

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravovědy



Diplomová práce

Bc. Petra Šeríková

**Psychická zátěž a jej zvládnutie u zdravotníkov
geriatrických zariadení**

Prehlasujem, že som diplomovú prácu vypracovala samostatne a použila len uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

V Olomouci 7.4. 2015

podpis

Veľmi pekne ďakujem mojej vedúcej práce MUDr. Kateřině Kikalovej Ph.D. za odborné vedenie diplomovej práce, cenné rady a poskytnuté materiály. A rovnako vrúcne by som chcela poďakovať aj mojej odbornej konzultantke Mgr. Šárke Vévodovej PhD. a Doc. PhDr. Alene Petrovej, Ph.D., ktoré mi venovali svoj čas a energiu a v neposlednom rade aj odborné materiály.

OBSAH

ÚVOD	6
1 CIELE, PROBLÉMY A HYPOTÉZY PRÁCE	8
1.1 HLAVNÉ A DIELČIE CIELE	8
1.2 DESKRIPTÍVNE A RELAČNÉ PROBLÉMY	8
1.3 HYPOTÉZY	9
2 TEORETICKÉ POZNATKY	11
2.1 ZÁŤAŽ A STRES	11
2.1.1 Chápanie pojmov stres a záťaž	11
2.1.2 Druhy stresu	12
2.1.3 Zdroje psychickej záťaže	12
2.1.4 Stres a jeho prejavy	14
2.1.5 Ako záťaž ovplyvňuje zdravie	16
2.1.6 Zvládanie záťaže	17
2.1.6.1 Coping	17
2.1.6.2 Copingové stratégie a copingové zdroje	19
2.2 CHARAKTERISTIKA PSYCHICKEJ ZÁŤAŽE SESTIER	21
2.2.1 Rizikové faktory záťaže v profesii sestry	22
2.2.2 Ochranné faktory a copingové stratégie v profesii sestry	25
2.2.3 Dôsledky stresu na fyzické zdravie sestier	27
2.2.4 Zvládanie psychickej záťaže na pracovisku	29
2.3 VZDELÁVANIE SESTIER V OBLASTI ZÁŤAŽE A DUŠEVNEJ HYGIENY	32
2.4 GERIATRIA Z POHĽADU PRÁCE VŠEOBECNEJ SESTRY	35
2.4.1 Základné pojmy v geriatrickej	35
2.4.2 Systém starostlivosti o seniorskú populáciu	36
2.4.3 Špecifiká záťaže sestier starajúcich sa o geriatrických pacientov	38
2.5 POHĽAD NA SÚČASNÝ STAV SKÚMANEJ PROBLEMATIKY	40
3 METODIKA PRÁCE	43
3.1 VÝBER PRVKOV DO VÝSKUMNÉHO SÚBORU	43
3.2 METODOLOGICKÉ NÁSTROJE VÝSKUMNÉHO ŠETRENIA	44
3.3 PROFIL RESPONDENTOV	47
3.4 ČASOVÝ HARMONOGRAM VÝSKUMNÉHO ŠETRENIA	48
3.5 METODIKA ŠTATISTICKÉHO SPRACOVANIA DÁT	49

4 VÝSLEDKY	50
4.1 VYHODNOTENIE MEISTEROVHO DOTAZNÍKU	50
4.2 VYHODNOTENIE DOTAZNÍKU OSI-R	56
4.3 OVERENIE PLATNOSTI HYPOTÉZ	58
5 DISKUSIA	70
ZÁVER	76
SÚHRN	78
SUMMARY	79
REFERENČNÝ ZOZNAM	80
ZOZNAM SKRATIEK	89
ZOZNAM OBRÁZKOV, TABULIEK A GRAFOV	90
ZOZNAM PRÍLOH	92
PRÍLOHY	93
ANOTÁCIA	101

ÚVOD

Zdravotníctvo je neoddeliteľnou súčasťou života každého z nás a pilierom zdravotníckeho systému sú práve zdravotné sestry. Práca sestry je jednou z najstresujúcejších a najnáročnejších povolání kvôli potrebe špecializácie, komplexnosti a nutnosti zvládať naliehavé situácie. Je dôležité si uvedomiť, že psychická a fyzická pohoda sestier je významným faktorom určujúci kvalitu a úroveň poskytovanej zdravotníckej starostlivosti (Chen et al, 2009). Môžeme si všimnúť, že za posledné obdobie sa kompetencie sestier navýšili a nemyslí sa tým len po odbornej stránke. Oproti minulosti sa rola a pôsobnosť sestry rozšírila, požadujú sa po nej nové dovednosti zahrňujúce vedomosti z oblasti technologickej, administratívnej či sociálnej (Bartošíková, 2006; Hosáková, 2007; Schmidt, Diestel, 2012). Pomáhajúce profesie sú vo väčšine prípadov spojené s vyššími pracovnými a osobnostnými nárokmi, a tiež so zvýšenou mierou záťaže, nakoľko ťažiskom ich práce je medziľudská interakcia a komunikácia.

Stres sám o sebe je pojmom pomerne mladým. Odhliadnuc od toho, že kedysi bol jeho význam spojený najmä s mechanikou a fyzikou, až v roku 1945 dostal psychologický rozmer. V dnešnej dobe sa mu právom dostáva značnej pozornosti. Nielenže mnoho štúdií a výskumov sa zaoberá problematikou stresu a záťaže, ale samostatnou kategóriou sa stala oblasť pracovného stresu (*work-related stress, occupational stress*). Ukazuje sa, že až 50–60% zo všetkých stratených pracovných dní je pripisovaných práve pracovnému stresu a psychosociálnemu ohrozeniu (European Risk Observatory, 2013). Na Európskej aj medzinárodnej úrovni sú vypracovávané štandardy a odporúčania ako pracovnému stresu predchádzať, prípadne ako s ním zaobchádzať a účinne ho znižovať. Aktuálnosť tejto problematiky je teda nepochybná.

Okrem toho môžeme v súčasnosti pozorovať, že podiel starnúcej populácie vo vyspelých krajinách sa neustále zvyšuje. Demografické projekcie pre Českú republiku do roku 2100 sú tiež toho dôkazom (ČSÚ, 2013). S tým súvisí aj značná výzva pre zdravotníckych profesionálov. Je to práve starostlivosť o geriatrickú populáciu, ktorá má potenciál ovplyvniť celkovú úroveň poskytovanej starostlivosti (Kennedy, 2005).

Práca sestry starajúca sa o geriatrických pacientov je v porovnaní s inými oddeleniami špecifická aj z toho pohľadu, že u starých a dlhodobo chorých pacientov sa nepredpokladá úplné vyliečenie ich základného ochorenia. Liečebný úspech predstavuje relatívne skvalitnenie ich života a udržanie sebestačnosti. Sestry majúce vzťah k týmto pacientom sú svedkami ich fyzickej bolesti a utrpenia a tento vzťah často končí úmrtím. Aj keď si sestry

tieto skutočnosti vopred uvedomujú, napriek tomu sa môže dostať pocit osobného zlyhania, vyčerpanosti z práce či emocionálneho vypätia (Eith, Stummer, Schusterschitz, 2010).

Ako autor práce a zdravotník, cítim veľkú späťosť s problematikou záťaže sestier. Osobná pracovná skúsenosť s geriatrickými pacientmi v paliatívnej starostlivosti vo mne vzbudila záujem venovať sa tejto tematike hlbšie. Teda nielen zistiť aká je záťaž sestier na týchto oddeleniach, ale tiež zistiť, či sú sestry vybavené istými duševnými prostriedkami na to sa s ňou vyrovať a účinne ju zvládnuť. Tematické zameranie práce má kontext s mojim študovaným odborom aj z toho hľadiska, že sa v teoretickej časti práce venujem vzdelávaniu sestier v oblasti psychohygieny. Diplomová práca oboznamuje čitateľa s vyššie uvedenými aspektmi a snaží sa dopátrať efektívnych spôsobov zvládania záťaže využívaných sestrami geriatrických zariadení.

Diplomová práca obsahuje východisko teoretické aj empirické (výskumné). Obsahovo je rozdelená do piatich kapitol, pričom v prvej kapitole stanovujem ciele, problémy a hypotézy práce. Druhá kapitola prináša teoretické poznatky o danej problematike, je spracovaná metódou analýzy textových dokumentov. Jednotlivé podkapitoly sú štruktúrované tak, aby všeobecné poznatky o strese a zvládaní záťaže boli východiskom pre konkrétne poznatky o psychickej záťaži v profesii sestry. Obsahuje aj podkapitolu venujúcu sa geriatrickej starostlivosti a špecificky záťaži sestier týchto zariadení. Záverečná podkapitola teoretickej časti práce je pohľadom na súčasný stav skúmanej problematiky. Nasledujúce kapitoly, konkrétne Metodika práce, Výsledky a Diskusia predstavujú empirickú časť práce.

1 CIELE, PROBLÉMY A HYPOTÉZY PRÁCE

V tejto časti práce popíšeme jej výskumné ciele, ktoré sú z hľadiska prehľadnosti členené na hlavné a dielčie ciele. V počiatočnom štádiu výskumu sme stanovili problémy, na ktoré sa následne viaže formulácia hypotéz.

1.1 HLAVNÉ A DIELČIE CIELE

Hlavným cieľom diplomovej práce je zistiť mieru psychickej pracovnej záťaže zdravotníkov vybraných geriatrických zariadení v Olomouckom kraji.

Dielčie ciele diplomovej práce sú zostavené tak, aby korešpondovali s hlavným cieľom práce a súčasne obsahovali ciele pre teoretickú aj empirickú časť práce:

- Objasniť pojmy stres a záťaž a ich zvládanie v kontexte práce všeobecnej sestry pracujúcej s geriatrickými pacientmi.
- Popísať systém vzdelávania všeobecných sestier v oblasti psychohygieny a duševného zdravia.
- Zistiť mieru psychickej pracovnej záťaže všeobecných sestier pracujúcich s geriatrickými pacientmi a urobiť komparáciu dát vybraných geriatrických zariadení v Olomouckom kraji.
- Zistiť do akej miery všeobecné sestry pracujúce s geriatrickými pacientmi využívajú osobné zdroje na zvládanie záťaže; identifikovať, ktoré využívajú najčastejšie a aký je ich vzťah k miere záťaže.
- Preukázať závislosť medzi mierou pracovnej psychickej záťaže a dĺžkou praxe všeobecných sestier pracujúcich s geriatrickými pacientmi.
- Porovnať výsledky výskumného šetrenia s populačnou normou.

1.2 DESKRIPTÍVNE A RELAČNÉ PROBLÉMY

Deskriptívne problémy

- Aká je miera psychickej pracovnej záťaže u všeobecných sestier pracujúcich s geriatrickými pacientmi v Olomouckom kraji?

- Aký je rozdiel vo vnímaní miery psychickej pracovnej záťaže všeobecných sestier pracujúcich v rôznych geriatrických zariadeniach v Olomouckom kraji?

Relačné problémy

- Aký je vzťah medzi mierou psychickej pracovnej záťaže a osobnými zdrojmi (rekreácia, starostlivosť o seba, sociálna opora, racionálne/kognitívne zvládanie) všeobecných sestier pracujúcich s geriatrickými pacientmi?
- Existuje súvislosť medzi dĺžkou praxe sestier pracujúcich s geriatrickými pacientmi a mierou ich psychickej pracovnej záťaže?
- Aký je rozdiel medzi mierou psychickej pracovnej záťaže všeobecných sestier pracujúcich s geriatrickými pacientmi v Olomouckom kraji k populačnej norme?
- Aký je rozdiel medzi mierou využívania osobných zdrojov všeobecných sestier pracujúcich s geriatrickými pacientmi v Olomouckom kraji k populačnej norme?

1.3 HYPOTÉZY

H1₀: Medzi mierou psychickej pracovnej záťaže a mierou rekreácie neexistuje vzťah.

H1_A: Medzi mierou psychickej pracovnej záťaže a mierou rekreácie existuje vzťah.

H2₀: Medzi mierou psychickej pracovnej záťaže a mierou starostlivosti o seba neexistuje vzťah.

H2_A: Medzi mierou psychickej pracovnej záťaže a mierou starostlivosti o seba existuje vzťah.

H3₀: Medzi mierou psychickej pracovnej záťaže a mierou sociálnej opory neexistuje vzťah.

H3_A: Medzi mierou psychickej pracovnej záťaže a mierou sociálnej opory existuje vzťah.

H4₀: Medzi mierou psychickej pracovnej záťaže a mierou racionálneho/kognitívneho zvládania neexistuje vzťah.

H4_A: Medzi mierou psychickej pracovnej záťaže a mierou racionálneho/kognitívneho zvládania existuje vzťah.

H5₀: Medzi mierou psychickej pracovnej záťaže a dĺžkou praxe sestier pracujúcich s geriatrickými pacientmi neexistuje závislosť.

H5_A: Medzi mierou psychickej pracovnej záťaže a dĺžkou praxe sestier pracujúcich s geriatrickými pacientmi existuje závislosť.

H6₀: Medzi sestrami starajúcimi sa o geriatrických pacientov a bežnou populáciou neexistuje rozdiel v škále PRQ („osobné zdroje“) dotazníku OSI-R.

H6_A: Medzi sestrami starajúcimi sa o geriatrických pacientov a bežnou populáciou existuje rozdiel v škále PRQ („osobné zdroje“) dotazníku OSI-R.

H7₀: Medzi sestrami starajúcimi sa o geriatrických pacientov a bežnou populáciou neexistuje rozdiel v miere psychickej pracovnej záťaže.

H7_A: Medzi sestrami starajúcimi sa o geriatrických pacientov a bežnou populáciou existuje rozdiel v miere psychickej pracovnej záťaže.

2 TEORETICKÉ POZNATKY

2.1 ZÁŤAŽ A STRES

V tejto kapitole budú vymedzené základné pojmy súvisiace so skúmanou problematikou. Popíšeme javy a skutočnosti, ktoré sa k danej téme neoddeliteľne viažu, pričom sa v nasledujúcich podkapitolách budeme snažiť prepojiť tému so špecifikami práce sestry. Bližšie sa oboznámime s druhmi záťaže, teda s nuanciami pojmov záťaž a stres, s rôznymi druhmi reakcií na záťažovú situáciu a najmä zvládaním takýchto situácií, čo predstavujú copingové stratégie.

2.1.1 Chápanie pojmov stres a záťaž

Zatiaľ čo pred 30–40 rokmi sme sa na stres dívali cez prizmu vedeckého bádania, dnes sa pojem stres chápe a prijíma ako takmer každodenná súčasť našich životov. Pojem stres pochádza z anglického slova *stress*, ktorý má pravdepodobne svoj pôvod v latinskom *stringere*, čo znamená utiahnuť alebo zovrieť (Křivohlavý, 1994). Byť v strese teda znamená „byť stiahnutý“ rôznymi tlakmi, alebo byť v tiesni.

Autorom pojmu stres je veľmi pravdepodobne anglický fyziológ Walter Cannon, ktorý už v roku 1914 používa toto slovo vo vzťahu k narušenej homeostáze organizmu vonkajšími vplyvmi. Avšak až v roku 1936 ho prvýkrát písomne použil endokrinológ Hans Selye, ktorý sa zaoberal biologickým chovaním organizmu v extrémnych podmienkach. Napokon až vďaka práci neurológa a psychiatra Roya Grinkera a Johna Spiegela z roku 1945 dostal pojem stres psychologický aspekt v monografii *Men under Stress*. Títo americkí doktori u vojenského letectva odhalili príčinnú súvislosť medzi vojnovými bojovými podmienkami a poruchami fyziologického a najmä psychického charakteru (Mlčák, 2011).

Všeobecne sa dá povedať, že *stres* vyvstáva vtedy, keď sa človek stretne s udalosťou, ktorú vníma ako ohrozenie svojho fyzického alebo duševného blaha (Atkinson et al, 2003). Křivohlavý (1994, s. 9) rozumie stresu ako „vnútornému stavu človeka, ktorý je buď priamo niečím ohrozovaný, alebo také ohrozenie očakáva a pritom sa domnieva, že jeho obrana proti nepriaznivým vplyvom nie je dostatočne silná.“

Veľmi príbuznému pojmu *záťaž* sa obyčajne prisudzuje menej intenzívne ohrozenie, avšak hranica medzi oboma pojmami doteraz nie je jasne vymedzená (Baumgartner In Výrost, Slaměnik, 2001). Kebza (1997) však uvádza, že záťažou sa rozumejú také požiadavky vnútorného a vonkajšieho prostredia, s ktorými sa človek dokáže vyrovnáť a ktorým je schopný vyhovieť. Pričom stres potom predstavuje takú úroveň požiadavkov, s ktorými sa človek momentálne práve vyrovnáť nevie či ani pozitívne na ne reagovať.

2.1.2 Druhy stresu

Podľa pôsobenia stresu v kontexte jeho dĺžky trvania, podmienok vyvolania či kvalite našich prežitkov, rozoznávame niekoľko druhov stresu.

Z hľadiska pôsobenia v čase rozlišujeme akútne a chronický stres. *Akútny stres* sa vyznačuje náhlym vystavením záťaži a jeho neobyčajnou intenzitou. *Chronický stres* pôsobí dlhodobo, človek môže pociťovať prekračujúce možnosti vyrovnávania sa s ním (Kebza, 1997), avšak na chronický stres sa organizmus lepšie adaptuje (Humpl, Prokop, Tobiášová, 2013).

Stresová reakcia môže mať rôznu kvalitu intenzity. Stres, ktorý neohrozuje stabilitu organizmu a osobnosti a spája sa s nízkou úrovňou intenzity reakcie sa nazýva *hypostres*. Naopak *hyperstres* predstavuje nadlimitnú záťaž a presahuje možnosti adaptability (Baumgartner In Výrost, Slaměnik, 2001).

Základom rozlišovania medzi eustresom a distresom je kvalita nášho prežívania. Môžeme povedať, že *eustres* pôsobí skôr kladne a je spojený s príjemným prežívaním. Subjektívne vnímané situácie, ktoré vyvolávajú eustres sú podfarbené pozitívne ladenými emóciami (napr. nadšenie, veselosť, stavy radostného vzrušenia, radostné očakávanie, atď.), pričom ide o zážitky ako narodenie dieťaťa, svadba, oslava, či zážitky, ktoré človeku sprostredkujú hraničnú skúsenosť, napr. extrémny šport, horolezectvo, automobilové preteky, cestovanie do neznámych krajín (Kebza, 1997). O *distrese* hovoríme pri záporne ladených emóciách (napr. strach, zdesenie, nenávisť), negatívnych vplyvoch až o ohrození jedinca (Andršová, 2012).

2.1.3 Zdroje psychickej záťaže

Podnet, ktorý vyvoláva stres nazývame *stresor*. Existujú určité typy udalostí, ktoré väčšina ľudí pociťuje a prežíva ako stresujúce. Atkinson et al (2003) dokonca zmieňujú isté

charakteristiky, ktorých jeden alebo viac znakov môžeme nájsť skoro u každej stresovej situácie. Stresor sa teda obyčajne môže vyznačovať nasledujúcimi kategóriami:

- **Traumatické udalosti.** Tu patria napríklad katastrofy spôsobené človekom (vojna), prírodné katastrofy (tsunami, zemetrasenie), katastrofické nehody (autohavárie, letecké a lodné nešťastia), fyzické útoky (znásilnenie, pokus o vraždu).
- **Neovplyviteľnosť.** Čím viac je určitá situácia vnímaná ako neovplyviteľná, tým viac ju človek poníma ako stresovú.
- **Nepredvídateľnosť.** Intenzitu stresu naopak znižuje predvídateľná stresová udalosť, na ktorú je možné sa aspoň z časti psychicky pripraviť.
- **Výzva pre hranice našich schopností.** Situácie, ktoré predstavujú výzvu v zmysle pohľadu na seba samého môžu byť prežívané stresovo, aj napriek tomu, že situácia bola predvídateľná či ovplyviteľná.
- **Vnútorne konflikty.** Táto kategória sa vyznačuje nezlučiteľnosťou vecí, po ktorých ľudia túžia. Zdrojom stresu sú vnútorné procesy, nevyriešené konflikty, prameniace z nezlučiteľných cieľov, ktorých dosahovanie sa navzájom vylučuje. Ak oproti sebe stoja dve rovnako dôležité potreby, proces rozhodovania môže byť bolestivý, stresujúci.

Zdrojom mnohých stresorov je aj charakter súčasnej civilizácie: stále prítomný zhon, neuspokojivé medziľudské vzťahy, pocit časovej tiesne, strach o zamestnanie a pod. Rôzni autori uvádzajú rôzne vonkajšie (napr. smrť partnera, živelné pohromy) alebo vnútorné okolnosti stresu (napr. závažná choroba). Práve preto doposiaľ neexistuje jednoznačná klasifikácia záťažových situácií (Humpl, Prokop, Tobiášová, 2013).

Navyše Mlčák (2011) správne poznamenáva, že pokus charakterizovať psychickú záťaž musí narážať na problém výčtu zdrojov záťažových situácií vo svojej úplnosti. Nakoľko v procese významnú rolu hrajú nielen objektívne vlastnosti vonkajšieho prostredia, ale práve subjektívne hodnotenie významu pre konkrétne osoby. Preto používa termín *potenciálne stresové situácie*, ktorý naznačuje, že štatisticky je v určitých stresových situáciách zvýšená pravdepodobnosť výskytu stresu, ale sami o sebe však nemusia zákonite viesť k vzniku stresu u jednotlivcov.

Paulík (2010) dopĺňa, že ďalšími faktormi, ktoré majú vplyv na to, že sa z potenciálnej stresovej situácie stane reálna stresová situácia sú: individuálne osobnostné charakteristiky, doterajšie skúsenosti jedinca so stresom, sociálna opora a sociálny status.

V Českej republike sa záťažovými situáciami a stresormi bližšie zaoberali napríklad Aleš Hladký, Oldřich Mikšík a Václav Břicháček. Hladký (1993) uvádza nasledujúce rozdelenie druhov stresorov:

- závažné životné udalosti,
- každodenné nepríjemné drobné udalosti (anglicky *daily hassles*),
- chronicky nepriaznivé životné podmienky,
- neuspokojivé pracovné podmienky.

V roku 1967 vyvinuli T.H.Holmes a R.H.Rahe dnes veľmi známy *inventár životných udalostí* na identifikáciu najvýznamnejších stresových situácií. Obsahuje 43 položiek zoradených od najzávažnejších a najviac stres prinášajúcich udalostí až po tie najmenej významné. Každé položke je priradený určitý počet bodov a súčtom bodov za prežité situácie za posledný rok získame informácie o miere prežitej záťaže (Holmes, Rahe, 1967). Pre doplnenie obrazu o stresogénnych zdrojoch, v prílohách uvádzame upravenú verziu tejto *škály životných udalostí* podľa Honzáka (1989) (viď Príloha č.1).

Na záver tejto state odkazujeme na podkapitolu 2.2, v ktorej sa budeme bližšie zaoberať konkrétnymi záťažovými faktormi u sestier, najmä ich fyzickou a psychickou stránkou.

2.1.4 Stres a jeho prejavy

Všeobecne sa dá povedať, že stres sa prejavuje ako nadmerné vzrušenie alebo emocionálny disbalanc, teda môžeme ho pozorovať na viacerých úrovniach nášho organizmu. Schematicky rozdeľujeme reakcie na stresový podnet na fyziologické a psychické, aj keď obe prebiehajú súčasne a vzájomne sa prekrývajú.

I. Fyziologické reakcie na stresor.

Nie je účelom tohto textu oboznámiť čitateľa s reakciou organizmu na úrovni neuroendokrinného systému. Spomeňme však významnú teóriu biologického poňatia stresu Hansa Selyeho, ktorá zohrala dôležitú úlohu v histórii skúmania stresu. Ide o koncepciu **všeobecného adaptačného syndrómu** (*general adaptation syndrome*, GAS), podľa ktorej každá noxa (stresor) vyvoláva v organizme sériu reakcií mobilizačného charakteru, ktorá je vlastne viac či menej nešpecifickou fyziologickou obrannou reakciou. Má 3 fázy:

- *Poplachová reakcia* s pohotovým uvoľnením energie, organizmus reaguje šokom, no potom adaptáciou na vzniknutú situáciu.

- *Stav zvýšenej rezistencie*, organizmus sa relatívne upokojí, pri dlhšom pôsobení stresoru je v stave pohotovosti.
- *Štádium vyčerpanosti*, pri príliš dlhom pôsobení stresu zatiaľ čo organizmu dochádzajú prostriedky na adaptáciu (Selye, 1966).

Ďalšie fyziologické symptómy spolu emocionálnymi a behaviorálnymi zhrňuje tabuľka pod textom (tab. č. 1).

II. Psychické reakcie na stresor.

Humpl, Prokop a Tobiášová (2013) pre ľahšiu orientáciu šikovne roztriedujú psychické reakcie na stresor do niekoľkých kategórií:

- *Kognitívne* – oslabenie kognitívnych funkcií, napríklad problémy s logickým usporadúvaním myšlienok, so sústredením, narušené spracovanie informácií, zvýšený výskyt rušivých myšlienok spojených so stresom, skreslenie percepcie a pod.
- *Emocionálne* – prežívanie emócií ako úzkosť, hnev a agresia, apatia a depresia, veľké výkyvy nálad, pocity vyčerpania až chronickej únavy, naučená bezmocnosť a pod.
- *Spirituálne* – napr. hnev na Boha, pociťovanie nespravodlivosti.
- *Správanie* – znížený výkon, zmeny vo vzťahoch, zmeny v stravovacích návykoch (nejedenie alebo naopak prejedanie sa).

Tab.č. 1: Prehľad najčastejších príznakov stresu (Křivohlavý, 1994, s.30)

Fyziologické symptómy	Emocionálne symptómy	Behaviorálne symptómy
Búšenie srdca	Výkyvy nálady	Nerozhodnosť
Zvieravá bolesť na hrudi	Starosť o nedôležité veci	Neopodstatnené nariekanie
Nechutenstvo a plynatosť	Neschopnosť empatie	Zvýšená absencia
Kŕčovitité bolesti brucha	Starosť o telesné zdravie	Chorobnosť
Hnačka	Nadmerné denné snenie	Pomalé uzdravovanie
Časté nutkanie na močenie	Obmedzenie sociálneho kontaktu	Zvýšená nehodovosť
Impotencia	Pocity únavy	Zhoršený pracovný výkon
Zníženie libida	Poruchy pozornosti	Vyhýbanie sa povinnostiam
Menštruačné poruchy	Zvýšená podráždenosť	Zvýšená konzumácia alkoholu
Zvláštne pocity v končatinách	Úzkosnosť	Zvýšená spotreba cigariet
Napätie a bolesti chrbtice	Výbušnosť	Zneužívanie liekov na spanie
Bolesti hlavy	Agresivita	Nechutenstvo
Migrény	Smútok	Prejedanie
Vyrážky na koži	Apatia	Zmeny životného rytmu
Neprijemné pocity v oblasti krčnej chrbtice	Ľahostajnosť	Promiskuita
Dvojité videnie	Depresia	Zneužívanie drog

2.1.5 Ako záťaž ovplyvňuje zdravie

Dlhodobé vystavenie sa stresoru môže človeka natoľko telesne a psychicky vyčerpať, že ľudský organizmus je viac náchylný k rôznym ochoreniam, znižuje sa jeho odolnosť voči baktériám a vírusom (Atkinson, 2003).

Únava je typickým prejavom prežívania stresu, ktorá v niektorých prípadoch môže prejsť až v chronickú únavu. Iným, veľmi častým dôsledkom stresu sú poruchy spánku ako napríklad problémové zaspávanie, ľahký spánok a časté prebúdžanie (Gučková, 2007).

V poslednej dobe sa dostáva do popredia termín psychosomatika a psychosomatické poruchy či ochorenia. *Psychosomatické poruchy* sú vlastne telesné poruchy, na podklade ktorých leží emočný stres a vplyvy prostredia. Vznik týchto ochorení sa pripisuje neadekvátnej adaptačnej reakcii organizmu najmä na emočné stresory, ktoré sa objavujú opakovane, a pri ktorých sa aktivuje organizmus s metabolickou prípravou na akciu. Týmto častým a nevhodným vyplavením hormónov, zdrojov energie a aktiváciou nervových impulzov môže dôjsť k orgánovému poškodeniu.

Medzi psychosomatické ochorenia sa spravidla radia nasledujúce choroby:

- *kardiovaskulárny systém*: ischemická choroba srdca, hypertenzia;
- *respiračný systém*: astma, dychová nedostatočnosť, hyperventilácia;
- *gastrointestinálny systém*: gastroduodenálna vredová choroba, návaly a vracanie, syndróm dráždivého čreva;
- *kožné choroby*: exém, urtikaria;
- *imunitný systém*: znížená rezistencia, zvýšená únava, letargia;
- *urogenitálny systém*: časté nutkanie na močenie, impotencia;
- *endokrínne poruchy*: niektoré prípady obezity, diabetes mellitus, niektoré poruchy štítnej žľazy (Křivohlavý, 2010; Humpl, Prokop, Tobiášová, 2013).

Veľmi neprijemným dôsledkom nezvládnutej chronickej pracovnej záťaže je **syndróm vyhorenia** (*burn-out syndrome*). Jedná sa o emocionálne, psychické a fyzické vyčerpanie, ktorému predchádza dlhodobý proces dôsledkom ktorého je zlyhanie osobných copingových zdrojov a stratégií (viď nižšie) a pri ktorého vzniku stoja vlastné nároky a očakávania a aj objektívne pracovné nároky. Je spätý s profesiami, ktoré sa vyznačujú zmieňovanou vysokou pracovnou náročnosťou, neadekvátnym ohodnotením a neustálym kontaktom s ľuďmi, teda s „pomáhajúcimi profesiami“ (Bartošíková, 2006).

V úseku 2.2.3 budeme podrobnejšie analyzovať ochorenia zdravotníkov súvisiace s pracovnou záťažou.

2.1.6 Zvládanie zát'aže

Predtým ako pristúpime k samotnému problému zvládania zát'aže, je vhodné objasniť si pojmy ako *adaptácia* a *obranné mechanizmy*, ktoré môžu byť zamieňované s vedomým procesom zvládania zát'aže, teda *copingom*.

Prekrývanie týchto pojmov v literatúre a medzi verejnosťou je značné. Spôsobom prekonávania zát'aže môže byť *adaptácia*, ktorá vo svojej podstate znamená „pripraviť sa na niečo, byť duševne vyzbrojený na to, čo ma čaká“ (Baumgartner In Výrost, Slaměnik, 2001).

Z angličtiny prebraný termín *coping* znamená skôr „vysporiadať sa s niečím, zvládnuť niečo.“ Coping je zjednodušene charakterizovaný ako stratégia či taktika zvládania zát'aže a vyrovnávania sa s ňou (Paulík, 2012). Rozdiely medzi oboma pojmami analyzuje Jaro Křivohlavý (1994): zatiaľ čo adaptáciu človek využíva pri bežnej a obvyklej zát'aži v zvládnuteľnej tolerancii, zvládanie (coping) sa vníma ako vysporiadavanie sa s nadlimitnou zát'ažou, čo do rozsahu intenzity a aj doby trvania. Ide teda o akýsi vyšší stupeň adaptácie, nakoľko vyžaduje určité zručnosti a vedomosti a riešenia na dané kríze a stresory musíme hľadať, skúšať a overovať.

K častým reakciám na stres či zát'až patria aj nevedomé *obranné mechanizmy*, ktoré človeka ochraňujú pri jeho ohrozenom sebaopätí a tým vlastne aj ohrozenom pociť istoty. (Mlčák, 2011). Večeřová-Procházková a Honzák (2008) dodávajú, že sú to viac či menej nevedomé spôsoby obmedzovania úzkosti. Ich podstatou je určité skreslenie reality a zmena jej hodnotenia. Obrannými mechanizmami, ktoré pôvodne spočívajú v obrane ega, sa podrobne zaoberal Sigmund Freud a jeho dcéra Anna Freudová. Pre prehľad uvádzame niektoré z nich: vytesnenie, potlačenie, racionalizácia, reaktívny výtvar, projekcia, intelektualizácia, popieranie, presunutie, sociálna izolácia a i. (Freud, cit. podľa Paulík, 2010). Väčšina autorov sa však zhodne na tom, že tieto predstavujú skôr náhradné a neplnohodnotné prostriedky adaptácie na zát'až (Paulík, 2010). Baumgartner (2001) dopĺňa, že obranné mechanizmy môžu byť v zvládaní obsiahnuté.

Zvládaním psychickej zát'aže v profesii sestry sa budeme venovať v inej časti práce (úsek 2.2.4).

2.1.6.1 Coping

Poprední teoretici v oblasti zvládania zát'aže, Lazarus a Folkmanová (1984, s. 141), charakterizujú coping ako „*neustále sa meniace kognitívne a behaviorálne snaženie*

k zvládnutiu špecifických vonkajších a vnútorných požiadaviek, ktoré sú hodnotené ako kladúce veľký nárok a presahujúce zdroje danej osoby.“

Tak, ako sa postupne vyvíjajú mnohé teórie, tak aj problematika zvládania záťaže má svoje východiská. Aj keď sa mnohí autori zhodnú na viac či menej podobnej definícii copingu ako sú vyššie uvedené, toto ponímanie sa v priebehu 20. a 21. storočia menilo, pričom vznikli tri rôzne generácie škôl, ktoré dnes reprezentujú tri všeobecné teoretické prístupy ku copingu.

Na začiatku 20. storočia vznikla prvá, a tým, že je tesne spojená s psychoanalýzou kladie dôraz na *osobnostné dispozície* (ego-obranné mechanizmy), ktoré sú východiskom pre konanie a správanie jednotlivca v záťažových situáciách. Druhá sa vyvíjala v období 60.-80. rokov minulého storočia, je spätá s prácami Lazarusa a Folkmanovej a oproti predchádzajúcemu prístupu vyzdvihuje *spoluúčinnosť situačných a kognitívnych determinantov*. Tretí smer sa objavil v 90. rokoch a tento takpovediac spája oba predchádzajúce prístupy: ide o prisudzovanie dôležitosti ako *faktorom situačným*, tak aj *osobnostným* (Balaščíková, Blatný, 2003).

I. Dispozičný prístup. Tento prístup vyniká myšlienkou stabilnej predispozície človeka reagovať na záťaž určitým spôsobom. Carver, Scheier a Wintraub (1989) uvažujú, že do záťažových situácií ľudia vstupujú so stabilnými zvládacími stratégiami, teda nie akoby z nulového bodu, ale tak, že každý používa nejakú zafixovanú sadu postupov, ktoré odolávajú meniacim sa podmienkam. V kontexte tohto prístupu je potrebné spomenúť, že v rade výskumov sa sledovalo pôsobenie osobnostných charakteristík na coping a ich vzťah k zvládaniu záťažových situácií. Boli skúmané napríklad tieto vlastnosti: nezdolnosť (hardiness), neuroticizmus, správanie typu A, extravézia, sebahodnotenie, dispozičný optimizmus a pod. (Baumgartner In Výrost, Slaměník, 2001).

II. Situačný prístup. Tento prístup zdôrazňuje ako určujúcu príčinu reakcie vplyv situácie a procesov na úkor osobnostných rysov. Dispozicionizmu vytykajú predpoklad homogenity správania ľudí vo vzťahu k rozličným situáciám (Balaščíková, Blatný, 2003). Tvrdenie, že jestvujú určité typy situácií, ktorým zodpovedajú následné postupy zvládania využil aj McCrae (1984) a uvádza situácie hodnotené jedincom ako: a) výzva (*challenge*), b) ohrozenie (*threat*), c) strata (*loss*). Na voľbu copingovej odpovede teda majú vplyv situačné premenné, t.j. vyhodnotenie situácie ako ovplyvniteľnej/ neovplyvniteľnej, zavinenej/ nezavinenej, riešiteľnej/neriešiteľnej a podobne (Balaščíková, Blatný, 2003).

III. Interakčný prístup. Ako z názvu vyplýva zdôrazňuje interakciu osobnosti a situácie. Copingová odpoveď sa opiera nielen o vyhodnotenie situácie, ale aj iných environmentálnych faktorov a obmedzení a tiež vlastných schopností, postojov a vedomostí.

Tými osobnostnými determinantami môžu byť napríklad: sebahodnotenie, vnímanie vlastného potenciálu, vnímanie osobnej zdatnosti (*self-efficacy*), sebapoňatie (Baumgartner In Výrost, Slaměnik, 2001).

2.1.6.2 Copingové stratégie a copingové zdroje

Po uvedení do problematiky slúžiace k lepšej orientácii, si uveďme čo rozumieme pod pojmom *copingové stratégie*. Sú to reakcie, ktorými sa stresovaný človek snaží znížiť úroveň nežiaducej záťaže. Bratská (2001) bližšie vymedzuje, že ide o pomerne stabilné, habituálne štýly poznávania, správania a prežívania, ktoré jedinec využíva v snahe adaptovať sa (cit. podľa Baumgartner, 2001).

Členenie stratégií je podľa rôznych autorov odlišné v konkrétnostiach, ale hlavné myšlienkové línie sú si veľmi podobné. Pre názornosť zmieňme niektoré najpoužívanejšie a najviac citované. Klasické rozdelenie prináša vyššie spomínaný Lazarus a Folkmanová (1984):

- **Zvládanie zamerané na problém** (*problem-focused coping*) – znamená riešenie problému vlastným konaním, úsilie meniť prostredie z vlastnej iniciatívy. Zahrňuje priamu akciu, využívanie informácií, zmeny vlastného chovania či naopak zásahy do prostredia, prípadne vyhľadanie pomoci od iných ľudí.
- **Zvládanie zamerané na emócie** (*emotion-focused coping*) – znamená pozrieť sa na problém inými očami, zmeniť svoj postoj či náhľad, prijať situáciu alebo ju poprieť, regulovať emočný doprovod stresových situácií.

Stratégiu jedinec zvolí podľa subjektívneho vyhodnotenia situácie: ak usúdi, že dianie je reálne ovplyvniteľné, zmeniteľné zvolí zvládanie zamerané na problém. Pokiaľ usúdi, že riešenie je mimo jeho kompetencií a možností bude preferovať zvládanie zamerané na emócie (Baumgartner In Výrost, Slaměnik, 2001).

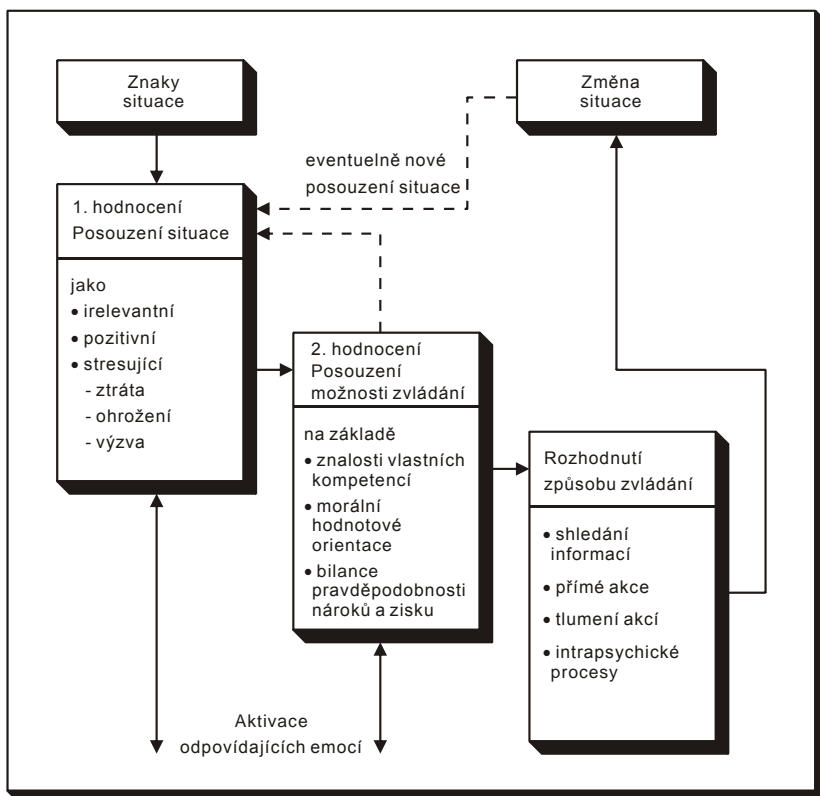
K týmto základným dvom stratégiám sa niekedy pridáva aj tretia, ktorú však Lazarus a Folkmanová zaradili do copingu zameraného na emócie:

- **Orientácia na únik** (*disengagement*) – defenzívna stratégia, nepripúšťanie si problému, zabudnutie naň, vyhnutie sa.

Tento tretí dysfunkčný princíp zvládania záťaže rozpracovali práve Carver, Scheier a Weintraub (1989) a v súvislosti s ním hovoria o prejavovaní negatívnych emócií, o mentálnom a behaviorálnom oddialení (prejavy pasivity, rezignácie, bezmocnosti), a snahe uniknúť od problému napríklad pomocou alkoholu a drog. Výsledkami ich práce však

poukazujú na 15 možných stratégií: aktívny coping, plánovanie, potlačenie iných aktivít, zdržanlivý coping, vyhľadávanie sociálnej opory pre inštrumentálne a emocionálne dôvody, pozitívna reinterpretácia a rast, akceptácia, obrátenie sa na náboženskú vieru, zameranie sa a ventilovanie emócií, popieranie, behaviorálne odpútanie sa, mentálne odpútanie sa, odpútanie sa alkohol a drogami (Carver, Scheier, Weintraub, 1989).

Obr. č. 1: Transakčný model psychologického stresu podľa R.S.Lazarusa (1980) (cit. podľa Janke, Erdmann, 2003)



Naposledy sa vrátíme k teórii Lazarusa a Folkmanovej, podľa ktorej si predstavíme 3 fázy vyrovnávania sa so stresom (pre lepšie pochopenie prikladáme názorné schéma nad textom, obr. 1):

- **Primárne hodnotenie** (*primary appraisal*) – v tejto fázy posudzujeme či a na koľko nás situácia ohrozuje. Čo pre jedného môže byť záťažovou a ohrozujúcou situáciou pre iného byť nemusí (opäť faktor subjektívneho hodnotenia). Coping je stanovený práve kognitívnym hodnotením (*appraisal*).
- **Sekundárne hodnotenie** (*secondary appraisal*) – druhá fáza, v ktorej sa jedinec rozhoduje a zvažuje, čo by bolo možné urobiť. Odhaduje vlastné možnosti, reakcie, anticipuje dôsledky konania a hľadá dostupné zdroje zvládania.
- **Prehodnotenie** (*reappraisal*) – tretia fáza, ktorá nastupuje obyčajne neskôr, niektorí iní autori ju pomenúvajú ako situačná redefinícia (*situational redefinition*). Jedinec

pod vplyvom možných nových informácií musí prehodnotiť dôležitosť situácie, zmeniť svoj pohľad (Lazarus, Folkman, 1984).

V druhej fáze bol použitý pojem zdroje zvládania záťaže, teda *copingové zdroje*. Ide o tie charakteristiky, ktoré človeku umožňujú vysporiadať sa so stresom efektívnejšie. Spôsoby akými ľudia naozaj zvládajú záťaž závisia na zdrojoch, ktoré sú im dostupné a na obmedzeniach, ktoré im zamedzujú prístup k týmto zdrojom.

Křivohlavý (2009) uvádza príklady charakteristík, ktoré majú vplyv na hodnotenie a interpretáciu udalostí a následne voľbu určitej stratégie: Seligmanov naučený optimizmus a pesimizmus, Antonovského *sense of coherence*, Rotterov interný a externý *locus of control*, Pearlin a Schoolerova mienka o sebe samom (*self-esteem*), Taylorova osobnosť s vyššou mierou zdravia (*health-prone personality*) a osobnosť so sklonom k ochoreniam (*disease-prone personality*), sebadôvera a sebahodnotenie, Kobasovej nezdolnosť v poňatí *hardiness*, nezdolnosť v poňatí resiliencie, dispozičný optimizmus Scheiera a Carvera, vnímaná osobná zdatnosť (*self-efficacy*), náboženská viera, svedomitosť, zmysel pre humor.

Baumgartner (2001) rozdeľuje copingové zdroje na:

- *psychologické* (schopnosti a zručnosti, pozitívne myslenie, sebahodnotenie, morálne kvality);
- *sociálne* (sociálna sieť vzťahov každého jedinca, teda rodičia, priatelia, spolupracovníci a pod.);
- *fyzické* (sila, vitalita, energia, výdrž);
- *materiálne* (hmotné zabezpečenie, peniaze).

Mieru využívania copingových stratégií či zdrojov posudzujú viaceré dotazníky, my sme si pre náš výskum zvolili dotazník od Samuela H. Osipowa, **Inventórium zamestnaneckého stresu** (*Occupational Stress Inventory - Revised, OSI-R*), priebeh a spracovanie výskumu môžete nájsť v empirickej časti práce (Metodika práce).

2.2 CHARAKTERISTIKA PSYCHICKEJ ZÁŤAŽE SESTIER

Ako výstižne poznamenáva Bartošíková (2006) len málo profesií za posledné desaťročia prešlo takými zmenami ako profesia sestry. V minulosti mala sestra niekoľko základných povinností (fyzická starostlivosť voči pacientom), dnes sa k nim postupne pridávajú mnohé ďalšie, navyšujú sa kompetencie sestry. Nesnažíme sa posúdiť správnosť

alebo nesprávnosť takéhoto vývinu, ide len o konštatovanie, že sestra má v novom kontexte viac zodpovednosti, musí si prehĺbovať vedomosti z oblasti sociálnej, komunikačnej a inej.

Pojmom stres, záťaž, zvládanie sme sa už venovali vo všeobecnej rovine, v nasledujúcich štádiách budeme túto problematiku aplikovať do roviny profesie zdravotníka.

2.2.1 Rizikové faktory záťaže v profesii sestry

Európska agentúra uvádza, že za posledné tri dekády narastá seriózne presvedčenie, že stres v práci má neblahé dôsledky na zdravie jedinca a jeho pohodu (*well-being*). Toto tvrdenie majú podložené mnohými štúdiami (Cox et al, 1981; Burke et al, 1986; Dohrenwend et al, 1988; Bacharach et al, 1991 In European Agency, 2000).

Podľa správy tejto Európskej agentúry *pracovný stres* vymedzuje v troch poňatiach: prvý, *technický prístup* hodnotí stres ako práci vlastný a ako hodnotu, ktorú je možno zmerať, ako environmentálnu príčinu spôsobujúcu poruchy zdravia. Druhý, *fyziológický prístup* definuje stres ako súbor fyziologických odpovedí na ohrozujúcu situáciu alebo poškodzujúce (pracovné) prostredie. Tretí, *psychologický prístup* nahliada na stres ako na dynamickú interakciu medzi človekom a jeho pracovným prostredím (European Agency, 2000).

Britská *Health and Safety Executive* popisuje pracovný stres veľmi stručne: je to stav keď nároky (*demands*) prekročia individuálne zdroje (*resources*) jedinca v danom čase (HSE, 2002).

V Českej republike Bartošíková (2006) do vymedzenia stresu zahrňuje nám zrozumiteľné aspekty: konflikty rolí (práca vs. rodina), nároky súvisiace s obsahom práce ako zodpovednosť a pracovné zaťaženie, organizáciu práce (nejasné kompetencie), nejasný kariérny postup v rámci profesijnej perspektívy a fyzikálne prostredie (bezpečnosť práce, hluk). Tiež uvádza, že práca v zdravotníctve je spojená s vyššou mierou stresu ako u väčšiny ostatných zamestnaní. Toto potvrdzujú aj štatistické údaje Ústavu zdravotníckych informácií a štatistiky (ÚZIS), ktoré každoročne vyhodnocujú ochorenia s povolania.

Záťaž v práci sestry môže byť ponímaná z rôznych pohľadov. Jedno z členení je rozdelenie týchto záťažových faktorov na 1.) *fyzické, chemické a fyzikálne*, a na 2.) *psychické, emocionálne a sociálne* (Bartošíková, 2006).

Prvé zahrňuje predovšetkým: statické a dynamické zaťaženie (napr. státie, asistencia pri lôžku pacienta, vybavovanie, prechody v prevádzke), zaťaženie chrbtice, kĺbové a svalového systému (napr. polohovanie, zdvíhanie pacientov), kontakt s nepríjemnými veličinami (napr. zvratky, exkrementy, otvorené rany, zápach a pod.), narušenie

cirkadiálneho biorytmu, riziko infekcie, nedostatok času na pravidelný príjem potravy a tekutín, kontakt s chemickými škodlivinami (napr. cytostatiká, dezinfekčné prostriedky, alergény), hluk, radiačné žiarenie. Pod psychicko-emocionálno-sociálnymi stresormi si môžeme predstaviť: potreba pružne reagovať na rôznorodé požiadavky a zmeny, byť v neustálom strehu a starostlivo sledovať situáciu, nutnosť rýchlych rozhodnutí aj pri nedostatku informácii, nároky na pamäť, pôsobenie bolesti druhým ľuďom, pristupovanie k intímite druhého človeka a prekročovanie týchto hraníc (aplikácia klyzmy, cievkovanie, zavádzanie sond), komunikácia s pacientom a jeho príbuznými, opakované stretávanie sa s ľuďmi v ťažkom životnom rozpoložení či emocionálnom stave, nároky na nepretržité vzdelávanie a doplňovanie si vedomostí, atď. (Bartošíková, 2006; Hosáková, 2007; Gučková, 2007; Blažková, Krátká, Kramaříková, 2011; Vévoda et al, 2013).

Doktor Nešpor, ktorý sa dlhodobejšie zaoberá touto problematikou uvádza aj iné príčiny, ktoré neboli uvedené vyššie: trojsmenná prevádzka z ktorej plynie dlhodobá spánková deprivácia, nároky vyplývajúce z tímovej spolupráce, požiadavky na sestru, od ktorej sa požaduje mnoho vecí v krátkom časovom úseku, starostlivosť o umierajúcich, pracovné preťaženie, nevhodné chovanie nadriadených a tiež nevhodné chovanie pacientov, ktorí si k sestre dovoľia to, čo by si k lekárovi nedovolili. Dokonca sa môžu objavovať pocity bezmocnosti a pocity zlyhania v profesii (aj keď môže ísť o domnelé zlyhanie), ktoré zasahujú do vlastného sebahodnotenia (Nešpor, 1995).

Istý výskum s 168 respondentmi (všeobecné sestry z onkologických oddelení) čiastočne dopĺňa výčet o vlastné zistenie, a to, že sestry najviac obťažuje prílišná administratíva, časový tlak a úbytok výkonnosti so stúpajúcimi rokmi aktívnej praxe (Zálešáková, Bužgová, 2011).

Podľa výskumu Gurkovej a Macejkovej (2012) existuje u zdravotných sestier vzťah medzi psychickou záťažou a výskytom depresívnej symptomatológie. Podľa prieskumu až u 50% sestier bola prítomná ľahká depresia, a bolo zistené, že faktory pracovného preťaženia (konflikty na pracovisku, časová tieseň, vysoká miera zodpovednosti) majú silnú koreláciu k prežívaniu depresívnych symptómov.

Štúdia Bohutínskej (2005) porovnávala pracovné podmienky a pracovné stresy sestier v ambulantnej a lôžkovej starostlivosti. Ukázalo sa, že jedna štvrtina sestier u lôžka obyčajne nemá šancu využiť prestávku na obed a jedna pätina sestier sa zaoberá pracovnými problémami ešte aj v domácom prostredí. Okrem toho sestry všeobecne označili za makrostresory: nízke platové ohodnotenie (43% nespokojnosť), starostlivosť o ťažko chorých a umierajúcich, množstvo práce a váhu zodpovednosti za vlastné zdravie. Pre porovnanie, iná

česká štúdia uvádza, že dokonca až 67 % respondentov sa necíti dostatočne finančne ohodnotených (Reindlová, Bogárová, 2007).

Zaujímavý pohľad do problematiky vnáša aj Jobánková a Kvapilová (2007) z Národného centra ošetrovateľstvá a nelékařských zdravotníckých oborů (NCO NZO Brno), ktoré za tri roky mapovania psychosociálnej záťaž sešter prostredníctvom psychologických seminárov a skupinových interview zistili, že sestry subjektívne vnímajú nie fyzickú záťaž a nie technickú náročnosť nových ošetrovateľských postupov ako najväčší zdroj záťaž, ale práve skutočnosti, ktoré súvisia s riešením náročných sociálnych situácií. Zdrojmi sú vzťahy medzi nimi a pacientmi, ďalej vzťahy s rodinnými príslušníkmi pacienta a vzájomné vzťahy zdravotníkov. Sestry uviedli, že najviac si nevedia poradiť so situáciami ako: prejavy strachu pacienta z blížiacej sa smrti, z bolesti, nariekanie pacienta, agresívne správanie voči sestre, sexuálne narážky a úplatkářstvo.

Čo sa týka fyzickej záťaž, Nakládalová (In Vévoda et al, 2013) pripomína, že najväčšia fyzická záťaž sa prejavuje na oddeleniach s čiastočne imobilnými pacientmi a podľa štúdií bola zistená dlhodobá nadlimitná únosnosť fyzickej záťaž žien.

Jedna štúdia, zahrňujúca 257 respondentov, sa zamerala na zisťovanie miery fyzickej záťaž a zároveň úrovne vedomostí sešter o možnostiach zvládania takejto záťaž. Ukázalo sa, že sestry síce udávajú časté bolesti chrbtice (96 %) a dolných končatín späté s opuchmi (73 %), ale popritom vykazovali výrazné nedostatky vo vedomostiach z oblasti kinestetiky a využívania technického vybavenia na uľahčenie náročnej fyzickej práce (89 %), a ďalej z oblasti možnej aplikácie princípu páky, sily trenia a zotrvačnosti pri manipulácii a prenose pacientov (71 %) (Komačeková, 2009).

Jedna zo zahraničných štúdií pojednávajúcich o stresových faktoroch u sešter starajúcich sa o geriatrických pacientov uvádza, že najväčšími stresormi sú administratíva a organizačné faktory na jednej strane a interakcie a správanie pacientov na strane druhej (išlo o pacientov v staršom veku trpiacich demenciou, Alzheimerovou chorobou a pod.), pričom omnoho väčšie percento sešter udáva, že organizačné faktory práce (príliš málu času na vykonanie povinností k vlastnej spokojnosti, alokácia nedostatkových zdrojov) im spôsobujú výraznejší podiel stresu ako stres spôsobený na podklade emocionálnych požiadavkov či kontakte s pacientmi (McGrath In Baillon et al, 1996). S týmto výsledkom súhlasia aj iné výskumy dávajúce do súvislosti organizačné faktory práce so stresom, syndrómom vyhorenia a pracovnej spokojnosti na geriatrických oddeleniach (Rafnsdottir, Gunnarsdottir, Tomasson, 2004).

Naopak veľmi špecifický výskum Zwijsen et al (2014) ukazuje, že neuropsychiatrické symptómy u dementných pacientov majú priamy súvis s distresom zdravotníckeho personálu, avšak títo neporovnávali váhu aj iných faktorov ako v predošle uvedenom výskume.

Zdroje stresu sa môžu líšiť v závislosti od oddelenia, na ktorom sestra pracuje. Pre porovnanie môžeme uviesť portugalskú štúdiu, ktorá uvádza, že veľkými zdrojmi stresu pre onkologické sestry sú práve charakteristiky vlastné oddeleniu onkológie: dlhotrvajúca a agresívna liečba s vedľajšími účinkami, utrpenie pacienta a jeho pocity depresie, paniky a strachu, smrť pacientov (Gomes, Santos, Carolino, 2013).

Zahraničné štúdie poukazujú aj na fakt, že liečebne či oddelenia s dlhodobo chorými sprevádza vysoká miera fluktuácie sestier. Mimo iných identifikovali tieto príčiny odchodu zdravotníckeho personálu: príležitosti profesijného rastu, pracovné prostredie, nevyhovujúci leadership, syndróm vyhorenia u sestier (Ejaz et al 2008; Tourangeau et al, 2010; Chu, Wodchis, McGilton, 2014).

2.2.2 Ochranné faktory a copingové stratégie v profesii sestry

Povolanie sestry samozrejme nie je len zdrojom mnohých stresov, ale aj potešení. Avšak tým, že predmetom práce je záťaž sestier, venujeme sa tejto problematike viac dopodrobna. No prejdime teraz k skutočnostiam, ktoré prácu sestry uľahčujú, k tomu, čo napomáha k motivácii a satisfakcii z práce, čo podporuje duševné a fyzické zdravie, teda k tzv. *protektívnym faktorom*. Pokúsime sa uviesť prehľadný výčet zdrojov (nie však kompletný), ktorý uvádzajú odborníci z tejto oblasti:

- pocity radosti a uspokojenia pokiaľ sa zlepší pacientovo zdravie, prípadne zachráni sa jeho život;
- lepšie informácie týkajúce sa zdravia a jeho ochrany, možnosť využiť tieto znalosti u rodinných príslušníkov, priateľov;
- pocit zmysluplnosti z tejto (pomáhajúcej) práce, čo vedie aj k zvyšovaniu odolnosti voči záťaži;
- styk s rôznorodou skupinou ľudí môže byť obohacujúci vzhľadom na individuálne obzory, názorové postoje a pod.;
- ak sestra prejavuje záujem, môže sa prostredníctvom komunikácie s pacientom dozvedieť o rôznych oblastiach ľudskej činnosti, cestovateľských zážitkoch a aj osobné životné príbehy svojich pacientov, ktoré častokrát môžu byť veľmi poučné;
- získanie schopnosti pozerat' sa na prekážky a problémy ako výzvu, prijímat' ich;

- spoločenská prestíž z povolania môže byť tiež zdrojom určitej satisfakcie;
- pocit uspokojenia z dobre vykonanej práce, ktorá sa odráža na spokojnom pacientovi;
- okamžitá spätná väzba zo strany pacientov a ich rodín: vyjadrenie vďačnosti, úsmev, pozitívne verbálne ohodnotenie;
- altruistický prístup všeobecne oceňovaný verejnosťou;
- vychádzajúc z praxe, sestra si vie zorganizovať čas a prácu, tak, aby sa nedostala do časovej tiesne;
- získavanie nových a nových skúseností pri komunikácii s pacientom, teda získavanie dovedností pri jednaní z rôznymi typmi ľudí a pováh;
- prehodnocovanie vlastných postojov a myšlienok na základe kontaktu s inými životnými príbehmi, osobnostný rast a zrenie, tzv. „škola života popri zamestnaní.“ (Nešpor, 1995; Kebza, Šolcová, 2003; Bartošíková 2006).

Zdroje zvládania záťaže, ktoré majú k dispozícii nielen sestry, literatúra rozčleňuje na vnútorné a vonkajšie (Kliment, 2014). Vnútornými zdrojmi sú práve osobnostné charakteristiky, ktoré udávajú, ako sa jedinec k stresu postaví a akú stratégiu zvolí. Môže ísť o rozdiely v prístupe k ťažkostiam (Rotterov *locus of control*), nezdolnosť v poňatí resiliencie, koherencie či hardiness, optimizmus, kladné sebahodnotenie a pod. (Křivohlavý, 2009). Naopak vonkajšími zdrojmi je najčastejšie udávaná sociálna opora. Býva vnímaná ako druh sociálnej interakcie, ktorá je zdrojom zvyšovania kompetencie a sebahodnotenia jedinca, pocitov spolunáležitosti. (Šolcová, Kebza, 1999; Křivohlavý, 2009; Kliment, 2014).

Vybraným osobnostným charakteristikám sestier pracujúcich v hospici či liečebni dlhodobo chorých sa venovali vo svojom výskume Kupka a Řehan (2008). Ukázalo sa, že koncept nezdolnosti sestier úzko súvisí s ich životnou spokojnosťou a jej jednotlivými kategóriami (zdravie, práca, sociálne vzťahy a pod.). Taktiež prišli k záveru, že sestry v hospici sú lepšie pripravené čeliť pracovnej záťaži ako sestry pracujúcich na oddeleniach LDCH. Teoretická analýza ďalej ukázala, že sociálna opora je silným protektívnym faktorom a častokrát využívanou copingovou stratégiou sestier (Chang et al, 2005; Li, Lambert, 2008; Lim, Hepworth, Bogossian, 2011; Laranjeira, 2011; Mark, Smith, 2012; Shin et al, 2014).

S osobnosťou jedinca je spojené aj jeho kognitívne zvládanie záťaže. Ide o mentálnu stratégiu ako sa vyrovnáť so stresom, vidieť v problémovej situácii výzvu, príležitosť rozvíjať sa. Křivohlavý et al (2010, s. 21) robili dotazníkové šetrenie u sestier pracujúcich nemocniciach a liečebňach dlhodobo chorých po Českej republike a identifikovali štyri tematické kategórie najčastejších odpovedí na otázku copingových stratégií. V skupine

„riešenie problému s nadhľadom“ (kognitívne zvládanie) boli odpovede: „Keď mi je psychicky zle, hovorím si: mnoho ľudí je na tom podstatne horšie ako ja – tak čo,“ „Nikdy nie je tak zle, aby nemohlo byť ešte horšie. A keď nejde o život, tak to nič nie,“ „(...) Tak zbilancujem svoju vlastnú situáciu a prídem k záveru, že to so mnou vlastne nie je tak hrozné a môžem byť rada za to, že sa mám tak, ako sa mám.“

V príručke pre sestry stojí, že zvládanie stresu má dva dôležité momenty: jednak odstránenie toho, čo záťaž spôsobuje, jednak posilňovanie vlastných síl (zdrojov) v boji so stresom. Autor okrem iného odporúča osvojiť si vhodné techniky „nanečisto,“ kým ešte samotný stres nevyvstal, teda prevziať určitú starostlivosť o seba. Ide o rôzne druhy relaxácie (uvoľňovanie svalov, autogénny relaxačný tréning profesora Schultza, Jacobsonova progresívna relaxácia), meditácie či riadené dýchanie (Křivohlavý, 2010). A taktiež starostlivosť o naše telo prostredníctvom pohybu, telesného cvičenia, spánku a odpočinku (Křivohlavý, Pečenkova, 2004).

Avšak ako bolo zmienené v kapitole Copingové stratégie, aj únik či vyhýbanie sa problému je formou zvládacej odpovede. Nemusí ísť len o javy negatívne (sociálna izolácia, zvýšený príjem alkoholu, cigariet, liekov na upokojenie), ba práve naopak, angažovanie sa v rozptyľujúcich aktivitách – športové aktivity, koníčky, sledovanie televízie, čítanie kníh, prechádzky, nakupovanie (Kliment, 2014). Dokladá to aj výskumné šetrenie Singapurských sestier, v ktorom autorky identifikovali 3 najčastejšie copingové stratégie: voľnočasové aktivity, hľadanie sociálnej a emočnej podpory, viera. Medzi najčastejšie aktivity sestry uvádzali nakupovanie, spánok, meditáciu a počúvanie hudby (Lim, Hepworth, Bogossian, 2011).

Účinnosť copingových stratégií môže byť rozhodujúca. Dá sa povedať, že sestry, ktoré napriek tomu, že sú vystavené vysokému stresu a záťaži, ale majú dobré copingové zdroje a stratégie, nemusia vykazovať žiadne zdravotné (mentálne aj psychické) problémy. Aktívny, na problém zameraný coping prináša zdravé pracovné prostredie, zatiaľ čo pasívny coping (vyhýbanie sa, čakanie na to, čo sa stane) koreluje s chabým fyzickým zdravím, s chabým mentálnym zdravím, nízkou kontrolou a nízkou podporou v práci (Schreuder et al, 2012).

2.2.3 Dôsledky stresu na fyzické zdravie sestier

Odborná literatúra uvádza, že sa u sestier v porovnaní s ostatnou populáciou objavuje väčší podiel mortality a sebevrážd, nezdravý životný štýl a so stresom súvisiace psychické problémy (Feskanich et al, 2002, Tully, 2004, Tyler, Cushway, 1997 cit. podľa Lim,

Bogossian, Ahern, 2010; Mark, Smith, 2012). Viacerí autori skúmali vzťah záťaže a psychosomatických ochorení zdravotníckych pracovníkov (Kane, 2009; Gouva et al, 2009; Meuseen et al, 2010; Humaida, 2012; Carter, Dyer, Mikan, 2013).

Až 30% všetkých ochorení súvisiacich s prácou sú v priamom spojení so stresom. Uvádzajú sa najmä tieto fyzické a mentálne problémy: hypertenzia, žalúdočné vredy, ischemická choroba srdca, depresia a astma (Mok et al, 2014). Humaida (2012) dopĺňa výčet o ďalšie psychosomatické ochorenia, ktoré skúmal v náväznosti so stresom saudsko-arabských sestier: bolesti hlavy, vredy, bronchitída, bolesti chrbta a ekzém, pričom našiel významné korelácie. Štúdia Kane (2009) identifikovala hlavné stresory v práci indických sestier (práca nedokončená včas kvôli nedostatku pracovníkov, konflikty s príbuznými pacientov, nadváha a nedostatočný plat) a sestry, ktoré dosiahli vysoké skóre na škále záťaže vykazovali významnejší podiel psychosomatických problémov: kyslosť (organizmu), bolesti chrbta, strnulá šija a ramená, zúbenosť, hnev a obavy. Uvádza, že trávacie problémy a prekyslenosť organizmu u sestier vznikajú na základe chýbajúcich alebo nepravidelných prestávok na jedlo a chabá výživa. Tiež nadmerné požívanie čaju a kávy počas nočných služieb ich zdravotný stav nezlepšuje.

Niektoré sestry zanedbávajú vlastné potreby, a tak sa dostávajú do kolotoča chronického stresu. Sestry starajúce sa o umierajúcich pacientov v hospici majú priemerné až závažné poruchy spánku a vykazujú depresívne symptómy (Carter, Dyer, Mikan, 2013). To potvrdzuje aj štúdia čínskych autorov Zhang et al (2011), ktorí sa však zameriavali na sestry všeobecne, nielen sestry pracujúce v hospici. Ďalej sa ukázalo, že u čínskych sestier sa objavujú aj iné psychosomatické ochorenia: zrakový diskomfort, bolesti hlavy a závrate, depresia a emočná nestabilita, syndróm chronickej únavy a spomínaná insomnia. Zistili, že bolesti hlavy sa objavujú prevažne u starších sestier, zatiaľ čo poruchy spánku sa vyskytovali vo vekovej kategórii 30–39 rokov, a depresia a emočná labilita sa vyskytovala skôr u mladších sestier (Zhang et al, 2011).

Výskum Gouva et al (2009) sa snažil identifikovať nielen psychosomatické obtiaže sestier, ale aj dôvody prečo tieto obtiaže vôbec nastávajú. Hlavné psychosomatické komplikácie boli: emočné trauma, mentálna a fyzická únava, depresia a nedostatok uspokojenia z práce. Dôvody prečo nastáva „psychosomatizácia“ sestier identifikovali dva: za prvé je to nesúlad medzi očakávaniami na počiatku kariéry od ich sesterskej role a organizačnými a kultúrnymi obmedzeniami v praxi, ktoré zabraňujú naplneniu týchto počiatkových očakávaní. Za druhé sú to emočné krízy vznikajúce z vypätých situácií, ktorým

musia sestry dennodenne čeliť. Gouva et al (2009) ďalej uvažujú, že keby očakávania sestier boli v zhode s praktickou realitou, psychosomatické komplikácie by sa nemuseli vyskytovať.

Dôležitým aspektom záťaže a následných mentálnych a fyzických porúch je práve fakt, že vysoko stresované sestry nie sú schopné podávať také výkony, aké sa požadujú a ich fungovanie v práci je významne obmedzené. Z toho vyplýva aj zníženie kvality ošetrovateľskej starostlivosti pacientom. Tieto nadmerne zaťažené sestry vykazujú osobné problémy a problémy v chovaní spojené s prácou, ako napríklad zastráňovanie, absentizmus, fluktuácia, agresívne, nepriateľské až pomstychtivé správanie (Mojoyinola, 2008). Ten istý autor uvádza, že výsledky výskumu poukazujú na spojenie medzi pracovným stresom a týmito psychosomatickými poruchami: bolesti hlavy, krku a chrbtice, bolesti svalov, starosti a obavy, vysoký krvný tlak, znížená koncentrácia a pozornosť, vnútorný monológ a ťažkosti pri rozhodovaní.

Okrem psychosomatických ochorení existujú aj legislatívne zakotvené ochorenia súvisiace s prácou, ktoré sa nazývajú ako „nemoci z povolání.“ Odvetvie zdravotníctva je vždy na jednom z prvých priečok v počte nahlásených chorôb súvisiacich s výkonom povolania (Vévoda et al 2013; SZÚ, 2013). Bližší popis k tejto problematike môžete nájsť v prílohe č. 2.

2.2.4 Zvládanie psychickej záťaže na pracovisku

Humpl, Prokop a Tobiášová (2013) uvádzajú, že zdravotníci používajú svoje vnútorné zdroje, ktoré ich pomáhajú chrániť sa pred neblahým dopadom záťaže. Sú to napríklad nasledujúce: podpora pracovného kolektívu, schopnosť relaxovať a odpočívať, rôznorodosť práce, asertivita, dostatočná sebaúcta a sebadôvera, uspokojujúce sociálne vzťahy a dobré rodinné zázemie, vnímanie osobnej pohody, schopnosť nakladať s časom a i.

Avšak Jobánková a Kvapilová (2007) poukazujú aj na to, že sestry často krát využívajú aj neefektívne stratégie ako sa vyrovnávať so stresom, nakoľko problém spracovávajú iba vnútorne a ten zostáva vo svojej podstate neriešený. Hovoria o únikových tendenciách sestier, ktoré spočívajú v prerušení komunikácie, vykonávaním ošetrovateľským úkonov mlčky a vyhýbanie sa týmto záťažovým situáciám (napríklad obmedzením kontaktu s pacientom na minimum).

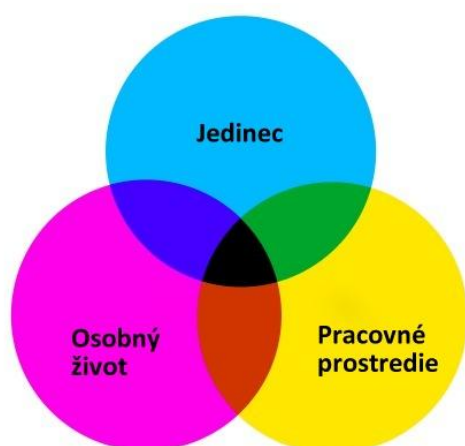
Účinnými copingovými zdrojmi v povolaní zdravotníka sa zdajú byť aj: schopnosť sebauvedomovania (zavčas spozorovať príznaky stresu a prijať určité opatrenia), fungujúce manželstvo a ostatné medziľudské vzťahy (Whitley et al, 1989 cit. podľa Nešpor, 1995),

otvorená komunikácia s kolegami, disponovať optimom informácii (nie nedostatkom ani nadbytkom), telesné cvičenie a pohyb, dobrý humor a schopnosť prejať emócie (Paquet, 1991 cit. podľa Nešpor, 1995), realistické sebanárok a vytýčenie dosiahnuteľných cieľov (Nešpor, 1995).

Viacere štúdie z rôznych oblastí sveta poukázali na to, že existuje významný vzťah medzi copingovými zdrojmi, stratégiami a pracovným stresom (Armstrong-Stassen, Cameron, 2003; Chen et al, 2009; Wu et al, 2011; Mark, Smith, 2011; Gomes, Santos, Carolino, 2013; Shin et al, 2014; Ghiyasvandian, Gebra, 2014;).

Angličanka K. Wright, čestný poradca pre zamestnanecké zdravie a duševnú pohodu Kingstonskej nemocnice, napísala článok, v ktorom radí sestram ako zmierňovať stres na pracovisku správnym nakladaním s copingovými zdrojmi. Veľmi výstižne v ňom poznamenáva, že práve stres môže podkopať hlavné charakteristiky sesterskej práce – starostlivosť a súcit – ktoré sú jadrom zdravotnej starostlivosti. Zdôrazňuje, že nielen osobná kríza môže zdecimovať vlastné zdroje vyúsťujúce do znížených rezerv pre prácu, ale rovnako aj práca môže vyčerpať tieto zdroje, čo má za následok menšie zdroje pre zvládanie osobného života. Obrázok č.2 znázorňuje, že stres sa nielenže objavuje v troch prekrývajúcich sa oblastiach *jedincových schopností, osobného života a pracovného prostredia*, ale že každá oblasť môže mať dopad na dostupné zdroje a či sú tieto zdroje schopné zvládnuť nároky (angl. *demands*) (Wright, 2014).

Obr. č. 2: Tri vzájomne sa ovplyvňujúce prvky stresu. Prevzaté z K.Wright (*Alleviating stress in the workplace: advice for nurses, 2014, s. 39*), upravené



Podľa Wrightovej na ovplyvnenie jedincovej schopnosti zvládať stres je potreba dostatočných zdrojov a u sestier tieto zahŕňujú fyzickú, emocionálnu a mentálnu kapacitu spolu s klinickými vedomosťami a dovednosťami. Napríklad ak má sestra pocit, že má veci

pod kontrolou a neocitla sa len v pasci situácie, je schopná lepšie zvládať stres. V pracovnom prostredí významným zdrojom je kvalitný leadership a podpora managementu zamestnancom. Cox, Randall a Griffiths (2002) identifikovali osem oblastí dobrej praxe, ktoré zmierňujú stres na pracovisku, a podmienkou ktorých je skutočné porozumenie pracovnej situácie a chuť vypočuť si spätnú väzbu od zamestnancov a na základe nej konať. Jednými z týchto oblastí sú napríklad kontinuita práce (aby sestry mohli vidieť zlepšenia u svojich pacientov), byť flexibilný ohľadom pracovnej doby tam, kde je to vhodné, ak práca nie je veľmi zaujímavá zaistiť rotáciu, usporiadať pracovné tímové schôdzky a workshopy na zvládanie problémov.

Zámerom austrálskeho systematického review motivovaného nedostatkom sestier v kombinácii so stavom starnúcej populácie bolo zistiť, aké sú hlavné príčiny stresu sestier a aké stratégie využívajú k nakladaniu s ním. Do prehľadu zahrnuli 15 štúdií uskutočnených v Austrálii a zistili, že sestry zvládajú záťaž pomocou plánovitého riešenia daného problému, vyhľadávania sociálnej opory, sebakontroly, úniku či vyhnutia sa, a dištancovania sa od problému, teda všetky tri aspekty (orientácia na problém, na emócie a únik), ktoré rozpracoval Lazarus a Folkmanová boli zastúpené (Lim, Bogossian, Ahern, 2010). A aj keď sa predpokladá, že copingové stratégie zamerané na emócie môžu mať negatívne následky, niektoré štúdie indikujú, že používaním dištancovania sa od problému a sebakontroly môžu byť vlastne prediktorom lepšieho mentálneho zdravia u sestier (Folkman et al, 1986; Lambert et al, 2004).

Výsledok vyššie zmieňovanej štúdie je konzistentný s výsledkom medzikultúrnej štúdie, ktorá skúmala spôsoby zvládania záťaže naprieč kultúrami Japonska, Thajska, Južnej Korei a USA (Hawai). Táto štúdia poznamenáva, že Ázijské kultúry vo všeobecnosti uprednostňujú konsenzus a veľmi nevyjadrujú negatívne emócie, preto u nich ako copingové stratégie dominovali: sebakontrola, pozitívne prehodnotenie (reappraisal), hľadanie sociálnej podpory a zvládanie zamerané na spoločné vyriešenie problému (Lambert et al, 2004).

Nemeckí autori Schmidt a Diestel (2012) uskutočnili výskum, v ktorom chceli zistiť či existuje spojitosť medzi konkrétnymi osobnými zdrojmi (aktívny, na problém zameraný coping a vnímaná osobná zdatnosť, *self-efficacy*) a pracovnými nárokmi a pracovnou záťažou u sestier starajúcich sa o geriatrických pacientov. Zvolené zdroje boli vybraté zámerne a hypotézy autorov sa potvrdili: aktívny coping interaguje s nárokmi práce tak, že je možné predpovedať mieru pracovnej záťaže, zatiaľ čo vedomie o vlastnej účinnosti nemá takýto zmierňujúci dopad na záťaž, je schopný vnieť len akýsi všeobecný prospech na výslednú situáciu nezávisle na miere záťaže či nárokov.

Nepříjemné je zistenie, že ak copingové stratégie dlhodobo zlyhávajú, sestry sa môžu dostať až na hranicu života a smrti, na čo poukazuje fakt, že u sestier je vyšší výskyt sebevrážd a mortality ako u bežnej populácie (Feskanich et al, 2002 cit. podľa Lim, Bogossian, Ahern, 2010).

2.3 VZDELÁVANIE SESTIER V OBLASTI ZÁŤAŽE A DUŠEVNEJ HYGIENY

Pod pojmom duševná hygiena sa skrýva „systém vedecky prepracovaných pravidiel a rád slúžiacich k udržaniu, prehĺbeniu alebo znovuzískaniu duševného zdravia a duševnej rovnováhy“ (Míček, 1984, s. 9). Křivohlavý a Pečenková (2004) zastávajú názor, že aby mohla sestra dobre vykonávať svoju prácu a byť sociálnou oporou, jej samotnej musí byť dobre. Toto sa dá zaistiť pravidelnou duševnou hygienou v podobe starostlivosti o svoju dušu, telo a myšlienkovú výbavu, ďalej hodnotami ako mať pre čo žiť, vedieť si odpustiť, radovať sa z „darov života,“ zdieľaním s priateľmi a pod. Sestry potrebujú vedieť dovedne zaobchádzať so záťažovými situáciami, a tomu sa učia už v školských laviciach.

System vzdelávania všeobecných sestier v ČR upravuje zákon 96/2004 Sb. „Zákon o podmienkach získavania a uznávania spôsobilosti k výkonu nelekárskych zdravotníckych povolání.“ Profesia sestry je regulovaná činnosť a vyššie zmienený zákon spolu s vyhláškou 39/2005 Sb. stanovujú akým spôsobom je v súčasnosti možné v Českej republike získať odbornú spôsobilosť k výkonu zdravotníckeho povolania. Získava sa absolvovaním zdravotníckych akreditovaných odborov na vysokých školách, odborov vyššej odbornej školy zdravotníckej a stredných zdravotníckych škôl alebo absolvovaním akreditovaných kvalifikačných kurzov (Ministerstvo zdravotníctví ČR, 2008).

Vyhláška č. 39/2005 Sb. stanovuje základné požiadavky, najmä počet hodín teoretickej a praktickej výuky a tiež predmety, ktoré sú náplňou vyučovania, nestanovuje však jednotlivo ich časovú dotáciu. Na to slúži metodický pokyn ministerstva školstva, mládeže a telovýchovy, ktorý určuje podrobnosti priebehu vzdelávania, doporučuje časovú dotáciu jednotlivým predmetom (Ministerstvo zdravotníctví ČR, 2008).

Všeobecná sestra teda získava spôsobilosť buď absolvovaním trojročného bakalárskeho štúdia na vysokej škole zdravotníckeho odboru alebo absolvovaním trojročného

štúdiá odboru diplomovaná všeobecná sestra na vyššej odbornej škole zdravotníckej. Absolventi stredných zdravotníckych škôl získavajú spôsobilosť ako zdravotnícki asistenti.

Hlbšie rozpracovanie problematiky vzdelávania sestier môžeme nájsť v prácach iných autorov (Prošková In Vévoda et al, 2013) alebo príslušných zákonoch, na tomto mieste sa budeme bližšie venovať vzdelávaniu v oblasti záťaže a duševnej hygieny.

Ministerstvo školstva, mládeže a telovýchovy Českej republiky vydáva rámcové vzdelávacie programy (RVP) pre jednotlivé odbory stredného odborného vzdelávania, tieto sú štátom vydávané záväzné pedagogické dokumenty, ktoré upravujú požiadavky na vzdelanie. Odbor Zdravotnícky asistent má vlastný RVP (53-41-M/01), v ktorom sa hneď na niekoľkých miestach stretávame s problematikou záťaže a psychohygieny u budúceho zdravotníka. Konkrétne v kapitolách „Kľúčové a odborné kompetencie,“ v prierezových témach „Človek a svet práce,“ či „Kurikulárny rámec pre jednotlivé oblasti vzdelávania.“ Oblasti vzdelávania, ktoré sa dotýkajú záťaže a duševného zdravia sú nasledovné: „vzdelávanie pre zdravie,“ „základy poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti“ a „sociálne vzťahy a dovednosti.“ Ich cieľom je vytvoriť a rozvinúť postoje a správanie, ktoré vedie k zdravému spôsobu života a zodpovednosti za svoje zdravie. Tiež uvedomovať si seba vo svojej biopsychosociálnej jednote, rozumieť medziľudským vzťahom, pozitívnym emóciám a negatívnym emóciám a vedieť ich prekonávať a zvládať. RVP udáva, že žiaci by mali vedieť uplatňovať naučené modelové situácie k riešeniu konfliktov a záťažových situácii. Predmety, v ktorých sa žiaci môžu a mali by sa stretnúť s rozoberanou problematikou sú: psychológia, komunikácia, prevencia chorôb a zdravotná výchova, sociológia, základy pedagogiky a edukácia (MŠMT ČR, 2008).

Vyššie odborné školy zdravotnícke sa riadia Vzdelávacími programami, pričom každá škola si tvorí vlastný na základe ministerskej vyhlášky, preto venovanie sa problematike záťaže a stresu môže byť u odlišných škôl rôzne (MŠMT ČR, 2005). Podobné platí aj pre vysoké školy, ktoré sa riadia študijným programom a študijným plánom podľa zákona 111/1998 Sb. (MŠMT ČR, 1998).

Vzdelávanie nekončí úspešným ukončením strednej či vyššej odbornej alebo vysokej školy. Pre zdravotnícke odbory existuje povinnosť celoživotného vzdelávania, ktorým sa myslí priebežné obnovovanie, dopĺňovanie, prehĺbovanie vedomostí, dovedností a spôsobilostí v súlade s najčerstvejšími vedeckými poznatkami. Kontrola dopĺňovania tohto vzdelania u sestier prebieha formou kreditného systému. Ide o účasť v špecializačnom vzdelávaní, certifikovaných a inovačných kurzoch, účasť na školiacich akciách, na

kongresoch, konferenciách či sympóziách, absolvovanie odborných stáží v akreditovaných zariadeniach (Prošková In Vévoda et al, 2013).

Ministerstvo zdravotníctva na svojich stránkach pravidelne aktualizuje zoznam aktuálne ponúkaných akreditovaných certifikovaných kurzov. Posledná aktualizácia prebehla v októbri tohto roku a ponúka širokú paletu 275 kurzov. Našej problematiky by sa týkali napríklad kurzy: „Kurz stratégie zvládania obtiažnych situácií v starostlivosti o umierajúcich a ich blízkych v intenzívnej a neodkladnej starostlivosti“ (organizuje Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích), „Sebarozvoj a rozvíjanie potenciálu podriadených zdravotníckych pracovníkov“ (organizuje spoločnosť M.C.Triton s.r.o v Prahe), „Vyjednávanie a zvládanie konfliktných situácií pre riadiacich pracovníkov zdravotníckych zariadení“ (Všeobecná fakultní nemocnice v Prahe), „Peer program starostlivosti a podpory zdravotníckym pracovníkom – Stratégie zvládania psychicky náročných profesných situácií“ a „Zvládanie stresu a pracovnej záťaže ako prevencia syndrómu vyhorenia“ (obe organizuje NCO NZO). (Ministerstvo zdravotníctví ČR, 2014).

Veľmi záslužnú činnosť od roku 2010 vykonáva *Systém psychosociální intervenční služby (SPIS)*. Ponúka psychickú a sociálnu podporu zdravotníkom, nakoľko si tvorcovia projektu uvedomili, že aby mohlo byť pacientovi pomáhané, musí byť sám pomáhajúci v poriadku, teda kvalitná práca neprichádza s unaveným, vyčerpaným, nemotivovaným zdravotníkom. V tomto systéme si službu objednáva zväčša zamestnávateľ a intervencia prebieha na úrovni skupiny alebo jednotlivca. Intervenujúci je peer-zdravotník (*peer* - termín, ktorý používajú a definujú ako profesný kolega, ktorý je v tejto oblasti starostlivosti vycvičený) a školenie v ČR organizuje jedine NCO NZO v Brne. V súčasnosti je týchto peer-zdravotníkov približne sto a na stránkach SPIS-u je možné nájsť v prípade potreby na nich kontakty, ktoré sú rozdelené podľa krajov. Služba má najmä preventívny charakter a úlohou peera je edukovať, pomáhať pri vytváraní odolnosti proti psychickej záťaži, viesť k pochopeniu a prijímaniu reakcii na záťažové situácie, zoznamovať s vhodnými stratégiami a spôsobmi adaptácie na stres (Humpl, Prokop, Tobiášová, 2013; spiscr.info, 2015).

Aj na úrovni jednotlivých zdravotníckych zariadení je možná edukácia a podpora personálu. Príkladom takejto činnosti je Krajská nemocnica v Liberci, v ktorej od roku 1997 prebiehajúce školiace programy „Komunikačné dovednosti I,“ „Kurz komunikácií II, III“ a „Kurz zvládání stresu,“ vedené psychológmi a psychoterapeutmi. Náplňou programov je zlepšiť komunikačné a sociálne dovednosti sestier, v rámci ktorých sa napríklad preberá asertivita, špecifické komunikačné situácie s rôznymi typmi pacientov (depresívny,

umierajúci, suicidálny, agresívny pacient), ďalej psychohygienu, prevencia syndrómu vyhorenia, vzťah sestra-pacient, ako zachádzať s kritikou a pod. (Hrstková, Riegerová, 2004).

Celosvetovú novinku v tejto oblasti priniesla kanadská *Mental Health Commission in Canada*, ktorá vypracovala a začiatkom roku 2013 uviedla „Národný Kanadský štandard pre psychické zdravie a bezpečnosť na pracovisku“ (*The National Standard of Canada for Psychological Health and Safety in the Workplace*). Jedná sa o prvý štandard svojho druhu vo svete, je súborom dobrovoľných návodov (guidelines), nástrojov a zdrojov zameraných na propagáciu a podporu psychického zdravia zamestnancov a prevenciu psychickej ujmy vďaka faktorom na pracovisku (MHCC, 2013).

2.4 GERIATRIA Z POHLADU PRÁCE VŠEOBECNEJ SESTRY

V tejto kapitole sú stručne rozobraté základné pojmy vzťahujúce sa k starostlivosti o geriatrických pacientov a systém starostlivosti o seniorskú populáciu v Českej republike. V záverečnej podkapitole sú uvedené špecifiká záťaže sestier pracujúcich v geriatrickom zariadení, nakoľko je dôležité, aby čitateľ porozumel vzťahu medzi záťažou vyplývajúcou zo starostlivosti o geriatrického pacienta a samotnými špecifikami chorôb.

2.4.1 Základné pojmy v geriatrickej

Gerontológia je multidisciplinárna veda, ktorá zhŕňa poznatky o starnutí a starobe. (Mühlpachr, 2008). Skúma zákonitosti, prejavy a príčiny starnutia a problematiku života starých ľudí. Schematicky sa rozdeľuje na tri oblasti: gerontológia experimentálna, klinická a sociálna (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

Geriatrickej je iné pomenovanie pre gerontológiu klinickú. Zaoberá sa problematikou zdravia, chorôb a funkčného stavu života v starobe. Hľadá cesty ako si udržať zdravie u seniorskej populácie, skúma zvláštnosti chorôb, zdravotné a medicínske problémy seniorov (Kalvach, Onderková, 2006). Geriatrickej je diferencovaná a obsahuje zložku preventívnu aj paliatívnu, akútnu aj chronickú, či rehabilitačnú a ošetrovateľskú (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

Geriatrickej pacient. V širšom poňatí ide o chorého staršieho určitého veku, obyčajne nad 75 rokov (Minibergerová, Dušek, 2006), za najnižší vek sa pokladá 65 rokov. V užšom

poňatí sa jedná o tých seniorov, ktorí vykazujú s vekom spojenú involúciu a pokles potenciálu zdravia (Kalvach et al, 2008).

Dlhodobá starostlivosť (anglicky *long-term care*, LTC) je zákonom o zdravotných službách (372/2001 Sb.) definovaná ako „poskytovaná pacientovi, ktorého zdravotný stav nie je možné liečebnou starostlivosťou podstatne zlepšiť a bez sústavného poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti sa zhoršuje.“ (MZ ČR, 2011).

Paliatívna starostlivosť je starostlivosť o chorých, ktorých ochorenie nereaguje na kuratívnu liečbu, pričom v popredí záujmu stojí tíšenie bolesti, symptomatologická liečba a starostlivosť o psychické, sociálne a duchovné problémy pacienta (WHO cit. podľa Topinková, 2004).

Staroba je dôsledok starnutia, je to neskoršia fáza prirodzene dlhého života, ktorá má dané charakteristiky týkajúce sa biopsychosociálnych parametrov, vzhľadu, funkčného stavu, veku a nádeje dožitia či spoločensko-ekonomického postavenia (Čevela et al, 2014). Hranica staroby bola v roku 1980 OSN vymedzená na vek 60 rokov, dnes už sa posunutím funkčnej zdatnosti seniorov hranica posunula na 65 rokov.

2.4.2 Systém starostlivosti o seniorskú populáciu

Pojem *dlhodobá starostlivosť* a jeho zdravotne-sociálna povaha bola definovaná na začiatku kapitoly. Môže existovať mylný predpoklad, že dlhodobú starostlivosť potrebuje len seniorská populácia. Najčastejšie tomu tak je, ale do situácie potreby takejto starostlivosti sa môžu dostať ľudia rôzneho veku. Na tomto mieste sa však budeme zaoberať systémom starostlivosti o seniorskú časť populácie, a tú môžeme rozdeliť na **zdravotnú** a **sociálnu dlhodobú starostlivosť**. Sociálne služby sú v Českej republike riadené Ministerstvom práce a sociálnych vecí, zdravotnícke služby zas Ministerstvom zdravotníctva (Holmerová, Válková a Kojesová, MPSV ČR, 2010).

Sociálne služby patriace do dlhodobej starostlivosti majú za cieľ kompenzovať pretrvávajúcu nesebestačnosť, zatiaľ čo zdravotnícka starostlivosť si kladie za cieľ zlepšiť zdravotný stav pacienta, má kuratívny a rehabilitatívny charakter. Oba prístupy je možné ľahko definovať, no v praxi sa stretávame so vzájomným a účelným prelínaním oboch služieb (OECD, 2005).

Sociálne a zdravotnícke služby sa uplatňujú v terénnej (domáce prostredie), tak aj pobytovej, inštitucionálnej forme (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2014). Ich rozdelením sa venujeme na nasledujúcich riadkoch.

Ústav zdravotníckých informáci a statistiky Českej republiky (ÚZIS ČR) vymedzuje poskytovateľov dlhodobej *zdravotnej starostlivosti*. Seniorskej populácie sa týkajú predovšetkým nasledujúce:

Liečebne dlhodobo chorých (LDCH) (česky *léčebny dlouhodobě nemocných, LDN*). Sú to špecializované odborné ústavy, ktoré seniorom s chronickými ochoreniami poskytujú následnú ošetrovateľskú a rehabilitačnú starostlivosť (Hrkal et al, 2011). Môžu byť súčasťou nemocníc, ich samostatným oddelením alebo samostatným subjektom. Sú vnímané ako určitý medzistupeň, nakoľko sú v nich umiestňovaní aj pacienti, ktorí čakajú na vhodné voľné miesto v sociálnych službách, teda nie je u nich nutná ďalšia liečba na akútnom lôžku v nemocnici, ale tiež nemôžu byť prepustení do domáceho ošetrovania. Často sa stáva, že poskytovaná sociálna služba, domovy pre seniorov, prijíma klientov práve z oddelení LDN (dsepurkynove.cz, 2014).

K 31.12.2012 bolo v ČR celkom 74 liečební dlhodobo chorých s celkovou kapacitou 7204 lôžok, pričom hospitalizovaných bolo viac ako 40 tisíc osôb a priemerná ošetrovacia doba bola necelé dva mesiace. Z celkového počtu 188 nemocníc bolo vyčlenených 7460 lôžok následnej starostlivosti (ÚZIS, 2013).

Gerontopsychiatrické oddelenia. Sú spravidla súčasťou psychiatrických liečební, kde je starostlivosť poskytovaná osobám s duševným ochorením. V seniorskej časti populácie to zväčša predstavujú ochorenia ako demencia, Alzheimerova choroba, endogénne psychózy, poruchy osobnosti a pod. (Hrkal et al, 2011).

Hospice. Sú odbornými špecializovanými ústavmi, ktoré poskytujú paliatívnu starostlivosť v terminálnom a preterminálnom štádiu choroby a u ktorých naďalej nie je možná kauzálna liečba, avšak pokračuje liečba cielená na minimalizovanie bolesti a zmiernenie obtiaží (Mühlpachr, 2008). V roku 2012 pôsobilo v Českej republike 16 zariadení paliatívnej starostlivosti s kapacitou 468 lôžok (ÚZIS, 2013).

Agentúry domácej zdravotnej starostlivosti. Je typom terénnej starostlivosti, pričom ide o zdravotnícke zariadenia, ktoré poskytujú odbornú ošetrovateľskú starostlivosť v domácom prostredí. Domácu zdravotnú starostlivosť (anglicky *home care*) poskytujú registrované zdravotné sestry za účelom zlepšenia a udržania zdravia, v prípade nevyliciteľne chorého ide o zaistenie pokojného umierania. Je poskytovaná na základe písomného odporúčania praktického lekára (dsepurkynove.cz, 2015)

Rehabilitačné ústavy. Odborné liečebné ústavy zaisťujúce komplexnú rehabilitačnú starostlivosť o dlhodobo chorých (Hrkal et al, 2011).

Ministerstvo práce a sociálnych vecí rozlišuje *služby sociálnej starostlivosti* poskytované populácii vo veku nad 65 rokov, medzi ktoré patria služby v prirodzenom prostredí alebo špecializovanom zariadení (ambulantne či pobytovo) na: **osobná asistencia, opatrovateľská služba, tiesňová starostlivosť, odľahčovacie služby, centrá denných služieb, denný a týždenný stacionár, domovy pre seniorov a domovy so zvláštnym režimom** (MPSV ČR, 2014).

Na základe súčasného demografického vývoja môžeme očakávať, že potreba dlhodobej starostlivosti a geriatricky modifikovaných služieb, jednak na strane zdravotnej a sociálnej starostlivosti, jednak aj na strane neformálnej rodinnej starostlivosti, sa bude naďalej zvyšovať a to vo forme personálnej aj ekonomickej (Wija, 2013). Pre hlbší pohľad do problematiky demografického vývoja ako faktoru rastu dopytu po dlhodobej starostlivosti odkazujeme na prílohu č. 3.

2.4.3 Špecifiká záťaže sestier starajúcich sa o geriatrických pacientov

Z hľadiska dlhodobej starostlivosti v rámci kompetencii sestra hodnotí sebestačnosť, robí orientačné vyšetrenia, nacvičuje s pacientom sebaobsluhu, vyhodnocuje riziká spojené so syndrómom imobility apod. Hrkal et al (2011) uvádza, že sestra by v podmienkach dlhodobej lôžkovej starostlivosti nemala zaisťovať fyzicky sama všetky výkony, ale skôr podľa náročnosti prideľovať výkony ošetrovateľským pracovníkom, a teda mať viac rolu akejsi koordinátorky, organizátorky či supervizorky.

Často krát to neodpovedá realite, preto môžu byť sestry neúmerne zaťažované. U pacientov indikovaných k paliatívnej starostlivosti bola vykonaná medzinárodná štúdia zahrňujúca Českú republiku. Podľa jej výsledkov až polovica pacientov mala vysoký stupeň nesebestačnosti v základných denných činnostiach (pohyblivosť na lôžku, chôdza, použitie toalety, najedenie sa, osobná hygiena), teda boli celkom závislí na starostlivosti inej osoby, čo dokumentuje veľkú náročnosť na zdravotnícky personál a ekonomiku (Topinková, 2004).

Z povahy geriatrických chorôb vyplývajú pre zdravotnícky personál mnohé fyzické a psychické záťaže. Kalvach a Onderková (2006) a ďalší autori (Litomerický, 1992; Gruberová, 1998; Minibergerová, Dušek, 2006; Kalvach et al, 2008) uvádzajú, čím sú choroby u geriatrických pacientov špecifické:

- geriatrická deteriorácia a krehkosť,
- atypická manifestácia chorôb v starobe a polymorbidita,

- geriatrické syndrómy: syndróm instability, syndróm dekonďicie a hypomobility, syndróm imobility, syndróm malnutricie, syndróm psychickej alternácie, syndróm inkontinencie, syndróm zmiešaného zmyslového a komunikačného deficitu.

Z uvedeného vyplýva, že zdravotnícky personál je pri starostlivosti o geriatrického pacienta zaťažovaní z rôznych aspektov a schematicky je možné rozdeliť tieto špecifiká záťaže na oblasť fyzickú, psychickú a sociálnu (Mlýnková, 2011). Starostlivosť o starého imobilného človeka je sama o sebe náročná (fyzická oblasť), nieto ešte o človeka umierajúceho (psychická oblasť). Komunikácia s rodinnými príslušníkmi (sociálna oblasť) takéhoto pacienta môže byť pripodobnená k odvrátenej strane sociálnej opory (Kupka, Řehan, 2008).

Je dôležité si uvedomiť, že práca je v mnohých ohľadoch odlišná od práce sestier na iných interných oddeleniach. Vyžaduje multidisciplinárny prístup na základe polymorbidity pacientov. Prináša so sebou viac ľudských úmrtí ako na ostatných oddeleniach, čo môže viesť k pocitom zlyhania, podráždenosti či apatie (Mašlaňová, 2012). Bolo zistené, že syndróm vyhorenia sa vyskytuje častejšie u pracovníkov, ktorí sa starajú práve o dlhodobu chronicky chorých pacientov (Miženková, Požonská, Kilíková, 2009). Ďalšími významnými faktormi prispievajúcimi k syndrómu vyhorenia sú aj nadčasové hodiny a supľovanie neodborných činností (Mašlaňová, 2012).

Na Slovensku sa tejto problematike venuje Hubačová a kolektív, ktorí vo svojom výskume sledovali ako fyzickú, tak aj psychickú stránku vecí. Výskum zhrňuje, že skoro 36% respondentiek udáva nespavosť či iné poruchy spánku a viac ako tri štvrtiny sestier uvádza psychické ťažkosti ako nervozitu, podráždenosť a vnútorné napätie. Skoro u polovici respondentiek sa objavuje záťaž podpornopohybovej sústavy s veľkým podielom statických prvkov, konkrétne ide o choroby chrbtice a bolesti a opuchy dolných končatín (Hubačová et al, 1999).

Mašlaňová (2012) pripomína, že starostlivosť o seniorných pacientov je náročná aj z toho pohľadu, že núti sestry zamýšľať sa nad vlastnou starobou a ovplyvňuje ich postoj k seniorom všeobecne. Vo svojom výskume prekvapivo zistila, že sestry, ktoré nepracujú so seniormi majú k vlastnej starobe a seniorom kladnejší postoj. Uvádza, že sestry často zažívajú pocity neuspokojenia z vlastnej práce na základe toho, že úspech a neúspech je v geriatrickej pomeriavaný inak. To potvrdzuje aj výskum Pohlovej, Kozákovej a Jarošovej (2011), ktorý spája pocity neuspokojenia so syndrómom vyhorenia u sestier pracujúcich na oddeleniach LDCH či gerontopsychiatrických oddeleniach.

Nádej a zmysluplnosť zdravotníkov paliatívnej starostlivosti skúma aj Mažgutová a kolektív (2012). Porovnávali 3 typy oddelení (s paliatívne zameranou starostlivosťou, s urgentnou starostlivosťou a interné oddelenia) a prišli na to, že na oddeleniach paliatívnej starostlivosti zdravotníci vykazujú najnižší zmysel života a naopak najvyšší výskyt psychopatologických príznakov (somatizácia, depresia, anxiozita, obsedantno-kompulzívne príznaky, hostilita).

Zahraniční autori sa okrem vyššie uvedených faktorov špecificky zaoberali vzťahom medzi konkrétnymi neuropsychiatrickými symptómami geriatrických pacientov a záťažou zdravotníkov (Baillon et al, 1996; Eith, Stummer, Schusterschitz, 2010; Zwijsen et al, 2013). Skupina Zwijsen et al (2013) preukázala, že podráždenosť, labilita a disinhibícia pacientov spôsobovala zdravotníkom veľký distress, zatiaľ čo eufória, halucinácie a apatia boli na priečkach stresorov skôr niekde dolu. Uvádzajú, že hlavný podiel na veľkosti záťaže má vážnosť symptómu, nie s akou frekvenciou sa objavuje.

Viacere štúdie uvádzajú, že jedným z hlavných záťažových faktorov pri práci s geriatrickými pacientmi je časová tieseň (Baillon et al, 1996; Rafnsdottir, Gunnarsdottir, Tomasson, 2004; Hasson, Arnetz, 2007; Westermann et al, 2014). Islandská trojica Rafnsdottir, Gunnarsdottir a Tomasson (2004) skúmala vzťah medzi syndrómom vyhorenia sestier starajúcich sa o seniorov a organizačnými faktormi. Dokázali, že najsilnejším stresorom, ktorý ovplyvňuje pohodu zdravotníkov bol pocit časovej tiesne, na druhom mieste pocit mentálnej vyčerpanosti a na treťom neuspokojujúca komunikácia s vedením.

Ďalšie štúdie dokonca udávajú, že aj nedostatočná podpora a uznanie od ostatných kolegov v zdravotníctve a od manažmentu znižuje pracovnú spokojnosť sestier geriatrických oddelení (Lewis et al, 2010; Westermann et al, 2014).

2.5 POHĽAD NA SÚČASNÝ STAV SKÚMANEJ PROBLEMATIKY

Každá pracovná činnosť je spojená s určitou záťažou. V posledných desaťročiach sa ukazuje, že najviac ohrození chronickým stresom sú ľudia vykonávajúci pomáhajúce profesie (Dunlop, Hockley, 1990, Herbert, Cohen, 1993, Maslach, Goldber, 1998 In Kupka, Řehan, 2008).

Zahraničnej aj domácej literatúry venujúcej sa problematike psychickej záťaže zdravotníkov je hojný počet. Ide o všeobecne uznávaný fenomén, ktorý je v ČR od roku 2001 aj legislatívne zakotvený. Vyhláška č. 178/2001 Sb., ktorou sa stanovujú podmienky ochrany

zdravia zamestnancov pri práci novo začlenila paragrafy týkajúce sa psychickej záťaže. V súčasnosti je platná novela, vyhláška č. 361/2007 a jej novelizácie. Aj na českom trhu existujú práce či publikované články zaoberajúce sa špecificky záťažou zdravotníkov a a syndrómom vyhorenia. Z českých autorov spomeňme Jara Křivohlavého, Vladimíra Kebzu, Ivu Šolcovú, Helenu Haškovcovú, Lukáša Humpla, Jiřího Maxmiliána Prokopa, Alenu Tobiášovou, Aleša Hladkého, Martina Kupku, Radkina Honzáka, Martinu Venglářovou, Zdeňka Kalvacha, na Univerzite Palackého v Olomouci Pavla Klimenta.

S psychickou záťažou sestier, ktorá je predmetom tejto diplomovej práce sa môžeme stretnúť v monografiách niektorých vyššie uvedených autorov: Jara Křivohlavého (Sestra a stres), Lukáš Humpla a kolektívu (První psychická pomoc ve zdravotnictví), Aleša Hladkého (Subjektivní percepce únavy a záťaže zdravotních sester na odděleních s imobilními pacienty, 1998), Martiny Venglářovej (Sestry v nouzi – syndrom vyhoření, mobbing, bossing, 2011), Ivany Bartoškovéj (O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry, 2006).

Študenti českých vysokých škôl tiež skúmajú problematiku záťaže sestier a zdravotníckeho personálu vo svojich absolventských prácach. Theses, systém, ktorý odhaľuje plagiáty medzi kvalifikačnými prácami, ukazuje, že o psychickej záťaži sestier pojednávalo 935 prác (Theses.cz 2015). Avšak je nutné podotknúť, že uvedené číslo nemusí byť exaktné, nakoľko systém vyhľadávania je upravený tak, aby vyhľadal všetky slová zadané do programu, teda „psychická záťaž sestier“ nemusí byť ústrednou témou. Špecificky záťaž zdravotníkov pracujúcich s geriatrickými pacientmi bola skúmaná v diplomových prácach Gabriely Křepelkovej (Syndrom vyhoření u všeobecných sester pečujících o pacienty s Alzheimerovou demencií, 2014), Petry Vonešovej (Postoj ke smrti a psychická zátěž sester na odděleních se zvýšeným rizikem úmrtí, 2013), ďalej Denisy Mackovej (Syndrom vyhoření u sester pracujících se seniory v dlouhodobé péči, 2013), či Gabriely Byrtusovej (Sestry pracující v domovech pro seniory a syndrom vyhoření, 2009). Túto tematiku môžeme nájsť aj v bakalárskych prácach Žanety Schmidovej (Postoje sester k ošetrovatelské péči o klienty v terminálním stádiu na oddělení ONP a LDN, 2014), Lenky Novotnej (Zátěž zdravotních sester v péči o umírající v nemocničním a hospicovém zařízení, 2010) aj Jitky Vlkovej (Psychické a fyzické záťaže sester pracujících s geriatrickými pacienty, 2007) (Theses.cz, 2015).

V Českej republike sa uskutočnilo nemálo výskumov zaoberajúcich sa psychickou či fyzickou záťažou zdravotníckych pracovníkov, aj keď sa nedá skonštatovať, že je táto problematika zmapovaná komplexne. Mnohé z nich skúmajú aspekty stresu a jeho zvládania

predovšetkým na oddeleniach onkológie. V nie oveľa menšej miere aj zariadenia geriatrické, teda oddelenia geriatrickej, liečebne dlhodobo chorých či hospice, v ktorých sa zväčša poskytuje paliatívna starostlivosť. Napríklad kolektív Pohlová, Kozáková, Jarošová (2011) skúmali syndróm vyhorenia u súboru sestier pracujúcich v geriatrických zariadeniach v Ostravskom kraji, o rok neskôr taktiež Ježorská, Kozyková, Chrastina (2012) publikovali výsledky svojho výskumu na téma „Syndrom vyhoření u všeobecných sester pracujících s onkologicky nemocnými.“ Ďalej uveďme výskum slovenských kolegov Mažgútová et al (2012) zaoberajúci sa psychickou záťažou zdravotníkov v paliatívnej starostlivosti, či Kadučáková (2011), ktorá zisťovala mieru psychickej pracovnej záťaži sestier na pracoviskách dlhodobo chorých, alebo dvojica Gurková, Macejková (2012) a ich výskum „Psychická záťaž a depresívna symptomatológia u sestier“ v lôžkových zdravotníckych zariadeniach. Zálešáková a Bužgová (2011) zisťovali psychickú záťaž sestier pracujúcich v komplexných onkologických centrách nemocnice v Ostrave, Olomouci, Novom Jičíne, Zlíne a Brne. Naopak Blažková, Krátká a Kramaříková (2011) stanovovali hlavné záťažové faktory a možnosti prevencie syndrómu vyhorenia u sestier pracujúcich v odbore intenzívnej starostlivosti. Z trochu iného uhla pohľadu sa na problematiku dívali výskumy Mašlaňovej (2012), ktorá skúmala „Pohled sester na seniory a stáří“ či kolektív Nakládalová, Vévoda, Ivanová a Marečková (2011), ktorí skúmali pracovnú spokojnosť všeobecných sestier na lôžkových oddeleniach.

Už v kapitole „Vzdelávanie sestier v oblasti záťaže a duševnej hygieny“ sme načrtli, kto sa v súčasnosti v Českej republike aktívne venuje záťaži zdravotníckych pracovníkov v kontexte jej prevencie a zvládania. Pripomeňme si, že existuje Systém psychosociální intervenční služby (SPIS), ktorý poskytuje odbornú psychickú pomoc zdravotníkom a zároveň školí odborníkov, ktorí sú následne schopní pomôcť špecificky práve týmto profesionálom zdravotníckej oblasti. Taktiež jestvujú nemocnice, ktoré majú vlastný program ako sa so stresom svojich zamestnancov vyrovnávať (napr. nemocnica v Liberci). Na Európskej úrovni je možné sa obrátiť na Európsku Agentúru pre bezpečnosť a zdravie pri práci, ktorá rozpracovala metodiku ako zaobchádzať s psychickou záťažou na pracovisku a zároveň je podporená aj legislatívne v Európskej smernici 89/391/EEC (osha.europa.eu, 2015).

Na predchádzajúcich riadkoch sme uviedli, kto sa v súčasnosti danou problematikou zaoberá a kam postúpili vedecké štúdie. Aktuálne poznatky boli priebežne uvedené v jednotlivých kapitolách teoretickej časti práce.

3 METODIKA PRÁCE

Táto kapitola predstavuje charakteristiku a deskripciu výskumného šetrenia. Nakoľko k deskripcii patrí aj stanovenie cieľov, problémov a hypotéz, ktoré však už boli uvedené v prvej kapitole tejto diplomovej práce, tu ich pre opakovanie neuvádzame.

v diplomovej práci sa môžeme stretnúť s kvantitatívnym výskumom, ktorý je zasadený do zdravotníckeho prostredia. Cieľom takto orientovaného výskumu je získať exaktné a objektívne overiteľné údaje o skúmanom jave (Gavora et al, 2010). Voľba kvantitatívne orientovaného výskumu bola učená aj na základe jeho nesporných výhod: merateľnosť, teda získavanie presných údajov vyjadrených číselne, nestrannosť, zber dát a ich vyhodnotenie v relatívne krátkom časovom úseku, a možnosť zovšeobecnenia výsledkov na väčšiu skupinu osôb (Gavora, 2008).

3.1 VÝBER PRVKOV DO VÝSKUMNÉHO SÚBORU

Základný súbor tvorili všeobecné sestry pracujúce v zariadeniach starajúcich sa o geriatrickými pacientov/klientov v Olomouckom kraji, teda geriatrické oddelenia, liečebne dlhodoboch chorých a hospice. Požiadavkou pre zaradenie do súboru bola minimálna lôžková kapacita zariadenia 30 lôžok. Uvedené podmienky spĺňalo podľa zriaďovateľa zdravotníckeho zariadenia 8 subjektov Olomouckého kraja: Jesenická nemocnice s.r.o., FN Olomouc, Středomoravská nemocniční a.s., Nemocnice Hranice a.s., Šumperská nemocnice a.s., Odborný léčebný ústav Paseka p.o., Odborný léčebný ústav neurologicko-geriatrický Moravský Beroun p.o., Hospic na Sv.Kopečku.

Vzhľadom k druhu a rozsahu výskumnej práce boli zvolené 4 subjekty do výberového súboru. Výber prebiehal formou náhodného výberu, ktorý je realizovateľný dvoma spôsobmi: žrebovaním alebo pomocou tabuľky náhodných čísel (Gavora, 2008). Nakoľko bol počet subjektov relatívne nízky, zvolili sme náhodný výber žrebovaním. Zariadenia, ktoré boli vyžrebované sú nasledovné: geriatrické oddelenie FN Olomouc, Hospic na Sv.Kopečku, Odborný léčebný ústav neurologicko-geriatrický Moravský Beroun p.o. a Odborný léčebný ústav Paseka p.o. Avšak zmieňované dva odborné liečebné ústavy sa až k 1.1.2015 zlúčili a prešli pod jedného zriaďovateľa. V čase priebehu nášho výskumu boli oddelenými zariadeniami, preto ich pre účely výskumu berieme ako dve nezávislé zdravotnícke zariadenia.

Pred samotnou realizáciou výskumného šetrenia boli oslovené vrchné sestry daných zariadení, pričom všetky štyri zdravotnícke zariadenia kladne vyhoveľi našej žiadosti. Po získaní súhlasu s výskumným šetrením boli dotazníky osobne doručené do stanovených zariadení. Dohromady bolo distribuovaných 160 dotazníkov (100 %) a návratnosť činila 106 dotazníkov (66,25 %), avšak 3 dotazníky museli byť vyradené z dôvodu neúplného vyplnenia. K štatistickému spracovaniu bolo teda použitých 103 dotazníkov (64,38 %).

3.2 METODOLOGICKÉ NÁSTROJE VÝSKUMNÉHO ŠETRENIA

Zatiaľ čo teoretická časť práce bola spracovaná metódou analýzy textových dokumentov, teda formou rešerše, pri praktickej (empirickej) časti práce bola využitá dotazníková metóda. Dotazník je podľa Šveca (1998, s. 122) „prieskumný, vývojový a vyhodnocovací nástroj na hromadné a pomerne rýchle zisťovanie informácií o znalostiach, názoroch a postojoch opytovaných osôb k aktuálnej alebo potenciálnej skutočnosti prostredníctvom písomného dopytovania sa.“ Dotazník má nepopierateľné výhody: je ekonomický, anonymný, ľahko sa vyhodnocuje a výskumník nemusí byť prítomný. Je potreba však spomenúť aj nevýhody tejto metódy, ktoré sa môžu odraziť na získaných výsledkoch: existuje hrozba nižšej návratnosti dotazníku, respondent má obmedzenú možnosť odpovede pri uzatvorených položkách a chýba overenie či dotazník vyplnil oslovený respondent (Gavora, 2010).

Dotazník (viď Príloha č. 4) v našom výskumnom šetrení bol konštruovaný podľa štruktúry stanovenej Švecom (1998). Na jeho začiatku bol úvod a krátke vstupné inštrukcie, nasledovali vecné položky a v závere demografické položky zisťujúce pohlavie, vek, dosiahnuté vzdelanie a pod.

Vecné položky dotazníku boli tvorené dvoma štandardizovanými dotazníkmi: Meisterov dotazník psychickej pracovnej záťaže a dotazník Inventórium zamestnaneckého stresu (OSI-R) podľa Osipowa. Položky oboch dotazníkov patria medzi škálované položky Likertovho typu, ktoré boli vyjadrené číselne.

Meisterov dotazník

Tento dotazník zisťuje subjektívne vnímanie miery psychickej pracovnej záťaže. Bol skonštruovaný nemcom W. Meisterom v roku 1975. Jeho prednosťami sú zrozumiteľnosť, stručnosť a dobrá reliabilita. Dotazník je schopný odhaliť pracoviská so špecifickými

problémami, avšak potom by mal nasledovať ďalší vhodný postup pri zisťovaní podrobností, prípadne nápravných opatrení (Hladký, Židková, 1999).

Dotazník má 10 položiek a je možné ho vyhodnotiť z pohľadu 4 oblastí: podľa faktorov, podľa otázok, určiť klasifikáciu záťaže a zistiť individuálne prežívanie záťaže. **Pri vyhodnocovaní podľa faktorov** sa hodnotia 3 faktory záťaže: I. Preťaženie, II. Monotónia (jednostrannosť), a III. Faktor nešpecifickej stresovej odozvy (kombinácia preťaženia a nízkej stimulácie). Každému faktoru sú prisúdené iné položky v dotazníku. Rozsah škály pri faktore preťaženia a monotónie je 3–15, pri faktore nešpecifickej stresovej odozvy 4–20, a hrubé skóre 10–50. Pre vyhodnotenie sú stanovené kritické hodnoty, ktorých prekročenie znamená nadmernú záťaž určitého stupňa v danej oblasti (tab. č. 2).

Tab. č. 2: Faktory pracovnej záťaže, populačná norma platná pre ženy (n = 867)

	Názov faktoru	Súčet položiek	max	x	SD	K
I	Preťaženie	1 + 3 + 5	15	8,4	3,2	10
II	Monotónia	2+ 4 + 6	15	7,6	3,0	9
III	Nešpecifická stresová odozva	7+ 8 + 9 + 10	20	11,7	4,4	14
HS	Hrubé skóre	I + II + III	50	25,0	8,1	29

x – aritmetický priemer, ženy

SD – smerodajná odchýlka, ženy

K – kritická hodnota, ženy

Pre **vyhodnotenie podľa otázok** (jednotlivých položiek dotazníku), sú stanovené kritické hodnoty mediánu, ktorých prekročenie znamená, že skupina hodnotí svoju prácu negatívne, zatiaľ čo v položkách, ktoré nedosahujú kritickú hodnotu, skupina hodnotí prácu kladne. Jednotlivé otázky vyhodnocujú nasledovné aspekty záťaže:

- otázka č. 1 – časová tieseň,
- otázka č. 2 – malé uspokojenie,
- otázka č. 3 – vysoká zodpovednosť,
- otázka č. 4 – otupujúca práca,
- otázka č. 5 – problémy a konflikty,
- otázka č. 6 – monotónia,
- otázka č. 7 – nervozita,
- otázka č. 8 – presýtenie,
- otázka č. 9 – únava,
- otázka č. 10 – dlhodobá únosnosť.

Klasifikácia záťaže je možná v troch stupňoch a pri jej výpočte sa pracuje hodnotami mediánov I. a II. faktoru. Môžu nastať tri prípady v hodnotenom súbore: tendencia k preťaženiu, tendencia k monotónii a tendencia ku kombinácii oboch predchádzajúcich. Nasledne sa z týchto údajov určí stupeň záťaže (tab. č. 3) pomocou príslušných hodnôt uvedených Meisterom.

Individuálne diagnostický aspekt je možný uplatniť pri zisťovaní **prežívania záťaže**. Meister ho určil prevedením hrubých skórov do troch skupín podľa individuálnej odozvy na psychickú záťaž (tab. č. 4) (Hladký, Židková, 1999).

Tab. č. 3: Interpretácia jednotlivých stupňov záťaže (Hladký, Židková, 1999, s. 42)

Stupeň	Úroveň záťaže
1	Psychická záťaž, pri ktorej nie je pravdepodobne ovplyvnené zdravie, subjektívny stav a výkonnosť.
2	Psychická záťaž, pri ktorej môže dochádzať pravidelne k dočasným ovplyvneniam subjektívneho stavu, resp. výkonnosti.
3	Psychická záťaž, pri ktorej nie je možné vylúčiť zdravotné riziká.

Tab. č. 4: Zaradenie jednotlivca podľa hrubého skóre: ženy (n = 867)

Prežívanie záťaže	Rozsah škály
Nepriaznivé	33–50
Primerané	17–32
priaznivé	0–16

Inventórium zamestnaneckého stresu (OSI-R)

Tento dotazník bol vypracovaný Samuelom H. Osipowom v roku 1998. Narozdiel od predchádzajúceho Meisterovho dotazníku, ktorý je voľne dostupný, je dotazník OSI-R licencovaný a je možné ho získať jedine zakúpením. Pre účely tohto šetrenia bol láskavo poskytnutý autorovi výskumu súkromným psychológom.

Dotazník sa skladá z troch častí, nakoľko meria tri rôzne dimenzie zamestnaneckej záťaže:

1. Stres v zamestnaní (škála ORQ – Occupational Roles Questionnaire),
2. Psychologické napätie (škála PSQ – Personal Strain Questionnaire),
3. Zdroje zvládania (škála PRQ – Personal Resources Questionnaire).

V našom výskumnom šetrení bola použitá len jeho tretia dimenzia zisťujúca mieru zvládacích zdrojov v štyroch oblastiach:

I. Rekreačia (odpočinok/zotavenie) – meria mieru, do akej jednotliviec využíva a získava potešenie a odpočinok z pravidelných rekreačných činností,

II. Starostlivosť o seba – meria mieru, do akej sa jednotliviec pravidelne zapája do osobných aktivít, ktoré redukujú alebo zmierňujú stres,

III. Sociálna opora – meria mieru, do akej jednotliviec pociťuje podporu a pomoc svojho okolia,

IV. Racionálne/kognitívne zvládanie – meria mieru, do akej jednotliviec disponuje a využíva kognitívne zručnosti pri pracovnom strese (Osipow, 1998, s. 8).

Každý oblasti odpovedalo 10 položiek dotazníku, teda dohromady 40 položiek. Respondenti pomocou Likertovej škály vyznačovali silu pocitov patriace danému výroku pomocou číselného vyjadrenia: 1 – zriedka alebo nikdy, 2 – príležitostne, 3 – často, 4 – obyčajne, 5 – väčšinou.

3.3 PROFIL RESPONDENTOV

Skúmaný súbor respondentov tvorili všeobecné sestry pracujúce v zdravotníckom zariadení starajúce sa o geriatrických pacientov/klientov. Kritériami bola minimálna dĺžka praxe v geriatrickom zariadení 2 roky a minimálne stredoškolské vzdelanie v odbore všeobecná sestra. Zo skúmaného súboru 103 respondentov, 100 respondentiek tvorili ženy a zvyšok muži. Premenné týkajúce sa veku a najvyššieho dosiahnutého vzdelania neboli do výskumu zaradené. Tu ich však uvádzame ako informatívne zhodnotenie súboru respondentov (tab. č. 5 a 6). Môžeme si všimnúť, že najväčší počet sestier sa nachádza vo vekovej kategórii 31–50 rokov a najfrekvencovanejšia priemerná dĺžka praxe sa pohybuje v rozmedzí 6–10 rokov. Účasť na výskumnom šetrení bola dobrovoľná a anonymná.

Tab. č. 5: Vekové rozloženie respondentov v hodnotách absolútnej a relatívnej početnosti

Veková kategória	Absolútna početnosť (n)	Relatívna početnosť (%)
Do 30 rokov	23	22,3
31–40 rokov	34	33,0
Od 41–50 rokov	35	34,0
Nad 50 rokov	11	10,7
Celkom	103	100

Tab. č. 6: Dĺžka praxe sestier s geriatrickými pacientmi v hodnotách absolútnej a relatívnej početnosti

Dĺžka praxe	Absolútna početnosť (n)	Relatívna početnosť (%)
2 – 5 rokov	19	18,4
6 – 10 rokov	25	24,3
11 – 20 rokov	31	30,1
21 – 30 rokov	22	21,4
31 a viac rokov	6	5,8
Celkom	103	100

3.4 ČASOVÝ HARMONOGRAM VÝSKUMNÉHO ŠETRENIA

Časová organizácia priebehu výskumného šetrenia je vyjadrená časovým harmonogramom, ktorý sa člení do niekoľkých fáz. Na základe toho je možné určiť, či sa jedná o výskum krátkodobý, strednodobý alebo dlhodobý.

1. fáza výskumného šetrenia (január 2014 až júl 2014)

Prvá fáza výskumného šetrenia sa sústredila na spracovanie výskumného projektu, témy, hlavného a dielčích cieľov výskumu. V tomto období taktiež prebiehalo spracovanie poznatkov teoretickej časti práce z textových dokumentov.

2. fáza výskumného šetrenia (august 2014 až september 2014)

Po podrobnejšom skúmaní problematiky v ďalšej fáze nasledovalo stanovenie deskriptívnych a relačných problémov a tvorba hypotéz. Taktiež sa určil konkrétny výber výskumného vzorku, voľba metodiky a jej spresnenie.

3. fáza výskumného šetrenia (október 2014 až november 2014)

V tejto fáze bola zvolená konkrétna podoba dotazníku (výber štandardizovaných dotazníkov) a boli oslovené príslušné zdravotnícke zariadenia tvoriace výberový súbor.

4. fáza výskumného šetrenia (december 2014 až január 2015)

Na začiatku decembra boli dotazníky distribuované medzi jednotlivé zdravotnícke zariadenia, ktoré boli následne vyplnené a navrátené späť.

5. fáza výskumného šetrenia (február 2015 až marec 2015)

Posledná fáza výskumného šetrenia bola zameraná na štatistické spracovanie získaných dát, testovanie hypotéz, vyhodnocovanie výsledkov a ich následná prezentácia a napokon záverečná diskusia nad výskumným šetrením.

3.5 METODIKA ŠTATISTICKÉHO SPRACOVANIA DÁT

K analýze dát bol použitý štatistický software IBM SPSS Statistics verzia 22 (USA) a program Statistica verzia 12.

Závislosť medzi psychickou pracovnou záťažou a skóre jednotlivých položiek škály PRQ, tj. miery rekreácie, starostlivosti o seba, sociálnej opory a racionálneho/kognitívneho zvládania bola posúdená pomocou Spearmanovej korelačnej analýzy. Boli vypočítané hodnoty Spearmanovho korelačného koeficientu a bol urobený test významnosti korelačného koeficientu. Závislosti boli graficky zobrazené pomocou bodových grafov. Závislosť medzi mierou psychickej pracovnej záťaže a dĺžkou praxe sestier bola analyzovaná pomocou Kruskal-Wallisovho testu. Rozdelenie hrubého skóre Meisterovho dotazníku v skupinách sestier podľa dĺžky praxe bolo zobrazené pomocou kvartilových krabicových grafov. Neparametrické metódy, tj. Spearmanovho korelačná analýza a Kruskal-Wallis test boli použité kvôli nenormálnej distribúcii hodnôt skóre. Normalita dát bola overená pomocou testu Shapiro-Wilk. K porovnaniu skupiny sestier starajúcich sa o geriatrických pacientov s bežnou populáciou v skóre jednotlivých položiek škály PRQ (osobné zdroje) a v miere psychickej pracovnej záťaže bol použitý Studentov dvojvýberový t-test (v programu Statistica). K porovnaniu boli použité normy od autorky Židkovej a z manuálu Osipowa k dotazníku Inventórium zamestnaneckého stresu. Všetky testy boli robené na hladine signifikancie 0,05.

4 VÝSLEDKY

V tejto časti diplomovej práce prezentujeme výsledky dotazníkového šetrenia. Kapitola je rozdelená do troch podkapitol: Meisterov dotazník sme vyhodnotili vo všetkých štyroch možných oblastiach hodnotenia, tak ako je uvedené v metodike práce. Dotazník osobných zdrojov, ktorý je súčasťou Inventória zamestnaneckého stresu (OSI-R) podľa Osipowa, sme vyhodnocovali podľa najčastejšie, prípadne najmenej často využívaných zdrojov či stratégií. V tretej podkapitole overujeme platnosť hypotéz, ktoré boli stanovené v úvode práce. Jedná sa predovšetkým o zisťovanie vzťahov medzi psychickou záťažou sestier a mierou využívania osobných zdrojov (či zapájania stratégií), ďalej vzťah dĺžky praxe k miere psychickej záťaže a vzťah populačnej normy k nám zisteným výsledkom výskumného šetrenia.

4.1 VYHODNOTENIE MEISTEROVHO DOTAZNÍKU

Hlavným cieľom diplomovej práce bolo *zistiť mieru psychickej pracovnej záťaže zdravotníkov geriatrických zariadení v Olomouckom kraji*.

K splneniu tohto cieľa bol použitý Meisterov dotazník, ktorý posudzuje mieru psychickej pracovnej záťaže z pohľadu troch záťažových tendencií: tendencia k preťaženiu (faktor preťaženia), tendencia k nevyťaženiu a nízkej pracovnej stimulácii (faktor monotónie) a kombinácia preťaženia a nízkej stimulácie (faktor nešpecifickej stresovej odozvy). Tento dotazník bol vyhodnotený podľa faktorov, podľa jednotlivých položiek, bola určená klasifikácia záťaže a prežívanie záťaže u súboru respondentov.

Vyhodnotenie podľa faktorov

Na základe analýzy získaných dát môžeme konštatovať, že u našej vzorky sestier neboli prekročené kritické hodnoty ani u jedného z faktorov, teda nebola identifikovaná nadmerná záťaž v uvedených oblastiach. V tabuľke č. 7 sú znázornené aritmetické priemery a smerodajné odchýlky jednotlivých faktorov a hrubého skóre pre celý sledovaný súbor. Najnižšia miera záťaže bola identifikovaná vo faktore monotónia s priemernou hodnotou 5,9 a najvyššia miera záťaže bola zistená u faktoru nešpecifickej stresovej odozvy s priemernou hodnotou 9,0.

Tab. č. 7: Vyhodnotenie faktorov Meisterovho dotazníku pre celý súbor sestier (n = 103)

Faktor	x	SD	K*	Rozsah škály
I Preťaženie	7,5	2,6	10	3–15
II Monotónia	5,9	2,5	9	3–15
III Nešpec. stresová odozva	9,0	3,8	14	4–20
Hrubé skóre	22,4	7,9	29	10–50

x – aritmetický priemer (n = 103)

SD – smerodajná odchýlka (n = 103)

K* – kritická hodnota, ženy (Hladký, Židková, 1999)

Jedným z dielčích cieľov práce bolo *urobiť komparáciu dát miery psychicky pracovnej záťaže všeobecných sestier pracujúcich v rôznych geriatrických zariadeniach v Olomouckom kraji (geriatrické oddelenie Fakultnej nemocnice v Olomouci, Hospic na Sv. Kopečku, odborné liečebný ústav neurologicko-geriatrický Moravský Beroun, odborné liečebný ústav Paseka).*

Tab. č. 8: Prehľad hodnôt faktorov (I, II, III) a hrubého skóre v jednotlivých zdravotníckych zariadeniach, v poslednom riadku pre porovnanie uvedená populačná norma

	I. faktor PREŤAŽENIE		II. faktor MONOTÓNIA		III. faktor NEŠPECIFICKÁ STRESOVÁ ODOZVA		HRUBÉ SKÓRE	
	x	SD	x	SD	x	SD	x	SD
Ger. odd. FNOL	6,6	2,4	4,6	1,6	6,8	3,0	18,1	6,2
Hospic Sv.Kopeček	6,8	2,1	5,9	2,7	8,5	4,0	21,1	8,5
OLÚNG Moravský Beroun	8,5	2,3	6,5	2,7	10,5	3,4	25,4	7,6
OLÚ Paseka	7,5	2,8	5,9	2,5	9,0	3,9	22,4	7,8
Populačná norma	8,4	3,2	7,6	3	11,7	4,4	25	8,1

Skupinové hodnotenie podľa faktorov nám ukázalo, že nadmerná záťaž u skúmaného súboru nie je prítomná. Keď sme však skúmali súbor v rámci jednotlivých zdravotníckych zariadení, ukázalo sa, že aj keď žiadne zariadenie neprekračovalo kritickú hodnotu, sestry pracujúce v OLÚNG Moravský Beroun prekračujú populačnú normu vo faktore preťaženia

a aj v celkovom hrubom skóre, a všeobecne vykazujú najväčšiu záťaž vo všetkých faktoroch v porovnaní s ostatnými skúmanými zdravotníckymi zariadeniami (viď tab. č. 8 nad textom). Naopak najnižšie hodnoty dosahovali sestry pracujúce na geriatrickom oddelení Fakultnej nemocnice v Olomouci.

S využitím faktorov môžeme vypočítať stupeň psychickej pracovnej záťaže. Celkové zhodnotenie stupňov záťaže s príslušnými absolútnymi a relatívnymi početnosťami je uvedené v tabuľke č. 9, a v tabuľke č. 10 je to isté zhodnotenie, avšak prihliada sa k jednotlivým faktorom (preťaženia, monotónie, nešpecifickej stresovej odozvy).

Z tabuľky č. 9 vyplýva, že 67 respondentov (65,0 %) pri výkone práce v geriatrickom zariadení pociťuje záťaž 1. stupňa, čo značí záťaž, pri ktorej pravdepodobne nie je ovplyvnené zdravie, subjektívny stav ani výkonnosť. Záťaž 2. stupňa bola zistená u 24 respondentov (23,3 %) a táto záťaž už značí pravidelné dochádzanie k dočasnému ovplyvneniu subjektívneho stavu a výkonnosti. Najnižší počet respondentov vykazovalo 3. stupeň záťaže, 12 sestier (11,7 %), ktorá svedčí o stupni záťaže, pri ktorej nie je možné vylúčiť zdravotné riziká. Na základe zistených výsledkov je možné súhrnne konštatovať, že väčšina respondentov (65 %) nie je ohrozená záťažou, ktorá by mohla negatívne ovplyvniť ich zdravotný stav či výkon.

Tab. č. 9: Prítomnosť jednotlivých stupňov záťaže u respondentov podľa Meisterovho dotazníku

Stupeň pracovnej záťaže	Absolútna početnosť (n)	Relatívna početnosť (%)
1	67	65,0
2	24	23,3
3	12	11,7
Celkom	103	100,0 %

Z tabuľky č. 10 je zrejmé, že najvyšší počet respondentov ohrozených 2. a 3. stupňom záťaže je v oblasti preťaženia (spolu 19 respondentov) a o niečo nižší počet (16 respondentov) je ohrozených v oblasti nešpecifickej stresovej odozvy. Naopak iba jeden respondent je ohrozený v oblasti monotónie, jednostrannosti práce. Stupeň 0 je v tabuľke uvedený kvôli prehľadnosti, tento stupeň znamená, že príslušný počet respondentov nevykazovalo v danom faktore žiadnu záťaž (nakoľko jeden respondent môže vykazovať záťaž len v jednom z troch faktorov, nikdy nie dva či tri súčasne).

Tab. č. 10: Prítomnosť stupňov záťaže v jednotlivých faktoroch v celom súbore

Stupeň	I Preťaženie		II Monotónia		III Nešpec. stresová odozva	
	n	%	n	%	n	%
0	65	63,1	99	96,1	42	40,8
1	19	18,4	3	2,9	45	43,7
2	14	13,6	1	1	9	8,7
3	5	4,9	0	0	7	6,8
Celkový súčet	103	100,0	103	100,0	103	100,0

Nasledujúca tabuľka (tab. č. 11) obsahuje informácie o prítomnosti jednotlivých stupňov záťaže vo všetkých faktoroch (I, II, III) v skúmaných zdravotníckych zariadeniach. Opäť stupeň 0 znamená, že príslušný počet respondentov nevykazoval v danom faktore žiadnu záťaž.

Tab. č. 11: Prítomnosť stupňov záťaže v jednotlivých faktoroch zvlášť pre každé zdrav. zariadenie

Zdravotnícke zariadenie	I Preťaženie			II Monotónia			III Stresová odozva		
	Stupeň	n	%	Stupeň	n	%	Stupeň	n	%
FNOL (n=17)	0	10	58,8	0	17	100,0	0	7	41,2
	1	4	23,5	1	0	0,0	1	10	58,8
	2	2	11,8	2	0	0,0	2	0	0,0
	3	1	5,9	3	0	0,0	3	0	0,0
Hospic (n=14)	0	12	85,7	0	12	100,0	0	2	14,3
	1	2	14,3	1	0	0,0	1	8	57,1
	2	0	0,0	2	0	0,0	2	2	14,3
	3	0	0,0	3	0	0,0	3	2	14,3
Moravský Beroun (n=28)	0	13	46,4	0	27	96,4	0	16	57,1
	1	8	28,6	1	1	3,6	1	6	21,4
	2	5	17,9	2	0	0,0	2	4	14,3
	3	2	7,1	3	0	0,0	3	2	7,1
Paseka (n=44)	0	30	68,2	0	41	93,2	0	17	38,6
	1	5	11,4	1	2	4,5	1	21	47,7
	2	7	15,9	2	1	2,3	2	3	6,8
	3	2	4,5	3	0	0,0	3	3	6,8

Z tabuľky č. 11 vyplýva, že iba 3 sestry geriatrického oddelenia Fakultnej nemocnice v Olomouci sú ohrozené 2. a 3. stupňom záťaže, a to vo faktore preťaženia. Ďalej môžeme vyčítať, že sestry pracujúce v Hospici na Sv. Kopečku vykazujú záťaž 2. a 3. stupňa, na rozdiel od sestier geriatrického oddelenia FNOL, vo faktore nešpecifickej stresovej odozvy (4 respondentky). Väčší počet sestier vykazujúcich 2. a 3. stupeň záťaže bolo zaznamenaných v odbornom liečebnom ústave v Moravskom Beroune. 13 respondentiek súboru je ohrozených záťažou, pri ktorej dochádza k ovplyvneniu zdravia a pracovnej výkonnosti. Najvyšší počet našich respondentiek pracuje v odbornom liečebnom ústave Paseka. Tomu je úmerné, že až 16 respondentiek vykazuje 2. a 3. stupeň záťaže. Túto záťaž môžeme vysledovať vo všetkých troch faktoroch, ale najviac respondentiek (9) pociťuje záťaž v oblasti preťaženia.

Vyhodnotenie podľa otázok

Z Meisterovho dotazníku je možné zistiť, či pracovná skupina hodnotí svoju prácu v daných položkách negatívne alebo pozitívne. Kritické hodnoty mediánu stanovené Meisterom boli v celom súbore sestier prekročené iba v položke dlhodobá únosnosť, teda úbytok pracovnej výkonnosti v priebehu času (tab. č. 12). Položka pocit časovej tiesne dosiahla kritickú hodnotu, ostatné položky nedosahujúce kritickú hodnotu boli teda hodnotené priaznivo.

Tab. č. 12: Hodnotenie psychickej pracovnej záťaže podľa jednotlivých položiek Meister.dotazníku

č.	Otázka	Súbor sestier (n = 103)	K	Ger. odd FNOL	Hospic Sv. Kopeček	OLÚNG MB	OLÚ Paseka
1.	časová tieseň	3,0+	3,0	3,0+	3,0+	4,0++	3,0+
2.	malé uspokojenie	2,0	2,5	1,0	2,0	2,0	2,0
3.	vysoká zodpovednosť	2,0	3,0	2,0	2,0	3,0+	2,0
4.	otupujúca práca	2,0	2,5	2,0	2,0	2,0	2,0
5.	problémy a konflikty	1,0	2,5	1,0	1,5	2,0	1,5
6.	monotónia	1,0	2,5	1,0	1,5	2,0	1,0
7.	nervozita	2,0	3,0	1,0	2,0	2,0	1,5
8.	presýtenie	2,0	3,0	1,0	2,0	2,0	2,0
9.	únava	2,0	3,0	1,0	2,0	3,0+	1,5
10.	dlhodobá únosnosť	3,0++	2,5	2,0	3,0++	3,0++	3,0++

K – kritická hodnota mediánu (Hladký, Židková, 1999)

+ dosiahnutie kritickej hodnoty, ++ prekročenie kritickej hodnoty

Klasifikácia zát'aže celého súboru

Klasifikácia zát'aže je možná v troch stupňoch a pri jej výpočte sa pracuje s hodnotami mediánov I. a II. faktoru. Môžu nastať tri prípady v hodnotenom súbore: tendencia k preťaženiu, tendencia k monotónii a tendencia ku kombinácii oboch predchádzajúcich. Nasledne sa z týchto údajov určí stupeň zát'aže (tab. č. 13) pomocou príslušných hodnôt uvedených Meisterom.

Tab. č. 13: Hodnoty mediánov faktorov I, II, III z dotazníkového šetrenia a výpočet celkovej zát'aže celého súboru

I Preťaženie	Hodnoty mediánu	II Monotónia	Hodnoty mediánu	III Stresová odozva	Hodnoty mediánu
Otázka č. 1	3	Otázka č. 2	2	Otázka č. 7	2
Otázka č. 3	2	Otázka č. 4	2	Otázka č. 8	2
Otázka č. 5	1	Otázka č. 6	1	Otázka č. 9	2
-	-	-	-	Otázka č. 10	3
Celkom	6	Celkom	5	Celkom	9
Súčet faktorov I + II + III	Ak je rozdiel medzi faktorom I a faktorom II maximálne 2 body, spočítajú sa mediány všetkých troch faktorov: $6 + 5 + 9 = 20$				

V pokynoch podľa Meistera je uvedené, že pokiaľ je medzi súčtom hodnôt mediánu faktoru I a súčtom hodnôt mediánu faktoru II rozdiel maximálne 2 body, tak spočítajú mediány všetkých troch faktorov, ktorých výsledná hodnota nám napovie aká je tendencia zát'aže u celého súboru (tab. č. 14). Náš súbor má tendenciu ku kombinácii preťaženia a monotónie, avšak iba na 1. stupni, čo značí zát'až, pri ktorej nie je pravdepodobné ovplyvnenie zdravia, subjektívneho stavu a pracovnej výkonnosti (Hladký, Židková, 1999).

Tab. č. 14: Vyhodnotenie zát'ažovej tendencie z Meisterom určených hodnôt mediánu

Súčet faktorov I + II + III	Stupeň	Tendencia
10–26	1	-
27–32	2	ku kombinácii (preťaženie + monotónia)
33–50	3	ku kombinácii (preťaženie + monotónia)

Individuálna diagnostika

Vyhodnotenie psychickej pracovnej zát'aže podľa Meistera umožňuje získať údaje o prežívaní zát'aže. Tabuľka č. 15 uvádza prevod hrubého skóre do troch skupín podľa

individuálnej odozvy na psychickú záťaž. Je zrejmé, že najviac sestier, 68 (66 %), vníma psychickú záťaž ako primeranú, 11 (10,7 %) ju považuje za nepriaznivú a dokonca 24 sestier (23,3 %) ju vníma ako priaznivú.

Tab. č. 15: Prežívanie záťaže jednotlivcov podľa hrubého skóre

Rozsah škály HS	Prežívanie záťaže	Počet respondentov (n = 103)	Absolútna početnosť (%)
0–16	priaznivé	24	23,3
17–32	primerané	68	66,0
33–50	nepriaznivé	11	10,7

4.2 VYHODNOTENIE DOTAZNÍKU OSI-R

Ďalším dielčím cieľom bolo *zistiť do akej miery využívajú všeobecné sestry pracujúce s geriatrickými pacientmi osobného zdroje na zvládanie záťaže; identifikovať, ktoré využívajú najčastejšie a aký je ich vzťah k miere záťaže.*

K splneniu tohto cieľa bol použitý dotazník Inventórium zamestnaneckého stresu (OSI-R), konkrétne jeho tretia časť: Dotazník osobných zdrojov (škála PRQ). Tieto sú rozdelené do štyroch oblastí: rekreácia (odpočinok), starostlivosť o seba, sociálna opora a racionálne/kognitívne zvládanie. Respondenti určovali mieru využívania osobných zdrojov na zvládanie stresu s pomocou Likertovej škály. Čím vyššia je hodnota osobných zdrojov, tým je väčšia miera využívania danej stratégie. Hodnoty boli počítané ako celkové skóre.

Tabuľka č. 16 znázorňuje celkové skóre jednotlivých osobných zdrojov všetkých respondentov, priemernú hodnotu a minimálnu a maximálnu hodnotu. Z uvedeného vyplýva, že najviac využívaným osobným zdrojom na prekonanie záťaže je „Sociálna opora“ (priemerné skóre 42,1). Najčastejšie používané dielčie položka sociálnej opory boli „Mám aspoň jednu chápanú osobu, s ktorou môžem hovoriť o svojich starostiach,“ a „Mám osobu, ktorá mi je naozaj veľmi blízka,“ s rovnakým skóre. Naopak najmenej využívanou stratégiou bolo pomáhanie s prácami okolo domu.

Stratégia „Racionálne/kognitívne zvládanie“ je druhou najčastejšou používanou stratégiou k zvládaniu záťaže (priemerné skóre 35,3). V tejto kategórii dielčou položkou s najvyšším skóre bola položka „Snažím sa byť si vedomá svojich spôsobov správania a vecí, ktoré robím,“ a druhou najčastejšou položka „Keď sa mám o niečom rozhodnúť, pozerám

vždy na dôsledky možných rozhodnutí.“ Najmenej využívanou dielčou položkou bolo „Cítim, že sú aj iné zamestnania ktoré by som mohla robiť okrem môjho súčasného.“

„Rekreácia (odpočinok)“ ako osobný zdroj na zvládanie záťaže sa umiestnil na treťom mieste (priemerné skóre 31,9). Táto kategória nám ukázala, že sestry najčastejšie relaxujú a nemyslia na prácu a vo voľnom čase robia to, čo samy chcú. Najmenej využívanou stratégiou bolo trávenie voľného času skupinovými aktivitami (napr. divadlo, koncert, šport).

Najmenej využívaným osobným zdrojom je „Starostlivosť o seba“ (priemerné skóre 24,1). V tejto kategórii boli zaradené položky ako pravidelné lekárske prehliadky, cvičenie, relaxačné techniky, meditácia, spánok, vyhýbanie sa alkoholu a nezdravým jedlám, atď. Sestry sa o seba najviac starajú v oblasti chodenia na pravidelné lekárske prehliadky a vyhýbajú sa nadmernému užívaniu alkoholu. Najmenej sa venujú dychovým cvičeniam a meditácii. Graf č. 1 je grafickou reprezentáciou priemerného celkového skóre v jednotlivých položkách osobných zdrojov.

Tab. č. 16: Porovnanie celkového skóre jednotlivých osobných zdrojov u respondentov (n=103)

Osobné zdroje	Celkové skóre	Priemerné celkové skóre	Min. hodnota	Max. hodnota
Rekreácia	3283	31,9	16	45
Starostlivosť o seba	2485	24,1	14	38
Sociálna opora	4333	42,1	24	50
Kognitívne zvládanie	3641	35,3	17	49

Graf č. 1: Priemerné celkové skóre jednotlivých osobných zdrojov



4.3 OVERENIE PLATNOSTI HYPOTÉZ

H1₀: Medzi mierou psychickej pracovnej záťaže a mierou rekreácie neexistuje závislosť.

H1_A: Medzi mierou psychickej pracovnej záťaže a mierou rekreácie existuje závislosť.

Platnosť hypotézy H1₀ bola overená pomocou Spearmanovej korelačnej analýzy. Neparametrická Spearmanovho korelačná analýza bola použitá vzhľadom k nenormálnemu rozdeleniu skóre miery rekreácie a miery psychickej pracovnej záťaže. Normalita skóre bola overovaná pomocou Shapiro-Wilk testu.

Záver

Hypotézu H1₀ zamietame.

Medzi mierou psychickej pracovnej záťaže a mierou rekreácie bola zistená slabá negatívna závislosť. Bolo preukázané, že nižšia miera rekreácie signifikantne koreluje s vyššou mierou psychickej pracovnej záťaže, konkrétne s vyššou mierou monotónie a vyššou mierou nešpecifickej stresovej odozvy.

Hodnota Spearmanovho korelačného koeficientu pre koreláciu hrubého skóre Meisterovho dotazníku s mierou rekreácie bola $r = -0,241$ (hladina signifikancie testu významnosti korelačného koeficientu $p = 0,014$). Hodnota korelačného koeficientu pre koreláciu miery monotónie s mierou rekreácie bola $r = -0,330$ ($p = 0,001$) a hodnota korelačného koeficientu pre koreláciu miery nešpecifickej stresové odozvy a miery rekreácie bola $r = -0,201$ ($p = 0,042$). Nebola preukázaná signifikantná závislosť medzi mierou rekreácie a mierou preťaženia ($r = -0,154$; $p = 0,120$).

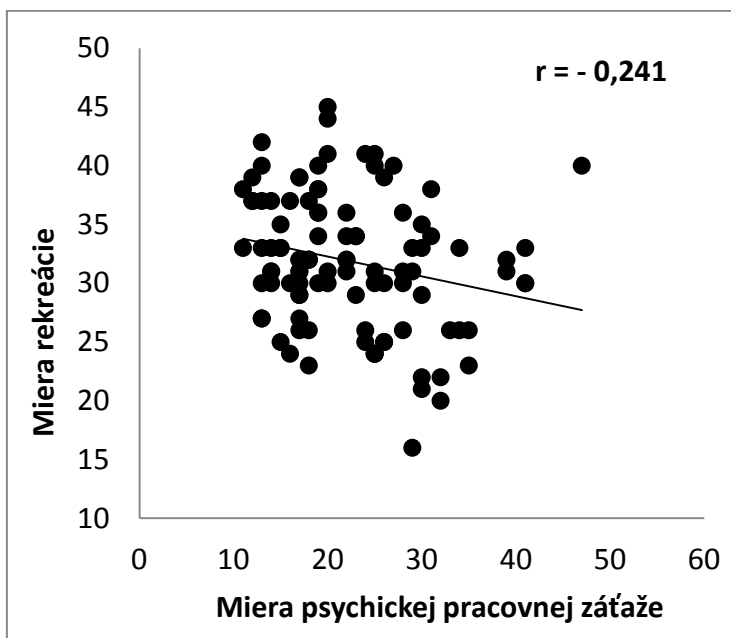
Nasledujúca tabuľka (č. 17) popisuje hodnoty Spearmanovho korelačného koeficientu a hladinu signifikancie testu významnosti korelačného koeficientu pre koreláciu miery rekreácie s hrubým skóre Meisterovho dotazníku a so skóre jednotlivých faktorov psychickej pracovnej záťaže. Tučne sú vyznačené významne nenulové hodnoty korelačného koeficientu.

Tab. č. 17: Hodnoty korelačného koeficientu pre oblasť rekreácie

	Hrubé skóre	Faktor preťaženia	Faktor monotónie	Faktor nešpecifickej stresovej odozvy
Rekreácia	- 0,241 ($p = 0,014$)	- 0,154 ($p = 0,120$)	- 0,330 ($p = 0,001$)	- 0,201 ($p = 0,042$)

Závislosť medzi hrubým skóre Meisterovho dotazníku psychickej pracovnej záťaže a mierou rekreácie je zobrazená pomocou bodového grafu (č. 2).

Graf č. 2: Bodový graf závislosti medzi hrubým skóre Meisterovho dotazníku a mierou rekreácie



H₂₀: Medzi mierou psychickej pracovnej záťaže a mierou starostlivosti o seba neexistuje závislosť.

H_{2A}: Medzi mierou psychickej pracovnej záťaže a mierou starostlivosti o seba existuje závislosť.

Platnosť hypotézy H₂₀ bola overená pomocou Spearmanovej korelačnej analýzy. Neparametrická Spearmanovho korelačná analýza bola použitá vzhľadom k nenormálnemu rozdeleniu skóre miery starostlivosti o seba a miery psychickej pracovnej záťaže. Normalita skóre bola overovaná pomocou Shapiro-Wilk testu.

Záver

Hypotézu H₂₀ nie je možné zamietnuť.

Nebola preukázaná signifikantná závislosť medzi mierou psychickej pracovnej záťaže a mierou starostlivosti o seba. Hodnota Spearmanovho korelačného koeficientu pre koreláciu miery starostlivosti o seba s hrubým skóre Meisterovho dotazníku bola $r = 0,063$ (hladina signifikancie testu významnosti korelačného koeficientu $p = 0,526$). Hodnota korelačného koeficientu pre koreláciu s mierou monotónie bola $r = 0,043$ ($p = 0,667$), hodnota korelačného

koeficientu pre koreláciu s mierou nešpecifickej stresovej odozvy bola $r = 0,157$ ($p = 0,113$) a pre koreláciu s mierou preťaženia $r = -0,049$ ($p = 0,621$).

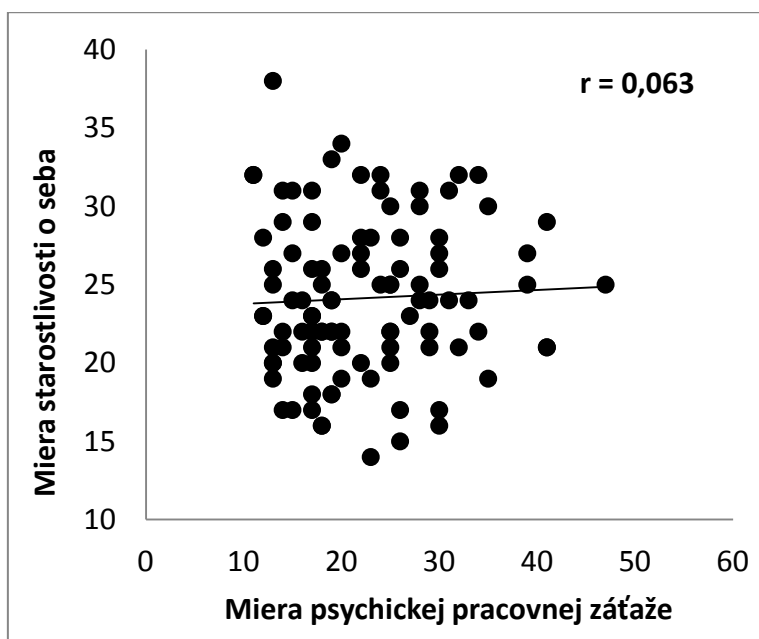
Nasledujúca tabuľka (č. 18) popisuje hodnoty Spearmanovho korelačného koeficientu a hladinu signifikancie testu významnosti korelačného koeficientu pre koreláciu miery starostlivosti o seba s hrubým skóre Meisterovho dotazníku a so skóre jednotlivých faktorov psychickej pracovnej záťaže.

Tab. č. 18: Hodnoty korelačného koeficientu pre oblasť starostlivosti o seba

	Hrubé skóre	Faktor preťaženia	Faktor monotónie	Faktor nešpecifickej stresovej odozvy
Starostlivosť o seba	0,063 ($p = 0,526$)	- 0,049 ($p = 0,621$)	0,043 ($p = 0,667$)	0,157 ($p = 0,113$)

Závislosť medzi hrubým skóre Meisterovho dotazníku psychickej pracovnej záťaže a mierou starostlivosti o seba je zobrazená pomocou bodového grafu (č. 3).

Graf č. 3: Bodový graf závislosti medzi hrubým skóre Meisterovho dotazníku a mierou starostlivosti o seba



H₃₀: Medzi mierou psychickej pracovnej záťaže a mierou sociálnej opory neexistuje závislosť.

H_{3A}: Medzi mierou psychickej pracovnej záťaže a mierou sociálnej opory existuje závislosť.

Platnosť hypotézy H_{3_0} bola overená pomocou Spearmanovej korelačnej analýzy. Neparametrická Spearmanovho korelačná analýza bola použitá vzhľadom k nenormálnemu rozdeleniu skóre miery sociálnej opory a miery psychickej pracovnej záťaže. Normalita skóre bola overovaná pomocou Shapiro-Wilk testu.

Záver

Hypotézu H_{3_0} nie je možné zamietnuť.

Nebola preukázaná signifikantná závislosť medzi mierou psychickej pracovnej záťaže a mierou sociálnej opory. Hodnota Spearmanovho korelačného koeficientu pre koreláciu miery sociálnej opory s hrubým skóre Meisterovho dotazníku bola $r = 0,050$ (hladina signifikancie testu významnosti korelačného koeficientu $p = 0,617$). Hodnota korelačného koeficientu pre koreláciu s mierou preťaženia bola $r = -0,088$ ($p = 0,379$), s mierou monotónie $r = 0,117$ ($p = 0,239$) a s mierou nešpecifickej stresovej odozvy $r = 0,098$ ($p = 0,326$).

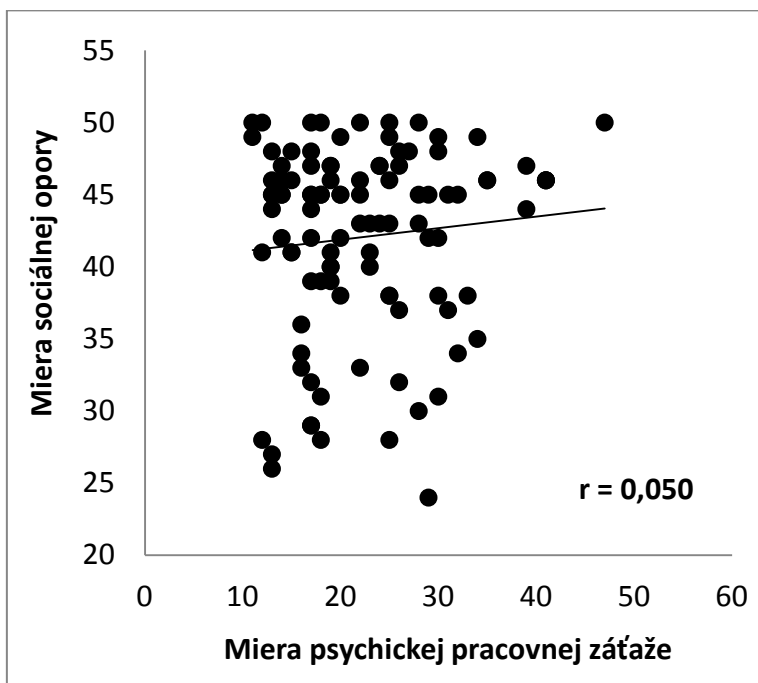
Nasledujúca tabuľka (č. 19) popisuje hodnoty Spearmanovho korelačného koeficientu a hladinu signifikancie testu významnosti korelačného koeficientu pre koreláciu miery sociálnej opory s hrubým skóre Meisterovho dotazníku a so skóre jednotlivých faktorov psychickej pracovnej záťaže.

Tab. č. 19: Hodnoty korelačného koeficientu pre oblasť sociálnej opory

	Hrubé skóre	Faktor preťaženia	Faktor monotónie	Faktor nešpecifickej stresovej odozvy
Sociálna opora	0,050 ($p = 0,617$)	- 0,088 ($p = 0,379$)	0,117 ($p = 0,239$)	0,098 ($p = 0,326$)

Závislosť medzi hrubým skóre Meisterovho dotazníku psychické pracovné záťaže a mierou sociálnej opory je zobrazená pomocou bodového grafu (č. 4).

Graf č. 4: Bodový graf závislosti medzi hrubým skóre Meisterovho dotazníku a mierou sociálnej opory



H₄₀: Medzi mierou psychickej pracovnej záťaže a mierou racionálneho/kognitívneho zvládania neexistuje závislosť.

H_{4A}: Medzi mierou psychickej pracovnej záťaže a mierou racionálneho/kognitívneho zvládania existuje závislosť.

Platnosť hypotézy H₄₀ bola overená pomocou Spearmanovej korelačnej analýzy. Neparametrická Spearmanovho korelačná analýza bola použitá vzhľadom k nenormálnemu rozdeleniu skóre miery racionálneho/kognitívneho zvládania a miery psychickej pracovnej záťaže. Normalita skóre bola overovaná pomocou Shapiro-Wilk testu.

Záver

Hypotézu H₄₀ nie je možné zamietnuť.

Nebola preukázaná signifikantna závislosť medzi mierou psychickej pracovnej záťaže a mierou racionálneho/kognitívneho zvládania.

Hodnota Spearmanovho korelačného koeficientu pre koreláciu miery racionálneho/kognitívneho zvládania s hrubým skóre Meisterovho dotazníku bola $r = -0,042$ (hladina signifikancie testu významnosti korelačného koeficientu $p = 0,676$). Hodnota korelačného koeficientu pre koreláciu s mierou monotónie bola $r = -0,043$ ($p = 0,665$), hodnota korelačného koeficientu pre koreláciu s mierou nešpecifickej stresové odozvy bola

$r = -0,016$ ($p = 0,870$) a pre koreláciu s mierou preťaženia $r = -0,097$ ($p = 0,330$).

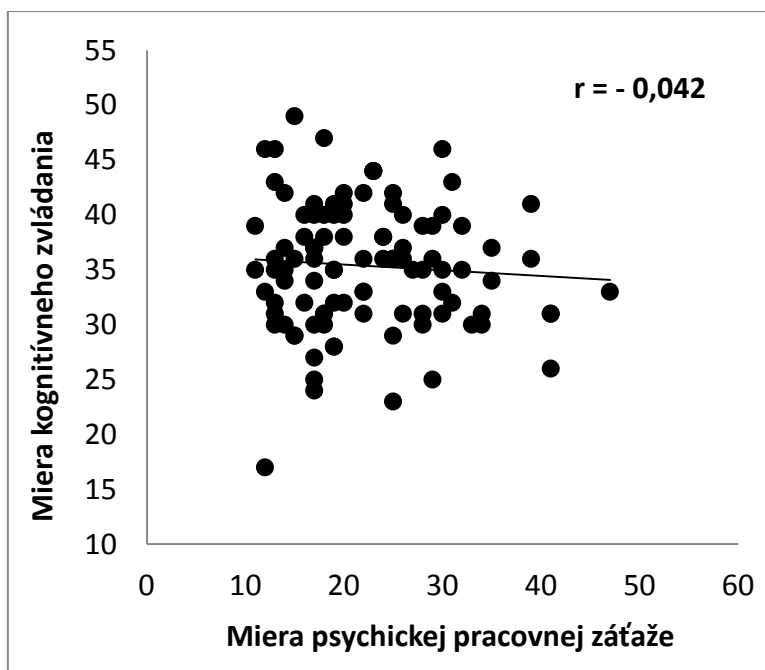
Nasledujúca tabuľka (č. 20) popisuje hodnoty Spearmanovho korelačného koeficientu a hladinu signifikancie testu významnosti korelačného koeficientu pre koreláciu miery racionálneho/kognitívneho zvládania s hrubým skóre Meisterovho dotazníku a so skóre jednotlivých faktorov psychickej pracovnej záťaže.

Tab. č. 20: Hodnoty korelačného koeficientu pre oblasť kognitívneho zvládania

	Hrubé skóre	Faktor preťaženia	Faktor monotónie	Faktor nešpecifickej stresovej odozvy
Kognitívne zvládanie	- 0,042 ($p = 0,676$)	- 0,097 ($p = 0,330$)	- 0,043 ($p = 0,665$)	- 0,016 ($p = 0,870$)

Závislosť medzi hrubým skóre Meisterovho dotazníku psychickej pracovnej záťaže a mierou rekreácie je zobrazená pomocou bodového grafu.

Graf č. 5: Bodový graf závislosti medzi hrubým skóre Meisterovho dotazníku a mierou kognitívneho zvládania



H₅₀: Medzi mierou psychickej pracovnej záťaže a dĺžkou praxe sestier pracujúcich s geriatrickými pacientmi neexistuje závislosť.

H_{5A}: Medzi mierou psychickej pracovnej záťaže a dĺžkou praxe sestier pracujúcich s geriatrickými pacientmi existuje závislosť.

Platnosť hypotézy H_{5_0} bola overená pomocou Kruskal-Wallisovho testu. Testom boli porovnané jednotlivé skupiny sestier podľa dĺžky praxe v hodnotách hrubého skóre Meisterovho dotazníku a v skóre jednotlivých faktorov (preťaženie, monotónia, nešpecifická stresová odozva). Neparametrický test bol použitý z dôvodu nenormálnej distribúcie hodnôt skóre. Normalita dát bola overená pomocou Shapiro-Wilk testu.

Záver

Hypotézu H_{5_0} nie je možné zamietnuť.

Nebola preukázaná signifikantná závislosť medzi mierou psychickej pracovnej záťaže a dĺžkou praxe sestier. Avšak najviac preťažené sa cítili sestry s praxou 6–10 rokov. Hodnota signifikancie Kruskal-Wallisova testu pre porovnanie skupín sestier podľa dĺžky praxe v hodnotách hrubého skóre Meisterovho dotazníku bola $p = 0,207$.

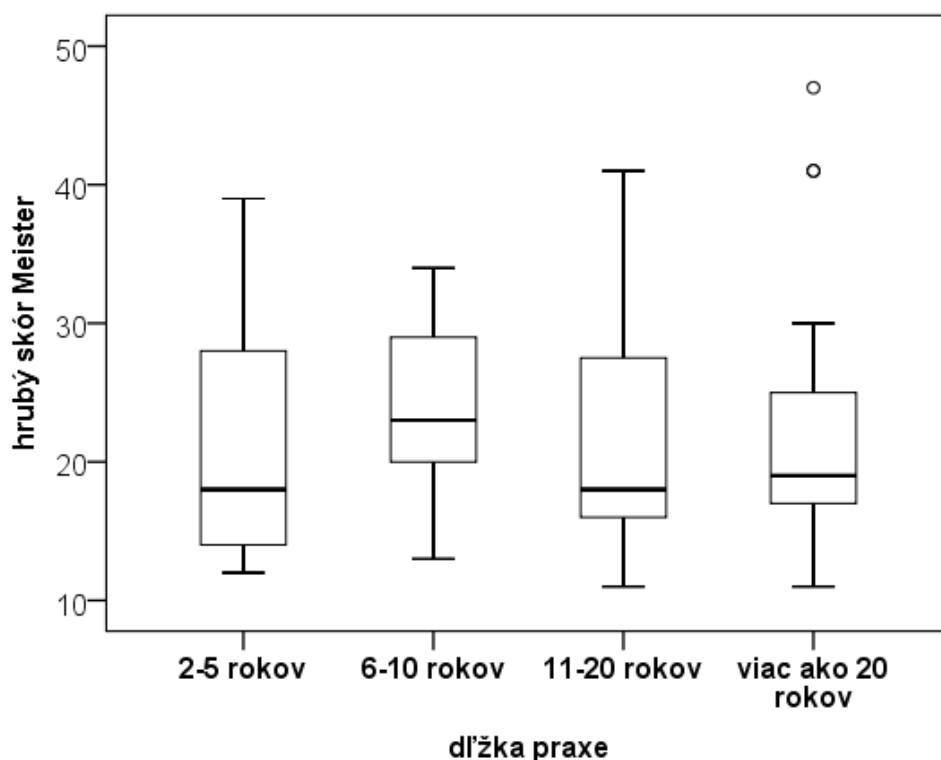
Nasledujúca tabuľka (č. 21) uvádza pre jednotlivé skupiny sestier podľa dĺžky praxe hodnotu mediánu, minimálnu a maximálnu hodnotu pre hrubé skóre Meisterovho dotazníku a pre skóre faktoru preťaženia, monotónie a nešpecifickej stresovej odozvy. V poslednom riadku tabuľky sú uvedené hodnoty signifikancie testu Kruskal-Wallis.

Tab. č. 21: Vzťah dĺžky praxe sestier k miere záťaže vyjadrenej hrubým skóre a jednotlivými faktormi (I, II, III) Meisterovho dotazníku

Dĺžka praxe	Hrubé skóre Meister	I Preťaženie	II Monotónia	III Nešpec. stresová odozva
2–5 rokov	18,0 (12–39)	7,0 (4–11)	5,0 (3–11)	8,0 (4–17)
6–10 rokov	23,0 (13–34)	9,0 (3–12)	6,0 (3–10)	10,0 (4–14)
11–20 rokov	18,0 (11–41)	6,0 (4–12)	5,0 (3–12)	8,0 (4–18)
viac ako 20 rokov	19,0 (11–47)	7,0 (3–13)	5,0 (3–15)	8,0 (4–20)
p	0,207	0,137	0,578	0,305

Dáta v tabuľke sú uvedené ako **medián** (minimum–maximum)

Graf č. 6: Krabicový graf distribúcie hodnôt hrubého skóre Meisterovho dotazníku podľa dĺžky praxe



Distribúcia hodnôt hrubého skóre Meisterovho dotazníku pre skupiny sestier podľa dĺžky ich praxe je zobrazená pomocou kvartilového krabicového grafu (č. 6). Silná čiara vnútri krabice zodpovedá mediáne hodnôt skóre (tj. 2. kvartil), spodná časť krabice zodpovedá 1. kvartil a horná časť krabice zodpovedá 3. kvartil. Svorka dole zodpovedá neodľahlej minimálnej hodnote skóre a svorka hore zodpovedá neodľahlej maximálnej hodnote skóre. Symbolom krúžku sú označené odľahlé hodnoty.

H₀: Medzi sestrami starajúcimi sa o geriatrických pacientov a bežnou populáciou neexistuje rozdiel v škále PRQ („osobné zdroje“) dotazníku OSI-R.

H_A: Medzi sestrami starajúcimi sa o geriatrických pacientov a bežnou populáciou existuje rozdiel v škále PRQ („osobné zdroje“) dotazníku OSI-R.

Platnosť hypotézy H₀ bola overená pomocou dvojvýberového Studentovho t-testu. Priemerné hodnoty a smerodajné odchýlky skóre jednotlivých položiek škály PRQ, tj. miera rekreácie, starostlivosti o seba, sociálnej opory a racionálneho/kognitívneho zvládania zistené v súbore sestier starajúcich sa o geriatrických pacientov, boli porovnané s populačnou normou (Osipow, Inventórium zamestnaneckého stresu, 2010).

Záver

Hypotézu H₆ zamietame pre mieru rekreácie.

U sestier starajúcich sa o geriatrických pacientov boli zistené signifikantne vyššie hodnoty skóre miery rekreácie než u populačnej normy. Priemerná hodnota skóre u sestier bola 31,87 bodov a priemerná hodnota populačného skóre bola 26,03, hladina signifikancie Studentovho t-testu $p < 0,0001$.

Tab. č. 22: Porovnanie priemerných hodnôt bodového skóre jednotlivých osobných zdrojov u skúmaného súboru sestier s populačnou normou

Dotazník osobných zdrojov zvládania (škála PRQ)	Sestry starajúce sa o ger. pacientov (n=103)	Populačná norma* (n=983)	p
Rekreácia	31,87 ± 5,71	26,03 ± 6,78	< 0,0001
Starostlivosť o seba	24,13 ± 4,90	25,45 ± 6,81	0,056
Sociálna opora	42,07 ± 6,54	40,53 ± 8,11	0,063
Rac./kognitívne zvládanie	35,35 ± 5,69	35,48 ± 6,57	0,847

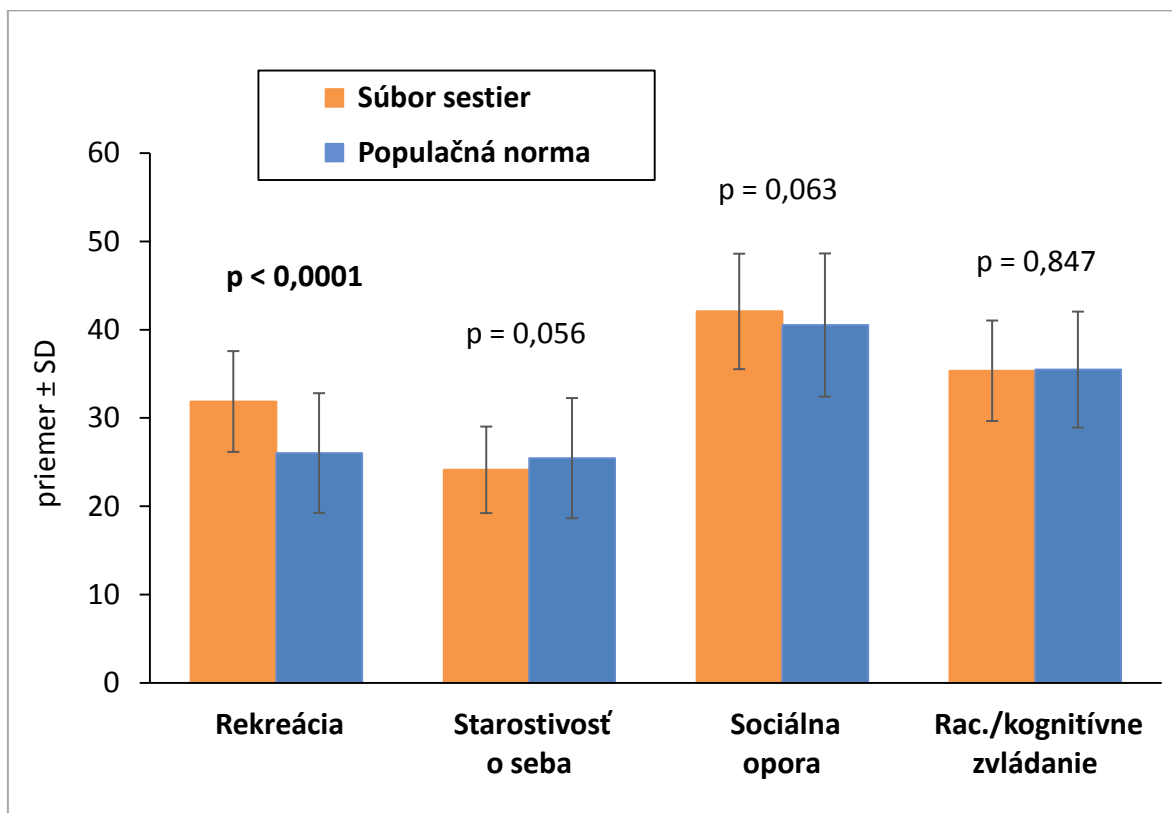
Priemerné hodnoty ± smerodajná odchýlka (SD)

* Osipow, Inventórium zamestnaneckého stresu, 2010.

Tabuľka č. 22 uvádza priemernú hodnotu a smerodajnú odchýlku (SD) skóre jednotlivých položiek škály PRQ pre skupinu sestier starajúcich sa o geriatrických pacientov a hodnoty populačnej normy, s ktorými boli tieto charakteristiky porovnávané. V poslednom stĺpci tabuľky sú uvedené hodnoty signifikancie dvojitýberového Studentovho t-testu.

Priemerné hodnoty a smerodajné odchýlky jednotlivých skóre pre súbor sestier starajúcich sa o geriatrických pacientov a populačnej normy sú zobrazené v stĺpcovom grafe (graf č. 7).

Graf č. 7: Stĺpcový graf priemerných hodnôt a SD v jednotlivých skóre škály PRQ dotazníku OSI-R pre geriatrické sestry (n=103) a populačnú normu (n=983)



H7₀: Medzi sestrami starajúcimi sa o geriatrických pacientov a bežnou populáciou neexistuje rozdiel v miere psychickej pracovnej záťaže.

H7_A: Medzi sestrami starajúcimi sa o geriatrických pacientov a bežnou populáciou existuje rozdiel v miere psychickej pracovnej záťaže.

Platnosť hypotézy H7₀ bola overená pomocou dvojjvýberového Studentovho t-testu. Priemerné hodnoty a smerodajné odchýlky hrubého skóre Meisterovho dotazníku a skóre jednotlivých faktorov (preťaženie, monotónia a nešpecifický faktor) zistené v súbore sestier starajúcich sa o geriatrických pacientov, boli porovnané s populačnou normou (Hladký, Židková, 1999).

Záver

Hypotézu H7₀ zamietame.

U sestier starajúcich sa o geriatrických pacientov boli zistená signifikantne nižšia miera psychickej pracovnej záťaže než u žien v českej populácii. Priemerné hodnoty hrubého skóre a skóre faktoru preťaženia, monotónie a nešpecifického faktoru boli u sestier starajúcich

sa o geriatrických pacientov signifikantne nižšie než u žien v českej populácii. Pre porovnanie boli použité hodnoty populačnej normy, ktoré uvádza Meister (Hladký, Židková, 1999).

Nasledujúca tabuľka (č. 23) uvádza priemernú hodnotu a smerodajnú odchýlku (SD) hrubého skóre Meisterovho dotazníku a skóre jednotlivých faktorov psychickej pracovnej záťaže pre skupinu sestier starajúcich sa o geriatrických pacientov a hodnoty populačnej normy pre ženy, s ktorými boli tieto charakteristiky porovnávané. V poslednom stĺpci tabuľky sú uvedené hodnoty signifikancie dvojvýberového Studentovho t-testu.

Tab. č. 23: Porovnanie priemerných hodnôt a SD hrubého skóre a skóre jednotlivých faktorov Meisterovho dotazníku u skúmaného súboru sestier s populačnou normou

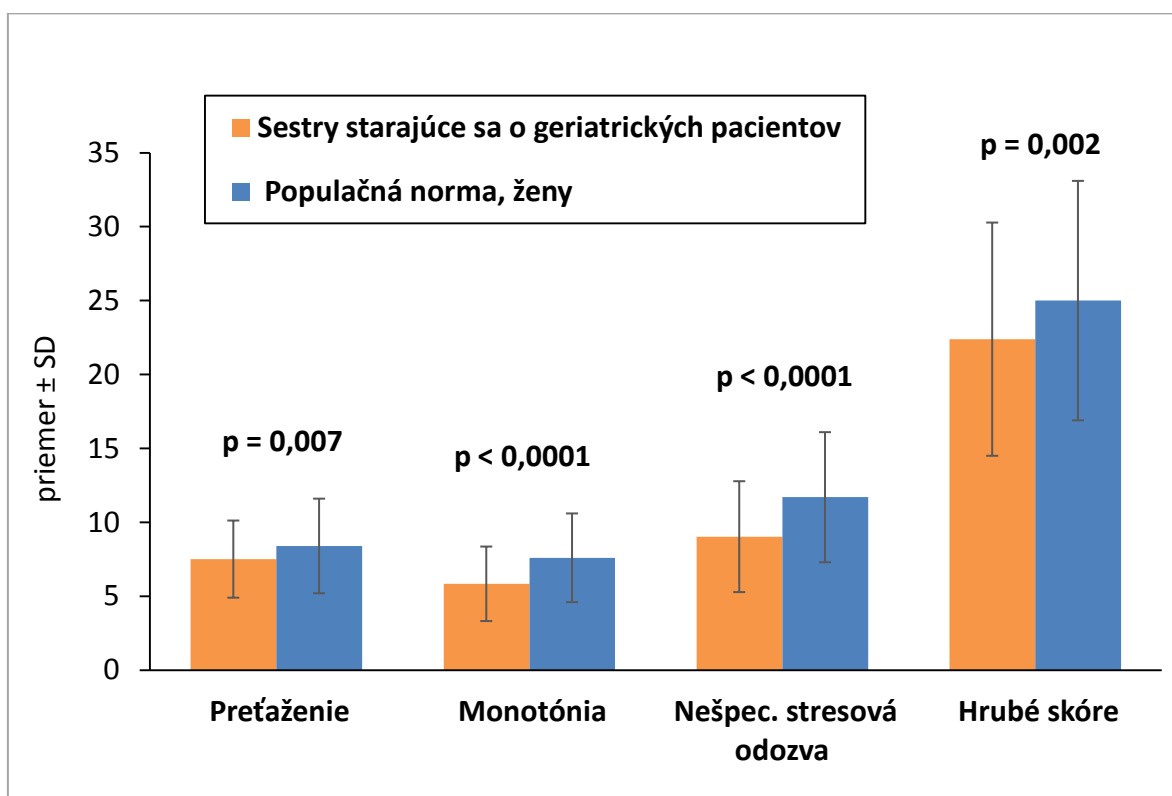
	Sestry starajúce sa o ger. pacientov (n=103)	Populačná norma, ženy* (n=867)	p
I. Faktor preťaženia	7,51 ± 2,61	8,4 ± 3,2	0,007
II. Faktor monotónie	5,84 ± 2,52	7,6 ± 3,0	< 0,0001
III. Faktor nešpec. stresovej odozvy	9,03 ± 3,75	11,7 ± 4,4	< 0,0001
Hrubé skóre	22,39 ± 7,89	25,0 ± 8,1	0,002

Priemerné hodnoty ± smerodajná odchýlka (SD)

* Hladký, Židková, 1999

Priemerné hodnoty a SD hrubého skóre a jednotlivých faktorov psychickej pracovnej záťaže pre súbor sestier a bežnou populáciou žien sú zobrazené v stĺpcovom grafe (č. 8).

Graf č. 8: Stĺpcový graf priemerných hodnôt a SD psychickej pracovnej záťaže pre geriatrické sestry (n=103) a populačnú normu (n=867)



Pri porovnaní záťaže sestier v našom výskume s populačnou normou záťaže ženskej časti populácie bola nájdená nižšia miera záťaže v prospech sestier starajúcich sa o geriatrických pacientov. Židková (2002) však uvádza priemerné hodnoty hrubého skóre platné pre českú populáciu pre 16 vybraných profesií, medzi nimi aj všeobecné sestry pracujúce v štátnej nemocnici (tab. č. 24).

Tab. č. 24: Porovnanie súboru sestier starajúcich sa o geriatrických pacientov so súborom sestier štátnej nemocnice (normy Židková, 2002)

	Sestry starajúce sa o geriatrických pacientov (n=103)	Populačná norma, sestry štátnej nemocnice* (n=41)	p
Hrubé skóre	22,39 ± 7,89	18,2 ± 7,9	0,005

* Židková, 2002

Bolo preukázané, že miera psychickej pracovnej záťaže sestier starajúcich sa o geriatrických pacientov je signifikantne vyššia než miera psychickej pracovnej záťaže sestier štátnej nemocnice (p = 0,005).

5 DISKUSIA

Empirická časť diplomovej práce bola zameraná na zistenie psychickej pracovnej záťaže všeobecných sestier pracujúcich v geriatrických zariadeniach a taktiež miery využívania copingových zdrojov či stratégií k zvládaniu tejto záťaže. Cieľom bolo tiež zistiť či dĺžka praxe ovplyvňuje mieru subjektívne vnímanej záťaže a aký vzťah má profesia sestry v oboch skúmaných aspektoch – záťaž a zvládanie záťaže – k populačnej norme.

K realizácii výskumného šetrenia bola použitá dotazníková metóda, ktorá zahŕňala dva štandardizované dotazníky: Meisterov dotazník psychickej pracovnej záťaže a OSI-R dotazník, konkrétne jeho tretia časť „Osobné zdroje.“ Výskumu sa zúčastnilo 103 respondentov pracujúcich v štyroch rôznych geriatrických zariadeniach Olomouckého kraja.

Výskumným šetrením bolo preukázané, že geriatrické sestry nepociťujú vysoký stupeň psychickej záťaže pri výkone svojho povolania, avšak veľmi negatívne vnímajú pocit časovej tiesne a úbytok síl pri dlhodobej práci, čo ovplyvňuje ich výkonnosť. Väčšina sestier (65 %) vykazuje stupeň záťaže 1, čo predstavuje záťaž neovplyvňujúcu zdravie ani výkonnosť. V tomto súbore sa však nachádzali aj sestry (11,7 %), ktoré boli ohrozené 3. stupňom záťaže, čo už naznačuje hrozbu zdravotnému stavu, subjektívnemu rozpoloženiu a pracovnému výkonu. Rovnako, 11 % sestier považovalo psychickú záťaž za nepriaznivú, za príjemné prekvapenie však považujeme, že zvyšok sestier ju vnímal ako primeranú (66 %) či dokonca priaznivú (23,3 %).

Výsledky nášho výskumu je možné porovnať s výsledkami iných štúdií zasadených do podobného socio-kultúrneho kontextu. Uvedomujeme si však, že môže nastať určitá diskrepancia, pretože nie všetky výskumy zaoberajúce sa záťažou sestier sú špecificky zamerané na geriatrické zariadenia. Navyše ako uvádza Židková (2002) je dôležité posudzovať psychickú záťaž na každom pracovisku či oddelení samostatne. Mnoho štúdií realizovaných v Českej a Slovenskej republike používa aj nami zvolený Meisterov dotazník psychickej pracovnej záťaže, preto je porovnanie dostupnejšie. Pri hodnotení celkovej záťaže zdravotných sestier, výsledky niektorých štúdií ukazujú, že kritické hodnoty boli prekročené či, že celkový stupeň záťaže je 2 a vyšší (Kadučáková, 2011; Mažgútová et al, 2012; Gurková, Macejková, 2012), zatiaľ čo iné štúdie, vrátane našej, zistili, že celková záťaž na danom oddelení neprekračuje kritické hodnoty a dosahuje 1. stupňa (Zálešáková, Bužgová, 2011; Ježorská, Kozyková, Chrastina, 2012). Z toho môžeme rozumieť, že psychická záťaž je

výsledkom mnohých činiteľov, povaha práce, typ oddelenia, momentálny psychický stav sú premenné, ktoré sa líšia v priestore a čase.

Analýza jednotlivých otázok Meisterovho dotazníku prináša orientačné hodnotenie konkrétnych záťažových faktorov, ktoré vychádzajú z prekročenia kritických hodnôt mediánov. Tam, kde je prekročená, respondenti hodnotia danú oblasť negatívne. Ako bolo zmienené vyššie, v našom výskume bola dosiahnutá alebo prekročená v dvoch faktoroch: pocit časovej tiesne a dlhodobá únosnosť práce. Tieto faktory boli často zaznamenávané aj v iných výskumoch (Vlková, 2007; Zálešáková, Bužgová, 2011; Škorpíková, 2014), ale okrem týchto boli identifikované aj ďalšie sestrami negatívne hodnotené oblasti, a to vysoká zodpovednosť (Hodačová, 2007) a pocit únavy a ochablosti (Gurková, Macejková, 2012). V tomto smere sa výsledok nášho výskumu zhoduje s tvrdením Hodačovej (2007), ktorá vyvodzuje, že pocit časového tlaku je typický práve pre zdravotnícke profesie.

Profesia sestry je všeobecne považovaná za jednu z psychicky najnáročnejších. Zaujímavé je zistenie, že v našom súbore geriatrických sestier (103 respondentov) sú vykazované nižšie hodnoty hrubého skóre v pracovnej záťaži ako populačná norma pre ženskú časť populácie. Pri hľadaní dostupných štúdií sme našli také, ktorých výsledky sú konzistentné s našimi (Židková, 2002; Zálešáková, Bužgová, 2011; Škorpíková, 2014), ale aj také, ktoré nie sú a naopak túto populačnú normu prekračujú (Vlková, 2007; Gurková, Macejková, 2012). Štúdia Němcovej (2010) skúmala rôzne geriatrické zariadenia jednotlivo a uvádza, že u niektorých bola táto populačná norma prekročená, u iných zas nie. To sa ukázalo aj v našom výskume, pokiaľ sme súbor vyhodnocovali podľa jednotlivých zariadení. Konkrétne to bol odborný liečený ústav neurologicko-geriatrický v Moravskom Beroune, ktorý v záťaži sestier prekračoval populačnú normu.

Po súhrnnom zhodnotení psychickej pracovnej záťaže na základe použitého Meisterovho dotazníku sa javí, že sestry vo vybraných zariadeniach v Olomouckom kraji zažívajú primeranú záťaž, ktorá ich výrazne negatívne neovplyvňuje. Existujú výskumy podobné nášmu, zamerané na psychickú záťaž a syndróm vyhorenia u sestier pracujúcich s geriatrickými pacientmi, či už na oddeleniach LDCH (česky LDN), alebo v paliatívnej starostlivosti, ktorých zameranie a teda aj výsledky sa značne líšia. Pohlová, Kozáková a Jarošová (2011) zistili, že sestry v Moravskosliezskom kraji, ktoré samy udávali, že práca je veľmi stresujúca bol potvrdený syndróm vyhorenia v 81 %. Podotýkajú, že demografické a pracovné faktory ako vek, rodinné zázemie, dĺžka praxe či stupeň vzdelania nemajú vplyv na výskyt syndrómu vyhorenia. Slovenský výskum kolektívu Mažgútová et al (2012)

porovnáva oddelenia paliatívne zameranej starostlivosti, urgentnej (ARO) a bežnej starostlivosti (interné oddelenia). Pri tejto komparácii zdravotníci poskytujúci paliatívnu starostlivosť pociťovali najvyššiu záťaž a zistilo sa vysoké riziko syndrómu vyhorenia. Existuje málo štúdií, ktoré sa nezaoberajú len psychickou záťažou, ale predovšetkým fyzickou záťažou práce na geriatrických oddeleniach. Ojedinelá štúdia Hubáčová et al (1999) ukazuje, že prácu zdravotných sestier a ošetrovateľov je možné prirovnať k stredne ťažkej práci v priemysle. Dokazujú energetickú náročnosť pri ošetrovaní imobilných pacientov a poukazujú na nepriaznivú somatickú stránku zdravotníkov spojenú s fyzickou námahou a pôsobením stresogénnych faktorov. Myslíme si, že ďalšie vedecké zameranie sa na túto sféru by mohlo byť prínosom. Vysokoškolské absolventské práce v oblasti záťaže sestier geriatrických zariadení vykazujú tiež určitú nekonzistentnosť. Zatiaľ čo práce Vlkovej (2007), Němcovej (2010) a Škorpíkovej (2014), podobne ako naša, poukazujú na primeranú, dokonca až nízku záťaž, práce Mackovej (2013), Křepelkovej (2014) a Ročkovej (2014) zhodne skúmajúce syndróm vyhorenia uvádzajú, že približne jedna tretina skúmaných sestier sa nachádza v stave vyhorenia v oblasti emocionálneho vyčerpania a depersonalizácie. Sme si vedomí, že jednotlivé zistenia nie je možné generalizovať, nakoľko sú tieto výskumy limitované lokalitou a faktorom času (obmena personálu, osobnostný rast, zmena prístupu k životným situáciám, rozvoj technológie a pod.).

Jedným z pracovných determinantov je dĺžka klinickej praxe sestier. V tomto smere bolo našim zámerom zistiť, či má dĺžka praxe vzťah (pozitívny alebo negatívny) k miere psychickej pracovnej záťaže. Naš výskum túto závislosť nepotvrdil. Mnoho štúdií skúmalo tento aspekt a ich výsledky sa značne líšia reprezentujúc oba póly. Existujú štúdie potvrdzujúce pozitívnu závislosť, to znamená, že s pribúdajúcimi rokmi klinickej praxe sa zvyšuje psychická záťaž (Kadučáková, 2011; Škorpíková, 2014), ale aj štúdie nachádzajúce negatívnu závislosť (Rai, 2010; Gurková, Macejková, 2012), ktoré ukazujú, že čím dlhšia prax, tým nižšia miera stresu. Veľký podiel tvoria výskumy (podobne ako náš), ktoré súvislosť nenachádzajú a považujú dĺžku praxe za neutrálny faktor (Kennedy, 2005; Vlková, 2007; Pohlová, Kozáková, Jarošová, 2011; Ježorská, Kozyková, Chrastina, 2012; Macková, 2013; Rybárová, Stejskalová, rok neu.). V nami sledovanom súbore sa ukázalo, že najväčšiu psychickú záťaž pociťovali sestry, ktorých dĺžka praxe bola 6–10 rokov. Obdobné výsledky zaznamenáva aj Pohlová, Kozáková, Jarošová (2011), u ktorých sa syndróm vyhorenia najviac prejavil v skupine s praxou 5–8 rokov, ďalej Zálešáková a Bužgová (2011), ktoré konštatujú, že najviac preťažené sestry mali dĺžku praxe 5–10 rokov.

Podstatnú časť nášho výskumu zaujíma zhodnotenie vzťahu medzi mierou psychickej záťaže a mierou využívania osobných zdrojov na zvládnutie tejto záťaže. Zdroje zvládania majú podpornú rolu, ich kvantita a kvalita ovplyvňuje to, ako jedinec využije adaptívne copingové stratégie a s akou efektivitou zvládne záťažovú situáciu (Kliment, 2014). S použitím dotazníku OSI-R sme sa zamerali na štyri oblasti copingových zdrojov: rekreácia (odpočinok), starostlivosť o seba, sociálna opora a racionálne/kognitívne zvládanie. Prekvapivo, korelačná analýza u daného súboru sestier potvrdila vzťah iba medzi mierou psychickej záťaže a mierou rekreácie. Položky dotazníku pre rekreáciu sa obsahovo zameriavali na oddych, voľnočasové aktivity, pracovnú dovolenku a záľuby. Čím vyššia je miera týchto rekreačných aktivít, tým nižší dopad stresu sestry pociťujú. Zhodné výsledky v oblasti rekreácie preukázali aj iné výskumy (Wu et al, 2010; Křepelková, 2014).

Podľa výsledkov dotazníkového šetrenia starostlivosť o seba neslúži ako významný protektívny faktor pri prekonávaní záťaže, nakoľko vykazoval najmenšie bodové ohodnotenie. Meditácia, dychové cvičenia, relaxačné techniky boli označené ako za jedny z najmenej využívaných zdrojov. Našli sme dve diplomové práce zasadané do podobného socio-kultúrneho prostredia, ktoré s použitím dotazníku OSI-R zisťovali mieru starostlivosti o seba. Práca, ktorá skúmala syndróm vyhorenia onkologických sestier našla slabú negatívnu závislosť (Ročková, 2014), no druhá práca, podobne ako naša, koreláciu nenašla (Křepelková, 2014). Autorka práce skúmala syndróm vyhorenia sestier starajúcich sa o pacientov s Alzheimerovou demenciou, teda prevažne išlo o geriatrických pacientov.

Najviac prekvapivým sa zdá byť zistenie absencie vzťahu k sociálnej opore. Aj napriek tomu, že sa sociálna opora ukázala byť pre skúmané geriatrické sestry najvýznamnejším zdrojom zvládania záťaže, korelačná analýza nepotvrdila vzťah. Mnohé výskumy dokladajú, že sociálna opora je významným protektívnym faktorom (Jenkins, Elliott, 2003; Lim, Hepworth, Bogossian, 2010; Ježorská, Kozyková, Chrastina, 2012). Náš výskum nechce tvrdiť opak, avšak musíme sa zamyslieť nad tým, aký charakter sociálnej opory bol sestrám poskytnutý a či sa premietol aj do pracovnej sféry. Na základe výsledkov sa domnievame, že sestry vo vzťahu k pracovnej záťaži túto oporu nevyužívajú, je vysoko pravdepodobné, že ju naopak využívajú v iných oblastiach osobného života.

Niektorí autori vnímajú rozdielnosť aj v poskytovateľovi sociálnej opory: na jednej strane je to rodina a priatelia, na druhej sú to kolegovia z práce a nadriadení. Ukazuje sa, že práve podpora spolupracovníkov, nadriadených a manažmentu významne znižuje mieru pracovnej záťaže a emocionálneho vyčerpania (Armstrong-Stassen, Cameron, 2003; Ghiyasvandian, Gebra, 2014).

Akú úlohu hrá sociálna opora vo vzťahu k stresu a ochoreniam sa skúma už dlhšiu dobu. Výskum Stachour (1998) uvádza, že kvalita sociálnej opory významne ovplyvňuje a dokáže predpovedať mieru chorobnosti jedinca, pričom kvantita sociálnej opory túto výpovednú hodnotu nemá. Autorka výskumu konštatuje, že miera sociálnej opory u jedincov s nízkou záťažou nemá vplyv na ich mentálne zdravie, zatiaľ čo u jedincov zažívajúcich nadmerný stres je miera sociálnej opory významná. Tí s vysokou mierou sú na tom zdravotne a psychicky lepšie ako tí, ktorých miera opory je nízka. Toto tvrdenie by sa zhodovalo s výsledkami nášho výskumu, nakoľko sme odhalili, že skúmaný súbor sestier vykazuje nízku mieru záťaže. Ako perspektívne sa nám zdá, že by sa v budúcnosti mohli realizovať výskumy, ktoré by sa bližšie zaoberali prijímateľom a poskytovateľom, charakterom a štruktúrou sociálnej opory a objasnili tak túto komplexnú problematiku.

Niektorí autori tvrdia, že stres vo svojej podstate nie je škodlivý, avšak až každého kognitívne zhodnotenie, vnímanie a interpretácie dávajú udalostiam zmysel a určujú či sú negatívne alebo pozitívne (Ghiyasvandian, Gebra, 2014). Racionálna (kognitívna) copingová stratégia môže byť pevnou základňou pri zvládaní stresu. V našom súbore sestier bola druhou najčastejšie využívanou stratégiou. Najviac zastúpené odpovede „som si vedomý svojich spôsobov správania,“ „keď čelím problému pristupujem k nemu systematicky,“ „viem si určiť priority,“ „vždy sa pozerám na dôsledky možných rozhodnutí,“ nám naznačujú, že sestry si vedia poradiť, vedia sa usmerniť. Domnievame sa, že charakter tohto povolania je taký, že nie každý ho môže vykonávať. Je možné, že toto povolanie si zvolia určité typy osobností, ktoré majú napríklad vysokú frustračnú toleranciu, vysokú resilienciu a únosnosť a ľahšie sa vyrovnávajú s ťažkými situáciami. Podľa odpovedí v dotazníkovom šetrení tomu nepriamo nasvedčuje aj to, že sestry nemajú pocit, že sú aj iné profesie, ktoré by mohli vykonávať okrem tej súčasnej.

Uvedomujeme si, že problematika zvládania záťaže je veľmi obširna a nami realizovaný výskum nepostihuje všetky oblasti, ktoré sa k nej viažu. V súčasnej dobe sa zdôrazňuje význam charakteristík osobnosti ako optimizmus, nezdolnosť v pojatí hardiness, sense of coherence, interný a externý locus of control, osobná zdatnosť (self-efficacy) a kladné sebahodnotenie (self-esteem). Na základe výsledkov nášho výskumu, v ktorom sa nepotvrdil vzťah záťaže s určitými premennými, navrhujeme presunúť pozornosť k iným premenným ako napríklad temperament, viera, výchovné štýly, zmysluplnosť práce či odlišné osobnostné rysy sestry. Ukazuje sa, že ľudia s hlbokou náboženskou (duchovnou) vierou sú v živote viac spokojní (Křivohlavý, 2009). Výskum porovnávajúci odolnosť, zmysluplnosť a životnú spokojnosť sestier pracujúcich v hospici a v liečebni dlhodobo chorých vo všetkých

kategóriách ukazoval vyššie hodnoty v prospech sestier pracujúcich v hospici. Autori sa domnievajú, že viera minimalizuje dopad záťažových situácií na psychické a fyzické zdravie sestier a zároveň dáva životu zmysluplnosť a zrozumiteľnosť (Kupka, Řehan, 2008). Pocit zmysluplnosti práce v paliatívnej starostlivosti vyzdvihuje aj Mažgútová et al (2012). Premenné ako optimizmus, self-efficacy, self-esteem vo vzťahu k záťaži sestier môžeme nájsť v prácach zahraničných autorov (Xanthopoulou et al, 2007; Garrosa et al, 2011; Schmidt, Diestel, 2012) české a slovenské prostredie by sa malo na túto oblasť ešte bližšie zamerať.

Limity výskumu

Záver z výskumného šetrenia s pomocou Meisterovho dotazníku sú limitované tým, že platnosť je obmedzená iba na sledovanú skupinu. Príčina spočíva v tom, že pracovné skupiny sa od seba líšia sociálne-psychologickými okolnosťami, do ktorých spadá motivácia, vzťahy na pracovisku, podmienky prostredia a pod. (Hladký, Židková, 1999).

ZÁVER

S určitou záťažou je spojená každá pracovná činnosť. Hans Selye, ktorý sa ako prvý zaoberal stresom do hĺbky, však povedal, že to, čo nám škodí nie je samotný stres ale naša reakcia naň. Naš postoj k záťažovým situáciám je prvoradý a ak máme dobré mentálne, sociálne a materiálne vybavenie, lepšie sa nám s ním bojuje. Diplomová práca skúmala súvislosť psychickej pracovnej záťaže sestier s ich osobnou „výbavou“ záťaž zvládať. Hlavným cieľom práce bolo zistiť, aká je miera tejto pracovnej záťaže u sestier starajúcich sa o geriatrických pacientov. Vytýčené dielčie ciele nám uľahčili hlavný cieľ naplniť a bližšie priblížiť problematiku záťaže a zvládania u geriatrických sestier. Hlavné a dielčie ciele diplomovej práce boli splnené.

V teoretickej časti práce boli objasnené pojmy týkajúce sa tematiky stresu, zvládania záťaže (coping) a geriatrickej. Vzhľadom na to, že pracovná záťaž sestier môže byť obtiažne uchopiteľná bez predchádzajúcej orientácie v problematike, do diplomovej práce boli zahrnuté aj kapitoly týkajúce sa stresu a zvládania všeobecne. Naša pozornosť sa následne presunula na záťaž v profesii sestry a potom konkrétne sestry pracujúcej v geriatrickom zariadení. Bol opísaný systém vzdelávania sestier v oblasti psychohygieny a na záver teoretickej časti práce sme zhodnotili súčasný stav skúmaného problému v Českej republike. V empirickej časti práce bolo popísané výskumné šetrenie a jeho jednotlivé kroky. Výskumu sa zúčastnilo 103 sestier, ktoré vyplňovali dva štandardizované dotazníky zamerané na zistenie miery ich psychickej pracovnej záťaže a miery ich osobných zdrojov zvládania. Výsledky a diskusia nad závermi diplomovej práce boli predstavené v predposlednej a poslednej kapitole.

Naša prvotná domnienka, že práca sestry starajúca sa o geriatrických pacientov je nadmerne zaťažujúca, sa pre tento súbor sestier nepotvrdila. Napriek tomu, že sa v súbore nachádzalo niekoľko sestier, ktoré vykazovali vysoký stupeň záťaže ohrozujúci ich zdravie, osobný stav a pracovný výkon, naše výsledky celkovo ukazujú na primerané či priaznivé vnímanie záťaže sestrami, čo považujeme za príjemné prekvapenie. Ukázalo sa, že za negatívne stránky práce sestry považujú pocit časového tlaku a úbytok síl pri dlhodobej práci ovplyvňujúci ich výkonnosť. Naopak najväčším zdrojom podpory bola sociálna opora, táto sa však môže a nemusí premietat' do pracovnej sféry.

Analýza vzťahu psychickej záťaže sestier k ich copingovým zdrojom (rekreácia, starostlivosť o seba, sociálna opora a racionálne/kognitívne zvládanie) priniesla zistenie, že z uvedených premenných iba miera rekreácie (odpočinku) má vzťah k záťaži sestier skúmaného súboru. V tomto prekvapivom zistení vidíme prínos diplomovej práce. Skúmané premenné možno nie sú tými najzásadnejšími pri zvládaní záťaže v dlhodobej a paliatívnej starostlivosti. Uvedomujeme si, že problematika copingu je veľmi obširná a nami realizovaný výskum nepostihuje všetky oblasti, ktoré sa k nej viažu. V súčasnej dobe sa zdôrazňuje význam charakteristík osobnosti ako optimizmus, nezdolnosť v pojatí hardiness, sense of coherence, interný a externý locus of control, osobná zdatnosť (self-efficacy) a kladné sebahodnotenie (self-esteem). Na základe výsledkov nášho výskumu navrhujeme presunúť pozornosť k iným premenným ako napríklad temperament sestier, ich viera, resiliencia či pocit zmysluplnosti práce a života. Týmto výskum otvára nové možnosti a myslíme si, že by záťaž sestier starajúcich sa o geriatrických pacientov mala byť aj naďalej skúmaná.

SÚHRN

Diplomová práca sa venuje problematike záťaže sestier starajúcich sa o geriatrických pacientov. Hlavným cieľom diplomovej práce bolo zistiť mieru tejto psychickej pracovnej záťaže sestier vybraných geriatrických zariadení v Olomouckom kraji. Zámerom práce bolo tiež zistiť do akej miery využívajú sestry osobné zdroje na zvládanie záťaže a aký je ich vzťah k miere pocítovanej záťaže. Zaujímalo nás, či aj pracovné determinanty ako dĺžka praxe majú vzťah k prežívanej záťaži. Diplomová práca je rozdelená na teoretickú a empirickú časť. V teoretickej časti práce sú objasnené pojmy týkajúce sa tematiky stresu a zvládania záťaže (coping), vytýčené rizikové a protektívne faktory v profesii sestry, a špecifiká záťaže u sestier pracujúcich s geriatrickými pacientmi. Ďalej je opísaný systém vzdelávania sestier v oblasti psychohygieny a v závere teoretickej časti práce bol zhodnotený súčasný stav skúmanej problematiky v Českej republike.

Výskumná časť práce opisuje priebeh, výsledky a závery z výskumného šetrenia. Výskumu sa zúčastnilo 103 sestier, ktoré obdržali 2 štandardizované dotazníky: Meisterov dotazník psychickej pracovnej záťaže a dotazník osobných zdrojov (Inventórium zamestnaneckého stresu, OSI-R). Výsledky práce ukazujú, že geriatrické sestry nepocítujú vysoký stupeň psychickej záťaže pri výkone svojho povolania, avšak veľmi negatívne vnímajú pocit časovej tiesne a úbytok síl pri dlhodobej práci, čo ovplyvňuje ich výkonnosť. Najsilnejším zdrojom podpory bola sociálna opora, táto sa však môže a nemusí premietat' do pracovnej sféry. Analýza vzťahu psychickej záťaže sestier k ich copingovým zdrojom (rekreácia, starostlivosť o seba, sociálna opora a racionálne/kognitívne zvládanie) priniesla zistenie, že z uvedených premenných iba miera rekreácie (odpočinku) má vzťah k záťaži sestier skúmaného súboru. Problematika copingu je však veľmi obširná a je potreba ju skúmat' aj z ďalších pohľadov, napríklad osobnostných charakteristík sestier. Na základe výsledkov výskumu navrhujeme presunúť pozornosť k iným premenným ako napríklad temperament sestier, ich viera, resiliencia či pocit zmysluplnosti práce a života.

SUMMARY

The objective of the diploma thesis was to explore the occupational stress of geriatrics health-care professionals in the Olomouc region, Czech republic. Further the study explores the connection between nurses' personal resources and their perceived work-related stress levels. Years in facility was also examined as a determinant in relation to the stress levels. Diploma thesis is comprised of theoretical knowledge part and empirical research. The theoretical part presents the background knowledge on stress, strain and coping, it summarizes what is known about occupational stress in the nursing profession and illustrates the specifics of the strain in the geriatrics health-care professionals. An overview of mental hygiene in the education system in Czech republic is also stated.

A cross-sectional questionnaire survey was conducted among nurses in 4 geriatric facilities in Olomouc region. The survey consisted of 2 standardized questionnaires: Meister's questionnaire of occupational mental stress and personal resources questionnaire of OSI-R (Occupational Stress Inventory – Revised). The results show that in general the geriatric care staff reports low levels of mental strain, although they negatively perceive the time pressure and the decrease in their strength after a period of time resulting in a lower performance. Social support was recognised as the strongest protective factor, however, it may or may not be projected into the working field. Surprisingly the correlation between coping resources (recreation, self-care, social support and rational/cognitive coping) and mental strain of the nursing staff was found only in the recreation domain. The subject of coping is extensive and it should be examined in different frames of reference. With referene to the results of our research we recommend to focus on other variables like nurses' temperament, religious background, resiliency or meaningfulness of work.

REFERENČNÝ ZOZNAM

1. ANDRŠOVÁ, Alena. 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. 120 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4119-2.
2. ARMSTRONG-SASSEN, Marjorie, a Sheila J. CAMERON. 2003. The influence of prior coping resources and constraints on nurses' coping responses to hospital amalgamation in Canada. *International Journal of Stress Management*. 10(2), 158-172, ISSN 1573-3424.
3. ATKINSON, Rita L. et al. 2003. *Psychologie*. 2., aktualiz. vyd., V Portálu 1. Praha: Portál. 751 s. ISBN 80-7178-640-3.
4. BAILLON, Sarah et al. 1996. Factors that contribute to stress in care staff in residential homes for the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 11, 219-226.
5. BALAŠTIKOVÁ, Veronika a Marek BLATNÝ. 2003. Determinanty výběru strategií zvládnutí. *Zprávy – Psychologický ústav Akademie věd ČR*. 9(2), ISSN 1211-8818.
6. BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. 2006. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 86 s. ISBN 80-7013-439-9.
7. BAUMGARTNER, František. 2001. Zvládanie záťaže – coping. In: SLAMĚNÍK, Ivan, a VÝROST, Jozef. *Aplikovaná sociální psychologie. II*. Vyd. 1. Praha: Portál. 260 s. Psyché. ISBN 80-247-0042-5.
8. BLAŽKOVÁ, Markéta, Anna KRÁTKÁ, a Lucie KRAMAŘÍKOVÁ. 2011. *Zátěžové faktory a prevence syndromu vyhoření u sester na odděleních intenzivní péče*. In: Sborník, Jihlavské zdravotnické dny 2011. Jihlava : Vysoká škola polytechnická Jihlava. 747 s. ISBN 978-80-87035-37-5.
9. BOHUTÍNSKÁ, Marie. 2005. Profesionální stres u sester. *Sestra*. 15(10), 16-18, ISSN 1210-0404.
10. CARTER, Patricia, Kathleen DYER, and Sabrina MIKAN. 2013. Sleep disturbance, chronic stress, and depression in hospice nurses: Testing the feasibility of an intervention. *Oncology nursing forum*. 40(5), E368-E374, ISSN 0190-535X.
11. CARVER, C.S., M.F. SCHEIER, J.K WEINTRAUB. 1989. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*. 56(2), 267-283, ISSN 1939-1315.
12. COX, Tom, Raynold RANDALL and Amanda GRIFFITHS. 2002. Health and Safety Executive. *Interventions to control stress at work in hospital staff*. Contract research report 435/2002. 160 s. ISBN 0-7176-2360-2.
13. ČESKO. Zákon č. 111 ze dne 22. dubna 1998 o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách). In *Sbírka zákonů České republiky*. 1998, částka 39, s. 5388-5419. Dostupný z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/1998/sb039-98.pdf>. ISSN 1211-1244.
14. ČESKO. Ministerstvo zdravotnictví. Vyhláška č.39 ze dne 20.ledna 2005, kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. In *Sbírka zákonů České republiky*.

- 2005, částka 8, s. 189-211. Dostupný z: <http://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=39&r=2005>
15. ČESKO. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. Vyhláška č.10 ze dne 10.ledna 2005 o vyšším odborném vzdělávání. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2005, částka 3, s. 38-43. Dostupné z <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-10-2005-sb-o-vyssim-odbornem-vzdelavani-1>
 16. ČESKO. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In *Sbírka zákonů ČR*. 2011, částka 131. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>. ISSN 1211-1244
 17. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2065 (projekce 2009)* [online]. 2009. [cit. 2014-12-20]. Dostupné z <http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/publ/4020-09->
 18. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Obyvatelstvo – roční časové řady* [online]. 2012. [cit. 2014-12-20]. Dostupné z http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/obyvatelstvo_hu
 19. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2100 (projekce 2013)* [online]. 2013. [cit. 2014-12-20]. Dostupné z http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/publ/4020-13-n_2013
 20. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Statistická ročenka České republiky 2014*. ČSÚ, 2014. 816 s. ISBN 978-80-250-2580-2.
 21. ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH, a Libuše ČELEDVÁ. 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada. 263 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
 22. ČEVELA, Rostislav et al. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. 2014. Praha: Grada. 238 s. ISBN 978-80-247-4544-2.
 23. EITH, Thilo, Harald STUMMER, and Claudia SCHUSTERSCHITZ. 2010. Career success perception and work-related behaviour of employees in geriatric care – a pilot study in a German geriatric care facility. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 25, 45-52, ISSN 1471-6712.
 24. EJAZ F.E. et al. 2008. The impact of stress and support on direct care workers' job satisfaction. *The Gerontologist*. 48 (1), 60–70. ISSN 1758-5341.
 25. EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK. 2000. *Research on Work-related Stress*. Luxembourg : Office for Official Publications of the European Communities. 167 s. ISBN 92-828-9255-7.
 26. EUROPEAN RISK OBSERVATORY. Healthy workplaces campaigns. [online]. [cit. 2015-02-25]. Dostupné na: https://www.osha.europa.eu/en/campaigns/index_html/
 27. FOLKMAN, Susan et al. 1986. Dynamics of stressful encounter: cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*. 50, 992-1003.
 28. GARROSA E. et al. 2011. Role stress and personal resources in nursing: a cross-sectional study of burnout and engagement. *International Journal of Nursing Studies*. 48(4), 479–489, ISSN 0020-7489.
 29. GAVORA, Peter et al. 2010. Elektronická učebnica pedagogického výskumu. [online]. Bratislava : Univerzita Komenského v Bratislave [cit. 2015-02-02]. Dostupné na: <http://www.e-metodologia.fedu.uniba.sk/> ISBN 978–80–223–2951–4.

30. GAVORA, P. 2008. *Úvod do pedagogického výskumu*. 4.vyd. Bratislava : Univerzita Komenského. 236 s. ISBN 978-80-223-2391-8.
31. GHIYASVANDIAN, Shahrzad and Addis Adera GEBRA. 2014. Coping work strategies and job satisfaction among Iranian nurses. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 16(6), 1-8, ISSN 2074-1812.
32. GOMES, S.F.S, M.M.M.C.C. SANTOS, and E.T.M.A CAROLINO. 2013. Psycho-social risks at work: stress and coping strategies in oncology nurses. *Latin American Journal of Nursing*. 21(6), 1282-9, ISSN 0104-1169.
33. GOUVA, Mary et al. 2009. Understanding nurses' psychosomatic complications that relate to the practice of nursing. *Nursing and Health Sciences*. 11, 154-159, ISSN 1442-2018.
34. GRUBEROVÁ, Božena. 1998. *Gerontologie*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita. 86 s. ISBN 80-7040-286-5.
35. GUČKOVÁ, Mária. 2007. Fyzická zátěž sester. *Sestra*. 17(6), 21. ISSN 1210-0404.
36. GURKOVÁ, Elena a Slávka MACEJKOVÁ. 2002. Psychická zátěž a depresívna symptomatológia u sestier. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. 3(1), ISSN 1804-2740.
37. HASSON, Henna and Judith ARNETZ. 2007. Nursing staff competence, work strain, stress and satisfaction in elderly care: a comparison of home-based care and nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*. 17(4), 468-481, ISSN 1365-2702.
38. HLADKÝ, Aleš . 1993. *Zdravotní aspekty zátěže a stresu*. 1. vyd. Praha : Karolinum. 173 s. ISBN 80-7066-784-2.
39. HLADKÝ, Aleš a Zdeňka ŽIDKOVÁ. 1999. *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže: metodická příručka*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 78 s. ISBN 80-7184-890-5.
40. HODAČOVÁ, Lenka et al. 2007. Hodnocení pracovní psychické zátěže u zaměstnanců různých profesí. *Československá psychologie*. 51(4), 335-347, ISSN 0009-062X.
41. HOLMEROVÁ, Iva, Monika VÁLKOVÁ a Marie KOJESOVÁ. 2010. *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v ČR*. Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. 83 s. ISBN 978-80-7421-021-1.
42. HOLMES T.H. A., RAHE R.H. 1967. The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of psychosomatic research*. 11, 213-218.
43. HONZÁK, Radkin. 1989. *I v nemoci si buď přítelem*. 1. vyd. Praha.
44. HOSÁKOVÁ, Jiřina. 2007. *Stres v práci sestry*. In: ARCHAULUSOVÁ, Alexandra. Cesta k profesionálnímu ošetrovatelství II. Sborník příspěvku II. Slezské vědecké konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí konané dne 10.května 2007. Slezská univerzita v Opavě. 170 s. ISBN 978-80-7248-413-3.
45. HRKAL, Jakub et al. 2011. *Analýza kapacit a sítě poskytovatelů dlouhodobé péče*. Ministerstvo práce a sociálních věcí. 118 s. ISBN neuvedené.
46. HRSTKOVÁ, Dana a Alena RIEGEROVÁ. 2004. Psychoterapeutická podpora personálu na onkologickém oddělení v Krajské nemocnici v Liberci. *Onkologická péče*. 8(3), 22-23, ISSN 1214-5602.

47. HUBAČOVÁ, Leona et al. 1999. Fyzická a neuropsychická náročnosť práce na oddelení geriatrickej a oddelení pre liečenie dlhodobo chorých pacientov. *Pracovní lékařství*. 51(3), 107-113, ISSN 1803-6597.
48. HUMAIDA, Ibrahim Abdelrahim Ibrahim. 2012. Relationship between Stress and Psychosomatic Complaints among Nurses in Tabarjal Hospital. *Open Journal of Medical Psychology*. 1(3), 15-19, ISSN 2165-9389.
49. HUMPL, Lukáš, Jiří PROKOP, a Alena TOBIÁŠOVÁ. 2013. *První psychická pomoc ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 134 s. ISBN 978-80-7013-562-4.
50. CHANG, E. M. et al. 2005. Role stress in nurses: Review of related factors and strategies for moving forward. *Nursing and Health Sciences*. 7(1), 57-65, ISSN 1442-2018.
51. CHEN, Chung-Kuang et al. 2009. A study of job stress, stress coping strategies, and job satisfaction for nurses working in middle-level hospital operating rooms. *Journal of Nursing Research*. 17(3), 199-211, ISSN 1682-3141.
52. CHU, Charlene H., Walter P. WODCHIS, and Katherine S MCGILTON. 2014. Turnover of regulated nurses in long-term care facilities. *Journal of Nursing Management*. 22, 553-562, ISSN 1365-2834.
53. JANKE, W., ERDMANNOVÁ, G. 2003. *Strategie zvládání stresu - SVF 8*. Praha: Testcentrum. ISBN 80-86471-24-1.
54. JENKINS, Richard and Peter ELLIOTT. 2004. Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings. *Journal of advanced nursing*. 48(6), 622-631, ISSN 1365-2648.
55. JEŽORSKÁ, Šárka, Jana KOZYKOVÁ, a Jan CHRASTINA. 2012. Syndrom vyhoření u všeobecných sester pracujících s onkologicky nemocnými. *Ošetrovatelstvo: teória, výskum, vzdelávanie*. 2(2), 56-62, ISSN 1338-6263.
56. JOBÁNKOVÁ, Marta a Jarmila KVAPILOVÁ. 2007. Zdroje psychosociální zátěže v sesternské profesi. *Sestra*. 17(7-8), 18-19, ISSN 1210-0404.
57. KADUČÁKOVÁ, Helena. 2011. Sestra a psychická pracovná zátěž. In: Sborník, Jihlavské zdravotnické dny 2011. Jihlava : Vysoká škola polytechnická Jihlava. 747 s. ISBN 978-80-87035-37-5.
58. KALVACH, Zdeněk et al. 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Vyd. 1. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
59. KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ. 2006. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén. 44 s. Care. ISBN 80-7262-455-5.
60. KANE, Pratibha. 2009. Stress causing psychosomatic illness among nurses. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 13(1), 28-32, ISSN 1998-3670.
61. KEBZA, Vladimír. 1997. *Zvládání stresu*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav. 30 s. Národní program zdraví 1997. Poradny zdravého životního stylu. ISBN 80-7071-042-X.
62. KENNEDY, Bernice Robert. 2005. Stress and Burnout of Nursing Staff Working With Geriatric Clients in Long-Term Care. *Journal of nursing scholarship*. 37(4), 381-382, ISSN 1547-5069.

63. KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. 2003. *Syndrom vyhoření*. 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav. 23 s. ISBN 80-7071-231-7.
64. KLIMENT, Pavel. 2014. *Zvládací (copingové) odpovědi v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 110 s. Monografie. ISBN 978-80-244-4206-8.
65. KOMAČEKOVÁ, Dagmar. 2009. Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetrovatelské péče – prevence, ochrana a podpora zdraví sestry. *Sestra*. 19(7-8), 26-28, ISSN 1210-0404.
66. KŘEPELKOVÁ, Gabriela. 2014. *Syndrom vyhoření u všeobecných sester pečujících o pacienty s Alzheimerovou demencí*. Olomouc. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta zdravotnických věd.
67. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 1994. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada. 190 s. ISBN 80-7169-121-6.
68. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2009. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál. 279 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
69. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2010. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. 1. vyd. Praha: Grada. 119 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3149-0.
70. KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ. 2004. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing. 78 s. Sestra. ISBN 80-247-0784-5.
71. KUPKA, Martin a Vladimír ŘEHAN. 2008. Salutoprotektivní činitelé u zaměstnankyň hospiců a léčeben dlouhodobě nemocných. *Československá psychologie*. 52(6), 555-566, ISSN 0009-062X.
72. LAMBERT, Vickie A. et al. 2004. Cross cultural comparison of workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and mental health among hospital nurses in Japan, Thailand, South Korea and the USA (Hawaii). *International Journal of Nursing Studies*. 41, 671-684, ISSN 0020-7489.
73. LARANJEIRA, Carlos. 2012. The effects of perceived stress and ways of coping in a sample of Portuguese health workers. *Journal of Clinical Nursing*. 12(11), 1755-1762, ISSN 1365-2702.
74. LAZARUS, Richard and Susan FOLKMAN. 1984. *Stress, appraisal and coping*. New York : Springer Publishing Company. 445 s. ISBN 0-8261-4191-9.
75. LEWIS, R. et al. 2010. Using a competency-based approach to identify the management behaviours required to manage workplace stress in nursing: a critical incident study. *International Journal of Nursing Studies*. 47 (3), 307-313, ISSN 0020 7489.
76. LI, Jie and Vickie Ann LAMBERT. 2008. Workplace stressors, coping, demographics and job satisfaction in Chinese intensive care nurses. *Nursing in Critical Care*. 13(1), 12–24, ISSN 1478-5153.
77. LIM, J., F.BOGOSSIAN and K.AHERN. 2010. Stress and coping in Australian nurses: a systematic review. *International Nursing Review*. 57, 22-31, ISSN 1466-7657.
78. LIM, J., J.HEPWORTH, and F. A. BOGOSSIAN. 2011. Qualitative analysis of stress, uplifts and coping in the personal and professional lives of Singaporean nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 67(5), 1022-1033, ISSN 1365-2648.

79. LITOMERICKÝ, Štefan. 1992. *Geriatría: Pre sestry*. Martin: Osveta. 274 s. ISBN 80-217-0499-3.
80. MACKOVÁ, Denisa. 2013. Syndrom vyhoření u sester pracujících se seniory v dlouhodobé péči. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta.
81. MARK, G. and A.P. SMITH. 2012. Occupational stress, job characteristics, coping, and the mental health of nurses. *British Journal of Health Psychology*. 17, 505-521, ISSN 2044-8287.
82. MAŠLAŇOVÁ, Iva. Pohled sester na seniory a stáří. 2012. *Geriatría a gerontologie*. 1(2), 77-80, ISSN 1803-6597.
83. MAŽGUTOVÁ, Alena et al. 2012. Psychická zátěž zdravotníků v paliativnej starostlivosti. *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. 5(3), 95-98, ISSN 1337-6896.
84. MENTAL HEALTH COMMISSION OF CANADA. 2013. *National Standard of Canada for psychological health and safety in the workplace released*. Mental Health Commission of Canada [online]. 2014 Mental Health Commission of Canada. [cit. 2014-11-10]. Dostupné z: www.bnq.qc.ca/dokuments/communiquer_presse_9700-803_2013-01-16_en.pdf
85. MEEUSEN, V. et al. 2010. Burnout, psychosomatic symptoms and job satisfaction among Dutch nurse anaesthetists: a survey. *Acta anaesthesiologica scandinavica*. 54, 616-621, ISSN 1399-6576.
86. MINIBERGEROVÁ, Lenka and Jiří DUŠEK. 2006. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 67 s. ISBN 80-7013-436-4.
87. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Sociální služby*. [online]. 2014. [cit. 2014-12-29]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/18661#sszp>
88. MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY ČR. 2008. Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání 53-41-M/01. Zdravotnický asistent [online]. Praha : Národní ústav odborného vzdělávání, 2008. 78 s. [cit. 2014-11-25] Dostupné z: <http://aplikace.msmt.cz/rvp/RVP/ML/RVP%205341M01%20Zdravotnicky%20asistent.pdf>
89. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Certifikovaný kurz*. [online]. 2014. [cit. 2014-11-15]. Publikováno: 18.03.2014. Poslední úprava: 10.12.2014. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Verejne/obsah/certifikovany-kurz_3081_3.html
90. MIŽENKOVÁ, E., M. POŽONSKÁ a M. KILÍKOVÁ. 2009. *Komplexný prístup k syndrómu vyhorenia*. In: Molisa 6: Medicínsko-ošetrovateľské listy Šariša. Prešov : Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníctva, 2009. s. 161-164. ISBN 978-80-555-0048-5.
91. MÍČEK, Libor. 1986. *Duševní hygiena*. 2. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 207 s.
92. MLČÁK, Zdeněk. *Psychologie zdraví a nemoci*. 2011. Vyd. 2. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. 107 s. Studijní texty. ISBN 978-80-7368-951-3.
93. MLÝNKOVÁ, Jana. 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
94. MOK, Annie Lai Fong et al. 2014. The effectiveness of cognitive behavioral interventions in reducing stress among nurses working in hospitals: a systematic

- review protokol. *The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. 12(7), 12-23, ISSN 2202-4433.
95. MOJOYINOLA, J.K. 2008. Effects of job stress on health, personal and work behaviour of nurses in public hospitals in Ibadan Metropolis, Nigeria. *Studies on Ethno-Medicine*. 2(2), 143-148, ISSN 0973 5070.
 96. MÜHLPACHR, Pavel. 2008. *Základy gerontologie*. Brno: MSD. 203 s. ISBN 978-80-7392-072-2.
 97. NĚMCOVÁ, Zuzana. 2010. Psychická a fyzická zátěž sester pracujících s geriatrickými klienty. Pardubice. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií.
 98. NEŠPOR, Karel. 1995. Prevence a zvládání profesionálního stresu ve zdravotnictví. *Lékařské listy*. 44(23), 14-15.
 99. NIYAMA, Etsuko. et al. 2009. A survey of nurses who experienced trauma in the workplace: influence of coping strategies on traumatic stress. *Stress and Health*. 25(1), 3–9, ISSN 1532-2998.
 100. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. 2005. *Long-term care for older people*. OECD Publishing. 140 s. ISBN 92-64-00848-9.
 101. OSIPOW, Samuel H. 2010. *Inventórium zamestnaneckého stresu (OSI-R)*. Príručka. Bratislava: Psychodiagnostika a.s., 73 s.
 102. PAULÍK, Karel. 2010. *Psychologie lidské odolnosti*. Vyd. 1. Praha: Grada. 240 s. Psyché. ISBN 978-80-247-2959-6.
 103. PAULÍK, Karel. 2012. *Psychologické aspekty zvládání zátěže muži a ženami*. Vyd. 1. V Ostravě: Ostravská univerzita. 191 s. Spis FF OU; č. 250/2012. ISBN 978-80-7368-993-3.
 104. POHLOVÁ, L., R. KOZÁKOVÁ a D. JAROŠOVÁ. 2011. Syndrom vyhoření u sester pracujících se seniory. *Praktický lékař*. 91(5), 274-277, ISSN 1803-6597.
 105. RAFNSDOTTIR, Gudbjorg Linda, Holmfridur GUNNARSDOTTIR and Kristinn TOMASSON. 2004. Work organization, well-being and health in geriatric care. *Work*. 22(1), 49-55, ISSN 1875-9270.
 106. RAI, Gauri. 2010. Burnout Among Long-Term Care Staff. *Administration in Social Work*. 34(3), 225-240, ISSN 1544-4376.
 107. REINDLOVÁ, Vladimíra a Stanislava BOGÁROVÁ. 2007. Přetížení zdravotnického pracovníka – ano, nebo ne? *Sestra*. 17(12), 22-23, ISSN 1210-0404.
 108. ROČKOVÁ, Šárka. 2014. Zvládání psychické zátěže v kontextu práce onkologických sester. Olomouc. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta zdravotnických věd.
 109. RYBÁROVÁ, Daniela a Bibiana STEJSKALOVÁ. *Syndróm vyhorenia u sestier intenzívnej starostlivosti*. [online]. MOLISA - Medicínsko ošetrovateľské listy Šariša. Recenzovaný zborník. [cit. 2015-11-03]. Dostupné z: <http://www.unipo.sk/public/media/12634/Ryb%C3%A1rov%C3%A1%20D.,%20Stejskalov%C3%A1%20B.,-Syndr%C3%B3m%20vyhorenia%20u%20sestier%20intenz%C3%ADvnej%20starostlivosti.pdf>

110. RYCHTAŘÍKOVÁ, Jitka. 2006. Zdravá délka života v současné české populaci. *Demografie*. 48, 166-178, ISSN 0011-8265.
111. SELYE, Hans. 1966. *Život a stres*. 1. vyd. Bratislava.
112. SCHMIDT, Klaus-Helmut and Stefan DIESTEL. 2012. Job demands and personal resources in their relations to indicators of job strain among nurses for older people. *Journal of Advanced Nursing*. 69(10), 2185-2195, ISSN 1365-2648.
113. SHIN, Hyojung et al. 2014. Relationships between coping strategies and burnout symptoms: a meta-analytic approach. *Professional Psychology: Research and Practice*. 45(1), 44-56, ISSN 1939-1323.
114. SLAMĚNÍK, Ivan a Jozef VÝROST. 2001. *Aplikovaná sociální psychologie. II*. Vyd. 1. Praha: Portál. 260 s. Psyché. ISBN 80-247-0042-5.
115. SCHREUDER, J. A. H. et al. 2012. Coping styles relate to health and work environment of Norwegian and Dutch hospital nurses: A comparative study. *Nursing Outlook*. 60(1), 37-43, ISSN 0029-6554.
116. STACHOUR, Valerie. 1998. *The Role of Social Support in Mediating Stress and Illness*. [online]. [cit. 2015-03-20]. Honors Project. Paper 57, 38 s. Dostupné z: http://digitalcommons.iwu.edu/psych_honproj/57/
117. STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. 2014. *Nemoci z povolání v České republice 2013*. 95 s., ISSN 1804-5960.
118. Stres ve zdravotnictví. *Systém Psychosociální Intervenční Služby*. [online]. [cit. 2014-11-20]. Dostupné z: <http://www.spiscr.info/cs/>
119. ŠKORPÍKOVÁ, Aneta. 2014. Psychická pracovní zátěž u všeobecných sester. Olomouc. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta zdravotnických věd.
120. ŠVEC, Š. a kol. 1998. *Metodológia vied o výchove*. Bratislava : IRIS, 1998. 303 s. ISBN 80-88778-15-8.
121. Theses.cz, 2015 [online]. [cit. 2015-11-02]. Dostupné z: <http://theses.cz/vyhledavani/?search=psychick%C3%A1+z%C3%A1t%C4%9B%C5%BE+sester>
122. TOPINKOVÁ, Eva. 2004. Geriatrická paliativní péče a péče o umírající. *Česká geriatrická revue*. 1, 14-21, ISSN 1214-0732.
123. TOURANGEAU A. et al. 2010. Relationships among leadership practices, work environments, staff communication and outcomes in long-term care. *Journal of Nursing Management*. 48 (8), ISSN 1060–1072.
124. UHLÍŘ, Petr, Milada BETLACHOVÁ a Zuzana KUCHAROVÁ. 2011. Bolesti dolní části zad u zdravotních sester a jejich prevence. *Medicína pro praxi*. 8(10), 438-440, ISSN 1803-5310.
125. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. 2013. *Lůžková péče 2012*. ÚZIS ČR. 142 s. ISBN 978-80-7472-037-6.
126. VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena a Radkin HONZÁK. 2008. Stres, eustres a distres. *Interní medicína pro praxi*. 10(4), 188-192. ISSN 1803-5256.
127. VÉVODA, Jiří et al. 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Grada. 159 s. ISBN 978-80-247-4732-3.
128. VLKOVÁ, Jitka. 2007. Psychické a fyzické zátěže sester pracujících s geriatrickými pacienty. Brno. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta.

129. WESTERMANN, Claudia et al. 2014. Burnout intervention studies for inpatient elderly care nursing staff: Systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies*. 51, 63-71, ISSN 0020 7489.
130. WIJA, Petr. 2013. Jaká je kapacita a struktura dlouhodobé péče v České republice? *Geriatric a gerontologie*. 2(3), 122-127, ISSN 1805-4684.
131. WU, Si-Ying et al. 2012. The mediating and moderating role of personal strain and coping resource in the relationship between work stressor and quality of life among Chinese nurses. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. 85, 35-43, ISSN 1432-1246.
132. WU, Hui et al. 2010. Occupational stress among hospital nurses: cross-sectional survey. *Journal of Advanced Nursing*. 66(3), 627–634, ISSN 1365-2648.
133. WRIGHT, K. 2014. Alleviating stress in the workplace: advice for nurses. *Nursing standard/ RCN Publishing*. 28(20), 37-42, ISSN 0029-6570.
134. XANTHOPOULOU, Despoina et al. 2007. The Role of Personal Resources in the Job Demands-Resources Model. *International Journal of Stress Management*. 14(2), 121-141, ISSN 1072-5245.
135. ZÁLEŠÁKOVÁ, J. a R. BUŽGOVÁ. 2011. Psychická zátěž sester pečujících o onkologicky nemocné. *Pracovní lékařství*. 63(3-4), 113-118. ISSN 0032-6291.
136. ZHANG, Xing et al. 2011. Occupational stress and psychosomatic complaints among health professionals in Beijing, China. *Work*. 40, 239-245, ISSN 1875-9270.
137. ZWIJSEN et al. 2014. Nurses in distress? An explorative study into the relation between distress and individual neuropsychiatric symptoms of people with dementia in nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 29, 384-391, ISSN 1099-1166.
138. ŽIDKOVÁ, Zdeňka. 2002. Využití dotazníků k hodnocení psychické zátěže při práci. KHS Brno. *České pracovní lékařství*. 3(2), 69-73, ISSN 1213-9432.

ZOZNAM SKRATIEK

ČSÚ – Český statistický úřad

HSE – *Health and Safety Executive*

FNOL – Fakultní nemocnice Olomouc

K – kritická hodnota

LDN – léčebna dlhodobě chorých

LDCH – léčebna dlouhodobě nemocných

OECD – *Organisation for Economic Co-operation and Development*

OLÚ Paseka – Odborný léčebný ústav Paseka

OLÚNG Moravský Beroun – Odborný léčebný ústav neurologicko-geriatrický Moravský Beroun

ORQ – *Occupational Roles Questionnaire*

OSI-R – Inventórium zamestnaneckého stresu (*Occupational Stress Inventory – Revised*)

OSN – Organizácia spojených národov

NCO NZO – Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů

MHCC – *Mental Health Commission in Canada*

MŠMT ČR – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky

MPSV ČR – Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky

PSQ – *Personal Strain Questionnaire*

PRQ – dotazník osobných zdrojov (*Personal Resources Questionnaire*)

RVP – Rámcový vzdelávací program

s.d./SD – smerodajná odchýlka

SPIS – Systém psychosociální intervenční služby

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky

WHO – *World health organization*

x – aritmetický priemer

ZOZNAM OBRÁZKOV, TABULIEK A GRAFOV

Zoznam obrázkov

Obr. č. 1: Transakčný model psychologického stresu podľa R.S.Lazarusa (1980) (cit. podľa Janke, Erdmann, 2003)

Obr. č. 2: Tri vzájomne sa ovplyvňujúce prvky stresu. Prevzaté z K.Wright (*Alleviating stress in the workplace: advice for nurses, s. 39*), upravené

Obr. č. 3: Veková štruktúra obyvateľstva ČR v rokoch 2009 a 2066 (ČSÚ, 2009, stredná varianta)

Zoznam tabuliek

Tab. č. 1: Prehľad najčastejších príznakov stresu (Křivohlavý, 1994, s.30)

Tab. č. 2: Faktory pracovnej záťaže, populačná norma platná pre ženy (n = 867)

Tab. č. 3: Interpretácia jednotlivých stupňov záťaže (Hladký, Židková, 1999, s. 42)

Tab. č. 4: Zaradenie jednotlivca podľa hrubého skóre: ženy (n = 867)

Tab. č. 5: Vekové rozloženie respondentov v hodnotách absolútnej a relatívnej početnosti

Tab. č. 6: Dĺžka praxe sestier s geriatrickými pacientmi v hodnotách absolútnej a relatívnej početnosti

Tab. č. 7: Vyhodnotenie faktorov Meisterovho dotazníku pre celý súbor sestier (n = 103)

Tab. č. 8: Prehľad hodnôt faktorov a hrubého skóre v jednotlivých zdravotníckych zariadeniach, v poslednom riadku pre porovnanie uvedené populačná norma

Tab. č. 9: Prítomnosť jednotlivých stupňov záťaže u respondentov podľa Meisterovho dotazníku

Tab. č. 10: Prítomnosť stupňov záťaže v jednotlivých faktoroch v celom súbore

Tab. č. 11: Prítomnosť stupňov záťaže v jednotlivých faktoroch zvlášť pre každé zdrav. zariadenie

Tab. č. 12: Hodnotenie psychickej pracovnej záťaže podľa jednotlivých položiek Meisterovho dotazníku

Tab. č. 13: Hodnoty mediánov faktorov I, II, III z dotazníkového šetrenia a výpočet celkovej záťaže celého súboru

Tab. č. 14: Vyhodnotenie záťažovej tendencie z Meisterom určených hodnôt mediánu

Tab. č. 15: Prežívanie záťaže jednotlivcov podľa hrubého skóre

Tab. č. 16: Porovnanie celkového skóre jednotlivých osobných zdrojov u respondentov (n=103)

Tab. č. 17: Hodnoty korelačného koeficientu pre oblasť rekreácie

Tab. č. 18: Hodnoty korelačného koeficientu pre oblasť starostlivosti o seba

Tab. č. 19: Hodnoty korelačného koeficientu pre oblasť sociálnej opory

Tab. č. 20: Hodnoty korelačného koeficientu pre oblasť kognitívneho zvládania

Tab. č. 21: Vzťah dĺžky praxe sestier k miere záťaže vyjadrenej hrubým skóre a jednotlivými faktormi (I, II, III) Meisterovho dotazníku

Tab. č. 22: Porovnanie priemerných hodnôt bodového skóre jednotlivých osobných zdrojov u skúmaného súboru sestier s populačnou normou

Tab. č. 23: Porovnanie priemerných hodnôt a SD hrubého skóre a skóre jednotlivých faktorov Meisterovho dotazníku u skúmaného súboru sestier s populačnou normou

Tab. č. 24: Porovnanie súboru sestier starajúcich sa o geriatrických pacientov so súborom sestier štátnej nemocnice (normy Židková, 2002)

Zoznam grafov

Graf č. 1: Priemerné celkové skóre jednotlivých osobných zdrojov

Graf č. 2: Bodový graf závislosti medzi hrubým skóre Meisterovho dotazníku a mierou rekreácie

Graf č. 3: Bodový graf závislosti medzi hrubým skóre Meisterovho dotazníku a mierou starostlivosti o seba

Graf č. 4: Bodový graf závislosti medzi hrubým skóre Meisterovho dotazníku a mierou sociálnej opory

Graf č. 5: Bodový graf závislosti medzi hrubým skóre Meisterovho dotazníku a mierou kognitívneho zvládania

Graf č. 6: Krabicový graf distribúcie hodnôt hrubého skóre Meisterovho dotazníku podľa dĺžky praxe

Graf č. 7: Stĺpcový graf priemerných hodnôt a SD v jednotlivých skóre škály PRQ dotazníku OSI-R pre geriatrické sestry (n=103) a populačnú normu

Graf č. 8: Stĺpcový graf priemerných hodnôt a SD psychickej pracovnej záťaže pre geriatrické sestry (n=103) a populačnú normu

ZOZNAM PRÍLOH

Príloha č. 1: Inventár životných udalostí (Holmes, Rahe, 1967, upravené podľa Honzáka, 1989)

Príloha č. 2: Ochorenia súvisiace s prácou

Príloha č. 3: Demografický vývoj ako faktor rastu dopytu po dlhodobej starostlivosti

Príloha č. 4: Dotazník distribuovaný medzi zdravotnícke zariadenia

PRÍLOHY

Príloha č. 1: Inventár životných udalostí (Holmes, Rahe, 1967, upravené podľa Honzáka, 1989)

Životná udalosť	Body	Životná udalosť	Body
Úmrtie partnera	100	Zmena zodpovednosti v zamestnaní	29
Rozvod	73	Syn alebo dcéra opúšťa domov	29
Rozvrat manželstva (dočasný rozchod)	65	Konflikty so svokrovcami, zaťom alebo nevestou	29
Uveznenie	63	Zmena práce manželky	26
Úmrtie blízkeho člena rodiny	63	Vstup do školy či jej ukončenie	26
Úraz alebo vážne zranenie	53	Zmena životných podmienok	25
Svatba	50	Zmena vlastných zvyklostí	24
Strata zamestnania	47	Problémy a konflikty so šéfom	23
Uzmierenie a zmena v manželstve	45	Zmena pracovnej doby či podmienok	20
Odchod do dôchodku	45	Zmena bydliska	20
Zmena zdravotného stavu člena rodiny	44	Zmena školy	20
Tehotenstvo	40	Zmena rekreačných aktivít	19
Sexuálne problémy	39	Zmena cirkvi	19
Prírastok nového člena do rodiny	39	Zmena sociálnych aktivít	18
Zmena zamestnania	39	Pôžička menšia ako 50 000kč	17
Zmena finančného stavu	38	Zmena spánkových zvyklostí	16
Úmrtie blízkeho priateľa	37	Zmena v širšej rodine (úmrtie, svatba)	15
Preradenie do inej práce	36	Zmena stravovacích zvyklostí	15
Závažné nezhody s partnerom	35	Dovolenka	13
Pôžička vyššia ako 50 000kč	31	Vianoce	12
Termín splatnosti pôžičky	30	Priestupok (napr. dopravný) a pokuta	11

Príloha č. 2: Ochorenia súvisiace s prácou

Ochorenia súvisiace s prácou ako ich definuje Vévoda et al (2013) sú také ochorenia, ktorých výskyt je síce v populácii bežný, no niektoré určité povolania vykazujú zvýšený výskyt než je populačný priemer. „Nemoci z povolání“ (NZZ) je v podstate pojem právny a nie lekársky. Nariadenie vlády č.114/2011 Sb. ich stanovuje ako „ochorenia vznikajúce nepriaznivým pôsobením chemických, fyzikálnych, biologických alebo iných škodlivých vplyvov pokiaľ vznikli za podmienok uvedených v Seznamu nemocí z povolání, ktorý tvorí prílohu tohto nariadenia.“

Státní zdravotní ústav (SZÚ) uvádza, že v predchádzajúcom roku, 2013, bolo v ČR hlásených 983 chorôb z povolania, pričom najväčší počet zastúpených chorôb bolo v odvetví ekonomickej činnosti „ťažba a dobývaní“ (167) a hneď na druhom mieste bolo odvetvie „zdravotní a sociální starostlivosti“ so 114 prípadmi. V tomto zdravotníckom odvetví najviac prevažuje hlásenie prenosných a parazitárnych ochorení (94 prípadov).

Na nasledujúcich riadkoch uvádzame najčastejšie sa vyskytujúce ochorenia u zdravotníkov spracovaných na základe údajov SZÚ:

Prenosné a parazitárne ochorenia. Viac než polovicu hlásených chorôb tvorí *svrab (scabies)*, ktorý sa vyskytuje zvlášť u tých sestier pracujúcich na geriatrických oddeleniach, v liečebniach dlhodobo chorých či psychiatrických oddeleniach. Na parazita pravdepodobne nemyslia pri manipulácii s bielizňou či pri kontakte s istými skupinami pacientov. Ďalšie miesto zaujímajú *vírusové hepatitídy*. Aj napriek povinnému očkovaniu proti hepatitíde typu B sa u zdravotníkov toto ochorenie vyskytuje. Závažnejšia je však hepatitída typu C, proti ktorej v súčasnej dobe očkovacia látka neexistuje a choroba so sebou prináša mnohé komplikácie. U rizikových skupín by bolo vhodné pravidelne vyšetrovať v krvi protilátky anti-HCV. Infekčné ochorenia, ktoré sa miestami vyskytujú sú: *tuberkulóza, ovčie kiahne (varicella), ruža (eryzipel), pásový opar, dávivý kašeľ, črevné infekcie, bakteriálne zápaly pľúc a vírusové respiračné infekcie.*

Ochorenia spôsobené fyzikálnymi faktormi. Tu sa najčastejšie uvádzajú dve kategórie, a to *ochorenia šliach, šľachových pošiev alebo úponov svalov či kĺbových končatín z DNJZ* (dlhodobé nadmerné jednostranné zaťaženie), a *ochorenia periférnych nervov končatín charakteru úžinového syndrómu z DNJZ*. Hlavným zástupcom úžinových syndrómov je *syndróm karpálneho tunela*. Uhlíř, Betlachová a Kuchařová (2011) zmienujú, že práca sestry obnáša veľkú záťaž na pohybový aparát, hlavne dolnú časť chrbtice. Popisujú ako opakované výdrže v predklonových pozíciách a iné faktory prinášajú svalovú dysbalanciu a preťažovanie medzistavcových platničiek. Vo svojom článku zdôrazňujú prevenciu

a uvádzajú metódy ako si môžu zdravotníci pomôcť (dychové a relaxačné cvičenia, kompenzačné a automobilizačné cvičenie, dynamická neuromuskulárna stabilizácia, S-E-T koncept, Pilates).

Kožné ochorenia. Najčastejší je výskyt *alergických kontaktných dermatitíd* či *iritačných dermatitíd*. Vyvolávajúcimi noxami bývajú dezinfekčné prostriedky, antibiotiká, nikel obsiahnutý v nástrojoch, lokálne liečivá, zásypy, latex či iné materiály z gumy. Tu môžu byť príčinou nielen rukavice ale aj močové katétre.

Ochorenia týkajúce sa dýchacích ciest. Táto kategória sa vyskytuje v správach SZÚ sporadicky. Ak je zaznamenaná, týka sa to predovšetkým ochorenia *astma bronchiale* a iných alergických ochorení dýchacích ciest, ako napríklad *alergická nádcha*. Vyvolávajúcim činiteľom je opäť latex (Vévoda et al, 2013).

Príloha č. 3: Demografický vývoj ako faktor rastu dopytu po dlhodobej starostlivosti

Demografia je nedielnou súčasťou gerontológie. Zaoberá sa reprodukciou ľudskej populácie, podmienkami, ktoré ju ovplyvňujú a faktormi, ktoré riadia proces demografickej reprodukcie (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012).

Predovšetkým vo vyspelých krajinách sa v súčasnosti stretávame s relatívne novou zdravotníckou prioritou, starnutím populácie (Kalvach a Onderková, 2006). Populačný rast je globálny problém, zo súčasných 5,7 miliárd obyvateľov našej planéty je prognózovaný pre rok 2025 rast na viac ako 8 miliárd. Populácia rozvojových krajín prudko porastie, zatiaľ čo v hospodársky vyspelých krajinách bude stagnovať, avšak tam bude nastávať iný fenomén: obrovský nárast seniorskej populácie (Mühlpachr, 2008).

Očakávaná doba dožitia (*life expectancy*), tiež nádej dožitia alebo stredná dĺžka života je demografický ukazovateľ konštruovaný z tabuliek úmrtnosti. Udáva akého veku sa pravdepodobne dožije človek, pokiaľ sa významne nezmenia pomery úmrtnosti (vojny, epidémie, hlboké ekonomické krízy a pod.). Táto doba dožitia je najčastejšie stanovovaná pri narodení a pri dosiahnutí veku 65 rokov (Gruberová, 1998). Stredná dĺžka života sa u mužov a žien líši, ženy sa dožívajú skoro o 6 rokov viac. Z posledných údajov platí: 81,1 rokov pre ženy a 75,2 rokov pre mužov (ČSÚ, 2014).

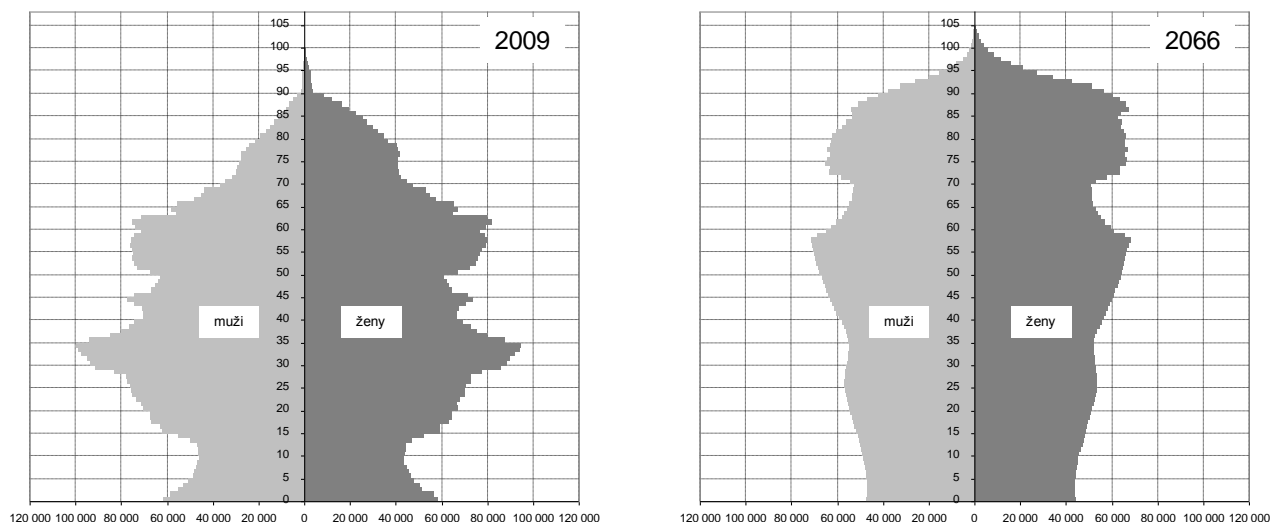
Starnutie populácie je zapríčinené na jednej strane úbytkom mladej populácie a poklesom pôrodnosti a na strane druhej zostarnutím silných ročníkov (tzv. „povojných detí“) a znižovaním miery úmrtnosti vo vyššom veku, teda predĺžením strednej dĺžky života (Čevela et al, 2014). Dokazujú to štatistiky Českého statistického ústavu, ktoré ukazujú, že v období 1990-2010 vzrástla stredná dĺžka života pri narodení u žien o 5 rokov a u mužov skoro o 7 rokov (ČSÚ, 2012).

V súvislosti so znižovaním miery úmrtnosti vo vyššom veku so sebou prináša aj otázku, či predlžovanie veku nie sú len roky navyše strávené v chorobnosti, teda aká je skutočná kvalita života. Bol vyvinutý nový ukazovateľ zdravotného obmedzenia – *disabilita*, ktorý je indikátorom závažnosti ochorenia a kvality života. Rychtaříková (2006) ho nazýva aj *zdravá dĺžka života*, vyjadrená počtom rokov bez zdravotného obmedzenia zostávajúcich k dožitiu. Podľa jej výskumu českej populácie sa napríklad zistilo, že muži majú síce kratší život, ale ženy roky navyše prežívajú v chorobe a obmedzením každodenných aktivít. Tieto údaje potvrdzujú aj výsledky ďalších európskych krajín, ktoré ukazujú, že napriek tomu, že stredná dĺžka života pozvoľna stúpa, podobnú vzostupnú tendenciu dĺžka života prežitá v zdraví zväčša nevykazuje (Eurostat, 2012, cit. podľa Čevela et al, 2014).

Projekcia populačného vývoja ČR predpokladá, že do roku 2050 sa celkový počet obyvateľov mierne zníži, pričom počet detí do 15 rokov klesne o jednu štvrtinu. Naopak staršia populácia nad 65 rokov svoje počty zdvojnásobí a bude tak tvoriť 30% celkovej populácie. Najvýraznejší prírastok bude tvoriť skupina obyvateľstva staršia ako 80 rokov, ktorá sa zväčší trojnásobne. Pri týchto výpočtoch sa ukazuje, že sa zvýši potreba zdravotníckej starostlivosti, nakoľko pribudnú typické prípady chorôb pokročilého veku, vrátane demencie, imobility a celkovej disability (ČSÚ, 2009). Môžeme očakávať prírastok nielen zdravotníkov do tejto oblasti, ale celkovo účinnejšie geriatricky modifikované služby.

Prehĺbenie týchto výsledkov prináša projekcia do roku 2100. Udáva, že podiel osôb v produktívnom veku (t.j. 15-64 rokov) klesne zo súčasných 70% na takmer polovicu, 55%. Progresívne starnutie populácie sa prejaví aj v počte seniorskej populácie, dnes tvorí jednu šestinú obyvateľstva, na konci storočia by to mala byť až jedna tretina (ČSÚ, 2013).

Obr. č. 3: Veková štruktúra obyvateľstva ČR, 2009 a 2066 (ČSÚ, 2009, stredná varianta)



Príloha č. 4: Dotazník distribuovaný medzi zdravotnícke zariadenia

Milé kolegyně/ Milí kolegovia,

Som študentkou Pedagogickej fakulty Univerzity Palackého v Olomouci na *Katedre antropologie a zdravovědy*.

Touto cestou by som sa na Vás chcela obrátiť so žiadosťou o vyplnenie tohto dotazníku, ktorý je podkladom pre spracovanie mojej diplomovej práce na téma „*Psychická zátáž a jej zvládanie u zdravotníkov geriatrických zariadení*.“

Dotazník je určený všeobecne sestrám a jeho vyplnenie je dobrovoľné a úplne anonymné. Cieľom dotazníkového šetrenia je zistiť mieru psychickej zátáže zdravotníckeho personálu starajúceho sa o geriatrických pacientov. V závere dotazníka prosím nezabudnite vyplniť údaje o sebe („informační údaje“).

Vopred Vám srdečne ďakujem za Vašu ochotu a čas.

Bc. Petra Šeríková

I. část: Meisterův dotazník hodnocení psychické pracovní zátěže

Zařízení, ve kterém v současné době pracujete:						
POKYNŮ: Při každé otázce, prosím, vyznačte odpověď, která <i>nejvíc vystihuje Vaše pocity při práci</i> dle níže uvedeného klíče:						
5 – ano, plně souhlasím 4 – spíše souhlasím 3 – nevím, někdy ano, někdy ne 2 – spíše nesouhlasím 1 – ne, vůbec nesouhlasím						
					Ne.....Ano	
1.	Při práci mívám často pocit časového tlaku.	1	2	3	4	5
2.	Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad/a.	1	2	3	4	5
3.	Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost, spojenou se závažnými důsledky.	1	2	3	4	5
4.	Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující.	1	2	3	4	5
5.	V práci mám časté konflikty a problémy, od nichž se nemohu odpoutat ani po skončení pracovní doby.	1	2	3	4	5
6.	Při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje.	1	2	3	4	5
7.	Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost.	1	2	3	4	5
8.	Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného.	1	2	3	4	5
9.	Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost.	1	2	3	4	5
10.	Práce je psychicky tak náročná, že je velmi obtížné dělat ji po léta se stejnou výkonností.	1	2	3	4	5

II. část: Inventorium zaměstnaneckého stresu (OSI-R)

POKYNY: Každý výrok si důkladně přečtěte. Následně pro každý výrok zakroužkujte číslo, které *nejlépe vystihuje vaše pocity* podle níže uvedeného klíče:

1 – zřídka nebo nikdy

2 – příležitostně

3 – často

4 – obvykle

5 – většinou

1.	Když potřebuji dovolenou, vezmu si ji.	1	2	3	4	5
2.	Ve svém volném čase mohu dělat to, co sám/a chci.	1	2	3	4	5
3.	Přes víkendy dělám věci, které mě velmi baví.	1	2	3	4	5
4.	Téměř vůbec nesleduji televizi.	1	2	3	4	5
5.	Mnoho z mého volného času věnuji návštěvě různých akcí (např. divadlo, kino, koncerty, sportovní akce atd.)	1	2	3	4	5
6.	Mnoho mého volného času trávím skupinovými aktivitami (např. sport, hudba, malování, práce se dřevem, šití atd.)	1	2	3	4	5
7.	Na věci, které mě baví, si čas najdu.	1	2	3	4	5
8.	Když relaxuji, často myslím na práci.	1	2	3	4	5
9.	Trávím dostatek času oddychovými činnostmi, když to potřebuji.	1	2	3	4	5
10.	Svým zálibám věnuji mnoho mého volného času.	1	2	3	4	5
11.	Dbám na dietní stravování (pravidelné střídání stravování, s ohledem na dostatečný přísun živin).	1	2	3	4	5
12.	Na preventivní lékařské prohlídky chodím pravidelně.	1	2	3	4	5
13.	Vyhýbám se nadměrnému užívání alkoholu.	1	2	3	4	5
14.	Pravidelně cvičím (aspoň 20 minut, 3-krát do týdne).	1	2	3	4	5
15.	Provádím relaxační techniky.	1	2	3	4	5
16.	Dopřeji si tolik spánku, kolik potřebuji.	1	2	3	4	5
17.	Vyhýbám se konzumaci nezdravých jídel a nápojů (např.: káva, cigarety atd.)	1	2	3	4	5
18.	Medituji.	1	2	3	4	5
19.	Několikrát denně provádím krátké cvičení na hluboké dýchání.	1	2	3	4	5
20.	Pravidelně si čistím zuby zubní nití.	1	2	3	4	5
21.	Aspoň jedna z osob, která je pro mě důležitá, mě oceňuje.	1	2	3	4	5
22.	Pomáhám s pracemi kolem domu.	1	2	3	4	5
23.	Pomáhám s důležitými věcmi, které se musí udělat.	1	2	3	4	5
24.	Mám alespoň jednu chápavou osobu, se kterou mohu mluvit o svých starostech.	1	2	3	4	5
25.	Mám alespoň jednu chápavou osobu, se kterou mohu mluvit o svých problémech v práci.	1	2	3	4	5
26.	Cítím, že mám aspoň jednoho přítele/přítelkyni, se kterým/kterou mohu počítat.	1	2	3	4	5

27.	Cítím se milovaný/á.	1	2	3	4	5
28.	Mám osobu, která je mi skutečně velmi blízká.	1	2	3	4	5
29.	Mám skupinu přátel, kteří mně oceňují.	1	2	3	4	5
30.	Když potřebuji pomoc v práci, vím na koho se obrátit.	1	2	3	4	5
31.	Když jdu domů, jsem schopný(á) pustit práci z hlavy.	1	2	3	4	5
32.	Cítím, že jsou i jiné zaměstnání, které jsem schopný(á) dělat, kromě mého současného.	1	2	3	4	5
33.	Pravidelně kontroluji a reorganizuji svůj styl práce a svůj rozvrh.	1	2	3	4	5
34.	Dokáži si určit priority při nakládání s časem.	1	2	3	4	5
35.	Dokáži postupovat přesně podle stanovených priorit.	1	2	3	4	5
36.	Mám jisté techniky, jak se vyhnout zmatku.	1	2	3	4	5
37.	Umím identifikovat důležité prvky problémů, se kterými se střetnu.	1	2	3	4	5
38.	Když čelím problému, přistupuji k němu systematicky.	1	2	3	4	5
39.	Když se mám o něčem rozhodnout, dívám se vždy na důsledky možných rozhodnutí.	1	2	3	4	5
40.	Snažím se být si vědom(á) svých způsobů chování a věcí, které dělám.	1	2	3	4	5

Informační údaje
(prosím zakroužkujte)

Pohlaví:

- a) Žena
- b) Muž

Věk:

- a) Do 30 let
- b) Od 31 – 40 let
- c) Od 41 – 50 let
- d) Nad 51 let

Délka praxe s geriatrickými pacienty:

- a) 2 – 5 let
- b) 6 – 10 let
- c) 11 – 20 let
- d) 21 – 30 let
- e) 31 let a více

Nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) Střední zdravotnická škola
- b) Vyšší odborná škola
- c) Vysokoškolské – bakalářské studium
- d) Vysokoškolské – magisterské studium
- e) Jiné:

ANOTÁCIA

Meno a priezvisko:	Bc. Petra Šeríková
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotvedy
Vedúci práce:	MUDr. Kateřina Kikalová Ph.D.
Rok obhajoby:	2015

Názov práce:	Psychická zátěž a jej zvládnutie u zdravotníkov geriatrických zariadení
Názov práce v AJ:	Mental Strain and Coping Resources of Geriatrics Healthcare Professionals
Anotácia práce:	<p>Hlavným cieľom diplomovej práce bolo zistiť mieru psychickej pracovnej záťaže sestier vybraných geriatrických zariadení v Olomouckom kraji. Zámerom práce bolo tiež zistiť do akej miery využívajú sestry osobné zdroje na zvládanie záťaže a aký je ich vzťah k miere pociťovanej záťaže. Diplomová práca je rozdelená na teoretickú a empirickú časť. Výskumu sa zúčastnilo 103 sestier, ktoré obdržali 2 štandardizované dotazníky: Meisterov dotazník psychickej pracovnej záťaže a dotazník osobných zdrojov (OSI-R). Výsledky práce ukazujú, že geriatrické sestry nepociťujú vysoký stupeň psychickej záťaže pri výkone svojho povolania, avšak veľmi negatívne vnímajú pocit časovej tiesne a úbytok síl pri dlhodobej práci. Analýza vzťahu psychickej záťaže sestier k ich copingovým zdrojom (rekreácia, starostlivosť o seba, sociálna opora a kognitívne zvládanie) priniesla zistenie, že z uvedených premenných iba miera rekreácie má vzťah k záťaži sestier skúmaného súboru. Problematika copingu je však veľmi obširná a je potreba ju skúmať aj z ďalších pohľadov. Na základe výsledkov výskumu navrhujeme presunúť pozornosť k iným premenným ako napríklad temperament sestier, ich viera, resiliencia či pocit zmysluplnosti práce.</p>
Kľúčové slová:	Stres, záťaž, pracovná záťaž, sestra, geriatria, dlhodobá starostlivosť, zvládanie záťaže (coping), copingové stratégie, zdroje zvládania záťaže
Anotácia práce v AJ:	The objective of the diploma thesis was to explore the occupational stress of geriatrics health-care professionals in the Olomouc region, Czech republic. Further the study explores the connection between nurses' personal resources and their perceived work-related stress levels. Diploma thesis is comprised of theoretical knowledge part and empirical

	<p>research. A cross-sectional questionnaire survey was conducted among nurses in 4 geriatric facilities in Olomouc region. The survey consisted of 2 standardized questionnaires: Meister's questionnaire of occupational mental stress and personal resources questionnaire of OSI-R. The results show that in general the geriatric care staff reports low levels of mental strain, although they negatively perceive the time pressure and the decrease in their strength after a period of time resulting in a lower performance. Surprisingly the correlation between coping resources (recreation, self-care, social support and cognitive coping) and mental strain of the nursing staff was found only in the recreation domain. The subject of coping is extensive and it should be examined in different frames of reference. With referene to the results of our research we recommend to focus on other variables like nurses' temperament, religious background, resiliency or meaningfulness of work.</p>
Kľúčové slová v angličtine:	Stress, strain, occupational stress, nurse, geriatrics, long-term care, coping, coping strategies, coping resources
Prílohy viazané v práci:	<p>Príloha č. 1: Inventár životných udalostí (Holmes, Rahe, 1967)</p> <p>Príloha č. 2: Ochorenia súvisiace s prácou</p> <p>Príloha č. 3: Demografický vývoj ako faktor rastu dopytu po dlhodobej starostlivosti</p> <p>Príloha č. 4: Dotazník distribuovaný medzi zdravotnícke zariadenia</p>
Rozsah práce:	92
Jazyk práce:	Slovenský jazyk