

Česká zemědělská univerzita v Praze

Provozně ekonomická fakulta

Katedra psychologie



Diplomová práce

**Chování člověka v krizových situacích spojených s
výkonem profese**

Bc. Pavla Kropáčková

© 2023 ČZU v Praze

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Bc. Pavla Kropáčková

Veřejná správa a regionální rozvoj – c.v. Hradec Králové

Název práce

Chování člověka v krizových situacích spojených s výkonem profese

Název anglicky

Human behavior in crisis situations associated with performing a profession

Cíle práce

Cílem práce je zaměřit se na chování člověka v krizových situacích spojených s výkonem profese, konkrétně zdravotních sester ve vybrané nemocnici.

Výzkumná část práce analyzuje zvládání krizových situací dané profese a na základě výsledků budou navržena konkrétní doporučení, která by měla přispět ke zlepšení zjištěných skutečností a napomoci tak předcházení podobných situací do budoucna.

Metodika

Diplomová práce se bude skládat ze dvou částí, a to teoretické a empirické. Teoretická část bude vypracována na základě odborné literatury jak domácí, tak i zahraniční týkající se problematiky chování člověka v krizových situacích spojených s výkonem profese zdravotní sestry.

V empirické části práce bude využita kvantitativní metodologie, data budou sebrána pomocí dotazníků a získané údaje budou dále zpracovány příslušnými statistickými metodami a vyhodnoceny. Na základě výsledků budou navržena doporučení pro lepší praxi.

Doporučený rozsah práce

70-80 stran

Klíčová slova

krize, prevence, stres, syndrom vyhoření, všeobecná sestra, zátěž,

Doporučené zdroje informací

BARTOŠÍKOVÁ, I. O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-439-9.

BEDRNOVÁ, E. a NOVÝ, I. Psychologie a sociologie řízení. 3., rozš. a dopl. vyd. Praha: Management Press, 2007. ISBN 978-80-7261-169-0.

DVOŘÁKOVÁ, Z. Management lidských zdrojů. Praha: C.H. Beck, 2007. Beckovy ekonomické učebnice. ISBN 978-80-7179-893-4.

FONTANA, D. Stres v práci a v životě: jak ho pochopit a zvládat. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1033-7.

KEBZA, V. Psychosociální determinanty zdraví. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.

ŠPATENKOVÁ, N. Krize a krizová intervence. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5327-0.

VÉVODA, J. Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4732-3.

VYMĚTAL, Š. Krizová komunikace a komunikace rizika. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2510-9.

Předběžný termín obhajoby

2022/23 LS – PEF

Vedoucí práce

PhDr. Hana Chýlová, Ph.D.

Garantující pracoviště

Katedra psychologie

Elektronicky schváleno dne 26. 11. 2021

PhDr. Pavla Rymešová, Ph.D.

Vedoucí katedry

Elektronicky schváleno dne 26. 11. 2021

Ing. Martin Pelikán, Ph.D.

Děkan

V Praze dne 28. 03. 2023

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že svou diplomovou práci "Chování člověka v krizových situacích spojených s výkonem profese" jsem vypracovala samostatně pod vedením vedoucího diplomové práce a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu použitých zdrojů na konci práce. Jako autorka uvedené diplomové práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušila autorská práva třetích osob.

V Praze dne 31.3.2023

Poděkování

Ráda bych touto cestou upřímně poděkovala vedoucí mé diplomové práce PhDr. Haně Chýlové, Ph.D. za velmi cenné rady, čas a veškerou pomoc, kterou mi poskytla během zpracování této práce. Dále pak rodině a přátelům, kteří mě při studiu podporovali.

Chování člověka v krizových situacích spojených s výkonem profese

Abstrakt

Cílem diplomové práce je zaměřit se na chování člověka v krizových situacích spojených s výkonem profese zdravotní sestry na lůžkovém oddělení vybrané nemocnice.

Diplomová práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. Teoretická část je věnována charakteristice práce zdravotní sestry a předpokladům pro vykonávanou profesi. Další podkapitola se zabývá obecně problematice krizového chování člověka, vysvětlení pojmu krize, příčiny a druhy krizí a pomoci v krizi. Následující kapitoly teoretické části jsou zaměřeny na vlivy působící na zdravotní sestry jako jsou stres nebo psychická a fyzická zátěž. Na závěr teoretické části je uvedeno zvládání těchto stresů a stresových situací, je zde popsán také syndrom vyhoření a motivace, jež je také neméně důležitou součástí.

Výzkumná část je zaměřena na vlastní výzkum na několika oddělení vybrané nemocnice. Ten se zabývá vlivem psychické a fyzické zátěže v souvislosti s výkonem profese zdravotní sestry. Pro tento výzkum bylo provedeno dotazníkové šetření a stanoveno několik hypotéz, kde je brán v potaz nejen délka praxe zdravotních sester, ale také jejich zdravotní stav, dostatek pomůcek pro usnadnění pracovního výkonu či motivace. V závěru práce jsou zhodnoceny výsledky z výzkumného šetření.

Klíčová slova: fyzická zátěž, prevence, psychická zátěž, stres, syndrom vyhoření, všeobecná sestra

Human behaviour in crisis situations associated with the performing a profession

Abstract

The aim of the thesis is to focus on human behaviour in crisis situations related to the profession of a nurse in an inpatient ward of a selected hospital.

The thesis is divided into theoretical and research parts. The theoretical part is devoted to the characteristics of the work of a nurse and the prerequisites for the profession. The next subchapter deals with the general issues of human crisis behavior, explanation of the concept of crisis, causes and types of crises and help in crisis. The following chapters of the theoretical part focus on the influences acting on nurses such as stress or psychological and physical strain. At the end of the theoretical part, the management of these stresses and stressful situations is presented, the burnout syndrome and motivation are also described, which is also an equally important part.

The research part focuses on the actual research in several departments of the selected hospital. It deals with the influence of psychological and physical stress in the context of the nursing profession. For this research, a questionnaire survey was conducted, and several hypotheses were established, where not only the length of experience of nurses is taken into account, but also their health status, enough aids to facilitate their work performance or motivation. The paper concludes with an evaluation of the results from the research investigation.

Keywords: burnout syndrom, mental stress, nurse, physical exertion, prevention, stress, stressor

Obsah

1	Úvod	8
2	Cíl práce a metodika.....	9
2.1	Cíl práce	9
2.2	Metodika	10
3	Teoretická východiska	14
3.1	Profese zdravotní sestry	14
3.1.1	Osobnostní předpoklady	14
3.1.2	Role a kompetence	16
3.2	Krize	16
3.2.1	Příčiny a druhy krizí	17
3.2.1.1	Vývojová krize	18
3.2.1.2	Situační krize	19
3.2.1.3	Chronická krize	19
3.2.2	Průběh krize	20
3.2.3	Neformální pomoc v krizi	21
3.2.4	Krizová intervence	22
3.3	Zátěž a stres	24
3.3.1	Stresor	25
3.3.2	Stresová reakce	27
3.4	Pracovní zátěž zdravotní sestry	28
3.4.1	Fyzická zátěž.....	30
3.4.2	Psychická zátěž.....	31
3.4.3	Týmová spolupráce	32
3.4.3.1	Komunikace v týmu	33
3.4.3.2	Konflikty na pracovišti	33
3.5	Zvládání stresu	35
3.5.1	Relaxace.....	36
3.5.2	Neefektivní strategie zvládání stresu	37
3.5.3	Syndrom vyhoření.....	37
3.5.3.1	Fáze syndromu vyhoření	39
3.5.3.2	Prevence syndromu vyhoření	40
3.6	Motivace.....	41
4	Výzkumná část práce.....	43

4.1 Charakteristika zkoumaného objektu	43
4.2 Dotazníkové šetření	43
4.3 Testování hypotéz a interpretace výsledků	63
4.3.1 Předpoklad č. 1	63
4.3.2 Předpoklad č. 2	64
4.3.3 Předpoklad č. 3	67
4.3.4 Předpoklad č. 4	70
4.3.5 Shrnutí výsledků testovaných hypotéz	72
5 Závěr a doporučení	74
6 Seznam použitých zdrojů	77
7 Přílohy	81

Seznam obrázků

Obrázek 1- Třífázový model krizové intervence	24
Obrázek 2 - Reaktivita na stres	25
Obrázek 3 - Vývojové schéma stresu	28
Obrázek 4 – Rozdělení respondentů dle délky praxe	44
Obrázek 5 - Graf délky praxe ve zdravotnictví dle vybraných oddělení	45
Obrázek 6 - Rozdělení respondentů dle oddělení	46
Obrázek 7 - Graf hodnocení fyzické zátěže	47
Obrázek 8 - Největší zátěž z hlediska fyzické zátěže	48
Obrázek 9 - Graf hodnocení psychické zátěže	49
Obrázek 10 - Největší psychická zátěž dle respondentů	50
Obrázek 11 - Jaký faktor ztěžuje Vaši práci?	51
Obrázek 12 - Jaké pomůcky pro manipulaci s pacienty máte k dispozici?	52
Obrázek 13 - Vnímáte množství pomůcek pro výkon své profese jako dostačující?	52
Obrázek 14 - Používáte tyto pomůcky k usnadnění své práce?	53
Obrázek 15 - Ztěžuje vám práci současná epidemiologická situace?	54
Obrázek 16 - Měli jste/ máte v tzv. covidovém období více přesčasů?	55
Obrázek 17 - Co byste na svém oddělení uvítali?	56
Obrázek 18 - Cítíte se po každé směně unaveni?	56
Obrázek 19 - Jak nejraději relaxujete?	57

Obrázek 20 - Máte nějaké zdravotní potíže související s Vaším povoláním?	57
Obrázek 21 - Jaké máte zdravotní potíže?	58
Obrázek 22 - Jste nadřizenými motivováni k lepším výkonům?	59
Obrázek 23 - Myslíte si, že jste adekvátně odměňováni za svou práci?	59
Obrázek 24 - Dostáváte i jiné odměny než finanční?	60
Obrázek 25 - Máte rád/a svoje povolání?	60
Obrázek 26 - Chodíte do svého zaměstnání rád/a, uspokojuje Vás?	61
Obrázek 27 - Jak vnímáte svůj kolektiv na oddělení?.....	61
Obrázek 28 - Přemýšlíte o změně zaměstnání?.....	62
Obrázek 29 - Důvod změny zaměstnání	62

Seznam tabulek

Tabulka 1 - Délka praxe ve zdravotnictví dle vybraných oddělení	44
Tabulka 2 - Hodnocení fyzické zátěže	46
Tabulka 3 - Hodnocení fyzické zátěže	48
Tabulka 4 – Pozorované četnosti	63
Tabulka 5 - Pearsonův chí-kvadrát test Míra stresu x délka praxe	64
Tabulka 6 - Pearsonův chí-kvadrát test Míra stresu x spokojenost v práci.....	64
Tabulka 7 - Pearsonův chí-kvadrát test Míra stresu x kolektiv na pracovišti	65
Tabulka 8 - Pearsonův chí-kvadrát test Míra stresu x množství pomůcek	65
Tabulka 9 - Pearsonův chí-kvadrát test Míra stresu x změna zaměstnání	66
Tabulka 10 - Pearsonův chí-kvadrát test Motivace nadřizenými x adekvátní odměny ..	67
Tabulka 11 - Pearsonův chí-kvadrát test Motivace nadřizenými x nefinanční odměny .	68
Tabulka 12 - Pearsonův chí-kvadrát test Motivace nadřizenými x fyzická náročnost ...	68
Tabulka 13 - Pearsonův chí-kvadrát test Motivace nadřizenými x stres	69
Tabulka 14 - Pearsonův chí-kvadrát test Motivace nadřizenými x změna zaměstnání ..	69
Tabulka 15 - Pearsonův chí-kvadrát test Druh relaxu x míra stresu	70
Tabulka 16 - Pearsonův chí-kvadrát test Druh relaxu x fyzická náročnost	71
Tabulka 17 - Pearsonův chí-kvadrát test Druh relaxu x únava po směnách	71
Tabulka 18 – Výsledky testovaných hypotéz.....	72

1 Úvod

V dnešní moderní uspěchané době je člověk často vystavován stresu, vyplývajícím především se zvyšujícími se nároky na výkon a dovednosti člověka v zaměstnání. Právě kvůli tomuto faktoru často zapomínáme na své zdraví, nevnímáme, co nám naše tělo říká a často zacházíme až za své limity. Každé zaměstnání vyžaduje určité dovednosti a obnáší určitá rizika a zodpovědnost.

Lidský život je to nejdůležitější a nejcennější, co máme, a proto bychom o něj měli pečovat, jak nejlépe dokážeme. To, že budeme svůj stres potlačovat, neuvědomíme si závažnost situace a nebudeme jej řešit, vede pouze k negativním závěrům jako je špatný psychický i fyzický stav, spojený s mnoha zdravotními problémy.

Práce zdravotní sestry, na niž je tato diplomová práce zaměřena, se na první pohled může zdát jako nenáročná či dokonce snadná práce. Avšak množství rolí, které zdravotní sestra musí zastávat a téměř denně vykonávat, svědčí o náročnosti této pracovní pozice. Zdravotní sestry jsou často vystavovány mnoha náročným, vyčerpávajícím a stresovým situacím a fyzické zátěži, a je potřeba brát v potaz, že ony mají zodpovědnost nejen za svůj ale i za cizí lidský život.

Často právě tento fakt, že jde o pracovní pozici, ve které je hlavním smyslem se postarat o druhé, vytváří největší tlak na lidskou psychiku. Jelikož je každý daný jedinec jinak psychicky odolný, může u některých slabších jedinců docházet k poškození duševního zdraví, které může být krátkodobé, dlouhodobé či zcela nezvratné. S přibývajícími nároky v této profesi také sílil i tlak na požadavek řešení či kompenzaci vzniklých negativních účinků zátěže. Dnes již existuje celá řada možností, jak kompenzovat vzniklé potíže. K celkovému rozvoji řešení dané problematiky napomohlo i odstranění některých tabu pro daný pracovní sektor.

Vlivem dlouhodobého působení stresu či fyzického zatížení může dojít k poškození již zmíněného psychického zdraví nebo jiných zdravotních problémů, jejichž důsledkem může být pracovní neschopnost nebo poškození zdraví s důsledkem různého typu invalidity. To vše může vést k dalším sociálním problémům typu nezaměstnanost, ztížení uplatnění na pracovním trhu a tím spojené náklady například na dojíždění do jiného města, případně stěhování apod. Sociální problémy jsou úzce spojeny s ekonomickými, proto je velice důležité věnovat se péči o lidský kapitál.

2 Cíl práce a metodika

2.1 Cíl práce

Cílem práce je zaměřit se na chování člověka v krizových situacích ve spojených s výkonem profese. Pro tuto práci byla konkrétně vybrána profese zdravotních sester na lůžkových oddělení vybrané nemocnice.

V teoretické části bude popsána problematika krizového chování člověka obecně, charakterizována práce zdravotní sestry, předpoklady pro vykonávanou profesi a vlivy působící na zdravotní sestry jako jsou stres a zátěž, ať už psychická či fyzická. Dle autorky je také důležité se zaměřit na možnosti a metody relaxace, což velmi pomáhá při zvládnání stresového období.

Účelem výzkumu bude se zaměřit na pracovní náročnost dané profese zdravotní sestry a zvládnání krizových situací s tím spojených. S tím také souvisí průzkum péče o lidské zdroje, tzn. vytváření vhodných pracovních podmínek a dostatečného počtu pomůcek pro výkon profese, které zamezují zvýšenou námahu zdravotních sester související s jejich fyzickým i psychickým zdravím, a dále také motivace pracovníků zdravotnického zařízení.

Na základě těchto cílů byly stanoveny následující předpoklady. Pomocí těchto předpokladů budou vytvořeny hypotézy, které slouží ke stanovení výsledků.

Předpoklad 1: Předpokládáme, že s vyšší délkou praxe je stres vnímán zdravotní sestrou jako menší.

Předpoklad 2: Předpokládáme, že zdravotní sestry s nižší mírou stresu jsou spokojenější s pracovními podmínkami než sestry s vyšší mírou stresu.

Předpoklad 3: Předpokládáme, že zdravotní sestry nejsou dostatečně motivovány k výkonu své profese vzhledem k finančnímu ohodnocení a pracovním podmínkám.

Předpoklad 4: Předpokládáme, že kombinace aktivní a pasivní relaxace má pozitivní vliv na vnímání pracovní zátěže a stresu a důsledků tím spojených.

2.2 Metodika

Diplomová práce se bude skládat ze dvou částí, a to teoretické a empirické. Teoretická část bude vypracována na základě odborné literatury jak domácí, tak i zahraniční týkající se problematiky chování člověka v krizových situacích spojených s výkonem profese obecně i se zaměřením na práci zdravotní sestry.

V empirické části práce bude využita kvantitativní metodologie, data budou sbírána pomocí anonymních dotazníků. Dotazníky budou vytvořeny na základě výše uvedených předpokladů. Nejprve budou předány určitému vzorku lidí k otestování, zda jsou otázky srozumitelné a nedají se vysvětlit vícero způsoby. V takovém případě proběhne úprava, doplnění či zpřesnění otázek v dotaznících. Výběr respondentů bude proveden na základě vybrané profese, tedy zdravotní sestry na lůžkových oddělení. Dále bude vybráno jedno území, tedy jedno konkrétní město, ve kterém se nachází dostatečně velké zdravotnické zařízení – nemocnice. Pro umožnění výzkumu dotazníkového šetření bude zažádáno o souhlas s provedením výzkumného šetření v konkrétní nemocnici. Soubor respondentů bude vybrán pomocí účelového výběru (Ferjenčík, 2010) ze souboru zdravotních sester různých oddělení lůžkových částí vybrané nemocnice. Těmto respondentům pak bude distribuována finální verze dotazníku.

Kvantitativní metodologie pomocí dotazování je obecně závislé na komunikaci, ve které přicházejí podněty ze strany výzkumníka a reakcemi na tyto podněty jsou odpovědi. Dotazování umožňuje získat mnoho informací o interním světě člověka i o vnějších jevech. Je však nutné mít na paměti, že získané odpovědi mohou být zkreslené nedostatečnou úrovní chápání tázaných jedinců, jejich neschopnost správně a přesně formulovat své myšlenky či neochotou poskytnout informace (Bedrnová, 2007).

Věrohodnost odpovědí v dotazování se dle Bedrnové (Bedrnová, 2007) zvyšuje následujícími způsoby:

- dotazy by měly zaměřeny na naprosto konkrétní a jednoduché skutečnosti,
- dotazy mohou být pouze na skutečnosti, u níž nemusí mít tázaný obavy o snížení své prestiže nebo o to, že by se ho to jinak nepříjemně dotklo,
- volba dotazů na obdobné skutečnosti, ve kterých by odpovědi měly být blízké či totožné,

- zmatením celkové orientace dotazů. Skutečný záměr výzkumu by měl být jiný, než jak se na první pohled zdá. Skutečný smysl a smysl řady dotazů pro tázaného však nesmí být diametrálně odlišný.

Dotazník má své výhody i nevýhody, mezi které dle Bedrnové (Bedrnová, 2007) patří:

Výhody:

- nedochází zde k nežádoucímu ovlivnění ze strany tazatele
- úspora času a finančních prostředků
- respondent si může určit čas, kdy bude dotazník zpracovávat.

Nevýhody:

- možnost si rozmyslet odpověď
- nižší návratnost dotazníků
- nemožnost kontroly, kdo skutečně dotazník vyplnil
- nemožnost kontroly podmínek (rušivých elementů), při kterých byl dotazník vyplňován.

Otázka je základem pro dotazování v kvantitativních výzkumech. Dotazník k této diplomové práci bude vytvořen za pomoci uzavřených, polootevřených a v případě doplňujících otázek budou použity i otevřené otázky. U uzavřených otázek jsou odpovědi předem stanovené a žádná z variant by neměla nutit respondenta se přiklonit k odpovědi, která mu zcela nevyhovuje. Polootevřené otázky umožňují výběr daných odpovědí a v případě, že si respondent nevybere žádnou, má zde možnost doplnit svou vlastní odpověď. Otevřené otázky nemají na výběr žádnou odpověď a je tak zcela na respondentovi, jako odpověď zvolí (Bedrnová, 2007).

Dále budou otázky vytvářeny za pomoci Likertovy škály, kde si respondent vybere odpověď dle míry souhlasu s danou věcí (např. souhlasím, spíše souhlasím, spíše nesouhlasím, nesouhlasím). Likertova škála umožňuje zjistit nejen obsah postoje, ale i jeho přibližnou sílu (Hayes, 1998). Dotazník k diplomové práci je v příloze.

Po vrácení dotazníků bude provedena revize a třídění dat. Získané údaje budou zpracovány za pomoci tabulek a grafů pro lepší přehlednost.

Pro určené předpoklady budou stanoveny určité hypotézy. Samotné hypotézy pak budou testovány za pomoci chí – kvadrát testu. Pearsonův chí-kvadrát test, známý také jako chí-kvadrát test dobré shody, je statistický test hypotéz, který se používá ke zjištění, zda existuje významný rozdíl mezi očekávanými četnostmi a pozorovanými četnostmi u jedné nebo více kategoriálních proměnných. V tomto testu vypočítáme statistiku chí-kvadrát porovnáním pozorovaných četností v jednotlivých kategoriích s očekávanými četnostmi.

Vzorec pro výpočet četností (Pecáková, 2008):

$$n'_{ij} = \frac{n_i n_j}{n} \quad (1)$$

Rovnice Personovy statistiky G, která sleduje odchylky od nezávislosti jednotlivých polí kontingenční tabulky (Pecáková, 2008):

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}} \quad (2)$$

Očekávané četnosti jsou vypočteny na základě nulové hypotézy, která předpokládá, že mezi pozorovanými a očekávanými četnostmi není žádný rozdíl. Dle Ferjenčíka (Ferjenčík, 2000) nulová hypotéza (H_0) znamená předpoklad, že soubory dat, které jsou zkoumány, mezi sebou nemají významný rozdíl. Při testování nulové hypotézy můžeme buď hypotézu potvrdit nebo zamítnout na základě velkých rozdílů mezi porovnávanými vybranými charakteristikami jednotlivých skupin údajů. Pokud je statistika chí-kvadrát významná, nulovou hypotézu zamítneme a dojdeme k závěru, že mezi pozorovanými a očekávanými četnostmi existuje významný rozdíl.

Předpokladem pro Pearsonova chí-kvadrát testu je, aby alespoň 80% očekávané četnosti dosahovaly hodnoty alespoň 5 (Pecáková, 2008). Pro splnění těchto podmínek bude potřeba

u některých testovaných hypotéz sloučit více odpovědí. Toto bude uvedeno u každého případu zvlášť.

Pro určení síly závislosti v kontingenční tabulce bude využit Cramérův koeficient kontingence:

$$V = \sqrt{\frac{\chi^2}{n(q-1)}} \quad (3)$$

Cramerovo V je míra asociace mezi dvěma kategoriálními proměnnými. Tento koeficient se pohybuje v rozmezí od 0 do 1, přičemž 0 znamená, že mezi proměnnými není žádná asociace, a 1 znamená dokonalou asociaci (Kába, Svatošová, 2012).

Výsledky dotazníkového šetření a stanovených předpokladů včetně jejich hypotéz budou vyhodnoceny a na základě tohoto pak budou sepsána doporučení pro zlepšení aktuální situace.

3 Teoretická východiska

3.1 Profese zdravotní sestry

Centrum pro výzkum veřejného mínění zkoumalo prestiž vybraných povolání mezi českou veřejností. Výzkum probíhal v letech 2014-2019. Z šestadvaceti vybraných povolání obsadila zdravotní sestra třetí místo v žebříčku prestiže v červnovém šetření 2019, hned za lékařem a vědcem (Tuček, 2019). Prestiž je „váženost, již se lidé ve společnosti těší, a je jedním z předpokladů úcty, kterou si navzájem prokazují“ (Šándorová, 2000, str. 125). Nositelé prestižní profese jsou charakterizováni především významnými schopnostmi, zásluhami a chováním vůči druhým. Lze tedy říci, že profese zdravotní sestry je pro českou společnost nepostradatelná. Toto ocenění si zdravotní sestry získaly za profesionální vykonávání své práce, ačkoli je psychicky i fyzicky náročná, znalostně komplikovaná a dle Government at a Glance (OECD Publishing, 2011, s 115) v porovnání se zahraničím nedoceněna.

3.1.1 Osobnostní předpoklady

Někteří si jistě vybaví tu hodnou zdravotní sestřičku z ordinace dětské obvodní lékařky, která se svým úsměvem na tváři a láskyplným pohledem dodávala pocit, že všechno bude v pořádku, pohladila či utěšila, když se čekalo na nějakou nepříjemnou či bolestivou záležitost. Na závěr každé dítě obdarovala obrázkem jako odměnu za svou statečnost. Jiní si zdravotní sestřičku mohou vybavit z nemocnice, kde se léčili s nějakou nemocí či po nějakém zákroku či operaci. Ať tak či onak, jsou to právě zdravotní sestry, které člověk vnímá jako první osobu v lékařském zařízení. A právě ony by tedy měly být tím pověstným pilířem, tou oporou nemocného pacienta, o který se mohou ve svých těžkých chvílích opřít.

Jaké jsou tedy osobnostní předpoklady pro práci zdravotní sestry? Jaká by zdravotní sestra vlastně měla být? I v současné době jsou někteří lidé ovlivněni tím, jak to bylo v době církevních ošetrovatelských řádů, a sice:

- vždy tu být pro druhé,
- nejprve všichni ostatní, potom teprve přijde řada na tebe,

- za žádnou cenu na sobě nedat nic znát,
- starosti z domova nechat za dveřmi.

Tyto přísné nároky zřejmě pramení z historických dob, kdy ošetrovatelskou péči poskytovaly ráholnické sestry. Ty totiž soukromý život mohli nechat před branami kláštera. Současný koncept psychohygieny je však ohleduplnější k psychice zdravotníků a poskytuje efektivnější jednání s pracovní zátěží (Venglářová a kol., 2011).

Dle Venglářové je kromě základního předpokladu pro výkon profese zdravotní sestry, což je absolvování příslušné školy, adaptačního období a dalšího vzdělávání, také důležité se zamyslet nad osobnostními předpoklady:

- a) poznat sám sebe – reálně pohlédnout na sebe samu, znát své silné stránky a možnosti, ve kterých se lze zlepšovat;
- b) všítat si sebe a svých reakcí – sledovat své pocity, nálady, snažit se nalézt a řešit zdroj nepohody;
- c) dokázat komunikovat o svých potřebách, představách a potížích – navazuje na předchozí bod, tzn. pokud dobře známe sebe, rozumíme svým reakcím apod, je potřeba je umět i sdělit.

Sociální kompetence jsou brány jako důležitá oblast a stále častěji je zmiňována sociální inteligence. Jedná se o následující schopnosti:

- sociální percepce – schopnost vnímání druhých lidí. Z části to může být talent, ale z většinou to vyžaduje hodně praxe a ostražitosti před ovlivněním předsudky;
- přívětivost, sociabilita, komunikativnost – komunikace je nástroj pro předání informací nebo také vyjádření zájmu či vztahu. Důležité je nejen dobře se vyjadřovat či ptát, ale zejména umět naslouchat;
- schopnost týmové spolupráce – více v kapitole o týmové spolupráci;
- řešení konfliktů – střet mezi jednotlivci či skupinami je náročná situace, každý se chová a reaguje jinak a během života si osvojujeme různé strategie na hledání kompromisů apod. (Venglářová, 2011).

3.1.2 Role a kompetence

Role zdravotní sestry se postupně mění s rozvojem ošetrovatelství. Dříve byla sestra spíše dobrovolnice a pomocnice lékaře, dnes se však sestra stává stále více rovnocenným členem zdravotnického týmu s novými kompetencemi, odpovědnostmi a zvýšenou prestiží. To bylo zapříčiněno nejen pokrokem v medicíně a ošetrovatelské péči, ale také významně ovlivněno novými poznatky z oblasti společenských věd, zejména psychologie, sociologie, etiky a pedagogiky. Diagnostika a léčba chorob je primárně v kompetenci lékařů, sekundárně v roli zdravotních sester. Spolupráce sester a lékařů je tedy nezbytně nutná. Profese sestry se stává samostatnější, jelikož se obsah její práce mění a tím i její kompetence. (Staňková, 2002)

Všeobecné zdravotní sestry svojí práci vykonávají na základě:

- Zákona č.96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání
- Vyhlášky MZ ČR č.55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků
- Koncepce ošetrovatelství České republiky (vydaná ve Věstníku ministerstva č.6/2021)
- Vyhlášky MZ ČR č.4/2010 Sb. o kreditním systému

3.2 Krize

Krize – pojem, který každý z nás někdy slyšel. Možná se někoho týkala přímo, případně někoho z okolí. Ať tak či onak, každý jedinec ji vnímá jinak a záleží pouze na jemu samotném, jak ji uchopí. Nemusí se však jednat pouze o jedince, do krize se mohou dostat i skupiny lidí jako např. rodina, manželé, pár, komunita nebo i celá společnost. Jako příklad lze uvést manželské krize, krize dospívání, krize středního věku, krize ztráty práce apod. (Špatenková a kol., 2004).

Slovo „krize“ v každém z nás něco vzbuzuje. Může to být:

- neštěstí nebo traumatický zážitek (rozvod, rozchod, úmrtí, nemoc, týrání, exekuce apod),
- nepříjemné pocity (panika, strach, nevím si rady, nevím co mám dělat, mám málo času a další) (Špatenková, 2017).

Krizí je možno označit jako nepříjemnou či obtěžující událost, jež je jedincem vnímána jako nesnesitelný problém přesahujícího jeho možnosti zvládnání (Teater, 2010). Podle Caplana (Caplan, 1984) je krize překážkou, jež aktuálně nelze překonat způsoby, které běžně člověk využívá při řešení problémů. René Thorm (1992) uvažuje o tom, že krize s sebou přináší vždy určitý subjektivní prvek a může se objevit jen u bytosti vybavené vědomím. Fyzikální a mechanické systémy mají pouze kritické body. Definice krize podle Thorma: *„V krizi je každý subjekt, jehož stav, který se projevuje zdánlivě bezdůvodným oslabením jeho regulativních mechanismů, je tímto subjektem samotným vnímán jako ohrožení vlastní existence.“* (Thorm, 1992, str. 23).

Obecně lze říci, že krize je tedy stav nebo situace, v níž dochází k dramatické změně v naší stávající situaci a tato změna je spojena s negativními emocemi (Špatenková, 2017).

3.2.1 Příčiny a druhy krizí

Příčinou krize může být prakticky cokoliv. Každý jedinec je originál a veškeré podněty přicházející z vnějšího prostředí vnímá naprosto individuálně. To znamená, že co pro jednoho může být banální záležitostí, pro druhého to může naopak znamenat naprostou katastrofu či dokonce destrukci. Každý jedinec je jinak psychicky odolný a disponuje jinou schopností přizpůsobení.

Rozlišení příčin krize dle Thorma:

- **vnější příčiny:** zde se jedná o dvě situace – v první je jedinci odnímán nějaký objekt, v druhé se mu naopak nabízí objektů více. V prvním případě je příčinou ztráta, ve druhém volba. Jako třetí příčinu považuje jakoukoliv změnu vnějších

podmínek, která může oslabit efektivitu regulativních mechanismů subjektu a v důsledku vést ke krizi;

- **vnitřní příčiny:** krize přichází v důsledku neschopnosti zvládnout jednotlivé vývojové úkoly, kdy se jedinec se musí přizpůsobit na svůj vlastní vývoj. Jinou vnitřní příčinou je jev označovaný řeckým pojmem hybris. Jedná se o navenek projevované jednání a myšlení (pýchu, domýšlivost a aroganci, vyzývavé a drzé jednání či vystupování), které překročilo únosnou míru až následuje trest bohů (Thorm, 1992).

Oproti tomu Špatenková rozlišuje konkrétnější rozdělení situací, jež mohou vyvolat krizi u jedince nebo komunity:

- **Individuální:** loupež, autonehoda, jakákoliv život ohrožující událost, sexuální útok, zneužití, vážný fyzický úraz, smrt blízké osoby, sebevražda rodinného příslušníka nebo blízkého člověka, vražda, svědectví kteréhokoliv individuálního nebo komunitního traumatu.
- **Komunitní:** požár, zemětřesení, hurikán, povodně, znečištění životního prostředí ve velkém rozsahu, mnohočetné úrazy nebo úmrtí při nehodách, terorismus, traumatické události vztahující se k dětem, vraždy v komunitě, násilná či sexuální kriminalita, která vyvolává velkou pozornost médií, velké neštěstí (Špatenková, 2004).

Špatenkova rozlišuje krize podle povahy spouštěcí krizové události na:

1. krize pramenící z očekávaných životních změn (vývojové, normativní, tranzistorní),
2. krize situační,
3. krize chronické (Špatenková, 2017).

3.2.1.1 Vývojová krize

Krize z očekávaných životních změn jsou součástí každého člověka a bez výjimky se týkají každého z nás. Tyto vývojové krize jsou doprovázeny emočním napětím, protože

s sebou vždy přináší nové výzvy a vyžadují změnu a plnění nových rolí a úkolů a člověk se tomu musí přizpůsobit. Nemusí to být jen negativní, ale naopak. Záleží však na každém jedinci, jelikož se každá vyvíjí zcela individuálně a každý k tomu přistupuje jinak. Lze sem zařadit zejména odchod z domova, vstup do manželství, ukončení školy, nástup do práce nebo odchod do důchodu (Špatenková, 2017).

3.2.1.2 Situační krize

Situační krize je způsobena vnější příčinou, která přišla náhle. Tuto krizi lze také označit jako traumatickou. Traumatická krize je pak vyvolávána intenzivními stresory a podněty, které pak neustále v jedinci vyvolávají vzpomínky na traumatické zážitky. Takovým podnětem může být i určitý zvuk spojený s traumatickým zážitkem. Situační krize způsobuje ohrožení identity jedince, pocit bezpečí, zdraví nebo život. Jako příklad zde lze uvést ztrátu práce, kterou jedinec nečekal a ocitá se bez finančního zabezpečení, své jistoty, dále se může jednat o zjištění vážného onemocnění, náhlá invalidita, smrt blízké osoby, nevěra partnera či samotný rozvod (Baldwin, 1978).

3.2.1.3 Chronická krize

Akutní krize se dle Špatenkové (Špatenková, 2017) projevuje do šesti až osmi týdnů od události, jež se stala pro jedince kritickou. Oproti tomu chronická krize se projevuje až po delším časovém odstupem, někdy dokonce i za několik let.

Chronická krize může být způsobena tím, že jedinec přestane řešit krizi pramenící z vývojové krize, tzn. přijme nějaký neefektivní způsob řešení nebo pokud se jedinec zasekne v emoční fázi v případě traumatické krize (Špatenková, 2017).

Typickým znakem chronické krize je, že jedinec odmítá stávající situaci řešit, propadá depresím, utápí se v sebelítosti a nemá tendenci přemýšlet dále, do budoucna (Bassuk a kol., 1980).

3.2.2 Průběh krize

Při krizové situaci dochází k vzniku krizové reakce, která nastává od okamžiku, kdy jedinec dostane podnět ke krizovému chování (Caplan, 1961). Dle Caplana probíhá krizová reakce ve čtyřech fázích:

1. fáze: Jedinec vnímá ohrožení, což vede ke zvýšené úzkosti a napětí. Zaktivuje tedy své vyrovnávací mechanismy a osvědčené zdroje pomoci, ať už svépomoc či pomoc druhých. V případě neúspěchu nastupuje druhá fáze – nastoupit může během několika minut, hodin či několika málo dnů.
2. fáze: Neúčinnost vyrovnávacích mechanismů v první fázi vede k většímu chaosu. Nastupuje pocit zranitelnosti a nedostatku kontroly nad situací, což má negativní dopad na jedincovo sebevědomí. Jedinec se snaží situaci vyřešit náhodnými způsoby. V případě, že se situace opět nepodaří dostat pod kontrolu a řešení není na obzoru nastupuje během několika hodin, maximálně pár dnů třetí fáze.
3. fáze: Pokus o předefinování krize. V této fázi je jedinec nejvíce otevřený pomoci zvenčí. Zde může dojít k překonání krize a získání ztracené rovnováhy nebo naopak k odmítnutí stávajících existujících problémů.
4. fáze: Pokud snaha jedince nevede ani k překonání krize, ani k jejímu odmítnutí, nastává čtvrtá fáze. Ta se vyznačuje závažnou psychologickou dezorganizovaností. Úzkost a reakce na ní se podobají stavům paniky. Normální fungování jedince je zcela narušeno a mohou se projevit různé formy chování jako jsou podrážděnost, sebevražedné sklony, alkoholismus, závislost na drogách a jiné (Vodáčková, 2012 a Špatenková, 2017).

Samotný průběh krizové situace stojí organismus mnoho sil a energie. Vyčerpanost jedince je většinou přímo úměrná časové délce řešení krizové situace (Vodáčková, 2012).

Průběh krize je do značné míry ovlivňován mnoha okolnostmi, za kterých probíhá. Proč a kdy krize započne, jak bude probíhat, kdy a za jakých podmínek (s jakými následky) skončí, to vše závisí na mnoha faktorech:

- věk,
- pohlaví,
- životní situace,

- zdravotní stav,
- osobnostní faktory (charakter, temperament, labilita apod.),
- dřívější nevyřešené krize,
- spolupůsobící krize,
- schopnost zvládat krizové situace,
- naděje,
- sociální opora (Špatenková, 2004).

3.2.3 Neformální pomoc v krizi

Dopad náročné životní situace na jedince závisí nejen na aktuální situaci, ve které se nachází (zdravotní stav, stupeň únavy a další) ale především na sociálním kontextu události tzn. do jaké míry dokážou lidi kolem nás přijmout člověka v krizi, podpořit ho a pomoci mu (Špatenková, 2017).

Klimpl (Klimpl, 1998) ve své knize uvádí, že na průběhu krize, ať už příznivém nebo nepříznivém, do značné míry závisí na sociální situaci daného jedince a že krize může probíhat jinak u zcela funkční a jinak u dysfunkční rodiny.

Neformální pomoc je považována za nejběžnější způsob pomoci při řešení krizových situacích. Jedinec si většinou nejprve zkusí pomoci sám (tzv. svépomoc) a až poté se obrátí na ostatní s žádostí o pomoc. **Svépomoc** znamená, že se jedinec snaží s využitím vlastních možností a dovedností pomoci sám sobě v krizové situaci. V rámci tohoto procesu dochází především k obranným mechanismům a tzv. copingu. Mezi obranné mechanismy patří:

- útok – častá reakce, může být směřován přímo na zdroj nebo na náhradní objekt, jedinec je výbušný až agresivní nejen verbálně ale i fyzicky;
- únik – může být reálným odchodem z daného místa, symbolické zakrytí obličej, únik na „nemocenskou“ od problému v práci či dokonce únik do světa s drogami, alkoholem či ze světa pryč (sebevraždou);
- represe – vytěsnění nepříjemného traumatizujícího zážitku, jedinec si ho prostě nepamatuje;

- suprese – záměrné a vědomé potlačení nepříjemného či traumatizujícího zážitku, bohužel často způsobuje opak, tedy že jedinec musí více myslet na danou věc, přestože se snaží na ni nemyslet;
- regrese – dospělý jedinec dává najevo potřebu péče a podpory od ostatních tím, že se začne chovat jako malé dítě;
- inverze – jedinec se chová zcela odlišně než za normálních okolností;
- popírání – odmítání skutečnosti;
- racionalizace – jedinec se snaží logicky vysvětlit své chování, jež by za běžných okolností nepovažoval za rozumné a racionální;
- projekce – jedinec za své chyby obviňuje druhé;
- sebeobviňování – jedinec hledá chybu pouze u sebe.

Oproti obranným mechanismům stojí coping, což jsou různé formy práce s vlastními myšlenkami, kde se skutečnost nepopírá, ale je akceptována (Špatenková, 2017).

Vzájemná pomoc je pro jedince opravdu důležitá pro jeho zdravé fungování. Je tvořena sociálním okolím jedince, jako jsou rodina, přátelé, kolegové a další, kteří nejsou odborníci, nemají zkušenosti s pomocí v krizových situacích a nemohou poskytnout odbornou radu. Jedinec se tak může ze svých problémů vypovídat a uvolnit emoce, což na něj samo o sobě pozitivně působí. Bohužel některé rady, které jedinec od svého okolí obdrží, mohou být ve formě nadlehčování problému, mohou vést k nátlaku do činností, které jedinec neshledává vhodným či mu mohou dokonce některé rady ubližovat a tím mu krizi prohloubit (Špatenková, 2004).

3.2.4 Krizová intervence

V případě, že svépomoc i vzájemná pomoc selhali, příp. nejsou dostatečně účinné, je na řadě odborná, profesionální pomoc. Cílem krizové pomoci je stabilizace stavu pacienta a snížení možnosti dalšího prohlubování krize (Vodáčková, 2007).

Krizové intervenci může předcházet psychologická první pomoc, která není poskytována odborníky, ale laiky s lidským zájmem o druhou osobu. Cílem první psychologické pomoci je stabilizovat jedince, který aktuálně nezvládá svůj stres a nedokáže si sám poradit

s nastalou krizovou situací, případně najít někoho, kdo by mu v dané situaci pomohl. Následně je buď propuštěn nebo předán do odborné péče. První psychologická pomoc tedy může být buď samostatným článkem při stabilizaci pacienta nebo součástí krizové intervence. Krizová intervence představuje formální pomoc v krizi a je poskytována odborníky se speciálním výcvikem (Špatenková, 2017).

Krizová intervence zahrnuje komplexní pomoc s cílem navrácení zpět psychickou rovnováhu jedinci nacházejícímu se v krizi. Jedná se o pomoc:

- zdravotnickou – různá ošetření a v případě psychologické či psychiatrické pomoci také možné nasazení medikace či hospitalizaci;
- sociální – ambulantní, terénní či pobytové služby osobám v nepříznivé sociální situaci, jež mohou být v ohrožení života;
- psychologickou – terapie zabývající se problémem, jež krizi vyvolal, je časová omezená;
- právní – především pomoc ze strany právníků (Špatenková, 2017).

Krizová intervence probíhá formou kontaktu, resp. rozhovoru mezi odborníkem a jedincem potřebující pomoc. Může probíhat osobně, tedy tváří v tvář, nebo distančně formou telefonního rozhovoru či pomocí emailů.

Krizová intervence je prováděna ve třech fázích:

- Počátek intervence – zahájení rozhovoru jedince s odborníkem.
- Realizace intervence – individuální pro každý případ, závisí na stavu jedince. Krizový intervent zjistí od jedince všechny potřebné informace a na základě jejich posouzení vytvoří plán pro řešení krize.
- Ukončení intervence – jedinec je stabilizován, uvědomuje si, co vedlo ke krizi a ví, jak danou situaci překonat (Špatenková, 2017).

V uvedené tabulce (Obrázek 1, strana 27) je vyobrazen třífázový model krizové intervence dle Golanové.

Obrázek 1- Třífázový model krizové intervence

Počáteční fáze – formulace	Střední fáze – realizace	Konečná fáze – ukončení
první kontakt	první až šestý kontakt	sedmý a osmý kontakt, pokud je to nutné
A: <ul style="list-style-type: none"> ● zaměřit se na stav krize ● koncentrovat se na „ted' hned“ ● ventilace emocí ● prozkoumat rizikovou událost ● zhodnotit dopad události 	A: <ul style="list-style-type: none"> ● doplnění chybějících informací ● zkontrolovat nesrovnalosti ● vybrat hlavní témata (ztráta, změna, volba) 	A: <ul style="list-style-type: none"> ● rozhodnutí o ukončení ● pomoci klientovi vyrovnat se s ukončením procesu krizové intervence ● nabídnout pokračování péče a pomoci v jiné formě (např. psychoterapie)
B: <ul style="list-style-type: none"> ● vyhodnocení ● konstatování rozhodnutí ● seznam okolností a prvořadých problémů ● ověřit klientovy priority ● určit hlavní problém 	B: <ul style="list-style-type: none"> ● změna chování ● ověřit klientovy adaptační mechanismy ● stanovit realistické, krátkodobé a dosažitelné cíle 	B: <ul style="list-style-type: none"> ● prozkoumat pokrok ● posoudit hlavní témata ● připomenout dosažené cíle, úkoly, změny, nedokončenou práci
C: <ul style="list-style-type: none"> ● smlouva (kontrakt) ● definovat pro klienta i pro pracovníka cíle a problémy 	C: <ul style="list-style-type: none"> ● identifikovat obecné problémy a úkoly ● společně vypracovat plán řešení úkolů a problémů 	C: <ul style="list-style-type: none"> ● napláňovat budoucnost ● diskutovat o současných problémech ● probrat klientovy plány ● pomoci klientovi, aby měl pocit, že proces intervence je ukončený

(Špatenková, 2017, str.50)

3.3 Zátěž a stres

Pojem zátěž, tlak či napětí je původem z anglického slova stress. Konkrétní definice stresu v dnešní době nelze jednoznačně nalézt. Kanadský lékař a biolog maďarského původu Hans Selye, který je považován za zakladatele výzkumu o stresu, považuje stres za fyziologický stav vyvolávající změny uvnitř biologického systému člověka. Hans Selye ve své knize uvádí, že stres nemá žádnou konkrétní příčinu, ale má charakteristickou formu a strukturu (Selye, 2016).

Obecně lze říct, že nemůžeme stres chápat vždy jen v negativním slova smyslu. Na jedné straně máme stres představující podmínky, v nichž musí člověk trpět nároky, které převyšují jeho možnosti a vedou ke zhroucení. Oproti tomu pro někoho může stres představovat určité výzvy či úkoly, které ho udržují ve střehu a jsou pro něj jakýmsi impulzem k dosažení

lepších výsledků. Někdo zkrátka tento druh stresu k životu svým způsobem potřebuje nebo vyžaduje, jinak se mu jeho život jeví nudným. Pokud si tedy člověk zvládne svými adaptivními schopnostmi osvojit vnější nároky a získat z aktuálních impulsů, je stres vítaný a užitečný a označujeme ho jako eustres. V opačném případě, kdy člověk není schopen z něho vytěžit a požadavky jsou pro něj vysilující, je stres nevítaný a označujeme ho jako distres (Fontana, 2016).

Obrázek 2 - Reaktivita na stres



(Večeřová-Procházková, Honzák, 2008, str. 189)

Stresové mechanismy jsou neodmyslitelnou součástí života. Jak lze vidět i z grafu (Obrázek 2, strana 28) určitá dávka stresu je zdravá a svým způsobem žádoucí, protože v mírných dávkách stimuluje naše výkony a v případě ohrožení může i zachraňovat život. Problém však nastává v případě, že k němu dochází příliš často, a to i v situacích, kdy je to nejen zbytečné, ale přímo škodlivé (Večeřová-Procházková, Honzák, 2008).

3.3.1 Stresor

Chování jedince je ovlivněno mnoha faktory (stresory), které buď zvyšují požadavky na činnost jedince nebo pro ni ztěžují podmínky (Vymětal, 2009). Stresorem označujeme veškerý nárok působící na naše tělo, tedy vše, co člověka zatěžuje. Tím je pak vyvolán stres. Může působit pouze jeden stresor anebo více stresorů. Stresory mohou být malé tzv.

ministresory, které vyjadřují mírné okolnosti vyvolávající stres. Negativní působení těchto ministresorů může být v jejich součtu zdrojem deprese. Makrostresorem rozumíme negativně až děsivě působící, deptající až vše ničící působení přesahující hranici, jež člověk není schopen ovládnout (Venglářová a kol, 2011).

Negativní vlivy působící na stabilitu a vyrovnanost člověka mohou mít různou podobu, tudíž se mohou dělit dle více kritérií. Mezi vnitřní a vnější stresory můžeme zařadit:

- Tělesné stresory – bolest, žízeň, hlad, fyzické úsilí, ...
- Emocionální stresory – strach, pochybnost, nejistota, zlost, ...
- Kognitivní stresory – fantazie, očekávání, pesimistické myšlenky, ...
- Bio-chemické stresory – alkohol, drogy, nikotin, léky, infekce...
- Komplexní stresory – změna povolání, odloučení, časový nátlak, vysoké pracovní nároky, kritika, nemoc, ... (Vymětal, 2009).

V běžném i pracovním životě se nejčastěji můžeme setkat s těmito stresovými faktory:

- Fyzikální faktory – nepříjemné ostré světlo, chlad, vysoký hluk, radiace u zdravotníků, ...
- Fyziologické faktory – nesprávné nebo nedostačující stravování, nedostatek pohybu, přetěžování páteře, ...
- Psychické faktory – chybějící pozitivní myšlení, pracovní nároky, nesplněná očekávání, ...
- Sociální faktory – konflikty, nejasný výhled do budoucna v zaměstnání, ...
- Traumatické faktory – úmrtí, rozvod, onemocnění, ztráta zaměstnání, ...
- Vznik stresu v dětském věku – např. týrání či zneužívání v dětském věku zanechá následky po celý život, ... (Veglářová a kol, 2011).

Někdy se ve svém životě nevyhneme ani extrémně náročným situacím vyvolávajícím stresovou reakci. Může to být zapříčiněno např. nešťastným manželstvím, kde jsou konflikty na denní bázi. Reakce organismu se jeví významnějším faktem než míra stresu (Venglářová a kol, 2011).

3.3.2 Stresová reakce

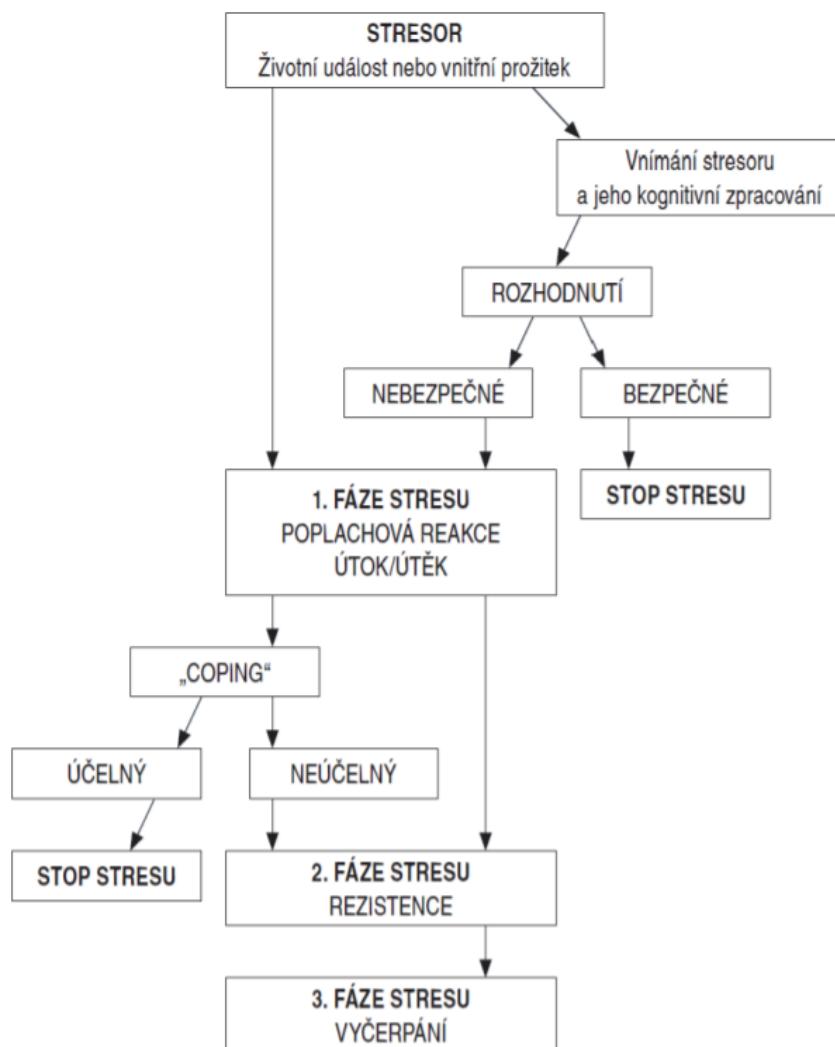
Stresová reakce je vyvolána působícím stresorem na jedince a je důsledkem nějakého nebezpečí. Nemusí se však nutně jednat o život ohrožující situaci, záleží, jak je daný jedinec citlivý na vnější či vnitřní podněty. Stres vnímá každý individuálně a každého stresuje něco zcela jiného. Stres je automatickou reakcí organismu na ohrožující podněty různých druhů zátěží. Mozek vyhodnocující tuto zátěž řídí chování, jež má za úkol ji překonat a zároveň v těle vyvolává fyziologické reakce tak, aby tělo jedince bylo připraveno na útěk, nebo boj. Taková reakce může být užitečná v momentě, kdy je jedinec se jedinec skutečně nachází v ohrožující situaci. Pokud se ale jedná pouze o psychickou hrozbu, tělo nevyužije veškerou nahromaděnou energii, hormony apod. a alarmující organismus tím plní nadbytečnou funkci a vyčerpává jedince (Praško, Prašková, 2004).

Stav stresu se projevuje v příznacích tzv. všeobecného adaptačního syndromu (GAS), který zahrnuje všechny nespecifické změny, jak se vyvíjejí v čase během pokračujícího vystavení stresoru. Jak lze vidět na obrázku (Obrázek 3, strana 31) plně rozvinutý GAS se skládá ze tří fází – poplachové reakce, fáze rezistence, ve které je největší tělesná adaptace vůči stresu a fáze vyčerpání. Není však nutné, aby došlo ke všem třem fázím. Psychická nebo fyzická zátěž, infekce a další stresory působící na jedince během omezeného časového úseku ve většině případů vytvářejí změny, které odpovídají pouze první a druhé fázi. To znamená, že nejprve nás rozruší, ale potom si na ně zvykneme (Selye, 2016).

Fáze stresu tedy rozdělujeme na:

1. Fázi poplachovou (alarmovou) – poplašná reakce organismu, kdy je zalarmován hormonální a nervový systém jedince potřebný ke zvládnutí zátěže.
2. Fázi rezistence (vyrovnávací nebo také fáze adaptace) – jedná se o obrannou funkci organismu, slouží k útlumu reakce organismu na nepříznivý vnější vliv, organismus se na stresující faktor adaptuje.
3. Fázi vyčerpání (exhausce) – nastává v případě, kdy stresory působí příliš dlouho a intenzivně a organismus jedince už vyčerpá energetické zásoby a je narušena hormonální rovnováha (Večeřová-Procházková, Honzák, 2008)

Obrázek 3 - Vývojové schéma stresu



(Večeřová-Procházková, Honzák, 2008, str.188)

3.4 Pracovní zátěž zdravotní sestry

Oproti většině jiných profesí je práce ve zdravotnictví spojena s vyšší mírou stresu. Práce zdravotních sester je považováno jako jedno u těch nejnáročnějších. Kromě přímé pracovní zátěže je na zdravotních sestřách vyžadováno neustálé vzdělávání a učení se novým dovednostem. Nadměrná zátěž zvyšuje riziko chybovosti, pracovních úrazů či psychosomatických onemocnění. Toto povolání je v neustálém styku s mnoha stresory

různého druhu. Každý den je zdravotní sestra ve styku s nemocnými, kteří rozdílně reagují na pobyt v nemocnici, na nemoc a mohou i vyvolávat konflikty. Zdravotní sestra je neustále setkává také s nevléčitelně nemocnými pacienty, trpícími, umírajícími pacienty či se smrtí. Pokud se k této široké škále problémů přidají ještě problémy v každodenním životě nebo špatné vztahy na pracovišti, může dojít až k nadměrnému stresu. Nadměrný stres zhoršuje zdravotní stav a produktivitu práce a může se přenášet i do jejich osobního života, konkrétně do jejich rodin (Batošíková, 2006; Venglářová a kol., 2011).

Zátěže v práci zdravotní sestry lze dle Bartoškové (Bartošíková, 2006) rozdělit na zátěže vztahující se k podmínkám pracovní činnosti, zátěže plynoucí z odlišnosti diagnóz pacientů a zátěže týkající se osobnosti pracovníků. Několik z nich je uvedeno níže.

1. Zátěže fyzické, chemické, fyzikální:

- statické zatížení (stání u výkonů, u vizity, při práci a asistenci u lůžka),
- dynamické zatížení (přecházení mezi provozy, vyřizování pochůzek),
- zatížení páteře (při manipulaci s pacienty, úpravy lůžek),
- zatížení svalového a kloubního systému,
- setkání s nepříjemnými podněty (exkrementy, zápach, otevřené rány, nehojící se onemocnění atd.),
- narušení spánkového biorytmu při směnování,
- nedostatek času a klidu na pravidelnou stravu a dodržování pitného režimu,
- kontakt s léky, dezinfekčními přípravky, pomůckami,
- hluk, nesprávné osvětlení, radiační záření.

2. Zátěže psychické, emocionální, sociální:

- neustálá pozornost, pečlivé sledování stavu pacientů, přístrojů, instrukcí, rychlé přepojování mezi činnostmi,
- pružné reakce na různorodé podněty a změny,
- nároky na paměť,
- velká zodpovědnost za výsledky a následky své práce,

- nutnost rychlého rozhodnutí a účelného jednání i při nedostatečných informacích,
- nutnost samostatného rozhodování s ohledem na respekt daných pravidel,
- konfrontace s utrpením, bolestí, smrtí, vyrovnávání se s pocity bezmoci,
- působení bolesti druhým,
- zacházení s intimitou druhého člověka včetně překračování hranic (zavádění sond, cévkování, aplikace injekcí),
- provádění řady činností vzbuzující odpor,
- komunikace s příbuznými pacientů, otázky týkající se velmi soukromých záležitostí pacientů a jejich rodin,
- konflikt rolí,
- nízké ohodnocení náročné práce,
- neustálé vzdělávání a učení se nových věcí (Bartošíková, 2006).

3.4.1 Fyzická zátěž

Fyzická zátěž u zdravotních sester se týká převážně sester na lůžkových oddělení než na ambulantním provozu. V závislosti na druhu oddělení, tělesné skladbě pacientů a jejich zdravotnímu stavu je úroveň zátěže různá. Fyzická zátěž je způsobena především manipulací s pacientem v rámci ošetrovatelské a léčebné péče, dále je způsobena také manipulací se zdravotnickými materiály či manipulací s prádlem. Největší zátěž je na odděleních, kde jsou částečně imobilní pacienti, se kterými je nutné provádět jejich polohování, rehabilitační cvičení a osobní hygienu. Mezi tato oddělení zejména patří chirurgická, neurologická, neurochirurgická, ortopedická, traumatologická, rehabilitační či geriatrická oddělení a jednotky intenzivní péče. Značná část nemocných imobilních nebo částečně imobilních pacientů se léčí ve specializovaných rehabilitačních ústavech a léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Právě na těchto odděleních a v těchto specifických zařízeních byla řadou studií prokázána značná tělesná zátěž zdravotních sester a v mnoha případech bylo zjištěno překračování limitních hodnot pro dlouhodobě únosnou fyzickou zátěž žen. Podíl žen je totiž většinový na celkovém počtu zdravotních sester. Kromě toho

bylo zjištěno i specifické zatížení určitých částí lokomočního systému, zejména páteře při manipulaci s pacienty (Vévoda a kol, 2013).

3.4.2 Psychická zátěž

Psychická zátěž je významným rizikovým faktorem práce zdravotní sestry. Lze ji definovat jako proces psychického zpracování a vyrovnání se s požadavky a vlivy pracovního a životního prostředí. S psychickou pracovní zátěží jsou jednoznačně spojeny některé faktory práce. Mezi tyto faktory patří zejména přetížení nebo i nevytížení, kombinace vysoké náročnosti práce s nízkou mírou vlastní kontroly nad vykonávanou prací, časový tlak, vynucené pracovní tempo, monotonie, konfliktní interpersonální vztahy na pracovišti, vysoká odpovědnost, směnová a trvalá noční práce, riziko ohrožení vlastního zdraví nebo zdraví druhých, vysoké nároky na sociální integraci a dlouhodobá sociální izolace (Švábová a kol, 2012).

Závažným psychologickým, fyziologickým i společenským problémem práce zdravotních sester je práce v nepřetržitém provozu, způsobu střídání směn ranních, odpoledních a nočních. Jsou zde kladeny zvýšené nároky na adaptaci se změnami životního stylu, jimiž je omezení sociálních kontaktů s rodinou, omezení možnosti účasti na kulturních či společenských akcích, nepravidelnost pracovního volna. Dále u sester působí zátěžově také konflikty ve vztahu lékaře s pacientem, kdy úspěšnost léčby nemusí pro obě strany znamenat to samé – pacient chce být zdrav, kdežto pro lékaře je úspěch určitá stabilizace zdravotního stavu. Nesmí se podcenit ani časová tíseň, při které je z důvodu vysokého počtu pacientů nízká šance na navázání individuálních kontaktů s pacientem. Působení lidského utrpení a bolest je také nezanedbatelnou součástí psychické zátěže sester. Vedle těchto hlavních zátěžových momentů ale mohou působit i konflikty mezi členy zdravotnického týmu, jejichž příčinou jsou lidské vlastnosti. Důsledkem nepřiměřené, dlouhodobé psychické zátěže často bývají psychické obtíže včetně vzniku a rozvoje specifických poruch prožívání a chování, ztráty motivace k práci, změny k pracovnímu výkonu a syndrom vyhoření. Spolu s tím také často vznikají různá somatická onemocnění (Vévoda a kol, 2013).

3.4.3 Týmová spolupráce

Někteří lidé považují práci s lidmi za běžnou a automatickou, a naopak pro druhé to může být věc obtížná nebo dokonce nepříjemná. To, zda jsme spíše týmoví pracovníci nebo nám naopak vyhovuje samostatná práce, je dáno našimi osobnostními předpoklady.

Předpokladem pro týmovou práci jsou:

- společný cíl,
- jasná komunikace mezi členy týmu,
- pozitivní ladění,
- pozitivní komunikace směrem ven.

Práce ve zdravotnictví vyžaduje týmový pracovní styl. Ve zdravotnické praxi byla vždy vyžadována spolupráce s dalšími lidmi i s různými obory (Venglářová a kol., 2011).

Jednoznačná definice týmu neexistuje, nicméně u několika autorů, jež se touto problematikou zabývají, lze vysledovat několik společných znaků. Kolajová ve své publikaci uvádí, že *„tým tvoří tři a více jedinců, kteří jsou ve vzájemné interakci, vnímají společnou identitu, přijímají kolektivní normy a cíle a uvědomují si jeden druhého. Týmy většinou mají časové, finanční a materiální limity“* (Kolajová, 2006, str. 12). Hayes také klade důraz na potřebu delegování a předání odpovědnosti na tým větou: *„Podstatou týmové práce je převést odpovědnost na pracovní týmy tak, aby mohly plnit své úkoly, aniž by neustále musely žádat vyšší složky organizace o schválení“* (Hayes, 2005, str. 20). Mohauptová charakterizuje tým jako *„jasně definovaný celek spolupracujících lidí s časově omezeným cílem, limitovanou velikostí, jasnými pravidly a rolmi a charakteristickým procesem práce“* (Mohauptová, 2009, str. 19).

Tým vzniká na základě rozhodnutí subjektu, není tedy formálně stanoven. Jeho hlavním cílem nejčastěji bývá komplexní řešení úkolu, který se neopakuje ale je jedinečný. Tým je tvořen různými odborníky jako jsou sestra, fyzioterapeut, psycholog a další dle potřeb klientů a dle potřeb řešeného úkolu (Vévoda a kol, 2013).

3.4.3.1 Komunikace v týmu

Komunikace je v týmu považováno za základ, při nedostatku informací se členové týmu nemohou plně věnovat práci, aniž by nedocházelo k omylům a přehmatům. Základem je tedy předání pravdivých a úplných informací, dostatek informací ohledně požadavků zaměstnancům a jejich směru a také zpětná vazba směrem od zaměstnanců k vedení a naopak. Vzhledem k rozvoji techniky může být komunikace vedena elektronickou formou, nicméně osobní kontakt je nenahraditelný. Zdravotnické týmy se obvykle setkávají na poradách, kde si osobně předají informace a tyto jsou pak doplněny písemnými podklady. Předání zpráv elektronickou formou může být z důvodu předejití konfliktnímu osobnímu jednání a v případě nepřátelské atmosféry může posloužit též jako důkaz (Venglářová a kol, 2011).

3.4.3.2 Konflikty na pracovišti

Konflikty jsou přirozenou součástí fungování každé organizace. Jejich eliminace však ani není žádoucí, protože v tu chvíli by byla organizace vystavena riziku stagnace a ztráty schopnosti reakce na změnu. V praxi se často můžeme setkat s dysfunkčními jevy podporující vznik konfliktů mezi personálem. Můžeme sem zařadit např. nízkou motivovanost, soupeření menších skupin v týmu, sníženou ochotu ke spolupráci, zhoršení sociálního klimatu v organizaci apod. Nemá tedy smysl se konfliktním situacím záměrně vyhýbat, ale snažit se o minimalizaci možných destruktivních důsledků (Škrla, Škrlová, 2003).

Příčiny konfliktů jsou různorodé, mohou to být např. odlišná očekávání v týmových rolích, osobnostní rozdíly, nedostatek informací apod. Konflikty lze také rozdělit dle různých typů. Prvním typem je střet názorů, který vyplývá z odlišného hodnocení jednotlivých skutečností a odlišné interpretace těchto skutečností. Tam, kde jde o odlišné tendence a přístupy účastníků k jednání v obdobných situacích, vznikají konflikty postojů. Při rozdílném vnímání dané situace různými účastníky můžeme hovořit o konfliktu představ. Poslední typ je konflikt zájmů, který představuje odlišnou až protikladnou snahu a úsilí o uspokojení potřeb jednotlivých účastníků (Bedrnová, 2007).

Výkon a pohodu na pracovišti ovlivňuje celá řada faktorů, které ji ohrožují. Neopominutelnou součástí jsou právě nefunkční interpersonální vztahy na pracovišti. V této situaci jsou pak pracovníci podráždění, přetížení a unaveni. Zásadou pro úspěch ve zdravotnické profesi je pozitivní motivace k výkonu povolání, která zvyšuje sebevědomí pracovníků a přináší dobrý pocit z odvedené práce (Haluzníková, 2010).

Stejně jako na jiných pracovištích je i ve zdravotnictví systém, kde jsou někteří zaměstnanci nadřízení, podřízení, kolegové apod. Se všemi těmito členy jednotlivých skupin se může sestra dostat do konfliktních situací. Zejména dobré vztahy mezi lékařem a sestrou jsou velice důležité pro jejich práci. Konflikt mezi sestrou a lékařem bývá často spojen s pocitem nerovnoměrného rozdělení moci, postavení a prostředků. Dále mohou neshody vznikat z nedostatečné, jednostranné nebo jinak chybné komunikace a nesprávného přístupu sester a lékařů k sobě navzájem. V tom případě ale ani jejich efektivní řešení nelze provést bez správné komunikace. Nejčastějšími problémy jsou spory o zdravotnickou dokumentaci, nesrozumitelnosti v ordinacích lékařů, objasňování nejasností či telefonní hovor, kterému každý z nich přikládá jinou míru důležitosti. Lékaři označují jako hlavní příčinu svých konfliktů se sestrami pracovní podmínky, resp. pracovní přetížení, únava a vyčerpanost jako důsledkem nedostatku zdravotních sester (Vévoda a kol, 2013).

Vznik konfliktu započne tzv. spouštěč, jehož zdrojem je napětí vyvolané protichůdnými emocemi navazující na jednoho člověka či událost. Lidé v tzv. civilizované západní společnosti mají snahu omezit konfliktní chování, a tak lze pozorovat spíše z náznaků, že se na pracovišti něco děje. Může se zde projevit nezáměr, omezení jen na nejnужnější komunikaci a spolupráci, nedostatečné předávání informací, zvýšená nemocnost, nadprůměrná fluktuace zaměstnanců apod. Vyvrcholením toho konfliktu je střet. Konflikt je tedy otevřeně vyjádřen, napětí vrcholí a dochází ke konfrontacím s odlišnými názory a stanovisky zúčastněných stran. V napětí ale člověk dlouho nevydrží, proto se většina lidí přesune k fázi zklidňování rozbouřené situace a nastolení alespoň zdánlivého příměří. Pokud ale nedojde k vyřešení konfliktu, celý proces se znovu opakuje (Venglářová a kol, 2011).

Účast v konfliktu v jedinci vyvolává vnitřní napětí, zvyšuje vnitřní tenzi a navozuje pocit nepohodlí. Dále také dochází k narušení funkce pozornosti, myšlení apod., což vede k negativnímu dopadu na řešení nastalé situace. Celý tento proces je pro zúčastněné osoby velkou psychickou zátěží (Bedrnová, 2007).

3.5 Zvládání stresu

V případě, že se dostaneme do stresu, je důležité si položit otázku, zda s ním chceme bojovat či jen zatneme zuby, budeme zticha a tím ho budeme dále snášet. Pokud se rozhodneme pro první variantu, mluvíme o zvládání stresu. Zde se jedná o dva druhy činností – odstraňování příčiny, tedy toho, co nás zatěžuje a přidání toho, co nám pomáhá odbourávat stres nebo alespoň minimalizuje jeho působení (Křivohlavý, 2010).

Postupy neboli strategie zvládání stresu můžeme rozdělit na postupy orientované na řešení problému, na postupy orientované na zvládání emocí a někteří autoři také zmiňují třetí skupinu strategie, a to vyhýbavé zvládání. To však obsahuje činnosti zaměřené na vyhýbání se stresové situaci pomocí odvracení pozornosti jinam či různým rozptýlením. Tento obranný mechanismus však není považován za plnohodnotný způsob zvládání, jelikož se při něm nejedná o skutečné řešení situace, nýbrž o jeho iluzorní náhradu realizovanou na nevědomé úrovni oproti skutečným strategiím, které směřují k faktickému řešení situace a bývají prováděny většinou vědomě (Kebza, 2005).

Postupy zaměřené na řešení či odstranění problému spočívají ve vyvinutí vlastní aktivity k řešení problému tzn. odstranění toho, co vyvolává strach a obavy, změnit podmínky, které vedou ke zhoršení stavu apod. Venglářová (Venglářová, 2011, str. 64) ve své knize uvádí několik bodů strategie orientované na problém:

- *„hledání informací o stresové situaci;*
- *schopnost situaci řešit – určení priorit, vytváření možnosti řešení problému;*
- *praktické zdroje řešení situace;*
- *hledání pozitivních stránek o tom, co se děje (např. když jsem nemocen, nemusím chodit do práce a mohu si odpočinout);*
- *správná organizace času (nenechávat důležité úkoly na poslední chvíli) a další.“*

V případě postupů zaměřených na zvládnutí emocí jde o zklidnění emocí, které mají za cíl udržet vnitřní rovnováhu člověka. Toto je známo již od dětství, kdy se děti běží schovat k mamince do náručí (Venglářová, 2011).

3.5.1 Relaxace

Profesor Libor Míček ve své knize Duševní hygiena z roku 1984 uvádí: „*Život člověka moderní doby je charakterizován zvýšeným shonem, neklidem a velkým množstvím podnětů, jež je třeba zvládat. U mnoha lidí se vytváří zvýšené napětí svalů. Toto napětí přetrvává činnost, která jej přivodila. Situace, která přivolala naše napětí již dávno pominula, ale tenze stále trvá. Má tendenci se hromadit, pokud není neutralizována relaxací. Když jedinec nedovede snížit své napětí, stává se citlivějším, přístupným negativním vlivům a dochází k dalšímu zvyšování jeho napětí.*“ (Křivohlavý, 2010, str. 34).

Dle profesora Míčka (Míček, 1988) se relaxace dělí do dvou skupin:

- **Spontánní (samovolná) relaxace** – dochází k ní bez naší snahy a úsilí např. ve spánku nebo při odpočinku. Nejprve však musí proběhnout odpočinek před spánkem, jelikož dokud tenze neklesne pod určitou hranici, nepodaří se nám usnout. V případě, že člověk není dostatečně odpočínutý, dochází během spánku k samovolným pohybům jako jsou záškuby, převalování se apod. Zároveň i jeho mysl není klidná.
- **Diferencovaná relaxace** – jedná se o záměrně vyvolanou relaxaci, kterou navozujeme vlastní vůlí. Můžeme ji vyvolat kdykoli během bdícího stavu v každodenním životě i během práce. Lze sem zařadit například procházku.

Podmínkou úspěšné relaxace je:

- čerstvý vzduch, klidné a příjemné prostředí;
- pohodlné oblečení;
- dostatek času na relaxaci;
- správná poloha;
- správné dýchání;
- dostatečné svalové uvolnění;
- umět se soustředit;
- trpělivost a pravidelnost (Venglářová, 2011).

3.5.2 Neefektivní strategie zvládnání stresu

Někdy člověka může přepadnout pocit, že to prostě nejde, nezvládne apod. V tu chvíli se může vydat cestou, která nevede k efektivnímu řešení problému. Jedná se o:

- Užívání návykových látek – tabák a káva zvyšují zátěž kardiovaskulárního systému. Obdobně je tomu i u alkoholu. A přestože jsou zdravotníci také seznámeni i s riziky užívání návykových léků z řady hypnotik i anxiolytik, je nadužívání návykových látek problémem této profese.
- Únik – nezvládnání pracovní zátěže je řešeno útekem od nevyřešených problémů či vyčkáváním, až se daná situace „nějak“ vyřeší. Jedná se o krátkodobou strategii bez rozumného řešení.
- Agrese – agresivní napadání či obviňování lidí kolem nás pouze zhoršujeme svou situaci, jelikož od sebe odháníme lidi, kteří by nám mohli pomoci při zvládnutí vzniklé zátěže.

Neúspěšný boj se stresem může vést k bezmoci a pocitu či dokonce přesvědčení, že už člověku v náročné situaci nic nepomůže. Přestože se může jednat o situace, která lze úspěšně vyřešit (Venglářová, 2011).

3.5.3 Syndrom vyhoření

O syndromu vyhoření se začalo hovořit již v sedmdesátých letech 20. století, kdy s pojmem burnout přišel J.H. Freudenberger. Postupně se tento stav začal více zkoumat psychology a lékaři vzhledem k vlivu pracovního stresu na psychiku člověka (Bartošíková, 2006).

Syndrom vyhoření je obtížně léčitelné psychosomatické onemocnění, které nalezneme v mezinárodní klasifikaci nemocí. Toto onemocnění postihuje zejména povolání, při kterých dochází ke kontaktu s dalšími lidmi. Je charakteristické totálním emocionálním, fyzickým i psychickým vyčerpáním organismu (Vymětal, 2009). Mezi takové profese patří právě povolání zdravotní sestry, jež je velice psychicky i fyzicky náročné a je založeno na vztahu.

Vztahu k pacientům, kteří mohou budít negativní pocity, vyvolávají konflikty nebo jsou nespokojeni se zdravotnickou péčí či vztahy na pracovišti mezi kolegy (Venglářová, 2011).

Dle Bartošíkové se na syndromu vyhoření u zdravotních sester může podílet přetíženost, špatné vztahy na pracovišti, nedostatek podpory, nevhodné chování nadřízených a jejich necitlivý přístup, nízká loajalita k pracovišti, zařízení nebo oboru, nadměrná emocionální zátěž, potlačování vlastních pocitů, nevyhovující pracovní podmínky či špatná organizace práce, přenos zodpovědnosti na sestru nad rámec její kompetence a další. Snaha skrývat svou vlastní vyčerpanost a diskomfort může mít za následek náhlé zhroucení či právě psychický diskomfort vedoucí k syndromu vyhoření (Bartošíková, 2006).

První varovné příznaky syndromu vyhoření mohou být pocit, že svou práci jedinec nezvládá a zpochybňuje smysl své práce, působí nervózně, nespokojeně či podrážděně. Dále se může objevit problémy se spaním, kolísání váhy, bolesti hlavy, břicha či zad a další. Příznaky lze rozdělit do tří oblastí:

- Tělesné vyčerpání – projevem je chronická únava, zvýšená potřeba spánku, avšak spánek je nekvalitní. Fyzická únava ze sportu nebo práce po odpočinku přejde, ale v případě syndromu vyhoření přetrvává a je spojena s pocity viny a selhání. Objevuje se také nedostatek energie, svalové bolesti, změnami tělesné hmotnosti, častá nemocnost a drobné úrazy.
- Psychické vyčerpání – charakteristickým rysem je negativní postoj k sobě i ostatním, jedinec je negativní, pesimistický, odmítá změny, ztrácí sebevědomí. Dochází zde k útlumu celkových aktivit, mizí tvořivost. Objevují se zde poruchy soustředění, zapomnětlivost, obrana vůči okolí. Ztrácí smysl své práce i života, dělá pouze stereotypně úkony, jež dělat musí. Mohou se zde začít objevovat sebevražedné myšlenky.
- Emocionální vyčerpání – jedinec se cítí citově vysátý, má pocit, že nemůže lidem pomoci, protože neví jak. Proto se začne stranit ostatních lidí, přestává být empatický, odmítá poslouchat něčí trápení, starosti. Vytrácí se radost z kontaktu s lidmi v práci, později se to přeneso i rodiny. Přestává je vnímat jako zdroj radosti a uspokojení a spíše se pro něj stávají přítěží, na kterou reaguje podrážděně (Venglářová, 2011 a Bartošíková, 2006).

3.5.3.1 Fáze syndromu vyhoření

Vyhoření je stále více posuzováno jako neustále se vyvíjející proces vznikající v důsledku dlouhodobého působení chronického stresu. Tento proces může trvat několik měsíců či let. Různí autoři uvádí několik druhů členění syndromu vyhoření do fází.

Nejčastěji citovaný model čtyř základních fází je dle C. Maslachové, jež je autorkou několika prací o syndromu vyhoření. V první fázi se vyskytuje prvotní nadšení a tzv. „zapálení“ pro věc, které je však spojeno s dlouhotrvajícím přetěžováním. Ve druhé fázi dochází k psychickému a částečně i fyzickému vyčerpání. Třetí fáze už zahrnuje dehumanizované vnímání sociálního okolí jako obranného mechanismu před dalším vyčerpáním a v poslední, tedy čtvrté fázi již převažuje totální vyčerpání, negativismus, nezájem a lhostejnost.

Další koncepce dle R. Schwaba poukazuje na vznik syndromu vyhoření v procesu interakce mezi jedincem a situačními podmínkami a jeho vývoj má 3 fáze:

- 1) *nerovnováha mezi požadavky zaměstnání (práce) a schopnostmi jedince těmto nárokům dostát (stress);*
- 2) *bezprostřední krátkodobá emocionální odpověď na tuto nerovnováhu – pocity úzkosti, tenze, únavy a vyčerpání (strain);*
- 3) *změny v postojích a chování – tendence jednat s klienty neosobně a mechanicky (jedná se o defenzivní chování, psychologický únik ze situace, která se nedá zvládnout aktivním řešením problémů)* (Kebza, Šolcová, 2003, str.14).

Další zajímavý vývoj syndromu vyhoření dle Edelwiche a Brodskyho, uvedený v knize Syndrom vyhoření (Jeklová, 2006), probíhá v pěti fázích:

- 1) Nadšení – převážně začínající pracovník má často velká až nereálná očekávání, práci přikládá vysokou důležitost, často dochází k dobrovolnému přepracování vlivem přesčasů a zanedbávání volnočasové aktivity.
- 2) Stagnace – pracovník začínají slevovat ze svých očekávání a pomalu se začíná zaměřovat na uspokojování svých potřeb a zahrnuje i volnočasové aktivity.
- 3) Frustrace – pracovník začíná pochybovat o smyslu své práce a začíná se zajímat o otázky efektivitv práce vzhledem k opakujícím se setkání s nespolupracujícími

pacienty, technickými či byrokratickými překážkami. V této fázi se objevují psychické a fyzické potíže, které jsou spojeny i s problémy ve vztazích a případně i spory s nadřízenými.

- 4) Apatie – pracovník není schopen změnit situaci podle svých očekávání, je frustrovaný, dělá jen nejnutnější práce, svoje povolání vnímá pouze jako zdroj obživy, vyhýbá se novinkám a vzdělávání i komunikace s pracovníky či pacienty.
- 5) Vyhoření – poslední fáze, naprosté emocionální vyčerpání, negativismus, pocit ztráty smyslu, lhostejnost a vyhýbání se profesním požadavkům.

Na každého člověka působí dané okolnosti jinak, a tak i některé fáze syndromu vyhoření mohou být na člověku nepatrné a jiné naopak výrazné. Pokud není syndrom vyhoření včas identifikován, může přerůst až v profesionální deformaci vyznačující se otupělostí, netečností až cynismem zdravotníka k pacientům (Venglářová, 2011).

3.5.3.2 Prevence syndromu vyhoření

Pro prevenci před syndromem vyhoření u zdravotní sestry je důležité, aby každý začínající zdravotník nastupující po studiu do zaměstnání byl natolik připraven, aby si uvědomil rizika své práce. Toto by měla zajistit adaptační praxe, jež je dána zákonem. Jedná se o praxi, kdy začínající sestry pracují pod dohledem zkušenější sestry po určitou dobu. Zkušenější kolegyně by měly začínající sestře poskytnout potřebnou pomoc a podporu. Začínající sestru také na tuto náročnou profesi může připravit teoretická a praktická příprava ve škole a osobnostní předpoklady pro profesi. Dále je důležitá péče o sebe sama, jelikož kolik dáme jiným, musíme dát i sobě, protože jedině tak jsme schopni poskytnout kvalitní péči. Je potřeba si také uvědomit, že není potřeba na sebe klást vysoké nároky a srovnávat se s druhými. Naopak požádat o pomoc je mnohokrát to nejlepší, co můžeme udělat pro sebe i pro pacienta. Zároveň to může zlepšit vztahy na pracovišti projevenou důvěrou v druhé. A právě mezilidské vztahy jsou také pozitivním přínosem, především aktivním nasloucháním, povzbuzením nebo reálnou či emociální pomocí v různých i těžkých situacích. Ze strany zaměstnavatele je pak žádoucí své podřízené chválit, ohodnotit dobře odvedenou práci a podporovat své zaměstnance v dalším vzdělání. Jakmile pracovník odejde z práce, musí „přenastavit“ svou mysl a naladit se na tzv. mimopracovní

mód, aby si nenesil svou práci domů ale plnohodnotně se věnoval své rodině, přátelům či volnočasovým aktivitám. Jelikož je tělo našim zdrojem životní energie, je třeba dbát na správnou životosprávu, dostatek spánku, mít pravidelný denní režim a věnovat se jakékoli pohybové aktivitě. Jak již bylo řečeno, únava je jeden z hlavních případů vyhoření je často zapříčiněna nedostatkem spánku či nekvalitním spánkem (Venglářová, 2006).

3.6 Motivace

Na fungování organizace jako celku závisí kvalita a dovednost manažerů. Motivaci člověka totiž ovlivňuje zejména komunikace manažerů s řízenými pracovníky, neboť nejen obsah předávané informace, ale i způsob jakým byla informace předána a řada dalších podnětů ovlivňuje míru ovlivnění člověka prostřednictvím komunikace. Toto ovlivnění může daného jedince, jemuž byla informace předána, buď nastimulovat k činnosti nebo naopak spíše utlumit. Dále jedince ovlivňuje osobní příklad manažera a některé organizační zásahy věcné povahy (např. tvorba pracovního prostředí, služby v rámci péče o pracovníky) a finanční (např. odměňování). Všechny tyto aspekty ovlivňují motivaci jedince za účelem zvýšení výkonu jak okamžitého, tak i z dlouhodobého hlediska, jeho spokojenosti a dalšího rozvoje (Bedrnová, 2007).

Vnější působení na motivaci pracovníka za účelem její změny reprezentuje stimulace, při které se využívají různé podněty a pobídky odpovídající vnitřní motivaci pracovníka a vedou ke změně jeho chování (Kociánová, 2010).

Pracovní stimuly jsou hmotného a nehmotného charakteru. Mezi nejčastější pracovní stimuly zaměřené na pracovníky jsou dle Dvořákové (2007) uváděny:

- hmotné ohodnocení pracovního výkonu jedince pomocí mzdy, prémie, bonusem, odměnou apod;
- hmotné zprostředkované stimuly – financování školení, vzdělávání, stáže a další;
- soubor zaměstnaneckých výhod – pojištění, příspěvky na pohybové aktivity, na wellness a další;
- systém oceňování věrnosti vůči zaměstnavateli;
- různé formy morálního ocenění;

- vytváření sociálních jistot pracovníka a jeho rodiny;
- vyšší samostatnost, doplňování obsahu práce kreativními prvky, možnost sebekontroly;
- pozitivní vytváření mezilidských vztahů – mezi kolegy, nadřízenými, podřízenými;
- a další.

Na každého pracovníka působí jiné stimuly, neboť každý jedinec přikládá různým potřebám jinou míru důležitosti. Základ pro účinný motivační program zaměstnanců je zjištění jejich motivační struktury (Dvořáková, 2007).

4 Výzkumná část práce

Empirický výzkum byl proveden v návaznosti na teoretické poznatky, jež jsou uvedeny v předchozích kapitolách teoretické části této diplomové práce. Zde byla charakterizována profese a role zdravotní sestry a vymezení negativních vlivů jako jsou zejména psychická zátěž, stres a důsledky jeho dlouhodobého působení na organismus, které na zdravotní sestru působí. Práce zdravotní sestry je denně vystavována mnoha různým stresorům, které mohou vést v dlouhodobém horizontu až k syndromu vyhoření. Právě zde je důležitá psychická odolnost a prevence proti působícímu stresu a stejně tak dostačující motivace ze strany zaměstnavatele. Neboť pokud je spokojená zdravotní sestra, bude se i pacientům lépe uzdravovat.

Výzkumná část práce je tedy zaměřena na vliv působení stresu a zátěže na profesi zdravotní sestry a jak tento stres a zátěž ovlivňuje jejich psychické i fyzické zdraví a pohodu.

4.1 Charakteristika zkoumaného objektu

Pro výzkumné šetření v rámci zkoumaného objektu byly vybrány zdravotní sestry bez ohledu na pohlaví. Vzhledem k nízkému počtu mužského pohlaví na této profesi je rozdělení na pohlaví bezpředmětné. Na základě subjektu byla vybrána konkrétní nemocnice, kde bylo požádáno o souhlas s provedením výzkumného šetření. Souhlas byl vybranou nemocnicí udělen na základě souhlasů vrchních sester šesti různých oddělení a s podmínkou zákazu zveřejnění názvu dané nemocnice.

4.2 Dotazníkové šetření

Výzkumné šetření bylo provedeno kvantitativní metodou, tedy za pomoci dotazníkového šetření. Dotazník obsahoval 27 otázek, z nichž 2 byly formou Likertovy škály a zbytek tvořil výběr z několika možností, přičemž někde byla i možnost rozepisovací odpovědi.

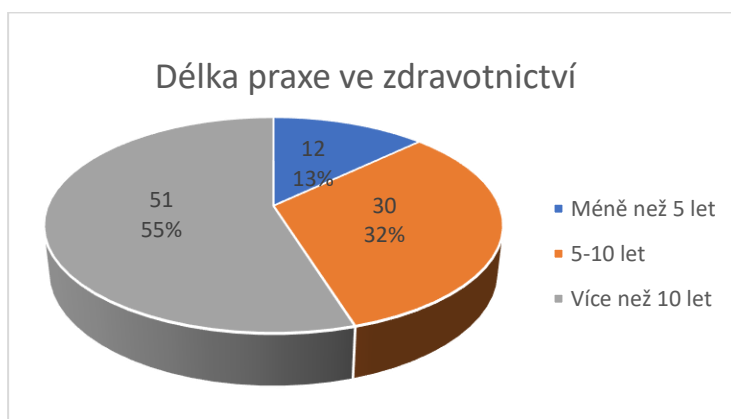
Dotazníky byly vytištěny a fyzicky doneseny do vybrané nemocnice na konkrétní oddělení a následně osobně vybrány. Dotazníky byly vyplňovány zcela anonymně. V rámci výzkumného šetření bylo rozdáno 120 dotazníků na šesti různých oddělení vybrané

nemocnice. Návrstnost těchto dotazníků bylo v počtu 98 dotazníků, z toho 5 jich muselo být vyřazeno z důvodu nekompletního vyplnění. Celková návratnost tedy činila 93 dotazníků.

Otázka č. 1: Délka Vaší praxe ve zdravotnictví?

Jak je vyobrazeno v následujícím grafu (Obrázek 4), více než polovina dotazovaných respondentů (51 respondentů) pracuje ve zdravotnictví déle než 10 let, což činí 55% dotázaných, 32% dotázaných (30 respondentů) pracuje ve zdravotnictví v rozmezí 5-10 let a zbylých 13% (12 respondentů) méně než 5 let.

Obrázek 4 – Rozdělení respondentů dle délky praxe



(Vlastní zpracování)

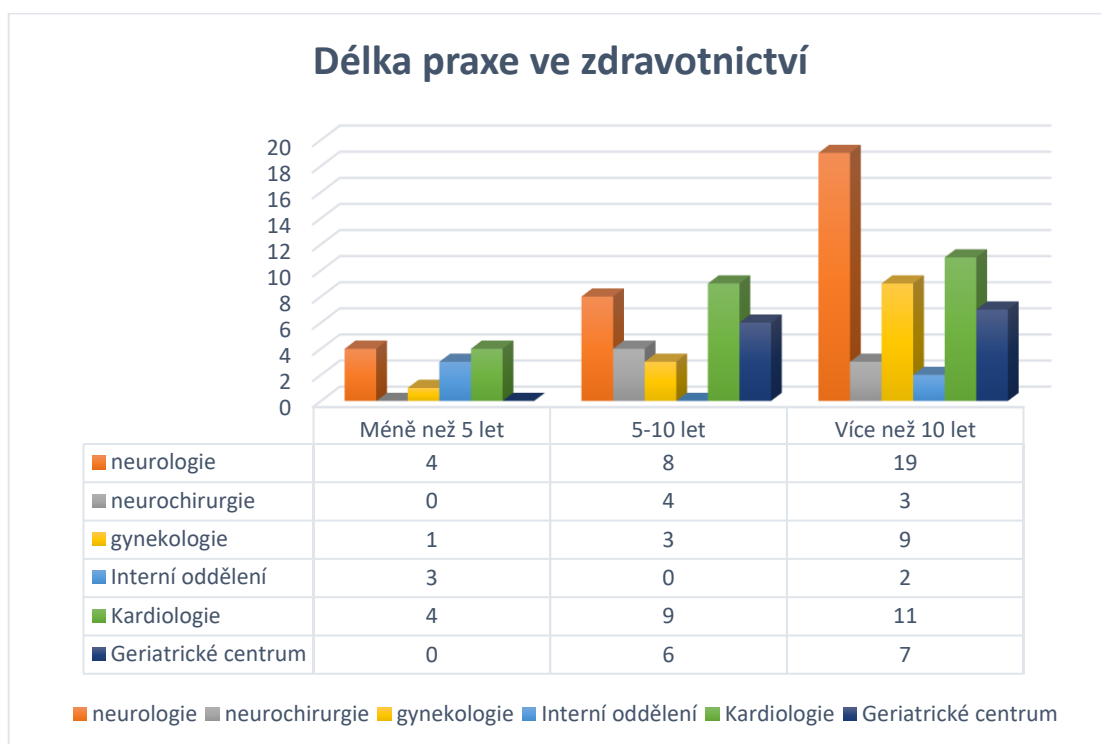
Pokud bychom se na to chtěli podívat detailněji, v grafu níže (Obrázek 5) je graficky znázorněn počet respondentů z vybraných oddělení v jednotlivých sektorech délky praxe. Ve čtyřech z vybraných šesti oddělení pracují zdravotní sestry převážně více než 10 let. Procentuálně největší zastoupení respondentů s nejmenší délkou práce se nachází na interním oddělení (viz Tabulka 1 níže). Nicméně vzhledem k počtu respondentů v daném oddělení to nelze považovat za relevantní.

Tabulka 1 - Délka praxe ve zdravotnictví dle vybraných oddělení

Praxe	Neurologie		Neurochirurgie		Gynekologie		Interní oddělení		Kardiologie		Geriatrické centrum	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
<5 let	4	13%	0	0%	1	8%	3	60%	4	17%	0	0%
5-10 let	8	26%	4	57%	3	23%	0	0%	9	38%	6	46%
>10 let	19	61%	3	43%	9	69%	2	40%	11	46%	7	54%

(vlastní zpracování)

Obrázek 5 - Graf délky praxe ve zdravotnictví dle vybraných oddělení

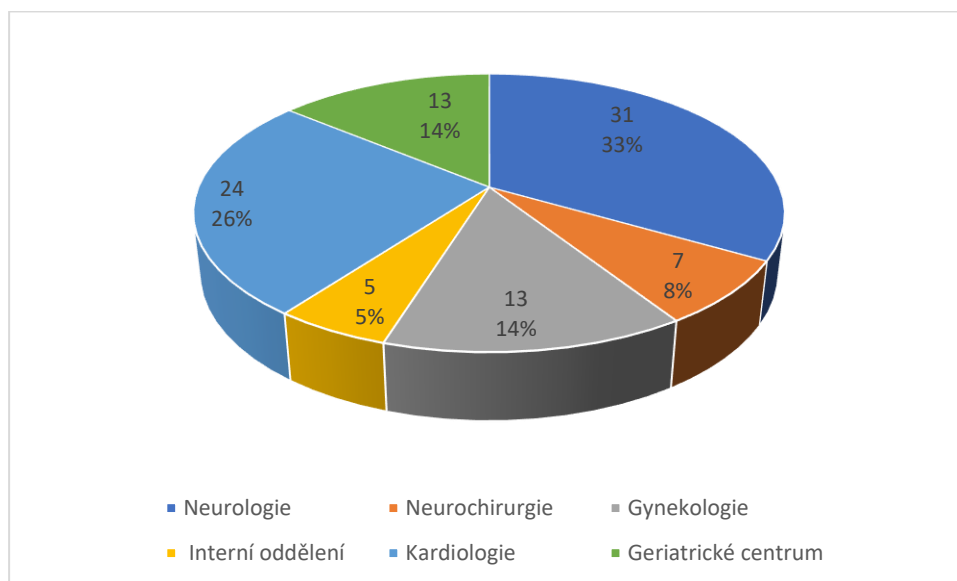


(vlastní zpracování)

Otázka č. 2: Na jakém oddělení pracujete?

V grafu níže (Obrázek 6) lze vidět počet respondentů z jednotlivých oddělení. Každé oddělení je jinak velké a má různý počet zdravotních sester, což vyjadřuje nerovnoměrnost v grafu. Zároveň nelze provést rozdělení na chirurgické a interní obory, jelikož nebylo umožněno provedení výzkumné šetření na chirurgickém oddělení. Bylo by to tedy 73 ku 20 s výrazným přesahem interních oborů, proto byla tato varianta zavrhnuta a v rámci výzkumného šetření se tedy bude pohlížet na respondenty komplexně.

Obrázek 6 - Rozdělení respondentů dle oddělení



(vlastní zpracování)

Otázka č. 3: Jak hodnotíte fyzickou náročnost své práce?

Respondenti měli pomocí Likertovy škály určit, jak vnímají fyzickou zátěž na pracovišti od jedné do pěti, přičemž 1 znamená nejmenší a 5 naopak největší zátěž. Pokud budeme hodnotit výsledek celkově, pak nejvíce respondentů (47%) vnímá fyzickou zátěž na střední (průměrné) hodnotě. Dohromady 16% z celkového počtu respondentů vnímá fyzickou zátěž na pracovišti jako nízkou až nižší či mírnou a zbylých 37% jako vyšší až vysokou.

Tabulka 2 - Hodnocení fyzické zátěže

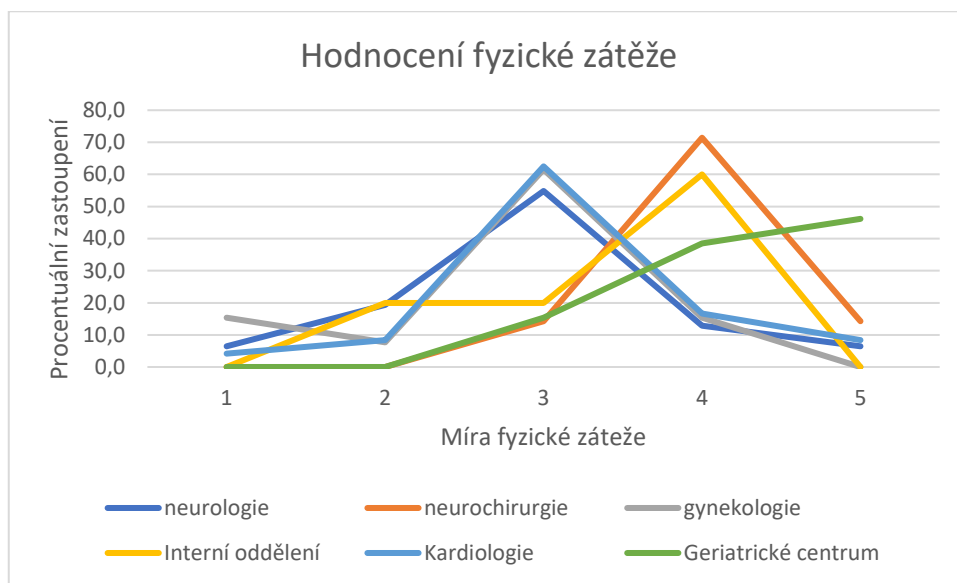
Míra fyzické zátěže	Relativní č.	Absolutní č.
1	5	5%
2	10	11%
3	44	47%
4	23	25%
5	11	12%

(vlastní zpracování)

Pokud se na to podíváme s ohledem na vybraná oddělení, graf s vyhodnocením fyzické zátěže (Obrázek 7) vyobrazuje určitou podobnost mezi některými odděleními. Zatímco

neurologické, gynekologické a kardiologické oddělení vnímají fyzickou zátěž za průměrnou, interní a neurochirurgické spíše jako vyšší, a respondenti z geriatrického oddělení považují fyzickou zátěž za vysokou.

Obrázek 7 - Graf hodnocení fyzické zátěže

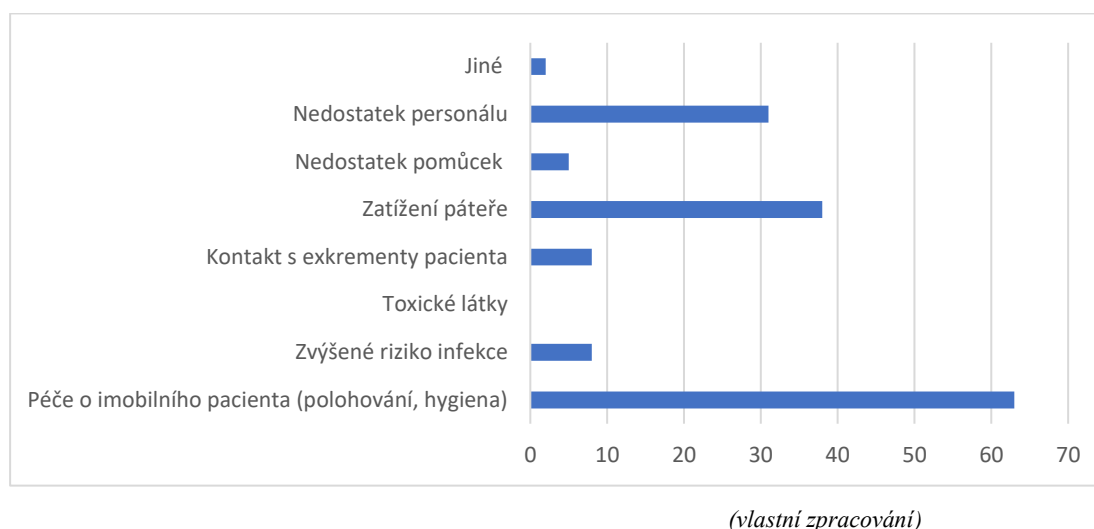


(vlastní zpracování)

Otázka č. 4: Co je pro vás největší zátěží z hlediska fyzické zátěže?

Při zjišťování, co považují respondenti za největší fyzickou zátěž při výkonu své profese, označovali respondenti více odpovědí. Jako nejčastější odpověď udávali péči o imobilního pacienta (63 respondentů), zatížení páteře (38 respondentů) a nedostatek personálu (31 respondentů). Zvýšené riziko infekce a kontakt s exkrementy pacienta uvedlo 8 respondentů a 5 jich vnímá jako největší zátěž nedostatek pomůcek. Další 2 respondenti uvedli také jinou odpověď, kde uvedli napadení pacienty a manipulaci s obézními pacienty.

Obrázek 8 - Největší zátěž z hlediska fyzické zátěže



Otázka č. 5: Jak hodnotíte psychickou náročnost své práce?

Při celkovém hodnocení v Tabulce 3 je opět vidět nejnižší procentuální zastoupení (19%) u nízké a nižší psychické zátěži, 39% respondentů vnímá psychickou zátěž na pracovišti jako průměrnou a 42% respondentů jako vyšší či vysokou.

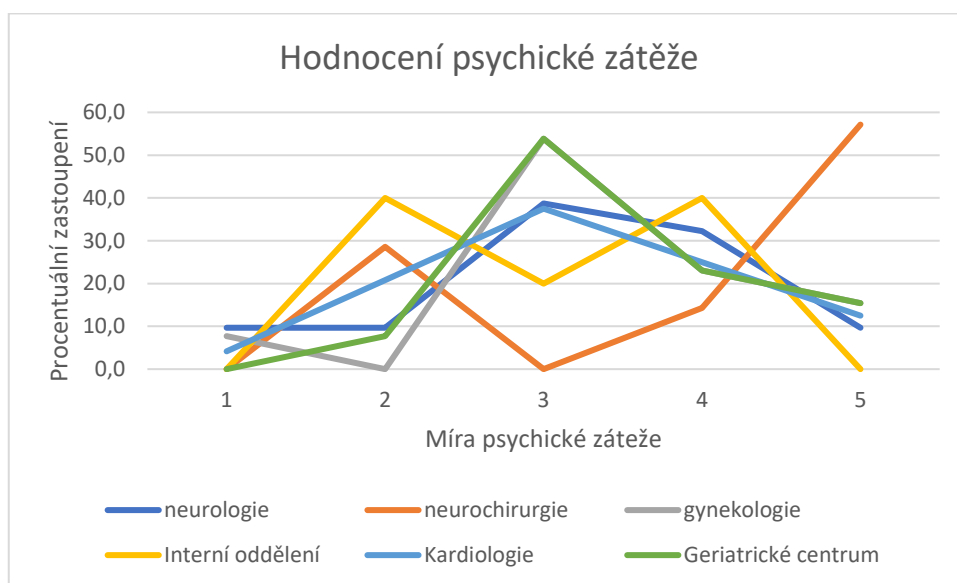
Tabulka 3 - Hodnocení fyzické zátěže

Míra psych. zátěže	Relativní č.	Absolutní č.
1	5	5%
2	13	14%
3	36	39%
4	25	27%
5	14	15%

(vlastní zpracování)

Při pohledu na graf s vyhodnocením psychické zátěže (Obrázek 9) lze na první pohled vidět nejvyšší psychickou zátěž vyhodnocenou na neurochirurgickém oddělení. U respondentů z interního oddělení je rozpol mezi nižší a vyšší mírou psychické zátěže, což může být způsobeno nízkým počtem respondentů z daného oddělení. Zbýlé čtyři oddělení považují psychickou zátěž za průměrnou.

Obrázek 9 - Graf hodnocení psychické zátěže

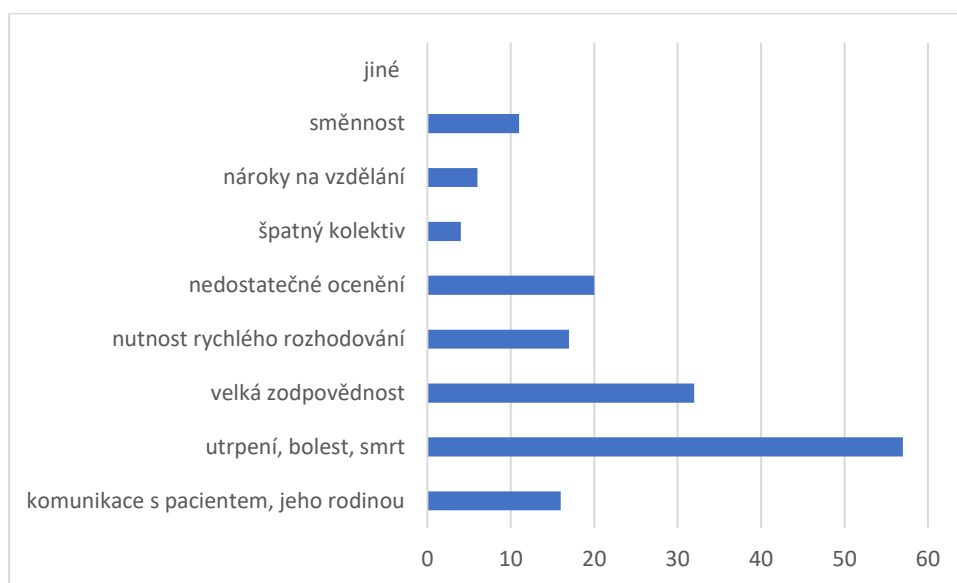


(vlastní zpracování)

Otázka č. 6: Co je pro vás největší zátěží z hlediska psychické zátěže?

I u otázky ohledně psychické náročnosti bylo zjišťováno, co považují respondenti za největší stresor. Jak lze vidět z grafu níže (Obrázek 10), nejčastější odpovědí bylo utrpení, bolest či smrt pacientů (57 respondentů), dále velká zodpovědnost (32 respondentů) a nedostatečné ocenění (20 respondentů). 17 respondentů uvedlo nutnost rychlého rozhodování, 16 respondentů komunikaci s pacientem a jeho rodinou a 11 respondentů směnnost. Nároky na vzdělání uvedlo pouze 6 respondentů a špatný kolektiv pouze 4 respondenti.

Obrázek 10 - Největší psychická zátěž dle respondentů

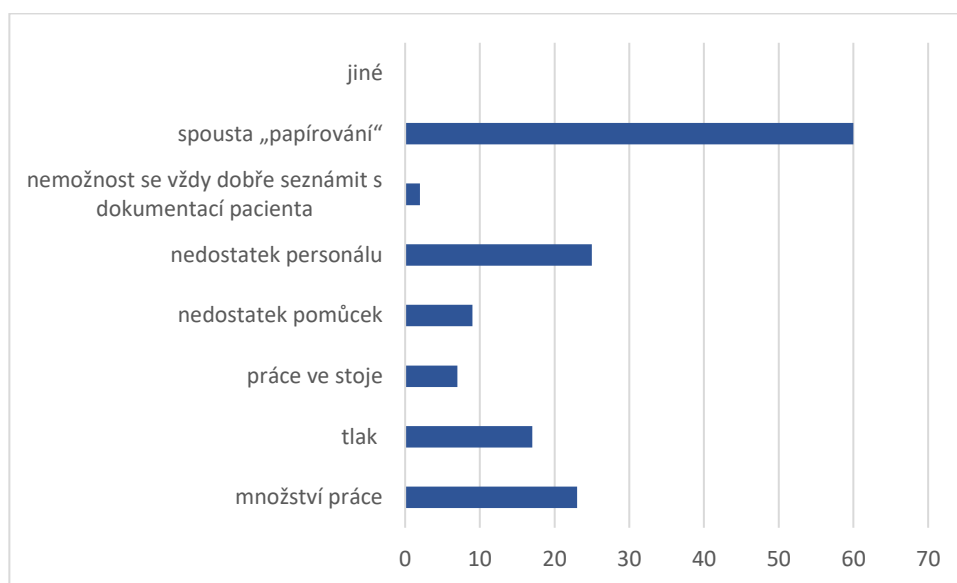


(vlastní zpracování)

Otázka č. 7: Jaký faktor ztěžuje Vaši práci?

U této otázky měli respondenti uvést co považují za faktor, který jejich práci komplikuje. Odpovědi jsou graficky vyobrazeny v grafu (Obrázek 11). Mezi nejčastější odpovědi bylo uvedeno spousta „papírování“ a to celkem 60ti respondenty. 25 respondentů uvedlo nedostatek personálu, 23 respondentů množství práce, 17 respondentů tlak. Nedostatek pomůcek uvedlo pouze 9 respondentů, 7mi respondentům je na obtíž práce ve stoje a 2 respondenti uvedli nemožnost se vždy dobře seznámit s dokumentací pacienta.

Obrázek 11 - Jaký faktor ztěžuje Vaši práci?

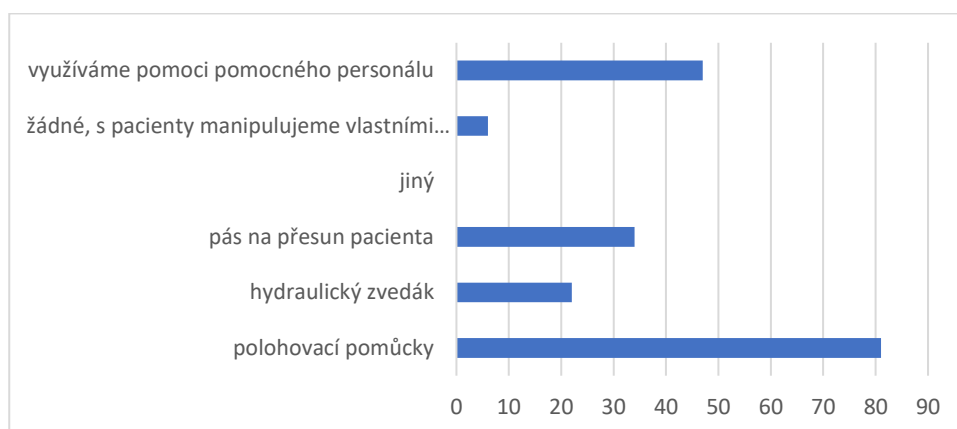


(vlastní zpracování)

Otázka č. 8: Jaké pomůcky pro manipulaci s pacienty máte k dispozici?

Otázky 8-11 se týkají pomůcek usnadňující výkon profese zdravotních sester, kterým je také ovlivněno jejich fyzické zdraví. Otázka č. 8 zjišťuje, zda a jaké pomůcky pro manipulaci s pacienty mají zdravotní sestry k dispozici. Jelikož je obvykle na oddělení více prostředků pro manipulaci, uváděli respondenti více odpovědí. Polohovací pomůcky uvedlo 81 respondentů, 47 respondentů uvedlo, že si vypomáhají pomocí pomocného personálu, pás na přesun pacienta uvedlo 34 respondentů, hydraulický zvedák 22 respondentů a 6 respondentů se domnívá, že žádné pomůcky k dispozici nemá. Nicméně díky této otázce bylo zjištěno, že zdravotní sestry nejsou dostatečně informovány o pomůckách pro manipulaci s pacienty, jelikož respondenti ze stejného oddělení odpovídali rozdílně. Odpovědi na otázku č. 8 jsou graficky vyobrazeny v Obrázku 12 na následující straně.

Obrázek 12 - Jaké pomůcky pro manipulaci s pacienty máte k dispozici?

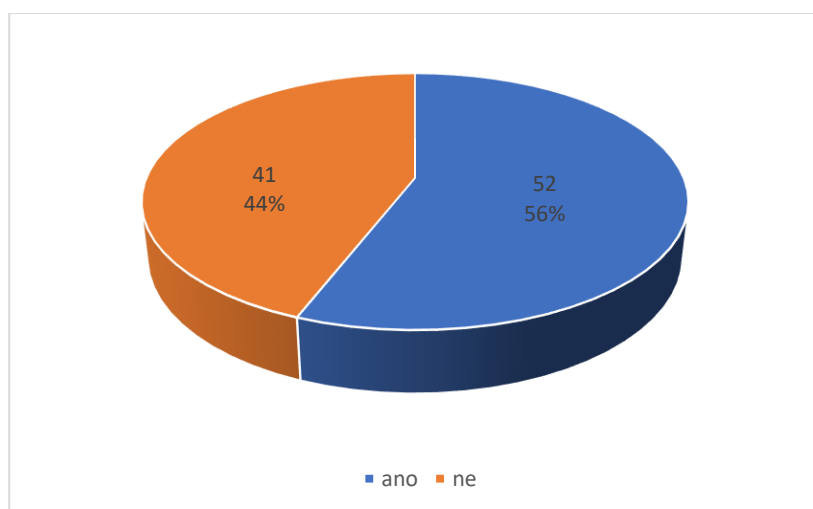


(vlastní zpracování)

Otázka č. 9: Vnímáte množství pomůcek pro výkon své profese jako dostačující?

Otázkou č. 9 bylo zjišťováno, zda respondenti považují množství manipulačních pomůcek, který usnadňuje jejich práci jako dostačující či nikoli. Graf (Obrázek 13) znázorňuje rozdíl o 11 respondentů ve prospěch těch, kteří vnímají množství pomůcek jako dostačující.

Obrázek 13 - Vnímáte množství pomůcek pro výkon své profese jako dostačující?

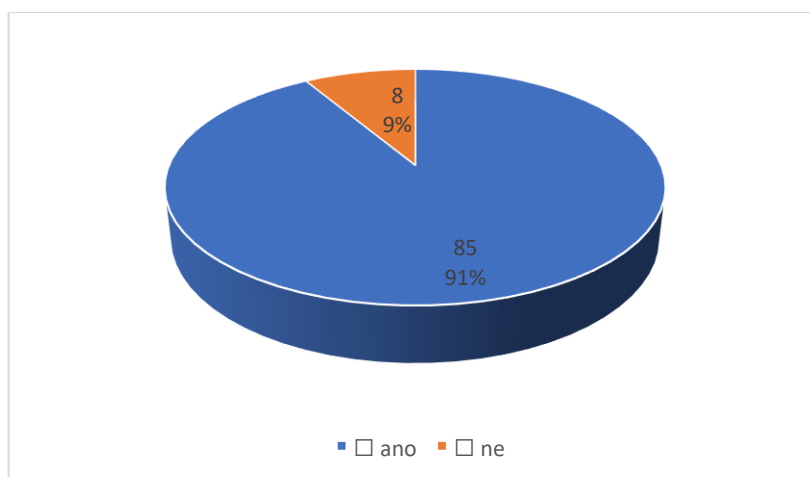


(vlastní zpracování)

Otázka č. 10: Používáte tyto pomůcky k usnadnění své práce?

Otázka č. 10 zjišťovala, zda vůbec respondenti dané pomůcky využívají. Obrázek 14 graficky vyobrazuje podíl odpovědí. 85 respondentů uvedlo, že ano a zbylých 8 uvedlo, že pomůcky nevyužívá. Z výše uvedených 41 respondentů, kteří uvedli, že pomůcky vnímají jako nedostatečné, jich 5 pomůcky vůbec nevyužívá. Při bližším prozkoumání bylo zjištěno, že z 8mi respondentů, kteří uvedli, že žádné pomůcky nevyužívají, jich 4 odpovědělo v otázce č.8, že žádné k dispozici nemají.

Obrázek 14 - Používáte tyto pomůcky k usnadnění své práce?



(vlastní zpracování)

Otázka č. 11: Jaké pomůcky byste případně uvítali?

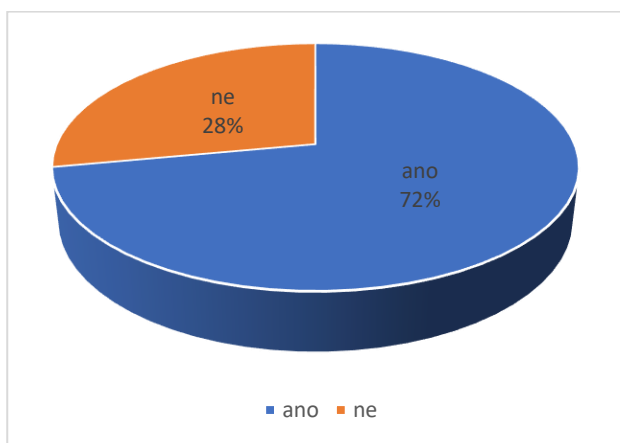
Otázka č. 11 byla formou vypisovací. Na rozepisovací otázku odpovědělo celkem 32 respondentů. Z toho 19x se zde objevilo, že by respondenti uvítali na svých oddělení zvedák pro snadnější manipulaci s pacienty, a to napříč všemi odděleními vyjma gynekologie a interního oddělení. Dále zde se opakovala pojízdná koupací vana pro pacienty, antidekubitní pomůcky a celkově více polohovacích pomůcek převážně na kardiologickém oddělení.

Otázka č. 12: Ztěžuje vám práci současná epidemiologická situace?

Otázky č. 12-14 byly zaměřeny na to, jak respondenti vnímají zásah do svého pracovního procesu s ohledem na epidemiologickou situaci kvůli onemocnění Covid 19. Otázka č. 12 zjišťovala, zda sestry vnímají epidemiologickou situaci v souvislosti s běžnou

pracovní náplní jako ztěžující či nikoliv. Celkem 67 respondentů (72%) uvedlo, že jim epidemiologická situace ztěžuje běžný pracovní den při poskytování zdravotních služeb. Oproti tomu 26 respondentů (28%) nepocítuje, že by je epidemiologická situace nějak výrazně ovlivňovala. Graficky je to znázorněno na Obrázku 15 níže.

Obrázek 15 - Ztěžuje vám práci současná epidemiologická situace?



(vlastní zpracování)

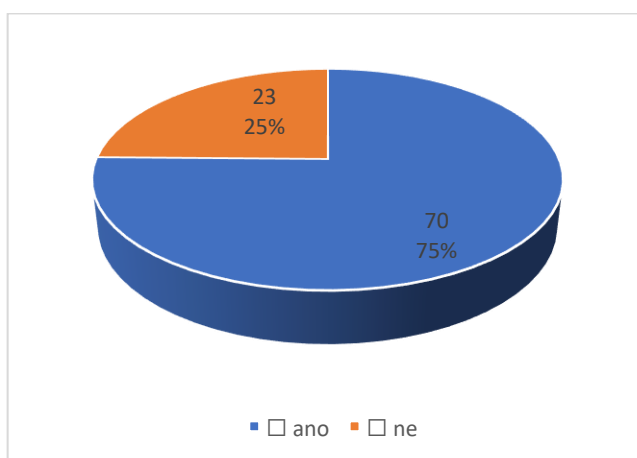
Otázka č. 13: Pokud ano, jakým způsobem?

U otázky č. 13 se měli respondenti, kteří odpověděli v předchozí otázce, že jim epidemiologická situace spojená s onemocněním Covid 19 ztěžuje pracovní režim, rozepsat jakým způsobem je tato situace pro ně ztěžující. Respondenti uváděli zvýšenou administrativní zátěž, dále časově náročnější oblékání ochranných pomůcek a kontroly bezinfekčnosti či očkování, neustálé testování sebe i pacientů, strach z nákazy, časté přemísťování pacientů na izolované pokoje či zhoršenou komunikaci i péči o pacienty kvůli ochranným pomůckám. Dále respondenti také uváděli neustále přesuny na jiná oddělení, nedostatek personálu z důvodu karanténních či izolačních opatření, zvýšené přesčasy a s tím vším zvýšený stres.

Otázka č. 14: Měli jste/ máte v tzv. covidovém období více přesčasů?

Otázkou č. 14 bylo zjišťováno, zda právě v tomto období měli respondenti více přesčasových hodin než obvykle. Jak lze vidět na Obrázku 15, 70 respondentů, což činí 75%, uvedlo, že mělo více přesčasů než obvykle a 23 respondentů (25%) uvedlo, že nikoli.

Obrázek 16 - Měli jste/ máte v tzv. covidovém období více přesčasů?

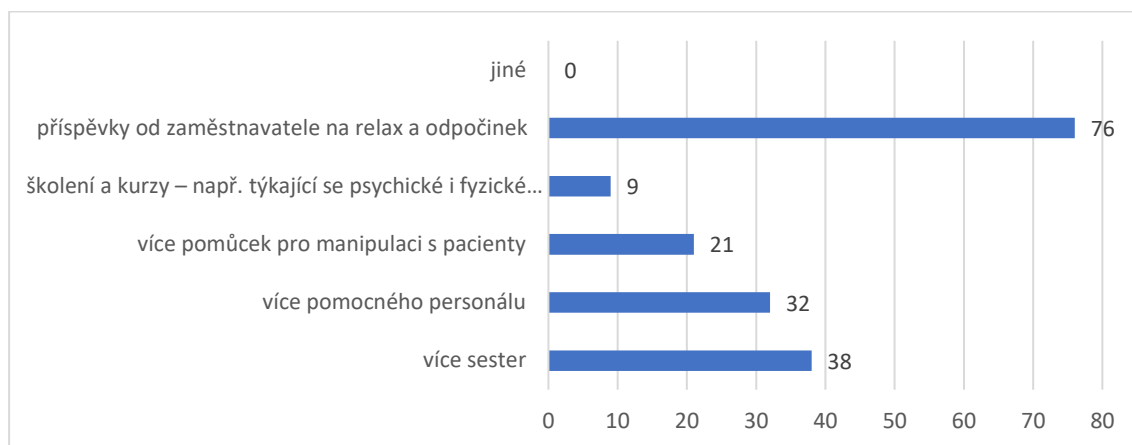


(vlastní zpracování)

Otázka č. 15: Co byste na svém oddělení uvítali?

Další otázka se snažila zjistit, o co by respondenti měli zájem ke zmírnění zátěže. U této otázky mohli respondenti vybírat více odpovědí. Jak je uvedeno v grafu níže (Obrázek 17), největší zájem měli respondenti o příspěvky od zaměstnavatele na relax a odpočinek (76 respondentů), dále by ocenili více sester (38 respondentů) a pomocného personálu (32 respondentů). Někteří by na svém oddělení rádi viděli i více pomůcek pro manipulaci s pacienty (21 respondentů) a 9 respondentů projevilo zájem i o školení či kurz ohledně fyzické/psychické zátěže či správnou manipulaci s pacienty.

Obrázek 17 - Co byste na svém oddělení uvítali?

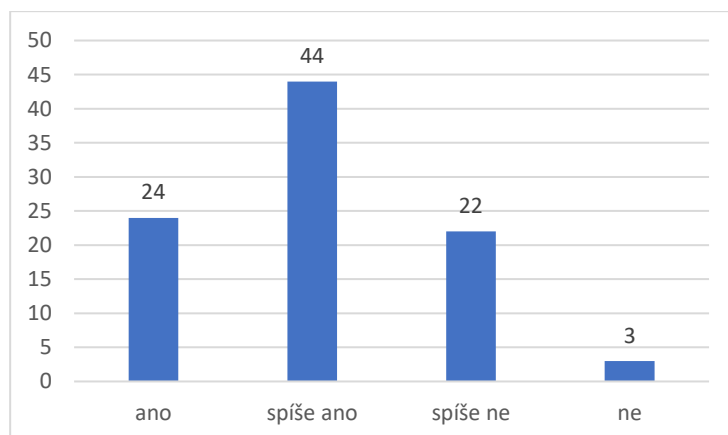


(vlastní zpracování)

Otázka č. 16: Cítíte se po každé směně unaveni?

Následující otázka č. 16 je určena ke zjištění, zda je pro respondenty pracovní den náročný. Více než polovina respondentů (68 respondentů) se přiklonila k názoru, že se po své pracovní směně cítí unaveni. Pouze 25 respondentů to tak nevnímá.

Obrázek 18 - Cítíte se po každé směně unaveni?

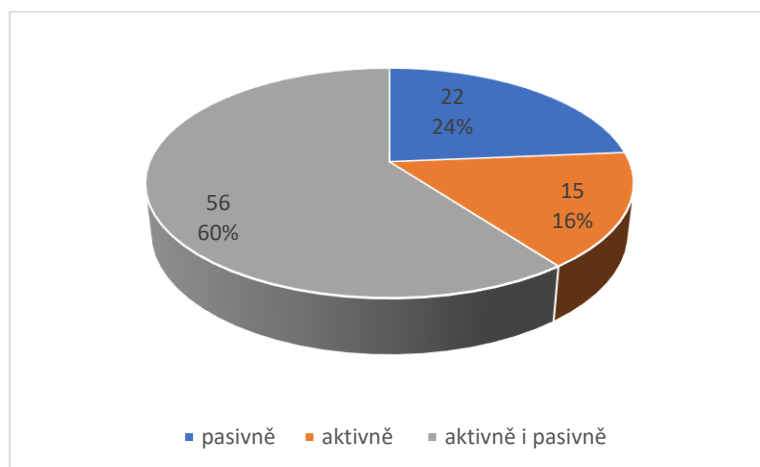


(vlastní zpracování)

Otázka č. 17: Jak nejradyji relaxujete?

V otázce č. 17 měli respondenti vybrat, zda nejradyji relaxují spíše aktivně (např. sportem, prací na zahradě) nebo spíše pasivně (spánek, četba, masáž) nebo kombinace obojího. Největší procentuální zastoupení (60%) má kombinace aktivního i pasivního relaxu. 24% respondentů spíše raději odpočívá pasivně a 16% relaxuje sportem či prací na zahradě.

Obrázek 19 - Jak nejraději relaxujete?

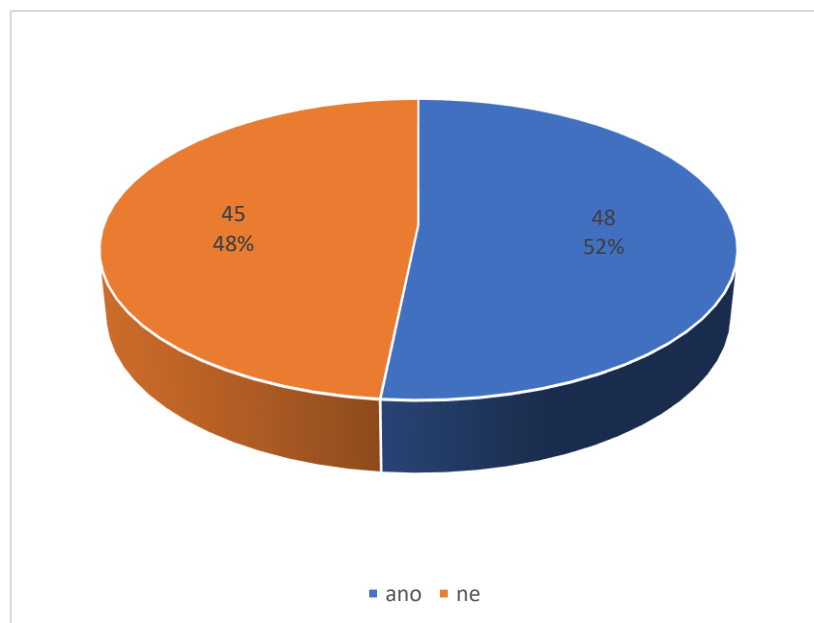


(vlastní zpracování)

Otázka č. 18: Máte nějaké zdravotní potíže související s Vaším povoláním?

Odpovědi na otázku č.18, zda mají respondenti nějaké zdravotní potíže související s jejich povoláním, jsou celkem vyrovnané. Jak je vidět v grafu níže, 52% uvádí, že zdravotní potíže má a oproti tomu 48% respondentů uvádí, že nikoliv.

Obrázek 20 - Máte nějaké zdravotní potíže související s Vaším povoláním?

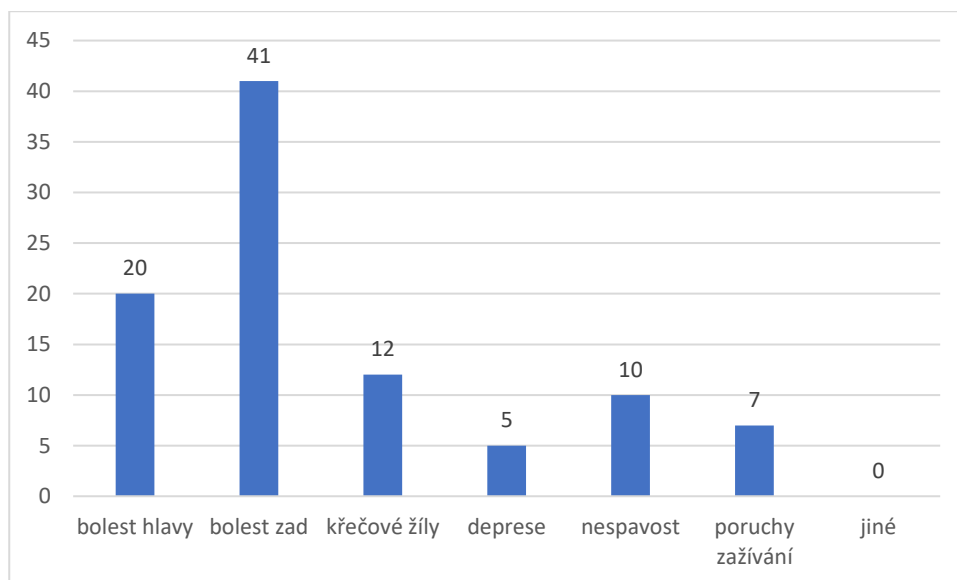


(vlastní zpracování)

Otázka č. 19: Pokud ano, jaké?

Navazující otázkou č. 19 bylo zjišťováno, jaké jsou ty zdravotní potíže, které respondenti dávají za vinu svému povolání. Nutno uvést, že zde opět respondenti vybírali více odpovědí. Nejvíce respondentů, tedy 41, uvedlo za svůj zdravotní problém bolest zad. V počtu 20 odpovědí se zde objevuje bolest hlavy, následuje 12 respondentů trpícím na křečové žíly, 10 respondentů trápí nespavost, 7 respondentů bojuje s poruchami zažívání a 5 respondentů uvádí, že trpí depresemi.

Obrázek 21 - Jaké máte zdravotní potíže?

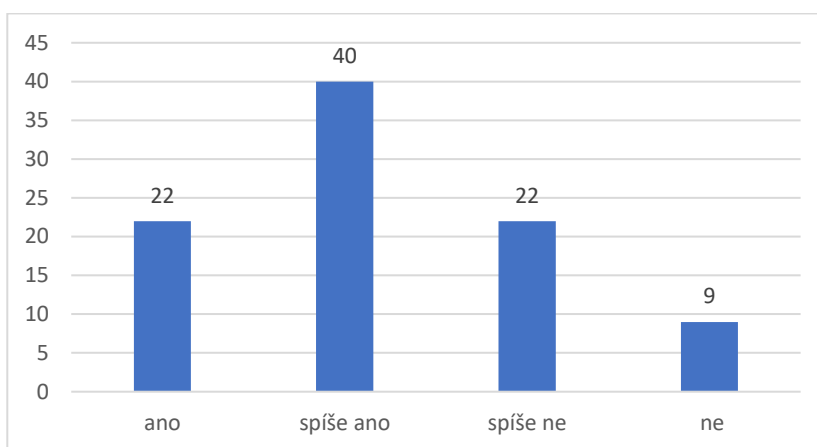


(vlastní zpracování)

Otázka č. 20: Jste nadřizenými motivováni k lepším výkonům?

Následující tři otázky se zabývají motivací respondentů ze strany nadřízených a zaměstnavatele. Na otázku č. 20, zda jsou nadřizenými motivováni k lepším výkonům, více než polovina (celkem 62 respondentů) odpověděla kladně a zbylých 31 respondentů se přiklání k tomu, že motivace ze strany nadřízených není dostatečná. Graficky je to vyobrazeno na následující straně (Obrázek 22).

Obrázek 22 - Jste nadřízenými motivováni k lepším výkonům?

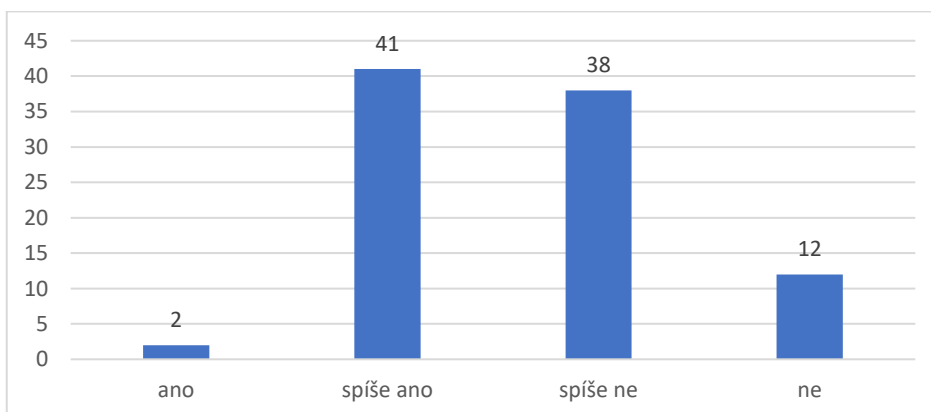


(vlastní zpracování)

Otázka č. 21: Myslíte si, že jste adekvátně odměňováni za svou práci?

V otázce č. 21 měli respondenti vybrat se čtyř možností, jak vnímají finanční ocenění své vykonané práce. Zde se již 50 respondentů přiklání k záporné odpovědi, tedy nevnímají své finanční ohodnocení jako adekvátní vůči své vykonané práci a 43 respondentů považuje spíše za adekvátní.

Obrázek 23 - Myslíte si, že jste adekvátně odměňováni za svou práci?



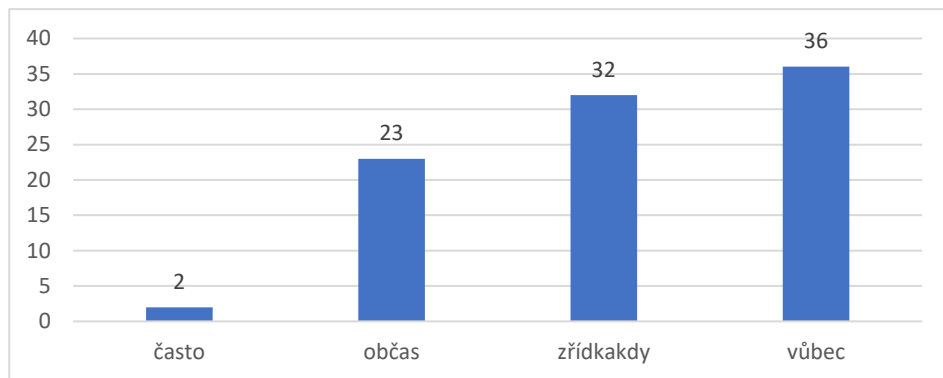
(vlastní zpracování)

Otázka č. 22: Dostáváte i jiné odměny než finanční??

Poslední otázkou na motivaci zaměstnanců měli respondenti odpovědět, jak často jsou odměňováni jinak než finančně formou výplaty. Pouze 2 respondenti uvedli, že jsou

často odměňováni jinak než finančně a 23 respondentů uvedlo že občas. 32 respondentů odpovědělo zřídka a 36 respondentů vůbec.

Obrázek 24 - Dostáváte i jiné odměny než finanční?

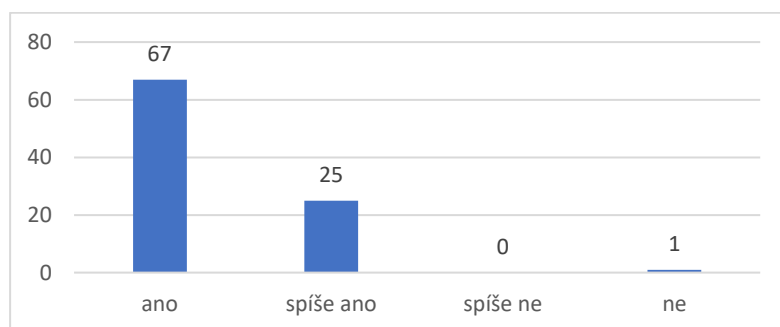


(vlastní zpracování)

Otázka č. 23: Máte rád/a svoje povolání?

Posledních pět otázek je zaměřeno na spokojenost respondentů ve svém zaměstnání. Na otázku č. 23, zda respondent má rád své povolání, uvedlo 67 respondentů ano, 25 respondentů spíše ano a jeden respondent se vyjádřil zápornou odpovědí.

Obrázek 25 - Máte rád/a svoje povolání?



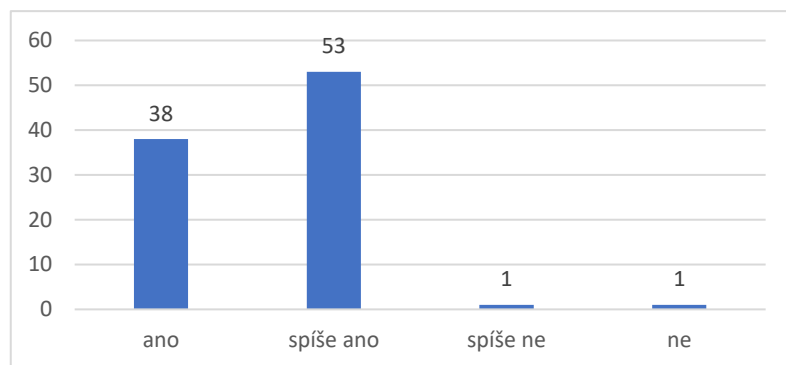
(vlastní zpracování)

Otázka č. 24: Chodíte do svého zaměstnání rád/a, uspokojuje Vás?

Na otázku zabývající se, zda respondenti chodí rádi do svého zaměstnání, zda je tím uspokojováno jejich poslání, opět převažovaly kladné odpovědi – 38 respondentů uvedlo

ano a 53 respondentů spíše ano. Negativními odpověďmi spíše ne a ne odpovědělo vždy po jednom respondentu.

Obrázek 26 - Chodíte do svého zaměstnání rád/a, uspokojuje Vás?

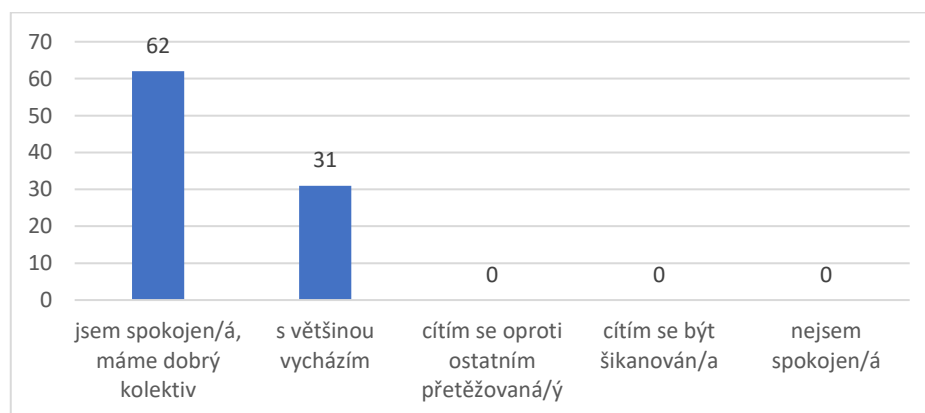


(vlastní zpracování)

Otázka č. 25: Jak vnímáte svůj kolektiv na oddělení?

Výsledky otázky č. 25 ukazují, že 62 respondentů je na svém oddělení spokojeno a vnímá svůj kolektiv jako dobrý a 31 respondentů s většinou svých kolegů vychází. Nikdo neodpověděl, že by se cítil být oproti ostatním přetěžovaný, šikanovaný nebo prostě jen nebyl spokojený s kolektivem na svém oddělení.

Obrázek 27 - Jak vnímáte svůj kolektiv na oddělení?



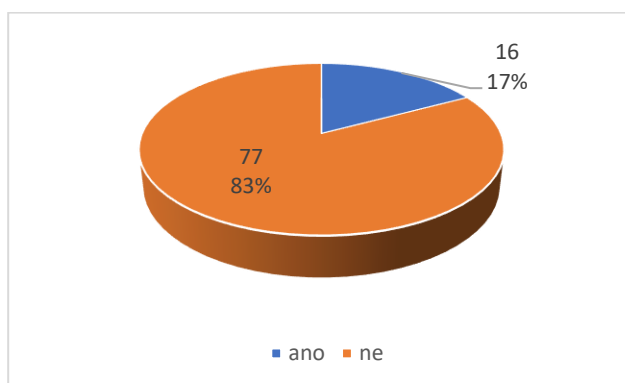
(vlastní zpracování)

Otázka č. 26: Přemýšlíte o změně zaměstnání?

Otázka č. 27: Pokud ano, proč?

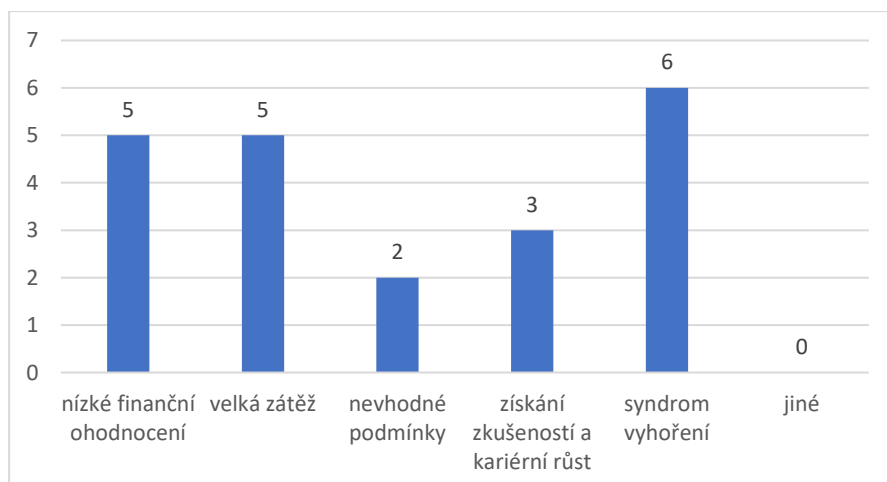
Jak vyplývá z grafu (Obrázek 28), o změně zaměstnání přemýšlí 17% respondentů. Důvody pro těchto 16 respondentů jsou graficky znázorněny v Obrázku 29 níže. Respondenti uváděli více než jeden důvod pro změnu zaměstnání. Syndrom vyhoření uvedlo 6 respondentů, dalších 5 respondentů uvedlo nízké finanční ohodnocení a velkou zátěž, 3 respondenti by rádi získali více zkušeností a postoupili v žebříčku kariéry výš a 2 respondenti nepovažují pracovní podmínky za vhodné. Zbylých 83% respondentů o změně zatím neuvažuje.

Obrázek 28 - Přemýšlíte o změně zaměstnání?



(vlastní zpracování)

Obrázek 29 - Důvod změny zaměstnání



(vlastní zpracování)

4.3 Testování hypotéz a interpretace výsledků

Testované hypotézy byly vypočítány pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu nezávislosti v kontingenčních tabulkách programu Microsoft Excel. Pro všechny testované hypotézy byla určena hodnota alfa $\alpha=0,05$.

4.3.1 Předpoklad č. 1

Předpokládáme, že s vyšší délkou praxe je stres vnímán zdravotní sestrou jako menší.

H₀: Délka praxe nemá vliv na vnímání psychické zátěže.

H₁: Délka praxe má vliv na vnímání psychické zátěže.

První hypotéza testuje, zda existuje souvislost mezi délkou praxe ve zdravotnictví a mírou vnímání psychické zátěže na pracovišti. Obecně lze předpokládat, že čím je zdravotní sestra zkušenější, tedy má více let praxe, tím zvládá psychickou zátěž lépe a nevnímá ji tedy jako vysokou oproti méně zkušenějším kolegyním.

K testování hypotézy byly využity odpovědi z dotazníkového šetření u otázky č. 5 *Jak hodnotíte psychickou náročnost své práce?* (Tabulka 3) a odpovědi z otázky č. 1 *Délka Vaší praxe ve zdravotnictví?* (Obrázek 4).

Hypotéza byla testována pomocí Chí-kvadrát testu nezávislosti. Aby byla splněna podmínka pro použití tohoto testu, je zapotřebí sloučit míru psychické zátěže do dvou skupin. Byla zvolena míra zátěže 1-3 jako kategorie s nižší zátěží a míra zátěže 4-5 jako kategorie s vyšší zátěží. Pro potřeby testování je vše přehledně uvedeno v Tabulce 4.

Tabulka 4 – Pozorované četnosti

Psychická náročnost	délka praxe méně než 5 let	délka praxe 5-10let	délka praxe nad 10let
Míra zátěže 1-3	7	17	30
Míra zátěže 4-5	5	13	21

(vlastní zpracování)

Při porovnání výsledné p-hodnoty a hodnoty $\alpha=0,05$ bylo zjištěno, že nulová hypotéza byla zamítnuta a byla prokázána platnost alternativní hypotézy. Byla zde tedy prokázána existence vlivu délky praxe na vnímání psychické náročnosti práce zdravotních sester a jedná se o statisticky významnou položku. Pro určení síly závislosti bylo vypočteno Cramérovo V, které činí 0,817.

Tabulka 5 - Pearsonův chí-kvadrát test Míra stresu x délka praxe

Statistika	VALUE	D.F.	p – hodnota testu
Pearsonův chí-kvadrát test	62,0804	1	$0 < 0,05$

(vlastní zpracování)

4.3.2 Předpoklad č. 2

Předpokládáme, že zdravotní sestry s nižší mírou stresu jsou spokojenější s pracovními podmínkami než sestry s vyšší mírou stresu.

K vyhodnocení této hypotézy byly použity výsledky relativních četností jednotlivých položek a statistický test nezávislosti s názvem Pearsonův chí-kvadrát test.

Jako první byla testována otázka č. 24 *Chodíte do svého zaměstnání rád/a, uspokojuje Vás?* Z výsledků dotazníkového šetření došlo k pozitivnímu zjištění – 40,9% respondentů uvedlo, že dochází do svého zaměstnání rádo a 57% spíše rádo. Pouhé 2,2% uvedlo negativní odpověď. Dle statistického testu není výsledek statisticky významný.

H_{02} : Míra stresu nemá vliv na to, zda sestry chodí rády do svého zaměstnání.

H_{12} : Míra stresu má vliv na to, zda sestry chodí rády do svého zaměstnání.

Tabulka 6 - Pearsonův chí-kvadrát test Míra stresu x spokojenost v práci

Statistika	VALUE	D.F.	p – hodnota testu
Pearsonův chí-kvadrát test	0,054	1	$0,815 > 0,05$

(vlastní zpracování)

Druhou testovanou otázkou byla otázka č. 25 *Jak vnímáte svůj kolektiv na oddělení?* Zde také z výsledků testování vychází pozitivní zjištění – 66,7% respondentů je spokojeno se svým kolektivem a 33,3% respondentů uvedlo, že s většinou vychází. Vzhledem k tomu, že zbylé odpovědi neoznačil žádný respondent, v případě této hypotézy budeme považovat odpověď „s většinou vycházím“ jako negativní. Nicméně i tak není po použití Pearsonova chí-kvadrát výsledek statisticky významný.

H0₃: Kolektiv na pracovišti nemá vliv na vnímanou míru stresu.

H1₃: Kolektiv na pracovišti má vliv na vnímanou míru stresu.

Tabulka 7 - Pearsonův chí-kvadrát test Míra stresu x kolektiv na pracovišti

Statistika	VALUE	D.F.	p – hodnota testu
Pearsonův chí-kvadrát test	1,778	1	0,181 > 0,05

(vlastní zpracování)

Třetí testovanou otázkou je vliv dostatečného množství pomůcek na míru stresu. Zde byla využita otázka č. 9 *Vnímáte množství pomůcek pro výkon své profese jako dostačující?* 56% respondentů považuje dostupné množství pomůcek jako dostatečný a 44% naopak jako nedostatečný. V závislosti na míru stresu se nejedná o statisticky významný výsledek.

H0₄: Množství pomůcek nemá vliv na vnímanou míru stresu.

H1₄: Množství pomůcek má vliv na vnímanou míru stresu.

Tabulka 8 - Pearsonův chí-kvadrát test Míra stresu x množství pomůcek

Statistika	VALUE	D.F.	p – hodnota testu
Pearsonův chí-kvadrát test	2,649	1	0,103 > 0,05

(vlastní zpracování)

Poslední testovanou otázkou je otázka č.26 *Přemýšlíte o změně zaměstnání?* Z dotazníkového šetření vyplývá, že 83% respondentů neuvažuje o změně zaměstnání a 17% nad tím přemýšlí. Nejčastějším důvodem, proč by respondenti chtěli změnit zaměstnání,

uvedli syndrom vyhoření, nízké finanční ohodnocení a velkou zátěž. Dle Pearsonova testu se jedná o statisticky významnou položku. Pro určení síly závislosti bylo vypočteno Cramérovo V, které činí 0,248.

H0₅: Míra stresu nemá vliv na změnu zaměstnání.

H1₅: Míra stresu má vliv na změnu zaměstnání.

Tabulka 9 - Pearsonův chí-kvadrát test Míra stresu x změna zaměstnání

Statistika	VALUE	D.F.	p – hodnota testu
Pearsonův chí-kvadrát test	5,706	1	0,016 <0,05

(vlastní zpracování)

Závěrem této hypotézy je třeba poukázat na fakt, že přestože se u většiny neprokázala statistická významnost, respondenti kladně hodnotili subjektivní pocity ze svého zaměstnání, tedy konkrétně docházení do něj, i převážně pozitivní atmosféru na pracovišti. Je však otázkou, zda opravdu respondenti odpovídali dle pravdy a skutečných pocitů nebo se z jakéhokoli důvodu obávali a vyplňovali tak, aby to „vypadalo dobře“. Nicméně věřím, že na pracovišti opravdu panuje přátelská atmosféra a respondenti berou své povolání jako poslání, které je naplňuje. O tom poukazuje i nízký počet respondentů, kteří přemýšlí o změně zaměstnání. Co se týče pomůcek pro usnadnění výkonu profese a snížení jejich námahy, zde to nebylo tak jednoznačné, i když převažoval počet s kladnou odpovědí. Zajímavým zjištěním také bylo, že v rámci jednoho konkrétního oddělení byly rozdílné odpovědi mezi jednotlivými respondenty. Někteří odpovídali, že pomůcky mají k dispozici a jiní zase naopak. Pokud vezmeme v potaz také odpovědi u otázky č. 11, kde měli respondenti sami napsat o jaké pomůcky by měli na svém pracovišti zájem, nejvíce se zde opakovalo zvedací zařízení, koupací vana, antidekubitní pomůcky a celkově více polohovacích pomůcek. U otázky č. 15 *Co byste na svém oddělení uvítali?* zase největší zájem byl o příspěvky na relax a odpočinek (43,2%), více sester a pomocného personálu (39,8%), pomůcky pro manipulaci s pacienty (11,9%) a také zde byl projeven zájem o školení a kurzy s ohledem na prevenci psychické a fyzické zátěže či manipulaci s pacienty (5,1%).

4.3.3 Předpoklad č. 3

Předpokládáme, že zdravotní sestry nejsou dostatečně motivovány k výkonu své profese vzhledem k finančnímu ohodnocení a pracovním podmínkám.

Z dotazníkového šetření vyplývá, že 22 respondentů je svými nadřízenými motivováno, 40 respondentů uvádí spíše kladnou odpověď, 22 respondentů si spíše nemyslí, že by byli motivováni a 9 respondentů uvádí, že nejsou vůbec motivováni k lepším výkonům. Pro účely testování byli kladné a záporné odpovědi sloučeny.

Pro vyhodnocení hypotézy je první testovanou položkou otázka č. 21 *Myslíte si, že jste adekvátně odměňováni za svou práci?* Pouhé 2% respondentů uvedlo, že si myslí, že je adekvátně odměňováno, 44,1% uvedlo spíše ano, 40,9% si to spíše nemyslí a 12,9% si to nemyslí vůbec. Dle statistického testu se jedná o statisticky významnou položku. Pro určení síly závislosti bylo vypočteno Cramérovo V, které činí 0,29.

H₀: Zdravotní sestry nejsou dostatečně motivovány k výkonu své profese vzhledem k adekvátnímu finančnímu odměňování.

H₁: Zdravotní sestry jsou dostatečně motivovány k výkonu své profese vzhledem k adekvátnímu finančnímu odměňování.

Tabulka 10 - Pearsonův chí-kvadrát test Motivace nadřízenými x adekvátní odměny

Statistika	VALUE	D.F.	p – hodnota testu
Pearsonův chí-kvadrát test	1,807	1	0,005 <0,05

(vlastní zpracování)

Další testovanou položkou je otázka č. 22 *Dostáváte i jiné odměny než finanční?* 2,2% respondentů uvedlo, že dostává často jiné než finanční odměny, 24,7% uvedlo, že je dostává občas, 34,4% zřídka a 38,7% vůbec nedostává jiné než finanční odměny. Na základě statistického testu se jedná o statisticky významnou položku. Pro určení síly závislosti bylo vypočteno Cramérovo V, které činí 0,28.

H0₇: Zdravotní sestry nejsou dostatečně motivovány k výkonu své profese vzhledem k jiným než finančním odměnám.

H1₇: Zdravotní sestry jsou dostatečně motivovány k výkonu své profese vzhledem k jiným než finančním odměnám.

Tabulka 11 - Pearsonův chí-kvadrát test Motivace nadřizenými x nefinanční odměny

Statistika	VALUE	D.F.	p – hodnota testu
Pearsonův chí-kvadrát test	7,282	1	0,006 <0,05

(vlastní zpracování)

S ohledem na motivaci zdravotních sester a pracovních podmínek byla jako další položka pro testování zvolena otázka č. 3 *Jak hodnotíte fyzickou náročnost své práce?* Výsledky testu jsou přehledně uvedeny v tabulce v předchozích kapitolách (Tabulka 2), nicméně pro potřeby testování hypotézy byly sloučeny odpovědi s mírou fyzické zátěže 1-3 (63,4%) a odpovědi s mírou fyzické zátěže 4-5 (36,6%). Na základě statistického testování se však nejedná o statisticky významný výsledek.

H0₈: Zdravotní sestry nejsou dostatečně motivovány k výkonu své profese vzhledem k vykonávané míře fyzické zátěže.

H1₈: Zdravotní sestry jsou dostatečně motivovány k výkonu své profese vzhledem k vykonávané míře fyzické zátěže.

Tabulka 12 - Pearsonův chí-kvadrát test Motivace nadřizenými x fyzická náročnost

Statistika	VALUE	D.F.	p – hodnota testu
Pearsonův chí-kvadrát test	2,318	1	0,127 > 0,05

(vlastní zpracování)

Následující položkou k testování je otázka č. 5 *Jak hodnotíte psychickou náročnost své práce?* Výsledky testu jsou přehledně uvedeny v Tabulce 3 (strana 52) a i zde byly sloučeny odpovědi s mírou psychické zátěže 1-3 (58,1%) a odpovědi s mírou psychické zátěže 4-5 (41,9%).

Dle statistického testování se ani zde nepodařila prokázat závislost na základě sesbíraných dat.

H₀₉: Zdravotní sestry nejsou dostatečně motivovány k výkonu své profese vzhledem k vystavované míře stresu.

H₁₉: Zdravotní sestry jsou dostatečně motivovány k výkonu své profese vzhledem k vystavované míře stresu.

Tabulka 13 - Pearsonův chí-kvadrát test Motivace nadřizenými x stres

Statistika	VALUE	D.F.	p – hodnota testu
Pearsonův chí-kvadrát test	0,198	1	0,655 > 0,05

(vlastní zpracování)

Poslední testovanou položkou z hlediska motivace zdravotních sester je otázka č. 26 *Přemýšlíte o změně zaměstnání?* Jak již bylo zmíněno výše, 83% respondentů neuvažuje o změně zaměstnání a 17% nad tím přemýšlí. Dle Pearsonova testu se jedná o statisticky významnou položku. Pro určení síly závislosti bylo vypočteno Cramérovo V, které činí 0,22.

H₀₁₀: Motivace zdravotních sester neovlivňuje zájem o změnu zaměstnání.

H₁₁₀: Motivace zdravotních sester ovlivňuje zájem o změnu zaměstnání.

Tabulka 14 - Pearsonův chí-kvadrát test Motivace nadřizenými x změna zaměstnání

Statistika	VALUE	D.F.	p – hodnota testu
Pearsonův chí-kvadrát test	4,566	1	0,032 < 0,05

(vlastní zpracování)

Z testované hypotézy vyplývá, že zdravotní sestry jsou převážně z větší části motivovány svým nadřizeným k lepším výkonům. Při bližším prozkoumání výsledků se pouze 56,5% motivovaných respondentů cítí být adekvátně odměňováno a zbylých 43,5% to tak necítí. Ti samí respondenti, kteří se necítí být adekvátně odměňováni také uvedly zápornou odpověď při otázce ohledně jiných než finančních odměn a celkem 11,1% z nich uvádí, že přemýšlí o změně zaměstnání.

4.3.4 Předpoklad č. 4

Předpokládáme, že kombinace aktivní a pasivní relaxace má pozitivní vliv na vnímání pracovní zátěže a stresu a důsledků tím spojených.

Umění relaxovat patří mezi základní prvky boje proti stresu jakožto duševní hygieny. 60% respondentů uvedlo, že nejraději kombinuje aktivní a pasivní druh relaxu, 24% respondentů relaxuje nejraději pasivně a 16% aktivně.

Pro tuto hypotézu byly využity data z otázky č. 5 *Jak hodnotíte psychickou náročnost své práce?* Potřebná data jsou vyobrazena v Tabulce 3 na straně 52. Pro účely testování a zachování podmínky chí-kvadrát testu byly jednotlivé odpovědi sloučeny jako v předchozích hypotézách. Dle Pearsonova testu se nejedná o statisticky významný výsledek.

H₀₁₁: Kombinace aktivní a pasivní relaxace neovlivňuje pocíťovanou míru stresu.

H₁₁₁: Kombinace aktivní a pasivní relaxace ovlivňuje pocíťovanou míru stresu.

Tabulka 15 - Pearsonův chí-kvadrát test Druh relaxu x míra stresu

Statistika	VALUE	D.F.	p – hodnota testu
Pearsonův chí-kvadrát test	0,435	1	0,804 > 0,05

(vlastní zpracování)

Další položkou jsou data z otázky č. 3 *Jak hodnotíte fyzickou náročnost své práce?* Potřebná data jsou vyobrazena v Tabulce 2 na straně 50. Pro tyto účely a zachování podmínky chí-kvadrát testu byly jednotlivé odpovědi sloučeny stejně jako u testování hypotéz s mírou psychické zátěže. Dle Pearsonova testu se nejedná o statisticky významný výsledek.

H₀₁₂: Kombinace aktivní a pasivní relaxace neovlivňuje pocíťovanou míru vykonávané fyzické zátěže.

H₁₁₂: Kombinace aktivní a pasivní relaxace ovlivňuje pocíťovanou míru vykonávané fyzické zátěže.

Tabulka 16 - Pearsonův chí-kvadrát test Druh relaxu x fyzická náročnost

Statistika	VALUE	D.F.	p – hodnota testu
Pearsonův chí-kvadrát test	0,760	1	0,683 > 0,05

(vlastní zpracování)

Další testovanou položkou je otázka č. 16 *Cítíte se po každé směně unaveni?* Data jsou přehledně vyobrazena v grafu (Obrázek 18). Dle Pearsonova testu se nejedná o statisticky významný výsledek.

H₀₁₃: Kombinace aktivní a pasivní relaxace neovlivňuje pocíťovanou únavu po vykonané pracovní směně.

H₁₁₃: Kombinace aktivní a pasivní relaxace ovlivňuje pocíťovanou únavu po vykonané pracovní směně.

Tabulka 17 - Pearsonův chí-kvadrát test Druh relaxu x únava po směnách

Statistika	VALUE	D.F.	p – hodnota testu
Pearsonův chí-kvadrát test	3,59	1	0,166 > 0,05

(vlastní zpracování)

Vliv relaxace na fyzickou únavu, vyčerpání a míru stresu nebyl u daného souboru respondentů statisticky významně prokázán, ačkoli můžeme na základě popisné statistiky sledovat určité pozitivní trendy výskytu. Při případném dalším testování by bylo vhodné doplnit výzkum o četnost každého způsobu relaxačních metod a o MBI test na případný syndrom vyhoření.

4.3.5 Shrnutí výsledků testovaných hypotéz

Na základě stanovených předpokladů byly vytvořeny vhodné hypotézy vzhledem k možnostem z dotazníkového šetření a s ohledem na možnost testování. Pro přehlednost je níže uvedena tabulka s výsledky testovaných hypotéz z předešlých kapitol.

Tabulka 18 – Výsledky testovaných hypotéz

Délka praxe má vliv na vnímání psychické zátěže.	Potvrzeno
Míra stresu má vliv na to, zda sestry chodí rády do svého zaměstnání.	Nepotvrzeno
Kolektiv na pracovišti má vliv na vnímanou míru stresu.	Nepotvrzeno
Množství pomůcek má vliv na vnímanou míru stresu.	Nepotvrzeno
Míra stresu má vliv na změnu zaměstnání.	Potvrzeno
Zdravotní sestry jsou dostatečně motivovány k výkonu své profese vzhledem k adekvátnímu finančnímu odměňování.	Potvrzeno
Zdravotní sestry jsou dostatečně motivovány k výkonu své profese vzhledem k jiným než finančním odměnám.	Potvrzeno
Zdravotní sestry jsou dostatečně motivovány k výkonu své profese vzhledem k vykonávané míře fyzické zátěže.	Nepotvrzeno
Zdravotní sestry jsou dostatečně motivovány k výkonu své profese vzhledem k vystavované míře stresu.	Nepotvrzeno
Motivace zdravotních sester ovlivňuje zájem o změnu zaměstnání.	Potvrzeno
Kombinace aktivní a pasivní relaxace ovlivňuje pocíťovanou míru stresu.	Nepotvrzeno
Kombinace aktivní a pasivní relaxace ovlivňuje pocíťovanou míru vykonávané fyzické zátěže.	Nepotvrzeno
Kombinace aktivní a pasivní relaxace ovlivňuje pocíťovanou únavu po vykonané pracovní směně.	Nepotvrzeno

(vlastní zpracování)

V testované oblasti ohledně motivace, která ovlivňuje zájem o změnu zaměstnání, se zdá nejvýznamnějším faktorem finance a další nefinanční složky, i když musejí zvládat vysokou míru stresu a fyzické zátěže. V testované oblasti zaměřené na relaxace, se na daném souboru respondentů neukázaly být v souhrnu významným faktorem snižujícím pocíťovanou míru

stresu, fyzické zátěže a únavy atp.). Jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole, případné další testování by bylo vhodné doplnit výzkum o četnost každého způsobu relaxačních metod a dále pak o MBI test na případný syndrom vyhoření.

5 Závěr a doporučení

Cílem této diplomové práce bylo zaměřit se na chování člověka v krizových situacích ve spojených s výkonem profese, konkrétně tedy na profesi zdravotní sestry na lůžkových oddělení vybrané nemocnice.

Teoretická část je věnována charakteristice práce zdravotní sestry a předpokladům pro vykonávanou profesi. Další podkapitola se zabývá obecně problematice krizového chování člověka, vysvětlení pojmu krize, příčiny a druhy krizí a pomoci v krizi. Následující kapitoly teoretické části jsou zaměřeny na vlivy působící na zdravotní sestry jako jsou stres nebo psychická a fyzická zátěž. Na závěr teoretické části je uvedeno zvládnání těchto stresů a stresových situací, je zde popsán také syndrom vyhoření a motivace, jež je také neméně důležitou součástí.

Výzkumná část diplomové práce byla realizována za pomoci kvantitativní výzkumné metody formou dotazníkového šetření. Dotazníky byly rozdány na několika lůžkových oddělení vybrané nemocnice a výzkumným souborem byly zdravotní sestry pracující na těchto oddělení.

Na základě cílů diplomové práce byly stanoveny čtyři předpoklady, pomocí nichž pak byly sestaveny hypotézy.

První předpoklad se zabýval vlivem délky praxe na míru stresu. Zde byla hypotéza potvrzena. Druhý předpoklad se týkal spokojenosti zdravotních sester s pracovními podmínkami v závislosti na míru stresu. Zde nebyl prokázán vliv, nicméně ukázalo se, že většina zdravotních sester je spokojena. Třetím předpokladem byl testován vliv motivace zdravotních sester s ohledem na finanční stránku a pracovních podmínek. Zde byly hypotézy s ohledem na předpoklad částečně potvrzeny. Zdravotní sestry odpovídaly na téma motivace nadřizenými k lepším výkonům spíše kladně, nicméně co se týče odměňování naopak spíše záporně. Poslední předpoklad se zabýval duševní hygienou a pomocí hypotéz zkoumal vliv relaxace na subjektivně vnímanou zátěž. Tyto hypotézy nebyly potvrzeny.

Práce zdravotních sester je možná brána jako samozřejmost, tedy že člověk, který si toto povolání vybere ho bere jako své poslání a žije péčí o druhé. Zřejmě tomu tak i bude, ale nikdo nesmí zapomínat, že i zdravotní sestry jsou pouze lidé a je třeba si uvědomit fakt, že nejen zdraví pacientů, ale také zdraví personálu, který o nemocné pečuje, musí být stejně důležité. Větší motivace zdravotních sester, možnost využití vhodných pracovních pomůcek,

vhodné pracovní podmínky a také lepší odměňování zdravotních sester by mělo napomoci k lepšímu zdravotnímu stavu a spokojenosti sester. Samozřejmě je také i na samotné zdravotní sestře jako člověku, jakým způsobem bere své zdraví v potaz a jakým způsobem o něj pečuje. Protože mnoho lidí nic neřeší, dokud nenastane určitá situace. Přitom prevence je základním kamenem zdraví.

Na základě výzkumného šetření byly navrženy následující doporučení a opatření. Z hlediska opatření vedoucí ke snížení fyzické zátěže autorka práce navrhuje investovat čas a finance do prevence pomocí kurzů či školení včetně názorné ukázky správné manipulace s pacienty, zdravotnických manipulačních pomůcek pro pohodlnější manipulaci s pacienty a rozšíření personálu. Tím lze předejít nákladům vznikajícím s mimořádnými událostmi či zdravotními problémy nejen zdravotních sester ale i pomocného personálu. V oblasti motivace by bylo vhodné investovat do školení či kurzu vedoucích pracovníků na motivaci a odměňování zaměstnanců. Spokojení podřízený dělají radost nejen svým nadřízeným, ale také pacientům, kteří potřebují mít kolem sebe spokojený a pozitivně naladěný zdravotní personál, který napomáhá k jejich léčbě. Dále s ohledem na odměňování a zároveň snížení psychické zátěže by stálo k zamyšlení přispět zdravotním sestřám na relax a odpočinek např. ve formě benefitů pro volný čas, kterým je tzv. Flexi Pass. Zdravotní sestry by tak měly možnost využít jej na sportovní aktivity, kulturu, saunu nebo lázeňské pobyty k načerpání energie a sil do dalších pracovních dní. Možnost získání těchto benefitů je pak na zvážení, zda pravidelně, k životnímu a pracovnímu jubileu nebo např. 2x ročně, a to k narozeninám zdravotní sestry a na Vánoce, kdy je tzv. vánoční shon všude kolem, a nejen v zaměstnání. Tyto odměny formou příspěvků na relax a volný čas, případně i týden dovolené navíc, než uvádí Zákoník práce, by měl zvážit každý zaměstnavatel, jemuž nejsou jeho zaměstnanci lhostejní a váží si jich, tedy nejen ve zdravotnictví. Důvod je prostý – zaměstnanci tráví ve svém zaměstnání v podstatě více času než např. doma se svou rodinou. Není tedy divu, že dnešní generace mladých je neustále na různých mobilních zařízeních, tabletech nebo se schovává na virtuálních sociálních sítích, když domů přijde vyčerpaný rodič z práce a vlastně na něj ani nemá „čas“. Mnoho z nich si pak neuvědomí, že je třeba se na silnici rozhlédnout, než vstoupí do vozovky a hned je zde další práce nejen pro zdravotníky.

Obecně pro zvládnutí krizových situací v zaměstnání lze doporučit:

- zdravý životní styl – tedy nejen zdravá a vyvážená strava, ale také dostatečné množství spánku, pohybu a relaxace.
- Kvalitní komunikace – komunikace mezi profesionály, a také s pacienty a jejich rodinami, může minimalizovat stres a zvýšit pocit kontroly a bezpečnosti.
- Plánování a organizace – plánování a organizace úkolů a času může minimalizovat stres a zlepšit efektivitu práce.
- Podpora a spolupráce – získání podpory od kolegů a nadřízených a spolupráce mohou pomoci minimalizovat stres a zlepšit výkon.
- Odpovídající odpočinek – je důležité si udělat čas na odpočinek a získat dostatek volného času.
- Zvládnutí emocí – je důležité naučit se zvládat emoce a stresové situace pomocí různých technik, jako jsou meditace, cvičení jógy, hluboké dýchání a terapie.
- Krizový plán – mít připravený krizový plán, který stanoví kroky, které je třeba přijmout v krizových situacích, může pomoci minimalizovat stres a zvýšit pocit kontroly.
- Psychologická pomoc – pokud jsou stresové situace příliš obtížné, může být užitečné vyhledat pomoc psychologa nebo psychoterapeuta, kteří mohou poskytnout podporu a pomoci zvládnout situace. Vyhledání odborné pomoci není v žádném případě ostudou.

Preventivní opatření v péči o zaměstnance, jimiž jsou eliminovány negativní dopady fyzické zátěže a působení stresu na zaměstnance, výrazně snižují zdravotní problémy, nemocnost, fluktuaci zaměstnanců a tím i spojené náklady na náhrady mezd za nemoc případně náklady na péči o vyhořelé zaměstnance, a náklady spojené s náborem nových zaměstnanců. To vše je pozitivním faktorem z hlediska ekonomického přínosu pro zaměstnavatele.

6 Seznam použitých zdrojů

BALDWIN, B.A. A paradigm for the classification of emotional crises: Implications for crisis intervention. *American Journal of Orthopsychiatry*, 48, s. 538–551.

BARTOŠÍKOVÁ, I. O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-439-9.

BASSUK, E., GERSON, S. Chronic crisis patients: a discrete clinical group. *American Journal of Psychiatry*, 1980, roč. 137, čí. 12, s. 1513–1517. ISSN 1535-7228.

BEDRNOVÁ, E., NOVÝ, I. Psychologie a sociologie řízení. Praha: Management Press, 2007. ISBN 978-80-7261-169-0.

CAPLAN, G.: *Principles of preventive psychiatry*. New York, Basic Books 1964.

Doctors' and nurses' salaries. *Government at a Glance 2011* [online]. OECD Publishing, 2011, 115 [cit. 2021-7-7]. Dostupné z: https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/gov_glance-201132en.pdf?expires=1625668495&id=id&accname=guest&checksum=B59B734241B8B8CB87BFADA687DCAC97.

DVOŘÁKOVÁ, Z. a kol. *Management lidských zdrojů*. Praha: C. H. Beck, 2007. ISBN 978-80-7179-893-4.

FERJENČÍK, J. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-367-6.

FONTANA, D. *Stres v práci a v životě*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1033-7.

HALUZNÍKOVÁ, J. *Interpersonální vztahy na pracovišti: Cesta k modernímu ošetrovatelství XII: Fakultní nemocnice v Motole*, 2010. ISBN 9788087347034.

HAYES, N. Psychologie týmové práce: strategie efektivního vedení týmů. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-983-6.

HAYES, N. Základy sociální psychologie. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-198-3.

JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E. Syndrom vyhoření. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-74-1.

KÁBA, B., SVATOŠOVÁ, L. Statistické nástroje ekonomického výzkumu. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2012. ISBN 9788073803599.

KEBZA, V. Psychosociální determinanty zdraví. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.

KEBZA, V., ŠOLCOVÁ I. Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu). 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-231-7.

KLIMPL, P. Psychická krize a intervence v lékařské ordinaci. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-324-3.

KOCIÁNOVÁ, R. Personální činnosti a metody personální práce. Praha: Grada, 2010. ISBN: 978-80-247-2497-3.

KOLAJOVÁ, L.. Týmová spolupráce: jak efektivně vést tým pro dosažení nejlepších výsledků. Praha: Grada, 2006. Poradce pro praxi. ISBN 8024717646.

KŘIVOHLAVÝ, J. Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu / Jaro Křivohlavý Praha : Grada, 2010. ISBN: 978-80-247-3149-0.

MÍČEK, L. Sebevýchova a duševní zdraví. 5., dopl. vyd. Praha: SPN, 1988. Knižnice psychologické literatury.

MOHAUPTOVÁ, E. Teambuilding: cesta k efektivní spolupráci. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-641-4.

PECÁKOVÁ, I. Statistika v terénních průzkumech. Praha: Professional publishing, 2008. ISBN 978-80-86946-74-0

PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H. Proti stresu krok za krokem. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0068-9.

SELYE, H. Stres života. Hodkovičky: Pragma, [2016]. ISBN 9788073493929.

STAŇKOVÁ, M. České ošetrovatelství 11: Sestra – reprezentant profese, ediční řada – Praktická příručka pro sestry. první. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 78 s. ISBN 80-7013-368-6.

ŠANDEROVÁ, J. Sociální stratifikace: problém, vybrané teorie, výzkum. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0025-0.

ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ M. Kreativní ošetrovatelský management. Praha: Advent-Orion, 2003. ISBN 80-7172-841-1.

ŠPATENKOVÁ, N. Krize a krizová intervence. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5327-0.

ŠPATENKOVÁ, N. Krize: psychologický a sociologický fenomén. Praha: Grada, 2004. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0888-4.

ŠVÁBOVÁ, K., TUČEK., M., NAKLÁDALOVÁ M., HERLE, P. ed. Pracovní lékařství pro všeobecné praktické lékaře. Praha: Raabe, c2013. Ediční řada pro všeobecné praktické lékaře. ISBN 9788087553749.

TEATER, B. An Introduction to Applying Social Work Theories and Methods. Berkshire: Open University Press, 2010. ISBN 978-0335237784.

THORM, R., Některé otázky spojené s dějinami pojmu „krize“, Praha, Filozofický ústav ČSAV 1992.

TUČEK, M. Prestiž povolání – červen 2019 [online]. In: . 24.7.2019, s. 1-2 [cit. 2021-7-7]. Dostupné z: <<https://cvvm.soc.cas.cz/cz/tiskove-zpravy/ekonomicke/prace-prijmy-zivotni-uroven/4990-prestiz-povolani-cerven-2019>>

VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., Honzák, Radkin. Stres, eustres a distres. Interní medicína pro praxi [online]. 2008, roč. 10, č. 4. [cit. 2021-10-08]. Dostupné z <[www: https://www.internimedicina.cz/artkey/int-200804-0009_Stres_eustres_a_distres.php](http://www.internimedicina.cz/artkey/int-200804-0009_Stres_eustres_a_distres.php). ISSN 1803-5256.>

VENGLÁŘOVÁ, M., Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing / Martina Venglářová a kolektiv Praha : Grada, 2011. ISBN: 978-80-247-3174-2

VÉVODA, J. a kol. Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví. Praha: Grada, 2013

VODÁČKOVÁ, D. Krizová intervence. Praha: Portál, 2012. 544 s. ISBN 978-80-262-0212-7.

VYMĚTAL, Š. Krizová komunikace a komunikace rizika. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2510-9.

7 Přílohy

Příloha 1 – Dotazník	82
-----------------------------------	-----------

Příloha 1 – Dotazník

Dotazník k diplomové práci na téma

Chování člověka v krizových situacích spojených s výkonem profese

Pardubice 2022

Tento výzkum je součástí diplomové práce na téma *Chování člověka v krizových situacích spojených s výkonem profese*. Provádí se u zdravotních sester pracujících ve vybrané nemocnici. Výzkum je prováděn pod záštitou České zemědělské univerzity v Praze.

Dotazník je zcela anonymní a jeho vyplnění je zcela dobrovolné, přesto Vás žádám o pomoc a spolupráci. Dotazník neobsahuje žádné osobní údaje ani další informace, na jejichž základě byste mohli být identifikováni.

Pro úspěšné provedení výzkumu je důležité, aby Vaše odpovědi byly upřímné a uvážlivé. Vaše odpovědi jsou považovány za důvěrné. Narazíte-li v dotazníku na otázku, na kterou z nějakého důvodu nechcete odpovídat, nechte ji nezodpovězenou. V dotazníku jsou předznačené odpovědi. Pokud mezi nimi nenajdete odpověď, která by Vás vystihovala, označte odpověď, která je Vám významem nejbližší. U otevřených otázek (tedy u takových, kde se máte vyjádřit) odpovídejte svými slovy.

1. Délka Vaší praxe ve zdravotnictví?

- Méně než 5 let
- 5-10 let
- Více než 10 let

2. Na jakém oddělení pracujete?

- Neurologie
- Neurochirurgie
- Chirurgie
- Dětská chirurgie
- Dětské a novorozenecké
- Interní oddělení
- Kardiologie
- Geriatrické centrum
- Jiné – prosím vypište

3. Jak hodnotíte fyzickou náročnost své práce?

Do škálové tabulky označte křížek do příslušného políčka, přičemž 1 znamená nejméně a 5 nejvíce.

1	2	3	4	5

4. Co je pro vás největší zátěž z hlediska fyzické zátěže?

- Péče o imobilního pacienta (polohování, hygiena)
- Zvýšené riziko infekce
- Toxické látky
- Kontakt s exkrementy pacienta
- Zatížení páteře
- Nedostatek pomůcek
- Nedostatek personálu
- Jiné – prosím vypište

5. Jak hodnotíte psychickou náročnost své práce?

Do škálové tabulky označte křížek do příslušného políčka, přičemž 1 znamená nejméně a 5 nejvíce.

1	2	3	4	5

6. Co je pro vás největší zátěž z hlediska psychické zátěže?

- komunikace s pacientem, jeho rodinou
- utrpení, bolest, smrt
- velká zodpovědnost
- nutnost rychlého rozhodování
- nedostatečné ocenění
- špatný kolektiv
- nároky na vzdělání
- směnnost
- jiné – prosím vypište:

7. Jaký faktor ztěžuje Vaši práci?

- množství práce
- tlak
- práce ve stoje
- nedostatek pomůcek
- nedostatek personálu
- nemožnost se vždy dobře seznámit s dokumentací pacienta
- spousta „papírování“
- jiné – prosím vypište:

8. Jaké pomůcky pro manipulaci s pacienty máte k dispozici?

- polohovací pomůcky
- hydraulický zvedák
- pás na přesun pacienta
- jiný – prosím vypište:
- Žádné, s pacienty manipulujeme vlastními silami
- využíváme pomoci pomocného personálu

9. Vnímáte množství pomůcek pro výkon své profese jako dostačující?

- ano
- ne

10. Používáte tyto pomůcky k usnadnění své práce?
- ano
- ne
11. Jaké pomůcky byste případně uvítali?
12. Ztěžuje vám práci současná epidemiologická situace?
- ano
- ne
13. Pokud ano, jakým způsobem?
14. Měli jste/ máte v tzv. covidovém období více přesčasů?
- ano
- ne
15. Co byste na svém oddělení uvítali?
- více sester
- více pomocného personálu
- více pomůcek pro manipulaci s pacienty
- školení a kurzy – např. týkající se psychické i fyzické zátěže a jejich preventivní opatření; na správnou manipulaci s pacienty apod.
- příspěvky od zaměstnavatele na relax a odpočinek
- jiné – prosím vypište:
16. Cítíte se po každé směně unaveni?
- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne
17. Jak nejraději relaxujete?
- pasivně – spánek, četba, masáž
- aktivně – sport, práce na zahradě
- aktivně i pasivně

18. Máte nějaké zdravotní potíže související s Vaším povoláním?

ano

ne

19. Jaké máte potíže?

bolest hlavy

bolest zad

křečové žíly

deprese

nespavost

poruchy zažívání

jiné – prosím vypište:

20. Jste nadřizeny motivováni k lepším výkonům?

ano

spíše ano

spíše ne

ne

21. Myslíte si, že jste adekvátně odměňováni za svou práci?

ano

spíše ano

spíše ne

ne

22. Dostáváte i jiné odměny než finanční?

ano často

občas

zřídka

vůbec

23. Máte rád/a svoje povolání?

ano

spíše ano

spíše ne

ne

24. Chodíte do svého zaměstnání rád/a, uspokojuje Vás?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

25. Jak vnímáte svůj kolektiv na oddělení?

- jsem spokojen/á, máme dobrý kolektiv
- s většinou vycházím
- cítím se oproti ostatním přetěžovaná/ý
- cítím se být šikanován/a
- nejsem spokojen/á

26. Přemýšlíte o změně zaměstnání?

- ano
- ne

27. Pokud ano, proč?

- nízké finanční ohodnocení
- velká zátěž
- nevhodné podmínky
- získání zkušeností a kariérní růst
- syndrom vyhoření
- jiné – prosím vypište: