), ale i podle příslušných ustanovení a zákonů právo žít zdravý a hodnotný život. Většinou ale lidé nedisponují stejnými předpoklady k realizaci těchto ušlechtilých záměrů. Ve vztahu ke zdraví existuje mnoho odlišností, které mohou být dané i samotným chápáním zdraví a života.

Křivohlavý (2002) definuje život jako absolutní morální hodnotu, které je podřízená i definice kvality života. Samotná kvalita života je pak vnímaná jako součást základních politických úvah i jako rozměr charakterizující možnost naplno uplatnit svůj potenciál. Kebza (2005) mezi skutečné nerovnosti ve zdraví řadí nerovnosti v současném zdravotním stavu, v péči o zdraví i v životním stylu, se zohledněním všech jeho dimenzí, které zdraví mohou ovlivnit. Zároveň dodává, že tyto nerovnosti jsou

dané převážně rozdíly v životních podmínkách, na jejichž volbu člověk neměl přímý vliv a vůči nimž má jen velmi malou moc k jejich aktuálnímu ovlivnění. Právě nerovnosti ve zdraví je nutno odstraňovat nebo alespoň snižovat, neboť je lze vnímat jako jednu z významných nespravedlností. Mnohé z těchto odlišností jsou jen velmi málo ovlivnitelné. Svojí specifícností vyplývají z individuality jedince. Tyto odlišnosti mohou působit nespravedlivě, vznikly však vysokou variabilitou lidského druhu.

V posledních letech Evropská komise vytváří řadu projektů, například projekt Stupeň nerovností ve zdraví v Evropě, které směřují k naplnění úsilí o eliminování nerovností zdraví. Mezi ovlivnitelné faktory lze zařadit prvky sociální a ekonomické, v zájmu odstranění nebo zmírnění především behaviorální a psychologické nespravedlnosti (European Commission, 2014).

Hlavní roli spravedlnosti můžeme vyjádřit jako stejnost, rovnost a potřebnost. Stejností se vyjadřuje individuální oddíl a příspěvek. Rovnost se deklaruje každému a potřebnost je distribuována na základě individuálních potřeb jedince. V oblasti zdraví jde především o identifikaci ovlivnitelných faktorů a intervenci vedoucích faktorů se zaměřením na zmírnění ve smyslu odstranění rozdílů. Dle Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj nejde o vliv vyplývající z rozdělení společnosti podle úrovně příjmů (OECD Economic Surveys: Czech Republic, 2016).

## **2 Cíl práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíle práce**

Ve vztahu k danému tématu byly stanoveny tři cíle:

Cíl 1: Zjistit, jak behaviorální determinanty ovlivňují zdraví sestry.

Cíl 2: Zjistit, jaký vliv má pracoviště všeobecných sester na jejich zdravotní stav.

Cíl 3: Zjistit souvislost vztahů na pracovišti a jejich působení na zdraví sester.

### **2.2 Výzkumné otázky**

Ve vztahu k danému tématu byly stanoveny tři výzkumné otázky:

Výzkumná otázka 1: Jaký mají behaviorální determinanty dopad na zdraví všeobecné sestry?

Výzkumná otázka 2: Jak pracovní prostředí ovlivňuje zdraví všeobecné sestry?

Výzkumná otázka 3: Jak zaměstnání a behaviorální determinanty ovlivňují zdravotní stav všeobecné sestry?



### 3 Operacionalizace pojmů

Jaro Křivohlavý (2010) uvádí, že ve většině západních zemí se psychosomatika uznává jako obor. V našich podmínkách se nejen laická, ale i lékařská veřejnost s tímto tématem setkává velmi nahodile a pomalu. Behaviorismus je ve skutečnosti způsobem medicínského myšlení, tedy pohledu na věc ve smyslu medicínské celistvosti a vnímání kontextů nejen nemoci, ale i jejích souvislostí.

V této diplomové práci je zdraví vnímané jako stav absolutní rovnováhy biopsychosociální pohody a je hodnocené jako jeden z prvořadých individuálních i veřejných zájmů. Obdobně jej charakterizuje Marková (2012). Ta uvádí, že zdraví občanů je prvořadý fenomén, který určuje jak kvalitu života jedince, tak výkonnost ekonomiky.

Behaviorální determinanty zdraví představují faktory komplexně ovlivňující celostní zdraví jedince v přímé souvislosti působení.

Sestra je persona vykonávající zdravotnické povolání pod mnoha působícími vlivy v různém spektru. Sestrou tedy rozumíme vykonavatele ošetrovatelské péče.

Well-being je osobní pohoda. Kebza (2005) uvádí, že je jednou z významných složek zdraví, přičemž je vnímaná jako dimenze v oblasti tělesné, duševní a sociální. Je jedním z pojmů i jevů, jejichž primární založení je spíše psychologické, avšak které zasahují do řady dalších společenskovedných i přírodovědných oborů.

Coping označuje způsoby zvládání stresu jako vzájemně se prolínající působení aktuálních reakcí ve stresové situaci, kdy se charakterizují vzorce lidského chování a důsledky již prožitých stresových situací. Kebza (2009) uvedl zvládání stresu jako jednu ze zásadních kapitol studia v psychologii.

## 4 Metodika

### 4.1 Použitá metoda

Ve vztahu ke zvolenému tématu behaviorálních determinantů zdraví všeobecných sester bylo přistoupeno ke kvalitativnímu výzkumu, díky kterému je možné pochopit a popsat postoje, určité chování, motivaci, ale i hodnoty ovlivňující život a zdraví respondentů ve vztahu k problematice behaviorálních determinantů. Tímto přístupem jsme respektovali individuální specifika jedince s přihlédnutím k jeho názorům, stejně jako jsme popisovali rizikové faktory působící na jeho zdraví.

S ohledem na výzkumný cíl se našim výzkumným vzorkem staly všeobecné sestry, vstupující do výzkumu jako lidské bytosti. Z toho vyplývá, že bylo třeba zohlednit i aspekty, které nemají přímou souvislost s výzkumným šetřením, ale mohou ovlivnit sledované skutečnosti.

Osloveno bylo celkem 70 informantů. Vzhledem k neuchopitelnému názvu pro povědomí informantů naší práce šlo v mnoha případech o edukaci v oblasti behaviorálních determinantů. Zřejmě i z toho důvodu došlo k velkému výskytu negace k vytvoření nahrávaného rozhovoru. Pro vlastní realizaci výzkumu bylo nutné získat od informantů souhlas s provedením šetření formou písemného souhlasu s realizací polostrukturovaného rozhovoru (příloha č. 3). Tento rozhovor byl realizovaný dle předem připraveného schématu čítajícího 67 převážně otevřených otázek (příloha č. 4). Průměrně rozhovor trval 30 minut a byl rozdělený do 14 oblastí. Tyto oblasti zahrnovaly zdraví, životosprávu, genderový pohled, období mateřské dovolené, SES, pracovní prostředí, stres, osobní pohodu, motivaci, ovlivnění návykovými látkami, psychosomatické stavy, rozvoj profese a působení behaviorálních determinantů jako celek. Pro označení informantů byly zvolené kódy R1–R23, tyto kódy nejsou chronologicky seřazené za sebou v číselné řadě. Klíč k identifikaci kódů je uschovaný u mne bez možnosti přístupu další osoby. Kódy byly přiřazené pro zajištění anonymity informantů.

Pro dosažení kritéria teoretické saturace bylo realizováno 18 rozhovorů. Všechny byly nahrávané, doslovně přepsané (včetně hovorových výrazů) a následně analyzované metodou zakotvené teorie. V průběhu analýzy dat v zakotvené teorii bylo využíváno otevřeného, axiálního a selektivního kódování. Otevřené kódování představuje část analýzy spojenou s označováním a kategorizací pojmů prostřednictvím pečlivého studia

údajů (Strauss, Corbinová, 1999). Během tohoto procesu byly rozhovory analyzované řádek po řádku, přičemž se sledovaly a označovaly podobnosti a rozdíly. Tyto údaje jsme konfrontovali s našimi dosavadními znalostmi a informacemi z dostupných odborných zdrojů. Nalezené pojmy byly následně sestavené do prvotních kategorií. V tuto chvíli však nebylo možné kategorie považovat za konečné, neboť jejich příslušnost k danému jevu mohla být jen zdánlivá. Z pojmu kategorií vycházel jejich obsah, který v nich mohl být uskupený. Na základě souvislostí byly vytvořené názvy kategorií, které logicky souvisely s údaji. Tyto názvy sloužily ke zmapování popisované oblasti a k usnadňování analýzy. Kódování umožnilo dosažené údaje rozdělit a vytvořit některé kategorie s vlastnostmi. Axiální kódování poskytlo možnost údaje složit jiným způsobem (Strauss, Corbinová, 1999). Smyslem celého procesu bylo bližší určení jevu pomocí podmínek, které k němu jsou v příčinném vztahu. K tomuto účelu byl využit paradigmatický model (tabulka č. 1).

Tabulka č. 1: Příklad námi aplikovaného paradigmatického modelu

<b>1. Příčinné podmínky</b>	<b>2. Jev</b>	<b>3. Kontext, co v nich vyvolává</b>
SES	Nedodržení zákoníku práce	Stres, vztahy na pracovišti
<b>4. Intervenující podmínky</b>	<b>5. Strategie jednání</b>	<b>5. Následky</b>
Strach ze vzniku nemoci	Odchod ze zaměstnání	Ukončení PP

Zdroj: vlastní výzkum 2020

Strauss, Corbinová (1999, s. 72) použití paradigmatického modelu popisují následovně: „*spojuje subkategorie s kategoriemi do souboru vztahů určujícího příčinné podmínky, jev, intervenující podmínky, strategie jednání a interakce a následky*“. Prostřednictvím axiálního kódování byl tedy získán přehled o vztazích mezi jednotlivými kategoriemi a podkategoriemi s možností určení příčinné souvislosti (tabulka č. 2).

Tabulka č. 2: Přehled kategorií, subkategorií a určení příčinné souvislosti

Kategorie	Subkategorie	Příčinná souvislost
<b>stres</b>	strach z předsudků, vulnerabilita, vlastní zranitelnost, coping, koučing, vlastní odolnost, odpočinek, syndrom vyhoření, pracovní zařazení	pracovní neschopnost, interpersonální vztahy, zvládání stresu
<b>genderový pohled</b>	rozdíly ve zdraví	rozdíl mezi odolností mužů a žen
<b>socioekonomický status</b>	způsob stravování, pohybová aktivita, nerovnost zdraví, životní úroveň, sociální faktory, pracovní kolektiv, nezaměstnanost, prostředí, genetika	kvalita zdraví, pracovní výkonnost, osobní spokojenost
<b>pracovní prostředí</b>	vztahy na pracovišti, fungování kolektivu, pracovní zařazení, zkušenosti, porovnání zaměstnání	vyčerpání, interpersonální nespokojenost, pracovní stres, snížený výkon
<b>mateřská dovolená</b>	délka praxe, mateřská dovolená, návrat do zaměstnání, sebevnímání, reakce okolí	stres, změna pracovní doby
<b>životospráva</b>	strava, psychohygiena, postup, prevence, hygienické návyky	zhoršení zdraví, stres

<b>osobní pohoda</b>	charakterizování života, vztahy na pracovišti, životní spokojenost, míra stresu na pracovišti, adaptační proces, well-being	změna zaměstnání, pracovní neschopnost, fluktuace zaměstnance, bezpečnost a kvalita poskytovatele
<b>motivace</b>	jak vnímám svou profesi, sebehodnocení, motivace	hodnocení pracovníka, možnosti hodnocení, spokojenost, ustálení zaměstnanců
<b>návykové látky</b>	užití návykových látek, kompenzace stresu, i na pracovišti, alkohol a drogy na pracovišti	dlouhodobá pracovní neschopnost, přetížení, interpersonální vztahy
<b>psychosomatické stavy</b>	druhy stavů	přímé působení stresu, snížená výkonnost, pracovní neschopnost
<b>BOZP</b>	faktory poškození zdraví	snížení bezpečnosti a kvality, poškození zdraví, dlouhodobá PN
<b>zdraví</b>	prevence, vnímání zdraví	celková osobní pohoda, pracovní výkon, motivace zaměstnanců, prevence PN a tým přetěžování sester

<b>rozvoj profese</b>	rozvoj techniky, rozvoj medicíny, dostupnost péče, systém vzdělání, systém financování, úrovně zdravotnictví, vlastní spokojenost	nedostačující systém vzdělání, nevhodné financování, finanční stabilita objektu poskytování, nedostatek personálu, přetížení sester, fluktuace personálu
<b>behaviorální determinanty</b>	determinanty, působení determinantů, dopady determinantů, pozorované stavy u kolegyň	pracovní stres, nedodržení zákoníku práce, pracovní prostředí, zdraví, pracovní neschopnost

Zdroj: vlastní výzkum 2020

Následně bylo přistoupeno k selektivnímu kódování, tedy k procesu, při kterém dochází k identifikaci centrální kategorie a souvislých podkategorií, díky čemuž jsme mohli vyjádřit teorii. Strategie jednání a vedení managementu se projevuje ve zdraví všeobecných sester. Jako velmi významný se v průběhu celé práce s daty manifestoval stres. Jako centrální kategorie proto byla označena kategorie stresu, která se prolíná všemi oblastmi, a tím je nejvíce exponovaná. Grafické znázornění postavení jednotlivých kategorií ve vztahu k ostatním a centrální kategorii je znázorněno níže (obrázek č. 1).



Obrázek č. 1: Znárodnění vztahů jednotlivých kategorií a centrální kategorie

Zdroj: vlastní výzkum 2020

Vzhledem k tomu, že každá sestra v rámci interakce s pracovním prostředím prožívá řadu jistých osobně pracovních změn, poskytla nám zakotvená teorie možnost odhalit ovlivnitelné rizikové faktory vzniku vlivů působících na personální krizi, která je do značné míry determinovaná také socioekonomickým statusem. Zároveň nám umožnila charakterizovat postoj ke zdraví a odhalit působení behaviorálních determinantů, které mohou být jistým motivačním faktorem pro změnu dosavadního pracovního způsobu života a postoje k vlastnímu zdraví.

Na základě analýzy dat a integraci poznatků došlo k jejich začlenění do vytvořeného doporučení k řešení personální krize. Vzniklý materiál byl následně konzultovaný se sedmi zástupci středního managementu, kteří se podíleli na realizovaném výzkumu. Konzultace probíhaly v rámci focus group v březnu roku 2020, kdy jim byl předložený návrh adaptačního procesu a SOP. Po důkladném prostudování byl skupině poskytnutý prostor k vyjádření. Pro zaznamenání připomínek byl použitý záznamový arch (příloha č. 5), ve kterém se zaznamenával postupně názor každého

člena. Tyto názory sloužily jako podklad k rozšíření vlastního názoru a podpoření myšlenky, která vedla k vytvoření a zlepšení funkčnosti adaptačního procesu z úhlu středního managementu. Složení informantů bylo poměrně široké spektrum od nejnižších pracovních pozic až do řídicích funkcí.

#### **4.2 Výzkumný soubor**

Výběr výzkumného souboru pro realizaci kvalitativního výzkumu tvořili informanti s delší než šestiletou praxí, kteří ve své pracovní praxi prošli institucionární a komunitní sférou. Délka požadované praxe ovlivňuje výběr sester do komunitní sféry a s tím úzce souvisí i personální krize v domácí péči. Pro účely tohoto výzkumu informant musel být kvalifikovaná všeobecná sestra v kategorii S2 a více jako nositel kódů v odbornosti 925 pro pojišťovnu k výkonu povolání v komunitní sféře. Dle kategorizačních údajů se všichni informanti setkali se stresem na pracovišti, byli na mateřské dovolené a ovlivňuje je socioekonomický status. Tato specifika se stala inspirací pro výběr vlastního výzkumného souboru.



## 5 Výsledky

V této části práce se budeme věnovat zjištěným výsledkům. Pro jejich rozklíčování považujeme za důležité vyložení kostry příběhu, které je součástí zakotvené teorie. Domníváme se, že to umožní lépe porozumět zjištěným souvislostem.

### 5.1 Vyložení příběhu

Faktory stresu působí na účastníky výzkumu plošně. Je třeba zmínit, že psychiatrickou zátěž většina sester neuvádí. Vlastní léčba u dotazovaných nebyla. Strach z předsudků vnímaly sestry u změny zaměstnání, po odmlce a se změnou pracovní funkce. Stres způsoboval strach z kolektivu. Zranitelnost je popisovaná jako dysbalance vnímání sebe sama vůči zaměstnavateli. Nejmenší počet informantů uvádí, že vulnerabilitu neumějí popsat a neznají ji. Zranitelnost ve vztahu k zaměstnání dokáží popsat všichni oslovení. Shodně uvádějí vlastní újmu pocíťovanou od zaměstnavatele. Zranitelnost u kolegyň pozorovali až na výjimky všichni. Hlavním důvodem zranitelnosti byl nedostatek personálu nebo intenzita služeb, které museli vykonat. S tím bezesporu souvisí nedostatek odpočinku, který se manifestuje jako velký stres. Pro zvládání stresu většina sester uvádí, že je důležité rodinné zázemí, vědomé odpočívání sportem, vlastním koníčkem a nejvíce odpočinkem. Zajímavým příkladem je práce na zahradě a sdílení svého stresu s někým dalším. Kouče kromě jednoho informanta nevyužil nikdo, ačkoli je tato oblast kladně přijímaná.

Vzhledem k širší škále informantů nejen z hlediska věku, ale i praxe bylo vlastní zvládání stresu poměrně rozdílné. V nejmenší možné míře bylo vyhodnocené absolutně žádné zvládání stresu. Přičemž copingovou strategií zde představovala snaha o vyhýbání se kontaktu se stresem a nechut' ho řešit. Faktem je, že větší počet informantů vnímá stres jako něco faktického, co dokáží buď potlačit, nebo s tím následně pracovat. Zajímavým úkazem bylo zjištění, že existuje přímá úměra stresu a praxe. Celý výzkumný vzorek uvedl, že odolnost vůči stresu získal délkou své praxe a tím se stával odolnějším.

Přímá souvislost míry stresu a jeho dopadu na zdraví byla pozorovaná i ve vztahu k životosprávě. Všeobecné povědomí o prevenci a péči o své zdraví nemají sestry jako jednotnou odpověď. Co sestra, to unikátní bytost, každá byla v rozpoložení svých starostí. V celkovém vnímání přetížení, a to nejen pracovního stresu, ale i rodinných

starostí, nemají prostor, jak pečovat o své zdraví. Jejich zdraví je ovlivněno způsobem jejich života, přičemž je pro sestry problematické mapovat svůj život, své návyky a jejich změny. Je zjevné, že kvůli práci ve službách nemají čas, který by využily směrem k sobě, tedy k péči o své vlastní zdraví. Většina péče o zdraví proto vychází ze strachu z nemoci, která může vzniknout v důsledku nedodržování zdravého životního stylu. Většina sester má problém stravovat se v pravidelných časových intervalech. Samy uvádí, že se snaží o pravidelnou zdravou stravu a pohyb. Ukazuje se také, že sestry samy dokáží ovlivnit své zdraví. Ovšem pokud dochází k dlouhodobým pracovním neschopnostem, obrací se tato situace i do finanční stránky chodu instituce a přímo ovlivňuje přetížení sester. To vede k vyhoření a opuštění nevhodného pracovního prostředí. Proto lze za významnou kategorii považovat také socioekonomický status, který se promítá i do způsobu stravování a pohybové aktivity ve smyslu finančních prostředků nezbytných k jejich dosažení. Opět se i v tomto bodě projevilo přetížení a nespokojenost se stávající situací. Přímý dopad lze sledovat i v charakteristice životní úrovně. Tu naši informanti vnímali jako průměrnou až dobrou. I zde byla patrná otázka přetížení, působení stresu a úloha financí.

Z faktorů plynoucích z prostředí byl opět nejdominantnější stres. Opakovaně byla popisovaná situace interpersonálních vztahů na pracovišti. Genetické faktory celý soubor informantů popsal jako vážnou překážku nejen ve vykonávání povolání, ale i jako vnímání kolektivu na plnění pracovních úkolů. Zaměstnávání personálu s nějakým nedostatkem není kolegiálně přijímané, i když u všech bylo vnímané jako nevhodné až nepřijatelné z hlediska výjimek. Významně se v tomto bodě prolínají pojmy jako vyčerpání, vyhoření, interpersonální nespokojenost, pracovní stres a snížený výkon. S uvedeným značně souvisí syndrom vyhoření, který se u pomáhající profese v nějaké podobě projevilo u všech, a to od nejlehčí formy až po úplné vyhoření vedoucí k dlouhodobé pracovní neschopnosti. I zde byl evidentní pracovní stres a celkové vyčerpání z pracovního přetížení a nespokojenosti.

Jako behaviorální determinanty ovlivňující zdraví účastníků našeho výzkumu bylo možné identifikovat vnímaný stres, obecně přetížení z nedodržování zákoníku práce (potažmo BOZP), dále pracovní prostředí. Jako negativně vnímaný fakt byla uváděná také komunikace s vedením, šikana na pracovišti, nežádoucí události, málo sester, dopad na výkonnost, zdraví a spokojenost, nedostatek finančních prostředků. Příčinná souvislost pak byla spatřovaná zejména v nedostačujícím systému vzdělání, nevhodném financování, finanční stabilitě objektu poskytování, nedostatku personálu, přetížení

sester a fluktuaci personálu. Zde vznikla potřeba podpoření myšlenky na adaptační proces a následně byla svolána focus group. Do skupiny byla předvedena kostra otázek, která vycházela z rozhovoru. Skupině byl ponechán prostor pro vyjádření a následně byly otázky přijaty ve skupině kladně. V připomínkách se skupina ubírala směrem ke své praxi a zkušenostem. Pohled skupiny na problematiku byl pozitivně laděn směrem k začlenění nového zaměstnance a následně i implementování vlastních stresů z nového a neznámého prostředí.

## 5.2 Popis výsledných kategorií

Tabulka č. 3: Přehled výsledných kategorií

Kategorie	Subkategorie
<b>Stres</b>	Strach z předsudků Vulnerabilita Coping Syndrom vyhoření Behaviorální determinanty
<b>Genderový pohled na vnímání rozdílů ve zdraví</b>	
<b>Socioekonomický status</b>	Nerovnost ve zdraví Sociální faktory
<b>Pracovní prostředí</b>	Vztahy na pracovišti Pracovní zařazení Zkušenosti BOZP
<b>Mateřská dovolená</b>	
<b>Životospráva</b>	Strava Dopady determinantů Prevence
<b>Osobní pohoda</b>	Charakterizování života Životní spokojenost Adaptační proces Well-being
<b>Motivace</b>	Vnímání profese Sebehodnocení
<b>Psychosomatické stavy</b>	
<b>Zdraví</b>	
<b>Rozvoj profese – EBP</b>	

Zdroj: vlastní výzkum

## Kategorie Stres

Jako centrální kategorie byla identifikovaná kategorie „Stres“. Tato kategorie byla rozdělena na několik podkategorií. Obsahuje strach z předsudků, vulnerabilitu, coping, syndrom vyhoření a behaviorální determinanty zdraví.

Faktory stresu působí na naše informanty plošně a v několika subkategoriích. Špatné sociální klima, kde se mohou vyskytovat jak osobní, tak nevyjasněné konflikty, které uvádějí informanti, mohou vycházet z nevyjasněných kompetencí, nevhodného stylu vedení, ale také nedostatečné komunikace, chybějící opory a také jednání s osobami emocionálně nevyrovnanými. Míra stresu vzniká v souvislosti s dějem, který může teprve nastat, jde o představu, předjímání o možných důsledcích souvisejících s integrací osobnosti. Stres se prolíná všemi kategoriemi a má několik typů. Anticipační stres se informantů dotýká i v mimopracovní rovině, ale v našem výzkumu se nejvíce prolínal s novým nástupem do zaměstnání, spoluprací na nových pracovních systémech, zařazením a charakterizováním svého emočního napětí. Psychiatrickou zátěž většina sester neuvádí, v jednom případě proběhla u sestry konzultace s psychologem jako kompenzace pracovního stresu. Vlastní léčba u dotazovaných nebyla. Strach z předsudků vnímaly sestry u změny zaměstnání, při odmítnutí a změně pracovní funkce. Hrozby jako zdroje negativní události, se změnou pracovní funkce, změny zaměstnání, která může poškodit nějakou hodnotu, osobu či aktivitu má nežádoucí vliv na informanty. Jako nežádoucí jev je vnímán výše uvedený strach. Strach z kolektivu, například zranitelnost, popisují informanti jako dysbalanci ve vnímání sebe vůči zaměstnavateli. Každý člověk je nějakým způsobem zranitelný, většina sester vnímala svoji zranitelnost jako druh nějakého pracovního ponížení. Nejmenší počet informantů uvádí, že vulnerabilitu neumějí popsat a neznají ji. Naopak zranitelnost ve vztahu k zaměstnání dokáží popsat všichni informanti, shodně uvádějí vlastní újmu pocíťovanou od zaměstnavatele, a to buď jako nedovolení určité činnosti, nebo interpersonálními vztahy. „*Určitě rozhodují finance, rozhodnost a zázemí*“ (R9). Zranitelnost u kolegyň pozorovali až na výjimky všichni, a to opět přetížením z nedostatku personálu nebo intenzitou služeb, které musely vykonat. Nedostatek odpočinku se manifestoval jako velký stres. „*Někdy se potřebuji vykřičet, vypovídat a vynadávat*“ (R8). Při zvládání stresu většina sester uvádí, že je pro ně důležité rodinné zázemí, vědomé odpočívání sportem, vlastním koníčkem a nejvíce odpočinkem. Zajímavým příkladem je práce na zahradě a sdílení svého stresu s někým dalším. „*Stres*

*zvládám tak, že to stlačám v sobě a pak aktivním sportem“ (R22).* Koučing kromě jednoho informanta nevyužil nikdo, většina odpovědí je, že se sestry koučují samy. A tuto otázku přijímají kladně s tím, že by bylo dobré kouče mít nebo zkusit tyto služby. Vzhledem k širší škále informantů nejen z hlediska věku, ale i praxe bylo vlastní zvládání stresu poměrně rozdílné. V nejmenší možné míře bylo vyhodnocené absolutně žádné zvládání stresu. Vyhýbají se kontaktu se stresem a nechtějí ho řešit. Naopak zajímavým faktem je, že větší počet informantů vnímá stres jako něco faktického, co dokáže buď potlačit, nebo s tím následně pracovat, jako například s vlastním zvládáním stresu. Zajímavým úkazem bylo zjištění, že existuje přímá úměra stres – praxe. Celý výzkumný vzorek uvedl, že odolnost vůči stresu získal délkou své praxe. *„Jako jo, čím víc má člověk zkušeností, tak si víc věří“ (R6).* Syndrom vyhoření se u pomáhající profese v nějaké podobě, od nejlehčí formy až po úplné vyhoření vedoucí k dlouhodobé pracovní neschopnosti, projevil u všech. *„Ano, strašný, nebyla jsem schopná 3 měsíce vůbec vystrčit nos z baráku, nebyla jsem schopná logicky fungovat v denním režimu“ (R11).* Syndrom vyhoření ohrožuje v nejvyšší míře sestry, které se ocitají pod neustálým tlakem stresů. Svoji práci musí zvládat v ne vždy jednoduchých podmínkách. Sestry uvedly, že musí zvládat vypjaté situace a navíc v podmínkách, které nejsou jednoduché, mnohdy je to práce se silnými lidskými emocemi. *„Tak já bych řekla tak středně těžká, protože jak když už je toho moc, tak to asi už bych jako hůře zvládala. Záleží taky podle toho, co se dělo, že jo, záleží na tom, co se dá spolknout“ (R8).*

Největší zastoupení v odpovědích bylo zjištění, že jim vyhoření hrozí, a objevila se snaha tento stav nenechat propuknout. U syndromu vyhoření se opět projevil pracovní stres a vyčerpání z pracovního přetížení a nespokojenosti. Celkově se tento stav projevil vyčerpáním, podrážděností, depresivními stavy, sníženou pracovní funkcí, až pracovní neschopností. Spokojenost se svým zařazením vnímal bez jedné odpovědi celý saturovaný vzorek informantů. Sestry vnímaly, že práce, kterou vykonávají, je pro jejich život nesmírně důležitá. Spatřovaly v ní smysl svého života a naplnění, vnímaly svoji prospěšnost a hrdost. Svou profesí si vybraly, aby se mohly seberealizovat, chodit do práce již s dobrým pocitem se stává zábavou. Stejně tak je tomu i tehdy, kdy si sestry zvolily dobře, ale na daném místě nastává problém s konkrétními lidmi, kdy si nerozumí s důležitými kolegy, nesedí jim firemní kultura, jsou přetížené pracovními úkoly. Pak přichází z práce domů nespokojené a přenáší své emoce na nejbližší.

V této skupině byl vytvořený průřez, a to jak středním managementem, tak středním zdravotním personálem. Zajímavým příkladem bylo, že informant se cítí nedocenen a chce být ve vedoucí funkci. „*Stres byl, je a bude, není intenzivní, není intenzivní. Určitě intenzivita to není, je to prostě na bázi udržení, ukočívání. Adaptační proces byl velký stresor, to si tam připiš, hodili po mě klíče a jed*“ (R11).

Behaviorální determinanty byly až na tři odpovědi naprosto neuchopitelnou otázkou, informanti si neuměli nic představit a ani neviděli souvislosti. „*To je strašný slovo, to nevím*“ (R9). Zajímavé je, že tyto tři odpovědi jsme dostali od sester, které mají vyšší stupeň vzdělání. Odpovědi se týkaly působení zdraví, vzdělání, zdravotnictví a rodiny. Tato otázka působila spíše edukačně, jako zvýšení povědomí o behaviorálních determinantech. „*Cože, můžeš na mě mluvit česky?*“ (R11).

Faktory behaviorálních determinantů informanti mají podle dotazovaných největší dopad na zdraví sestry, nejvíce je vnímán stres, obecné přetížení z nedodržování zákoníku práce, dále pracovní prostředí. Jako negativně vnímán fakt se jeví komunikace s vedením, a to zcela obecně, nebyla zde detailně popisována struktura ZZ. Šikana na pracovišti je také velká oblast ovlivňující pracovní spokojenost, která dokázala spíše negativně ovlivnit výkonnost sestry. „*Já si myslím, že každá máme nějaký stresy, jak v práci, tak v osobním život, ale že bych vyloženě pozorovala nějaký průšvihy a psychický zroucení, to asi ne*“ (R11). Při plnění pracovních povinností, všude tam, kde se setkávají lidé, dochází ke konfliktům. Valná část konfliktů je vyhraněná střetům na pracovišti, tyto potíže v mezilidských vztazích a vyústěním těchto konfliktů může být mobbing v různých podobách. Nežádoucí události působící v přímé souvislosti s obecným snížením počtu sester má dopad na jejich výkonnost. Všechny tyto faktory ovlivňují zdraví a spokojenost pracovníků. Nedostatek finančních prostředků demotivuje a dlouhodobě působí na psychický stav sester, přičemž nahrává syndromu vyhoření. „*Všechno, ono je to všechno to, to... To je celý ten cyklický proces*“ (R1). Tyto faktory se u informantů prolínají a působí nejen na dotazované, ale v různé míře je pozorují i u svých kolegyně. Nejpočetněji zastoupená odpověď je jednoznačně stres způsobený pracovním prostředím a přetížením. Přetížení bylo v přímé souvislosti s nadpočtem služeb, tedy nedodržením normy hodin v pracovním týdnu sestry. „*Nevím, co to je*“ (R20). S užíváním návykové látky se všichni informanti setkali, a to nejen oni sami, ale i ve svém pracovním okolí. „*Ne, ne, našťestí ne, nepotřebujeme to a nějakým způsobem se toho bojím*“ (R22). Zajímavé je popsání stavu, kdy se užívání těchto látek dotýká pacientů, sester i lékařů, tedy napříč celou profesí.

Nejčastěji sestry užívají jako kompenzaci stresu cigarety a malé množství alkoholu. „*Já jsem hodně odolná, kdybych nebyla, tak už tady nejsem*“ (R11). Dokonce bylo u jedné odpovědi popisované užití kanaboidů jako kompenzace stresu. „*Vždyť víš, hrdá nato nejsem, ale kouřila sem trávu*“ (R9). Sestry u kolegyně pozorují souvislost stresu a kouření cigaret jako kompenzační berličky. Na pracovišti všichni informanti zažili užívání alkoholu, dokonce i drog, a setkali se v menší míře se suicidálními stavy. Suicidální stavy byly popisované nejen u sester, ale i v řadách lékařů. Všichni shodně uvádí, že tato situace – suicidia, alkoholu a drog – působila velmi negativně a znovu by ji prožít nechtěli, pokaždé se jich nějak dotkla. V otázce o užívání návykových látek v minulosti se informanti shodli, že je ve větší míře neužívali. Jeden respondent uvedl užití kanaboidů jako kompenzaci stresu. Na otázku, jakou berličku používají sestry, uvádí jako nejpočetnější odpověď sport, aktivní odpočinek a rodinu. „*No asi tím, že jsem to musela řešit, asi nepůsobilo*“ (R10).

### **Kategorie Genderový pohled na vnímání rozdílů ve zdraví**

Genderový pohled na rozdělení nejen rolí, ale i na vnímání zdraví z pohledu obou pohlaví. „*Určitě zdraví mužů a žen se výrazně zlepšilo. Hlavně mužů, jsou více čistotný a dbají na vzhled a na svůj zdravotní stav*“ (R9). Pokud pojem pohlaví vidíme jako biologické rozdíly mezi muži a ženami, pak sociální a kulturní rozdíly žen a mužů ukazují, jak obě reality hluboce ovlivňují stanovení zdravotního stavu. Pohlaví může podmítnout sklony k určitým stavům zdraví a nemoci. „*Skoro bych řekla, že je to individuální, protože muži, je to individuální, někteří muži na svoje zdraví dbají, ale většina, nebo i na tu duševní hygienu, ale skoro bych řekla, že těch mužů je méně než žen. Ženy už jenom to, že dbají třeba o svoji pokožku, nehty, vzhled, kadeřník, prostě teď i oblečení, tak si myslím, že většina, ale to se začíná i vyrovnávat, což je příjemný, většina mužů i dbá nato, že třeba tohle spojí s takovým tím duševním a i tou hygienou, že chodí třeba do saunových komplexů a tak dále, vlastně prevence takových těch chorob, co se týče chřipkových onemocnění a hodně se otužují, tak hodně i mužů na tohle dbá. Ale samozřejmě ženy na to dbají víc*“ (R1).

Tento rozdíl také může podmiňovat různou míru vystavení rizikům, různé způsoby vyhledávání zdravotnické péče a odlišné dopady sociálních a ekonomických faktorů. Složitá genderová struktura a vzájemné působení pohlaví vytváří zdravotní podmínky a problémy, které jsou odlišné pro ženy a pro muže. Mezi zdravím, pohlavím a genderem tedy existuje blízký vztah. „*Ještě jednou přečíst otázku? No přijde mi, že*



*pánové jsou více ufnukaní než ženy. Je to samozřejmě individuální. Ne každé, ne všichni, ale s ženami se daleko líp pracuje než s muži. Protože jsou víc necitlivý“ (R11).* Právě zde informanti popisují na základě praxe rozdíly ve zdraví mužů a žen různorodě, na podkladě svého vnímání. Největší zastoupení mělo třídění péče o své zdraví u žen, a to tak, že ženy pečují převážně o vzhled. V povědomí informantů vystávala myšlenka, že ženy jsou ošetrovatelky, takzvaně pečující, a to z toho důvodu, že tento přístup mají daný geneticky. *„Určitě bych řekla, že ženy se zabývají tou stravou“ (R14).* Některé sestry nepozorují ani nevnímají rozdíl. Naopak velké rozdíly jsou patrné ve chvíli, kdy sestry popisují zodpovědnost a pasivitu přístupu mužů a žen při péči o své zdraví. Z rozhovorů vyplynulo, že muži jsou společností vedeni spíše k zakrývání svých emocí a popírání bolesti. Sestry zdůrazňovaly vyzorovanou souvislost mužské úmrtnosti s chováním, které ovlivňovalo zdraví. Kouření či pití alkoholu spatřovaly častěji u mužů. Za vyšší mužskou polymorbiditu mohou také úrazy, které jsou u mužů častěji příčinou úmrtí než u žen. *„Tak za moji praxi je velká rozdílnost ve zdraví mužů a žen, zpětně, x let, nebo na začátku, když jsem šla do práce, tak většinou muži neudržovali svoje zdraví, a teď bych řekla, že naopak tím překypují a mnohokrát se starají víc než ženy a ženy tak jako agravují. To znamená, že jako... A nebo ještě jinak, hodně často se schovávají za rodinu. Většinou popírají onkologicky, pak právě třeba máme ty rozpady té mammy. Jo, takže tam bych řekla, že ne všichni, je to míň, spíš ta mladší generace pečuje jako hodnotu zdraví“ (R10).*

Ženy navštěvují lékaře či služby podporující zdraví častěji než muži. Z jejich praxe vyplynulo, že lékařskou prevenci muži spíše nevyužívají. Sestry také uvedly, že rozdílná nemocnost žen a mužů může plynout z rozdílného vnímání bolesti a zdraví. Muži jsou více senzitivní k bolesti a více prožívají své onemocnění. Muži zanedbávají své zdraví, ale sestry popisují i případy, kdy je to jinak. *„Chlapi jsou na tom líp, protože se víc pozorují“ (R17).* *„To jsem si nějak nevšimla, si myslím, že když už je člověk zdravotník, je pošahanej sám vo sobě a je jedno, jestli je to chlap, nebo ženská“ (R3).* *„Ženy jsou spíše takový opatrovatelky, ošetrovatelky, takže k tomu mají blíž“ (R2).*

*„Tak to bych asi až tak třeba nesoudila, jakože bych třeba řekla, že ženy o sebe pečují víc než muži, protože třeba konkrétně můj muž o sebe možná pečuje víc než já, ale já si myslím, že je to jako spíš jako asi v člověku. Že prostě buď někdo je takový čistotnější a chce o sebe dbát, a někdo to bere spíš jako takovou samozřejmost a je mu jedno vlastně, co má na sobě a jak vypadá, spíš jako vnímá tak jako že ne asi tak vypoulený, ale jakoby osobnost člověka“ (R8).*

## Kategorie Socioekonomický status

Kategorie socioekonomický status obsahuje podkategorie nerovnost ve zdraví a sociální faktory. Moderní doba s sebou nese představy o souvislosti socioekonomického statusu a nemoci. Na začátku technologické modernity sestry jako reformátoři poukazovaly na nepřiměřené podmínky a jejich působení na zdraví.

Souvislosti socioekonomického statusu a zdraví byly většinou politickou záležitostí v úzkém i neširším smyslu.

Právě ovlivnění socioekonomickým statusem sestry vnímaly spíše jako pozitivně laděný vtíp, větší polovina respondentů přiřadila negativní odpověď ve smyslu ne, nevím, neřešila jsem, nemám čas. „*Životní úroveň, ale velice rychle. No tak určitě, tato práce mě naplňuje, mám ji ráda a rozhodně se mi dělá lépe než v nemocnici. V nemocnici máme jiný, co nás ovlivňují*“ (R11). Opět se i v tomto bodě projevilo jejich přetížení a nespokojenost v čase rozhovoru. „*Já si myslím, že standardní, životní úroveň určitě je jako dobrá*“ (R10). Tato negace se odrážela i v chuti spolupracovat. Na otázku, jestli je v něčem limituje dostupnost zdravotní péče, sestry odpovědi směřovaly spíše k odpovědi ne, občas zmínily, že je to složitá odpověď. Celkovým průřezem sesbíraných dat vládne názor o nedostatku odborníků, nejvíce dominuje málo zubařů. Zajímavá odpověď byla omezení v rozsahu poskytování, na kterou navazovala odpověď se stárnutím populace a tím vzniklými finančními úniky. Tyto finanční úniky byly doplněny myšlenkou, že polymorbidní osoba bude potřebovat nejen výkonově, ale i materiálově dražší péči. S tím souvisela myšlenka přímé úměry ke kvantitě poskytované péče.

Jako nerovnost zdraví k sobě samým, sestry vnímají spíše jako protekční jednání se zdravotníkem, a to nejen ve vztahu k informacím, ale i čekací době, ta jim přijde kratší než u lidí, kteří nepracují ve zdravotnictví. „*Tak já si myslím, že moje životní úroveň je dobrá, že dobře*“ (R8). Například možnost dostat se dříve k vyšetřením. V některých případech se již objevuje odpověď, že tato rozdílnost se již ztrácí, nebo dokonce ani nevnímají samotný rozdíl. Naopak svoji životní úroveň charakterizují jako průměrnou, nejvíce dobrou a pouze v jednom případě jako hektickou a šílenou, tedy opět se zde promítá přetížení a působení stresu. „*Ted' to mám opravdu složitý*“ (R23).

Sociální faktory jako zastání v práci vnímají sestry spíše dobře. Popisují, že zastání mají. V menším množství zastání nepociťují. Nejvíce sestry ovlivňují finance, a sice ve všech směrech života. Zde se manifestuje, že sestra zastává více rolí, a to nejen

v zaměstnání, ale i v péči o rodinu a děti, pokud je již má. Nejčastěji se objevuje odpověď, že sestry ovlivňuje stres, finance a rodina. „*Určitě finance*“ (R23). Vliv nezaměstnanosti na zdraví zažilo jen malé množství sester, pokud však tuto situaci zažily, vnímají ji jako finanční úpadek na zdraví. Vnímají sníženou možnost nákupu hodnotných potravin a dalších zdraví prospěšných prostředků. „*Je to určitě o penězích, člověk si to nemůže dovolit, když třeba je student, že jo. Což třeba já jsem prožívala tenkrát s tím obličejem, když třeba naši si nemohli dovolit takové vymoženosti, a proto se to nějak odkládalo a nakumulovalo se to. Tak nějak do té dospělosti. Takže si myslím, že určitě ta sociální sféra ovlivňuje zdraví*“ (R8). „*Já si myslím, že moje životní úroveň je dobrá*“ (R1). Nemohou pořídit podpůrné suplementy zdraví. Jinak zajímavý výrok byl popisovaný v souvislosti s alkoholismem a leností. Jako faktory prostředí sestry popisují více determinant, ponejvíce opět stres. Další a častější odpovědi byla možnost bydlení, a to v souvislosti s rozdíly mezi vesnicí a městem, překvapivě samostatná odpověď byla zaměřená na smogovou situaci. Opakovaně byla popisovaná situace interpersonálních vztahů na pracovišti. „*Překvapivě se dodnes s holkama stýkám*“ (R18). Genetické faktory celý soubor informantů popsal jako vážnou překážku nejen k vykonávání povolání, ale i jako vnímání kolektivu na plnění pracovních úkolů. Hodnotí je tedy jako překážku v práci. „*Dobrou*“ (R9). „*Velice dobře*“ (R3). „*Dobře!*“ (R2).

### **Kategorie Pracovní prostředí**

Kategorie Pracovní prostředí obsahuje celkem čtyři podkategorie, a to vztahy na pracovišti, pracovní zařazení, zkušenosti a BOZP. „*Ano, porušováním nastavených pravidel a předpisů si člověk může poškodit zdraví*“ (R2).

Pracovní prostředí sestry vnímají jako faktor ovlivňující pracovní i osobní život. „*Hele, já si myslím, že to se asi děje všude, všude se porušuje, vždyť jsme jak otroci*“ (R16). Prostor vnímají nejen jako vybavení, materiál, ale klade se velký důraz na odpovídající interpersonální vztahy a kulturu prostředí, ve které tráví svoji profesní působnost. Všechny odchylky od normálu vnímají sestry jako pracovní stres. Většina informantů byla s dosavadním zaměstnáním spokojená a spíše negativně smýšlí o minulých zaměstnáních. Tato negativní skutečnost a zážitek je pro sestry rozhodující při volbě nového zaměstnání. „*Pokud je špatný kolektiv, špatně se pracuje, i já sama jsem to zažila*“ (R19). Vnímání odolnosti z dob studia je v přímé souvislosti s tím, že se cítí vzdělanější, odolnější a celkově sebejistější. Sestra se tedy odpracovanými roky

kultivuje a profesně posouvá. Nejen s roky, ale i se zkušenostmi získává větší pracovní sebevědomí. Vnímání mezigeneračních rozdílů je různé, minimální odpověď nevnímáme. Překvapivě byla popisovaná souvislost s financemi a zatížení systému zdravotnictví. Nejčastěji se objevuje odpověď, že mladší sestry nemají takové zkušenosti, ale jsou fyzicky zdatnější. Dokonce se mezi staršími informanty popisuje myšlenka, že zaučovali svými znalostmi mladší kolegyně. *„Bud' je to psychika, nebo nepozornosti, člověk se může i fyzicky poškodit, když právě se nezaučí s něčím, tak tam jde o poškození obojí, psychický i fyzický“* (R3).

Ovlivnění vlastního zařazení byla pro sestry spíše neuchopitelná otázka, po bližším vysvětlení se objevovala odpověď ne, neovlivňuje. Nejčastěji se uvádí pracovní přetížení sester. *„Určitě ovlivňují“* (R21). Pokud sestry přecházejí do vedoucích pozic, začínají tento faktor vnímat. Větší počet informantů odpovídal kladně s tím, že mají dobré vztahy na pracovišti. Ovšem v průběhu času to byl největší stresor na pracovišti a zároveň i hlavní důvod ke změně pracoviště. *„Ano, jediné pozitivně, protože se můžu vyprávět“* (R9).

Bezpečnost a ochrana zdraví při práci je informanty vnímaná jako velmi důležitá, ovšem na její dodržování již není dáváný takový zřetel. *„Já si myslím, že se zvýšit ani nemůže, to bychom nemohly chodit do práce, že jo. Tak jako chodíme, tak si myslím, že jsme odolný dost“* (R11).

I když informanti vnímali legislativou stanovený obor jako důležitý souhrn opatření, která by měla vést k ochraně zdraví, nedodržují stanovená pravidla nebo opatření. Cílem BOZP je shrnout všechna opatření ze strany zaměstnavatele, která mají za cíl zamezit vzniku ohrožení či poškození zdraví nejen sester. *„No to je prostě špatně, v každém případě se musí dodržovat zásady, aby ta sestra, aby nedošlo k porušení jejího zdraví, což už jenom je hloupost, když se ředí dezinfekční prostředky – s ústenkou, v rukavicích. Prostě když tohle se bude opakovat a je to úplná banalita, někdo řekne, že je to hloupost, když tohle se bude opakovat 15 let denně, což je strašný, všechny tydle výpary z toho se inhalují. Nehovořím o cytostatikách, v žádném případě“* (R1).

Procesy ochrany mohou mít povahu technologickou, technickou, právní, organizační a administrativní. Prolínají se tedy celým pracovním životem sester. *„Pozoruju, v rámci používání BOZP a nějakých prevencí, tak to samozřejmě pozoruju a musím říct, že i v nemocnicích jsem pozorovala“* (R10). *„Určitě, je to životní prostředí, přechemizování, málo pohybu, špatná strava, stresové stavy, takže asi tak“* (R9).

V menší míře odpovědi sestry nevnímají jako důležité vše dodržovat, dokonce se objevila odpověď, že to ani není možné. Jako nejčastější poškozování zdraví vnímají v nemocnicích nedodržování nošení vhodné obuvi s páskem a dále ochranných pomůcek, například k ředění dezinfekcí, používání ochranných brýlí a nošení pláště nebo ředění cytostatik bez odsávací komory. „*Poškození jde obojí, jak psychický, tak fyzický*“ (R3).

### **Kategorie Mateřská dovolená**

V délce praxe se odpovědi rozcházejí, a to v rozpětí od 7 do 39 let. Mateřskou dovolenou vnímají pozitivně ženy, ale i jeden muž. Většina sester měla mateřskou dovolenou spojenou se zaměstnáním, do kterého se těšily. „*Návrat byl krutější, hodně mě to ovlivnilo, měla jsem dítě v pozdějším věku*“ (R2). Vnímaly ukončení mateřské jako pracovní posun, ale také jako finanční vylepšení rodinného rozpočtu. V tuto chvíli sestry ovlivňovala finanční skutečnost a role matky. Informanti uvedli, že praxe byla v lůžkové části, přesouvala se k intenzivní medicíně a dále mají zkušenosti z institucionální a komunitní péče. Vnímání sebe sama po návratu z mateřské dovolené popisují sestry různě, nejčastější odpovědi byl strach z přijetí v kolektivu, dále předsudky, a to nejen z okolí, ale i od sebe samých. Mateřství je nápor na psychiku.

Psychickému vyčerpání jsou často vystaveny sestry, které jsou matky. Dlouhý časový odstup období mateřské a rodičovské dovolené se rozcházejí s představami, které měly sestry před otěhotněním. S narozením dítěte se jejich životní styl zcela změní. Jak informanti uváděli, stres a zvládání rodiny v souvislosti s prací bylo těžké. „*V práci ne, spíš chlap si myslel, že to zvládnou stejně*“ (R19). Převládá strach z toho, zda se sestra dokáže vrátit a řídit nejen sebe, ale i rodinu a dále pracovat v první linii. Nadřazený očekává něco jiného než kolegové a úplně něco jiného většinou očekává rodina, potažmo partner. Docházelo pak ke střetu zájmů pracovních a rodinných, stres vzniká kvůli snaze vyhovět všem. Tato očekávání většinou nedokáže sestra splnit, což v ní probouzí pocity viny, které ubírají energii, a směřuje k vyhoření. Dopad na vnímání sebe sama, vlastní sebehodnoty, sebeúcty, to se u větší poloviny projevovalo stresem a změnou délky pracovní doby. „*Jsem v praxi od roku 2001 no, to už je dlouho*“ (R18). „*Mateřská dovolená byla dva a půl roku, pak už jsem pracovala, takže úplně nebyla, protože jsem částečně pracovala i na mateřské. Návrat po mateřské byl velmi náročný, protože jsem prostě měla pocit, že znám jenom plíny a hrát si s dětma*“ (R10). Práce je pro sestru zcela přirozenou činností, která je zároveň nezbytná k její existenci

a umožňuje nejen naplnění materiálních potřeb, ale i uznání, sociální kontakty a seberealizaci. Sestry samoživitelky se většinou z finančních důvodů vracejí velmi brzy. Velmi důležité u sester je umístění potomka do předškolní péče, pokud je možnost využití v instituci, kde pracuje, může se věnovat práci více flexibilně. Sestry roli matky vnímají jako slučitelnou s dalšími činnostmi. Věk dítěte považují za překážku možnosti seberealizace, finanční nezávislosti nebo osobního růstu. „*Tak jako pro mne byl návrat po mateřské docela obohacující, protože já jsem se trošičku jakoby těšila do té práce. Trošičku to pro mne byla změna, protože já jsem vlastně nastupovala zpátky do té nemocnice a do té domácí péče, ale pak nějak jako postupem času člověk zjistil, že se musí vzdělávat sám a nespolehat se na toho zaměstnavatele. No ovlivnilo mě to hodně. Já jsem třeba ráda, že teď má člověk odpoledne, navečer víc času na tu rodinu*“ (R8). „*Těžký velice těžký. Protože i ty dva roky je dlouhá doba, to zdravotnictví jde neustále dopředu, takže člověk se neustále musí učit novým věcem v průběhu, natož když je tam dva roky prodleva, tak doopravdy má co dohánět*“ (R3). „*Hroznej, po těch čtyřech letech to bylo frustrující, musela jsem se zdokonalovat a vyrovnat se se všemi modernostmi ve společnosti*“ (R9). „*Krušný, hlavně teda především co se týká ježdění autem, člověk zakrní, získání zpět takových těch, rozkoukání se v tom zdravotnictví. Mne de fakto nijak, mně to jediné prospívá, jsem zkušenější*“ (R11). „*No tak jsem, musím trochu počítat, přes 30 let, musím říct, že jsem si prošla spoustou zkušenostma, v podstatě jsem se orientovala na urgentní medicínu, což bylo lůžkové ARO, pak jsem pracovala na anestezii, pak jsem odešla do zahraničí, zkušenost, pak jsem pracovala v obchodu, moje mateřská dovolená byla, když řeknu, skutečně tak rok, a více méně od 3 let jsem už pak jezdila na repatriace převozů pacientů*“ (R1).

### **Kategorie Životospráva**

Tato kategorie obsahuje celkem tři podkategorie: stravu, dopady determinantů a prevenci. Sestry ve zdravotnictví jsou často vystaveny většímu psychickému stresu z důvodu nového prostředí, kolektivu, jiného způsobu práce, pokud jsou jen krátce v oboru. Naopak sestry s praxí, které jsme si vybrali my, tedy větší než šestiletou praxí, jsou vystaveny zátěži vyplývající z velké fyzické námahy, často spojené i se zdravotními obtížemi. Pravidelný režim stravování je důležitým ukazatelem životosprávy sestry.

Výsledky rozhovoru byly varovné, odpovídají ale skutečným opakovaně diskutovaným. Větší část sester uvedla nepravdělné stravování, nedodržování obědové pauzy a stravování ve spěchu. „*Využívám procházky venku, abych si vyčistila hlavu, nejčastěji*“ (R3).

Životosprávu, tedy životní styl, který mohou samy ovlivnit, spatřovaly sestry v kvalitním složení stravy a vyrovnaném zastoupení všech jejích složek, následně ovlivnění fyzické i psychické pohody fyzickou aktivitou. Dle slov informantů vitaminy zvyšují odolnost a jsou celkově důležité pro správné fungování organismu. „*Ano, změnila jsem určitě životosprávu a musela jsem se stresovat jinak, jinou cestou. Snažím se dodržovat opravdu nejíst, jíst hodně bílkovin, netečný věci, občas to poruším, ale tu životosprávu hodně a pitný režim, protože člověk najednou zjistí, že skutečně 90 % toto na zdraví a toho, jak člověk může svůj život ovlivnit, je právě díky pohybu a životosprávě*“ (R1). Většina sester udává, že jejich výživa jako celek není dobrá. Pro správnou životosprávu i pro fyzickou a psychickou duševní rovnováhu je důležitý rovněž dostatečný příjem tekutin. Sestry v domácí péči pracují většinou ve vozidle a u klientů, kde klimatizace chybí. Většina z nich tedy nemá dostatečně pokrytou ztrátu tekutin z důvodu rozmanitosti práce. To může být také jedním z faktorů ovlivňujících zejména tělesnou pohodu. Samy sestry uvádí, že se snaží o pravidelnou zdravou stravu a pohyb. „*Prevenčí? Život na vesnici, procházky, zdravější strava*“ (R2). Většina sester má problém s udržením pravidelnosti při konzumaci potravin a tekutin. Mnohé sestry uvádí, že se snaží využít metody psychohygieny. „*Změnila jsem postoj ke svému zdraví hodně, protože prvním takovým, který mi začalo trápit od loňského podzimu, bylo to akné, které jsem jako nikdy neměla a hodně se mi začalo rozšiřovat, až do hlubokého zánětu, tudíž jsem byla nucena chodit na hloubkové čištění, kosmetiku, a tudíž to mě donutilo trošičku jinak se stravovat. Asi hlavně i celkově jako pociťuju, že se cítím líp, mám i takové cvičení jednou týdně, takové jen rozhýbání, seznámení s kamarádkami v tělocvičně, takový jako že to prostě tak jako prospívá, cítím se líp*“ (R8). Zajímavým zjištěním bylo, že péče o své zdraví je podmíněná strachem z nemoci. Sestry se zabývají postupem k dosažení lepší prevence a hygienickými návyky. Jako podstatnou informaci uvádějí vlastní postoj k hygienickým návykům, které souvisí s odbornou praxí. Znalosti o zdraví mají sestry nejen ze školských programů, ale i z praktické části svého pracovního života, prevencí a hygienickými návyky, znalostmi o zdraví. „*S tím, že jsem začala ve směnách, tak na můj osobní život a zdraví nebylo moc času, po směnách, prostě je to náročný*“ (R3). Všechny tyto skutečnosti a vlastní nastavení sestry

ovlivňuje model rodiny, kde se utvořil základ k vnímání zdraví a životosprávy. Životní styl sester je soubor činností pracovních, ale i osobních, které každý den provozují, aniž by si to uvědomovaly a myslely na to. Životní styl ve velké míře ovlivňuje jejich život, zdraví a tělesnou kondici a konstituci. Obezita je bohužel celosvětový problém, na který mnoho lidí, a nejen sester, složitě hledá řešení. Pro lidské zdraví je také velmi důležitou součástí pohybová aktivita. Jednostranná fyzická aktivita sester vede často k problémům s pohybovým aparátem, k obezitě a může navodit i psychické problémy. Informanti uvedli, že zdravý životní styl zahrnuje prvky, jež vedou k aktivnímu zdraví. Mezi tyto prvky zařazují pravidelný denní režim, odpočinek, využití volného času k volnočasovým aktivitám a relaxaci, vhodný způsob výživy a dostatek pitného režimu. Pravidelný pobyt venku na čerstvém vzduchu a dostatek kvalitního spánku vedou k posilování pozitivních emocí. Rizikové faktory působí na sestru komplexně a bylo by chybou domnívat se, že stačí změnit jednu část z celku. „*Chodím cvičit každý den hodinu a půl po práci a hodinu ve fitku*“ (R11).

### **Kategorie Osobní pohoda**

Kategorie Osobní pohoda kumuluje informace s charakterizováním života a životní spokojeností. V případě sester adaptačním procesem a pojmem well-being. Při definování kvality života je dobré si nastínit fakt, že může mít spektrum úrovní. Kvalita života sester je zvažována z pohledu celku, zjistili jsme, že o vnímání smyslu života a jeho zohledňování při velkých rozhodnutích. Další část představovala kvalita života v malé skupině, kde byla popisována pokora morálních aspektů života sestry i otázky pracovních vztahů mezi sestrou a uspokojování jejích potřeb. Tedy pracovní atmosféru a pracovní oporu. Personální část je sestrami vnímána jako kvalita života jedince, jde o subjektivní hodnocení, kterým sestry vnímají stav celkové spokojenosti, naplnění cílů a očekávání. „*Já se realizuju v práci stále a pořád, pořád člověk něco vymýšlí. Pro mne, ale to mám já a nevím, jak to má kdo, ale já to mám tak, že je pro mne důležitý, že mám nastavený vnitřně nějaký věci, třeba řeknu si, že mám nějaký projekt a ten prostě dokončím tehdy a tehdy. A jde o ten projekt a vím, že ho dotáhnu do konce, ale tomu je důležitý věřit a opravdu to cítit a už v tom být, a pokud tohle máte, tak to jde. Ale musí to skutečně prožít a cítit*“ (R1).

Při přemýšlení o kvalitě života (a to hlavně z psychologického pohledu) většina sester automaticky uvažuje na úrovni personální. Sestry svůj život charakterizují jedním přídatným jménem, nejčastěji jako krásný, pohodový, veselý, rychlý a hektický, mají



celkově pozitivně laděné hodnocení svého života a práce. „*Já se hodnotím jako sestra dobrá. Mě motivovalo uznání*“ (R18). Na otázku, jak se realizují v zaměstnání a jaký to má dopad na osobní pohodu, a dále u vnímání spokojenosti v zaměstnání je popisovaná kladná odpověď. Informanti jsou spokojeni, a pokud v minulosti spokojeni nebyli, pak změnili zaměstnání. Kvalita života je zcela subjektivně vnímanou veličinou a lze ji posoudit jako vlastní životní situaci. Při jejím měření je nutné specifikovat účel a záměr hodnocení, je potřebné vymezit populaci, ve které bude kvalita života zkoumána, a vybrat konceptuální zaměření a její teoretický rámec. „*Osobní pohoda je to, co mám teď. Určitě, když člověk není v pořádku psychicky, necítí se dobře, tak to má dopad na zdraví, je unavenější, nepodává výkony, které by měl, které by chtěl vykonávat, a limituje ho to v práci*“ (R3).

Míra stresu na pracovišti souvisela s adaptačním procesem. Překvapivě jen polovina informantů měla dlouhodobý adaptační proces, který vnímali jako pomoc při práci a začlenění. Tento adaptační proces vedl k vlastnímu pocitu naplnění, pracovní sebejistotě a celkové osobní pohodě. Adaptační proces je vnímán jako důležitý faktor pro začlenění sestry a pro zvládnání stresových stavů vznikajících z neznalosti chodu ZZ. První pracovní dny nového zaměstnance v organizaci a s nimi spojené první dojmy a zážitky často ovlivňují jeho názor. V tomto období se seznamuje s požadavky nového pracovního postu a poznává své spolupracovníky. Sestry bývají velmi citlivé, proto je opravdu důležité zajistit jim pomocí řádně provedeného adaptačního procesu dostatečnou podporu a pomoc. Správně nastavené začlenění nových sester patří mezi velice důležité činnosti. Z rozhovorů vyplývá, že v mnoha organizacích je velmi často podceňováno. V případě, že se začlenění neřídí a nechává se mu volný průběh, může to mít nepříjemný dopad jak pro instituci, tak i pro samotného zaměstnance. Míra stresu na vlastním pracovišti je informanty uváděná jako dynamický a vyvíjející se proces, který se stále mění, a není tedy stálý. Osobní pohodu respondenti vnímají jako klidné a bezpečné pracovní zázemí s jasnými a dobře nastavenými interpersonálními vztahy, kdy obecně panuje pracovní pohoda. „*Všechno souvisí se vším, a když člověk není v pohodě, začne se šřourat ve všech nemocech a je to v kopru*“ (R17). Informanti vidí adaptaci ve více rovinách, a to ve smyslu sociálním a pracovním. Podstatou sociální adaptace je začlenění zaměstnance do struktury sociálních vztahů pracovních skupin i do celého systému. Sociální adaptaci spatřují, pokud se mění zaměstnancovo postavení v pracovní skupině. Obě tyto roviny se vzájemně prolínají a není možné je zcela oddělit. Jejich úzká souvislost a ovlivnitelnost se projevuje tím, jak každá z těchto rovin byla

pracovníkem zvládnuta. Adaptační proces má natolik velký dopad na udržení sester v organizaci, na jejich pracovní výkonnost a celkovou spokojenost při plnění pracovních činností, že není možné mu nechat volný průběh. Je třeba ho kultivovat.

Dále sestry uvedly jako hodnotu v zázemí rodiny, zdravé děti a fungující rodina. A jako poslední faktor uvádějí své vlastní zdraví, kdy není ovlivněné nemocí. Aby informanti tento stav mohli prožívat, potřebují mít své nejčastěji uváděné potřeby naplněny a jako vtipnou součást odpovědi uváděli dovolenou. Což nám opět korelovalo s jejich přetížáním a důrazem na tento stav, který by si kompenzovali právě dovolenou. „*Uspěchaný, nezastavitelný, nebo já nevím no. Na osobní pohodu se mne ptáš v kritickém týdnu. Ted' je to chaos doma i v práci. Není moc prostoru se realizovat*“ (R23).

### **Kategorie Motivace**

V této kategorii jsou obsaženy dvě podkategorie – vnímání profese a sebehodnocení. Vnímání své profese je chápání sebe sama jako potřebného, pomáhajícího a naplňujícího poslání. „*Jednak mě motivuje pomáhat, to tak je, a pomáhat znamená pomáhat kamarádce, klientům, prostě pomáhat*“ (R1). Sestra definuje novou podobu moderní ošetrovatelské péče jako potřebu naplnění podmínek komplexní a týmové práce. Práce sestry je založena na jejích odborných znalostech, které za dobu svého studia a praxe získala. Sestry vidí nemocného člověka v kontextu jeho životního příběhu, potřeb. Saturaci potřeb druhých vnímá většina sester jako druh motivace a naplnění. Informanti uvádí, že milují svoji profesi, a v této otázce nebyla nalezená jakákoliv negace. „*Prostě jsem spokojená, protože to tak cítím*“ (R13). Sestra se hodnotí jako super sestra, pozitivní, empatická, flexibilní, odborná, prestižní. Baví ji její profese. Profesi sestry vnímají informanti jako profesi, která prochází neustálým vývojem, přičemž nastavená pravidla v podobě zákonů a nařízení jsou v praxi stále chápána ve své podstatě spíše tradičním směrem. Vnímání profese zdravotní sestry je velmi pevně zakořeněno v povědomí starších sester a tuto skutečnost nelze vnímat jako překážku pro přijetí nové role sestry v praxi. Velmi zajímavým podnětem pro management je to, že se sama sestra hodnotit v největší míře nechtěla, neuměla a cítila to jako velmi nepříjemnou otázku. „*Benefity a celkově kolektiv v práci*“ (R3). Hodnocení prestiže povolání podléhá subjektivnímu vnímání osloveného jedince. Často ji výše finančních příjmů nositele profese snižuje, ale jeho vzdělání, způsob šíření poslání je stále naplňuje. Součástí motivace je také vnímání náročnosti profese a její

přínos pro společnost. Na vnímání prestiže sester se můžeme dívat jednak z pohledu veřejnosti a jednak z pohledu nositelů té dané profese. „*Síla myšlenky a toho, že je člověk jako odborník vnímán a že ta druhá strana je ráda, že mě má*“ (R10). Pohled na ocenění profese zdravotní sestry ve společnosti je ovlivněn osobní zkušeností sestry a postojem zdravotních sester sama k sobě. To vše se odráží také ve způsobech, jakými sestry prezentují svoji profesi ve svém okolí. Prestiž sester začala posilovat společně s možností vzdělání. Naopak motivace byla pracovními úspěchy, svojí šikovností a potřebností, financemi, novým cílem a zkušenostmi, uznáním. „*No hlavně když ten pacient se uzdraví a jsou všichni v pohodě, když neumírají*“ (R11). Motivace nebyla vnímaná jen jako hmotný stav, který by se řešil jednoznačně financemi, jež by vedly k motivaci. Tedy je třeba brát na zřetel na to, že i uznání je ve vyšších příčkách uváděno jako velmi podstatné. „*Mám pocit sama ze sebe dobřej a to se mi vrátí*“ (R12). „*Je to náročná, ale krásná práce*“ (R21).

Motivace je dnes sestrou skloňována ve všech pádech a v současnosti je chápána jako důležitý faktor úspěchu. Profese si žádá neustále vysoce motivované jedince, kteří jsou schopni motivovat sebe i své spolupracovníky. Od manažerů se očekává nejen to, že budou sami motivováni, ale schopni motivovat také členy svého týmu. Pocit potřeby dává sestrám ke vzniku odpovídajících přání nebo cílům, které vytvářejí určité napětí a to vede ke vzniku aktivit. „*Motivuje mne právě zdolávání nových cílů a nové zkušenosti*“ (R2). Pracovní motivace je tedy u sester pohnutka vycházející z osobního přesvědčení. Právě pohnutky působí na chování sestry a tuto aktivitu udržují. „*Pochvala, finance, uznání*“ (R9).

### **Kategorie Psychosomatické stavy**

U psychosomatických stavů uměli informanti popsat, kdy a jak je zažívali. Větší množství odpovídalo, že tyto stavy nemá a netrpí jimi. Dále se objevovala odpověď ano, trpím na ně a stres se u mne projevuje například dráždivým tračníkem, bolestí žaludku a celkovou nervozitou nebo bolestí hlavy. „*Ano dráždivým tračníkem*“ (R10). Sestry s optimistickým pohledem na svět chápou negativní stavy jako krátkodobé a způsobené jevy mimo jejich dosah. Naproti tomu pesimistou chápeme někoho, kdo negativní jevy vnímá jako něco dlouhodobého a cítí v těchto situacích své zavinění. Z rozhovorů vyplynulo, že pokud nastanou jevy, které jsou považovány pro člověka za pozitivní, optimista je považuje za dlouhodobé až univerzální. U pesimisty je tomu přesně naopak. Zde se odpovědi opět týkaly pracovního stresu a přetížení z nedostatku personálu. Větší

polovina dotazovaných tyto problémy nepozoruje. „*Asi ne, já o ničem nevím, psychosomatické stavy nemám*“ (R19). „*Ano, že třeba když je hodně práce a není dobře ohodnocená, tak je člověk unavený a nechce se mu do práce*“ (R2). „*Ano, bolesti žaludku, pálení žáhy, úzkost*“ (R9). „*Ne*“ (R11). „*Ne, teď ne, ale myslím, že dřív, když to bylo proložený těmi službami, tak tam ta somatika, je důležitý ta psychohygienu těch sester, což si myslím*“ (R1). „*Určitě pociťuji, přesně jak bylo řečeno, bolení zad, bolení hlavy*“ (R3).

### **Kategorie Zdraví**

Z analýzy získaných dat vyplývá, že tato kategorie je ovlivněná způsobem života sester. Největší rozdíly mezi sestrami jsou v kontinuálním a denním provozu. Sestry ve směnném provozu udávají menší míru spokojenosti v oblasti svého zdraví v souvislosti s kratší dobou, kterou mohou strávit s partnerem a dětmi, s těžkostmi a časovou náročností při hledání vhodných zařízení zajišťujících péči o děti. To vše vytváří dlouhodobý stres, který se odráží na jejich zdraví. Spokojenost v oblasti vnímání svého zdraví naopak stoupá v souvislosti s větší mírou tolerance a pochopení partnera pro práci ve směnném provozu a podporou ze strany přátel, což umožňuje lepší organizaci volného času. „*Začínám si i nacházet více času pro sebe a pak si myslím, že to jako napomáhá duševní celkové i pohodě i tomu zdraví u člověka*“ (R8). Tím se zvyšuje i soudržnost rodiny a snižuje míra problémů a zátěž sestry ve všech směrech, což vede k jejímu psychosomatickému zdraví. U vnímání spokojenosti ve spojitosti se svým zdravím hraje nezanedbatelnou roli věk sester. „*Čím dýl v praxi, tím větší znalosti*“ (R11). S vyšším věkem klesá spokojenost s prací, dochází ke ztrátě nadšení pro povolání, tělesný stav se zhoršuje, stejně jako emocionální odolnost, a přidávají se spánkové deficity v kontinuálním provozu. Čím lepší odpočinek, tím větší je spokojenost s partnerským, pracovním i osobním životem. Rozdílná pracovní doba partnerů vyžaduje jejich vysokou flexibilitu i nutnost využívání různých sociálních zařízení obzvláště v případě zajištění a péče o děti, zde se většina sester snaží uchylovat do ranního provozu. „*No, tak ovlivnilo hodně. Já jsem třeba teď ráda, že člověk má teď jakoby odpoledne, navečer víc času na tu rodinu*“ (R8). Zdraví je také lepší tím, čím větší je sociální podpora ze strany rodiny a klesá v závislosti na zvyšujícím se počtu pracovních hodin v týdnu. „*Samozřejmě, v každém případě*“ (R1). Pro některé sestry bylo velice problematické popsat svůj způsob života, zda změnily svoje návyky, popřípadě zda jim jejich zdraví vydrželo. „*Život se mi změnil v každém případě, protože*

*dodržování životosprávy a všeobecně*“ (R1). Tato otázka byla ovlivněna tím, v jakém emočním rozpoložení jsme rozhovor prováděli. Zde je vidět rozdíl přetížené sestry s přesčasy a sestry ve středním managementu s jiným pracovním stresem. *„Na osobní život nebylo moc času, začala jsem pracovat ve směnách a je to náročný“* (R2). V průběhu celého pracovního života sester dochází ke zvratům a změnám, které vedly k přemýšlení a ohlédnutí za tím, jak se jejich pracovní život vyvíjí. Některé sestry uvedly, že své zdraví neovlivňují z důvodu nedostatku času a směnového provozu. *„Určitě více spím a více odpočívám, protože moje práce je náročná“* (R14).

Zdraví jako nejvyšší možnou hodnotu vnímají všichni informanti jednotně. Pro všechny je zdraví uchopitelnou záležitostí, díky které mohou být svobodní. Zdraví v širokém slova smyslu, ve všech jeho aspektech, z hlediska fyzického, duševního i sociálního, je největší devizou našeho života. Být zdravý je prvním předpokladem ke štěstí, k úspěchu. *„Kdyby lidi dodržovali základní hygienický pravidla“* (R18). Bude-li sestra zdravá, bude mít větší šanci uskutečňovat to, po čem v životě touží. Zdravá sestra nezískává výhodu jen sama pro sebe, ale přináší hodnoty i svému okolí. Zdraví však není v této profesi samozřejmé a jeho kvalita je závislá na čase a podmínkách, ve kterých pracuje. *„Takže jídlo a cvičení, ano“* (R8). Proto pouze uvědomělým přístupem lze vést sestry k zodpovědnosti za zdraví své i ostatních. Svobodu vnímají informanti v několika sférách, a to jak pracovně, tak finančně, potažmo aktivitami s rodinou. Dokonce se objevilo tvrzení, že pokud není zdraví, není nic. Vlivem rychlého technického rozvoje se zrychlilo životní tempo sester, objevují se nové pracovní technologie, sestry více komunikují, cestují, rozmanitě tráví svůj volný čas, způsob života se jim pozměnil. *„Chodím cvičit každý den hodinu a půl po práci si udělat čas na sebe a hodina ve fitku“* (R11). Řadě zdravotních rizik se nedá zcela spolehlivě vyhnout, přesto sestry mohou svým způsobem života, jaký vedou, některá rizika vedoucí k onemocnění omezit, snížit a potlačit. S dobrým vztahem ke svému zdraví se sestra nerodí, nezískává tento postoj zcela automaticky, ale vytváří se postupně v průběhu pracovního života tím, jak si je schopna uvědomit. Zajímavé je, že více než polovina informantů ale pro své zdraví nic nedělá, protože ho zatím vlastní, v odpovědích se málo uvádí prevence. Na otázku, jak by informant zvýšil své zdraví, je nejčastější odpověď preventivní programy, pozitivní mysl, vitamíny a sport. *„Má to celkový dopad na člověka“* (R8). Zdravý životní styl, strava, otužování, relaxace, osvěta, příjemné pracovní prostředí a čerstvý vzduch. *„Za mne zase ten sport“* (R19).

Do nejméně početných odpovědí se promítala rodina a zázemí, následně osvěta. Jediná odpověď poukazovala na to, že sestra je odolná dost svojí přiměřeností ze zaměstnání a jako prevence bylo vnímané nechodit do zaměstnání.

*„Určitě, v každém případě mohou ovlivnit moje zdraví, protože už jenom to, když si uvědomíte s jakou chorobou pracujete, s jakým pacientem pracujete, co vy když už víte, že ta určitá, a budeme říkat třeba úplně obyčejnou chřipku, nehovořím o dalších nakažlivých nemocech, takže úplně obyčejná chřipka, kdy ten člověk a vy se s ním potkáte, tak to je důležitý vopravdu už jenom to, umýt si pořádně ruce, vzít si třeba ústenku a dbát na tu hygienu a chránit hlavně sebe. Protože si myslím, že spousta zdravotníků sebe sama nechrání a myslí si, že jsou imunní, protože pracují ve zdravotnictví. Opak je pravdo. A nehovořím o dalších infekčních, vysoce infekčních nakažlivých chorobách, co se týče, když pracujete s infekčním materiálem, krví, močí s čímkoliv prostě. Tady je skutečně dodržování vysokých dodržování hygienických nároků a norem opravdu důležitý. Moje znalosti mohou ovlivnit moje zdraví z prostého důvodu. Když víte, jak máte žít, už jenom tak, jak žijete, jak myslíte, už jsem to opakovala, jak komunikujete, jak se cítíte a jak ta vaše mysl ovlivňuje zdraví, a v tom okamžiku se začnete i tak stravovat, k tomu připočítáte nebo prostě nějaký pohyb a uděláte si nějakou tu životosprávu třikrát v týdnu. Není o čem vlastně potom hovořit a potom cítíte, že se cítíte lépe a tím i lépe prospíváte. Ta mysl je důležitá“ (R1).*

### **Kategorie Rozvoj profese – EBP**

Informanty rozvoj medicíny ovlivňuje především rychlým vývojem techniky i vědy jako takové. Ne všechny informace o novinkách se k sestram vřak dostávají včas a ve správné formě, je třeba chybějící informace neustále vyhledávat a odstraňovat dezinformace. *„Asi velmi, protože třeba před 19 lety by nešla peritoneální dialýza doma, takže je to posun nejenom k lidem, ale i k nám. Dneska ta sestra už není sestrou, ale je to fakt odborník, nebo takhle – když chce, tak je odborník“ (R10).* (EBP) založené na důkazech praxe je interdisciplinární přístup do klinické praxe, která se po jeho zavedení dostává do popředí. Tato skutečnost začala v medicíně, jako medicíny založená na důkazech (EBM) a rozšířila se do sprízněné zdravotní profese, vzdělávacích oborů a jiných. EBP je tradičně definována na základě tří základních principů. Sestry získávají nejlepší dostupné poznatky výzkumu ložisek na tom, zda a proč. Sestry využívají klinických zkušeností, aby rychle identifikovaly každou diagnózu, jejich jednotlivá rizika a přínosy možných zásahů a preference

a hodnot. „*No tak zaplaťpánbůh, že ta věda jde dopředu, já když jsem viděla odsávačky starý v nemocnici, starý defibrilátory prostě starý věci vůbec, který se používaj, opravdu před těma dvaceti lety na tý angiografický jednotce a vidím věci teďka, tak je to, věda jde dopředu, takže zaplaťpánbůh, je prostě potřeba se s tím naučit a učit se s novějma věcma*“ (R11).

Informanti vidí směr na důkazech behaviorální praxe (EBBP), což s sebou nese rozhodování o tom, jak podporovat zdraví nebo poskytovat péči s praktickou znalostí dalších zdrojů. To se provádí způsobem, který je slučitelný s životním prostředím a organizačními souvislostmi. Důkazy jsou výsledky výzkumu odvozené od systematického sběru dat. „*Určitě pozitivně, je to důležitý*“ (R1).

Tato skutečnost může působit jako stresující faktor a rozdílně působit. Z našeho výzkumu vyplynulo, že starší ročníky rozvoj medicíny nevnímají jako stres, ale společně uvádí, že přesto je to v jejich očích dobře. „*Určitě se vyvíjí a je to určitě dobře*“ (R17). Tím se maže předsudek, že starší sestry se neumějí a nechtějí posouvat ve vzdělání, a nelze tuto myšlenku globalizovat. Zdravotnictví tedy je na dobré úrovni a jeho rozvoj je akceptovaný zcela pozitivně. „*Ovlivňuje velice, protože furt jde ta medicína dopředu, že člověk se musí něčemu učit, takže to není jenom, že se musí naučit s přístrojem, ale doopravdy k čemu to je, proč to je a zase se opět posunou dál*“ (R3).

Naopak v hodnocení dostupnosti a kvality poskytované péče za jejich pracovní život se nejvíce objevuje odpověď negativní, tedy že se zhoršila. Zhoršila se jak z důvodu dostupnosti vzhledem k dojezdové vzdálenosti, tak z důvodu výběru odborníka. „*Já si myslím, že v dnešní době je na stejné úrovni, na jaké jsme byli, možná je to ještě horší, než bývalo*“ (R13). Jako problém informanti vnímají nedostatek praktických lékařů, dětských specialistů a zubařů.

Na otázku o financování ve svém zařízení se odpovědi velice rozchází. Nejvíce se uvádí, že nepocítují a neumí vyhodnotit. Jako druhá nejvíce početně zastoupená odpověď se objevuje vše, co informanty ovlivňuje v pracovním životě. „*Velmi, to záleží na vzdělání a já jsem ráda, že se vzděláváme*“ (R9). V odpovědích se rovněž objevoval nedostatek financí, plošné ošetření a to, že pacienti nemají na nic nárok, sami si musí vyšetření hradit, a tím nedochází k léčbě, k jaké by mělo, například při nákupu vlhkého krytí na rány.

Zajímavou a jedinou odpovědí bylo smýšlení a předpojatost vůči cizincům. „*Je tady víc a víc cizinců, co neumí česky, což je jeden problém a já s tím nesouhlasím, měli by tu být český sestřičky a český doktoři*“ (R19). Informant uvedl, že by zde neměly pracovat jiné národnosti zdravotnického personálu, dokonce by ani neměla být multikulturní skladba pacientů, protože kvůli tomu vnímá, že pak přicházíme o finance a pracovní místa, prohlubuje se jazyková bariéra.

System vzdělání je vnímán až katastroficky, pro sestry se jedná o velice ovlivňující záležitost. Nedostatek odborných sester vede zbylé sestry k přetížení a velkému pracovnímu stresu. „*Jde to pořád kupředu, teď jsme tu měli paní, která měla kontinuálně morfin, ale vzhledem k tomu, že jsem zvyklá, jipky měli injektomaty, všechno jde dopředu, vše je nový, krásný*“ (R12). „*Hodně, když hledám nové věci, snažím se je zapojit do praxe*“ (R2).



## 6 Diskuze

V této diplomové práci se zaměřujeme na behaviorální determinanty zdraví u všeobecných sester, protože práce je součástí života každé všeobecné sestry. S obdobným zjištěním pracuje Honzák (2015). Je to jeden z nejdůležitějších determinantů mající vliv na jejich každodenní život a toto zjištění uvedla ve své práci již Marková (2012). Otázky týkající se zdravotní péče jsou a budou stále diskutovaným tématem právě proto, že se dotýkají každého z nás. Reformy ve zdravotnictví vyvolávají řadu diskuzí a otázek a ovlivňují behaviorální determinanty zdraví u sester. Systémové změny ve zdravotnictví a nároky na vzdělávání sester mohou mít vliv na celkový postoj sester a jejich pracovní výkon. Sestry jsou velmi pracovitě, ale vzhledem ke všem reformám to mají těžší. Z praxe víme, že je kladen důraz na to, aby sestra byla na vysoké odborné úrovni. Na podkladě studované problematiky a analýzy výsledků z výzkumu lze tvrdit, že behaviorální determinanty ovlivňují zdraví všeobecných sester. V kontextu k neustálé personální krizi a změnám v soudobé společnosti, všudy přítomnému stresu a novým trendům v poskytované péči je velmi důležité, aby sestry měly povědomí také o faktorech prevence k udržení zdraví a byly schopné si uvědomit veškeré faktory, které na jejich zdraví působí. Naše zdravotnictví prezentuje některé problémy jako složité a obtížně řešitelné, některé jako méně významné a některé se raději neřeší vůbec. Personální krize je problém napříč oborem, mnoho institucí neposkytuje lůžka kvůli sníženému počtu sester, komunitní sféra nemůže obsáhnout místa působnosti kvůli velkému nedostatku sester. Instituce nebudou schopny naplnit rozsah péče požadovaný pojišťovny a to povede k relativní redukci jejich finančních příjmů. Jedná se v podstatě o opakující se situace, proces, který je obtížně zastavitelný, protože migrace sester umožňuje jít za lepšími podmínkami. Situace se sestrami je vážná právě proto, že v posledních letech ukázaly, že nebudou vše tolerovat a ze systému ve velkém počtu odcházely. Ve spolupráci s ministerstvem zdravotnictví na tyto potřeby reaguje projekt Nursing Now ČR, ©2017.

Nově můžeme zařadit skutečnost s pandemií, která přinesla celou řadu nových zkušeností. Díky pandemii se ukázalo, že sestry jsou nepostradatelné. Jako kdyby to světová zdravotnická organizace tušila, když slavnostně vyhlásila rok mezinárodním rokem sestry (Gondíková, 2020).

V této době, pod rouškou pandemie, se najednou začalo vařit pro sestry, profese zněla napříč medií v superlativech. Sestrám se tleskalo a zpívalo, dokonce proběhla i veřejná sbírka. Naproti tomu vycházely z medií zprávy, jak sestra nakazila pacienta, zavlekla nákazu, což působilo nejenom na behaviorální determinanty zdraví, ale fatálně na lidský život sestry, který po návalu stresu sama sestra ukončila. Jednalo se o jeden z nejsmutnějších momentů koronaviru bez potrestání a určení zodpovědnosti. Kvůli pandemii jsme byli svědky přímého poškození behaviorálních determinantů bez trestní zodpovědnosti za šířenou zprávu. V mnoha případech docházelo k porušování zákoníku práce pod moderním přetěžováním covidových směn, protože coronavirus může vše. Dokonce i krajská zastupitelka mohla na sestru pracující na záchranné službě podat trestní oznámení za šíření informací o nedostatku ochranných pomůcek. Jaké překvapení, že koncem nouzového stavu se sestry stávají opět neviditelnými. Bude zajímavé, jak po těchto událostech snad porostou počty studentů v oboru, obzvláště po aktivitách ministerstva zdravotnictví a odborných spolicích, které se pokouší o zviditelnění profese (Garkisch, 2020).

Skutečnosti z této doby získávají nejen praktickými zkušenostmi, působením pracovního kolektivu, ale i v rámci svého vzdělávání. Všechny tyto faktory, které, jak jsme zjistili, jsou vzájemně provázané. Zjištění koresponduje s Horou (2003). Pojali jsme je jako indikátory pro management, jako doporučení k řešení personální krize, která v dnešní době sužuje nejedno zdravotnické zařízení.

Sebevědomí sester ovlivňuje sebehodnocení, ale také pracovní a životní spokojenost. Při své práci se všeobecná sestra setkává s různorodým spektrem faktorů, které ji ovlivňují, jak již uvedla Krchová (1999). Dalším faktorem, který působí na sestry v práci, je fakt, že toto téma nebylo ještě dostatečně saturované, tedy zdroje jsou starší, zahraniční nebo nedostupné. Řada publikací směřuje spíše k pacientům, k poskytování péče, ke specifickým u toho či onoho onemocnění, k potřebám té a té minority, národnosti, ale na zdravotníky jako by se zapomnělo. Není jasně řešeno, a dokonce není ani definováno, co by sestry potřebovaly proto, aby mohly vykonávat svoji profesi. Neexistuje tedy soubor skutečností, které by vedly u sester k vlastnímu naplnění potřeb a hodnot a které by zahrnovaly to, co by potřebovaly ony (a nejen sestry), to, jaká je péče o tuto skupinu, jak jsou uspokojované jejich potřeby. Pak se ani nemůžeme bavit o nějakém EBN, protože tyto výstupy jsou spojené s managementem v ošetřovatelství. Problém je v převádění zjištěného do praxe. Stále se bavíme o tom, jaká by sestra měla být, co by měla umět, ale už v podstatně menší míře o tom, co jí

k tomu, aby to všechno dokázala naplnit, můžeme dát, co jí je třeba poskytnout, abychom nemuseli řešit stálou krizi personálu. V této oblasti jsou sestry nedostatečně aktivní, neumějí se ohodnotit a vyjádřit své potřeby směrem ven. Ani sestry s vysokoškolským vzděláním neprosazují vnímání sebe sama ani nepodporují vážnost a důstojnost profese. Myslím si, že se sesterské spolky spíše dohadují mezi sebou, než aby se spojily a šly za společným cílem – podpořit profesi, zlepšit podmínky pro práci sester, zvýšit opět společenskou prestiž povolání. To vše s odkazem na letitou historii profese, která s sebou nesla řadu změn a významných osobností. Vznikla například Česká asociace sester, jejíž náplní je sdružovat sestry, podporovat rozvoj oboru a prioritou je zvyšovat odbornou, morální a etickou úroveň. Dalším projektem je Nursing Now ČR, kde z mého pohledu řeší prestiž povolání, motivaci ke vstupu do profese, ale opět ne potřeby stávajících sester. V cílech projektu se sice objevuje udržení zkušených sester v oboru, ale prakticky jsme to za svou praxi nezaznamenali. Naši informanti také nereflektovali zlepšení čehokoliv k udržení v profesi. Potřeby, které v naší práci představujeme jako řadu behaviorálních determinantů.

Ze své praxe vím, že sestra je spíše nástrojem k uspokojování potřeb druhých, jak již uvedla ve své práci Venglářová (2007), nikoliv svých. Nenaplněním vlastních potřeb sestry dochází k řadě neduhů, které jsme v naší práci zdůrazňovali. Výkony sester nejsou podávány bezdůvodně, ale mají potřebu být užitečné. Motivace se mění v průběhu času a také vlivem různých okolností. Pracovní motivace úzce souvisí s podaným výkonem v zaměstnání a spokojeností sestry. Myslím, že by byla škoda dehonestovat profesi jen kvůli nenaplněným potřebám zaměstnanců, tu profesi, na kterou bychom měli být už díky její historii patřičně hrdí. Počátky sesterské profese byly ovlivněny náboženskými, kulturními, politickými faktory, válkami, vědeckými objevy i význačnými jedinci. Je třeba tuto skutečnost neustále připomínat a pěstovat u sester sebevědomí. Tyto neduhy vedou sestru v nejzazších případech pracovat mimo obor a nově nastoupených sester není tolik, aby saturovaly potřebu zařízení. Je třeba, aby starší sestry, na které jsme v našem výzkumu cílili, zůstaly u oboru, předávaly své zkušenosti, empatii a cit pro profesi. Aby léta zkušeností dokázaly předat dál dalším sestřám do budoucnosti. Sestra musí umět poskytovat řízenou péči a aktivně se začleňovat do zdravotnického týmu, rozvíjet ošetrovatelskou praxi, kritické myšlení a výzkum. Je tedy na místě řešit i behaviorální determinanty zdraví sester.

V našich podmínkách toto téma řeší jen dva přední behavioristé a následně lékařskými výzkumy spíše lékaři. Křivohlavý (2010) uvedl, že behaviorální medicína se zrodila v oblasti sociálních věd a psychologie, přičemž úkolem bylo prostudování somatických onemocnění. Uvedl tvrzení, že odlišnost mezi medicínskými směry je ve strategii bádání. V naší práci jsme tuto myšlenku chtěli ještě rozšířit a koncipovat jako nástroj pro řešení kritického nedostatku personálu, na který se směr tohoto bádání a hlavně jeho účinku dalo použít. Proto jsme báдали v obou směrech, a to nejen v psychologii, ale i v sociálních vědách. Ty posloužily jako podklad pro vytvoření osnovy k hloubkovým rozhovorům. Na základě analýzy dat získaných těmito rozhovory a hledání vnitřních souvislostí jsme mohli identifikovat jednotlivé kategorie a vztahy, které se zde vyskytují. Zde bychom managementu doporučili řešit personální obsazení, dostatek personálu, dodržování přestávek z důvodu bezpečnosti práce. Následně je třeba zaměřit pozornost na odpočinek a dále jako motivační složku se zaměřit na pohyb sester jako prevenci nemoci. V tuto chvíli je možné říci, že nejen fyzickou konstituci sestry je třeba kultivovat, ale i psychická rovina by měla být saturovaná například sportem jako nástrojem odpočinku. Mnohé sestry uvádí, že se snaží využít metody psychohygieny, tu bychom také mohli saturovat sportem, jednou z možností motivace například může být multisport karta, což nám potvrdilo myšlenku Radkina Honzáka (2015).

Jak jsme již popsali, kvůli nízkému povědomí sester, které většinou nevědí, co jsou behaviorální determinanty, jsme se setkávali s vysokou mírou odmítnutí realizace rozhovoru. Někdo by jistě řekl, že tohle je oblast, která patří do psychologie, je součástí vzdělávání, a to poměrně dlouho. Ovšem z mého pohledu není nynější forma již u středoškolského vzdělávání vyhovující. Není to model, který by mne jako starší sestru s praxí přesvědčil. Během své ošetrovatelské praxe jsem zaučovala studenty, kteří se vzdělávali na mém pracovišti a nedosahovali ani základního vzdělání ve své odbornosti. Tím si tedy vysvětlují, že neměli kompletní povědomí o této problematice.

Pro objektivitu a přehlednost výsledků výzkumného šetření vznikl polostrukturovaný rozhovor. Rozhovor byl průměrně dlouhý 30 minut, otázky byly sestaveny na podkladě praxe napříč oborem. Většinou jsme narazili na problém se souhlasem k nahrávanému rozhovoru. Pořízení zvukového záznamu byl velký problém. Sestry se neodvážily spolupracovat na identifikaci působení behaviorálních determinantů. Dále na působení těchto determinantů na jejich zdraví i po edukaci, že spolupráce je anonymní. Téma behaviorálních determinantů působilo neuchopitelně a často se opakovala edukační činnost o této problematice. Jedním z výstupů této práce

je adaptační proces v příloze (viz příloha č. 6). Pro podpoření myšlenky a rozšíření námětu na adaptační proces byla svolána skupina, tedy focus group. V rámci moderování skupiny byla vytvořena kostra otázek, která vycházela ze získaných informací z rozhovoru. Skupině byl ponechán prostor pro vyjádření a zlepšení navrhovaného adaptačního procesu. Tyto předpřipravené otázky byly přijaty ve skupině kladně s připomínkami, kde se sestry realizovaly díky své praxi a získaným zkušenostem, které ovlivnily nejenom jejich názor, ale i přístup k této novince. Při podrobné analýze dat z výzkumného šetření jsme na základě rozhovorů vytvořili konečné kategorie s doprovodnými jevy, které by měly sloužit jako doporučení pro řešení personální krize metodou standardu, který je v naší práci obecný, aby jej mohlo použít jakékoliv ZZ. Kategorie a podkategorie jsme podrobně rozebrali v části výsledky (kapitola č. 5) a nyní bychom chtěli manifestovat hlavně jejich souvislosti. Ty nás dovedly k nalezení odpovědí na stanovené otázky.

K nejpočetnějším odpovědím se řadí nedodržování zákoníku práce, tedy přestávky mezi směny, a dále přetížení z důvodu nedostatku personálu. Všeobecné sestry tuto problematiku vnímají dle svého momentálního nastavení. Dost je ovlivňuje skutečnost, kdy není dostatek finančních prostředků, dále mají nestandardní vztahy v rodině, popřípadě s dětmi.

Tyto sestry jsou i matkami, to je další stresová zátěž, která se prolínala opět v mnoha kategoriích, a to z důvodu, že většina nemohla sloužit směnný provoz a díky tomu se dostala ke komunitní péči. Péče o rodinu a děti při práci patří k velkým stresorům a psychické zátěži. Dokonce se odráží na osobní pohodě a sebehodnocení. Naopak se nám nepotvrdila skutečnost s poznatkem, kdy je dle Kunzové (2014) souvislost mezi zdravím a prokrastinací, myšleno snahou něco odkládat. Naši informanti nemají prostor k odkládání, naopak spíše reagují rychle a pružně, a to nejen ve své práci, ale i ve svém životě a z něj vyplývajících povinnostech.

Všechny tyto faktory stresu se prolínají do všech námi popisovaných kategorií. Došlo k potvrzení myšlenky dle Valáškové (2008), že pracovní režim, směnný provoz a s ním spojená změna biorytmů, práce o víkendech, zodpovědnost za nemocné, chronický nedostatek sester i pocity, které mohou být vyvolané obavou z nedokončené práce, se dotýkají každé naší již zmíněné kategorie.

Zajímavé zjištění bylo popsání zdraví mužů a žen. Muži byli vyhodnoceni tak, že zvýšili svůj postoj ke zdraví, a ženy obecně více neřeší své zdraví a jsou odolnější. Toto zjištění koresponduje například s Krivohlavým (2002). Zajímavou subkategorií jsou

interpersonální vztahy, ty jsou v příčinné souvislosti s dlouhodobou pracovní neschopností jak z vyčerpanosti, ale také stresu, který se projevoval až depresivními poruchami, popřípadě syndromem vyhoření. Zde vidíme velký prostor pro management k vyhodnocení rizik a efektivity řízení, jak lépe personálně a ekonomicky řídit ZZ. Dlouhodobá neschopnost zapříčiňuje přetížení ostatního personálu, tvoření přesčasů a tím i vznik výrazně větších nákladů. Všechny tyto okolnosti hodnotili informanti jako negativní faktor ovlivňující setrvání na pracovišti, který pokud bude dlouhodobě působit, pak nechtějí setrvat v pracovním poměru. S obdobným zjištěním pracuje názor Kebzy (2012). Udělali jsme srovnání, kde sestrám bylo lépe, jestli ve směnném provozu, nebo v ambulantní sféře, potažmo komunitní péči.

Lajka (2008) uvádí, jaká je česká sestra, ale nám z výzkumu vychází, že další důležitou oblastí je vzdělání a momentální dopad vzdělání na personální obsazení a složení kolektivu. Všeobecné sestry s dlouhou praxí nechtějí přebírat odpovědnost za asistentky, protože mají pocit, že asistentky nejsou dostatečně kompetentní k výkonu povolání. Všechny popsané skutečnosti vedou k vyčerpání sester, jejich přetížení a zajímavé je, že následně působí na sebehodnocení, pracovní a životní spokojenost.

Samostatně jsme vyčlenili kategorii SES, ta působí ve všech směrech a prolíná se všemi subkategoriemi. Kebza (2005) uvedl, že v souběhu výzkumu zdraví je SES a zdraví. Předpokládá se, že SES je významným a často opomíjeným nárazníkem vůči stresu. SES, který umožňuje přístup k finančním prostředkům a ke vzdělání, patří mezi základní atributy osobního rozvoje. Právem hraje významnou při jejich zvládnutí. Toto tvrzení se manifestuje v rozhovorech informantů, díky svému zázemí a financím mohou nejen lépe odbourávat stres, ale rovněž se vzdělávat a pracovat na sobě samých. Dosahovat vlastních úspěchů. Je zajímavé, že se sestry samy neumí zhodnotit, motivuje je vlastní úspěch v zaměstnání, překvapivě ne jen pouze finanční ohodnocení. Zde vidíme velký potenciál pro hodnocení zaměstnanců a nastavení benefitů ve smyslu nejen wellness balíčků, ale také multisport karty nebo možností souvisejících se sportem. U většiny informantů působí sport jako prevence nemoci a zároveň duševní hygiena. Finanční ohodnocení sice informanti neřadí na první příčky, ale všemi kategoriemi z našeho polostrukturovaného rozhovoru se prolínají. Finanční stabilita je vnímaná jako druh jistoty a svobody. Je tedy nutné se nad ní při řešení personální krize zamyslet v rámci možností řešení ZZ. Moje zaměření v komunitní sféře mne dovedlo k myšlence zlepšení personální krize a aplikování našich výsledků do praxe. Vnímám tedy jako nutnost zdůraznit počátky ošetrovatelské péče sahající do období raného

středověku. Pomoc člověku je považována za přirozenou činnost sestry. Vzhledem k úrovni medicínských poznatků té doby byla domácí péče jedinou a nevyhnutelnou formou péče. V domácnostech se léčilo, rodilo a umíralo. Dominující postavení v opatrovnické péči zaujímaly především ženy. Nejširší všeobecně uznávaná definice domácí ošetrovatelské péče byla přijata v období 80. let minulého století. Domácí péče představuje jeden z nejrychleji se rozvíjejících systémů zdravotní péče. Je poskytována jedinci v jeho přirozeném sociálním prostředí a velkou devízou je psychická pohoda člověka a jeho uzdravení s minimálními náklady a bez nozokomiálních ohrožení v průběhu léčby, hraje tak významnou roli v procesu uzdravování.

## Závěr

Tato diplomová práce se zaměřila na BH determinanty u sester, jelikož BH medicína směřovala spíše na blaho pacienta, a ne sestry. Ve vztahu k danému tématu byly stanoveny tři cíle práce.

Prvním cílem bylo zjištění, jak behaviorální determinanty ovlivňují zdraví všeobecné sestry. Tyto determinanty jsme popsali v několika kategoriích a podložili ve výzkumu. Nejvíce se z determinant prolíná působení stresu a dopady socioekonomického statutu.

Druhým cílem bylo zjištění, jaký má u všeobecných sester zdravotní stav dopad na druh pracoviště. U tohoto cíle se nám potvrdilo, že místo výkonu práce je vybírané s ohledem na zdraví a trendem se překvapivě stává odcházení ze směn s přímou úměrou k věku a k rodině.

Třetím cílem byly souvislosti vztahů na pracovišti a jejich působení na zdraví všeobecných sester. V tomto případě se nám podařilo zjistit, že námi zjišťované determinanty se prolínají do interpersonálních vztahů. Tyto vztahy ovlivňují osobní pohodu, je dokonce vnímaná i určitá vulnerabilita vůči zaměstnavateli a tím i zvyšování stresu. Vše, co působí u vztahů na pracovišti jak pozitivně, tak negativně, přímo souvisí se zdravím a je vnímané jako nejvyšší hodnota měření spokojenosti a dalšího působení na pracovišti.

Následně byly ve vztahu k tématu stanovené tři výzkumné otázky, na které jsme hledali odpovědi v rámci realizaci výzkumu. Na ně jsme získali odpovědi z našeho výzkumu.

První výzkumnou otázkou bylo, jaký mají behaviorální determinanty dopad na zdraví všeobecné sestry. U této otázky jsme zjistili významné dopady v několika kategoriích, které přímo souvisí se zdravím všeobecných sester, například dopady stresu vedoucí k syndromu vyhoření, které popisujeme v závěru této práce. Námi uvedené determinanty ovlivňují zdraví v každé oblasti života všeobecné sestry a přímo souvisí s personální krizí, tak jak jsme popsali v závěru.

Druhou výzkumnou otázkou jsme si také potvrdili, že pracovní prostředí úzce souvisí s interpersonálními vztahy a ty mají příčinnou souvislost nejen se zdravím všeobecné sestry, ale s celkovou spokojeností, výkonností a setrváním v ZZ. Ve vztahu k danému tématu byly stanovené tři cíle naší práce.



Třetí výzkumná otázka nás dovedla ke zjištění, jak behaviorální determinanty ovlivňují zdraví sester. Potvrdilo se nám, že existuje souvislost v působení determinantů na zdraví všeobecné sestry a mnoho těchto determinantů lze ovlivnit tak, aby kladně působily na zdraví a zároveň se zvýšila výkonnost všeobecné sestry a spokojenost, která souvisí s personálním obsazením ZZ.

Přínosem pro praxi je vytvořený standard, který volně navazuje na standardy akreditační komise v hlavě VIII, které slouží managementu. Naše hlavní zaměření bylo řešení krize v komunitní sféře, ale protože tento problém se prolíná napříč zdravotním sektorem, tvořili jsme standard velmi obecně, aby si mohlo každé ZZ přizpůsobit vlastnímu procesu, který se bude do standardu s ohledem na náš výzkum hodit. Výsledky výzkumu tedy tvoří podklad pro vytvoření procesu k tomuto standardu.

Dále jsme vytvořili adaptační proces, také univerzální pro více ZZ, který by měl odbourat stres prolínající se všemi zkoumanými kategoriemi působícími na zdraví sester a zároveň ovlivňující další kategorie, například interpersonální vztahy, osobní pohodu atd.

Všechny tyto souvislosti mají vliv na ekonomickou sféru zařízení, kde sestra vykonává svoji praxi.

## Seznam použitých zdrojů

1. AJGLOVÁ, J. et al., 2008. Sestra školitelka klinické praxe – informace o pilotním kurzu. *Sestra*. 18(2), 17–18. ISSN 1210-0404.
2. ALENEZI, A. et al., 2018. Work-related stress among nursing staff working in government hospitals and primary health care centres. *International Journal of Nursing Practic*. 24(5), 7–8, doi: 10.1111/ijn.12676.
3. AMERICAN ACADEMY OF NURSING, 2015. Academy calls for collective action to include social and behavioral determinants of health in EHR. *American Nurse*. 47(5), 4–4. ISSN 0098-1486.
4. ARNOLDOVÁ, A., 2012. *Sociální zabezpečení I: sociální zabezpečení v české republice, lékařská posudková služba, pojistné systémy sociálního zabezpečení*. Praha: Grada. 350 s. ISBN 978-80-247-3724-9.
5. AYADI, N. et al., 1999. Psychological determinants for the motivation of nurses in their work. *Rev. Infirm*. (46), 59–62.
6. BARTLOVÁ, E., 1996. *Implementace behaviorálních přístupů do primární prevence*. Praha. Atestační práce. Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví.
7. BÁRTLOVÁ, S., 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vyd. Praha: Grada. 184 s. ISBN 80-247-1197-4.
8. BEDRNOVÁ, E. et al., 2015. *Management osobního rozvoje*. 2. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Management press. 424 s. ISBN 978-80- 7261-381-6.
9. Behaviorální medicína: Lékař a pacient jako spojenci, 2016. *Příloha zdravotnických novin*. 6, 12–13. ISSN 2533-3968.
10. BRANDT, C. J. et al., 2018. Determinants of Successful eHealth Coaching for Consumer Lifestyle changes: Qualitative interview study among Health care professionals. *Journal of medical*. 5(7), 237, doi: 196/j.9791.
11. ČELEDOVÁ, L. et al., 2010. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
12. ČERNÁ, H. et al., 2000. Sestry ovlivňují chování nemocných. *Sestra*. X(9), 4. ISSN 1210-0404.
13. ČESKÁ ASOCIACE SESTER, 2017. Projekt Nursing Now ČR. *Cnna.cz* [online]. © 2017 [cit. 2020-04-14]. Dostupné z: <https://www.cnna.cz/projekt-nursing-now>

14. ČEVELA, R. et al., 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada. 263 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
15. ČEVELA, R., 2014. *Sociální gerontologie*. Praha: Grada. 238 s. ISBN 978-80-247-4544-2.
16. DAVID, D. W. et al., 2010. Behavioral Determinants of Hand Hygiene Compliance in Intensive Care Units. *American Journal Of Critical Care*. 19(3), 230–239, doi: 10.4037/ajcc2010892.
17. DEKRAAL, M. et al., 2011. Fait-based organizations in a systém of behavioral healt care. *Journal of Psychology a Theology*. 39(3), 255–267. ISSN 0091-6471.
18. ELLIS, A., 2005. *Racionálně emoční behaviorální terapie*. Praha: Portál. 135 s. ISBN 80-7178-947-X.
19. European Commission, 2014, Komise předložila návrh na řešení celosvětové chudoby a rozvoje. In: *Europa.eu* [online]. 2. 6. 2014 [cit. 2019-11-25]. Dostupné z: [https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/cs/IP\\_14\\_620](https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/cs/IP_14_620)
20. FALEIDE, A. S. et al., 2010. *Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-2864-3.
21. FERRAZZO, M. et al., 2012. Determinants of the choice of part time employment and nurses' satisfaction: a multicentre descriptive study. *Assist Inferm Ric*. 5(4), 207–213, doi: 10.1702/1211.13409.
22. FRANCKE, A. et al., 1993. When is continuing education useful? A literature analysis of determinants for behavioral change in nurses who finished continuing education. *Verpleegkunde*. 8(3), 171–180, doi: 10.1111/j.1365-2648.
23. FRANCKE, A. et al., 1995. Determinants of changes in nurses' behaviour after continuing education: a literature review. *Journal of Advanced Nurings*. 21(2), 371–377, doi: 10.1111/j.1365-2648.1995.tb02536.
24. GARKISCH, D., 2020. Zvony a sirény po celém česku poděkovaly sestřám a zdravotníkům. In: *Nasezdravotnictvi.cz* [online]. 12. 5. 2020 [cit. 2020-05-12]. Dostupné z: <https://www.nasezdravotnictvi.cz/aktualita/zvony-a-sireny-po-celem-cesku-podekovaly-sestram-a-zdravotnikum>
25. GONDÍKOVÁ, A., 2020. Pandemie ukázala, jak jsou sestry nepostradatelné, je přesvědčená prezidentka České asociace sester. In: *Rozhlas.cz* [online]. 17. 6. 2020 [cit. 2020-06-17]. Dostupné z: <https://dvojka.rozhlas.cz/pandemie-ukazala-jak-jsou-sestry-nepostradatelne-je-presvedcena-prezidentka-8228601>

26. HAMPLOVÁ, L., 2009. *Veřejné zdravotnictví a výchova ve zdraví*. Praha: Grada. 132 s. ISBN 978-80-271-2826-6.
27. HAMPLOVÁ, L., 2019. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing. 120 s. ISBN 978-80-271-0568-7.
28. HATEF, E. et al., 2019. Assessing the Availability of Data on Social and Behavioral Determinants in Structured and Unstructured Electronic Health Records: A Retrospective Analysis of a Multilevel Health Care System. *JMIR Med Inform.* 2, 7(3), doi: 10.2196/13802.
29. HEIDEGGER, M., 1993. *O pravdě a bytí*. Praha: Mladá fronta. 80 s. ISBN 02/3 23-066-93.
30. HERKUCZOVÁ, E., 2008. Syndrom vyhoření – riziko ohrožující zdravotnické pracovníky. *Sestra.* 18(12), 56. ISSN 1210-0404.
31. HNILICOVA, H. et al., 2012. Primární péče a podpora zdraví v ČR. *Praktický lékař.* 10(12), 556. ISSN 0032-6739.
32. HONZÁK, R., 2011. Jak se dívat na psychosomatickou medicínu. *Vnitřní lékařství, sekce Československé lékařské společnosti J. E. Purkyně.* 54(11), 903–907. ISSN 0042-773X.
33. HONZÁK, R., 2015. *Svépomocná příručka sestry*. Praha: Galén. 257 s. ISBN 978-80-7492-142-1.
34. HONZÁK, R., 2017. *Psychosomatická prvouka*. Praha: Vyšehrad. 335 s. ISBN 978-80-7429-912-4.
35. HORA, J., 2003. Hranice zátěže jsou často překračovány. *Sestra.* XIII(10), 16. ISSN 1210-0404.
36. JIČÍNSKÁ, K., 2008. Osobnostní rozvoj jako nedílná součást profesionálního růstu sestry. *Sestra.* 18(2), 15–16. ISSN 1210-0404.
37. KACHLÍK, P., 2016. *Lidské zdraví, jeho determinanty a možnosti jeho ovlivňování*. Brno: Česká bioklimatologická společnost z.s.
38. KATHRYN, A., 2019. A Nurse-Led Model of Care to Address Social and Behavioral Determinants of Health at a School-Based Health Center. *Journal of School Health.* 89(5), 423–426, doi: 10.1111/josh.12748.
39. KEBZA, V., 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.

40. KEBZA, V., 2009. *Chování člověka v krizových situacích*. Praha: Česká zemědělská univerzita, Provozně ekonomická fakulta. 142 s. ISBN 978-80-213-1971-4.
41. KEBZA, V., 2012. *Psychická zátěž, stres a psychohygienu v nelékařských profesích*. Praha: Grada. 95 s. ISBN 978-80-247-4569-5.
42. KEBZA, V., 2017. *Psycholog ve zdravotnictví*. 2. vyd. Praha: Karolinum. 119 s. ISBN 978-80-246-3657-3.
43. KELLER, J., TVRDÝ, L., 2008. *Vzdělanostní společnost?*. Praha: Sociologické nakladatelství. 184 s. ISBN 978-80-86429-78-6.
44. KOPECKÝ, M. et al., 2013. *Vědění a učení v globalizovaném světě: aktéři a změny*. Praha: Filosofická fakulta Univerzity Karlovy. 132 s. ISBN 978-80-7308-474-5.
45. KRAUS, B. et al., 2015. *Životní styl současné české rodiny*. Hradec Králové: Gaudeamus. 247 s. ISBN 978-80-7435-544-8.
46. KREBS, V. et al., 2007. *Sociální politika*. 4. přeprac. a aktualiz. vyd. Praha: Aspi. 504 s. ISBN 978-80-7357-276-1.
47. KREJČOVÁ, L., 2011. *Psychologické aspekty vzdělávání dospívajících*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-3474-3.
48. KRCHOVOVÁ, I., 1999. Jak bývalo dříve sestrám: *Sestra*. IX(2), 19–20. ISSN 1210-0404.
49. KRISTOVÁ, J., 2008. Komunikace sestry s pacientem s agresivním chováním. *Sestra*. 18(12), 23–24. ISSN 1210-0404.
50. KRÓLOVÁ, V., 2015. Sociální síť jako jeden z prostředků kyberšikany. *Florence*. XI(5), 21–24. ISSN 1801-464X.
51. KŘIVOHLAVÝ, J., 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
52. KŘIVOHLAVÝ, J., 2003. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. 279 s. ISBN: 80-7178-774-4.
53. KŘIVOHLAVÝ, J., 2006. *Psychologie smysluplnosti existence*. Praha: Grada. 204 s. ISBN 80-247-1370-5.
54. KUNZOVÁ, Š. et al., 2013. Chování a zdraví. I., Životní styl a komplexní choroby. *Hygienu: časopis pro ochranu a podporu zdraví*. 58(1), 23–28. ISSN 1802-6281.

55. KUNZOVÁ, Š. et al., 2013. Chování a zdraví. II., Geny, chování a komplexní choroby. *Hygiena: časopis pro ochranu a podporu zdraví*. 58(2), 79–85. ISSN 1802-6281.
56. KUNZOVÁ, Š. et al., 2014. Chování a zdraví. III., Psychosociální faktory, životní styl a komplexní choroby. *Hygiena: časopis pro ochranu a podporu zdraví*. 59(2), 79–86. ISSN 1802-6281.
57. KUNZOVÁ, Š. et al., 2014. Chování a zdraví. IV., Možnosti ovlivnění chování ve vztahu ke zdraví. *Hygiena: časopis pro ochranu a podporu zdraví*. 59(3), 123–130. ISSN 1802-6281.
58. KUTNOHORSKÁ, J. et al., 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada. 189 s. ISBN 978-80-247-2223-8.
59. KUZNÍKOVÁ, I., 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 212 s. ISBN 978-80-247-3676-1.
60. KUZNÍKOVÁ, I., 2013. *Psychosociální aspekty zdraví a nemoci*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. 88 s. ISBN 978-80-7464-470-2.
61. LAJKA, J., 2008. Jaká je česká sestra? *Sestra*. 18(7–8), 40–41. ISSN 1210-0404.
62. LANGMEIER, J., 2006. *Vývojová psychologie*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Grada. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
63. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., 1998. *Vývojová psychologie*. 3. přeprac. vyd. Praha: Grada. 343 s. ISBN 80-7169-195-X.
64. MARKOVÁ, M., 2012. *Determinanty zdraví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 54 s. ISBN 978-80-7013-545-7.
65. MASTILIAKOVÁ, D., 2007. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 164 s. ISBN 978-80-7013-457-3.
66. MATOUŠEK, O. et al., 2003. *Metody řízení sociální práce*. Praha: Portál. 380 s. ISBN 80-7178-548-2.
67. MÜLLEROVÁ, N. et al., 2008. Role a budoucnost zdravotnických profesí a jejich regulace. *Sestra*. 18(7-8), 20. ISSN 1210-0404.
68. NAKONEČNÝ, M., 1999. *Sociální psychologie*. Praha: Academia. 500 s. ISBN 80-200-0690-7.
69. NAKONEČNÝ, M., 2015. *Obecná psychologie*. Praha: Triton. 662 s. ISBN 978-80-7387-929-7.

70. NOVOTNÁ, H., 2006. Syndrom vyhoření bohužel není minulostí. *Sestra*. 16(3), 23. ISSN 1210-0404.
71. *OECD Economic Surveys: Czech Republic*, 2016. [online]. OECD. [cit. 2019 10-11]. Dostupné z: <http://www.oecd.org/economy/surveys/Czech-Republic-2016-overview-hospod%C3%A1%C5%99sk%C3%A9-p%C5%99ehledy.pdf>
72. ONDRIOVÁ, I. et al., 2003. Hrozí mobbing ve zdravotnickém zařízení? *Sestra*. XIII(12), 14. ISSN 1210-0404.
73. PERLMAN, D. et al., 2018. Stigmatization and self-determination of preregistration nurses: A path analysis. *International Journal of of Mental Health Nursing*. 27(1), 422–428, doi: 10.1111/inm.12336.
74. POORTAQHI, S. et al., 2015. Evolutionary concept analysis of health seeking behavior in nursing: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 27, 15, doi: 10.1186/s12913-015-1181-9.
75. PTÁČEK, R. et al., 2013. *Burnout syndrom jako mezioborový jev*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 878- 80-2475114-6.
76. RAUDENSKÁ, J., JAVŮRKOVÁ, A., 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-2223-8.
77. RAUSCH, J. C. et al., 1987. Determinants of smoking behavior among nurses. *Journal of drug education*. 17(4), 365-377, doi: 10.2190/OV5-1LX9-LWXE-TMDA.
78. RERAZO, M. et al., 2012. Determinants of the choice of part time employment and nurses' satisfaction: a multicentre descriptive study. *Assist Inferm Ric*. 31(4), 207–213, doi: 10.1702/1211.13409.
79. STARNOVSKÁ, T., 2005. Profesionální stres u sester. *Sestra*. 15(10), 16–18. ISSN 1210-0404.
80. STAROŠTÍKOVÁ, A., 2008. Organizační kultura a organizační deprese. *Sestra*. 18(7-8), 31–32. ISSN 1210-0404.
81. STRAUSS, A. L., CORBIN, J., 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce. ISBN 80-85834-60-x.
82. ŠAVLÍK, J. et al., 2004. Psychosomatika v současné době. *Časopis lékařů českých*. 143(1), 31–33. ISSN 0008-7335.
83. ŠAVLÍK, J., et al., 2004. Psychosomatika v současné době. *Časopis lékařů českých*. 143(1), 31–33. ISSN 008- 7335.

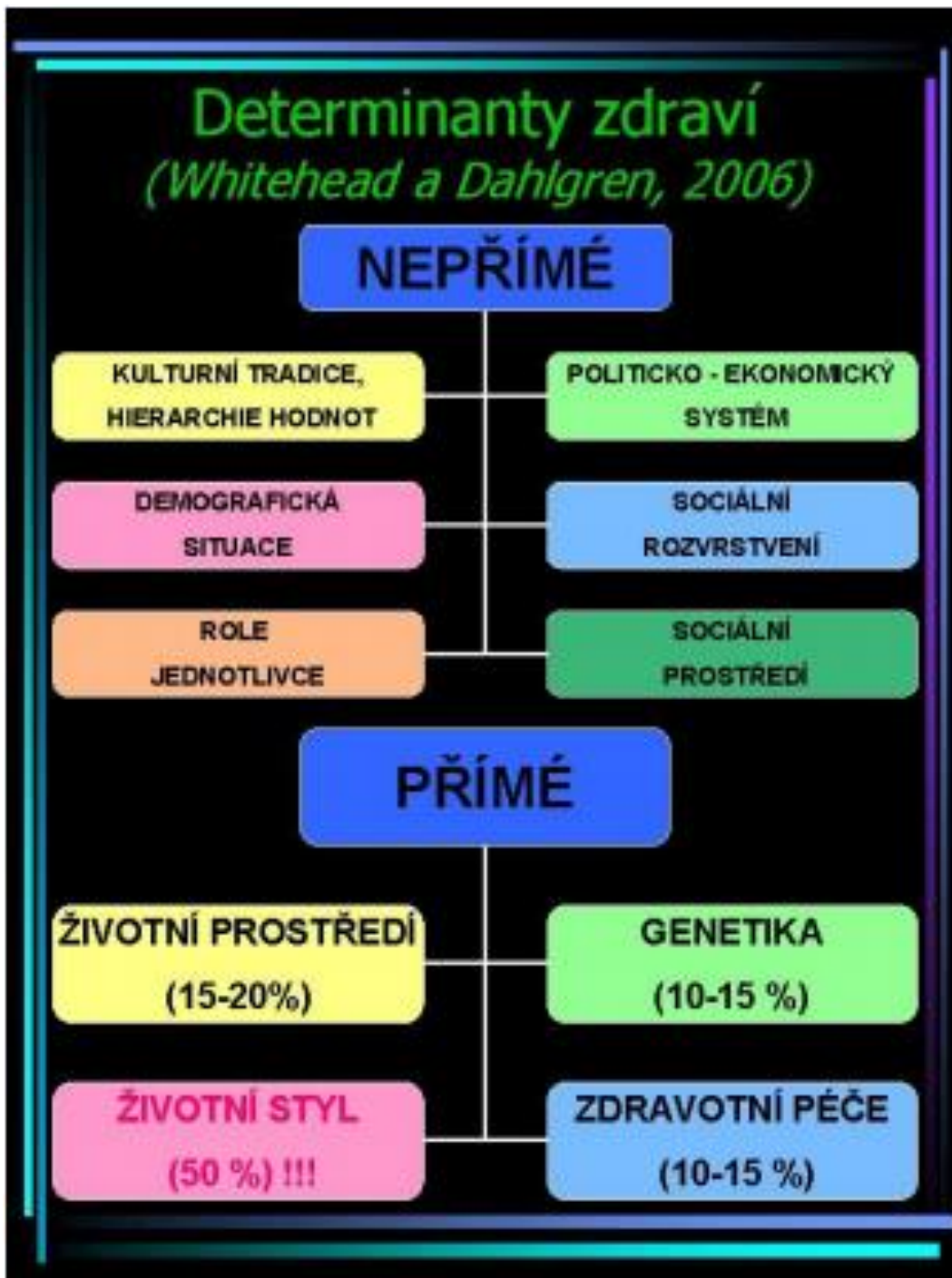
84. ŠKOCHOVÁ, D., 2006. Sestra v roli interního lídra. *Florence*. II(10), 44–45. ISSN 1801-464X.
85. ŠULISTOVÁ, J., 2006. Kritika se špatně polyká. *Sestra*. 16(3), 20–23. ISSN 1210-0404.
86. VÁGNEROVÁ, M., 2000. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál. 528 s. ISBN 80-7178-308-0.
87. VALÁŠKOVÁ, D., 2008. Sestra stráví denně v předklonu 96 minut. *Sestra*. 18(12), 22. ISSN 1210-0404.
88. VENGLÁŘOVÁ, M., 2007. Sestra psycholožka. *Florence*. III(5), 212. ISSN 1801-464X.
89. VLACHOVÁ, K. (ed.), 2013. *Hodnoty, postoje, chování*. Praha: Sociologický ústav věd České republiky. 148 s. ISBN 978-80-7330-224-5.
90. WINTER, D. D. N., KOGER, S. M., 2009. *Psychologie environmentálních problémů*. Praha: Portál. 295 s. ISBN 978-80-7367-593-6.
91. ŽÁČEK, V., 2009. *Management podniku*. Praha: Česká ekonomika – nakladatelství ČVUT. 204 s. ISBN 978-80-01-04370-7.



## Seznam příloh

Příloha č. 1: Determinanty zdraví .....	82
Příloha č. 2: Holistický pohled na zdraví.....	83
Příloha č. 3: Žádost o spolupráci, informovaný souhlas.....	84
Příloha č. 4: Dotazník (anonymní hloubkový rozhovor) .....	85
Příloha č. 5: Záznamový arch .....	88
Příloha č. 6: Adaptační proces .....	89
Příloha č. 7: Podklad pro vytvoření standardu.....	92

Příloha č. 1: Determinanty zdraví



Zdroj: (Kachlík, 2016)

## Příloha č. 2: Holistický pohled na zdraví



Zdroj: (Kachlík, 2016)

### Příloha č. 3: Žádost o spolupráci, informovaný souhlas



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás s prosbou o spolupráci. V současné době vypracovávám závěrečnou práci, v rámci které provádím výzkum, jehož cílem je zjistit jak ovlivňují behaviorální (komplexní) determinanty zdraví všeobecných sester, zjistit jaký má zdravotní stav dopad nato, kde pracují a zjistit souvislosti vztahů na pracovišti a jejich působení na zdraví. Data budou získána polostrukturovaným hloubkovým rozhovorem, trvajícím nejméně půl hodiny. Z účasti na výzkumu pro Vás nevyplynou žádná rizika, rozhovor je anonymní. Výhodou pro Vás může být dobrý pocit, že se účastníte na výzkumu, který bude směřovat k řešení personální krize ve zdravotnictví.

#### Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Studentka mne informovala o podstatě výzkumu a seznámila mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, stejně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány a použity pro účely vypracování závěrečné práce studentky.

Měl/a jsem možnost si vše řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážít. Měl/a jsem možnost se studentky zeptat na vše pro mne podstatné a potřebné. Na tyto dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu, způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží účastník výzkumu (nebo zákonný zástupce) a druhý student/studentka.

Jméno, příjmení a podpis účastníka výzkumu (zákonného zástupce)

\_\_\_\_\_

V \_\_\_\_\_ dne: \_\_\_\_\_

Jméno, příjmení a podpis studenta/studentky:

\_\_\_\_\_

Zdroj: vlastní výzkum 2020

#### **Příloha č. 4: Dotazník (anonymní hloubkový rozhovor)**

1. Jak ovlivňujete své zdraví způsobem svého života? Změnili jste něco směrem ke svému zdraví? Popřípadě vydrželo to?
2. Jakou prevenci pro udržení zdraví děláte? Jakou můžete využívat a jakou využíváte?
3. Jak se změnila vaše hygienické návyky v oblasti vašeho zdraví?
4. Jak se změnila vaše návyky v oblasti duševní hygieny?
5. Myslíte si, že vaše znalosti mohou ovlivnit vaše zdraví? V čem a proč si to myslíte?
6. Všimli jste si během své praxe rozdíly ve zdraví mužů a žen a dokázali byste je popsat? Případně jaké?
7. Ovlivňuje úroveň zaměstnání způsob vašeho stravování a pohybovou aktivitu?
8. Limituje vás v něčem dostupnost zdravotní péče?
9. Co vnímáte jako nerovnost zdraví k sobě samým? Vnímáte nerovnosti v přístupu k péči o nezdravotníka a zdravotníka?
10. Jak byste charakterizovali svoji životní úroveň?
11. Ovlivňují sociální faktory vaše zdraví, jaké myslíte? (rozepsat, finance, zázemí, atd., funkce odborů, zastání v práci)
12. Vnímáte působení sociálních faktorů ve vašem pracovním kolektivu, v rámci dovolání?
13. Jak si myslíte, že nezaměstnanost ovlivňuje zdraví, zažila jste to?
14. Jak ovlivňují faktory prostředí vaše zdraví? (hustota obydlí, prostředí na pracovišti, prostředí domácí péče)
15. Jak můžou genetické faktory ovlivnit zdraví a jaký mají dopad na uplatnitelnost v zaměstnání?
16. Jaký to může mít dopad na fungování vašeho kolektivu?
17. Jak dlouho jste v praxi, čím vším jste prošli a jaká byla časová prodleva s mateřskou dovolenou?
18. Jaký byl návrat po mateřské dovolené?
19. Jak to ovlivnilo celkové oblasti života?
20. Mělo to dopad na vnímání sebe sama, vlastní sebehodnoty, sebeúcty?
21. Jaký byl váš pocit z reakcí okolí?

22. Popsali byste v souvislosti s psychiatrickou zátěží a případně vlastní léčbou v tomto směru?
23. Popsali byste vámi prožívaný strach z předsudků?
24. Co vás napadne k tématu pracovní prostředí, dokázali byste to porovnat s bývalým zaměstnáním a zkušenostmi?
25. Porovnejte zkušenost z dob studia a letité praxe.
26. Jaké vidíte mezigenerační rozdíly a jak ovlivňují vaše zdraví?
27. Ovlivňuje vaše pracovní zařízení zdravotní politika pracoviště?
28. Jaké máte vztahy na pracovišti? Měnily se vaše stresory v průběhu času?
29. Jak byste charakterizovali jedním přídavným jménem svůj život a práci?
30. Jak se realizujete v zaměstnání? A jaký to má dopad na osobní pohodu?
31. Jak vnímáte životní spokojenost ve vztahu k vašemu zaměstnání?
32. Jak byste popsali míru stresu na vašem pracovišti?
33. Popište mi svůj adaptační proces.
34. Co pro vás znamená pojem osobní pohoda (well-being) ve vztahu ke zdraví?
35. Co byste potřebovali proto, abyste mohli říci, že tento stav prožíváte?
36. Dokážete popsat a představit si, co znamená vulnerabilita (zranitelnost)?
37. Měli jste někdy pocit, že jste byli zranitelní ve vztahu k zaměstnání?
38. Pozorovali jste tento stav u kolegyň?
39. Jaké je vaše zvládání stresu (coping)?
40. Vyhledali jste v rámci duševního rozvoje například kouče?
41. Jak byste popsali svou odolnost vůči stresu?
42. Jak odpočíváte?
43. Jak snižujete působení stresu všeobecně, ne jen v zaměstnání?
44. Jak vnímáte svoji odolnost v návaznosti na svou praxi?
45. Zažili jste syndrom vyhoření? Jak to probíhalo?
46. Jste pracovně spokojeni se svým zařazením a proč?
47. Jak vnímáte svoji profesi?
48. Jak se hodnotíte?
49. Co vás motivuje?
50. Užíváte či užívali jste v minulosti návykové látky?
51. Pozorujete užívání návykových látek jako kompenzaci stresu?
52. Co používáte jako berličku vy?

53. Zažili jste za svoji praxi alkohol, drogy nebo suicidium na pracovišti? Nejen ve vztahu ke kolegům a sobě, ale i k pacientům, jak tato situace na vás působila?
54. Pociťujete na sobě psychosomatické stavy?
55. Jaké?
56. Jak vás ovlivňuje rozvoj medicíny a techniky při poskytování péče?
57. Pozorujete i jiné faktory jako poškození zdraví jakožto poskytovatelů, a to jak ve vztahu k vám, tak k pacientům?
58. Jak byste zvýšili odolnost vůči nemoci?
59. Jak se za vaši praxí změnila dostupnost zdravotní péče?
60. Ovlivňuje to pracovní i vás? Jak na vás působí současný systém vzdělávání a financování současné péče, jak vás to ovlivňuje v péči?
61. Jak byste popsali úroveň zdravotnictví a případně úroveň péče ve vašem zařízení a jaký to má dopad na vaši spokojenost, tedy pracovní pohodu?
62. Co vás napadne, když se řekne spojení behaviorální determinanty?
63. Který z těchto determinantů má dopad na zdraví zdravotní sestry?
64. Jak mezi sebou působí a ovlivňují se?
65. Popište, jaký mají u vás dopad a v čem mění.
66. Popište, co pozorujete u svých kolegyň.
67. Co pro vás znamená zdraví?

Zdroj: vlastní výzkum 2020

## **Příloha č. 5: Záznamový arch**

### ***Seznam otázek na skupinu focus grup***

Jaký používáte adaptační proces?

Je adaptační proces pevně a jasně stanoven například standardem ošetrovatelské péče?

Vidíte v něm přínos pro vlastní praxi?

Co byste chtěli hodnotit ve standardu?

Jak si myslíte, že by měl být obsáhlý?

Jaká časová osa je pro vás vyhovující?

Jste ochotná ho používat?

Myslíte si, že určení školitele je důležité?

Odboural u vás adaptační proces stres?

Kolik rovin adaptačního procesu vidíte jako vhodné?

Pomůže vám adaptační proces při rozhodování o začlenění pracovníka?

Nástin vnitřních otázek standardu:

Zná sestra svoje kompetence?

Prověř, zda sestra pochopila chod ZZ?

Zhodnot', zda zná práci se zdravotnickou dokumentací a základními dokumenty.

Prověř zkušenosti z ... ?

Prostor pro vyjádření skupiny.

Zdroj: vlastní výzkum 2020



## Příloha č. 6: Adaptační proces

### Adaptační proces

#### Plán adaptačního procesu

<b>1. měsíc</b>	<b>činnosti</b>	
	seznámení s chodem firmy, pobočky, předání kontaktů	A / N
	seznámení se základními předpisy, BOZP, PO, Provozním řádem	A / N
	adaptační kolečko na jiné pobočce	A / N
	seznámení se standardy	A / N
	seznámení se systémem fasování	A / N
	seznámení s nakládáním s firemním majetkem	A / N
<b>2. měsíc</b>	poskytuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy	A / N
	dbá na dodržování hygienicko-epidemiologického režimu	A / N
	vede řádně zdravotnickou dokumentaci	A / N
	pracuje s informačním systémem zdravotnického zařízení	A / N
	podílí se na přípravě standardů	A / N
	zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu	A / N
	vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikových faktorů, a to i za použití měřicích technik používaných v ošetrovatelské praxi (například testů soběstačnosti, rizika proleženin, měření intenzity bolesti, stavu výživy)	A / N
	sleduje a orientačně vyhodnocuje fyziologické funkce pacientů, to je dech, puls, tělesnou teplotu, krevní tlak	A / N

	zajišťuje a provádí vyšetření biologického materiálu	A / N
	provádí odsávání sekretů z horních cest dýchacích a zajišťuje jejich průchodnost	A / N
	hodnotí a ošetřuje poruchy celistvosti kůže a chronické rány a ošetřuje stomie, centrální a periferní žilní vstupy	A / N
	provádí ošetrovatelskou rehabilitaci, zejména polohování, posazování, dechová cvičení a metody bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu hybných a tonusových odchylek, včetně prevence dalších poruch mobility	A / N
<b>3. měsíc</b>	provádí nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti	A / N
	edukuje pacienty, případně jiné osoby v domácnosti klienta	A / N
	zajišťuje činnosti spojené s přijetím a ukončením domácí péče	A / N
	provádí psychickou podporu umírajících a jejich blízkých	A / N
	kontroluje léčivé přípravky, včetně návykových látek, manipuluje s nimi	A / N
	podává léčivé přípravky, nitrožilní injekce, infuze	A / N
	zavádí a udržuje kyslíkovou terapii	A / N
	provádí ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů	A / N
	provádí katetrizaci močového měchýře žen	A / N
	provádí výměnu a ošetření tracheostomické kanyly	A / N

### Výsledky adaptačního procesu

Zná sestra svoje kompetence?

Proveř, zda sestra pochopila chod firmy.

Zhodnot, zda zná práci se zdravotnickou dokumentací a základními dokumenty.

Prověř zkušenosti z adaptačního kolečka na jiné pobočce.

Zná sestra systém fasování zdravotnického materiálu a užívání firemního majetku?

Hodnocení adaptačního procesu:

Sestra splnila adaptační proces: ANO / NE

Splnění adaptačního procesu potvrzuje: .....

Datum: .....

Zdroj: vlastní výzkum 2020

## **Příloha č. 7: Podklad pro vytvoření standardu**

Hlava VII. Standardy managementu

**Standard č. 43**, navazující číselně na již vydané standardy v ambulantní péči akreditační komisí SAK.

**Vedení ZZ se aktivně podílí na řešení personální krize.**

**Účel a naplnění standardu:**

Vedení ZZ přiměřeně dohlíží na tvorbu programu řešení personální krize, schvaluje ho a přezkoumává. Zároveň se také účastní analýzy výstupů z tohoto programu. ZZ využívá tento standard k řízení kvality a řešení personální stabilizace. ZZ si nastavuje role osob, které jsou odpovědné za personální krizi, například manažer ošetrovatelské péče a personalista. Hlavní manažerská role a odpovědnost za kvalitu spočívá na vrcholném vedení. Rozsah programu je řešení personální krize, přiměřeně organizační a provozní struktury ZZ.

**Indikátory standardu:**

1. Vedení ZZ se aktivně podílí na plánování programu řešení personální krize, stanovení priorit takového programu a vyčlenění zdrojů pro jeho realizaci.
2. Vedení ZZ aktivně dohlíží na realizaci programu řešení personální krize.
3. Vedení ZZ pravidelně přezkoumává výstupy a výsledky programu.
4. Vedení ZZ využívá výstupy a výsledky programu k řízení kvality ZZ.

Zdroj: vlastní výzkum 2020

## **Seznam obrázků**

Obrázek č. 1: Znárodnění vztahů jednotlivých kategorií a centrální kategorie ..... 39

## **Seznam tabulek**

Tabulka č. 1: Příklad námi aplikovaného paradigmatického modelu.....	35
Tabulka č. 2: Přehled kategorií, subkategorií a určení příčinné souvislosti .....	36
Tabulka č. 3: Přehled výsledných kategorií .....	44

## **Seznam použitých zkratk**

925 – odbornost domácí péče

BOZP – bezpečnost práce a požární ochrana

DAK – Deutsche AngestelltenKrankenkasse – zpráva německé pojišťovny

EK – Evropská komise

EU – Evropská unie

OECD – Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj

PN – pracovní neschopnost

PN – pracovní neschopnost

PP – pracovní poměr

S2 – kategorie sester

SAK – akreditační komise

SES – socioekonomický status

WHO – Světová zdravotnická organizace

ZZ – zdravotnické zařízení