

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Psychosociální zátěž v práci sester a sociálních pracovníků

Kvantitativní šetření

Diplomová práce

Vedoucí práce:

doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc.

Autor:

Bc. Lenka Nováková

23. 5. 2011

ABSTRACT

My thesis deals with psychosocial work-based burden in nurses and social workers. Psychosocial work-based burden is currently a topical issue and therefore it is important to be dealt with in order to prevent or minimize and resolve problems associated with this issue. This burden indicates the connection between mental and neural processes, emphasizing the social nature of the psyche. The sources of the psychosocial burden arise from the social environment. This is the trouble resulting from difficult social relationships or situations, which may lead to the mental balance disturbance that demonstrate itself as a change in experiencing, thinking and behavior.

The thesis is divided into two parts, the theoretical, which incorporates the definition of basic terms, the definition of helping professions and occupational stress and burden, the characteristics of nurses and social workers professions, these jobs descriptions and prerequisites to be professional nurses and social workers. It refers to the burnout syndrome and its prevention.

The second part contains the empirical research, where I selected a set of respondents wanting to find out to what extent the psychosocial burden affects the performance of professional nurses and social workers, which of these two groups perceives the stress more intensively, and which group is more endangered by the burnout syndrome.

The research was conducted on the basis of a quantitative survey. Information was collected through interviews, namely by the questionnaire technique of data collection. The research sample of respondents was divided into two professional groups, i.e., nurses and social workers. The questionnaire survey was completely anonymous and was composed mostly of closed questions. Respondents chose only one of the offered options which corresponded most to their own feelings.

The answers were classified on a five-point scale basis. The questionnaire was validated and I got it from my supervisor.

In the practical part the objective and hypotheses were stated. The respondents' answers were processed and analyzed by using the statistical program SPSS. The objective of this thesis is to refer to the impact of psychosocial burden on the job performance of nurses and social workers. To what extent and how it affects the individual personality doing this job. The aim was to highlight burdensomeness but also usefulness of these professions.

This thesis is addressed to all workers in helping professions, particularly to health and social workers, but it is also intended to inform the general public. It may also be an incentive for managers to pay adequate attention to the issue of psychosocial burden of workers in helping professions. The results of my work should also be a stimulus for further research in this field.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji diplomovou práci na téma „Psychosociální zátěž v práci sester a sociálních pracovníků“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b) zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě, elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Dále také souhlasím s tím, aby stejnou elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 23.5.2011

.....

Lenka Nováková

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucímu práce doc. MUDr. Jiřímu Šimkovi, CSc. za odborné vedení mé diplomové práce, za jeho cenné rady, trpělivost a čas, který mi věnoval. Dále děkuji zdravotním sestřám a sociálním pracovníkům Královéhradeckého kraje za jejich ochotu a spolupráci při vyplňování dotazníků.

Zvláštní poděkování bych také chtěla věnovat svým rodičům a blízkým za bezmeznou podporu v průběhu celého mého studia.

OBSAH:

| | |
|--|-----------|
| ÚVOD | 9 |
| 1. SOUČASNÝ STAV | 10 |
| 1.1 Pomáhající povolání..... | 10 |
| 1.1.1 Profesionální dispozice pomáhajících povolání | 12 |
| 1.1.2 Etika pomáhajících profesí..... | 14 |
| 1.1.2.1 Etické kodexy..... | 15 |
| 1.1.3 Zvláštní nároky pomáhajících povolání..... | 16 |
| 1.1.4 Paradoxy profesionálního pomáhání..... | 18 |
| 1.1.5 Moc a pomoc..... | 19 |
| 1.2 Kontakt s klientem..... | 20 |
| 1.2.1 Hranice mezi pracovníkem a klientem | 22 |
| 1.2.1.1 Hranice při pomáhání..... | 22 |
| 1.3 Profese zdravotní sestry..... | 23 |
| 1.3.1 Role sestry..... | 26 |
| 1.3.2 Odborná způsobilost pro výkon povolání zdravotní sestry..... | 27 |
| 1.3.4 Etický kodex zdravotních sester..... | 28 |
| 1.3.5 Duševní hygiena zdravotní sestry..... | 29 |
| 1.4 Sociální práce..... | 30 |
| 1.4.1 Předpoklady a hodnoty profesionální sociální práce..... | 33 |
| 1.4.2 Sociální pracovník..... | 34 |
| 1.4.2.1 Role sociálního pracovníka..... | 36 |
| 1.4.2.2 Typologie sociálního pracovníka..... | 37 |
| 1.4.3 Etický kodex sociálních pracovníků..... | 39 |
| 1.5 Náročné a zátěžové situace..... | 40 |
| 1.5.1 Náročné životní situace..... | 41 |
| 1.5.1.1 Problémové situace..... | 42 |
| 1.5.1.2 Frustrační situace..... | 43 |
| 1.5.1.3 Stresující situace..... | 44 |
| 1.5.1.4 Konfliktní sociální situace..... | 45 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 1.5.2 | Zvládání životních těžkostí..... | 46 |
| 1.6 | Zátěž a stres..... | 47 |
| 1.6.1 | Teoretická východiska zátěže a stresu..... | 48 |
| 1.6.1.1 | Biologická zátěž..... | 50 |
| 1.6.1.2 | Fyzická zátěž..... | 50 |
| 1.6.1.3 | Psychická zátěž..... | 51 |
| 1.6.2 | Práce a stres..... | 51 |
| 1.6.3 | Psychosociální pracovní zátěž..... | 52 |
| 1.6.3.1 | Psychosociální pracovní zátěž v práci sester..... | 53 |
| 1.6.3.2 | Psychosociální pracovní zátěž v práci sociálních pracovníků..... | 54 |
| 1.6.3.3 | Stresory v mezilidské komunikaci..... | 56 |
| 1.6.3.3.1 | Stresory v rodině..... | 56 |
| 1.6.3.3.2 | Stresory v pracovních vztazích..... | 57 |
| 1.6.3.3.3 | Sociální izolace..... | 58 |
| 1.6.3.3.4 | Strach v sociálních situacích..... | 58 |
| 1.7 | Syndrom pomocníka..... | 59 |
| 1.8 | Problémy pomáhání a jejich dopad na člověka..... | 60 |
| 1.8.1 | Syndrom vyhoření, pojem a definice..... | 61 |
| 1.8.1.1 | Vznik syndromu a jeho příčiny..... | 63 |
| 1.8.1.2 | Příznaky a projevy syndromu vyhoření..... | 64 |
| 1.8.1.3 | Výskyt syndromu vyhoření..... | 66 |
| 1.8.1.4 | Prevence syndromu vyhoření..... | 67 |
| 1.8.1.4.1 | Duševní hygiena..... | 68 |
| 1.8.1.4.2 | Supervize..... | 69 |
| 1.9 | Zvládání stresu..... | 69 |
| 1.9.1 | Sociální opora..... | 72 |
| 1.9.1.1 | Druhy sociální opory..... | 73 |
| 2. | CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY..... | 75 |
| 2.1 | Cíl práce..... | 75 |

| | | |
|-----------|---|------------|
| 2.2 | Hypotézy práce..... | 75 |
| 3. | METODIKA..... | 76 |
| 3.1 | Použité metody a techniky výzkumu..... | 76 |
| 3.1.1 | Technika dotazníku..... | 76 |
| 3.2 | Charakteristika výzkumného souboru..... | 78 |
| 4. | VÝSLEDKY..... | 81 |
| 5. | DISKUZE..... | 133 |
| 6. | ZÁVĚR..... | 139 |
| 7. | SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY..... | 143 |
| 8. | KLÍČOVÁ SLOVA..... | 150 |
| 9. | PŘÍLOHY..... | 151 |

ÚVOD

Jako téma své diplomové práce jsem si zvolila oblast, která je a vždy bude, dle mého názoru, velmi aktuální. Jedná se o problematiku psychosociální zátěže v práci sester a sociálních pracovníků.

Povolání zdravotních sester a sociálních pracovníků je náročným odvětvím spadajícím do pomáhajících profesí, které s sebou přináší řadu situací, jimiž je důležité se zabývat, abychom mohli předcházet, minimalizovat a adekvátně řešit problémy, které z těchto situací mohou vycházet. V současné době jsou na tyto povolání kladeny stále se zvyšující nároky a mnozí lidé, někdy i samotní budoucí pracovníci, kteří si volí práci pomáhajících, si neuvědomují, o jak náročné povolání se jedná. Každodenní náplní práce sociálních pracovníků a sester je kontakt a komunikace s lidmi, kteří jsou nemocní, mnohdy velmi vážně a nevléčitelně, dále znevýhodnění, nalézají se v náročných sociálních a životních situacích. To samo o sobě klade na tyto pracovníky nutnost potřeby značné míry odolnosti a energie, neboť jsou vystaveni psychosociální zátěži a konfrontaci s nelehkými životními osudy.

Pro pomáhající pracovníky, tedy i pro zdravotní sestry a sociální pracovníky je nesmírně důležité umět hospodařit se svým volným časem a adekvátně a hodnotně ho umět využívat. Naučit se účinné formě odreagování, načerpání nové energie a síly. To je důležité nejen pro osobnost pomáhajícího, ale i pro samotný výkon povolání, neboť pakliže k tomuto nedochází, tak je pracovník ohrožen syndromem vyhoření a po určité době se může stát, že skutečně vyhoří, což je velmi nežádoucím a nepříjemným jevem.

V této diplomové práci se zabývám problematikou psychosociální zátěže v profesi zdravotních sester a sociálních pracovníků, jelikož se domnívám, že tato zátěž se během výkonu povolání značně promítá do jejich života. Na toto téma jsem se zaměřila z důvodu mého osobního zájmu o danou problematiku, ale zejména i proto, že sama povolání zdravotní sestry ve svém volném čase vykonávám a na povolání sociálního pracovníka se připravuji a ráda bych se mu odpovídajícím způsobem v budoucnu chtěla plně věnovat.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Pomáhající povolání

„Příležitost konat dobro se naskytne každému, kdo má vůli a chce je konat.“

S. Smiles

Termín „pomáhající profese“ dnes již bezpečně zapouští své kořeny do povědomí celé naší společnosti a stává se nosníkem profesionálně poskytované péče druhým (66).

Pomáhající povolání jsou profese, jejichž hlavní cílem a náplní je pomoc druhým lidem (28).

Pavel a Helena Hartlovi uvádějí definici pomáhajících profesí. Jedná se o: „souhrnný název pro veškeré profese, jejichž teorie, výzkum a praxe se zaměřují na pomoc druhým, identifikaci a řešení jejich problémů a na získávání nových poznatků o člověku a jeho podmínkách k životu, tak aby mohla být pomoc účinnější“ (14).

Řadíme sem nejrůznější profese vyznačující se prací s lidmi, zejména v oblasti zdravotnické, sociální a výchovně-vzdělávací (20).

Lze hovořit o celém spektru povolání, jako jsou například lékaři a zdravotní sestry, psychologové, pedagogové či sociální pracovníci (28).

Činnost pomáhajících zahrnuje speciální přímé intervence pomoci, které jsou určeny především lidem nemocným, nešťastným, znevýhodněným či těm, kteří ve svém životě ztratili orientaci (12).

Náplní a činností pomáhajících je efektivní práce s klienty a pacienty. Pomoc pomáhajících druhým vychází z tradice římských pomocných sborů, které zajišťovali podporu, pomoc a ochranu (20).

Mezi pomáhající povolání řadíme také pečovatele, supervizory, kteří vykonávají svou činnost v oblasti pomáhajících profesí, ale také i manažery a policisty (34).

Od osob činných v rámci těchto povolání je očekáváno spontánní profesionální jednání, tedy takové, které se vyznačuje ochotou pomoci druhému člověku, respektuje prospěch druhých, dokáže sdílet problémy s druhými, projevuje adekvátní míru empatie, prosazuje pozitivní cíle a myšlení **(20)**.

O pomáhajících profesích hovoříme v profesionálním životě tam, kde se pomoc stala cílem a smyslem pracovní činnosti či poslání. Cílem je dosažení prospěchu, zdraví či pohody druhého člověka, který vyhledá nebo potřebuje pomoc **(33)**.

Pomáhající pracovníci ve zdravotnictví a sociálních službách se nezdá se setkávají při výkonu svého povolání s náročnými životními situacemi, těžkými osudy pacientů i klientů, jež vyžadují jejich pomoc **(28)**.

Ke svým klientům pomáhající mohou zaujímat nejrůznější emoční vztah. Tyto emoce by pracovníci neměli potlačovat v sobě, nýbrž se snažit o jejich rozpoznání a porozumění sami sobě, aby je adekvátně mohli využít pro svou odbornou činnost, a k efektivnímu naplnění svého poslání **(16)**.

Dle Matouška lze pomáhání rozdělit do dvou úrovní. Jedná se „pomáhání na prvním stupni“, kdy sociální a emoční problémy lidí jsou pomáhající schopni řešit a zvládat, jsou schopní a dokáží těmto lidem pomoci. „Pomáhání na druhém stupni“ je charakterizováno specialisty, kteří pomáhají svým klientům zvládat jejich problémy a krizové situace. Pracují s nimi jako s celistvým celkem **(40)**.

Hlavním cílem pomáhajících je pomáhat lidem, a to na profesionální úrovni. Profesionální pomoc se od pomoci laické velice liší, neboť přichází ve chvíli, kdy běžné způsoby řešení problémů selhávají **(72)**.

Úlehla ve své publikaci „Umění pomáhat“ popisuje tři podmínky profesionální pomoci. První podmínkou je volba mezi alternativami. To znamená, že alternativ řešení problému jsou pro každou situaci několik. Druhá podmínka je tvořena užitečností pomoci a kontroly, která je vždy posuzována klientem. Pracovníkovým úkolem je možnost naplnění této podmínky klientem. Třetí podmínka, která vyjadřuje profesionalitu, se týká čistě pomoci a její nabízení. Zde apeluje na to, aby pomoc nebolela, měla by být pro všechny zúčastněné, tedy jak

pro klienty, tak i pro pomáhající pracovníky, příjemná a hezká. Mělo by dojít k vytvoření posilující a podporující atmosféry (72).

Pomáhající povolání mají řadu svérázných rysů. Jedním z nich je práce, která může být pro jedince přínosným zdrojem energie, ale na druhé straně může i jakýmsi upírem, který energii vysává. Hospodaření s energií je velice důležité a je odrazem především tělesné stránky. Tělo je hlavním nástrojem poznání a velkým zdrojem energie, s kterou je nutno hospodárně pracovat (28).

Lorenzová definuje pomáhající profesí jako: „profese, jejichž posláním je nejrozmanitější péče o klienty nebo jejich podpora, která u nich přispívá k subjektivnímu pocitu vyrovnanosti, spokojenosti a pohody, a nebo stimuluje potenciál k vyrovnání se s nároky obtížných životních situací či k osobnostní změně“ (36).

1.1.1 Profesionální dispozice pomáhajících povolání

Základní požadavky na pracovníky pomáhajících profesí jsou definovány v etickém kodexu příslušného povolání. Tyto normy však mohou pro některé pracovníky znázorňovat nadměrnou zátěž, a to fyzickou, psychickou i emocionální, která se může stát až neúnosnou a vést k úplnému vyčerpání jedince, k tzv. syndromu vyhoření (20).

S výkonem pomáhajících profesí je spojen vznik etických dilemat, kdy pomáhající stojí před dvěma i více stejně nevhodnými variantami představující rozpor morálních principů a není jasné, která z variant je akceptovatelnější (40).

Předpoklady a dovednosti potřebné pro výkon pomáhajících profesí jsou stanoveny v zákoně o sociálních službách, který upravuje profesi sociálních pracovníků, kde se zaměřuje na jejich způsobilost k právním úkonům, na jejich bezúhonnost, zdravotní a odbornou způsobilost (84).

Pro profesi sestry jsou stanoveny obdobné požadavky upravující výkon povolání, které jsou zaneseny v zákoně o nelékařských zdravotnických povoláních (12).

Tato povolání lze s úspěchem vykonávat jenom tehdy, jsou-li respektovány etické zásady a normy. Velkým předpokladem je ochota pomáhat, sloužit druhým. Tato povolání vyžadují nejen znalosti, zkušenosti a dovednosti, ale i něco navíc. Očekává se ryzost charakteru, odpovědnost vůči mravnímu řádu i mravní čistota sama o sobě (20).

Jak uvádí Matoušek, je pro výkon pomáhajících nezbytná celá řada dispozic, tedy předpokladů, schopností a dovedností. Mezi obecné předpoklady řadí zejména zdatnost, tedy fyzickou kondici a energii, do které patří péče o celé tělo a správné stravování. Neméně důležitým prvkem je inteligenční vybavení daného jedince. Inteligence a znalosti, stálé učení se novým věcem, způsobům práce, zájem o nové teorie, techniky a výzkumy. Je zde začleněn i předpoklad emoční a sociální inteligence, která by měla tvořit přirozenou složku osobnosti pomáhajícího (40).

Dále do tohoto spektra řadí přitažlivost, a to nejen fyzickým vzhledem a chováním, ale i svým jednáním, názory, slušností a dobrou pověstí. Cílem je spontánní náklonnost klienta k pracovníkovi (84).

Důvěryhodnost zahrnující diskrétnost, spolehlivost, porozumění a využívání moci, je základem pracovníkova hodnotového jednání. To, jak vnímá smysl pro čest, jak dokáže být otevřený, srdečný, jakou roli ve vztahu pracovník X klient zaujímá, vede k lepší spolupráci a motivaci klienta (20).

Velkou roli hrají také komunikační dovednosti. Ty jsou nezbytné pro jakýkoliv výkon pomáhajících povolání. Jsou základním prostředkem pro navázání kontaktu a spolupráce s klientem, neboť pracovník se projevuje tím, co dělá a říká. Do této kategorie je řazeno zúčastněné naslouchání neboli umění naslouchat. Dále mezi formy lidské komunikace zahrnuje empatii a inteligenci emoční (40).

Různorodost problémů a situací, jimž jsou osoby pomáhajících povolání vystaveny, vyvolává rozdíly v požadavcích na jejich vzdělání, osobnostní rysy a další charakteristiky. Důležité jsou také praktické zkušenosti v jednání s lidmi v obtížných životních situacích, které mají svá specifika. Vzhledem k náročnosti

povolání z hlediska frustrace a stresu je dobré, aby frustrační tolerance pracovníka byla mírně zvýšená nebo v normě. Pomáhající by neměl trpět nedostatkem sebedůvěry, naopak jeho sebepoznání by mělo být na úrovni co nejvyšší. Měl by vystupovat konzistentně, jeho postoje by měly být relativně stálé **(14)**.

Když si shrneme předpoklady pomáhajících, tak by to měli být pracovníci s širokým zájmem o to, co se kolem nich děje. Neměli by být zaměřeni pouze na sebe, nýbrž jejich cílem i potřebou je dávat. Měli by oplývat vysokou schopností komunikace s druhými lidmi. Měli by také být kvalitně vzděláni ve svém oboru **(20)**.

1.1.2 Etika pomáhajících profesí

Etikou chápeme nauku o správném jednání lidského společenství, jejímž předmětem je morálka, která je hodnotitelem lidského jednání dle svědomí člověka. Ukazuje správný způsob života, který vychází z racionálních přístupů **(20)**.

Etika je vlastní teorií morálky, je to věda o morálce společenského života, o jejím původu a podstatě a je vědou, jejíž obsah je zaměřen prakticky **(53)**.

Nalézá a zdůvodňuje obecné společné základy relevantního chování a norem. Etiku lze dle hledisek dělit různých na dimenze. Například etika autonomní, kdy si člověk sám vymezuje etické zásady nebo naopak etika heteronomní vyvstává tam, kde jsou etické zásady stanoveny z vnějšku. Dále se může jednat o etika individuální, zabývajícími se morálními otázkami jedince či etika sociální zkoumající morální východiska z pohledu sociálních skupin. Pro náš pohled je však nejdůležitější profesní etika, která v praxi uvádí obecná etická ustanovení, tzv. etické kodexy, které se zabírají konkrétní profesionální činností daného odvětví, v našem případě se tedy jedná o etiku pomáhajících profesí **(20)**.

Základem etiky odpovědnosti a zároveň její nejvyšší mravní hodnotou je vztah člověka k druhému člověku **(66)**.

Etika pomáhajících profesí v sobě zahrnuje dvě roviny vztahů. První rovinu tvoří vztah pracovníka k sobě samému, ve kterém se stejnou měrou odráží jeho vztah ke svým klientům. Druhou rovinou je fakt toho, že jaké vztahy má pracovník na pracovišti se svými kolegy, tak takové mívá vztah ke svým klientům **(72)**.

Při práci pomáhajících často vyvstávají etické problémy. Tyto situace vznikají tam, kde je evidentní, jak by se měl pomáhající zachovat, ale jemu samotnému se toto chování příčí. Příkladem může být situace, kdy se pracovník domnívá, že by klientovi měl poskytnout potřebnou pomoc, avšak tuto pomoc mu nabídnout nemůže, protože klient nespĺňuje potřebné podmínky **(40)**.

Etiku do pomáhajících profesí, specificky do lékařství, zavedl řecký lékař Hippokrates svou přísahou, kterou absolventi medicíny skládají dodnes **(20)**.

Základem etiky pomáhání je citlivost pomoci k sebe pojetí a životnímu a životnímu stylu klienta. Pomoc má být vždy formou nabízení, nikoliv vnucování. Pomáhající profese by při výkonu svého povolání měli dodržovat etické normy. Jsou jimi ochrana práv a soukromí klienta, respektování jeho přání a řešení situace s klientovou spoluprací. Dále by měl být pracovník odpovědný a zvolit vhodnou formu a metodu práce. V neposlední řadě by celý proces pomoci neměl být negativně ovlivněn emoční stránkou věci **(36)**.

1.1.2.1 Etické kodexy

Etický kodex je dokument upravující obecná i konkrétní pravidla práce jednotlivých profesí pro pracovníky různých organizací. Řídí se jimi například lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovníci, ale třeba i novináři či právníci. Některé organizace vytváří kodex pro své zaměstnance, a to buď ve formě závazné, kdy se jím musí bez výhrady řídit, nebo ve formě nezávazné, kdy je jejich dodržování na vůli pracovníka. Pro práci zdravotních sester a sociálních pracovníků jsou platné etické kodexy ve formě závazné. Pro naši oblast je zásadní etický kodex zdravotních sester a sociálních pracovníků **(69)**.

Jedná se o nástroj k zajištění každodenních činností, jednání a chování pracovníků tak, aby odpovídali stanoveným normám a zásadám. Standardy profesionálního jednání vymezují konkrétní pravidla vycházející z principů dané organizace (17).

Etický kodex je podzákonným předpisem, který tvoří vodítko pro chování a rozhodování pracovníků tak, aby byli nestranní a čestní. Měli by se jím řídit všichni pracovníci v organizaci, stejně tak jako by měli chápat jeho obsah a důležitost. Etické vědomí je nezbytnou součástí odbornosti pomáhajících pracovníků. Schopnost etického jednání je základem pro kvalitní poskytování služeb, které jsou nabízeny uživatelům (48).

Rozumíme jím také systematický soubor norem a předpisů, který vymezuje a upravuje vztahy mezi členy určité komunity. Poskytuje detailnější rozpracování, konkretizaci morálních zásad a jejich použití v praxi (7).

Pro pracovníky tvoří hranici žádoucího chování a je kritériem pro posuzování subjektů. Usnadňuje rozhodování a podporuje manažerské řízení. Organizace, která se řídí etickým kodexem, zvyšuje svou důvěryhodnost v povědomí veřejnosti. V neposlední řadě dochází ke zkvalitnění komunikace a kvality vztahů mezi pracovníkem a klientem (17).

1.1.3 Zvláštní nároky pomáhajících povolání

Velkou roli zde hraje především lidský vztah mezi pomáhajícím a jeho klientem, což z největší části ovlivňuje osobnost pracovníka - profesionála. Pracovníci se často setkávají s lidmi v nouzi, v náročných životních situacích, s lidmi, jejichž společenské postavení neodpovídá většinově uznávané normě. To vše a mnohé další vyžaduje profesionální jednání pomáhajících, nejen slušnost v jejich jednání, ale také porozumění, přijetí klienta, spoluúčast, atmosféru jistoty a bezpečí, posílení, pomoc (28).

Vlastní práce pomáhajících povolání s sebou přináší řadu potíží, problémů či zklamání. Pro výkon profese jsou nezbytné osobnostní předpoklady, patřičné

vzdělání a odbornost, neutuchající zájem a chuť pomáhat druhým, vysoké nasazení i uvědomělost a ochota přinášet oběti **(20)**.

Pomáhající oblast klade na jedince vysoké nároky, které jsou vymezovány jako prosociální jednání. Služba druhým je nesmírně náročnou činností. Pro její výkon je potřebné zaujetí, zájem a motivace **(36)**.

Motivace znázorňuje psychologický důvod chování, jeho příčinu. Skládá se ze tří složek chování, a to ze zaměření chování, z jeho intenzity a délky trvání. Motivace se tak zaměřuje na dosažení určitého cíle s přispěním notné dávky energie a udržení motivace, dokud není dosaženo cíle nebo nalezeno jiného schůdnějšího řešení **(46)**.

Pomáhající povolání tedy předpokládají prosociální dispozice jedince, mezi které řadíme i etické zásady, dále by měl oplývat znalostmi, zkušenostmi a dovednostmi. Měl by také mít rozvinutou čestnost, smysl pro morální odpovědnost a jednání, dále empatii, lásku, spravedlnost a pokoru. Porozumění druhému člověku, naslouchání a neodsuzování druhého by také mělo patřit k nesporným složkám osobnosti pracovníka, neboť těmito dispozicemi vytváří s klientem důvěrnou a vřelou atmosféru **(20)**.

Ve vztahu mezi klientem a pracovníkem pomáhající profese jsou patrné dva postoje, jež pracovník zaujímá. V prvním případě se jedná o tzv. „neangažovaného pracovníka“. Tento pomáhající pojímá svou práci i svěřené pravomoce bez osobního zájmu o svého klienta. Jeho stanovisko ve vztahu ke klientovi je neutrální, může však zaujímat i postavení lhostejnosti, arogance či hrubosti **(46)**.

Druhým typem je naopak pracovník angažovaný. Prvním atributem pracovníka je zde smysluplnost jeho práce. Zamýšlí se nad daným stavem a perspektivami, zabývá se důležitými hodnotami a životními problémy konkrétních lidí. Má adekvátně nastavené hodnoty úspěchu, výkonu i sebekontroly. Angažovanost pracovníka však skýtá dvě úskalí. Jsou to tendence přebírat kontrolu nad klientovým jednáním a dále tendence obětování se pro klienta, a to na svůj vlastní úkor **(28)**.

1.1.4 Paradoxy profesionálního pomáhání

Ve sdělovacích prostředcích se v dnešní době setkáváme s pojmem krize, konkrétně s krizí společnosti, která je brána jako situace, kdy je narušeno fungování určitého systému a v něm žijících lidí **(68)**.

Úkolem pomáhajícího pracovníka je pochopení každého klienta, zájem o jeho osobu, požadavky a potíže, jeho přijetí, vcítění se do něj, nalézání dobrých a pozitivních stránek a vlastností klienta. Nejtěžší podmínkou a tedy prvním paradoxem je zmiňované slovo „každého“, to může být někdy velice snadnou záležitostí, jindy naopak velice náročným a těžkým požadavkem **(28)**.

Negativní konotací zde může být osobní zaujetí či preference vůči určitému klientovi. Důležité je uvědomění si tohoto aspektu o působení vedlejšího motivu. Ne každý pomáhající je schopen najít si lidský vztah ke klientovi v krajní nouzi. Jindy by zase rádi mravně odsoudili klienty za jejich činnost/nečinnost. Proto je nezbytné nezapomínat na střízlivý úsudek a profesionální jednání a zkušenost, to vše na individuální rovině práce s klientem **(28)**.

Dalším paradoxem je láska k bližnímu ve službách potřeby úspěchu. Velice těžkou, ale zároveň i nezbytnou úlohou je mít láska (mít rád) takřka každého člověka, kterého nám osud přivede do cesty. Zde na místě ocenění pracovníka, projevení chvály a vděčnosti. Pomáhající cítí potřebu být lidem potřebný a prospěšný **(46)**.

Třetím zde zmiňovaným paradoxem je láska k bližnímu jako zboží. Profesi zde chápeme nejen jako poslání, ale i jako činnost, která pracovníky živí. Jsou profese, pro jejichž příslušníky je orientace na zisk prioritní, například manažer, podnikatel. V jiných povoláních je míra zisku peněz individuální a různá. Pro pomáhající pracovníky je výdělek považován za součást pracovního prostředí **(28)**.

Nutné je uvědomit si, že pojmem pomoc se mění spolu se změnami, které probíhají ve vnitřní společnosti, je závislá na její struktuře, kultuře, náboženství aj. **(35)**.

1.1.5 Moc a pomoc

Každé z výčtu pomáhajících profesí odpovídá určitá míra moci. Lorenzová uvádí dvojí rozlišení pomáhání. Jedná se o direktivní způsoby práce, ty jsou spojeny s vyšší mírou moci a kontroly. Pracovník klienta spíše kontroluje, řídí jeho kroky a rozhoduje o typu spolupráce **(36)**.

Moc je nesmírně důležitou součástí pomáhání, neboť značně ovlivňuje možnosti a způsoby poskytování pomoci **(28)**.

Kontrola je nevyhnutelnou, účelnou a potřebnou součástí práce s klientem. Pro pracovníka je dobré umět rozlišovat hranice mezi nabízením pomoci a přebíráním kontroly, obojí nelze dělat současně **(72)**.

Opakem direktivity jsou nedirektivní způsoby pomáhání. Zde pomáhající profese nedisponují takřka žádnou mocí. O výběru metod a forem pomoci vždy spolurozhoduje klient **(36)**.

Kopřiva rozčleňuje moc na dva druhy. V první řadě zmiňuje institucionálně přidělenou moc, která vyplývá z pozice, které mu organizace, ve které pracuje, přidělila a díky které tak disponuje určitými kompetencemi. Druhým typem je moc vzniklá v rámci samotného vztahu pomáhání. Ta vzniká, pakliže se pracovník pro klienta stává autoritou, osobou, která ho přirozeně řídí **(28)**.

Jedním z nejdůležitějších aspektů výše zmiňované práce je volba stylu práce, to, jaký způsob řízení pracovník volí. Tuto volbu ovlivňuje druh klienta a jeho povaha, charakteristika problému a typ pracoviště či prostředí **(36)**.

V sociální práci je nezřídka nutno jednat proti vůli klienta, která sám není vždy schopen adekvátně posoudit situaci. Proto zákon, za určitých okolností, dává pracovníkovi možnosti prosazení své volby řešení problému, i proti vůli klienta **(12)**.

Moc a její systém vede k oboustranné manipulaci. Pomáhající při přebírání moci nad klientem ho může na jedné straně ochránit, ale na druhé straně ho i

zneschopňovat. Každý projev moci pracovníka může mít v klientově prožívání svůj protipól (28).

Pomoc je dojednaný způsob společné práce mezi pracovníkem, který ji nabízí, a klientem, který si ji volí. V případě, že pracovníkovo jednání není odpovědí na klientovu objednávku, není pracovníkova činnost pomocí, nýbrž kontrolou. Rozdíl mezi pomocí a kontrolou není pouze z hlediska toho, od koho vychází prvotní impuls, ale záleží také na časové náročnosti. Kontrola bývá provedena rychle, oproti většinou zdlouhavému dojednávání pomoci (44).

Z historického hlediska je možné poskytování pomoci členit do tří forem. První formou je individuální, aktuální, dobrovolná pomoc poskytovaná soukromými osobami a jejím okolím. Další možností je pomoc prostřednictvím sociální politiky, která je prostřednictvím práv a peněz. Charakter pomoci je zejména preventivní báze. Třetí možností jsou služby orientované na člověka, které spadají do oblasti sociální práce, zdravotní a veřejné oblasti (35).

1.2 Kontakt s klientem

Nabízení, tedy pomáhání, a přijímání pomoci je nesmírně obtížným a často i protichůdným procesem. Každý pomáhající by si měl uvědomit, jak moc je to pro něj zásadní věc a měl by se upřímně zamyslet nad směsicí spletených motivů, které ho k této práci, k profesi pomáhajícího, přivedly (61).

Od první chvíle, kdy se pracovník setká s klientem, usiluje o navázání vzájemného vztahu. V pomáhajících profesích má tento vztah prvořadý význam. Kvalita vztahu mezi pomáhajícím a klientem je jednou z nejdůležitějších podmínek úspěšné intervence (72).

Prvotní kontakt pomáhajícího pracovníka a klienta je velice důležitý, neboť od jeho navázání se posléze odvíjí následná intervence a výsledky práce. Záleží na vymezení rolí pracovního vztahu a na vzájemné spolupráci obou zúčastněných. Důraz by, mimo jiné, měl být kladen na podmínky, ve kterých se kontakt odehrává, aby umožňovaly přehlednou, jasnou a hlavně jednoznačnou

komunikaci. Klient by měl porozumět poslání organizace či poskytované služby, měl by znát předmět jednání a spolupráce, stejně tak i svá práva a povinnosti. Sociální pracovník /pomáhající/ by o klienta měl mít profesionální zájem, měl by klienta umět zaangažovat do řešení problému a motivovat ho ke změně nežádoucího chování či životních podmínek (28).

Při práci s klientem se střídá pomáhající a kontrolující přístup. Ten se mění a vytváří v dlouhodobém vztahu. Přístup by měl být vždy účelný a užitečný a měl by přispívat k adekvátní změně klientova chování. Na pracovníkovi leží velká míra zodpovědnosti. Na něm záleží, jakým způsobem se bude spolupráce vyvíjet a jaké ovace přinese (44).

Sebeprezentace sociálního pracovníka je důležitým bodem v kontaktu, jak z profesionálního, tak i lidského úhlu pohledu. To, jak je vnímán svými klienty, ale i kolegy a nadřízenými ho staví do určitých pozic (27).

Zvládání umění rozhovoru je zásadní a velmi důležitým bodem pro vytvoření dobrého vztahu mezi pracovníkem a klientem a zároveň i těžištěm pro celý proces práce (40).

Dříve, než začne pracovník intervenci klienta, měl by dobře znát a vyhodnotit klientovu situaci. Práce je založena na cílených krocích, kterými se snažíme snížit nepříznivý stav klientovy situace (28).

První pozice vychází z hodnocení a vnímání poskytované práce vůči klientům. Zde lze hovořit o pracovníka připraveného pomáhat, který je solidární, empatický, aktivní, snaží se o ulehčení klientova života. Nebo zde spatřujeme pracovníka, jenž v plném rozsahu především reprezentuje svou instituci. Má tendence kontroly nad klientem, spíše mu kontroluje život a omezuje ho v rozhodování (27).

Druhá pozice je zaměřena na pohled instituce na svého pracovníka. Ten je reprezentantem instituce, nabízí potřebnou pomoc, předchází sociálním problémům a kritickým životním situacím. Nebo je naopak pracovníkem bezpodmínečně loajálním s institucí, striktně dbá na dodržování zákonů a právních předpisů, bez ohledu na jejich spravedlnost. Dbá, aby poskytovaná pomoc nebyla zneužita (27).

1.2.5 Hranice mezi pracovníkem a klientem

Hranicí, jakýmsi dělítkem určujeme, co je záležitostí pracovníka a co naopak klienta. Zřetelnou hranici zákonitě musí mít každý fungující celek. Každý může rozdělení rolí a kompetencí chápat poněkud odlišně. Při déletrvajícím kontaktu se obvykle časem utváří sdílený model. Důležitá je dohoda, která by měla respektovat zájmy obou stran. Hranice optimálně vymezují fungování a vývoj vztahu. Je dobré a zdravé držet se zásad platných v mezilidských vztazích (28).

Pro pracovníka je důležité, aby přesně věděl, kdy klientovi nabízí pomoc, musí ji chápat jako výslednou čáru vzájemné interakce. První fází je klientova objednávka, jeho touha po změně. Druhým krokem je nabídka pomoci od pracovníka. Výsledným efektem je pak společná dohoda o pomoci, cíly a způsobech práce (72).

1.2.5.1 Hranice při pomáhání

S pravidly pro výkon profesionálně poskytované pomoci se postupně vyvinuly i pravidla upravující nárok – právo na pomoc. Pomoc se tedy stala sociální kategorií, která je v legislativně stanovených formách mající většinou mezinárodní charakter (35).

Vymezení si určitých, svých vlastních, hranic ve vztahu k druhým je významným prvkem ve vztahu pomáhajících vůči klientům. Pokud by hranice nebyly dostatečně nastaveny, mohl by se pracovník dostat do velmi nežádoucích a nepříjemných situací, které by mohly vést až k jeho vyhoření. Je otázkou delšího časového horizontu, než se hranice vytvoří, nemusí být hned dána. Jasnost a stálost se v průběhu práce zakotví (60).

Největším problémem udržení hranic pomáhání vyvstává v případě, že pracovník vnímá záležitosti klienta za příliš osobní, za svoje vlastní. Tento jev se

nazývá splývání – potřebuji, aby mě klient potřeboval. Zde je třeba rozlišovat hranice mezi soucitem a empatií. Tím trpí nejen sám pomáhající, ale i celý proces pomáhání. Obranou proti splývání je netečnost, ta se ale může stát dalším problémem. Dále pak také to, jak je pracovník schopen uhájít si své vlastní hranice před manipulací ze stran klienta (28).

1.3 Profese zdravotní sestry

„Být sestrou je vyznamenání a poslání!“

M. Staňková

Zdraví by mělo vždy stát na prvním místě v systému životních hodnot jedince a celé společnosti, proto je jeho právní ochrana zakotvena v normách nejvyššího stupně právní síly (74).

Zdravotnické povolání patří mezi náročné profese a to jak z hlediska odborné přípravy, tak profesionálního jednání. Objektem péče je nemocný člověk (80).

Profese zdravotní sestry je různorodou činností, každý den a v každém nemocničním zařízení může být jiná. Zdravotní sestra by proto měla mít praktické znalosti a dovednosti týkající se péče a informovanosti o svých pacientech. Musí umět dobře komunikovat, jak s klienty, tak se svými spolupracovníky, protože komunikace je základní součástí péče, kterou sestry poskytují. Sestra musí být schopna týmové a vysoce odborné práce. Zdravotní sestry musí být školeným odolným a fyzicky zdatným personálem pečujícím o druhé (56).

Odpovědnost všech zdravotnických pracovníků i odborností je zdůrazňována jak na poli etiky, tak v rovině právní (74).

Ošetřovatelství jako pomoc nemocným zde existuje od nejstarších dob, kdy byl tradiční přístup k nemocným ovlivněn humanistickou filozofií. To se postupně měnilo s příchodem filozofie idealistické a vlivem náboženství se přizpůsobovalo danému společenskému prostředí. Skutečné základy filozofie a ošetřovatelství

položila Florence Nightingale. Technologický rozmach pak nastal od poloviny 20. století (47).

Farkašová vnímá ošetrovatelskou péči jako moudrost poskytované zdravotní vědou, lásku rozvinutou citem, vůli a schopností pomáhat a pomoc jako symbol pomocné ruky (63).

V ošetrovatelském procesu nesmí být opomíjena edukace, která je ovlivněna vývojem lékařských i nelékařských profesí. Uplatňuje se při poskytování zdravotní péče v celém jejím rozsahu (32).

Cílem zdravotní péče, jež poskytují, mimo jiné, zdravotní sestry, je péče o zdraví. Ta je definována jako soubor ekonomických, kulturních, sociálních, zdravotnických, hospodářských, kulturních a sociálních opatření a činností, která ovlivňují zdraví obyvatelstva a jeho vývoj (19).

Zdravotní sestry poskytují zdravotnickou péči obyvatelům v různých typech zařízení. Jedná se o ambulantní nebo ústavní formu primární, sekundární a následné zdravotní péče (26).

Rozsypalová a kol uvádí, že: „Povolání sestry je ošetrovatelská služba nemocnému. To znamená postavit se do boje za nejvyšší hodnoty člověka, do boje za zdraví a za navrácení nemocného do rodiny a do společnosti“ (57).

Ošetrovatelství je vědní disciplína, která zabezpečuje komplexní péči ve zdraví i nemoci člověka. Využívá k tomu preventivní, diagnostické a terapeutické postupy (75).

Cílem ošetrovatelské péče, kterou zdravotní sestry poskytují, je individuální péče o jedince na základě nejnovějších poznatků, v souladu s etickými principy, právy pacientů a s důrazem na maximální kvalitu a efektivnost poskytované péče (26).

Do ošetrovatelství také patří edukační proces, tedy odevzdávání a přijímání informací ve společenském prostředí v rámci vzájemné interakce mezi sestrou a pacientem (32).

Symbolem moudrosti je při poskytování ošetrovatelské péče kniha, symbol lásky značí srdce a potřebnou pomoc znázorňuje ruka. Určitým symbolem je i světlo lampy, které je označením mezinárodní rady sester (9).

V souvislosti s vysokoškolským vzděláváním sester se ošetrovatelství jako samostatné odvětví dynamicky rozvíjí. Pozornost je věnována zejména teorii oboru, avšak hlavním pilířem je praktická ošetrovatelská činnost, ošetrování nemocných. To je založeno na porozumění, praktických dovednostech, týmové práci, vědeckých principech, soustavném vzdělávání a zlepšování kvality práce a poskytované péče (79).

Dle vyhlášky č. 424/2004 Sb. (plné znění §4 – příloha č. 5) má sestra dané kompetence a vykonává následující zdravotní činnosti:

1. zdravotní péči poskytuje v souladu s právními normami a standardy
2. dodržování hygienicko-epidemiologický režimu v souladu s právními předpisy
3. vypracovává zdravotnickou dokumentaci
4. poskytuje informace klientům v souladu se svou odborností
5. vyhodnocuje úroveň soběstačnosti a potřeb svých pacientů
6. monitoruje a orientačně vyhodnocuje fyziologické funkce a tělesné parametry pacientů
7. pozoruje, hodnotí a zaznamenává pacientův aktuální stav (77).

Mastiliaková uvádí: „Činnost zdravotních sester, které odpovídají za všeobecnou ošetrovatelskou péči zahrnuje: péči o děti, dospívající, dospělé a staré lidi při akutních a chronických poruchách zdraví, při somatických a psychických potížích, o které je pečováno v nemocnicích nebo mimo ně. Tyto sestry musí umět chránit, udržovat, navracet a podporovat zdraví osob a skupin, jejich autonomii a soběstačnost v oblasti tělesných a psychických životních funkcí, s přihlédnutím na psychologické, sociální, ekonomické a kulturní odlišnosti způsobu života postižených osob (37).

1.3.1 Role sestry

Osobnost zdravotní sestry je historicky ovlivněna vývojem, který poznamenal její činnosti i prestiž. To ovlivňuje i sociální prostředí, profesní morálka a filozofický systém, který společnost uznává **(80)**.

Farkašová pojem role je definuje jako: “očekávané chování jedince, které souvisí s jeho určitým postavením ve společnosti. Představuje vzor chování určený požadavky určité profese“ **(9)**.

Role sestry je společensky akceptovaná a hodnocena relativně vysokém stupněm, ze sedmdesáti povolání zaujímá 7. - 10. místo, což naznačuje významnou pozici a prestiž sestřskému povolání, ovšem jeho celková image není moc pozitivně vnímána **(10)**.

Povolání zdravotní sestry v sobě ukrývá systém rolí a rolového chování, to je určeno objektivním stavem ve společnosti a historickým podtextem. V minulosti, ale i v průběhu současnosti prošla a stále prochází role sestry složitým vývojem. To vše vyžaduje po zdravotnickém personálu široké spektrum poznatkům, které tvoří systémy společenských rolí sester. Samotné role sester ve společnosti jsou založené na pomoci jedincům, skupinám a rodinám svým kompetentním jednáním, které ve společnosti podporuje udržet zdraví a brání vzniku nemocí **(9)**.

Úkolem role každého profesionálního pracovníka ve zdravotnictví je zajištění bezprostředního uspokojení potřeb nemocného **(37)**.

Roli zdravotní sestry charakterizují tyto znaky:

- sestra při své práci vychází z potřeb nemocného a z chápání jeho problému
- musí být schopna zabezpečit nemocnému pocit jistoty a bezpečí
- je emocionálně neutrální a schopná racionální kontroly

Tyto role ovlivňují změny ve společnosti, systém zdravotní péče, nové poznatky a technologie, celkový zdravotní stav obyvatel a další aspekty **(10)**.

V současné době zaujímají a plní sestry nejčastěji následující role:

- 1) Sestra jako poskytovatelka ošetrovatelské péče. Jedná se o roli vtahů, které chápou jedince jako bio-psycho-socio-spirituální osobnost při poskytování ošetrovatelské péče.
- 2) Sestra v roli manažera působí v řízení a organizaci péče o nemocného a to na všech úrovních zdravotnického zařízení.
- 3) Sestra – edukátorka, která utváří a formuje uvědomělé a zodpovědné chování jedince i skupiny. Ovlivňuje realizaci získávání vědomostí a upevnění motivace **(9)**.
- 4) Sestra v roli advokátky obhajuje klienty, zastupuje jejich práva, předkládá a tlumočí jeho požadavky a hájí jeho zájmy.
- 5) Sestra jako nositelka změn by měla být hnací silou a podporovat realizaci vývoje zdravotní péče kupředu.
- 6) Sestra v role výzkumnice je předpokladem vzdělání, možnosti a potenciálu pro výzkumnou činnost v oblasti ošetrovatelství a péče o zdraví osob **(10)**.

1.3.2 Odborná způsobilost pro výkon povolání zdravotní sestry

Pod otázku profesionality zdravotních sester řadíme následující atributy: Na prvním místě stojí zodpovědnost, respektování zájmů klientů a důvěra, a také schopnost obhájit si své rozhodnutí. Druhé místo připadá odpovědnosti. Ta může být za svou vlastní osobu a práci nebo naopak zodpovědnost za ostatní. Profesionální odpovědnost představuje zákonnou svobodu správně se rozhodnou v každé klinické situaci. Dále sem řadíme autonomii, což znamená, že člověk může činit rozhodnutí na základě svých znalostí a vlastního úsudku. A v žádném případě nesmíme opomenout mlčenlivost, která tvoří zákonnou povinnost sestry. Důvěrné informace se tak nesmí zveřejňovat bez souhlasu pacienta **(56)**.

Na místě je očekávání zvládnutí velmi odborné činnosti zdravotníka. Práce s moderní technikou, fyzickou zátěží, emocemi a prožíváním nemocných, značná administrativa, ale také i soukromý a rodinný život pracovníků. Všechny tyto

požadavky kladou vysoké nároky na osobnost zdravotnických pracovníků, na jejich profesní přípravu, způsob života i duševní stabilitu **(80)**.

Zdravotní sestry mají povinnost celoživotního vzdělávání, což je považováno za nástroj, který sestřám umožňuje získávat aktuální informace, nejnovější poznatky, zručnost a reagovat na dynamické změny v poskytování zdravotní péče. Principy celoživotního vzdělávání sester dle Světové zdravotnické organizace jsou následující:

- zasadit celoživotní vzdělávání do legislativního a regulérního rámce daného území
- kvalifikovaným sestřám umožnit celoživotní vzdělávání
- soustředit se na priority a potřeby zdravotní péče daného území
- celoživotní vzdělávání musí být interdisciplinární a multiprofesionální
- pravidelně musí být hodnocena jeho kvalita
- mělo by být uskutečňováno vysokoškolsky vzdělanými sestrami **(38)**.

Sestry jako nositelky zdravotnického povolání a poskytování pomoci a péče by měly být nositelkami vzdělání, emocionální a sociální zralosti a pozitivního přístupu v péči o druhé lidi. Sestry představují určitý model ve společnosti, měly by mít rozhled, být prakticky zdatné, mít odborné vědomosti, být ochotné. Jsou jedním z článků, které stojí u zrodu života, jeho průběhu i zániku **(9)**.

Zdravotní sestra v rámci svého povolání naslouchá klientům a buduje si s nimi důvěrný vztah. Dále zajišťuje a hodnotí jejich potřeby v oblasti péče a pomoci o jejich osobu a sestavuje ošetrovatelský plán. Dbá na jeho realizaci a kontrolu daných opatření a hodnotí a dokumentuje výsledky ošetrovatelského procesu **(37)**.

1.3.4 Etický kodex zdravotních sester

Ke zdravotním sestřám a jejich rolím, které při výkonu své práce zaujímají se povinnosti a etická odpovědnost. Každý zdravotnický pracovník, tedy

i zdravotní sestry, by měli mít osvojené základní etické pojmy, kterými jsou obhajoba, odpovědnost/povinnost a spolupráce a vlastní pečování **(19)**.

Pod vlivem etických norem společnost formulovala některé základní dokumenty, které by měly činnost zdravotníků zkvalitňovat. Mezi priority patří „Etický kodex České lékařské komory“, „Etický kodex zdravotních sester a ošetrovatelek“ a „Etický kodex práv pacientů“ **(80)**.

První etický kodex pro zdravotní sestry byl zveřejněn v roce 1983, což bylo významným prvkem kupředu. Etický kodex nemá právní charakter, ale udává formu cesty pracovníkům, pro které byl vytvořen. Je základem řady směrnic a slouží jako vzor určující správnost jednání zdravotnických pracovníků, proto je nesmírně důležitá znalost etických kodexů **(56)**.

Sestry mají v rámci svého profesionálního jednání základní povinnosti, kterými je péče o zdraví, předcházení nemocem, navrácení zdraví a zmírňování utrpení. Etická pravidla profesionálního chování zdravotních sester se zaměřují na několik oblastí. Jsou jimi: zdravotní sestra a spoluobčan, zdravotní sestra a péče v praxi, zdravotní sestra a povolání, zdravotní sestra a spoluzaměstnanci a zdravotní sestra a společnost **(6)**.

1.3.5 Duševní hygiena zdravotní sestry

„Jádrem lidské bytosti je dvojitá potřeba: potřebujeme někoho, koho bychom měli rádi a někoho, kdo by měl rád nás“.

J.B.Smith

Jednou z náplní práce zdravotních sester je péče o nemocné. V pozadí této činnosti však stojí jiný úkol, který mají sestry na práci, a to je péče o sebe, o vlastní vzhled, tělesné zdraví, stravování.. – o vlastní tělesný a duševní život, neboť když nejsme sami v pořádku, tak ani naše práce není tak v pořádku, jak by měla být **(30)**.

Křivohlavý definuje duševní hygienu jako: „systém vědecky propracovaných pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví, duševní rovnováhy“. Zdůrazňuje vytvoření optimálních podmínek pro vnitřní činnost, duševní zdraví a zdatnost a posílení vůči vlivům, které negativně ovlivňují duševní život (29).

Důležitá je nejen péče o své tělo, ale především o svou duševní pohodu, o to, co si myslíme, co a jak vnímáme a prožíváme i o to, co vlastně v životě chceme a kdo jsme. To, co se děje v duši člověka, tedy v jeho psychice následně ovlivňuje to, co se děje v něm v jeho těle a naopak to, co se děje v našem těle ovlivňuje to, co se děje v naší mysli (30).

Duševní hygiena se zabývá duševně zdravými lidmi a upevněním jejich zdraví, ale i lidmi na hranici, u nichž je patrné narušení duševní rovnováhy i lidmi přímo nemocnými (29).

Zdravotní sestry jako profesionálky mohou sami sebe chránit před nadměrnou stresovou zátěží a rozvojem syndromu vyhoření, pokud respektují a uplatňují pravidla a doporučení prevence stresu a duševní hygieny. Patří mezi ně vytváření a udržování kvalitních mezilidských vztahů a zvládání potřebných pracovních dovedností. Dále dobrá a jasná komunikace v rámci pracovního týmu. Nesmíme opomínat vnímání sebe sama na tělesné i duševní úrovni a mít na sebe realistické nároky a stanovovat si dosažitelné cíle. Dalším bodem je věnování se zájmům a zálibám, které nesouvisejí se zaměstnáním a umění zvládnout negativní emoce. Také optimalizace svého životního stylu a projevení emocí a humoru patří mezi pravidla prevence zátěže a stresu. A dále zvládání a užívání relaxačních technik (82).

1.4 Sociální práce

Sociální práci řadíme do skupiny sociálních věd, tedy věd, které se zabývají společností. V širším měřítku ji začleňujeme do skupiny věd o člověku.

Dnes je sociální práce chápána jako samostatná oblast vědeckého poznání, jejíž základ je multidisciplinární s vyznačujícími se systematizujícími se rysy **(34)**.

Jedná se o společenskovední disciplínu a o oblast praktické činnosti, která je opřena o společenskou solidaritu a o naplňování lidského potenciálu. Svou péčí napomáhá jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám k sociálnímu uplatnění **(41)**.

Cílem sociální práce je řešení problémů v mezilidských vztazích, snaží se o posílení každého jedince a podněcuje ho k sociální změně tak, aby se nedostával do konfliktu se svým prostředím. Klíčovým aspektem jsou zde lidská práva a společenská spravedlnost **(6)**.

Tato práce je součástí každého státem organizovaného a chráněného systému přerozdělování zboží a služeb s cílem zabezpečení sociálních potřeb klientů a zajištění určité formy kontroly **(40)**.

Sociální práce jako samostatná profesní specializace vznikla v průmyslových zemích západní Evropy a v USA koncem 19. století, díky šíření socialistických ideí. U nás se náhodná péče o potřebné začala postupně přeměňovat na organizovanou až počátkem 20. století, vlivem principů individualizace a prevence **(43)**.

Sociální práci stojí na třech opěrných bodech. Prvním bodem pro její pevné postavení jsou zákony, zákonné předpisy, povinnosti a možnosti, které z těchto ustanovení vyplývají. Spadají sem veškerá psaná i nepsaná závazná pravidla a normy stanovující hranice mezi lidmi. Druhým pilířem je způsob chování, myšlení, jednání, přesvědčení a styl života každého jedince či klienta. Klientem se člověk stává ve chvíli, kdy se jeho způsoby jednání neztotožňují s normami, které společnost dodržuje. Proto zde nastupuje činnost sociální práce, bez nich by sociální práce nemohla existovat. Třetím neméně důležitým opěrným bodem je odborná stránka sociálního pracovníka. Odborností popřípadě specializací zde vyjadřujeme umění být jakýmsi prostředníkem mezi normami společnosti a způsoby klientova života **(72)**.

Významným vnitřním rozporem sociální práce je její závislost na občanském povědomí o tom, co jsou sociální problémy a jakým způsobem by se měly řešit (59).

Sociální práce se různými formami zaobírá nejrozmanitějšími, ale komplexními vztahy mezi lidmi a jejich prostředím, s cílem podpory rozvoje jedince či alespoň zachování stávajících dovedností a soběstačnosti uživatele, popřípadě jeho opětovný návrat do svého přirozeného prostředí (6).

Sociální práce je jedním z hlavních prostředků poskytování sociální pomoci. Jejím cílem je vysvětlování, odhalování a řešení sociálních problémů společnosti (41).

V soudobé společnosti je sociální práce řazena do systému sociálního zabezpečení a jako součást sociální politiky státu (43).

Pomoc ve všeobecné rovině můžeme chápat jako původní složku lidského jednání, která se postupně stala nezastupitelnou složkou jednání celé společnosti, a která zaujímá významnou sociálně-morální kategorii (35).

V organizaci sociálního státu má sociální práce výlučné postavení. Prostřednictvím ní putují potřebné zdroje k závislým lidem a tím se kompenzují trhliny tržního systému. Sociální práce oplývá etickou dimenzí, kterou je nutno zkoumat a tím pak v praxi efektivně řešit etická dilemata (40).

Jako profese stojí sociální práce v průsečíku mnoha protichůdných postojů. Přesto však usiluje o soustavné metodické řešení problémů, které mívají pohyblivé hranice, kterých si musí být sociální pracovník vědom (59).

Sociální práce je vzájemně propojeným a prolínajícím se systémem hodnot, teorií a praxe (6).

Jako vědní obor souvisí s řadou odvětví. Své poznatky čerpá například ze sociologie, psychologie či psychoterapie. A naopak přesněji vymezuje vlastní zdroje a poslání sousedních oborů. Například v medicíně a psychiatrii otevírá otázku holistického pojetí člověka. Sociální práce svým působením ovlivňuje společenské normy (72).

Sociální práce pod úhlem akademické disciplíny se také dotýká filozofie, religionistiky, práva, politologie, kriminologie, sociální pediatrie a řadou dalších oborů (43).

Prioritní je pro ni podpora klienta při řešení problémů a zprostředkování uživatelům kontakt s organizacemi, které mu mohou poskytnout žádoucí zdroje, služby a potřebné příležitosti. Dbá na práci humánní, efektivní a profesionální. Sociální práce se nezaobírá pouze jen klientem a řešením jeho nepříznivé životní situace, ale snaží se rozvíjet a zlepšovat i samotnou sociální politiku (40).

1.4.1 Předpoklady a hodnoty profesionální sociální práce

Sociální práce se realizuje především v sociálních službách, a tedy zejména jejich prostřednictvím (43).

Předpokladem sociální práce je kombinace nadání, osobních hodnot a zkušeností a také i intuitivní tvořivosti. To jsou předpoklady, se kterými pracovníci vstupují do vztahu s klientem. Odborné znalosti a talent jsou neméně podstatné (59).

Odbornost a vzdělání připravuje sociální pracovníky na výkon jejich povolání, jehož cílem je poskytování kvalitních služeb, sociální ochrany, podpory a pomoci (39).

Sociální pracovníci mají společné hodnoty, které obsahuje etický kodex sociálních pracovníků. Tyto hodnoty jsou nesmírně důležité, neboť určují povahu sociální práce, ovlivňují výběr použití metody práce, ale i vztahy mezi pracovníkem a klientem, jeho kolegy i širokou veřejností (40).

V rámci poskytování sociální péče či pomoci se pomáhající dostává do náročných situací, které ho nutí přebírat odpovědnost za své klienty, je nucen rozhodovat ve stresových situacích. Základem je však snaha pomoci, aby nedocházelo k zhoršení klientovy situace. Nosným prvkem poskytování kvalitních sociálních služeb je respektování, a to práv uživatelů služby, stejně tak jako respektování základních lidských práv a svobod a hodnot z nich vyplývajících (63).

Sociální práci a pomoc lze uskutečnit osmi profesionálními způsoby, mezi které Úlehla řadí: opatrování, dozor, přesvědčování a vyjasňování, což vyjadřuje jako profesionální způsoby kontroly. Mezi způsoby pomoci pak řadí: doprovázení, vzdělávání, poradenství a terapii. Hodnotou profesionální práce označuje profesionála, který odborně vykonává určitou danou činnost jako své zaměstnání (72).

Profesionální sociální pracovník je zaměstnáván sociálními subjekty pro zrealizování jejich potřeb a sociálních cílů. Je tedy poskytovatelem předmětů (dávky a služby) sociálním objektům při jejich sociálním uspokojování (43).

Sociální pracovník je v roli zástupce společnosti a zároveň prostředníkem mezi svými klienty a společností, vždy však stojí na straně zákona a státu. Toto pojetí ho zavazuje k dodržování státem stanovených norem, avšak na straně druhé mu to ztěžuje jeho kontakt s klienty. Sociální pracovník reprezentuje většinovou kulturu, je představitelem kritérií normality a také rozhoduje o občanských právech klienta (72).

Hodnoty sociálního pracovníka ve vztahu ke klientovi jsou modifikovány sedmi principy. Mezi ty řadíme: Princip individualizace charakteristický jedinečností kvality osobnosti jedince. Dále sem patří vyjadřování veškerých klientových pocitů. Schopnost pracovníkovy empatie, ke které připisujeme akceptaci jedince se všemi jeho vlastnostmi. Sociální pracovník by měl zaujímat nehodnotící postoje a nepřisuzovat tak klientovi vinu. Dále pak princip sebeurčení, kdy respektujeme klientovy práva a potřeby. A v neposlední řadě zde nalzáme i princip diskrétnosti neboli zachování důvěrnosti sdělených informací (40).

1.4.2 Sociální pracovník

Sociální pracovník je profesionál, který disponuje osobnostními předpoklady, vlastnostmi a schopnostmi, díky kterým přispívá ke zlepšení klientovy situace. Nabádá jednotlivce, skupinu či komunitu ke správným

postojům a adekvátnímu chování. Řeší a eliminuje poruchy a demotivační faktory v působení sociálního prostředí, snaží se vést klienta k odpovědnosti za své činy, rozvíjí jeho kritické myšlení a využívá účelných zdrojů (62).

Činnost sociálního pracovníka je různorodá. Pracuje s klienty a jejich rodinami, s přirozenými skupinami obyvatel, ale i s těmi uměle vytvořenými, dále s organizacemi a místními komunitami, ale pracuje i jako expert, který se podílí na přípravě určitých zákonů a vyhlášek, nebo je naopak jejich oponentem (40).

Sociální pracovník se stává činitelem sociálních změn, zapojuje se při identifikaci a řešení problémů. Angažuje se ve správních a legislativních oblastech v rámci klientova zájmu (59).

Pohlíží na člověka jako na bio-psycho-socio-spirituální bytost. Jeho cílem je spolupůsobení v sociokulturním životě klienta a zvyšování jeho spokojenosti, a to zejména v případech, kdy není schopný si svoje potřeby zabezpečit vlastními silami, popřípadě za pomoci svého blízkého okolí (62).

Žádná platná právní norma zatím přesně neurčuje kompetence sociálních pracovníků, nicméně rámcové spektrum je více méně závazné (42).

Z pohledu profesionální etiky by sociální pracovník měl oplývat znalostí etických teorií, hodnotami své profese, etickým kodexem sociálních pracovníků, a zejména pak znalostí své vlastní osobnosti, tedy sebe samého, neboť základním nástrojem, který ve své práci využívá je jeho vlastní vnímání a osobnost. Ve vlastním rozvoji hraji velkou roli supervize (40).

Často zdůrazňovaným prvkem v práci sociálního pracovníka je respekt k lidské důstojnosti druhého člověka a vhodné pracovní podmínky (72).

Specifikem sociálních pracovníků je požadavek jejich osobního nasazení při řešení problémů jejich klientů. Na emocionální rovnováhu a výdrž při výkonu práce sociálních pracovníků jsou kladeny značné nároky na hodnotovou neutralitu a princip kontrolovaného osobního zaujetí (59).

Na sociálního pracovníka jsou kladeny nároky na jeho kompetentnost spojené s jeho akademickým vzděláním. Měl by umět využívat kritického myšlení, pracovat v souladu s etickými zásadami, adekvátně využívat vlastních

osobnostních rysů. Dále by měl rozumět formám, způsobům, historii i současnosti sociální práce a sociální politiky. Měl by uplatňovat veškeré své znalosti při výkonu své profese, hodnotit výsledky výzkumů a své činnosti, umět komunikovat s různými typy lidí. Kompetentnost je chápána jako funkcionální projev profesionální práce a role, kterou sociální pracovník zaujímá **(40)**.

Sociální pracovník je klíčovým pracovníkem, který je způsobilým činitelem pro koordinaci a poskytování pomoci klientům, kteří to opravdu potřebují **(42)**.

1.4.2.1 Role sociálního pracovníka

Při výkonu své profese se sociální pracovníci setkávají s řadou rolí, které se vzájemně prolínají. Jedná se o role pečovatele nebo poskytovatele služeb, které napomáhají klientům v jejich běžných životních situacích, které díky svému znevýhodnění sami nezvládají vykonávat **(59)**.

Sociální pracovníci by měli znát nástroje a způsoby své práce, ale právě i role, do kterých se při poskytování a organizaci pomoci dostávají. Měli by proto být seznámeni s pravidly sociální práce a sociální politiky, s předpisy sociální ochrany i se systémem orgánů, kteří aplikují způsoby pomoci **(70)**.

Další rolí je zprostředkování služeb. Zde dochází k napomáhání získání potřebných kontaktů, které jsou pro klienta důležitým zdrojem pomoci. Jedná se o síť sociálních kontaktů či sociálních zařízení. Sociální pracovník se stává situačním diagnostikem, zdrojem dostupné pomoci a informačním zázemím v nelehké situaci klienta **(59)**.

Povinnostmi k profesi a zaměstnavateli na sebe pracovníci berou závazek jejich plnění. Pohybují se tak v rámci práv a povinností, které definuje stát a jeho právní systém, zaměstnavatel i profesní standardy **(40)**.

Sociální pracovník se může ocitnout i v roli cvičitele/učitele sociální adaptace, kdy pomáhá klientům v úpravě jejich situace. Stává se trenérem sociálních a adaptačních dovedností, povzbuzuje klienta ke změnám jeho chování,

působí i preventivně. Poradce či terapeut je další z možných postojů, které sociální pracovník zaujímá. Napomáhá klientům k získání odstupů a náhledu na jejich situaci, postoje a způsoby jednání jakými se prezentují. Snaží se o zvýšení osobního růstu klientovy osobnosti **(59)**.

Měl by být schopný reflektovat a posuzovat své povinnosti a dokázat si své jednání obhájit, ať už se ve své práci dostává do jakékoli role **(43)**.

V další roli, případového manažera, usiluje sociální pracovník zajištění, koordinaci, plánování a poskytování služeb dle potřeb klienta. Snaží se o sladění a efektivitu poskytovaných služeb. Projekce této role je zejména u problémových rodin. Jinou možností je role manažera pracovní náplně neboli organizátora práce, který plánuje dávkování intervence, průběžně zpracování potřebné informace a zároveň sleduje kvalitu poskytování služeb **(59)**.

U sociálního pracovníka je vždy důležitá důkladná rozvaha všech možných způsobů jednání a uvědomění si pravděpodobných efektů a důsledků svého jednání pro zúčastněné osoby i společnost obecně **(40)**.

Personalista neboli personální manažer je rolí sociálního pracovníka zajišťující pracovníkům zařízení jejich odpovídající výuku, výcvik, konzultace a supervize **(59)**.

Ta je pro sociální práci jedním z nejvýznamnějších procesů umožňujících předkládání znalostí a dovedností ostatním pracovníkům a kolegům **(39)**.

Poslední rolí, kterou může sociální pracovník zaujímat, je role administrátora. Tu vykonává vedoucí pracovník či přímo ředitel organizace. Ten zaštiťuje plán a rozvoj organizace, zavádění způsobů práce, služeb a programů. Je vnějším i vnitřním koordinátorem a hodnotitelem programů a poskytování služeb **(59)**.

1.4.2.2 Typologie sociálního pracovníka

Kopřiva člení pracovníky do dvou typů dle míry pracovního nasazení. Jedná se o typ angažovaného pomáhajícího pracovního, který svou práci provádí se svým osobním nasazením, s chutí, odhodláním a smyslem potřeby a nutnosti

dané práce. Vykonává ji rád, i za nižší finanční ohodnocení, než kdyby dělal jinou činnost.

Naproti tomu neangažovaný pracovník je prototypem opaku. Nemá na výkonu činnosti žádné osobní zájmy, ani uspokojení z pomáhání. Práci vykonává byrokraticky bez zájmu o klienty **(28)**.

Prostřednictvím způsobů přístupů k praktické činnosti definovala Banksová čtyři prolínající se typy sociálních pracovníků. Prvním typem je sociální pracovník, který je ve svém přístupu k práci angažovaný. Jeho práce je pro něho způsobem uplatnění svých vlastních morálních hodnot. Své klienty vnímá empaticky a s respektem. Má o ně opravdový zájem a jedná s nimi jako se svými přáteli. Postupy svého jednání aplikuje stejně v profesním i osobním životě. V tomto přístupu se objevuje problematika vytvoření osobního vztahu s klienty a ve druhé řadě syndrom vyhoření **(40)**.

Radikální sociální pracovník je druhým typem přístupů k práci sociálního pracovníka. I zde vkládá pracovník při výkonu povolání své osobní hodnoty a nasazení, ovšem se skrytým úmyslem změny zákonů, oblastí sociální politiky a činnosti praxe, neboť její provádění shledává jako nespravedlivé. Jedná se tedy spíše o politickou ideologii, než o práci v zájmu klienta a jeho potřeb **(40)**.

Sociální pracovník může být zaměřený i čistě byrokraticky. Účelem tohoto modelu je manipulace s lidmi, ale v zájmu jejich změny. Je zde vytvářena iluze osobní péče pracovníka o klienta. Je důležité, aby si pracovník dokázal oddělit osobní a profesní život, aby svou pracovní manipulaci nevnímali jako osobní vinu **(28)**.

Nejžádanějším a jediným přípustným typem by měl být profesionální sociální pracovník, který je autonomním a vzdělaným jedincem, řídí se etickým kodexem a jeho prioritou je zájem a práva o jeho klienty. Uživatele vnímá individuálně, nechá ho participovat na dění a rozhodování o jeho osobě. Dává mu moc, kterou profesionálně řídí **(40)**.

1.4.3 Etický kodex sociálních pracovníků

Polemika věnovaná etickým aspektům otázek morální oblasti sociální práce napomáhá sociálním pracovníkům v orientaci v situacích, kdy mají učinit rozhodnutí spadajících do oblasti morálních problémů a dilemat. Etické problémy vyvstávají tam, kde je evidentní to, jak by se měl sociální pracovník rozhodnout, ale samotné rozhodnutí se mu osobnostně přičí. Jinou formou jsou etická dilemata, která vznikají ve chvílích, kdy má sociální pracovník před sebou dvě nebo dokonce více stejně nevhodných možností řešení situace, což pro něho představuje konflikt morálních principů (40).

Jednoznačné vymezení hodnot a morálních kodexů není v sociální práci dáno. Veškeré hodnoty vyplývají z morální podstaty věcí, které lze definovat jako vše to, co v životě každý považuje za významné. Jedná se o normativní standardy mající vliv v první řadě na naše rozhodování a posléze na naše jednání (53).

Etické kodexy jsou důležité k prvotnímu seznámení a nahlédnutí do problematiky hodnocení sociální práce. Jedná se užitečný, avšak zjednodušující model. Z hlediska etiky je dobré zabývat se potřebami, které si v sobě sociální pracovník přináší (72).

Podstatou etického kodexu je respektování práv druhého člověka. Je profesním standardem sociální práce obsahujícím všeobecná ustanovení etického chování ke klientovi, a to bez rozdílu (62).

Sociální práce je v celém svém rozsahu vybudována na hodnotách demokracie a lidských právech (6).

Etické zásady jsou teorií morálky, jejímž cílem je vědění o vědomém a odpovědném jednání, proto sociální pracovníci dbají na dodržování lidských práv u skupin i jednotlivců, přičemž se řídí Chartou lidských práv Spojených národů a Úmluvou o právech dítěte (53).

Etické kodexy sociálních pracovníků jsou vydávány profesními asociacemi, v České republice hovoříme o Společnosti sociálních pracovníků, která v roce

1995 vydala etický kodex určený sociálním pracovníkům. Tím dává veřejnosti najevo, že etické implikace jsou pro pracovníky nesmírně důležité (40).

Jak uvádí Břízová s Bocksneiderovou : „Sociální pracovník respektuje jedinečnost každého člověka bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, rasy či barvu pleti, mateřský jazyk, věk, zdravotní stav, sexuální orientaci, ekonomickou situaci, náboženské a politické přesvědčení a bez ohledu na to, jak se podílí na životě celé společnosti“. Dále pak poukazují na to, že sociální pracovník respektuje právo každého jedince na seberealizaci. Napomáhá jednotlivcům, skupinám, komunitám a dobrovolným společenským organizacím, a to na co nejvyšší odborné úrovni nabízením svých znalostí, dovedností a zkušeností (6).

Mezinárodní federace sociálních pracovníků zformulovala Mezinárodní etický kodex profesionálních sociálních pracovníků do specifických vztahů sociálního pracovníka a okolního prostředí (62).

1.5 Náročné a zátěžové sociální situace

Společenské prostředí kolem nás se neustále proměňuje a je ovlivněno nejrozmanitějšími a nejrůznorodějšími vlivy. Orientace v sociálním prostředí může být sama o sobě náročnou zátěžovou situací. Změny vyvíjející se společnosti kladou nemalé nároky na socioprofesionální role, které by se měli pružně střídát během života. Společnost si také žádá adaptaci na nové techniky a technologie. Na zvládnutí enormního množství informací. Na osobnost člověka je často vyžadována nutnost zásadní změny, rychlého rozhodování a řešení životních událostí. Je také nutno učit se novým technikám práce a komunikace (58).

Každý člověk se v průběhu života ocitne v náročných životních situacích, které ho zatěžují. Pokud má nedostatek energie pro přizpůsobení se negativním vlivům, naráží jeho rovnováha a dochází k vyvolání apatie, strachu a mění se prožívání jedince. Dostává se do stresu, tedy do situací, které přesahují jeho psychické síly (10).

Na člověka jsou kladeny zvýšené nároky jak po stránce tělesné, tak i psychické. Dochází tak ke změnám chování jedince, které se snaží přizpůsobit novým situacím a být vůči zátěži odolný. Ovlivněna je celá osobnost, což může mít negativní dopad. Na druhé straně může jedinec zmobilizovat své síly, což může vést i k vyšším výkonům. Zpravidla bývá ale dopad negativní **(46)**.

Člověk se dostává do situací, které jsou pro něj nepřehledné, nejasné, které nemůže pouze pomocí svých sil zvládnout, které vyvolávají zátěž a značné vyčerpání. Těmto situacím říkáme zátěžové neboli nadlimitní situace **(58)**.

Náročné životní situace můžou působit současně nebo se vzájemně ovlivňovat a vytvářet prostor pro kumulaci složitých reakcí projevujících se v jeho jednání a chování **(10)**.

Samotné zamyšlení a uvědomění zátěžových situací je prvním krokem k odstranění stresu **(31)**.

1.5.1 Náročné životní situace

Jedná se o subjektivitu pohledu vztahu člověka a okolí. Pro jedince je náročné především to, na co nemá dostatek vnitřních sil a předpokladů. Vlivem vnějších okolností se však také dostává do náročných situací. Je tedy nutno brát na zřetel vnitřní i vnější vlivy a dispozice. Náročné životní situace uvádí Řezáč jako nečitelné, neřešitelné, nezvládnutelné a v neposlední řadě i ohrožující. Nečitelnou situací je pro jedince problém, ve kterém se nemůže vyznat, je nejasný, bez struktury. Jedinci tak chybí potřebný náhled a odstup od problému. Neřešitelnou situací je pro člověka takový jev, kdy chápe význam situace, ale její řešení není schopný nalézt. Situace nezvládnutelná je vyjádřena tím, že jedinec si plně uvědomuje daný problém, má nadhled i schůdné možnosti řešení, ale domnívá se, že pro potřebné řešení a vyřešení mu schází prostředky. Ohrožující situací je ta, jejímž řešením aktuálně nebo potencionálně vyvstává riziko ohrožení jedince, jiných osob či hodnot **(58)**.

Náročné životní situace jsou situacemi, kdy působení dvou či více činitelů, které vystupují proti sobě, obvykle negativně ovlivňují člověka, jeho vnímání a prožívání, neboť situaci chápe jako nepříjemnou, vytváří vnitřní napětí. Důsledkem tohoto působení je pak narušení harmonie osobnosti a rovnováhy organismu (8).

1.5.1.1 Problémové situace

Problémové situace jsou nejčastějším příkladem náročných životních situací. Sestávají ze dvou složek, ze stránky objektivní a subjektivní. Objektivita značí reálný, skutečný stav věcí, tedy podmínky a prostředí tak, jak opravdu je. Subjektivní stránka vyjadřuje to, jak situaci každý vnímá individuálně. Chalupa spatřuje problémovou situaci jako „soubor všech informací a podmínek, které působí na řešitele v různých okamžicích řešení problému. Struktura problémové situace se mění podle toho, jak postupuje řešení, a lze tedy odlišit počáteční problémovou situaci, přechodné situace i konečnou situaci (58).

Skutečná problémová situace, ve vztahu jedince s realitou, vzniká až objevením/objevováním problému. Objektivní problémová situace ještě netvoří problém. Jde o onen stav, který obvykle vyjadřujeme výroky „mám problém“, „trápí mě problém“, anebo také je: „tohle už nemohu dále vydržet“, „tak už to dál nepůjde, s tímhle se musí něco udělat“ (3).

Problémová situace jako souhrn podmínek objektivně označuje stav skutečnosti (58).

Problém je vždy „něčí“. Je třeba vždy odlišovat:

- a) stav objektivity, který je skutečně rozporný a vyžaduje změnu
- b) představu o problému – vnitřní model problémové situace
- c) stav člověka a jeho potřeby aktivního zásahu do situace - nutkání provést změny, řešit situaci, angažovat se

Chceme-li řešit problém, musíme odlišovat následující podmínky:

- 1) základním předpokladem je uvědomění si podmínek řešení, a to vnějších i vnitřních
- 2) snaha naleznout a vidět prostředky pro řešení problémové situace
- 3) rozvrhnutí postupů, jak a co se bude řešit
- 4) kritéria postupů řešení **(3)**

Řešení problémové situace je členěno do etap, které probíhají v opakujících se cyklech. Na začátku stojí diagnostika situace. Od ní se odvíjí projektování řešení a samotné reálné řešení. Dále nastupuje korekce diagnózy, projektu řešení a korekce samotného řešení. A opět se dostáváme na začátek k diagnóze nově vzniklé situace **(58)**.

1.5.1.2 Frustrační situace

Frustrací je v odborné literatuře označováno zmaření, zklamání či znemožnění. Jedná se o psychický stav a chování člověka, které jsou vyvolané překážkou na cestě k určitému cíli a uspokojení potřeb. Překážka působí rušivě na uspokojování potřeb a aktivizuje tzv. obranné frustrační mechanismy **(1)**.

Pod pojmem frustrace označujeme situaci jedince, ve které se nalézá, ale také vnitřní prožitek člověka. Frustrace jako situace neboli frustrační situace v sobě zahrnuje tři části. A to jedince, překážku a cíl. Jedinec chce dosáhnout určitého cíle, ale v cestě mu stojí určitá překážka, která dosažení cíle znemožňuje **(58)**.

Frustrace jako prožitek je záležitostí subjektivního vnímání, subjektivní interpretace situace. Zpracování situace je vždy ovlivněno emočním založením jedince, jeho charakterem, postoji a návyky. Nemalou roli zde hraje i sociálně-psychologické hledisko, kam řadíme prostředí skupiny a postoj partnera, tedy zúčastněných jedinců, dále náročné, ale vyrovnané vedení a hodnocení a zřejmý smysl a význam prováděných činností **(54)**.

Frustrace lze členit na následující prvky:

- a) deprivace – jedná se dlouhodobý nedostatek něčeho nezbytný pro uspokojování základních potřeb
- b) oddálení – značí vynucené odložení uspokojení životně důležité potřeby
- c) zmaření – dochází k němu při neúspěchu dosažení cíle, při vynaloženém úsilí
- d) konflikt uvnitř jedince – jde o střetnutí dvou nebo více protichůdných sil stojících na cestě k cíli

Frustraci dále dělíme dle stupně závažnosti frustrační situace na:

- 1) malé – drobné, takřka každodenní frustrační situace
- 2) velké – významné, životní frustrace
- 3) existenciální – kdy dochází ke ztrátě smyslu života, rezignaci, pocitu marnosti, zbytečnosti **(1)**

Řezáč uvádí 16 typů reakcí na frustrační situaci. Jmenovitě se jedná o: agresi, projekci, racionalizaci, sublimaci, somatizaci, potlačení, kompenzaci, únik nebo ústup, identifikaci, regresi, transgresi, stereotypizaci, vytváření reakcí, rezignaci, manipulování, substituční chování **(58)**.

1.5.1.3 Stresující situace

Stresující situace se velmi podobají situacím frustračním, pouze s tím rozdílem, že v prožívání emocí vyvstávají pocity tlaku a tíže. Také cesta vedoucí k uskutečnění cíle je značně ztížena nejrůznějšími okolnostmi, mohou to být faktory vnitřní i vnější povahy. Tyto faktory – stresory podněcují pocit tlaku a zátěže a vyvolávají změny na úrovni fyziologické, emocionální, kognitivní, i v oblasti chování **(58)**.

Za stresující podmínky považujeme ty, které pro jedince vyvolávají takovou zátěž, na kterou se již není schopný přizpůsobit. Tlak okolního prostředí, který je jedincem vnímán, ale nepřesahuje možnosti osoby adaptovat se na ni, se nazývá hypostres. Naopak stres-tlak okolí, převažující adaptabilitu organismu a způsobující jedinci nadlimitní zátěž je označován jako heperstres **(8)**.

Okolnosti charakteristické pro stresové situace popisuje Řezáč jako následující:

- enormně ztížené okolnosti pro tvorbu činností
- časový pres
- určité riziko
- tlak zevnějšku

Stresové situace ovlivňuje také subjektivní vnímání. Neadekvátní odhad vlastních předpokladů a nepřiměřené ambice vede k nepřiměřenému vztahu sám k sobě (24).

1.5.1.4 Konfliktní sociální situace

Konflikt je chápán jako střet dvou nebo více vzájemně rozporných náchylností, sil a motivů vyvolávajících napětí a tlak, ale zároveň i snahu toto napětí odstranit řešením vzniklé situace či problému. Konfliktní situace lze členit na vnitřní a vnější. Vnitřní konflikty se vyznačují prožitky nitra jako stavu. Vnější konflikty se vyznačují střetem vnějších faktorů s faktorem vnitřním, psychickým (58).

Konfliktní situací je vyjádřen fakt střetu, kdy mezi prvky systému dochází k rozporu. To je jedincem vnímáno jako potřeba změny stávajících poměrů. Subjekt má dvě volby řešení konfliktní situace, buď se snaží o změnu podmínek prostřednictvím odbourání problému, nebo se naopak snaží řešení vyhnout, uniknout před ním (29).

V literatuře jsou popisovány zejména konflikty rolí. Ty vyvstávají v situacích, kdy se jedinec nalézá v určité situaci, kdy je okolnostmi či prostředím nucen zaujímat vzájemně protichůdné role nebo vnitřně rozporuplné role. Konflikty rolí lze

členit do několika oblastí. Jsou jimi: konflikty záměny rolí, pojetí rolí, pojetí a výkonu rolí, konflikty očekávání vztahujících se k jedné roli, konflikty pozic,

skupin, norem, formálních a neformálních norem uvnitř skupiny, konflikty cíl-způsob dosahování-norma a konflikt podvojně vazby (58).

Strategií zvládání konfliktních situací je mimo jiné výchova i sebevýchova k vlastnímu pozitivnímu, myšlení, jednání a prožívání (24).

1.5.2 Zvládání životních těžkostí

Náročné životní situace vždy byly, jsou a budou. Člověk se tváří v tvář setkává s těžkými životně náročnými situacemi, které vyžadují sílu a adekvátní postoje vnímání a řešení vyvstalých situací (29).

Snahou o změnu nežádoucí či nepříjemné situace se člověk pokouší o zvládnutí jevu, o změnu negativního. Proces zvládání těžkostí se označuje jako „čelení“ nebo „moderování“ stresu, teda snaha o změnu nepříznivé situace. Pod definicí zvládání rozumí Křivohlavý toto: „Zvládání je proces řízení vnějších i vnitřních faktorů, které jsou člověkem ve stresu hodnoceny jako ohrožující jeho zdroje“. A dále, že „jádro zvládání je využívání snah řídit vnitřní či vnější požadavky, které těžce doléhají na člověka“ (29, str.69-70).

Proces vyrovnávání se se zátěžovými situacemi se nazývá „coping“ neboli zvládání. Umění poradit s si každou situací. Jedná se o úsilí, které je orientované na vnější činnost, ale zároveň také na intrapsychický rozvoj osobních zdrojů. Patrné je snížení úzkosti a stresových situací, které vyvolávají náročné životní události. Zvládáním je označována i aktivita, která zmírňuje dopad těžkostí na život jedince (27).

Možnosti a zvládání stresových situací jsou v literatuře popisovány různými strategiemi. Podle Výrosta popisujeme tři možnosti řešení takových situací. První strategií je zvládání zátěže zaměřené na problém. Ta v sobě zahrnuje snahu o změnu prostředí, probrání problému a jeho řešení. Druhá strategie je zaměřena na zvládnutí emocí. Zde je hlavním prvkem zvládání vlastních negativních emocí. Třetí strategie je zaměřena na únik a obranné mechanismy (78).

1.6 Zátěž a stres

Díky rostoucímu životnímu tempu, stále se zvyšujícím nárokům na výkon povolání, neustále rostoucímu tlaku a časovým úsporám se vliv zátěže a stresu stává ve vyspělých společnostech běžnou součástí života (24).

Brockert říká, že: „Stres vzniká, když se naše životní cíle, již nekryjí s našimi potřebami“ (5).

Zjednodušeně lze zátěž označit jakkoli náročnou úroveň požadavků, které jsou na jedince kladeny. Termínem stres rozumíme nepřiměřenou zátěž působící na daného jedince (27).

Stres není jenom situací, ale i stavem, ve kterém se jedinec nalézá v důsledku stresové situace. Důležitým bodem je to, jak se člověk se situací vyrovnává, jak stres zvládá, a to po stránce vnější i vnitřní, neboť se jedná o komplementární děj. Velkou roli zde hrají osobnostní vlastnosti daného jedince, obzvláště jeho odolnost vůči stresu. Dále pak strategie, jakou volí při řešení vyvolané stresové situace. Neopomenutelným prvkem je i sociální prostředí a jeho vliv (46).

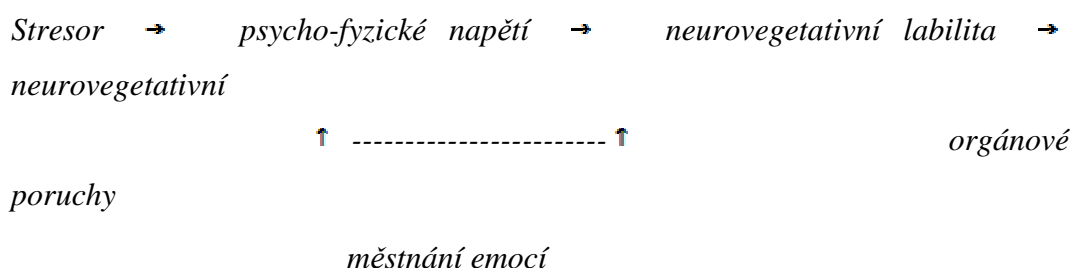
Stres vzniká dlouhodobým působením nadměrně silných vnějších nebo vnitřních podnětů nebo ve chvíli, kdy e jedinec ocitne, pro něj, v nesnesitelné situaci, kterou vnímá jako ohrožení svého blaha (27).

Poněšický pojímá stres takto: „ Na určitou zátěžovou situaci, ve které si nevíme rady a na kterou svými emocemi, svým rozumem, i svým chováním neodpovídáme, reaguje, takřka v druhém sledu, naše tělo“ (50).

Ze vztahu mezi požadavky a nároky, jejich možnostmi a zvládnutím vzniká zátěž. Pokud je pro daného jedince vnímána jako přiměřená, dochází k jeho rozvoji. Naopak nepřiměřená zátěž vnímána osobností jedince vyvolává negativní odpověď organismu. Dle těchto odpovědí organismu lze zátěž členit na biologickou, fyzickou a psychickou (27).

Při nezvládnutí zátěžové situace se mohou objevit psychosomatické onemocnění, jakými jsou např. potíže zažívacího ústrojí, výkyvy krevního tlaku,

srdeční arytmie, dýchací obtíže, napětí, bolesti hlavy a další. Tyto psychosomatické vlivy zátěže a stresu působícího na organismus lze vyjádřit následujícím schématem, který uvádí Nakonečný takto:



(46) -str. 258, Stres

Mezi základní zdroje psychického stresu řadíme psychické trauma či újmu, dlouhodobé sociální situace, nadměrné a nesplnitelné úkoly, které mají nezvládnutelné nároky na psychický stav člověk v kombinaci s časovým presem a déle neadekvátní a nežádoucí podmínky k životu, které s sebou nese doba a společenské prostředí (46).

1.6.1 Teoretická východiska zátěže a stresu

Stres je pojmem, který se v poslední době vyskytuje zejména vlivem popularizace a přesunem z odborné oblasti do roviny veřejné a stává se civilizačním jevem. Slovo stres se tak stává univerzálním pojmem pro jakoukoliv zátěž. Slovo „stres“ pochází z Anglie, z přelomu 14. a 15. Století. V odborné literatuře jsou zátěž a stres od sebe oddělovány a chápány jako rozličné pojmy. Zátěž, ve smyslu požadavků, které je organismus schopen splnit, je považována za žádoucí jev, neboť stimuluje jedince k činnosti, jinak by ve vývoji stagnoval (24).

Jedná se o stav člověka vzniklý zevním podnětem, na který jedinec nemá dostatečné adaptační schopnosti (41).

Pohyblivost životních událostí, vyžaduje neustálé přizpůsobování se novým věcem, problémům. Ve chvíli, kdy se nám nakupí velké či malé problémy, může

docházet ke snižování adaptability jedince, což vede k prožívání úzkosti a stresu (52).

Skupina událostí, životních situací, příhod a prožívání není stejnorodá, a proto vede člověka různorodých reakcí na úrovni psychologické, fyziologické, sociální i behaviorální. Je třeba odlišovat události příjemné, tzv. eustresové neboli přijatelné, a nepříjemné, tzv. distresové. Rozdíl je také mezi situacemi očekávanými a nepředvídatelnými. Každý člověk na zátěžovou situaci může reagovat jiným způsobem, neboť zvládací schopnosti organismu i lidská psychika jsou odlišnými jevy (24).

Zátěž vyvstává z údobí vztahu mezi požadavky a nároky kladenými okolím a životem samotným na jedince a jejich zvládním. Zátěž je obecně dělena na psychickou, fyzickou a biologickou. Nepřiměřená zátěž může vyvolat vyšší fyziologickou odpověď reakce organismu a může být zdrojem rozvoje řady onemocnění. Přiměřená zátěž naopak může vést k rozvoji osobnosti jedince (27). Pod pojmem stres se rozumí reakce organismu na nadměrnou zátěž, na to, co jedince přetěžuje. Působí-li zátěž zvenku, označuje se jako stresor (51).

Členění stresorů je v odborné literatuře na *vztahové*, kam řadíme závažné sociální nehody, rozpory a konflikty, dále na *pracovní*, to jsou konflikty na pracovišti, a to s nadřízeným, se spolupracovníky, nepřiměřením pracovní vypětí a požadavky, špatné pracovní podmínky. Třetím typem jsou stresory *zdravotní*. Do této oblasti spadají následky úrazů, vážná onemocnění, disabilita, neschopnost péče o svou osobu. Posledním typem jsou nárokové stresory. Sem patří nevyhovující životní podmínky, jako například špatné bydlení, neuspokojivé zaměstnání, nedostatek financí a zábavy (46).

Stres se v odborné literatuře dělí dle délky trvání na akutní a chronický (27).

Základní reakce na stres se dělí do několika fází. Prvním typem je poplachová reakce. Při ní organismus mobilizuje veškeré síly a energii, tělo se připravuje na akci. Jako druhá fáze následuje všeobecný adaptační syndrom, který nastupuje po vyčerpání poplachové reakce. Jedná se o celkovou aktivaci organismu, v důsledku pokračujícího působení stresoru, dostávají se negativní emoce. Třetí reakcí je

vyčerpání rezerv. Ta se dostavuje v případě, kdy se nepodařilo stresovou situaci zvládnout. Bortí se adaptační mechanismy, což má za následek psychosomatické dopady, vnitřní napětí a deprese (46).

Člověk je bytostí návykovou a každá změna, i k lepšímu, pro něho může znamenat zátěž, a to i dodatečnou (5).

Stres může mít mnoho podob a je synonymem momentální nebo dlouhodobé zátěže, kdy je něco v nepořádku, nerovnováze, kdy problém jedinci tzv. „přerůstá přes hlavu“. Tělesná, fyzická reakce na zátěžovou situaci je u každé osoby přibližně jednotná, naopak své okolí a stres vnímá každý jinak, neboť každého jedince stresuje individuálně něco jiného (71).

Dle struktury lze zátěžové situace rozdělit do dvou oblastí, a to na objektivní kategorii, kam řadíme závažné životní události a každodenní situace, a na osobní faktory zátěže, do kterých spadají osobní vlastnosti jedince, jeho schopnosti a dovednosti, vzdělání, zvyky a návyky i genetická výbava (27).

1.6.1.1 Biologická zátěž

Biologická zátěž je zaměřena na biologické potřeby organismu a je vyvolána aspekty fyzikální, chemické nebo biologické povahy. Jejím projevem ve spojitosti se stresem mohou být různá onemocnění (4).

1.6.1.2 Fyzická zátěž

Primárním faktorem fyzické činnosti a s tím spojené zátěže je uváděna svalová činnost jako zdroj energie pro výkon práce. Tu lze členit na práci dynamickou nebo statickou a dále práci, která není vykonávána ve vhodné pozici těla (4).

Fyzická zátěž se stává stresem ve chvíli, kdy dochází k překročení hranic a možností organismu, což se může projevit bolestí a vyčerpáním (82).

V současném vývoji pracovních podmínek dochází ke snižování podílu fyzicky náročných prací a dochází ke zvyšování zátěže psychické. V rámci povolání zdravotních sester je však fyzická zátěž stále značně přítomna, opakem je tomu v profesi sociálních pracovníků **(11)**.

1.6.1.3 Psychická zátěž

V širším pojetí jí označujeme psychofyzilogické změny, které vyžadují enormní psychické nebo psychofyzické vypětí, které vyvolávají situace, jímž se nelze přizpůsobit **(46)**.

Psychická zátěž je tedy chápána jako psychické zpracování a vyrovnání se s požadavky životních a pracovních situací, kterým je jedinec vystaven, a kterým je nucen čelit **(4)**.

Primární roli zde hrají psychické pochody a procesy samotného jedince. To do jaké míry a jakým způsobem se dokáže vyrovnat s nároky životních a pracovních situací **(51)**.

V odborné literatuře je psychická zátěž členěna na tři podtypy. Jedná se o zátěž sensorickou (je spjata s periferními smyslovými orgány v návaznosti na centrální nervový systém), mentální (dána do spojitosti s pozorností, pamětí, představivostí, myšlením a rozhodováním) a emoční (citová složka prožívání jedince) **(82)**.

1.6.2 Práce a stres

Stres je taková situace, kdy je adaptace na její vznik nesmírně obtížná nebo dokonce úplně nemožná, ale přesto je motivace pro jeho překonání velmi silná **(72)**.

Pracovní stres lze označovat jako následek nerovnováhy mezi nároky, očekáváním a kapacitou práce, na jejím zvládnutí. Primární úlohu zde hraje odpovědnost za práci, její organizace, náplň a tempo, ale také podmínky, ve kterých je práce vykonávána **(41)**.

Reakce na pracovní stres bývá vyčerpání, pasivita a zklamání. Jedná se o vyčerpání v důsledku nadměrného psychického, pracovního, emocionálního a fyzického vyčerpání (24).

Příznaky pracovního stresu lze rozdělit do čtyř oblastí, které zahrnují tělesné projevy (bolesti hlavy, poruchy trávení, nespavost, zvýšenou únavu), dále psychické vyjádření (poruchy soustředění, úzkost, obavy, paranoidní myšlenky), patří sem také projevy v chování (předstíraný zájem, hraní role pečovatele, vyhýbání se práci, klientům, nadměrné pití, přejídání či kouření), neopomenutelnou je také emoční složka (výkyvy pocitů, nechut', kolísání nálady, úzkost, nenávisť vůči klientům) (15).

Průběh vzniku pracovní zátěže a stresu:

ZDRAVÍ → NAPĚTÍ → NEÚMĚRNÉ NÁROKY → STRES → VYČERPÁNÍ
→ ŠPATNÝ ZDRAVOTNÍ STAV

Existuje celá řada různých úrovní stresu, které mohou být vyprodukovanou odpovědí organismu na zátěžovou situaci. Úroveň pocíťovaného tlaku je závislá na osobnosti člověka, na jeho zdravotním stavu a dalších různých faktorech (51).

1.6.2 Psychosociální pracovní zátěž

Psychosociální zátěž v pracovních podmínkách souvisí se sociálním prostředím, s organizačními aspekty zaměstnání, s jeho obsahem i určitými aspekty prováděného úkolu. To může být klasifikováno do několika kategorií. První kategorií zaujímají problémy související s rolemi, které jedinec zastává, tím se může dostat do konfliktu mezi jednotlivými rolemi. Druhou kategorií jsou nároky související s obsahem práce, se zatížením a odpovědností. Třetím bodem je vlastní organizace práce. Dále lze hovořit o profesní perspektivě a v neposlední řadě o fyzickém prostředí, ve kterém je práce vykonávána (55).

Při nedostatku podpory vnímá pomáhající více citového rozrušení a osobní nepohody, než je schopen zpracovat a dostává se do přetížení. Více vnímá stresové situace, které nemusí adekvátně hodnotit **(15)**.

Psychosociální stres, a to pracovní mimopracovní je dnes hojně studován. V pracovních podmínkách souvisí se sociálním prostředím v práci, s její organizací, obsahem a operačními aspekty. To může být zdrojem zdravotních rizik. Pracovní zátěž lze členit na problémy související s rolemi, které pracovník na pracovišti zaujímá, s vysokými nároky práce, s organizací práce, se špatnou komunikací, nejasnými kompetencemi a odpovědností, s profesní neperspektivou či s fyzickým prostředím, ve kterém je činnost vykonávána **(24)**.

Určité druhy zátěže a stresu jsou nevyhnutelné a mohou být pozitivní v kontextu vybuzení pracovníka k aktivitě, mobilizování energie a vypořádání se s krizovou situací. U pomáhajících však stresory vznikají často, vybudí pracovníka k reakci, avšak bez možnosti mobilizovanou energii vydat, neboť jsou nuceni sedět, ovládat se a prožívat klientovu bolest. Musí zvládat situace, na které nejsou osobnostně, někdy i profesně, citově připraveni. Stres, který není vydán, zůstává v těle a může působit obtíže v podobě tělesných, psychických či emočních problémů **(15)**.

Výzkumem a dlouholetou praxí byla ověřena rizikovost několika základních kritérií a oblastí pracovních podmínek z hlediska psychické zátěže. Patří k nim: časový tlak a intenzita práce, vynucené enormní pracovní tempo, jednotvárnost, nároky v oblasti komunikace a kooperace, vlivy narušující soustředění, vysoká míra odpovědnosti, riziko ohrožení vlastního zdraví a zdraví jiných osob, pracovní podmínky a problémy ve vztazích na pracovišti

Posouzení míry psychosociální zátěže náleží odborníkovi, neboť se hodnotí i další stresory, obsah práce, její časové charakteristiky a další nezbytné okolnosti včetně posuzování osobnostních charakteristik pracovníků **(4)**.

1.6.3.1 Psychosociální pracovní zátěž v práci sester

Nejčastějšími zdroji psychosociální pracovní zátěže pomáhajících pracovníků jsou situace, při kterých je nutné řešení náročných životních a sociálních situací **(21)**.

Krátkodobá pracovní zátěž je zpočátku vždy motivujícím faktorem výkonu. Po delší době a expozici stresu se však dostavuje úzkostnost, poruchy koncentrace, napětí a zhoršení výkonu a kvality práce. Pokud jedinec zůstane ve stresové zátěži, objeví se pocity selhávání, zneužívání, sociální stažení a touha po změně zaměstnání. Výkon dále klesá a při trvalé expozici stresorům se rozvíjí depresivní nálada, syndrom vyhoření, tělesné onemocnění až psychické zhroucení **(82)**.

Zdrojem psychosociální pracovní zátěže v povolání sestry znázorňují zejména vztahy a s nimi spojené problémy. Potíže ve vztazích mezi sestrou a pacientem, mezi sestrou a rodinnými příslušníky nemocného a vzájemné vztahy mezi zdravotnickými pracovníky. Dále pak situace týkající se kontaktu s vážně nemocným a umírajícím, ale i s jeho rodinou. Za jednu z nejnáročnějších činností v profesi sestry je považována paliativní péče, kdy se sestry musí vyrovnat s vědomím, že jejich práce je nesmírně záslužná, ale že i přes veškerou snahu nepovede k uzdravení nemocného **(21)**.

V prevenci stresu a nadměrné pracovní zátěže by se měli angažovat i zaměstnavatelé, bylo zjištěno, že až 70 % pracovních neschopností je v důsledku nemocí, které mají souvislost se stresovou zátěží na pracovišti **(82)**.

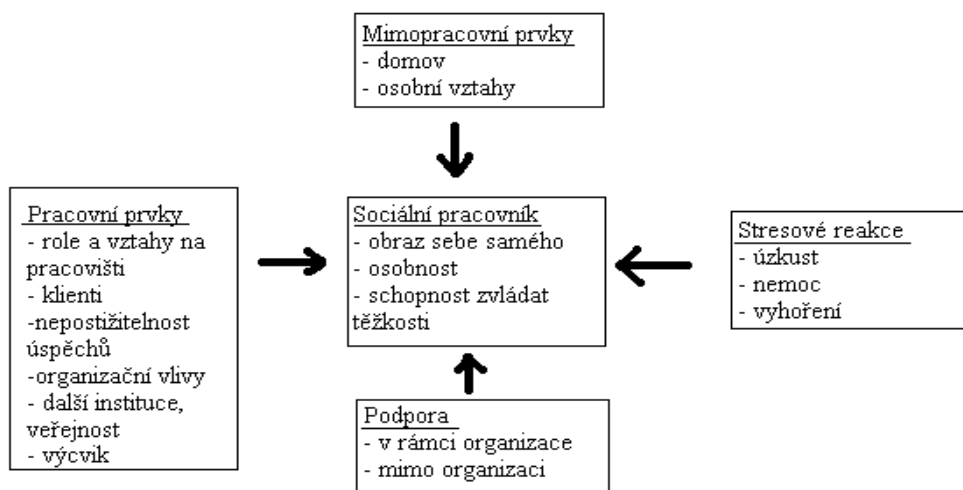
1.6.3.2 Psychosociální pracovní zátěž v práci sociálních pracovníků

V zahraničí je problematice psychosociální pracovní zátěže sociální práce věnována nemalá pozornost. Různými autory je popisována jako fenomén patřící do výkonu povolání sociálních pracovníků, jinými autory je naopak vnímána projev „oslabenosti“ osobnosti jedince, jeho slabých stránek a vzorců přístupů k řešení konfliktních situací a zátěži. Tuto zátěž pak vnímají kontext vnějších nároků a tlaků spolu s vnitřními osobnostními proporcemi jedince **(45)**.

Pracovní zátěž a její působení na zdravotnického profesionála lze adekvátně chápat pouze na základě celostního přístupu k danému jedinci, včetně jeho aktuálního postavení na škále mezi zdravím a nemocí. Tento přístup zahrnuje jak objektivní, tak subjektivní atributy zdraví v duchu vývoje definice zdraví uváděné Světovou zdravotnickou organizací (82).

Pracovní zátěž a s tím spojený stres může v dlouhodobém měřítku výrazným způsobem snižovat kvalitu práce, poskytované pomoci, sociálních služeb a celkové efektivity pracovního nasazení. Může také vést k nežádoucím jevům, jako jsou zdravotní obtíže až po syndrom vyhoření (45).

Jednoduchý model dokreslující propojenost stresu a podpory zdůrazňuje důležitost věnovat pozornost vlastnímu systému podpory a odpovědnosti a nutnost aktivního reagování na stresory vlastního života (15).



(15) - Formy stresu sociálního pracovníka

1.6.3.3 Stresory v mezilidské komunikaci

Sociální stres v mezilidské komunikaci má své roznašeče i nositele všude kolem nás, jsou to nejrůznější lidé. Ty prostřednictvím komunikačních prostředků vyslovují kritiku, moralizují a kárají, nebo se naopak uzavírají do sebe, nekomunikují a manipulují s naší osobou. Stresujícím článkem mohou být lidé na pracovišti, doma, ve společnosti, kdekoliv v prostředí, v němž se pohybujeme. To, do jaké míry je pro nás komunikace s druhými lidmi stresujícím prvkem či nikoliv si každý vyhodnocujeme sám v sobě, podle toho, do jaké míry jsme schopni situaci s druhým člověkem řešit a komunikovat s ním, neboť stresory v mezilidské komunikaci jsou značně individuální **(51)**.

1.6.3.3.1 Stresory v rodině

Normálně fungující rodina tvoří pro její členy bezpečné zázemí. Je prostředím úkrytu, jistoty a bezpečí, pomáhá jedinci vyrovnávat se s překážkami a stresovými situacemi každodenního života. Nabízí vzájemnou citovou podporu všech členů rodiny. Takto optimálně funkčních a plně fungujících rodin však není dostatek **(51)**.

Rychlost moderní doby, stále se zvyšující nároky na výkon, nedostatek času na pracovní i mimopracovní aktivity a radikální změny životního stylu, vede k řadě frustrací a k nespokojenosti v životě každého jedince **(8)**.

Lidé mají nejčastěji potíže v souvislosti s partnerskými vztahy, nebo vztahy mezi rodiči a dětmi. Stres je z části vyvolán řadou komunikačních zlovyků v rodině, z nevyřešených životních problémů. Příčinou je váznutí nebo chybění komunikačních dovedností u členů rodiny **(51)**.

Viníka obtíží hledají členové rodiny zejména mimo sebe a začínají být přecitlivělí i na maličkosti. Mnozí si přinášejí zlost a frustraci z práce domů, který se potom stává bojištěm z nevybitých negativních emocí v práci **(8)**.

Vztahy v rodině vyžadují „investice“, kterými je vnímání druhých, jejich potřeb a čas, uvědomění si lásky a váhy, ocenění, potřeb, radosti a společně tráveného volného času **(51)**.

Nejčastěji se vyskytující stresory v rodině:

- Vzájemné obviňování a moralizování
- Vzájemná soutěž (kdo má pravdu – kdo je lepší)
- Neschopnost dohodnout se na společné věci
- Nejasnost v rolích, které každý člen v rodině zaujímá
- Přenášení potlačení negativních emocí z jiných situací a absence vzájemného ocenění a podpory
- Boj o nezávislost mezi partnery **(13)**.

1.6.3.3.2 Stresory v pracovních vztazích

Pracovní prostředí je druhým nejčastěji se vyskytujícím zdrojem sociálního stresu. Špatné a chladné vztahy mezi spolupracovníky, nedůvěra, pomluvy a emoční sterilita často vedou k silnému stresu v pracovních vztazích. Stejně tak jako jakékoliv jiné vztahy vyžadují i tyto pracovní určité investice, do kterých řadíme všímavost vůči svému okolí a spolupracovníkům, ochota, porozumění, ocenění a dobrou komunikaci **(51)**.

Stres při práci a pracovních vztazích je jedním z nejzávažnějších problémů, kterým dnes v oblasti bezpečnosti a péče o zdraví čelíme. Téměř každý čtvrtý pracovník je mu v určité míře vystaven a je také příčinou 50—60 % všech zameškaných pracovních dní. Stres v pracovních vztazích a práci samotné může pocítit kdokoli na jakémkoli pracovním postu. Může vzniknout v každém odvětví a v každé organizaci bez ohledu na její velikost. Má vliv nejen na zdraví a bezpečnost osob, ale také na prosperitu organizací **(82)**.

1.6.3.3 Sociální izolace

Praško a Prašková vysvětlují sociální izolaci jako sociální samotu, osamocení způsobené strachem ze společenského dění a vyhýbání se lidem. Potřeba občasně samoty je zcela přirozenou věcí, ovšem nesmí přerůst v izolaci a strach z kontaktu s lidmi **(51)**.

Sociální izolace je také výsledkem nedostatku sociálních vazeb. Tento stav nastává ve chvílích, kdy člověk opustí známé prostředí a ocitá se v novém **(29)**.

Důsledkem samoty je pak vnitřní nespokojenost, tonus, deprese a určitá bezmoc. Náprava bývá zejména v začátcích velmi obtížná, měla by proto být pozvolná. Opětovné vystavení se sociálním situacím a kontaktu s lidmi musí být postupné **(51)**.

1.6.3.4 Strach v sociálních situacích

Sociální fobie neboli strach v sociálních situacích se u lidí projevuje nervozitou a napětím, pakliže jsou ve společnosti jiných lidí. Nejčastěji jde o strach z odmítnutí, kritiky nebo hodnocení druhými lidmi **(24)**.

Jedná se o obavy z hodnocení jeho vzhledu, chování či charakteru, toho, co si druzí o něm myslí. Raději se proto vyhýbají situacím, ve kterých si myslí, že hodnocení jejich osoby nastává **(51)**.

Sociální fobie se tedy projevuje strachem ze sociálních situací, který začíná již v pubertě a dospívání. Jedinec se bojí společenského styku s jinými lidmi. V jejich přítomnosti není schopen mluvit, jíst, psát, zpívat apod. To vede k vyhýbání se pobytu ve společenském prostředí, v zaměstnání se následně vyhýbají setkáním personálu, schůzím i neformální zábavě s kolegy po práci. Obvykle to bývá spojeno s nízkým sebehodnocením a strachem z kritiky **(29)**.

Důsledky sociálního strachu bývají nepříjemné, lidé se pohybují v začarovaném kruhu úzkosti a vyhýbání se společnosti. Ve vyhraněné formě je

tento strach a úzkost klasifikován jako psychiatrická porucha, které je řešena medikamentózní cestou a psychoterapií (51).

1.7 Syndrom pomocníka

Slovem „syndrom“ je označován souběh určitých znaků tvořících obraz chorobného procesu. Ve spojení s potřebou pomáhání jde o určitou formu obrany osobnosti jedince. Podstata syndromu pomocníka pak tkví v neschopnosti projevení svých vlastních pocitů a potřeb. Tato stránka by neměla být opomíjena, protože má svůj praktický význam v životě pomáhajících, neboť může posílit jejich duševní hygienu, motivaci k práci i stabilitu v jejich životě. Ten, kdo se nenaučí rozlišovat mezi svým perfekcionismem a svými skutečnými realistickými nároky, je svázán perspektivou „bezmocného“ pomocníka. Jedním z mnoha projevů syndromu pomocníka je i syndrom vyhoření, je jedním z předních rizikových faktorů (66).

Tímto syndromem je označován projev, jímž se pomáhající snaží vykompenzovat trauma „odmítnutého dítěte“, neboť trpí nedostatkem pochopení a uznání. To si chce získat v situacích, kdy má mocenskou převahu, kdo je aktuálně v nevýhodě (41).

Syndrom pomocníka je úzce spjat s poruchami zpracování agrese a se začarovaným kruhem perfekcionismu (29).

Tento souhrn představuje nebezpečí, kterému jsou vystaveni pracovníci pomáhajících profesí. Potřeba pomáhat, která je nevědomou obranou, kompenzuje neschopnost prožívat a vyjadřovat vlastní emoce a potřeby (66).

Dle Schmidbauera se jedná o specifickou narcistickou poruchu osobnosti jedince, kterou se pomáhající snaží řešit trauma z dětství, zejména z nedostatku porozumění. Uvádí také, že syndromem pomáhajících netrpí pouze jednotlivci, ale i celé zdravotně-sociální a pedagogické instituce (65).

Pomocník je silným jedincem, který ze sebe vydává vše. Jeho svěřenec je naopak velmi slabý a je odkázán na osobnost pomáhajícího. Tato asymetrie se pro

pomáhajícího stává jakou si drogou pro výkon práce, ze které když nemůže čerpat dostatečné množství úspěchu, je velkým nebezpečí uklouznutí po hraně ke skutečné drogové závislosti. Pocity vnitřní prázdnoty a bezcennosti, které plynou z nedostatku vyjádření emocí a povrchní emocionální komunikace s druhými, se bezmocný pomáhající pracovník snaží kompenzovat svým enormně přehnaným pracovním nasazením. Tato osobnost pak lehce upadá do depresí. Je pro něj velmi namáhavé, zdlouhavé a obtížné nalézt si nové, jiné formy komunikace a emocionálních vztahů, v nichž nejen dává, ale také živě přijímá (66).

Povolání pomáhajících vyžaduje soustavnou kontrolu supervize, neboť bez ní by byla prohlubována touha po vděčnosti a obdivu a jedinec by se řídil pouze vlastním svědomím. Není lehké stanovit, kdy je pomáhající člověk psychicky fit a kdy naopak ne a je postižen duševní poruchou, neboť pomáhající se sám obvykle pokládá za zdravého. Syndrom pomocníka je posilován vědomím, že slabost, otevřenost a emocionální problémy jsou veřejně přípustné u klientů, zatímco pomáhající pracovník by měl vyjadřování svých potřeb a emocí umět potlačit (40).

V tomto kontextu lze pomáhaní dělit do tří oblastí. První je pomáhaní spontánní, tzv. „pomáhaní milosrdného samaritána“, kdy se jedná o pomoc ze soucitu, bez postranních úmyslů či vlivu povolání. Druhým typem je racionální plánovaná pomoc. Člověk pomáhá s vidinou pomoci i pro svou vlastní osobu. Třetím vzorcem je pomáhaní s narcistickým uspokojením. Pomoc za účelem uznání, získání moci, postavení, emocionální blízkosti (66).

1.8 Problémy pomáhaní a jejich dopad na člověka

Pomáhající profese a výkon jejich činností patří mezi náročná povolání, která po osobnosti pomáhajících člověka požadují řadu nároků a osobnostních předpokladů. Tato práce přináší i značná rizika, kterým je nutno čelit, aby nedocházelo k ohrožení osobnosti pomáhajícího pracovníka. Je nutné dodržování

preventivní opatření ve smyslu dodržování zdravého životního stylu a pokud možno absence stresu a jím podobných faktorů (40).

Neustálý kontakt s lidmi, kteří prochází nejrůznějšími zátěžovými životními situacemi, je pro pomáhající velice. Klienti přichází s prosbou o pomoc, radu, útěchu či pochopení. Na veškeré zátěžové situace a nelehké případy a životní příběhy klientů musí být pomáhající připraven. Měl dbát a pečovat o svou osobu, neboť se nezdá, že pracovníci věnují veškerou energii pomáhání druhým a na sebe samotné zapomínají. Ke své práci přistupují s nadšením, elánem a odhodláním a s iluzí, že všechny problémy vyřeší. Do své práce dávají nejen kus sebe, ale i své srdce. Po nějaké době však zjistí, že všechny problémy, se kterými je ve své práci konfrontován, nejdou řešit, tak, jak by chtěl nebo by si představoval. Práce pro něj přestává být takovým naplněním a dostává se do situací, které přináší stresové vypětí a ztrátu původních ideálů, což může vést až k úplnému vyčerpání. Tento jev je v psychologii nazýván syndromem vyhoření – burn-out. Tímto procesem může začínat již samotný počátek práce pomáhajícího. Je důležité, aby o existenci toho syndromu každý pomáhající věděl (73).

Role pomáhajícího s sebou nese určitá očekávání. Pomáhající často vytváří obraz toho, že si o něm druzí myslí, že je vyjimečný, vytváří tak jakousi iluzi a poté zažívá deziluzi, když se pak lidé k němu jako k vyjimečnému nechovají. To může být také jedním z faktorů v pomáhajících profesích, které mohou vést k syndromu vyhoření (66).

1.8.1. Syndrom vyhoření, pojem a definice

Od 70. let 20. století se lékaři a psychologové zabývají stavy celkového, psychického i fyzického vyčerpáním, které zasahuje do postojů, názorů, výkonnosti a celého profesionálního chování a jednání. Tyto stavy jsou označovány jako syndrom vyhoření vyčerpání či vyhaslosti (24).

Syndrom vyhoření neboli „burnout“ je definován jako změna v chování pracovníka pomáhajících profesí (40).

Tímto termínem je označována emoční vyčerpanost, distance od společnosti a lidí, odtazení, depersonalizace, nízká výkonnost či odpor k práci. Vyčerpanost na poli mentálním, fyzickém i emočním (27).

Tento pojem byl do literatury uveden H. Freudenbergerem v časopise *Journal of Social Issues* v roce 1974. Hlavní vlna zájmu o tuto problematiku začala na přelomu 70. a 80. let ve vztahu k profesím pracujících s jinými lidmi (55).

Dnes je již obecně známým a rozšířeným jevem. Jedná se o stav, kdy je člověk v důsledku své práce extrémně vyčerpan, dochází k vnitřní disbalanci jedince, k poklesu jeho výkonnosti a k různým projevům psychosomatických obtíží. Jednoznačně nelze definovat, co k syndromu vyhoření vede, nicméně lze vyjmenovat některé příčiny, jež jsou s touto oblastí spojené (23).

Vnímání stavu emočního a tělesného vyčerpání v souvislosti s nedostatkem zájmu o práci a hlubokým pocitem selhání je jedním ze základních atributů syndromu (15).

Pines vnímá syndrom vyhoření jako výsledek neustálého či opakovaného emočního tlaku spojeného s intenzivní účastí s lidmi po dlouhá období. Tato intenzivní účast je spojována s náplní práce, kde je nutné zabývat se psychickými, sociálními a tělesnými problémy druhých lidí (49).

Syndrom bývá charakterizován jako prolongovaná reakce na chronické interpersonální stresory v zaměstnání, dále jako situačně indukovaná stresová reakce nebo také poslední fáze stresové odpovědi (55).

Matoušek charakterizuje syndrom vyhoření jako: „Soubor typických příznaků vznikajících u pracovníků pomáhajících profesí v důsledku nezvládnutého pracovního stresu“ (40).

Syndrom vyhoření je také zmiňován slovním obratem „nezvládnání“, nejedná se o nemoc ani o předem rozpoznatelnou událost nebo stav. Jde o proces začínající nástupem pomáhajícího do práce, kterého pracovní zátěž nadměrně zatěžuje. Pracovník má nerealistická očekávání, která v pozdější době mohou vést k rozvoji deziluze či apatie (15).

Existuje mnoho definic burnout syndromu, většina se však shoduje v následujících bodech: jedná se o psychický stav prožitku vyčerpání v závislosti na pracovní přetížení a stres, dalším charakteristickým bodem je výskyt u profesí pracujících s lidmi, syndrom je tvořen symptomy v oblasti psychické, fyzické a sociální roviny, klíčovou složku pak tvoří emoční exhausce, kognitivní vyčerpání a celková únava vycházejí z chronického stresu **(55)**.

1.8.1.1 Vznik syndromu a jeho příčiny

Pomáhající profese, které zahrnují osobní vztahy mezi zúčastněnými lidmi, tedy pracovníky a uživateli, mohou být zdrojem radosti, energie a pozitivního vnímání, ale zároveň také často energii odebírají **(82)**.

Nespecifikovatelnou a široce chápanou příčinou vzniku vyhoření jsou označovány zvláštní nároky kladené na pracovníky pomáhajících profesí, na jejich nepřetržitý a intenzivní kontakt s uživateli sociálních služeb **(40)**.

Hlavních příčinou syndromu je kromě dalších faktorů i každodenní, zdánlivě nekonečná a nevyhnutelná povaha chronického stresu, akutní stres k vyhoření nevede **(55)**.

Stres hraje v koncepci syndromu vyhoření značnou roli. Je vnímán jako důsledek nerovnováhy mezi požadavky, hodnocením a celkovým zvládnutím daných požadavků. Pocit, že požadavkům je obtížné nebo dokonce, že jim nelze dostát vůbec, je důsledkem vyčerpání všech rezerv a zdrojů ke zvládnutí zátěžových situací **(24)**.

Vznik syndromu vyhoření může být relativně rychlý. Od doby, kdy pracovník nastoupí do zaměstnání, může u predisponovaných jedinců vystavených nadměrné zátěži a stresu vzniknout již za několik týdnů či měsíců **(40)**.

Práce s lidmi a nekompromisní požadavky na vysoký a konstantní výkon s malou možností úlevy a se závažnými důsledky v případě pochybení může v jedinci vyvolat pocit, že již nemůže vysokým požadavkům dostát a ve spojení s

přesvědčením, že úsilí vkládané do činnosti je neadekvátní nízkému výslednému efektu může vést u jedince ke ztrátě sebejistoty, ke vzniku úzkosti a vyčerpání (55).

Ke vzniku a následnému rozvoji syndromu přispívá pracovní prostředí, kde není personálu věnována pozornost, na pracovišti neexistují plány osobního rozvoje, zařízení postrádá supervizi, vládne tam nepřátelská či soupeřivá atmosféra a byrokratická kontrola nadřízených pracovníků (40).

1.8.1.2 Příznaky a projevy syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření je aktuálním medicínským problémem, neboť ovlivňuje nejen psychiku jedince, ale i kvalitu jeho života. Vykazuje podobné charakteristiky jako důsledky některých duševních onemocnění (24).

Projevy syndromu vyhoření lze členit do tří základních oblastí, a to na emoční vyčerpání, depersonalizaci a snížený osobní výkon. Mohou být zažívány nebo vyjádřeny mnoha způsoby a projevují se po stránce psychické, fyzické a na úrovni sociálních vztahů (55).

Proces syndromu vyhoření může mít projev lineárního stupňování příznaků. Vývoj může probíhat také v cyklech, kdy sociální pracovník někdy nalézá řešení svých problémů a jindy je naopak úplně bezradný a propadá obranné pasivitě (40). Anglické slovní spojení „burn out“ značí vyhoření, dohoření, vyhasnutí je jakýmsi metaforickým označením. Původně silný oheň, tedy nadšení, vysoká motivace, zájem, aktivita a nadšení postupně vyhasíná, upadá, až úplně vyhasne (24).

Syndrom vyhoření se projevuje ztrátou energie, ideálů, stagnací, frustrací a apatií. Nejedná se pouze o obyčejnou únavu nebo přechodnou krizi. Pokud dojde k rozvinutí syndromu, pak se pracovník vždy ptá po smyslu vlastní práce a života obecně. Tělesné vyčerpání se projevuje jako chronická únava, nedostatek energie, slabosti, dostavují se pocity nevolnosti, bolesti zad a hlavy, změny hmotnosti a jídelních návyků. V rámci duševního vyčerpání jsou přítomny

negativní postoje k sobě samému, k vlastní práci a úspěchům, a také k okolí, ke klientům a společnosti jako takové (82).

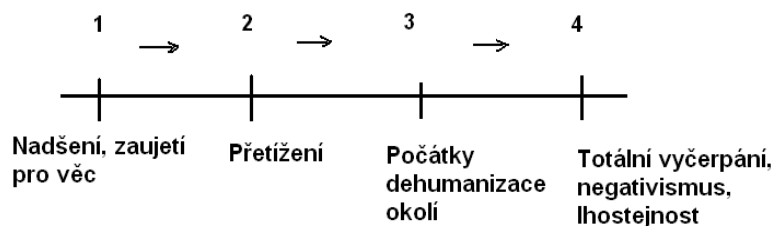
Objektivním příznakem syndromu vyhoření je celkově snížená výkonnost, která je na zřeteli nejen pracovníka samotného, ale i jeho okolí, spolupracovníkům, uživatelům a rodině (29).

Emocionální vyčerpání vede k depresivní náladě, pocitům beznaděje a bezmoci, k přesvědčení, že již není co dát, podrážděnosti a nervozitě. Syndrom vyhoření lze charakterizovat jako ztrátu schopnosti vnímat osobní identitu lidí, o které se má starat, a osoba, jíž se má pomáhat, je následně vnímána jako agregát problémů (82).

Kebza člení příznaky syndromu vyhoření na úroveň psychickou, fyzickou a sociálních vztahů. Na úrovni psychického spektra zmiňuje následující projevy, kterými jsou: neklid, úzkost, roztěkanost, poruchy soustředění a paměti, poruchy spánku, kolísání nálad, podrážděnost, celkové duševní vyčerpání, deprese, zhoršená sebekritičnost, zhoršení kontaktu s realitou, egocentrismus, nerozhodnost, apatie, únava, pokles a ztráta zájmu o profesi.

Na úrovni fyzické popisuje tyto projevy: stav celkové únavy organismu svalové napětí, trávicí obtíže, nechutenství nebo naopak přejídání, bolesti břicha, plynatost, sexuální problémy, bolesti hlavy, bušení srdce, různé tělesné bolesti bez zjevné příčiny, nemoci pohybového systému a řadu dalších psychosomatických onemocnění.

V oblasti sociálních vztahů věnuje pozornost zejména útlumu sociability, potřeby redukovat kontakt s klienty, nechuti k dané profesi, nízké míry empatie a postupnému narůstání konfliktních situací (24).



(55) - Fáze vzniku syndromu vyhoření

1.8.1.3 Výskyt syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření/ vypálení/ vyhasnutí je popisován jako soubor příznaků a následných projevů, které se vyskytují u pracovníků pomáhajících profesí, které jsou vyvozovány z dlouhodobé nekompenzované zátěže, kterou přináší kontakt a práce s lidmi (41).

Syndrom vyhoření se vyskytuje u následujících profesních skupin:

- Lékaři
- Zdravotní sestry a zdravotničtí pracovníci
- Psychologové a psychoterapeuti
- Sociální pracovníci
- Pedagogové
- Pracovníci pošt a doručovatelé, úředníci státní správy
- Policisté, pracovníci věznic
- Právníci, poradci a informátoři

Burnout syndrom se tedy objevuje v kategoriích lidí pracujících v kontaktu s druhými lidmi. Výskyt v naší společnosti postupně roste v důsledku zrychleného životního tempa a rostoucích nároků na zdroje každého člověka. Jednou z příčin je každodenní nevyhnutelná povaha chronického stresu. Pocit jedince, že nemůže dostát svým závazkům na pracovišti i přes velké úsilí, které do činnosti vkládá, ve spojitosti s neadekvátním výsledným efektem pak nutně vede ke vzniku syndromu vyhoření (24).

1.8.1.4 Prevence syndromu vyhoření

Dlouhodobý kontakt pracovníků s určitým způsobem znevýhodněnými lidmi klade na pracovníka vysokou míru nezdolnosti, adekvátní vyrovnávání se s pracovní zátěží a stresem. Nejnáročnější je práce s klienty, kteří jsou ke spolupráci s pracovníkem nuceni nedobrovolně nebo v určitém zařízení nejsou ze své vůle. Nejsou motivováni, jsou pasivní, velmi vážně postižení, jejich chování neodpovídá normě, chovají se agresivně nebo třeba také zneužívají sociální služby. To vše a mnohé další pak vyžaduje po pomáhajícím angažovanost své osobnosti, svých osobních motivů a psychiky (40).

Syndromem vyhoření je důležité se zabývat dříve, než se skutečně rozhoří, každý pomáhající by tak měl dbát na svou osobnost, motivaci, která ho k této práci přivedla, měl by sledovat příznaky stresu na své osobě a starat se o svůj smysluplný, příjemný, zdravý a aktivní život mimo pracovní nasazení. Je nutno dbát na preventivní přístupy zahrnující příjemné, motivující a vzdělávací prostředí (15).

K prevenci a zvládnutí syndromu vyhoření lze využít terapeutické a preventivní strategie syndromu vyhoření opírající se o psychoterapeutické zdroje (55).

Matoušek poukazuje na prevenci syndromu vyhoření a člení ji do následujících bodů:

- kvalitní příprava a výcvik sociálních dovedností

- jasnost poslání organizace a metod práce, stejně tak jako náplně práce a kompetencí pracovníka
- možnost využívat profesionálního poradenství, supervize, případové konference
- adekvátní počet případů zvládnutelných pracovníkem
- omezení administrativní zátěže, popřípadě snížení pracovního úvazku
- kombinace přímé práce s klienty s jinými činnostmi **(40)**.

1.8.1.5.1 Duševní hygiena

Nesmírně důležité je přebírání odpovědnosti za to, že si sami na sobě budeme všimnout všech známek přetížení našeho organismu. Čím dříve si uvědomíme přítomnost faktorů ohrožujících naši osobnost, tím lépe. Důležité je uvědomění si nejen příznaků stresu, ale také vypořádání se s jeho příčinou **(15)**.

Rozhodující význam při řešení životních situací má aktivní přístup k životu, schopnost tvrdě a usilovně bojovat vlastními silami se všemi obtížemi, které v životě mohou nastat. Aktivní přístup k životu v sobě zahrnuje následující zásady:

- otevřenost k tomu, co se kolem nás děje, zájem o okolí a smysluplnost dění
- nebát se změn, přijímat je jako běžné a přirozené
- při stresujících životních událostech nebyť pasivní, ale aktivně hledat způsoby řešení situace
- počítat se stresujícími situacemi v pracovním i osobním životě
- umět izolovat stres od ostatních životních aktivit
- dbát na dobré a hojné vztahy s ostatními lidmi, na dobré sociální zázemí a pevné zakotvení ve vztazích s druhými lidmi
- vytvořit si kolem sebe příznivé prostředí
- chápat své povolání s rozvahou i vzhledem k osobnímu životu: harmonický rodinný život poskytuje nezbytnou oporu
- osvojit si zdravý životní styl, dodržování správné životosprávy

- v rámci pracovního dne je nutné dodržovat přestávky a využít je k osobní regeneraci (55).

1.8.1.5.2 Supervize

Supervizi lze chápat jako vztah, ve kterém je vedoucí (supervizor) určený k usnadnění zkompetentňování supervidované osoby (22).

Je také považována za ústřední formu podpory, při níž se soustředíme na vlastní pracovní obtíže a dělíme se se svým supervizorem o část odpovědnosti naší práce s klienty (15).

Dohled neboli supervize zahrnuje vzájemné interakce mezi jejími účastníky za účelem umožnění rozvoje jejich profesionálních dovedností. Jedná se o dynamickou interpersonálně zaměřenou práci podporující rozvoj dovedností supervidovaných (56).

Supervize je součástí neustálého vývoje, učení a profesního zdokonalování. Pomáhá nám lépe vnímat a využívat vlastní zdroje a zvládání obtíží. Dobrá supervize nám také ukazuje přímý vztah mezi prací a uspokojení z práce (15).

Je chápána jako důležitá součást péče o sebe sama, jako otevřenost novému, jako neustálý osobní i osobnostní rozvoj. Umožňuje seberealizaci a povinnost celoživotního vzdělávání (56).

1.9 Zvládání stresu

Člověk vystavený trvalejším zátěžovým aspektům je vystavený podmínkám svého jednání ovlivněných pozitivním, neutrálním či negativním postojem, což se promítá v jeho psychice i staticce (27).

Zvládání stresu, neboli coping, se v průběhu posledních tří desítek let stalo jednou z hlavních oblastí psychologie. Postupně se odpouští od původního členění vlastního zvládání stresu, řešení problémů a obranných reakcí a začal být

brán větší zřetel na postupy orientované na problém, který situaci vyvolal a zvláště pak také na emoce, na jejich zvládnutí (24).

Tato problematika se těší nemalému zájmu v různém spektru souvislostí například v nezaměstnanosti, duševním zdraví či v mezilidských vztazích (27).

Zvládání stresu je ovlivněno řadou faktorů. Patří mezi ně osobnostní předpoklady a charakteristiky jedince, strategie, styly a techniky řešení stresové události. Dále využívání vnějších zdrojů, vnitřních sil a vnímání. Čelení stresu je proto označováno jako dynamický proces (29).

V odborné literatuře lze také nalézt další členění strategie zvládání stresové situace, kterým je vyhýbavé zvládání, kdy se jedince odvrací od stresové situace a jejího řešení, snaží se jí vyhnout. Další možností ve zvládání stresu je hledání sociální opory, plánování, odložení, potlačení, pozitivní reinterpretace či dokonce humor (24).

Proces zvládání je vyrovnáním se s mimořádně obtížnou situací. Jde o úsilí orientované na činnost posílení vnějších i vnitřních sil, o snížení úzkosti a vyvinutí aktivity pro překonání životních těžkostí (27).

Problematikou čelení stresu je nazýván celý proces zvládání těžkostí, jedná se o řízení/moderování dění, které vyvolalo nežádoucí stav stresu a chce jej změnit (29).

Nácvik zvýšení odolnosti vůči stresu lze metodou, která je součástí systému technik léčby stresu v rámci kognitivně-behaviorální terapie. Je to nácvik schopností jedince odpovídat na stresor s minimální emoční nebo behaviorální odpovědí. Tento nácvik zvýšení odolnosti vůči stresu vychází z práce amerického psychoterapeuta D. Meichenbauma a spočívá ve třech fázích psychoterapeutického působení na pracovníka pomáhající profese. V první fázi, fázi konceptualizace, získáváme informace od pomáhajícího postiženého syndromem vyhoření. Ve druhé fázi dochází k nácviku schopností k zvládání jednotlivých stresujících situací u pomáhajícího a třetí fázi je praktická aplikace, provádění získaných dovedností v reálných situacích (55).

Jak uvádí Kebza, tak obecně můžeme členit vyrovnávání se stresovými situacemi na následující typy:

- Přizpůsobení sebe i životních podmínek prostředí a zadaným úkolům
- Výběr vhodných osob pro dané úkoly a situace
- Techniky na zvyšování odolnosti vůči stresu **(24)**.

Zvládním stresových situací se rozumí proces řízení vnějších i vnitřních aspektů, které jsou danou osobou hodnoceny jako ohrožující. Jeho jádrem je využívání snahy řídit vnější i vnitřní požadavky **(29)**.

Kebza dále poukazuje na desatero zvládnání zátěžových a stresových situací pro zvládnání stresu. Jedná se o:

- 1) Uvědomění si a rozpoznání stresové situace
- 2) Vyhnutí se stresu, pokud je to možné
- 3) Předvídání stresových elementů
- 4) Hodnocení stresu
- 5) Relaxační metody, techniky a postupy
- 6) Ovládnání emocí, hněvu
- 7) Asertivní jednání
- 8) Umění odpouštět
- 9) Změna pohledu na danou záležitost
- 10) Mít sociální oporu **(24)**.

Zvládnání je proces, kdy si nestačí pouze stanovit cíle zvládnání a měřit jejich účinnost, ale také dbát na efektivitu vynaloženého úsilí. Zda se jedinci podařilo snížit úroveň ohrožujícího stresu, zda se naše adaptabilita a tolerantnost zvýšila, zda jsme si dokázali zachovat pozitivní obraz sebe sama, zda jsme v duševní rovnováze a sociální interakci s druhými lidmi **(29)**.

Obecně platí, že pasivita a nečinnost je rychleji negativně progredujícím prvkem. V procesu zvládnání je důležitá aktivita jedince **(80)**.

Vypořádat se se stresem vyžaduje nácvik dovedností obsahujících styly a řadu metod. Způsobem, jak se s určitým problémem s náročnou životní situací

vyrovnat, je řada technik na znovunastolení duševního uvolnění a klidu. Jedná se především o relaxaci, meditaci a imaginaci (29).

1.9.1 Sociální opora

„Systém sociální opory je chápán jako určitý „nárazníkový“ či „tlumící“ systém, který chrání lidi proti potencionálnímu škodlivému vlivu stresových událostí. Ti, kteří disponují takovýmto silným systémem sociální opory, se proto jeví lépe vybaveni ke zvládnutí závažných životních změn i každodenních běžných mrzutostí.“

S. Cohen a T.H.Wills

Obecným pojetím sociální opory je celospolečenská forma pomoci potřebným. Sociální opora je chápána jako pomocný a podpůrný vztah lidí, kteří jsou člověku v tísni nejbližší. Jedná se i o sociální oporu, kdy se určitá sociální skupina lidí snaží být nápomocná jednomu ze svých členů, přičemž jsou ale sami v určité nouzi. V neposlední řadě lze hovořit o pomoci, kterou určitému člověku poskytuje blízká osoba. Jedná se o činnost, která danému člověku v tísni usnadňuje jeho zátěžovou situaci (29).

Postoj jedince v sociální struktuře je mj. ovlivňován i tím, do jaké míry je vystavován stresorům a jejich následným účinkům na psychickou pohodu a zdraví jedince. Opора, které se jedinci může dostat od druhých osob, skupin či široké společnosti, ovlivňuje způsob, jakým se dotyčný jedinec vyrovnává s náročnou životní situací. Lidé, kteří mají rozvinuté sociální vazby, tedy i opory ve společnosti oplývají lepším fyzickým i duševním zdravím a žijí tak déle (24). Proti potencionálně škodlivému vlivu stresových událostí chrání jedince systém sociální opory, který je chápán jako „nárazníkový“ či „tlumící“ prostředek (41).

Na sociální oporu je třeba nahlížet nejen z pohledu kvantity poskytované pomoci, ale také z pohledu kvality dané opory. To může být odlišně vnímáno poskytovatel pomoci na straně jedné a příjemcem pomoci na straně druhé (29).

Sociální opora je jedním z nejdůležitější vnímaných pozitivně působících faktorů, které modifikují nepříznivý vliv negativních a náročných životných událostí, které působí na psychické i fyzické zdraví daného jedince **(18)**.

Sociální opora je dynamickým procesem, ve kterém se forma a úroveň opory mění v časovém kontextu vlivem různých životních situací a cyklů. Zahrnuje v sobě interaktivní, kvalitativní a kvantitativní dimenzi s přirozenými aspekty každodenního života **(63)**.

1.9.1.1 Druhy sociální opory

Sociální oporu lze členit do čtyř základních druhů. Prvním typem je sociální opora Instrumentální. Ta je typická svou konkrétní formou pomoci (výpomoc finanční, materiální, úkon věcí, které si postižený sám není schopen zařídit). V literatuře je tato pomoc nazývána „asistencí potřebným“. Pomoc vychází z iniciativy druhého člověka, nikoli daného jedince v tísní **(29)**.

Druhým typem je opora Informační. Jak vyplývá z názvu, jedná se poskytnutí informace, která by měla být nápomocna v řešení situace jedince v tísní. Do této kategorie řadíme i „pouhé“ naslouchání jedinci **(58)**.

Dalším typem je Emocionální opora. Osobě v tíživé situaci je poskytována emocionální blízkost, empatie, náklonnost, naděje a uklidnění. Jedinci jsou poskytnuty důležité emoce, jako je např. láska, víra a klid **(24)**.

Hodnotící opora je člověku zprostředkována uctivým jednáním, respektem a kladným sebehodnocením, posilováním sebevědomí postiženého a jeho autoregulací. Patří sem i hodnocení komunikace a sdílení těžkostí s jedincem v tíživé situaci **(29)**.

Další možné dělení sociální opory může být z několika hledisek. V první řadě se jedná o sociální oporu poskytující zpětnou vazbu. Dále lze hovořit o sociální opoře, která v rámci své činnosti poskytuje vedení. A v neposlední řadě může jít o sociální oporu napomáhající přizpůsobení společenským zvyklostem **(18)**.

V odborné literatuře je možné členit dle individuálně poskytované pomoci nebo podpory institucionální, tedy rozlišení mezi individuální a společenskou sociální oporou **(24)**.

Sociální síť neboli sociální vazby mezi lidmi je označována za jeden z hlavních zdrojů sociální opory. Ta se může ve vztahu k danému člověku uplatňovat na úrovni pozitivní, negativní či indiferentní. Zahrnuje v sobě šest hlavních kategorií, mezi které patří: rodina, blízcí přátelé, sousedé, spolupracovníci, komunita a profesionálové **(58)**.

2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Cílem této mé diplomové práce bylo zjistit, u vybraného vzorku respondentů, jak sociální pracovníci a zdravotní sestry vnímají psychosociální zátěž ve své práci. Zjistit, do jaké míry jsou sestry a sociální pracovníci ohroženi syndromem vyhoření a zda existují rozdíly mezi těmito dvěma skupinami.

2.2 Hypotézy práce

Hypotéza H1: Sestry vnímají psychosociální zátěž ve své práci intenzivněji než sociální pracovníci

Hypotéza H2: Sestry a sociální pracovníci vnímají rozdílně různé prvky své psychosociální zátěže

Hypotéza H3: Syndromem vyhoření jsou více ohroženy sestry, než sociální pracovníci.

3. METODIKA

3.1 Použité metody a techniky výzkumu

Pro zjištění dané problematiky bylo použito kvantitativního šetření. Informace byly získány formou dotazování, jmenovitě - technikou sběru dat dotazníkem.

3.1.1 Technika dotazníku

Pro výzkumnou část práce, tedy dotazníkové šetření jsem použila již hotový dotazník, který mi poskytl vedoucí mé práce. Proto nebyl prováděn žádný předvýzkum, neboť dotazník byl ověřený a plně funkční.

Dotazník obsahuje celkem 35 otázek (viz příloha č. 1) a je koncipován zvlášť pro sociální pracovníky a zvlášť pro sestry. Nicméně zkoumané oblasti jsou u obou pomáhajících profesí stejné. První část dotazníku se zaměřuje na vnímání psychosociální zátěže v práci sester a sociálních pracovníků. Druhá část je zaměřena na odhalení míry ohrožení pracovníků syndromem vyhoření. Prvních šest otázek této části je zaměřeno na aktuální vnímání nepříjemných pocitů spojených s pracovní aktivitou, zbylých dvanáct otázek se ptá na příznaky vyhoření.

Identifikační otázky týkající se věku, pohlaví, vzdělání, výkonu práce a délky praxe v oboru tvoří prvních pět dotazů na respondenty. Zbylých 30 otázek byly otázky uzavřené. Otázky číslo 6-17 v první části a otázky číslo 1-6 v části druhé byly koncipovány jako tvrzení, se kterými vyjadřovali respondenti souhlas/nesouhlas na pětibodové škále (plně souhlasím, spíše souhlasím, nevím, někdy ano někdy ne, spíše nesouhlasím, vůbec nesouhlasím). Otázky č. 7 – 18 ve druhé části popisovaly pocity, u kterých respondenti hodnotili, jak často je mívají (vždy, často, někdy, zřídka, nikdy).

Rozdíly mezi skupinami byly testovány s pomocí programu SPSS 15.0 for Windows (multilicence ZSF JU). Rozdíly v jednotlivých položkách byly testovány prostřednictvím chí - kvadrát testu, zvolili jsme 1% hladinu významnosti.

Protože byly mezi soubory zjištěny významné rozdíly ve složení, pokud se týká věku, pohlaví, vzdělání a délky praxe, byly do dalšího souboru vybrány páry respondentů, shodující se na všech identifikačních údajích (věk, pohlaví, vzdělání a délka praxe). Takto vzniklé soubory byly podrobeny stejnému testování rozdílů jako soubory původní. I zde byly rozdíly v jednotlivých položkách testovány prostřednictvím chí - kvadrát testu, vzhledem k menšímu souboru jsme zvolili 5% hladinu významnosti.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný vzorek respondentů, jak již bylo výše zmíněno, byl rozdělen do dvou profesních okruhů, a to na zdravotní sestry a sociální pracovníky. Dotazníky určené zdravotním sestřám byly rozdány na odděleních Fakultní nemocnice Hradec Králové, a to na odděleních interny, chirurgie, traumatologie, ARO a gerontologie. Dále pak na chirurgickém a neurologickém oddělení Oblastní nemocnice Jičín a.s. a na LDN, rehabilitačním, interním oddělením Oblastní nemocnice Nový Bydžov a.s. Dotazníky byly také rozdány sestřám v pečovatelské službě Nového Bydžova a Domova pro seniory v Humburkách. Celkem bylo rozdáno 395 dotazníků, z nichž vyplněno bylo 259 (návratnost dotazníků činí 65,5 %). Z důvodu neúplného vyplnění dotazníku bylo z toho počtu vyřazeno 4 dotazníků. Celkem jsem tedy od zdravotních sester získala 255 platných dotazníků.

Sociální pracovníci byli osloveni v organizacích a zařízeních taktéž na území Královéhradeckého kraje a to formou osobního kontaktu. Adresy respondentů jsem našla v registru poskytovatelů sociálních služeb a na internetových stránkách jednotlivých organizací. Osloven byl krajský úřad v Hradci Králové, městské úřady, domovy důchodců, pečovatelská služba, domovy pro seniory, domovy sociálních služeb. Zkontaktováno bylo celkem 380 respondentů a vyplněno bylo 242 dotazníků (návratnost tedy činí 63,7%). V důsledku neúplného vyplnění bylo vyřazeno 5 dotazníků. Celkem bylo od sociálních pracovníků získáno 237 použitelných dotazníků. Výsledný zkoumaný soubor tedy tvoří 255 zdravotních sester a 237 sociálních pracovníků. Celkový počet je 492 respondentů (viz tab. č. 1). V souboru sociálních pracovníků bylo 41 mužů (17%) a 196 žen (53%), v souboru zdravotních sester bylo 54 mužů (23%) a 183 žen (77%). Z celkového počtu dotázaných bylo 379 žen (80%) a 95 mužů (20%).

Tab. č. 1 – Zkoumaný soubor

| | Sociální pracovníci | Zdravotní sestry |
|--------|---------------------|------------------|
| Žena | 196 | 183 |
| Muž | 41 | 54 |
| Celkem | 237 | 237 |

Zdroj: Vlastní výzkum

Do párovaných souborů, ve kterých se respondenti shodují v identifikačních údajích (věk, pohlaví, vzdělání a délka praxe) bylo vybráno 46 párů, tj. 92 respondentů. Tento zkoumaný soubor tvoří 46 zdravotních sester a 46 sociálních pracovníků. Celkový počet je 92 respondentů (viz tab. č. 2). V obou souborech bylo 10 mužů (11%) a 36 žen (40%).

Tab. č. 2 – Soubor po provedeném párování respondentů

| | | Sociální pracovníci | Zdravotní sestry |
|-------------|-------------|---------------------|------------------|
| | Oičet resp. | 46 | 46 |
| sex | Muži | 10 | 10 |
| | Ženy | 36 | 36 |
| vzdělání | SŠ | 16 | 16 |
| | VOŠ | 16 | 16 |
| | Bakalář | 8 | 8 |
| | Mgr | 6 | 6 |
| Délka praxe | 0 – 5 let | 23 | 23 |
| | 6 – 10 let | 4 | 4 |
| | 10 – 20 let | 6 | 6 |
| | 20 – 40 let | 13 | 13 |

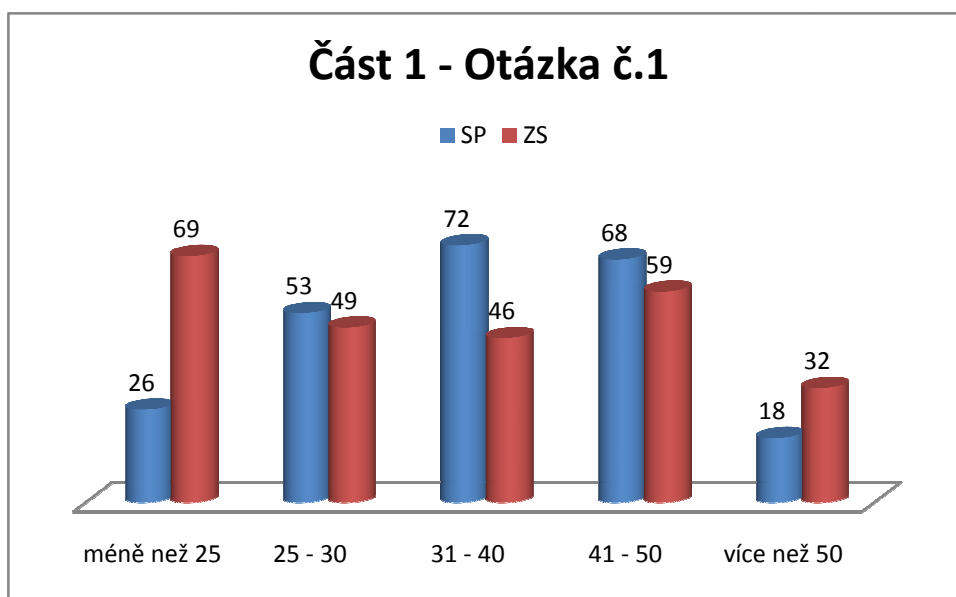
Zdroj: Vlastní výzkum

4 VÝSLEDKY

Výsledky dotazníkového šetření jsem znázornila prostřednictvím grafů vyhotovených v programu Microsoft Office Excel. Každý graf znázorňuje jednu otázku popsanou procentními hodnotami. Grafy tedy znázorňují relativní počty v procentuelním poměru a absolutní počty uváděné v závorkách. Procentuelní hodnoty jsou pro větší srozumitelnost zaokrouhleny na celá čísla směrem nahoru. Podotázky v rámci dotazu č. 14 jsem u obou skupin spojila.

Pro statistické vyhodnocení dat byl použit program SPSS pro Windows 15.0. Rozdíly v jednotlivých položkách a jejich hodnocení bylo prostřednictvím chí - kvadrát testu.

Graf č. 1: Otázka č. 1 – Věk respondentů (v %)



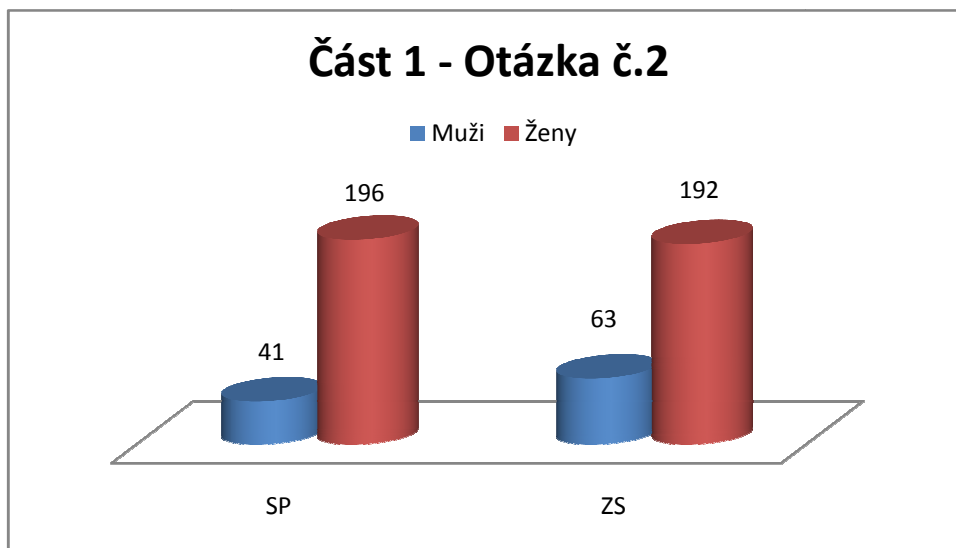
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf číslo jedna znázorňuje, že ve věkové kategorii 25let a méně bylo zastoupení sociálních pracovníků v 11% (26). Ve věkovém rozmezí 25-30 let se jich nacházelo 22% (53). Nejvyšší zastoupení počtu respondentů jsem zaznamenala v kategorii 31-40 let, a to 30% (72), o něco méně pak v rozmezí let 41-50, kde zastoupení činilo 29% (68). Ve věkové kategorii více než 50 let bylo zaznamenáno 7% (18) respondentů.

V kategorii zdravotních sester v prvním věkovém rozmezí 25 a méně let se nacházelo 27% (69) dotázaných. 19% (49) zastoupení bylo zmapováno ve věku 25-30let. Do kategorie 31-40let se zařadilo 18% (46) respondentů. Ve čtvrtém věkovém rozmezí 41-50let se nacházelo 23% (59) dotázaných a do věku více než 50let se zapsalo 13% (32) zdravotních sester.

Největší rozdíly mezi soubory sociálních pracovníků a zdravotních sester jsou ve věkové kategorii do 25 let (zde se zobrazilo 11 % sociálních pracovníků a 27 % zdravotních sester) a v kategorii 31 - 40 let (sem spadalo 30 % sociálních pracovníků a 18 % sester).

Graf č. 2: Otázka č. 2 – Pohlaví respondentů (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

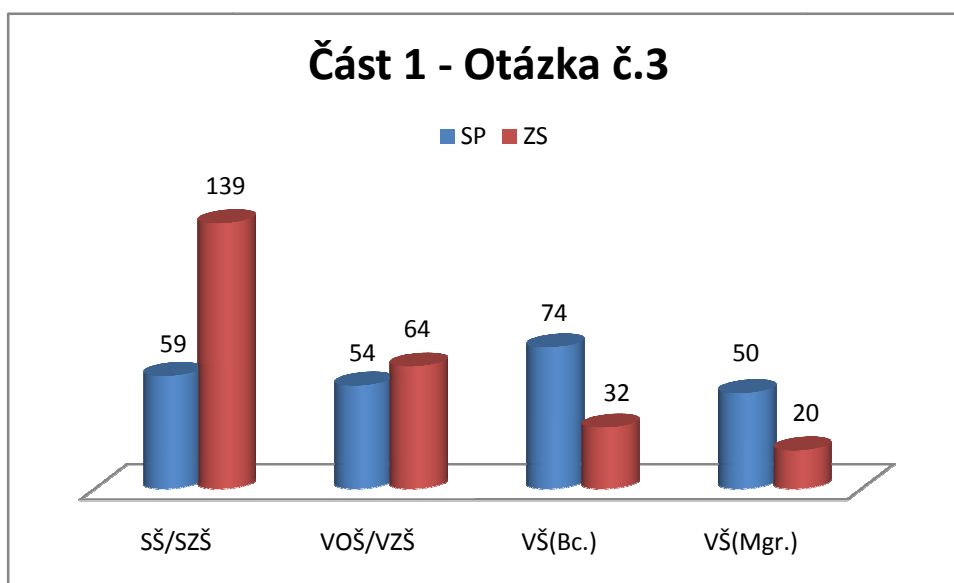
V otázce pohlaví respondentů tvořili 17% (41) muži v oblasti sociálních pracovníků naopak větší zastoupení je patrné u žen, které zaujímaly 83% (196) celkového počtu sociálních pracovníků.

U zdravotních sester tvořili muži 25% (63) a ženy 75% (192) dotázaných.

Grafické znázornění ukazuje, že v obou odvětvích pomáhajících profesí dominují ženy.

Počet mužů mezi sociálními pracovníky je zhruba o 8 % nižší než mezi dotazovanými sestrami.

Graf č. 3: Otázka č. 3 – Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání (v %)



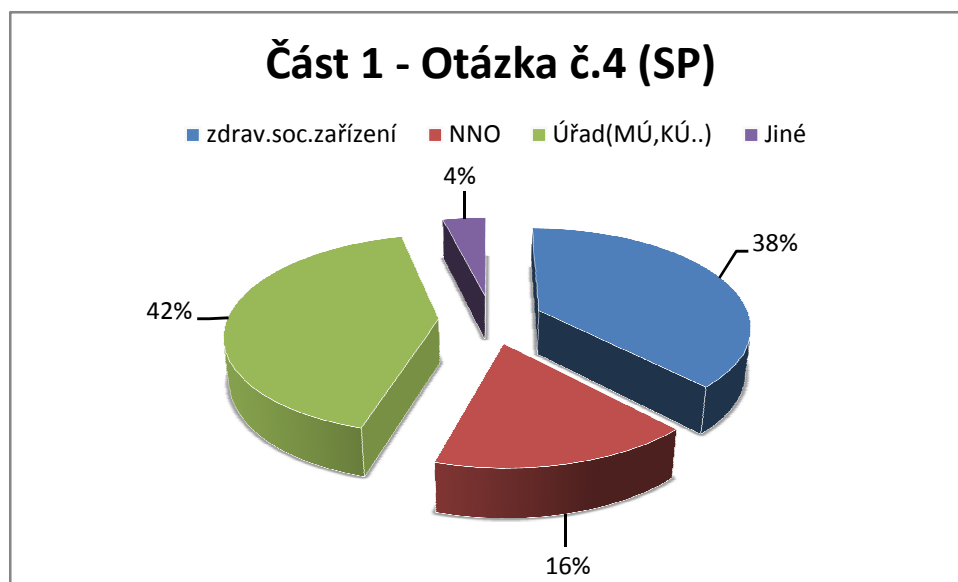
Zdroj: Vlastní výzkum

Mezi sociálními pracovníky se nachází 25% (59) respondentů se středoškolským vzděláním. Vyšší odborné vzdělání má 23% (54) dotázaných. V oblasti vysokého školství na úrovni bakalářského vzdělání se nalézají 31% (74) sociálních pracovníků a na stupni magisterského vzdělání se nachází 21% (50) dotázaných.

V souboru zdravotních sester je nejvyšší zastoupení na stupni středoškolském, a to 55% (139). Absolventi vyšších odborných škol činí 25% (64), bakalářský stupeň vzdělání uvedlo 13% (32) zdravotních sester a magisterským vzděláním se titulují 8% (20) sester.

Ve zkoumaném souboru sociálních pracovníků nejvíce převládá bakalářský stupeň vzdělání, u zdravotních sester naopak středoškolské vzdělání. U sociálních pracovníků je zhruba 10% převaha VOŠ a VŠ vzdělání než u zdravotních sester.

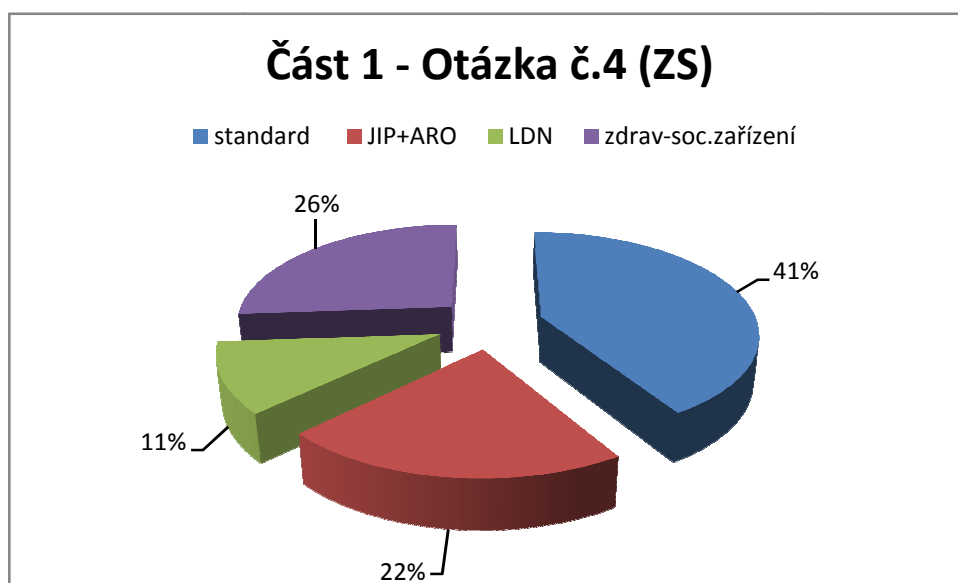
Graf č. 4a - SP: Otázka č. 4 – V jaké organizaci pracujete? (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

V souboru respondentů sociálních pracovníků pracuje na úřadech 42% respondentů, ve zdravotně-sociálních zařízeních 38%, v neziskových organizacích 16% a 4% sociálních pracovníků uvedli jinou organizaci.

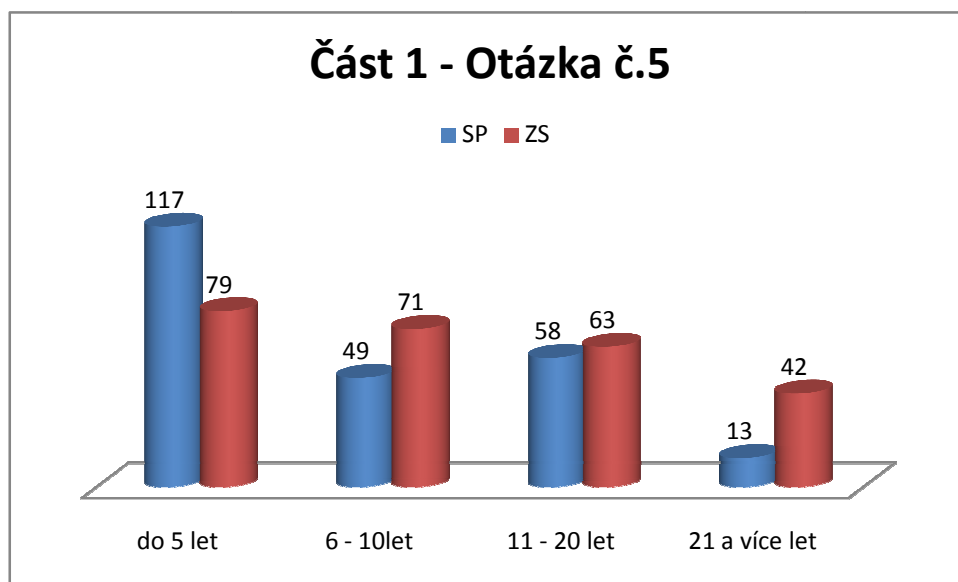
Graf č. 4b - ZS: Otázka č. 4 – Na jakém oddělení pracujete? (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Zdravotní sestry nejčastěji jako výkon svého povolání prováděly na standardních odděleních, a to 41%, dále 26% ve zdravotně sociálních zařízeních, 22% na oddělení JIP a ARO a 11% na LDN.

Graf č. 5: Otázka č. 5 – Jak dlouho pracujete v oboru? (v %)



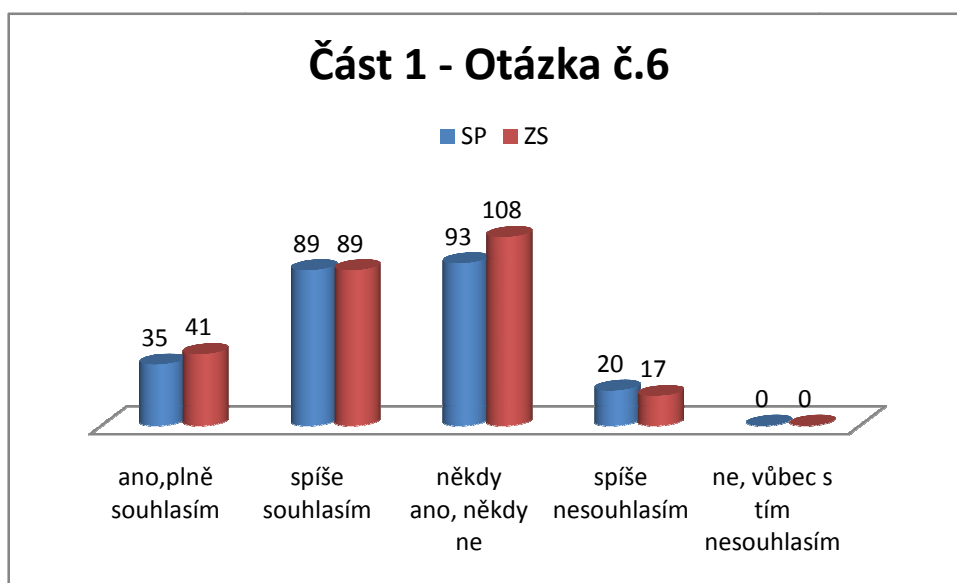
Zdroj: Vlastní výzkum

Z souboru sociálních pracovníků pracují v oboru ze 49% (117) s praxí do 5ti let, u zdravotních sester ze 31% (79). Praxi 6-10let má 20% (49) sociálních pracovníků a 28% (71) sester. 24% (58) sociálních pracovníků a 25% (63) sester má praxi v rozmezí 11-20 let a 5% (13) sociálních pracovníků a 16% (42) zdravotních sester uvedlo praxi 21 a více let.

Z grafu je patrné, že největší počet sociálních pracovníků má praxi do pěti let, 49% (117) a nejméně sociálních pracovníků je s praxí 21 a více let, 5% (13).

Nejrovnoměrnější zastoupení sociálních pracovníků 24% (58) a zdravotních sester 25% (63) je v délce praxe mezi 11 – 20 lety.

Graf č. 6: Otázka č. 6 – Celý den se v práci nezastavím (v %)



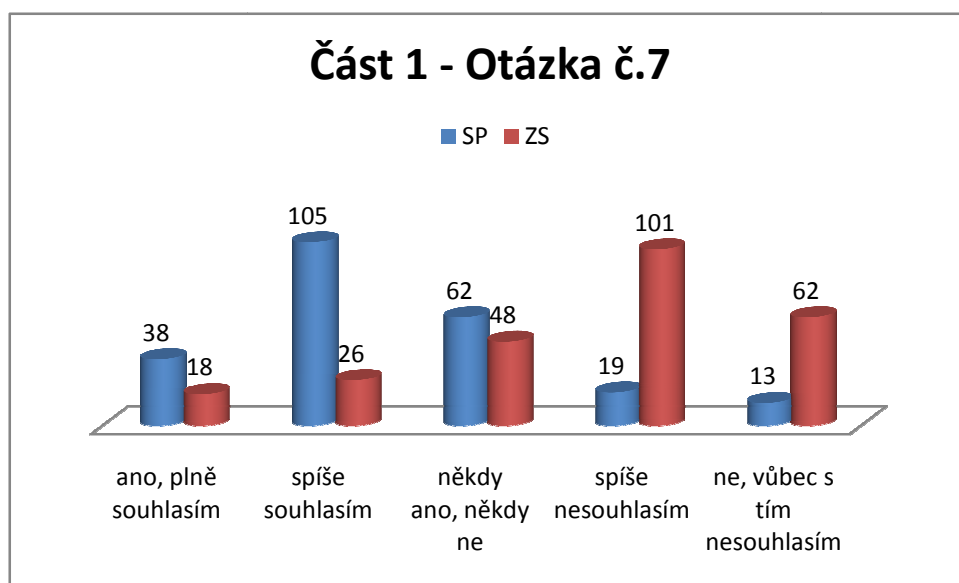
Zdroj: Vlastní výzkum

Tento graf ukazuje poměrně vyrovnané hodnoty, jak u sociálních pracovníků, tak u zdravotních sester. Tempo jejich pracovního nasazení hodnotí tedy obdobně.

15% (35) sociálních pracovníků a 16% (41) zdravotních sester plně souhlasí s tím, že se v práci celý den nezastaví. 38% (89) sociálních pracovníků a 35% (89) sester s tímto tvrzením spíše souhlasí. 40% (93) sociálních pracovníků a 42% (108) sester se přiklonilo k variantě někdy ano, někdy ne. Spíše nesouhlasilo 8% (20) sociálních pracovníků a 7% (17) zdravotních sester a v odpovědi absolutního nesouhlasu nebyl u obou skupin ani jeden respondent.

Mezi sociálními pracovníky a zdravotními sestrami není významný rozdíl (Chi-Square Test).

Graf č. 7: Otázka č. 7 – Pracovní tempo si určuji sám/sama (v %)



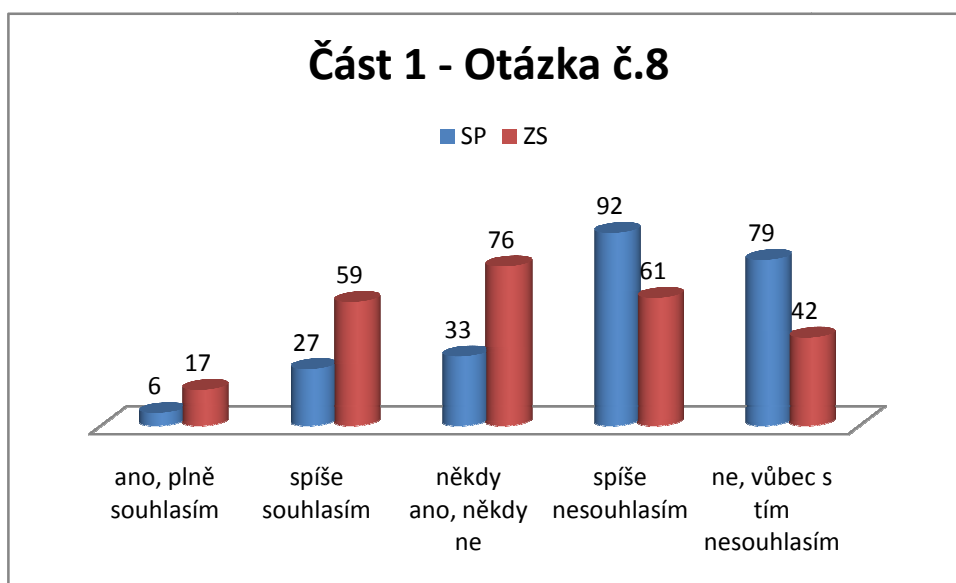
Zdroj: Vlastní výzkum

16% (38) sociálních pracovníků uvedlo, že si svoje pracovní tempo určují sami. 44% (105) s tvrzením spíše souhlasilo, 26% (62) se vyslovilo pro variantu někdy ano, někdy ne, 8% (19) s tím spíše nesouhlasilo a 5% (13) s tím vůbec nesouhlasilo.

Zdravotní sestry s tím plně souhlasily v 7% (18), v 10% (26) s tvrzením spíše souhlasily, 19% (48) se vyslovilo pro variantu někdy ano, někdy ne, 40% (101) spíše nesouhlasilo a 24% (62) s tím vůbec nesouhlasilo.

Graf ukazuje, že sociální pracovníci si častěji než zdravotní sestry, určují pracovní tempo sami. Rozdíl je statisticky významný na 1% hladině významnosti (Chi-Square Test).

Graf č. 8: Otázka č. 8 – Má práce je každý den stejná (v %)

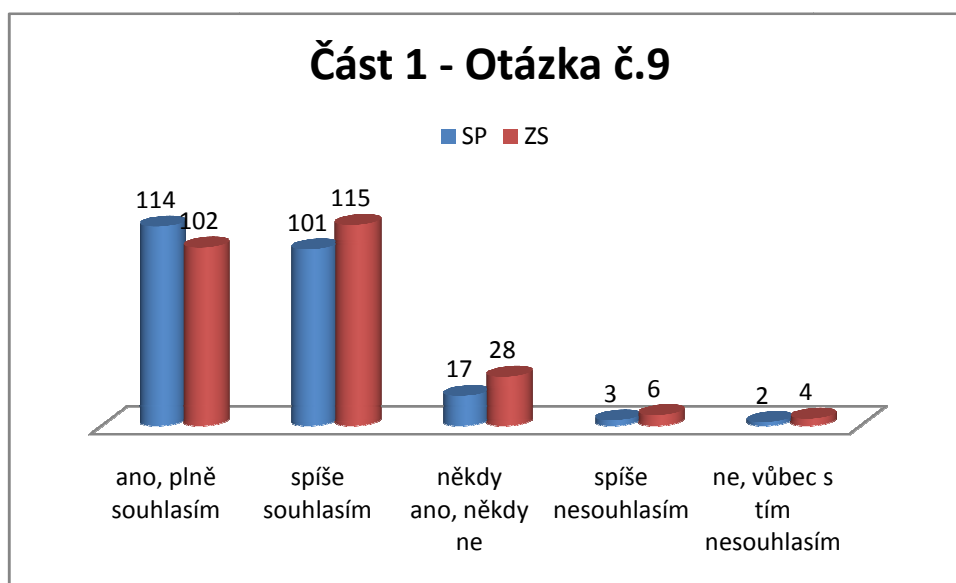


Zdroj: Vlastní výzkum

Z tohoto grafu je patrné, že 3% (6) sociálních pracovníků a 6% (17) zdravotních sester uvedlo, že jejich práce je každý den stejná. 11% (27) sociálních pracovníků a 23% (59) sester uvedlo, že spíše souhlasí. Možnost někdy ano, někdy ne si zvolilo 14% (33) sociálních pracovníků a 30% (76) zdravotních sester. 39% (92) sociálních pracovníků a 24% (61) sester s tím spíše nesouhlasilo a 33% (79) sociálních pracovníků a 16% (39) sester s tímto výrokem vůbec nesouhlasilo.

Sestry se tedy cítí více zatěžovány stejnorodostí při výkonu své profese než sociální pracovníci. Tento rozdíl je statisticky významný na 1 % hladině významnosti (Chi-Square Test).

Graf č. 9: Otázka č. 9 – Se svými spolupracovníky vycházím dobře (v %)

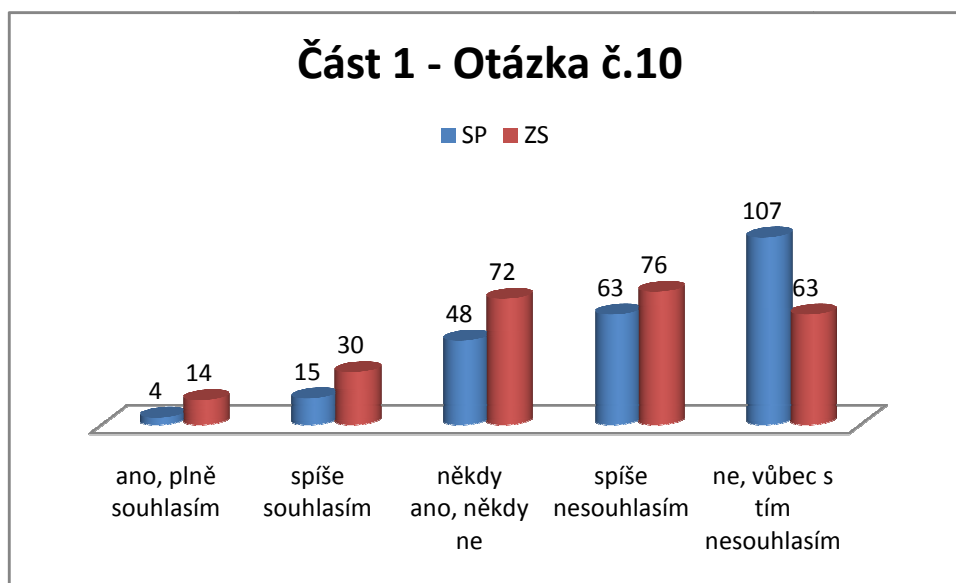


Zdroj: Vlastní výzkum

Z tohoto grafu je patrné, že 48% (114) sociálních pracovníků a 40% (102) zdravotních sester se vyslovilo, že plně souhlasí s dobrými vztahy se svými spolupracovníky. 42% (101) sociálních pracovníků a 45% (115) sester s tímto výrokem spíše souhlasí, možnost někdy ano, někdy ne uvedlo 7% (17) sociálních pracovníků a 11% (28) sester, 1% (3) sociálních pracovníků a 2% (6) sester s tvrzením spíše nesouhlasí a 0,5% (2) sociální pracovník a 1% (4) sester vůbec nesouhlasilo.

Je zřejmé, že většina dotázaných sociálních pracovníků i sester vychází se svými spolupracovníky dobře. Rozdíl mezi soubory není významný (Chi-Square Test).

Graf č. 10: Otázka č. 10 – Současná práce narušuje vztahy v mé rodině (v %)

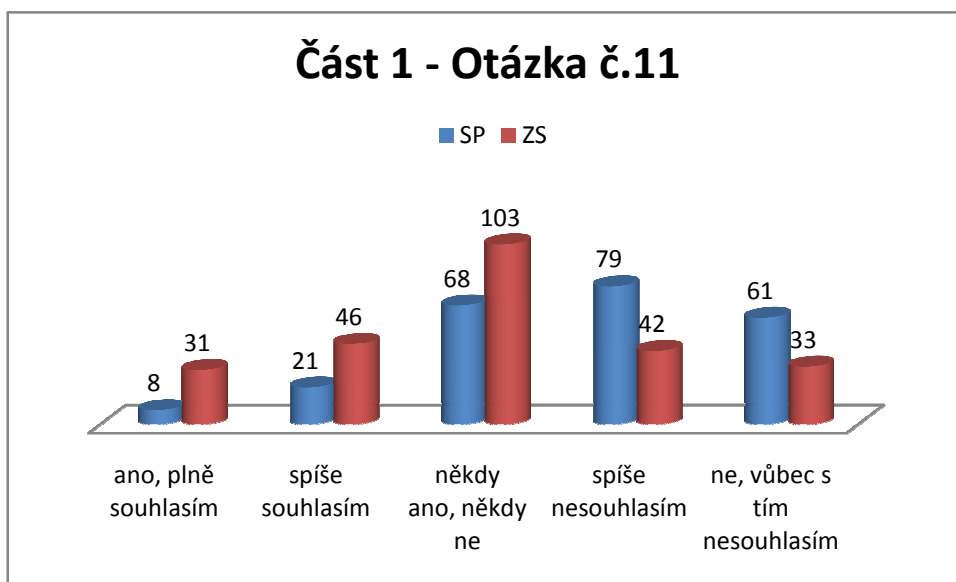


Zdroj: Vlastní výzkum

Tento graf ukazuje na narušení vztahů v rodině vlivem pracovního zatížení, kdy 2% (4) sociálních pracovníků a 5% (14) zdravotních sester plně s tímto výrokem souhlasí. 6% (15) sociálních pracovníků a 12% (30) sester s tím spíše souhlasí, 20% (48) sociálních pracovníků a 28% (72) sester se přiklonilo k odpovědi někdy ano, někdy ne, 26% (63) sociálních pracovníků a 30% (76) sester spíše nesouhlasí a 45% (107) sociálních pracovníků a 25% (63) sester vůbec nesouhlasí.

Z tohoto grafu je patrné, že současná práce narušuje více vztahy v rodinách zdravotních sester než sociálních pracovníků. Rozdíl je statisticky významný na 1% hladině významnosti (Chi-Square Test).

Graf č. 11: Otázka č. 11 – Mám zdravotní potíže (v %)

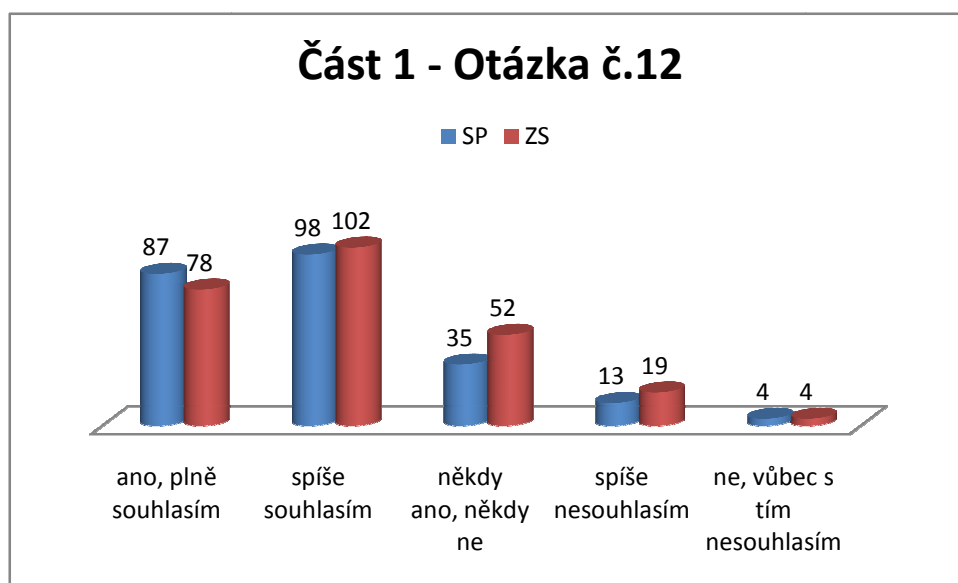


Zdroj: Vlastní výzkum

3% (8) sociální pracovníci a 12% (31) sester plně souhlasí v otázce zdravotních potíží. 9% (21) sociální pracovníci a 18% (46) sester s tímto tvrzením spíše souhlasí, 29% (68) sociálních pracovníků a 40% (103) sester odpovědělo někdy ano, někdy ne, 33% (79) sociálních pracovníků a 16% (42) sester s tím spíše nesouhlasilo a 26% (61) sociálních pracovníků a 13 % (33) sester vůbec nesouhlasilo.

Z tohoto grafu je patrné, že sestry uvádějí přítomnost zdravotních obtíží častěji než sociální pracovníci. Rozdíl je statisticky významný na 1 % hladině významnosti (Chi-Square Test).

Graf č. 12: Otázka č. 12 – Prostředí, ve kterém pracuji, se mi líbí (v %)

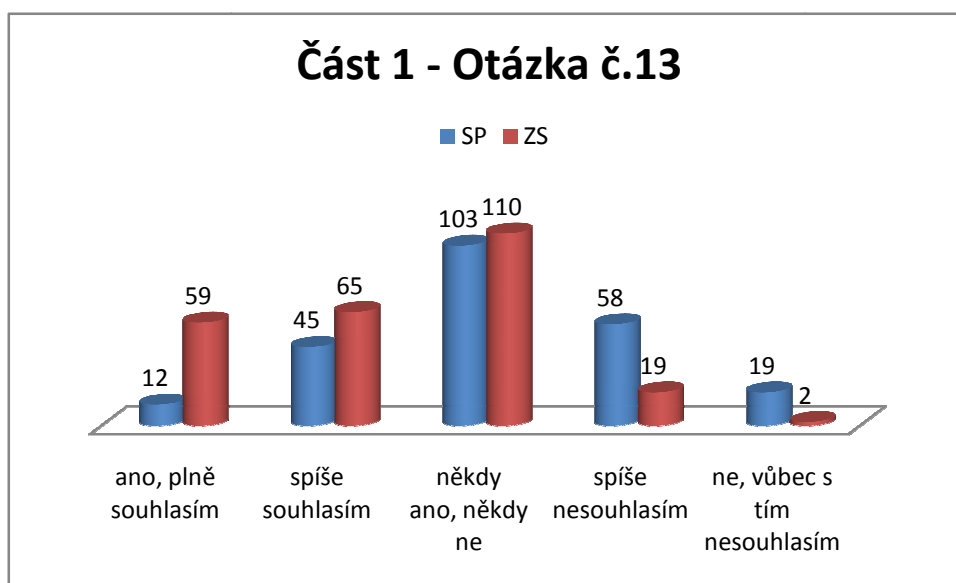


Zdroj: Vlastní výzkum

37% (87) sociálních pracovníků a 31% (78) zdravotních sester plně líbí v prostředí, ve kterém pracují, 41% (98) sociálních pracovníků a 40% (102) sester s tímto tvrzením spíše souhlasí, 15% (35) sociálních pracovníků a 20% (52) sester zvolilo odpověď někdy ano, někdy ne, 5% (13) sociálních pracovníků a 7% (19) sester spíše nesouhlasí a 2% (4) sociálních pracovníků a 2% (4) sester vůbec nesouhlasí.

Graf ukazuje na fakt, že sociální pracovníci i zdravotní sestry jsou se svým pracovním prostředím povětšinou spokojeni. Sociálním pracovníkům se však jejich pracovní prostředí líbí více. Rozdíl mezi soubory není významný (Chi-Square Test).

Graf č. 13: Otázka č. 13 – Po práci se cítím často fyzicky vyčerpaný/á (v %)

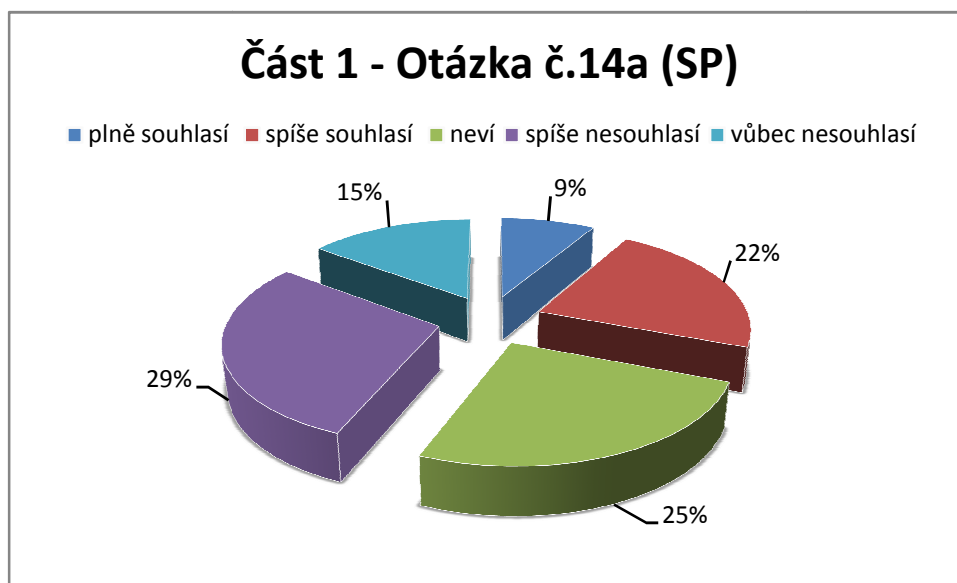


Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku fyzického vyčerpání odpovědělo 5% (12) sociálních pracovníků a 23% (59) sester, že plně s tvrzením vyčerpání souhlasí, 19% (45) sociálních pracovníků a 25% (65) sester s tím spíše souhlasí, 43% (103) sociálních pracovníků a 43% (110) sester zvolilo odpověď někdy ano, někdy ne, 24% (58) sociálních pracovníků a 7% (19) sester spíše nesouhlasí a 8% (19) sociálních pracovníků a 1% (2) zdravotních sester odpověděli, že s tím vůbec nesouhlasím.

Graf názorně ukazuje, že zdravotní sestry se po práci cítí být více fyzickým vyčerpány než sociální pracovníci. Rozdíl je statisticky významný na 1% hladině významnosti (Chi-Square Test).

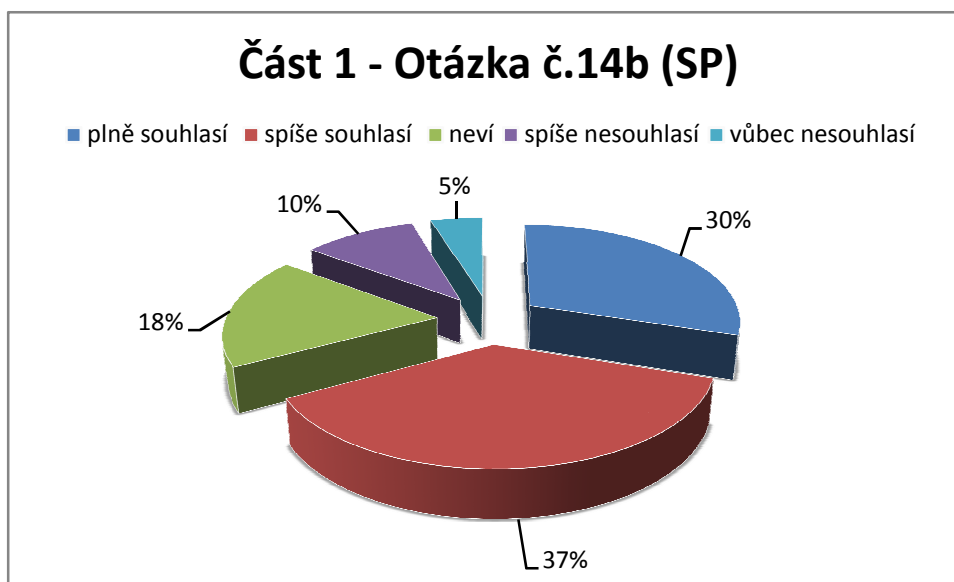
Graf č. 14a - SP: Otázka č. 14a – Zatěžuje mě práce se závislími klienty (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Tento graf ukazuje, že 9% sociálních pracovníků plně souhlasí s tím, že je zatěžuje práce se závislími klienty. 22% z nich uvedlo, že spíše souhlasí, 25% respondentů odpovědělo někdy ano, někdy ne, 29% sociálních pracovníků s tím spíše nesouhlasilo a 15% z nich jich vůbec nesouhlasí.

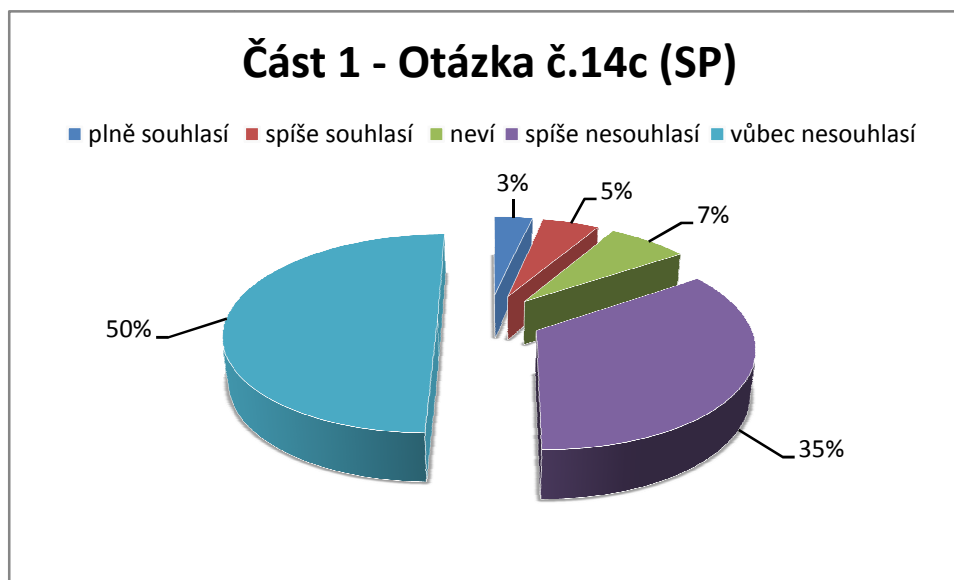
Graf č. 14b - SP: Otázka č. 14b – Zatěžuje mě práce s manipulativními klienty (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

30% sociálních pracovníků plně souhlasí, že je zatěžuje práce s manipulativními klienty, 37% sociálních pracovníků spíše souhlasí s tímto tvrzením, 18% se přiklání k variantě někdy ano, někdy ne, 10% spíše nesouhlasí a 5% vůbec nesouhlasí.

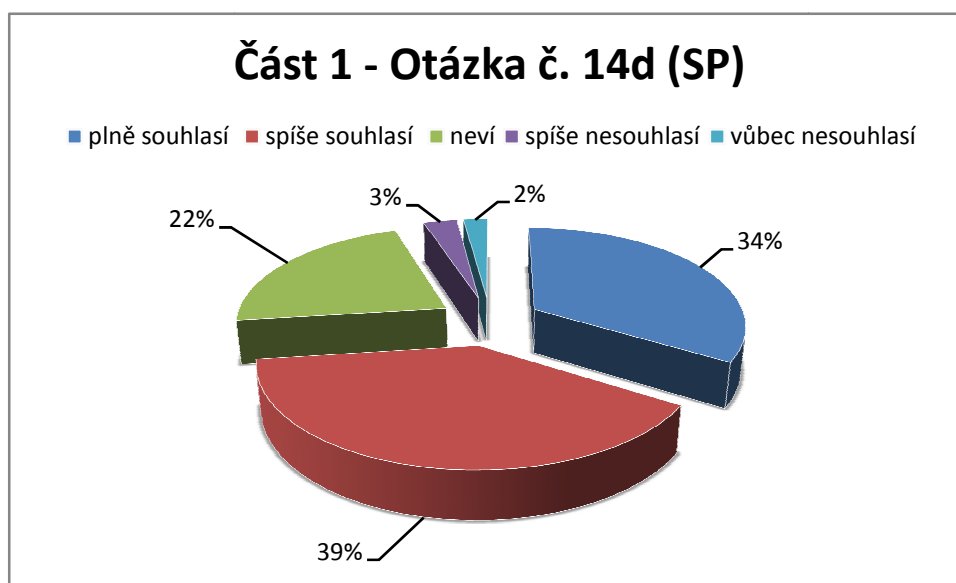
Graf č. 14c - SP: Otázka č. 14c – Zatěžuje mě práce s klienty s postižením (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Tento graf znázorňuje, že 3% sociálních pracovníků plně souhlasí s tím, že je zatěžuje práce s klienty s postižením. 5% z nich uvedlo, že spíše souhlasí, 7% respondentů odpovědělo někdy ano, někdy ne, 35% sociálních pracovníků s tím spíše nesouhlasilo a 50% z nich jich vůbec nesouhlasí.

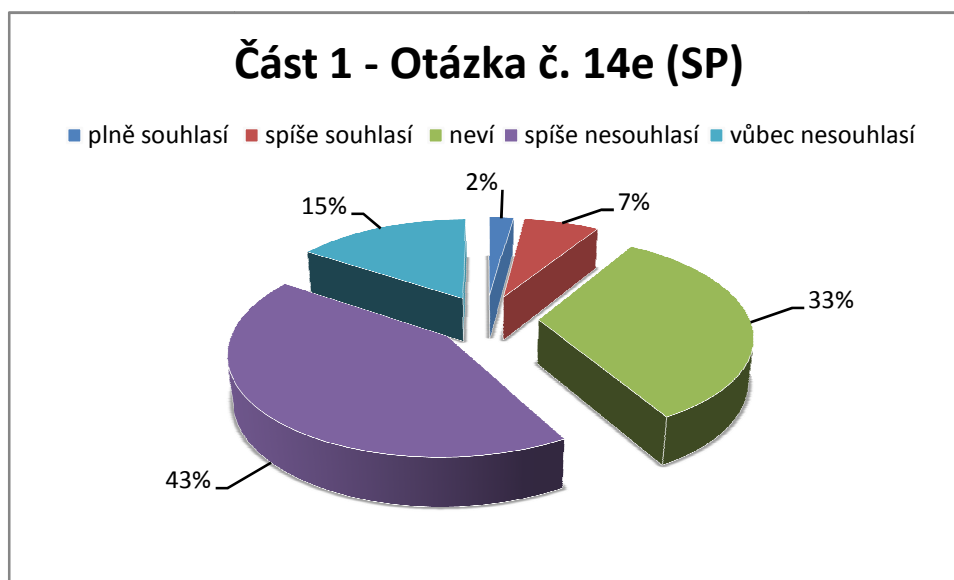
Graf č. 14d - SP: Otázka č. 14d – Zatěžuje mě práce s agresivními klienty (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

34% sociálních pracovníků plně souhlasí s tím, že je zatěžuje práce s agresivními klienty, 39% sociálních pracovníků spíše souhlasí s tímto tvrzením, 22% se přiklání k variantě někdy ano, někdy ne, 3% spíše nesouhlasí a 2% vůbec nesouhlasí.

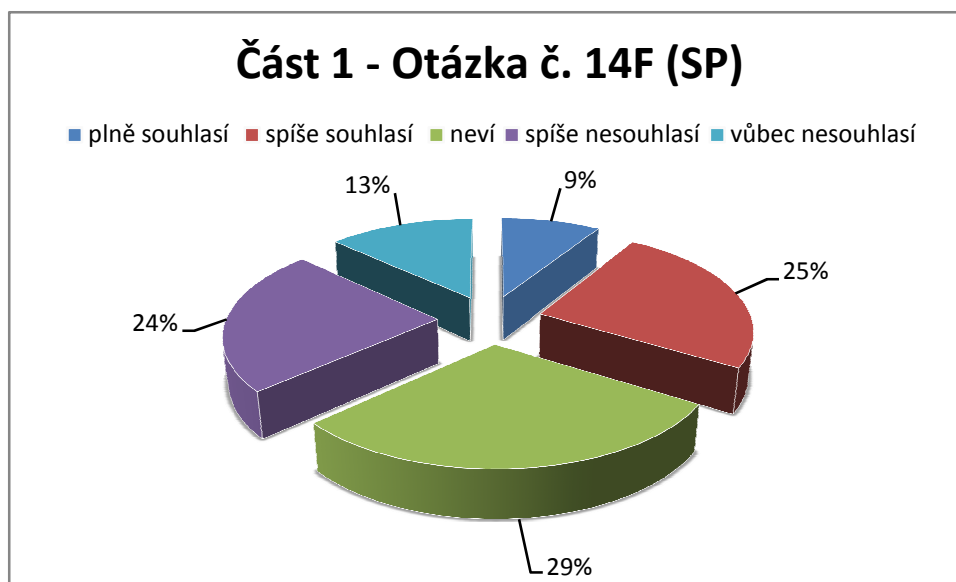
Graf č. 14e - SP: Otázka č. 14e – Zatěžuje mě práce s mlčenlivými klienty (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Tento graf ukazuje, že 2% sociálních pracovníků plně souhlasí s tím, že je zatěžuje práce s mlčenlivými klienty. 7% z nich uvedlo, že spíše souhlasí, 33% respondentů odpovědělo někdy ano, někdy ne, 43% sociálních pracovníků s tímto tvrzením spíše nesouhlasí a 15% z nich vůbec nesouhlasí.

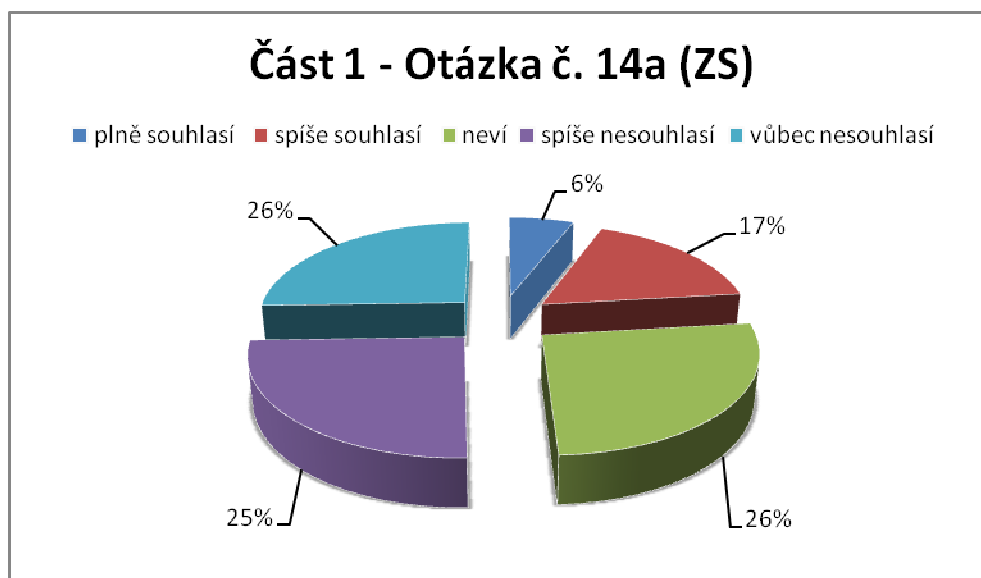
Graf č. 14f - SP: Otázka č. 14f – Zatěžuje mě práce s klienty s psychickými poruchami (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Z tohoto grafu vyplývá, že 9% sociálních pracovníků plně souhlasí s tím, že je zatěžuje práce s klienty s psychickými poruchami, 25% sociálních pracovníků spíše souhlasí s tímto tvrzením, 29% se přiklání k variantě někdy ano, někdy ne, 24% spíše nesouhlasí a 13% respondentů s tím vůbec nesouhlasí.

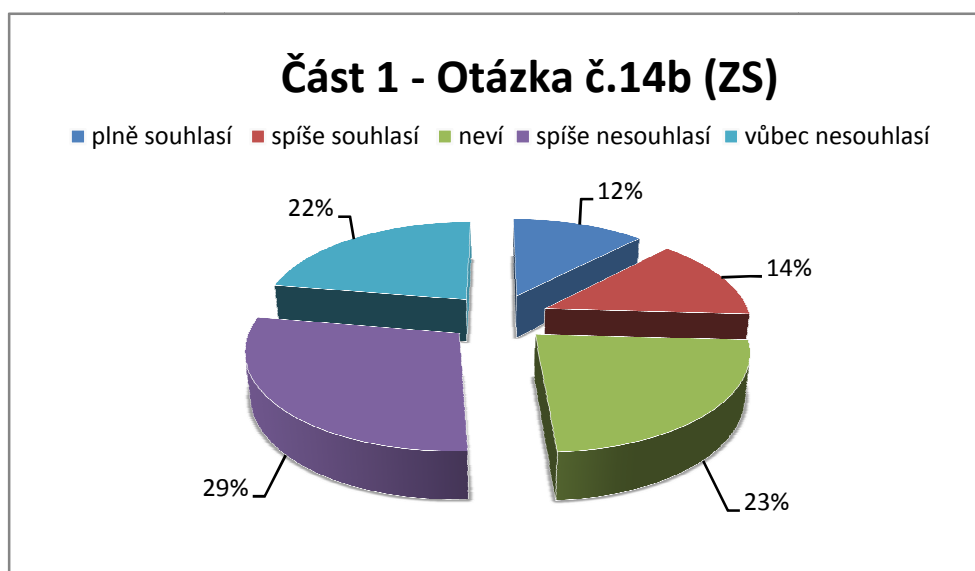
Graf č. 14a - ZS: Otázka č. 14a – Zatěžuje mě práce s pacienty s maligním onemocněním (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

6% zdravotních sester plně souhlasí s tvrzením, že je zatěžuje práce s pacienty s maligním onemocněním, 17% zdravotních sester spíše souhlasí s tímto tvrzením, 26% se přiklání k variantě někdy ano, někdy ne, 25% spíše nesouhlasí a 26% vůbec nesouhlasí.

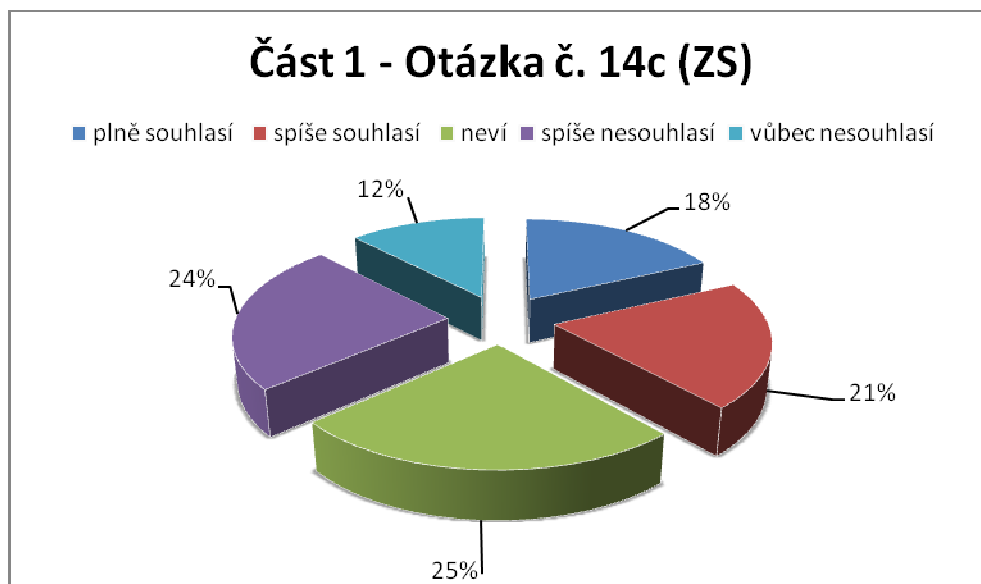
Graf č. 14b - ZS: Otázka č. 14b – Zatěžuje mě práce s pacienty v bezvědomí (v%)



Zdroj: Vlastní výzkum

Z tohoto grafu vyplývá, že 12% zdravotních sester plně souhlasí s tím, že je zatěžuje práce s pacienty v bezvědomí, 14% zdravotních sester s tímto tvrzením spíše souhlasí, 23% se přiklání k variantě někdy ano, někdy ne, 29% spíše nesouhlasí a 22% vůbec nesouhlasí.

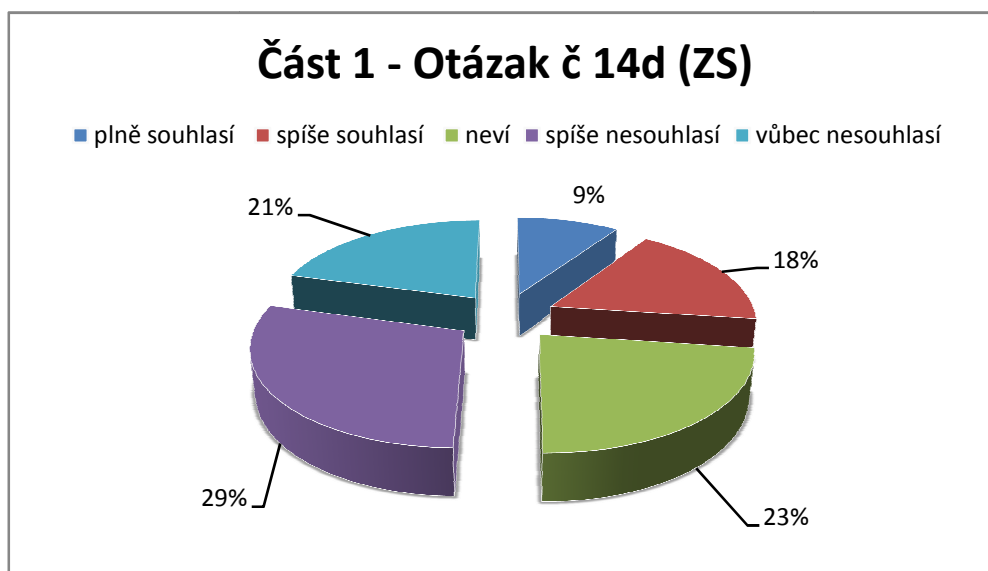
Graf č. 14c - ZS: Otázka č. 14c – Zatěžuje mě práce s imobilními pacienty (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Tento graf ukazuje, že 18% zdravotních sester plně souhlasí s tím, že je zatěžuje práce s imobilními pacienty, 21% s tímto tvrzením spíše souhlasí, 25% se vyjádřilo k variantě někdy ano, někdy ne, 24% s tvrzením spíše nesouhlasí a 12% dotázaných sester s tím vůbec nesouhlasí.

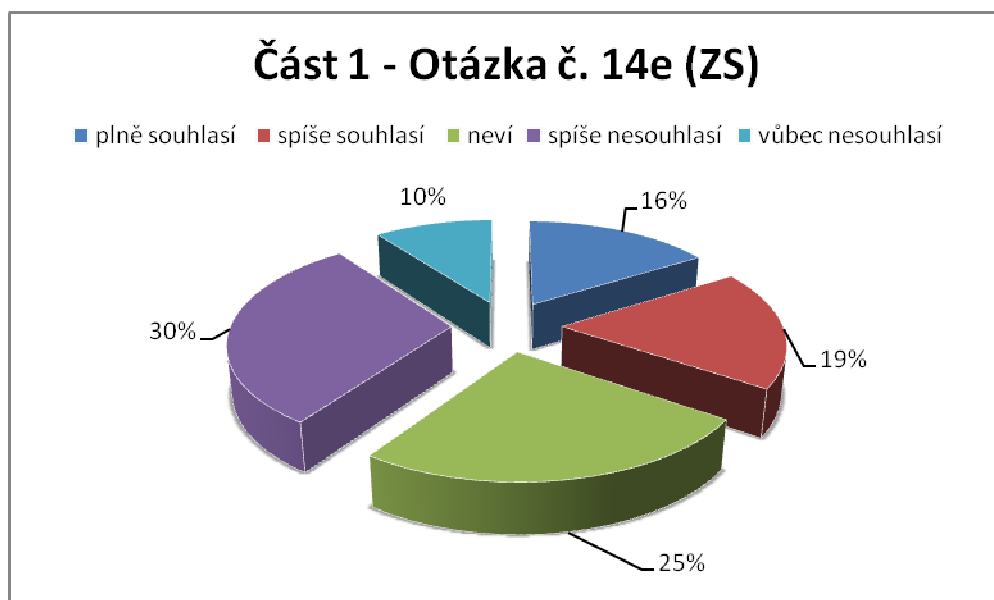
Graf č. 14d - ZS: Otázka č. 14d – Zatěžuje mě práce s inkontinentními pacienty (v%)



Zdroj: Vlastní výzkum

9% zdravotních sester plně souhlasí s tím, že je zatěžuje práce s inkontinentními pacienty, 18% z nich spíše souhlasí s tímto tvrzením, 23% odpovědělo někdy ano, někdy ne, 29% s tímto tvrzením spíše nesouhlasí a 21% se vyslovilo pro absolutní nesouhlas.

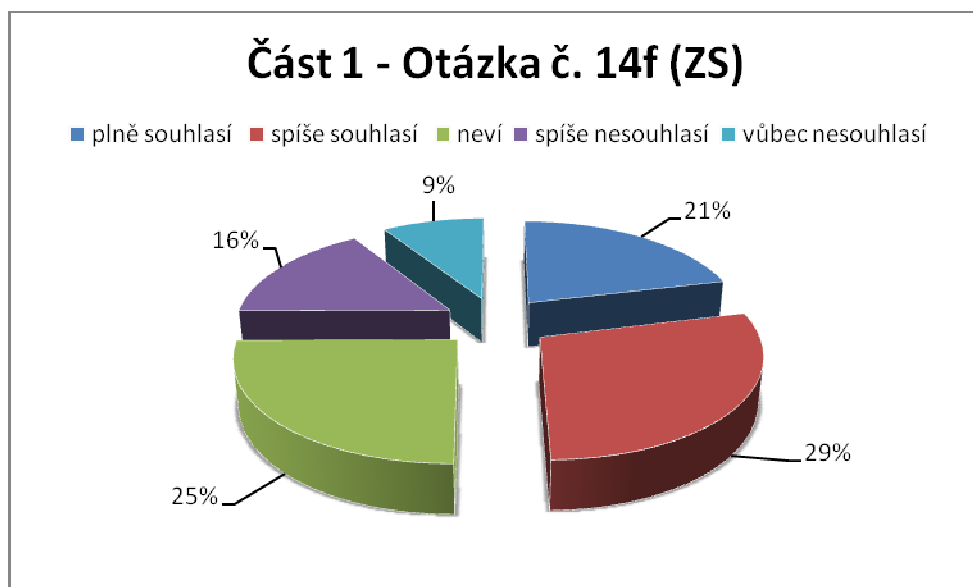
Graf č. 14e - ZS: Otázka č. 14e – Zatěžuje mě práce s pacienty, kteří vyžadují zvýšenou pozornost (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Tento graf znázorňuje, že 16% zdravotních sester plně souhlasí, že je zatěžuje práce s pacienty, kteří vyžadují zvýšenou pozornost, 19% s tím spíše souhlasí, 25% se vyjádřilo k variantě někdy ano, někdy ne, 30% s tvrzením spíše nesouhlasí a 10% dotázaných sester s tím vůbec nesouhlasí.

Graf č. 14f - ZS: Otázka č. 14f – Zatěžuje mě práce s pacienty s psychickými poruchami (v %)



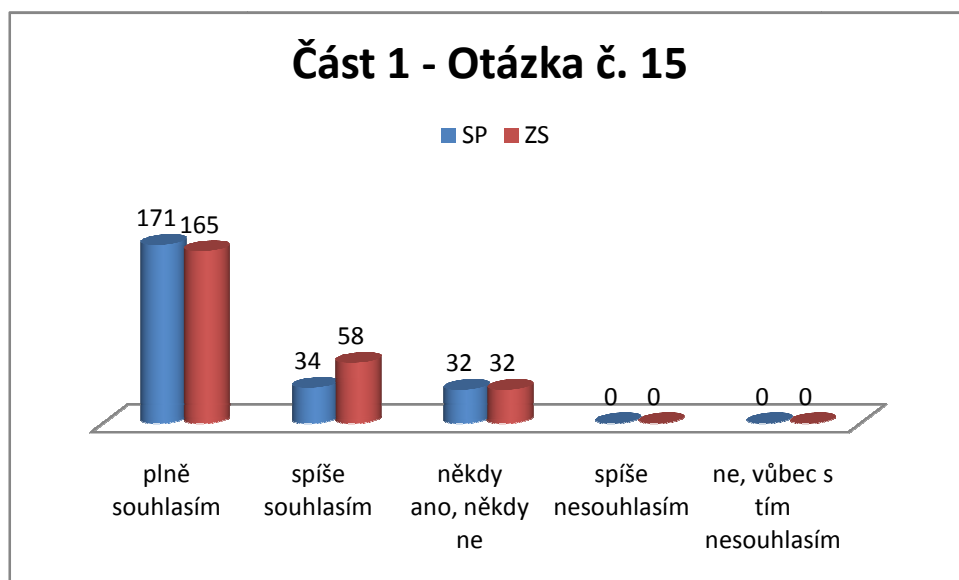
Zdroj: Vlastní výzkum

21% zdravotních sester plně souhlasí s tím, že je zatěžuje práce s pacienty s psychickými poruchami, 29% z nich spíše souhlasí s tímto tvrzením, 25% odpovědělo někdy ano, někdy ne, 16% s tímto tvrzením spíše nesouhlasí a 9% se vyslovilo pro absolutní nesouhlas.

Sloučení dat u podotázek otázky č. 14

Abychom mohli alespoň rámcově posoudit, zda lze identifikovat rozdíl mezi tím, jak se cítí být sestry zatěžovány různými pacienty a sociální pracovníci různými klienty, sloučili jsme všechny položky otázky 14 tak, že jsme prostě sečetli vždy všech 6 hodnot v řádku. Průměrná hodnota u zdravotních sester je na čísle 20,02, u sociálních pracovníků činí 18,34. To znamená, že zdravotní sestry se cítí být méně obtěžovány svými pacienty, než sociální pracovníci svými klienty. Rozdíl je statisticky významný na 1% hladině významnosti (Chi-Square Test).

Graf č. 15: Otázka č. 15 – Činnost na našem pracovišti vyžaduje obratnost v jednání s lidmi (v %)



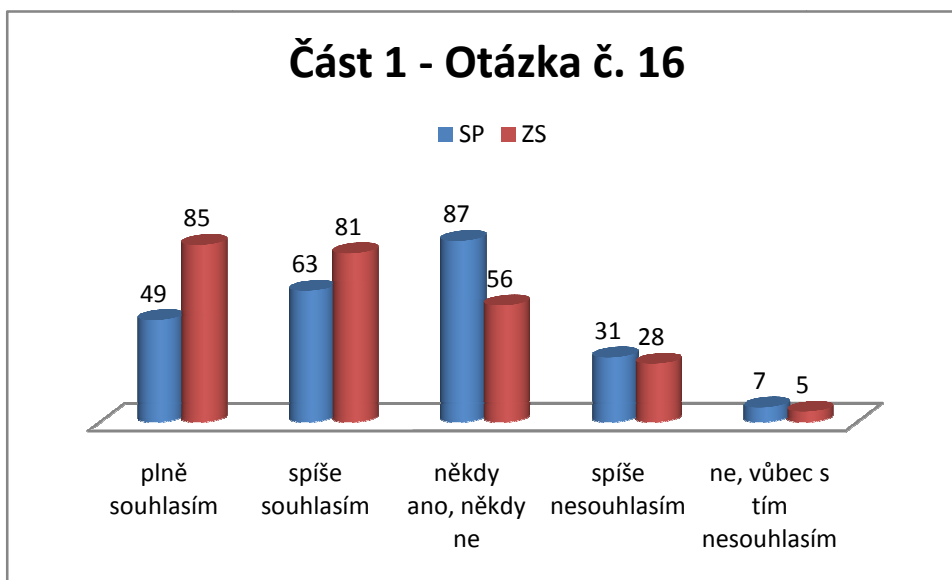
Zdroj: Vlastní výzkum

Tento graf znázorňuje, že 72% (171) sociálních pracovníků a 65% (165) dotázaných sester plně souhlasí s tím, že činnost na jejich pracovišti vyžaduje obratnost v jednání s lidmi, 14% (34) sociálních pracovníků a 23% (58) sester s tímto tvrzením spíše souhlasí, odpověď někdy ano, někdy ne uvedlo 14% (32) sociálních pracovníků a 13% (32) sester. Odpověď spíše nesouhlasím a ne, vůbec s tím nesouhlasím nezvolil žádný z respondentů.

U obou zkoumaných souborů je patrná shoda, že jejich pracovní činnost vyžaduje obratnost v jednání s lidmi (65% sester a 72% sociálních pracovníků s tvrzením plně souhlasí a 23% sester a 14% sociálních pracovníků s ním spíše souhlasí).

Rozdíl mezi zkoumanými soubory je statisticky významný na 1 % hladině významnosti (Chi-Square Test).

Graf č. 16: Otázka č. 16 – Velmi často se musím rychle rozhodovat v časové tísní (v %)



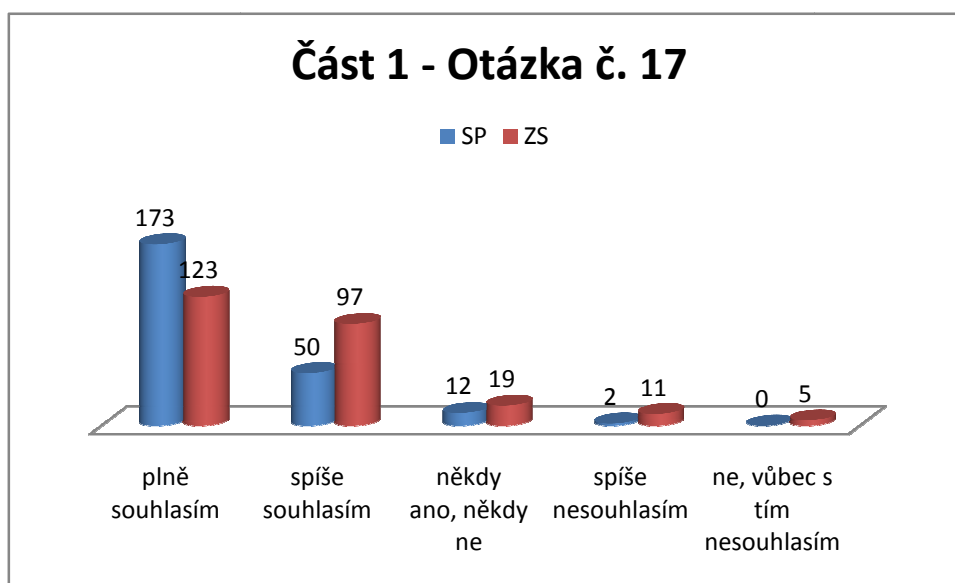
Zdroj: Vlastní výzkum

21% (49) sociálních pracovníků uvedlo, že se velmi často musí rozhodovat v časové tísní. 26% (63) s tvrzením spíše souhlasilo, 37% (87) se vyslovilo pro variantu někdy ano, někdy ne, 13% (31) s tím spíše nesouhlasilo a 3% (7) s tím vůbec nesouhlasilo.

Zdravotní sestry s tím plně souhlasily z 33% (85), ve 32% (81) s tvrzením spíše souhlasily, 22% (56) se vyslovilo pro variantu někdy ano, někdy ne, 11% (28) spíše nesouhlasilo a 2% (5) s tím vůbec nesouhlasilo.

Graf znázorňuje, že zdravotní sestry se musí častěji rychle rozhodovat v časové tísní, než sociální pracovníci. Rozdíl je statisticky významný na 1% hladině významnosti (Chi-Square Test).

Graf č. 17: Otázka č. 17 – Moje práce vyžaduje stálé vzdělávání (v %)

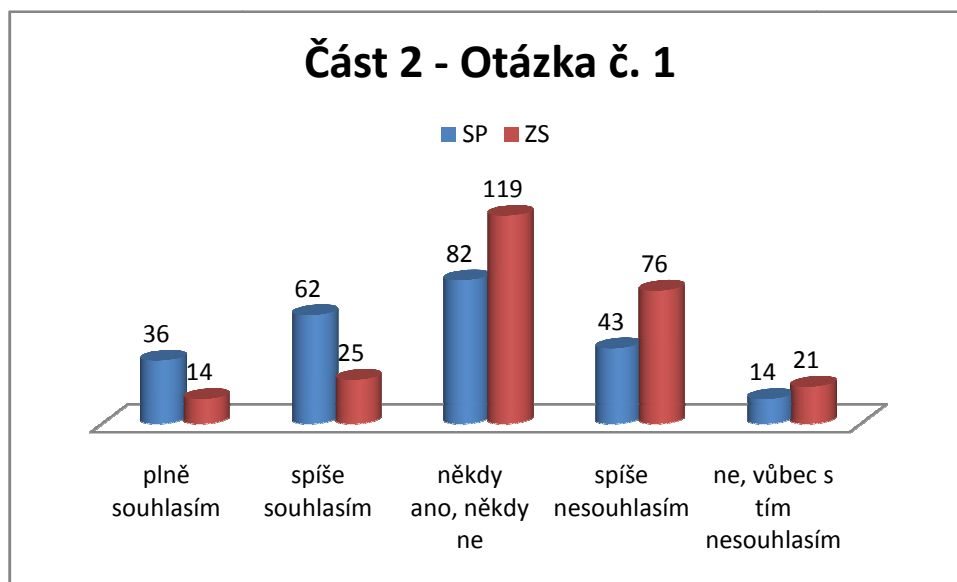


Zdroj: Vlastní výzkum

Tento graf popisuje stálé vzdělávání, kde 73% (173) sociálních pracovníků a 48% (123) zdravotních sester plně souhlasí s požadavky stálého vzdělávání v jejich práci. 21% (50) sociálních pracovníků a 38% (97) zdravotních sester s tím plně souhlasí, 5% (12) sociálních pracovníků a 7% (19) sester se vyslovilo pro variantu někdy ano, někdy ne, 0,8% (2) sociálních pracovníků a 4% (11) sester s tím spíše nesouhlasí a v odpovědi ne, vůbec s tím nesouhlasím, se nepřiklonil ani jeden sociální pracovník, naproti tomu 2 % (5) zdravotních sester.

Z grafu vidíme, že sociální pracovníci kladou na stálé vzdělávání větší důraz než zdravotní sestry. Rozdíl mezi oběma skupinami je významný na 1 % hladině významnosti (Chi-Square Test).

Graf č. 18: Část 2. – otázka č. 1 – Při práci mívám často pocit časového tlaku (v%)



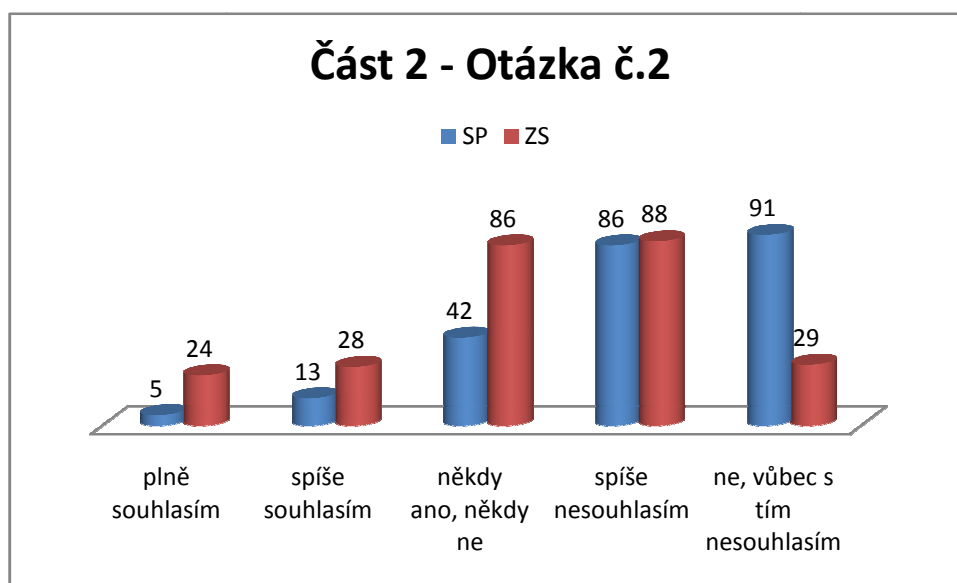
Zdroj: Vlastní výzkum

15% (36) sociálních pracovníků uvedlo, že při práci mívá pocit časového tlaku. 26% (62) s tvrzením spíše souhlasilo, 34% (82) se vyslovilo pro variantu někdy ano, někdy ne, 18% (43) s tím spíše nesouhlasilo a 6% (14) s tím vůbec nesouhlasilo.

Zdravotní sestry s tímto tvrzením plně souhlasily ze 5% (14), v 10% (25) s tvrzením spíše souhlasily, 47% (119) se vyslovilo pro variantu někdy ano, někdy ne, 30% (76) spíše nesouhlasilo a 8% (21) s tím vůbec nesouhlasilo.

Graf znázorňuje, že sociální pracovníci mívají při své práci častěji pocit časového tlaku, než zdravotní sestry. Rozdíl je statisticky významný na 1% hladině významnosti (Chi-Square Test).

Graf č. 19: Část 2. – Otázka č. 2 – Práce mě neuspokojuje (v %)

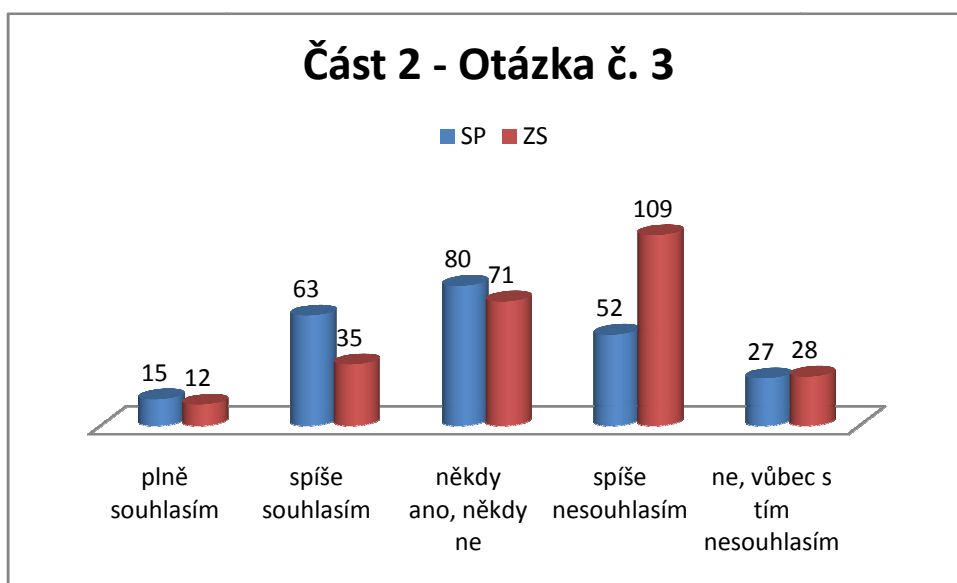


Zdroj: Vlastní výzkum

Tento graf znázorňuje neuspokojení z práce, s kterým plně souhlasí 2% (5) sociálních pracovníků a 9% (24) zdravotních sester. 5% (13) sociálních pracovníků a 11% (28) zdravotních sester s tím spíše souhlasí, 18% (42) sociálních pracovníků a 34% (86) sester se vyslovilo pro variantu někdy ano, někdy ne, 36% (86) sociálních pracovníků a 35% (88) sester s tím spíše nesouhlasí a v odpovědi ne, vůbec s tím nesouhlasím, se přiklonilo k této variantě 38% (91) sociálních pracovníků a 11% (29) zdravotních sester.

Z grafu je zřejmé, že zdravotní sestry více souhlasí s pracovním neuspokojením, tedy, že sociální pracovníci jsou ve své práci spokojenější než zdravotní sestry. Rozdíl je statisticky významný na 1% hladině významnosti (Chi-Square Test).

Graf č. 20: Část 2. – Otázka č. 3 – Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost (v %)

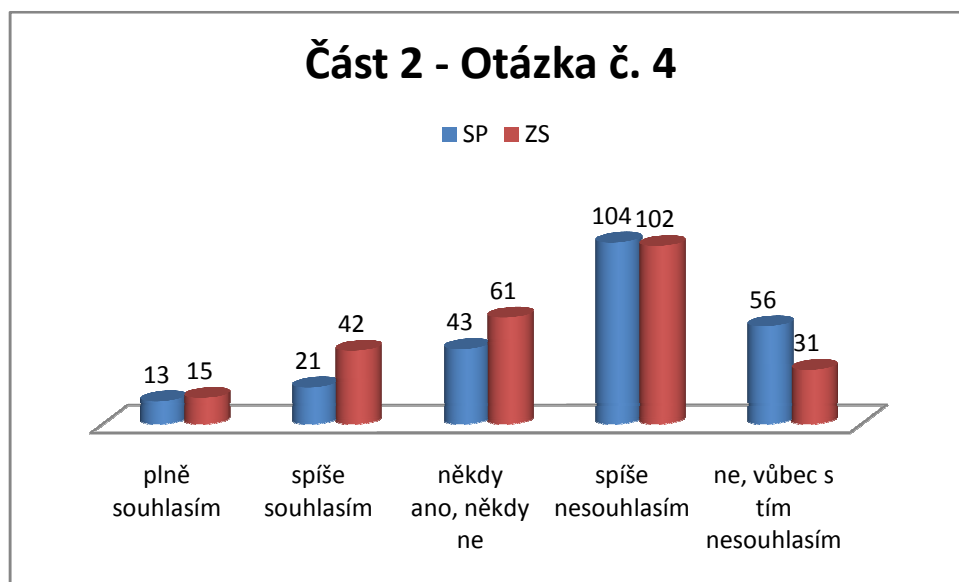


Zdroj: Vlastní výzkum

Na tomto grafu vidíme, že 6% (15) sociálních pracovníků a 5% (12) dotázaných sester plně souhlasí s tím, že je jejich práce velmi psychicky zatěžuje pro její vysokou zodpovědnost. 27% (63) sociálních pracovníků a 14% (35) sester s tímto tvrzením spíše souhlasí, odpověď někdy ano, někdy ne uvedlo 33% (80) sociálních pracovníků a 28% (71) sester. Odpověď, spíše nesouhlasím, uvedlo 22% (52) sociálních pracovníků a 43% (109) zdravotních sester a odpověď ne, vůbec s tím nesouhlasím, zaškrtnulo 11% (27) sociálních pracovníků a 11% (28) sester.

Rozdíl mezi zkoumanými soubory je, zejména v odpovědi spíše nesouhlasím, kde bylo 22% (52) sociálních pracovníků a 43% (109) zdravotních sester. V celku sociální pracovníky práce psychicky více zatěžuje pro vysokou zodpovědnost. Rozdíl je statisticky významný na 1% hladině významnosti (Chi-Square Test).

Graf č. 21: Část 2. – Otázka č. 4 – Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného (v %)



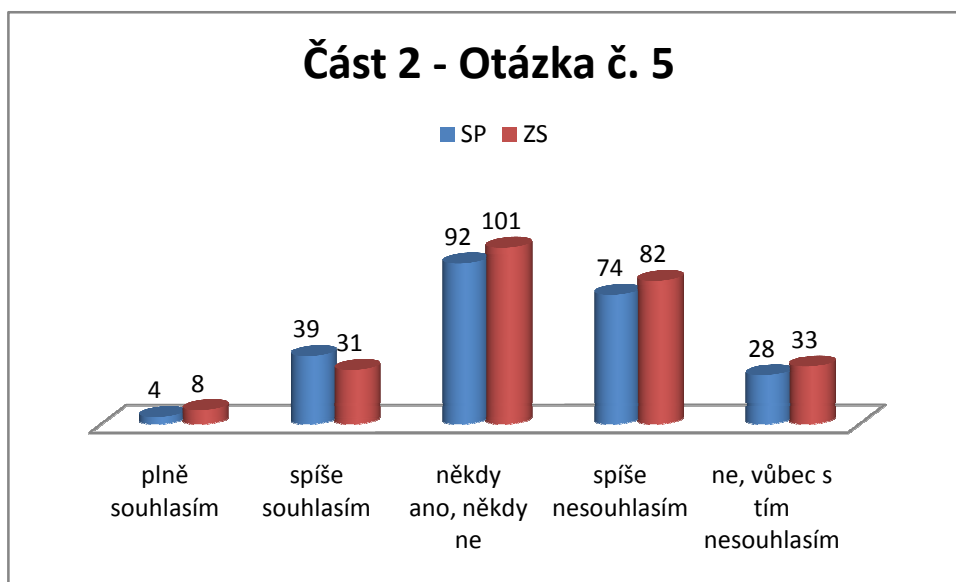
Zdroj: Vlastní výzkum

5% (13) sociálních pracovníků uvedlo, že po několika hodinách má práce natolik, že by chtěl/a dělat něco jiného. 8% (21) s tvrzením spíše souhlasilo, 18% (43) se vyslovilo pro variantu někdy ano, někdy ne, 44% (104) s tím spíše nesouhlasilo a 24% (56) s tím vůbec nesouhlasilo.

Zdravotní sestry s tímto tvrzením plně souhlasily z 6% (15), v 16% (42) s tvrzením spíše souhlasily, 25% (61) se vyslovilo pro variantu někdy ano, někdy ne, 41% (102) spíše nesouhlasilo a 12% (31) s tím vůbec nesouhlasilo.

Graf znázorňuje, že sociální pracovníci oproti zdravotním sestřám méně souhlasí s tímto tvrzením. Rozdíl je statisticky významný na 1% hladině významnosti (Chi-Square Test).

Graf č. 22: Část 2. – Otázka č. 5 – Práce je psychicky náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost (v %)

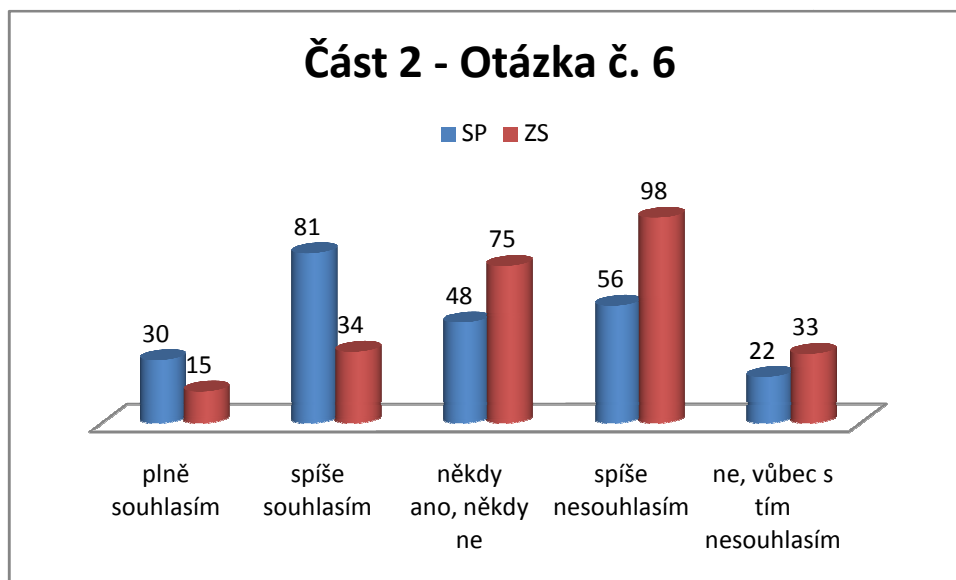


Zdroj: Vlastní výzkum

2% (4) sociálních pracovníků uvedlo, že po několika hodinách má práce cítí únavu a ochablost. 16% (39) s tvrzením spíše souhlasilo, 39% (92) se vyslovalo pro variantu někdy ano, někdy ne, 31% (74) s tím spíše nesouhlasilo a 12% (28) s tím vůbec nesouhlasilo.

Zdravotní sestry s tímto tvrzením plně souhlasily ze 3% (8), v 12% (31) s tvrzením spíše souhlasily, 40% (101) se vyslovalo pro variantu někdy ano, někdy ne, 32% (82) spíše nesouhlasilo a 13% (33) s tím vůbec nesouhlasilo. Rozdíly mezi skupinami nejsou významné.

Graf č. 23: Část 2. – otázka č. 6 – Práce je psychicky tak náročná, že je velmi obtížné dělat ji se stejnou výkonností (v %)



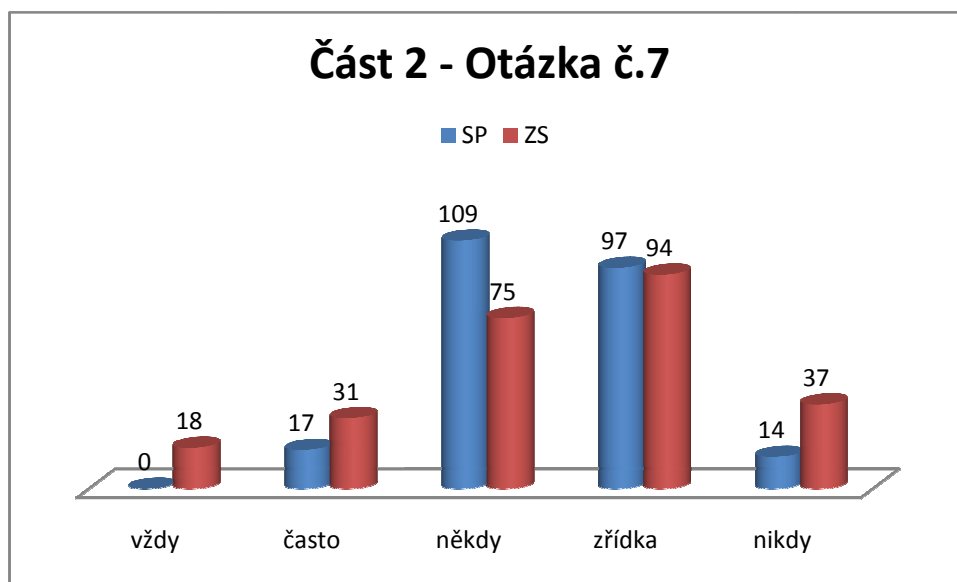
Zdroj: Vlastní výzkum

Tento graf znázorňuje, že 13% (30) sociálních pracovníků uvedlo, že jejich práce je tak náročná, že je velmi obtížné dělat ji se stejnou výkonností. 34% (81) s tvrzením spíše souhlasilo, 20% (48) se vyslovilo pro variantu někdy ano, někdy ne, 24% (56) s tím spíše nesouhlasilo a 9% (22) s tím vůbec nesouhlasilo.

Zdravotní sestry s tímto tvrzením plně souhlasily ze 6% (15), v 13% (34) s tvrzením spíše souhlasily, 30% (75) se vyslovilo pro variantu někdy ano, někdy ne, 38% (98) spíše nesouhlasilo a 13% (33) s tím vůbec nesouhlasilo.

Graf znázorňuje, že zdravotní sestry oproti sociálním pracovníkům méně souhlasí s tímto tvrzením. Rozdíl je statisticky významný na 1% hladině významnosti (Chi-Square Test).

Graf č. 24: Část 2. – Otázka č. 7 – Obtížně se soustřeďuji (v %)

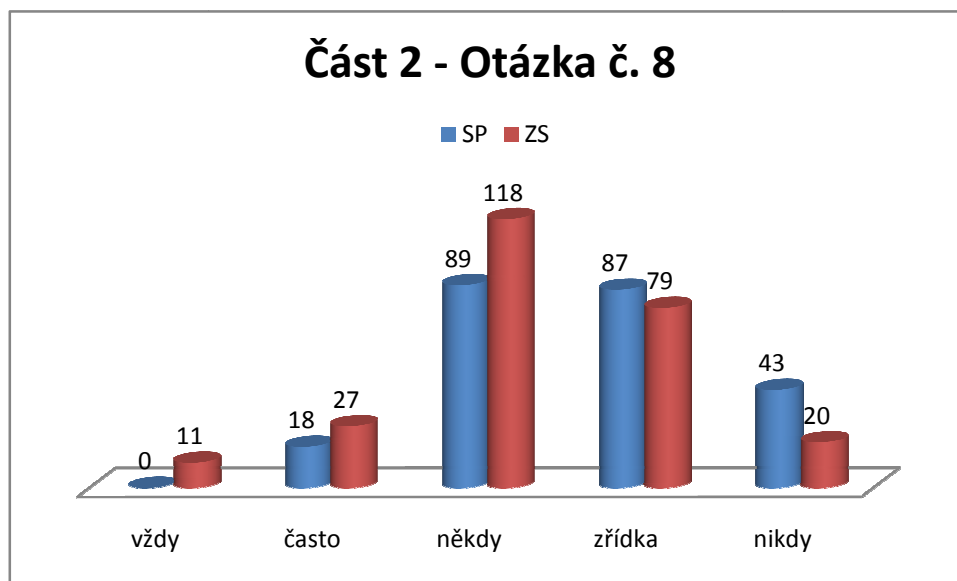


Zdroj: Vlastní výzkum

Na tuto otázku nevolil nikdo sociálních pracovníků odpověď vždy, u zdravotních sester však 7% (18). Odpověď často zaškrtnulo 7% (17) pracovníků a 12% (31) sester uvedlo odpověď často, 46% (109) sociálních pracovníků a 29% (75) sester zvolilo odpověď někdy, 41% (97) sociálních pracovníků a 37% (94) sester odpovědělo zřídka a 6% (14) sociálních pracovníků a 15% (37) sester označilo odpověď nikdy.

Obtíže při soustředění trochu více připouštějí zdravotní sestry (průměr sestry 3.4, sociální pracovníci 3.5). Rozdíl je ale statisticky významný na 1% hladině významnosti (Chi-Square Test).

Graf č. 25: Část 2. – Otázka č. 8 – Připadám si fyzicky vyždímaný/á (v %)

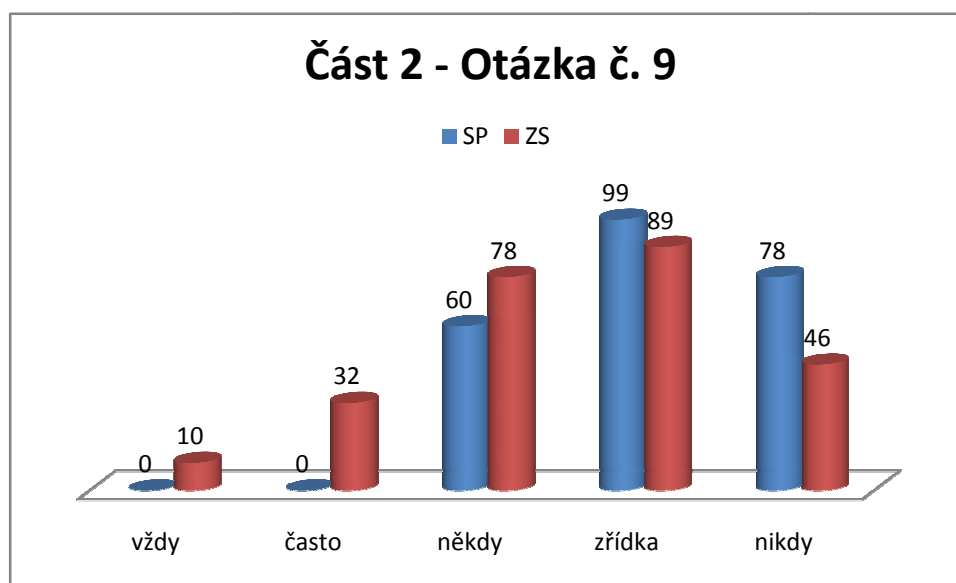


Zdroj: Vlastní výzkum

V této otázce nevolil nikdo sociálních pracovníků odpověď vždy, u zdravotních sester jich bylo 4% (11). Odpověď často zaškrtnulo 7% (18) sociálních pracovníků a 11% (27) sester uvedlo odpověď často, 37% (89) pracovníků a 46% (118) sester zvolilo odpověď někdy, 37% (87) sociálních pracovníků a 31% (79) sester odpovědělo zřídka a 18% (43) sociálních pracovníků a 8% (20) sester označilo odpověď nikdy.

Statisticky významný rozdíl je na 1% hladině významnosti (Chi-Square Test).

Graf č. 26: Část 2. – Otázka č. 9 – Nemám chuť pomáhat problémovým klientům (v %)

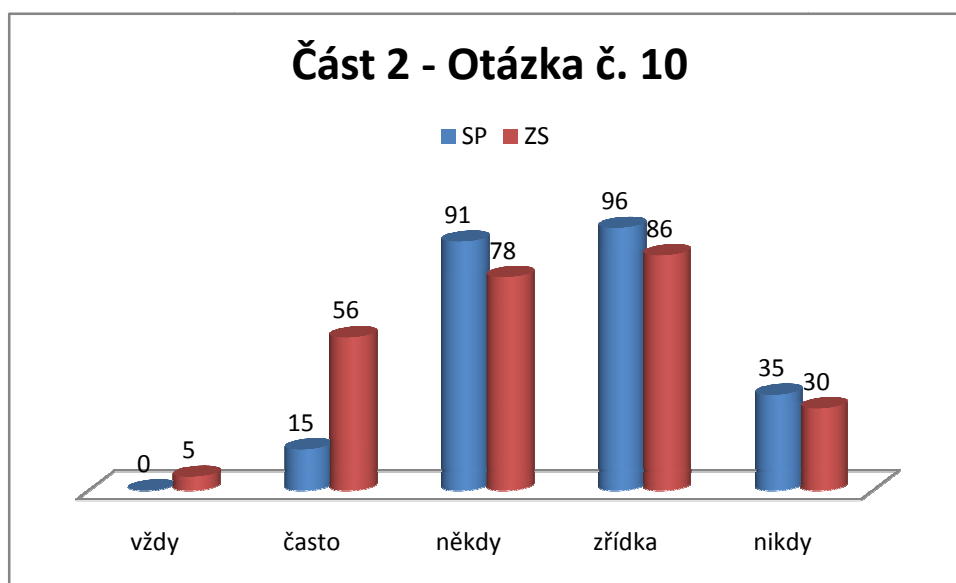


Zdroj: Vlastní výzkum

Ze zkoumaného souboru respondentů v této otázce žádný sociální pracovník nezvolil odpověď vždy ani často. U zdravotních sester variantu vždy zvolilo 4% (10). Odpověď často zaškrtnulo 13% (32) sester, 25% (60) sociálních pracovníků a 31% (78) sester zvolilo odpověď někdy, 41% (99) pracovníků a 35% (89) sester odpovědělo zřídka a 33% (78) sociálních pracovníků a 18% (46) sester označilo odpověď nikdy.

Rozdíl je statisticky významný na 1 % hladině významnosti (Chi-Square Test).

Graf č. 27: Část 2 – Otázka č. 10 – Pochybuji o svých profesionálních schopnostech (v %)

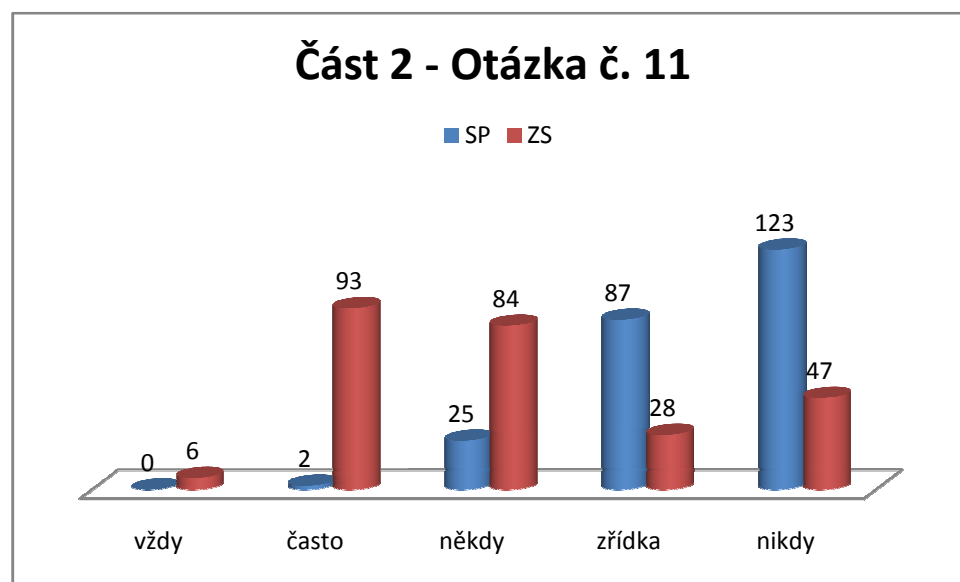


Zdroj: Vlastní výzkum

Z dotázaného souboru respondentů v této otázce žádný sociální pracovník nezvolil odpověď vždy, 2% (5) však odpovědělo zdravotních sester. V odpovědi často se objevilo 6% (15) sociálních pracovníků a 22% (56) zdravotních sester, 38% (91) sociálních pracovníků a 31% (78) sester zvolilo odpověď někdy, 40% (96) sociálních pracovníků a 34% (86) sester odpovědělo zřídka a 15% (35) sociálních pracovníků a 12% (30) sester označilo odpověď nikdy.

Rozdíl je statisticky významný na 1 % hladině významnosti (Chi-Square Test).

Graf č. 28: Část 2. – Otázka č. 11 – Pokud je to možné, vyhýbám se odborným rozhovorům se spolupracovníky/spolupracovnicemi (v %)

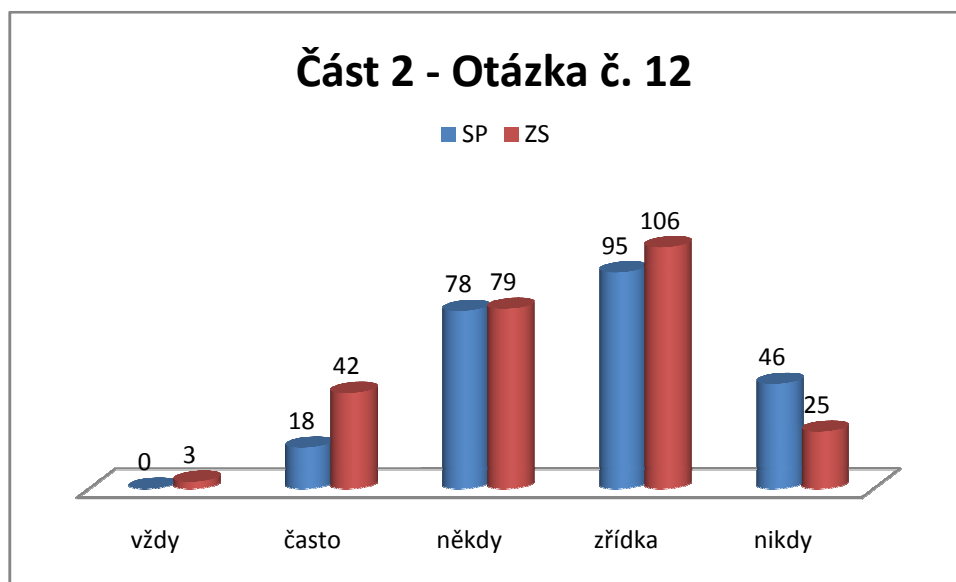


Zdroj: Vlastní výzkum

Na tuto otázku neodpověděl variantou vždy z dotázaného souboru sociálních pracovníků žádný respondent, 2% (6) však odpovědělo zdravotních sester. V odpovědi často se objevilo 1% (2) sociálních pracovníků a 36% (93) zdravotních sester, 11% (25) sociálních pracovníků a 33% (84) sester zvolilo odpověď někdy, 37% (87) sociálních pracovníků a 11% (28) sester odpovědělo zřídka a 52% (123) sociálních pracovníků a 18% (47) sester označilo odpověď nikdy.

Odpovědi u obou skupin jsou odlišné. Rozdíl je statisticky významný na 1 % hladině významnosti (Chi-Square Test).

Graf č. 29: Část 2. – Otázka č. 12 – V konfliktních situacích na pracovišti se cítím bezmocný/á (v %)

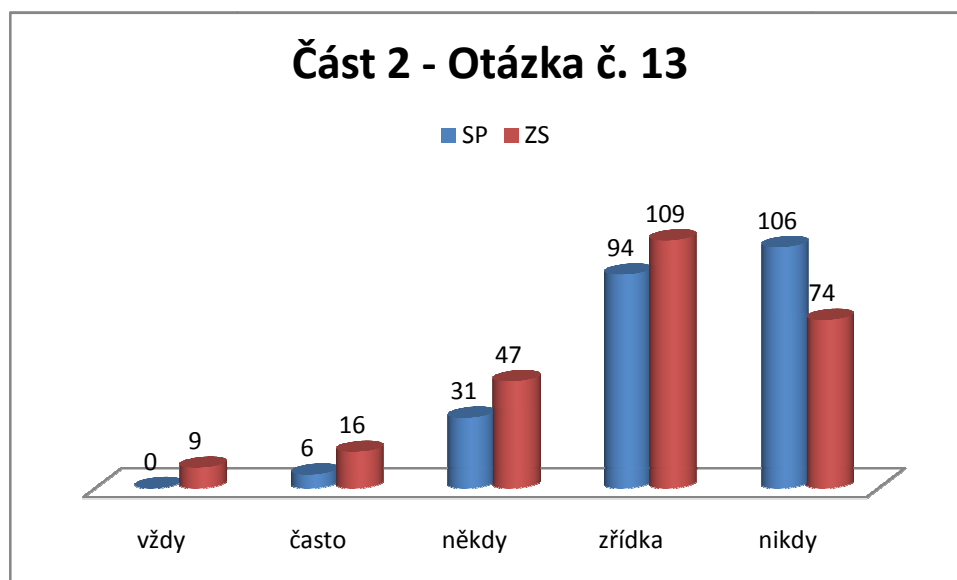


Zdroj: Vlastní výzkum

V této otázce neodpověděl variantou vždy žádný sociální pracovník, 1% (3) odpovědí vždy zaujímaly zdravotní sestry. V odpovědi často bylo 8% (18) sociálních pracovníků a 16% (42) zdravotních sester, 33% (78) sociálních pracovníků a 31% (79) sester zvolilo odpověď někdy, 40% (95) pracovníků a 42% (106) sester odpovědělo zřídka a 19% (46) sociálních pracovníků a 10% (25) sester označilo odpověď nikdy.

Rozdíl je statisticky významný na 1 % hladině významnosti (Chi-Square Test).

Graf č. 30: Část 2. – Otázka č. 13 – Mám problémy se srdcem, dýcháním, trávením apod. (v %)

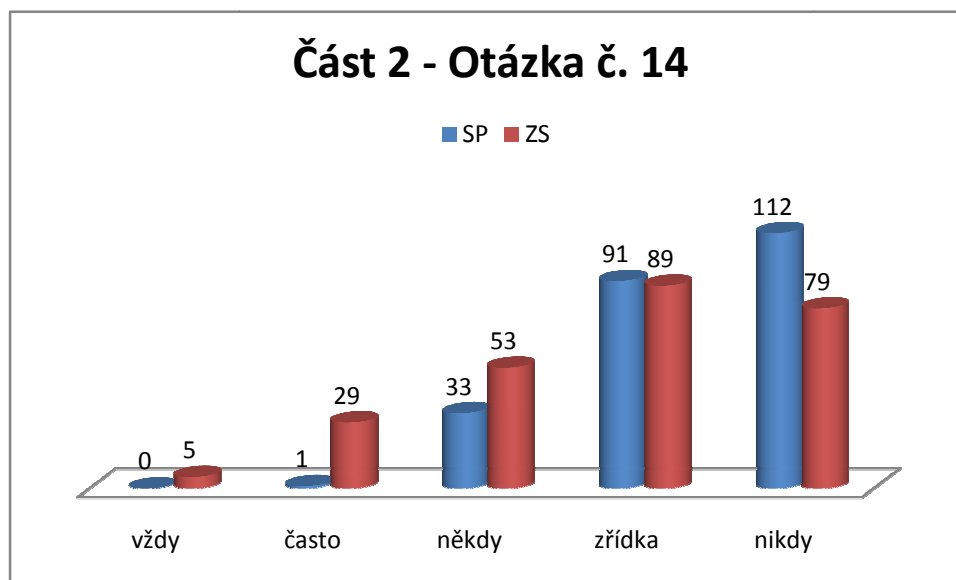


Zdroj: Vlastní výzkum

Žádný sociální pracovník neodpověděl variantou vždy, zdravotní sestry na variantu vždy poukázaly 4% (9) odpovědí. V odpovědi často bylo 3% (6) sociálních pracovníků a 6% (16) zdravotních sester, 13% (31) sociálních pracovníků a 18% (47) sester zvolilo odpověď někdy, 40% (94) sociálních pracovníků a 43% (109) sester odpovědělo zřídka a 45% (106) sociálních pracovníků a 29% (74) sester označilo odpověď nikdy.

Rozdíl je statisticky významný na 1 % hladině významnosti (Chi-Square Test).

Graf č. 31: Část 2. – Otázka č. 14 – Můj odborný růst a zájem o obor zaostává (v%)

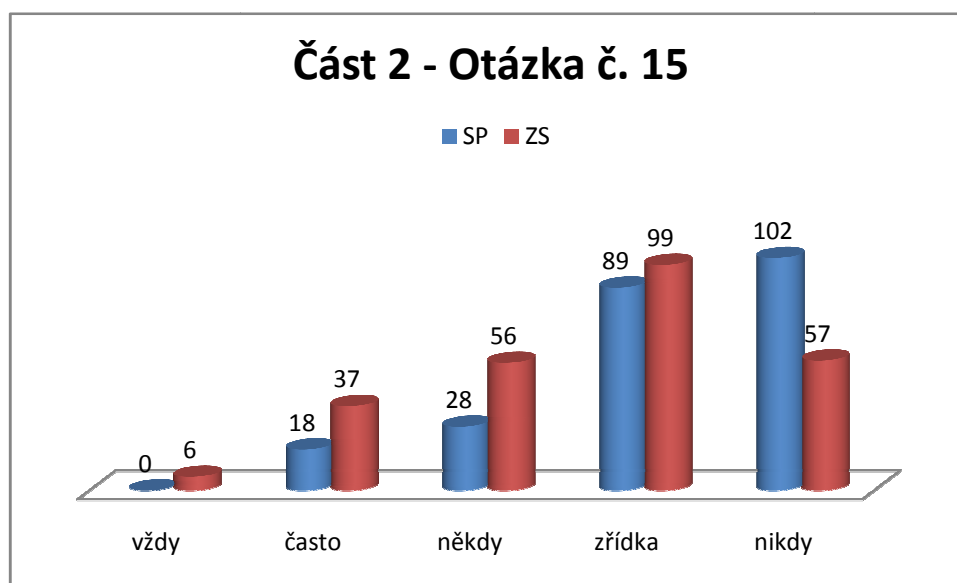


Zdroj: Vlastní výzkum

Ze zkoumaného počtu sociálních pracovníků žádný neodpověděl možností vždy, zdravotní sestry na variantu vždy poukázaly 2% (5) odpovědí. V odpovědi často se objevilo 0,5% (1) sociálních pracovníků a 11% (29) zdravotních sester, 14% (33) sociálních pracovníků a 21% (53) sester zvolilo odpověď někdy, 38% (91) sociálních pracovníků a 35% (89) sester odpovědělo zřídka a 47% (112) sociálních pracovníků a 31% (79) sester označilo odpověď nikdy.

Rozdíl je statisticky významný na 1 % hladině významnosti (Chi-Square Test).

Graf č. 32: Část 2. – Otázka č. 15 – Přemýšlím o odchodu z oboru (v %)

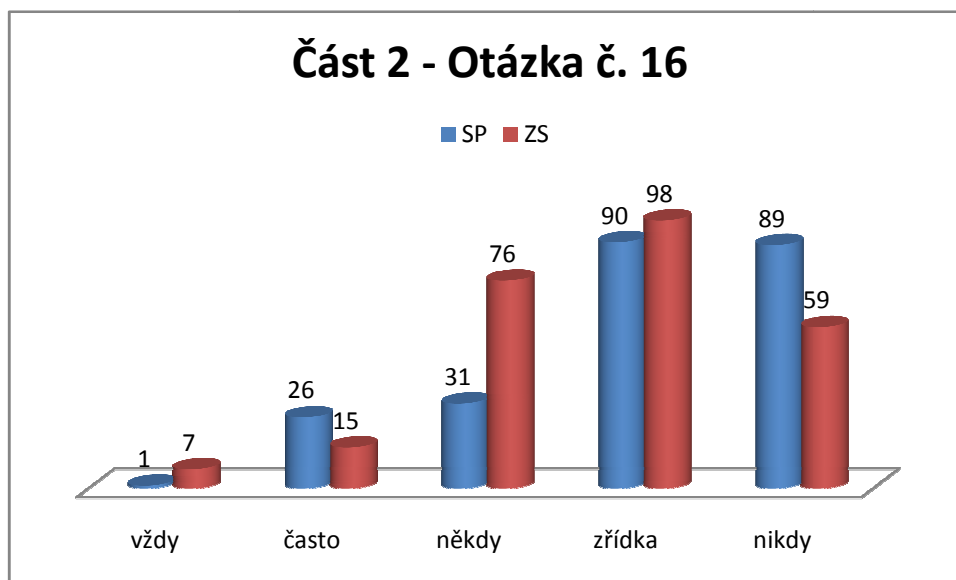


Zdroj: Vlastní výzkum

Ze zkoumaného počtu sociálních pracovníků žádný neodpověděl variantou odpovědi vždy, zdravotní sestry na variantu vždy poukázaly 2% (6) odpovědí. V odpovědi často se objevilo 8% (18) sociálních pracovníků a 15% (37) zdravotních sester, 12% (28) sociálních pracovníků a 22% (56) sester zvolilo odpověď někdy, 38% (89) sociálních pracovníků a 39% (99) sester odpovědělo zřídka a 43% (102) sociálních pracovníků a 22% (57) sester označilo odpověď nikdy.

Z grafu jsou patrné rozdíly v přemýšlení o odchodu ze zaměstnání mezi sociálními pracovníky a zdravotními sestrami. Rozdíl je statisticky významný na 1 % hladině významnosti (Chi-Square Test).

Graf č. 33: Část 2. – Otázka č. 16 – Trápí mě poruchy spánku (v %)

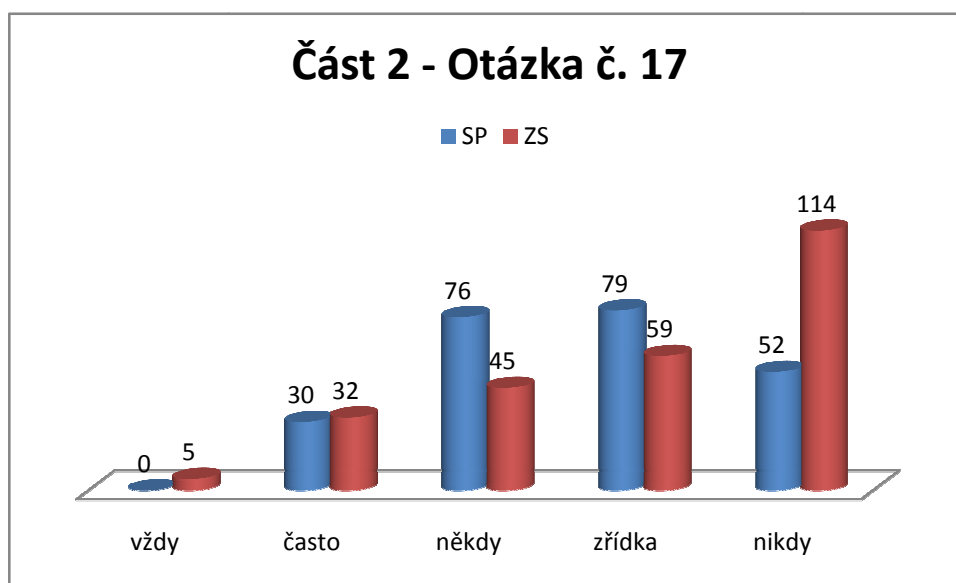


Zdroj: Vlastní výzkum

Ve zkoumaném počtu sociálních pracovníků odpověděl variantou vždy 0,5% (1) sociální pracovník, zdravotní sestry na tuto variantu upozornily 3% (7) odpovědí. V odpovědi často se objevilo 11% (26) sociálních pracovníků a 6% (15) zdravotních sester, 13% (31) sociálních pracovníků a 30% (76) sester zvolilo odpověď někdy, 38% (90) sociálních pracovníků a 38% (98) sester odpovědělo zřídka a 38% (89) sociálních pracovníků a 23% (59) sester označilo odpověď nikdy.

Rozdíl je statisticky významný na 1 % hladině významnosti (Chi-Square Test).

Graf č. 34: Část 2. – Otázka č. 17 – Trpím bolestmi hlavy (v %)

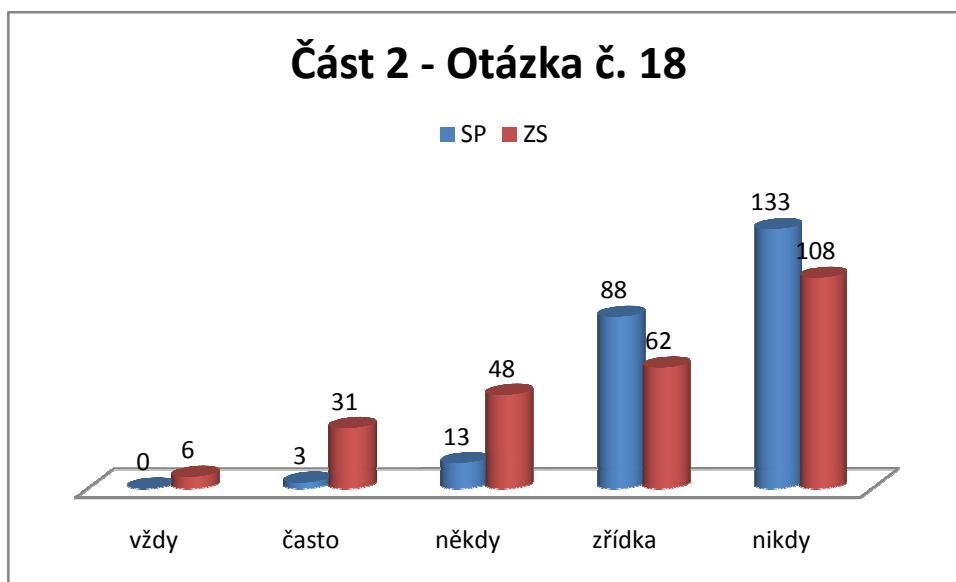


Zdroj: Vlastní výzkum

Žádný sociální pracovník neodpověděl, že by vždy trpěl bolestmi hlavy, zdravotní sestry však byly 2% (5) odpovědí. V odpovědi často bylo 13% (30) sociálních pracovníků a 13% (32) zdravotních sester, 32% (76) sociálních pracovníků a 18% (45) sester zvolilo odpověď někdy, 33% (79) sociálních pracovníků a 23% (59) sester odpovědělo zřídka a 22% (52) sociálních pracovníků a 45% (114) sester označilo odpověď nikdy.

Sociální pracovníci častěji souhlasí. Rozdíl je statisticky významný na 1 % hladině významnosti (Chi-Square Test).

Graf č. 35: Část 2 – Otázka č. 18 – Pokud je to možné, vyhýbám se rozhovoru s klienty/pacienty (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Žádný sociální pracovník neodpověděl, že by se vždy vyhýbal rozhovoru se svými klienty, oproti tomu 2% (6) zdravotních sester vždy odpovědělo. V odpovědi často se zobrazilo 1% (3) sociálních pracovníků a 12% (31) zdravotních sester, 5% (13) sociálních pracovníků a 19% (48) sester zvolilo odpověď někdy, 37% (88) sociálních pracovníků a 24% (62) sester odpovědělo zřídka a 56% (133) sociálních pracovníků a 42% (108) sester označilo odpověď nikdy.

Rozdíl je statisticky významný na 1 % hladině významnosti (Chi-Square Test).

Sloučení otázek druhé části 7 - 18

Podobně jako u otázky č. 14 jsme sloučili otázky 7 – 18 druhé části dotazníku prostým součtem všech 12 položek v řádku. Sestry v souhrnu souhlasí více s uvedenými tvrzeními. Jediná položka, ve které sociální pracovníci souhlasí více, je bolest hlavy. Průměr u sester je 43,8, u sociálních pracovníků 47,0

Rozdíl mezi skupinami je statisticky významný na 1 % hladině významnosti (Chi-Square Test).

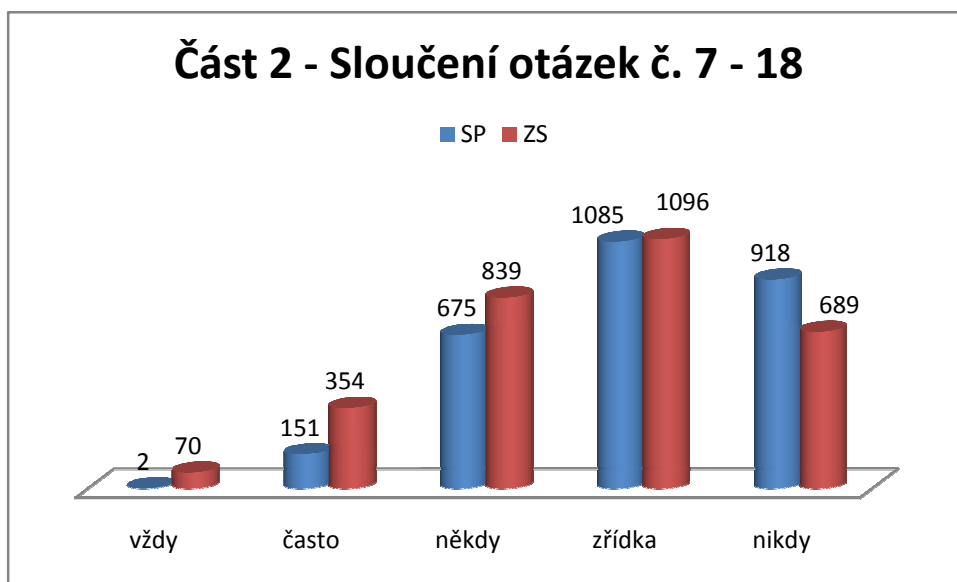
Získané průměry jsme opět vydělili dvanácti, tím jsme získali průměrné hodnoty vnímaných příznaků vyhoření v obou skupinách. Průměrná hodnota u sester je 3,6, u sociálních pracovníků 3,9. Hodnoty se pohybují nad středem. Příznaky vyhoření se pohybují především v pásmu „někdy“ - „zřídka“.

Tab. č. 5

| | součet | | | celkem |
|---------------------|---------|---------|---------|--------|
| | 30 - 42 | 43 - 54 | 54 - 60 | |
| sestry | 99 | 153 | 2 | 254 |
| Sociální pracovníci | 9 | 225 | 1 | 235 |
| | | | | |

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 36: Část 2 – Sloučení otázek č. 7 - 18 – Jak se cítíte v posledních dvou týdnech – otázky zaměřené na syndrom vyhoření (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

V tomto grafu jsme sečetli, jak a kolikrát ve všech dvanácti otázkách skórovaly sestry a sociální pracovní. I zde se ukazuje, že sestry skórovaly o něco častěji v nižších (souhlasných) skórech.

Výsledky statistického testování zmenšeného souboru

Protože původní soubor nebyl vyrovnaný, pokud se týká věku, pohlaví, vzdělání a délky praxe, vybrali jsme 46 párů, které se v těchto parametrech shodují a takto vzniklý soubor znovu otestovali z hlediska rozdílů mezi soubory sester a sociálních pracovníků. Protože jde o menší soubor, zvolili jsme 5% hladinu významnosti.

Výsledky statistického testování jsou obdobné jako u celého souboru. Významné rozdíly jsou v otázkách: Pracovní tempo si určuji sám; Má práce je každý den stejná; Mám zdravotní potíže; Po práci se cítím často fyzicky vyčerpaná; Činnost na našem pracovišti vyžaduje obratnost v jednání s lidmi; Velmi často se musím rychle rozhodovat v časové tísní; Moje práce vyžaduje stálé vzdělávání.

Nevýznamné rozdíly jsou patrné v otázkách: Celý den se v práci nezastavím; Současná práce narušuje vztahy v mé rodině; Prostředí, na kterém pracuji, se mi líbí.

Tab. č. 6 - Výsledky statistického testování zmenšeného souboru

| Otázka | Průměr sestry | Průměr soc. prac | Významnost rozdílu |
|--|---------------|------------------|--------------------|
| Celý den se v práci nezastavím | 2,3261 | 2,3696 | nevýznamný |
| Pracovní tempo si určuji sám | 3,3696 | 2,5217 | významný |
| Má práce je každý den stejná | 3,0000 | 4,0217 | významný |
| Se svými spolupracovníky vycházím dobře | 2,3478 | 1,913 | významný |
| Současná práce narušuje vztahy v mé rodině | 3,2826 | 3,7174 | nevýznamný |
| Mám zdravotní potíže | 3,1522 | 3,5652 | významný |
| Prostředí, na kterém pracuji, se mi líbí | 2,1304 | 1,9783 | nevýznamný |
| Po práci se cítím často fyzicky vyčerpaná | 2,5652 | 3,0435 | významný |

| | | | | |
|--|--------|--------|----------|--|
| Činnost na našem pracovišti vyžaduje obratnost v jednání s lidmi | 3,2826 | 1,5652 | významný | |
| Velmi často se musím rychle rozhodovat v časové tísní | 3,0652 | 2,3696 | významný | |
| Moje práce vyžaduje stálé vzdělávání | 3,4565 | 1,2826 | významný | |

Zdroj: Vlastní výzkum

Při testování sloučených dat otázky č. 14 je signifikantní rozdíl na 5% hladině významnosti.

Testování prvních 6 otázek druhé části dotazníku

V Prvních 6 ti otázkách se objevily významné rozdíly v oblasti otázek: Práce je psychicky tak náročná, že je velmi obtížné dělat ji po léta se stejnou výkonností a Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost.

Nevýznamné rozdíly pak v oblastech: Práce je psychicky náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost. Dále v otázce: Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného. Také u otázky: Při práci mívám často pocit časového tlaku a v otázce: Práce mě neuspokojuje.

Průměry ukazují, že pouze v položce Práce mě neuspokojuje a Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného, skórují sociální pracovníci výše, tedy méně souhlasí. V ostatních položkách jsou sestry na tom lépe, méně souhlasí.

Testování otázek 7 – 18 jsou významné rozdíly na 5% hladině významnosti v oblastech: Pokud je to možné, vyhýbám se odborným rozhovorům se spolupracovníky; Pokud je to možné, vyhýbám se rozhovoru s pacienty; Obtížně se soustředuji; Mám problémy se srdcem, dýcháním, trávením apod.; Můj odborný růst a zájem o obor zaostává a Přemýšlím o odchodu z oboru. Součet všech 12 položek má významný rozdíl na 5% hladině významnosti.

5 DISKUZE

Každý člověk se v průběhu svého života může dostat do situací, které sám není schopen zvládnout, ani za pomoci svého okolí, přátel či rodiny. V tu chvíli vyhledává odbornou pomoc na profesionální úrovni, kterou zprostředkovávají a zajišťují pomáhající profese. Já se ve své diplomové práci zaměřuji na pomáhající sociální pracovníky a zdravotní sestry. Ti mají, stejně jako i jiná povolání určité kompetence, které je nutno ovládat pro plnění pracovních činností.

Jako studentka zdravotně sociální fakulty, která představuje klasickou humanitární vysokou školu souhrnně zabývající se kompozicí zdravotní a sociální problematiky, jsem se zaměřila na psychosociální zátěž v práci sester a sociálních pracovníků. Hlavní filozofickou myšlenkou zdravotně sociální fakulty je racionální snaha o překlenutí ideové propasti, která v minulých obdobích poměrně striktně oddělovala záležitosti zdravotnických oblastí od problematiky sociální sféry (81).

Toto propojení oblastí ovšem není nikterak jednoduché, na což poukazuje Šimek, který říká, že *„zdravotní a sociální oblast spolu neoddělitelně souvisí. To ví každé malé dítě. Jsou však tyto dvě oblasti v současnosti opravdu propojené? Bohužel musíme na tuto otázku odpovědět záporně. Zdravotní péče stojí na zdravotnických vědách jako je např. anatomie, fyziologie, biochemie a na zdravotnické technologii. Sociální péče však vychází z práva, sociologie, psychologie a ekonomie“* (69).

V teoretické i výzkumné části práce jsem se proto zajímala o psychosociální pracovní zátěž jak v profesi sociálních pracovníků, tak i zdravotních sester, abych poukázala na možné podobnosti i rozdíly u obou povolání pomáhajících profesí spadajících do oblasti zdravotní i sociální a mohla je tak porovnat. V této oblasti byla provedena již celá řada výzkumů, ovšem ve většině případů, v odděleném provedení, tedy zvlášť výzkumná šetření zdravotních sester a zvlášť problematika odvětví sociálních pracovníků.

Konkrétně jsem se tedy zajímala o míru psychosociální zátěže a identifikaci jejich příčin u zdravotních sester a sociálních pracovníků. Snažila jsem se proto získat co největší počet výzkumného souboru, tedy plně vyplněných dotazníků jak od zdravotních sester, tak od sociálních pracovníků. Celkem se mi podařilo získat 474 vyplněných a použitelných dotazníků. Výsledky dotazníků byly zpracovány do grafů tak, aby byla na první pohled patrna shoda, či rozdíl mezi těmito profesemi. Rozdíly byly statisticky testovány pomocí Chi-kvadrát testu.

Protože v původním neredukovaném souboru jsou značné rozdíly, vytvořili jsme soubor redukovaný a znovu jsme testovali rozdíly. Podle očekávání je většina rozdílů zachována.

Cílem této mé diplomové práce bylo rámcové zmapování míry psychosociální zátěže v práci sester a sociálních pracovníků, dále zjistit, do jaké míry vnímají dotazovaní, tedy zdravotní sestry a sociální pracovníci, charakter jejich psychosociální pracovní zátěže, a zda jsou, či nikoliv, ohroženi syndromem vyhoření. Dále také, která ze zmíněných dvou skupin respondentů pomáhajících profesí vnímá svou psychosociální pracovní zátěž více a zda je rozdíl v jejich ohrožení syndromem vyhoření.

V prvopočátku tohoto výzkumu jsem si definovala následující 3 hypotézy:

Hypotéza H1: Sestry a sociální pracovníci vnímají rozdílně různé prvky své psychosociální zátěže.

Hypotéza H2: Sestry vnímají psychosociální zátěž ve své práci intenzivněji než sociální pracovníků.

Hypotéza H3: Syndromem vyhoření jsou více ohroženy zdravotní sestry, než sociální pracovníci.

Pro psychosociální zátěž byly zformulovány otázky 6 – 17 první části dotazníku. Z výsledků je patrné, že respondenti ze stran zdravotních sester i sociálních pracovníků

chápu jako problémové nebo zatěžující především položky otázek čísel: 6, 7, 8, 10, 11, 13, 15, 16.

U těchto položek číslo 7, 8, 10, 11, 13, 16 je patrný rozdíl v odpovědích mezi zkoumaným souborem zdravotních sester souborem sociálních pracovníků.

Z odpovědí otázky číslo 7 je zřejmé, že sociální pracovníci častěji uvádějí, že si své pracovní tempo určují sami. Zdravotní sestry mají tedy častěji pracovní tempo vynucené, což pro ně znamená větší zátěž. Z odpovědí otázky číslo 8 plyne, že sociální pracovníci jsou méně zatíženi stereotypní prací při výkonu svého povolání, nežli zdravotní sestry. Z odpovědí v otázce číslo 10 je zřejmé, u sociálních pracovníků jejich současná práce méně narušuje vztahy v jejich rodině, než u souboru zdravotních sester. Odpovědi na otázku číslo 11 ukazují, že zdravotní sestry trpí přítomností zdravotních potíží více než sociální pracovníci. Z toho vyplývá, že sestry se cítí po práci více fyzicky vyčerpané než sociální pracovníci, načež poukazuje otázka číslo 13) a také častěji uvádějí, že se musí velmi často rozhodovat v časové tísní, viz otázka číslo 16.

Z těchto odpovědí respondentů na položené otázky 6 – 17 je zřejmý závěr: „**Hypotéza H1** předpokládající, že sestry a sociální pracovníci vnímají rozdílně různé prvky své psychosociální zátěže, **se potvrdila**“.

Zdravotní sestry jako nositelky zdravotnického povolání a poskytování pomoci a péče by měly být nositelkami vzdělání, emocionální a sociální zralosti a pozitivního přístupu v péči o druhé lidi. Sestry představují určitý model ve společnosti, měly by mít rozhled, být prakticky zdatné, mít odborné vědomosti. Jsou jedním z článků, které stojí u zrodu života, jeho průběhu i zániku, proto patří z hlediska odborné přípravy i konkrétního profesionálního výkonu mezi náročná povolání (24).

Otázky 9 a 12 nevnímají sociální pracovníci ani zdravotní sestry jako problémové. U obou zkoumaných souborů jsou odpovědi relativně vyrovnané. V

položce číslo 9 valná většina zdravotních sester i sociálních pracovníků uvedla, že se svými spolupracovníky vychází dobře, což je patrné z grafu číslo 9. Obdobná je situace i u otázky číslo 12, kde také většina pracovníků z obou zkoumaných souborů uvedla, že se jim líbí pracovní prostředí, ve kterém vykonávají svou činnost. To je znázorněno v grafu číslo 12. Otázka číslo 15 se týkala obratnosti v jednání s lidmi. Oba zkoumané soubory se relativně ve svých odpovědích shodly, a to tak, že jejich práce vyžaduje obratnost při jednání s druhými lidmi. Tato otázka měla hodnotící náhled na jejich vlastní činnosti povolání.

Profese zdravotní sestry je různorodou činností, každý den a v každém nemocničním zařízení může být jiná. Zdravotní sestra by proto měla mít praktické znalosti a dovednosti týkající se péče a informovanosti o svých pacientech. Musí umět dobře komunikovat, jak s klienty, tak se svými spolupracovníky, protože komunikace je základní součástí péče, kterou sestry poskytují. Sestra musí být schopna týmové a vysoce odborné práce. Zdravotní sestry musí být školeným odolným a fyzicky zdatným personálem pečujícím o druhé (22).

Bártlová říká, že celoživotní vzdělávání zdravotních sester je nástrojem umožňující sestřím získávat aktuální informace, nejnovější poznatky a dovednosti a reagovat tak na dynamické změny v poskytování zdravotní péče (2).

V otázce číslo 17 jsem se dotazovala na celoživotní vzdělávání pracovníků obou zkoumaných souborů. Z grafu číslo 17 je patrné, že větší důraz na stálé/celoživotní vzdělávání kladou sociální pracovníci než sestry, což je vzhledem ke kreditovému systému a neustálým školícím požadavkům kladených na sestry poněkud překvapivé.

Hypotéza H2 předpokládá, že sestry vnímají psychosociální zátěž ve své práci intenzivněji než sociální pracovníci.

V první části dotazníku v otázce číslo 14 jsem se sociálních pracovníků i zdravotních sester dotazovala, do jaké míry je zatěžuje práce s různými typy klientů/pacientů. V důsledku srovnávání obou skupin různých respondentů bylo nutné nadefinovat i různé typy klientů pro sociální pracovníky a různé typy

pacientů pro zdravotní sestry. Počet definovaných typů klientů i pacientů byl u obou souborů stejný, tedy 6 klientů/pacientů.

Protože byly kategorie konstruovány pro zdravotní sestry a sociální pracovníky různě, nelze jednotlivé rozdíly brát vážně, proto jsme data sloučili do jedné položky. Sloučená data otázky číslo 14 prokazují signifikantní rozdíl na 1% hladině významnosti. Průměrná hodnota u zdravotních sester je na čísle 20,02, u sociálních pracovníků činí 18,34. To znamená, že zdravotní sestry se cítí být méně obtěžovány svými pacienty, než sociální pracovníci svými klienty.

V otázkách číslo 1 – 6 druhé části dotazníku průměry ukazují, že pouze v otázce číslo 2 druhé části (Graf číslo 19) a otázce č. 4 druhé části (Graf číslo 21) skórují sociální pracovníci výše, tedy že méně souhlasí. V ostatních položkách jsou sestry na tom lépe, méně souhlasí. Výsledky zde také neukazují větší zátěž sester.

Hypotéza H2, která předpokládala, že sestry vnímají psychosociální zátěž ve své práci intenzivněji než sociální pracovníci, **se nepotvrdila**.

Hypotéza H3 předpokládala, že sestry jsou více ohrožené syndromem vyhoření nežli sociální pracovníci. Tuto hypotézu jsme testovali srovnáním příznaků vyhoření v otázkách 7 – 18 druhé části.

Zde jsou významné rozdíly na všech položkách, ale s tím, že sociální pracovníci častěji uvádí bolest hlavy, ostatní příznaky uvádějí sestry intenzivněji.

Celkový součet otázek 7 – 18 ukazuje též rozdíly. Z těchto výsledků vyplývá že: „**Hypotéza H3**, která předpokládala, že syndrom vyhoření více ohrožuje sestry, než sociální pracovníky, **se potvrdila**“.

Pomáhající profese a výkon jejich činností patří mezi náročná povolání, která po osobnosti pomáhajících požadují řadu nároků a osobnostních předpokladů. Tato práce přináší i značná rizika, kterým je nutno čelit, aby nedocházelo k ohrožení osobnosti pomáhajícího pracovníka. Je nutné dodržování preventivní opatření ve smyslu dodržování zdravého životního stylu a pokud možno absence stresu a jím podobných faktorů (40).

Skóre příznaků syndromu vyhoření jsou v obou skupinách, sociálních pracovníků i zdravotních sester, vyšší než 3, nejde tedy ještě o vyhoření.

Neustálý kontakt s lidmi, kteří prochází nejrůznějšími zátěžovými životními situacemi, je pro pomáhající velice zatěžující (73).

Syndrom vyhoření je dnes již obecně známým a rozšířeným jevem. Jedná se o stav, kdy je člověk v důsledku své práce extrémně vyčerpán, dochází k vnitřní disbalanci jedince, k poklesu jeho výkonnosti a k různým projevům psychosomatických obtíží. Jednoznačně nelze definovat, co k syndromu vyhoření vede, nicméně lze vyjmenovat některé příčiny, jež jsou s touto oblastí spojené (23).

Pines vnímá syndrom vyhoření jako výsledek neustálého či opakovaného emočního tlaku spojeného s intenzivní účastí s lidmi po dlouhá období. Tato intenzivní účast je spojována s náplní práce, kde je nutné zabývat se psychickými, sociálními a tělesnými problémy druhých lidí (49).

Bártlová uvádí: „Náročnost ve zdravotnictví nelze zmírnit, ta dokonce narůstá, protože zdravotnictví klade stále větší požadavky na profesní úroveň i sociální dovednosti sestry“ (2).

Syndromem vyhoření je důležité se zabývat dříve, než se skutečně rozhoří, každý pomáhající by tak měl dbát na svou osobnost, motivaci, která ho k této práci přivedla, měl by sledovat příznaky stresu na své osobě a starat se o svůj smysluplný, příjemný, zdravý a aktivní život mimo pracovní nasazení. Je nutno dbát na preventivní přístupy zahrnující příjemné, motivující a vzdělávací prostředí (15).

Výsledky této mé práce ukazují potřebu zmírňovat náročnosti pracovního zatížení zdravotních sester a ostatních pracovníků pomáhajících profesí. Problému psychosociální zátěže v práci pomáhajících profesí by se tedy měla věnovat větší pozornost.

6 ZÁVĚR

V této své diplomové práci jsem se zaměřila a snažila poukázat na problematiku psychosociální zátěže v práci sester a sociálních pracovníků a na míru možného ohrožení těchto pomáhajících profesí syndromem vyhoření.

Teoretická část práce byla zaměřena na charakteristiku pomáhajících povolání, konkrétně na sociální pracovníky a zdravotní sestry, na náročné a zátěžové životní situace, dále na vlastní charakteristiku zátěže a stresu a na problémy pomáhání a jejich dopad na člověka, specificky na syndrom vyhoření.

Cílem empirické, tedy výzkumné části mé práce bylo obsažení stanovených oblastí, a to zjištění, jakým způsobem vnímají zdravotní sestry a sociální pracovníci psychosociální zátěž ve své práci, který ze zmíněných souborů respondentů ji vnímá a pociťuje více a zda jsou tyto pomáhající profese ohroženy syndromem „burn out“.

Na základě těchto oblastí byly stanoveny a prověřovány tyto tři hypotézy:

Hypotéza H1: Sestry a sociální pracovníci vnímají rozdílně různé prvky své psychosociální zátěže.

Hypotéza H2: Sestry vnímají psychosociální zátěž ve své práci intenzivněji než sociální pracovníci.

Hypotéza H3: Syndromem vyhoření jsou více ohroženy sestry, než sociální pracovníci.

Pro zjištění dané problematiky bylo použito kvantitativního šetření. Informace byly získány formou dotazování, technikou sběru dat dotazníkem. Dotazník byl validizovaný, zcela anonymní a byl mi poskytnut vedoucím této mé diplomové práce. V dotazníku bylo především použito uzavřených otázek. Respondenti, tedy soubor sociálních pracovníků i soubor zdravotních sester označovali své odpovědi, které se nejvíce blížili jejich postoji na pětibodové hodnotící škále.

Odpovědi z dotazníkového šetření byly zpracovány manuálně, i prostřednictvím statistického programu SPSS pro Windows 15.0. Grafické vyobrazení bylo provedeno pomocí výsečových a sloupcových grafů prostřednictvím programu Microsoft Office Excel.

Výsledky dotazníkového šetření jsou uváděny z neredukovaného souboru, tedy z počtu všech plně vyplněných dotazníků. Redukovaný soubor (stejný počet respondentů v obou souborech) je kompromisem, který příliš neodpovídá skutečnému složení těchto souborů. Proto je jen pomůckou, která ukazuje, zda by rozdíly příliš změnily, kdyby byl původní soubor srovnanější.

Po vyhodnocení výsledků dotazníkového šetření, se domnívám, že stanované cíle se mi podařilo splnit. Z výsledků výzkumu se ukázalo, že jako problémové položky respondenti vnímají otázky číslo: 6, 7, 8, 10, 11, 13, 15, 16, v položkách číslo 7, 8, 10, 11, 13, 16 se zkoumané sobory liší, a tudíž mohou konstatovat, že, zdravotní sestry a sociální pracovníci vnímají rozlišně prvky psychosociální zátěže. **Hypotéza H1** tedy **byla potvrzena**.

Druhá hypotéza předpokládající, že sestry vnímají psychosociální zátěž ve své práci intenzivněji než sociální pracovníci, naopak potvrzena nebyla. V otázce č. 14 první části dotazníku jsem se respondentů dotazovala, zda je práce s různými typy pacientů/klientů zatěžuje. Protože byly kategorie konstruovány pro zdravotní sestry a sociální pracovníky různě, nelze rozdíly v jednotlivých položkách brát vážně, a proto jsme data u otázky číslo 14 sloučili do jedné položky. Zde je patrný signifikantní rozdíl na 1% hladině významnosti. Průměrné hodnoty jsou u zdravotních sester vyšší (20.02) než u sociálních pracovníků (18.34). To znamená, že sestry se cítí být méně obtěžovány svými pacienty, nežli sociální pracovníci svými klienty. Sloučená data otázky číslo 14 ukazují signifikantní rozdíl na 5% hladině významnosti. Proto zde musím konstatovat, že: „**Hypotéza H2**, která předpokládala, že sestry vnímají psychosociální zátěž ve své práci intenzivněji než sociální pracovníci, **se nepotvrdila**“.

Hypotéza H3 předpokládala, že sestry jsou více ohrožené syndromem vyhoření nežli sociální pracovníci. Na tuto hypotézu byla zaměřena druhá část mého dotazníku, tedy otázky číslo 1 – 18. V posledních 12 ti otázkách dopadly zdravotní sestry vždy hůře než sociální pracovníci. Významné rozdíly na 1% hladině jsou patrné v oblasti vyhýbání se rozhovoru se svými spolupracovníky a dále v oblasti vyhýbání se rozhovoru se svými pacienty. Významné rozdíly na 5% hladině významnosti lze pozorovat u otázek číslo 13, 14 a 15. Nevýznamné statistické rozdíly jsou pak v oblasti otázek číslo 8, 9, 10, 12, 16 a 17. Součet všech 12 položek má významný rozdíl na 5% hladině významnosti. Ze součtu položek číslo 13 – 18 je zřejmé, že sociální pracovníci více trpí bolestmi hlavy, v celkovém měřítku jsou na tom ale hůře zdravotní sestry. Všechny průměry jsou nad 3.3., což značí, že zdravotní sestry tedy nejsou vyhořelé, spíše nesouhlasí, ovšem méně než sociální pracovníci.

Z těchto výsledků vyplývá že: „**Hypotéza H3**, která předpokládala, že sestry jsou více ohrožené syndromem vyhoření, než sociální pracovníci **byla potvrzena**“. Tuto hypotézu jsme testovali srovnáním příznaků vyhoření v otázkách číslo 7 – 18 druhé části. Zde byly významné rozdíly na všech položkách, ale s tím, že sociální pracovníci častěji uváděli bolest hlavy, ostatní příznaky uváděly intenzivněji sestry. Významným atributem zde je, že se oba soubory ve struktuře zátěže liší. Zajímavé je, že sociální pracovníci uvádějí větší zátěž s klienty než sestry s pacienty. Zdravotní sestry mají zřejmě vypracované lepší obranné mechanismy, neboť uvádějí více příznaků syndromu vyhoření (otázky číslo 7, 18), ale vyhořelé nejsou.

Z výsledků je patrné, že jak zdravotní sestry, tak sociální pracovníci jako zástupci pomáhajících profesí jsou při výkonu svého povolání vystaveni psychosociální zátěži.

Tato zátěž je v současné době aktuální záležitostí, a proto, si myslím, že je důležité věnovat jí zvýšenou pozornost, načež tato práce přímo poukazuje. Je důležité zabývat se touto zátěží, abychom mohli předcházet, případně řešit a minimalizovat problémy spojené s touto oblastí.

Tato práce by měla být určena těm, které tato problematika zajímá a především těm, kterých těm, kterých se přímo dotýká, tedy zdravotním sestřám a sociálním pracovníkům a jejich nadřízeným. V neposlední řadě by tyto výsledky mého výzkumu mohly sloužit k lepší informovanosti široké i odborné veřejnosti o dané problematice.

7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ATKINSON, R. L. a kol. *Psychologie*. 1. Vyd. Praha: Portál, 2003. 751s. ISBN 80-7178-640-3
2. BÁRTLOVÁ, S., MATULAY, S. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. 1. vyd. Martin: OSVETA, 2009. 141 s. ISBN 978-80-8063-306-6.
3. BERAN, J. *Problémové situace mezi zdravotníky a pacienty. Kvalitativní analýza stížností z medicínsko-psychologického hlediska*. [online]. [cit. 2011-13-2]. Dostupné z: <<http://www.prolekare.cz/casopis-lekaru-ceskych-clanek?id=25614>>.
4. BLAŽKOVÁ, V. *Psychická pracovní zátěž. Státní zdravotní ústav*, 2008. [on line]. [cit.2011-05-06]. Dostupné z: <<http://www.szu.cz/tema/pracovni-prostredi/psychicka-pracovni-zatez>>.
5. BROCKET, S. *Ovládání stresu*. 1. vyd. Praha: Melantrich, 2003. 139s. ISBN 80-7023-159-9.
6. BŘÍZOVÁ, B., BOCKSCHNEIDEROVÁ, A. *Kapitoly sociální práce v praxi: Sociální práce s handicapovanými*. 1. Vyd. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 2008. 139s. ISBN 978-80-7394-074-4.
7. ČANÍK, P. *Etický kodex: Ani alfa, ani omega, ale užitečný nástroj*. [on line]. [cit.2011-01-20]. Dostupné z: <<http://www.canik.cz/2007/11/18/eticky-kodex-ani-alfa-ani-omega-ale-uzitecny-nastroj/>>.
8. ČÁP, J., MAREŠ, J. *Psychologie pro učitele*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 655s. ISBN 978-80-7367-273-7.
9. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetrovatelství-teorie*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 211s. ISBN 80-8063-182-4.
10. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetrovatelstvo-teória*. 1 vyd. Martin: Osveta, 2001. 134s. ISBN 80-8063-086-0.
11. GUČKOVÁ, M. *Fyzická zátěž sester*. *Sestra*, 2007, roč. 17, č. 6, s. 21. ISSN 1210-0404.

12. GUGGENBÜHL-CRIG, A. *Nebezpečí moci v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 113s. ISBN 978-80-7367-302-4.
13. HALDOVÁ, I. *Stresory v rodině*. 2008. [on line]. [cit.2011-05-06]. Dostupné z: <http://www.esoterika.cz/clanek/3795-stresory_v_rodine.htm>.
14. HARTL,P. HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 774s. ISBN 80-7178-303-X.
15. HAWKINS, P., SHOHET, R., *Supervize v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 202s. ISBN 80-7178-715-9187.
16. HÁJEK, K. *Práce s emocemi pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 120s. ISBN 978-80-7367-346-8.
17. HESKOVÁ, M. *Etický kodex*. [on line]. [cit.2011-02-07]. Dostupné z: <<http://www.csr-online.cz/Page.aspx?kodex>>.
18. HEWSTONE, M., STROEBE, W. *Sociální psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 776s. ISBN 80-7367-092-5.
19. IVANOVÁ, K. a kol. *Multikulturní ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 248s. ISBN 80-247-1212-1.
20. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 223s. ISBN 80-7254-329-6.
21. JOBÁNKOVÁ, M., KVAPILOVÁ, J. *Zdroje psychosociální zátěže v sesterské profesi*. Sestra, 2007, roč. 17, č. 7- 8 , s. 18-19. ISSN 1210-0404.
22. KAHOUN, V. a kol. *Sociální práce*. 1 vyd. Praha: Triton, 2003. 336s. ISBN 80-7254-138-2.
23. KALLWASS, A. *Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 139s. ISBN 978-80-7367-299-7.
24. KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. Vyd. Praha: academia, 2005, -263s. ISBN 80-200-1307-5.
25. KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Komunikace a stres*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2004. 24s. ISBN 80-7071-246-5.
26. KOLÁŘÍKOVÁ, A. a kol. *Základy ošetrovania a asistencie*. 1. vyd. Osveta: Martin, 2003. 254s. ISBN 80-8063-125-5.

27. KOMÁRKOVÁ, R., SLAMĚNÍK, I., VÝROST, J. *Aplikovaná sociální psychologie III*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. 224s. ISBN 80-247-0180-4.
28. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 5. vyd. Praha: Portál, 2006. 147s. ISBN 80-7367-181-6.
29. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 279s. ISBN 80-7178-774-4.
30. KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 78s. ISBN 80-247-0784-5.
31. KUBAŘOVÁ, Z. Stres, II. část. *Fórum zdraví*, 2009. ISSN 1803-5442 [online]. [cit. 2011-11-2]. Dostupné z: <<http://www.forumzdravi.cz/clanek-135-stres-ii-cast>>.
32. KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. 1 .vyd. Praha: Portál, 2010. 246s. ISBN 978-80-7367-684-1.
33. KUČÍREK, J. *Sociální práce mezi pomocí a kontrolou: Osobnost sociálního pracovníka jako možný pramen problematického jednání s dětmi a mládeží*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2008. 374s. ISBN 978-80-7041-118-6.
34. KVĚTENSKÁ, D. *Sociální práce mezi pomocí a kontrolou: Moc a pomoc v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2008. 374s. ISBN 978-80-7041-118-6.
35. LEVICKÁ, J., MRÁZOVÁ, A. Vybrané kapitoly zo sociálno-zdravotnej problematiky: *Pomoc a pomáhanie*. 1. vyd. Trnava: Mosty, 2003. 127s. ISBN 80-89074-71-5.
36. LORENZOVÁ, J. Pomáhání v České republice. In: *Člověk-prostředí-výchova. K otázkám sociální pedagogiky*. 1. vyd. Brno: Paido, 2001. str.188. ISBN 80-7315-004-2.
37. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I.díl*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 187s. ISBN 80-246-0429-9
38. MAREKOVÁ, B. *Sestra a lékař v praxi. Ošetrovatelstvo v pneumológii a ftizeológii 1-2* 2011.

39. MAROON, I. a kol. *Vzdělávání studentů sociální práce v terénu*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 141s. ISBN 978-80-246-1307-9.
40. MATOUŠEK, O a kol. *Metody řízení a sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 384s. ISBN 80-7178-548-2.
41. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 287s. ISBN 80-7178-549-0.
42. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. s. 352. ISBN 80-7367-002-X.
43. MATOUŠEK, O. a kol. *Základy sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. s. 309. ISBN 978-80-7367-331-4.
44. MILLER, W. R, ROHLÍČEK, S. *Motivační rozhovory*. 1. Vyd. Tišňov: Scan, 2004. 311s. ISBN 80-86620-09-3.
45. MLČÁK, Z. *Potenciální zdroje stresu v sociální práci*. Sociální práce, 2005, roč. 5, č. 3, s. 123 - 138. ISSN 1213-6204.
46. NAKONEČNÝ, M. *Psychologie téměř pro každého*. 1. vyd. Praha: Academia, 2004. 318s. ISBN 80-200-1198-6.
47. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetřovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 150s. ISBN 80-247-1211-3.
48. PETRÁKOVÁ, L., KRAMÁR, T. *Etický kodex není nadstandard*. [on line]. [cit.2011-02-01]. Dostupné z: <<http://www.bezkorupce.cz/stret-zajmu/eticke-kodexy/>>.
49. PINES, A. M. *The changing social contract in the work place and employee burnout*. Journal of Health and Human Resources Administration. J25-1, 2004. s. 11-32.
50. PONĚŠICKÝ, J. *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002. 113s. ISBN 80-7254-216-8.
51. PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H. *Asertivitou proti stresu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 277s. ISBN 978-80-247-1697-8.
52. PRAŠKO, J. *Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti*. 1. vyd. Praha: Grada. 2003. 201s. ISBN 80-247-0185-5.

53. PROUZA, D. Kapitoly sociální práce v praxi: *Sociální práce pro pracovníky ve vězeňství a policisty*. 1. Vyd. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 2008. 139s. ISBN 978-80-7394-074-4.
54. PRŮCHA, J. *Interkulturní psychologie*. 1 vyd. Praha: Portál, 2004. 220s. ISBN 80-7178-885-6.
55. RAUDENSKÁ, J. *Syndrom vyhoření v profesi zubního lékaře*. Stomateam 6/2007[online]. [cit.2011-04-26] Dostupné z: <<http://www.stomateam.cz/index.php?clanek=531>>.
56. RICHARDS, A., EDWARDS, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Praha: Grada, 2004. 376s. ISBN 80-247-0932-5.
57. ROZSYPALOVÁ, M. a kol. *Sestry vzpomínají*. 1 vyd. Praha: Grada, 2006. 86s. ISBN 80-247-1503-1.
58. ŘEZÁČ, J. *Sociální psychologie*. 1. vyd. Brno: Paido, 2001. 268s. ISBN 80-85931-48-6.
59. ŘEZNÍČEK, I. *Metody sociální práce*. 1.vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1994. 75s. ISBN 80-85850-00-1.
60. ŘÍČAN, P. *Kdo chce pomáhat druhým, měl by rozumět sám sobě*. [online]. [cit.2011-02-01]. Dostupné z: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=429_>.
61. S- Akademie sebepoznavani. *Filozofie sebepoznání*. [online]. [cit. 2011-17-2]. Dostupné z: <<http://www.filozofiesebepoznavani.cz/akademie.htm>>.
62. SCHAVEL, M., ČIŠECKÝ, F. *Sociálna prevencia I*. 1. vyd. Trnava: TŠ pre Spoločnosť pre podporu vedy a vzdelavania, 2005. 120s. ISBN 80-968952-5-7.
63. SCHÁNĚL, M., CHLOUPKOVÁ, S. *Sociální práce mezi pomocí a kontrolou: Význam kontroly a podpory v činnosti sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2008. 374s. ISBN 978-80-7041-118-6.

64. SCHEIBER, V. *Lidský stres*. 2. vyd. Praha: 2000, 106s. ISBN 80-200-0240-5.
65. SCHMIDBAUER, W. *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. 171s. ISBN 80-7178-32-9.
66. SCHMIDBAUER, W. *Syndrom pomocníka*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 240s. ISBN 987-80-7367-369-7.
67. ŠIMEK, J. Víme, co je zdravotně sociální? *Kontakt*, 2010, roč. 12, č. 1, s. 5 – 6. ISSN 1212-4117.
68. ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krize. Psychologický a sociologický fenomén*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 132s. ISBN 80-247-0888-4.
69. ŠVEŘEPA, M. Etický kodex sociálních pracovníků České Republiky. *Sociální revue*, 2005, ISSN 1801-6790. [on line]. [cit.2011-02-07]. Dostupné z: <<http://socialnirevue.cz/item/eticky-kodex-socialnich-pracovniku-ceske-republiky>>.
70. TOMEŠ, I. a kol. *Sociální správa*. 1 vyd. Praha: Portál ,2002. 304s. ISBN 80-7178-560-1.
71. TRUCKENBRODT, N. *Stres? Neznám!/: Jak efektivně zorganizovat práci a nepodlehnout stresu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 96s. ISBN 80-247-1688-7.
72. ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. 3. vyd. Praha: Slon, 2007. 128s. ISBN 978-80-86429-36-6.
73. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. 872s. ISBN 80-7178-802-3.
74. VONDRÁČEK, L., VONDRÁČEK, J. *Odpovědnost při poskytování ošetrovatelské péče*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. 30s. ISBN 80-7262-392-3.
75. VÖRÖSOVÁ, G. A kol. *Interné ošetrovatelstvo*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2005. 197s. ISBN 80-8063-192-1.
76. (VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 320s. ISBN 80-7178-998-4.
77. Vyhláška è. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v platném znění.

78. VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. *Aplikovaná sociální psychologie II.* 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001, ISBN 80-247-0042-5.
79. (WORKMAN, B. A., BENNETT, C. L. *Klíčové dovednosti sester.* 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 259s. ISBN 80-247-1714-X.
80. ZACHAROVÁ, E. a kol. *Zdravotnická psychologie.* 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 229s. ISBN 978-80-247-20-68-5.
81. ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA JIHOČESKÉ UNIVERZITY V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. *Historie a profil fakulty* [online]. [cit.2011-05-14]. Dostupné z: <<http://www.zsf.jcu.cz/fakulta/about/char.html>>.
82. Zdravotnické noviny. *Zvládání stresu, duševní hygiena a prevence syndromu vyhoření v ambulanci praktického lékaře.* [online]. [cit. 2011-05-06]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/zvladani-stresu-dusevni-hygiena-a-prevence-syndromu-vyhoreni-v-a-272931.>>.
83. Zákon č.96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), v platném znění.
84. Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Pomáhající profese

Psychosociální zátěž

Sociální pracovník

Stres

Syndrom vyhoření

Zátěž

Zdravotní sestra

9 PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Dotazník psychosociální pracovní zátěže sester

Příloha č. 2 – Dotazník psychosociální pracovní zátěže sociálních pracovníků

Příloha č. 3 – Etický kodex zdravotních sester

Příloha č. 4 – Etický kodex sociálních pracovníků

Příloha č. 5 – Plné znění §4 vyhlášky č. 424/2004 Sb.

Příloha č. 5 – Předpoklady pro výkon sociálního pracovníka (z. č. 108/2006 Sb.)

Příloha č.1:

Dotazník psychosociální pracovní zátěže sester

Jmenuji se LENKA NOVÁKOVÁ a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského oboru Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Nyní máte ve svých rukou dotazník k výzkumu k mé diplomové práci, jenž nese název „Psychosociální zátěž v práci sester a sociálních pracovníků“. Tímto Vás tedy prosím o vyplnění níže uvedených otázek. Vámi vyplněné údaje poslouží pouze k účelu výzkumu, nebudou poskytnuty třetí osobě a bude dodržena Vaše anonymita.

Pokyny k vyplnění:

Zaškrtněte, prosím, vždy jen jednu odpověď, která je Vašemu názoru nejbližší

1. Váš věk:

- méně než 25
- 25 - 30
- 31 - 40
- 41 - 50
- více než 50

2. Vaše pohlaví

- muž
- žena

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- | | |
|-----------------|------------------|
| SZŠ | VZŠ |
| VŠ – bakalářské | VŠ - magisterské |

4. Na jakém oddělení jste zaměstnán/a?

standardní interní chirurgické

JIP interní chirurgické

ARO

jiné, napište jaké

5. Jak dlouho pracujete v oboru?

do 5 let 11 - 20 let

6 – 10 let 21 a více let

Zaškrtněte, do jaké míry souhlasíte s tvrzeními:

6. Celý den se v práci nezastavím

ano, plně souhlasím

spíše souhlasím

nevím, někdy ano, někdy ne

spíše nesouhlasím

ne, vůbec s tím nesouhlasím

7. Pracovní tempo si určuji sám/sama

ano, plně souhlasím

spíše souhlasím

nevím, někdy ano, někdy ne

spíše nesouhlasím

ne, vůbec s tím nesouhlasím

8. Má práce je každý den stejná

ano, plně souhlasím

spíše souhlasím

nevím, někdy ano, někdy ne

spíše nesouhlasím

ne, vůbec s tím nesouhlasím

9. Se svými spolupracovníky vycházím dobře
ano, plně souhlasím
spíše souhlasím
nevím, někdy ano, někdy ne
spíše nesouhlasím
ne, vůbec s tím nesouhlasím
10. Současná práce narušuje vztahy v mé rodině
ano, plně souhlasím
spíše souhlasím
nevím, někdy ano, někdy ne
spíše nesouhlasím
ne, vůbec s tím nesouhlasím
11. Mám zdravotní potíže
ano, plně souhlasím
spíše souhlasím
nevím, někdy ano, někdy ne
spíše nesouhlasím
ne, vůbec s tím nesouhlasím
12. Prostředí oddělení, na kterém pracuji, se mi líbí
ano, plně souhlasím
spíše souhlasím
nevím, někdy ano, někdy ne
spíše nesouhlasím
ne, vůbec s tím nesouhlasím
13. Po práci se cítím často fyzicky vyčerpaný/á
ano, plně souhlasím

spíše souhlasím
nevím, někdy ano, někdy ne
spíše nesouhlasím
ne, vůbec s tím nesouhlasím

14. Zatěžuje mě práce s těmito typy pacientů

| | |
|---------------------------------|--|
| pacienti s maligním onemocněním | ano, plně souhlasím spíše souhlasím nevím, někdy ano, někdy ne spíše nesouhlasím ne, vůbec s tím nesouhlasím |
|---------------------------------|--|

| | |
|----------------------|--|
| pacienti v bezvědomí | ano, plně souhlasím spíše souhlasím nevím, někdy ano, někdy ne spíše nesouhlasím ne, vůbec s tím nesouhlasím |
|----------------------|--|

| | |
|-------------------|--|
| pacienti imobilní | ano, plně souhlasím spíše souhlasím nevím, někdy ano, někdy ne spíše nesouhlasím ne, vůbec s tím nesouhlasím |
|-------------------|--|

| | |
|------------------------|--|
| pacienti inkontinentní | ano, plně souhlasím spíše souhlasím nevím, někdy ano, někdy ne spíše nesouhlasím ne, vůbec s tím nesouhlasím |
|------------------------|--|

pacienti, kteří vyžadují zvýšenou pozornost

ano, plně souhlasím

spíše souhlasím

nevím, někdy ano, někdy ne

spíše nesouhlasím

ne, vůbec s tím nesouhlasím

pacienti s psychickými poruchami

ano, plně souhlasím

spíše souhlasím

nevím, někdy ano, někdy ne

spíše nesouhlasím

ne, vůbec s tím nesouhlasím

15. Činnost na našem pracovišti vyžaduje obratnost v jednání s lidmi

ano, plně souhlasím

spíše souhlasím

nevím, někdy ano, někdy ne

spíše nesouhlasím

ne, vůbec s tím nesouhlasím

16. Velmi často se musím rychle rozhodovat v časové tísní

ano, plně souhlasím

spíše souhlasím

nevím, někdy ano, někdy ne

spíše nesouhlasím

ne, vůbec s tím nesouhlasím

17. Moje práce vyžaduje stálé vzdělávání

ano, plně souhlasím

spíše souhlasím

nevím, někdy ano, někdy ne

spíše nesouhlasím

ne, vůbec s tím nesouhlasím

Jak se cítíte v posledních dvou týdnech

1. Při práci mívám často pocit časového tlaku

ano, plně souhlasím

spíše souhlasím

nevím, někdy ano, někdy ne

spíše nesouhlasím

ne, vůbec s tím nesouhlasím

2. Práce mě neuspokojuje

ano, plně souhlasím

spíše souhlasím

nevím, někdy ano, někdy ne

spíše nesouhlasím

ne, vůbec s tím nesouhlasím

3. Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost

ano, plně souhlasím

spíše souhlasím

nevím, někdy ano, někdy ne

spíše nesouhlasím

ne, vůbec s tím nesouhlasím

4. Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného

ano, plně souhlasím

spíše souhlasím

nevím, někdy ano, někdy ne

spíše nesouhlasím

ne, vůbec s tím nesouhlasím

5. Práce je psychicky náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost
ano, plně souhlasím
spíše souhlasím
nevím, někdy ano, někdy ne
spíše nesouhlasím
ne, vůbec s tím nesouhlasím

6. Práce je psychicky tak náročná, že je velmi obtížné dělat ji po léta se stejnou
výkonností
ano, plně souhlasím
spíše souhlasím
nevím, někdy ano, někdy ne
spíše nesouhlasím
ne, vůbec s tím nesouhlasím

7. Obtížně se soustředuji

vždy často někdy zřídka nikdy

8. Připadám si fyzicky „vyždímaný/á“

vždy často někdy zřídka nikdy

9. Nemám chuť pomáhat problémovým klientům

vždy často někdy zřídka nikdy

10. Pochybuji o svých profesionálních schopnostech

vždy často někdy zřídka nikdy

11. Pokud je to možné, vyhýbám se odborným rozhovorům se spolupracovníci

vždy často někdy zřídka nikdy

12. V konfliktních situacích na pracovišti se cítím bezmocný/á
- | | | | | |
|------|-------|-------|--------|-------|
| vždy | často | někdy | zřídka | nikdy |
|------|-------|-------|--------|-------|
13. Mám problémy se srdcem, dýcháním, trávením apod.
- | | | | | |
|------|-------|-------|--------|-------|
| vždy | často | někdy | zřídka | nikdy |
|------|-------|-------|--------|-------|
14. Můj odborný růst a zájem o obor zaostává
- | | | | | |
|------|-------|-------|--------|-------|
| vždy | často | někdy | zřídka | nikdy |
|------|-------|-------|--------|-------|
15. Přemýšlím o odchodu z oboru
- | | | | | |
|------|-------|-------|--------|-------|
| vždy | často | někdy | zřídka | nikdy |
|------|-------|-------|--------|-------|
16. Trápí mě poruchy spánku
- | | | | | |
|------|-------|-------|--------|-------|
| vždy | často | někdy | zřídka | nikdy |
|------|-------|-------|--------|-------|
17. Trpím bolestmi hlavy
- | | | | | |
|------|-------|-------|--------|-------|
| vždy | často | někdy | zřídka | nikdy |
|------|-------|-------|--------|-------|
18. Pokud je to možné, vyhýbám se rozhovoru s pacienty
- | | | | | |
|------|-------|-------|--------|-------|
| vždy | často | někdy | zřídka | nikdy |
|------|-------|-------|--------|-------|

Předem děkuji za čas, který jste při svém nemalém pracovním vytížení dotazníku věnoval/a.

Příloha č.2:

Dotazník psychosociální pracovní zátěže sociálních pracovníků

Jmenuji se LENKA NOVÁKOVÁ a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského oboru Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Nyní máte ve svých rukou dotazník k výzkumu k mé diplomové práci, jenž nese název „Psychosociální zátěž v práci sester a sociálních pracovníků“. Tímto Vás tedy prosím o vyplnění níže uvedených otázek. Vámi vyplněné údaje poslouží pouze k účelu výzkumu, nebudou poskytnuty třetí osobě a bude dodržena Vaše anonymita.

Pokyny k vyplnění:

Zaškrtněte, prosím, vždy jen jednu odpověď, která je Vašemu názoru nejbližší

1. Váš věk:

méně než 25

25 - 30

31 - 40

41 - 50

více než 50

2. Vaše pohlaví

muž

žena

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

SŠ

VOŠ

VŠ – bakalářské

VŠ - magisterské

4. V jaké organizaci pracujete?

zdravotnické zařízení

zdravotně sociální zařízení

nestátní nezisková organizace

úřad (MÚ, KÚ, magistrát, ...)

jiné, napište jaké.....

5. Jak dlouho pracujete v oboru?

do 5 let

11 - 20 let

6 – 10 let

21 a více let

Zaškrtněte, do jaké míry souhlasíte s tvrzeními:

6. Celý den se v práci nezastavím

ano, plně souhlasím

spíše souhlasím

nevím, někdy ano, někdy ne

spíše nesouhlasím

ne, vůbec s tím nesouhlasím

7. Pracovní tempo si určuji sám/sama

ano, plně souhlasím

spíše souhlasím

nevím, někdy ano, někdy ne

spíše nesouhlasím

ne, vůbec s tím nesouhlasím

8. Má práce je každý den stejná

ano, plně souhlasím

spíše souhlasím

nevím, někdy ano, někdy ne

spíše nesouhlasím
ne, vůbec s tím nesouhlasím

9. Se svými spolupracovníky vycházím dobře

ano, plně souhlasím
spíše souhlasím
nevím, někdy ano, někdy ne
spíše nesouhlasím
ne, vůbec s tím nesouhlasím

10. Současná práce narušuje vztahy v mé rodině

ano, plně souhlasím
spíše souhlasím
nevím, někdy ano, někdy ne
spíše nesouhlasím
ne, vůbec s tím nesouhlasím

11. Mám zdravotní potíže

ano, plně souhlasím
spíše souhlasím
nevím, někdy ano, někdy ne
spíše nesouhlasím
ne, vůbec s tím nesouhlasím

12. Prostředí, ve kterém pracuji, se mi líbí

ano, plně souhlasím
spíše souhlasím
nevím, někdy ano, někdy ne
spíše nesouhlasím
ne, vůbec s tím nesouhlasím

13. Po práci se cítím často fyzicky vyčerpaný/á

ano, plně souhlasím

spíše souhlasím

nevím, někdy ano, někdy ne

spíše nesouhlasím

ne, vůbec s tím nesouhlasím

14. Zatěžuje mě práce s těmito typy klientů

závislí klienti

ano, plně souhlasím

spíše souhlasím

nevím, někdy ano, někdy ne

spíše nesouhlasím

ne, vůbec s tím nesouhlasím

manipulativní klienti

ano, plně souhlasím

spíše souhlasím

nevím, někdy ano, někdy ne

spíše nesouhlasím

ne, vůbec s tím nesouhlasím

klienti s postižením

ano, plně souhlasím

spíše souhlasím

nevím, někdy ano, někdy ne

spíše nesouhlasím

ne, vůbec s tím nesouhlasím

agresivní klienti

ano, plně souhlasím

spíše souhlasím

nevím, někdy ano, někdy ne

spíše nesouhlasím

ne, vůbec s tím nesouhlasím

| | |
|---------------------------------|--|
| mlčenliví klienti | ano, plně souhlasím spíše souhlasím nevím, někdy ano, někdy ne spíše nesouhlasím ne, vůbec s tím nesouhlasím |
| klienti s psychickými poruchami | ano, plně souhlasím spíše souhlasím nevím, někdy ano, někdy ne spíše nesouhlasím ne, vůbec s tím nesouhlasím |

15. Činnost na našem pracovišti vyžaduje obratnost v jednání s lidmi

ano, plně souhlasím
spíše souhlasím
nevím, někdy ano, někdy ne
spíše nesouhlasím
ne, vůbec s tím nesouhlasím

16. Velmi často se musím rychle rozhodovat v časové tísní

ano, plně souhlasím
spíše souhlasím
nevím, někdy ano, někdy ne
spíše nesouhlasím
ne, vůbec s tím nesouhlasím

17. Moje práce vyžaduje stálé vzdělávání

ano, plně souhlasím
spíše souhlasím
nevím, někdy ano, někdy ne
spíše nesouhlasím
ne, vůbec s tím nesouhlasím

Jak se cítíte v posledních dvou týdnech

1. Při práci mívám často pocit časového tlaku

ano, plně souhlasím

spíše souhlasím

nevím, někdy ano, někdy ne

spíše nesouhlasím

ne, vůbec s tím nesouhlasím

2. Práce mě neuspokojuje

ano, plně souhlasím

spíše souhlasím

nevím, někdy ano, někdy ne

spíše nesouhlasím

ne, vůbec s tím nesouhlasím

3. Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost

ano, plně souhlasím

spíše souhlasím

nevím, někdy ano, někdy ne

spíše nesouhlasím

ne, vůbec s tím nesouhlasím

4. Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného

ano, plně souhlasím

spíše souhlasím

nevím, někdy ano, někdy ne

spíše nesouhlasím

ne, vůbec s tím nesouhlasím

5. Práce je psychicky náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost

ano, plně souhlasím

spíše souhlasím

nevím, někdy ano, někdy ne

spíše nesouhlasím

ne, vůbec s tím nesouhlasím

6. Práce je psychicky tak náročná, že je velmi obtížné dělat ji po léta se stejnou

výkonností

ano, plně souhlasím

spíše souhlasím

nevím, někdy ano, někdy ne

spíše nesouhlasím

ne, vůbec s tím nesouhlasím

7. Obtížně se soustředuji

vždy

často

někdy

zřídka

nikdy

8. Připadám si fyzicky „vyždímaný/á“

vždy

často

někdy

zřídka

nikdy

9. Nemám chuť pomáhat problémovým klientům

vždy

často

někdy

zřídka

nikdy

10. Pochybuji o svých profesionálních schopnostech

vždy

často

někdy

zřídka

nikdy

11. Pokud je to možné, vyhýbám se odborným rozhovorům se spolupracovníky

vždy

často

někdy

zřídka

nikdy

12. V konfliktních situacích na pracovišti se cítím bezmocný/á
- | | | | | |
|------|-------|-------|--------|-------|
| vždy | často | někdy | zřídka | nikdy |
|------|-------|-------|--------|-------|
13. Mám problémy se srdcem, dýcháním, trávením apod.
- | | | | | |
|------|-------|-------|--------|-------|
| vždy | často | někdy | zřídka | nikdy |
|------|-------|-------|--------|-------|
14. Můj odborný růst a zájem o obor zaostává
- | | | | | |
|------|-------|-------|--------|-------|
| vždy | často | někdy | zřídka | nikdy |
|------|-------|-------|--------|-------|
15. Přemýšlím o odchodu z oboru
- | | | | | |
|------|-------|-------|--------|-------|
| vždy | často | někdy | zřídka | nikdy |
|------|-------|-------|--------|-------|
16. Trápí mě poruchy spánku
- | | | | | |
|------|-------|-------|--------|-------|
| vždy | často | někdy | zřídka | nikdy |
|------|-------|-------|--------|-------|
17. Trpím bolestmi hlavy
- | | | | | |
|------|-------|-------|--------|-------|
| vždy | často | někdy | zřídka | nikdy |
|------|-------|-------|--------|-------|
18. Pokud je to možné, vyhýbám se rozhovoru s klienty
- | | | | | |
|------|-------|-------|--------|-------|
| vždy | často | někdy | zřídka | nikdy |
|------|-------|-------|--------|-------|

Předem Vám děkuji za čas, který jste při svém nemalém pracovním vytížení vyplnění

dotazníku věnoval/a.

Příloha č. 3

Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester

PŘEDMLUVA

Mezinárodní etický kodex pro sestry byl poprvé přijat Mezinárodní radou sester (ICN) v roce 1953. Od té doby byl několikrát revidován a znovu schvalován, tato zatím poslední revize byla provedena v roce 2000.

Sestry z České republiky se prostřednictvím České asociace sester hlásí k Etickému kodexu Mezinárodní rady sester (ICN), který byl projednán sněmem předsedkyň a předsedů sekcí a regionů ČAS, přijat Etickou komisí a Prezidiem ČAS a je platný od 29. března 2003.

ÚVOD

Sestry mají čtyři základní povinnosti: pečovat o zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení. Potřeba ošetrovatelské péče je všeobecná.

Neodmyslitelnou součástí ošetrovatelské péče je respektování lidských práv, jako je právo na život, na důstojnost a právo na zacházení s úctou.

Ošetrovatelská péče není omezena, pokud jde o věk, barvu pleti, vyznání, kulturní zvyklosti, postižení nebo nemoc, pohlaví, národnost, politické přesvědčení, rasu nebo společenské postavení pacienta.

Sestry poskytují zdravotnické služby jednotlivcům, rodinám a komunitám a koordinují svoje služby se službami jiných oborů.

KODEX ICN

Etický kodex sester připravený ICN má čtyři hlavní články, které vymezují normy etického chování.

Články Kodexu

1. Sestry a spoluobčan

Sestra spoluzodpovídá za péči poskytovanou občanům, kteří ji potřebují. Při poskytování ošetrovatelské péče sestra vytváří prostředí, v němž jsou respektována lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity.

Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester. Sestra zaručuje, aby byly jednotlivým osobám poskytnuty dostatečné informace, z nichž může vycházet jejich souhlas s péčí a související terapií.

Sestra dodržuje povinnost mlčenlivosti, chrání důvěrné informace pacienta. Tyto informace sděluje dalším lidem pouze na základě souhlasu pacienta a lékaře.

Sestra se spolupodílí na zahájení a podpoře aktivit zaměřených na uspokojování zdravotních a sociálních potřeb občanů, zejména občanů patřících do ohrožených skupin.

Sestra je také spoluzodpovědná za zachování přirozeného prostředí a jeho ochranu před znehodnocováním, znečišťováním, úpadkem a ničením.

2. Sestry a jejich ošetrovatelská praxe

Sestra nese osobní zodpovednosť za ošetrovatelské činnosti a za udržovanie svojej kvalifikácie na potrebnej výškej pruběžným celožitovným štúdiom. Sestra je povinná realizovať čo možná najvyššiu úroveň poskytovanej péče.

Sestra pečuje o svoje vlastné zdravie, aby nebola narušená jej schopnosť poskytovať péču.

Sestra pečlivo posudzuje svoju kvalifikáciu a svoje schopnosti pri prijímaní určitej povinnosti a stejně tak posudzuje kvalifikáciu a schopnosti osôb, ktoré pověřuje plnením určitej povinnosti.

Sestra za všetkých okolností dodržiava pravidlá slušného chováni, vytvára profesionálnu imagu a prestižnú postavenie sestier v spoločnosti, čož prispívá k budovaniu dobrej povesti profesie a zvyšuje dôveru občanů.

Sestra pri poskytovaní péče usiluje o to, aby sa pri užívaní novej techniky a uplatňovaní vedeckého pokroku dbalo na bezpečnosť, dôstojnosť a ľudská práva občanů/pacientů.

3. Sestry a profesie

Sestra hrá rozhodujúcu rolu pri určovaní, vytváraní a realizácii noriem ošetrovatelskej praxe, řízení, výzkumu a vzdelávani.

Sestra sa aktívne podiľ na rozvoji základnej sústavy odborných znalostí vycházejících z vedeckého poznani.

Sestra sa prostredníctvom profesnej, odborovej alebo inej organizácie podiľ na vytváraní a zachovaní spravodlivých sociálnych a ekonomických pracovných podmienek v ošetrovatelstvi.

4. Sestry a jejich spolupracovníci

Sestra úzce spolupracuje se všemi spolupracovníky oboru ošetrovatelství a dalších oborů.

Sestra je povinna účinně zasáhnout, pokud je péče o nemocného ohrožena jejím spolupracovníkem nebo kteroukoliv jinou osobou. Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester

NÁVRHY NA VYUŽÍVÁNÍ ETICKÉHO KODEXU MEZINÁRODNÍ RADY SESTER

(ICN)

Etický kodex pro sestry připravený ICN poskytuje návod k aktivitám vycházejícím ze společenských hodnot a potřeb. Bude mít smysl jedině tehdy, pokud to bude živý dokument a bude aplikován na skutečnosti ošetrovatelské a zdravotnické péče v měnící se společnosti.

Aby Kodex splnil svůj účel, je třeba, aby jej sestry pochopily, osvojily si jej a používaly jej při všech aspektech své práce. Musí být k dispozici studentům v průběhu jejich studia a sestrám v průběhu jejich pracovního života.

Zdroj: <http://www.cna.cz>

Příloha č. 4

Etický kodex sociálních pracovníků

1. Etické zásady

1. 1. Sociální práce je založena na hodnotách demokracie, lidských práv a sociální spravedlnosti. Sociální pracovníci proto dbají na dodržování lidských práv u skupin a jednotlivců tak, jak jsou vyjádřeny v dokumentech relevantních pro praxi sociálního pracovníka, a to především ve Všeobecné deklaraci lidských práv, Chartě lidských práv Spojených národů a v Úmluvě o právech dítěte a dalších mezinárodních deklaracích a úmluvách. Dále se řídí Ústavou, Listinou základních práv a svobod a dalšími zákony tohoto státu, které se od těchto dokumentů odvíjejí.

1. 2. Sociální pracovník respektuje jedinečnost každého člověka bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, rasu či barvu pleti, mateřský jazyk, věk, pohlaví, rodinný stav, zdravotní stav, sexuální orientaci, ekonomickou situaci, náboženské a politické přesvědčení a bez ohledu na to, jak se podílí na životě celé společnosti.

1. 3. Sociální pracovník respektuje právo každého jedince na seberealizaci v takové míře, aby současně nedocházelo k omezení stejného práva druhých osob.

1. 4. Sociální pracovník pomáhá jednotlivcům, skupinám, komunitám a sdružení občanů svými znalostmi, dovednostmi a zkušenostmi při jejich rozvoji a při řešení konfliktů jednotlivců se společností a jejich následků.

1.5. Sociální pracovník dává přednost profesionální odpovědnosti před svými soukromými zájmy. Služby poskytuje na nejvyšší odborné úrovni.

2. Pravidla etického chování sociálního pracovníka

2. 1. Ve vztahu ke klientovi

2. 1. 1. Sociální pracovník podporuje své klienty k vědomí vlastní odpovědnosti.

2. 1. 2. Sociální pracovník jedná tak, aby chránil důstojnost a lidská práva svých klientů.

2. 1. 3. Sociální pracovník pomáhá se stejným úsilím a bez jakékoliv formy

diskriminace všem klientům. Sociální pracovník jedná s každým člověkem jako s celostní bytostí. Zajímá se o celého člověka v rámci rodiny, komunity a společenského a přirozeného prostředí a usiluje o rozpoznání všech aspektů života člověka. Sociální pracovník se zaměřuje na silné stránky jednotlivců, skupin a komunit a tak podporuje jejich zmocnění.

2.1.4. Chrání klientovo právo na soukromí a důvěrnost jeho sdělení. Data a informace požaduje s ohledem na potřebnost při zajištění služeb, které mají být klientovi poskytnuty a informuje ho o jejich potřebnosti a použití. Žádnou informaci o klientovi neposkytne bez jeho souhlasu. Výjimkou jsou osoby, které nemají způsobilost k právním úkonům v plném rozsahu (zejména nezletilé děti) nebo tehdy, kdy jsou ohroženy další osoby. V případech, kde je to v souladu s platnými právními předpisy, umožňuje účastníkům řízení nahlížet do spisů, které se řízení týkají.

2.1.5. Sociální pracovník podporuje klienty při využívání všech služeb a dávek sociálního zabezpečení, na které mají nárok, a to nejen od instituce, ve které jsou zaměstnáni, ale i ostatních příslušných zdrojů. Poučí klienty o povinnostech, které vyplývají z takto poskytnutých služeb a dávek. Podporuje klienta při řešení problémů týkajících se dalších sfér jeho života.

2.1.6. Sociální pracovník podporuje klienty při hledání možností jejich zapojení do procesu řešení jejich problémů.

2.1.7. Sociální pracovník je si vědom svých odborných a profesních omezení. Pokud s klientem nemůže sám pracovat, předá mu informace o dalších formách pomoci. Sociální pracovník jedná s osobami, které používají jejich služby (klienty) s účastí, empatií a péčí.

2. 2. Ve vztahu ke svému zaměstnavateli

2.2.1. Sociální pracovník odpovědně plní své povinnosti vyplývající ze závazku ke svému zaměstnavateli.

2.2.2. V zaměstnavatelské organizaci spolupůsobí při vytváření takových podmínek, které umožní sociálním pracovníkům v ní zaměstnaným přijmout a uplatňovat závazky vyplývající z tohoto kodexu.

2.2.3. Snaží se ovlivňovat sociální politiku, pracovní postupy a jejich praktické uplatňování ve své zaměstnavatelské organizaci s ohledem na co nejvyšší úroveň služeb poskytovaných klientům.

2. 3. Ve vztahu ke kolegům

2. 3. 1. Sociální pracovník respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů a ostatních odborných pracovníků. Vyhledává a rozšiřuj spolupráci s nimi a tím zvyšuje kvalitu poskytovaných sociálních služeb.

2. 3. 2. Respektuje rozdíly v názorech a praktické činnosti kolegů a ostatních odborných a dobrovolných pracovníků. Kritické připomínky k nim vyjadřuje na vhodném místě vhodným způsobem.

2.3.3. Sociální pracovník iniciuje a zapojuje se do diskusí týkajících se etiky se svými kolegy a zaměstnavateli a je zodpovědný za to, že jeho rozhodnutí budou eticky podložena.

2. 4. Ve vztahu ke svému povolání a odbornosti

2. 4. 1. Sociální pracovník dbá na udržení a zvyšování prestiže svého povolání.

2.4.2. Neustále se snaží o udržení a zvýšení odborné úrovně sociální práce a uplatňování nových přístupů a metod.

2.4.3. Působí na to, aby odbornou sociální práci prováděl vždy kvalifikovaný pracovník s odpovídajícím vzděláním.

2. 4. 4. Je zodpovědný za své soustavné celoživotní vzdělávání a výcvik, což je základ pro udržení stanovené úrovně odborné práce a schopnosti řešit etické problémy.

2.4.5. Pro svůj odborný růst využívá znalosti a dovednosti svých kolegů a jiných odborníků, naopak své znalosti a dovednosti rozšiřuje v celé oblasti sociální práce.

2.4.6. Sociální pracovník spolupracuje se školami sociální práce, aby podpořil studenty sociální práce při získávání kvalitního praktického výcviku a aktuální praktické znalosti.

2. 5. Ve vztahu ke společnosti

2.5.1. Sociální pracovník má právo i povinnost upozorňovat širokou veřejnost a příslušné orgány na případy porušování zákonů a oprávněných zájmů občanů.

2.5.2. Zasazuje se o zlepšení sociálních podmínek a zvyšování sociální spravedlnosti tím, že podněcuje změny v zákonech, v politice státu i v politice mezinárodní.

2.5.3. Upozorňuje na možnost spravedlivějšího rozdělení společenských zdrojů a potřebu zajistit přístup k těmto zdrojům těm, kteří to potřebují.

2. 5. 4. Působí na rozšíření možností a příležitostí ke zlepšení kvality života pro všechny osoby, a to se zvláštním zřetelem ke znevýhodněným a postiženým jedincům a skupinám.

2.5.5. Sociální pracovník působí na zlepšení podmínek, které zvyšují vážnost a úctu ke kulturám, které vytvořilo lidstvo.

2.5.6. Sociální pracovník požaduje uznání toho, že je zodpovědný za své jednání vůči osobám, se kterými pracuje, vůči kolegům, zaměstnavatelům, profesní organizaci a vzhledem k zákonným ustanovením, a že tyto odpovědnosti mohou být ve vzájemném konfliktu.

Etický kodex byl schválen plénem Společnosti sociálních pracovníků 19. 5. 2006 a nabývá účinnosti od 20. 5. 2006.

Zdroj: [http:// www. socialnipracovnici.cz](http://www.socialnipracovnici.cz)

Příloha č. 5

Plné znění §4 vyhlášky č. 424/2004 Sb.

VŠEOBECNÁ SESTRA

§ 4

(1) Všeobecná sestra vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Přitom zejména

a) vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikových faktorů, a to i za použití měřicích technik používaných v ošetrovatelské praxi (například testů soběstačnosti, rizika proleženin, měření intenzity bolesti, stavu výživy),

b) sleduje a orientačně hodnotí fyziologické funkce pacientů, to je dech, puls, elektrokardiogram, tělesnou teplotu, krevní tlak a další tělesné parametry,

c) pozoruje, hodnotí a zaznamenává stav pacienta,

d) zajišťuje herní aktivity dětí,

e) zajišťuje a provádí vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve semikvantitativními metodami (diagnostickými proužky),

f) provádí odsávání sekretů z horních cest dýchacích a zajišťuje jejich průchodnost,

g) hodnotí a ošetřuje poruchy celistvosti kůže a chronické rány a ošetřuje stomie,

centrální a periferní žilní vstupy,

h) provádí ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem rehabilitační ošetřování, to je zejména polohování, posazování, dechová cvičení a metody bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu hybných a tonusových odchylek, včetně prevence dalších poruch z imobility,

i) provádí nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti,

j) edukuje pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech a připravuje pro ně informační materiály,

k) orientačně hodnotí sociální situaci pacienta, identifikuje potřebnost spolupráce sociálního nebo zdravotně-sociálního pracovníka a zprostředkuje pomoc v otázkách sociálních a sociálně-právních,

l) zajišťuje činnosti spojené s přijetím, přemístováním a propuštěním pacientů,

m) provádí psychickou podporu umírajících a jejich blízkých a po stanovení smrti lékařem zajišťuje péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta,

n) zajišťuje přejímání, kontrolu, uložení léčivých přípravků, včetně návykových látek

13), (dále jen „léčivé přípravky“) a manipulaci s nimi a dále zajišťuje jejich dostatečnou zásobu,

o) zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení zdravotnických prostředků 14) a prádla, manipulaci s nimi, jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.

(2) Všeobecná sestra se podílí pod odborným dohledem všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí nebo porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru, případně zaměření, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem na poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče. Přitom zejména vykonává činnosti podle odstavce 1 písm. b) až i).

(3) Všeobecná sestra se podílí bez odborného dohledu na základě indikace lékaře na poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče. Přitom zejména připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným postupům, na základě indikace lékaře je provádí nebo při nich asistuje, zajišťuje ošetrovatelskou péči při těchto výkonech a po nich; zejména

a) podává léčivé přípravky 13) s výjimkou nitrožilních injekcí nebo zavádění infuzí unovorozenčů a dětí do 3 let a s výjimkou radiofarmak; pokud není dále uvedeno jinak,

b) zavádí a udržuje kyslíkovou terapii,

- c) provádí screeningová a depistážní vyšetření, odebírá biologický materiál a orientačně hodnotí, zda jsou výsledky fyziologické,
- d) provádí ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů,
- e) provádí katetrizaci močového měchýře žen a dívek nad 10 let, pečuje o močové katétry pacientů všech věkových kategorií, včetně výplachů močového měchýře, f) provádí výměnu a ošetření tracheostomické kanyly, zavádí nazogastrické a jejunální sondy pacientům při vědomí starším 10 let, pečuje o ně a aplikuje výživu sondou, případně žaludečními nebo duodenálními stomiemi u pacientů všech věkových kategorií,
- g) provádí výplach žaludku u pacientů při vědomí starších 10 let.

(4) Všeobecná sestra pod odborným dohledem lékaře

- a) aplikuje nitrožilně krevní deriváty¹⁵⁾,
- b) spolupracuje při zahájení aplikace transfuzních přípravků¹⁶⁾ a dále bez odborného dohledu na základě indikace lékaře ošetřuje pacienta v průběhu aplikace a ukončuje ji.

Zdroj: Vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků,

Příloha č. 6

Předpoklady pro výkon sociálního pracovníka (z. č. 108/2006 Sb.)

ČÁST OSMÁ

PŘEDPOKLADY PRO VÝKON POVOLÁNÍ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA

HLAVA I

Sociální pracovník

§ 109

Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace.

§ 110

(1) Předpokladem k výkonu povolání sociálního pracovníka je způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost podle tohoto zákona.

(2) Bezúhonnost se posuzuje a prokazuje podle § 79 odst. 2 a odst. 3 věty první až třetí.

(3) Zdravotní způsobilost zjišťuje a lékařský posudek o zdravotní způsobilosti vydává praktický lékař a u zaměstnanců lékař závodní preventivní péče.

(4) Odbornou způsobilostí k výkonu povolání sociálního pracovníka je

a) vyšší odborné vzdělání získané absolvováním vzdělávacího programu akreditovaného podle zvláštního právního předpisu 40) v oborech vzdělání

zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost,

b) vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském nebo magisterském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči nebo speciální pedagogiku, akreditovaném podle zvláštního právního předpisu 41), c) absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů v oblastech uvedených v písmenech a) a b) v celkovém rozsahu nejméně 200 hodin a praxe při výkonu povolání sociálního pracovníka v trvání nejméně 5 let, za podmínky ukončeného vysokoškolského vzdělání v oblasti studia, která není uvedena v písmenu b),

d) absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů v oblastech uvedených v písmenech

a) a b) v celkovém rozsahu nejméně 200 hodin a praxe při výkonu povolání sociálního pracovníka v trvání nejméně 10 let, za podmínky středního vzdělání s maturitní zkouškou v oboru sociálně právním, ukončeného nejpozději 31. prosince 1998,

(5) Odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka při poskytování sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních ústavní péče podle § 52 má též sociální pracovník a zdravotně sociální pracovník, který získal způsobilost k výkonu zdravotnického povolání podle zvláštního právního předpisu 42) .

(6) Při uznávání odborné kvalifikace nebo jiné způsobilosti státních příslušníků členských států Evropské unie se postupuje podle zvláštního právního předpisu 31) .

HLAVA II

Další vzdělávání sociálního pracovníka

§ 111

(1) Zaměstnavatel je povinen zabezpečit sociálnímu pracovníku další vzdělávání v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok, kterým si obnovuje, upevňuje a doplňuje kvalifikaci.

(2) Další vzdělávání se uskutečňuje na základě akreditace vzdělávacích zařízení a vzdělávacích programů udělené ministerstvem na vysokých školách, vyšších odborných školách a ve vzdělávacích zařízeních právnických a fyzických osob (dále jen „vzdělávací zařízení“).

(3) Formy dalšího vzdělávání jsou

a) specializační vzdělávání zajišťované vysokými školami a vyššími odbornými školami navazující na získanou odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka,

b) účast v akreditovaných kurzech,

c) odborné stáže v zařízeních sociálních služeb,

d) účast na školicích akcích.

(4) Účast na dalším vzdělávání podle odstavce 3 se považuje za prohlubování kvalifikace podle zvláštního právního předpisu 43).

(5) Dokladem o absolvování dalšího vzdělávání podle odstavce 3 je osvědčení vydané vzdělávacím zařízením, které další vzdělávání pořádalo.

Zdroj: Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění