

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

# SEBEPOJETÍ SESTRY PRACUJÍCÍ NA ODDĚLENÍ INTENZIVNÍ PÉČE

SELF-CONCEPT OF A NURSE WORKING IN INTENSIVE  
CARE UNIT



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Mgr. Alice Divišová**

Vedoucí práce: **doc. PhDr. Radko Obereignerů, Ph.D.**

Olomouc

2024

Na tomto místě bych ráda poděkovala panu doc. PhDr. Radkovi Obereignerů, Ph.D. za vstřícné vedení mé bakalářské práce, trpělivost, drahocenný čas a rady, které mi věnoval. Děkuji manželovi, rodině a nejbližším přátelům, za pomoc, a především podporu v období vzniku této práce. Všem vstřícným respondentům výzkumu děkuji za to, že neváhali podělit se o kousek svého času a soukromí, které bylo pro práci stěžejní.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Sebepojetí sestry pracující na oddělení intenzivní péče“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 1. 4. 2024

Podpis .....

# OBSAH

<b>Číslo</b>	<b>Kapitola</b>	<b>Strana</b>
	OBSAH.....	3
	Úvod.....	5
	TEORETICKÁ ČÁST .....	7
1	Sebepojetí.....	8
	1.1 Historie sebepojetí.....	9
	1.2 Komplexnost sebepojetí .....	10
	1.3 Sebepojetí jako Jáský systém .....	11
	1.4 Kontext věku a vývojová specifika sebepojetí od narození po dospělost..	13
	1.4.1 Novorozenecké a kojenecké období.....	13
	1.4.2 Batolecí období.....	14
	1.4.3 Předškolní období.....	14
	1.4.4 Školní věk.....	14
	1.4.5 Období dospívání .....	15
	1.5 Dospělost.....	15
	1.5.1 Časná dospělost (20-30 let).....	16
	1.5.2 Střední dospělost (30–45 let).....	17
	1.5.3 Pozdní dospělost (45-65 let).....	20
	1.6 Výzkumy sebepojetí dospělých.....	22
2	Sebepojetí a profese sestry.....	25
	2.1 Specifické nároky na sestru pracující na JIP .....	25
	2.2 Současné výzkumy v oblasti sebepojetí sester.....	26

2.2.1	Sebepojetí sester pracujících na jednotce intenzivní péče.....	26
2.2.2	Měření sebepojetí sester .....	26
2.2.3	Profesionální sebepojetí sester na jednotkách intenzivní péče.....	27
2.2.4	Stres a sebepojetí sestry.....	28
2.2.5	Vliv ostatních faktorů na sebepojetí sestry.....	29
	VÝZKUMNÁ ČÁST.....	31
3	VÝZKUMNÝ PROBLÉM .....	32
3.1	Formulace výzkumného problému.....	32
3.2	Formulace statistických hypotéz.....	33
4	Typ výzkumu a použité metody.....	35
4.1	Dotazník sebepojetí DOS.....	35
5	Sběr dat a výzkumný soubor.....	38
5.1	Sběr dat.....	38
5.2	Výzkumný soubor .....	39
5.2.1	Experimentální skupina.....	40
5.2.2	Kontrolní skupina.....	41
5.3	Etické hledisko a ochrana soukromí .....	44
6	Práce s daty a její výsledky .....	45
6.1	Výsledky analýzy dat .....	46
6.1.1	Popisná statistika dotazníku sebepojetí DOS - 36.....	46
6.2	Výsledky ověření platnosti statistických hypotéz.....	47
7	Diskuze .....	51
8	Závěr .....	57
9	Souhrn.....	58
	LITERATURA .....	62
	PŘÍLOHY .....	70

# ÚVOD

Od dob Florence Nightingale se obraz současného ošetrovatelství výrazně změnil. Sestry již dávno nejsou ony „dámy s lucernou“. Změny se týkaly nejen luceren, které byly nahrazeny jiným druhem osvětlení. Za uběhlá desetiletí prošla řadou změn i ona známá profesní uniforma, od pečlivě naškrobeného nažehleného stejnokroje, přes uniformy různých barev a stylů, až po nedávné hromadné zahalení se do ochranných oděvů. Povolání sestry zkrátka prodělalo řadu změn, a to nejen estetických. Kdo tedy dnes je všeobecná sestra pracující na odděleních intenzivní péče?

Profese všeobecné sestry v intenzivní péči nese mnoho tváří. Sestra pracující v intenzivní péči 21. století je technikem, který ovládá a spravuje různá zařízení, jako jsou infuzní pumpy, ventilátory a dialyzační přístroje, a zároveň aktivně sleduje vitální funkce pacientů a okamžitě reaguje na jejich případné změny. Sestry jsou každodenními společníky pacienta, se kterým sdílí jeho radosti i strasti. Jsou v první linii při setkávání se s rodinnými příslušníky, tlumočníci z latinského jazyka a někdy dokonce tiskoví mluvčí lékařů. V intenzivní péči, a na anesteziologicko-resuscitačních klinikách zejména, jsou v roli vyčerpaného záchranáře, jenž svádí dlouhý boj se smrtí, čas od času zklamán prohrou.

Sestra v intenzivní péči musí disponovat odbornými znalostmi, při poskytování vysoce specializované péče, se zachováním empatie a altruismu k pacientovi i jeho rodině. Prožívání náročných životních situací pacientů, jimž každodenně sestra čelí, působí fyzickou i psychickou zátěž, která může mít dopady na jejich osobní život. Není bez důvodu, že povolání všeobecné sestry se dlouhodobě drží na horních příčkách v žebříčku nejvíce prestižních povolání.

Sebepojetí sestry, které je ústředním tématem předkládané bakalářské práce, také zajisté prošlo proměnou. Hlavní předmětem zájmu bakalářské práce je především to, jak vnímají sami sebe, tito andělé strážní, kteří obíhají, ale i bdí nad lůžkem trpícího?

Jsou sestry pracující v intenzivní péči dobře integrované? Mají přiměřený obraz sebepojetí? Je jejich sebehodnocení spíše vyvážené, s objektivním náhledem na pozitivní

i negativní prvky z různých oblastí sebepojetí, nebo o sobě a své hodnotě mají nějaké vážnější pochybnosti? Jak nahlíží na smysl svého života, dokáží se seberealizovat a jsou naplněny životním optimismem?

Téma bakalářské práce, věnované problematice sebepojetí sester, vyplývá z mé profesní praxe. Pracuji jako všeobecná sestra na oddělení anesteziologie a resuscitace, kde se dennodenně setkávám s výzvami a náročnými situacemi spojenými s poskytováním péče pacientům v kritickém stavu. Tato práce mi poskytuje jedinečný vhled do komplexní dynamiky sebepojetí sester v kontextu intenzivní medicíny.

Cílem bakalářské práce je detailněji prostudovat a analyzovat různé aspekty sebepojetí sester v intenzivní péči, abychom mohli lépe porozumět jejich profesionální identitě. Domnívám se, že vyrovnaná osobnost sestry s přiměřeným obrazem sebepojetí a vyváženým sebepojetím umožňuje sestřám čelit možným výzvám, se kterými se mohou setkat ve svém pracovním prostředí.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. Teoretická část je zaměřena na teoretické ukotvení konceptu sebepojetí a jeho vývoj. Zvolili jsme kvantitativní design výzkumu, jehož cílem je prostřednictvím standardizovaného dotazníku sebepojetí zjistit hodnotu sebepojetí všeobecné sestry, pracující na úsecích intenzivní medicíny.

# TEORETICKÁ ČÁST

# 1 SEBEPOJETÍ

*„V nejširším smyslu je sebepojetí percepcí sebe samého. Tyto percepcie jsou formovány prostřednictvím zkušenosti s prostředím ... a jsou ovlivněny zvláště posílením z prostředí a od významných druhých.“ (Shavelson et al., 1976, str. 411).*

Sebepojetí je v psychologii často skloňovaným pojmem a má v našich životech nezanedbatelnou roli. Můžeme se setkat s nepřehledným množstvím definic a s různými úhly pohledu autorů, kteří se sebepojetím zabývají. *„Sebepojetí (self-concept) může být snadno definováno jako vidění nebo mentální reprezentace sebe.“ (Van der Werff, 1990, str. 33).* Thorová (2015) považuje sebepojetí za složitý psychologický konstrukt, který zahrnuje celý soubor názorů jedince vztahující se k vlastnímu Já. Psychologický slovník definuje sebepojetí především jako představu o sobě, tedy to, jak člověk vidí sám sebe (Hartl & Hartlová, 2015). Vágnerová (2000) vidí sebepojetí nejen jako představu o sobě ale i o svém místě na světě. Smékal (2007, str. 368) píše, že sebepojetí je *„základem jáství člověka, je souhrnem názorů na sebe, na své místo ve světě, a v tomto smyslu je souhrnem pocitů, jimiž prožíváme spokojenost nebo nespokojenost se sebou, větší nebo menší sebedůvěru, sebeúctu a vliv na druhé.“* Macek (2008, str. 96) definuje sebepojetí jako *„hypotetický konstrukt, kterým se snažíme popsat obsah vědomí vztahovaný k vlastnímu Já“.*

Sebepojetí je podle Blatného (2010) výsledným produktem procesu sebeuvědomění, má také sebehodnotící roli, která má přímou souvislost s postojem k sobě samému. Sebepojetí je spíše hypotetickým konstruktem, který osvětluje prožívání a chování člověka než existující psychickou entitu. Vědomé formulování sebe sama není v běžném životě nutné, protože funkce sebepojetí, jako jsou zpracování a hodnocení informací relevantních pro naše Já, fungují na nevědomé úrovni. Potřeba sebevymezení a potřeba formulovat sebe sama se aktivují jen za určitých okolností, v nejširším smyslu zejména při řešení problémů (Blatný & Plháková, 2003). Sebepojetí je charakterizováno třemi aspekty. Kognitivním, týkající se obsahu sebepojetí a jeho strukturou, afektivním, který se týká emocionálního vztahu (sebehodnocení) a konativním, uplatňující se v seberegulaci chování a má motivační funkce. Sebepojetí není izolovaným jevem, má



řadu spojitostí a vztahů. Spojitost nacházíme například mezi sebepojetím, sebehodnocením a typem temperamentu. Nalezen byl i vztah mezi sebehodnocením a celkovou osobností člověka, jeho strategiemi zvládnání a s celkovou životní spokojeností (Blatný, 2010).

Psychologie studuje sebepojetí ze tří souvisejících úhlů: „z hlediska procesu formování sebepojetí, z hlediska sebepojetí jako procesu sebeuvědomění člověka a z hlediska funkcí sebepojetí v psychické regulaci chování.“ (Blatný, 2010, s. 441). Výzkum formování našeho sebepojetí se opírá především o vývojové poznatky, dále o poznatky kognitivní a sociální psychologie, je orientován z větší části empiricky. Problém definice vlastního Já a vytváření vlastní identity je studován druhým výzkumným proudem, který je převážně teoretický a vychází z humanistické, existenciální, ego a narativní psychologie (Van der Werff, 1990; Blatný, 2010).

Důležitost sebepojetí člověka nelze podcenit. Balcar (1983) pojednává o sebepojetí jako o klíčovém faktoru pro stabilizaci jednání a jako prostředku orientace jednotlivce. V běžných situacích není třeba přesně definovat jeho obsah, neboť sebepojetí funguje na nevědomé úrovni jako jakýsi „setrvačnick“.

## 1.1 Historie sebepojetí

William James je považován za jednoho z průkopníků v oblasti sebepojetí. Jeho práce položila základy pro moderní psychologii Já. Jamesovým klíčovým přínosem bylo rozlišení mezi poznávajícím (I-self) a poznávaným (Me-self) Já. Toto rozlišení otevřelo cestu k empirickému zkoumání sebepojetí a stalo se základem pro další výzkumy v této oblasti.

Dalšími významnými osobnostmi v historii sebepojetí jsou C. D. Cooley a G. H. Mead, kteří definovali sebepojetí jako sociální konstrukt. Jejich práce zdůraznila význam sociálních interakcí při formování sebepojetí. Podle jejich konceptu sebepojetí vzniká prostřednictvím symbolických interakcí a sociálních zpětných vazeb, což dále rozvinulo chápání tohoto fenoménu jako sociálního konstrukt. Cooley zavedl koncept "zrcadlového Já", což jsou pro nás významní druzí lidé, kteří odrážejí naše mínění a názory o sobě. Během dospívání se tato zrcadla internalizují do naší psychické struktury, což Cooley nazývá "představa sebe". Tento koncept zahrnuje, jak nás ostatní vidí, jak nás hodnotí a jaké pocity máme k sobě samým, jako je hrdost nebo zahanbení. Zralé Já pak představuje vyvážený pohled na sebe, neovlivněný přechodnými vlivy (Blatný, 2010).

Práce Markuse a Wurfa významně ovlivnila moderní vnímání sebepojetí. Jejich přístup zdůraznil multifacetovost, hierarchii, dynamiku a vzájemnou propojenost strukturálních a procesuálních aspektů Já. Tímto způsobem přispěli k posunu od tradičního chápání sebepojetí jako jednotné a statické entity k dynamickému a vícevrstevnatému pojetí tohoto fenoménu (Markus & Wurf, 1987).

Kromě výše zmíněných autorů existuje celá řada dalších významných osobností, které přispěly k rozvoji chápání sebepojetí. Mezi ně patří Carl Rogers, Abraham Maslow, Erik Erikson a Albert Bandura. Každý z nich přinesl svůj vlastní přístup k sebepojetí, čímž rozšířil obzory tohoto důležitého psychologického konceptu.

Historie sebepojetí je bohatá a rozmanitá. Klíčové příspěvky různých autorů od Williama Jamese až po moderní psychologické teoretiky, poskytují hlubší porozumění tomuto důležitému aspektu lidské psychiky. Společně tyto teoretické přístupy a výzkumy tvoří základ pro pochopení historie a vývoje sebepojetí jako klíčového konceptu v psychologii (Blatný, 2010).

## **1.2 Komplexnost sebepojetí**

Komplexnost sebepojetí je charakterizována obsažením prvků kognitivních, emocionálních i činnostně regulativních. Jak již bylo zmíněno, sebepojetí je subjektivní konstrukt vycházející z vlastních zkušeností, avšak postoje, názory a vnější vlivy druhých lidí se na jeho vzniku také zásadně podílí (Fialová, 2001). Sebeopjetí je velmi mnohostranné. Zahrnuje osobnostní charakteristiky, role, vlastnosti a je tak významnou otázkou z hlediska jak teoretické, tak praktické roviny (Rosenberg, 1979).

Sebeopjetí lze chápat také jako konstrukt s multifacetovou strukturou, hierarchickým uspořádáním a určitou dynamikou. Pojem „multifacetové“ označuje fakt, že naše sebepojetí je tvořeno dílčími mentálními reprezentacemi Já (Markus, Wurf, 1987).

Hierarchické uspořádání sebepojetí je v úzké spojitosti s multifacetovou a multidimenzionální strukturou Já. Sebeopjetí je zobecněním poznatků o sobě, které jsme si odvodili z prožitých zkušeností v konkrétních situacích. Tyto poznatky jsou pak hierarchicky seřazeny podle míry abstrakce, a to od konkrétních, specifických prvků až po obecné kategorie. Přívlastek „dynamické“ vede k vytvoření koncepce tzv. aktivovaného sebepojetí, které v závislosti na různorodosti situací dynamicky aktivuje tu z reprezentací Já, která v tomto okamžiku plní funkci centrální a řídicí struktury sebepojetí.

Chápání sebepojetí jako konstruktů s multifacetovou strukturou vyústilo v koncepci aktivovaného sebepojetí (*working self-concept*), jejíž dynamika spočívá v tom, že v různých situacích je aktivována některá z reprezentací Já, která v tuto chvíli přebírá roli centrální struktury sebepojetí (Blatný & Plháková, 2003).

Vymětal (2003) poukazuje na to, že součástí sebepojetí je také naše tělesné schéma a představa o něm, které zahrnuje hodnocení vlastního těla. Sebeobraz považujeme za naučený. Sebeobraz vzniká v dětství, kdy primárně závisí na hodnocení okolí následně dochází k jeho přijetí, zvnitřnění a začlenění do sebevymezení (Fontana, 1997). Pojetí vlastního těla je zdrojem sebeúcty a sebeakceptace (Nakonečný, 2009).

Sebepojetí jako integrovaná součást naší osobnosti je výrazně chráněno, má tudíž své mechanismy obrany, které souvisí s ochranou našeho „já“ (Fialová, 2001). Může zahrnovat regresi, projekci, vytěsnění, racionalizaci, přesun, sublimaci nebo somatizaci (Cakirpalogu, 2012).

Komplexnost sebepojetí rozšiřují a doplňují tyto pojmy z Psychologického slovníku (Hartl & Hartlová, 2015):

- **Sebehodnocení** je vědomé prožívání svojí sociální pozice, jeho základ je ovlivněn zejména vztahy v nukleární rodině.
- **Sebevědomí** je vědomí vlastních kvalit, schopností, vlastní ceny a víra v ně.
- **Sebeobraz** popisuje představu o sobě samém.
- **Sebepercepce** je schopnost vnímání sebe sama.
- **Sebeklam** je klamání sama sebe, jde o neschopnost uznat vlastní omezení.

### 1.3 Sebepojetí jako Jáský systém

V rogersovské teorii je self hlavním pojmem a ústředním psychologickým konstruktům. Zajímá se o sebepojetí a současně popisuje vztah sebepojetí k životním zkušenostem a aspektům. Dělí se na objektivní a subjektivní self, které v sobě zahrnuje sebeúčinnost, pocity vlastní jedinečnosti a stability, sebereflexi a sebeúctu. Vzájemným ovlivňováním Self jako objektu a subjektu, vzniká self-koncept. „*Self-koncept je komplexní, poměrně stálá hodnotící představa o vlastní osobě. Jeho kognitivní povaha vyjadřuje realistické vědění o tom, kdo jsem. Kromě toho existuje emoční složka Self, která vyjadřuje úctu vůči vlastní osobě, tj. sebeúctu. Sebeúcta hodnotí, zda jsem dobrý, nebo špatný. Vědění o sobě a také prožívání sama sebe jsou výsledky socializace. Člověk žijící*

*ve společnosti buduje emočně sycené představy o své osobě, sebevědomí.“* (Cakirpalogu, 2012, str. 553) Z této teorie plyne, že sebepojetí je tvořeno nejen tím, jak člověk vnímá svou vlastní osobu, ale také tím, jak je vnímán ostatními lidmi (Cakirpalogu, 2012; Nykl, 2012; Rogers, 2014).

Bandura (1999) klade důraz na neoddělitelnost a vzájemnou propojenost mezi Já jako subjektem poznání a Já jako objektem poznání, kdy produkt tohoto vztahu definujeme jako sebepojetí. Vnímání Já jako systému je obzvláště zřejmé v oblasti seberegulace, kdy obsahy sebepojetí regulují a korigují naše chování, ale pracují i na přeformulování nebo vytváření nových standardů (Blatný, 2010).

Téma Já je centrálním pojmem i v psychologii osobnosti. Integrovaná osobnost ve svém jádru obsahuje právě poznávací, činné Já (Říčan, 2007). Self je možno považovat za jakýsi autoregulační systém osobnosti. Jeho složkami (aspekty) jsou především: sebepojetí, názory na sebe sama, přijaté a uznávané hodnoty, sebedůvěra, sebehodnocení (Čáp & Mareš, 2001).

Tvorba vlastního Já je z hlediska individuálního vývoje proces dlouhodobý. K uvědomování si tělesného Já dochází až kolem třetího roku, do té doby dítě neumí rozlišit mezi okolním světem a vlastním tělesem. Tříleté dítě si začíná uvědomovat svoji jedinečnost, ale také svoji odlišnost od ostatních, a svoji identitu, což můžeme přisuzovat i velkému rozvoji řečových dovedností v tomto věku a toto Já již nazýváme Sociálním. Ze sociálního Já se buduje sebehodnocení a také sebepojetí (Nakonečný, 2009). *„Geneze osobnosti je tedy spojena se vznikem Já a tento vznik Já a jeho vývoj k sebepojetí a sebehodnocení (egu) jsou základními aspekty fungování osobnosti, jejího dalšího utváření, neboť osobnost funguje jako otevřený systém, který je ve stálé interakci se svým životním prostředím.“* (Nakonečný, 2009, str. 83).

Mezi další aspekty Já řadíme i naše tělo. Oděv a oblékání také přispívá k vyjádření našeho sebepojetí a sebehodnocení (Nakonečný, 2009).

Já a pocit osobní jedinečnosti (sense of individuality) souvisí s osobní identitou jedince (Cakirpalogu, 2012).

## **1.4 Kontext věku a vývojová specifika sebepojetí od narození po dospělost**

Vztah k sobě začíná být formován již od samého počátku života, přičemž jeho základy jsou klíčově ovlivněny zkušenostmi z raného dětství, a možná dokonce i z prenatálního období. Je proto vhodné vždy zohlednit věk jedince při posuzování jeho sebepojetí. (Vágnerová & Lisá, 2021; Vágnerová & Klégrová, 2008). Vývoj sebepojetí ovlivňují také všechny hlavní činitele vývoje, ke kterým řadíme interakci vrozených a získaných faktorů (Vágnerová, 2000). Faktory biologické, osobnostní (psychologické) i sociální povahy, které se vzájemně prolínají, interagují spolu, kombinují se a ovlivňují, je vhodné zohlednit (Říčan, 2004). Sebepojetí formuje mimo jiné i proces socializace, který zahrnuje interakce s okolím. Tyto zkušenosti obohacují obsah sebepojetí, přičemž zohledňuje jak zpětnou vazbu z okolí, tak vlastní sebehodnocení (Blatný et al., 2010). Srovnávání se s ostatními má významný vliv na vývoj a stabilitu sebesystému, zejména díky vlivu blízkých a významných osob (Urbanovská & Škobrtal, 2012). V rámci naší bakalářské práce se budeme stručně zabývat definicí sebepojetí v různých vývojových fázích, s hlavním zaměřením na sebepojetí v období dospělosti.

### **1.4.1 Novorozenecké a kojenecké období**

Novorozenec ještě nemá schopnosti rozlišit svoji aktivitu od dění, které probíhá nezávisle na něm a nevidí tedy ani rozdíl mezi tím, co je v něm a co mimo něj. Pro vznik sebepojetí v následujícím období je klíčové zejména vzájemné působení dítěte a nejbližšího sociálního okolí (Čáp, 1993). Dřív, než si dítě uvědomí samo sebe, vytváří se citový vztah s matkou. Toto specifické připoutání nese důležitý základ pro vytvoření pojmového já a pro vytvoření individuality dítěte. Počátky našeho Já jsou svázány se sebekontrolou, která se také vyvíjí postupně (Říčan, 1973). Vývojovým úkolem prvního roku je kojencovo osamostatnění se od symbiotického vztahu s matkou (Mahler et al., 2006). Jako okamžik „psychologického narození“ považuje Říčan (2004) moment, kdy se ze symbiotického „MY“ stane jednoduché, ale jasné „JÁ-TY“. Ve věku 3-6 měsíců se kojeneček nachází ve fázi základního uvědomování si sama sebe. Dítě se tedy začíná odlišovat svoje projevy od projevů druhých. Starší kojeneček začíná vnímat emoční prožitky jako svoji součást. Dítě ve věku jednoho roku už nabylo schopnosti pochopit kontinuitu svého bytí a stálost vlastní existence, která je samostatná a nyní již oddělená od matky (Vágnerová a Lisá 2021). Za jeden z nejvýznamnějších kroků, který společně s dalšími

faktory přispívá k rozvoji sebeúcty a vlastní identity můžeme podle Eriksona (2002) považovat začátek samostatné chůze.

### **1.4.2 Batolecí období**

Batolecí období trvá od jednoho roku do tří let (Vágnerová a Lisá, 2021). Hlavním tématem duševního vývoje batolecího období je především autonomie (Říčan, 2004). Jako významné mezníky tohoto období považujeme především schopnost separace od matky (Vágnerová, 2012) nebo fázi negativismu, která značí zvyšující se samostatnost dítěte a současně počátky uvědomování si vlastní autonomie (Langmeier & Krejčířová, 2006). Opakem negativismu je raná poslušnost, kterou považuje Kochanska et al. (2001) za jednu z prvních kroků ke zdárné socializaci jedince. Nově naučené dovednosti aktivně uplatňuje, pozitivní ocenění ze strany rodičů a dalších dospělých výrazně přispívá k vytváření zdravého sebepojetí. Sebepojetí batolete není v tomto vývojovém období koherentní, sebehodnocení je nereálně pozitivní a nesebekritické. Vývoj sebepojetí v neposlední řadě ovlivňuje dosažená úroveň jazykových schopností. Osobní zájmeno „Já“ začíná dítě užívat ke konci batolecího období (Vágnerová, 2012).

### **1.4.3 Předškolní období**

Sklon k vychloubání, nekritičnost a přehnaný důraz na sebe sama a své kompetence je jedním z typických znaků nezralé dětské identity (Siegler et al., 2003). Sebepojetí v tomto věku je významně spjato s tělovým schématem, postupně se však stále více rozšiřuje na další vlastnosti a kompetence. Dítě v předškolním věku se ještě neporovnává s ostatními, podstatné je však vše, co potvrzuje, že dítě udělalo pokrok a umí více než dříve. Již ve 3 letech jsou děti schopny uvědomovat si trvalost vlastní existence. Aktuální sebepojetí předškoláka akcentuje na vývoj a zlepšení svých dovedností, sebehodnocení je charakteristické tendencí přeceňování svých schopností, srší nereálním optimismem a sklony k vychloubání. Dětské sebepojetí je v tomto období stále závislé na hodnocení jiných lidí, zejména rodičů (Vágnerová & Lisá 2021).

### **1.4.4 Školní věk**

Na počátku školního věku, kolem 6-7 let, dochází převážně k pozitivní sebe prezentaci dítěte, tendence nadhodnocovat se je stále přítomna, avšak s postupujícím věkem už se stávají sebekritičtějšími. V 9 letech se dokáží ohodnotit jak ve srovnání se

svými vrstevníky, ale i vzhledem ke standardům, které určují dospělí. I pro školáka je rodina velmi důležitou součástí, ale dochází k nabývání významu skupiny vrstevníků a jejich příslušnost k ní. Způsob definování sebe sama odpovídá dosažené úrovni myšlení, zralosti myšlení a emočního prožívání. Kolem věku 8 let se prohlubuje uvědomění stálosti své osobnosti, vědí, že v budoucnosti zůstanou stejným člověkem, přestože některé jejich vlastnosti a kompetence se změní. Školáci si již dobře uvědomují, v čem jsou jedineční a v čem se odlišují od ostatních. Ve středním školním věku se sebepojetí už zásadním způsobem nemění (Vágnerová & Lisá 2021).

### **1.4.5 Období dospívání**

Období dospívání je přechodná doba mezi dětstvím a dospělostí. Zahrnuje druhou dekádu života, od 10 do 20 let. V pubertě a adolescenci jsou již přítomny dobré rozumové kompetence pro vytvoření uceleného sebeobrazu. Předmětem hodnocení a srovnávání se stává vzhled (Fialová, 2001). Především v období rané adolescence je sebepojetí dospívajících závislé na hodnocení vrstevníků a stále kolísá, protože se zde odráží mnoho změn prostředí (Nurmi, 2004). Navzdory tomu, u starších adolescentů se sebepojetí stává čím dál propojenější a diferencovanější (Smetana & Villalobos, 2009). K tomu, aby dospívající dosáhli identity, jsou potřeba jak krize, ty kladou nové otázky a vedou k novým rozhodnutím, tak osobní angažovanost (West, 2002). V době konfliktního dospívání jsou vesměs lepší vztahy spíše s matkou, otcové jsou ve svých pozicích více variabilní (Janošová, 2008). Další období vytváření autonomie já představuje hledání sebeidentity v období adolescence spojené s experimentováním, generačními konflikty, hledáním smyslu i krizí identity (Nakonečný, 1999).

## **1.5 Dospělost**

Formování našeho sebepojetí se opírá především o vývojové poznatky, proto nadcházející kapitola poslouží i k vymezení vývojového období, které je klíčové pro naši bakalářskou práci. V tomto textu dělíme věk dospělosti dle Langmeiera a Krejčířové (2006) na časnou, střední a pozdní dospělost. V rámci tématu naší práce budou vývojová období dospělosti dále členěna tak, aby popsaly vývoj v oblastech, které popisují subškály Dotazníku sebepojetí, jako jsou Fyzický zjev, Práce a studium, Sociální přizpůsobivost a Smysl a seberealizace.

S přibývajícím věkem začíná rodičovská podpora postrádat svůj vliv, sebepojetí a sebehodnocení dostává větší nádech reality (Bracken, 1996; Marsh et al., 1998). Dosažení dospělosti s sebou přináší větší sebejistotu a sebedůvěru, zvyšuje se i uvědomění vlastních sil a kompetencí. Mladý člověk se ocitá na vrcholu fyzických, sexuálních a v některých ohledech i kognitivních schopností a dochází ke stabilizaci základních životních postojů. Emoční prožívání, na rozdíl od adolescence, ubírá na intenzitě. Nicméně psychika mladých dospělých je stále ještě místy nestabilní, vývoj mozku a schopnosti sebekontroly stále pokračuje (Vágnerová, 2000). Pohled dospělého na vlastní sebepojetí je objektivnější a realističtější, odráží se převážně od toho, co člověk miluje a co poskytuje druhým. Přístup k sobě je u dospělých laskavější a tolerantnější než u adolescentů (Balcar, 1991). Nejlepšími prediktory sebehodnocení u dospělých jsou posílení od spolupracovníků a osob z referenčních skupin, dále od významných osob, zvláště od partnera a rodičů, nakonec posílení od blízkých přátel a vlastních dětí (Harter, 1996).

### **1.5.1 Časná dospělost (20-30 let)**

Mladá dospělost je období nástupu nové životní etapy, dospělosti. Začátek je charakteristický postupným navykáním si a osvojováním si nových sociálních rolí. V druhé polovině tohoto období dochází k rozvoji sociálních rolí, stabilizaci zaměstnání a kariéry, budování stabilních partnerství a založení rodiny (Havighurst, 1972).

#### **Fyzický zjev**

Dvacátá léta jsou dle Říčana (2004) dobou největší tělesné síly, vitality, energie a robustního zdraví. Vrcholu fyzických sil dosahuje mladý dospělý kolem 30. roku života (West, 2009). Na neurální úrovni probíhá dokončování procesu myelinizace v prefrontální kůře, což je především spojeno s regulací chování (Christakou, 2014). Většina fyzických proměn, které se v průběhu časně dospělosti vyskytují, jsou spíše spojeny s individuálním životním stylem a jedinečnými událostmi v životě jedince. Také zde hraje roli absence rizikového chování a přítomnost zdraví podporujícího chování, jako je pravidelná fyzická aktivita a zdravý životní styl (Blatný, 2016).

#### **Práce a studium**

Příprava na vstup do pracovního života představuje v rané dospělosti klíčový vývojový úkol (Blatný, 2016). Profesionální role je podle Vágnerové (2007) zásadní součástí identity mladého dospělého. Trajektorie kariéry v tomto období však vykazuje zvláštní



charakteristiky, zejména mezi 20. a 30. rokem věku, kdy jde o období relativně nestabilní. To často souvisí s přechodem z akademické sféry do pracovního prostředí, kdy mladí dospělí hledají nejvhodnější zaměstnání pro svou budoucnost. Do konce období časné dospělosti by mělo dojít k rozvoji pracovních dovedností a ustálení profesní volby (Thorová, 2015).

### **Sociální přizpůsobivost**

I přestože vytváření partnerských vztahů a zakládání rodiny v mladé dospělosti má svoji důležitost, další sociální vztahy mají rovněž v této fázi života význam a vykazují širokou škálu variability a rozsahu. Tyto vztahy jsou částečně ovlivněny životními událostmi, jako je studium na univerzitě a nástup do zaměstnání. Vzhledem k postupnému osamostatňování se emocionálně i finančně od rodiny hrají ostatní blízcí jedinci v sociální síti mladého člověka důležitou roli. Zvyšují pocit osobní pohody a poskytují emoční a sociální podporu, zejména v době, kdy není člověk ve vztahu (Carbery a Buhrmester, 1998). Sociální síť mladých dospělých se rozšiřuje do 25 let věku, zejména mimo sféru rodiny, prostřednictvím nových sociálních rolí, které přebírají. Z celoživotní perspektivy je sociální síť mimo rodinu nejvíce rozvinutá právě v časné dospělosti (Vágnerová, 2007). Dalším vývojovým úkolem mladé dospělosti je vytvoření stabilního monogamního vztahu, který slouží jako základ pro vytvoření rodiny, kdy narození dítěte je vnímáno jako výrazný životní předěl a role rodiče je dle Říčana (2004) vesměs sociálně vysoce ceněna a rodičovství se stává důležitou součástí osobní identity. Narození potomka je často vnímáno jako naplnění smyslu života a jako jedno z hlavních životních témat. V procesu zrání osobnosti vidí Thorová (2015) rodičovství jako zásadní zkušenost.

### **Smysl a seberealizace**

Proces hledání smyslu života v tomto období souvisí s vývojovými úkoly, jako je osamostatnění se, vytváření si sítě vztahů, realizace v profesním životě atd. Mladí dospělí preferují hodnoty spojené s osobním růstem a úspěchem (Prager 1966, 1997). Prožívání smyslu života v rané dospělosti dále souvisí s událostí narození dítěte. Rodičovství má významný efekt na prožívání smysluplnosti života (Baumeister, 1991)

## **1.5.2 Střední dospělost (30–45 let)**

V období střední dospělosti se většina lidí ujímá odpovědnosti za řízení svého vlastního života, věnuje se budování zvolené profesní kariéry a často i péči o rodinu

a potomstvo. Společnost vnímá jedince jako vysoce produktivního, zkušeného a zralého člověka, který plní životní scénář, který si plánoval v době mladé dospělosti. Střední dospělost je také obdobím velké rozmanitosti. Vrcholu dosahuje kognitivní nebo sociální fungování člověka. Stále existuje dostatek příležitostí, jak ovlivnit budoucí fungování v oblastech, které se projeví v dalších letech (Lachman, 2004). Velkou roli hraje v období střední dospělosti potřeba generativity, tedy potřeba něco vytvořit, zanechat něco po sobě, což ale podle Eriksona (2002) je jedním z nejvýznamnějších témat dospělosti. Vágnerová (2007) dokonce hovoří o expanzi generativity, přičemž uplatnění v profesi je součástí identity jedince.

### **Fyzický zjev**

Třicátý rok je možné považovat za vrchol tělesného vývoje, do této doby převažuje vzestupný vývoj nad involucí. S přibývajícím věkem se tento poměr začíná obracet. (Říčan, 2004). Fyzický vzhled tvoří ve střední dospělosti stále podstatnou část naší identity. V důsledku involučních změn slábne prvoplánová fyzická sexuální přitažlivost. Ve středním věku začíná člověk pociťovat mírný úbytek fyzických sil, snižující se kvalita spánku, horší regenerace, klesá produkce hormonu testosteronu u mužů, kůže ztrácí pružnost, prohlubují se vrásky, objevují se první zdravotní obtíže, které se do této doby neobjevovaly (Říčan, 2004; Blatný, 2016). S příznaky stárnutí se hůře vyrovnávají lidé, jejichž sebepojetí je na fyzické atraktivitě více založené. Změny ve fyzickém vzhledu bývají významným zdrojem životní nespokojenosti především u žen (D'Alessandro & Chitty, 2011). S uvědoměním časového omezení vlastního života a počínajícími fyzickými i zdravotními limitacemi může souviset krize středního věku (Vágnerová, 2007). Člověk si v tomto věku uvědomí neodvratitelnou realitu smrti, začne rekapitulovat minulost a uvažovat o budoucnosti (Jaques, 1965).

### **Práce a studium**

Profesní role je důležitým projevem generativity středního věku. Člověk středního věku je vnímán jako zkušený, zralý, a vysoce produktivní. Disponuje bohatými pracovními zkušenostmi, které mohou vést k dosažení vrcholných pracovních úspěchů. Ve střední dospělosti se zvyšuje snaha o dosažení stabilního zaměstnání, které s sebou přináší vyšší životní spokojenost, finanční jistotu a méně stresu (Origo & Pagani, 2009). Pozice v pracovním kolektivu není jednoduchá, protože přichází konkurence z mladších řad nadějných spolupracovníků, a vzniká tak nutnost uhájít si svou pozici, což vyžaduje jistou

flexibilitu v přizpůsobování se změnám a držet krok s novinkami v oboru. Souběžně s prací však člověk ve středním věku musí věnovat část své energie i rodině a sladování pracovních a rodinných povinností může přinášet stres, ztrátu životní energie, ztrátu profesní motivace, tvořivosti a může dojít až k celkovému profesnímu vyhoření. Ve středním věku se do jisté míry mění i postoj k profesi, která by měla saturovat zejména potřebu seberealizace, potvrzovat kvality kompetencí, potřebu dosažení smyslu pracovní činnosti, který souvisí s potřebou generativity. Střední dospělost představuje ve vztahu k budoucímu profesnímu očekávání mezník poslední možnosti, kdy je o nějaké zlepšení možné usilovat (Thorová, 2015; Vágnerová, 2007).

### **Sociální přizpůsobivost**

Sociální úkoly tohoto věku mohou být velmi odlišné. K vyšší míře sociálního přizpůsobení vede ve střední dospělosti zejména spokojenost v pracovní sféře (Savickas et al., 2002). Ve středním věku mohou mít za sebou lidé několik let manželství, někteří do něho mohou teprve vstupovat a o děti se teprve snažit, jiní již mají malé či dospívající potomky a někteří si jako potvrzení přetrvávajícího mládí zakládají nové rodiny s dalšími potomky. Zátěží je i zvýšená nemohoucnost i nemocnost vlastních rodičů, častější konfrontace se smrtí vede k uvědomění vlastní smrtelnosti. Náročné situace také přicházejí ve výchově dospívajících dětí a odchod dospělých dětí z domova. Důležitým aspektem ve vztazích s druhými lidmi je v tomto období generativita, která podle Eriksona (2002) souvisí nejenom s biologickou rovinou (rození dětí), ale i s předáváním získaných zkušeností a vědomostí mladším generacím, a tak generativita ovlivňuje nejenom vztahy v kontextu rodinném, ale i v zaměstnání nebo v kontextu dobrovolnických aktivit (Son & Wilson, 2011).

Milníkem vybízejícím k bilancování je označován 40. rok věku, protože reprezentuje polovinu života. Zvyšující se věk, nesplněné sny nebo záměry mohou vytvářet tlak a aktuální způsob života se může přestat jevit jako ideální. Revize dosaženého skýtá mnohdy neuspokojivé výsledky, a tak dochází ke stanovování nových životních plánů, které mohou být tvořivé i destruktivní přinášet radost, ale i bolest. Lidé si začínají více uvědomovat svoji smrtelnost a otázky smyslu života si začínají pokládat častěji, a tak utlumené touhy pod časovým nátlakem vyvíjejí určitý tlak k seberealizaci člověka. Jacques (1965), toto chování popsal jako krize středního věku a nahlížel na ni jako na normativní událost, která se objevuje u všech lidí kolem 35. roku života. Jung a Barz (1996) nazývá střední dospělost popolednem lidského života, kdy je hlavním cílem proces

individualizace, a integrace všech aspektů duše, kdy člověk ve svém vývoji dosahuje pomyslného vrcholu. Na přelomu 30. a 40. let života se podle Junga nachází jediný významný vývojový převrat, kdy je důležité zpracovat změny související s životními cíli. Pokud k tomu nedojde a člověk neadekvátně zpracuje tyto změny fyzické a psychické povahy, může nastat krize středního věku. Někteří lidé naopak prožívají toto období jako období vrcholu životních sil, kdy člověk dosáhl určité životní autonomie, finanční stability, nezávislosti, sociální začlenění, spokojený v rodině i práci. Pocit seberealizace a smysluplnosti života a společenské prospěšnosti výrazně přispívá k osobní spokojenosti jedince (Thorová, 2015).

### **Smysl a seberealizace**

Protože vývojové úlohy předchozího období jsou již naplněny, rodinná situace se mění, děti nevyžadují tolik péče, lidé střední dospělosti mohou začít sami, i s počínajícími viditelnými fyzickými změnami, pociťovat potřebu péče (Blatný, 2016). Krize středního věku dopadá i na hledání smyslu života. Střední věk zahrnuje přehodnocení hlavních životních cílů a přesvědčení, často dochází i k přehodnocení svojí úlohy a místa v životě. Hledání smyslu života nebo snaha o jeho rekonstrukci jsou častou součástí obrazu krize středního věku.

### **1.5.3 Pozdní dospělost (45-65 let)**

Pojetí pozdní nebo starší dospělosti je různě chápáno. „*Dnešní šedesátníci jsou aktivní lidé, zvyklí užívat si života, žít intimně, být výkonní a stále prospěšní rodině i společnosti.*“ (Thorová, 2015, s. 453) Období pozdní dospělosti může být prožíváno i negativně, (menopauza, odchod dětí z domu, nemoci, péče o staré rodiče, péče o vnoučata). V pozdní dospělosti mnoho lidí bojuje s úbytkem fyzických sil, často s vlastními nemocemi, ale snaží se plnit závazky vůči svým rodičům i vůči svým dětem a dostávají se tak do tzv. „sendvičové etapy.“

#### **Fyzický zjev**

Tělesná involuce v pozdní dospělosti má sice individuální průběh, ale i tak neúprosně pokračuje. Přibývá závažnějších chronických somatických onemocnění. Okolo 50. roku ustává u žen produkce hormonu estrogeneru a nastává menopauza, u mužů dochází ke snížení produkce testosteronu pozvolna od 30 let, ale jeho produkce úplně nemizí, navíc pětina mužů nad 70 let má hladinu testosteronu stále srovnatelnou s mladými muži

(Langmeier, Krejčířová, 2006). Rychlost involučních změn je do určité míry individuální. Postupující věk u žen signalizuje příchod menopauzy, a ženy jsou tak konfrontovány se stárnutím dříve než muži, kteří snáze podléhají iluzi přetrvávajícího mládí a sil (Thorová, 2015). Stárnutí spojené také se ztrátou atraktivity bývá obecně psychicky náročnější pro ženy. Příznaky klimakteria s sebou mohou snadno přinášet strach ze ztráty ženské identity (Říčan, 2004). Na konci tohoto období se objevuje přijetí faktu stárnutí, což se promítá i ve změně identity jedince. To, že stárnoucí člověk nemůže již svoji identitu plně opřít o biologicky podmíněné kompetence, ho vede k přehodnocení jeho postojů a k zaměření se na jiné životní hodnoty. Na změnu identity má vliv i proměna myšlení. Člověk nyní uvažuje spíše na základě dřívější zkušenosti a zásadní význam přikládá tomu, co během dosavadního života vytvořil, to nyní formuje jeho sebepojetí a identitu (Vágnerová, 2007).

### **Práce a studium**

V pozdní dospělosti je dle Kurice (2001) kariéra na vrcholu. Starší dospělí mohou v tomto věku disponovat významným společenským postavením a autoritou, která je objektivně uznávána. Práce na vedoucích pozicích, často přispívá k jejich kladnému sebehodnocení. Výhodou starších dospělých v pracovním kolektivu je jistá dávka vyzrálého chování, dostatek taktu, nasbírané vědomosti, odbornost, dobře zaběhlá pracovní rutina a celkový nadhled, který je přínosem v mnoha situacích, nejen profesního rázu. Profesní role má tedy v tomto období zvláštní roli a hodnotu i proto, že se neodvratitelně blíží odchod do důchodu a s ním i ztráta důležité části identity, která je také spojena s vědomím určité užitečnosti pro společnost (Vágnerová, 2007). Část dospělých odchod do důchodu vítá, někdo žádá o důchod předčasný, jiní mají z přechodu do penze strach a nejsou na život bez svojí profese připraveni.

### **Sociální přizpůsobivost**

Po odchodu dětí z domova či ukončení profese získává člověk možnost věnovat se aktivitám, na které nebyl dříve čas, partnerský vztah se stabilizuje, ubyla zátěž spojená s péčí o dospívající děti, znovu se otevírá možnost společenského života a čas na koníčky. Charakteristickou rolí pro pozdní dospělost je role prarodiče, která umožňuje zažívat radost z vývoje vnoučat bez tíhy každodenních rodičovských povinností a starostí. Péče o vnoučata patří také k projevům tolik potřebné generativity, která je důležitou součástí adaptace na stárnutí (Langmeier, Krejčířová, 2007). V tomto období jsou udržovány nejen vztahy s dětmi a nejmladší generací, ale jsou udržovány i další vztahy s přáteli, ostatními

příbuznými a v neposlední řadě s vlastními rychle stárnoucími rodiči, kteří často vyžadují více péče.

### **Smysl a seberealizace**

Ve starší dospělosti se člověk vlivem vývojových okolností (osamostatnění dětí, odchod do penze, zdravotní změny, existenciální aspekty) může dostat do stavu, kdy běžné zdroje smyslu života ubývají, což opět vede k rekonstrukci smyslu života (McFadden, 2000). Dále bylo zjištěno, že riziko snížené smysluplnosti života roste s přibývajícím věkem. Farský et al. (2006) zjistili, že prožívaná úroveň smysluplnosti bytí závisí na dobré úrovni psychosociálního fungování. Smysl života hraje pozitivní úlohu při udržování fyzické i psychické pohody. Je klíčovou složkou resilience v pozdějším věku (Reker & Wong, 2012).

## **1.6 Výzkumy sebepojetí dospělých**

To, že sebepojetí a sebehodnocení nejsou identické konstrukty, je doloženo mnoha výzkumy. Watkins a Dhawan (1989) potvrzují toto tvrzení výsledky jejich transkulturních výzkumů, kdy zjistili, že různé kultury disponují různými kritérii pro hodnocení vlastní osoby.

Sebehodnocení je chápáno jako složka sebepojetí, která vyjadřuje obraz o hodnotě vlastního já, kterou si lidé v průběhu života vytvářejí. Vědomí vlastní hodnoty zpětně ovlivňuje naše sebepojetí. Otázkou, zda je sebehodnocení klíčovou složkou sebepojetí se zabývali Greenwald et al. (1988). Zjišťovali, do jaké míry je pozitivní hodnocení sebe sama spojeno se subjektivním pohledem jedince na sebe samého a jaké jsou případné dopady tohoto vztahu na chování a pocity jedince. Výsledky této studie naznačují, že sebehodnocení hraje důležitou roli v utváření sebepojetí jedince. Respondenti s vyšším sebehodnocením poskytli více pozitivních prvků ve svých sebepojetích, jako jsou oblíbené aktivity, pozitivní vlastnosti a jména přátel. Naopak, subjekty s vyšší úrovní úzkosti ohledně sociálního hodnocení mají tendenci produkovat méně prvků ve svých sebepojetích a opakovat stejné prvky při opakovaných testováních. Blatný a Osecká (1997), kteří se zabývali vztahem sebehodnocení a strukturou významu já, zjistili, že lidé s vyšším sebehodnocením vykazují složitější strukturu významu vlastního já, než lidé s nízkým sebehodnocením. Totéž potvrzuje i Campbell & Fehr (1990), která zjistila, že lidé

s vysokým sebehodnocením mají jasněji definovaný obraz já, který se opírá o větší extremitu a jistotu v sebeuposuzování.

Jennifer Campbell (1990) dále zkoumala, zda vyšší úroveň sebevědomí ovlivňuje jasnost sebepojetí. Závěry studie naznačují, že jedinci s vysokým sebevědomím mají vyšší jistotu při sebehodnocení, jejich sebehodnocení je konzistentní v čase a chování koresponduje s jejich sebepojetím a jejich sebehodnocení, a tudíž i sebepojetí je vnitřně konzistentnější než u jedinců s nízkým sebevědomím.

V České republice se výzkumy tématu sebepojetí věnovali zejména autoři Blatný, Osecká, Macek a Říčan, ti zacílili hlavně na sebehodnotící složku sebepojetí a vztah sebepojetí a temperamentu, a to např. ve studii „Temperament jako determinanta obsahu a struktury významu Já,“ (Blatný et al., 1992), kde byla ověřována hypotéza, zda existují rozdíly v obsahu a struktuře sebepojetí v závislosti na temperamentových vlastnostech. Výsledky ukazují, že temperament hraje významnou roli při formování obsahu a struktury významu Já. U extravertů odpovídá jejich struktura významu Já jejich behaviorálním projevům. Zjištěné rozdíly v sebepojetí introvertů a extravertů jsou podmíněny prostou reflexí vlastností a odlišným prožitkem vlastního já (především hodnocení). Projevuje se zde vliv temperamentových charakteristik osobnosti na hodnocení já, které se manifestuje ve vyšším sebehodnocení extravertů. Vliv temperamentových dimenzí extraverze a neuroticismu na obsah a strukturu sebepojetí,“ (Blatný, 2001), „Zdroje sebehodnocení u temperamentových typů,“ (Blatný a kol. 1998).

Výzkumům byly podrobeny např. tyto další oblasti: „Rosenbergova škála sebehodnocení: struktura globálního vztahu k sobě“ (Blatný & Osecká 1994), „Zdroje sebehodnocení a životní spokojenosti: osobnost a strategie zvládnání,“ (Blatný & Osecká, 1998), „Příspěvek ke konceptualizaci obsahu sebepojetí,“ (Macek, 1991).

Vztah mezi věkem a sebepojetím u starších dospělých zkoumali Sneed a Whitbourne (2003). Zjistili, že starší dospělí mohou mít tendenci mít vyšší úroveň pozitivního sebepojetí než mladší dospělí. Orth et al. (2018) zkoumali změny v sebepojetí učitelů v průběhu 12 let. Zjistili, že sebepojetí učitelů mělo tendenci klesat se stárnutím, přičemž nižší sebepojetí bylo spojeno s vyšším věkem.

Steger et al., (2006) provedli studii zaměřenou na hodnocení přítomnosti a hledání smyslu života pomocí dotazníku o smyslu života. Jejich výsledky naznačují spojitost mezi pocitem smyslu života a pozitivním sebepojetím. Účastníci, kteří měli vyšší hodnoty na

dotazníku ohledně přítomnosti smyslu života, také často vykazovali vyšší míru pozitivního sebepojetí. Tato studie poskytuje podporu pro spojitost mezi smyslem života a sebepojetím.

Další studie, která potvrzuje spojitost mezi pocitem smyslu života a pozitivním sebepojetím, pochází od Martela et al. (2010). Tato studie zkoumala vztah mezi hledáním smyslu života a různými psychologickými proměnnými, včetně sebepojetí. Jejich výsledky ukázaly, že vyšší úroveň hledání smyslu života byla spojena s vyšším pozitivním sebepojetím.



## 2 SEBEPOJETÍ A PROFESE SESTRY

Na pracoviště jednotky intenzivní péče (JIP) jsou přijímáni pacienti s hrozícím nebo již probíhajícím selháním jednoho či více orgánů. Na anesteziologicko-resuscitační oddělení (ARO) jsou přijímáni pacienti, u nichž bezprostředně hrozí selhání základních životních funkcí (srdeční akce, dýchání, vědomí), nebo již k selhání došlo. Přijetí pacienta na JIP/ ARO předpokládá přínos poskytované péče na překlenutí kritického stavu s reálnou nadějí na obnovení či zlepšení orgánových funkcí (Bartůněk et al., 2016).

### 2.1 Specifické nároky na sestru pracující na JIP

Rischbieth (2006). zdůrazňuje jedinečnost jednotek intenzivní péče v tom, že sestry na těchto odděleních poskytují nepřetržitou, 24hodinovou péči a jsou odpovědné za mnoho intervenčních postupů u pacientů, které vyžadují komplexní klinická rozhodnutí. Onderková (2007) zdůrazňuje, že klíčovým faktorem pro poskytování kvalitní péče je přítomnost vzdělané, odborně kvalifikované sestry se specializovanou způsobilostí. Každodenní setkávání sestry s pacienty v kritickém stavu vyžaduje vysokou míru sebeovládání, klidné chování a schopnost rychle a přesně plnit úkoly (Novotná & Michálková, 2010). Specifické dovednosti pro práci na jednotce intenzivní péče zahrnují manipulaci s technikou, resuscitační postupy, péči o ventilované pacienty a obsluhu invazivních zařízení (Kelnarová, 2007). Sestra na JIP musí být schopna rychle posoudit stav pacienta a poskytnout mu humánní, kvalitní a efektivní péči. Kritické myšlení a schopnost racionálního rozhodování jsou klíčové v řešení obtížných situacích (Ondriová, Sinaiová, 2011). Sestra také čelí vysokým nárokům ze strany rodinných příslušníků pacientů, což vyžaduje její empatii a schopnost komunikace. Profesionální rozvoj prostřednictvím celoživotního vzdělávání je také nezbytným prvkem pro úspěšnou praxi. Profese sestry na jednotkách intenzivní péče je fyzicky, psychicky i emocionálně náročná a vyžaduje od sestry mimořádné schopnosti a dovednosti. Psychická zátěž je především spojena s náročností interakcí v sociálním prostředí, úrovni komunikace, způsobem, jakým

tým pracuje společně, rozdíly v profesních rolích a procesy řízení aplikované v praxi (Komačková, 2009).

## **2.2 Současné výzkumy v oblasti sebepojetí sester**

Naše sebepojetí ovlivňuje to, jak vnímáme svůj potenciál v osobním životě. Naše hodnota sebepojetí zasahuje i do našeho pracovního života, kde to, jak vnímáme svojí profesní identitu nakonec ovlivňuje náš pohled na sebe samotné a s tím spojenou pracovní spokojenost (Cowin, 2001). Sebeпоjetí sester ovlivňuje individuální chování a má vliv na úspěch nebo neúspěch zaměstnanců na pracovišti, souvisí také s délkou setrvání na pracovišti (Karimi et al., 2019; Cowin, 2001).

### **2.2.1 Sebeпоjetí sester pracujících na jednotce intenzivní péče**

Výzkum provedený Mlinarem, Tušakem a Karplju (2009) se zaměřil na rozdíly v dimenzích sebepojetí mezi sestrami na jednotce intenzivní péče ve Slovinsku a ženami z běžné populace. Výsledky ukázaly statisticky významné rozdíly ve všech 10 faktorech sebepojetí mezi oběma skupinami. Sestry z JIP vykazaly vyšší hodnoty sebepojetí v subškálách týkajících se fyzického já, morálního já, osobního já, rodinného já, sociálního já, identity, sebeobrazu a chování a dosáhly také vyššího celkového skóre sebepojetí než ženy z kontrolní skupiny. Naopak, kontrolní skupina projevila vyšší hodnoty sebepojetí v subškále sebekritiky, což naznačuje větší pozitivní sebekritiku než sestry na JIP. Tento výsledek byl interpretován jako možná tendence sester vytvářet příznivější dojem na ostatní (Mlinar et al., 2009). Pro sběr dat byla použita Fittsova škála sebepojetí – Tennessee Self Concept Scale (Fitts & Warren, 1996).

### **2.2.2 Měření sebepojetí sester**

Cowin (2001) ve svém výzkumu tvrdí, že přesná analýza sebepojetí sester může být silným prediktorem potřebným k vyřešení nábora a setrvání zaměstnanců. Ve své studii tedy porovnává sebepojetí sester studentek, brzy absolventek, a registrovaných sester s několikaletou praxí. Dalším cílem výzkumu bylo odhalit multidimenzionální strukturu sebepojetí a objasnit naše porozumění tomu, jak se domény v rámci multidimenzionální struktury mohou propojit, protože vývoj multidimenzionálního modelu sebepojetí sester je prvním krokem směrem k využití této informace o ošetrovatelské profesi v širších studiích.

Cowin (2001) identifikoval šest důležitých dimenzí sebepojetí sester pomocí analýzy obsahu rozhovorů. Tyto dimenze byly Obecné sebepojetí, Péče, Vztahy se zaměstnanci, Komunikace, Ošetřovatelské znalosti a dovednosti, a Vedení. Následně byla vytvořena sada 36 položek, která byla administrována dvěma skupinám respondentů. První skupina, tvořená 506 studenty ošetřovatelství, vykázala velmi pozitivní hodnocení sebepojetí ve všech šesti subškálách. Zkušené sestry v druhé skupině (528 pracujících registrovaných sester) si však vedly ještě lépe. Dosáhly vyšších skóre ve všech subškálách, což naznačuje jejich vyšší míru pracovního sebepojetí. Největší rozdíly byly pozorovány v oblasti Vedení, kde zkušené sestry vykazovaly výrazně vyšší hodnoty. Studie také ukázala, že mezi certifikovanými sestrami a sestrami s magisterským titulem v ošetřovatelství existují významné rozdíly v subškále Vedení, což naznačuje, že sestry s magisterským titulem jsou častěji připraveny přijímat vedení. Celkově vyšlo najevo, že sebepojetí sester je multidimenzionální konstrukt.

### **2.2.3 Profesionální sebepojetí sester na jednotkách intenzivní péče**

Profesionální sebepojetí je důležitou součástí sebepojetí sester (Jonhson et al., 2012). Pozitivní vývoj sebepojetí má příznivý dopad na profesní rozvoj (Strasen, 1992), což se projevuje v kvalitě poskytované péče a míře odchodů z práce (Heydari & Elaheh 2014; Sabanciogullari & Dogan, 2017). Zdravé profesní sebepojetí také snižuje riziko profesního vyhoření a zvyšuje profesní úspěch (Nwafor et al., 2015). Práce na jednotkách intenzivní péče (JIP) přináší sestram mnoho stresorů, které mohou ovlivnit jak subjektivní, tak objektivní aspekty sebepojetí (Karimi et al., 2019).

Karimi et al., (2019) provedli popisně analytickou studii s cílem zjistit profesionální sebepojetí sester pracujících na jednotkách intenzivní péče (JIP). Studie byla provedena na 540 sestrách pracujících na JIP vybraných univerzitních nemocnic v Teheránu. Nástrojem ke sběru dat byl dotazník Quinn Professional Self-concept – Inventář profesionálního sebepojetí. Nejvyšší a nejnižší skóre sebepojetí byla přidělena dimenzím znalostí a vedení. Byla provedena korelace mezi všemi dimenzemi profesionálního sebepojetí, která ukázala, že existuje významný vztah mezi jednotlivými dimenzemi. Respondenti pracující na odděleních intenzivní péče prokázali vysokou míru profesionálního sebepojetí, zejména v oblasti znalostí, což svědčí o jejich schopnosti a kompetencích. Je třeba se zaměřit na řízení péče a posílení profesionálního sebepojetí pracovníků v této dimenzi.

Sabanciogullari & Dogan (2017) prováděli deskriptivní studii profesního sebepojetí prostřednictvím Inventáře profesionálního sebepojetí, který sám vytvořil roku 2011 na vzorku nemocničních sester a Inventáře sebehodnocení (The Coopersmith Self Esteem Inventory – SEI). Inventář profesionálního sebepojetí je složený z 36 položek se třemi subškálami: „profesionální spokojenost“, „profesionální kompetence“ a „profesionální postoj a dovednosti“. Této studii se zúčastnilo 2165 tureckých sester. Výsledky studie ukázaly, že sestry pracující v Turecku mají dobře rozvinuté profesionální sebepojetí a vysoké sebehodnocení. Nejvyššího skóru profesionálního sebepojetí dosáhly sestry v subškále „profesionální postoj a dovednosti“, kde respondenti odrazili svou sebedůvěru v profesních znalostech a dovednostech. Nejnižšího skóru bylo dosaženo v subškále „profesionální spokojenost“, což autoři přisuzují obtížným pracovním podmínkám, přetížení a nízké pracovní autonomii sester v Turecku. Profesionální sebepojetí bylo statisticky výrazně vyšší u starších sester, zkušenějších sester, sester ženského pohlaví, s dosaženým magisterským vzděláním ve srovnání s mladšími, méně zkušenými, absolventy středních škol mužského pohlaví. Úroveň sebehodnocení hraje významnou roli ve vývoji profesionálního sebepojetí.

#### **2.2.4 Stres a sebepojetí sestry**

Oproti jiným zdravotnickým pracovníkům jsou sestry většinu své pracovní doby v přímém kontaktu s pacienty. Blízký kontakt s pacienty zahrnuje nejen fyzickou péči, ale také sdílení jejich emocí a slabostí. Pacienti jsou si toho vědomi a vytvářejí si sestrami různě hluboké vztahy, které mohou být důvěrné, blízké i složité. Sestry se často setkávají s intenzivními emocemi a nároky pacientů, což klade vysoké nároky na jejich osobnost. Kromě odborné péče se od nich očekává také schopnost pomáhat pacientům zvládat jejich těžkou životní situaci. Tato zátěž může u sestry vést až k pocitu bezmoci, zejména v případech tragických lidských osudů (Bartošíková, 2006).

Sawatzky (1996) analyzovali stresory na čtyřech odděleních intenzivní péče. Zjistili, že nejčastějším a nejvíce vnímaným stresorem bylo zbytečného prodlužování života pacienta. Stresory související s řízením, jako je lhostejnost personálu, byly také významné. Fyzické pracovní prostředí, včetně hluku a nedostatečného vybavení, bylo rovněž považováno za vysoce stresující.

Některé negativní charakteristiky a dopady pracovního prostředí může zmírnit resilience sestry. Odolnost je složitá kombinace osobních vlastností a zvládacích

dovedností, které regulují individuální odolnost vůči stresu (McAllister & Lowe, 2011). Odolnost je schopnost překonávat nepříznivé situace a zotavit se z náročných okolností (Hart et al., 2014; McAllister & Lowe, 2011). Strategie pro budování odolnosti mohou zmírnit pracovní obtíže, posílit sebepojetí, snížit vyhoření a udržet sestry v zaměstnání (Chesak et al., 2015; Garrosa et al., 2010; Hart et al., 2014; Jackson et al., 2007).

Mills et al., (2017) zkoumala vliv sebepojetí, pracovního prostředí a odolnosti na úmysl zůstat v pozici zdravotní sestry v rané fázi kariéry. Studie analyzovala 153 respondentů pracujících jako zdravotní sestry po dobu jednoho až pěti let od absolutoria. Zjištění naznačují silnou korelaci mezi hodnotou sebepojetí a setrváním na pracovišti. Středně silná, ale statisticky významná souvislost byla nalezena mezi hodnotou sebepojetí a péčí, vztahy se zaměstnanci, komunikací, znalostmi a vedením. Sebepojetí významně předpovídalo úmysly setrvání sester jeden, dva a čtyři roky po absolutoriu, ale ne v pátém roce. Při mapování vývoje odolnosti sester během pěti let po absolutoriu byla zaznamenána stabilní pozitivní skóre odolnosti, s nejvyšším skóre v prvním roce po absolutoriu, které mírně klesalo a ustálilo se v letech 3–5 po absolutoriu.

Smith et al. (2018) provedli longitudinální studii, která zkoumala úroveň stresu a odolnosti u sester pracujících na JIP. Jejich výsledky ukazují, že sestry na JIP vykazují vyšší míru odolnosti vůči stresu ve srovnání se sestrami pracujícími na běžných odděleních. Totéž potvrdil i Johnson et al., (2020) provedli metaanalýzu výzkumů zaměřených na odolnost vůči stresu u zdravotnických pracovníků. Jejich analýza ukázala, že sestry pracující na JIP mají vyšší míru odolnosti vůči stresu než sestry pracující na jiných odděleních.

Lee et al. (2019) provedli studii, která se zaměřila na zkušenosti sester na JIP ve stresových situacích a z jejich studie vyplynulo, že sestry pracující na JIP mají vyšší schopnost adaptace a nalezení copingových strategií v porovnání s ostatními zdravotními pracovníky.

### **2.2.5 Vliv ostatních faktorů na sebepojetí sestry**

Kok et al. (2017) provedli studii, která zkoumala vliv faktorů pracovního prostředí, včetně délky praxe, na sebepojetí zdravotních sester. Zjistili, že delší délka praxe byla spojena s vyšší mírou profesního sebepojetí. Teng et al. (2013) a Akbari et al., (2014) zkoumali různé aspekty vztahu mezi sebepojetím sester a jejich profesním prostředím, včetně vlivu dosaženého vzdělání a s poskytují důkazy o pozitivním vztahu mezi stupněm

dosaženého vzdělání sester a jejich profesním sebepojetím, zejména co se týče jejich vnímané kompetence a sebevědomí v práci. Çelik et al. (2012) potvrdil, že vývoj profesního sebepojetí sester je pozitivně ovlivněn úrovní dosaženého vzdělání.

McMullan et al. (2015) provedli systematický přehled literatury týkající se sebepojetí sester. Zatímco jejich analýza nezjistila přímý vliv délky praxe na sebepojetí, zjistili, že jiné faktory pracovního prostředí, jako je například samotná práce v intenzivní péči, mohou mít vliv.

# VÝZKUMNÁ ČÁST

## 3 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Předložená bakalářská práce se zabývá sebepojetím sester pracujících na oddělení intenzivní péče. V nadcházející kapitole si objasníme výzkumný problém a formulujeme hypotézy pro následné statistické zpracování. Standardizovaný Dotazník sebepojetí DOS-36 je základním nástrojem celé bakalářské práce.

### 3.1 Formulace výzkumného problému

Sestry představují nejpočetnější skupinu zdravotnických pracovníků a celková efektivita jakéhokoli zdravotnického systému závisí na životaschopnosti pracovní síly sester (Světová zdravotnická organizace, 2014). Pozitivní sebepojetí sester přispívá k vyšší produktivitě, pocitu vlastní hodnoty a sebejistotě v pracovních schopnostech, což má za následek vyšší úroveň zapojení se a spokojenosti s prací (Cowin et al., 2001).

Hlavním cílem je porovnat celkové sebepojetí sester pracujících na JIP s kontrolní skupinou respondentů pracujících mimo obor zdravotnictví. Mezi různými profesemi je zdravotnictví jednou z těch, které vyžadují vysokou úroveň sebepojetí. Zvláště zdravotní sestry potřebují vysoce rozvinuté sebepojetí, neboť to významně přispívá k jejich schopnosti vykonávat své pracovní povinnosti efektivně a kvalitně (Golestan et al., 2016). Z výše uvedených výzkumů usuzujeme, že sestry pracující na odděleních intenzivní péče dosahují vysokých hodnot celkového sebepojetí (Cowin, 2001; Mlinar et al., 2009; Sabanciogullari et al., 2017).

Dílčím cílem práce je zjistit hodnotu sebepojetí sester na JIP v jednotlivých subškálách dotazníku DOS-36 a výsledná sebepojetí opět podrobit porovnání s kontrolní skupinou. Subškály dotazníku DOS-36 mapují sebepojetí v subškálách Odolnost vůči úzkosti, Práce a studium, Sociální přizpůsobivost, Oblíbenost v kolektivu, Fyzický vzhled, Smysl a seberealizace.

Sestry, které pracují na JIP a dalších odděleních akutní péče, jsou vystaveny mnoha stresorům v pracovním prostředí. Jejich práce je zatížena častým spolusdílením utrpení



a bolesti pacientů (Rodrigues et al., 2011; Kilic et al., 2016). Pro výkon povolání sestry je určitá odolnost výhodou. Z výzkumů Mills (2017), Johnson et al., (2020), Smith et al., (2018), můžeme usuzovat, že sestry pracující na JIP pozitivní skóre odolnosti projevují. Co se týká subškály „Práce a studium“, zdravé pracovní sebepojetí u zdravotních sester zvyšuje profesní úspěch a snižuje profesní vyhoření (Nwafor et al., 2015).

Předpokládáme, že práce na JIP vyžaduje vyšší profesionální sebepojetí, vzhledem k náročnosti pracovních podmínek. V prostředí oddělení intenzivní péče je sociální přizpůsobivost sester důležitá. Lidé se zdravou mírou sociálního přizpůsobení se vnímají jako dobře adaptovaní v sociální oblasti, často konformní, dodržující společenská pravidla, ve vztazích s druhými lidmi se vnímají jako nekonfliktní vykazují sociální přizpůsobivost (Dolejš et al., 2021). V souvislosti s dalšími výše uváděnými studiemi předpokládáme dosažení vysokého skóre sebepojetí sester pracujících na JIP ve všech subškálách Dotazníku sebepojetí DOS-36

Co se vlivu délky praxe na pracovišti na pracovní sebepojetí týče, bylo v několika studiích zjištěno, že delší délka praxe byla spojena s vyšší mírou profesního sebepojetí (Kok et al., 2017; Sabanciogullari et al., 2017). Vzdělání zdravotní sestry může hrát důležitou roli v ovlivňování jejího sebepojetí. Z uvedených výzkumů usuzujeme, že existuje statisticky významný vliv nejvyššího dosaženého vzdělání na pracovní sebepojetí sestry na JIP (Laschinger & Grau, 2012; McMullan et al. 2015). Dalšími dílčími cíli naší práce je zjistit vliv délky praxe na oddělení a nejvyššího dosaženého vzdělání na pracovní sebepojetí sester pracujících na oddělení intenzivní péče.

## 3.2 Formulace statistických hypotéz

Na základě teoretických poznatků, kterými jsme podložili očekávané výstupy výzkumu a vytyčených výzkumných cílů, byly ke statistickému zpracování formulovány níže uvedené výzkumné hypotézy:

**H1: Experimentální skupina dosahuje statisticky významně vyššího skóru celkového sebepojetí v Dotazníku sebepojetí DOS – 36 než kontrolní skupina.**

**H2: Experimentální skupina dosahuje statisticky významně vyššího skóru ve všech subškálách sebepojetí Dotazníku sebepojetí DOS-36 než kontrolní skupina.**

**H3: U sester pracujících na JIP existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi délkou praxe na současném pracovišti a skórem subškály Práce a studium v Dotazníku sebepojetí DOS-36.**

**H4: U sester pracujících na JIP existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi nejvyšším dosaženým vzděláním a skórem subškály Práce a studium v Dotazníku sebepojetí DOS-36.**

## 4 TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY

Pro praktickou část našeho výzkumu byl zvolen kvantitativní výzkumný design, který byl realizován pomocí dotazníkového šetření. Jako nástroj pro sběr dat jsme použili standardizovaný Dotazník sebepojetí DOS, který byl zkonstruován pro měření sebepojetí u adolescentů (ve věku 15–20 let) a dospělých (ve věku 21–64 let). Dotazník byl administrován celkem 111 účastníkům. V rámci našeho výzkumu se zaměřujeme na hodnocení sebepojetí sester pracujících na jednotkách intenzivní péče (JIP) pomocí srovnání výsledků mezi experimentální a kontrolní skupinou. Dále budeme hledat korelaci mezi délkou praxe v pracovním prostředí a dosaženým vzděláním sester na JIP a jejich pracovním sebepojetím.

### 4.1 Dotazník sebepojetí DOS

Dotazník sebepojetí DOS je sebeposuzovací nástroj, který byl zkonstruován k získání kvantitativního hodnocení sebepojetí adolescentů (15–20 let) a dospělých (21–64 let).

Jde o inventář, nicméně autoři ho označují jako "dotazník promiscue", a proto byl pro jednoduchost ponechán pojem "dotazník" i v názvu této metody.

Za jeho vytvořením stojí kolektiv autorů Dolejš, Dostál, Obereignerů, Orel a Kňážek. Jedná se o první verzi inventáře, která vznikla v roce 2021 za grantové podpory Univerzity Palackého v Olomouci. K dispozici jsou dvě formy dotazníku, které se liší počtem otázek. Plná verze DOS je sestavena z 36 testových tvrzení. Zkrácená verze DOS obsahuje 18 testových tvrzení. Psychometrické kvality obou verzí jsou téměř srovnatelné. Pro potřeby naší bakalářské práce byla vybrána verze s 36 tvrzeními.

Položky dotazníku obsahují výroky, které popisují, jak lidé mohou vnímat sami sebe. Dotazník zahrnuje otázky zaměřené na různé aspekty sebepojetí jedince rovnoměrně rozdělené do 6 dílčích subškál (Sociální přizpůsobivost, Práce a studium, Fyzický zjev,

Oblíbenost v kolektivu, Odolnost vůči úzkosti, Smysl a seberealizace), které mají významný vliv na formování a ovlivňování sebepojetí. Každá z položek sytí vždy jednu z šesti dílčích subškál. Zmíněné subškály tvoří dohromady celkové skóre, které je ukazatelem míry celkového sebepojetí jedince.

Proces administrace a práce s testovým materiálem není časově náročný. Respondentovi trvá přibližně 3 až 5 minut prostudovat informace na úvodní straně a odpovědět na předložená tvrzení. Respondent hodnotí míru svého souhlasu s každým tvrzením pomocí čtyřbodové škály obsahující stupně: rozhodně nesouhlasím / nesouhlasím / souhlasím / rozhodně souhlasím.

Dotazník je flexibilní v tom, že jej lze využít jak při individuální diagnostice, tak i ve skupinovém šetření. Tato flexibilita se projevuje i možností použití dotazníku jako samostatné metody, nebo jako součásti větší testové baterie (Dolejš et al., 2021).

Pro zajištění úplnosti našeho výzkumu jsme po vyplnění dotazníku sebepojetí DOS-36 rozšířili průzkum o krátký dotazník, který sbíral několik sociodemografických informací, konkrétně věk, délku praxe na současném pracovišti a nejvyšší dosažené vzdělání.

**Tabulka 1:** Subškály a ukázkové položky dotazníku sebepojetí DOS

Subškála	Popis subškály a ukázka položek	$\alpha$
Sociální přizpůsobivost	Subškála zahrnuje chování v sociálních situacích, měří přijetí nebo popření problematického chování ve vztahu k obecně pojatému sociálnímu okolí.  - <i>Ostatním doma vadí, jak se chovám.</i> - <i>Často se dostávám do konfliktů s druhými.</i>	0,73
Práce a studium	Subškála se zaměřuje na způsob, jakým jednotlivec vnímá své schopnosti vzhledem k pracovnímu prostředí. Zahrnuje hodnocení spokojenosti/nespokojenosti se svými výkony, pocit jistoty při plnění pracovních úkolů a spokojenost se svou pracovní rolí.  - <i>Pracovní/školní povinnosti se mi daří plnit.</i> - <i>V práci jsem pomalý/á.</i>	0,82
Fyzický vzhled	Subškála se zaměřuje na hodnocení vlastního fyzického vzhledu a zahrnuje jak spokojenost s tělem, tak i s vzhledem obličeje.  - <i>Jsem v dobré fyzické kondici.</i> - <i>Často si říkám, že bych měl/a se svým tělem něco dělat.</i>	0,90

Odolnost vůči úzkosti	Subškála měří celkovou úroveň úzkosti, nikoli konkrétní symptomy spojené s úzkostnými poruchami.  - <i>Dělám si často starosti.</i> - <i>Jsem vyrovnaný člověk.</i>	0,90
Oblíbenost v kolektivu	Subškála je zaměřena na vymezenou oblast vnímání vlastního postavení v rámci blíže nedefinovaného kolektivu lidí a u dvou otázek v rámci přátel.  - <i>Cítím se vyčleněný/á z kolektivu.</i> - <i>Mám hodně přátel.</i>	0,89
Smysl a seberealizace	Subškála přináší informaci o tom, jak jedinec nahlíží na smysluplnost vlastního bytí a seberealizaci.  - <i>Mám dobrou možnost seberealizace.</i> - <i>Vím, kam by se měl ubírat můj život.</i>	0,88

Pozn.: Hodnoty koeficientu reliability Crobachova alfa jsou převzaty z příručky k dotazníku sebepojetí DOS (Dolejš et al., 2021, str. 30, 34).

## 5 SBĚR DAT A VÝZKUMNÝ SOUBOR

Součástí jakéhokoliv výzkumu je zkoumaný soubor, což představuje skupinu účastníků, kteří se na výzkumu podílejí. Následující části této práce se budou zabývat procesem výběru účastníků včetně etických aspektů výzkumu a následným popisem samotného výzkumného souboru. Před započítím výzkumu byla definována kritéria. Výzkumný soubor byl omezen věkovou hranicí 21-65 let, minimálním dosaženým vzděláním ukončeným maturitní zkouškou a délkou praxe na současném pracovišti alespoň jeden rok. Výzkumný soubor je tvořen experimentální a kontrolní skupinou, kdy experimentální skupinu tvoří sestry pracující na odděleních intenzivní péče (jednotky intenzivní péče, anesteziologicko-resuscitační oddělení, urgentní příjem). Oproti tomu účastníci výzkumu z kontrolní skupiny, kteří splňují předem definovaná kritéria a jsou zaměstnání mimo obor zdravotnictví.

### 5.1 Sběr dat

S žádostí o pomoc při sběru dat do experimentální skupiny jsme se nejdříve obrátili na vedení nemocnic potažmo na hlavní sestry, které jsou referentkami ošetrovatelské péče. Souhlas s účastí na výzkumu udělily dvě nemocnice kraje Vysočina. Po udělení souhlasu s provedením výzkumu vedením, byly osobně osloveny vrchní sestry jednotek intenzivní péče, v obou nemocnicích to byly jednotky intenzivní péče se stejným zaměřením, které jsem seznámila s tématem bakalářské práce, především s její výzkumnou částí a kritérii pro výběr výzkumného souboru, kterými bylo dosažení věkových hranic 21-65 let, minimální dosažené vzdělání ukončené maturitní zkouškou, zaměstnání na oddělení intenzivní péče a minimální délka praxe na současném pracovišti 1 rok.

Následně na odděleních intenzivní péče, byli respondenti osloveni zprostředkovaně jejich nadřízenou vrchní sestrou. Na každém oddělení bylo ve spolupráci s vrchními sestrami domluveno několik termínů, kdy byly dotazníky ve všech případech administrovány výzkumníkem, a to buď jednotlivcům nebo skupinově, pouze těm sestřám, které souhlasily s účastí na našem výzkumu. Byl brán ohled na zajištění dostatečného

soukromí mezi jednotlivými respondenty. Respondenti dotazníky ihned po vyplnění vkládali do připravených obálek a zapečetili je. Jednalo se tedy o metodu nahodilého výběru a výběru metodou sněhové koule.

Kontrolní skupina byla naplněna taktéž pomocí nahodilého výběru a metodou sněhové koule. Z většiny se jedná o respondenty z kraje Vysočina. Kritéria pro výběr respondentů byla totožná: dosažení věkových hranic 21-65 let, minimální dosažené vzdělání ukončené maturitní zkouškou, zaměstnání mimo zdravotnictví a minimální délka praxe na současném pracovišti 1 rok. Respondenti byli oslovováni osobně, osobně obdrželi i pokyny k vyplnění dotazníku sebepojetí, který vyplnili v domácím prostředí, následně vložili vyplněný dotazník do obálky, aby byla zachována anonymita při předávání výzkumníkovi.

Vzhledem k povaze našeho výzkumu nebylo vždy možné zajistit skupinovou administraci dotazníků v obou skupinách respondentů, tudíž nebylo možné zajištění stejných výzkumných podmínek

Data z dotazníků všech účastníků byla převedena a zpracována v programu Microsoft Excel pro Office 365. Další analýza dat probíhala v softwaru Statistica v14.

## 5.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor byl tvořen 111 respondenty ve věku 22-65 let. Průměrný věk souboru byl 40,81 let se směrodatnou odchylkou 11,59. Průměrný věk mužů je 30,54 let a žen 42,17 let. Základní údaje týkající se rozložení pohlaví z hlediska věku respondentů ve sledovaném výběrovém souboru, jsou zobrazeny níže v Tabulce 2.

**Tabulka 2:** Deskriptivní charakteristiky souboru mužů a žen (N=111) z hlediska věku

Skupina	N	M	SD	min	max
Ženy	98	42,17	11,23	22	65
Muži	13	30,54	9,07	23	55
Celkem	111	40,81	11,59	22	65

Jak je patrné z Tabulky 2, většinu účastníků výzkumného souboru tvoří ženy (N=98), což odpovídá 88,29 % a je v souladu s dominantním zastoupením žen v oboru ošetrovatelství. Respondentů mužského pohlaví bylo 13, což představuje 11,71 %. I když

se nám nepodařilo dosáhnout vyváženého rozdělení pohlaví, podařilo se nám alespoň zajistit rovnoměrné rozdělení pohlaví mezi experimentální a kontrolní skupinou.

### 5.2.1 Experimentální skupina

Experimentální skupina je složena z respondentů, kteří pracují na jednotkách intenzivní péče, anesteziologicko-resuscitačních odděleních a urgentních příjmech na pozici všeobecné nebo praktické sestry, ve dvou nemocnicích kraje Vysočina. Výběr respondentů byl nahodilý, doplněný metodou sněhové koule. Původní výzkumný soubor zahrnoval 60 respondentů, kteří pracovali na odděleních intenzivní péče. Kvůli nedostatečnému nebo chybnému vyplnění dotazníku byli 2 respondenti ze souboru vyřazeni.

Experimentální soubor zahrnuje celkem 58 respondentů, kteří byli zařazeni do statistické analýzy. Průměrný věk celé experimentální skupiny je 40,66 let s směrodatnou odchylkou 11,38. Nejmladší respondent je ve věku 22 let a nejstarší ve věku 64 let. Tabulka 3 ukazuje rozložení pohlaví v experimentální skupině z hlediska věku.

**Tabulka 3:** Popisné charakteristiky souboru (N=58) mužů a žen v experimentální skupině z hlediska věku

Skupina-JIP	N	M	SD	min	max
Ženy	51	41,98	10,79	22	64
Muži	7	31	11,65	23	55
Celkem	58	40,66	11,38	22	64

Popisnou charakteristikou znázorněnou v Tabulce 4 je délka praxe na současném pracovišti. Byla definována jako časové období, po které respondenti pracují na svém současném pracovišti. Tato charakteristika byla vyjádřena počtem let a byla získána prostřednictvím doplňujícího dotazníkového šetření. Průměrná délka praxe na pracovišti experimentální skupiny byla 11,05 let, s rozpětím od 1 do 39 let praxe na současném pracovišti.

**Tabulka 4:** Délka praxe na současném pracovišti experimentální skupiny (N=58)

Délka praxe na pracovišti	M	min	max	SD
Experimentální skupina	11,05	1	39	10,34



Další významnou charakteristikou výzkumného souboru je nejvyšší dosažené vzdělání. Pro účely popisu byly vytvořeny kategorie vzdělání, jejichž procentuální zastoupení v experimentální skupině jsou prezentovány v Tabulce 5.

**Tabulka 5:** Přehled nejvyššího dosaženého vzdělání experimentální skupiny (N=58)

Vzdělání experimentální skupiny	N	%
Středoškolské s maturitou	22	37,93
Vyšší odborné	14	24,14
Vysokoškolské – Bc.	11	18,97
Vysokoškolské – Mgr.	10	17,24
Vysokoškolské – PhDr., Ph.D.	1	1,72

V experimentální skupině, zahrnující sestry pracující v intenzivní péči, bylo dosaženo nejčastěji středoškolského vzdělání s maturitou, což odpovídalo 22 respondentům (37,93 %). Následovalo vyšší odborné vzdělání, kterého dosáhlo 14 respondentů (24,14 %). Vysokoškolské vzdělání s titulem Bc. bylo dosaženo 11 respondenty (18,97 %). Poměrně vysoké zastoupení mělo v experimentální skupině vysokoškolské vzdělání s titulem Mgr., kterého dosáhlo 10 respondentů (17,24 %). Pouze 1 respondent dosáhl vysokoškolského vzdělání s titulem PhDr. nebo Ph.D. (1,72 %).

## 5.2.2 Kontrolní skupina

Kontrolní skupina byla naplněna taktéž pomocí nahodilého výběru a metodou sněhové koule. Z většiny se jedná o respondenty z kraje Vysočina. Kritéria výběru do kontrolní skupiny byla předem stanovena. Mezi kritéria patřilo dosažení věkových hranic 21-65 let, minimální dosažené vzdělání ukončené maturitní zkouškou, zaměstnání mimo zdravotnictví a minimální délka praxe na současném pracovišti 1 rok. Z původních 60 dotazníků bylo do statistické analýzy zahrnuto 53 dotazníků. Důvodem vyřazení zbývajících sedmi dotazníků bylo chybné nebo neúplné vyplnění údajů nebo nesplnění kritérií pro zařazení respondenta do výzkumu.

Kontrolní soubor zahrnuje celkem 53 respondentů, průměrný věk celé kontrolní skupiny je 40,98 let se směrodatnou odchylkou 11,92. Nejmladší respondent je ve věku 22

let a nejstarší 65 let. Tabulka 6 níže ukazuje rozložení pohlaví v kontrolní skupině z hlediska věku. V tabulce 7 jsou uvedeny přehledy věku v experimentální a kontrolní skupině.

**Tabulka 6:** Popisné charakteristiky souboru (N=53) mužů a žen v kontrolní skupině z hlediska věku

Kontrolní skupina	N	M	SD	Minimum	Maximum
Ženy	47	41,89	11,79	22	65
Muži	6	30	5,83	25	40
Celkem	53	40,98	11,92	22	65

**Tabulka 7:** Porovnání věku experimentální a kontrolní skupiny (N=111)

Pracoviště	Věk				
	M	Medián	Minimum	Maximum	SD
JIP	40,66	42	22	64	11,38
Jiné	40,98	44	22	65	11,92

Další popisnou charakteristikou, znázorněnou v Tabulce 8 je délka praxe na současném pracovišti kontrolní skupiny.

**Tabulka 8:** Délka praxe na současném pracovišti kontrolní skupiny (N=53)

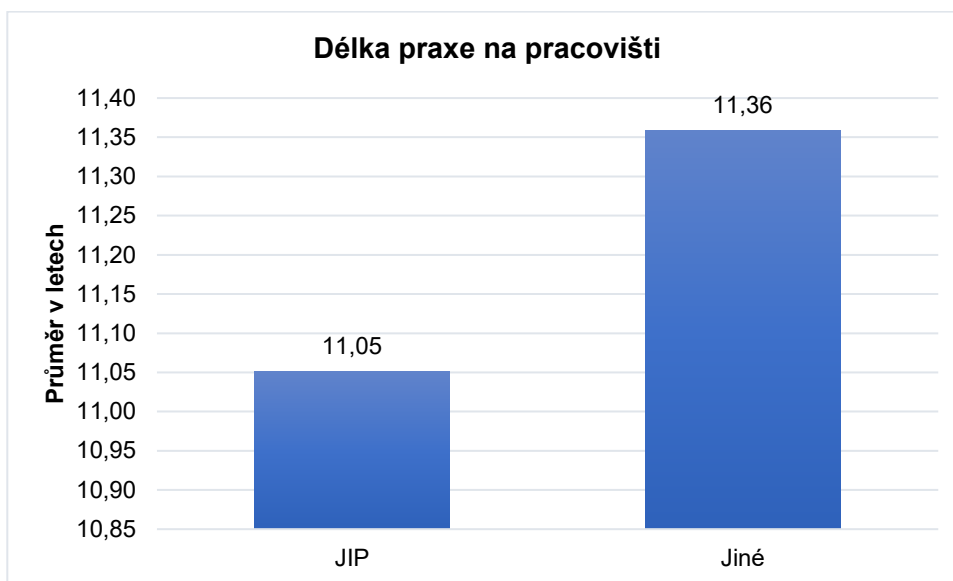
Délka praxe na pracovišti	M	Minimum	Maximum	SD
Kontrolní skupina	11,36	1	40	10,45

Průměrná délka praxe na současném pracovišti kontrolní skupiny byla 11,36 let, s rozpětím od 1 roku do 40 let praxe se směrodatnou odchylkou 10,45. Přehled délky praxe na pracovišti mezi výzkumnými skupinami je uvedeno v Tabulce 9.

**Tabulka 9:** Porovnání délky praxe na pracovišti experimentální a kontrolní skupiny (N=111)

Pracoviště	Délka praxe na pracovišti				
	M	Medián	Minimum	Maximum	SD
JIP	11,05	8	1	39	10,34
Jiné	11,36	8	1	40	10,45

**Graf 1:** Porovnání délky praxe na pracovišti experimentální a kontrolní skupiny (N=111)



Další důležitou charakteristikou a současně kritériem výběru výzkumného souboru je nejvyšší dosažené vzdělání. Pro lepší popis byly vytvořeny kategorie vzdělání, jejichž procentuální zastoupení v kontrolní skupině je prezentováno v Tabulce 10.

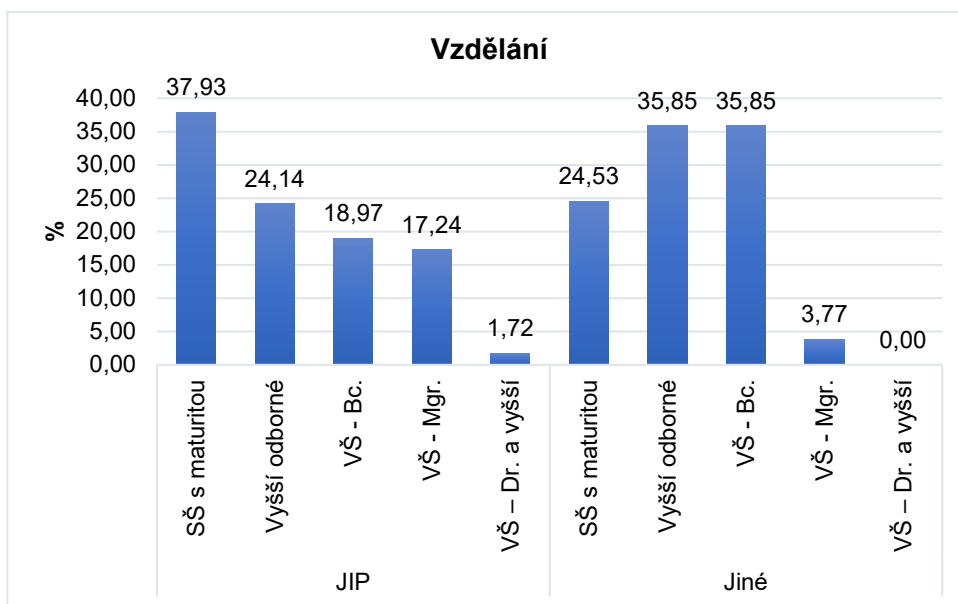
**Tabulka 10:** Přehled nejvyššího dosaženého vzdělání kontrolní skupiny (N=53)

Vzdělání kontrolní skupiny	N	%
Středoškolské s maturitou	13	24,53
Vyšší odborné	19	35,85
Vysokoškolské – Bc.	19	35,85
Vysokoškolské – Mgr.	2	3,77
Vysokoškolské – PhDr., Ph.D.	0	0,00

Ve vzorku kontrolní skupiny je vzdělání rozděleno následovně: Středoškolského s maturitou dosáhlo 13 respondentů (24,53 %), vyšší odborné vzdělání mělo 19 respondentů (35,85 %), vysokoškolské vzdělání s titulem Bc. dosáhlo 19 respondentů (35,85 %), vysokoškolské vzdělání s titulem Mgr. měli 2 respondenti (3,77 %), a vysokoškolské vzdělání s titulem PhDr., Ph.D. nebylo dosaženo žádným respondentem (0,00 %).

Přehled nejvyššího dosaženého vzdělání experimentální a kontrolní skupiny znázorňuje Graf 2.

**Graf 2:** Přehled nejvyššího dosaženého vzdělání skupin (N=111)



### 5.3 Etické hledisko a ochrana soukromí

V rámci výzkumu byla důkladně sledována etická stránka. Účastníci byli plně informováni o použití jejich základních osobních údajů, jako jsou věk, pohlaví, délka praxe na současném pracovišti a vzdělání. Tyto údaje byly použity výhradně pro účely výzkumu a byly pečlivě chráněny proti neoprávněnému přístupu nebo zneužití, což podtrhuje důležitost respektování soukromí a důvěrnosti dat. Výzkum byl prováděn bez klamání účastníků a v souladu s etickými standardy. Před zapojením do studie byli účastníci přesně seznámeni s cíli a průběhem výzkumu, což zabezpečilo transparentnost a respekt k nim. Je třeba zdůraznit, že žádný z účastníků neobdržel žádnou formu materiální ani finanční odměny za svou účast. Tato opatření byla přijata s cílem dodržet etické normy a zachovat integritu celého výzkumného procesu.

## 6 PRÁCE S DATY A JEJÍ VÝSLEDKY

Výzkumná data byla nejprve zaznamenána do softwaru Microsoft Excel a následně byly pomocí funkce SUMA vyhodnoceny hrubé skóry respondentů v jednotlivých subškálách, jako jsou Sociální přizpůsobivost, Práce a studium, Fyzický zjev, Odolnost vůči úzkosti, Oblíbenost v kolektivu a Smysl a seberealizace. Celkové hrubé skóre sebepojetí bylo získáno součtem hrubých skóre všech subškál. Před samotnými výpočty v programu Statistica 14 byly veškeré hrubé skóre převedeny na t-skóre podle testové příručky k dotazníku sebepojetí DOS (Dolejš et al., 2021).

Před volbou vhodného statistického testu jsme nejprve prověřili, zda naše data splňují předpoklad normálního rozložení, a to jak pomocí histogramu, tak i Shapiro-Wilkova testu. Parametrické statistické testy jsou obvykle preferovanou volbou při analýze dat, a proto jsme pečlivě zkoumali tvar rozložení. Na základě této analýzy jsme rozhodli, zda lze použít parametrické statistické metody nebo zda je vhodnější upřednostnit neparametrické přístupy.

Při volbě korelačního koeficientu jsme kromě normálního rozložení dat také pečlivě zvážili výskyt odlehlých hodnot. Pomocí bodového grafu jsme vizualizovali korelované proměnné a identifikovali potenciální odlehlé hodnoty. Jako vhodnou statistickou metodu pro korelaci jsme zvolili Pearsonův korelační koeficient.

U provedení dvouvýběrového T-testu a analýzy rozptylu při jednoduchém třídění (ANOVA) je důležité také zjistit, zda porovnávané skupiny mají podobný rozptyl. Proto jsme u T-testu použili Welschův test, který je robustnější a nevyžaduje předpoklad stejných rozptýlení. Všechny statistické analýzy byly prováděny s hladinou statistické významnosti stanovenou na 5 % ( $\alpha = 0,05$ ). Pokud byla získaná p-hodnota nižší než tato hladina ( $p < 0,05$ ), byla považována za statisticky významnou.

## 6.1 Výsledky analýzy dat

Na začátku praktické části naší studie jsme formulovali čtyři statistické hypotézy, které jsme podrobili testování. Zejména jsme se zaměřili na dvě hypotézy, které se zabývají rozdílem mezi experimentální a kontrolní skupinou, přičemž jsme očekávali vyšší skóre v experimentální skupině. Další dvě hypotézy směřovaly k prozkoumání vztahu mezi demografickými charakteristikami a hodnotou pracovního sebepojetí v experimentální skupině.

### 6.1.1 Popisná statistika dotazníku sebepojetí DOS - 36

V rámci analýzy deskriptivní statistiky jsme prováděli zhodnocení základních charakteristik výsledků Dotazníku sebepojetí DOS-36 a jeho jednotlivých subškál. Popisné statistiky skóru v jednotlivých dimenzích zkoumaných dotazníků zahrnovaly měření polohy (průměr a medián), míry variability (směrodatná odchylka) a charakteristiky tvaru rozdělení (šikmost a špičatost). Šikmost poskytuje informaci o symetrii rozložení hodnot kolem průměru, zatímco špičatost hodnotí koncentraci hodnot v blízkosti průměru a jejich odchylku od něj. Všechny tyto statistiky byly shrnuty v Tabulce číslo 11, která je prezentována níže.

**Tabulka 11:** Popisné statistiky dotazníku DOS-36 experimentální a kontrolní skupiny (N=111)

Subškála	Průměr		Medián		Minimum		Maximum		SD		Šikmost		Špičatost	
	JIP	Jiné	JIP	Jiné	JIP	Jiné	JIP	Jiné	JIP	Jiné	JIP	Jiné	JIP	Jiné
Soc. přizpůsobivost	50,41	45,79	50	46	20	20	68	64	9,31	8,78	-0,39	-0,78	1,24	1,81
Práce a studium	50,62	46,53	49	49	24	20	72	66	7,92	7,74	0,07	-1,24	2,11	4,37
Fyzický zjev	54,67	46,57	54	47	36	20	77	77	9,56	12,4	0,31	0,01	0,09	0,11
Odolnost vůči úzkosti	53,43	45,58	53	49	31	20	76	69	8,89	11,95	-0,37	-0,36	0,57	-0,18
Oblíbenost v kolektivu	53,88	48,53	52	52	36	20	71	67	8,29	9,24	0,09	-1,17	-0,34	1,8
Smysl a seberealizace	53,34	47,13	50	50	33	20	72	65	7,25	8,19	0,36	-1,03	0,51	2,21
Celkové skóre	53,43	45,17	54	45	32	20	70	66	8,62	9,97	-0,39	-0,19	-0,26	0,59

Celkové skóre v dotazníku DOS je nejspolehlivějším psychometrickým ukazatelem, který reflektuje úroveň celkového sebepojetí. Vyšší hodnoty ukazují pozitivní sebepojetí a vyšší sebeúctu, zatímco nižší hodnoty naznačují negativní vnímání sebe sama. Dospělí s nadprůměrným skóre ( $\geq 60$  T) mají velmi pozitivní sebepojetí a jsou méně závislí na hodnocení druhými. Průměrné skóre (40–59 T) ukazuje na dobře integrované jedince s vyváženým sebehodnocením. Ti s nízkým skóre ( $\leq 39$  T) vykazují vážné pochybnosti o sobě a trpí negativním hodnocením, což se často projevuje obavami z negativního hodnocení a zpochybňováním svých schopností (Dolejš et al., 2021).

Tabulka č. 11 ukazuje, že průměrné celkové skóre sebepojetí u sester na jednotkách intenzivní péče (JIP) je výrazně vyšší než u kontrolní skupiny respondentů pracujících v jiných prostředích mimo zdravotnictví (53,43 proti 45,17). Tento trend pokračuje i v průměrných hodnotách jednotlivých subškál. Sestry na JIP dosáhly nejvyšších průměrných hodnot v subškále Fyzický zjev, kde dosahovaly výrazně vyšší průměrné hodnoty než kontrolní skupina respondentů pracujících v jiných prostředích (54,67 proti 46,57). Následuje subškála Oblíbenost v kolektivu (53,88 proti 48,53), Smysl a seberealizace (53,34 proti 47,13), Odolnost vůči úzkosti (53,43 proti 45,58), Práce a studium (50,62 proti 46,53) a Sociální přizpůsobivost (50,41 proti 45,79) kde sestry na JIP dosahují vyšších průměrných hodnot.

Kontrolní skupina respondentů pracujících v mimo obor zdravotnictví excelovala především v subškále Oblíbenost v kolektivu, kde dosáhla nejvyšší průměrné hodnoty 48,53. Následuje subškála Fyzický vzhled, kde tato skupina dosáhla hodnoty 46,57. Dále je subškála Smysl a seberealizace, kde dosáhli průměrné hodnoty 47,13. Poté následují subškály Práce a studium (46,53) a Odolnost vůči úzkosti (45,58). Nejnížší průměrnou hodnotu dosáhla kontrolní skupina v subškále Sociální přizpůsobivost s hodnotou 45,79.

## 6.2 Výsledky ověření platnosti statistických hypotéz

S ohledem na počet hypotéz je vhodné provést výčet každé z nich a u každé specifikovat její statistickou významnost.

**H1: Experimentální skupina dosahuje statisticky významně vyššího skóru celkového sebepojetí v Dotazníku sebepojetí DOS-36 než kontrolní skupina.**

Tuto hypotézu považujeme za klíčovou v našem výzkumu. Zabývá se vztahem mezi dvěma různými typy pracovišť a celkovým sebepojetím, které je měřeno jako

kardinální proměnná. Vzhledem k tomu, že hodnoty kardinální proměnné nevykazují normální rozložení podle Shapiro-Wilkova testu, ověřili jsme tuto hypotézu pomocí neparametrického Mann-Whitneyho U testu. Neparametrické testy se zakládají na pořadí naměřených hodnot. Testování provedeme na hladině významnosti 0,05.

Naše předpoklady naznačují, že experimentální skupina dosáhne vyššího skóru celkového sebepojetí. Dle průměrného pořadí dosahují vyššího skóru celkového sebepojetí sestry na JIP. P-hodnota testu je nižší než zvolená hladina významnosti 0,05, nulovou hypotézu tedy zamítáme. Podařilo se nám prokázat, že sestry pracující na JIP dosahují statisticky významně vyššího skóru celkového sebepojetí, než respondenti kontrolní skupiny pracující mimo obor zdravotnictví **Alternativní hypotézu H1 jsme ověřili a lze ji přijmout, zatímco nulovou hypotézu zamítáme.**

**Tabulka 12:** Výsledky testování hypotézy o rozdílu skóru Celkového sebepojetí experimentální (N=58) a kontrolní skupiny (N=53)

Celkové sebepojetí					
Průměrné pořadí JIP	Průměrné pořadí Jiné	Hodnota testového kritéria Z	N (JIP)	N (Jiné)	p - hodnota
69,81	40,89	4,730	58	53	<0,001

**H2: Experimentální skupina dosahuje statisticky významně vyššího skóru ve všech subškálách sebepojetí Dotazníku sebepojetí DOS-36 než kontrolní skupina.**

Ve druhé stěžejní hypotéze byl testován očekávaný vyšší skór experimentální skupiny u všech subškál sebepojetí dotazníku DOS-36. Hypotéza sleduje vztah jedné kategoriální proměnné o dvou obměnách (JIP/Jiné) a jedné kardinální proměnné (skór subškály). Hodnoty kardinální proměnné, skóry subškál, nespĺňují dle Shapiro-Wilkova testu normality normální rozložení. Hypotézu tedy ověříme pomocí neparametrického Mann-Whitney U testu.

Dle průměrného pořadí dosahují vyššího skóre sestry z experimentální skupiny ve všech subškálách sebepojetí. Všechny p-hodnoty testů jsou nižší než zvolená hladina významnosti 0,05. Podařilo se nám prokázat, že sestry pracující na JIP dosahují statisticky významně vyššího skóre ve všech subškálách sebepojetí než kontrolní skupina respondentů. **Alternativní hypotézu H2 jsme ověřili a přijímáme ji, nulovou hypotézu zamítáme.**



**Tabulka 13:** Výsledky testování hypotézy o rozdílu skóru ve všech subškálách dotazníku sebepojetí experimentální (N=58) a kontrolní skupiny (N=53)

Subškála	Průměrné pořadí JIP (N=58)	Průměrné pořadí Jiné (N=53)	Testové kritérium Z	p - hodnota
Sociální přizpůsobivost	63,82	47,44	2,725	0,007
Práce a studium	63,51	47,78	2,658	0,010
Fyzický zjev	66,79	44,19	3,720	<0,001
Odolnost vůči úzkosti	66,80	44,18	3,727	<0,001
Oblíbenost v kolektivu	63,85	47,41	2,739	0,007
Smysl a seberealizace	66,78	44,20	3,777	<0,001

**H3: U sester pracujících na JIP existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi délkou praxe na současném pracovišti a skórem subškály Práce a studium v Dotazníku sebepojetí DOS-36.**

Tato hypotéza zkoumá vztah mezi délkou praxe a pracovním sebepojetím sester na JIP. Data nevykazují normální rozložení, proto byl použit neparametrický Spearmanův korelační koeficient a testujeme na hladině významnosti 0,05.

Hodnota Spearmanova korelačního koeficientu je velmi blízká 0. To ukazuje na to, že délka praxe na pracovišti nemá vliv na skór subškály Práce a studium u sester pracujících na JIP. P-hodnota testu významnosti je vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05, nulovou hypotézu nezamítáme. Nepodařilo se nám prokázat, existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi délkou praxe na pracovišti a skórem subškály sebepojetí Práce a studium dotazníku DOS-36. **Alternativní hypotézu H3 tedy nemůžeme přijmout, nulovou hypotézu nezamítáme.**

**Tabulka 14:** Výsledky korelace mezi délkou praxe na současném pracovišti a pracovním sebepojetím sester na JIP

Délka praxe na současném pracovišti & Práce a studium			
Počet	Spearmanův korelační koeficient	Hodnota testového kritéria t	p-hodnota
58	0,027	0,203	0,840

**H4: U sester pracujících na JIP existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi nejvyšším dosaženým vzděláním a skórem subškály Práce a studium v Dotazníku sebepojetí DOS-36.**

Čtvrtá hypotéza zkoumala souvislost mezi nejvyšším dosaženým vzděláním sester na JIP s jejich skórem pracovního sebepojetí, které ukazuje subškála Práce a studium. Dle průměrných pořadí dosahují nejvyššího celkového skóru sebepojetí sestry s bakalářským vzděláním, nejnižšího sestry s vyšším odborným vzděláním. Zda jsou rozdíly statisticky významné ukazuje Kruskal-Wallisův test. Z testu byla jediná sestra s doktorským vzděláním vyřazena. P-hodnota testu je rovna 0,148. Je tedy vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05. Nepodařilo se nám prokázat, že u sester pracujících na JIP existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi vzděláním a skórem subškály sebepojetí Práce a studium dotazníku DOS-36. **Alternativní hypotézu H4 tedy nemůžeme přijmout, nulovou hypotézu nezamítáme.**

**Tabulka 15:** Výsledky Kruskal-Wallisova testu, který zkoumal vztah mezi nejvyšším dosaženým vzděláním a pracovním sebepojetím sester pracujících na JIP.

Vzdělání	Průměrné pořadí	Testové kritérium H	p-hodnota
SŠ s maturitou	29,95	6,783	0,148
Vyšší odborné	23,46		
VŠ - Bc.	35,86		
VŠ - Mgr.	27,10		

## 7 DISKUZE

V teoretické části naší práce jsme podrobně rozebrali koncept sebepojetí a jeho význam v různých kontextech. Následně jsme na základě těchto teoretických poznatků formulovali několik statistických hypotéz, které jsme podrobili statistickému testování. Celkem jsme analyzovali data od 111 respondentů, kteří byli rozděleni do dvou skupin, experimentální a kontrolní. Experimentální skupina tvořená 58 respondenty pracovala na pozici sestry na odděleních intenzivní péče, zatímco kontrolní skupina sestávala z 53 respondentů, kteří pracovali mimo oblast zdravotnictví.

V následující části práce představíme výsledky našeho statistického testování hypotéz a provedeme kritickou analýzu těchto výsledků. Budeme se snažit porovnat naše poznatky s existujícími výzkumy a reflektovat slabá místa naší studie. Nakonec formulujeme doporučení pro budoucí výzkumy v této oblasti.

Mezi různými profesemi je zdravotnictví jednou z těch, které vyžadují vysokou úroveň sebepojetí. Zvláště zdravotní sestry potřebují vysoce rozvinuté sebepojetí, neboť to významně přispívá k jejich schopnosti vykonávat své pracovní povinnosti efektivně a kvalitně (Golestan et al., 2016).

Hlavním výzkumným cílem bakalářské práce bylo zjistit hodnotu celkového sebepojetí sester pracujících na JIP a její porovnání s kontrolní skupinou respondentů pracujících mimo obor zdravotnictví. Na celkový skóre sebepojetí byla zaměřena ústřední hypotéza H1, která predikovala, že sestry z experimentální skupiny budou dosahovat vyššího celkového skóre sebepojetí než kontrolní skupina. Při sestavování této hypotézy jsme vycházeli z poznatků z předchozích studií a také z teoretické literatury, které vyjadřují podobné názory a shodují se v tom, že sestry vykazující vysokou míru pozitivního sebepojetí manifestují zvýšenou ochotu k rozvíjení pocitu odpovědnosti jak vůči ostatním, tak za výsledky své pracovní činnosti. Jejich subjektivní spokojenost se sebou samými se přenáší do pracovního prostředí, kde projevují vstřícný a péči plný přístup k pacientům, opírající se o lásku, empatii, respekt a zachování důvěrnosti. Tyto sestry navíc vykazují efektivní mezilidské vztahy a vnímají etické chování jako nedílnou

součástí svého profesního standardu. (Mlinar et al., 2009; Abolghasem et al. 2019; Covin, 2001). Během analýzy této hypotézy byl zaznamenán statisticky významný rozdíl mezi experimentální a kontrolní skupinou. Sestry pracující na odděleních intenzivní péče dosahovaly ve skóru celkového sebepojetí hodnot vyššího průměru, což poukazuje na jednice dobře integrované, s přiměřeným obrazem sebepojetí, jejichž sebehodnocení je vyvážené, s dobrým náhledem na pozitivní i negativní prvky v různých oblastech sebepojetí (Dolejš et al., 2021). Mlinar et al. (2009) dospěli k podobnému závěru, kdy sestry z experimentální skupiny působící na odděleních intenzivní péče dosáhly vyššího celkového skóre sebepojetí ve srovnání s ženami z kontrolní skupiny. Význam celkového sebepojetí v profesionálním chování sester, individuálním rozvoji a výsledcích péče o pacienty zdůrazňují také výzkumy Heydariho a Shokouhi Targhiho (2014) a Randlea a Arthura (2007). Práce na jednotce intenzivní péče může poskytovat sestřám pocit výzvy, zodpovědnosti a důležitosti, což podle McMullana et al. (2015) přispívá k pozitivnímu vnímání sebe sama. Sestry na těchto odděleních často mají přímý vliv na zachraňování životů a poskytování péče pacientům v kritickém stavu, což může zesilovat jejich pocit profesního uspokojení a sebepojetí.

Druhým hlavním cílem studie je zjistit hodnoty sebepojetí sester pracujících na jednotkách intenzivní péče (JIP) v rámci jednotlivých subškál dotazníku DOS-36 a následně porovnat výsledné hodnoty sebepojetí s kontrolní skupinou. Tento cíl reflektuje druhá hypotéza H2, která předpokládala vyšší úroveň sebepojetí experimentální skupiny ve všech subškálách dotazníku sebepojetí. Během analýzy druhé hypotézy byl potvrzen predikovaný statisticky významný rozdíl mezi experimentální a kontrolní skupinou. Sestry pracující na odděleních intenzivní péče dosahovaly statisticky významně vyššího skóru ve všech subškálách sebepojetí Dotazníku sebepojetí DOS-36 než kontrolní skupina.

Sestry na JIP dosáhly nejvyššího průměrného skóru v subškále Fyzický zjev. Subškála je založena nejen na hodnocení vlastního fyzického vzhledu těla a obličeje, ale zahrnuje i spokojenost s tělesnou kondicí (Dolejš et al., 2021). Naše výsledky jsou ve shodě s výzkumem Mlinara et al. (2009), kde experimentální skupina sester na JIP vykazovala vyšší hodnotu fyzického sebepojetí. Důvodem vyššího sebepojetí v této subškále může být to, že fyzická zdatnost hraje významnou roli v práci sester na JIP, neboť vyžaduje fyzickou odolnost a schopnost reagovat rychle v nepředvídatelných situacích. Zatímco klinické dovednosti a odbornost jsou klíčové, sestry na JIP musí být také fyzicky připraveny na dlouhé směny a zvládání náročných úkolů, jako je manipulace s těžkým

vybavením a přenášení pacientů. Odpovídající fyzická kondice a zdatnost pomáhají sestřám lépe zvládat stresové situace a poskytovat efektivní péči o pacienty (Mlinar et al., 2009). Výzkum provedený Jedličkou (2017) potvrdil, že jedinci s vysokou fyzickou kondicí projevují větší odolnost vůči vyčerpání, což je zvláště významné také v kontextu profese sestry na jednotce intenzivní péče. Trénovaní jedinci dosahovali výrazně lepších výsledků při poskytování kardiopulmonální resuscitace. Folse (2009) ve své studii udává, že sestry, jakožto součást zdravotnického personálu, jsou vystaveny tlakům a očekáváním spojeným s jejich fyzickým vzhledem, což může ovlivnit jejich obraz těla a celkové sebepojetí.

Subškála týkající se Oblíbenosti v kolektivu dosáhla druhé nejvyšší průměrné hodnoty. Tento aspekt se soustředí na vnímání jedince ve vztahu k nekonkrétnímu kolektivu lidí, zahrnující i otázky ohledně přátelství (Dolejš et al., 2021). Je známo, že lidé s pozitivním sebepojetím často vyzařují sebejistotu a přitahují pozornost ostatních, což může vést k jejich oblíbenosti v kolektivu. Jejich schopnost sociální interakce bývá obvykle vynikající, což jim umožňuje budovat pozitivní vztahy s ostatními a tím posilovat svou oblíbenost. Tato schopnost komunikace a empatie může hrát klíčovou roli v posilování jejich pozice v kolektivu. Jsou také otevření k navazování nových vztahů a interakcím s ostatními, což přispívá k jejich vyšší oblíbenosti mezi kolegy i ve společnosti obecně (Leary & MacDonald, (2003). A protože práce ve zdravotnictví je primárně týmová a spolupráce, komunikace s ostatními sestrami, lékaři, pacienti jsou klíčové (Škardová & Rozsypalová, 2020). Když není uplatňován týmový přístup, mohou se sestry cítit přetížené a nespokojené s úrovní poskytované péče. Podpora týmové práce od vedoucí sestry je zásadní pro vytvoření pozitivního pracovního prostředí a pro udržení spokojenosti v kolektivu (Darvas & Hawkins, 2002). Podobné výsledky poskytuje studie Cowina (2001), kde se u obou skupin sester (studentek i zkušených sester) projeví vyšší hodnoty sebepojetí ve všech analyzovaných subškálách, včetně subškály týkající se Vztahů v kolektivu.

Sestry experimentální skupiny v subškále Odolnost vůči úzkosti opět dosáhly průměrných skóre, avšak opět statisticky významně vyšších než kontrolní skupina, jak jsme predikovali. Jejich dosažené průměrné skóre odpovídá mírným, přirozeným a nepatologickým náladám, a také přiměřené míře obav. Jedinec s průměrným skórem v této subškále je schopen rozpoznat, rozlišit a pojmenovat nepříjemné emoční zkušenosti nebo pocity spojené s úzkostí, aniž by se jednalo o patologický stav, a celkově se tyto

projevy pohybují v normálních mezích (Dolejš et al., 2021). Při formulaci jsme vycházeli z výzkumů, které se zabývají odolností vůči stresu u sester na jednotkách intenzivní péče a ukazují, že sestry na těchto jednotkách mají tendenci vykazovat vyšší míru odolnosti vůči stresu ve srovnání s ostatními skupinami zdravotních pracovníků (Johnson et al., 2020; Smith et al., 2018). Také Mills (2017) potvrdila svým výzkumem, že právě sestry pozitivní skóre odolnosti projevují.

Subškála smysl a seberealizace dosáhla čtvrtého nejvyššího průměrného skóru. Průměrné skóre, kterého experimentální skupina sester na JIP dosáhla, poukazuje dle Dolejše et al. (2021) na přiměřený pocit smysluplnosti. Sestry experimentální skupiny JIP vidí ve svém životě smysl a daří se jim i v seberealizaci. Steger, Frazier, Oishi a Kaler (2006) provedli studii zaměřenou na hodnocení přítomnosti a hledání smyslu života pomocí dotazníku o smyslu života. Jejich výsledky se shodují s našimi a ukazují spojitost mezi pocitem smyslu života a pozitivním sebepojetím. Účastníci, kteří měli vyšší hodnoty na dotazníku ohledně přítomnosti smyslu života, také často vykazovali vyšší míru pozitivního sebepojetí. Tato studie poskytuje podporu pro spojitost mezi smyslem života a sebepojetím. Vědomí smyslu a účelnosti práce má zásadní význam. Když vezmeme v úvahu, že pracovní čas zabírá velkou část našich životů, není překvapením, že naše pocity během práce silně ovlivňují naše celkové blaho (Slezáčková, 2012). Říhová (2013) ve své diplomové práci zjistila, že sestry, které projevují aktivní zájem o další vzdělávání ve svém oboru, vykazují mírně vyšší pocit smysluplnosti. Naopak, ty, které o další vzdělávání nemají zájem, mají průměrný pocit smysluplnosti nižší.

Subškála Práce a studium, která mapuje profesní sebepojetí, spolu se škálou Sociální přizpůsobivosti se umístily na předposlední a poslední pozici v průměrném dosaženém skóru. I přesto, že se umístily na posledních příčkách, charakterizují tyto průměrné hodnoty jedince dobře adaptované v oblasti pracovního výkonu a v sociálním prostředí. Respondenti jsou schopni uvědomit si jak pozitivní, tak negativní aspekty ve svých mezilidských vztazích a jsou schopni reagovat na možné drobné konflikty s okolím (Dolejš et al., 2021). Při formulaci jsme vycházeli z výzkumů, jež poukazují na to, že zdravé pracovní sebepojetí u zdravotních sester je spojeno s vyšším profesním úspěchem a snížením rizika profesního vyhoření. Respondenti pracující na odděleních intenzivní péče prokázali vysokou míru profesionálního sebepojetí, což koresponduje i s výsledky studií Karimi et al., 2019; Nwafor et al., 2015; Sabanciogullari & Dogan (2017). Sestry s vyšším profesním sebepojetím projevují větší zájem o péči o pacienty, vykazují větší odpovědnost

vůči své práci a projevují více respektu k pacientům. Tyto sestry také budují účinnější pracovní vztahy a více se řídí etickými principy ve své péči. (Golestan et al., 2016). Sociální přizpůsobivost obecné sestry je klíčovým faktorem pro úspěšnou interakci v pracovním prostředí a budování vztahů s kolegy, pacienty a jejich rodinami. Tyto zjištění jsou v souladu s výzkumem provedeným Mlinar et al. (2009), který zdůrazňuje spojitost mezi sociální adaptabilitou a určitými aspekty sebepojetí.

Dílními cíli naší práce je zjistit vliv délky praxe na oddělení a dosaženého vzdělání na pracovní sebepojetí sester pracujících na oddělení intenzivní péče. K zjištění těchto cílů sloužily hypotézy H3 a H4.

Hypotéza H3 se zaměřila na zjištění existence statisticky významné pozitivní korelace mezi délkou praxe na současném pracovišti a skórem subškály Práce a studium v Dotazníku sebepojetí DOS-36. Tato hypotéza byla podložena výzkumem Sabanciogullariho et al. (2017) a Kok et al. (2017), kteří provedli studii zkoumající vliv faktorů pracovního prostředí, včetně délky praxe, na sebepojetí zdravotních sester. Jejich výsledky naznačily, že delší délka praxe byla spojena s vyšší mírou profesionálního sebepojetí, zejména u zkušenějších sester ve srovnání s méně zkušenými, což jsme předpokládali i v naší práci. Testování této hypotézy nepřineslo žádný důkaz o existenci statisticky významné korelace mezi délkou praxe na současném pracovišti a profesním sebepojetím sestry pracující na JIP.

Poslední hypotéza H4 se zaměřila na zjištění existence statisticky významné pozitivní korelace mezi nejvyšším dosaženým vzděláním a skórem subškály práce a studium v Dotazníku sebepojetí DOS-36 a predikovala pozitivní korelaci na základě zjištění podaných jinými studii (Sabanciogullariho et al. 2017; Sammons & Schumacher 1998, Çelik et al. 2012), kteří zjistili, že profesionální sebepojetí je statisticky významně vyšší u sester s vyšším dosaženým vzděláním. Totéž potvrdila studie Küçük Yüceyurt & Yılmaz (2020), kteří našli ve své studii korelaci mezi vzděláním a profesním sebepojetím psychiatrických sester. Nicméně, naše analýzy neprokázaly statisticky významnou korelaci mezi nejvyšším dosaženým vzděláním a profesním sebepojetím u sester pracujících na JIP. Tento výsledek by však měl být interpretován s opatrností kvůli malému počtu respondentů ve skupinách podle dosaženého vzdělání.

Limitace stávajícího výzkumu pramení především z výběrového souboru a metod pro sběr dat. Výběr prostřednictvím oslovení konkrétních nemocnic způsobuje, že se do

souboru dostanou pouze vybraní respondenti. Zároveň se jako nevýhoda projevilo to, že spolupráci poskytlo pouze omezené procento oslovených nemocnic. Vybraný soubor tak spíše reprezentuje určitou populaci daného regionu, což značně omezuje reprezentativnost výzkumu. Výzkumný soubor byl vybrán na základě nepravděpodobnostní metody – účelového výběru, a z tohoto důvodu nelze mluvit o jeho reprezentativnosti. Některé výsledky statistického testování mohly být ovlivněny nedostatečnou velikostí výzkumného souboru či nedostatečným rozložením respondentů ve skupinách, například podle dosaženého vzdělání. Považujeme za důležité zmínit, že při uvedeném srovnání výzkumu s výsledky některých zahraničních studií je třeba projevit opatrnost z důvodu rozdílného sociálně-kulturního prostředí jednotlivých zemí, kde byl výzkum prováděn a rozdílných metod získávání dat. Některé aspekty kultury mohou pozitivně, či negativně ovlivnit skóre v určitých škálách zvolených výzkumných metod. Některé zmíněné výzkumy zcela nepokrývají věkovou kategorii vybranou pro účely této bakalářské práce. Nebylo možné zajistit, aby subškály sebepojetí používané v zahraničních výzkumech sebepojetí byly identické se subškálami dotazníku sebepojetí DOS-36. Sebepečetí bylo měřeno pomocí samoohodnocení respondentů. To může být ovlivněno subjektivními pocity a vnímáním respondentů, což může vést ke zkreslení výsledků.

Budoucí výzkumy by mohly využít experimentálního designu nebo longitudinálního přístupu k lepšímu porozumění vztahům mezi profesionálním sebepojetím a jeho determinanty. Studie se soustředila pouze na vliv vzdělání a délky praxe na profesionální sebepojetí sester na JIP, což nezahrnuje další faktory, jako je podpora organizace nebo osobnostní charakteristiky, které by mohly mít také vliv a mohly by být zahrnuty do budoucích výzkumů. Využití experimentálního designu nebo longitudinálního přístupu by mohlo přispět k lepšímu porozumění vztahům mezi profesionálním sebepojetím a jeho determinanty.



## 8 ZÁVĚR

V rámci výzkumné části této práce byla provedena analýza sebepojetí sester působících na jednotce intenzivní péče. Hlavním cílem bylo zjistit úroveň celkového sebepojetí a sebepojetí v jednotlivých subškálách u sester pracujících v intenzivní péči a porovnat ji s kontrolní skupinou respondentů, kteří pracují mimo zdravotnický obor. K dosažení tohoto cíle byl využit Dotazník sebepojetí (DOS-36). Cílem bylo ověřit, zda sestry v experimentální skupině dosáhnou nejen vyššího celkového skóre sebepojetí, ale také vyššího skóre v jednotlivých subškálách dotazníku.

Dvě ze čtyř hypotéz byly zaměřeny na testování rozdílu mezi experimentální a kontrolní skupinou, další dvě hypotézy zkoumaly vliv délky praxe na pracovišti a nejvyššího dosaženého vzdělání na pracovní/profesi sebepojetí sestry. Hypotézy byly ověřeny na souboru 111 účastníků, na nichž byla provedena analýza. Následuje souhrn hlavních zjištění, která výzkum v praktické části práce přinesl.

Bylo zjištěno, že sestry pracující na JIP, dosahují vyššího celkového skóre sebepojetí než respondenti z kontrolní skupiny. Sestry z experimentální skupiny rovněž vykazují signifikantně vyšší hodnoty ve všech subškálách dotazníku sebepojetí DOS-36 (Fyzický zjev, Oblíbenost v kolektivu, Odolnost vůči úzkosti, Smysl a seberealizace, Práce a studium, Sociální přizpůsobivost), čímž se potvrdilo tvrzení, že práce na JIP vyžaduje vysoce rozvinuté sebepojetí sestry a že dokonce samotná práce v intenzivní péči může mít na sebepojetí sestry vliv. Naopak pracovní sebepojetí, zde zastoupené subškálou práce a studium, není nijak ovlivněno délkou praxe na současném pracovišti ani nejvyšším dosaženým vzděláním sester pracujících na odděleních intenzivní péče.

## 9 SOUHRN

Bakalářská práce se zaměřovala na sebepojetí sestry pracující na jednotce intenzivní péče. Teoretickou část jsme rozdělili do dvou celků. Nejprve jsme se zaměřili na sebepojetí, jeho komplexnost a historii, dále jsme popisovali sebepojetí v kontextu věku a jeho vývojová specifika od narození do dospělosti. Druhá kapitola byla zaměřena na sebepojetí v profesi sestry, specifické nároky na sestry pracující na jednotkách intenzivní péče a závěr kapitoly byl věnován současným výzkumům sebepojetí sester. Praktická část zkoumala sebepojetí sester pracujících na jednotce intenzivní péče, jejichž výsledky byly následně konfrontovány s kontrolní skupinou respondentů pracujících mimo obor zdravotnictví.

Sebepojetí představuje komplexní konstrukt, jenž vychází z osobních zkušeností a vnějších vlivů prostředí a významných osob. Zahrnuje soubor názorů a emocí jednotlivce týkajících se vlastní identity a místa ve světě (Macek, 2008). Jednotlivé definice sebepojetí zdůrazňují různé aspekty, od percepce sebe sama po vztah k okolnímu světu. Jeho struktura je multifacetová, zahrnující kognitivní, afektivní a konativní aspekty, které se prolínají s osobnostními rysy a strategiemi zvládnání (Blatný, 2010). Sebepojetí je hierarchicky uspořádané a dynamicky se měnící. Integruje naše poznatky o sobě, od konkrétních detailů po obecné kategorie, zahrnuje i tělesné schéma a představu o vlastním těle. Ochráněno mechanismy jako projekce nebo racionalizace, je rovněž propojeno s dalšími pojmy jako sebehodnocení či sebevědomí (Fialová, 2001; Cakirpalogu, 2012). Sebepojetí u dospělých prochází dlouhým vývojem, který začíná v raném dětství, kde rodiče a rodina hrají primární roli (Vágnerová, 2021). Pohled dospělého na vlastní sebepojetí je objektivnější a realističtější, laskavější a tolerantnější, odráží se převážně od toho, co člověk miluje a co poskytuje druhým (Balcar, 1991). Poslední část první kapitoly týkající se sebepojetí tvořily výzkumy sebepojetí dospělých.

Ve druhé kapitole jsme se zabývali specifickými nároky na sestry, které pracují na jednotkách intenzivní péče. Sestry jednotek intenzivní péče musí mít vedle odborných znalostí i specifické klinické a osobnostní dovednosti. Jejich profesní sebepojetí je klíčové

pro zvládání stresujících faktorů práce, jako je vysoká pracovní zátěž, komunikace v týmu a rychlé reakce v nouzových situacích. Zkušenosti ukazují, že sestry na těchto jednotkách čelí většímu pracovnímu stresu než ve standardních prostředích. Vysoké profesní sebepojetí jim pomáhá překonávat stres a zmírňuje negativní účinky náročné pracovní situace (Lakanmaa et al. (2009). Výzkumy napovídají, že sebepojetí zdravotních sester je klíčovým faktorem ovlivňujícím jejich chování a úspěch na pracovišti, má rovněž souvislost s délkou setrvání na daném pracovišti (Karimi et al., 2019; Cowin, 2001). Výzkum ukázal, že sestry pracující na jednotkách intenzivní péče vykazují vyšší úroveň sebepojetí v různých aspektech, včetně fyzického, morálního, osobního, rodinného a sociálního já, identity, sebeobrazu a chování, a dosahují také celkově vyššího skóre sebepojetí ve srovnání s respondentkami z kontrolní skupiny (Mlinar et al., 2009). V České republice se výzkumy tématu sebepojetí věnovali zejména autoři Macek, (1991), Blatný a Osecká, (1997), ti zacílili hlavně na vztah sebehodnocení a strukturu významu Já, na sebehodnotící složku sebepojetí a vztah sebepojetí a temperamentu (Blatný a Osecká, 1992).

Ve výzkumné části byla použita kvantitativní metodologie, konkrétně dotazníkové šetření, výzkumným nástrojem byl Dotazník sebepojetí DOS-36. Hlavním cílem bylo zjistit sebepojetí sester pracujících na jednotce intenzivní péče a jeho porovnání s kontrolní skupinou respondentů pracujících mimo obor zdravotnictví. Výzkumný soubor byl tvořen celkem 111 účastníky ve věku 22-65 let, z toho 98 bylo ženského pohlaví, 13 pohlaví mužského. Experimentální skupina je složena z respondentů, kteří pracují na jednotkách intenzivní péče, anesteziologicko-resuscitačních odděleních a urgentních příjmech na pozici všeobecné nebo praktické sestry. Výběr respondentů byl nahodilý, doplněný výběrem pomocí metody sněhové koule. Sestry experimentální skupiny byly ve věku 22-64 let, jejich celkový počet byl 58, z toho 51 respondentů bylo ženského a 7 respondentů mužského pohlaví. Průměrný věk experimentální skupiny byl 40,66 let se směrodatnou odchylkou 11,38. Kontrolní skupina byla naplněna taktéž pomocí nahodilého výběru, samovýběru, a někteří respondenti byli dále vybráni metodou sněhové koule. Kritéria výběru do kontrolní skupiny byla předem stanovená. Mezi kritéria patřilo dosažení věkových hranic 21-65 let, minimální dosažené vzdělání ukončené maturitní zkouškou, zaměstnání mimo obor zdravotnictví a minimální délka praxe na současném pracovišti 1 rok. Kontrolní skupina čítala 53 respondentů, z čehož 47 bylo ženského pohlaví a 6

pohlaví mužského, věkové rozpětí skupiny bylo 22-65 let, průměrný věk souboru činil 40,98 se směrodatnou odchylkou 11,92.

Účastníkům výzkumu byl předložen Dotazník sebepojetí DOS-36 v papírové formě doplněn o krátký dotazník, zjišťující demografické údaje jako je nejvyšší dosažené vzdělání a délka praxe na současném pracovišti. Dotazníky byly ve všech případech administrovány výzkumníkem, a to buď jednotlivcům nebo skupinově. Byl brán ohled na zajištění dostatečného soukromí mezi jednotlivými respondenty, pokud se jednalo o skupinovou administraci dotazníků. Respondenti kontrolní skupiny vyplňovali dotazníky v pohodlí domova. Z důvodu charakteru našeho výzkumu nebylo vždy možné provést skupinovou administraci dotazníků ve všech skupinách respondentů, což vedlo k nerovným podmínkám v průběhu výzkumu. Data z dotazníků všech účastníků byla následně převedena do programu Microsoft Excel pro Office 365, hrubé skóry celkového sebepojetí i všech sledovaných subškál byly převedeny na t-skóry s nimiž následně probíhala statistická analýzy v softwaru Statistica 14.

Dvě ze čtyř námi formulovaných hypotéz se týkaly rozdílu mezi experimentální a kontrolní skupinou a predikovaly v obou případech vyšší skór experimentální skupiny. Hypotéza H1 je klíčovou hypotézou naší práce a předpokládá vyšší skór celkového sebepojetí u experimentální skupiny. Sestry pracující na JIP dosahují signifikantně vyššího skóru celkového sebepojetí v Dotazníku sebepojetí DOS-36 než respondenti z kontrolní skupiny. Druhá hypotéza predikovala vyšší skór experimentální skupiny ve všech subškálách Dotazníku sebepojetí DOS-36. Analýza dat prokázala, že sestry pracující na JIP dosahují statisticky významně vyššího skóre ve všech subškálách sebepojetí než kontrolní skupina respondentů pracující mimo obor zdravotnictví.

Další dvě hypotézy zkoumaly vztah mezi délkou praxe na současném pracovišti a nejvyšším dosaženým vzděláním a pracovním sebepojetím sester na JIP. Nepodařilo se prokázat statisticky významný vztah mezi délkou praxe na současném pracovišti a pracovním sebepojetím sester působících na JIP, ani mezi nejvyšším dosaženým vzděláním a pracovním sebepojetím sester na JIP.

Závěrem lze shrnout, že ze čtyř stanovených hypotéz byl u dvou nalezen statistický významný rozdíl. U dvou hypotéz nebyl prokázán statisticky významný vztah. Praktickým přínosem práce je získání základního obrazu sebepojetí sestry pracující na jednotce intenzivní péče. V následujících studiích by mohlo být vhodné potvrdit získané výsledky

na širším vzorku respondentů, aby byla zajištěna vyšší reprezentativnost. Současně se nabízí provést srovnání s dalšími proměnnými, jež mohou ovlivňovat formování sebepojetí.

# LITERATURA

- Akbari, M., Kazemi, M., Karimi Moonaghi, H., & Zare, N. (2014). The relationship between nurses' clinical competency and job stress in Ahvaz University of Medical Sciences. *Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty*, 1(4), 20-26.
- Balcar, K. (1983). *Úvod do studia psychologie osobnosti*. Státní pedagogické nakladatelství.
- Balcar, K. (1991). *Úvod do studia psychologie osobnosti*. MACH
- Bandura, A. (1999). Social Cognitive Theory of Personality. In D. Cervone & Y. Shoda, *The coherence of personality*. (pp. 185-241). The Guilford Press.
- Bartošíková, I. (2006). *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.
- Bartůněk, P., Jurásková, D., Heczková, J., & Nalos, D. (Eds.). (2016). *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Grada Publishing.
- Baumeister, R. F. (1991). *Meanings of Life*. Guilford Press.
- Blatný, M. (2001). Vliv temperamentových dimenzí extroverze a neuroticismu na obsah a strukturu sebepojetí. In Blatný, M. (Ed.), *Sebepojetí v osobnostním kontextu*. MU, Brno.
- Blatný, M. (2010). *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Grada.
- Blatný, M. (Ed.). (2016). *Psychologie celoživotního vývoje*. Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum.
- Blatný, M., & Osecká, L. (1994). Rosenbergova škála sebehodnocení: struktura globálního vztahu k sobě. *Československá psychologie*, 38(6), 481-488.
- Blatný, M., & Osecká, L. (1997). Vztah sebehodnocení a struktury významu „Já“. *Československá psychologie*, 41(4), 314-322.
- Blatný, M., & Osecká, L. (1998). Zdroje sebehodnocení a životní spokojenosti: osobnost a strategie zvládnání. *Československá psychologie*, 42(5), 385-394.
- Blatný, M., & Plhánková, A. (2003). Temperament, inteligence, sebepojetí: nové pohledy na tradiční témata psychologického výzkumu. Psychologický ústav Akademie věd ČR.
- Blatný, M., Osecká, L. & Macek, P. (1993). Sebepojetí v současné kognitivní a sociální psychologii. *Československá psychologie*. 37(5), 444 – 454.

- Blatný, M., Osecká, L., & Hrdlička, M. (1992). Temperament jako determinanta obsahu a struktury významu já. *Československá psychologie*, 36(6), 493-505.
- Blatný, M., Osecká, L., & Hrdlička, M. (1998). Zdroje sebehodnocení u temperamentových typů. *Československá psychologie*, 42(4), 297-305.
- Bracken, B. A. (1996). *Handbook of self-concept*. Wiley.
- Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Grada.
- Campbell, J. D. (1990). Self-esteem and clarity of the self-concept. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(3), 538–549.
- Campbell, J. D., & Fehr, B. (1990). Self-esteem and perceptions of conveyed impressions: Is negative affectivity associated with greater realism?. *Journal of personality and social psychology*, 58(1), 122.
- Carbery, J., & Buhrmester, D. (1998). Friendship and Need Fulfillment During Three Phases of Young Adulthood. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15(3), 393-409.
- Çelik, B., Karadağ, A., & Hisar, F. (2012). Instrument of professional attitude for student nurses: A confirmatory factor analytic study. *Nurse Education Today*, 32, 497–500.
- Cowin, L. (2001). Measuring nurses' self-concept. *Western Journal of Nursing Research*, 23(3), 313-325.
- Čáp, J. (1993). *Psychologie výchovy a vyučování*. Univerzita Karlova - Vydavatelství Karolinum.
- Čáp, J., Mareš, J. (2001). *Psychologie pro učitele*. Portál.
- D'Alessandro, S., & Chitty, B. (2011). Real or relevant beauty? Body shape and endorser effects on brand attitude and body image. *Psychology and Marketing*, 28, 843-878.
- Darvas, J. A., & Hawkins, L. G. (2002). What makes a good intensive care unit: A nursing perspective. *Australian Critical Care*, 15(2), 77-82.
- Dolejš, M., Dostál, D., Obereignerů, R., Orel, M., & Kňázek, G. (2021). *Dotazník sebepojetí (DOS), Příručka pro praxi*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Erikson, E. H. (2002). *Dětství a společnost*. Argo.
- Farský, I., Žiaková, K., Ondrejka, I., & Čáp, J. (2006). Smysl života v senu. *Trendy v ošetrovatelství*, 65-69.
- Fialová, L. (2001). Body image jako součást sebepojetí člověka. Karolinum.
- Fitts, W. H., & Warren, W. L. (1996). *Tennessee Self Concept Scale*. In J. V. Mitchell (Ed.), *The ninth mental measurements yearbook* (Vol. 3, pp. 1577-1579). Lincoln: University of Nebraska Press.

- Folse, V. N. (2009). Self-concept. In P. Potter & A. G. Perry (Eds.), *Fundamentals of nursing* (7th ed., pp. 410–425). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.
- Fontana, D. (1997). Psychologie ve školní praxi. Příručka pro učitele. Portál.
- Garrosa, E., Rainho, C., Moreno-Jimenez, B., & Rodríguez-Muñoz, A. (2010). The relationship between job stressors, hardy personality, coping resources and burnout in a sample of nurses: A correlational study at two time points. *International Journal of Nursing Studies*, 47(2), 205–215.
- Golestan, F., Ashktorab, T., Zohari Anboohi, S., Mohtashami, J., & Salmani, F. (2016). Professional self-concept in nurses working in intensive care units in hospitals affiliated with medical sciences universities of Tehran in 2014. *Advances in Nursing & Midwifery*, 25(90), 39–46.
- Greenwald, A. G., Belleza, F. S., & Banaji, M. R. (1988). Is self-esteem a central ingredient of the self-concept? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 14, 34–45.
- Hart, P., Brannan, J., & De Chesnay, M. (2014). Resilience in nurses: An integrative review. *Journal of Nursing Management*, 22(6), 720–734.
- Harter, S. (1996). Teacher and Classmate Influences on Scholastic Motivation, Self-Esteem, and Level of Voice of Students. In: J. Juvonen & K. R. Wentzel, Eds., *Teacher and Classmate Influences on Scholastic Motivation, Self Esteem, and Level of Voice in Adolescents* (pp.11–44). Cambridge University Press,
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2015). *Psychologický slovník* (Třetí, aktualizované vydání). Portál.
- Havighurst, R. J. (1972). *Developmental tasks and education* (3.vyd). McKay.
- Heydari, A., & Shokouhi Targhi, E. (2014). The Effect of an Educational-Orientation Program Upon Professional Self-Concept of Undergraduate Nursing Students. *Iranian Journal of Medical Education*, 14(6), 438–494.
- Chesak, S., Bhagra, A., Schroeder, D., et al. (2015). Enhancing resilience among new nurses: Feasibility and efficacy of a pilot intervention. *The Ochsner Journal*, 15(1), 38–44.
- Christakou, A. (2014). Present simple and continuous: Emergence of self-regulation and contextual sophistication in adolescent decision-making. *Neuropsychologia*, 65(1), 302–312.
- Jackson, D., Firtko, A., & Edenborough, M. (2007). Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 60(1), 1–9.
- Janošová, P. (2008). *Dívčí a chlapecká identita. Vývoj a úskalí*. Grada Publishing.



- Jaques, E. (1965). Death and the midlife crisis. *International Journal of Psychoanalysis*, 46(4), 502-514.
- Jedlička, J. (2017). *Vliv fyzické kondice pracovníků ZZS na kvalitu péče* (Diplomová práce). České vysoké učení technické v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství.
- Johnson, A., Smith, B., Jones, C., & Brown, D. (2020). Resilience among healthcare workers: A meta-analysis of research studies. *Journal of Stress Research*, 15(2), 123-135.
- Johnson, M., Cowin, L. S., Wilson, I., & Young, H. (2012). Professional identity and nursing: contemporary theoretical developments and future research challenges. *International Nursing Review*, 59(4), 562-569.
- Jung, C. G., & Barz, H. (1996). *Výbor z díla*. Nakladatelství Tomáše Janečka.
- Karimi, A., Heravi-karimooi, M., Rrejah, N., & Javanmard, S. (2019). Professional self-concept in nurses working in intensive care units. *jccnursing*, 12(2), 21-27.
- Kelnarová, J. (2007). *Tanatologie v ošetrovatelství*. Littera.
- Kilic, S. P., Aytac, S. O., Korkmaz, M., & Ozer, S. (2016). Occupational health problems of nurses working at emergency departments. *International Journal of Caring Sciences*, 9(3), 1008-1019.
- Kochanska, G., Coy, K. C., & Murray, K. T. (2001). The development of selfregulation in the first four years of life. *Child Development*, 72(4), 1091-1111.
- Kok, N., van Gurp, J., Teerenstra, S., van der Hoeven, J., & Zegers, M. (2017). The impact of work environment factors on nurses' self-concept. *Journal of Advanced Nursing*, 73(11), 2594–2605.
- Komačeková, D. (2009). Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetrovatelské péče - prevence, ochrana a podpora zdraví sestry. *Sestra*, 19(7/8), 26-28.
- Küçük Yüceyurt, N., & Yılmaz, M. (2020). Professional self-concept and job satisfaction among nurses in psychiatric clinics. *Progress in Health Sciences*, 10(1), 52-60.
- Kuric, J. (2001). *Ontogenetická psychologie*. CERM.
- Lachman, M. E. (2004). Development in Midlife. *Annual Review of psychology*, 55, 305-331.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie* (2., aktualiz. vyd). Grada.
- Laschinger, H., & Grau, A. (2012). The influence of personal dispositional factors and organizational resources on workplace violence, burnout, and health outcomes in new graduate nurses: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 49(3), 282–291.

- Leary, M. R., & MacDonald, G. (2003). Individual differences in self-esteem: A review and theoretical integration. In M. R. Leary & J. P. Tangney (Eds.), *Handbook of self and identity* (pp. 401–418). The Guilford Press.
- Lee, S., Kim, H., Park, J., & Choi, Y. (2019). Experiences of intensive care unit nurses in stressful situations: A qualitative study. *Journal of Nursing Research*, 27(3), 28.
- Macek, P. (1991). Příspěvek ke konceptualizaci obsahu sebepojetí. *Sborník prací filozofické fakulty brněnské univerzity*, I 25, 63-70.
- Macek, P. (2008). *Sebesystém, vztah k vlastnímu já*. In Výrost, J. & Slaměník, I. (Eds.), *Sociální psychologie*. Grada.
- Mahler, M. S., Pine, F., & Bergman, A. (2006). *Psychologický zrod dítěte*. Triton.
- Markus, H., & Wurf, E. (1987). The dynamic self-concept: A social psychological perspective. *Annual review of psychology*, 38(1), 299-337.
- Marsh, H. W., Craven, R., & Debus, R. (1998). Structure, Stability, and Development of Young Children's Self-Concepts: A Multicohort-Multioccasion Study. *Child Development*, 69(4), 1030-1053.
- Martela, F., Steger, M. F., & Park, N. (2010). Searching for meaning in life: The relationship between searching for meaning and self-esteem. *Journal of Happiness Studies*, 11(2), 277-287.
- McAllister, M., & Lowe, J. (2011). *The Resilient Nurse: Empowering your Practice*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- McFadden, S. H. (2000). Religion and meanings in late life. In G. T. Reker & K. Chamberlain (Eds.), *Exploring existential meaning: Optimizing human development across the life span*. (pp. 171-183). Sage publications.
- McMullan, C., Brown, G. D., & O'Sullivan, D. (2015). A systematic literature review of nurse self-concept. *International Journal of Nursing Studies*, 52(11), 1824–1837.
- Mills, J., Woods, C., Harrison, H., Chamberlain-Salaun, J., & Spencer, B. (2017). Retention of early career registered nurses: The influence of self-concept, practice environment and resilience in the first five years post-graduation. *Journal of Research in Nursing*, 22(5), 372-385.
- Mlinar, S., Tušak, M., & Karpiljuk, D. (2009). Self-concept in intensive care nurses and control group women. *Nursing Ethics*, 16(3), 328-339.
- Nakonečný, M. (1999). *Sociální psychologie*. Academia.
- Nakonečný, M. (2009). *Psychologie osobnosti*. Academia.

- Novotná, E., & Michálková, H. (2010). Výkon profese v intenzivní péči a její vliv na životní styl sester. In D. Jirkovský (Ed.), *Cesta k modernímu ošetřovatelství XII*. (pp. 20-25). Fakultní nemocnice v Motole.
- Nurmi, J. E. (2004). Socialization and Self-Development: Channeling, Selection, Adjustment, and Reflection. In R. M. Lerner & L. Steinberg, *Handbook of Adolescent Psychology* (pp. 85-124). John Wiley.
- Nwafor, E. C., Immanuel, E. U., & Obi Nwosu, H. (2015). Does nurses' self-concept mediate the relationship between job satisfaction and burnout among Nigerian nurses. *International Journal of Applied Nursing Studies*, 3, 71-75.
- Nykl, L. (2012). Carl Ransom Rogers a jeho teorie: přístup zaměřený na člověka. Grada.
- Onderková, A. (2007). Specializační vzdělání sester poskytujících ošetrovatelskou péči pacientům s kardiovaskulárním onemocněním. *Cor et Vasa*, 49(10), 292.
- Ondriová, I., & Sinaiová, A. (2011). Uplatňování holismu u kriticky nemocných. *Sestra*, 21(9), 54-56.
- Origo, F., & Pagani, L. (2009). Flexicurity and job satisfaction in Europe: The importance of perceived and actual job stability for well-being at work. *Labour economics*, 16(5), 547-555.
- Orth, U., Robins, R. W., & Trzesniewski, K. H. (2018). Development of self-esteem across the lifespan. In T. J. Owens, S. S. Jensen, & R. W. Robins (Eds.), *Self-esteem: A sourcebook of current theory, research, and practice* (pp. 151-170). Psychology Press.
- Prager, E. (1996). Exploring personal meaning in an age-differentiated Australian sample: Another look at the Sources Of Meaning Profile. *Journal of Aging Studies*, 10(2), 117-136.
- Prager, E. (1997). Sources of Personal Meaning for Older and Younger Australian and Israeli women: Profiles and Comparisons. *Ageing & Society*, 17(2), 167-189.
- Randle, J., & Arthur, D. (2007). The professional self-concept of nurses: A review of the literature from 1992-2006. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(3), 60-64.
- Reker, G. T., & Wong, P. T. P. (2012). Personal meaning in life and psychosocial adaptation in late life. In P. T. P. Wong (Ed.), *The human quest for meaning* (2. vyd., pp. 433-456). Routledge.
- Rischbieth, A. (2006). Matching nurse skill with patient acuity in the intensive care units: a risk management mandate. *Journal of Nursing Management*, 14(5), 397-404.
- Rodrigues, V. M. C. P., & Ferreira, A. S. S. (2011). Stressors in nurses working in intensive care units. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(4), 1025-1032.

- Rogers, C. R. (2014). Způsob bytí: klíčová témata humanistické psychologie z pohledu jejího zakladatele. Portál.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the Self*. Basic Books.
- Říčan, P. (1973). *Psychologie osobnosti*. Orbis.
- Říčan, P. (2004). *Cesta životem*. Portál.
- Říčan, P. (2007). *Psychologie osobnosti. Obor v pohybu*. Grada.
- Říhová, P. E. (2013). *Syndrom vyhoření ve vztahu k interpersonálním hodnotám a smysluplnosti u zdravotních sester* (Diplomová práce). Masarykova univerzita, Filozofická fakulta, Psychologický ústav.
- Sabanciogullari, S., & Dogan, S. (2017). Professional self-concept in nurses and related factors: A sample from Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 10, 1676-1684.
- Sammons, M. T., & Schumacher, K. L. (1998). Impact of education on self-perceived competence and attitudes of critical care nurses. *American Journal of Critical Care*, 7(1), 24-30.
- Savickas, M. L., Briddick, W. C., & Watkins, C. E. (2002). The Relation of Career Maturity to Personality Type and Social Adjustment. *Journal of Career Assessment*, 10(1), 24-49.
- Sawatzky, J.-A. V. (1996). Stress in critical care nurses: Actual and perceived. *Heart & Lung*, 25(5), 409-417.
- Shavelson, R. J., Hubner, J. J., Stanton, G. C. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46, 407-441.
- Siegler, R. S., Deloache, J. & Eisenberg, N. (2003). *How children develop*. New York: Worth publ.
- Slezáčková, A. (2012). Průvodce pozitivní psychologií: nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace. Grada.
- Smékal, V. (2007). Pozvání do psychologie osobnosti: člověk v zrcadle vědomí a jednání. Barrister & Principal.
- Smetana, J., & Villalobos, M. (2009). Social Cognitive Development in Adolescence. In R. M. Lerner & L. Steinberg, *Handbook of Adolescent Psychology, Vol 1 Individual Bases of Adolescent Development* (3.vyd., pp. 187-225). John Wiley.
- Smith, A. B., Johnson, C. D., & Brown, E. F. (2018). The impact of intensive care unit nursing on stress resilience: A longitudinal study. *Journal of Nursing Research*, 26(3), 215-223.

- Sneed, J. R., & Whitbourne, S. K. (2003). Age and self-esteem revisited: The roles of chronological age, subjective age, and primary and secondary control. *Journal of Adult Development*, 10(1), 5-17.
- Son, J., & Wilson, J. (2011). Generativity and volunteering. *Sociological Forum*, 26(3), 644-667.
- Steger, M. F., Frazier, P., Oishi, S., & Kaler, M. (2006). The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, 53(1), 80–93.
- Strasen, L. (1992). *The image of professional nursing: Strategies for action*. New York: J.B. Lippincott Company.
- Škardová, L., & Rozsypalová, M. (2020). *Marie Rozsypalová: život sestry*. Grada Publishing.
- Teng, C., Dai, Y. T., Shyu, Y. I. L., & Wong, M. K. (2013). Professional self-concept and job satisfaction among Taiwanese nurses: A descriptive correlational study. *Journal of Nursing Management*, 21(5), 684-694.
- Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Portál.
- Urbanovská, E., Škobrtal, P. (2012). *Sociální a pedagogická psychologie pro speciální pedagogii*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Portál.
- Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Karolinum.
- Vágnerová, M. (2012). *Vývojová psychologie. Dětství a dospívání*. Karolinum.
- Vágnerová, M., & Klégrová, J. (2008). *Poradenská psychologická diagnostika dětí a dospívajících*. Karolinum.
- Vágnerová, M., & Lisá, L. (2021). *Vývojová psychologie: dětství a dospívání* (3.vyd). Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum.
- Van der Werff, J. (1990). The problem of self-conceiving. In H. Bosma & S. Jackson, *Coping and self-concept in adolescence*. (pp. k14 – 34). Springer-Verlag, Heidelberg.
- Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Portál.
- Watkins, D., & Dhawan, N. (1989). Do we need to distinguish the constructs of self-concept and self-esteem?. *Journal of Social Behavior and Personality*, 4(5), 555.
- West, G. K. (2002). *Dobrodružství psychického vývoje*. Portál.

# PŘÍLOHY

## **Seznam příloh:**

1. Seznam tabulek a grafů
2. Abstrakt bakalářské práce v českém jazyce
3. Abstrakt bakalářské práce v anglickém jazyce

## **Příloha 1: Seznam tabulek a grafů**

<b>Tabulka 1:</b> Subškály a ukázkové položky dotazníku sebepojetí DOS .....	36
<b>Tabulka 2:</b> Deskriptivní charakteristiky souboru mužů a žen (N=111) z hlediska věku ...	39
<b>Tabulka 3:</b> Popisné charakteristiky souboru (N=58) mužů a žen v experimentální skupině z hlediska věku.....	40
<b>Tabulka 4:</b> Délka praxe na současném pracovišti experimentální skupiny (N=58).....	40
<b>Tabulka 5:</b> Přehled nejvyššího dosaženého vzdělání experimentální skupiny (N=58).....	41
<b>Tabulka 6:</b> Popisné charakteristiky souboru (N=53) mužů a žen v kontrolní skupině z hlediska věku .....	42
<b>Tabulka 7:</b> Porovnání věku experimentální a kontrolní skupiny (N=111) .....	42
<b>Tabulka 8:</b> Délka praxe na současném pracovišti kontrolní skupiny (N=53).....	42
<b>Tabulka 9:</b> Porovnání délky praxe na pracovišti experimentální a kontrolní skupiny (N=111).....	42
<b>Tabulka 10:</b> Přehled nejvyššího dosaženého vzdělání kontrolní skupiny (N=53) .....	43
<b>Tabulka 11:</b> Popisné statistiky dotazníku DOS-36 experimentální a kontrolní skupiny (N=111).....	46
<b>Tabulka 12:</b> Výsledky testování hypotézy o rozdílu skóru Celkového sebepojetí experimentální (N=58) a kontrolní skupiny (N=53).....	48
<b>Tabulka 13:</b> Výsledky testování hypotézy o rozdílu skóru ve všech subškálách dotazníku sebepojetí experimentální (N=58) a kontrolní skupiny (N=53).....	49
<b>Tabulka 14:</b> Výsledky korelace mezi délkou praxe na současném pracovišti a pracovním sebepojetím sester na JIP .....	49
<b>Tabulka 15:</b> Výsledky Kruskal-Wallisova testu, který zkoumal vztah mezi nejvyšším dosaženým vzděláním a pracovním sebepojetím sester pracujících na JIP.....	50
<b>Graf 1:</b> Porovnání délky praxe na pracovišti experimentální a kontrolní skupiny (N=111) .....	43
<b>Graf 2:</b> Přehled nejvyššího dosaženého vzdělání skupin (N=111).....	44

**Příloha 2:** Abstrakt bakalářské práce v českém jazyce

## **ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

**Název práce:** Sebepojetí sestry pracující na oddělení intenzivní péče

**Autor práce:** Mgr. Alice Divišová

**Vedoucí práce:** doc. PhDr. Radko Obereignerů, Ph.D.

**Počet stran a znaků:** 69 stran, 127 615 znaků

**Počet příloh:** 3

**Počet titulů použité literatury:** 125

### **Abstrakt:**

Tato práce se zabývá sebepojetím sestry pracující na oddělení intenzivní péče. Data prezentovaného výzkumu byla získána prostřednictvím dotazníkového šetření za použití Dotazníku sebepojetí DOS-36. Výběr respondentů byl nahodilý, doplněný výběrem pomocí metody sněhové koule. Výzkumný soubor byl složen ze 111 účastníků ve věku od 22 do 65 let, kteří tvořili experimentální a kontrolní skupinu. Experimentální skupinu tvořilo 58 sester pracujících na jednotkách intenzivní péče. Kontrolní skupina čítala 53 respondentů, kteří pracují mimo obor zdravotnictví a byli vybráni podle předem stanovených kritérií. Očekávali jsme, že experimentální skupina dosáhne vyššího skóre celkového sebepojetí a vyššího skóre ve všech subškálách Dotazníku sebepojetí DOS-36 než kontrolní skupina. Analýza dat potvrdila, že sestry pracující na JIP dosahují statisticky významně vyššího skóre celkového sebepojetí a vyššího skóre ve všech subškálách sebepojetí ve srovnání s kontrolní skupinou. Nebyla nalezena statisticky významná souvislost mezi délkou praxe na současném pracovišti a pracovním sebepojetím sester působících na JIP, ani mezi nejvyšším dosaženým vzděláním a pracovním sebepojetím sester na JIP.

**Klíčová slova:** sebepojetí, sestra, jednotka intenzivní péče, Dotazník sebepojetí 36 (DOS-36)



**Příloha 3:** Abstrakt bakalářské práce v anglickém jazyce

## **ABSTRACT OF THESIS**

**Title:** Self-concept of a nurse working in intensive care unit

**Author:** Mgr. Alice Divišová

**Supervisor:** doc. PhDr. Radko Obereignerů, Ph.D.

**Number of pages and characters:** 69 pages, 127 615 characters

**Number of appendices:** 3

**Number of references:** 125

### **Abstract:**

This thesis explores the self-concept of nurses working in intensive care units. Data from the presented research were obtained through a questionnaire survey using the Questionnaire of self-concept QSC-36. Respondents were randomly selected, supplemented by snowball sampling. The research sample consisted of 111 participants aged 22 to 65, forming both experimental and control groups. The experimental group comprised 58 nurses working in intensive care units, while the control group consisted of 53 respondents working outside the healthcare field, selected based on predetermined criteria. It was expected that the experimental group would achieve a higher overall self-concept and higher scores in all sub-scales of the Questionnaire of self-concept QSC-36 compared to the control group. Data analysis confirmed that nurses working in intensive care units attain statistically significantly higher scores in overall self-concept and in all sub-scales of self-concept compared to the control group. No statistically significant correlation was found between length of practice at the current workplace and the work self-concept of nurses in intensive care units, nor between the highest level of education attained and the work self-concept of nurses in intensive care units.

**Key words:** self-concept, nurse, intensive care unit, Questionnaire of self-concept 36 (QSC-36)