

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Katedra antropologie a zdravotní vědy

Diplomová práce

Bc. Renáta Sedláčková, DiS.

Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

Zvládání stresu a zátěže u všeobecných sester

Obsah

ÚVOD	4
CÍLE	6
1 TEORETICKÉ POZNATKY	8
1.1 Stres	8
1.1.1 Dělení stresu	10
1.1.2 Stresový syndrom	12
1.1.2.1 Akutní a chronický stresový syndrom	12
1.1.2.2 Fáze stresového syndromu	14
1.1.3 Příznaky stresu	15
1.1.4 Důsledky stresu	18
1.1.5 Zvládání stresu	19
1.1.6 Techniky zvládání stresu	22
1.1.7 Prevence stresu	23
1.1.7.1 Primární prevence	23
1.1.7.2 Sekundární prevence	25
1.1.7.3 Terciární prevence	26
1.1.7.4 Doporučení, pokud se člověk nechce stresovat v práci	27
1.2 Zátěž	29
1.2.1 Jednotlivé typy zátěžových situací	33
1.2.2 Zátěž v práci všeobecné sestry	34
1.3 Všeobecná sestra a její povolání	36
1.3.1 Syndrom vyhoření	39
1.3.1.1 Příčiny syndromu vyhoření	40
1.3.1.2 Příznaky syndromu vyhoření	42
1.3.1.3 Stádia syndromu vyhoření	48
1.3.1.4 Diagnostika syndromu vyhoření	48
2 METODIKA	50
2.1 Charakteristika zkoumaného souboru	50
2.2 Popis organizace výzkumu	54
2.3 Popis metod výzkumu	55

2.3.1	Standardizovaný Meisterův dotazník	56
2.3.2	Standardizovaný dotazník „Maslach Burnout Inventory“	59
2.3.3	Vlastní nestandardizovaný strukturovaný dotazník	61
3	VÝSLEDKY	63
3.1	Interpretace výsledků Meisterova dotazníku	63
3.2	Interpretace výsledků dotazníku MBI	68
3.3	Interpretace výsledků vlastního nestandardizovaného dotazníkové šetření	71
4	DISKUSE	91
	ZÁVĚR	93
	REFERENČNÍ SEZNAM	95
	SEZNAM ZKRATEK	101
	SEZNAMY TABULEK A GRAFŮ	102
	SEZNAM PŘÍLOH	106
	PŘÍLOHA Č. 1 – PRŮVODNÍ DOTAZNÍK	107
	PŘÍLOHA Č. 2 – MEISTERŮV DOTAZNÍK (HODNOCENÍ PSYCHICKÉ ZÁTĚŽE PŘI PRÁCI)	109
	PŘÍLOHA Č. 3 – DOTAZNÍK MBI (SYNDROM VYHOŘENÍ)	110
1		110
	PRÁCE MNE CITOVĚ VYSÁVÁ	110
	PŘÍLOHA Č. 4 – VLASTNÍ NESTANDARDIZOVANÝ DOTAZNÍK	111
	ANOTACE	115

ÚVOD

Syndrom vyhoření představuje velmi závažný duševní stav člověka. Ten jej prožívá a pociťuje vnitřně, z čehož vyplývá, že napadá psychickou stránku člověka. Kromě psychiky člověka je syndrom vyhoření reflektován rovněž na jeho fyzické (resp. tělesné) stránce. Vyjma těchto dvou oblastí dále zasahuje i do sociální oblasti života člověka. Syndrom vyhoření tak postihuje všechny úrovně lidského života, z čehož lze usoudit, že se jedná o významný problém. Ke vzniku syndromu vyhoření může dojít velmi rychle a nenadále, avšak ve většině případů se jedná o dlouhodobý proces trvající několik měsíců či dokonce let. Osoby, které trpí syndromem vyhoření, se cítí být celkově vyčerpáni, a to jak duševně, tak tělesně. Velice charakteristická je pro ně ztráta elánu a cílů, podrážděnost a všeobecně negativní postoj (k lidem, věcem i k sobě samotnému). Jedinci se syndromem vyhoření jsou nespokojení a mnohdy rovněž nešťastní. Zpravidla se nikterak netěší ze života a postupem času u nich dochází k úplné ztrátě smyslu své vlastní existence. Lidem se syndromem vyhoření není lehké pomoci, což je dáno především tím, že tito jedinci mají mnohdy zcela klamné zdání o své krátkodobé indispozici a o stále se transformujícím světu oproti skutečnosti, že tomu tak není, neboť nastala změna pohledu na něj. Úspěšné zvládnutí syndromu vyhoření spočívající v opravdové a naprosto neústupné změně svého uvažování a života, může pro tyto osoby znamenat dispozici ke zcela normálnímu a spokojenému životu, jež žili třeba ještě před vznikem a rozvojem syndromu vyhoření. Onou dispozicí může být taktéž předpoklad, že syndrom vyhoření člověka nakonec spíše posílí, což může být znamením smysluplnějšího způsobu jeho prožívání.

Syndrom vyhoření lze v současnosti považovat za velmi aktuální téma. Důkazem tohoto tvrzení je jak zvyšující se počet osob trpících syndromem vyhoření, tak celá řada českých a zahraničních odborných zdrojů, jež samotné problematice syndromu vyhoření věnují zvýšenou pozornost, a to zvláště u exponovaných profesí. Syndrom vyhoření totiž většinou velice úzce souvisí s výkonem určitých povolání – vyjma případů, kdy tomu tak není, což dokazuje, že syndrom vyhoření může postihnout každého, neboť k tomuto fenoménu se pojí celé spektrum nejrozličnějších příčin vzniku. I přesto, jak již bylo naznačeno v předešlé větě, existují jisté rizikové skupiny jedinců, již mají ke vzniku a dalšímu rozvoji syndromu vyhoření dispozici. Jednoduše řečeno, jde o rizikové skupiny osob, u kterých je vznik a rozvoj syndromu vyhoření v porovnání s ostatními populačními skupinami pravděpodobnější. K takovým rizikovým skupinám patří mimo jiné i pracovníci pracující ve zdravotnických zařízeních (lépe řečeno zdravotničtí pracovníci). Tyto může

syndrom vyhoření postihnout v podstatě na všech úrovních, což potvrzuje Křivohlavý (1998), který uvádí, že jím jsou bezprostředně ohroženi lékaři a zdravotní sestry (zvláště ti, kteří pracují v hospicích, na onkologických odděleních, na nefrologii, na jednotkách intenzivní péče, na gynekologii, v rámci neonatální péče či na zubních odděleních). Kromě nich jsou syndromem vyhoření ohroženi také další zdravotničtí pracovníci, jako jsou dentisté, zubní laboranti, psychologové, psychoterapeuti, psychiatři, zdravotničtí záchranáři a popř. i další pracovníci, kteří pracují ve zdravotnictví.

Téma tohoto textu „Zvládání stresu a zátěže u všeobecných sester“ se zabývá problematikou stresu a zátěže (včetně syndromu vyhoření), a to jak všeobecně, tak ve vztahu k povolání všeobecné sestry. Toto téma bylo zvoleno zcela záměrně z důvodu jeho aktuálnosti a závažnosti.

CÍLE

Hlavním cílem práce je shrnutí v současné době dostupných teoretických poznatků týkajících se stresu a zátěže a s nimi souvisejícím syndromem vyhoření v kontextu povolání všeobecné sestry a zjištění úrovně stresu a zátěže, včetně všech jejich atributů, u všeobecných sester pracujících na lůžkových odděleních vybraného zdravotnického zařízení.

Dílčími cíli jsou:

- Dílčí cíl č. 1: Zhodnocení psychické zátěže při práci všeobecných sester pracujících na lůžkových odděleních.
- Dílčí cíl č. 2: Zjištění vnímání povolání sestry ze strany samotných vykonavatelek této profese.
- Dílčí cíl č. 3: Zjištění nejčastějších příčin stresu a zátěže u všeobecných sester, které pracují na lůžkových odděleních.
- Dílčí cíl č. 4: Zjištění nejčastěji se vyskytujících příznaků stresu a zátěže u všeobecných sester pracujících na lůžkových odděleních.
- Dílčí cíl č. 5: Zjištění způsobů, jakými všeobecné sestry zvládají stres a zátěž plynoucí z charakteru jejich práce na lůžkových odděleních.
- Dílčí cíl č. 6: Zjištění, zda se všeobecné sestry pracujících na lůžkových odděleních cítí být ohroženy syndromem vyhoření.
- Dílčí cíl č. 7: Zjištění zkušeností všeobecných sester pracujících na lůžkových odděleních se syndromem vyhoření.

Na základě výše stanovených cílů tohoto textu lze formulovat následující výzkumné otázky, které s nimi vzájemně korespondují:

- Výzkumná otázka č. 1: Jaká je psychická zátěž při práci všeobecných sester pracujících na lůžkových odděleních?
- Výzkumná otázka č. 2: Jak všeobecné sestry vnímají své povolání?
- Výzkumná otázka č. 3: Jaké jsou nejčastější příčiny stresu a zátěže u všeobecných sester, které pracují na lůžkových odděleních?
- Výzkumná otázka č. 4: Jaké jsou nejčastěji se vyskytující příznaky stresu a zátěže u všeobecných sester pracujících na lůžkových odděleních?
- Výzkumná otázka č. 5: Jakými způsoby všeobecné sestry zvládají stres a zátěž plynoucí z charakteru jejich práce na lůžkových odděleních?

- Výzkumná otázka č. 6: Cítí se být všeobecné sestry pracující na lůžkových odděleních ohroženy syndromem vyhoření?
- Výzkumná otázka č. 7: Mají všeobecné sestry pracující na lůžkových odděleních zkušenosti se syndromem vyhoření?

V souladu s výše stanovenými cíli tohoto textu a formulovanými výzkumnými otázkami jsou dále stanoveny následující výzkumné hypotézy:

- Výzkumná hypotéza č. 1: Lze předpokládat, že všeobecné sestry pracující na lůžkových odděleních pocítují při práci psychickou zátěž.
- Výzkumná hypotéza č. 2: Lze předpokládat, že všeobecné sestry pracující na lůžkových odděleních vnímají své povolání za stresující a zatěžující.
- Výzkumná hypotéza č. 3: Lze předpokládat, že nejčastější příčinou stresu a zátěže u všeobecných sester pracujících na lůžkových odděleních je práce na směny.
- Výzkumná hypotéza č. 4: Lze předpokládat, že nejčastěji se vyskytujícím příznakem stresu a zátěže je u všeobecných sester pracujících na lůžkových odděleních psychické vyčerpání.
- Výzkumná hypotéza č. 5: Lze předpokládat, že všeobecné sestry zvládají stres a zátěž plynoucí z charakteru jejich práce na lůžkových odděleních úpravou celkového životního stylu.
- Výzkumná hypotéza č. 6: Lze předpokládat, že se všeobecné sestry pracující na lůžkových odděleních cítí být ohroženy syndromem vyhoření.
- Výzkumná hypotéza č. 7: Lze předpokládat, že všeobecné sestry pracující na lůžkových odděleních mají zkušenosti se syndromem vyhoření.

1 TEORETICKÉ POZNATKY

1.1 Stres

Pojem „stres“ je všeobecně velmi známým výrazem, neboť obvykle se s ním lidé setkávají v každodenním životě, a to ať v běžné hovorové mluvě, tak osobně tím, že stres sami zažívají. Z tohoto důvodu lze stres považovat za jeden z nejvýznamnějších fenoménů dnešní moderní společnosti. Stres a jeho podstata byly předmětem zkoumání již v dávných dobách. Za zakladatele stresové teorie je považován Hans Seley (Bartůňková, 2010).

Stres bývá v různých odborných zdrojích definován odlišnými způsoby. V současné době existuje nespočet definic stresu. Proto je možné uvést jen některé z nich. Příkladně vymezení stresu dle Machače, Macháčové a Hoskovce (1988, s. 9) poukazuje na jakousi terminologickou nejednoznačnost: *„Anglický termín stress v technickém kontextu znamená sílu, působící na fyzikální objekt či systém, který se přivádí do stavu napětí. V závislosti na velikosti síly může vzniknout dočasná či trvalá, funkční nebo strukturální porucha systému. Stress v tomto smyslu odpovídá českému termínu zátěž.“* Na zmiňovanou nejednoznačnost upozorňuje také Špatenková a kolektiv (2004), jenž pojem „stres“ chápou rovněž jako „zátěž“ a uvádí, že se jedná o synonyma. Dále podotýká, že stres vzniká, pokud míra stresogenní situace (lépe řečeno stresoru či stresorů) převyšuje schopnost nebo možnost člověka určitou situaci zvládnout. Takový stav označuje jako nadlimitní zátěž, která směřuje k vnitřnímu napětí a ke kritickému narušení rovnováhy lidského organismu. Problematicke zátěže jako takové je věnována samostatná podkapitola 1.2 tohoto textu dále. Podobným způsobem jako Špatenková a kolektiv vnímá pojem „stres“ Paulík (2010). Ten dává stres do souvislosti s těžkými a ohrožujícími událostmi značně narušujícími rovnováhu organismu člověka a vyvolávajícími závažné změny v jeho hormonálním, oběhovém a imunitním systému. Výčet některých definic stresu uvádí Baštecká a Goldmann (2001, s. 240):

- *„Stres je stav: projevuje se specifickým syndromem, který sestává ze všech nespécificky navozených změn uvnitř biologického systému.*
- *Stres přináší ohrožení pohody a zahrnuje nepříjemné emoce.*
- *Stres předpokládá požadavky prostředí, které jsou povahy fyzické nebo sociální.*
- *Stres se objevuje v situacích osobního schodku, kdy požadavek prostředí přesahuje jedincovy zdroje, nebo v situaci osobního zmaru, kdy jedincovy zdroje nenacházejí v okolí dostatečnou odezvu.*

- *Stres je výchylka informačního vstupu za jeho obvyklé hranice, která vyvolává nepříznivou rovnováhu mezi aktivací a kapacitou zpracovávat informace s ohledem na „provozní rozmezí pozornosti“.*
- *Stres se projevuje vzorci reakcí, které se vztahují k ACTH (adrenokortikotropní hormon) a které dovede určit faktorová analýza. Zrovna tak se projevuje osobnostní dimenzí, do které patří schopnost čelit výzvě představované nutností se přizpůsobit versus schopnost zanechat nevyřešený problém osudu a stáhnout se.*
- *Stres zahrnuje mnohorozměrné osobní prožitky popisované jako „ohrožení ega“, „bolest“, „hrozba trestu“, „neživá hrozba“, „vina“ a podobně.“.*

Protože se v souvislosti s výše uvedenými vymezeními stresu jedná o poměrně těžce pochopitelné definice, lze uvést i daleko jednodušší. Dle Selye (1966, s. 82) je stres *„stavem projevujícím se ve formě specifického syndromu, který představuje souhrn všech nesespecificky vyvolaných změn v rámci daného biologického systému“*. Křivohlavý (1994, s. 10) uvádí, že se jedná o *„vnitřní stav člověka, který je buď přímo něčím ohrožován, nebo takové ohrožení očekává a přitom se domnívá, že jeho obrana proti nepříznivým vlivům není dostatečně silná“*. Poněkud obsáhlejší vymezení stresu prezentuje Melgosa (1997, s. 22), podle něhož je stres *„spojení fyziologických a psychologických reakcí organismu, který je vystaven zvýšeným nárokům“*. Praško, Hájek a Preiss (2002) uvádějí, že stres je jakýmsi shledáním člověka s událostmi, které ohrožují jeho tělesné a duševní blaho. Psychologicky pohlíží na stres autoři Průcha, Walterová a Mareš (2003, s. 231), kteří popisují, že jde o *„stav organismu vznikající vzájemným působením vnějších zátěžových vlivů (očekávání jisté události, hrozba, extrémní zatížení po fyzické nebo psychické stránce, duševní trauma, nemoc) a schopností člověka odolat této zátěži. Výsledkem je vnitřní stav člověka, který je buď přímo něčím ohrožován, nebo takové ohrožení očekává a přitom se domnívá, že jeho obrana proti nepříznivým vlivům není dostatečně silná“*. Snad nejstrožejší definici zmiňují Praško a Prašková (2007, s. 14), když uvádějí, že jde o *„reakci organismu na nadměrnou zátěž“*. Lüdecke (2007, s. 30) pojímá stres jako *„setrvalou, dlouhodobou tělesnou nebo duševní zátěž vznikající v důsledku přehnaně vysokých nároků či škodlivých podmínek. Je to tedy stav živého organismu, který je vyveden ze své rovnováhy a musí hledat možnosti, jak se do rovnováhy, která vede k adaptaci, opět navrátit. Tuto nerovnováhu způsobují stresory, které mohou být různého druhu“*. Dle Hartla a Hartlové

(2010, s. 555) se jedná o „fyzilogickou odpověď organismu na nadměrnou zátěž neúnikového druhu, která vede ke stresové reakci“.

1.1.1 Dělení stresu

Nepříznivé události zmiňované ve výše uvedených definicích stresu jsou označovány jako tzv. stresory. Podle Machače, Macháčové a Hoskovce (1988) nemůže být žádný podnět sám o sobě stresorem, avšak každý podnět se jím může za určitých podmínek stát.

Stresory jsou rozdělovány různě a na základě různých hledisek. Primárně jsou odlišovány stresory fyzikální (fyzické), k nimž lze přiřadit např. nadměrný hluk, nadměrné teplo či chlad, prašnost atd.; dále stresory fyziologické (příkladem může být fyzická zátěž); stresory psychosociální reprezentované kupříkladu vztahy mezi lidmi (Baštecká (ed.), 2009); a stresory psychické (např. smutek, strach, vztek apod.).

Na základě intenzity a délky trvání jsou rozlišovány tzv. ministresory a makrostresory. Ze skupiny ministresorů lze uvést příkladně frustraci, monotónnost nebo nudu. Jejich příčinou jsou mírné události způsobující stres. Dlouhodobé působení těchto stresorů však může vést k prožívání vnitřní úzkosti vyvolávající depresi. Makrostresory se rozumí různé traumatické události či přírodní katastrofy. Tyto mají pro člověka závažné dopady, a to i při jejich krátkodobém působení (Křivohlavý, 1994).

Stres je dále klasifikován dle různých dimenzí, a to z hlediska:

- času,
- místa působení,
- kvality a intenzity stresové reakce.

Z časového hlediska se může jednat o krátkodobý a dlouhodobý stres. Dále může jít o intenzivní a následný stres. V neposlední řadě jde o stres akutní, chronický, posttraumatický a anticipační. Ke vzniku akutního stresu dochází následkem prožití velmi traumatické události, při které je vážně ohrožena bezpečnost nebo fyzická integrita člověka či jeho nejbližších. Příkladem takových událostí mohou být živelné pohromy, úrazy, ozbrojené konflikty, přepadení, znásilnění a mnoho dalších. Akutní stres může být vyvolán také následkem neobvykle náhlých a ohrožujících změn v rámci sociálního prostředí nebo mezilidských vztahů (příkladně následkem ztráty někoho blízkého). Chronickým stresem se rozumí dlouhodobé působení velice závažného stresoru nebo velkého počtu menších stresorů (Matoušek, 2005; Machač, Macháčová, Hoskovec, 1988). Charakteristice

posttraumatického stresu (taktéž posttraumatická stresová porucha (PTSP), posttraumatický stresový syndrom (PTSS), akutní reakce na stres či zkráceně stresový syndrom) je věnován samostatný úsek 1.1.2 tohoto textu dále (stejně jako ke zmiňovanému akutnímu a chronickému stresu blíže v jeho podúseku 1.1.2.1). Opakem uvedeného akutního, chronického a posttraumatického stresu je stres anticipační. Ten vzniká při očekávání určité události, u níž jsou předvíhány pravděpodobné důsledky, které potenciálně ohrožují integritu lidské osobnosti – může jít o ztrátu autority, postavení, role či sebejistoty (Matoušek, 2005; Mayerová, 1997).

Z hlediska místa působení je rozlišován fyzický a psychický stres. Tělesný stres působí na periferii lidského organismu. Nejčastěji se projevuje bolestí. Duševní stres (taktéž astenická emoce) má cerebrální povahu. Vyznačuje se mnohdy velmi nespecifickými reakcemi lidského organismu na stres (Hošek, 1997).

Další dimenzí stresu je jeho kategorizace s ohledem na kvalitu a intenzitu stresové reakce (viz níže). Touto stresovou reakcí se rozumí *„fylogeneticky zakódovaná neurohumorální a metabolicko-funkční příprava organismu na boj nebo útěk. Jedná se o výraznější odchylku od normálu, při které dochází k narušení integrity organismu. Mobilizují se silnější obranné nebo kompenzační mechanismy než při poruchách homeostázy. Rozlišení mezi homeostázou a stresem však není jednoznačné“* (Bartůňková, 2010, s. 16).

Dle kvality stresové reakce je stres kategorizován na eustres a distres. Eustres je jakýmsi pozitivním stresem, neboť je spojen s různými očekáváními, tedy s očekáváním něčeho příjemného – např. s příchodem milované osoby. Eustres má příznivý vliv na lidskou osobnost (zvláště na zvyšování integrity osobnosti), rozvoj nových modelů lidského jednání a prožívání, zdravotní odolnost, aktivizaci k vyšší a lepší výkonnosti či koncentraci na vykonávané činnosti. Naproti tomu distres je stresem negativním. Může se jednat o obavy, vztek, úzkost apod. Jedná se o neúměrnou zátěž působící na organismus člověka, jejímž následkem mohou být psychická poškození, psychosomatické nemoci nebo dokonce i smrt (Křivohlavý, 1994; Křivohlavý, 2001).

Na základě intenzity stresové reakce je možné rozeznat tzv. hyperstres a hypostres. Hyperstresem je velmi silný stres, který překračuje hranice adaptability člověka a jeho schopnosti vyrovnat se s tímto stresem. Opakem hyperstresu je hypostres. Jde o stres, jenž ještě nedosáhl obvyklých tolerancí, což znamená, že nedošlo k překročení hranice lidské adaptability – např. u ministresorů, plíživých negativních vlivů monotónnosti, nudy,

frustrace. Na působení hypostresu si člověk může zvyknout, avšak jeho dlouhodobý vliv je rovněž spojen s nepříznivými dopady (Křivohlavý, 1994; Křivohlavý, 2001).

Snad nejjednodušší rozdělení stresu uvádí Humpl, Prokop a Tobiášová (2013), kteří jej dělí na dobrý a špatný.

1.1.2 Stresový syndrom

Stresový syndrom (přesněji řečeno posttraumatický stresový syndrom – dále jen PTSS) představuje úzkostnou poruchu, která se rozvíjí po emočně velice obtížné a stresující události, která závažností překračuje obvyklou zkušenost člověka, která je ve většině případů velmi traumatická (Praško, Pašková, Soukupová, Tichý, 2001). PTSS je rovněž vymezován různě. Dle Baštecké a kolektivu (2005, s. 48) je PTSS „*opožděná a prodloužená odpověď na traumatizující podnět*“. Praško (2005, s. 73) ji definuje jako „*reakci na extrémní traumatickou událost. Podle diagnostických kritérií jde o události, které ohrožují na životě, zdraví, tělesné integritě nebo důležitých hodnotách. Typickými takovými událostmi jsou válečné zážitky, mučení, přepadení, znásilnění, havárie, přírodní pohromy, ale i zjištění život ohrožující diagnózy nebo traumatizující léčebné zákroky*“. Roy (2006) uvádí, že jde o psychologický fenomén, který je odpovědí na trauma psychologického charakteru. Popisuje ji jako tzv. maladaptivní neurobiologickou dysregulaci a psychologickou dysfunkci.

1.1.2.1 Akutní a chronický stresový syndrom

Stručná charakteristika akutního a chronického stresu je uvedena již výše (viz úsek 1.1.1 tohoto textu).

V souvislosti s akutním stresem (resp. akutní reakcí na stres) Bartůňková (2010) uvádí, že během něho dochází k aktivaci sympatoadrenální osy a osy hypotalamu, hypofýzy a nadledvin. Mobilizována je energetická rezerva pro situaci „přežití“. Aktivován je nervový, endokrinní, pohybový a kardiorespirační systém. K útlumu dochází i u činnosti trávicího, vylučovacího a reprodukčního systému. Akutní stres se projevuje různými způsoby. Jeho projevem mohou být deprese, úzkost, zloba, zoufalství či snížená nebo zvýšená aktivita, přičemž ani jeden z těchto příznaků akutního stresu netrvá dlouhodoběji. Typickým projevem akutního stresu je počáteční stav jakéhosi „ustrnutí“, který je doprovázen zúženým vědomím a pozorností, dále neschopností porozumět podnětům a dezorientací. Takový stav může být dále doprovázen neklidem a neúměrně zvýšenou

aktivitou. V této souvislosti se jedná o tzv. útekovou reakci. Akutní stres se projevuje rovněž vegetativními příznaky panické úzkosti. Jde o zrychlenou srdeční akci, zrychlené dýchání, nadměrné pocení apod. Tyto symptomy se v případě akutního stresu rozvíjejí téměř okamžitě po působení stresujícího podnětu nebo události. V některých případech však nedochází k projevu příznaků akutního stresu bezprostředně po vystavení člověka stresové situaci, nýbrž během několika minut. K odeznívání akutního stresu pak dochází obvykle v průběhu několika hodin nebo dnů (zpravidla 2 až 3 dnů). V této době může nastat částečná nebo úplná ztráta paměti (Čáková [online], 2014).

Podle Bartůňkové (2010) jsou v průběhu chronického stresu aktivovány dlouhodobější nervové, hormonální a imunologické mechanismy. Dochází k strukturálním změnám, jako je zvětšení nadledvinek, zmenšení sleziny a atrofie brzlíku. Chronický stres vede také k potlačení růstu a sexuálních funkcí. Ve stáří je vyšší hladina stresových hormonů zaznamenávána rovněž v klidových podmínkách. Příznaky chronického stresu nemusí být až tak nápadné. Jeho důsledky jsou však daleko nepříznivější, než je tomu v případě účinku nadměrného stresu, při kterém dochází zanedlouho k rychlé obnově klidu a uvolnění napětí. Charakteristickým znakem chronického stresu je udržování vyšší hladiny aktivace a určitá nepohoda v rámci subjektivního prožívání. Mezi často se vyskytující příznaky chronického stresu na úrovni psychiky patří napětí, neadekvátní reakci na běžné situace, podrážděnost, únava, úzkost a vyčerpanost. K příznakům chronického stresu na fyzické úrovni patří bolesti hlavy, bušení srdce, poruchy spánku, svalové napětí nebo závratě (Matoušek, 2005). Jedinci prožívající chronický stres po dlouhou dobu takový stav obvykle pokládají za jakýsi standard. Nejsou tak schopni odpočívat, radovat se s maličkostí, uvolnit se atp. Osoby s chronickým nepříznivým emočně vegetativním napětím si jen těžce osvojují relaxační dovednosti. Nezvládnuté chronické stresové situace a události se tak mohou stát v případě dlouhodobého účinku jednou z příčin patologických fyzických a psychických změn. Pokud tyto situace a události nejsou příčinou osobnostních deformací, patologických změn nebo celkového zhroucení, mohou mít na člověka a jeho vývoj příznivý účinek. Mohou se tak stát jakýmsi návodem k poznání sebe sama a podpoře rozvoje osobnosti. Nutno podotknout, že určitá míra stresu je velmi důležitá také k rozvoji tělesné a duševní odolnosti a výkonnosti člověka. Příznivý účinek na jeho rozvoj může představovat rovněž psychická zátěž, po které následuje dostatek času na obnovu duševní rovnováhy a zpracování samotné zátěžové situace (Machač, Macháčová, Hoskovec, 1988).

1.1.2.2 Fáze stresového syndromu

Jak již bylo uvedeno v předchozím podúseku 1.1.2.1 tohoto textu výše, rozvoj PTSS může nastat ihned po prožití nějaké traumatické události či později (řádově po několika týdnech, měsících nebo i letech), což platí rovněž pro projevy a příznaky stresového syndromu. Průběh PTSS bývá ve většině případů velmi proměnlivý. Zpravidla probíhá v několika fázích. Fáze stresového syndromu však lze považovat za velmi všeobecné. Důvodem toho je, že dochází k jejich vzájemnému prolínání, a že mají zcela individuální charakter.

Vodáčková a kolektiv (2002) popisuje následující fáze stresového syndromu, a to konkrétně fázi:

- omráčení a šoku, která trvá od 0 do 24 až 36 hodin po stresové události;
- výkřiku přetrvávající do 3 dnů od události;
- hledání smyslu;
- popření a znovuprožívání, jenž trvá do 2 týdnů až 1 měsíce;
- posttraumatickou, pro kterou je doba trvání neurčitá.

Jiné fáze stresového syndromu popisují další autoři jako např. Irmíš (1996), Schreiber (2000), Švingalová (2006), Vymětal (2009) či Bartůňková (2010), podle nichž se jedná o tři po sobě jdoucí fáze, a to fázi:

- alarmovou (taktéž poplachovou),
- adaptační neboli rezistence,
- vyčerpání (exhausce).

Alarmová fáze představuje reakci, která slouží k aktivaci organismu, mobilizaci energetických zdrojů a navození stavu pohotovosti k případnému „boji“ či „útěku“. Účel takové reakce na stres je vybudování organismu společně s uvedením sil do stavu jisté pohotovosti. Nejprve dochází k aktivaci neurohormonů, poté sympatoadrenálního a hypotalamohypofyzárního systému. Kromě již uvedené rychlé mobilizaci energetických zdrojů dochází v této fázi stresového syndromu ke zvýšení funkce kardiorepiračního systému (zvýšení krevního tlaku, zrychlení dechu), dále svalového napětí a svalové síly, pocení, naopak ke snížení pocitu bolesti a reprodukčních mechanismů, lepšímu prokrvení mozku nebo svalů, zúžení cév, zkrácení koagulačního času, vyplavení hormonů nadledvin apod. Tato reakce na stres má krátkodobý charakter a není příliš účinná. Poplachová fáze stresového syndromu postupně přechází ve druhou fázi – fázi adaptační.

Ke vzniku adaptační fáze stresového syndromu dochází v důsledku opakovaného působení určitého stresoru. V této fázi jsou uplatňovány tzv. zpětnovazebné mechanismy. Aktivují se další hormony (kupříkladu kortizol), čímž se organismus člověka připravuje na dlouhodobější „boj“. Ve většině případů se však jedná o přípravu na nezbytné sebeovládání. V případech, kdy nenastane fyzická akce, hromadí se v organismu produkty stresové reakce, což vzbuzuje podnět k jejich zbavení se jiným způsobem. U fáze rezistence jsou rozlišovány tři typy adaptace, a to absolutní, částečná a žádná. Adaptace na určitý stresor může být jednak pozitivní (např. zvýšení tělesné zdatnosti), a jednak negativní (příkladně vyhledávání rizika s případnou odměnou – kupříkladu ve formě závislosti na výherních automatech).

Třetí fáze stresového syndromu (tj. fáze vyčerpání) nastává při selhání fáze adaptační, a to v důsledku neustálého působení stresoru, nepřiměřené intenzity zátěže a jejím nezvládnutí. Rezistence, jež mohla být získána v rámci druhé fáze stresového syndromu, je buď nedostačující, nebo je plně ztracena. V této poslední fázi dochází ke zhroucení fyziologických a psychických obranných mechanismů, čímž se organismus člověka stává vyčerpaným.

1.1.3 Příznaky stresu

Urban (2016) uvádí, že stres patří k nejhorším moderním zabijákům. Vyvolává nebo zhoršuje řadu nemocí, urychluje stárnutí a podepisuje se na řadě emocionálních problémů.

Stres je zpočátku spojen s určitou nejistotou. Člověk prožívající stres něco pociťuje, má jisté podezření, avšak si tím není nikterak jistý. Příznaků stresu existuje celá řada a jsou velmi různorodé. V odborných zdrojích lze nalézt velké množství výčtů příznaků stresu, které se více či méně od sebe navzájem odlišují.

Kupříkladu již v 70. letech 20. století popsal podstatné poznávací znaky, které jsou pro stres zcela příznačné, Charvát (1973, s. 76): *„Stres se projevuje jako zpravidla nepříjemně zabarvený pocit duševního napětí až předrážděnosti, duševního rozladění, úzkosti, nepohody, zlosti i pocitem ochablosti a únavy. Tyto úkazy zahrnujeme pod název citově záporné napětí. Toto negativní napětí se promítne do celkového chování subjektu. Zvýší se sklon k obranným, úhybným nebo agresivním reakcím. Cílem chování je buď zajištění útěku před stresující situací, nebo útok na subjekt, který stresující situaci způsobil. Stresovaná osoba může vykazovat projevy zvýšené vzrušivosti, nebo naopak utlumenosti až*

apatie, křečovitost, nesoustředěnost, neschopnost uvolnit se psychicky ani fyzicky, svalový třes nebo ochablost, přeskakující či přiškrcený hlas, projevy zkratkovitého jednání, narušená soudnost, narušená myšlenková plynulost, zhoršená koordinace všech jemnějších funkcí, fyziologické projevy jako nutkání ke zvracení, průjem, potřeba častého močení a tak podobně.“.

O sestavení jakéhosi seznamu symptomů příznačných pro stres na základě existujících výčtů obsahujících průřezné údaje se zasloužila až Světová zdravotnická organizace – World Health Organization (WHO). Tento seznam sestává ze tří druhů příznaků stresu (Křivohlavý, 2010):

- fyziologických,
- psychologických,
- behaviorálních.

K fyziologickým příznakům stresu patří (Křivohlavý, 2010, s. 23 – 24):

- „*bušení srdce (palpitace – zesílené vnímání zrychlené a často i nepravidelné srdeční činnosti);*
- *úporné bolesti hlavy – často začínající v krční oblasti a rozšiřující se vpřed směrem od temena k čelu;*
- *zvýšené svalové napětí v krční oblasti a v dolní části páteře (bolesti v kříži) často spojené s výraznějšími bolestmi;*
- *bolesti a pocity svírání za hrudní kostí;*
- *nechutenství a plynatost v břišní (abdominální) oblasti;*
- *křečovitě, svíravé bolesti v dolní části břicha (často i výskyt průjmů);*
- *časté nucení na močení;*
- *ztráta sexuální apetence (žádoucnosti, touhy) až úplná sexuální impotence;*
- *výraznější změny v menstruačním cyklu;*
- *bodavé, řezavé a palčivé pocity v rukou a nohou;*
- *migréna – záchvatovitá bolest jedné poloviny hlavy;*
- *exantém – vyrážka v obličeji;*
- *nepříjemné pocity v krku;*
- *obtížné soustředění pohledu obou očí na jeden bod (fokusace) až dvojité vidění“.*

Některé z uvedených fyziologických příznaků stresu uvádí i další autoři – příkladně Mayerová (1997) či Arnold a kolektiv (2007). Doplnují však i další příznaky stresu jako

dušnost, nadměrnou chuť k jídlu, pálení žáhy, poruchy trávení, nutkání na zvracení, pocení rukou a nohou, únavu, nespavost či pláč.

Z psychologických příznaků stresu nutno zmínit především následující (Křivohlavý, 2010, s. 23):

- „prudké a výrazné změny nálady – od velké radosti k velkému smutku a naopak;
- zvýšená podrážděnost, popudlivost (iritabilita) a úzkostnost;
- nadměrné trápení se věcmi, které zdaleka nejsou tak důležité a potřebné;
- nadměrné pocity únavy;
- nadměrné starosti o vlastní zdravotní stav a fyzický zjev;
- neschopnost projevit emocionální náklonnost a sympatii v mezilidských vztazích („zmrazení“ emocionálních postojů k sobě i k druhým lidem);
- nadměrné snění a omezování kontaktu s druhými lidmi (stažení se z aktivního sociálního styku)“.

Tyto emocionální příznaky stresu uvádí taktéž Mayerová (1997) nebo Arnold a kolektiv (2007).

Behaviorálními příznaky stresu projevující se v chování a jednání člověka jsou zejména (Křivohlavý, 2010, s. 22 – 23):

- „nerozhodnost – nejistota v situacích, kde je více možností volby, tato nerozhodnost se projevuje příliš dlouhým rozvažováním, zda volit to či ono;
- změněný denní rytmus – problémy s usínáním a spaním, dlouhé bdění (až hlouběji do noci – člověku se nechce jít spát), probouzení se v noci a déletrvající noční bdění, kdy nepomáhá snaha opět usnout, pozdní vstávání často spojené s pocitem únavy;
- neustálé nářky a bédování – vidění světa ve stále temnějších šedých až černých barvách;
- změny ve vztahu k potravě – buď ztráta chuti k jídlu, nebo naopak příjem stále většího množství jídla;
- zvýšená nepozornost (zhoršená koncentrace pozornosti – projevuje se např. vyšší nehodovostí při řízení auta);
- zvýšená snaha vyhnout se práci, úkolům a odpovědnosti, ztráta chuti do práce a zhoršující se kvalita práce;
- zvýšené množství vykouřených cigaret;
- zvýšený příjem alkoholu – nejen u alkoholiků;

- *větší závislost na drogách všeho druhu;*
- *snížené množství práce a zhoršená kvalita práce“.*

Kromě výše uvedených behaviorálních příznaků stresu je možné uvést i další, a to např. ztrátu smyslu pro humor, pocity osobního selhání, sebenenávisti či neúspěchu, přecitlivělost, podrážděnost, vyšší nemocnost a pomalou úzdravu (Mayerová, 1997; Arnold a kolektiv, 2007).

I když je stres obecně specifikován na základě charakteristických příznaků, velkou měrou vyniká svou individualitou, což znamená, že jedinci budou určitou stresovou situaci se stejnými podmínkami vnímat odlišně, čímž se u nich budou také symptomy stresu projevovat různě. V souvislosti s touto skutečností lze uvést jakousi statistickou prognózu Praška (2005), podle něhož okolo 47 % (resp. 33 %) pacientů vykazuje příznaky PTSS po dobu delší než 1 rok. U přibližně 30 % pacientů dochází postupně ke spontánní úzdavě. U asi 40 % pacientů přetrvávají mírné příznaky. Stav 20 % pacientů se zlepší, avšak u nich lze stále pozorovat středně vážné příznaky. U zhruba 10 % pacientů nedojde k žádnému zlepšení jejich stavu.

1.1.4 Důsledky stresu

Stresem se rozumí forma zátěže, při které organismus mobilizuje pro stabilizaci vnitřního prostředí rezervní zdroje energie, z čehož vyplývá, že jak pozitivní, tak negativní zátěž způsobuje mobilizaci organismu, avšak s tím rozdílem, že každý má odlišný důsledek (Bartůňková, 2010).

Při stresu dochází k blokaci myšlení, neboť mozek se brání stresu tím, že zredukuje myšlenky na minimum. Člověk, který dlouhodobě podléhá silnému stresu, nemůže dosahovat optimální výkonnosti, a to v důsledku chybějící motivace a energie.

Krátkodobý a zvláště pak dlouhodobý stres vyvolává u člověka různé jak tělesné, tak i duševní reakce, které mohou podnítit rozvoj různých zdravotních obtíží – resp. onemocnění a poruch (Lüdecke, 2007). Hnilica, Kroupa a Vašková ([online], 2002) k nim řadí zejména *„bolesti zad, bolesti ramenních a krčních svalů, bolesti svalů horních a dolních končetin, celkovou únavu, bolesti hlavy, problémy se spánkem, zrakem nebo sluchem, bolesti žaludku, potíže s dýcháním, se srdcem, kožní problémy, alergie, pracovní úrazy, psychická traumata či úzkost“*. Stres má vliv také na psychosomatiku i na somatopsychiku člověka. Negativní změna zdravotního stavu člověka způsobená stresem na něj může působit přímo nebo nepřímo. Příмым účinkem stresu se rozumí onemocnění,

která mají vliv na imunitní, endokrinní a nervový systém. Nepřímým účinkem stresu se rozumí vliv na chování člověka. Mezi nejčastější psychosomatické choroby vyvolané stresem patří (Humpl, Prokop, Tobiášová, 2013):

- onemocnění kardiovaskulárního systému – hypertenze, ischemická choroba srdeční;
- onemocnění zažívacího systému – gastroduodenální vředová choroba;
- onemocnění dýchacího systému – astma;
- onemocnění endokrinního systému – diabetes mellitus, obezita;
- onemocnění kožního systému – ekzémy, lupénka.

Do skupiny psychosomatických onemocnění vyvolaných stresem lze zařadit také migrénu a tenzní bolesti hlavy. V krajních případech může v důsledku stresu dojít ke vzniku a následnému rozvoji syndromu vyhoření, kterému je věnován úsek 1.3.1 tohoto textu dále.

1.1.5 Zvládání stresu

Zvládání stresu a cíle tohoto zvládání mohou být různé (např. snížit úroveň toho, co člověka zatěžuje, zachovat si emocionální klid a duševní rovnováhu, zachovat si tvář a pozitivní obraz sama sebe apod.), (Humpl, Prokop, Tobiášová, 2013).

Zvládání stresu je možné rozdělit na tzv. úspěšné a neúspěšné strategie. Do skupiny neúspěšných strategií zvládání stresu náleží způsoby, které jsou založeny na principu obranných reakcí. Tyto obranné mechanismy v různých zátěžových situacích využívají všichni lidé. Patří mezi ně (Bečvářová, Horynová [online], 2019):

- vytěsnění – jedná se o základní obranný mechanismus spočívající v tom, že vědomé „já“ zadrží nebo odvrátí představu či afekt;
- projekce – takové mechanismy jsou založeny na separaci „já“ od okolního světa, kdy jde o ochranu před vlastními nežádoucími vlastnostmi či nepříjemnými pocity tím, že jsou přiřazovány ostatním;
- regrese – lze popsat jako návrat z vyššího vývojového stupně na nižší, na kterém docházelo k úspěšnému uspokojování pudových přání;
- popření – jedná se o obranný mechanismus, kdy lidé usilují o to, aby vnímané druhy ohrožení nebo konflikty byly odstraněny z vědomí popřením, a to tak, že z vědomí vyjímají to, co u nich způsobovalo stres;

- reaktivní výtvar – jde o obranu, jejímž výsledkem je protikladný postoj nepřijatelnému pudovému impulsu;
- obrácení v opak či obrácení proti sobě – příkladem obrácení v opak může být změna lásky k určitému člověku v nenávist;
- introjekce – jedná se o opak projekce, tímto mechanismem jsou nejčastěji osvojovány vlastnosti a chování rodičů nebo jiných blízkých osob, které se nám nelíbilo;
- sublimace – při tomto obranném mechanismu se lidé vzdávají cílů pro jiné, které všeobecně platí za sociálně a kulturně hodnotné, obsah sublimované aktivity obvykle nese stopy původního pudového impulsu;
- identifikace s agresorem – jádrem tohoto obranného mechanismu je altruistické vzdání se, jehož podstatou je zřeknutí se vlastních tužeb a přání ve prospěch někoho jiného.

Některé z výše uvedených (neúspěšných) strategií zvládání stresu rozděluje Bartůňková (2010) na pasivní a aktivní. K pasivním technikám zvládání dlouhodobého stresu zařazuje:

- popření – rezignace na řešení („dětské zavírání očí“);
- regresi – zprimitivnění reakcí;
- izolaci – únik do samoty, snižuje se schopnost sociální adaptace;
- denní snění – útěk z reality;
- únik do nemoci – záměrné zneužití, nezáměrná hypochondrie.

K aktivním technikám zvládání stresu pak přiřazuje:

- agresi – jedná se o nejefektivnější techniku zvládání stresu, nejhodnější formou je sport;
- upoutání pozornosti – v diskuzi, oblékáním, chováním;
- identifikaci – ztotožnění s hrdinou nebo vzorem;
- kompenzaci – řešením nedostatku, komplex méněcennosti;
- sublimaci – nevědomé přesunutí společensky neschvalovaných pudů do sociálně přijatelných aktivit (např. box).

Úspěšné strategie zvládání stresu jsou označovány názvem „coping“. Běžně je však tohoto pojmu využíváno obecně pro oblast zvládání stresu a zátěžových situací. Jedná se o záměrný výběr konkrétní strategie zvládání zátěže, a to na základě zhodnocení určité zátěžové situace a posouzení vlastních možností člověka. Při výběru vhodné strategie

zvládání zátěže je třeba brát v úvahu tři oblasti – oblast kognitivní neboli myšlenkovou, emocionální neboli citovou a volní projevující se chováním člověka. Zvládání stresu je ze strany odborníků rozdělováno do dvou skupin. Jedná se o následující copingové strategie (Bečvářová, Horynová [online], 2019):

- coping zaměřený na problém – jeho základem je přímá akce, snaha k získání a využití nezbytných informací a jejich uplatnění při změnách vlastního chování či při aktivních intervencích do prostředí, a ve vyhledávání pomoci od ostatních;
- coping zaměřený na emoce – jeho podstatou je úsilí o regulaci emočního doprovodu stresových situací, které přinášejí škody či jejich riziko.

V souvislosti s vymezením „copingu“ je důraz kladen zejména na čtyři skutečnosti: Zvládání stresu není jednorázovou záležitostí, neboť se jedná o dynamický proces. Rovněž nejde o automatickou reakci, neboť vyžaduje určité (záměrné) úsilí jednajících osoby k řízení dění (Křivohlavý, 2001). Mezi efektivní copingové strategie patří kupříkladu rozdělení hlavních problémů na množství zvládnutelných (menších) problémů, stanovení priorit jejich řešení a dílčích postupných cílů.

Jakýmsi opakem copingu je tzv. malcoping. Jde o nebezpečnou a poškozující strategii zvládání stresu. Této strategii zvládání stresu je využíváno především z toho důvodu, že se tak člověku podaří alespoň na chvíli oprostít od stresové situace, která jej natolik tíží. K těmto prostředkům zvládání stresu patří obvykle alkohol, drogy a jiné návykové látky, cigarety atd. Tyto sice v určité chvíli přinášejí člověku jistou úlevu, avšak na druhou stranu se s nimi pojí dlouhodobé a velmi škodlivé důsledky (Bečvářová, Horynová [online], 2019).

Strategie zvládání stresu popsal Křivohlavý (2010) následujícím způsobem:

- plánovat hledání řešení daného problému,
- uklidňování rozrušených emocí,
- utkat se s těžkou situací,
- distancování se od stresové situace,
- hledání pozitivních stránek nastalé situace,
- hledání sociální podpory,
- přijetí osobní odpovědnosti za nastalou situaci,
- snaha vyhnout se stresové situaci.

Na základě výše uvedeného lze konstatovat, že při zvládání stresu jde zejména o dvě činnosti, a to o odstranění toho, co je pro člověka zatěžující, a dále o posilování vlastních sil pro boj se stresem. Při rozhodování, co dělat při stresové situaci, je důležité si uvědomit, co člověka stojí to, že nezůstává ve stresu. V psychologii existuje pojem „psychologické očkování proti stresu“, což znamená naučit se efektivně jednat v situacích, které by mohly přijít a byly těžké. V praxi to znamená osvojit si vhodné postupy boje se stresem „nanečisto“. Při stresu je důležitá osobní resilience, což znamená míra elasticity, houževnatosti, mrštnosti a nezlomnosti. Je to individuální schopnost zvládnout co nejrychleji a nejúčinněji stresovou či distresovou situaci (Křivohlavý, 2010).

1.1.6 Techniky zvládání stresu

Druh a způsob reakce člověka na stres závisí na jeho dosavadních zkušenostech, na jeho povaze a na tom, co prožil. K úspěšnému zvládání stresu je zapotřebí poznat lépe sami sebe.

Techniky pro zvládání stresu mohou být různé. V první řadě se jedná odpočinek, který ale může mít různé formy, a to (Lüdecke, 2007):

- soustředění,
- dýchání,
- přestávky,
- hudba,
- smích
- asijské prstové cvičení,
- malování a kreslení.

Další technikou zvládání stresu je relaxace, která může mít rovněž různou podobu (Lüdecke, 2007):

- duševní relaxace – autogenní trénink, Jacobsonova progresivní relaxace;
- meditace – tradiční technika sloužící k uvolnění, fyzické i duševní relaxaci, pomocí které lze uvolnit stres, zmírnit úzkost a navodit úlevu a klid, meditace také dokáže posilovat imunitní systém, harmonizovat tělo i mysl, podporovat kreativitu, zlepšovat paměť a rozvíjet studijní schopnosti a vnitřní kázeň (Kušiaková-Pafková, Kušiak, 2012);
- akupunktura – starodávná čínská léčebná metoda, má příznivý vliv lidský organismus při stresu;

- akupresura;
- pohybová aktivita;
- tělesné uvolnění;
- sauna;
- hamam – tzv. turecké lázně, provádí se zde důkladná očista těla, aby tělo a duše dospěly o stavu harmonické rovnováhy;
- čchi-kung;
- jóga – staré indické cvičení, jehož cílem je prostřednictvím duševních a tělesných cvičení dospět ke splynutí s duší;
- aromaterapie.

1.1.7 Prevence stresu

Stresu se člověk v průběhu svého života zcela vyhnout nemůže. Může stresu však předcházet, a to různými metodami a technikami. Všeobecně lze rozlišit primární, sekundární a primární prevenci stresu (viz následující podúseky 1.1.7.1 až 1.1.7.3).

1.1.7.1 Primární prevence

Nejvýznamnější úlohu v prevenci stresu zaujímá prevence primární. Jejím cílem je zmírnění stresu či jeho úplné odstranění. Je zaměřena na osobní prevenci, kdy si člověk musí vytvořit vlastní životní styl, který je pro něj po všech stránkách zcela vyhovující. Stresu lze předcházet různými způsoby. Preferovaný způsob předcházení stresu se odvíjí od osobní volby konkrétního jedince, od jeho možností a schopností (Haluzíková, Římovská [online], 2010).

Základem primární prevence stresu je zejména psychohygiena neboli duševní hygiena. Jedná se o disciplínu zabývající se rozvojem a podporou duševního zdraví. Zaměřuje se na určité poznatky týkající se způsobu života, jimiž člověk může dosáhnout udržení psychického a psychosomatického zdraví. Psychohygiena je tak velmi úzce spjata se zdravým životním stylem, kdy dodržování jeho zásad napomáhá ke zlepšení celkového stavu organismu. Naproti tomu nedodržování zásad zdravého životního stylu může představovat zvyšující se riziko vzniku stresu a celé řady různých civilizačních chorob (např. kardiovaskulární onemocnění, diabetes mellitus, nádorová onemocnění, deprese, obezita, hypertenze, chronický únavový syndrom – viz také výše), (Herman, Doubek, 2008).

Součástí zdravého životního stylu je především strava, a to i z hlediska prevence stresu. Významnou úlohu zde sehrává nejen kvalita stravy, ale rovněž rozpoložení člověka při její konzumaci. V případech, kdy se člověk nachází ve stresu, jeho trávení správně nefunguje. Pro předcházení stresu jsou důležité nápoje a potraviny obsahující vitaminy B a C. Vitaminy skupiny B jsou důležité pro játra a nervový systém člověka. Nedostatek vitamínu B se objevuje zejména u jedinců pravidelně konzumujících alkohol (Nešpor, 2006). Všeobecně je vhodná konzumace potraviny s vysokým obsahem bílkovin (proteinů) a cukrů (sacharidů). Proti stresu je vhodná konzumace vlašských ořechů, mandlí, piniových oříšků, cizrny či pšeničných klíčků. Naopak nevhodná je konzumace nápojů a potravin obsahujících bílý cukr, dále alkoholu a energetických nápojů (Pamplona-Roger, 2009). Dalším vhodným řešením v boji proti stresu jsou byliny, které obecně zmírňují příznaky stresu, příp. zvyšují odolnost člověka vůči stresu. Příkladem blahodárných bylin může být např. sporýš lékařský, který uvolňuje stres a zmírňuje zažívací potíže. Dalším příkladem může být heřmánek či meduňka. Tyto byliny normalizují funkce trávicího traktu, čímž řeší žaludeční potíže a bolesti břicha, a rovněž zklidňují nervový systém člověka. V této souvislosti nelze opomenout ani účinky sibiřského ženšenu, který taktéž napomáhá lidskému organismu se zvládáním stresu. Doporučená denní dávka činí až 600 mg po dobu 10 až 14 dnů před očekávaným stresovým obdobím (např. před zkouškami či při pracovním vypětí v zaměstnání), (Odyová, 2002).

Nedílnou součástí zdravého životního stylu (duševní hygieny) je fyzická neboli pohybová aktivita společně s adekvátním a kvalitním odpočinkem a relaxací, nevyjímaje také spánek.

Prevencí stresu může být rovněž změna přístupu k životu a strachu samotnému (resp. různým obavám). Obecně známým faktem je skutečnost, že si lidé nabírají stále více práce, než jsou schopni zvládnout, a to z různých důvodů (nejčastěji kvůli posílení vlastního ega, získání obdivu ze strany okolí apod.). Přitom je známo, že přetížení v práci ke stresu přímo směřuje. Z tohoto důvodu je zapotřebí uvědomit si vlastní hranici (lépe řečeno limity) a naučit se diplomaticky odmítat vše, co je nad rámec jeho sil. Naproti tomu protikladem pracovního přetížení je tzv. prokrastinace. Ta má rovněž negativní účinek. Pro člověka je přirozené, že některé aktivity a činnosti, které jsou mu nepříjemné, odkládá na později. Logicky však, pokud se člověk zabývá pouze těmi příjemnými úkoly, časem se stejně dopravuje k tomu, že mu k řešení zůstanou jen ty nepříjemné. Z hlediska

psychologického je tedy vhodnější začít nejprve od řešení těch nepříjemných (Carnegie, 2011).

Součástí primární prevence je tedy srozumitelnost, zvládnutelnost a smysluplnost. Mezi pravidla prevence psychosociálního stresu patří (Bartůňková, 2010):

- poznat sám sebe a své možnosti;
- naučit se ovládat své emoce;
- stanovovat si dosažitelné cíle;
- rozpoznat stresory a odhadnout nastávající stresovou situaci;
- včas rozlišovat podstatné a méně podstatné;
- přijmout obtíže a nedat se odradit;
- upravit si životní styl, dostatečně relaxovat;
- zařadit pohybové aktivity a věnovat se svým zájmům;
- používat antistresové techniky- asertivita, iniciativa a útok.

Ze specifických pravidel pro předcházení pracovního stresu je možné uvést (Bartůňková, 2010):

- v krizových situacích pojmenovat základní problémy;
- volit priority, hierarchii a významnost;
- hledat kompromisy;
- ovládat emoce, jak v roli nadřízeného, tak i podřízeného;
- přesouvat pravomoci;
- odmítat nezvladatelné úkoly;
- správně si rozvrhnout čas;
- naučit se relaxovat.

1.1.7.2 Sekundární prevence

Součástí sekundární prevence stresu je brzké rozpoznání rizik a stanovení aktivit pro jejich minimalizaci. Přístupy sekundární prevence jsou zaměřeny na rozvoj individuálních dovedností člověka, jež mu pomáhají při zvládnutí stresu (Medina, 2011).

Sekundární prevencí stresu může být dle Mediny (2011) relaxace a time management, jenž je prostředkem sloužícím ke zlepšení organizace pracovního času. Stres může být totiž vyvolán nedostatkem i nadbytkem času, neboť časová tíseň nedává člověku možnost zvládat stanovené cíle, a nadbytek volného času, který neumí člověk využít, jej

nutí k jeho vyplňování duchaprázdnými a zbytečnými aktivitami a činnostmi. Řešením tohoto je pak přehodnocení vlastních cílů, stanovení časové posloupnosti v plnění jednotlivých cílů a promyšlená organizace času (Štěpaník, 2008).

Sekundární prevence stresu zahrnuje dále využití různých antistresových technik, kinezioterapie a vhodných farmak.

Z vhodných antistresových technik lze v rámci sekundární prevence stresu uvést kupříkladu krátký odpočinek, autogenní trénink, dechová cvičení, autosugesci, meditaci cvičení koncentrace apod. (Štěpaník, 2008).

Kinezioterapie je podpůrnou léčebnou metodou. Využívá aktivně prováděného pohybu mimo pracovní povahy. Jedná se o somatoterapeutickou aktivitu využívající specificky zaměřené pohybové programy. Zasahuje do oblasti kineziologie, psychologie, medicíny, pedagogiky a didaktiky. Využívá se jak oblasti prevence psychických poruch, tak v prevenci a léčbě psychických poruch (Bartůňková, 2010). „*Kinezioterapie působí na vědomí pohybu, vlastního těla, upevnění tělesného schématu, zajišťuje psychosomatickou jednotu, pozitivní sebezpřijetí a integritu, umožňuje vyjádřit tělesnou symboliku a emoční spontaneitu, podněcuje tvořivost*“ (Bartůňková, 2010, s. 114).

K lékům proti stresu patří různé „*antistresové doplňky stravy nebo léčivé přípravky rostlinného původu obsahující významné látky bílkovinné povahy, důležité vitamíny, minerální látky, antioxidanty (zabraňují vzniku volných kyslíkových radikálů nebo je mění na méně reaktivní formy, tudíž snižují oxidační stres v těle)*“ (Kalinayová [online], 2018), které obsahují např. ženšen pravý, kustovnici čínskou, elauterokoka ostnitého, klanoprašku čínskou, leskorku lesklou, meduňku lékařskou, levanduli lékařskou, kozlík lékařský, chmel otáčivý, třezalku tečkovanou, hořčík, vitamíny ze skupiny B (B6, riboflavin a kyselinu listovou) a vitamíny A, C, D a E (Kalinayová [online], 2018).

1.1.7.3 Terciární prevence

Terciární prevence stresu je orientována na osoby, u nichž již došlo k rozvoji stresu, a to na vysoké úrovni. Stres velmi nepříznivě působí na jejich zdraví, čímž tito jedinci vyžadují službu odborníků. Do oblasti terciární prevence stresu patří farmakoterapie a poradenství (Medina, 2011).

K nejčastěji využívaným lékům proti stresu patří benzodiazepiny. Do této lékové skupiny patří léky jako je Ativan, Klonopin, Librium, Paxipam, Valium či Xanax (Nedley, 2007). Stres by měl být farmakologicky řešen až v krajních případech, neboť zmiňované a

další léky jsou spojeny s množstvím nežádoucích vedlejších účinků, jako jsou například narušení krátkodobé paměti, problémy s dýcháním, ospalost, únava, závislost, zmatenost, snížení výkonnosti, žaludeční a střevní potíže, zvýšená chuť k jídlu, vzájemná léková interakce a další (Lincová, Farghali, 2002). Jistou alternativu mohou představovat tricyklická antidepresiva (TCA) určená k léčbě deprese. Tato jsou obecně předepisována při nejrozličnějších depresivních poruchách, příznacích spojených se stresem a úzkostných poruchách. Další alternativou jsou tzv. inhibitory zpětného vychytávání serotoninu. Jedná se o novější skupinu antidepresiv SSRI (např. Celexa, Luvox, Paxil, Prozac či Zoloft), které mají méně nežádoucích vedlejších účinků. Jejich nevýhodou však je, že účinkují až po delší době užívání, a že než zaberou, mohou způsobovat ještě větší úzkosti (Nedley, 2007).

1.1.7.4 Doporučení, pokud se člověk nechce stresovat v práci

Odborník na psychologii práce Urban je přesvědčen o tom, že za pracovní stres si lidé mohou sami, a že se stresu dá čelit. Ve své odborné knize „Přestaňte se v práci stresovat: 44 doporučení pro ty, kteří nechtějí práci obětovat své zdraví“ předkládá „praktické tipy, jak stresu předcházet a jak si vytvářet návyky, abychom nad stresem do určité míry zvítězili“ (Sovová [online], 2016). Jedná se o následující doporučení (Urban, 2016, s. 11 – 151):

- „uvědomte si, že příčina stresu může být ve vás;
- vyvarujte se uvažování, které stresuje;
- využijte mentální techniky a změňte své zvyky;
- nevěřte, že vás stres přivede k úspěchu;
- neberte si věci zbytečně osobně;
- nestresujte se tím, co bylo, nebo teprve nastane;
- nestresujte se časovými termíny;
- přestaňte se stresovat odkládáním;
- neved'te bitvy, které jsou zbytečné;
- připusťte, že všem se nezavděčíte;
- nestresujte se tím, co lze předvídat;
- nedělejte z malých chyb velké;
- zvykněte si naslouchat druhým;
- počítejte s tím, že všichni kolem vás nejsou nejschopnější;

- *netlačte na pilu: nevíte-li jak dál, vyčkejte;*
- *nestresujte se náročným šéfem;*
- *neřešte své spory konfrontací;*
- *nestresujte se (nespravedlivou) kritikou*
- *nepřistupujte na „střety osobností“;*
- *nenechte se stresovat nudnými poradami;*
- *nestresujte se vlastními sliby ani obavou říci „ne“;*
- *se svým názorem vyčkejte;*
- *sledujte, jak osoby kolem vás jednají;*
- *dávejte svým spolupracovníkům najevo, že si jejich práce vážíte;*
- *zamyslete se nad svými zvyklostmi;*
- *nesnažte se o absolutní dokonalost;*
- *všimněte si, jak často nejrůznější události dopadají dobře;*
- *zbavte se uvažování „kdyby“;*
- *zabraňte svému vyhoření;*
- *nestresujte se „jedovatými“ spolupracovníky;*
- *nestresujte se byrokracií;*
- *neobávejte se požádat o to, co chcete, ale na své žádosti netrvejte;*
- *neberte se příliš vážně;*
- *nesnažte se lidem ve svém okolí bránit být sami sebou;*
- *omezte sklon prosazovat své ego;*
- *naučte se „včas přibrzdit“;*
- *připusťte, že občas můžete mít špatný den;*
- *nestyďte se občas pochválit;*
- *nestresujete se „zlatými pouty“;*
- *nenechávejte své úkoly nedokončené;*
- *nekritizujte ostatní v jejich nepřítomnosti;*
- *nestresujte se veřejnými vystoupeními;*
- *své cíle nesledujte příliš přímočaře;*
- *přestaňte se zbytečně strachovat“.*

1.2 Zátěž

Život člověka je spojen s množstvím nejrůznějších životních situací či událostí (někdy očekávaných, jindy naopak nečekaných), jež pro něj mohou být více či méně zatěžující. Zátěž jako taková může mít různé podoby.

Všeobecně je možné zátěž definovat jako vyrovnávání se s požadavky, kladenými na jedince, vyplývající ze vztahu mezi jejich náročností a vlastnostmi, jimiž je jedinec k jejich zvládnutí vybaven. Taktéž jako porušení rovnováhy mezi vnitřním stavem systému a jeho vnějším okolím, jež lze označit jako systém vnější. Za velmi adekvátní lze považovat vymezení zátěže dle Hladkého a Žídkové (1999, s. 7): *„Zátěž je interakcí mezi požadavky, které na člověka klade život, různé situace a prostředí a mezi mírou vybavenosti tyto požadavky zvládnout, vyrovnat se s nimi. Reakce člověka přitom nemůže být pouze tělesná anebo pouze duševní, nýbrž komplexní, souhrnná, psychofyzilogická“*. Zátěží se dle Paulíka (2009, s. 9) rozumí *„každé vystavení organismu v interakci s prostředím nějakým nárokům, vyžadujícím vynaložení určité energie, pak je základním rysem zátěže její spojení s větším či menším tlakem různých vlivů na organismus, a to tlakem delšího či kratšího trvání“*.

V souvislosti s vymezením zátěže (viz výše) a stresu (viz podkapitola 1.1 výše) jako pojmů lze poukázat na nejednotnost a nejednoznačnost percepce obou těchto výrazů, což lze vysvětlit následovně: Zátěž je možné od stresu diferencovat přístup k zátěži jako k úrovním požadavků kladených na člověka nebo k nepřiměřené zátěži působící na člověka (Komárková, Slaměník, Výrost, 224). Z tohoto vyplývá, že hranice mezi zátěží a stresem jsou velmi subjektivní. K zaměňování zátěže a stresu obvykle dochází jak v hovorové mluvě, tak v pojetí různých autorů. Jako důkaz této skutečnosti lze uvést několik definic zátěže a stresu jako synonymických termínů. Autoři Hartl a Hartlová (2000), stejně jako autoři Čáp a Mareš (2001, s. 199) pod těmito pojmy označují *„takové situace, kdy se zvyšují požadavky na člověka (popřípadě na zvíře), kdy jsou ztíženy podmínky pro jeho činnost“*.

Na základě výše uvedeného vymezení zátěže lze shrnout, že za zátěž je možné považovat všechny situace, které vybočují z běžných mezí a kladou zvýšené nároky na člověka. Zátěž je pak důsledek působení těchto situací na člověka. Tato zátěž může mít své těžiště především buď v působení na psychiku, kdy se jedná o psychickou zátěž, nebo na fyzickou stránku a pak se jde o zátěž fyzickou. Z hlediska jedince jde vždy o kombinaci obou těchto stránek. Zátěž lze také chápat jako specifickou interakci extrémních vnějších

podmínek a vnitřních možností člověka. Individuálně se důsledky zátěže mohou různit v závislosti na vnitřních kvalitách jedince. Míra odolnosti, kterou je člověk schopen se přiměřeně vyrovnat se ztíženými podmínkami své existence, je úměrná jeho psychické odolnosti a připravenosti. Zatímco požadavky a podmínky kladené na člověka je možné charakterizovat obecně, zátěž je jev, který se týká vždy určitého jedince. Stupeň a kvalita prožívané zátěže je tedy subjektivní. Každá nová situace a změněné životní podmínky prověřují a současně ukazují přizpůsobivost jedince. Všude tam, kde prostředí na člověka klade nové požadavky a ten již nevystačí se svými schématy myšlení a jednání, musí přebudovat své zvyklosti. Podmínky, na které člověk nereaguje, vyostřují vztahy člověka a prostředí a svými důsledky zvyšují zátěž nad hraniční míru.

Na zátěž lze pohlížet z různých pohledů. Vzhledem k emoční reakci na zátěž může být zátěž:

- příjemná (přiměřená),
- neutrální,
- nepříjemná (nepřiměřená).

Přiměřená zátěž představuje žádané zatížení, které přispívá k rozvoji lidské osobnosti. Nepřiměřená zátěž způsobuje vyšší fyziologickou reakci lidského organismu, jenž může být rizikovým faktorem ke vzniku některých nemocí. S ohledem na faktor času, tzn. na délku trvání, je rozlišována zátěž:

- krátkodobá,
- střednědobá,
- dlouhodobá.

Dle intenzity zátěže jsou dále rozeznávány čtyři úrovně zátěže, a to zátěž minimální, mírná, střední a silná (Paulík, 2012). Vzhledem k povaze podnětů, které působí na člověka, je rozlišována zátěž:

- fyzická,
- psychická,
- biologická.

Fyzická zátěž vyplývá z kterýchkoliv aktivit a činností. Jde o nároky a požadavky kladené především na svalovou činnost člověka (Hladký, Žídková, 1999). Fyzickou zátěží dochází ke zvyšování lidského metabolismu nad základní hodnotu a k výdeji jistého objemu energie na vykonávanou aktivitu nebo činnost (Chundela, 2001). Fyzická zátěž se odráží v psychickém prožívání (Hladký, Žídková, 1999). Obecně je rozlišována fyzická

zátěž dynamická, která může být pozitivní nebo negativní, a fyzická zátěž statická, která je považována obecně za nejnepríznivější. Důvodem tohoto je skutečnost, že při statické fyzické zátěži nedochází k pohybům (tzn. prodlužování nebo zkracování) svalů. Důsledkem toho je rychlejší nástup únavy svalů. Fyzická zátěž a její zvládání ovlivňuje celá řada vnějších faktorů působících z okolního prostředí. Z těchto faktorů lze uvést příkladně klimatické či světelné podmínky, hluk, vibrace a jiné (Chundela, 2001).

Psychickou zátěží se rozumí „proces, kdy jedinec psychicky zpracovává a odolává vnějším vlivům jeho prostředí, ve kterém žije. K vnějším vlivům se řadí společenské vazby, společenské normy, nároky a práce. Pokud jsou nároky prostředí větší, než je psychická zdatnost jednotlivce, dostane se jedinec do psychického stresu, který je odezvou na jakoukoliv výrazně působící zátěž“ (Psychická zátěž: Pracovní zátěž, stres, chování v práci, motivace, hodnocení psychické zátěže, účinky na zdraví, zařazení do rizika, preventivní opatření, preventivní prohlídky, legislativa, 2007, s. 8). Lze rozlišit tři formy psychické zátěže, a to psychickou zátěž (Hladký, Žídková, 1999):

- senzorickou,
- mentální,
- emoční.

Senzorická psychická zátěž vychází z požadavků na činnost smyslových orgánů (tzn. čich, chuť, hmat, sluch a zrak) a ze s nimi korespondujícími strukturami centrální nervové soustavy. Psychická zátěž mentální vyplývá z požadavků na zpracovávání informací. Nejvyšší požadavky jsou obvykle kladeny na psychické procesy (např. koncentraci, myšlení, paměť nebo rozhodování). Emoční psychická zátěž bývá také alternativně označována jako tzv. psychosociální stres. Tento druh psychické zátěže vyplývá z požadavků a ze situací, které vyvolávají afektivní reakce (Štikar, Ryměš, Reigel, Hoskovec, 1998). Určitá míra psychické zátěže je pro člověka důležitá a nezbytná, protože příznivě ovlivňuje rozvoj jeho osobnosti. Právě dle míry psychické zátěže je dále rozlišována psychická zátěž:

- běžná,
- optimální,
- pesimální,
- hraniční,
- extrémní.

Běžná psychická zátěž odpovídá životu v jasných a stálých podmínkách, kdy jsou na psychiku člověka kladeny nároky a požadavky, k jejichž řešení je člověk vybaven patřičnými dovednostmi, návyky, postoji, schopnostmi, systémem motivace a znalostmi. Jedná se o indikátor systému a způsobu života člověka, ke kterým je úplně adaptován.

V rámci optimální psychické zátěže (tzv. hypostresu) dochází k podmiňování a stimulaci psychického rozvoje lidské osobnosti jistými okolnostmi. Napětí, k jehož vzniku takto dochází, dává člověku podnět k tomu, aby se mohl seberealizovat, a k tomu, aby mohl přetvářet skutečnosti, které s sebou život přináší. Optimální psychická zátěž není spojena s negativními dopady na lidskou psychiku (Mikšík, 2005). Jednoduše řečeno, jde o soulad nároků a požadavků okolního prostředí s možností a schopnostmi jedince (Mayerová, 1997).

Ke vzniku pesimální psychické zátěže dochází kvůli výrazně nízkým nebo vysokým nárokům a požadavkům na psychiku člověka. Nízké nároky a požadavky nejsou pro člověka podnětem k psychickému rozvoji jeho osobnosti. Naopak vysoké nároky a požadavky vyvolávají u člověka neschopnost se s nimi vyrovnat, čímž jsou zdrojem tzv. psychické desintegrace.

Hraniční psychická zátěž vyjadřuje neustále se zvyšující nároky a požadavky na vzájemné působení člověka s vnějším prostředím (okolím). S takovými nároky a požadavky je možné se vyrovnat pouze za pomoci mimořádného vypětí vlastních psychických sil, které jsou doprovázeny souborem specifických nebo nespecifických odpovědí k udržení integrity osobnosti člověka. Důsledkem toho je vznik různých funkčních poruch, rozvoj specifických mechanismů únikového, obranného a kompenzačního charakteru.

Kvalita a intenzita extrémní psychické zátěže (tzv. hyperstresu) způsobuje neefektivnost kterýchkoliv kompenzačních mechanismů nebo neschopnost jejich uplatnění. Důsledkem extrémní psychické zátěže je dezintegrované lidské chování, které značí psychické selhání člověka různé kvality a stupně (Mikšík, 2005).

Výše zmiňované hraniční či extrémní psychická zátěž představují stavy, v nichž nároky a požadavky převyšují možnosti člověka a projevují se u něj rozporem mezi vnitřními dispozicemi z okolního prostředí z důvodu, že není schopen takové stavy řešit či se na ně adaptovat (Mayerová, 1997). Vznik psychické zátěže je spojen s nadlimitními situacemi, které mají pro jedince jakýsi osobnostní význam. Pro takové situace je

rozhodující bezprostřední rozhodování, emocionální a myšlenkové přetížení, které ohrožuje jeho hodnoty nebo vyžaduje zvýšenou míru zodpovědnosti.

S ohledem na míru působení fyzické a psychické zátěže lze tyto druhy zátěží rozdělit do několika úrovní., kdy se jedná o zátěž:

- optimální,
- mírnou,
- velkou,
- nepříjemnou.

V rámci optimální zátěže působí na člověka faktory v normálních (resp. optimálních) mezích. Optimální zátěž vyvolává uspokojení a umožňuje bezpečné a přesné vykonávání různých aktivit a činností. Jde o jistý stav pohody člověka.

Mírná zátěž je u některých faktorů spojena s překračováním optimálních hodnot. Jedinec pociťuje porušení zmiňované pohody. Přesto však nejde o takovou míru porušení pohody, jež by se projevila na výkonech člověka, či na jeho stálém pociťování únavy.

K překračování optimálních (resp. doporučených) hodnot většiny faktorů dochází v rámci velké zátěže, s čímž korespondují zřejmé odpovědi lidského organismu na tuto zátěž. Zároveň se snižuje výkon člověka.

Nepříjemná zátěž představuje překračování povolených hodnot u všech faktorů, což může nepochybně mít nepříznivé účinky na zdraví člověka (Chundela, 2001).

Biologická zátěž je dána fyzikálními, chemickými či biologickými faktory. Reakce lidského organismu na biologickou zátěž je prvotně biologická. Psychické odpovědi organismu člověka na biologickou zátěž jsou až druhotné (Hladký, Žídková, 1999).

1.2.1 Jednotlivé typy zátěžových situací

Lze rozlišit několik základních typů zátěžových situací, u nichž jsou třídícím kritériem psychologické aspekty povahy zátěže, a u nichž dochází k rozporu mezi požadavky, které situace na člověka klade a jeho možnostmi požadavky splnit. Patří k nim zejména (Jobánková a kolektiv autorů, 2003):

- problémové (maladjustogenní) situace:

Jedná se o takové situace, kdy se člověk musí vyrovnat se změnami v životě i v práci a k jejich řešení jedinec není dostatečně vybaven zkušenostmi. Problémové situace člověk řeší na základě adaptace. Podmínkou úspěšné adaptace je pochopení nových

životních okolností a nalezení správného přístupu k nim. Za problémové situace můžeme považovat změny výrobního sortimentu, zavádění nových technologií apod.

- překážky (frustraciogenní) situace:

Překážky se člověku do cesty za vytyčeným cílem velmi často stavějí. Většinou tuto překážku jedinec zdolává nebo ji obchází. Každý člověk má možnost zvolit si cíle snadnější nebo obtížnější.

- konfliktové (konfliktogenní) situace:

Tyto situace vznikají v případě, kdy se člověk má rozhodnout mezi dvěma nebo více motivy, jejichž uspokojení je naléhavé, ale které se vylučují navzájem. Konfliktní situace je možné rozdělit na interpsychické, což znamená konflikt mezi lidmi, a intrapsychické, což znamená střet zájmů jedince.

- stresové (stresogenní) situace:

V případě stresových situací je průběh činnosti, kterou člověk vykonává, narušován interferujícími psychickými prožitky, které jsou vyvolávány právě těmito situacemi. Jde především o prožitky nejistoty a úzkosti ve formě trémy, obav, anticipační úzkosti, pocitu vlastní nedostatečnosti atd., které se pojí k různým aspektům zátěžových situací (kupříkladu k atypickému prostředí, časovému deficitu, tlaku ohrožení či vědomí odpovědnosti). V takových situacích dochází k aktualizaci rezistence ve vztahu k uvědomění si a prožívání závažnosti okolností a případných důsledků chyb.

Pro nepřiměřené úkoly je typický tlak na rezistenci subjektu (člověka) vůči působení situačních vlivů a na jeho schopnost pokračovat v osvojených činnostech. Jde o to, že nepřiměřené úkoly díky svému rozsahu a setrvalým nárokům na výkon přesahují bezprostřední fyzické a psychické síly člověka, jenž je takto donucen k prokázání schopnosti rezistence proti únavě a vyčerpání. Nepřiměřenými úkoly se rozumí takové úkoly, které vyžadují určité schopnosti, dovednosti a zkušenosti, které jedinec nemá dostatečně rozvinuty. Nepřiměřenost požadavků se projevuje únavou, vyčerpáním a nízkým pracovním výkonem.

1.2.2 Zátěž v práci všeobecné sestry

Každý člověk je jiný, proto každý jedinec reaguje na zátěž jinak. To, že někdo vnímá stresovou situaci intenzivně a jiný ji považuje za snadno zvládnutelnou, je způsobeno také tím, jakými vlastnostmi je geneticky vybaven, a jaké vlastnosti v průběhu

života získá. Díky zděděným i získaným vlastnostem jsou pak lidé schopni na stresovou situaci reagovat.

Pro sestru je typická práce s člověkem. Jak je známo, tak každodenní kontakt s lidmi a obzvláště nemocnými je sám o sobě považován za velmi stresující. Ať už se jedná o stresory v podobě neustále se zvyšujících nároků a požadavků na vzdělanost zdravotních sester, nebo o nátlak ze strany nadřízených na pracovišti a čím dál více kompetencí. Avšak také samotný fakt, že se většina sester žene za profesním růstem a vidinou vyššího platového ohodnocení. V nynější době je situace taková, že plat sestry nečiní zdaleka ani polovinu (v mnohých případech ani třetinu) platu lékaře.

Zátěže v práci sestry lze rozdělit na ty, které se týkají:

- zátěže z pracovní činnosti;
- zátěže plynoucí z odlišnosti diagnóz ošetřovaných pacientů;
- zátěže týkající se osobnosti zdravotníků;
- zátěže, které se vztahují k podmínkám pracovní činnosti – fyzické, chemické, fyzikální;
- statické zatížení (stání při přípravě léků, infúzí apod., asistence u lůžka, u výkonů);
- zatížení páteře (při zvedání pacientů, polohování, úpravy lůžka);
- zatížení svalového, cévního a kloubního systému;
- setkávání se s nepříjemnými podněty (exkrementy, otevřené a hnisavé rány, zápach, vyrážky apod.);
- rizika infekce;
- narušení spánkového rytmu při směnování;
- kontakt s léky, dezinfekční přípravky, pomůckami (rukavice);
- zátěže psychické, emocionální, sociální;
- neustálá pozornost, pečlivé sledování (stavu pacientů, přístrojů, ordinací lékaře), rychlé přepojování pozorností mezi činnostmi;
- pružné reagování na různorodé požadavky a změny;
- velká zodpovědnost za výsledky (následky) své práce;
- nutnost rychlých rozhodnutí a účelného jednání i při nedostatku informací;
- vyrovnání se s pocity bezmoci;
- působení bolesti druhým lidem;
- komunikace s příbuznými pacientů;

- konflikt rolí;
- nízké ohodnocení náročné práce.

1.3 Všeobecná sestra a její povolání

Všeobecná sestra je zcela nenahraditelnou a specifickou součástí zdravotnického a ošetrovatelského týmu.

Sestru lze definovat jako „osobu, která ukončila základní ošetrovatelské vzdělání v oboru všeobecná sestra a je oprávněna vykonávat profesi sestry ve své zemi. Základní ošetrovatelské vzdělání je oficiálně státem uznaný studijní program, poskytující široký vědecký základ v behaviorálních, přírodních a ošetrovatelských vědách, který je nutno absolvovat před vykonáním obecné ošetrovatelské praxe. Je nezbytným předpokladem pro další specializované nebo vyšší vzdělání“ (Bártlová, 2003, s. 127). Obdobně vymezuje sestru i Alexander a Runciman (2003, s. 6): „Sestra je osoba s ukončeným základním všeobecným ošetrovatelským vzděláním, která smí na základě souhlasu regulačního orgánu ve své zemi pracovat jako sestra. Základní ošetrovatelské vzdělání je formálně uznaný studijní program, který studentovi poskytne široký a důkladný základ ve znalostech chování, života a ošetrovatelství, který student potřebuje pro ošetrovatelskou praxi, pro řídicí úlohu a pro navazující specializační studium nebo navazující studium potřebné k výkonu odbornější ošetrovatelské praxe. Sestra je připravena a oprávněna:

- zapojovat se do všeobecné ošetrovatelské praxe, včetně podpory zdraví, prevence nemocí a péče o fyzicky a duševně choré a postižené osoby různého stáří ve všech zdravotnických a komunitních zařízeních,
- vyučovat témata spadající do zdravotnické péče,
- plně se zapojovat do zdravotnického týmu,
- dohlížet nad pomocnými pracovníky v ošetrovatelství a zdravotnické péči a školit je,
- zapojovat se do výzkumu“.

Výše uvedené vymezení sestry je definicí Mezinárodní rady sester (International Council of Nurses – ICN, 2010).

Dle zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, je sestrou

osoba, jejíž získala odbornou způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry absolvováním (Zákon č. 96/2004 Sb., 2004, § 5):

- „nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester;
- nejméně tříletého studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšších zdravotnických školách;
- studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšší zdravotnické škole v délce nejméně jeden rok, jde-li o zdravotnického pracovníka, který získal odbornou způsobilost k výkonu povolání praktické sestry, zdravotnického záchranáře, porodní asistentky nebo dětské sestry podle § 5a odst. 1 písm. a) nebo b), byl-li přijat do vyššího než prvního ročníku vzdělávání,
- vysokoškolského studia ve studijních programech a studijních oborech psychologie - péče o nemocné, pedagogika - ošetřovatelství, pedagogika - péče o nemocné, péče o nemocné nebo učitelství odborných předmětů pro střední zdravotnické školy, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději v akademickém roce 2003/2004,
- tříletého studia v oboru diplomovaná dětská sestra nebo diplomovaná sestra pro psychiatrii na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004,
- studijního oboru všeobecná sestra na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004,
- studijního oboru zdravotní sestra, dětská sestra, sestra pro psychiatrii, sestra pro intenzivní péči, ženská sestra nebo porodní asistentka na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1996/1997, nebo
- tříletého studia v oboru diplomovaná porodní asistentka na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004“.

Povolání všeobecné sestry je samo o sobě dost náročné a často v souvislosti s touto profesí lze hovořit o stresu na pracovišti. Dochází k přetěžování, neustálému zvyšování nároků na personál, dlouhé pracovní době s přesčasy, neuspokojivému pracovnímu prostředí, neshodám s nadřízenými či kolegy apod. V tomto povolání existují varovné signály stresu na pracovišti, mezi něž patří časový tlak a zvyšující se rozsah

zodpovědnosti. Na pracovišti se čím dál častěji objevují problémy související s provozem a vnitřními procesy. Může docházet k mnoha chybám a rovněž klesá výkonnost pracovníků. V souvislosti s profesí sestry nelze opomenout ani vznik syndromu vyhoření (k tomuto blíže v úseku 1.3.1 níže).

Pro sesterskou profesi existují mimo jiné taktéž tzv. protektivní neboli ochranné faktory. Ty zajišťují v práci nacházet satisfakci. Rovněž mohou u sester posilovat motivaci k další práci a podílejí se na jejich spokojenosti. Z těchto ochranných faktorů v práci sestry lze uvést (Bartošíková, 2006, s. 17 – 19):

- *„Neustálý styk s různými lidmi může být i zdrojem poučení a rozšíření obzorů.*
- *Pestré lidské složení pacientů v průběhu let, umožní ledacos se dozvědět.*
- *Pokud projeví sestra zájem, může se dozvědět něco bližšího o různých oborech lidských činností, o povolání, o zážitcích z cestování apod.*
- *Je-li sestra dobrý posluchač, může se dozvědět i to, jaký smysl přikládají jiní lidé životu, co považují za pravé hodnoty.*
- *Je možné zažít, jak lidé statečně bojují s nepřízní, bolestí, mohou být i příkladem jak snášet nemoc a vše, co s ní souvisí.*
- *Také porovnání vlastních starostí se zátěží života druhých lidí, může vést k přehodnocení vlastních postojů a pohledu na život.*
- *Lze získat také ocenění vlastní práce poděkováním od pacienta či příbuzných nebo viditelnými pokroky v léčení.*
- *Nese se zde myšlenka altruismu vyjádřená pomocí druhým lidem, což je činnost, která je sama o sobě smysluplná a druhými ceněná.*
- *Pocit uspokojení vlastní dobře vykonané práce, která je vidět na pacientovi.*
- *Zážitky radosti a hrdosti, podaří-li se nemocného uzdravit.*
- *Získávání stále nových zkušeností, rozhled v průběhu let.*
- *Zkušenosti z práce lze využít i v osobním životě, v domácnosti, při výchově dětí apod.*
- *Pestrost, proměnlivost práce, rozvíjení umění improvizovat.*
- *Sestra se musí naučit nedostat do časové tísně, musí si umět zorganizovat práci.*
- *Ve srovnání s ostatními lidmi má nadprůměrné znalosti týkající se zdraví a jeho ochrany.*
- *Je lépe informovaná o tom, kde hledat v případě potřeby pomoc.*

- *Práce ve zdravotnictví, jestliže je v souladu s hodnotovou orientací sestry, může přinášet více než jiné profese pocit smysluplnosti a zaujetí pro práci. Právě smysluplnost a zaujetí pro práci patří k faktorům zvyšující odolnost vůči zátěžovým životním událostem.“.*

1.3.1 Syndrom vyhoření

Povolání všeobecné sestry může být v důsledku charakteru samotné práce spojeno se vznikem a následným rozvojem syndromu vyhoření (tzv. burn-out syndromem).

Syndrom vyhoření jako takový je možné definovat různě. Z novodobých vymezení syndromu vyhoření lze uvést následující: Tošner a Tošnerová ([online], 2002) popisují syndrom vyhoření *„jako duševní stav objevující se často u lidí, kteří pracují s jinými lidmi a jejichž profese je na mezilidské komunikaci závislá. Tento stav ohlašuje celá řada příznaků: člověk se cítí celkově špatně, je emocionálně, duševně i tělesně unavený. Má pocity bezmoci a beznaděje, nemá chuť do práce ani radost ze života“.* Matoušek (2003, s. 263) definuje syndrom vyhoření jako *„soubor příznaků vyskytujících se u pracovníků pomáhajících profesí odvozovaný z dlouhodobé nekompenzované zátěže, kterou přináší práce s lidmi. Je to stav psychického, někdy i celkového vyčerpání doprovázený pocity beznaděje, obavami, případně i zlostí. Pracovní motivace klesá, výkon se zhoršuje, klesá i sebevědomí. V chování ke klientům je patrný zvětšující se odstup, důraz na pravidla a disciplínu, na formální stránky programů, na racionalitu, někdy i vysloveně odmítavé nebo negativní postoje“.* Dle Švingalové (2006, s. 49) se jedná o *„důsledek dlouhodobě působícího (chronického) pracovního stresu, který je zvládán maladaptivně. Vyskytuje se zvláště u profesí, obsahujících jako podstatnou složku pracovní náplně „práci s lidmi“, na jejichž hodnocení jsou závislé (nebo je pro ně důležité), a tlak na kvalitu i kvantitu výkonu. Jedná se o závažný medicínský a psychologický problém, který významně ovlivňuje zdraví a kvalitu života osob, u nichž se vyskytuje“.* Minirth, Hawkins, Meier a Flournoy (2011, s. 10) vymezuje syndrom vyhoření jako *„syndrom emocionálního vyčerpání, odosobnění a snížené osobní výkonnosti, jenž se může vyskytnout u jedinců, kteří nějakým způsobem pracují s lidmi“.* Křivohlavý (2012, s. 66) uvádí, že syndrom vyhoření *„je formálně definován a subjektivně prožíván jako stav fyzického, emocionálního a mentálního vyčerpání, které je způsobeno dlouhodobým zabýváním se situacemi, jež jsou emocionálně těžké (náročné). Tyto emocionální požadavky jsou nejčastěji způsobeny kombinací velkého očekávání a chronických situačních stresů“.* V pojetí Poschkampa (2013, s. 11) jde o

„proces extrémního emočního a fyzického vyčerpání se současným cynickým, distancovaným postojem a sníženým výkonem jako následkem chronické emoční a mezilidské zátěže při intenzivním nasazení pro jiné lidi“.

Syndrom vyhoření je syndromem, který vzniká na základě působení dlouhodobého stresu. K přesnému pojmenování tohoto syndromu došlo v 70. letech 20. století. Zasloužil se o to psychoanalytik Herbert Freudenberger. Ke vzniku syndromu vyhoření nedochází náhle (ze dne na den), nýbrž pozvolna až nepozorovatelně. Tento stav vzniká v důsledku dlouhodobého a intenzivního přetěžování (Lüdecke, 2007). Na základě výše uvedeného lze konstatovat, že syndrom vyhoření je proces, který se objevuje v průběhu kariéry pomáhajících profesí. Způsobuje osobní problémy, ale také zhoršuje kvalitu poskytovaných služeb. Na syndrom vyhoření je možné nahlížet taktéž jako na sociální problém, protože se jedná o důsledek práce s lidmi s dopadem v sociální oblasti (Bartošíková, 2006).

1.3.1.1 Příčiny syndromu vyhoření

Příčiny syndromu vyhoření zahrnují celou řadou rizikových faktorů, které jsou ze strany odborníků chápány poměrně rozdílně.

Podle Jeklové a Reitmayerové (2006) jsou zmiňované rizikové faktory rozdělovány na vnější a vnitřní. K vnějším rizikovým faktorům syndromu vyhoření patří situace, ve kterých se jedinec nachází (kupříkladu pracovní podmínky, osobní situace, situace v rodině či společnosti apod.). Takové rizikové faktory tedy souvisejí s osobním a rodinným životem člověka, s jeho životem ve společnosti či se zaměstnáním. Mezi vnitřní rizikové faktory lze zahrnout osobnostní charakteristiky neboli rysy člověka podporující vznik syndromu vyhoření. Jejich součástí je taktéž fyzický neboli tělesný stav organismu člověka. V této souvislosti nelze opomenout ani využívání určitých způsobů jednání, chování a reakcí v různých situacích.

Rizikové faktory syndromu vyhoření je možné systematicky rozdělit po vzoru Stocka (2010). Podle něj vycházejí nejčastější příčiny vzniku syndromu vyhoření ze zaměstnání, avšak připouští také rizikové faktory související s osobností člověka. K nejčastějším obecným rizikovým faktorům syndromu vyhoření ve vztahu k zaměstnání patří zvláště (Stock, 2010):

- nejistota pracovních vztahů, která je spojena s nestabilitou na pracovním trhu, strach ze ztráty zaměstnání;

- zvyšující se náchylnost ke stresu související s globalizací (kupříkladu nejistota a obavy zapříčiněné přesunem pracovních míst do zahraničí);
- snižující se jistoty následkem nových forem pracovních smluv (příkladně snížení ochrany vůči výpovědi, krácení dovolené, zvyšující se počet přesčasů, práce na zkrácený úvazek, smlouvy na dobu určitou);
- dlouhá pracovní doba a zvyšující se intenzita práce (rostoucí produktivita a následná koncentrace náplně práce);
- tzv. zeštíhlení společností a outsourcing (rušení pracovních a oddělení);
- zvyšující se emocionální náročnost práce (vyžadování neustále vyššího stupně sociálních (resp. emocionálních) kompetencí, zvyšující se náročnost práce následkem změn ve společnosti);
- neslučitelnost zaměstnání s osobním životem.

K dalším obecným rizikovým faktorům syndromu vyhoření patří zejména (Stock, 2010):

- zvýšená pracovní zátěž – zvyšující se pracovní povinnosti následkem nárůstu produktivity práce, zhušťování pracovní náplně následkem využívání nových moderních technologií přinášejících nové druhy činností a úsporných opatření:
 - vyšší nároky – zpracovávání velkého množství různých údajů, textů a vzdělávacích materiálů, kladení vysokých nároků na kvalitu poskytovaných služeb, flexibilitu a rychlost, regulativní prostředí (byrokratické nároky);
 - působení rušivých vlivů – vyrušování (mobilní telefony, e-maily, internet, kolegové v práci apod.);
- nedostatek samostatnosti – nedostatek volnosti, přítomnost neustálé kontroly ze strany nadřízených pracovníků;
- nedostatek uznání – nevhodné odměňování za vykonanou práci, nízká či zcela chybějící úroveň motivace;
- špatný kolektiv – nepřátelský, odměřený nebo chladný pracovní kolektiv, problémy v pracovním týmu, absence kolegiality, převládající závislost mezi kolegy, vzájemná neúcta, nevraživá atmosféra, nedostatek vzájemné soudržnosti mezi kolegy;
- nespravedlnost – tzv. bratříčkování nebo jednostranné nadržování na pracovišti, svévolné vyloučení z pracovního kolektivu, cynismus, chybějící vzájemný

respekt mezi kolegy, nespravedlivé rozdělování pracovních úkolů, podceňování či diskriminace kolegů, protekce;

- konflikt hodnot – rozpor firemních hodnot s individuálními hodnotami člověka, porušení vlastních zásad.

Z osobnostních rizikových faktorů syndromu vyhoření lze uvést především (Stock, 2010):

- charakteristické rysy člověka, spolu s působením uvedených vnějších rizikových faktorů syndromu vyhoření;
- tzv. typ chování A, pro něhož je charakteristické veliké pracovní nasazení, a jež má předpoklady k přetěžování;
- vyznávané vnitřní motivátory, jimiž se člověk řídí;
- fyzická, citová neboli emoční, charakterová a psychická odolnost člověka;
- schopnost zvládání zátěžových situací;
- celková vyrovnanost člověka.

Některé další příčiny syndromu vyhoření dále uvádí Ptáček. Raboch a Kebza (2013). Jedná se o chronický a těžko zvladatelný stres; vysoké nároky versus nízké pravomoci; nedostatek sociální opory; nedostatečný respekt, uznání a odměnu; nízkou autonomii pracovní činnosti.

1.3.1.2 Příznaky syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření se rozvíjí postupně. Projevuje se množstvím příznaků, které jsou však v mnohých případech bezvýznamné či lépe řečeno nespecifické. Ty však mohou postupem času propuknout v syndrom vyhoření.

Příznaky syndromu vyhoření poněkud vyčerpávajícím způsobem předložil Křivohlavý (1998). Dle vymezení a společných znaků definic syndromu vyhoření rozčlenil příznaky do následujících dvou skupin (Křivohlavý, 1998, s. 51):

- „subjektivní příznaky – mimořádně velká únava, snížené sebeocenění a sebehodnocení vyplývající z pocitů snížené profesionální kompetence (schopnosti a dovednosti něco dělat a udělat); patří sem i problémy špatného soustředění pozornosti (koncentrace), snadného podráždění (iritability) a negativismu (vidění všeho v černých barvách); patří sem i celá řada příznaků stresového stavu při absenci organického onemocnění;

- *objektivní příznaky – zahrnují po řadu měsíců trvající sníženou výkonnost; tato okolnost je zjištělná i spolupracovníky (kolegy), příjemci služeb (zákazníky, pacienty, klienty, stranami, žáky, studenty atp.)“.*

Příznaky syndromu vyhoření se objevují (Křivohlavý, 1998, s. 15 – 16):

- *„u člověka, který byl zprvu velice nadšen tím, co dělal, prožíval, tvořil, řídil atp., avšak časem u něho toto vnitřní zanícení ochablo;*
- *u člověka, který na sebe neustále klade příliš vysoké požadavky, např. ve studiu, práci, tvorbě, sportu, organizování atp.;*
- *u člověka, který pracuje nad úroveň své kapacity, kompetence, schopností, dovedností atp.;*
- *u člověka původně nejvýkonnějšího a nejproduktivnějšího, mimořádně tvořivého atp.;*
- *u člověka původně nejodpovědnějšího a nejpečlivějšího;*
- *u původně vynikajícího perfekcionisty, který se snažil vše dělat co nejpresněji, nejlépe;*
- *u člověka, který mohl být zařazen mezi tzv. workoholiky;*
- *u člověka, který neúspěch prožívá jako osobní porážku;*
- *u člověka, který není s to vymanit se ze spárů neustále se (plíživě) zvyšujících nároků na něho kladených;*
- *u člověka, který není s to přiměřeně si odpočinout, relaxovat, rekreovat, regenerovat svou energii atp.;*
- *u člověka, který žije v dlouhotrvajících mezilidských konfliktech;*
- *u člověka s nízkou úrovní zdravé asertivity (který nedovede říci „ne“ tam, kde by měl říci ne);*
- *u člověka, který – obrazně řečeno – dlouho neúspěšně „bojuje s drakem“;*
- *u člověka, který stále více dává, nežli přijímá;*
- *u člověka, který je normálně zaměstnán a má těžce nemocného, zdravotně postiženého rodinného příslušníka a tak pracuje „na dvou pracovištích“;*
- *u psychoterapeutů a pracovníků poradenských profesí, vyčerpávaných často neúspěšnými či málo úspěšnými zásahy;*
- *u lidí s fobickými charakteristikami osobností, které je vedou do těžkých situací (tj. u lidí posedlými např. nenormálním strachem);*

- *u lidí s obsesivní (nutkavou) a kompulsivní osobností, které např. neustále něco žene, nutí, tlačí dělat věci, které by dělat nemuseli (neměli);*
- *u lidí, kterým jde příliš o peníze nebo (a) o moc;*
- *u lidí posedlých soupeřením a soupeřivostí (nepřátelstvím – hostilitou);*
- *u lidí s tzv. A-typem osobnosti;*
- *u lidí s nadměrnou akumulací obtížných životních podmínek;*
- *u lidí s příznakem uspěchanosti (s tzv. rush out syndromem či hurry-sickness), kteří žijí v neustálém časovém stresu;*
- *u lidí s tzv. vnějším zdrojem usměrnění, kde podněty a příkazy toho, co dělají, vycházejí spíše od druhých lidí, nežli od nich samých;*
- *u lidí, kteří z vlastní iniciativy kladou sami na sebe příliš dlouho příliš velké požadavky;*
- *u lidí, kteří neúspěch přijímají jako osobní porážku;*
- *u lidí, kteří nejsou s to snižovat (redukovat) požadavky, které sami na sebe kladou;*
- *u lidí, kteří pociťují neustále ohrožení kladného sebehodnocení“.*

S příznaky syndromu vyhoření souvisí také problematika prožívání. Na základě této skutečnosti zmapoval Křivohlavý (1998) nepříznivé pocity a myšlenky, které lidé trpící syndromem vyhoření prožívají – resp., co tito lidé sami pociťují, a jak se cítí mezi ostatními lidmi. Podle tohoto autora pociťuje člověk, který trpí syndromem vyhoření tyto stavy a myšlenky (Křivohlavý, 1998, s. 16 – 17):

- *„cítí se tělesné vyčerpán;*
- *cítí se emocionálně vyčerpán – citově chladný a prázdný;*
- *cítí se duševně i duchovně „na dně“;*
- *cítí se „vyřízen“ – „jako by ze mne vytekla poslední kapka života“;*
- *cítí se unaven – „k smrti unaven“;*
- *cítí, že moc nechybí, aby přetekla jeho schopnost vydržet to, co se děje;*
- *cítí se „v koncích“;*
- *cítí, jako by byl zcela bezcenným předmětem na tomto světě;*
- *cítí se jako by byl nějak nemocen (bez konkrétních fyzických příznaků nemoci);*
- *cítí se, jako by byl odstrčen někde na vedlejší koleji a život jezdil mimo něj (vedle něj);*

- *cítí se jako bezcenný cár papíru, jako zbytečný kus nábytku jako něco, co je „k ničemu“;*
- *je mu jako ohni, který kdysi hořel, ale nyní téměř dohořel a poslední jiskry uhasínají;*
- *je v tísní, v napětí, ve stresu, v distresu (nezvládnutelném stresu);*
- *je smutný a smutně nešťastný;*
- *je přetížen starostmi;*
- *je zklamán;*
- *je rozčarován;*
- *je slabý;*
- *je mu zle;*
- *je pln pesimismu;*
- *je pln beznaděje;*
- *je pln úzkosti;*
- *je pln obav a strachů;*
- *je skleslý na těle i na duchu;*
- *je bez odvahy, iniciativy, tvořivosti (kreativity), vzletu;*
- *je na konci svých sil;*
- *je zcela prázdný (vyprázdněn, „vyždímán“);*
- *má dojem, že jako člověka nemá žádnou hodnotu;*
- *ztratil všechny iluze, ideje, naděje, plány;*
- *prožívá odliv veškeré síly, energie, osobního zaujetí a nadšení;*
- *není s to se pro něco rozhodnout, proti něčemu se postavit a do něčeho se dát;*
- *nemá valné mínění sám o sobě a o tom, co dělá – spíše je tomu naopak;*
- *neví si rady ani sám se sebou, ani s problémy, které ho trápí;*
- *i sebemenší činnost (námaha) se mu zdá nadlidskou;*
- *vše ho nadměrně zatěžuje;*
- *žije v neustálém napětí – i když nic nedělá“.*

Křivohlavý (1998, s. 17 – 18) rovněž poměrně detailně popsal pocity člověka trpícího syndromem vyhoření mezi druhými lidmi:

- *„s druhými lidmi jedná emocionálně chladně a lhostejně – apaticky (bez citové účasti);*

- *druzí lidé ho moc nezajímají, jejich problémy ho nechávají v klidu, nevzrušují ho;*
- *mizí u něho soucítění (empatie) – stav druhých lidí se mu stále více stává lhostejným;*
- *k druhým lidem se chová neúčastněně;*
- *druzí lidé ho obtěžují – ať jsou to pacienti nebo obchodní partneři, v extrému je považuje za „obtížný hmyz“;*
- *jedná-li s někým, má pocit jako by manipuloval s nějakým mechanickým strojem, neživým předmětem;*
- *moc ho nezajímá, co si druzí lidé o něm myslí, jak ho vidí, za koho ho považují, zda ho chápou a jak ho hodnotí“.*

Z jiného pohledu je možné popsat jednotlivé příznaky syndromu vyhoření dle Kebzy a Šolcové (2003, s. 9 – 10), kteří tyto symptomy rozdělují dle úrovně na psychické, fyzické a sociální:

- *„na psychické úrovni:*
 - *dominuje pocit, že dlouhé a namáhavé úsilí o něco již trvá nadměrně dlouho a efektivita tohoto snažení je v porovnání s vynaloženou námahou nepatrná;*
 - *výrazný je pocit celkového, především pak duševního vyčerpání, v duševní oblasti je pak prožíváno především vyčerpání emocionální, dále pak vyčerpání v oblasti kognitivní spolu s výrazným poklesem až ztrátou motivace. Únava je popisována dosti expresivně („mám toho po krk“, „jsem už úplně na dně“, „jsem k smrti unaven“, „cítím se jako vyždímaný“), což je v rozporu s celkovým utlumením a oploštěním emocionality;*
 - *dochází k utlumení celkové aktivity, ale zvláště k redukci spontaneity, kreativity, iniciativy a invence;*
 - *převažuje depresivní ladění, pocity smutku, frustrace, bezvýchodnosti a beznaděje, tíživě je prožívána marnost vynaloženého úsilí a jeho nízká smysluplnost;*
 - *objevuje se přesvědčení o vlastní postradatelnosti až bezcennosti, jež někdy hraničí až s mikromanickými bludy;*

- *projevy negativismu, cynismu a hostility ve vztahu k osobám, jež jsou součástí profesionální práce s lidmi (pacientům, klientům, zákazníkům);*
- *pokles až naprostá ztráta zájmu o témata související s profesí, často též negativní hodnocení instituce, v níž byla profese až dosud vykonávána;*
- *sebelítost, intenzivní prožitek nedostatku uznání;*
- *iritabilita, někdy též (selektivní) interpersonální senzitivita;*
- *redukce činnosti na rutinní postupy, užívání stereotypních frází a klišé;*
- *na úrovni fyzické:*
 - *stav celkové únavy organismu, apatie, ochablost;*
 - *rychlá unavitelnost, dostavující se po krátkých etapách relativního zotavení;*
 - *vegetativní obtíže: bolesti u srdce, změny srdeční frekvence, zažívací obtíže, dýchací obtíže a poruchy (nemožnost se dostatečně nadechnout, „lapání po dechu“, atd.);*
 - *bolesti hlavy, často nespecifikované;*
 - *poruchy krevního tlaku;*
 - *poruchy spánku;*
 - *bolesti ve svalech;*
 - *přetrvávající celková tenze;*
 - *zvýšené riziko vzniku závislostí všeho druhu;*
 - *zásahy do rytmu, frekvence a intenzity tělesné aktivity;*
- *na úrovni sociálních vztahů:*
 - *celkový útlum sociability, nezájem o hodnocení ze strany druhých osob;*
 - *výrazná tendence redukovat kontakt s klienty, často i s kolegy a všemi osobami, majícími vztah k profesi;*
 - *zjevná nechuť k vykonávané profesi a všemu, co s ní souvisí (plán či harmonogram práce, zpracování výsledků, dohoda nových či náhradních termínů);*
 - *nízká empatie (projevuje se často či téměř vždy u osob s původně vysokou empatií);*
 - *konkrétně-operační styl myšlení;*

- *postupné narůstání konfliktů (většinou však nikoli v důsledku jejich aktivního vyvolávání, ale spíše v důsledku nezájmu, lhostejnosti a „sociální apatie“ ve vztahu k okolí)“.*

1.3.1.3 Stádia syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření je neustále se rozvíjejícím procesem, jenž může trvat několik měsíců, ale i let. Syndrom vyhoření se tak vyvíjí v několika stádiích, přičemž každá jeho fáze zasahuje do více oblastí lidského života. Zprvu se projevuje emočním a psychickým vyhořením a ztrátou inspirace. Poté dochází k fyzickému vyčerpání s příp. vznikem a rozvojem psychosomatického onemocnění.

Podle Venglářové a kolektivu (2011) má syndrom vyhoření následujících pět stádií:

- nadšení – převažují ideály, jasný cíl, kvalita práce, smysluplnost, nápady a dochází k přetěžování se;
- stagnace – opadá počáteční nadšení, dochází ke slevování ze svých ideálů;
- frustrace – zájem o otázky efektivity a smyslu vlastní práce, objevuje se tzv. tunelové vidění (myšlenky jen na vlastní práci, nezájem o nic jiného, pocíťování osamělosti se svými problémy, velká deziluze a zklamání);
- apatie – percepce vlastní profese jako zdroje obživy, vykonávání jen nejnutnější práce, vyhýbání se komunikaci s pacienty a dalšímu vzdělávání, může dojít ke vzniku tzv. HH-syndromu (beznaděje a bezmoci);
- vyhoření – objevuje se vyčerpání, negativismus, lhostejnost a úplné vyhýbání se požadavkům plynoucím ze zaměstnání.

1.3.1.4 Diagnostika syndromu vyhoření

Diagnostika syndromu vyhoření je založena na pozorování dílčích příznaků a jejich prožívání a na využití specifických psychologických metod sloužících k odhalení syndromu vyhoření. K těmto metodám patří nejrůznější dotazníky, jejichž podstatou jsou posuzovací škály. Jedná se kupříkladu o dotazníky Maslach Burnout Inventory a Burnout Measure (Kebza, Šolcová, 2003).

Nutno podotknout, že pokud nedojde k častému odhalení syndromu vyhoření, může tento stav přejít až k profesionální deformaci, která se vyznačuje citovou otrlostí zdravotníka. Důležité je předcházet syndromu vyhoření – např. odpočinkem, věnováním se

svým koníčkům a přátelům, vzděláváním se, věnování se jiným aktivitám, než je práce, a jiným myšlenkám než na práci (Ptáček, Raboch, Kebza, 2013)

2 METODIKA

2.1 Charakteristika zkoumaného souboru

Výzkumný soubor je tvořen všeobecnými sestrami z vybraného zdravotnického zařízení, které zde pracují na lůžkových odděleních.

Účast všeobecných sester ve výzkumu byla zcela dobrovolná. Tudíž výběr respondentů nebyl cílený, což znamená, že do výzkumu se zapojovaly pouze všeobecné sestry, které měly o účast ve výzkumu vlastní zájem.

Zkoumaný soubor lze charakterizovat na základě obecných údajů o respondentech (tj. pohlaví, věku, nejvyššího dosaženého vzdělání a délky odborné praxe ve zdravotnictví), které byly zjišťovány na základě průvodního dotazníků, jenž je součástí přílohy č. 1 tohoto textu. Zkoumaný soubor je blíže specifikován v následujícím textu.

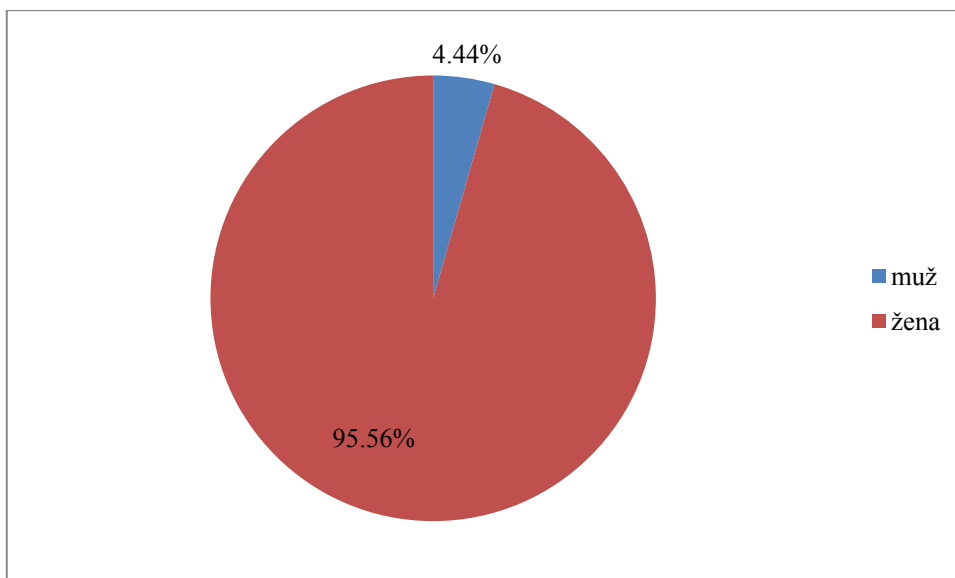
Pohlaví:

Výzkumu se zúčastnilo celkem 135 všeobecných sester (100 %), z čehož 129 sester (95,56 %) byly ženy a v 6 případech (4,44 %) se jednalo o muže (Tabulka 1 a Graf 1).

Tabulka 1. Pohlaví

Pohlaví	Absolutní počet	Relativní počet [%]
muž	6	4,44
žena	129	95,56

Zdroj: Vlastní zpracování



Graf 1. Pohlaví

Zdroj: Vlastní zpracování

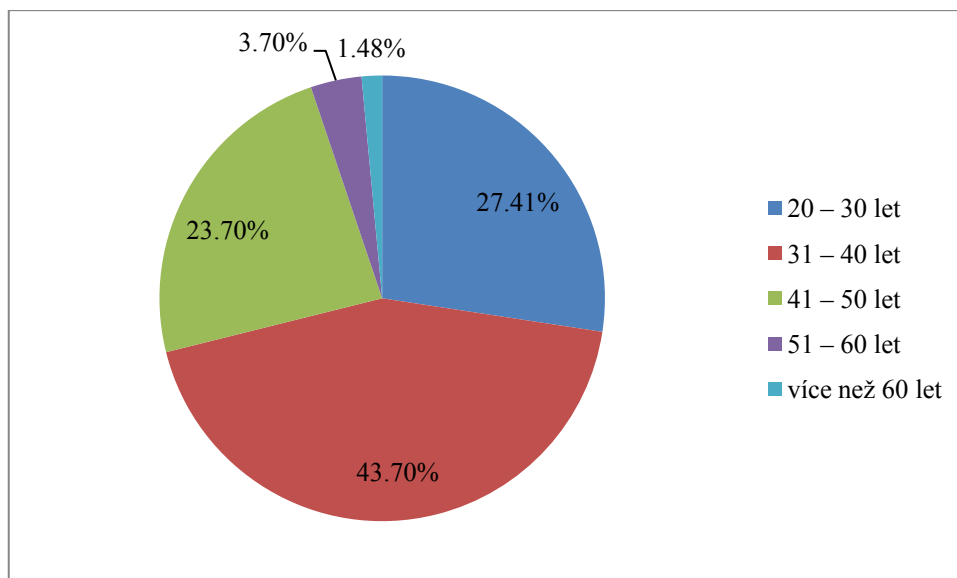
Věk:

Téměř polovina všeobecných sester (59 sester – 43,7 %) byla ve věku 31 až 40 let. 37 sester (27,41 %) mělo 20 až 30 let. 32 sester (23,7 %) patřilo do věkové kategorie 41 až 50 let. 5 sester (3,7 %) bylo ve věku 51 až 60 let. Věk 2 sester (1,48 %) byl nad 60 let (Tabulka 2 a Graf 2).

Tabulka 2. Věkové rozložení

Věk	Absolutní počet	Relativní počet [%]
méně než 20 let	-	-
20 – 30 let	37	27,41
31 – 40 let	59	43,70
41 – 50 let	32	23,70
51 – 60 let	5	3,70
více než 60 let	2	1,48

Zdroj: Vlastní zpracování



Graf 2. Věkové rozložení

Zdroj: Vlastní zpracování

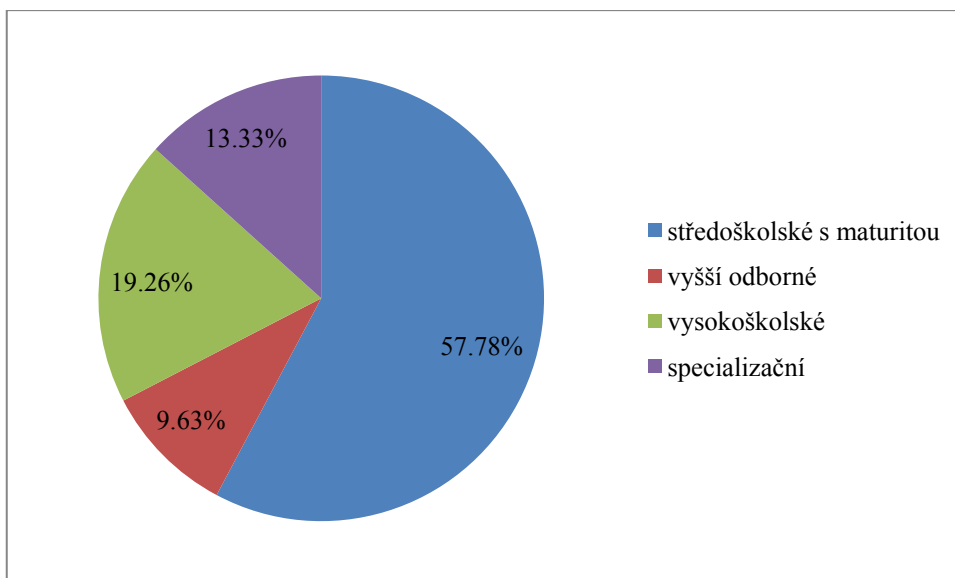
Nejvyšší dosažené vzdělání:

Nejvyšší dosažené vzdělání větší poloviny všeobecných sester (78 sester – 57,78 %) bylo středoškolské s maturitou. 26 sester (19,26 %) mělo vysokoškolské vzdělání. Nejvyšším dosaženým vzděláním 18 sester (13,33 %) bylo vzdělání specializační. 13 sester (9,63 %) mělo vyšší odborné vzdělání (Tabulka 3 a Graf 3).

Tabulka 3. Nejvyšší dosažení vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání	Absolutní počet	Relativní počet [%]
středoškolské s maturitou	78	57,78
vyšší odborné	13	9,63
vysokoškolské	26	19,26
specializační	18	13,33

Zdroj: Vlastní zpracování



Graf 3. Nejvyšší dosažení vzdělání

Zdroj: Vlastní zpracování

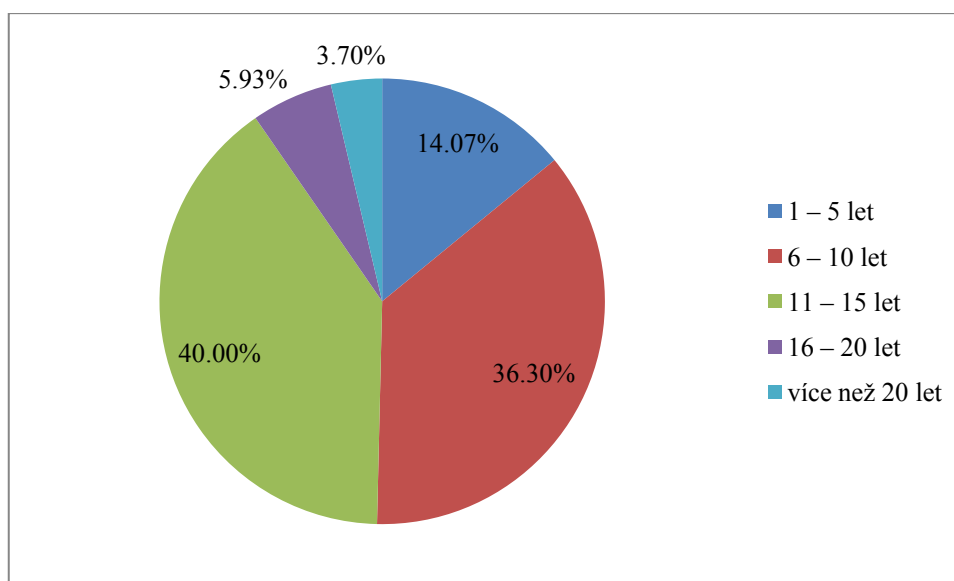
Délka odborné praxe ve zdravotnictví:

Celkem 54 všeobecných sester (40 %) pracovalo v oboru zdravotnictví 11 až 15 let. 49 sester (36,3 %) mělo délku odborné praxe ve zdravotnictví v rozmezí 6 až 10 let. Délka odborné praxe ve zdravotnictví činila u 19 sester (14,07 %) 1 rok až 5 let. 8 sester (5,93 %) pracovalo ve zdravotnictví 16 až 20 let. U 5 sester (3,7 %) činila délka odborné praxe ve zdravotnictví více než 20 let (Tabulka 4 a Graf 4).

Tabulka 4. Délka odborné praxe ve zdravotnictví

Délka odborné praxe ve zdravotnictví	Absolutní počet	Relativní počet [%]
méně než 1 rok	-	-
1 – 5 let	19	14,07
6 – 10 let	49	36,30
11 – 15 let	54	40,00
16 – 20 let	8	5,93
více než 20 let	5	3,70

Zdroj: Vlastní zpracování



Graf 4. Délka odborné praxe ve zdravotnictví

Zdroj: Vlastní zpracování

2.2 Popis organizace výzkumu

Celkově probíhal výzkum po dobu 4 měsíců. Průběh výzkumu byl rozdělen do několika základních fází.

V první fázi výzkumu byl definován hlavní cíl výzkumu a jeho dílčí cíle. Dále byly formulovány výzkumné otázky a stanoveny výzkumné hypotézy.

Ve druhé fázi výzkumu byly vybrány vhodné metody výzkumu (dotazníky), jejichž bližší deskripce je uvedena v podkapitole 2.3 tohoto textu dále) a dále byl vytvořen vlastní nestandardizovaný dotazník.

V další (třetí) fázi došlo k samotné realizaci výzkumu. Výzkum byl realizován na základě vzájemné domluvy s ředitelkou vybraného zdravotnického zařízení, která následně o uskutečnění výzkumu informovala staniční sestry předmětných lůžkových oddělení, jež o výzkumu dále instruovaly řádové všeobecné sestry. Všechny tyto subjekty byly obeznámeny s cílem výzkumu a jeho následným využitím. Stejně tak byly ujištěny o zajištění celkové anonymity při účasti ve výzkumu. Do vybraného zdravotnického zařízení byly dotazníky distribuovány v tištěné formě (tj. na tištěných formulářiích). Dotazníky byly všeobecným sestrám k dispozici na sesterně. Všeobecné sestry se do výzkumu zapojovaly zcela dobrovolně a jedinou podmínkou pro jejich zařazení do výzkumu bylo vyplnění všech 4 připravených dotazníků. Vyplněné dotazníky vkládaly všeobecné sestry do předem připravených obálek, které pak následně vhazovaly do připravených uzavřených

papírových boxů určených k tomuto účelu. Ředitelce a následně i staničním a všeobecným sestrám vybraného zdravotnického zařízení bylo vyjádřeno poděkování za jejich ochotu a čas, který vyplňování dotazníků věnovaly.

Celkově bylo do vybraného zdravotnického zařízení distribuováno 150 dotazníků. Navráceno bylo 135 řádně vyplněných dotazníků. Celková návratnost činila 90 %. Do výzkumu tak bylo zapojeno celkem 135 všeobecných sester pracujících na lůžkových odděleních vybraného zdravotnického zařízení (100 %).

Ve čtvrté fázi výzkumu byla získaná data z řádně vyplněných dotazníků všeobecnými sestrami zpracována a analyzována. Získaná data byla zpracována dvěma počítačovými programy – nejprve tabulkovým procesorem Microsoft (dále jen MS) Excel a poté textovým procesorem MS Word. Počítačový program MS Excel sloužil ke kvantitativnímu zpracování získaných dat. V tomto programu byly nejprve vytvořeny příslušné tabulky vyjadřující výsledky výzkumu (resp. dílčí odpovědi všeobecných sester na jednotlivé otázky v dotaznících), a to ve formě absolutních a relativních četností (procentech). K těmto tabulkám byly dále vytvořeny příslušné dvojrozměrné výsečové a sloupcové grafy, které jsou procentuálním vyjádřením výsledků výzkumu (resp. odpovědi všeobecných sester). Vytvořené tabulky a grafy byly následně převedeny do již zmiňovaného druhého počítačového programu MS Word, kde byly v rámci kvalitativního vyhodnocení řádně okomentovány patřičnými slovními komentáři. Vyhodnocení výsledků výzkumu je součástí samostatné kapitoly 3 tohoto textu dále.

2.3 Popis metod výzkumu

Pro účely zpracování tohoto textu (resp. výzkumu) byly vybrány celkem 3 výzkumné metody. Jedná se o 2 standardizované dotazníky a 1 nestandardizovaný strukturovaný dotazník vlastní konstrukce. Součástí těchto 3 dotazníků je průvodní dotazník (viz příloha č. 1 tohoto textu), který seznamuje respondenty (tj. všeobecné sestry) účastníci se výzkumu s jeho cílem. Dále je ujišťuje o zachování jejich anonymity a závěrem jim děkuje za vstřícnost a čas, který vyplňování dotazníků věnovali. Průvodní dotazník obsahuje celkem 4 otázky týkající se obecných demografických údajů o respondentech – tj. údaje o pohlaví všeobecných sester, jejich věku, nejvyšším dosaženým vzděláním a délce odborné praxe ve zdravotnictví (viz podkapitola 2.1 tohoto textu výše). Vybrané standardizované dotazník, včetně vlastního nestandardizovaného dotazníku vlastní konstrukce, jsou popsány v následujících úsecích 2.3.1 až 2.3.3 tohoto textu.

2.3.1 Standardizovaný Meisterův dotazník

Meisterův dotazník je určen k hodnocení vlivů pracovní činnosti na psychiku pracovníků. Jde o orientační vyšetření psychické zátěže při práci. Autorem Meisterova dotazníku je Meister z Zentralinstitut für Arbeitsmedizin v německém Berlíně. K verifikaci tohoto dotazníku hygienickou službou docházelo v letech 1976 až 1984.

Meisterův dotazník lze zadávat individuálně i skupinově. Samotné vyhodnocení výsledků plynoucích z tohoto dotazníku je možné provést dvojím způsobem, a to dle (Židková [online], 2013):

- faktorů:

Faktorovou analýzou došlo ke stanovení 3 faktorů – přetížení (I.), monotonie neboli jednostrannost (II.) a nespecifický faktor jakožto stresová odezva (III.). Tyto dílčí faktory jsou syceny příslušnými položkami (resp. otázkami), což je uvedeno v Tabulce 5.

Tabulka 5. Vyhodnocení Meisterova dotazníku dle faktorů

Faktor	Název faktoru	Součet položek	Maximum
I.	Přetížení	1 + 3 + 5	15
II.	Monotonie	2 + 4 + 6	15
III.	Nespecifický faktor	7 + 8 + 9 + 10	20
HS	Hrubý skór	I. + II. + III.	50

Zdroj: (Židková [online], 2013)

Při hodnocení Meisterova dotazníku pro jednotlivce jsou pak vypočítávány hodnoty všech 3 sledovaných faktorů a hrubého skóru. Kdežto pro skupinové hodnocení se využívají aritmetické průměry sledovaných faktorů a hrubého skóru.

- dílčích položek:

V rámci hodnocení zatěžujících faktorů dle dílčích položek je vycházeno z překročení kritických hodnot mediánu, které uvádí Tabulka 6. Obecně platí, že v položkách, v nichž zjištěný medián překračuje kritickou hodnotu, je práce hodnocena nepříznivě. Naproti tomu v položkách, ve kterých tento medián nedosahuje kritické hodnoty, je práce hodnocena pozitivně.

Tabulka 6. Kritické hodnoty mediánů pro hodnocení Meisterova dotazníku dle dílčích položek

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

Zdroj: (Židková [online], 2013)

Pro účely zařazení do příslušného stupně zátěže celé skupiny je zapotřebí vycházet z faktorových skóre. Hodnocení se provádí sečtením mediánů (resp. středních hodnot) pro dílčí faktory (viz předchozí Tabulka 5). Po tomto sečtení mohou nastat následující případy (Židková [online], 2013):

- faktor I. má přinejmenším o 2 body vyšší součet středních hodnot než faktor II:

V tomto případě se k faktoru přičte součet středních hodnot faktoru III. (tj. I. + III.).

Dle Tabulky 7 pak dochází k vyhodnocení stupně a k tomuto odpovídající zátěžové tendence.

Tabulka 7. První případ vyhodnocení stupně zátěžové tendence

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

Zdroj: (Židková [online], 2013)

- faktor II. má přinejmenším o 2 body vyšší součet středních hodnot než faktor I.:

V takovém případě dochází k součtu středních hodnot faktorů II. + III, a to dle Tabulky 8, kdy se určí výsledný stupeň a odpovídající zátěžovou tendenci.

Tabulka 8. První případ vyhodnocení stupně zátěžové tendence

Jestliže je součet:	Stupeň	Zátěžová tendence
7 - 21	1	-
22 - 26	2	k monotonii (jednostrannosti, podtížení)
27 - 35	3	k monotonii (jednostrannosti, podtížení)

Zdroj: (Židková [online], 2013)

- rozdíl mezi faktory I. a II. je menší než 2 body:

Zde se sčítají střední hodnoty všech faktorů dohromady (tj. I. + II. + III). V tomto případě se stupeň (lépe řečeno odpovídající zátěžová tendence) určí dle Tabulky 9.

Tabulka 9. Třetí případ vyhodnocení stupně zátěžové tendence

Jestliže je součet:	Stupeň	Zátěžová tendence
10 - 26	1	-
27 - 32	2	kombinace obou (tj. přetížení i jednostrannosti)
33 - 50	3	kombinace obou (tj. přetížení i jednostrannosti)

Zdroj: (Židková [online], 2013)

Finální zařazení (resp. klasifikace psychické zátěže) se provádí dle následující Tabulky 10.

Tabulka 10. Klasifikace psychické zátěže dle Meisterova dotazníku

1	Psychická zátěž, při které není pravděpodobné ovlivnění zdraví, subjektivního stavu a výkonnosti (přitom je nutno odhlédnout od náhodných situačně podmíněných výkyvů v průběhu pracovní směny).
2	Psychická zátěž, při které může docházet pravidelně k dočasným ovlivněním subjektivního stavu, resp. výkonnosti.
3	Psychická zátěž, při níž nelze vyloučit zdravotní rizika.

Zdroj: (Židková [online], 2013)

Standardizovaný Meisterův dotazník využitý pro účely zpracování tohoto textu (resp. výzkumu) je součástí přílohy č. 2. V rámci vyhodnocení tohoto dotazníku bylo upřednostněno skupinové hodnocení dle faktorů i položek.

2.3.2 Standardizovaný dotazník „Maslach Burnout Inventory“

Dotazník „Maslach Burnout Inventory“ (dále jen MBI) patří mezi nejčastěji využívané standardizované dotazníky, které se používají ke zjištění úrovně syndromu vyhoření. Dotazník MBI vytvořila Maslach a Jackson. Prvně došlo k uvedení tohoto dotazníku do praxe v roce 1981.

Dotazník MBI vymezuje vyhoření dle 3 složek – emocionálního vyčerpání (Emotional Exhaustion – EE), depersonalizace (Depersonalization – DP) a snížení osobní výkonnosti (Personal Accomplishment – PA). Jednotlivé složky procesu jsou při vyhoření objeveny postupně. To znamená, že nejprve dochází k emocionálnímu vyčerpání, které představuje reakci na neobvyčejné nároky a požadavky, které plynou z okolního prostředí. Emocionální vyčerpání poté naprosto automaticky směřuje k depersonalizaci, kdy se člověk odpoutává od ostatních lidí a uchyluje se do samoty. Nepříznivé ovlivňování osobní výkonnosti člověka je pak výsledkem vzájemného spojení emocionálního vyčerpání a depersonalizace (Švamberk-Šauerová, 2018).

Ke zpracování výzkumu došlo ke zvolení české verze standardizovaného MBI dotazníku. Dotazník MBI zahrnuje 3 faktory, z nichž 2 jsou nepříznivě laděné (jedná se o emocionální vyčerpání a depersonalizaci) a 1 z nich je laděn příznivě (jde o osobní uspokojení z práce). Pocity jsou v rámci originálního MBI dotazníku hodnoceny dle (Židková [online], 2013):

- četnosti výskytu (0 – nikdy, 1 – několikrát za rok nebo méně, 2 – jednou měsíčně nebo méně, 3 – několikrát za měsíc, 4 – jednou týdně, 5 – několikrát týdně, 6 – každý den);
- intenzity / síly (0 – vůbec, 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6, 7 – velmi silně).

Pro jednotlivé faktory se následně vyhodnocuje celkové skóre. Praktičtější je využití jen jednoho z ukazatelů (tzn. četnost výskytu či intenzita (síla) pocitů). Důvodem tohoto je skutečnost, že respondenti obvykle oba zmiňované ukazatele, které jsou v dotazníku uvedeny současně, jen velmi těžce rozlišují (Venglářová a kolektiv, 2011).

Dotazník MBI je složek z 22 položek, z nichž každá odpovídá některé z následujících dimenzí (Židková [online], 2013):

- emocionálnímu vyčerpání (EE) – celkem 9 položek (položky č. 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 a 20);
- depersonalizaci (DP) – celkem 5 položek (položky č. 5, 10, 11, 15 a 22);

- osobnímu uspokojení z práce (PA) – celkem 8 položek (položky č. 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 a 21).

Řazení jednotlivých položek dotazníku MBI, včetně dílčích dimenzí, uvádí Tabulka 11.

Tabulka 11. Řazení položek dotazníku MBI, včetně dílčích dimenzí

1	EE	Práce mne citově vysává
2	EE	Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil
3	EE	Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a
4	PA	Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů / pacientů
5	DP	Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jednám jako s neosobními věcmi
6	EE	Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá
7	PA	Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů / pacientů
8	EE	Cítím „vyhoření“, vyčerpání ze své práce
9	PA	Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňují a nalaďují
10	DP	Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem
11	DP	Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým
12	PA	Mám stále hodně energie
13	EE	Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení
14	EE	Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává
15	DP	Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty / pacienty
16	EE	Práce s lidmi mi přináší silný stres
17	PA	Dovedu u svých klientů / pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru
18	PA	Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty/pacienty
19	PA	Za roky své práce jsem udělal/a hodně dobrého
20	EE	Mám pocit, že jsem na konci svých sil
21	PA	Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně
22	DP	Cítím, že klienti / pacienti mi přičítají některé své problémy

Zdroj: (Židková [online], 2013)

Syndrom vyhoření představuje velmi složitý psychologický koncept. Proto jsou sub-škály kombinovány s cílem postižení více oblastí, ne za účelem zjišťování celkového skóre. Následkem vnímání pocitů vyhoření se úrovně dílčích dimenzí (konkrétně emocionálního vyčerpání, depersonalizace a osobního uspokojení z práce) měří ve 3

stupních, a to „vysoký“, „mírný“ a „nízký“. V případě emocionálního vyčerpání a depersonalizace jsou platné vysoké hodnoty pro vysoký stupeň vyhoření. U osobního uspokojení z práce odpovídají vyhoření naopak nízké hodnoty. Finální vyhodnocení dotazníku MBI je založeno na součtu všech bodových hodnocení v dílčích sub-škálách (viz Tabulka 12).

Tabulka 12. Vyhodnocení dotazníku MBI – stupně jednotlivých dimenzí

Stupeň emocionálního vyčerpání (EE)		
Stupeň	Bodové hodnocení	Poznámka
Nízký	0 - 16	-
Mírný	17 - 26	-
Vysoký	27 a více	Vyhoření
Stupeň depersonalizace (DP)		
Stupeň	Bodové hodnocení	Poznámka
Nízký	0 - 6	-
Mírný	7 - 12	-
Vysoký	13 a více	Vyhoření
Stupeň osobního uspokojení z práce (PA)		
Stupeň	Bodové hodnocení	Poznámka
Nízký	39 a více	-
Mírný	38 - 32	-
Vysoký	31 - 0	Vyhoření

Zdroj: (Židková [online], 2013)

Pro zpracování MBI dotazníku v rámci výzkumu jsou pocity hodnoceny dle ukazatele intenzity (síly). Dotazník MBI použitý pro tento výzkum je součástí přílohy č. 3 tohoto textu.

2.3.3 Vlastní nestandardizovaný strukturovaný dotazník

Součástí výzkumu je kromě výše dvou výše specifikovaných standardizovaných dotazníků taktéž vlastní nestandardizovaný strukturovaný dotazník. Dotazník je možné vymezit jako „soustavu předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny, a na které dotazovaná osoba odpovídá osobně“ (Chráška, 2007, s. 163). Metoda dotazníku byla zvolena za účelem tzv. přímého dotazování. Připravené

nestandardizované dotazníky byly respondentům (tj. všeobecným sestráům) předloženy prostřednictvím kompetentních osob vybraného zdravotnického zařízení (konkrétně jeho ředitelkou a staničních sester lůžkových oddělení), přičemž byly zohledněny pokyny tazatele. Nutno podotknout, že samotný tazatel nebyl při vyplňování dotazníků přítomen. Respondenti (resp. všeobecné sestry pracující na lůžkových odděleních vybraného zdravotnického zařízení) tedy vyplňovali dotazníky zcela samostatně. Popis způsobu sběru vyplněných dotazníků byl již popsán v podkapitole 2.2 tohoto textu o organizaci výzkumu. Zvolený způsob lze označit jako přímé hromadné dotazníkové šetření (Zich, Roubal, 2014). V souladu s principy kvantitativního šetření Puncheho (2008) došlo k vytvoření dotazníku na základě předem stanovených výzkumných otázek, neboť výzkumné otázky jsou určitým ukazatelem dat nutných pro realizaci dotazníkového šetření, a protože poskytují jistý orientační plán pro tvorbu vlastního dotazníku a současně znázorňují určitý seznam proměnných, na které je zapotřebí se zaměřit.

V rámci realizace výzkumu byl vytvořen nestandardizovaný strukturovaný dotazník vlastní tvorby (resp. konstrukce), který je součástí přílohy č. 4 tohoto textu.

Vytvořený dotazník sestává z celkového počtu 18 otázek. Při tvorbě dotazníku byl důraz kladen na jejich „jednoznačnost, srozumitelnost, stručnost a validnost“ (Dotazník-online [online], 2007). V dotazníku byly využity všechny 3 základní typy otázek – tj. otázky uzavřené, polouzavřené / polootevřené a otevřené.

3 VÝSLEDKY

Výsledky výzkumu jsou v následujících podkapitolách 3.1 až 3.3 interpretovány pro každý z vybraných dotazníků (tj. standardizovaný Meisterův dotazník a dotazník MBI a vlastní nestandardizovaný strukturovaný dotazník) zvlášť.

3.1 Interpretace výsledků Meisterova dotazníku

Téměř polovina všeobecných sester (58 sester – 42,96 %) neví, zda mívají při práci pocit časového tlaku, nebo tento pocit mívají občas. Stejný počet všeobecných sester v dotazníku uvedl, že při výkonu své práce mívají pocit časové tísně. Větší polovinu všeobecných sester (76 sester – 56,3 %) jejich práce uspokojuje a chodí do práce ráda. Většinu všeobecných sester (94 sester – 69,63 %) práce velice psychicky zatěžuje, a to v důsledku vysoké odpovědnosti spojené se závažnými důsledky. Celkem 101 všeobecných sester (74,82 %) nesouhlasí s tvrzením, že by pro ně jejich práce byla málo zajímavá a duševně spíše otupující. 86 všeobecných sester (63,7 %) nepocituje v práci časté konflikty a problémy, od nichž by se nemohly odpoutat ani po skončení pracovní doby. Většina všeobecných sester (91 sester – 67,41 %) nemá pocit, že by při práci udržovala jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje. Pro 51 všeobecných sester (37,77 %) je práce psychicky náročná, avšak ne natolik, že by po několika hodinách cítily nervozitu a rozechvělost (61 všeobecných sester – 45,18 %). Většina všeobecných sester (94 sester – 69,62 %) v dotazníku uvedla, že po několika hodinách nemá práce natolik dost, že bych chtěla dělat něco jiného. Naproti tomu však větší polovina všeobecných sester (76 sester – 56,3 %) souhlasila s tvrzením, že je pro ně práce natolik psychicky náročná, že po několika hodinách cítí únavu a ošablost. Taktéž většina všeobecných sester (80 sester – 59,26 %) souhlasila s tvrzením, že je pro ně práce psychicky tak náročná, že ji nelze dělat po léta se stejnou výkonností (Tabulka 13).

Tabulka 13. Absolutní a relativní vyjádření odpovědí všeobecných sester pracujících na lůžkových odděleních vybraného zdravotnického zařízení z Meisterova dotazníku

Položka	5		4		3		2		1	
	Absolutní četnost	Relativní počet [%]	Absolutní četnost	Relativní počet [%]	Absolutní četnost	Relativní počet [%]	Absolutní četnost	Relativní počet [%]	Absolutní četnost	Relativní počet [%]
1. Při práci mívám často pocit časového tlaku	25	18,52	33	24,44	58	42,96	15	11,11	4	2,96
2. Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad/a	8	5,93	12	8,89	39	28,89	40	29,63	36	26,67
3. Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou odpovědnost, spojenou se závažnými důsledky	21	15,56	73	54,07	23	17,04	15	11,11	3	2,22
4. Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující	2	1,48	10	7,41	22	16,30	24	17,78	77	57,04
5. V práci mám časté konflikty a problémy, od nichž se nemohu odpoutat ani po skončení pracovní doby	4	2,96	11	8,15	34	25,19	17	12,59	69	51,11
6. Při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje	3	2,22	29	21,48	12	8,89	38	28,15	53	39,26
7. Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost	20	14,81	31	22,96	23	17,04	16	11,85	45	33,33

Položka	5		4		3		2		1	
	Absolutní četnost	Relativní počet [%]	Absolutní četnost	Relativní počet [%]	Absolutní četnost	Relativní počet [%]	Absolutní četnost	Relativní počet [%]	Absolutní četnost	Relativní počet [%]
8. Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného	5	3,70	9	6,67	27	20,00	20	14,81	74	54,81
9. Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost	25	18,52	51	37,78	10	7,41	11	8,15	38	28,15
10. Práce je psychicky tak náročná, že ji nelze dělat po léta se stejnou výkonností	16	11,85	64	47,41	18	13,33	30	22,2222	7	5,19

Zdroj: Vlastní zpracování

V Tabulce 14 je provedeno vyhodnocení Meisterova dotazníku dle faktorů. Výsledné hodnoty pro jednotlivé faktory jsou 8,37 pro přetížení; 5,46 pro monotonii; 8,9 pro nespecifický faktor. Výsledná hodnota hrubého skóru dosahuje hodnoty 22,73. Z této tabulky je patrné, že výsledné hodnoty faktorů Meisterova dotazníku u všeobecných sester pracujících na lůžkových odděleních vybraného zdravotnického zařízení nepřekračují kritické hodnoty stanovené hygienickou službou zvlášť pro muže a ženy.

Tabulka 14. Faktorové vyhodnocení Meisterova dotazníku realizovaného mezi všeobecnými sestrami pracujícími na lůžkových odděleních vybraného zdravotnického zařízení

Faktor	Název faktoru	Výsledná hodnota	Ženy			Muži		
			Aritmetický průměr	Směrodatná odchylka	Kritická hodnota	Aritmetický průměr	Směrodatná odchylka	Kritická hodnota
I.	Přetížení	8,2	8,4	3,2	10	10,6	3	12
II.	Monotonie	5,16	7,6	3	9	6,4	3,2	8
III.	Nespecifický faktor	8,7	11,7	4,4	14	10,3	4,1	12
HS	Hrubý skór	22,06	25	8,1	29	22,9	6,4	26

Zdroj: Vlastní zpracování

V Tabulce 15 je provedeno vyhodnocení Meisterova dotazníku dle položek. Z této tabulky vyplývá, že kritické hodnoty mediánu byly překročeny ve třech případech, a to v souvislosti s časovou tísní u faktoru I., únavou a dlouhodobou únosností u faktoru III.

Tabulka 15. Položkové vyhodnocení Meisterova dotazníku mezi všeobecnými sestrami pracujícími na lůžkových odděleních vybraného zdravotnického zařízení

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

Zdroj: Vlastní zpracování

Vyhodnocení stupně zátěžové tendence je uvedeno v Tabulce 16, ze které je patrné, že platí první případ tohoto vyhodnocení, kdy má faktor I. vyšší součet středních hodnot, a to nejméně o 2 body, než faktor II. Z tohoto důvodu je zapotřebí k součtu středních hodnot faktoru I. (tedy k hodnotě 6,9) přičíst součet středních hodnot faktoru III. (tedy hodnotu 9,2). Výsledná hodnota stupně zátěžové situace činí 16,1.

Tabulka 16. Vyhodnocení stupně zátěžové tendence

Faktor	Název faktoru	Součet položek	Součet středních hodnot
I.	Přetížení	1 + 3 + 5	6,9
II.	Monotonie	2 + 4 + 6	4,6
III.	Nespecifický faktor	7 + 8 + 9 + 10	9,2
HS	Hrubý skór	I. + II. + III.	20,7

Zdroj: Vlastní zpracování

Výsledná hodnota stupně zátěžové situace 16,1 klasifikuje psychickou zátěž u všeobecných sester pracujících na lůžkových odděleních vybraného zdravotnického zařízení dle Tabulky 17 stupněm 1. To znamená, že všeobecné sestry nepocítují v souvislosti s výkonem svého povolání takovou psychickou zátěž, která by pravděpodobně ovlivňovala jejich zdraví, subjektivní stav a výkonnost.

Tabulka 17. Finální klasifikace psychické zátěže u všeobecných sester pracujících na lůžkových odděleních vybraného zdravotnického zařízení

Součet středních hodnot	Stupeň	Zátěžová tendence
7 - 19	1	-
20 - 24	2	k přetížení
25 - 35	3	k přetížení

Zdroj: Vlastní zpracování

3.2 Interpretace výsledků dotazníku MBI

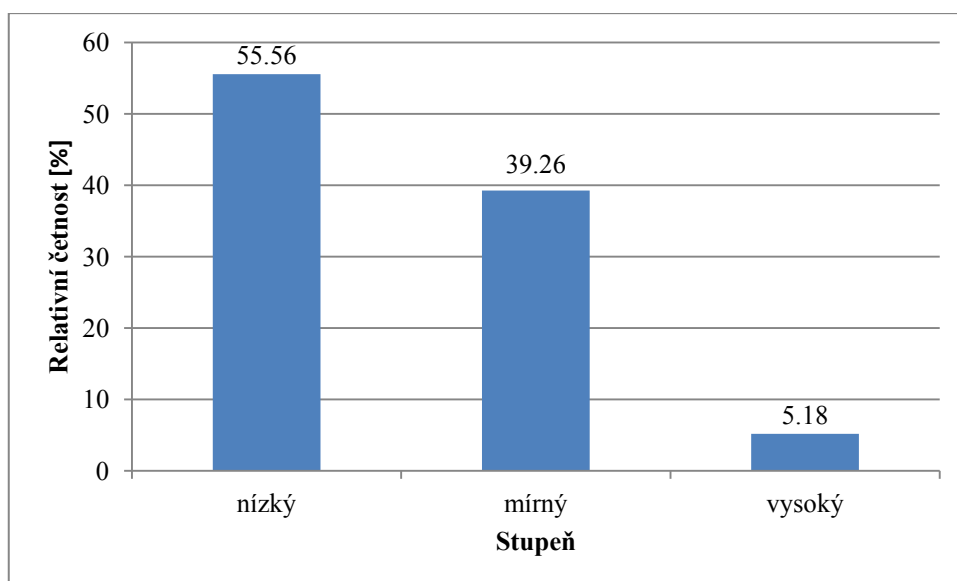
Emocionální vyčerpání

75 všeobecných sester (55,56 %) vykazovalo nízký stupeň emocionálního vyčerpání. U 53 sester (39,26 %) byl zjištěn mírný stupeň emocionálního vyčerpání. 6 sester (5,18 %) již v rámci emocionálního vyčerpání vykazovalo vyhoření (Tabulka 18 a Graf 5).

Tabulka 18. Emocionální vyčerpání u všeobecných sester na lůžkových odděleních

Stupeň emocionálního vyčerpání (EE)	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
nízký	75	55,56
mírný	53	39,26
vysoký	6	5,18

Zdroj: Vlastní zpracování



Graf 5. Emocionální vyčerpání u všeobecných sester na lůžkových odděleních

Zdroj: Vlastní zpracování

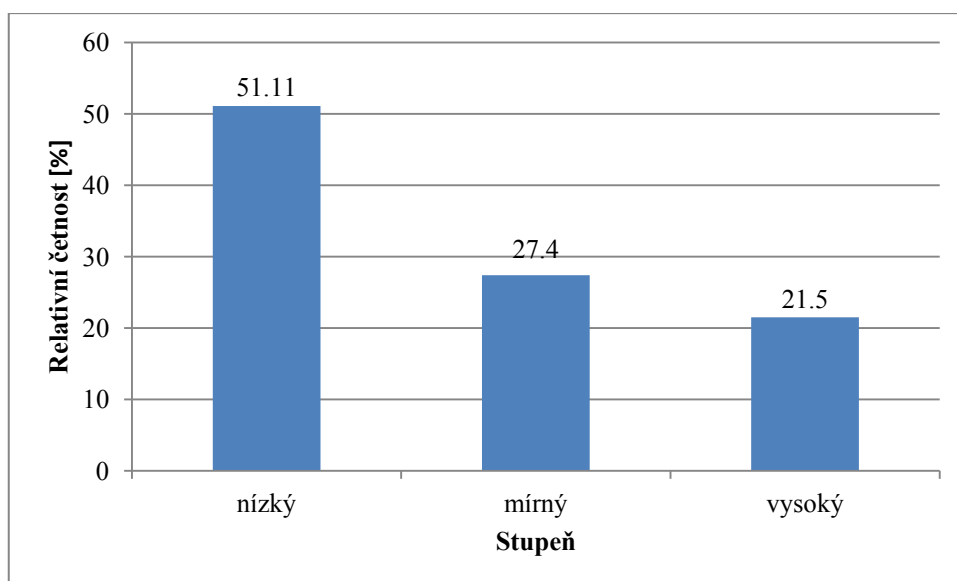
Depersonalizace

U 69 všeobecných sester (51,11 %) byl zjištěn nízký stupeň depersonalizace, u 37 sester (27,4 %) pak mírný stupeň. 29 sester (21,5 %) vykazovalo vysoký stupeň depersonalizace, což je známkou vyhoření (Tabulka 19 a Graf 6).

Tabulka 19. Depersonalizace u všeobecných sester na lůžkových odděleních

Stupeň depersonalizace (DP)	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
nízký	69	51,11
mírný	37	27,40
vysoký	29	21,5

Zdroj: Vlastní zpracování



Graf 6. Depersonalizace u všeobecných sester na lůžkových odděleních

Zdroj: Vlastní zpracování

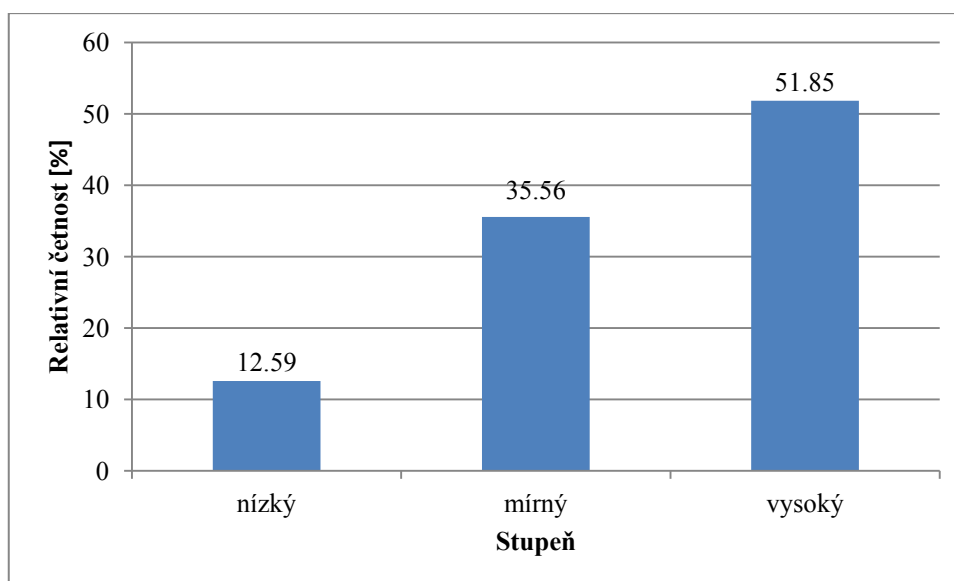
Osobní uspokojení z práce

U 70 všeobecných sester (51,85 %) bylo zjištěno vysoké osobní uspokojení z práce. Mírné osobní uspokojení z práce bylo zjištěno u 48 sester (35,56 %). 17 sester (12,59 %) vykazovalo nízký stupeň osobního uspokojení z práce značící vyhoření (Tabulka 20 a Graf 7).

Tabulka 20. Osobní uspokojení z práce u všeobecných sester na lůžkových odděleních

Stupeň osobního uspokojení z práce (PA)	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
nízký	17	12,59
mírný	48	35,56
vysoký	70	51,85

Zdroj: Vlastní zpracování



Graf 7. Osobní uspokojení z práce u všeobecných sester na lůžkových odděleních

Zdroj: Vlastní zpracování

3.3 Interpretace výsledků vlastního nestandardizovaného dotazníkové šetření

Výsledky vlastního nestandardizovaného strukturovaného dotazníku jsou v následujícím textu interpretovány pro každou dotazníkovou otázku zvlášť.

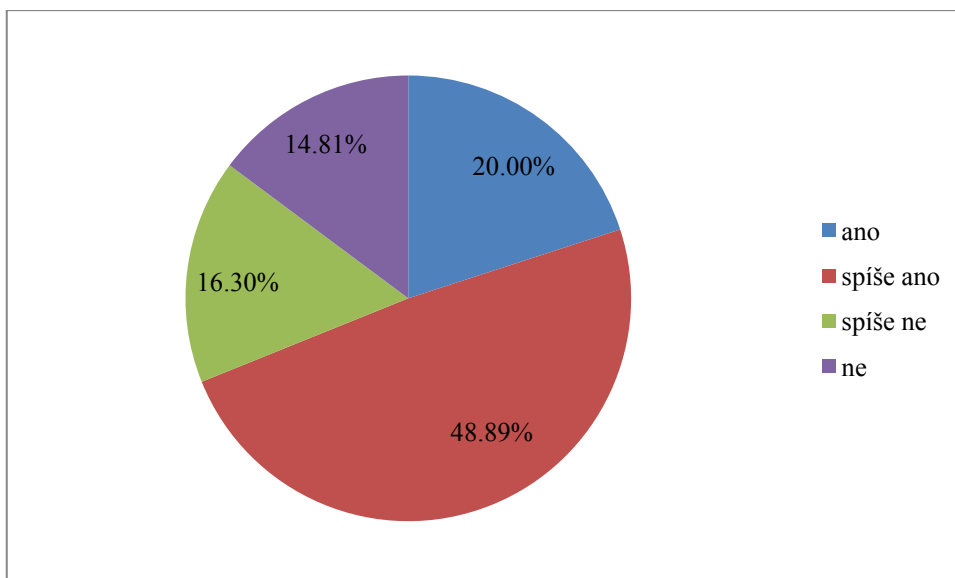
Otázka č. 1: Je pro Vás profese, kterou vykonáváte, stresující a zatěžující?

Pro většinu všeobecných sester (93 sester – 68,89 %) je profese, kterou vykonávají (tj. povolání sestry) pro ně samotné stresující a zatěžující. Naopak 42 sester (31,11 %) takto svou profesi nevnímá (Tabulka 21 a Graf 8).

Tabulka 21. Povolání sestry jako stresující a zatěžující profese

1. Je pro Vás profese, kterou vykonáváte, stresující a zatěžující?	Absolutní počet	Relativní počet [%]
ano	27	20,00
spíše ano	66	48,89
spíše ne	22	16,30
ne	20	14,81

Zdroj: Vlastní zpracování



Graf 8. Povolání sestry jako stresující a zatěžující profese

Zdroj: Vlastní zpracování

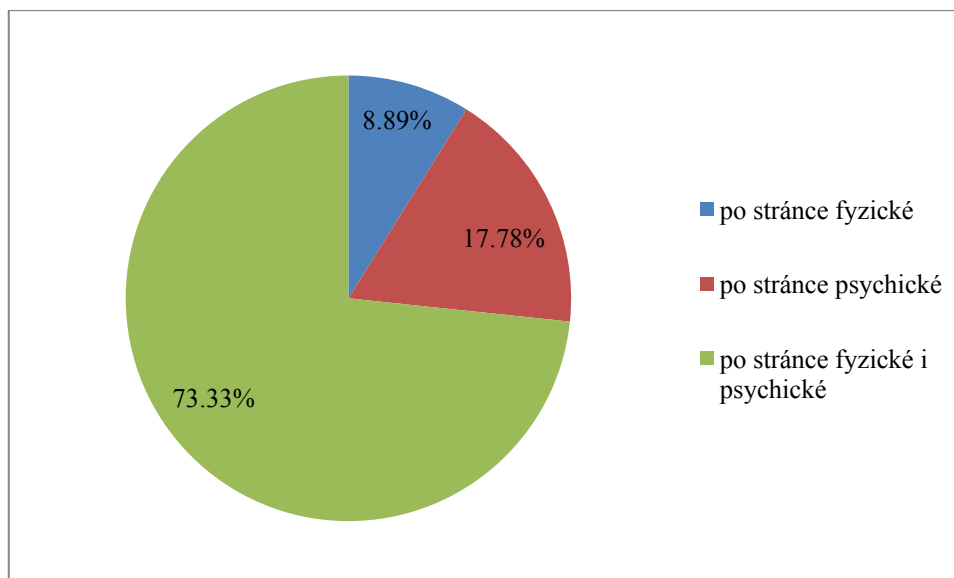
Otázka č. 2: Po jaké stránce je pro Vás výkon Vašeho povolání náročný?

Pro 99 všeobecných sester (73,33 %) je výkon povolání sestry náročný jak po fyzické, tak po psychické stránce. 24 sester (17,78 %) v dotazníku uvedlo, že je pro ně výkon jejich profese náročný spíše po psychické stránce. 12 sester (8,89 %) v této souvislosti uvedlo fyzickou stránku (Tabulka 22 a Graf 9).

Tabulka 22. Fyzická a psychická náročnost výkonu povolání sestry

2. Po jaké stránce je pro Vás výkon Vašeho povolání náročný?	Absolutní počet	Relativní počet [%]
po stránce fyzické	12	8,89
po stránce psychické	24	17,78
po stránce fyzické i psychické	99	73,33

Zdroj: Vlastní zpracování



Graf 9. Fyzická a psychická náročnost výkonu povolání sestry

Zdroj: Vlastní zpracování

Otázka č. 3: Jaké jsou podle Vás nejčastější příčiny stresu a zátěže v souvislosti s profesí, již vykonáváte?

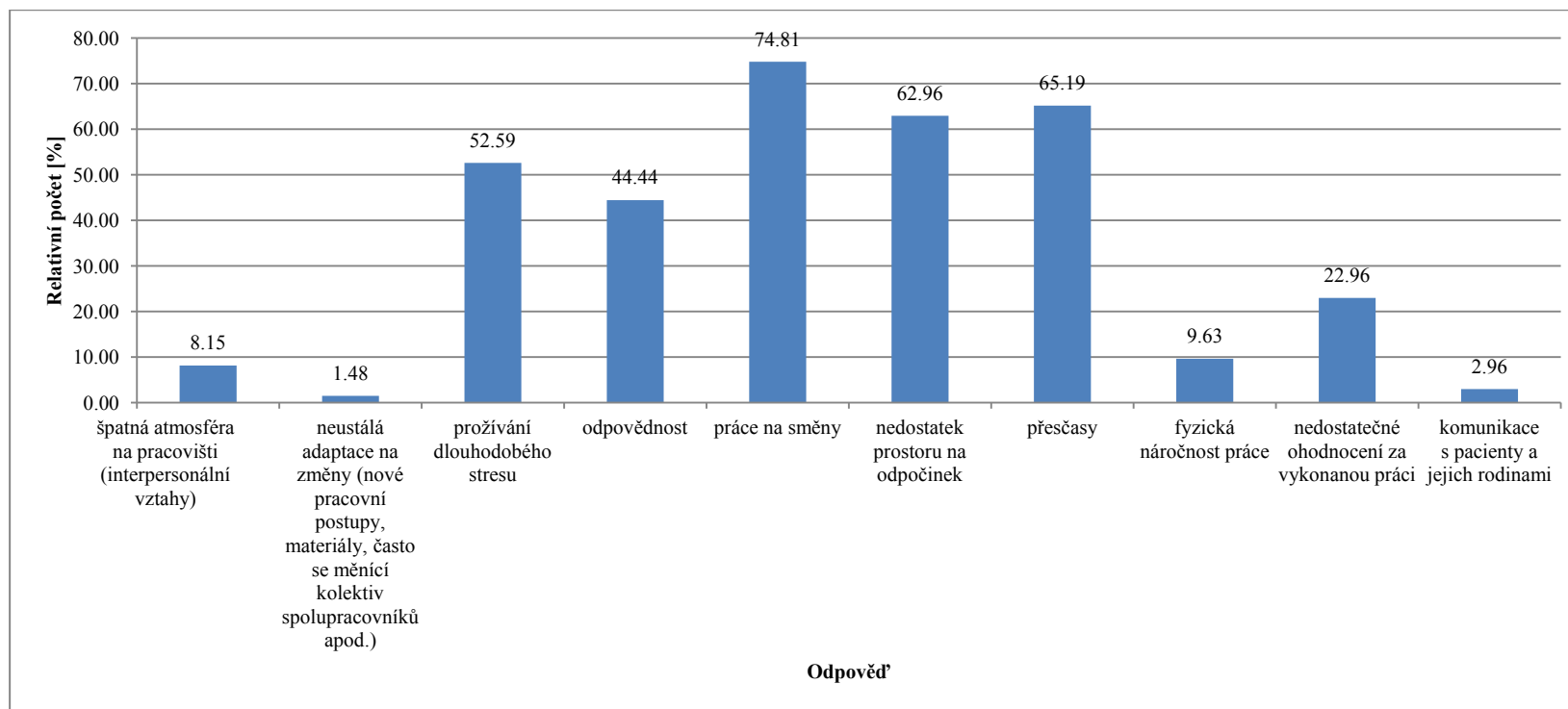
Mezi nejčastější příčiny stresu a zátěže v profesi sestry patří dle všeobecných sester pracujících na lůžkových odděleních vybraného zdravotnického zařízení práce na směny (101 sester – 74,81 %), přesčasy (88 sester – 65,19 %), nedostatek prostoru pro odpočinek (85 sester – 62,96 %) a prožívání dlouhodobého stresu (71 sester – 52,59 %). Z dalších nejčastějších příčin stresu a zátěže v povolání sestry uváděly odpovědnost (60 sester – 44,44 %), nedostatečné ohodnocení za vykonanou práci (31 sester – 22,96 %), fyzickou náročnost práce (13 sester – 9,63 %), špatnou atmosféru na pracovišti (interpersonální vztahy) – 11 sester (8,15 %), komunikaci s pacienty a jejich rodinami (4 sestry – 2,96 %) a neustálou adaptaci na změny (nové pracovní postupy, materiály, často se měnící kolektiv spolupracovníků apod.) – 2 sestry (1,48 %) – viz Tabulka 23 a Graf 10.

Tabulka 23. Nejčastější příčiny stresu a zátěže v profesi sestry

3. Jaké jsou podle Vás nejčastější příčiny stresu a zátěže v souvislosti s profesí, již vykonáváte?	Absolutní počet	Relativní počet [%]
špatná atmosféra na pracovišti (interpersonální vztahy)	11	8,15

3. Jaké jsou podle Vás nejčastější příčiny stresu a zátěže v souvislosti s profesí, již vykonáváte?	Absolutní počet	Relativní počet [%]
neustálá adaptace na změny (nové pracovní postupy, materiály, často se měnící kolektiv spolupracovníků apod.)	2	1,48
prožívání dlouhodobého stresu	71	52,59
odpovědnost	60	44,44
práce na směny	101	74,81
nedostatek prostoru na odpočinek	85	62,96
přesčasy	88	65,19
fyzická náročnost práce	13	9,63
nedostatečné ohodnocení za vykonanou práci	31	22,96
komunikace s pacienty a jejich rodinami	4	2,96
jiné příčiny	-	-

Zdroj: Vlastní zpracování



Graf 10. Nejčastější příčiny stresu a zátěže v profesi sestry

Zdroj: Vlastní zpracování

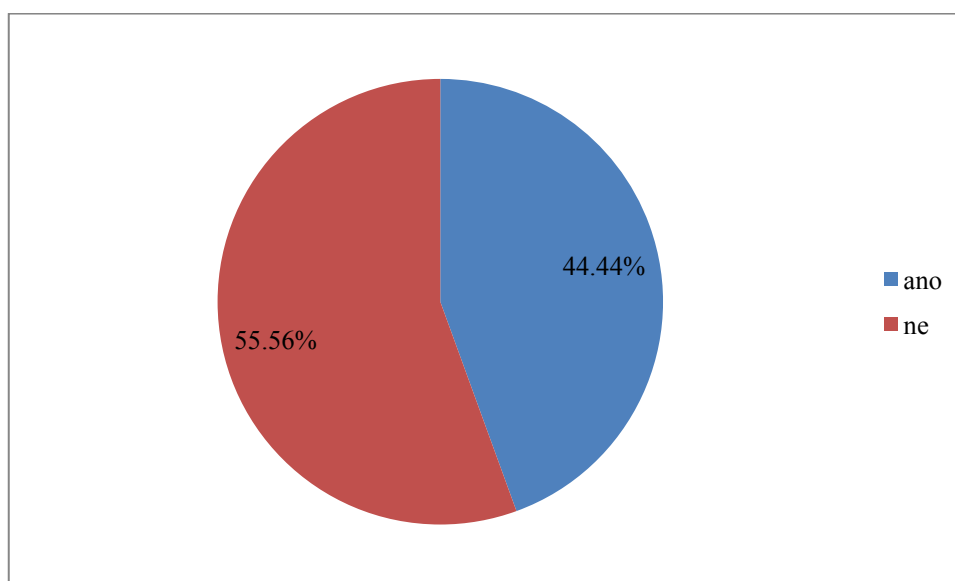
Otázka č. 4: Pozorujete na sobě v současné době nějaké projevy stresu a zátěže, kterým jste v souvislosti s výkonem Vaší práce vystaven/a?

Větší polovina všeobecných sester (75 sester – 55,56 %) na sobě v současné době nepozoruje žádné projevy stresu a zátěže, kterým jsou v souvislosti s výkonem své práce vystaveny. Naopak 60 sester (44,44 %) nějaké projevy stresu a zátěže pozorují (Tabulka 24 a Graf 11).

Tabulka 24. Zjevné projevy stresu a zátěže v důsledku výkonu povolání sestry

4. Pozorujete na sobě v současné době nějaké projevy stresu a zátěže, kterým jste v souvislosti s výkonem Vaší práce vystaven/a?	Absolutní počet	Relativní počet [%]
ano	60	44,44
ne	75	55,56

Zdroj: Vlastní zpracování



Graf 11. Zjevné projevy stresu a zátěže v důsledku výkonu povolání sestry

Zdroj: Vlastní zpracování

Otázka č. 5: Pokud na sobě v současnosti pozorujete nějaké projevy stresu a zátěže, o jaké projevy se jedná?

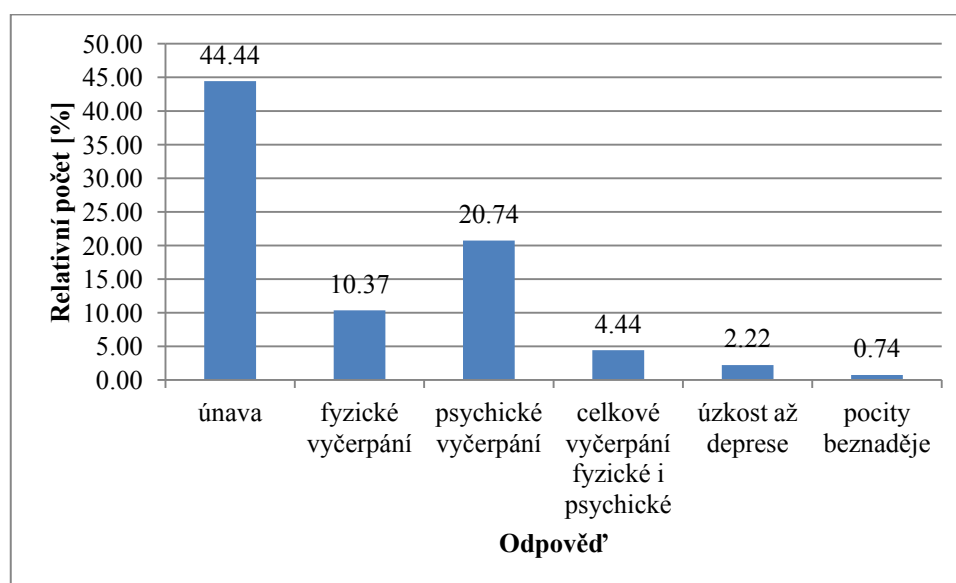
Celkem 60 všeobecných sester (44,44 %) na sobě v současné době pozoruje únavu jako jeden z projevů stresu a zátěže. 28 sester (20,74 %) na sobě pozoruje psychické

vyčerpání. 14 sester (10,37 %) pociťuje vyčerpání fyzické. 6 sester (4,44 %) v této souvislosti uvedlo celkové vyčerpání fyzické i psychické. U 3 sester (2,22 %) se jedná o úzkost až depresi. 1 sestra (0,74 %) trpí pocitý beznaděje (Tabulka 25 a Graf 12).

Tabulka 25. Projevy stresu a zátěže pozorované sestrami

5. Pokud na sobě v současnosti pozorujete nějaké projevy stresu a zátěže, o jaké projevy se jedná?	Absolutní počet	Relativní počet [%]
únava	60	44,44
fyzické vyčerpání	14	10,37
psychické vyčerpání	28	20,74
celkové vyčerpání fyzické i psychické	6	4,44
úzkost až deprese	3	2,22
pocity beznaděje	1	0,74
jiné projevy	-	-

Zdroj: Vlastní zpracování



Graf 12. Projevy stresu a zátěže pozorované sestrami

Zdroj: Vlastní zpracování

Otázka č. 6: Jak na Vás působí stres a zátěž plynoucí z Vašeho povolání?

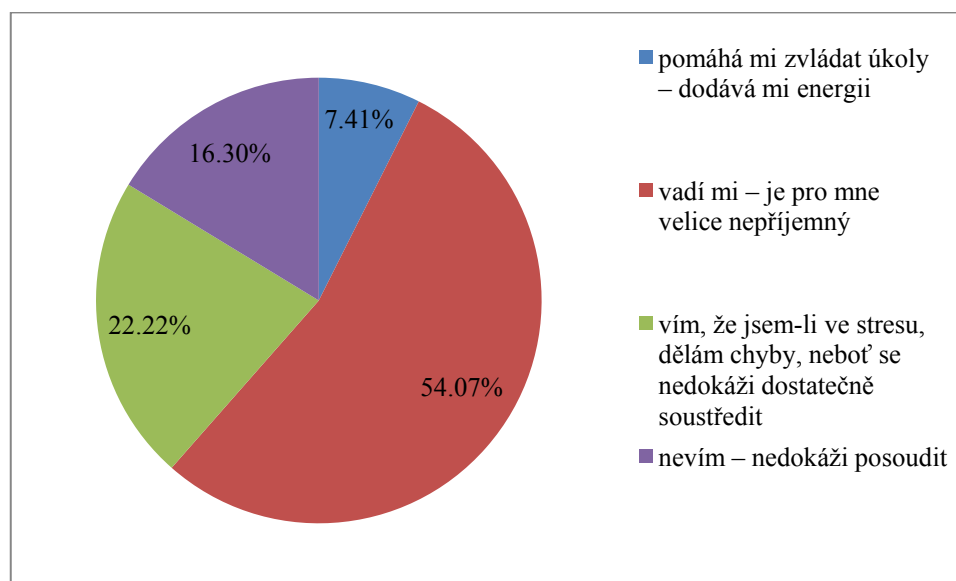
Větší polovina všeobecných sester (73 sester – 54,07 %) v souvislosti s působením stresu a zátěže plynoucí z povolání sestry uvedla, že jim stres a zátěž vadí, protože jsou pro

ně velmi nepříjemné. 30 sester (22,22 %) uvedlo, že jsou si vědomy toho, že když jsou ve stresu, dělají chyby, protože nejsou schopny se dostatečným způsobem koncentrovat. 22 sester (16,3 %) neví, jak na ně působí stres a zátěž. 10 sester (7,41 %) přiznalo, že jim stres a zátěž plynoucí z jejich profese napomáhá ke zvládnutí úkolů a dodává jim energii (Tabulka 26 a Graf 13).

Tabulka 26. Působení stresu a zátěže z povolání sestry

6. Jak na Vás působí stres a zátěž plynoucí z Vašeho povolání?	Absolutní počet	Relativní počet [%]
pomáhá mi zvládat úkoly – dodává mi energii	10	7,41
vadí mi – je pro mne velice nepříjemný	73	54,07
vím, že jsem-li ve stresu, dělám chyby, neboť se nedokážu dostatečně soustředit	30	22,22
nevím – nedokážu posoudit	22	16,30

Zdroj: Vlastní zpracování



Graf 13. Působení stresu a zátěže z povolání sestry

Zdroj: Vlastní zpracování

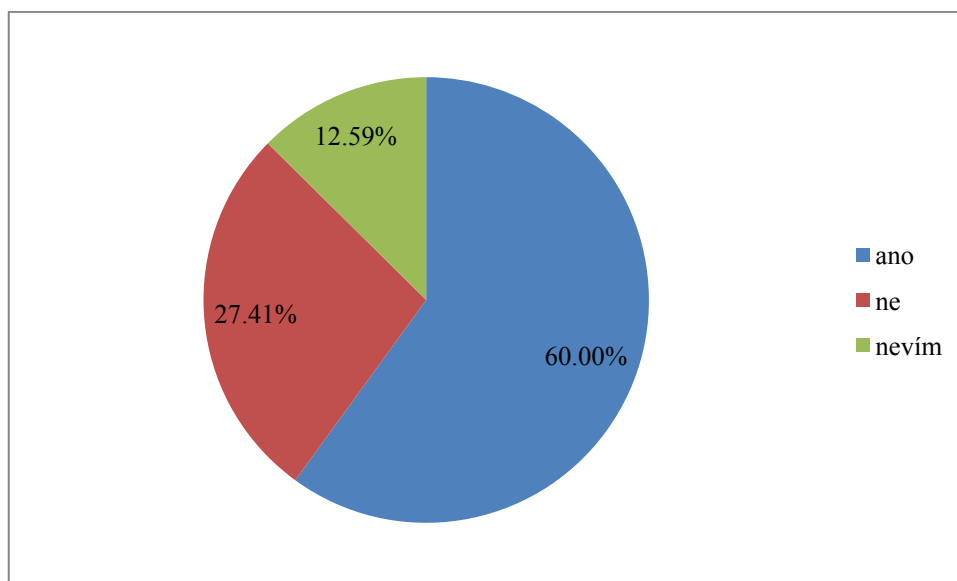
Otázka č. 7: Myslíte si, že se umíte vypořádat s projevy stresu a zátěže, které na Vás působí?

Celkem 81 všeobecných sester (60 %) se umí s působícími projevy stresu a zátěže vypořádat. 37 sester (27,41 %) přiznalo, že toto neumí. 17 sester (12,59 %) neví, zda jsou schopny vypořádat se se stresem a zátěží, která na ně v souvislosti s výkonem povolání sestry působí (Tabulka 27 a Graf 14).

Tabulka 27. Umění sester vypořádat se s působícími projevy stresu a zátěže

7. Myslíte si, že se umíte vypořádat s projevy stresu a zátěže, které na Vás působí?	Absolutní počet	Relativní počet [%]
ano	81	60,00
ne	37	27,41
nevím	17	12,59

Zdroj: Vlastní zpracování



Graf 14. Umění sester vypořádat se s působícími projevy stresu a zátěže

Zdroj: Vlastní zpracování

Otázka č. 8: Jak se cítíte po příchodu z práce domů?

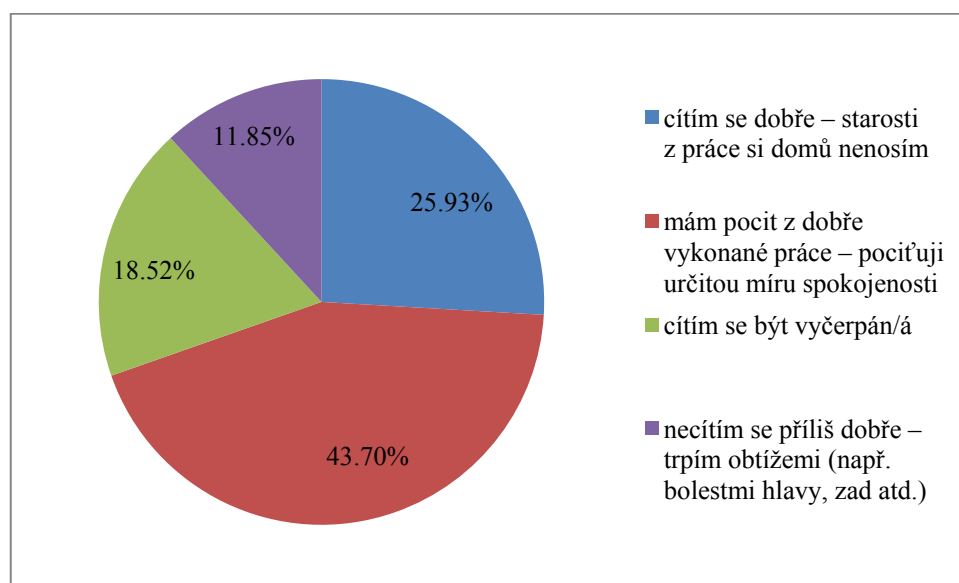
Téměř polovina všeobecných sester (59 sester – 43,7 %) má po příchodu z práce domů pocit z dobře vykonané práce (pocitují určitou míru spokojenosti). 35 sester (25,93 %) se po příchodu z práce domů cítí dobře (starosti z práce si totiž domů nenosí). 25 sester

(18,52 %) se po práci cítí být vyčerpané. 16 sester (11,85 %) se po příchodu z práce domů necítí příliš dobře – trpí různými obtížemi jako např. bolestmi hlavy, zad apod. (Tabulka 28 a Graf 15).

Tabulka 28. Pocity sester po příchodu z práce domů

8. Jak se cítíte po příchodu z práce domů?	Absolutní počet	Relativní počet [%]
cítím se dobře – starosti z práce si domů nenosím	35	25,93
mám pocit z dobře vykonané práce – pociťuji určitou míru spokojenosti	59	43,70
cítím se být vyčerpan/á	25	18,52
necítím se příliš dobře – trpím obtížemi (např. bolestmi hlavy, zad atd.)	16	11,85
jiné pocity	-	-

Zdroj: Vlastní zpracování



Graf 15. Pocity sester po příchodu z práce domů

Zdroj: Vlastní zpracování

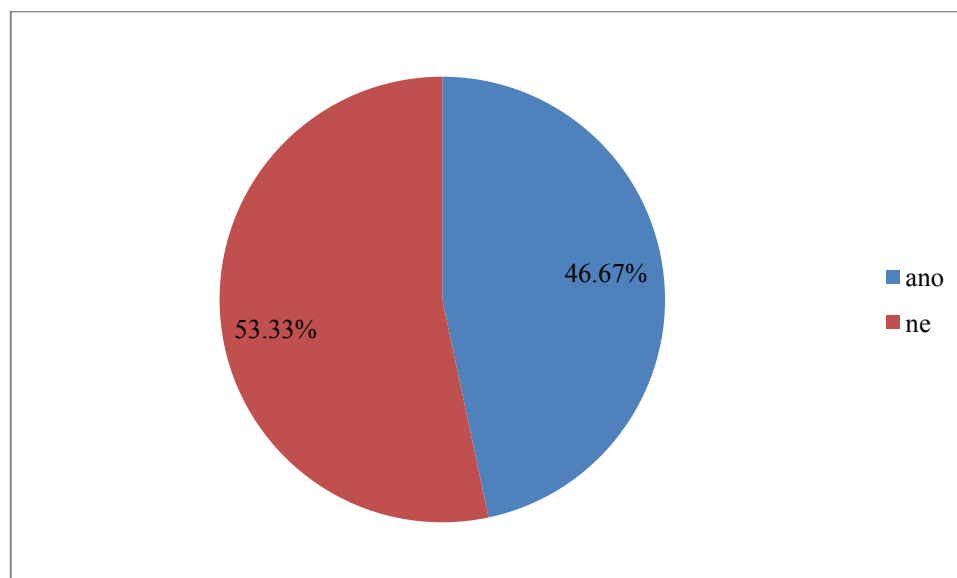
Otázka č. 9: Snažíte se vědomě předcházet vzniku stresu a zátěži v souvislosti s výkonem Vaší profese?

Větší polovina všeobecných sester (72 sester – 53,33 %) se nikterak nesnaží o vědomé předcházení vzniku stresu a zátěže v souvislosti s výkonem svého povolání. Naproti tomu 63 sester (46,67 %) cíleně předchází vzniku pracovního stresu a zátěže (Tabulka 29 a Graf 16).

Tabulka 29. Snaha sester o vědomé předcházení vzniku stresu a zátěže

9. Snažíte se vědomě předcházet vzniku stresu a zátěži v souvislosti s výkonem Vaší profese?	Absolutní počet	Relativní počet [%]
ano	63	46,67
ne	72	53,33

Zdroj: Vlastní zpracování



Graf 16. Snaha sester o vědomé předcházení vzniku stresu a zátěže

Zdroj: Vlastní zpracování

Otázka č. 10: Jakým způsobem (způsoby) předcházíte nebo byste předcházela/a stresu a zátěži vyplývající z charakteru Vaší práce?

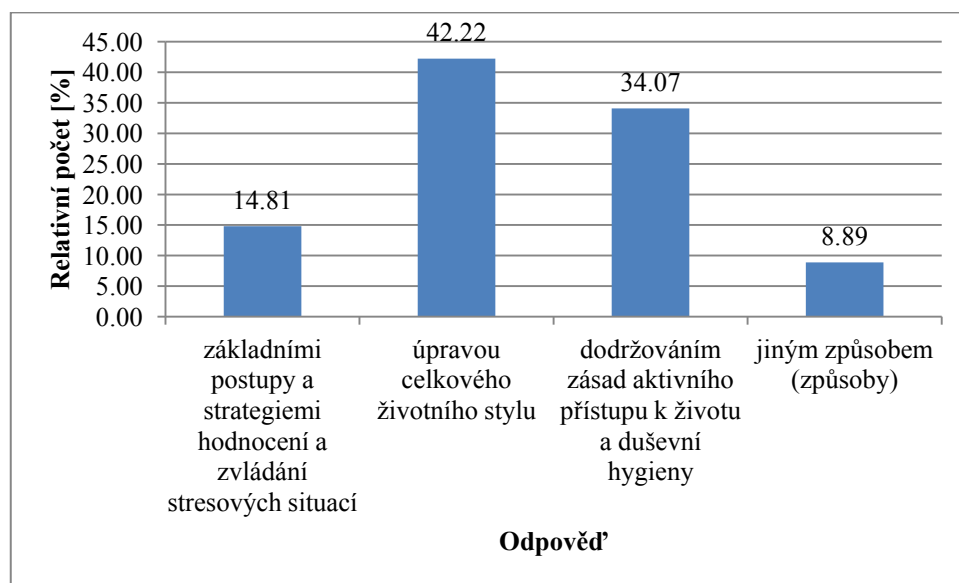
57 všeobecných sester (42,22 %) předchází nebo by předcházela stresu a zátěži z práce úpravou celkového životního stylu. 46 sester (34,07 %) v této souvislosti uvedlo dodržování zásad aktivního přístupu k životu a duševní hygieny. 20 sester (14,81 %)

předchází či by předcházelo stresu a zátěži základními postupy a strategiemi hodnocení a zvládání stresových situací. 12 sester (8,89 %) zmínilo jiné způsoby prevence pracovnímu stresu a zátěži, a to odpočinek, spánek, sportování a meditaci (Tabulka 30 a Graf 17).

Tabulka 30. Způsoby předcházení stresu a zátěži

10. Jakým způsobem (způsoby) předcházíte nebo byste předcházeli/a stresu a zátěži vyplývající z charakteru Vaší práce?	Absolutní počet	Relativní počet [%]
základními postupy a strategiemi hodnocení a zvládání stresových situací	20	14,81
úpravou celkového životního stylu	57	42,22
dodržováním zásad aktivního přístupu k životu a duševní hygieny	46	34,07
jiným způsobem (způsoby)	12	8,89

Zdroj: Vlastní zpracování



Graf 17. Způsoby předcházení stresu a zátěži

Zdroj: Vlastní zpracování

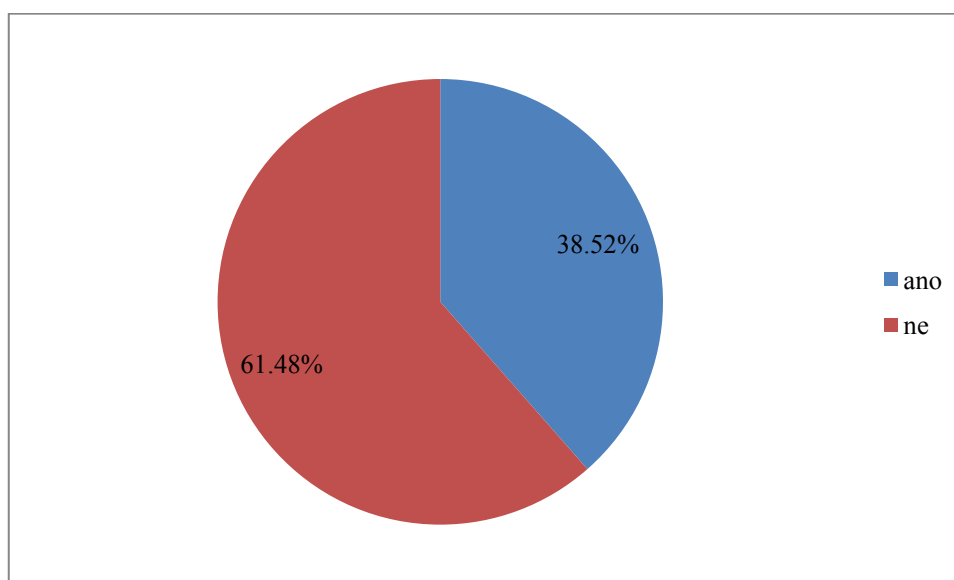
Otázka č. 11: Využíváte nějaké techniky ke zvládnání stresu a zátěže z práce?

Celkem 83 všeobecných sester (61,48 %) nevyužívá ke zvládnání pracovního stresu a zátěže žádných technik. Naopak 52 sester (38,52 %) nějakých takových technik využívá (Tabulka 31 a Graf 18).

Tabulka 31. Využívání technik ke zvládnání stresu a zátěže

11. Využíváte nějaké techniky ke zvládnání stresu a zátěže z práce?	Absolutní počet	Relativní počet [%]
ano	52	38,52
ne	83	61,48

Zdroj: Vlastní zpracování



Graf 18. Využívání technik ke zvládnání stresu a zátěže

Zdroj: Vlastní zpracování

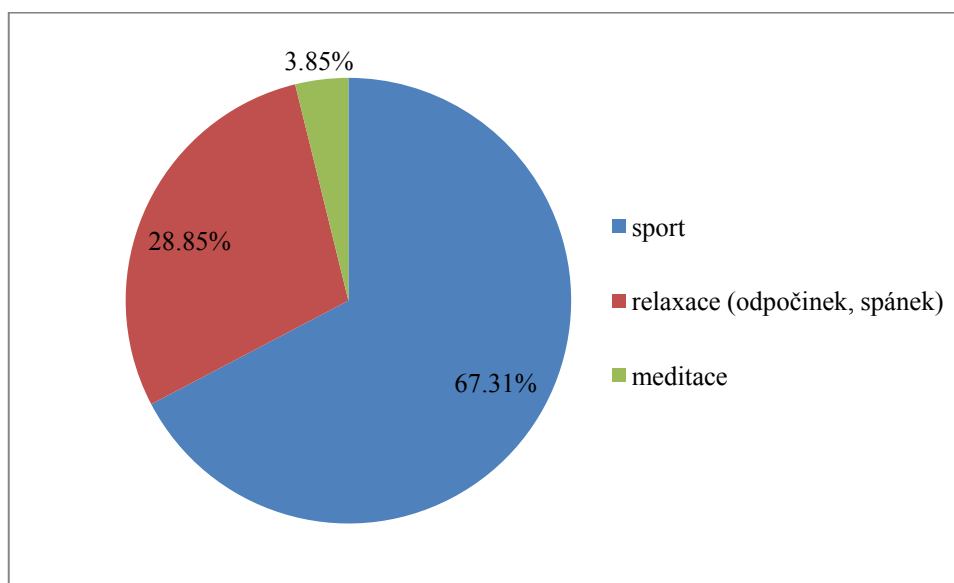
Otázka č. 12: Pokud využíváte nějaké techniky ke zvládnání stresu a zátěže z práce, o jaké se jedná?

35 sester (25,93 %) ke zvládnání stresu a zátěže z práce využívá nejčastěji sport. 15 sester (11,11 %) uvedlo relaxaci (odpočinek, spánek). 2 sestry (1,48 %) dávají přednost meditaci (Tabulka 32 a Graf 19).

Tabulka 32. Techniky ke zvládání stresu a zátěže využívané sestrami

12. Pokud využíváte nějaké techniky ke zvládání stresu a zátěže z práce, o jaké se jedná?	Absolutní počet	Relativní počet [%]
sport	35	25,93
relaxace (odpočinek, spánek)	15	11,11
meditace	2	1,48

Zdroj: Vlastní zpracování



Graf 19. Techniky ke zvládání stresu a zátěže využívané sestrami

Zdroj: Vlastní zpracování

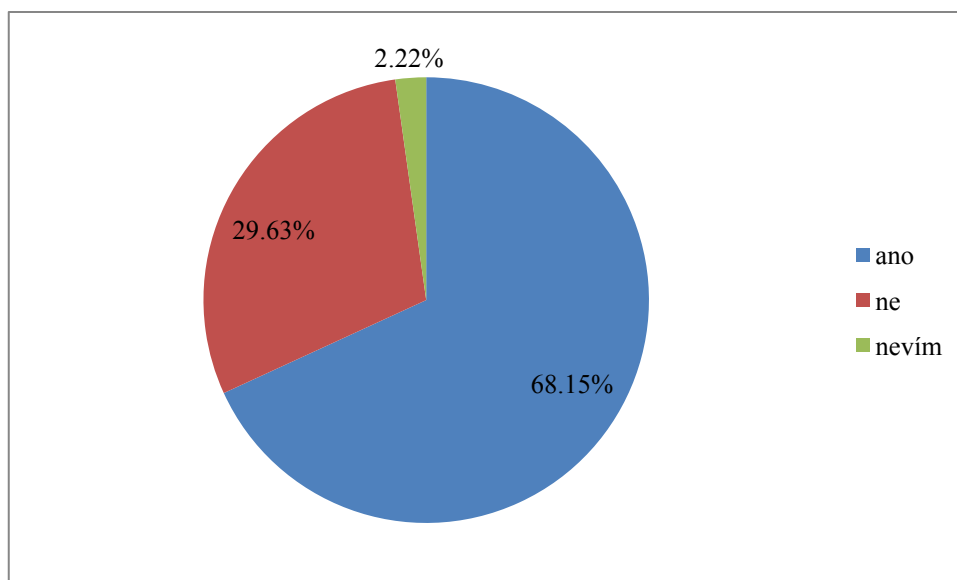
Otázka č. 13: Jste přesvědčen/a o tom, že je syndrom vyhoření v profesi všeobecné sestry v současné době aktuálním tématem?

Většina všeobecných sester (92 sester – 68,15 %) je přesvědčena o tom, že je syndrom vyhoření v profesi všeobecné sestry v současné době aktuálním tématem. 40 sester (29,63 %) si však toto nemyslí. 3 sestry (2,22 %) neví, zda je problematika syndromu vyhoření v profesi sestry aktuální (Tabulka 33 a Graf 20).

Tabulka 33. Přesvědčení sester o aktuálnosti problematiky syndromu vyhoření v povolání všeobecné sestry

13. Jste přesvědčen/a o tom, že je syndrom vyhoření v profesi všeobecné sestry v současné době aktuálním tématem?	Absolutní počet	Relativní počet [%]
ano	92	68,15
ne	40	29,63
nevím	3	2,22

Zdroj: Vlastní zpracování



Graf 20. Přesvědčení sester o aktuálnosti problematiky syndromu vyhoření v povolání všeobecné sestry

Zdroj: Vlastní zpracování

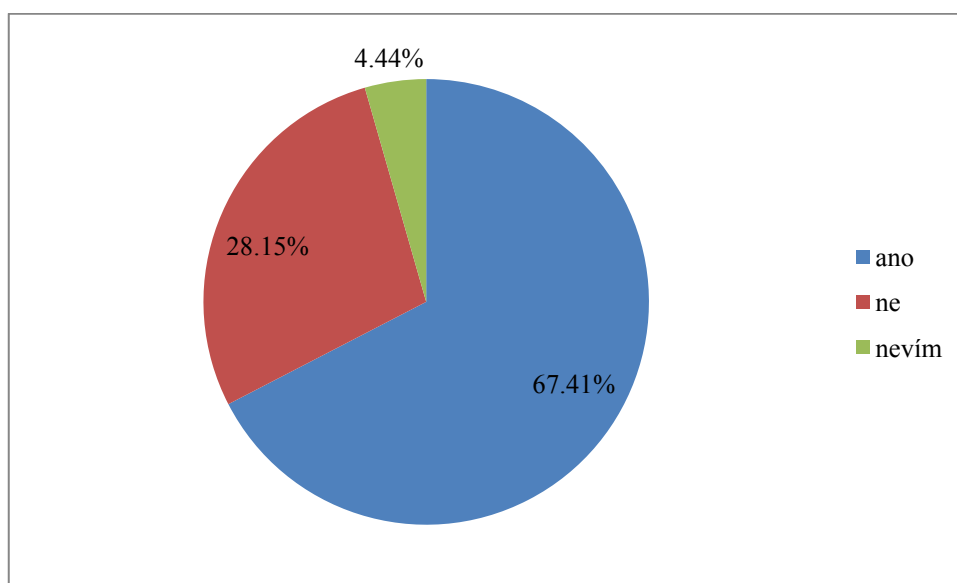
Otázka č. 14: Domníváte se, že všeobecné sestry mají nebo mohou mít větší předpoklad pro vznik syndromu vyhoření?

Taktéž si větší polovina všeobecných sester pracujících na lůžkových odděleních vybraného zdravotnického zařízení (91 sester – 67,41 %) myslí, že sestry mají či mohou mít větší předpoklad pro vznik syndromu vyhoření. Opak si myslí 38 sester (28,15 %). 6 sester (4,44 %) neví, zda mají vykonavatelky povolání sestry větší předpoklad ke vzniku syndromu vyhoření (Tabulka 34 a Graf 21).

Tabulka 34. Povolání všeobecné sestry jako předpoklad pro vznik syndromu vyhoření

14. Domníváte se, že všeobecné sestry mají nebo mohou mít větší předpoklad pro vznik syndromu vyhoření?	Absolutní počet	Relativní počet [%]
ano	91	67,41
ne	38	28,15
nevím	6	4,44

Zdroj: Vlastní zpracování



Graf 21. Povolání všeobecné sestry jako předpoklad pro vznik syndromu vyhoření

Zdroj: Vlastní zpracování

Otázka č. 15: Myslíte si, že jste Vy osobně ohrožen/a syndromem vyhoření?

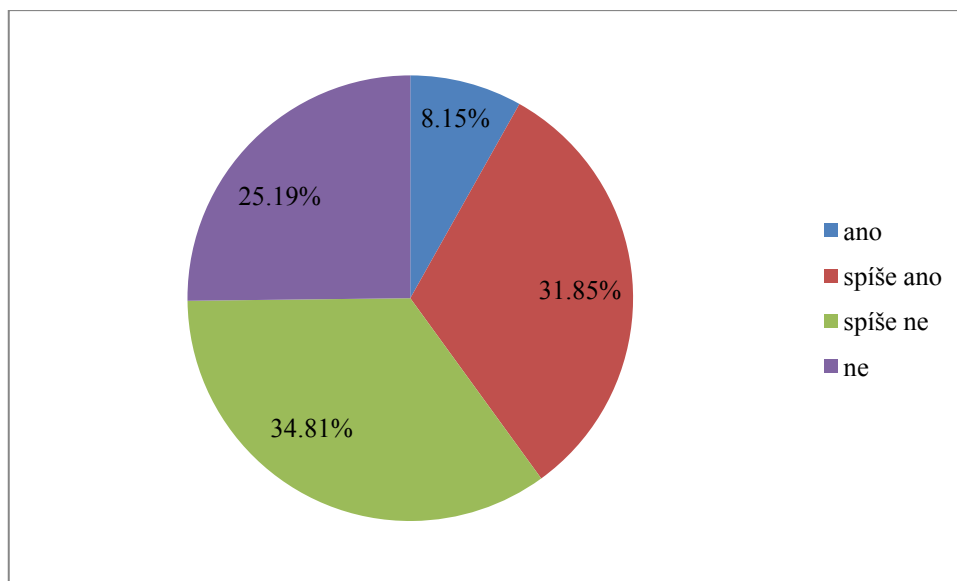
Většina všeobecných sester (81 sester – 60 %) se domnívá, že nejsou ohroženy syndromem vyhoření. Syndromem vyhoření se cítí být ohroženo 54 sester (40 %) – viz Tabulka 35 a Graf 22.

Tabulka 35. Ohrožení sester syndromem vyhoření

15. Myslíte si, že jste Vy osobně ohrožen/a syndromem vyhoření?	Absolutní počet	Relativní počet [%]
ano	11	8,15

15. Myslíte si, že jste Vy osobně ohrožen/a syndromem vyhoření?	Absolutní počet	Relativní počet [%]
spíše ano	43	31,85
spíše ne	47	34,81
ne	34	25,19

Zdroj: Vlastní zpracování



Graf 22. Ohrožení sester syndromem vyhoření

Zdroj: Vlastní zpracování

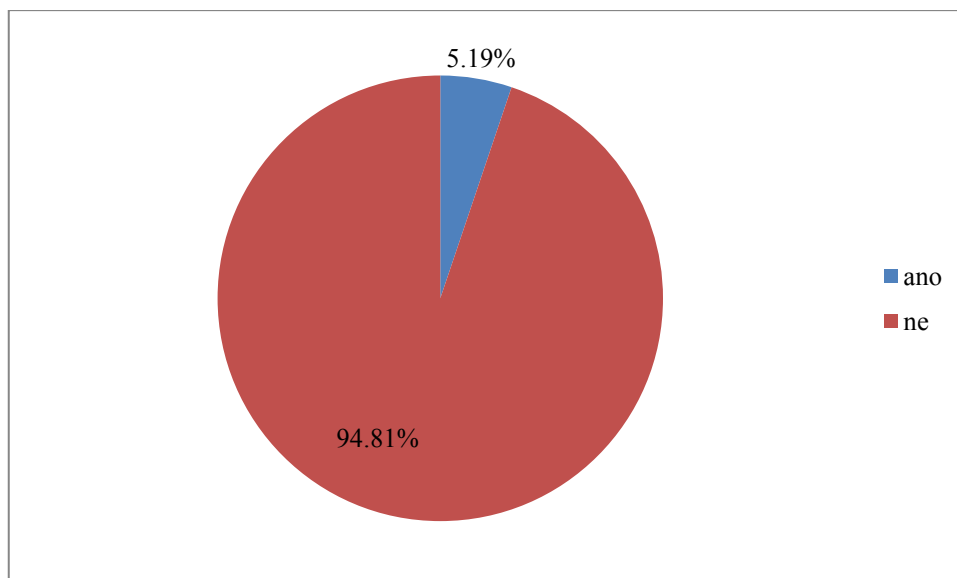
Otázka č. 16: Máte již nějakou zkušenost se syndromem vyhoření?

Převážná většina všeobecných sester (128 sester – 94,81 %) nemá žádnou zkušenost se syndromem vyhoření. 7 sester (5,19 %) zkušenost se syndromem vyhoření přiznalo (Tabulka 36 a Graf 23).

Tabulka 36. Celková zkušenost sester se syndromem vyhoření

16. Máte již nějakou zkušenost se syndromem vyhoření?	Absolutní počet	Relativní počet [%]
ano	7	5,19
ne	128	94,81

Zdroj: Vlastní zpracování



Graf 23. Celková zkušenost sester se syndromem vyhoření

Zdroj: Vlastní zpracování

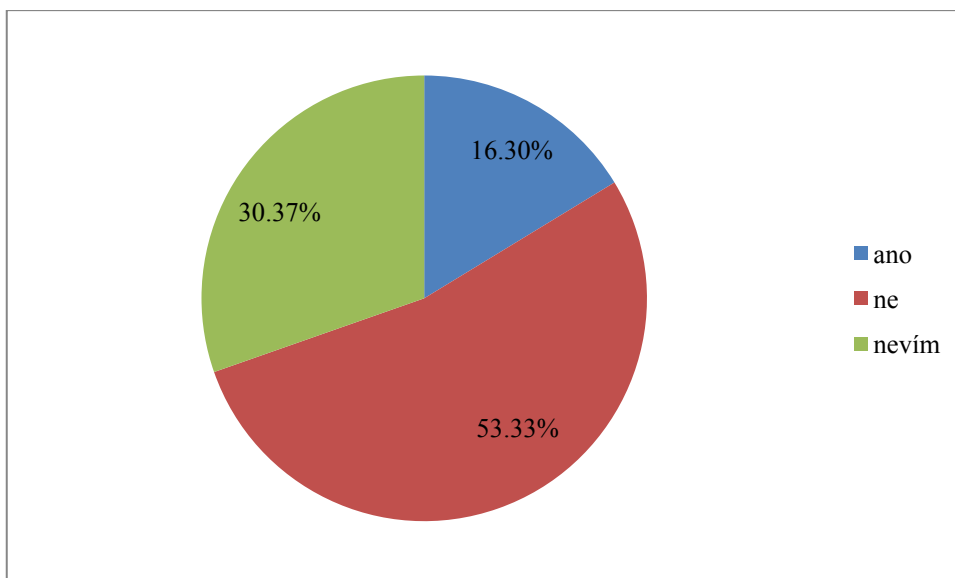
Otázka č. 17: Postihl syndrom vyhoření někoho z Vašeho okolí?

Větší polovina všeobecných sester (72 sester – 53,33 %) v dotazníku uvedla, že z jejich okolí nepostihl syndrom vyhoření nikoho. 41 sester (30,37 %) neví, zda byl syndromem vyhoření někdo z jejich okolí postižen. 22 sester (16,3 %) přiznalo, že z jejich okolí byl někdo postižen syndromem vyhoření (Tabulka 37 a Graf 24).

Tabulka 37. Zkušenost sester se syndromem vyhoření u někoho z jejich okolí

17. Postihl syndrom vyhoření někoho z Vašeho okolí?	Absolutní počet	Relativní počet [%]
ano	22	16,30
ne	72	53,33
nevím	41	30,37

Zdroj: Vlastní zpracování



Graf 24. Zkušenost sester se syndromem vyhoření u někoho z jejich okolí

Zdroj: Vlastní zpracování

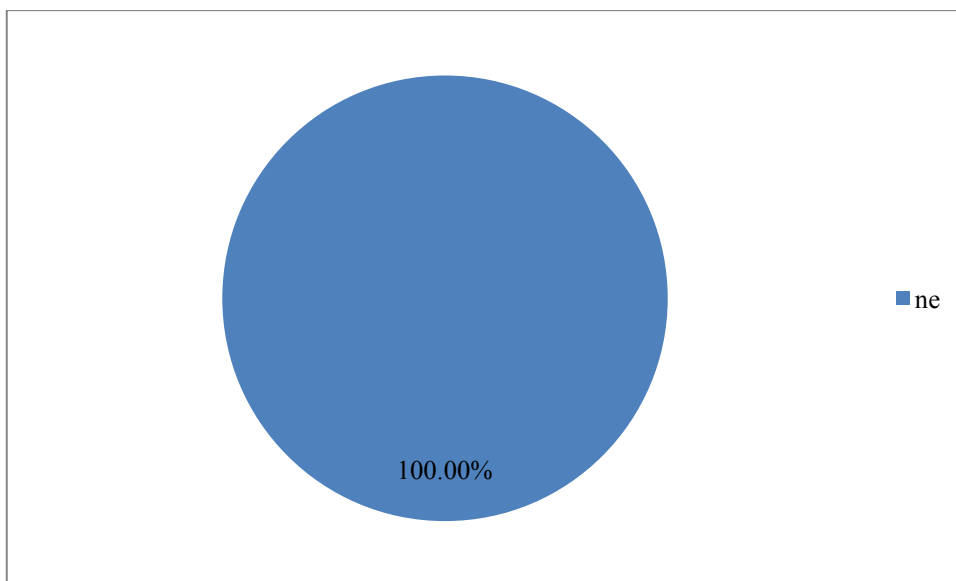
Otázka č. 18: Potýkal/a jste se již někdy nebo potýkáte se v současné době Vy sám / sama se syndromem vyhoření?

Všechny všeobecné sestry pracující na lůžkových odděleních ve vybraném zdravotnickém zařízení (135 sester – 100 %) nemají osobní zkušenost se syndromem vyhoření (Tabulka 38 a Graf 25).

Tabulka 38. Osobní zkušenost sester se syndromem vyhoření

18. Potýkal/a jste se již někdy nebo potýkáte se v současné době Vy sám / sama se syndromem vyhoření?	Absolutní počet	Relativní počet [%]
ano	-	-
ne	135	100,00

Zdroj: Vlastní zpracování



Graf 25. Osobní zkušenost sester se syndromem vyhoření

Zdroj: Vlastní zpracování

4 DISKUSE

Výzkumu (standardizovaného Meisterova dotazníku a dotazníku MBI a nestandardizovaného strukturovaného dotazníkového šetření vlastní konstrukce) se zúčastnilo celkem 135 všeobecných sester, které pracovaly na lůžkových odděleních vybraného zdravotnického zařízení.

Provedeným standardizovaným Meisterovým dotazníkem byla psychická zátěž při práci všeobecných sester pracujících na lůžkových odděleních vybraného zdravotnického zařízení klasifikována stupněm 1, z čehož vyplývá, že všeobecné sestry v souvislosti s výkonem svého povolání nepocítují takovou psychickou zátěž, která by pravděpodobně ovlivňovala jejich zdraví, subjektivní stav a výkonnost. Výzkumnou hypotézu č. 1 tedy nelze potvrdit.

Z realizovaného standardizovaného dotazníku MBI vyplynulo, že všeobecné sestry, které pracují na lůžkových odděleních, vykazují nízký stupeň emocionálního vyčerpání a depersonalizace a vysoký stupeň osobního uspokojení z práce.

Uskutečněným vlastním nestandardizovaným dotazníkovým šetřením mezi všeobecnými sestrami pracujícími na lůžkových odděleních vybraného zdravotnického zařízení byly zjištěny následující skutečnosti: Pro většinu všeobecných sester (68,89 %) je profese, kterou vykonávají (tj. povolání sestry) pro ně samotné stresující a zatěžující. Na základě tohoto zjištění lze potvrdit výzkumnou hypotézu č. 2. Výkon povolání sestry je pro samotné vykonavatelky této profese náročný, jak po fyzické, tak po psychické stránce. Mezi nejčastější příčiny stresu a zátěže v profesi sestry patří práce na směny (74,81 %), přesčasy (65,19 %), nedostatek prostoru pro odpočinek (62,96 %) a prožívání dlouhodobého stresu (52,59 %). Třetí výzkumná hypotéza předpokládala, že nejčastější příčinou stresu a zátěže je u všeobecných sester pracujících na lůžkových odděleních práce na směny. Tuto výzkumnou hypotézu je tak možné na základě zjištění uvedené v předchozí větě přijmout. Větší polovina všeobecných sester (55,56 %) na sobě nepozoruje žádné projevy stresu a zátěže, kterým jsou v souvislosti s výkonem své práce vystaveny. Zatímco výzkumná hypotéza č. 4 předpokládala, že nejčastěji se vyskytujícím příznakem stresu a zátěže je u všeobecných sester pracujících na lůžkových odděleních psychické vyčerpání, ze všeobecných sester, které na sobě nějaké takové projevy pozorují (44,44 %), patří mezi nejčastější příznaky stresu a zátěže v profesi sestry únava (44,44 %). Čtvrtou výzkumnou hypotézu tedy nelze potvrdit. Větší polovina všeobecných sester (54,07 %) v souvislosti s působením stresu a zátěže plynoucí z povolání sestry uvedla, že jim stres a zátěž vadí,

protože jsou pro ně velmi nepříjemné. Celkem 60 % všeobecných sester se umí s působícími projevy stresu a zátěže vypořádat. Téměř polovina všeobecných sester (43,7 %) má po příchodu z práce domů pocit z dobře vykonané práce (pocitují určitou míru spokojenosti). Větší polovina všeobecných sester (53,33 %) se nikterak nesnaží o vědomé předcházení vzniku stresu a zátěže v souvislosti s výkonem svého povolání. Výzkumná hypotéza č. 5 předpokládala, že všeobecné sestry zvládají nebo by zvládaly stres a zátěž plynoucí z charakteru jejich práce na lůžkových odděleních úpravou celkového životního stylu, což potvrdily odpovědi sester na dotazníkovou otázku č. 10. Tato výzkumná hypotéza tak může být přijata. Celkem 61,48 % všeobecných sester nevyužívá ke zvládnutí pracovního stresu a zátěže žádných technik. Naopak těchto technik využívá přibližně 38,52 % všeobecných sester, přičemž nejčastěji se jedná o sport (25,93 %). Většina všeobecných sester (68,15 %) je přesvědčena o tom, že je syndrom vyhoření v profesi všeobecné sestry v současné době aktuálním tématem. Větší polovina všeobecných sester pracujících na lůžkových odděleních vybraného zdravotnického zařízení (67,41 %) si rovněž myslí, že ony samy mají či mohou mít větší předpoklad pro vznik syndromu vyhoření. Většina všeobecných sester (60 %) se domnívá, že nejsou ohroženy syndromem vyhoření. Na základě tohoto zjištění je nutno výzkumnou hypotézu č. 6, která předpokládala, že se všeobecné sestry pracující na lůžkových odděleních cítí být ohroženy syndromem vyhoření, vyvrátit. Převážná většina všeobecných sester (94,81 %) nemá žádnou zkušenost se syndromem vyhoření, a to ani ze svého okolí (53,33 %), ani osobní zkušenost (100 %). Výzkumnou hypotézu č. 7 předpokládající, že všeobecné sestry pracující na lůžkových odděleních mají zkušenosti se syndromem vyhoření, nelze potvrdit.

ZÁVĚR

Výzkumu formou dvou standardizovaných dotazníků (tj. Meisterova dotazníku a dotazníku MBI) a jednoho nestandardizovaného strukturovaného dotazníku vlastní tvorby se zúčastnilo celkem 135 všeobecných sester pracujících na lůžkových odděleních vybraného zdravotnického zařízení. Ve většině případů se jednalo o sestry (ženy), ve věku od 31 do 40 let, se středoškolským vzděláním s maturitou, a s délkou odborné praxe ve zdravotnictví v rozmezí od 6 do 10 let.

Výzkum byl organizován v několika fázích a probíhal po dobu 4 měsíců. Zahrnoval definování hlavního cíle výzkumu a jeho dílčích cílů, formulaci výzkumných otázek a stanovení výzkumných hypotéz; dále výběr vhodných metod výzkumu (viz předchozí odstavec); samotnou realizaci dotazníkových šetření (distribuci tištěných dotazníků, jejich vyplnění a sběr); zpracování získaných dat z vyplněných dotazníků a jejich analýzu (vyhodnocení a interpretaci výsledků výzkumu).

Hlavním cílem práce bylo shrnutí v současné době dostupných teoretických poznatků týkajících se stresu a zátěže a s nimi souvisejícím syndromem vyhoření v kontextu povolání všeobecné sestry a zjištění úrovně stresu a zátěže, včetně všech jejich atributů, u všeobecných sester pracujících na lůžkových odděleních vybraného zdravotnického zařízení. Dílčími cíli bylo zhodnocení psychické zátěže při práci všeobecných sester pracujících na lůžkových odděleních; zjištění vnímání povolání sestry, nejčastějších příčin a příznaků stresu a zátěže, způsobů zvládání stresu a zátěže plynoucí z charakteru práce sestry, ohrožení syndromem vyhoření a v neposlední řadě zkušeností se syndromem vyhoření. Těchto cílů bylo dosaženo nejprve provedením literární rešerše s využitím dostupných odborných informačních zdrojů týkajících se problematiky stresu a zátěže v povolání všeobecné sestry a syndromu vyhoření, poté přípravou, realizací a vyhodnocením vybraných standardizovaných dotazníků (Meisterova dotazníku a dotazníku MBI) a dotazníku nestandardizovaného.

Významnými zjištěními plynoucími z provedeného výzkumu jsou: Pro většinu všeobecných sester je profese, kterou vykonávají (tj. povolání sestry) pro ně samotné stresující a zatěžující. Mezi nejčastější příčiny stresu a zátěže v profesi sestry patří práce na směny, přesčasy, nedostatek prostoru pro odpočinek a prožívání dlouhodobého stresu. Nejčastějším příznakem stresu a zátěže v profesi sestry únava. Všeobecné sestry zvládají nebo by zvládaly stres a zátěž plynoucí z charakteru jejich práce na lůžkových odděleních úpravou celkového životního stylu. Většina všeobecných sester se domnívá, že nejsou

ohroženy syndromem vyhoření. Převážná většina všeobecných sester nemá žádnou zkušenost se syndromem vyhoření, a to ani ze svého okolí, ani zkušenost osobní. Na základě těchto zjištění byly z celkového počtu 7 stanovených výzkumných hypotéz, 3 z nich potvrzeny a 4 z nich vyvráceny.

REFERENČNÍ SEZNAM

- ALEXANDER, M., RUNCIMAN, P. 2003. *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN: Zpráva o postupu přípravy ICN struktury kompetencí a konzultací*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 57 s. ISBN 80-7013-392-9.
- BÁRTLOVÁ, S. 2003. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 181 s. ISBN 80-7013-391-0.
- BARTOŠÍKOVÁ, I. 2006. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 86 s. ISBN 80-7013-439-9.
- BARTUŇKOVÁ, S. 2010. *Stres a jeho mechanismy*. Praha: Karolinum. 137 s. ISBN 978-80-246-1874-6.
- BAŠTECKÁ, B. a kolektiv. 2005. *Terénní krizová práce: Psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada Publishing a. s. 299 s. ISBN 978-80-247-0708-2.
- BAŠTECKÁ, B., GOLDMANN, P. 2001. *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál. 436 s. ISBN 80-717-8550-4.
- BAŠTECKÁ, B. (ed.). 2009. *Psychologická encyklopedie: Aplikovaná psychologie*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-470-0.
- BEČVÁŘOVÁ, K., HORYNOVÁ, D. Zvládání stresu a zátěžových situací. *EDULK. cz* [online]. 2019 [cit. 2019-05-15]. Dostupné z: http://www.edulk.cz/LinkClick.aspx?fileticket=Cr_vSvb6OaI%3D&tabid=72
- CARNEGIE, D. 2011. *Jak překonat starosti a stres*. Praha: Práh. 160 s. ISBN 978-80-7252-320-7.
- ČÁKIOVÁ, J. Stresové reakce, poruchy přizpůsobení. *NICM: Národní informační centrum pro mládež* [online]. 28. 3. 2014 [cit. 2019-01-05]. Dostupné z: <http://www.nicm.cz/stresove-reakce-poruchy-prizpusobeni>
- ČÁP, J., MAREŠ, J. 2001. *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál. 655 s. ISBN 80-717-8463-X.
- Dotazník-online* [online]. 2007 [cit. 2019-01-05]. Dostupné z: <http://www.dotaznik-online.cz/>
- HALUZÍKOVÁ, J., ŘÍMOVSKÁ, Z. Sestra: Zvládání stresu a prevence jeho následků. *ZAM: Zdravotnictví a medicína* [online]. 2010 [cit. 2019-01-05]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/zvladani-stresu-a-prevence-jeho-nasledku-450941>
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. 2000. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. 774 s. ISBN 80-717-8303-X.

- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. 2010. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál. 797 s. ISBN 978-80-7367-686-5.
- HERMAN, E., DOUBEK, P. 2008. *Deprese a stres: Vliv nepříznivé životní události na rozvoj psychické poruchy*. Praha: Maxdorf. 94 s. ISBN 978-80-7345-157-8.
- HNILICA, K., KROUPA, A., VAŠKOVÁ, R. Subjektivní pocit zdraví a pracovní podmínky. *VÚPSV* [online]. 2002 [cit. 2019-01-05]. Dostupné z: <http://praha.vupsv.cz/Fulltext/subj.pdf>
- HLADKÝ, A., ŽÍDKOVÁ, Z. 1999. *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže: Metodická příručka*. Praha: Karolinum. 78 s. ISBN 80-7184-890-5.
- HOŠEK, V. 1997. *Psychologie odolnosti*. Praha: Karolinum. 70 s. ISBN 80-7066-976-4.
- HUMPL, L., PROKOP, J., TOBIÁŠOVÁ, A. 2013. *První psychická pomoc ve zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 134 s. ISBN 978-80-7013-562-4.
- CHARVÁT, J. 1973. *Život, adaptace a stres*. Praha: Avicenum. 153 s. Bez ISBN.
- CHRÁSKA, M. 2007. *Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada Publishing, a. s. 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
- CHUNDELA, L. 2001. *Ergonomie*. Praha: České vysoké učení technické. 171 s. ISBN 80-01-02301-X.
- IRMIŠ, F. 1996. *Naučte se zvládat stres*. Praha: Alternativa. 190 s. ISBN 80-85993-02-3.
- JEKLOVA, M., REITMAYEROVA, E. 2006. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. 32 s. ISBN 80-86991-74-1 .
- JOBÁNKOVÁ, M. a kolektiv autorů. 2003. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 225 s. ISBN 80-7013-390-2.
- KALINAYOVÁ, M. Léky proti stresu. *Lékařnické kapky* [online]. 2018 [cit. 2019-05-15]. Dostupné z: <http://www.lekarnickekapky.cz/leky/spravne-po-uzivani-leku/leky-proti-stresu.html>
- KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. 2003. *Syndrom vyhoření*. Praha: Státní zdravotní ústav. 26 s. ISBN 80-7071-231-7.
- KOMÁRKOVÁ, R., SLAMĚNÍK, I., VÝROST, J. 2001. *Aplikovaná sociální psychologie III: Sociálněpsychologický výcvik*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 80-247-0180-4.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 1994. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada Avicenum. 190 s. ISBN 80-7169-121-6.

- KŘIVOHLAVÝ, J. 1998. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada Publishing. 131 s. ISBN 80-7169-551-3.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2001. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. 279 s. ISBN 978-80-7178-551-4.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2010. *Sestra a stres*. Praha: Grada Publishing a. s. 119 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2012. *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: Orientace (Karmelitánské nakladatelství). 175 s. ISBN 978-80-7195-573-3.
- KUŠIAKOVÁ-PAFKOVÁ, H. KUŠIAK, I. 2012. *Jak překonat stres: Stovky důmyslných způsobů, jak se chránit před stresem a napětím*. Praha: Readers Digest Výběr. 256 s. ISBN 978-80-7406-194-3.
- LINCOVÁ, D., FARGHALI, H. 2002. *Základní a aplikovaná farmakologie*. Praha: Galén. 601 s. ISBN 80-7262-168-8.
- LÜDECKE, K. 2007. *Nejlepší techniky proti stresu*. Praha: Grada Publishing. 116 s. ISBN 978-80-247-1833-0.
- MACHAČ, M., MACHAČOVÁ, H., HOSKOVEC, J. 1988. *Emoce a výkonnost*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. 288 s. Bez ISBN.
- MATOUŠEK, O. 2003. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál. 288 s. ISBN 80-7178-549-0.
- MATOUŠEK, O. 2005. *Pracovní stres a zdraví: Bezpečný podnik*. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce. 22 s. ISBN 80-903604-1-6.
- MAYEROVÁ, M. 1997. *Stres, motivace a výkonnost*. Praha: Grada Publishing a. s. 132 s. ISBN 80-7169-425-8.
- MEDINA, A. *Příručka prevence stresu* [online]. 2011 [cit. 2019-05-15]. Dostupné z: http://web.spi.pt/stressless/docs/update/CS/Stress%20Prevention%20Handbook%20-%20Models%20and%20Good%20Practices_Short%20Version.pdf
- MELGOSA, J. 1997. *Zvládni svůj stres! Kniha o duševním zdraví*. Praha: Advent-Orion. 190 s. ISBN 80-7172-240-5.
- MIKŠÍK, O. 2005. *Hromadné psychické jevy: (psychologie hromadného chování)*. Praha: Karolinum. 269 s. ISBN 80-246-0930-4.
- NEDLEY, N. 2007. *Život bez deprese*. Praha: Advent-Orion. 349 s. ISBN 978-80-7172-023-2.
- NEŠPOR, K. 2006. *Zůstat střízlivý: Praktické návody pro ty, kteří mají problém s alkoholem, a jejich blízké*. Brno: Host. 121 s. ISBN neuvedeno.

- ODYOVÁ, P. 2002. *Domácí přírodní léčba*. Praha: Ikar. 112 s. ISBN 80-7202-921-5.
- PAMPLONA-ROGER, G. 2009. *Encyklopedie léčivých potravin*. Praha: Advent-Orion. 385 s. ISBN 80-7172-542-0.
- PAULÍK, K. 2009. *Moderátory a mediátory zátěžové odolnosti*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Filozofická fakulta. 238 s. ISBN 978-80-7368-635-2.
- PAULIK, K. 2012. *Psychologické aspekty zvládání zátěže muži a ženami*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. 191 s. ISBN 978-80-7368-993-3.
- PAULÍK, K. 2010. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada Publishing a. s. 240 s. ISBN 978-80-247-2959-6.
- POSCHKAMP, T. 2013. *Vyhoření: rozpoznání, léčba, prevence*. Brno: EDIKA. 104 s. ISBN 978-80-266-0161-6.
- PRAŠKO, J., HÁJEK, T., PREISS, M. 2002. *Posttraumatická stresová porucha a jak se jí bránit*. Praha: Maxdorf. 93 s. ISBN 80-85912-80-5.
- PRAŠKO, J. 2005. Posttraumatická stresová porucha. *Postgraduální medicína*, č. 1, s. 73–79. ISSN 1212-4184.
- PRAŠKO, J., PAŠKOVÁ, B., SOUKUPOVÁ, N., TICHÝ, V. 2001. Posttraumatické stresové poruchy – I. díl: klinický obraz a etiologie. *Psychiatrie pro praxi*, č. 4, s. 157–160. ISSN 1213-0508.
- PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H. 2007. *Asertivitou proti stresu*. Praha: Grada Publishing. 280 s. ISBN 978-80-247-1697-8.
- PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. 2003. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál. 322 s. ISBN 80-7178-772-8.
- Psychická zátěž: Pracovní zátěž, stres, chování v práci, motivace, hodnocení psychické zátěže, účinky na zdraví, zařazení do rizika, preventivní opatření, preventivní prohlídky, legislativa*. Rožnov pod Radhoštěm: RoVS – Rožnovský vzdělávací servis, 2007. 78 s. ISBN 978-80-254-2482-7.
- PTÁČEK, R., RABOCH, J., KEBZA, V. 2013. *Burnout syndrom jako mezioborový jev*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5114-6.
- PUNCH, K. 2008. *Základy kvantitativního šetření*. Praha: Portál. 152 s. ISBN 978-80-7367-381-9.
- ROY, M. 2006. *Novel Approaches to the Diagnosis and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder*. IOS Press. 352 p. ISBN 978-1-58603-590-7
- SELYE, H. 1966. *Život a Stres*. Bratislava: Obzor. 453 s. Bez ISBN.

- SCHREIBER, V. 2000. *Lidský stres*. Praha: Akademie věd ČR. 106 s. ISBN 80-200-0240-5.
- SOVOVÁ, E. Docent Urban: Za pracovní stres si můžeme sami. Dá se mu čelit. *iDNES.cz* [online]. 2016 [cit. 2019-05-15]. Dostupné z: https://www.idnes.cz/finance/prace-a-podnikani/docent-jan-urban-pracovni-stres-rady-rozhovor.A160627_124427_podnikani_sov
- STOCK, Ch. 2010. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-3553-5.
- ŠPATENKOVÁ, N. a kolektiv. 2004. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada Publishing a. s. 196 s. ISBN 80-247-0586-9.
- ŠTĚPANÍK, J. 2008. *Umění jednat s lidmi 3: Stres, frustrace a konflikty*. Praha: Grada Publishing. 168 s. ISBN 978-80-247-1527-8.
- ŠTIKAR, J., RYMEŠ, M., REIGEL, K., HOSKOVEC, J. 1998. *Základy psychologie práce a organizace*. Praha: Karolinum. 203 s. ISBN 80-7184-091-2.
- ŠVAMBERK-ŠAUEROVÁ, M. 2018. *Techniky osobnostního rozvoje a duševní hygieny učitele*. Praha: Grada Publishing a. s. 280 s. ISBN 978-80-271-0470-3.
- ŠVINGALOVÁ, D. 2006. *Stres a „vyhoření“ u profesionálů pracujících s lidmi*. Liberec: Technická univerzita v Liberci. 82 s. ISBN 80-7372-105-8.
- ŠTĚPANÍK, J. 2008. *Umění jednat s lidmi 3*. Praha: Grada Publishing. 162 s. ISBN 978-80-247-1527-8.
- TOŠNER, J., TOŠNEROVÁ, T. Burn – Out syndrom. Syndrom vyhoření: Pracovní sešit pro účastníky kurzů. *Hestia* [online]. 2002 [cit. 2019-05-15]. Dostupné z: <http://www.hest.cz/cdn/public/000985.doc>
- URBAN, J. 2016. *Přestaňte se v práci stresovat: 44 doporučení pro ty, kteří nechtějí práci obětovat své zdraví*. Praha: Grada Publishing. 160 s. ISBN 978-80-247-5820-6.
- VENGLÁŘOVÁ, M. a kolektiv. 2011. *Sestry v nouzi*. Praha: Grada Publishing a. s. 184 s. ISBN 978-80-247-3174-2.
- VODÁČKOVÁ, D. a kolektiv. 2002. *Krizová intervence*. Praha: Portál. 544 s. ISBN 978-80-262-0212-7.
- VYMĚTAL, Š. 2009. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. Praha: Grada Publishing, a. s. 176 s. ISBN 978-80-247-2510-9.
- Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním

zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů.

ZICH, F., ROUBAL, O. 2014. *Úvod do sociologického výzkumu*. Praha: Vysoká škola finanční a správní, o. p. s. 122 s. ISBN 978-80-7408-093-7.

ŽIDKOVÁ, Z. *Meisterův dotazník* [online]. 2013 [cit. 2019-05-15]. Dostupné z: https://zdenka-zidkova-psvz.webnode.cz/_files/200000033-e1327e22ec/meisteruv_dotaznik-navod_k_pouziti.doc

SEZNAM ZKRATEK

ACTH - adrenokortikotropní hormon

EE - Emotional Exhaustion (emocionální vyčerpání)

DP - Depersonalization (depersonalizace)

HS - hrubé skóre

ICN - International Council of Nurses (Mezinárodní rada sester)

MBI - Maslach Burnout Inventory (dotazník „Syndrom vyhoření“)

MS - Microsoft

PA - Personal Accomplishment (snížení osobní výkonnosti)

PTSP - posttraumatická stresová porucha

PTSS - posttraumatický stresový syndrom

SSRI - tzv. inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (skupina antidepresiv)

TCA - tricyklická antidepresiva

WHO - World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

SEZNAMY TABULEK A GRAFŮ

Seznam tabulek

TABULKA 1.	POHLAVÍ.....	50
TABULKA 2.	VĚKOVÉ ROZLOŽENÍ.....	51
TABULKA 3.	NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÍ VZDĚLÁNÍ	52
TABULKA 4.	DÉLKA ODBORNÉ PRAXE VE ZDRAVOTNICTVÍ	53
TABULKA 5.	VYHODNOCENÍ MEISTEROVA DOTAZNÍKU DLE FAKTORŮ	56
TABULKA 6.	KRITICKÉ HODNOTY MEDIÁNŮ PRO HODNOCENÍ MEISTEROVA DOTAZNÍKU DLE DÍLČÍCH POLOŽEK.....	57
TABULKA 7.	PRVNÍ PŘÍPAD VYHODNOCENÍ STUPNĚ ZÁTĚŽOVÉ TENDENCE	57
TABULKA 8.	PRVNÍ PŘÍPAD VYHODNOCENÍ STUPNĚ ZÁTĚŽOVÉ TENDENCE	58
TABULKA 9.	TŘETÍ PŘÍPAD VYHODNOCENÍ STUPNĚ ZÁTĚŽOVÉ TENDENCE	58
TABULKA 10.	KLASIFIKACE PSYCHICKÉ ZÁTĚŽE DLE MEISTEROVA DOTAZNÍKU	58
TABULKA 11.	ŘAZENÍ POLOŽEK DOTAZNÍKU MBI, VČETNĚ DÍLČÍCH DIMENZÍ	60
TABULKA 12.	VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU MBI – STUPNĚ JEDNOTLIVÝCH DIMENZÍ	61
TABULKA 13.	ABSOLUTNÍ A RELATIVNÍ VYJÁDŘENÍ ODPOVĚDÍ VŠEOBECNÝCH SESTER PRACUJÍCÍCH NA LŮŽKOVÝCH ODDĚLENÍCH VYBRANÉHO ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ Z MEISTEROVA DOTAZNÍKU	64
TABULKA 14.	FAKTOROVÉ VYHODNOCENÍ MEISTEROVA DOTAZNÍKU REALIZOVANÉHO MEZI VŠEOBECNÝMI SESTRAMI PRACUJÍCÍMI NA LŮŽKOVÝCH ODDĚLENÍCH VYBRANÉHO ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ	66
TABULKA 15.	POLOŽKOVÉ VYHODNOCENÍ MEISTEROVA DOTAZNÍKU MEZI VŠEOBECNÝMI SESTRAMI PRACUJÍCÍMI NA LŮŽKOVÝCH ODDĚLENÍCH VYBRANÉHO ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ.....	67
TABULKA 16.	VYHODNOCENÍ STUPNĚ ZÁTĚŽOVÉ TENDENCE.....	67

TABULKA 17. FINÁLNÍ KLASIFIKACE PSYCHICKÉ ZÁTĚŽE U VŠEOBECNÝCH SESTER PRACUJÍCÍCH NA LŮŽKOVÝCH ODDĚLENÍCH VYBRANÉHO ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ	68
TABULKA 18. EMOCIONÁLNÍ VYČERPÁNÍ U VŠEOBECNÝCH SESTER NA LŮŽKOVÝCH ODDĚLENÍCH.....	68
TABULKA 19. DEPERSONALIZACE U VŠEOBECNÝCH SESTER NA LŮŽKOVÝCH ODDĚLENÍCH.....	69
TABULKA 20. OSOBNÍ USPOKOJENÍ Z PRÁCE U VŠEOBECNÝCH SESTER NA LŮŽKOVÝCH ODDĚLENÍCH.....	70
TABULKA 21. POVOLÁNÍ SESTRY JAKO STRESUJÍCÍ A ZATĚŽUJÍCÍ PROFESE	71
TABULKA 22. FYZICKÁ A PSYCHICKÁ NÁROČNOST VÝKONU POVOLÁNÍ SESTRY	72
TABULKA 23. NEJČASTĚJŠÍ PŘÍČINY STRESU A ZÁTĚŽE V PROFESI SESTRY	73
TABULKA 24. ZJEVNÉ PROJEVY STRESU A ZÁTĚŽE V DŮSLEDKU VÝKONU POVOLÁNÍ SESTRY.....	76
TABULKA 25. PROJEVY STRESU A ZÁTĚŽE POZOROVANÉ SESTRAMI...	77
TABULKA 26. PŮSOBNÍ STRESU A ZÁTĚŽE Z POVOLÁNÍ SESTRY	78
TABULKA 27. UMĚNÍ SESTER VYPOŘÁDAT SE S PŮSOBÍCÍMI PROJEVY STRESU A ZÁTĚŽE.....	79
TABULKA 28. POCITY SESTER PO PŘÍCHODU Z PRÁCE DOMŮ	80
TABULKA 29. SNAHA SESTER O VĚDOMÉ PŘEDCHÁZENÍ VZNIKU STRESU A ZÁTĚŽE.....	81
TABULKA 30. ZPŮSOBY PŘEDCHÁZENÍ STRESU A ZÁTĚŽI.....	82
TABULKA 31. VYUŽÍVÁNÍ TECHNIK KE ZVLÁDÁNÍ STRESU A ZÁTĚŽE.	83
TABULKA 32. TECHNIKY KE ZVLÁDÁNÍ STRESU A ZÁTĚŽE VYUŽÍVANÉ SESTRAMI	84
TABULKA 33. PŘESVĚDČENÍ SESTER O AKTUÁLNOSTI PROBLEMATIKY SYNDROMU VYHOŘENÍ V POVOLÁNÍ VŠEOBECNÉ SESTRY	85
TABULKA 34. POVOLÁNÍ VŠEOBECNÉ SESTRY JAKO PŘEDPOKLAD PRO VZNIK SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	86
TABULKA 35. OHROŽENÍ SESTER SYNDROMEM VYHOŘENÍ	86

TABULKA 36. CELKOVÁ ZKUŠENOST SESTER SE SYNDROMEM VYHOŘENÍ	87
TABULKA 37. ZKUŠENOST SESTER SE SYNDROMEM VYHOŘENÍ U NĚKOHO Z JEJICH OKOLÍ.....	88
TABULKA 38. OSOBNÍ ZKUŠENOST SESTER SE SYNDROMEM VYHOŘENÍ.....	89

Seznam grafů

GRAF 1. POHLAVÍ.....	51
GRAF 2. VĚKOVÉ ROZLOŽENÍ.....	52
GRAF 3. NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÍ VZDĚLÁNÍ	53
GRAF 4. DÉLKA ODBORNÉ PRAXE VE ZDRAVOTNICTVÍ	54
GRAF 5. EMOCIONÁLNÍ VYČERPÁNÍ U VŠEOBECNÝCH SESTER NA LŮŽKOVÝCH ODDĚLENÍCH.....	69
GRAF 6. DEPERSONALIZACE U VŠEOBECNÝCH SESTER NA LŮŽKOVÝCH ODDĚLENÍCH.....	70
GRAF 7. OSOBNÍ USPOKOJENÍ Z PRÁCE U VŠEOBECNÝCH SESTER NA LŮŽKOVÝCH ODDĚLENÍCH	71
GRAF 8. POVOLÁNÍ SESTRY JAKO STRESUJÍCÍ A ZATĚŽUJÍCÍ PROFESE	72
GRAF 9. FYZICKÁ A PSYCHICKÁ NÁROČNOST VÝKONU POVOLÁNÍ SESTRY	73
GRAF 10. NEJČASTĚJŠÍ PŘÍČINY STRESU A ZÁTĚŽE V PROFESI SESTRY	75
GRAF 11. ZJEVNÉ PROJEVY STRESU A ZÁTĚŽE V DŮSLEDKU VÝKONU POVOLÁNÍ SESTRY.....	76
GRAF 12. PROJEVY STRESU A ZÁTĚŽE POZOROVANÉ SESTRAMI... ..	77
GRAF 13. PŮSOBENÍ STRESU A ZÁTĚŽE Z POVOLÁNÍ SESTRY	78
GRAF 14. UMĚNÍ SESTER VYPOŘÁDAT SE S PŮSOBÍCÍMI PROJEVY STRESU A ZÁTĚŽE.....	79
GRAF 15. POCITY SESTER PO PŘÍCHODU Z PRÁCE DOMŮ	80
GRAF 16. SNAHA SESTER O VĚDOMÉ PŘEDCHÁZENÍ VZNIKU STRESU A ZÁTĚŽE.....	81
GRAF 17. ZPŮSOBY PŘEDCHÁZENÍ STRESU A ZÁTĚŽI.....	82

GRAF 18.	VYUŽÍVÁNÍ TECHNIK KE ZVLÁDÁNÍ STRESU A ZÁTĚŽE.	83
GRAF 19.	TECHNIKY KE ZVLÁDÁNÍ STRESU A ZÁTĚŽE VYUŽÍVANÉ SESTRAMI	84
GRAF 20.	PŘESVĚDČENÍ SESTER O AKTUÁLNOSTI PROBLEMATIKY SYNDROMU VYHOŘENÍ V POVOLÁNÍ VŠEOBECNÉ SESTRY	85
GRAF 21.	POVOLÁNÍ VŠEOBECNÉ SESTRY JAKO PŘEDPOKLAD PRO VZNIK SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	86
GRAF 22.	OHROŽENÍ SESTER SYNDROMEM VYHOŘENÍ	87
GRAF 23.	CELKOVÁ ZKUŠENOST SESTER SE SYNDROMEM VYHOŘENÍ	88
GRAF 24.	ZKUŠENOST SESTER SE SYNDROMEM VYHOŘENÍ U NĚKOHU Z JEJICH OKOLÍ.....	89
GRAF 25.	OSOBNÍ ZKUŠENOST SESTER SE SYNDROMEM VYHOŘENÍ	90

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Průvodní dotazník

Příloha č. 2 – Meisterův dotazník (hodnocení psychické zátěže při práci)

Příloha č. 3 – Dotazník MBI (syndrom vyhoření)

Příloha č. 4 – Vlastní nestandardizovaný dotazník

Příloha č. 1 – Průvodní dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Renáta Sedláčková a jsem studentkou magisterského studia oboru učitelství pro zdravotnické školy na Pedagogické fakultě v Olomouci.

V rámci zpracování praktické části své diplomové práce na téma „Zvládání stresu a zátěže u všeobecných sester“ si Vás dovoluji požádat o vyplnění dotazníků, jejichž cílem je zjištění úrovně stresu a zátěže, včetně všech jejich atributů, u všeobecných sester pracujících na lůžkových odděleních vybraného zdravotnického zařízení.

Přesto, že jsou dotazníky zcela anonymní, prosím Vás o uvedení obecných demografických údajů za účelem popisu výzkumného souboru.

Při vyplňování jednotlivých dotazníků se prosím řiďte uvedenými instrukcemi.

Za Vaši vstřícnost a čas, který jste vyplňováním dotazníků věnoval/a, mnohokrát děkuji.

Pohlaví:

- a) muž
- b) žena

Věk:

- a) méně než 20 let
- b) 20 – 30 let
- c) 31 – 40 let
- d) 41 – 50 let
- e) 51 – 60 let
- f) více než 60 let

Nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) středoškolské s maturitou
- b) vyšší odborné
- c) vysokoškolské
- d) specializační

Délka odborné praxe ve zdravotnictví:

- a) méně než 1 rok
- b) 1 – 5 let
- c) 6 – 10 let
- d) 11 – 15 let
- e) 16 – 20 let
- f) více než 20 let

Příloha č. 2 – Meisterův dotazník (hodnocení psychické zátěže při práci)

U každé otázky prosím udělejte křížek k odpovědi, která nejvíce vystihuje Vaše pocity při práci:

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

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

Příloha č. 3 – Dotazník MBI (syndrom vyhoření)

U každé otázky prosím uveďte sílu Vašich pocitů:

Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně

1	Práce mne citově vysává	
2	Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil	
3	Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a	
4	Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů / pacientů	
5	Mám pocit, že někdy s klienty / pacienty jednám jako s neosobními věcmi	
6	Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá.	
7	Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů	
8	Cítím „vyhoření“, vyčerpání ze své práce	
9	Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňuji a naladuji	
10	Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem	
11	Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým	
12	Mám stále hodně energie	
13	Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení	
14	Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává	
15	Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty	
16	Práce s lidmi mi přináší silný stres	
17	Dovedu u svých klientů / pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru	
18	Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty/pacienty	
19	Za roky své práce jsem byl úspěšný a udělal/a hodně dobrého	
20	Mám pocit, že jsem na konci svých sil	
21	Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně.	
22	Cítím, že klienti / pacienti mi přičítají některé své problémy	

Příloha č. 4 – Vlastní nestandardizovaný dotazník

1. Je pro Vás profese, kterou vykonáváte, stresující a zatěžující?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

2. Po jaké stránce je pro Vás výkon Vašeho povolání náročný?

- a) po stránce fyzické
- b) po stránce psychické
- c) po stránce fyzické i psychické

3. Jaké jsou podle Vás nejčastější příčiny stresu a zátěže v souvislosti s profesí, již vykonáváte?

Můžete uvést více příčin.

- a) špatná atmosféra na pracovišti (interpersonální vztahy)
 - b) neustálá adaptace na změny (nové pracovní postupy, materiály, často se měnící kolektiv spolupracovníků apod.)
 - c) prožívání dlouhodobého stresu
 - d) odpovědnost
 - e) práce na směny
 - f) nedostatek prostoru na odpočinek
 - g) přesčasy
 - h) fyzická náročnost práce
 - i) nedostatečné ohodnocení za vykonanou práci
 - j) komunikace s pacienty a jejich rodinami
 - k) jiné příčiny, uveďte: _____
-

4. **Pozorujete na sobě v současné době nějaké projevy stresu a zátěže, kterým jste v souvislosti s výkonem Vaší práce vystaven/a?**
- a) ano
 - b) ne
5. **Pokud na sobě v současnosti pozorujete nějaké projevy stresu a zátěže, o jaké projevy se jedná?**
- Můžete uvést více projevů.*
- a) únava
 - b) fyzické vyčerpání
 - c) psychické vyčerpání
 - d) celkové vyčerpání fyzické i psychické
 - e) úzkost až deprese
 - f) pocity beznaděje
 - g) jiné projevy, uveďte: _____
6. **Jak na Vás působí stres a zátěž plynoucí z Vašeho povolání?**
- a) pomáhá mi zvládat úkoly – dodává mi energii
 - b) vadí mi – je pro mne velice nepříjemný
 - c) vím, že jsem-li ve stresu, dělám chyby, neboť se nedokáži dostatečně soustředit
 - d) nevím – nedokáži posoudit
7. **Myslíte si, že se umíte vypořádat s projevy stresu a zátěže, které na Vás působí?**
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
8. **Jak se cítíte po příchodu z práce domů?**
- a) cítím se dobře – starosti z práce si domů nenosím
 - b) mám pocit z dobře vykonané práce – pocit'uji určitou míru spokojenosti
 - c) cítím se být vyčerpán/á
 - d) necítím se příliš dobře – trpím obtížemi (např. bolestmi hlavy, zad atd.)

e) jiné pocity, uveďte: _____

9. Snažíte se vědomě předcházet vzniku stresu a zátěži v souvislosti s výkonem Vaší profese?

a) ano

b) ne

10. Jakým způsobem (způsoby) předcházíte nebo byste předcházeli/a stresu a zátěži vyplývající z charakteru Vaší práce?

Můžete uvést více způsobů.

a) základními postupy a strategiemi hodnocení a zvládání stresových situací

b) úpravou celkového životního stylu

c) dodržováním zásad aktivního přístupu k životu a duševní hygieny

d) jiným způsobem (způsoby), uveďte: _____

11. Využíváte nějaké techniky ke zvládání stresu a zátěže z práce?

a) ano

b) ne

12. Pokud využíváte nějaké techniky ke zvládání stresu a zátěže z práce, o jaké se jedná?

Můžete uvést více technik.

Uveďte:

13. Jste přesvědčen/a o tom, že je syndrom vyhoření v profesi všeobecné sestry v současné době aktuálním tématem?

a) ano

b) ne

c) nevím

- 14. Domníváte se, že všeobecné sestry mají nebo mohou mít větší předpoklad pro vznik syndromu vyhoření?**
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
- 15. Myslíte si, že jste Vy osobně ohrožen/a syndromem vyhoření?**
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
- 16. Máte již nějakou zkušenost se syndromem vyhoření?**
- a) ano
 - b) ne
- 17. Postihl syndrom vyhoření někoho z Vašeho okolí?**
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
- 18. Potýkal/a jste se již někdy nebo potýkáte se v současné době Vy sám / sama se syndromem vyhoření?**
- a) ano
 - b) ne

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Renáta Sedláčková, DiS.
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotvědy
Vedoucí práce:	PaedDr. et Mgr. Marie Chrásková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2019

Název práce:	Zvládání stresu a zátěže u všeobecných sester
Název v angličtině:	Coping with stress and stress in nurses
Anotace práce:	Diplomová práce se zabývá problematikou stresu a zátěže (včetně syndromu vyhoření), a to jak všeobecně, tak ve vztahu k povolání všeobecné sestry. Hlavním cílem práce je shrnutí v současné době dostupných teoretických poznatků týkajících se stresu a zátěže a s nimi souvisejícím syndromem vyhoření v kontextu povolání všeobecné sestry a zjištění úrovně stresu a zátěže, včetně všech jejich atributů, u všeobecných sester pracujících na lůžkových odděleních vybraného zdravotnického zařízení. Tohoto cíle je dosaženo literární rešerší s využitím dostupných odborných literárních zdrojů týkající se zkoumané problematiky a realizací výzkumu formou standardizovaných dotazníků (Meisterova dotazníku a dotazníku Maslach Burnout Inventory) a nestandardizovaného strukturovaného dotazníku vlastní tvorby.
Klíčová slova:	Sestra, stres, syndrom vyhoření, zátěž.
Anotace v angličtině:	The diploma thesis deals with the issue of stress and stress (including burnout), both in general and in relation to the general nursing profession. The main aim of the thesis is to summarize currently available theoretical knowledge concerning stress and stress and the related burnout in the context of the general nursing profession and to find out the level of stress and stress, including all their attributes, in

	general nurses working in inpatient wards of selected health care facilities. This goal is achieved by a literature search using available professional literature sources related to the researched issue and the realization of research in the form of standardized questionnaires (Meister questionnaire and Maslach Burnout Inventory questionnaire) and a non-standardized structured questionnaire.
Klíčová slova v angličtině:	Nurse, stress, burnout, work load.
Přílohy vázané v práci:	4 přílohy: Příloha č. 1 – Průvodní dotazník Příloha č. 2 – Meisterův dotazník (hodnocení psychické zátěže při práci) Příloha č. 3 – Dotazník MBI (syndrom vyhoření) Příloha č. 4 – Vlastní nestandardizovaný dotazník
Rozsah práce:	90 stran
Jazyk práce:	Čeština