

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Psychosociální pracovní zátěž sester a sociálních pracovníků.
Kvantitativní šetření.**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Autor práce: Kateřina Holcmannová

Vedoucí práce: Doc. MUDr. Jiří Šimek CSc.

Datum odevzdání: 7. 5. 2010

Abstrakt

Psychosociální pracovní zátěž sester a sociálních pracovníků. Kvantitativní šetření

V závěrečné bakalářské práci se zabývám problematikou psychosociální pracovní zátěže zdravotních sester a sociálních pracovníků. Bakalářská práce je jako obvykle rozdělena na část teoretickou a praktickou.

V teoretické části jsem se zaměřila na charakteristiku zátěže, na její druhy, na jednotlivé zátěžové situace. Dále jsou zde popsány pojmy, jako je např. pracovní zátěž, psychosociální zátěž. Neopomenula jsem se věnovat koncepci ošetřovatelství, profesi zdravotní sestry a také charakteristice sociální práce a profesi sociálního pracovníka.

Praktickou část jsem zaměřila na zjištění míry psychosociální pracovní zátěže a na identifikaci příčin psychosociální pracovní zátěže u sester a sociálních pracovníků. Pro zjištění stanovených cílů byla použita metoda dotazování pomocí nestandardizovaného dotazníku. Dotazník jsem sestavila na základě svých zkušeností a osobních předpokladů. Skupinu dotazovaných tvořili zdravotní sestry a sociální pracovníci z Jihomoravského kraje okresu Znojmo. Výsledky byly zpracovány do grafu. Výzkum prokázal, že u obou profesí lze identifikovat míru i příčiny psychosociální pracovní zátěže.

Zvolením tohoto tématu jsem chtěla poukázat na psychosociální pracovní zátěž, která zdravotní sestry i sociální pracovníky denně doprovází. Tato práce mně přinesla spoustu informací a zamyšlení se nad touto problematikou. Doufám, že to přinese i nějaké pozitivum zdravotním sestřím, sociálním pracovníkům a také jejich nadřízeným. Zamyšlení se nad touto problematikou by mohlo mnohé vést k řešení či dokonce k odstranění některých problémů, které jsou s daným tématem spojeny.

Abstract

Psychosocial working load of nurses and social workers. Quantitative survey.

I deal with problems of psychosocial working load of nurses and social workers in this final bachelor thesis. As usual the bachelor thesis is divided into a theoretical part and practical one.

In the theoretical part I focused on a loading characteristic, on its types, on individual load situations. Furthermore some notions are described here such as working load, psychosocial load. I did not forget to apply herself to a nursing concept, nurse profession and as well to a social work characteristic and social worker profession.

In the practical part I focused on a rate deduction of psychosocial working load and on identification of causes of psychosocial working load of nurses and social workers.

A questioning method by the help of a non-standardized questionnaire was used to detect set targets. I have made up the questionnaire on the basis of my own experience and personal assumptions. The group of questioned people was formed by nurses and social workers from South Moravian Region, district Znojmo. The results have been arranged into a diagram. The research has proved that in both professions it is possible to identify the rate and causes of psychosocial working load.

By choosing of this theme I wanted to pint out to psychosocial working load which nurses and social workers are daily accompanied by. This work has brought me a lot of information and thinking about these problems. I hope that it will also benefit nurses, social workers and as well their supervisors. Thinking about these problems could lead many people to a solution or even elimination of some issues connected with this given theme.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně a pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/ 1998 Sb., o vysokých školách, v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě - v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

7. 5. 2010

.....
Podpis studenta

Poděkování:

Ráda bych poděkovala Doc. MUDr. Jiřímu Šimkovi CSc. za odborné vedení práce, připomínky a cenné rady.

OBSAH

ÚVOD	8
1. SOUČASNÝ STAV DANÉ PROBLEMATIKY	9
1.1 Charakteristika zátěže.....	9
1.1.1 Druhy zátěže.....	10
1.1.2 Charakteristika jednotlivých zátěžových situací a jejich působení.....	15
1.1.2.1 Frustrace.....	15
1.1.2.2 Konflikt.....	16
1.1.2.3 Trauma.....	16
1.1.2.4 Krize	17
1.1.2.5 Deprivace.....	18
1.1.3 Psychosociální zátěž	19
1.1.4 Pracovní zátěž.....	19
1.1.5 Obecné faktory psychosociální pracovní zátěže	20
1.2 Charakteristika ošetrovatelství.....	23
1.2.1 Profese zdravotní sestry.....	24
1.2.2 Zátěž v profesi zdravotní sestry.....	24
1.3 Charakteristika sociální práce	27
1.3.1 Sociální pracovník.....	27
1.3.2 Zátěž v profesi sociálního pracovníka.....	28
2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	32
2.1 Cíl práce	32
2.2 Hypotézy práce	32
3. METODIKA	33
3.1 Použité metody.....	33
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	34

4. VÝSLEDKY VÝZKUMU	35
5. DISKUZE	74
6. ZÁVĚR	78
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	80
8. KLÍČOVÁ SLOVA.....	83

ÚVOD

Každý z nás touží po šťastném životě. Život nám s sebou nepřináší pouze chvíle šťastné, příjemné, radostné, běžné, ale mnohdy nám přináší chvíle smutné, náročné, ba dokonce i krizové. Ty bez cizí pomoci nemůžeme sami zvládnout. Často nestačí ani pomoc rodiny, dětí, přátel, někdy tito blízcí dokonce chybí a situace je natolik závažná, že potřebujeme pomoc odborníků.

Mezi tyto odborníky můžeme zařadit zdravotní sestry a sociální pracovníky. Obě zmíněné profese mají v sobě skrytou určitou odbornost, ale také vědomosti a dovednosti, které jsou pro dané povolání specifické. Obě tyto profese se snaží řešit problémy klientů, ale zároveň musí zvládat plnit řadu povinností a dovedností, které jsou s danou profesí spojeny. To vše na tyto odborníky působí a určitým způsobem je to i zatěžuje. Záleží ovšem na spoustě dalších okolností.

Ve své závěrečné bakalářské práci se zabývám problematikou psychosociální pracovní zátěže v povolání zdravotní sestry a sociálních pracovníků. Toto téma je v dnešní době velmi aktuální, je proto důležité se jím zabývat, aby docházelo k předcházení, minimalizaci a řešení problémů spojených s touto problematikou. Téma jsem si vybrala také z toho důvodu, že jsou mi obě profese blízké. Povolání zdravotní sestry vykonávám a na povolání sociálního pracovníka se připravuji. Proto je v mém zájmu dozvědět se o těchto profesích co nejvíce.

1. SOUČASNÝ STAV DANÉ PROBLEMATIKY

1.1 Charakteristika zátěže

Zátěž je obecným pojmem, označujícím jakékoliv požadavky, tedy i ty nepatrné, které člověk hravě zvládne. Jde o míru jejich přiměřenosti, vyváženosti mezi tím, co situace po člověku chce a jeho vlastnostmi, jimiž je pro jejich zvládnutí vybaven. **(10)**

Zátěží tedy rozumíme takové požadavky vnějšího i vnitřního prostředí, jimiž je člověk schopen vyhovět. **(16)**

Zátěž může být pro zdraví nejen škodlivá, ale i prospěšná. Bez zátěže není život představitelný, přiměřená zátěž je nutná pro uchování a posílení zdraví. Škodí pouze nadměrná, stejně jako nedostatečná. **(10)**

Hovoříme-li o negativních vlivech zátěže, máme na mysli nadměrnou zátěž, která evidentně ztěžuje udržování dynamické rovnováhy psychofyzilogických funkcí organismu, narušuje pocit duševní harmonie a znesnadňuje využití průměrné pracovní kapacity člověka. **(22)**

Odolnost vůči psychické zátěži se snižuje po nadměrném pracovním vypětí, při nedostatku spánku, při zhoršeném zdravotním stavu, u osob s neurotickými vlastnostmi, při nadměrném kouření a pití alkoholu, důsledku nesprávného užívání některých léků apod. **(22)**

Stejně vnější zátěžové faktory nepůsobí na všechny jednotlivce stejně silně. Nepůsobí stejně ani na téhož člověka v různých okamžicích jeho života a za různých vnitřních podmínek. Mluvíme pak o různé odolnosti či toleranci vůči zátěži. Vysoká odolnost vůči zátěži a rychlá regenerace sil, tj. obnova před zátěžovým stavem, je označovaná také jako vitalita příslušného člověka. **(22)**

1.1.1 Druhy zátěže

- Zátěž můžeme vyjádřit například podle míry nelibosti nebo podle požadavků, které na člověka klademe a to (34) :
- **Běžná zátěž:** Zahrnuje všední činnosti, se kterými se člověk denně setkává. Můžeme sem zařadit například drobné problémy všedního dne, nedorozumění nebo zanedbatelné ztráty. Řešení těchto situací nepřináší člověku větší komplikace, dokáže je vyřešit bez větších problémů. (15)
- **Zvýšená zátěž:** Projeví se např. v situacích, které jsou pro jedince nové nebo něčím neobvyklé. Musí při nich překonávat různé překážky, a tím získává nové zkušenosti. Řešení této zvýšené zátěže nepřináší jedinci žádné psychické nebo fyzické následky. (15, 34)
- **Hraniční zátěž:** Můžeme ji charakterizovat opakujícími se obtížnými podmínkami. Jedinec tyto situace zvládá jen s krajním vypětím svých sil. Dochází k nerovnováze mezi psychickými a fyzickými funkcemi. Někteří jedinci mohou hledat řešení např. v alkoholu či gamblerství. Postupně dochází ke snížení adaptačních schopností. Což se může projevit např. apatie, stavy psychického napětí, emoční vzrušení. Netrvá-li zátěž příliš dlouho, u většiny jedinců dochází k normalizaci stavu. Trvá-li situace ovšem delší dobu, může dojít k psychickým změnám. (15)
- **Extrémní zátěž:** Je popisována jako velmi silné působení zátěže. Při tomto zatížení není člověk schopen na danou situaci přiměřeně reagovat, a proto jí podléhá. Tím dochází k postupné aktivizaci organismu. Projevuje se zrychleným tepem a dechem, emočním kolísavostí, strachem, úzkostí, nejistotou, mlčením. Při zátěžových situacích se vyskytují dva druhy protichůdných jevů. Jevy přízpůsobivé, které napomáhají ke zvládnutí zátěže, a na straně druhé jde o jevy patologické, které nezvládnutí zátěže komplikují, popřípadě znemožňují. (34)

➤ Podle charakteru působících podmětů a primárních reakcí lze odlišit tři druhy zátěže:

- **Biologická zátěž:** Činitelé mají fyzikální, chemickou či biologickou povahu, organismus odpovídá primárně biologicky, psychické reakce jsou následné a druhotné.
- **Fyzická zátěž:** Požadavky se týkají primárně svalové činnosti, organismus funguje jako zdroj energie.
- **Psychická zátěž:** Proces primárně psychického zpracování a vyrovnávání se s požadavky životních a pracovních situací. Tělesné reakce jsou druhotné, vyvolávané psychickým procesem. V této oblasti lze rozlišit tři druhy:
Senzorická zátěž vyplývá z požadavků na činnost periferních smyslových orgánů a jim odpovídajících struktur centrálního nervového systému.
Mentální zátěž vyplývá z požadavků na zpracování informací, kladoucích nároky na pozornost, paměť, představivost, myšlení a rozhodování.
Emoční zátěž vyplývá ze situací a požadavků, vyvolávající afektivní (citovou) odezvu. **(10)**

Dlouhodobá psychická zátěž může vyústit v poruchy zdraví jako jsou některá psychosomatická onemocnění (např. ischemická choroba srdeční, hypertenze, vředová choroba) i poruchy v oblasti mentálního zdraví. **(3)**

Za zvláštní druh zátěže můžeme považovat stres

Pojem stres poprvé použil pro označení charakteristických fyziologických projevů, jimiž organismus reaguje na různé zátěže, kanadský endokrinolog Selye, (15) Jeho definice zní: „Stres je výsledkem interakce (vzájemné činnosti) mezi určitou silou působící na člověka a schopností organismu odolat tomuto tlaku.“ (H, Selye). (18)

Termín stres má v současnosti mnohem širší použití, označuje se jím některé zátěžové situace nebo stav individua (Nakonečný, 1995).

Pro definici stresové situace je podstatný poměr mezi mírou (intenzitou, velikostí, tlakem apod.) stresogenní situace (stresoru či stresorů) a „silou“ (schopnostmi, možnostmi apod.) danou situaci zvládnout. O stresové situaci (o stresu) hovoříme jen v tom případě, kdy míra intenzity stresogenní situace je vyšší než schopnost či možnost daného člověka tuto situaci zvládnout. Obecně jde o tzv. nadlimitní - nadhraniční zátěž. Ta vede k vnitřnímu napětí a ke kritickému narušení rovnováhy organismu. Nadlimitní zátěží je celá stresogenní situace. Může jí být buď pouze jeden stres, nebo souhra několika stresorů. (19)

Stresové situace mají své určité charakteristické znaky, které zvyšují prožitek stresu, jimiž jsou pocity neovlivnitelnosti situace, nepředvídatelnosti vzniku této situace, kdy se jedinec nemůže na situaci připravit, dále se objevuje pocit nezvládnutelnosti situace a nepříjemný tlak okolností vyžadující mnoho změn, kdy má jedinec pocit dezorientace ve svém životě, jsou kladeny vysoké nároky na adaptaci na novou situaci. (10)

Rozdělení stresu

Podle toho, jak stres působí na člověka, je možno jej charakterizovat jako negativní či pozitivní. Pro tyto protichůdné póly se používá odlišných termínů:

- Distres (negativně působící stres) je používán pro nejnepříznivější stresové situace. (18) K distresu dochází tam, kde se domníváme, že nemáme dost sil a možností zvládnout to, co nás ohrožuje a emocionálně nám není dobře. (19)

- Eustres (kladně působící stres) – příkladem může být rozechvění při očekávání kladně emocionálně zabarvené události. **(18)**

Stresory- příčiny stresu

Stresorů, to je podnětů a okolností vyvolávajících stresovou reakci, je celá řada. Jsou fyzikální (vnější)- různé jedy, kofein, alkohol, nikotin, hluk, chlad, teplo. Dále jsou to stresory emocionální (psychologické a sociální) vyvolávající napětí, úzkost, strach, frustrace. Jde o časový stresor (termíny), sociální (nedorozumění, hádky, konfliktní situace), stres z vnitřního nesouhlasu (nespravedlivá kritika), stres ze zodpovědnosti (možnost nesplnění úkolu). Dále pak jsou stresory vnitřní, k nimž patří nemoci, metabolické a chemické změny, které náš organismus zatěžují. **(12)**

Příznaky stresu

Stres může vyvolávat různé potíže, Tyto potíže lze rozdělit do tří rovin. U každého může být ta či ona rovina více či méně vyjádřena, často se však potíže navzájem kombinují.

1. Fyziologické či tělesné potíže: Bušení srdce, nepravidelná činnost srdeční, zrychlení srdeční činnosti, bolesti nebo tlak na hrudi, přechodné zvýšení krevního tlaku, poruchy zažívání (zácpa, průjmy, žaludeční potíže aj.), pocení (např. dlaní nebo čela), poruchy prokrvení (studené ruce a nohy), bolesti v kříži a zádech, třes, škubání víček, pláč, sucho v ústech, časté močení.
2. Psychické potíže (emocionální, subjektivní): pocit vyčerpání (nezlepšující se odpočinkem), nespavost, děsivé sny, přemýšlení o problémech, vztek agresivity, porucha soustředění, zhoršení paměti, předrážděnost, netrpělivost, přecitlivělost, ztráta radosti z práce. Dále sem patří též nepřiměřené reakce v myšlení, kdy problém

stále rozebíráme, neustále se nám myšlenky vrací, nemůžeme je zahnat a používáme uklidňujících léků.

3. Změny v chování (činnosti): přejídání, nechutenství, vyhýbání se povinnosti, nápadné nonverbální chování, např. zvýšená gestikulace, různé útočné postoje, dále rychlá chůze, okusování nehtů, zvyšování hlasu, přecházení z místa na místo, rychlé přijímání potravy, nadměrné kouření. (12)

Fáze reakce na stres

Stav stresu se projevuje v symptomech tzv. obecného adaptačního syndromu. Obecný adaptační (stresový syndrom je generalizovaná reakce, zahrnující různé systémy organismu. Probíhá ve třech fázích.

A.) První fáze je poplachová: představuje ji náhlé narušení vnitřního prostředí organismu, které je doprovázeno silnou excitací především sympatické soustavy a zvýšením sekrece hormonů dřeně nadledvinek. V počátečním stádiu této fáze mluví Sele o šoku. Po něm obvykle následuje ihned jeho druhé stádium anišok, kdy se původně vysoká reakce snižuje.

B.) Druhá fáze byla nazvána fází rezistence, při níž se postupně snižuje reakce organismu na nepříznivý vnější vliv. Organismus si na stresující faktor zvyká.

C.) Třetí fáze je vyčerpání, dochází k celkovému selhání adaptační a regulační schopnosti organismu. Výsledkem může být vážné ohrožení organismu. Snížení obranné schopnosti může vyvolat onemocnění, ale i smrt. (22)

V každé této popsané fázi může dojít k projevům onemocnění. Mohou vzniknout zažívací potíže, bolesti hlavy. Pokud je však stres příliš veliký, může dojít i k dekompenzaci vážnějšího onemocnění jako je diabetes mellitus, nebo žaludeční vřed.

(4)

1.1.2 Charakteristika jednotlivých zátěžových situací a jejich působení

Působení různých zátěží může vést k narušení psychické rovnováhy, někdy jen dočasně nebo částečně, což se projeví změnou prožívání, uvažování i chování. Jednotlivé zátěžové situace mohou mít pro vznik a rozvoj psychických poruch různý význam. Z hlediska jejich vzniku a možných následků lze rozlišit základní druhy zátěže.

(33)

1.1.2.1 Frustrace

Frustrací označujeme situaci, kdy je člověku znemožněno dosáhnout uspokojení nějaké subjektivně důležité potřeby, ačkoli byl přesvědčen, že tomu tak bude. Frustrace bývá také označována jako situace zmaru. Subjektu je blokován postup k žádoucímu cíli. Frustrace je neočekávaná ztráta naděje na uspokojení. Tato situace vyvolává prožitek zklamání a stimuluje reakce zaměřené na vyrovnání nepříznivé bilance. Pozitivní očekávání při jejím vzniku hraje důležitou roli, pokud člověk nic dobrého nečeká, nebývá zklamán. Frustrace může být překonána prostým odložením uspokojení, posílením vytrvalosti a úsilí, změnou motivu či rezignací. Frustrující zkušenost je relativně častá. Nemusí vyvolávat nepřiměřené reakce a může být do určité míry i žádoucí, protože nutí člověka hledat nové řešení a napomáhá tak rozvoji jeho schopností. Do vnějších vlivů lze zařadit např. reakce blízkých lidí, neočekávané

překážky. Do vnitřních faktorů patří hlavně vlastní zábrany jedince, nízké sebehodnocení. Frustraci lze překonat, přesunutím uspokojení na později, může zde také dojít ke změně motivu, nebo k posílení vytrvalosti, anebo k rezignaci jedince. **(33, 14, 11)**

1.1.2.2 Konflikt

Konflikt rovněž patří mezi běžné potíže, s nimiž se každý člověk v životě opakovaně setkává. Subjektivně významným, eventuálně patogenním činitelem se stává teprve tehdy, jestliže je skutečně závažný, trvá příliš dlouho, zahrnuje osobně důležitou oblast a pokud jej člověk není schopen řešit. **(33)**

Konfliktová situace souvisí s procesem rozhodování se. Konflikty mohou nastávat mezi vnějšími požadavky a vnitřními tendencemi jedince, potom hovoříme o takzvaných vnějších konfliktech (např. konflikt mezi dvěma osobami). Vnitřním konfliktem nazýváme stav, kdy se jedná o střet protichůdných zájmů či motivů jedince, které si navzájem odporují. Pokud jeden motivační směr výrazněji převládá, konflikt je řešitelný. Obvykle je tato situace doprovázená váháním, nerozhodností, ambivalentními prožitky, zvýšeným napětím. Pokud v konfliktogenní situaci působí víceméně rovnocenné tendence, rozvíjí se vnitřní konflikt, který nemusí být člověkem schopen řešit, setrvává v situaci nerozhodnutí, doprovázené silným napětím. Takovýto stav může nakonec svojí naléhavostí vést ke zkratkovému jednání, cílem se stává ukončení konfliktu za jakoukoli cenu. **(15)**

1.1.2.3 Trauma

Psychické trauma lze definovat jako náhlé vzniklou situaci, která má pro jedince výrazně negativní význam, vede ve velké míře k porušení duševní rovnováhy, ztrátě pocitu bezpečí a jistoty. U jedince se může rozvinout i porucha nazývaná posttraumatická stresová porucha. Postižený opakovaně prožívá událost v myšlenkách, snech a fantaziích a vyhýbá se místům a situacím, ve kterých k události došlo. Porucha se často projevuje poruchami spánku, soustředění nebo úlekovými reakcemi. Současně s posttraumatickou stresovou poruchou se může vyskytovat i deprese, generalizovaná úzkostná porucha, agorafobie nebo různé závislosti. (15, 28, 25)

1.1.2.4 Krize

Psychická krize se objevuje jako narušení psychické rovnováhy v důsledku náhlého vyhocení situace, dlouhodobé kumulace či situačního nárůstu problému. Jejím typickým znakem je selhání adaptačních mechanismů, dosud užívané způsoby přestaly být funkční, a člověk musí hledat jiné. Krize vyjadřuje existenci aktuálně nevládnutelného problému. Lze ji chápat i jako podnět k nutné změně. Příkladem krize může být vyhocení konfliktu v rodině s následnou zkratkovou reakcí, např. útěk dítěte z domova. Stav psychické krize je doprovázen negativními citovými prožitky, narušením pocitu jistoty a bezpečí, objevuje se silná tenze, úzkost, zoufalství a beznaděj. Mění se uvažování a hodnocení této situace. Člověk má pocit ochromení, bezmocnosti, bezradnosti a neschopnosti ji zvládnout. Jeho úvahy mohou být zkratkovité a neadekvátní. V důsledku toho se mění i jednání, které rovněž může být méně přiměřené, buď je inhibované a utlumené, nebo má charakter afektivního výbuchu, impulzivní a zkratkové reakce.

Reakce na psychickou krizi a její zpracování probíhá rovněž v určitých fázích, které jsou podobné jako reakce na stres. Krizi lze chápat jako vyhocení stresové situace, je signálem, že dosud používané způsoby reagování nejsou dostatečně efektivní, a proto je třeba hledat nové. Zvládnutí krize spočívá v přehodnocení této situace a nalezení účelnějších způsobů jednání. Z tohoto hlediska může mít krize i pozitivní význam, protože přispěje k rozvoji jedince. **(15)**

1.1.2.5 Deprivace

Deprivace je stav, kdy některá z objektivně významných potřeb, biologických či psychických, není uspokojena v dostatečné míře, přiměřeným způsobem dostatečně dlouhou dobu. Deprivační zkušenost patří k nejzávažnějším zátěžovým vlivům, může nepříznivě ovlivnit jak aktuální psychický stav jedince, tak jeho psychický vývoj. Patogenní význam deprivace je závislý na období, kdy člověk takto strádá. Větší důsledky citového strádání jsou v raném věku oproti pozdějšímu období. Závažná a dlouho trvající deprivace může vést k narušení psychického vývoje, k nerovnoměrnému rozvoji některých složek osobnosti či ke vzniku specifických psychických odchylek. **(15)**

Typy deprivací podle oblasti strádání

1. Deprivace v oblasti biologických potřeb (nedostatek jídla, spánku atd.) ohrožuje tělesné i duševní zdraví a při dlouhodobějším trvání může vést k závažnému poškození, nebo dokonce úmrtí
2. Podněťová deprivace. Člověk může strádat v oblasti stimulace, to znamená, že mu chybí žádoucí množství a variabilita různých podnětů.
3. Kognitivní deprivace. Výchovné a výukové zanedbávání může vést k deprivaci v oblasti potřeby učení.

4. Citová deprivace vzniká v důsledku nespokojení potřeby spolehlivého a jistého citového vztahu s matkou, eventuálně jinou osobou.
5. Sociální deprivace je důsledkem omezení přiměřených kontaktů s lidmi. **(15)**

1.1.3 Psychosociální zátěž

V případě psychosociální zátěže jde o spojitost psychických a nervových dějů se zdůrazněním sociální povahy psychiky. Označují se jím zdroje zátěže, vyvěrající z podmínek a prostředí společenského charakteru, na rozdíl od prostředí fyzikální, chemické či biologické povahy. **(10)**

Psychosociální zátěž je zátěž, která plyne ze svízelných sociálních vztahů či situací. Jejimi ukazateli mohou být: ztráta pocitu dobrého zdraví, zesilující pocity nejistoty, rostoucí pocity vnitřního nebo vnějšího ohrožení, prohlubující se pocity nedostačivosti v sociálních rolích a úkolech, neschopnost přizpůsobit se novým situacím, pocit ohrožení života, který vede k životnímu bilancování. **(9)**

1.1.4 Pracovní zátěž

Pracovní zátěž resp. pracovní stres představuje určitou vyčleněnou kategorii celkové životní zátěže či stresu, spojenou s pracovními podmínkami v širokém smyslu. Jde vždy o nerozlučné spojení komponent tělesných a duševních s tím, že při některých pracovních činnostech dominuje více práce svalů, spojená s příjmem a zpracováním informací. Za přiměřenou pracovní zátěž lze pokládat takovou úroveň požadavků a

podmínek, kterou lze zvládnout v rámci adaptačních možností člověka. Nepřiměřená zátěž může být nedostatečná (podtížení) nebo nadměrná (přetížení). Přetížení může být kvantitativní (množství úkolů, činností, informací) nebo kvalitativní (vysoká náročnost řešení či obtížnost pracovních úkolů).

Pracovní zátěž je spojená s bezprostředními projevy v oblasti psychické, fyziologické a v chování. V psychické oblasti jde o krátkodobé stavy, popisované jako rozladění, únava a únavě podobné stavy, emoční a náladové stavy. Ve fyziologické oblasti jsou to pocity tělesného diskomfortu, lokální potíže a bolesti. **(31)**

Některé faktory pracovního prostředí mohou při dlouhodobém působení vést k poškozování funkcí centrálního nervového systému. Projevy v psychické sféře jsou reverzibilní a předcházejí poruchám neurologicky zjištěným. U některých profesí dochází v dlouhodobé perspektivě k trvalejším poruchám v oblasti mentálního zdraví. Jde o příznaky chronické nespokojenosti, tzv. vyhasnutí, neurotizace, neurotické poruchy. Pracovní rizikové faktory mohou přispět k nesespecifickým zdravotním důsledkům v somatické sféře. **(10)**

1.1.5 Obecné faktory psychosociální pracovní zátěže

- **Intenzita práce a časový tlak**

Přetížení kapacity zpracování informací a plnění termínovaných úkolů pod časovým tlakem je jedním z nejzávažnějších stresogenních činitelů. Studie prokazují souvislost tohoto druhu zátěže s výskytem kardiovaskulárních onemocnění. Je zde potřeba brát v úvahu i složitost činností - čím je činnost složitější, tím více časový tlak zpravidla narušuje její výkon.

- **Vnucené pracovní tempo**

Vnuceným pracovním tempem se rozumí takový způsob činnosti, kdy si pracovník nemůže volit tempo sám, nýbrž se musí podřizovat úkolu či rytmu jiných osob.

- **Monotonie**

Rozlišujeme dvě formy: pohybovou a úkolovou. Pohybovou se rozumí stereotypní manuální činnost s vysokým výskytem stejných pracovních úkonů nebo operací. Při úkolové monotonii jde o činnost s převahou složek duševních, zejména percepčních a s minimální účastí myšlenkových či rozhodovacích procesů.

- **Vlivy narušující soustředění**

Jakékoli rušení nutné soustředěnosti na pracovní úkol je nepříznivé jak pro kvalitu práce (riziko možné chyby), tak pro pracovníka (znervózňuje, neurotizuje). Hluk, kterým je pracovník vyrušován, je nutno posuzovat nikoli jen z hlediska jeho intenzity, nýbrž také kvality, zejména významovosti. Ze soustředěné pozornosti daleko více ruší tichý hovor spolupracovníků či návštěvníků než indiferentní hluk o vyšší hladině.

- **Sociální interakce**

Sociální interakce bývají závažným stresogenním činitelem. Pracovník je vystaven pravděpodobnosti interpersonálních konfliktů, frustrací a negativně emočních situací.

- **Osobní rizika**

Jde o jeden z nejvýznamnějších činitelů, spojený s prožíváním osobní jistoty či nejistoty v práci. Společným rysem je tlak pracovních povinností, projevující se

vysokou angažovaností, trvalým duševním napětím a starostmi, které se přenášejí do mimopracovní doby. Tyto okolnosti jsou sice ve značné míře závislé na jednotlivcích, nicméně při hodnocení pracovních podmínek je třeba odhlédnout od konkrétní osoby a posuzovat míru, v jaké tyto podmínky vytvářejí tlak, vedoucí k trvalému duševnímu napětí. **(10)**

- **Riziko ohrožení zdraví vlastního a jiných osob**

Společným jmenovatelem komplexu těchto zátěžových činitelů je složitost činnosti, pravidel bezpečného chování, náročnost práce na nutné soustředění, pečlivost a opatrnost v práci. **(10)**

- **Směnová práce**

Práce v nepřetržitých provozech, způsob střídání směn ranních, odpoledních a nočních a trvalá práce v noci jsou závažným fyziologickým, psychologickým a společenským problémem. Fyziologicky nejdůležitějším problémem jsou změny fází práce, spánku a stravování, to znamená narušení přirozené biorytmicity. S ohledem na směnovou a noční práci je rozhodující vztah mezi vnitřními a vnějšími rytmy. Exogenní rytmy, jako střídání dne a noci, ovlivňují endogenní rytmy, jako je krevní tlak, tělesná teplota, ale také pohotovost k tělesné a duševní práci. Tyto práce kladou zvýšené nároky na adaptaci související se změnou životního stylu. Dále mohou také ovlivňovat cirkadiánní rytmus a způsobit různé zdravotní potíže vegetativního charakteru, spánkového dluhu, pocitu nedostatečného odpočinku, chronické únavy apod. **(10, 3)**

- **Pracovní prostředí**

Hodnotí se nikoli samotné faktory pracovního prostředí, nýbrž jejich vliv na psychickou pohodu. Práce na dislokovaném pracovišti je hodnocena podle diskonfortu,

spojeného s ubytováním, možností styku s rodinou a možnosti trávení volného času. **(10)**

- **Fyzický diskomfort**

Fyzická pracovní zátěž je pracovní zátěž pohybového, srdečně cévního a dýchacího systému s odrazem v látkové přeměně a termoregulaci. Nepřiměřená fyzická náročnost pracovních úkonů vzniká z nejrůznějších příčin, jde např. o nepřiměřenou hmotnost břemen, fyziologicky nevhodné pracovní polohy, vynakládání velkých svalových sil aj. Z fyziologického hlediska se rozlišují dvě formy svalové práce – dynamická a statická. Dynamická svalová práce představuje střídavé zapojování svalových skupin a střídání napětí a uvolnění svalstva. U statické svalové práce dochází k izometrické kontrakci svalu, ve kterém se zvyšuje napětí. **(3)**

1.2 Charakteristika ošetřovatelství

Světová zdravotnická organizace definuje ošetřovatelství jako systém typických ošetřovatelských intervencí, které se týkají zdraví jednotlivce, rodiny a skupiny, které jim pomáhají, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu. **(30)**

Ošetřovatelství je samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví. Ošetřovatelství je zaměřeno zejména na udržení zdraví, podporu zdraví a na navrácení zdraví. Dále se zabývá rozvojem soběstačnosti. Ošetřovatelství je také zaměřeno na zmírňování utrpení nevyлéčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Významně se podílí na prevenci, diagnostice, terapii a rehabilitaci. Ošetřovatelský personál pomáhá jednotlivcům,

rodinám i skupinám, aby byli schopni samostatně uspokojovat fyziologické, psychosociální a duchovní potřeby. Edukuje jejich blízké v poskytování laické ošetrovatelské péče. Nemocným, kteří o sebe nemohou, nechtějí či neumějí pečovat, zajišťuje profesionální ošetrovatelskou péči. Hlavním cílem ošetrovatelství je systematicky a komplexně uspokojovat potřeby člověka, vedoucí k udržení nebo navrácení zdraví, zmírnění fyzické a psychické bolesti v průběhu umírání. **(26, 21)**

1.2.1 Profese zdravotní sestry

Konec 20. století přinesl do ošetrovatelství velké změny. Péče o pacienta s sebou přináší stále rostoucí požadavky. Role sestry se začíná postupně měnit, což je způsobeno nejen pokroky v medicíně, ale i tím, že do oboru pronikají nové poznatky z psychologie, sociologie, pedagogiky a etiky. Zdravotnický tým stále více přijímá sestru jako rovnocennou členku svého týmu. **(29)** Lékař ji ve všech složkách léčebně preventivní péče považuje za blízkou spolupracovnicí. Sestra se stává odborníkem ve vyhledávání základních životních potřeb nemocného pozměněných onemocněním a v jejich uspokojování správně volenou ošetrovatelskou péčí. Pro nemocné i jejich nejbližší se často stává i odborným rádcem. Nemocnému je vedle jeho rodiny oporou a často nejbližším člověkem při jeho pobytu v nemocnici i při domácí péči. Sestra může významně ovlivnit způsob života nemocného, může ho vést ke správné životosprávě, k péči o vlastní zdraví. **(27)**

1.2.2 Zátěž v profesi zdravotní sestry

Profese zdravotní sestry má jistě své nezastupitelné místo v péči o zdraví populace. Do hlavní náplně zdravotní sestry můžeme bezesporu zařadit pomáhání lidem. (17) Hlavním stěžním tohoto povolání je zejména v tom, že se s pacienty a jejich rodinami setkává v jejich nejtěžších životních situacích. V těchto situacích se prožívání a chování jedince výrazně mění. Vlivem strachu a stresu dochází ke konfliktům. V období hospitalizace dochází k frustraci a deprivaci z neuspokojování subjektivně důležitých potřeb. Pokud člověku chybí příznivé a stabilní sociální vztahy, uchyluje se k obranným mechanismům. (6) Pro klienty je důležité, aby se jim dostalo nejen potřebné pomoci, ale i pocitu klidu a bezpečí. To může sestra dokázat, jen pokud zvládá a rozumí svým emocím a projeví dostatečnou a vhodnou empatii. Pro pomáhající se stává zátěží péče o blízkou osobu, kdy dochází ke střetu zájmů. Na jedné straně jde o profesionální přístup, na straně druhé je vztah ovlivněn hloubkou osobní angažovanosti. (7)

Zátěže se mohou vztahovat jednak k podmínkám pracovní činnosti, ke zdravotnímu stavu klientů a také se týkají osobnostních charakteristik pracovníka. Obecně dělíme zátěže do dvou oblastí, a to fyzické, chemické a fyzikální, dále psychické, emocionální, sociální. (2)

Fyzická zátěž zdravotní sestry

Do fyzické zátěže v profesi zdravotní sestry můžeme zařadit:

- statické zatížení
- dynamické zatížení (nepřetržité popocházení po oddělení)
- zatížení páteře (při polohování klientů, úpravě lůžka)
- zatížení svalového a kloubního systému
- setkání se s nepříjemnými podněty (exkrementy, otevřené rány, vyrážky)
- rizika infekce
- nepravidelný spánkový režim
- nepravidelné stravování, nedodržování pitného režimu

- kontakt s léky, dezinfekčními přípravky
- hluk, nesprávné osvětlení, vibrace, radiační záření (2, 20)

Psychická zátěž zdravotní sestry

S psychickými zátěžemi se sestry setkávají každý den. Když porovnáme práci sester a ostatních zdravotnických pracovníků, tak jsou to právě sestry, které tráví s klienty nejvíce času. Jsou v kontaktu s klientem, když spí, jí, vstávají, provádí hygienu. Při ošetřování se dostávají do velmi intimních zón klienta. Jsou přítomny klientovi i po stránce duševní, slyší, když trpí, pláče. Do všeobecného přehledu psychických zátěží sester, které působí na jejich psychický stav i na pracovní výkon, lze zařadit:

- rychlé přepojování mezi činnostmi: sestry musí být schopné přenášet pozornost mezi jednotlivými situacemi, musí se vždy plně soustředit na danou činnost
- pružné reagování na různorodé požadavky a změny: sestry se musí umět rychle přizpůsobit změnám, v případě ohrožení klienta musí umět rychle a spolehlivě reagovat.
- nároky na paměť: sestry by si měly pamatovat, jak se který výkon dělá, jaký zvolit správný postup u vyšetření, jaké pomůcky si připravit a jak o klienta po výkonu pečovat
- velká zodpovědnost za výsledky své práce
- nutnost samostatného rozhodování při respektování daných pravidel: po sestrách je vyžadováno, aby se uměly v naléhavých situacích samostatně rozhodnout a věděly, jaká pravidla musí respektovat, nutnost improvizace při nárazovém charakteru práce
- opakované setkávání se s lidmi v těžkých emočních stavech
- konfrontace s utrpením, bolestí, smrtí, vyrovnání se s pocity bezmoci
- zacházení s intimitou druhého člověka
- působení bolesti druhým lidem
- opakované konfrontace s vlastními zážitky a postoji, nutnost přemýšlet i o svém životě, o svých hodnotách a postojích.

- komunikace s klientem a s jeho příbuznými.
- nízké ohodnocení náročné práce.
- nároky na neustálé učení a vzdělávání se. **(2, 5)**

1.3 Charakteristika sociální práce

Sociální práce je společenskovední disciplína i oblast praktické činnosti, jejímž hlavním cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení problémů (např. chudoby, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanosti). Sociální práce se opírá o rámec společenské solidarity, a také o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. **(23)**

Sociologická definice sociální práce vypovídá o tom, že se jedná o práci zaměřenou na zlepšení sociálního postavení lidí chudých nebo deviantních, ve smyslu odchylujících se od společenských norem. Jejím cílem je odhalení a náprava sociálních problémů jejími metodami. K současným principům sociální práce patří důraz na osobní rozvoj, autonomii, rovnost rasovou, třídní, rovnost pohlaví a rovnost sociálního pracovníka a klienta. **(13)**

Sociální práce je to, co dělá sociální pracovník. Zbývá už jen otázka, kdo je sociální pracovník. **(32)**

1.3.1 Sociální pracovník

Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách jasně vysvětluje, že sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace. (35)

Profese sociálního pracovníka vznikla jako reakce na potřebu řešit nové nepříznivé sociální situace, které způsobují problémy nejen jednotlivci, ale také celé společnosti. Sociální pracovník přispívá ke zlepšení narušených sociálních vztahů v přirozeném prostředí. Učí jednotlivce správným životním postojům a chování. Pomáhá člověku ke svobodnému životu v demokratické a svobodné lidské společnosti. Sociálního pracovníka můžeme označit za pojivo společnosti. Mají-li sociální pracovníci naplnit své poslání, musí spojit nejen své klienty zpět s komunitou, ale v rámci řešení sociálních problémů musí spojovat ostatní odborníky do multidisciplinárních týmů. (8)

Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout způsobilosti k sociálnímu uplatnění nebo ji pomáhají získat zpět. Kromě toho se snaží pomoci vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky. U klientů, kteří se již společensky uplatnit nemohou, podporuje sociální práce co nejdůstojnější způsob života. (23)

1.3.2 Zátěž v profesi sociálního pracovníka

Pracovní zátěž (stres) v sociální práci je možné s jistým zjednodušením konceptualizovat jako dynamický vztah (rozpor) mezi souborem vnějších pracovních

nároků či tlaků, které jsou na sociální pracovníky kladeny, a souborem jejich vnitřních osobnostních dispozic je adaptivním způsobem zvládat. **(33)**

Precipitory stresu v sociální práci tvoří poměrně rozmanitý soubor spouštěcích faktorů, které lze rozřadit do tří základních kategorií. Jedná se o precipitory vyplývající:

- 1.) z interakce sociálních pracovníků s klienty
- 2.) z organizačních aspektů pracovní činnosti
- 3.) z problémů sociální práce jako oboru, profese a činnosti. **(24)**

Ad1. Interakce sociálních pracovníků s klienty

Interpersonální interakce sociálních pracovníků s klienty se považuje za rozhodující faktor pracovní zátěže. Interakce sociálních pracovníků s klienty mohou stres vytvářet svými kvantitativními i kvalitativními aspekty. Z kvantitativních aspektů se jeví jako významný vysoký počet, frekvence a nadprůměrná délka trvání jejich kontaktů s klienty. Z kvalitativních aspektů hraje významnou roli vysoká intenzita kontaktů, jejich emocionální excesivní charakter a úroveň odpovědnosti. Konkrétně se jedná o situace, kdy se pracovník musí věnovat klientům, kteří jsou aktivně či pasivně agresivní, zauímají rigidní obranné pozice, či přenášejí na sociální pracovníky nerealistická očekávání. Také interakce pracovníků s výrazně tělesně, smyslově či duševně hendikepovanými jedinci je považována za značně zatěžující. Kvalitativní aspekty interpersonálních interakcí se liší na základě skutečnosti, zda se jedná o akutní či chronickou problematiku, zda se jedná o dítě, dospívajícího, dospělého, zdravého či nemocného klienta, či zda se jedná o jednotlivce, skupinu či komunitu. V neposlední řadě rozhoduje i to, jaká je pravděpodobnost pomoci, úspěchu či léčby. **(24)**

Ad. 2. Organizační aspekty pracovní činnosti

Sociální pracovníci působí v široké škále pracovních organizací, které se liší mnoha různými parametry, jež vyplývají např. z jejího typu (krizová, azylová, léčebná či výchovná zařízení), sociálního sektoru (statní a nestatní zařízení) či ze způsobu

získávání finančních zdrojů apod. Obecně tyto pracovní organizace představují účelově vytvořené skupiny lidí, které na základě formalizovaných norem koordinují svou činnost za účelem dosažení stanoveného cíle. V kontextu s úrovní pracovního stresu se poukazuje na význam kvality personálního řízení pracovních organizací a s ní související úroveň kultury pracovních organizací. Kulturu organizace je možné pojímat jako systém charakteristických přesvědčení a očekávání sdílených jejími členy, kteří vytvářejí společné normy a hodnoty ovlivňující jejich chování.

Úroveň personálního řízení podstatným způsobem limituje charakter pracovních organizací, v nichž sociální pracovníci působí. Významným potenciálním precipitorem pracovního stresu jsou byrokratické organizace. V těchto organizacích je akcentovaná hierarchická struktura, je stanoven systém formálních pravidel dělby práce, kontroly práce a vzájemných kontaktů mezi pracovníky. Maximum rozhodnutí se realizuje v jejich centru a pracovníci se s nimi musí identifikovat. Pracovníci jsou převážně řízeni, než aby sami přijímali odpovědnost, podporovaná je konformita, preferováno je spíše tradiční, administrativní či rutinní řešení problémů namísto flexibility a inovativnosti. V silně byrokraticky strukturovaných organizacích může být administrativní práce dokonce nadřazena práci s klienty, takže pro sociální pracovníky může být problémem zachovat požadovanou rovnováhu mezi povinnostmi vůči pracovní organizaci a vůči svým klientům. (24) Byrokratické překážky, které takové organizace zákonitě produkují, se stávají masivními precipitory jejich pracovního stresu. K tomuto jevu dochází ve vysokém počtu zejména u těch sociálních pracovníků, kteří do této profese nastupují s nerealistickými očekáváním týkajícími se pracovní autonomie a odpovědnosti, kolegiální a podpůrné týmové kooperace a možnosti aplikovat ve své práci vlastní internalizované hodnoty a hledat tvořivá, flexibilní řešení.

Úroveň personálního řízení, charakter pracovních organizací a s nimi související kultura pracovních organizací ovlivňují stupeň volnosti rozhodování sociálních pracovníků i míru psychických nároků na ni kladených. R. A. Karásek a T.Theorell

(1990) ve svém modelu pracovní zátěže předpokládají, že o úrovni pracovní zátěže a stresu rozhoduje interakce mezi úrovní kontroly, vztahující se k volnosti rozhodování pracovníků, jak pracovat a uplatňovat vlastní tvořivost, a mírou psychických nároků, které jsou kladeny na jejich pracovní výkon. Nejnižší míra psychické zátěže (hypostres) se pojí s nízkými pracovními požadavky a vysokou volností rozhodování a nejvyšší úroveň psychické zátěže (hyperstres) s vysokými pracovními nároky a s nízkou volností pracovníků rozhodovat. **(24)**

Ad3.) Problémy sociální práce jako oboru, profese a činnosti

Sociální práce v sobě zahrnuje řadu vnitřních teoretických dilemat, která lze v současné době řešit jen velmi obtížně. Vážná dilemata vyplývají také z praktické plurality sociální práce, která se realizuje jako multiresortní činnost. Sociální práci v současné době vykonávají profesionální, ale i neprofesionální pracovníci s poměrně variabilní kvalifikací, kteří působí v organizacích s velmi odlišnými institucionálními parametry. Kvalifikační požadavky pro výkon sociální práce jsou v praxi naplňovány nedostatečným způsobem, praktický výkon sociální práce není v mnoha aspektech dostatečně kvalitně legislativně ukotven a pracovní role sociálních pracovníků v organizacích jsou mnohdy nedostatečně vymezeny, stejně jako finální požadavky, vztahující se k efektivitě či profesionalitě jejich práce. Také společenský a ekonomický status sociálních pracovníků je ve většině případů inadekvátní významu jejich profese. Obtížně eliminovatelné teoretické i praktické rozpory sociální práce mohou být sice potlačovány či přehlíženy, nicméně je nelze zcela vyloučit. Mohou nabývat charakteru nepříliš intenzivních, za to však trvale působících zdrojů pracovní zátěže a stresu. **(24)**

2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Zjistit míru psychosociální zátěže u zdravotních sester a sociálních pracovníků.

Cíl 2: Identifikovat nejčastější příčiny psychosociální zátěže u zdravotních sester a sociálních pracovníků.

2.2 Hypotézy práce

H1: Předpokládám, že sociální pracovníci považují svoji profesi za mírně zatěžující.

H2: Předpokládám, že zdravotní sestry považují svoji profesi za vysoce zatěžující.

H3: Předpokládám, že lze identifikovat nejčastější příčiny psychosociální zátěže u zdravotních sester a sociálních pracovníků

H4: Předpokládám, že vzhledem k relativně odlišné profesi budou zjištěny rozdílné příčiny psychosociální zátěže.

3. METODIKA

3.1 Použité metody

Pro práci na svém výzkumu jsem si zvolila kvantitativní metodu výzkumného šetření, a to metodu dotazníku, který jsem si pro tyto účely vytvořila. Tuto metodu jsem si zvolila, jelikož se domnívám, že umožňuje rychlé získání informací během krátkého časového úseku od vysokého počtu respondentů, což umožňuje větší míru adekvátnosti a věrohodnosti výzkumu. Výhodou dotazníkového šetření je rovněž anonymita, která může přispívat k větší otevřenosti dotazovaných. Začátek dotazníku obsahuje úvodní představení, kdo dotazníkové šetření provádí a z jakého důvodu, čeho se dotazníkové šetření týká a také je zde pasáž, ve které je zdůrazněna anonymita respondentů, aby nedocházelo k obavám z možného úniku informací. Také je zde uvedeno poděkování za vyplnění dotazníku.

Sběr dat probíhal v průběhu měsíce ledna 2010. Obsahoval 10 otázek. 9 otázek bylo uzavřených a jedna otázka byla otevřená. Respondenti označovali jednu, jimi vybranou odpověď. První 4 otázky byly otázkami identifikačními, dále následovaly konkrétní otázky, z toho 5. a 6. otázka se týkaly míry zátěže. Míry a příčin psychosociální pracovní zátěže se týkala následující otázka - 7., která byla rozvedena na 28 podotázek.

U tohoto typu podotázek byly použity hodnotící škály. Škála byla složená z pětibodové stupnice. 0 – znamenala, že se respondenti s daným problémem v profesi nesetkávají, 1 – znamenala, že je daný problém nezatěžuje a bod 2 znamenal mírnou zátěž, ta se stupňovala do bodu 5, který znamenal zátěž extrémní. 8. otázka se týká příčiny psychosociální pracovní zátěže. Poslední 2 otázky tedy 9. a 10. se vztahují k vzdělávacím akcím.

Při tvorbě dotazníků jsem se snažila otázky formulovat jasně a srozumitelně, aby nedocházelo k záměně smyslu otázky a následně k neadekvátním odpovědím.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

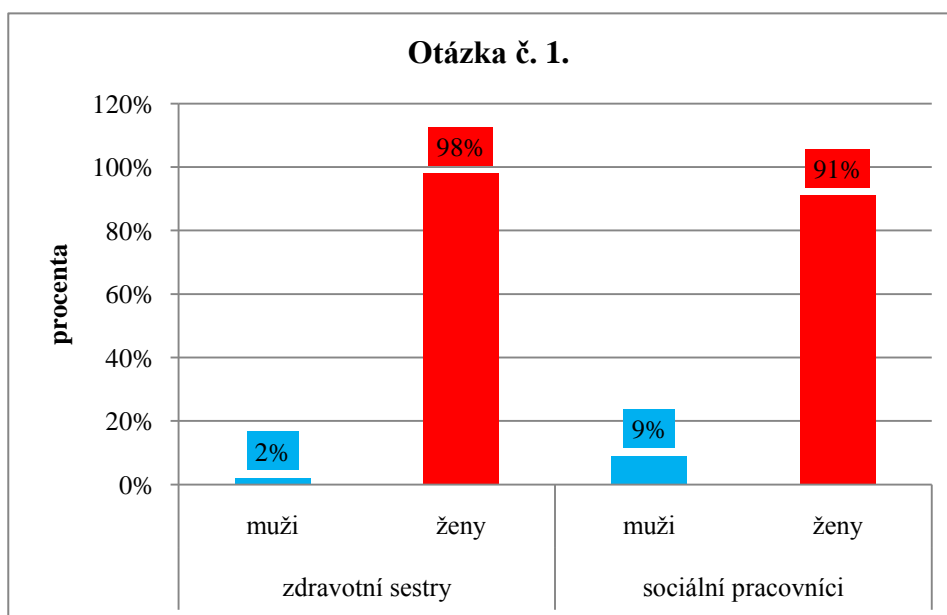
Výzkumný vzorek byl zaměřen na dva okruhy profesí. Na zdravotní sestry a na sociální pracovníky. Výzkum probíhal v Jihomoravském kraji ve městě Znojmo. Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků, tj. 100%. Z toho 50 dotazníků bylo rozdáno zdravotním sestřím z nemocnice Znojmo. Dalších 50 dotazníků bylo rozdáno sociálním pracovníkům na Městský úřad Znojmo - odbor sociálních věcí a zdravotnictví a do Centra sociálních služeb Znojmo. Při kontaktování ředitelů, jejich zástupců či jiných vedoucích pracovníků z oslovených organizací jsem se v žádném z případu nesetkala s neochotou nebo odmítnutím při prosbě o možnost provést šetření se zaměstnanci.

Zdravotní sestry navrátily všech 50 dotazníků, bohužel 3 z nich nebyly vůbec vyplněny a zbylé 2 byly vyplněny pouze částečně. Nešlo je tedy ve výzkumu použít. Sociální pracovníci vrátili 45 dotazníků. Celková návratnost je 95 dotazníků, tedy 95% návratnost. Z toho 5 jak jsem již zmínila nelze použít. Celkem bylo ke zpracování práce použito 90 dotazníků.

4. VÝSLEDKY VÝZKUMU

V této části bakalářské práce popisují výsledky samotného výzkumu. Výsledky, které jsou vyjádřeny v procentech, prezentují pomocí grafu. Grafy odpovídají jednotlivým otázkám dotazníku. Otázky jsou řazeny tak, jako v dotazníku. Zdrojem všech dotazníků je vlastní zdroj.

Graf č. 1. Pohlaví respondentů



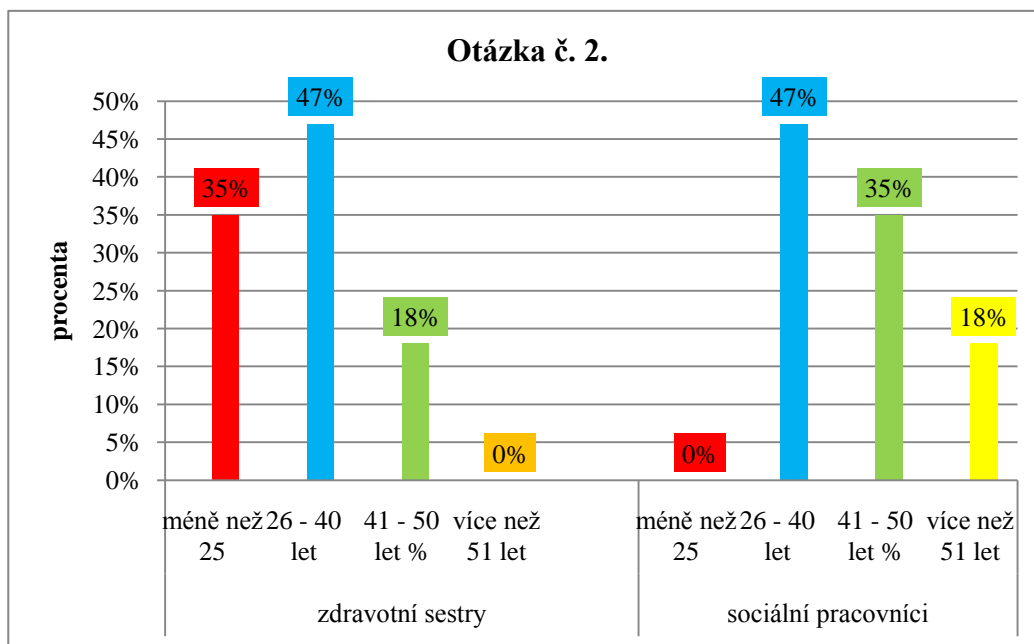
Zdroj: vlastní

Graf č. 1. znázorňuje pohlaví dotazovaných respondentů

Ze 45 zdravotních sester tedy (100%) je 44 žen (98%) a 1 muž (2%)

Ze 45 sociálních pracovníků tedy (100%) je 41 (91%) a 4 muži (9%)

Graf č. 2. Věk respondentů



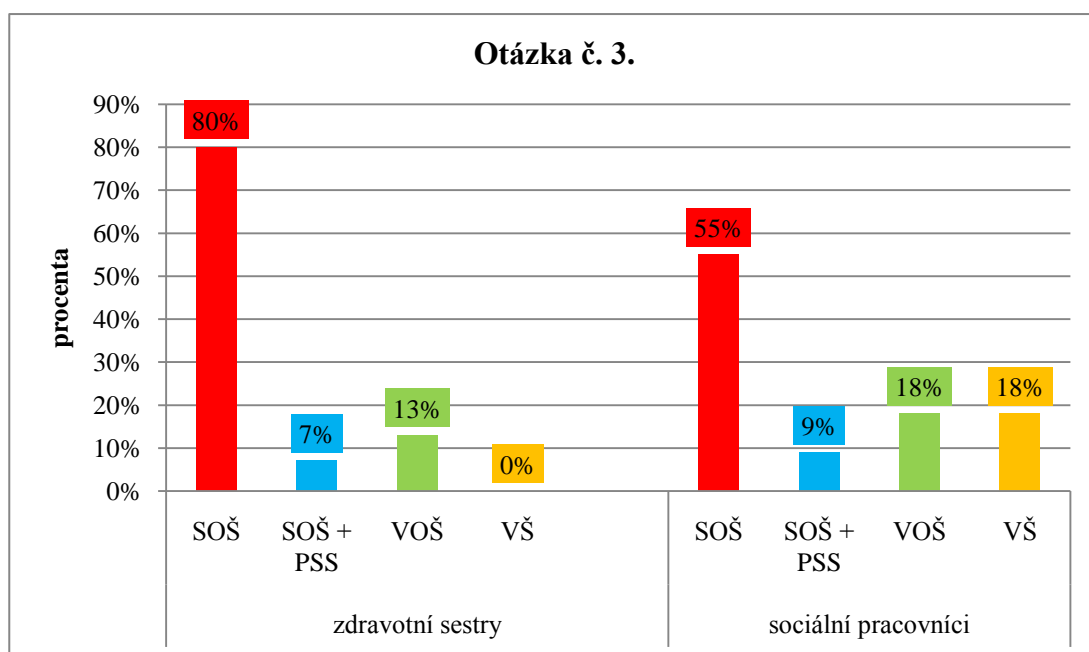
Zdroj: vlastní

Graf č. 2 znázorňuje věk respondentů.

Největší věkovou skupinu u zdravotních sester i u sociálních pracovníků tvoří věk od 26 let do 40 let, tuto skupinu tvoří 47% tedy 21 zdravotních sester i 21 sociálních pracovníků. Věkovou skupinu méně jak 25 let uvádí 16 (35%) zdravotních sester. U sociálních pracovníků není tato skupina zastoupena. Další věkovou skupinou je věk od 41 – 50 let tuto skupinu tvoří 8 (18%) zdravotních sester a 16 (35%) sociálních

pracovníků. Poslední věkovou skupinou je věk od 51 let výše, tuto skupinu zastupuje u vybraných respondentů pouze 8 (18%) sociálních pracovníků. Zdravotní sestry v této věkové kategorii nejsou zastoupeny. Průměrný věk zdravotních sester je 31,7 let. Průměrný věk sociálních pracovníků je 41,6 let.

Graf č. 3. Nejvyšší dosažené vzdělání



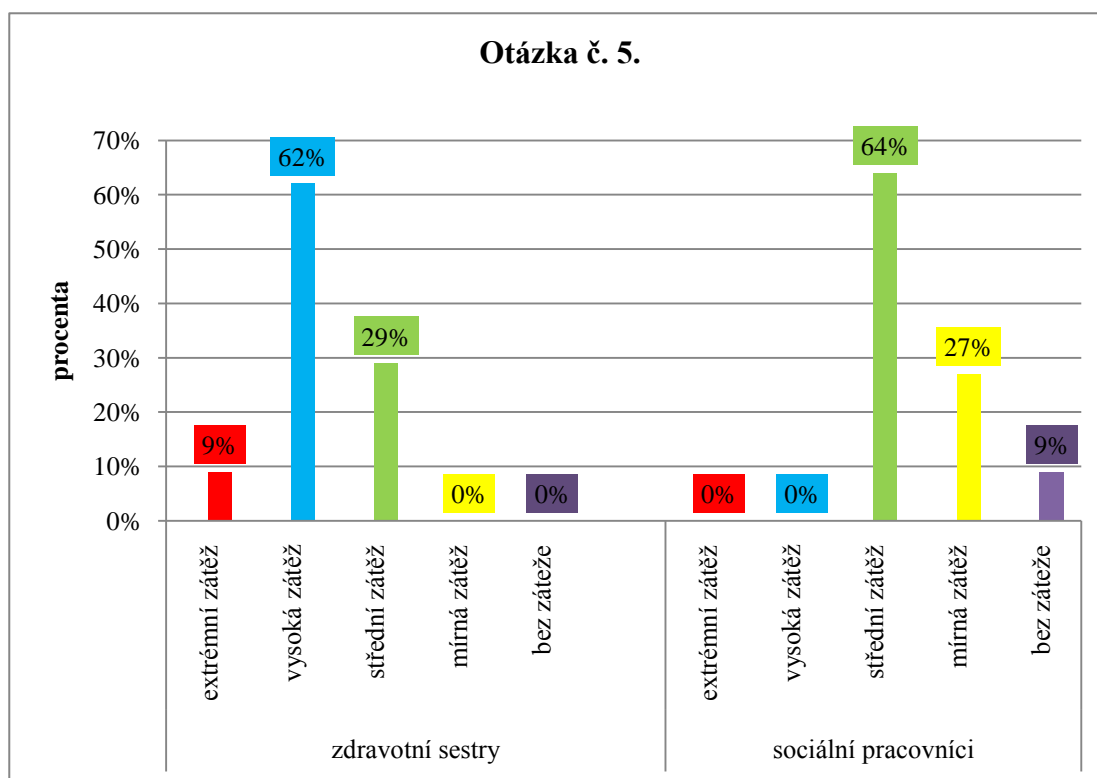
Zdroj: vlastní

Graf č. 3 znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.

36 zdravotních sester tedy 80% jsou absolventkami SOŠ, tento typ vzdělání zastupuje také 25 (55%) sociálních pracovníků. Vzdělání SOŠ + PSS zastupují 3 (7%) zdravotní sestry a 4 (9%) sociální pracovníci. Další skupinou dosaženého vzdělání jsou VOŠ, tento typ vzdělání zastupuje 6 (13%) zdravotních sester a 8 (18%) sociálních

pracovníků. Poslední skupinou je vysokoškolské vzdělání, které uvádí jen 8 (18%) sociálních pracovníků. Zdravotní sestry tento typ vzdělání nezastupují.

Graf č. 4. Odpověď na otázku: „Jak prožíváte působení své profese?“

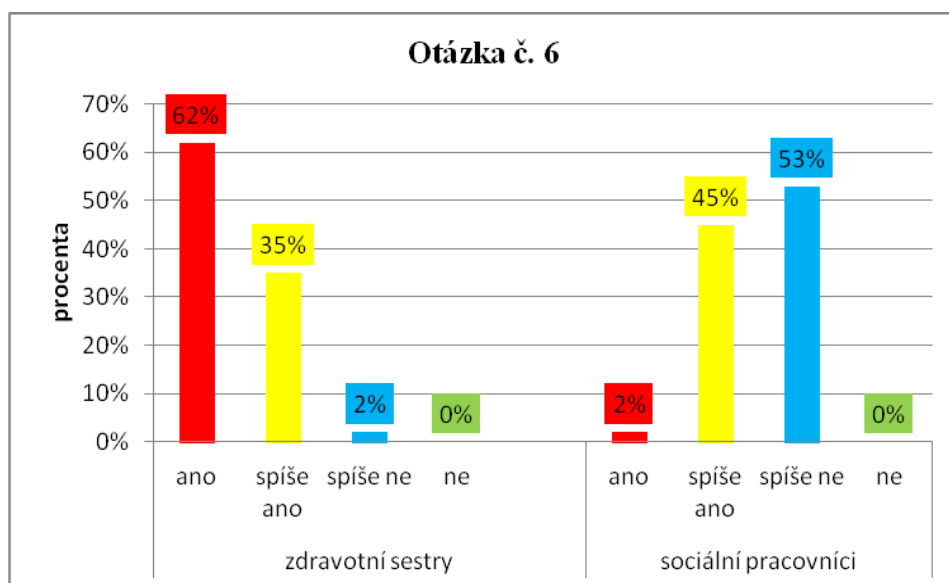


Zdroj: vlastní

Graf č. 4 znázorňuje, jak vybrané profese pociťují zátěž při své práci.

Zdravotní sestry uvádí v 62% svoji profesi za vysoce zatěžující, v 9% jako extrémně zatěžující a v 29% za středně zatěžující. Sociální pracovníci stupeň extrémní i vysoké zátěže nevyužili. Uvádí střední zátěž, a to v 64%, mírnou zátěž ve 27%. 9% sociálních pracovníků označilo svoji profesi bez zátěže.

Graf č. 5. Odpověď na otázku: „Myslíte si, že je Vaše profese velmi náročná?“



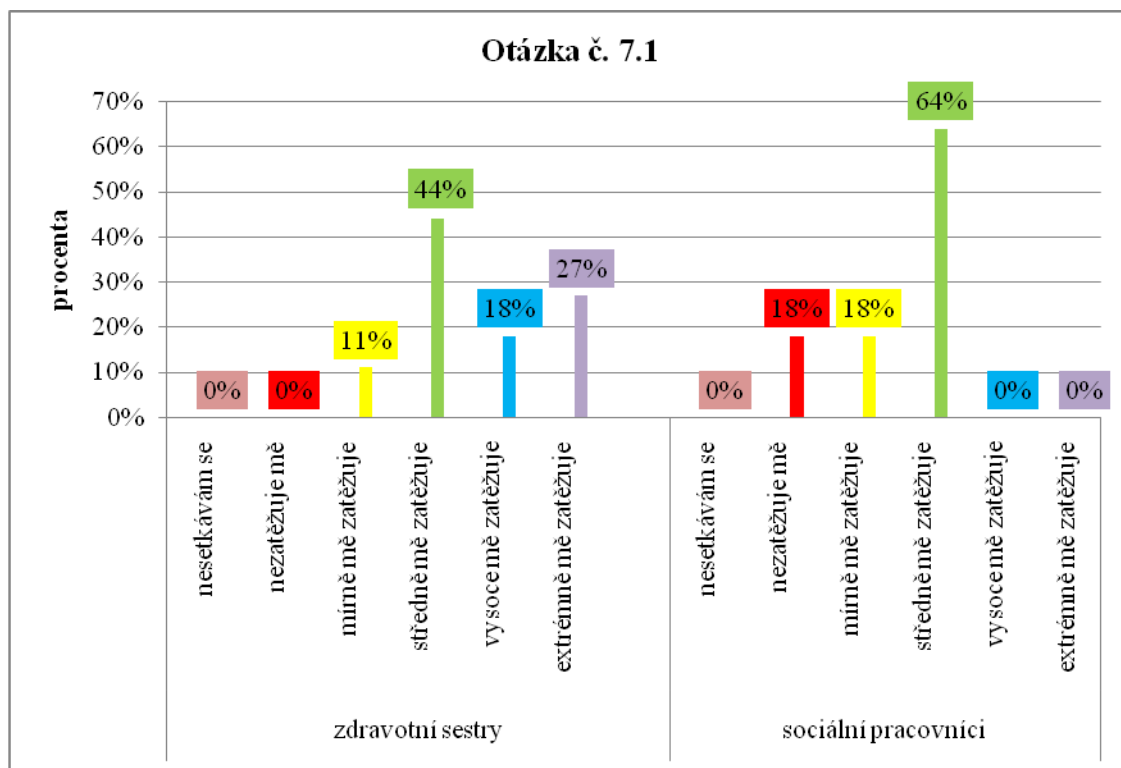
Zdroj: vlastní

Graf č. 5 znázorňuje, zda respondenti považují svoji profesi za velmi náročnou.

Jednoznačnou odpověď ano, označilo 62% zdravotních sester a 2% sociálních pracovníků. Spíše ano odpovědělo 35% zdravotních sester a 45% sociálních pracovníků.

pracovníků. Odpověď spíše ne uvádí 2% zdravotních sester a 53% sociálních pracovníků. Odpověď ne nepoužili ani zdravotní sestry ani sociální pracovníci.

Graf č. 6. Plním své úkoly pod časovým tlakem

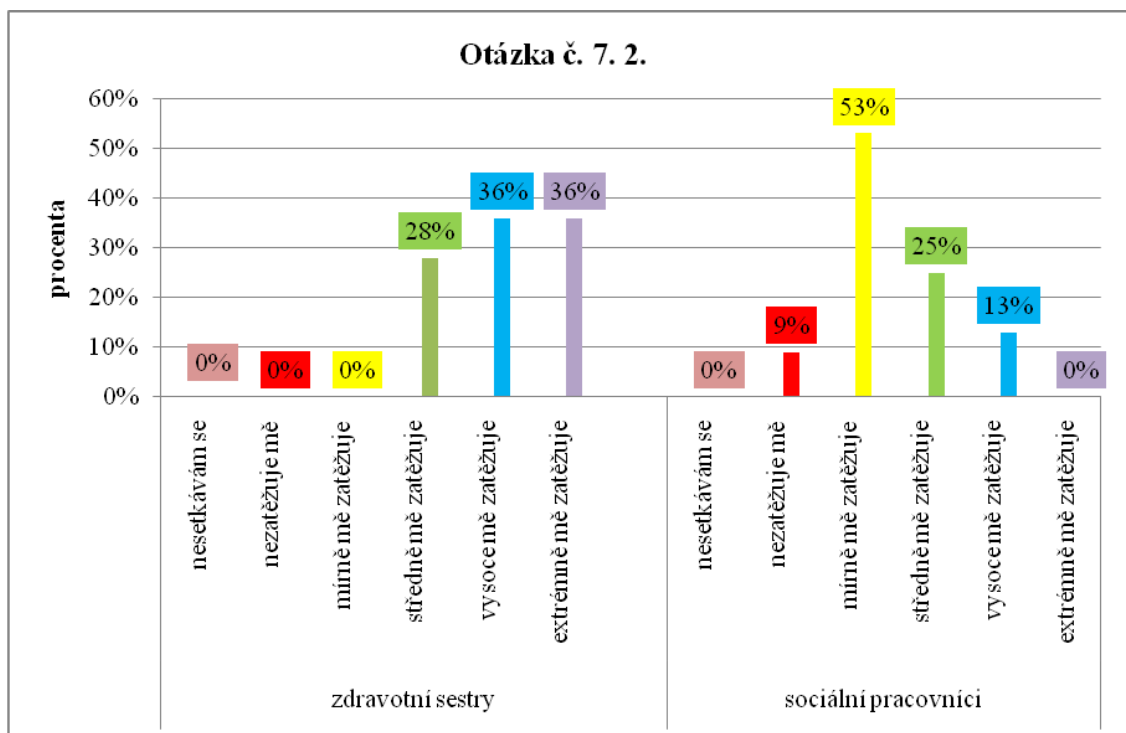


Zdroj: vlastní

Graf č. 6. znázorňuje, jak respondenty zatěžuje plnění úkolů pod časovým tlakem.

18% sociálních pracovníků tento problém nezatěžuje. Mírnou zátěž pociťuje 11% zdravotních sester a 18% sociálních pracovníků. Střední zátěž uvádí 44% zdravotních sester a 64% sociálních pracovníků. Vysokou zátěž uvádí 18% zdravotních sester. Extrémní zátěž označilo 27% zdravotních sester. Sociální pracovníci nepociťují vysokou ani extrémní zátěž spojenou s tímto problémem.

Graf č. 7. Mám velkou odpovědnost při práci

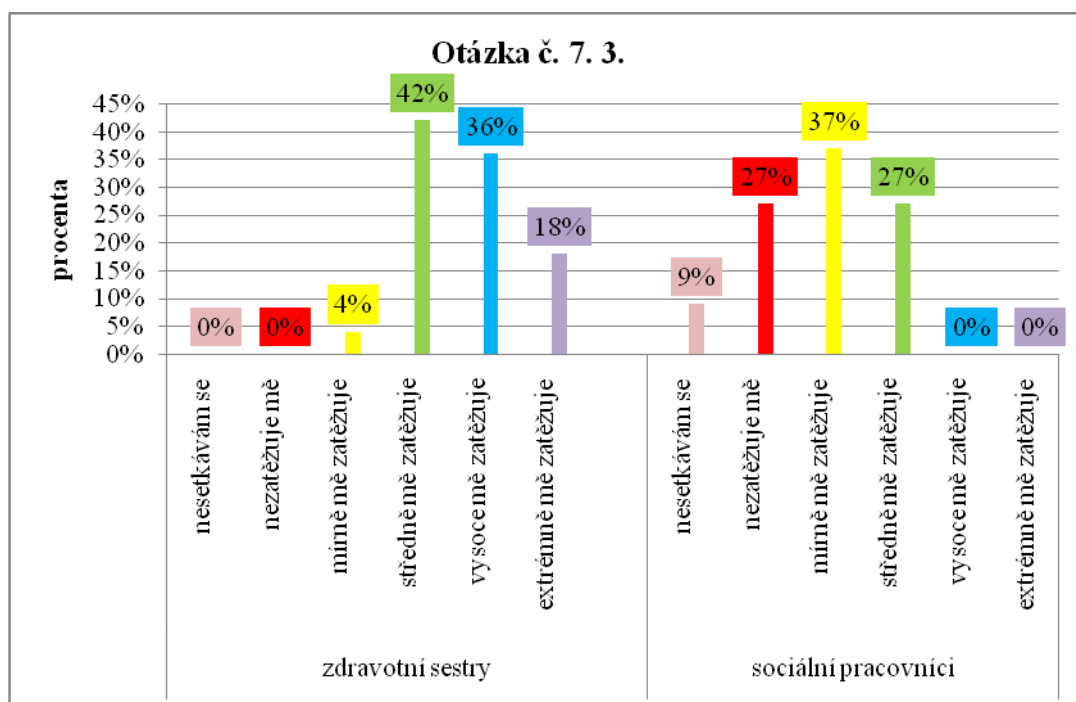


Zdroj: vlastní

Graf č. 7. znázorňuje, jak respondenty zatěžuje velká odpovědnost při své profesi.

9% sociálních pracovníků uvádí, že je zvýšená odpovědnost při práci nezatěžuje. Mírnou zátěž uvádí jen sociální pracovníci a to v 53%. Střední zátěž pociťuje 28% zdravotních sester a 25% sociálních pracovníků. Vysokou zátěž spojenou se zvýšenou odpovědností udává 36% zdravotních sester a 13% sociálních pracovníků. Extrémní zátěž pociťují pouze zdravotní sestry a to v 36%.

Graf č. 8. Jsem nedostatečně finančně ohodnocen (a).



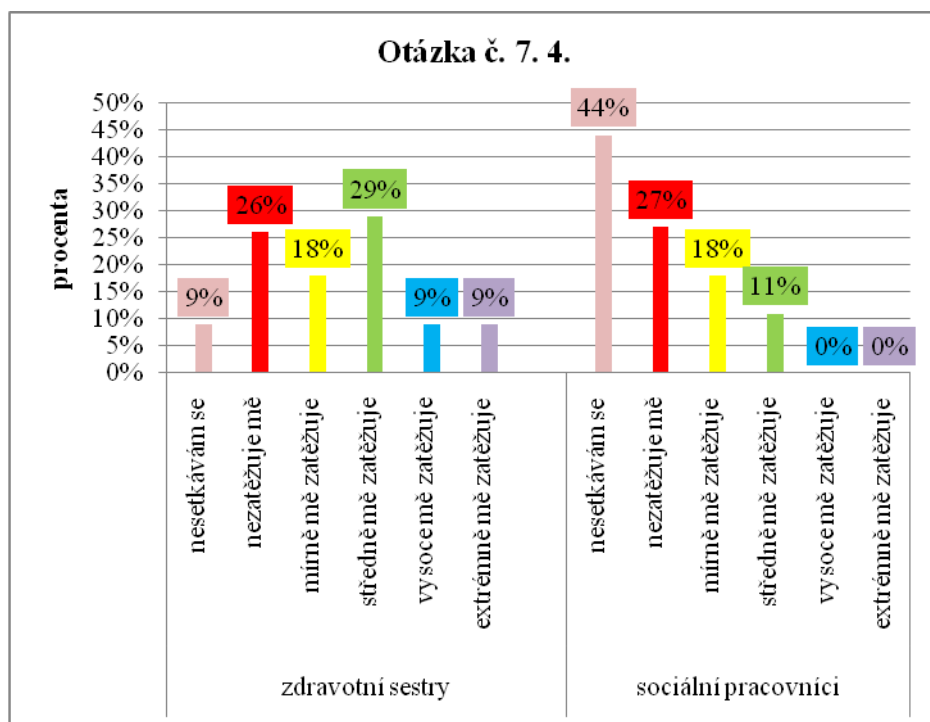
Zdroj: vlastní

Graf č. 8. znázorňuje, jak respondenty zatěžuje nedostatečné finanční ohodnocení a jestli se s daným problémem setkávají.

Sociální pracovníci uvádí v 9%, že se tímto problémem neseťkávají. 27% sociálních pracovníků tento problém nezatěžuje. Mírnou zátěž spojenou s tímto problémem

pociťují sociální pracovníci ve 37%, zdravotní sestry ve 4%. Střední zátěž uvádí 42% zdravotních sester a 37%. Vysokou zátěž uvádí jen zdravotní sestry a to ve 36%. Extrémní zátěž uvádí také jen zdravotní sestry, a to v 18%.

Graf č. 9. Zaškoluji nové pracovníky.



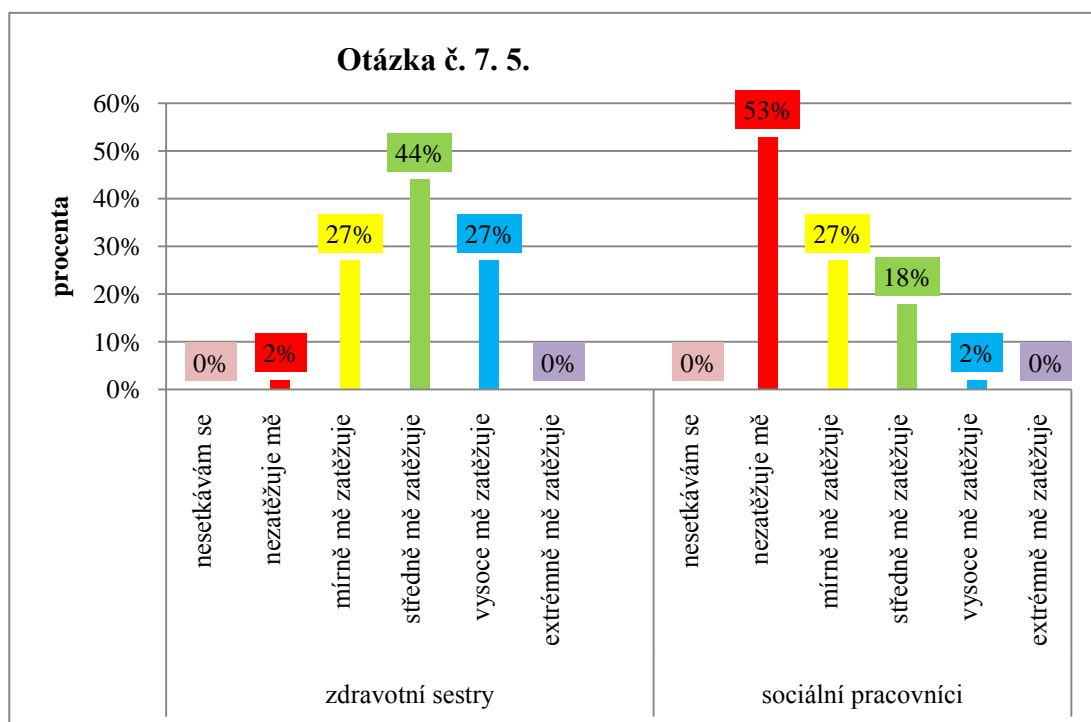
Zdroj: vlastní

Graf č. 9. znázorňuje, jak respondenty zatěžuje zaškolování nových pracovníků a zda se se zaškolováním ve své práci setkávají.

44% sociálních pracovníků a 9% zdravotních sester se se zaškolováním nového personálu nesetkává. 27% sociálních pracovníků a 26% zdravotních sester tento

problém nezatěžuje. Mírnou zátěž spojenou s tímto problémem pocítují sociální pracovníci i zdravotní sestry ve stejných procentech a to v 18%. Středně zatěžuje tento problém 11% sociálních pracovníků a 29 % zdravotních sester. Vysokou a extrémní zátěž uvádí jen zdravotní sestry a to v 9%.

Graf č. 10. Na pracovišti je nebezpečí infekce.



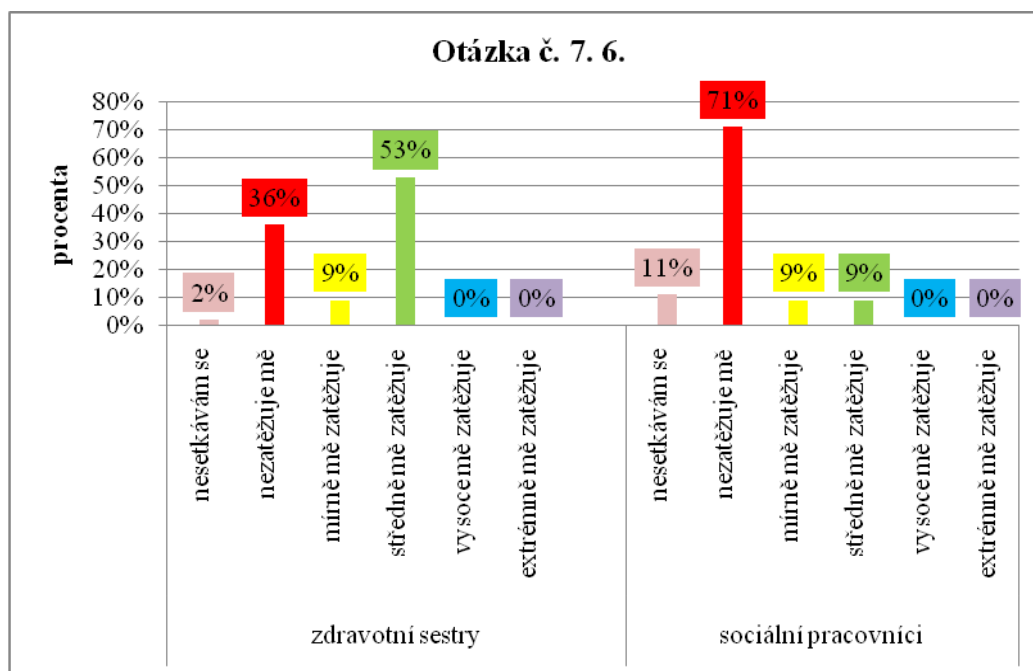
Zdroj: vlastní

Graf č. 10. znázorňuje, jak respondenty zatěžuje nebezpečí infekce.

53% sociálních pracovníků a 2% zdravotních sester tento problém nezatěžuje. Mírnou zátěž pocítují obě profese stejnou a to ve 27%. Střední zátěž spojenou s tímto problémem pocítuje 18% sociálních pracovníků a 44% zdravotních sester. Vysokou

zátěž udává 27% zdravotních sester a 2% sociálních pracovníků. Nebezpečí infekce na pracovišti nezpůsobuje ani zdravotním sestřám ani sociálním pracovníkům extrémní zátěž.

Graf č. 11. Komunikace s nadřízenými



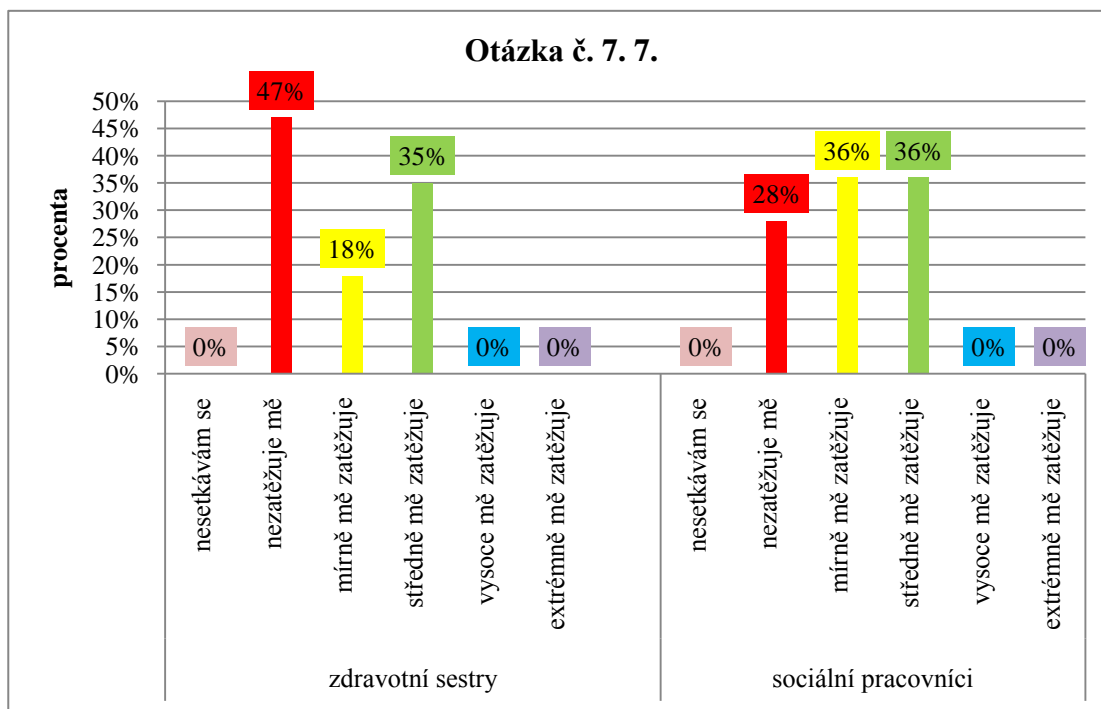
Zdroj: vlastní

Graf č. 11. znázorňuje, jak respondenty zatěžuje komunikace s nadřízenými.

2% zdravotních sester a 11% sociálních pracovníků se s tímto problémem neseťkává. 71% sociálních pracovníků a 36% zdravotních sester komunikace s nadřízeným nezatěžuje. Mírnou zátěž označilo 9% sociálních pracovníků i zdravotních sester. Střední zátěž označilo 53% zdravotních sester a 9% sociálních pracovníků. Ani

zdravotním sestřám ani sociálním pracovníkům nepůsobí komunikace s nadřízeným vysokou ani extrémní zátěží.

Graf č. 12. Komunikace s klienty

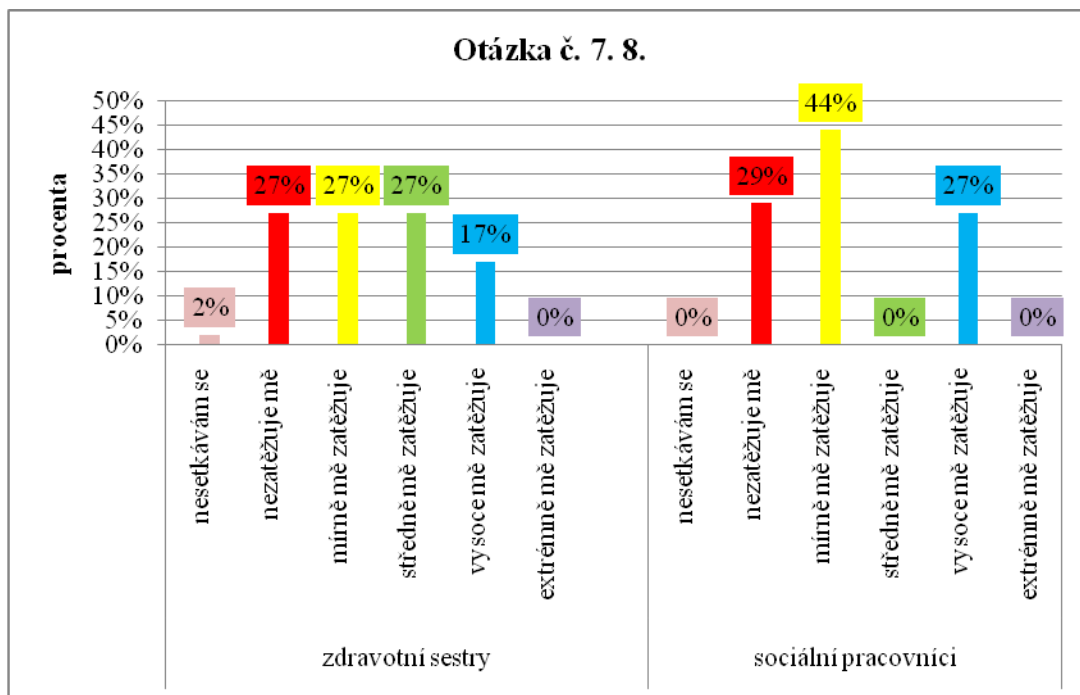


Zdroj: vlastní

Graf č. 12. znázorňuje, jak respondenty zatěžuje komunikace s klienty.

Komunikace s klienty nezatěžuje 47% zdravotních sester a 28% sociálních pracovníků. Mírnou zátěž pociťuje 18% zdravotních sester a 36% sociálních pracovníků. Střední zátěž označilo 35% zdravotních sester a 36% sociálních pracovníků. Vysokou ani extrémní zátěž neoznačil žádný respondent.

Graf č. 13. Komunikace s příbuznými klienta



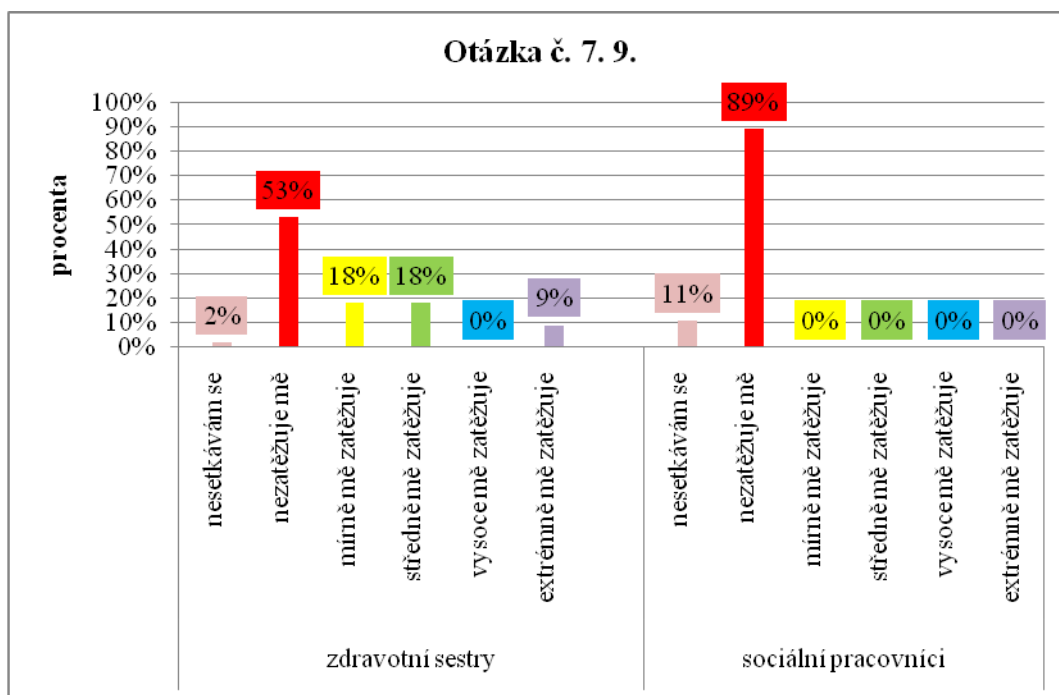
Zdroj: vlastní

Graf č. 13. znázorňuje, jak respondenty zatěžuje komunikace s příbuznými klienta.

2% zdravotních sester označila, že se nesetkalo s danou komunikací. 27% sester a 29% sociálních pracovníků komunikace s příbuznými klienta nezatěžuje. 27% sester a 44% sociálních pracovníků pociťuje při komunikaci s příbuznými klienta mírnou zátěž. Střední zátěž spojenou s uvedenou komunikací pociťuje 27% zdravotních sester a 0%

sociálních pracovníků. Vysokou zátěž udává 17% zdravotních sester a 27% sociálních pracovníků. Extrémní zátěž neudává žádný z respondentů.

Graf č. 14. Komunikace se spolupracovníky.



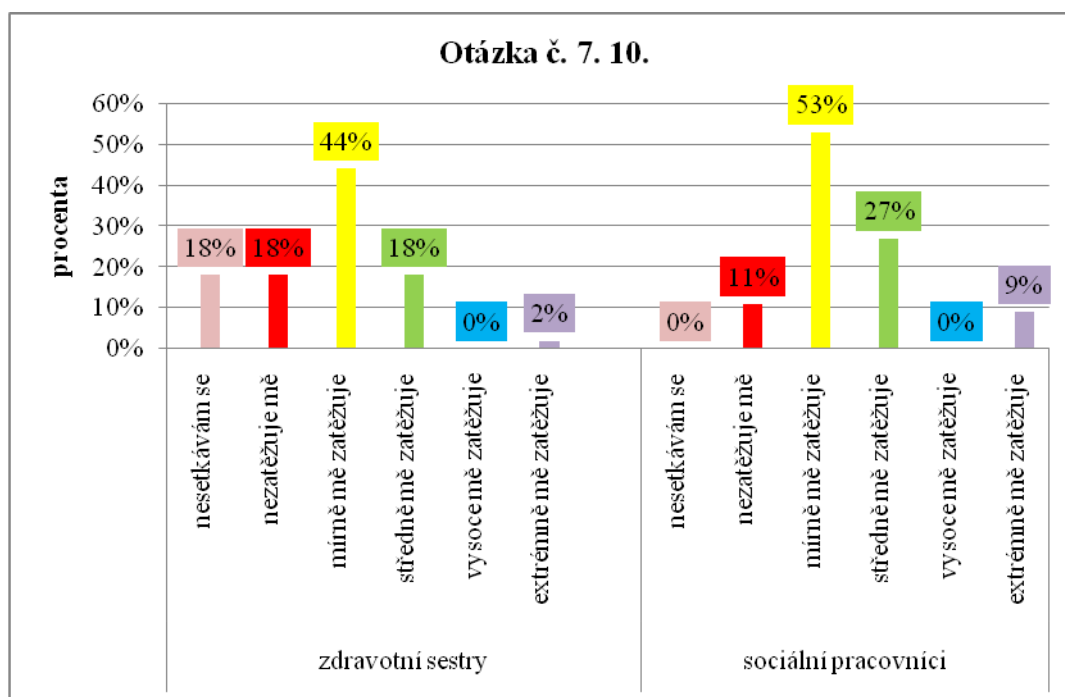
Zdroj: vlastní

Graf č. 14. znázorňuje, jak respondenty zatěžuje komunikace se spolupracovníky.

11% sociálních pracovníků a 2% zdravotních sester se při své profesi nesetkávají s danou komunikací. 89% sociálních pracovníků a 53% zdravotních sester uvádí, že je komunikace se spolupracovníky nezatěžuje. Mírnou zátěž i střední zátěž uvádí jen

zdravotní sestry, a to v obou případech v 18%. Vysokou zátěž neoznačil žádný z respondentů. Extrémní zátěž označily jen zdravotní sestry v 9% .

Graf č. 15. Dochází ke konfliktům s klienty.



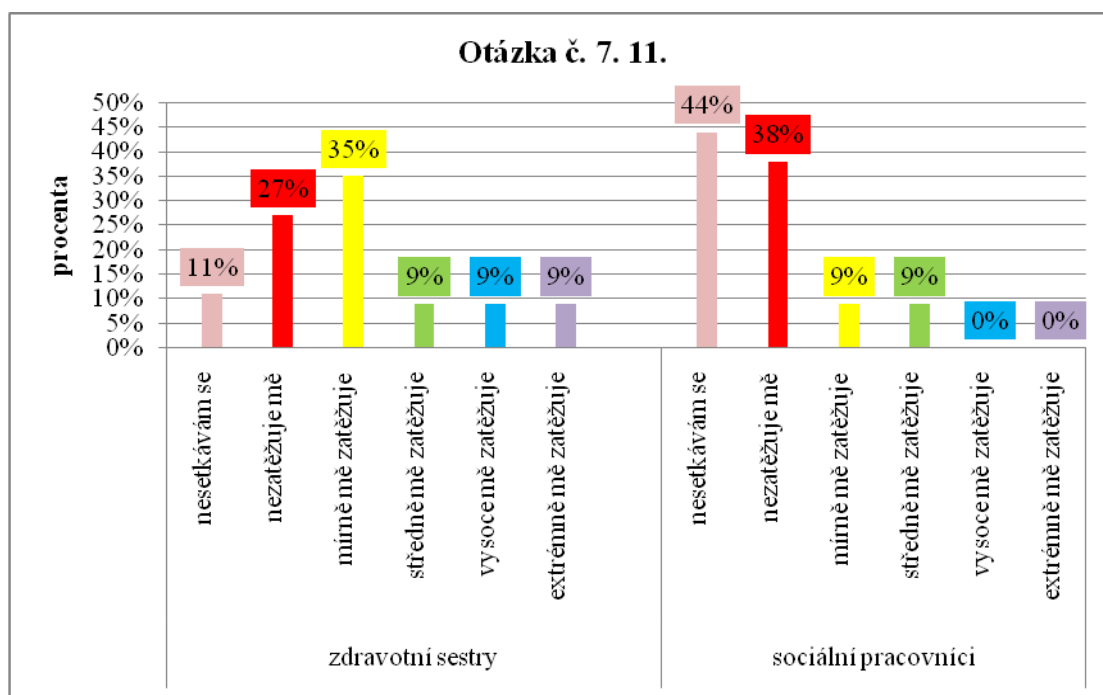
Zdroj: vlastní

Graf č. 15. znázorňuje, zda u respondentů dochází ke konfliktům s klienty a jak je tyto konflikty zatěžují.

Jen zdravotní sestry uvádí v 18%, že se s danými konflikty nesetkávají. 18% zdravotních sester a 11% sociálních pracovníků uvádí, že je uvedené konflikty

nezatěžují. Mírnou zátěž spojenou s těmito konflikty pociťuje 44% zdravotních sester a 53% sociálních pracovníků. 18% zdravotních sester a 27% sociálních pracovníků uvádí střední zátěž. Vysokou zátěž nepociťuje žádný z respondentů. Extrémní zátěž pociťují zdravotní sestry ve 2% a sociální pracovníci v 9%.

Graf č. 16. Dochází ke konfliktům se spolupracovníky.



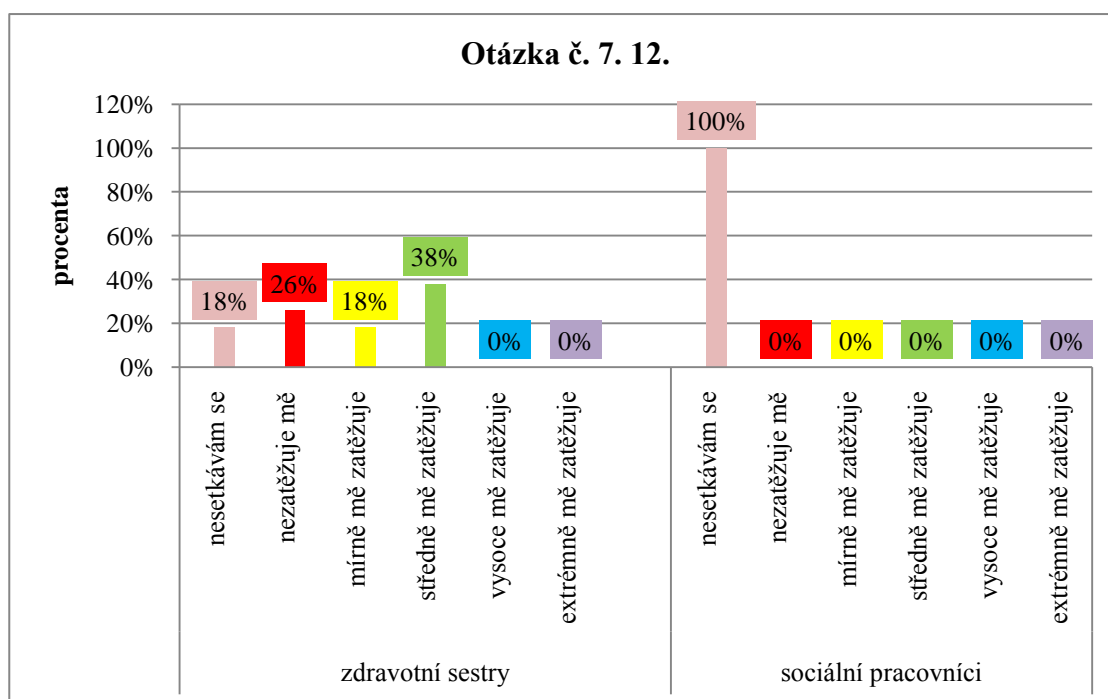
Zdroj: vlastní

Graf č. 16. znázorňuje, zda se respondenti setkávají na pracovišti s konflikty mezi spolupracovníky a jak je dané konflikty zatěžují.

11% zdravotních sester a 44% sociálních pracovníků se nesetkávají s danými konflikty. 27% zdravotních sester a 38% sociálních pracovníků uvádí, že je dané

konflikty nezatěžují. Mírnou zátěž pociťuje 35% zdravotních sester a 9% sociálních pracovníků. Střední zátěž uvádí obě profese v 9%. Vysokou i extrémní zátěž uvádí jen zdravotní sestry a to v 9%.

Graf č. 17. Péče o umírajícího.



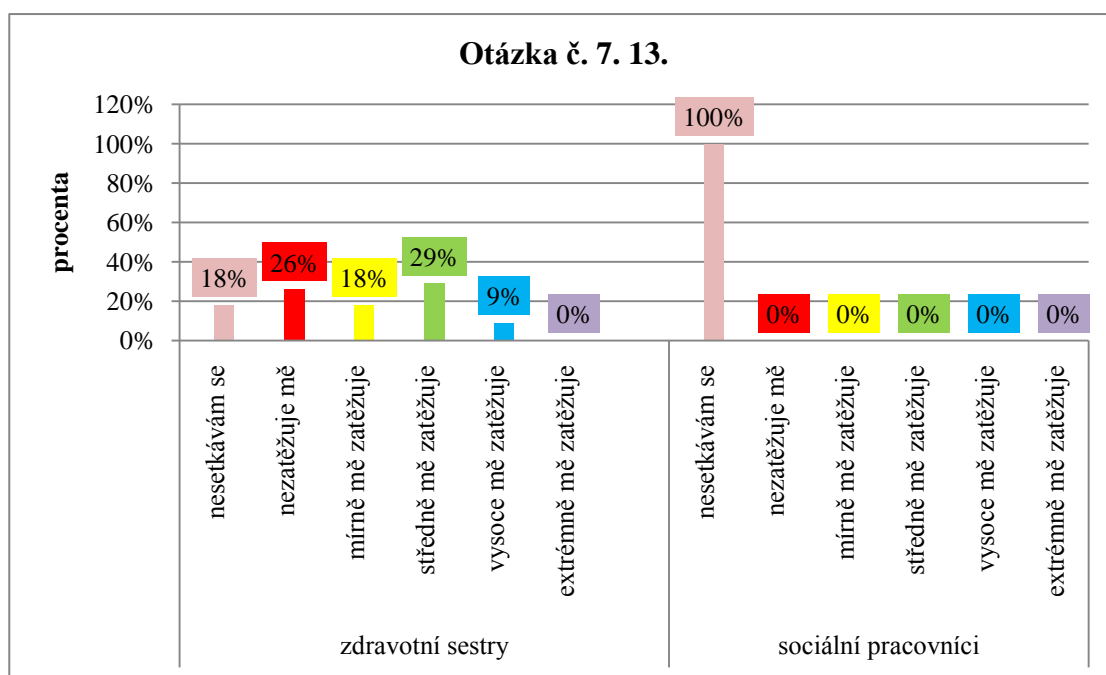
Zdroj: vlastní

Graf č. 17. nás informuje, zda se respondenti setkávají s péčí o umírajícího a jak je péče zatěžuje.

S péčí o umírajícího se setkávají jen zdravotní sestry. 18% zdravotních sester uvádí, že se s péčí o umírajícího nesetkává. 26% zdravotních sester uvádí, že je daný problém

nezatěžuje. 18% uvádí, že je péče o umírajícího zatěžuje mírně a 38% uvádí, že je péče o umírajícího zatěžuje středně. Vysokou a extrémní zátěž neuvedl žádný z respondentů.

Graf č. 18. Péče o zemřelého.



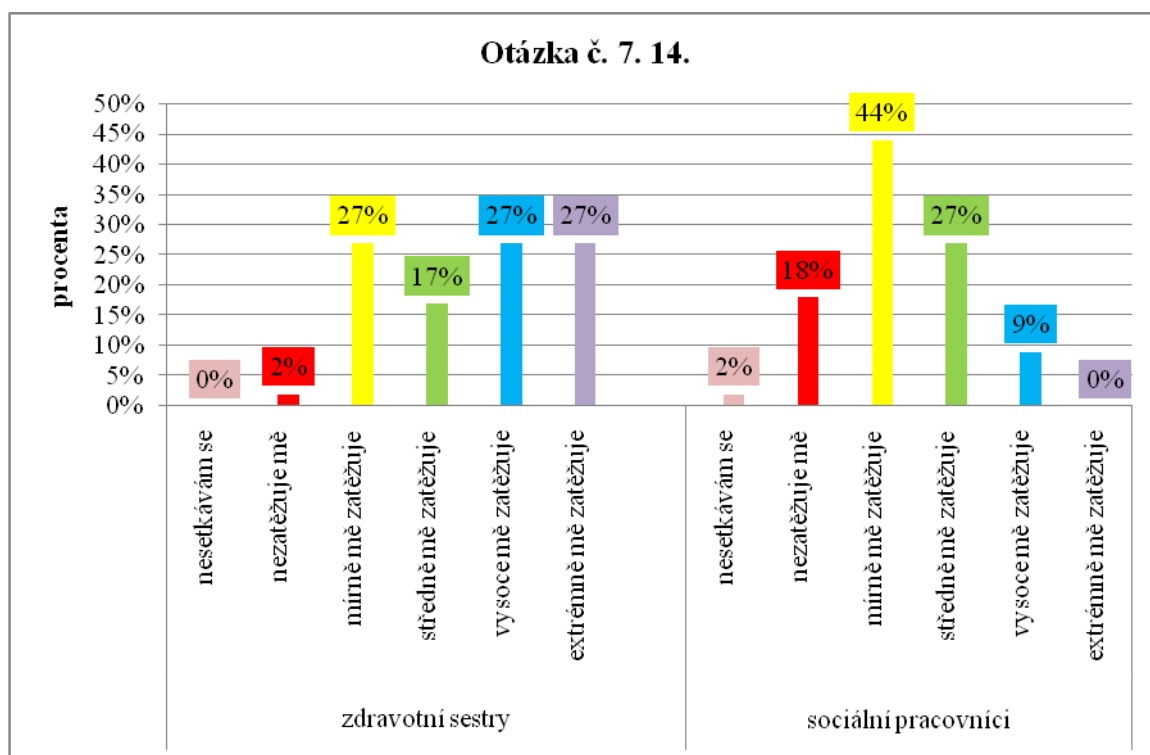
Zdroj: vlastní

Graf č. 18. znázorňuje, zda se respondenti setkávají s péčí o zemřelého a do jaké míry je zatěžuje.

S péčí o zemřelého se setkávají pouze zdravotní sestry, z toho 18% sester se s péčí o zemřelého nesetkává. 26% zdravotních sester péče o zemřelého nezatěžuje, Mírnou

zátěž udává 18%. Střední zátěž 29% a vysokou zátěž uvádí pouze 9% zdravotních sester. Extrémní zátěž neudává žádný z respondentů.

Graf č. 19. Nedostatek času na přímou práci s klientem.

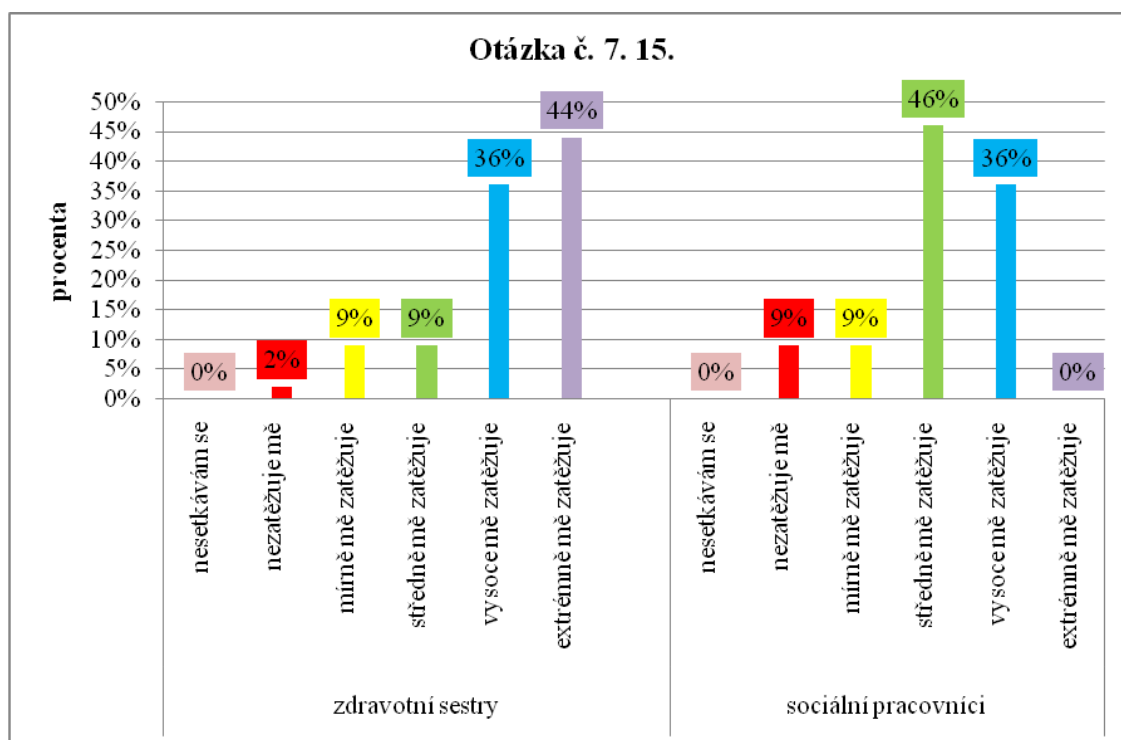


Zdroj: vlastní

Graf č. 19. znázorňuje, jak dané respondenty zatěžuje nedostatek času na přímou práci s klientem.

2% sociálních pracovníků se neseťkává s nedostatkem času. 2% zdravotních sester a 18% sociálních pracovníků nedostatek času nezatěžuje. Mírnou zátěž spojenou s nedostatkem času na přímou práci s klientem udává 27% zdravotních sester a 44% sociálních pracovníků. Střední zátěž uvádí 17% zdravotních sester a 27% sociálních pracovníků. Vysokou zátěž označilo 27% zdravotních sester a pouze 9% sociálních pracovníků. Zdravotní sestry uvádí ve 27% extrémní zátěž spojenou s nedostatkem času na přímou práci s klientem.

Graf č. 20. Práce je spojena s množstvím administrativy.

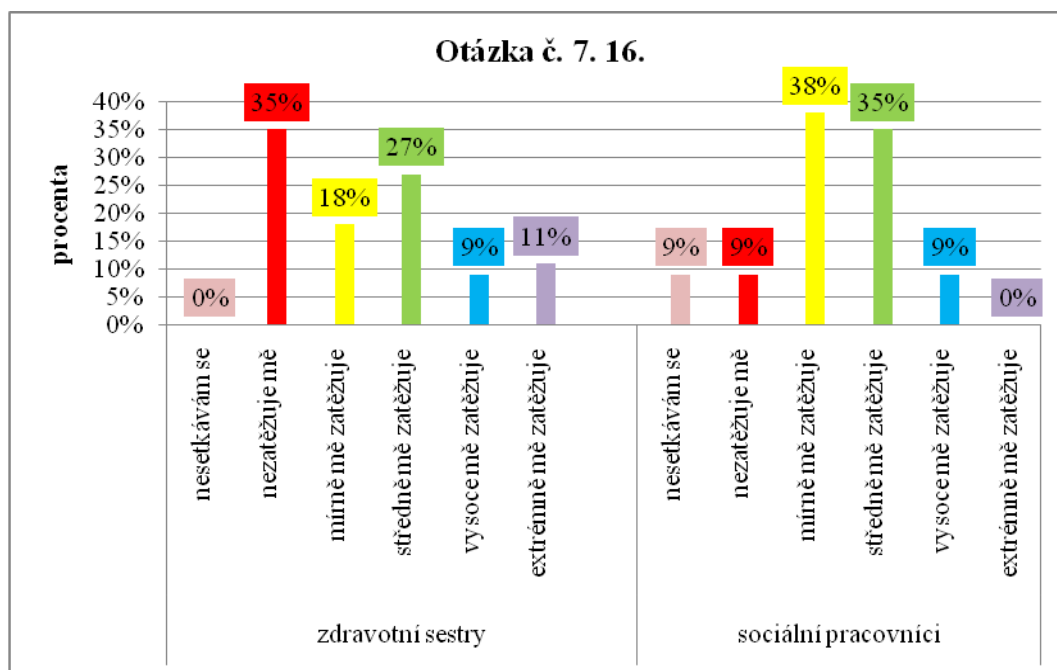


Zdroj: vlastní

Graf č. 20. znázorňuje, jak respondenty zatěžuje přílišná administrativa.

Žádná z profesí neudává, že by se u nich daný problém nevyskytoval. Pouhé 2% zdravotních sester a 9% sociálních pracovníků daný problém nezatěžuje. Mírnou zátěž pociťují obě profese v 9%. Střední zátěž uvádí 9% zdravotních sester a 46% sociálních pracovníků. Vysokou zátěž uvádí obě profese ve 36%. Zdravotní sestry uvádí extrémní zátěž ve 44% , sociální pracovníci tento stupeň zátěže neuvádí.

Graf č. 21. Příliš často se mění zákony.

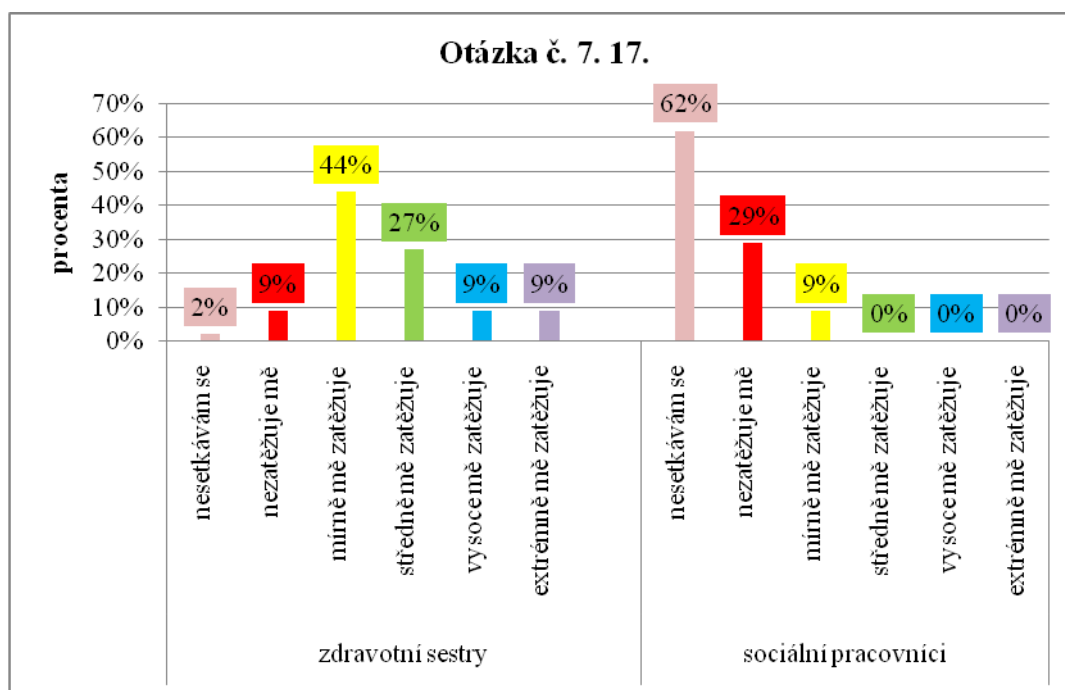


Zdroj: vlastní

Graf č. 21. znázorňuje, jak respondenty zatěžuje častá změna zákonů.

9% sociálních pracovníků uvádí, že se s tímto problémem neseťkává. 35% zdravotních sester a 9% sociálních pracovníků uvádí, že je častá změna zákonů nezatěžuje. 18% zdravotních sester a 38% sociálních pracovníků uvádí mírnou zátěž. 27% zdravotních sester a 35% sociálních pracovníků uvádí střední zátěž. Vysokou zátěž uvádí obě profese v 9%. Extrémní zátěž pocítují pouze zdravotní sestry, a to v 11%.

Graf č. 22. Pracovní kolektiv není dobrý.

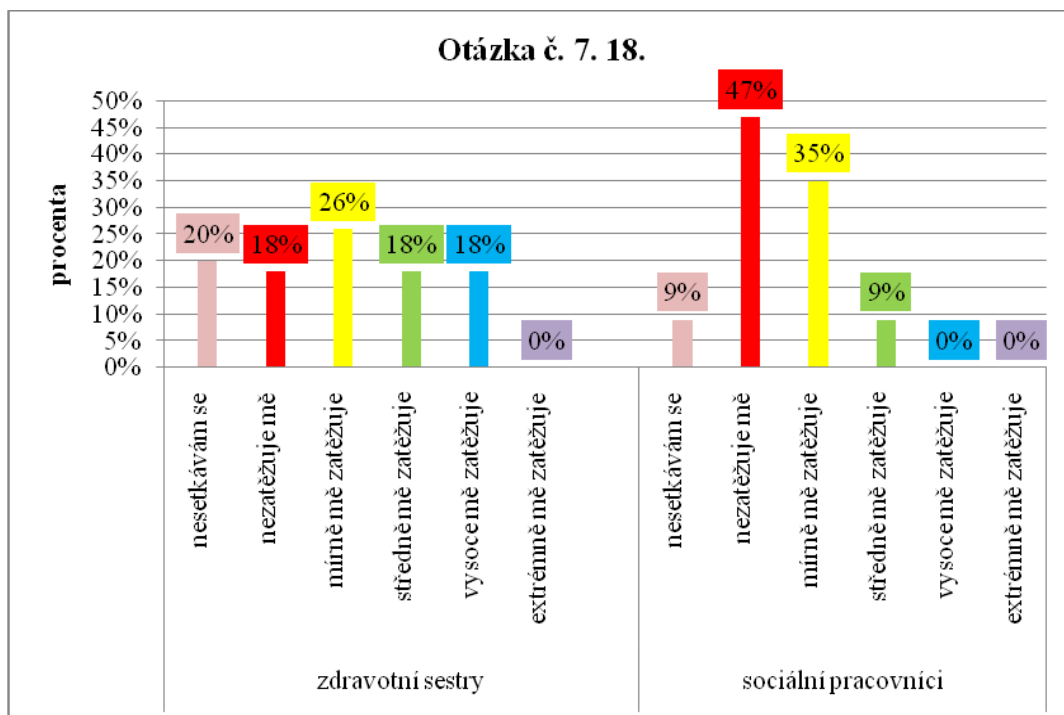


Zdroj: vlastní

Graf č. 22. znázorňuje, jestli se respondenti setkávají se špatným pracovním kolektivem a do jaké míry je zatěžuje.

62% sociálních pracovníků a pouze 2% zdravotních sester uvádí, že se se špatným pracovním kolektivem nesetkávají. 29% sociálních pracovníků a 9% zdravotních sester uvádí, že je špatný pracovní kolektiv nezatěžuje. 44% zdravotních sester a 9% sociálních pracovníků uvádí mírnou zátěž. Sociální pracovníci neuvádí střední, vysokou ani extrémní zátěž oproti zdravotním sestřám. Ty uvádí střední zátěž ve 27%, vysokou zátěž v 9% a extrémní také v 9%.

Graf č. 23. Nevidím výsledky své práce.

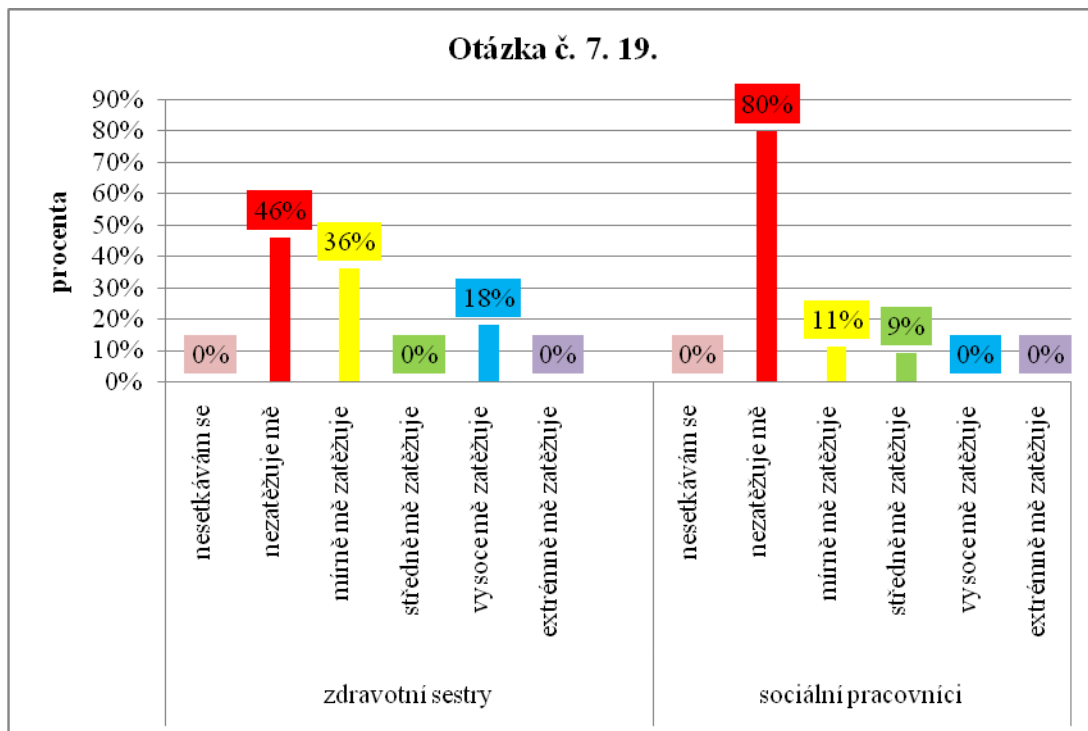


Zdroj: vlastní

Graf č. 23. znázorňuje, zda respondenty zatěžuje, že nevidí výsledky své práce.

20% zdravotních sester a 9% sociálních pracovníků uvádí, že se u nich tento problém nevyskytuje. 18% zdravotních sester a 47% sociálních pracovníků uvádí, že je daný problém nezatěžuje. 26% zdravotních sester a 35% sociálních pracovníků pocítuje mírnou zátěž spojenou s daným problémem. 18% zdravotních sester a 9% sociálních pracovníků uvádí střední zátěž. Vysokou zátěž spojenou s tímto problémem uvádí jen zdravotní sestry a to v 18%. Extrémní zátěž neuvádí žádný z respondentů.

Graf č. 24. Spolupráce s jinými institucemi.

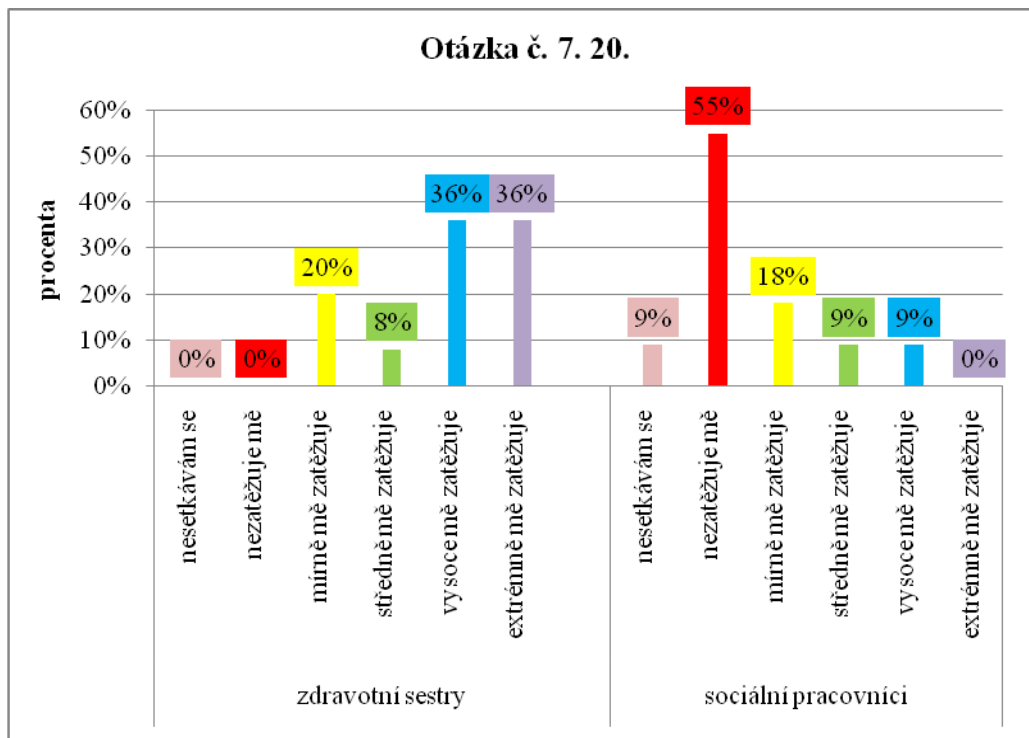


Zdroj: vlastní

Graf č. 24. znázorňuje zátěž vzniklou při spolupráci s jinými institucemi.

46% zdravotních sester a 80% sociálních pracovníků uvádí, že je daný problém nezatěžuje. 36% zdravotních sester a 11% sociálních pracovníků uvádí mírnou zátěž. Střední zátěž uvádí pouze sociální pracovníci a to v 9%. Vysokou zátěž uvádí jen zdravotní sestry a to v 18%. Extrémní zátěž neoznačil žádný respondent.

Graf č. 25. Spolupracovníků je nedostatek.

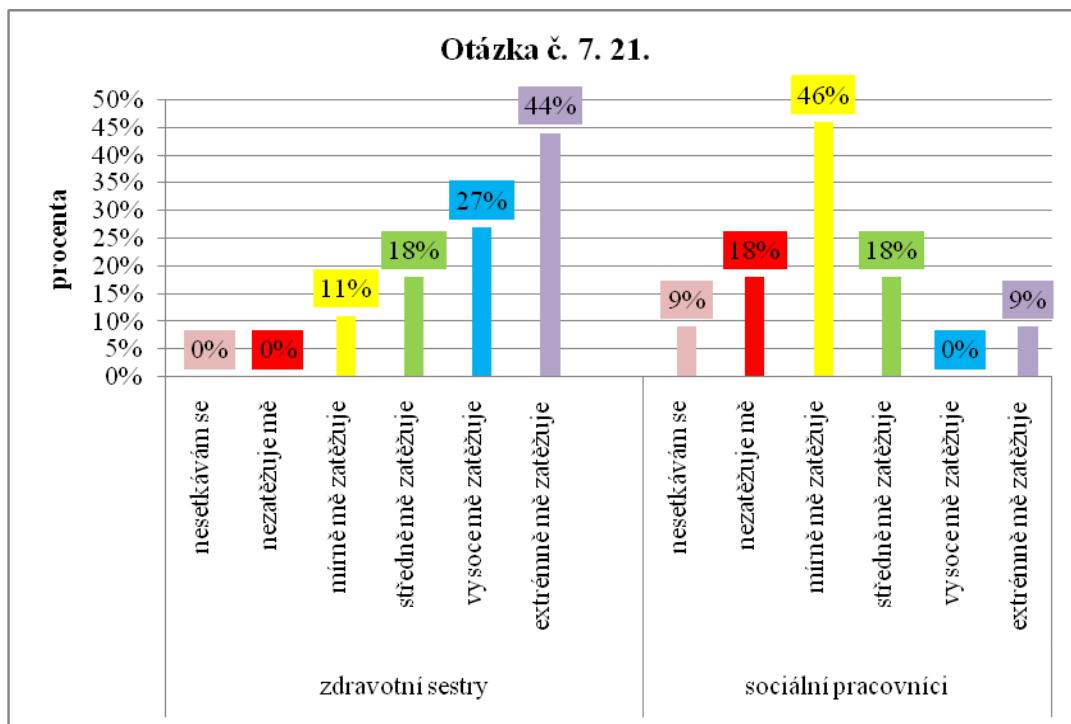


Zdroj: vlastní

Graf č. 25. znázorňuje, zda se respondenti setkávají s nedostatkem personálu a do jaké míry je to zatěžuje.

9% sociálních pracovníků uvádí, že se s nedostatkem personálu neseťkávají. 55% sociálních pracovníků uvádí, že je daný problém nezatěžuje, tuto odpověď nevyužila ani jedna zdravotní sestra. 20% zdravotních sester a 18% sociálních pracovníků uvedlo mírnou zátěž. Střední zátěž je uvedena v relativně stejných procentech, a to zdravotní sestry 8% a sociální pracovníci 9%. Vysokou zátěž uvedlo 36% a pouze 9% sociálních pracovníků. Extrémní zátěž uvádí jen zdravotní sestry, a to ve 36%.

Graf č. 26. Velký počet klientů na jednoho pracovníka.

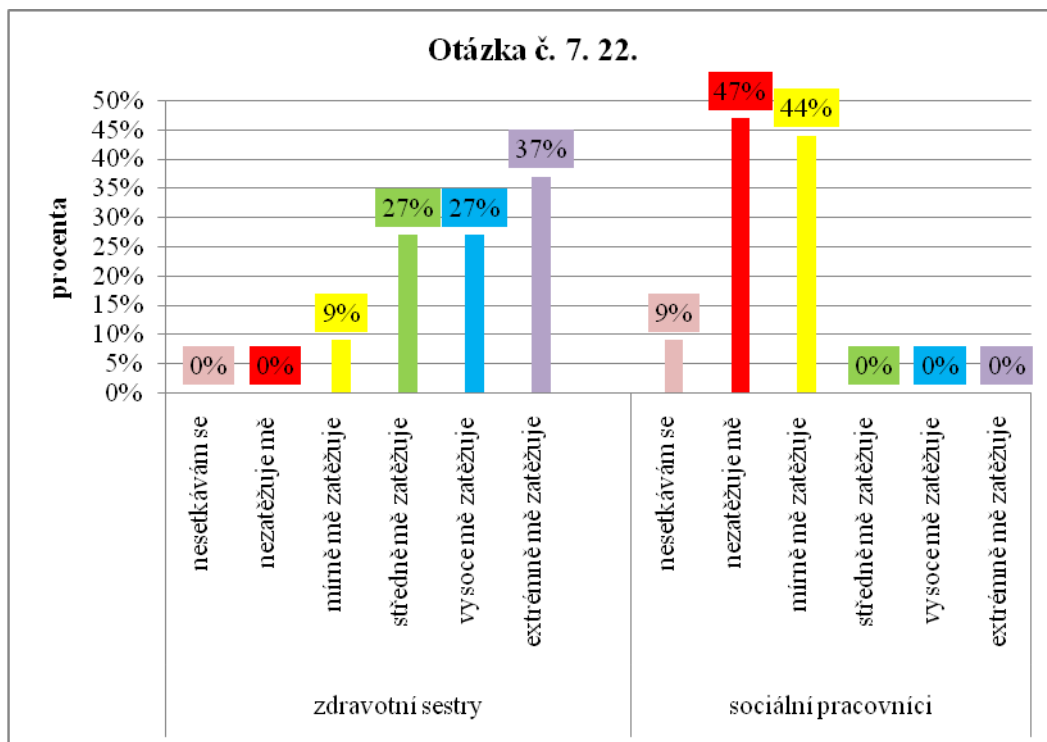


Zdroj: vlastní

Graf č. 26. znázorňuje, jak respondenty zatěžuje velký počet klientů na jednoho pracovníka.

9% sociálních pracovníků uvádí, že se s daným problémem nesetkávají. 18% sociálních pracovníků této problém nezatěžuje. Mírnou zátěž pociťuje 11% zdravotních sester a 46% sociálních pracovníků. Střední zátěž pociťují obě profese v 18%. Vysokou zátěž pociťují jen zdravotní sestry ve 27%. Extrémní zátěž uvádí 44% zdravotních sester oproti sociálním pracovníkům, kteří ji uvádí v 9%.

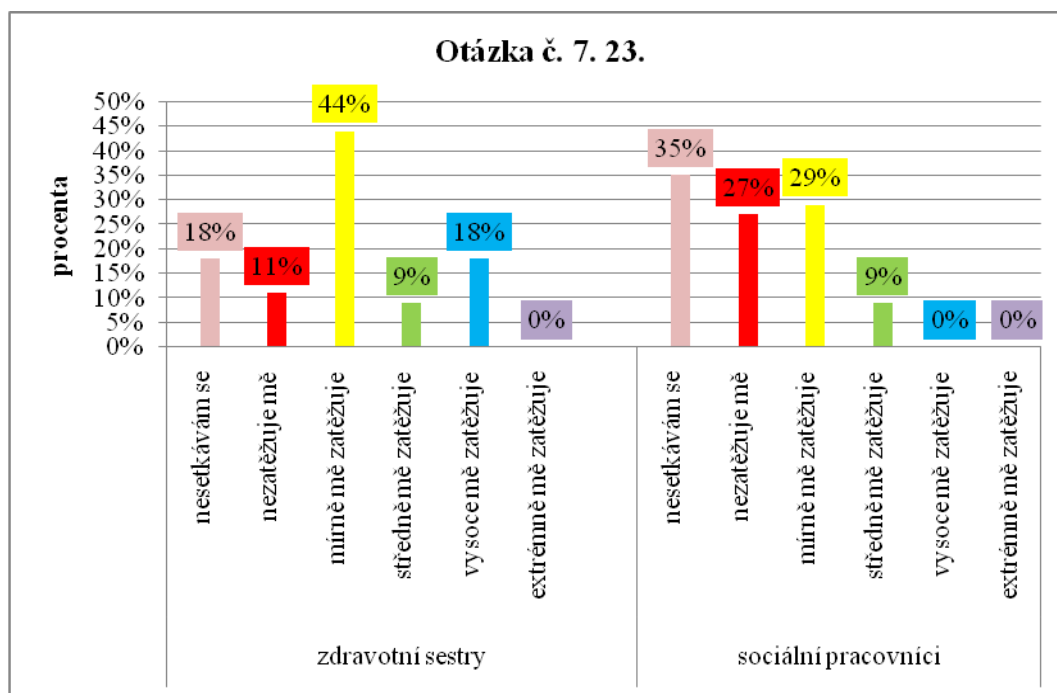
Graf č. 27. Nedostatečné vybavení pracovním materiálem.



Graf č. 27. znázorňuje, jak respondenty zatěžuje nedostatečné vybavení pracovním materiálem.

9% sociálních pracovníků uvádí, že se s daným problémem nesetkávají. 47% sociálních pracovníků tento problém nezatěžuje. Mírnou zátěž uvádí pouze 44% sociálních pracovníků oproti 9% zdravotních sester. Sociální pracovníci nepociťují střední, vysokou ani extrémní zátěž, tu můžeme vidět pouze u zdravotních sester. Střední zátěž i vysokou zátěž uvádí ve 27%. Extrémní zátěž uvádí ve 37%.

Graf č. 28. Je nutná práce přesčas.

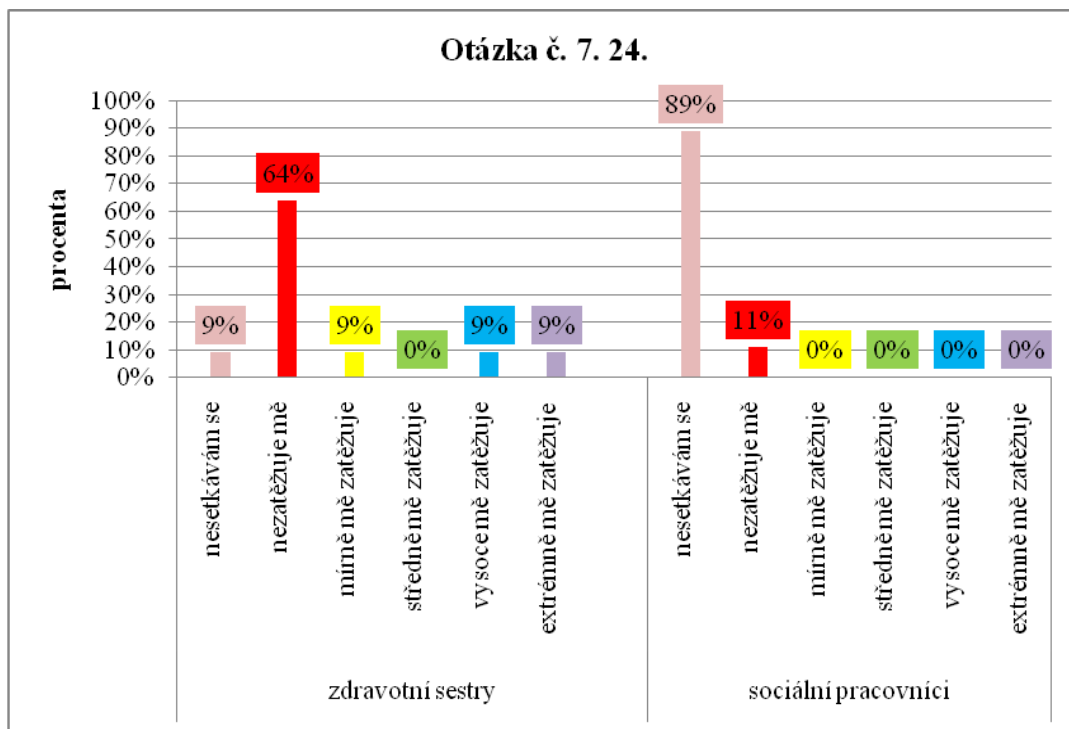


Zdroj: vlastní

Graf č. 28. znázorňuje, jestli se respondenti setkávají s prací přesčas a do jaké míry je zatěžuje.

35% sociálních pracovníků a 18% zdravotních uvádí, že se s prací přesčas nesetkávají. 27% sociálních pracovníků a 11% zdravotních sester uvádí, že je daný problém nezatěžuje. 44% zdravotních sester a 29% sociálních pracovníků uvádí mírnou zátěž. Střední zátěž uvádí v 9% obě profese. Práce přes čas působí 18% zdravotním sestřám vysokou zátěž. Sociální pracovníci vysokou zátěž neuvádí. Extrémní zátěž neoznačil žádný z respondentů.

Graf č. 29. Směnný provoz.

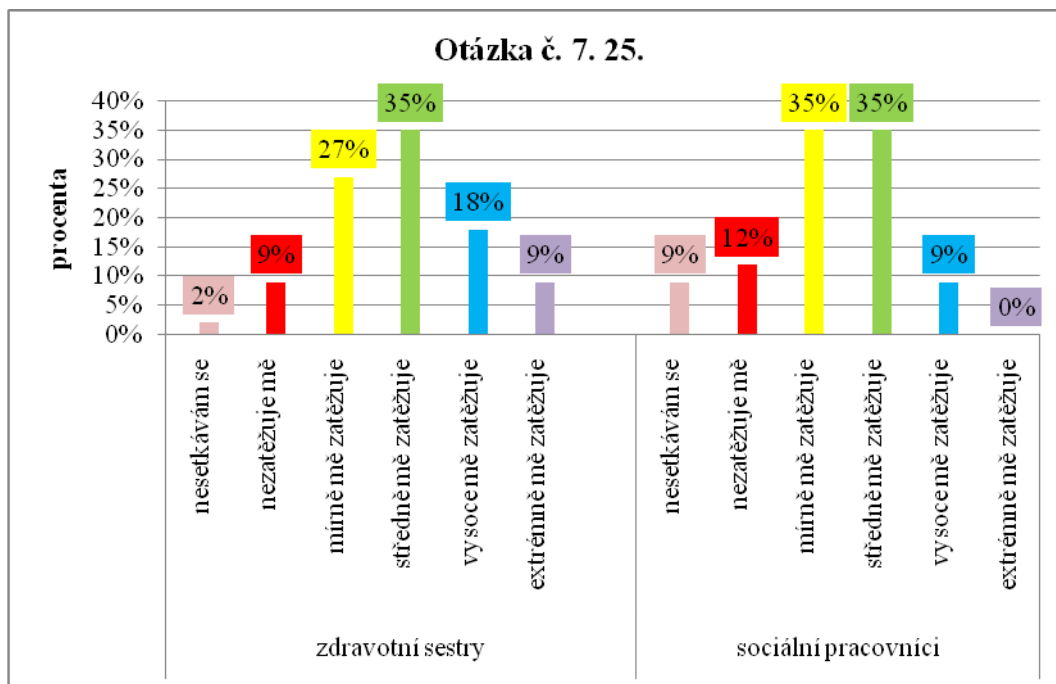


Zdroj: vlastní

Graf č. 29. znázorňuje, zda se respondenti setkávají se směnným provozem a jak je zatěžuje.

89% sociálních pracovníků a 9% zdravotních sester uvádí, že nepracují ve směnném provozu. 11% sociálních pracovníků a 64% zdravotních sester směnný provoz nezatěžuje. Žádný sociální pracovník neuvedl mírnou, střední, vysokou ani extrémní zátěž. Mírnou, vysokou a extrémní zátěž uvádí jen zdravotní sestry, a to ve všech uvedených stupních zátěže v 9%.

Graf č. 30. Rozhodování v časové tísní.

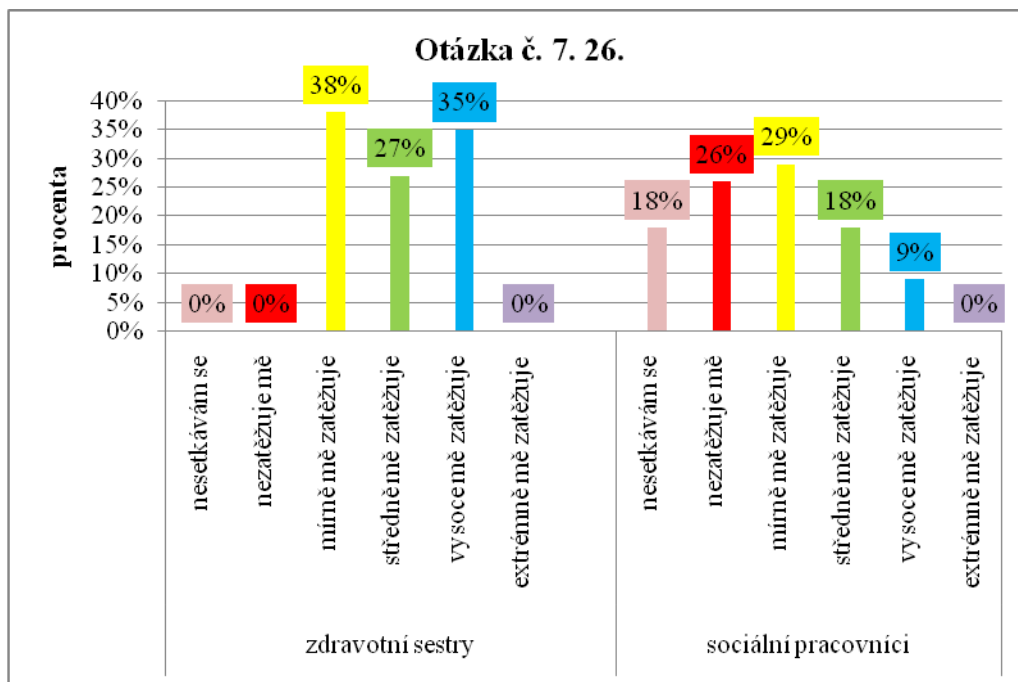


Zdroj: vlastní

Graf č. 30. znázorňuje, jestli se respondenti rozhodují v časové tísni a do jaké míry je to zatěžuje.

9% sociálních pracovníků a 2% zdravotních sester uvádí, že se s daným problémem nesetkávají. 12% sociálních pracovníků a 9% zdravotních sester uvádí, že je problém neztěžuje. Mírnou zátěž uvádí 35% sociálních pracovníků a 27% zdravotních sester. Střední zátěž pocítují obě profese v 35%. Vysokou zátěž uvádí 18% zdravotních sester a 9% sociálních pracovníků. Extrémní zátěž spojenou s daným problémem uvádí jen zdravotní sestry v 9%.

Graf č. 31. Práce doprovázená rušivými vlivy.

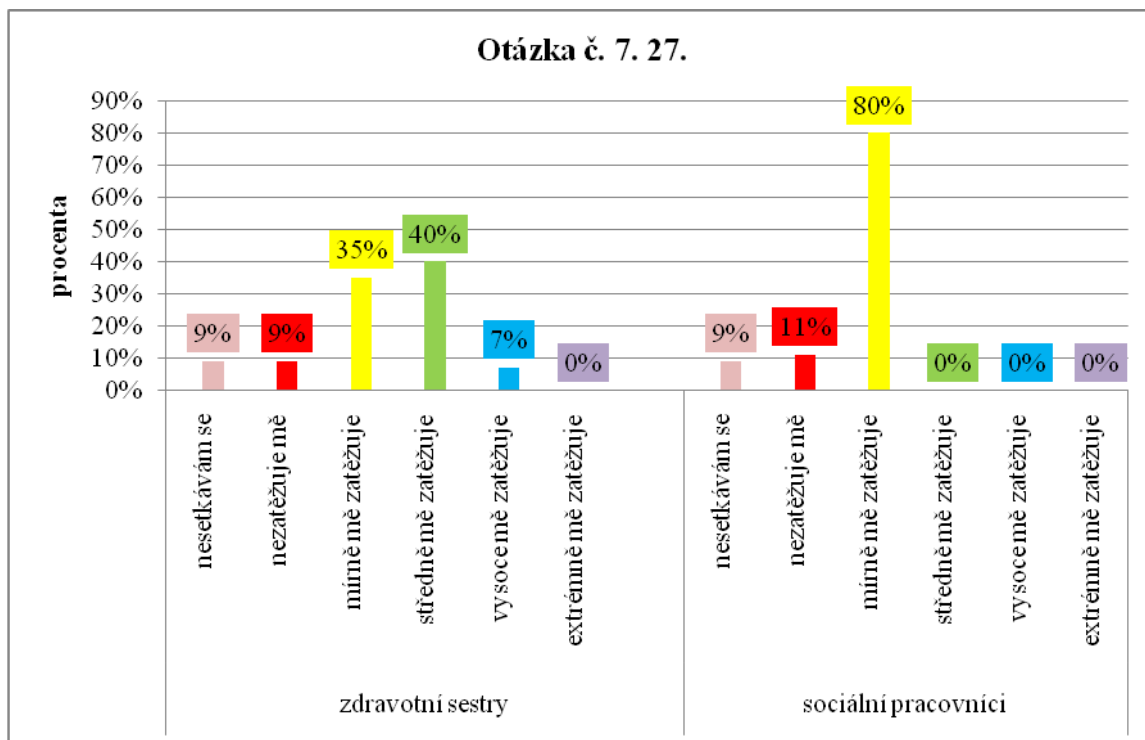


Zdroj: vlastní

Graf č. 31. znázorňuje, jestli je práce doprovázená rušivými vlivy a jak je tento problém zatěžuje.

Sociální pracovníci uvádí, že se v 18% s daným problémem nesetkávají a 26% z nich uvádí, že je rušivé vlivy nezatěžují. Mírnou zátěž označilo 38% zdravotních sester a 29% sociálních pracovníků. Střední zátěž uvádí 27% zdravotních sester a 18% sociálních pracovníků. 35% zdravotních sester a 9% sociálních pracovníků uvádí vysokou zátěž. Extrémní zátěž neoznačil žádný respondent.

Graf č. 32. Nejistota zda jsem se zachoval (a) správně.

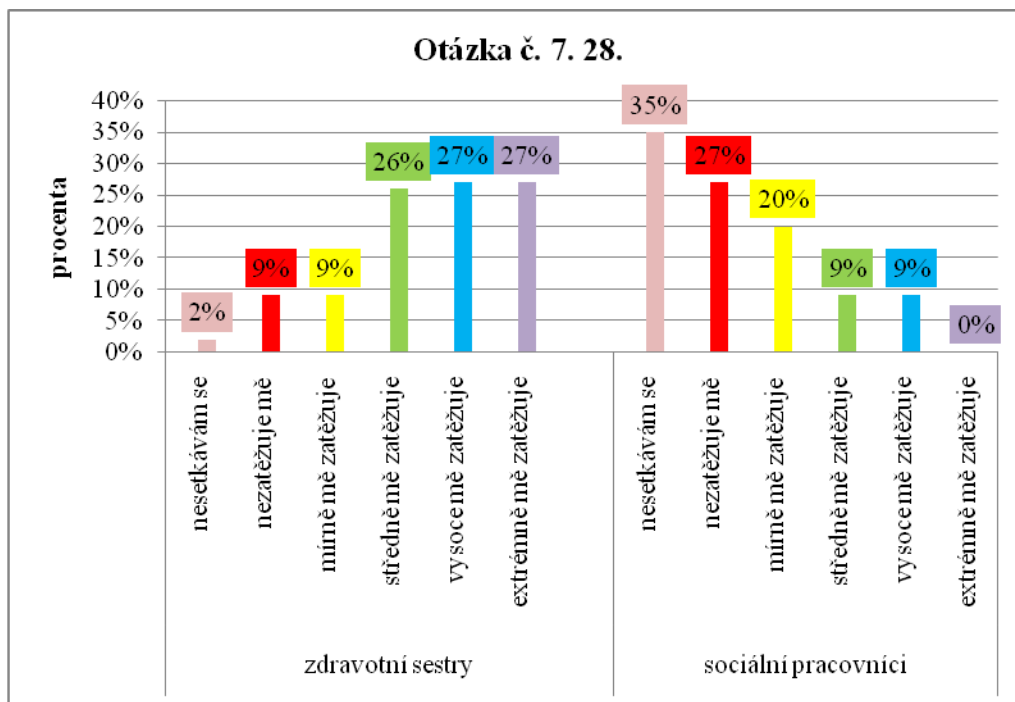


Zdroj: vlastní

Graf č. 32. znázorňuje, jak respondenty zatěžuje nejistota ve své profesi.

Obě profese uvádí v 9%, že se s daným problémem neseškávají. 11% sociálních pracovníků a 9% zdravotních sester uvádí, že je daný problém nezatěžuje. 80% sociálních pracovníků a 35% zdravotních sester uvádí mírnou zátěž spojenou s nejistotou správného zachování. Střední zátěž uvádí jen zdravotní sestry, a to ve 40%. Vysokou zátěž uvádí také jen zdravotní sestry, a to v 7%. Extrémní zátěž neoznačil žádný z respondentů.

Graf č. 33. Vykonávání činnosti, která není v mé kompetenci.

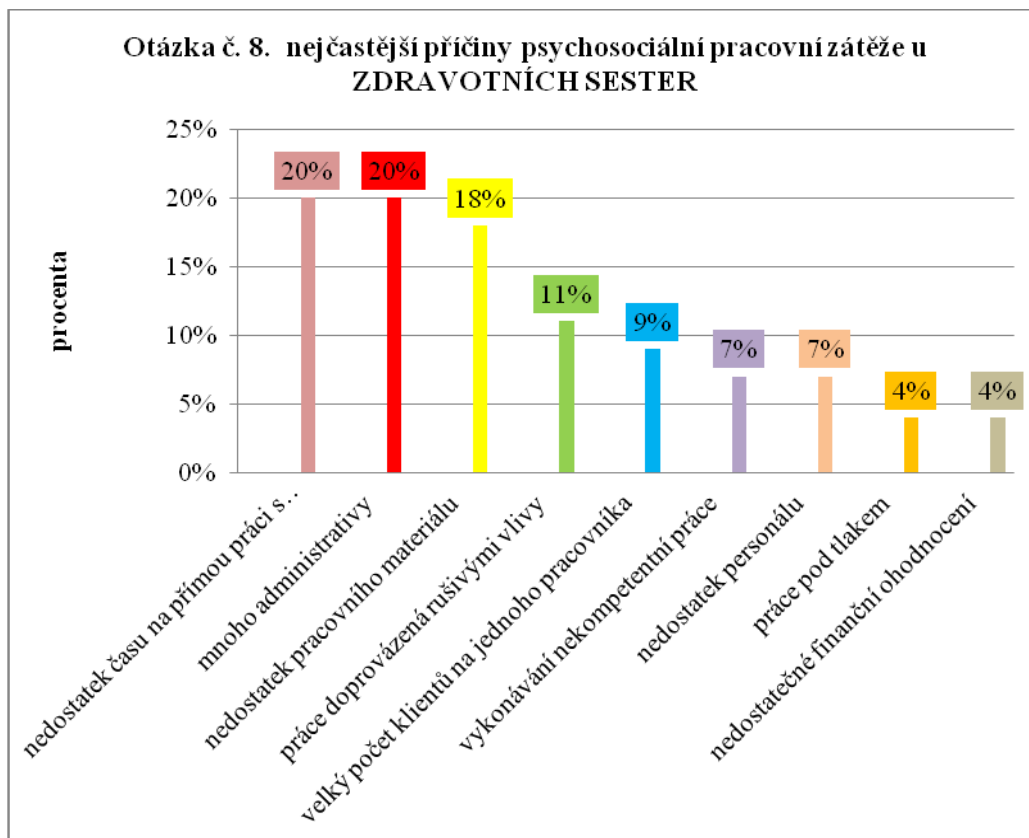


Zdroj: vlastní

Graf č. 33. znázorňuje, zda respondenti vykonávají činnost, která není v jejich kompetenci a jak je daný problém zatěžuje.

35% sociálních pracovníků a 2% zdravotních sester uvádí, že se s tímto problémem nesetkávají. 27% sociálních pracovníků a 9% zdravotních sester uvádí, že je daný problém nezatěžuje. Mírnou zátěž uvedlo 9% zdravotních sester a 20% sociálních pracovníků. Střední zátěž uvedlo 26% zdravotních sester a 9% sociálních pracovníků. Vysokou a extrémní zátěž uvádí zdravotní sestry, a to v obou případech ve 27%. Sociální pracovníci uvádí jen vysokou zátěž, a to v 9%.

Graf č. 34. Prosím, uveďte, co Vás při Vaší profesi z předcházejících bodů nejvíce zatěžuje. Popřípadě uveďte jiný důvod Vaší největší psychosociální pracovní zátěže.



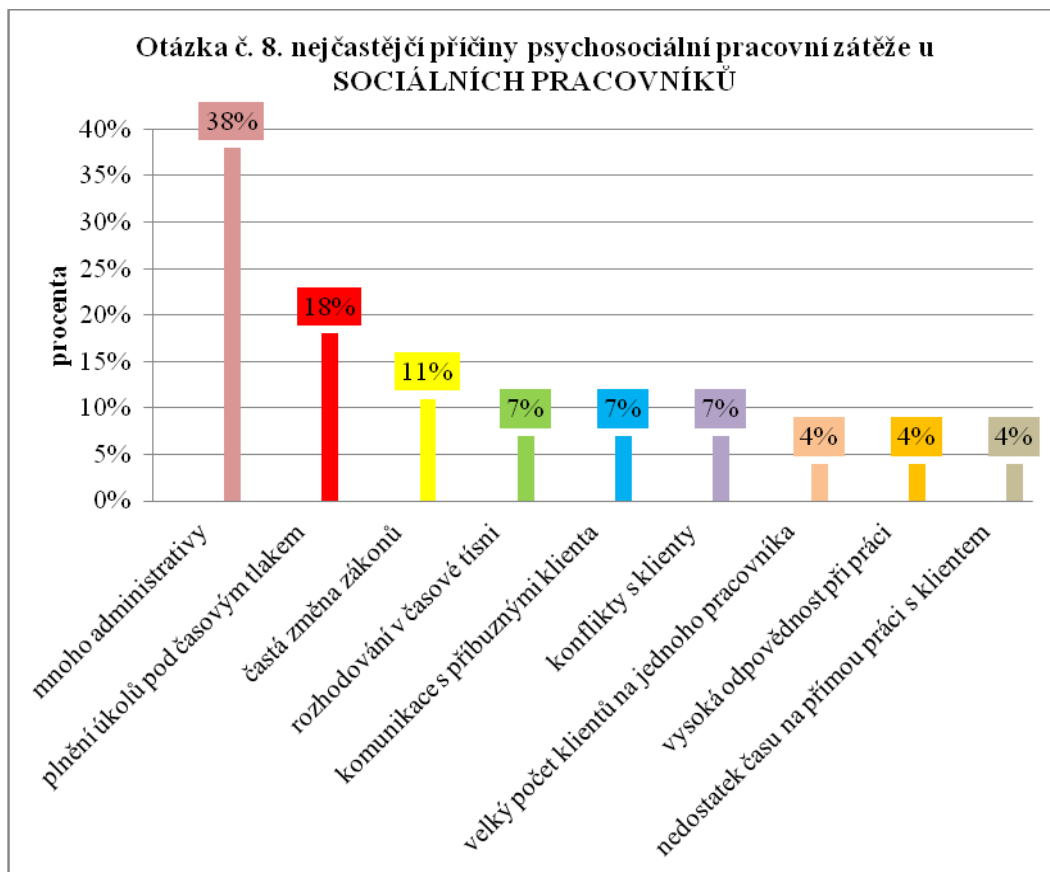
Zdroj: vlastní

Graf č. 34. znázorňuje nejčastější a největší příčiny psychosociální pracovní zátěže u zdravotních sester.

V grafu vidíme, že nejvíce sestry zatěžuje nedostatek času na přímou práci s klientem a přílišná administrativa a to ve 20%. 18% sester uvedlo nedostatek pracovního materiálu. Práce doprovázená rušivými vlivy zatěžuje sestry v 11%. Velký počet klientů na jednoho pracovníka zatěžuje 9% sester. 7% sester uvádí, že je nejvíce zatěžuje nedostatek personálu a vykonávání činností, která není v jejich kompetenci, uvádí

činnosti lékaře i činnost pomocného personálu. 4% sester uvádí, že je nejvíce zatěžuje nedostatečné finanční ohodnocení a práce pod tlakem.

Graf č. 35 : Prosím, uveďte, co Vás při Vaší profesi z předcházejících bodů nejvíce zatěžuje. Popřípadě uveďte jiný důvod Vaší největší psychosociální pracovní zátěže.



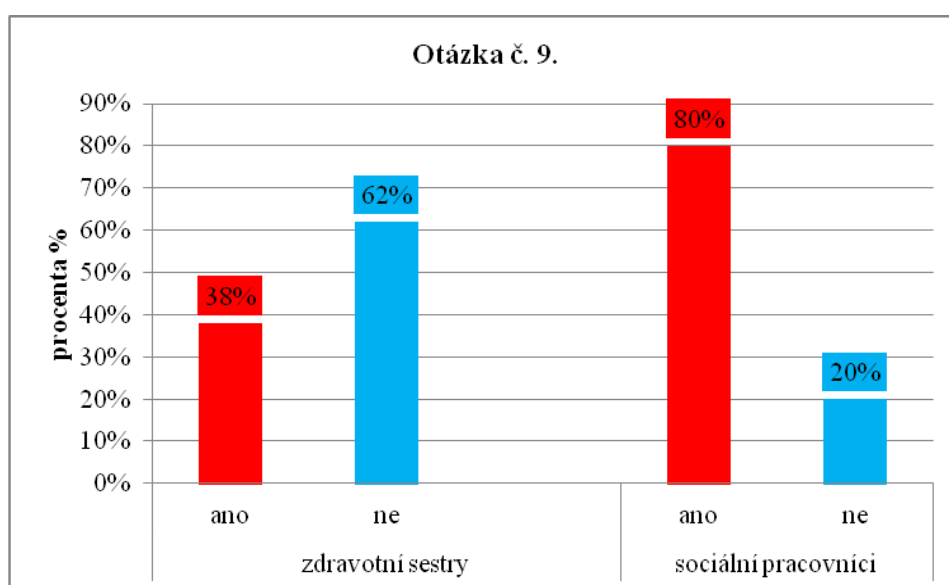
Zdroj: vlastní

Graf č. 35. znázorňuje nejčastější a největší příčiny psychosociální pracovní zátěže u sociálních pracovníků.

Graf znázorňuje, že sociální pracovníky nejvíce zatěžuje mnoho administrativy, a to ve 38%. 18% sociálních pracovníků uvádí, že je nejvíce zatěžuje plnění úkolů pod časovým tlakem. 11% uvádí jako největší zátěž častou změnu zákonů. 7% sociálních pracovníků uvádí, že je nejvíce zatěžuje rozhodování v časové tísní, komunikace s příbuznými klienta a také konflikty s klienty. 4% sociálních pracovníků uvádí jako

největší zátěž vysokou odpovědnost při práci, nedostatek času na přímou práci s klientem a také velký počet klientů na jednoho pracovníka.

Graf č. 36. Zúčastnil (a) jste se někdy vzdělávací akce na téma zátěžové situace?

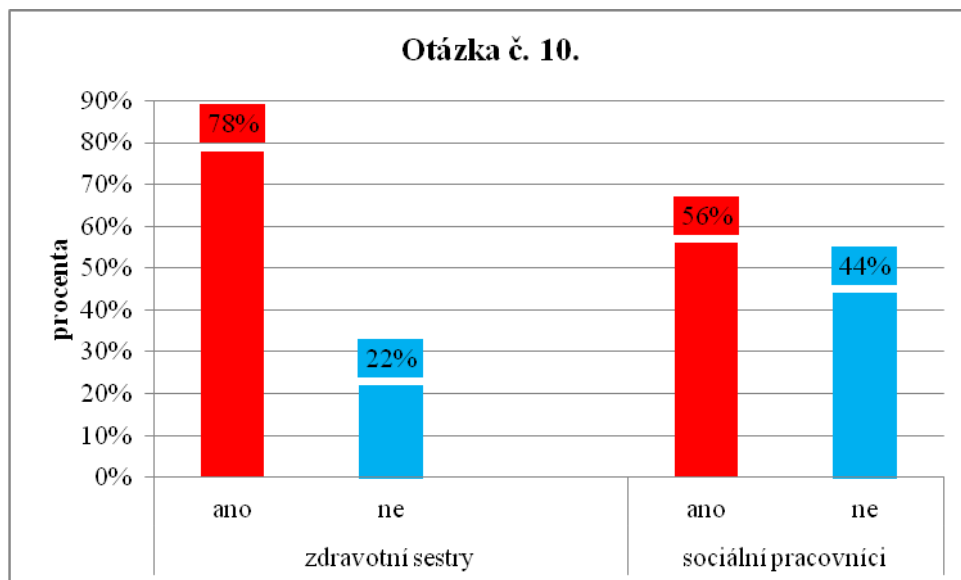


Zdroj: vlastní

Graf č. 36. znázorňuje účast na vzdělávacích akcích na téma zátěžové situace.

Zdravotní sestry se zúčastnily vzdělávací akce jen ve 38% a 62% sester se nezúčastnilo žádné vzdělávací akce na téma zátěžové situace. Sociální pracovníci se zúčastnili vzdělávací akce v 80% a 20% sociálních pracovníků se nezúčastnilo žádné vzdělávací akce na toto téma.

Graf č. 37. Měl (a) byste zájem o vzdělávací akci s touto problematikou?



Zdroj: vlastní

Graf č. 37. znázorňuje zájem respondentů na vzdělávací akci na téma zátěžové situace.

Zdravotní sestry mají v 78% zájem o tuto vzdělávací akci. 22% sester nemá zájem se zúčastnit vzdělávací akce. Sociální pracovníci mají zájem se vzdělávat na toto téma v 56%, nezájem uvádí v 44%.

5. DISKUZE

Ve výzkumné části práce jsem se zajímala o psychosociální pracovní zátěž v povolání zdravotních sester a sociálních pracovníků. Konkrétně jsem se zajímala o míru psychosociální zátěže a identifikaci příčin psychosociální zátěže u zdravotních sester a sociálních pracovníků. Výsledky dotazníku byly zpracovány do grafu tak, aby byl na první pohled viditelný rozdíl mezi těmito profesemi.

První část dotazníku byla věnována identifikačním otázkám. Tedy pohlaví respondentů, které je u obou profesí zastoupeno více ženami. Dále se jedná o věk, znázorňuje ho graf č. 2, můžeme v něm vidět rozdíl ve věkové kategorii méně než 25 let. Tuto skupinu zastupují jen zdravotní sestry. Opak můžeme vidět u věkové kategorie více než 51 let, tuto skupinu zastupují jen sociální pracovníci. K tomu bych dodala, že věková kategorie může být ovlivněna u zdravotních sester výběrem oddělení, které jsem pro práci vybrala a to je interní a chirurgické oddělení. Myslím si, nebo dokonce si troufám tvrdit, a to díky své praxi na interním oddělení, že jsou to oddělení s neustálým nedostatkem zdravotních sester. Sestry sem nastupují většinou z důvodu jediné možnosti, a to hned po ukončení vzdělání. Některým sestrám tyto typy oddělení přirostou k srdci, jiné čekají na lepší příležitost, často se zde setkáváme i s odchodem na mateřskou dovolenou. Dochází zde tedy často k obměně personálu. Proč není u zdravotních sester zastoupena věková kategorie více než 51 let? To bych odůvodnila tím, že jsou to oddělení velmi fyzicky i psychicky náročné a s přibývajícím věkem ubývá energie, kterou bezesporu zdravotní sestra potřebuje. Proto se sestry rozhlíží po jiném oboru, který by je tak nezatěžoval, a o kterém si myslí, že by ho mohly lépe zvládnout.

Další identifikační otázkou je nejvyšší dosažené vzdělání. Obě profese nejvíce zastupují SOŠ. Poté VOŠ a dále PSS. Vysokoškolské vzdělání uvádí jen sociální pracovníci. K tomu bych dodala, že to může úzce souviset s věkem respondentů. Jak

jsem již zmínila, věková kategorie do 25 let je u zdravotních sester druhou největší skupinou. Tím chci říct, že mnohé zdravotní sestry si vzdělání teprve doplňují v kombinaci s prací, nebo se rozhodují, jaký obor by byl pro ně zajímavější, a poté budou teprve ve vzdělání pokračovat. Autorka Bartošíková ve své publikaci uvádí, že střední vyšší ani vysokoškolské vzdělání zdravotnických pracovníků žádným způsobem nezmenšuje působení stresů a samo neusnadňuje zvládnutí zátěže. (2) S tímto tvrzením musím plně souhlasit.

Další část výzkumné práce byla zaměřena na zjištění míry psychosociální pracovní zátěže. Míru zátěže nám pomohl odhalit graf č. 4, č. 5. a také grafy č. 6. - 33. Z výsledků bylo zjištěno, že zdravotní sestry svoji profesi pocítují 9% jako extrémně zatěžující, 62% jako vysoce zatěžující a v 29% jako středně zatěžující. To je rozdíl oproti sociálním pracovníkům. Žádný sociální pracovník nepovažuje svoji profesi za extrémně ani vysoce zatěžující. 64% z nich uvádí střední zátěž, 27% mírnou zátěž a dokonce 9% sociálních pracovníků uvádí, že je jejich profese bez zátěže. Z toho vyplývá, že práce zdravotní sestry je spojena s vysokou zátěží. A profese sociálního pracovníka se střední zátěží. Můžeme si toho všimnout i v grafech č. 6. - 33., zdravotní sestry zde mnohem častěji uvádí vysokou i extrémní zátěž než sociální pracovníci, ti uvádí nejčastěji střední zátěž. K tomu bych chtěla ještě podotknout, že jistě u starších bychom mohli očekávat vyšší míru zátěže, přesto v průměru mladší sestry pocítují svou zátěž výrazněji.

S mírou zátěže úzce souvisí náročnost dané profese. Zdravotní sestry v 62% odpovídají jednoznačně ano, moje profese je náročná, 35% odpovídá spíše ano a pouze 2% odpovídají spíše ne. To je velký rozdíl oproti sociálním pracovníkům, ti odpovídají pouze ve 2% jednoznačnou odpovědí ano, spíše ano uvedlo 45% a spíše ne uvádí 53% sociálních pracovníků. Důvodem těchto výsledků může být fakt, který uvádí Bartošíková, „Náročnost ve zdravotnictví nelze žádným způsobem zmírnit, ta dokonce

narůstá, protože zdravotnictví klade stále větší požadavky na profesní úroveň i sociální dovednosti sestry.“ (2)

Další část byla zaměřena na identifikaci příčin psychosociální pracovní zátěže. Zdravotní sestry mezi nejčastější příčiny zátěže uvádí nedostatek času na přímou práci s klientem a přílišnou administrativu a to oba zdroje ve 20%. Mohu jen dodat, že to spolu velmi úzce souvisí, protože pro přílišnou administrativu nemají sestry dostatek času na přímou práci s klientem. Další příčinou psychosociální pracovní zátěže je v 18% u zdravotních sester nedostatek pracovního materiálu. S tímto faktorem musím plně ze své předchozí praxe souhlasit, protože ne jedenkrát jsme řešily nedostatek základního pracovního materiálu, jako jsou např. jednorázové rukavice, žínky, pleny, nedostatek ložního prádla, ale kolikrát to byly i inzulinové stříkačky atd., takže to minimum času, které jsme měly vytýčené pro přímou práci s klientem, jsme trávily obíháním oddělení pro získání tohoto materiálu. Dalším faktorem psychosociální pracovní zátěže je u sester práce doprovázená rušivými vlivy, která zatěžuje sestry v 11%. Dalším nejčastějším zdrojem je velký počet klientů na jednoho pracovníka, to uvádí 9% sester. 7% sester uvádí, že je nejvíce zatěžuje nedostatek personálu a vykonávání činnosti, která není v jejich kompetenci, uvádí činnosti lékaře i činnost pomocného personálu. K vykonávání činnosti, která není v mé kompetenci, bych jen dodala také svoji zkušenost. Často, hlavně o víkendech, jsme zůstávaly na oddělení bez pomocné síly, tudíž na nás byly přeneseny veškeré jejich kompetence plus samozřejmě i ty naše. Opět to úzce souvisí s nedostatkem času na přímou práci s klientem. Jako další příčinu psychosociální pracovní zátěže uvádí zdravotní sestry nedostatečné finanční ohodnocení a práce pod tlakem, a to oboje ve 4%. Všechny tyto příčiny zátěže se sebou velmi úzce souvisí a navzájem do sebe zapadají. Jde o takový začarovaný černý kruh. A řešení těchto příčin mně přijde jako běh na dlouhou trať.

Sociální pracovníci uvádí mezi nejčastější příčiny psychosociální pracovní zátěže také přílišnou administrativu a to ve 38%. Mlčák ve svém článku uvádí, že v silně

byrokraticky strukturovaných organizacích může být administrativní práce dokonce nadřazena před prací s klienty, takže pro sociální pracovníky může být problémem zachovat požadovanou rovnováhu mezi povinnostmi vůči pracovní organizaci a vůči svým klientům. **(24)**. 18% sociálních pracovníků uvádí, že největším zdrojem psychosociální pracovní zátěže je u nich plnění úkolů pod časovým tlakem. 11% uvádí jako největší příčinu zátěže častou změnu zákonů. Jako další největší zdroj psychosociální zátěže považují rozhodování v časové tísní, komunikaci s příbuznými klienta a také konflikty s klienty. Tyto tři zdroje dané zátěže uvádí sociální pracovníci po 7%. Mlčák ve svém článku také uvádí, že interpersonální interakce sociálních pracovníků s klienty se považuje za rozhodující faktor pracovní zátěže. Interakce sociálních pracovníků s klienty mohou stres vytvářet svými kvantitativními i kvalitativními aspekty. Z kvantitativních aspektů se jeví jako významný vysoký počet, frekvence a nadprůměrná délka trvání jejich kontaktů s klienty. Z kvalitativních aspektů hraje významnou roli vysoká intenzita kontaktů, jejich emocionální excesivní charakter a úroveň odpovědnosti. Konkrétně se jedná o situace, kdy se pracovník musí věnovat klientům, kteří jsou aktivně či pasivně agresivní, zaujímají rigidní obranné pozice, či přenášejí na sociální pracovníky nerealistická očekávání. Také interakce pracovníků s výrazně tělesně, smyslově či duševně hendikepovanými jedinci je považována za značně zatěžující. Kvalitativní aspekty interpersonálních interakcí se liší na základě skutečnosti, zda se jedná o akutní či chronickou problematiku, zda se jedná o dítě, dospívajícího, dospělého, zdravého či nemocného klienta, či zda se jedná o jednotlivce, skupinu či komunitu. V neposlední řadě rozhoduje i to, jaká je pravděpodobnost pomoci, úspěchu či léčby. **(24)** Mezi další zdroje psychosociální zátěže řadí sociální pracovníci vysokou odpovědnost při práci, nedostatek času na přímou práci s klientem a také velký počet klientů na jednoho pracovníka, tyto tři zdroje uvádí ve 4%.

6. ZÁVĚR

Ve své práci jsem se zaměřila na problematiku psychosociální pracovní zátěže v povolání zdravotní sestry a sociálních pracovníků.

Teoretickou část jsem zaměřila na charakteristiku zátěže, na její druhy, na jednotlivé zátěžové situace. Dále jsou zde popsány pojmy, jako je např. pracovní zátěž, psychosociální zátěž a také její obecné faktory. Neopomenula jsem se věnovat koncepci ošetrovatelství, profesi zdravotní sestry. Zajisté také charakterizují sociální práci a profesi sociálního pracovníka.

V praktické části jsem se zaměřila na splnění stanovených cílů, a to na zjištění míry psychosociální pracovní zátěže u zdravotních sester a sociálních pracovníků. A na identifikaci nejčastějších příčin psychosociální pracovní zátěže.

Domnívám se, že výše uvedené cíle se mně podařilo splnit. Ukázalo se, že zdravotní sestry jsou vystaveny vysoké psychosociální pracovní zátěži a sociální pracovníci jsou vystaveni střední psychosociální pracovní zátěži. Z toho vyplývá, že se potvrdila hypotéza č. 2: *Předpokládám, že zdravotní sestry považují svoji profesi za vysoce zatěžující.* A zároveň se vyvrátila hypotéza č. 1: *Předpokládám, že sociální pracovníci považují svoji profesi za mírně zatěžující.*

Dále jsem ve výzkumné části odhalila nejčastější příčiny psychosociální pracovní zátěže zdravotních sester a sociálních pracovníků. Většina příčin, které jsou respondenty uváděny, jsou v porovnání těchto profesí odlišné, až na dvě výjimky. A to na přílišnou administrativu a nedostatek času na přímou práci s klientem. Z toho plyne, že byla potvrzena hypotéza č. 3: *Předpokládám, že lze identifikovat nejčastější příčiny psychosociální zátěže u zdravotních sester a sociálních pracovníků.*

Hypotéza č. 4: *Předpokládám, že vzhledem k relativně odlišné profesi budou zjištěny rozdílné příčiny psychosociální zátěže.* byla potvrzena částečně, protože dva zdroje psychosociální pracovní zátěže se u obou profesí shodovaly, jak jsem již uváděla. Mohu

tedy říct, že rozdíly se ukázaly i přes malý počet respondentů a i při použití jednoduchého, nevalidizovaného dotazníku. Je tedy zřejmé, že námi předpokládané rozdíly zde jsou.

Musím konstatovat, že problematika psychosociální pracovní zátěže zdravotních sester a sociálních pracovníků je tak široká, že ji nelze prozkoumat v rozsahu jedné bakalářské práce.

Závěrem nesmím opomenout zmínit, že jsem záměrně do dotazníku uvedla otázky týkající se vzdělávacích akcí na toto téma. Z výsledků vyplynulo, že 62% zdravotních sester a 20% sociálních pracovníků se nezúčastnilo žádné podobné vzdělávací akce. A že 78% zdravotních sester a 56% sociálních pracovníků by o tuto vzdělávací akci mělo zájem. Tím jsem chtěla nastínit další problematiku, které by bylo účelné věnovat pozornost.

Myslím si, že by moje práce mohla být určena těm, které tato problematika zajímá a také těm, kterých se bezprostředně týká tedy zdravotním sestřím a sociálním pracovníkům. Také by mohla posloužit vedoucím pracovníkům, aby získali přehled o této problematice. Tento přehled by je mohl vést k zamyšlení či snížení následků nebo dokonce k řešení problémů, které jsou s touto problematikou spojeny.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ATKINSON, R. L. et al.: *Psychologie*. 2.vyd. Praha: Portál, přeloženo z Hilgard' sintroductio to psychology. 2003. 751s. ISBN 80 – 7178 – 640 – 3.
2. BAROŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vydání. Brno: NCONZO, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-439-9.
3. BAUMBRUK, J. a kol. *Analýza rizik při práci*. 3. vydání. Praha: Fortuna, 2002. 136 s. ISBN 80-7071-209-0.
4. CUNGI, CH. *Jak zvládat stres: Metody a praktická cvičení*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. 205s. ISBN 80-7178-465-6.
5. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. 4. vydání. Brno: NCONZO, 2004. 173s. ISBN 80-7013-386-4.
6. FARKAŠOVÁ, D. et al. *Ošetrovatelstvo teória*. 1. vydání. Martin: Osveta, 2001. 134 s. ISBN 80-8063-086-0.
7. HÁJEK, K. *Práce s emocemi pro pomáhající profese*. 1.vyd. Praha: Portál, 2006. 119 s. ISBN 80-7367-107-7.
8. HANUŠ, P. Kdo je sociální pracovník a proč by měl být vzdělaný. *Sociální práce*, 2007, č. 1, s. 5-6. ISSN 1213-6204.
9. HARTL, P. – HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vydání. Praha: Portál, 2000. 774 s. ISBN 80-7178-303-X.
10. HLADKÝ, A. – ŽIDKOVÁ, Z. *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1999. 78 s. ISBN 80-7184-890-5.
11. HOŠEK, V. *Psychologie odolnosti*. 2. vydání. Praha: Karolinum, 1999. 70 s. ISBN 80-7184-889-1.
12. IRMIŠ, F. *Nauč se zvládat stres*. 1. vydání. Praha: Alternativa, 1996. 190 s. ISBN 80-85993-02-3.

13. JANDOUREK, Jan. *Sociologický slovník*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. 285 s. ISBN 80-7178-535-0.
14. JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 32s. ISBN 80-86991-74-1.
15. JOBÁNKOVÁ, M. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2003. 225 s. ISBN 80-7013-390-2.
16. KEBZA, V. *Zvládání stresu*. 1. vydání. Praha: Státní zdravotní ústav, 1997. 30 s. ISBN 80-7071-042.
17. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 5.vyd. Praha: Portál s.r.o., 2006. 147 s. ISBN 80-7367-181-6.
18. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat stres*. 1. vydání. Praha: Grada, 1994. 192 s. ISBN 80-7169-121-6.
19. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. 280 s. ISBN 80-7178-551-2.
20. KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vydání. Praha: Grada, 2004. 80s. ISBN 80-247-0784-5
21. MADEJOVÁ, Ludmila. et.al. *Ošetrovatelství pro bakalářské studium* 1. díl. 1. Vydání. Ostrava: Ostravská univerzita, 1998. 200 s. ISBN 80-7042-316-1.
22. MACHÁČ, M. - MACHÁČOVÁ, H. – HOSKOVEC, J. *Duševní hygiena a prevence zátěže*. 1. vydání. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1984. 236s. 1. Příloha.
23. MATOUŠEK, O. et. al. *Metody řízení sociální práce*. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. 380 s. ISBN 80-7178-548-2.
24. MLČÁK, Z. Potenciální zdroje stresu v sociální práci. *Sociální práce*, 2005, č. 3, s. 123-138. ISSN 1213-6204.

25. PAULÍK, K.: *Pracovní zátěž vysokoškolských učitelů*. Spisy Filozofické fakulty Ostravské univerzity. Číslo 89/1995. Ostrava: Repronis, 1995. 123 s. SBN 80-7042-423-0.
26. POCHYLÁ, K. *Koncepce českého ošetrovatelství, Základní terminologie*. Přepřacované 2.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotních oborů, 2005. 49 s. ISBN 80-7013-420-8.
27. ROZSYPALOVÁ, M. STAŇKOVÁ, M. et. al. *Ošetrovatelství I/1 pro střední zdravotnické školy*. 1. Vydání. Praha: Informatorium, 1992. ISBN 80 – 86073 – 39 – 4.
28. SCHIRALDI, R. Glenn.: *The Post-Traumatic Stress Disorder Sourcebook*. Ilustrované vydání. Los Angeles: McGraw-Hill Professional, 2000. 441s. ISBN 0-7373-0265-8.
29. STAŇKOVÁ, M. *Sestra-reprezentant profese: České ošetrovatelství*. 1. vydání. Brno: IDVPZ, 2002. 78 s. ISBN 80-7013-368-6.
30. STAŇKOVÁ, M. et. al. *Základy teorie ošetrovatelství* .1.vydání. Praha: Karolinum, 1996. 193 s. ISBN 80-7184-243-5.
31. ŠTIKAR, J. a kol. *Základy psychologie práce a organizace*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1996. 203 s. ISBN 80-7184-091-2.
32. ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. 1. vydání. Praha: Renesance Písek, 1999. 151 s. ISBN 80-85850-69-9
33. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vydání. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
34. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie teorie a praktická cvičení*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 232s. ISBN 978-80-247-2068-5.
35. ZÁKON č. 108/2006 Sb. O sociálních službách, v platném znění

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Zdravotní sestra

Sociální pracovník

Zátěž

Zátěžové situace

Pracovní zátěž

Psychosociální zátěž

11. PŘÍLOHA

Dotazník

Dobrý den jmenuji se Kateřina Holcmannová a jsem studentkou Zdravotně-sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Ve své závěrečné (bakalářské) práci se zabývám tématem „Psychosociální zátěž zdravotních sester a sociálních pracovníků.“ Z toho důvodu Vás prosím o spolupráci při vyplnění následujícího dotazníku. Ujišťuji Vás, že dotazník je anonymní a veškeré údaje v něm uvedené použiji pouze pro svou práci.

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku.

1. Pohlaví respondenta

- A. Muž
- B. Žena

2. Věk respondenta

- A. Méně než 25let
- B. 26-40 let
- C. 41-50 let
- D. Více než 51 let

3. Nejvyšší dosažené vzdělání

- A. SOŠ
- B. SOŠ + PSS
- C. VOŠ
- D. VŠ

4. Vaše povolání?

- A. Zdravotní sestra
- B. Sociální pracovník

5. Jak prožíváte působení své profese?

- A. Extrémně zatěžující D. Mírně zatěžující
B. Vysoce zatěžující E. Bez zátěže
C. Středně zatěžující

6. Myslíte si, že je Vaše profese velmi náročná?

- A. Ano C. Ne
B. Spíše ano D. Spíše ne

7. Prosím,

v následujících otázkách zaškrtněte pouze jednu odpověď- podle dané stupnice zátěže.

Stupnice zátěže:

0. V pracovním procesu se s tímto problémem nesečkávám.
1. Tento problém mě nezatěžuje.
2. Tento problém mě mírně zatěžuje.
3. Tento problém mě středně zatěžuje.
4. Tento problém mě vysoce zatěžuje.
5. Tento problém mě extrémně zatěžuje.

1. Plním své úkoly pod časovým tlakem.	0	1	2	3	4	5
2. Mám velkou odpovědnost při práci.	0	1	2	3	4	5
3. Jsem nedostatečně finančně ohodnocen (a).	0	1	2	3	4	5
4. Zaškoluji nové pracovníky.	0	1	2	3	4	5
5. Na pracovišti je nebezpečí infekce.	0	1	2	3	4	5
6. Komunikace s nadřízenými.	0	1	2	3	4	5
7. Komunikace s klienty.	0	1	2	3	4	5
8. Komunikace s příbuznými klienta.	0	1	2	3	4	5
9. Komunikace se spolupracovníky.	0	1	2	3	4	5
10. Dochází ke konfliktům s klienty.	0	1	2	3	4	5
11. Dochází ke konfliktům se spolupracovníky.	0	1	2	3	4	5
12. Péče o umírajícího.	0	1	2	3	4	5
13. Péče o zemřelého.	0	1	2	3	4	5
14. Nedostatek času na přímou práci s klientem.	0	1	2	3	4	5

15. Práce je spojena s množstvím administrativy.	0	1	2	3	4	5
16. Příliš často se mění zákony.	0	1	2	3	4	5
17. Pracovní kolektiv není dobrý.	0	1	2	3	4	5
18. Nevidím výsledky své práce.	0	1	2	3	4	5
19. Spolupráce s jinými institucemi.	0	1	2	3	4	5
20. Spolupracovníků je nedostatek.	0	1	2	3	4	5
21. Velký počet klientů na jednoho pracovníka.	0	1	2	3	4	5
22. Nedostatečné vybavení pracovním materiálem.	0	1	2	3	4	5
23. Je nutná práce přesčas.	0	1	2	3	4	5
24. Směnný provoz.	0	1	2	3	4	5
25. Rozhodování v časové tísní.	0	1	2	3	4	5
26. Práce doprovázená rušivými vlivy.	0	1	2	3	4	5
27. Nejistota zda jsem se zachoval (a) správně.	0	1	2	3	4	5
28. Vykonávání činnosti, která není v mé kompetenci.	0	1	2	3	4	5

8. Prosím, uveďte, co Vás při Vaší profesi z předcházejících bodu nejvíce zatěžuje. Popřípadě uveďte jiný důvod Vaší největší psychosociální pracovní zátěže.

.....
.....
.....

9. Zúčastnil (a) jste se někdy vzdělávací akce na téma zátěžové situace?

- A. Ano
- B. Ne

10. Měl (a) byste zájem o vzdělávací akci s touto problematikou?

- A. Ano
- B. Ne