

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**PRACOVNÍ SPOKOJENOST LÉKAŘŮ A ZDRAVOTNÍCH
SESTER V KONTEXTU MOŽNÉ PSYCHOLOGICKÉ
PODPORY**

THE PHYSICIANS' AND NURSES' JOB-SATISFACTION IN THE
CONTEXT OF PSYCHOLOGICAL SUPPORT



Magisterská diplomová práce

Autor: Bc. Anna Lukášová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Matúš Šucha, Ph.D.

Olomouc

2021

Velmi ráda bych poděkovala doc. PhDr. Matúšovi Šuchovi, Ph.D. za odborné vedení mé práce, cenné rady, podnětné připomínky, ochotu a trpělivost. Své rodině a přátelům děkuji za velkou vstřícnost a podporu, kterou mi během zpracovávání magisterské diplomové práce věnovali.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Pracovní spokojenost lékařů a zdravotních sester v kontextu možné psychologické podpory“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci, dne

Podpis.....

Obsah

Úvod	5
TEORETICKÁ ČÁST	6
1. Pracovní spokojenost	7
1.1. Definice pracovní spokojenosti	7
1.2. Charakteristika pracovní spokojenosti.....	10
1.3. Faktory pracovní spokojenosti.....	12
1.4. Teorie pracovní spokojenosti	18
1.4.1. Jednofaktorové teorie pracovní spokojenosti.....	18
1.4.2. Dvoufaktorová teorie pracovní spokojenosti	22
1.5. Vzájemný vztah mezi pracovní a životní spokojeností	23
2. Pracovní spokojenost lékařů a sester	25
2.1. Specifika práce ve zdravotnictví.....	25
2.2. Uplynulé výzkumy a jejich výsledky	30
2.3. Souvislost s konkrétními jevy.....	35
2.3.1. Pracovní doba.....	36
2.3.2. Stres a syndrom vyhoření.....	37
2.3.3. Zneužívání návykových látek	40
2.3.4. Násilí ve zdravotnictví	41
3. Psychologická podpora	43
3.1. Důležitost psychologické podpory pro zdravotnické profese.....	43
3.2. Možné metody pro poskytnutí psychologické podpory.....	47
3.2.1. Koučink	47
3.2.2. Krizová intervence	48
3.2.3. Poradenství.....	48

3.2.4. Supervize.....	49
3.3. Již existující služby a programy	49
Shrnutí.....	51
VÝZKUMNÁ ČÁST	52
4. Výzkumný cíl a formulace výzkumných otázek.....	53
5. Metodologický rámec.....	54
5.1. Strategie výběru výzkumného souboru	54
5.2. Metoda získávání dat	55
5.2.1. Dotazník psychologické podpory	55
5.2.2. Dotazník pracovní spokojenosti.....	56
5.2.3. Dotazník životní spokojenosti.....	57
5.3. Průběh získávání dat a etické hledisko výzkumu	59
6. Charakteristika výzkumného souboru.....	60
7. Práce s kvalitativními daty a prezentace výsledků	63
7.1. Stresová zátěž	64
7.2. Angažovanost zaměstnavatele	80
7.3. Využívání psychologické podpory či zájem o pomoc	81
7.4. Představa o možné psychologické podpoře.....	83
7.5. Zodpovězení výzkumných otázek	84
8. Výsledky ověření platnosti statistických hypotéz	87
Diskuze	90
Závěr.....	95
Souhrn	96
LITERATURA.....	100
Seznam příloh	

Úvod

V českém sociokulturním prostředí je kladen velký důraz na dostupnost zdravotní péče. To je však také spojeno s vysokými požadavky a tlakem, který je na pracovníky tohoto sektoru vyvíjen. Lékaři a zdravotní sestry se o naše zdraví starají již od narození. S důvěrou se na ně obracíme v situacích, kdy máme obavy o zdraví či v horších případech o život sebe i svých blízkých. Jedná se také o jedny z mála profesí, jejichž služby jsou lidem k dispozici takřka neustále. Pomáhají nám zlepšit kvalitu života, často však za cenu zhoršení té vlastní.

Můj zájem o téma psychické pohody a spokojenosti lékařů a zdravotních sester vyplývá z častých rozhovorů s blízkými osobami právě těchto profesí. Specifika, která s sebou práce ve zdravotnictví nese, považují za zajímavá, v mnoha ohledech však také za nebezpečná. Domnívám se tedy, že věnovat pozornost psychické pohodě a podpoře osob, které se starají o naše zdraví, je více než žádoucí a všeobecně prospěšné.

Nejširším cílem této práce je získání dat, která v konečném důsledku napomohou k vytvoření funkční psychologické služby pro lékaře a zdravotní sestry. Hlavním předpokladem však je prvotní zmapování situace a na základě toho také další a již konkrétnější zaměření navazujícího výzkumu. Dílčím cílem je tedy také získání prvotní představy o nejpravděpodobnější cílové skupině takové služby a hlavních tématech, která zdravotníky trápí.

V rámci teoretické části této práce se tedy budeme věnovat pracovní spokojenosti, jejím teoriím a faktorům, které ji ovlivňují a to jak na obecné úrovni, tak také přímo pro oblast zdravotnictví. Zabýváme se také specifiky práce ve zdravotnictví z hlediska jeho systému, jednotlivých profesí i psychosociálních rizik, která jsou pro daný sektor typická. Dále předkládáme velké množství dat z již uplynulých výzkumů, která jednoznačně svědčí pro důležitost tematiky psychického zdraví zdravotníků. Součástí je také kapitola již existujících podpůrných programů.

Výzkumná část se zabývá zájmem zaměstnavatele o psychické zdraví lékařů a sester, věnuje se identifikaci nejzásadnějších stresorů, které práci těchto profesí ovlivňují a zjišťuje jejich potřeby z hlediska případné psychologické pomoci. Další mapovaná témata jsou dopady pracovního stresu a možné bariéry pro vyhledání pomoci. V neposlední řadě je zjišťována pracovní a životní spokojenost lékařů a zdravotních sester.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Pracovní spokojenost

Úkolem první kapitoly je zejména definování konceptu pracovní spokojenosti a vymezení souvisejících pojmů. Věnovat se budeme také charakteristickým znakům a faktorům, které se na pracovní spokojenosti podílejí, teoriím konkrétních autorů a vztahu mezi pracovní a životní spokojeností.

1.1. Definice pracovní spokojenosti

Práce jako taková má pro člověka zásadní význam. Není pouze prostředkem k materiálnímu zajištění, sehrává důležitou roli také v sociálních vztazích, v celkovém začleňování jedince do společnosti, v rozvoji tělesných i duševních schopností. Dává prostor pro uplatnění člověka a je předpokladem jeho seberealizace (Armstrong, 2007). Jandourek (2012, s. 191) práci vymezuje jako „*plánovitou a vědomou činnost, kterou člověk vykonává s nasazením fyzických a duševních sil a která směřuje k uspokojení lidských potřeb.*“ Dle Mareše (1998) je práce součástí naší identity a výrazně se podílí na celkové kvalitě života. Není tedy pochyb, že je pro člověka žádoucí, aby byl v oblasti své práce co nejvíce spokojen.

Pracovní spokojenost je však velmi široký a komplexní pojem, na který lze nahlížet z mnoha úhlů pohledu. To se také odráží v množství definic různých autorů, kteří pracovní spokojenost vymezují obzvláště na základě toho, v čem právě oni spatřují její důležitost. Kollárik (1986) také upozorňuje na drobné rozdíly mezi spokojeností v práci a spokojeností s prací. Spokojenost v práci lze chápat jako obecnější vymezení. Zahrnuje jak jednotlivé aspekty určitého zaměstnání, jako například pracovní podmínky, tak vlivy osobnosti zaměstnance, jeho hodnoty atp. Užší rámec této problematiky je potom právě spokojenost s prací. Ta se vztahuje spíše ke konkrétní činnosti, náplni práce a jejímu charakteru, k fyzickým a psychickým nárokům práce či k odměně. V některých definicích se však tyto rozdíly stírají. Z obecnějších vymezení lze uvést například definici Hoppocka (1935), který uvádí, že to, zda je člověk ve své práci skutečně spokojen, je dílem souhry psychologických a fyziologických faktorů spolu s podmínkami pracovního prostředí. Pracovní spokojenost tedy považuje za výsledek působení jak externích, tak interních faktorů. Dle Kollárika (1986, s. 21) se jedná o „*mnohorozměrný jev, který zahrnuje aspekty psychologické, ekonomické, sociologické, právní, organizační, pedagogické i zdravotní.*“

Vroom (1964) na tento pojem nahlíží spíše z pohledu samotné role zaměstnance a jeho úloh na daném pracovišti. Pracovní spokojenost tedy definuje jako pozitivní zpětnou vazbu jedince na konkrétní práci, kterou aktuálně vykonává. Spector (1997) dodává, že pociťovaná pracovní spokojenost či nespokojenost tedy může být pro individuální pracovní situace různá. Kociánová (2010) shodně uvádí, že obecně nelze říci, že je pracovník výhradně spokojen nebo výhradně nespokojen a míra spokojenosti je tedy dána subjektivním vnímáním konkrétní pracovní situace či události. Může se samozřejmě lišit také u jednotlivých aspektů pracovního prostředí či podmínek, jako je například spokojenost se spolupracovníky, finanční ohodnocení, vedení, atp. (George et al., 2008). I dle definic dalších autorů je pracovní spokojenost kombinací pozitivních a negativních emocí, které pracovníci vůči své práci pociťují (Davis & Nestrom, 1985; Armstrong, 2007). Davis a Nestrom (1985) také upozorňují na to, že zaměstnanec do organizace přichází s určitými potřebami, zkušenostmi a touhami, na základě kterých si utváří určitá očekávání. Pracovní spokojenost je potom výsledkem toho, nakolik jsou tato očekávání v souladu s realitou.

Kaliski (2007) uvádí, že je pracovní spokojenost úzce spojena s vlastním pocitem úspěšnosti, jenž přímo souvisí s produktivitou a pocitem duševní pohody člověka. Je tedy třeba mít svou práci rád, dělat ji dobře a být za své úsilí náležitě odměňován. Nakonečný (2005) spojuje pracovní spokojenost se sociálně-psychologickými aspekty, jež přímo ovlivňují pracovní výkon a mohou být jak jeho příčinou, tak důsledkem. Podobně na daný koncept nahlíží také Pauknerová (2012), dle které pojem zahrnuje nejenom spokojenost pracovníků s pracovními podmínkami a prací samotnou, ale je také nutným předpokladem pro efektivní využívání pracovní síly.

Další z definic říká, že je pracovní spokojenost kombinací různých faktorů, které autor označuje jako „*satisfiers*“. Jejich přítomnost pracovní spokojenosti přispívá, a naopak, pokud absentují, lze předpokládat nespokojenost pracovníků. Tyto faktory zahrnují například dosahování úspěchu, uznání, povinnosti a pracovní závazky, náplň práce či možnost profesního růstu (Matlawe, 1989 in Booyesen, 2008).

Pracovní spokojenost je některými autory dávana do souvislosti s postoji. Například dle Bělohlávka a spolupracovníků (2001) je to, zda je daný jedinec v pracovní oblasti spokojen či nikoliv, důsledkem právě jeho již vytvořených postojů. Rüsselova

definice pak tento koncept vymezuje jako soubor postojů, které má pracovník vůči práci jako takové a jejím dílčím aspektům (Rüssel, 1960, in Kollárik, 1986). Někteří autoři dále v rámci svých definic vymezují různé dimenze pracovní spokojenosti. Například dle Luthanse (2010) je pracovní spokojenost výsledkem toho, na kolik daný zaměstnanec pociťuje, že je mu v práci poskytováno právě to, co on sám považuje za důležité. V rámci této obecné definice poté vymezuje tři dimenze. První z nich je aktuální emocionální odpověď jedince na pracovní situaci. Druhá vypovídá o tom, do jaké míry jsou naplňována očekávání daného pracovníka vzhledem k jeho výsledkům. Například má-li zaměstnanec pocit, že pracuje více než ostatní a za menší odměnu, pravděpodobně nebude příliš spokojen. Třetí dimenze reprezentuje vzájemně propojené postoje k určitým pracovním aspektům.

Tři různé úhly pohledu na pracovní spokojenost vymezují také autoři Provozník a Komárková (2004). První z nich přikládá hlavní význam tomu, jakým způsobem se podnik o své zaměstnance stará, jaké jim poskytuje pracovní podmínky a jak tuto péči zaměstnanci subjektivně vnímají. Uvádějí, že spokojenost zaměstnanců je tedy přímo úměrná kvalitě pracovních podmínek a přístupu zaměstnavatele. Z hlediska tohoto významu je také jedním z kritérií, dle kterých lze hodnotit personální politiku podniku. Druhý úhel pohledu dává pracovní spokojenost do souvislosti s vlastním pocitem naplnění a radosti z odvedené práce. Spokojený zaměstnanec ve své práci vidí smysl, práce jej baví a je aktivní v mobilizaci sil k dosahování vyšších cílů. Třetí pohled vychází z předpokladu, že pracovní spokojenosti lze dosáhnout také při nízké úrovni nároků bez potřeby dalšího růstu.

Vzhledem k velké diverzitě přístupů tedy není divu, že nelze nalézt jedinou definici, která by souhrnně vysvětlovala všechny aspekty pracovní spokojenosti. Někteří autoři se ve svých definicích zaměřují zejména na emocionální stránku, či pracovní spokojenost definují jako jeden z prostředků k uspokojování lidských potřeb. Jiní na tento koncept nahlížejí spíše jako na souhrn postojů, či zdůrazňují důležitost vlastního kognitivního hodnocení pracovní náplně a zkušenosti. Některé definice jsou obecné a pokoušejí se o vymezení pracovní spokojenosti jako celku, jiné se potom zaměřují na její vybrané aspekty a dimenze. Obecně však lze říci, že i v rámci této různorodosti se v jednotlivých definicích odrážejí tři základní složky pracovní spokojenosti. Ty ve svém

vymezení uvádějí autoři Hulin a Judge (2003), dle kterých je pracovní spokojenost multidimenzionální psychologická odpověď jedince na práci, v níž se uplatňují kognitivní, afektivní a behaviorální komponenty.

Pro účely diplomové práce budeme vzhledem ke zvoleným výzkumným metodám vycházet zejména z obecné definice Spectora (1997), dle kterého je pracovní spokojenost vyjádřením pozitivních či negativních postojů, které zaměstnanci vůči své práci zaujímají, či jinými slovy vyjádřením míry, do jaké jedinec má či nemá svou práci rád.

1.2. Charakteristika pracovní spokojenosti

Jak již bylo zmíněno, vzhledem ke komplexnosti pojmu pracovní spokojenosti je pro jeho další zkoumání a vymezení nutné lépe popsat a přiblížit jednotlivé charakteristiky a znaky, které se k danému pojmu na základě různých přístupů jednotlivých autorů váží.

Začneme-li od nejobecnějších charakteristik jednotlivých teoretických postupů, můžeme dle Paulíka (2001) pracovní spokojenost dále rozdělit z hlediska kontinuálního a diskontinuálního přístupu. **Kontinuální přístup** chápe daný pojem jako škálu, jejíž krajními póly jsou spokojenost na jedné straně a nespokojenost na straně druhé. Vyjádření míry spokojenosti zaměstnance je potom tedy určitý bod na daném kontinuu. Uprostřed se nachází rovnovážný stav, tedy ani spokojenost, ani nespokojenost. Dle Plevové (2012) lze za optimální považovat mírnou spokojenost. Upozorňuje ale také na situace, ve kterých může být i mírná nespokojenost žádoucí, a to za předpokladu, že se jedná o přechodný stav, díky kterému dojde k pozitivním změnám. Naopak za škodlivé považuje, nachází-li se zaměstnanec na kraji jednoho z pólů kontinua. Wagnerová (2011) dodává, že žádoucí není ani středová hodnota, jelikož je spíše vyjádřením lhostejného postoje zaměstnance. Oproti tomu **diskontinuální přístup** na spokojenost a nespokojenost nahlíží jako na dvě relativně nezávislé dimenze, které dále ovlivňují tzv. satisfaktory a dissatisfaktory. Na rozdíl od dříve zmíněného konceptu „satisfiers“ (Matlawe, 1989 in Booyesen, 2008) však tento přístup nepředpokládá lineární závislost, tedy například že absence dissatisfaktorů v nezávislé dimenzi pracovní nespokojenosti je automaticky předpokladem toho, že je jedinec v dané oblasti spokojen. Z hlediska tohoto přístupu je tedy možné zažívat v rámci konkrétní pracovní události spokojenost i nespokojenost současně (Paulík, 2001).

Další obecné dělení vymezuje pracovní spokojenost celkovou a dílčí. **Dílčí spokojenost** se týká jednotlivých faktorů, které práci ovlivňují. **Obecná spokojenost** je potom souborem spokojenosti s dílčími aspekty. Lze ji také vyjádřit jako souhrnný postoj či obecnou míru spokojenosti s vykonávanou prací. Mezi dílčí a obecnou spokojeností existuje lineární vztah, tedy spokojenost s jednotlivými aspekty je předpokladem obecné spokojenosti (Kollárik, 1986; Štikar et al., 2003). Obdobným způsobem vymezuje pracovní spokojenost také Riggio (1990), jenž pracuje s pojmy položkový a globální přístup. **Položkový přístup** se taktéž vztahuje k jednotlivým faktorům, jako jsou například plat, pracovní podmínky, vztahy na pracovišti, atp. Udává, že dané hledisko nabízí možnost podrobnějšího hodnocení jednotlivých položek, identifikaci těch aspektů, ve kterých zaměstnanec není spokojen, a jejich následnou úpravu. **Globální přístup** poté odpovídá celkové spokojenosti a je tedy určitým přesahem hodnocení jednotlivých faktorů.

Pauknerová (2012) dále rozděluje spokojenost vnitřní a vnější. **Vnitřní spokojenost** souvisí s vlastním pocitem uspokojení z vykonané práce, její smysluplností a vnitřním naplněním jedince. **Vnější spokojenost** je potom odrazem externích vlivů, jako jsou například pracovní podmínky či vztahy na pracovišti.

Znaky a vlastnosti pracovní spokojenosti

Kromě takto obecných dělení můžeme vymezit také konkrétní znaky a vlastnosti pracovní spokojenosti. Za nejdůležitější z nich Kollárik (1986) považuje stálost a intenzitu. **Stálost** vypovídá o stabilitě spokojenosti či nespokojenosti zaměstnance vzhledem k jednotlivým aspektům v čase a lze ji tedy vyjádřit na škále od extrémní stability po extrémní nestabilitu. Odráží se v ní také daná úroveň individuální spokojenosti každého jedince. **Intenzita** vypovídá o tom, kde se zaměstnanec nachází na škále extrémní spokojenost - extrémní nespokojenost. Tato charakteristika může být relativně dynamickou složkou v souvislosti s aktuálním děním, například je-li člověk oceněn, povýšen, nebo naopak špatně hodnocen. Štikar a kolektiv (2003) dále z časového hlediska rozlišují **spokojenost jako aktuální stav** (ted' a tady), který se působením různých vnějších vlivů může měnit a vyvíjet - mluvíme tedy také o **spokojenosti jako o procesu**. Dalšími souvisejícími znaky jsou **situační reakce** závislá na měnících se pracovních podmínkách a relativně stálá **osobnostní dispozice** či rys. Dále lze rozlišit vázanost na jedince

a spokojenost jako sociální jev. **Vázanost** přímo souvisí s pracovní pozicí, sociálním statutem a uspokojováním potřeb zaměstnance. Vypovídá o roli práce jakožto součásti života jednotlivce. Spokojenost jako **sociální jev** potom zahrnuje vztahy v rámci celého pracovního kolektivu či jednotlivých týmů.

1.3. Faktory pracovní spokojenosti

Jak již bylo zmíněno, pracovní spokojenost je determinována velkým množstvím různorodých faktorů. Rymeš (2003) upozorňuje, že různé faktory mají pro různé jedince odlišný význam a jsou často také závislé na okolnostech, kterými jsou:

- Specifika práce v určitém oboru, tedy rozdíly v rámci jednotlivých odvětví, jako například ve zdravotnictví, školství, atp.
- Specifika konkrétních povolání a také prostředí, ke kterému se povolání váže, tedy například sociální pracovník pracující v terénu.
- Osobní potřeby a preference jedince a z toho vyplývající individuální rozdíly ve významnosti jednotlivých faktorů.

Pro základní rozdělení faktorů pracovní spokojenosti někteří autoři vymezují faktory vnitřní a vnější. Například Buitendach (2005) jako **vnitřní** definuje takové faktory, které se vztahují k samotným pracovním úkolům. Jako příklad tedy lze uvést různorodost práce, možnost využít své dovednosti a určitou míru autonomie při plnění pracovních úkolů. **Vnější faktory** jsou potom takové, které na samotný obsah práce takový vliv nemají. Příkladem autor uvádí plat, pracovní podmínky či vztahy se spolupracovníky.

Obdobné dělení nabízí také Štikar a kolektiv (2003), pracuje však s pojmy vnější faktory spokojenosti a osobnostní faktory spokojenosti. **Vnější faktory** jsou ty, které nejsou závislé na pracovníkovi. Můžeme mezi ně zařadit náplň práce, finanční ohodnocení, pracovní postupy, pracovní podmínky, způsob vedení a pracovní skupinu. **Osobnostní faktory** potom zahrnují věk, pohlaví, vzdělání, rodinný stav, pracovní zkušenosti, intelekt, schopnosti pracovníka a jeho úroveň profesionality. O vnitřních faktorech jako o osobnostních hovoří také Kollárik (2002), který upozorňuje na jejich významný vliv v hodnocení vnějších faktorů spokojenosti a taktéž na celkovou pracovní spokojenost jedince. Pro lepší přehlednost je rozděluje do dvou skupin, kterými jsou:

- **Objektivní osobnostní faktory:**

- **věk:** Nejméně spokojeni jsou zaměstnanci do 30-ti let, nejspokojenější zaměstnanci ve středním věku, následně spokojenost stagnuje, či mírně klesá.
- **seniorita:** Nejmenší spokojenost vykazují zaměstnanci v pracovním poměru do dvou let, s počtem odpracovaných let spokojenost stoupá.
- **pohlaví:** Výzkumy ukazují, že vzhledem ke společenským změnám a celkovému směřování společnosti v posledních desetiletích není signifikantní rozdíl v pracovní spokojenosti mužů a žen. Existuje však rozdíl ve významnosti vlivů jednotlivých faktorů (Andrade et al., 2019). V tomto kontextu tedy pohlaví není zařazeno ve smyslu primárního faktoru, ale spíše jako výsledek působení různých faktorů, které právě v kombinaci s pohlavím mohou sekundárně ovlivňovat pracovní spokojenost.
- **rodinný stav:** Například manželství může být v roli stabilizačního faktoru, ale také v roli stresoru z hlediska tlaku na zajištění rodiny.
- **úroveň dosaženého vzdělání:** Zejména v souvislosti s pracovní pozicí a jejím sociálním statutem (Kollárik, 2002).

- **Subjektivní osobnostní faktory:**

- **očekávání:** Není-li očekávání naplněno, nebo je naplněno jen do určité míry, lze předpokládat pracovní nespokojenost
- **zájmy:** Lze předpokládat, že si jedinec volí zaměstnání na základě svých zájmů. Toto propojení má významnou souvislost s vnitřním uspokojením jedince s vykonávanou prací.
- **osobnostní vlastnosti:** Souvisí s individuálním osobnostním nastavením a charakteristikami každého jedince (Kollárik, 2002). Kromě osob, které mohou mít individuálně zvýšenou úroveň celkové spokojenosti, však Šípoš a Kollárik (1975) zmiňují také notorické nespokojence, kteří mohou dále negativně ovlivňovat své kolegy.
- **schopnosti:** Týká se jak možnosti využití schopností, kterými daná osoba disponuje, tak také volby vhodné pracovní činnosti, ke které má jedinec předpoklady (Kollárik, 2002).

Z dělení faktorů pracovní spokojenosti na vnitřní (subjektivní a objektivní) a vnější vychází také Plevová (2012), která dále vymezuje zásadní faktory právě v kontextu zdravotnických profesí. Za nejdůležitější z nich považuje následující:

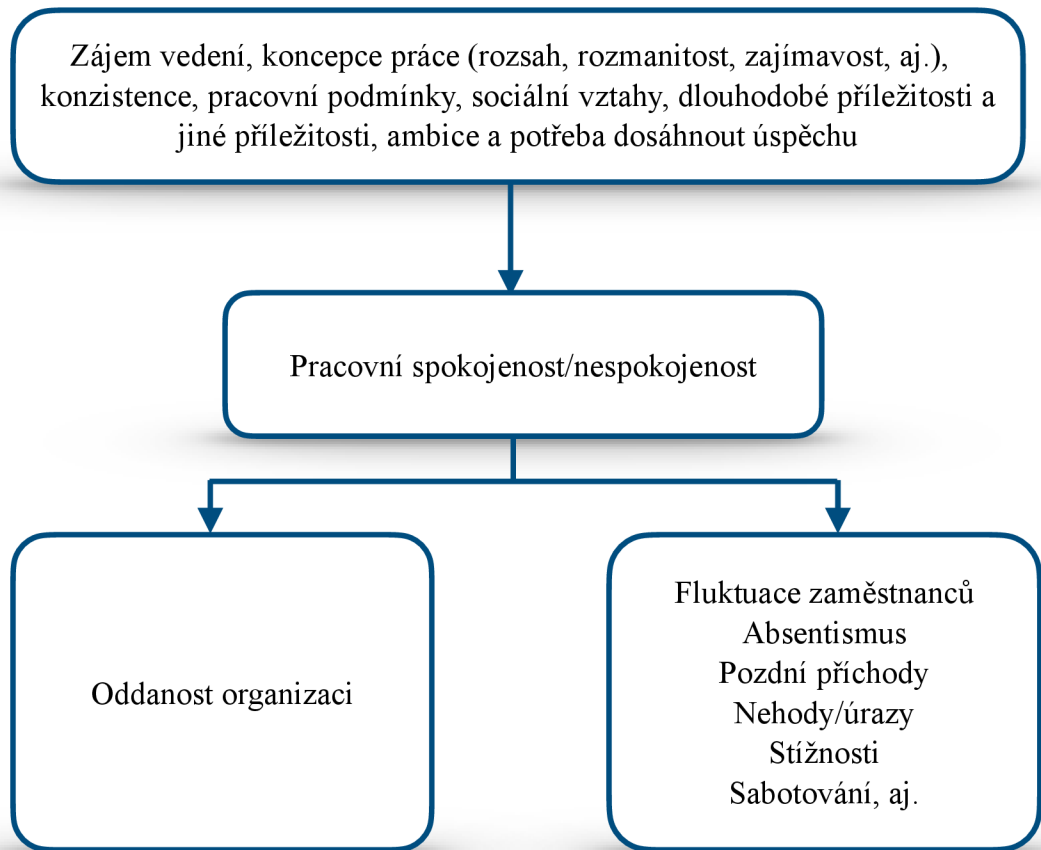
- **mzda:** z hlediska motivace či demotivace zaměstnanců i pocitu spravedlivé odměny
- **charakter práce:** zahrnuje její variabilitu, možnost seberealizace
- **vztahy na pracovišti:** dobré vztahy i konflikty v rámci pracovního týmu či mezioborově
- **zaměstnanecké výhody:** například stravování, sport, aj., atraktivita těchto výhod, posilování oddanosti zaměstnance vůči danému zdravotnickému zařízení
- **vedení:** možnost zaměstnanců podílet se na rozhodování, spravedlivost a důslednost vedení, zájem o pracovníka, podpora
- **fyzické podmínky:** pocit bezpečí v rámci pracoviště, hluk, prach, osvětlení a další

Další vymezení přináší také Luthans (2010), který definuje pět základních kategorií, do kterých můžeme jednotlivé faktory rozdělit:

- **samotná práce:** náplň práce, její zajímavost a rozmanitost, míra vlastní odpovědnosti a autonomie, zda je úkol pro zaměstnance výzvou, atp.
- **plat/mzda:** zda ji zaměstnanec hodnotí jako adekvátní vzhledem k vlastnímu pracovnímu výkonu, spravedlivost vzhledem k ostatním zaměstnancům, atp.
- **možnost kariérního růstu**
- **supervize:** mít se v případě potřeby na koho obrátit
- **spolupracovníci:** vzájemné vztahy, podpora

Působení jednotlivých faktorů a jejich kombinací tedy vede k určité míře pracovní spokojenosti či nespokojenosti. Tato spokojenost či nespokojenost dále přináší určité důsledky. Souvislost faktorů, spokojenosti/nespokojenosti a daných důsledků znázorňuje schéma autorů Rue a Byars (2003):

Schéma č.1: Znázornění faktorů pracovní spokojenosti a jejich možných dopadů



(Rue & Byars, 2003)

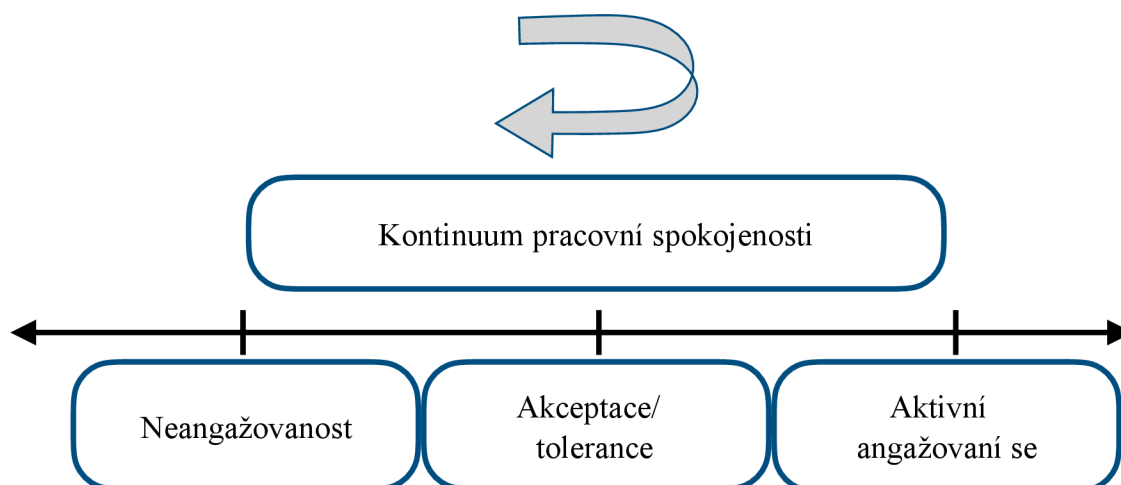
Důsledek pracovní spokojenosti autoři souhrnně nazvali jako oddanost či loajalita vůči dané organizaci. Schématem znázorněné dopady nespokojenosti zaměstnanců pak lze dle Henne a spolupracovníků (1985) rozdělit do dvou kategorií. První z nich jsou protesty a snahy o změnu, do kterých lze zařadit stížnosti na kolegy i nadřízené, a to jak formální, tak neformální cestou. Do této kategorie autoři řadí také extrémní případy, ve kterých tato nespokojenost končí soudními spory či skupinovými akcemi, například stávkami. K extrémním formám protestu autoři řadí také vandalismus, sabotáže či krádeže. Druhou kategorií lze nazvat jako vyhýbavé reakce a týká se zejména absentismu, pozdních příchodů a fluktuace zaměstnanců.

Zajímavý koncept faktorů působících na pracovní spokojenost přináší také Hagedorn (2000). Ačkoli se toto vymezení vztahuje ke vzdělávacímu prostředí, uvádíme jej jako zajímavou alternativu a domníváme se, že je i jeho obecná aplikace možná. Autorka vymezuje celý koncepční rámec pracovní spokojenosti, do kterého zahrnuje také

vlivy působící mimo pracoviště. Tento model definuje dva základní konstrukty, jejichž vzájemná interakce pracovní spokojenost ovlivňuje. Jedná se o triggery a mediátory. Zatímco **triggery** jsou určité životní události, které mohou, ale také nemusí přímo souviset se zaměstnáním, **mediátory** definuje jako zprostředkovatele interakce, tedy určité proměnné či konkrétní situace a okolnosti. Ve své koncepci vychází také z Herzbergovy teorie pracovní spokojenosti, které se budeme podrobněji věnovat v následující kapitole. Vymezení jednotlivých typů triggerů a mediátorů vzhledem k pracovní spokojenosti zobrazuje následující schéma:

Schéma č.2: Koncepční rámec pracovní spokojenosti dle Hagedorn

MEDIÁTORY			TRIGGERY
Motivátory a hygienické faktory	Demografické údaje	Pracovní podmínky	Životní události
Úspěch	Pohlaví	Vztahy s kolegy	Změna v životní etapě
Uznání	Etnická příslušnost	Vztahy se studenty	Změny v rodinném a osobním životě
Práce samotná	Typ instituce	Administrativa	Změna pracovní pozice
Zodpovědnost	Vědní obor	Klima a organizační kultura	Odchod do nové instituce
Kariérní postup			Změny ve vnímané spravedlnosti
Plat/mzda			Změny nálad a emočních stavů



(Hagedorn, 2000)

Faktory mimo pracovní organizaci do své koncepce zahrnuje také Kociánová (2010) a řadí mezi ně například legislativu, politiku, trh práce či konkurenci. Dalšími dvěma kategoriemi jsou faktory, které se vztahují k vlastní pracovní činnosti (obsah práce, ocenění, uznání, styl vedení atp.) a faktory související s osobnostními charakteristikami zaměstnance (věk, pohlaví, vzdělání, praxe, hodnoty, schopnosti, aj.). Dále vymezuje faktory, které pracovní spokojenost posilují a faktory, které spokojenost naopak zeslabují.

Tabulka č.1.: Faktory posilující a zeslabující pracovní spokojenost dle Kociánové

POSILUJÍCÍ FAKTORY	ZESLABUJÍCÍ FAKTORY
Autonomie zaměstnance	Stres související s časovým tlakem
Přiměřené a jasné cíle práce	Nepředvídatelné situace v práci
Různorodost práce	Nerealistické nároky na výkon práce
Možnost využívat vlastní schopnosti a zkušenosti	Vysoká pracovní zátěž
Finanční ohodnocení	Špatné vztahy na pracovišti
Bezpečnost práce	Psychosomatické důsledky
Dobré mezilidské vztahy	Nedostatek času na osobní život
Transparentní organizační a personální politika	
Sociální pozice v pracovní skupině i organizaci	
Ocenění	

(Kociánová, 2010)

V kontextu zdravotnických profesí za jeden z nejvýznamnějších faktorů nespokojenosti považuje Bartošíková (2006) stres a nadměrnou pracovní zátěž. Právě tyto faktory také spojuje s následnou chybovostí, úrazy či psychosomatickými onemocněními zdravotníků. V kontextu dříve zmíněných důsledků jsou tyto faktory také hlavními důvody fluktuace, absentismu a dalších. Naopak jedním z nejvýznačnějších faktorů spokojenosti jsou dle Janečkové a Hnilicové (2009) vztahy na pracovišti, a to jak v kolektivu zdravotních sester a lékařů, tak mezi nimi navzájem. Důležitou roli hraje také pracovní prostředí a možnost kariérního růstu.

1.4. Teorie pracovní spokojenosti

Na základě této diverzity faktorů a různých pojetí konceptu pracovní spokojenosti jednotlivými autory vzniklo také množství modelů a teorií, jež pracovní spokojenost na základě teoretických poznatků rámcují. Klasické teorie pracovní spokojenosti dle Lindnera (1998) vycházejí z teorií motivace a můžeme je v rámci širšího teoretického pojetí dále rozdělit na jednofaktorové a dvoufaktorové. V zahraniční literatuře lze v souvislosti s motivačními teoriemi nalézt také dělení pracovní spokojenosti na teorie obsahové a procesuální (Luthans, 2010). Pro účely diplomové práce se však budeme věnovat dělení na teorie jednofaktorové a dvoufaktorové.

1.4.1. Jednofaktorové teorie pracovní spokojenosti

Jednofaktorové teorie odpovídají pojetí výše zmíněného kontinuálního přístupu a nahlízejí na pracovní spokojenost jako na jednodimenzionální jev. Ten lze vyjádřit prostřednictvím bipolárního kontinua o dvou mezních hodnotách - maximální spokojenost a absolutní nespokojenost. Středovou hodnotou je potom neutrální stav. Jednofaktorové teorie předpokládají nepřímo úměrný vztah mezi spokojeností a nespokojeností, zvyšující se spokojenost tedy předpokládá snižující se nespokojenost a naopak (Kollárik, 2002).

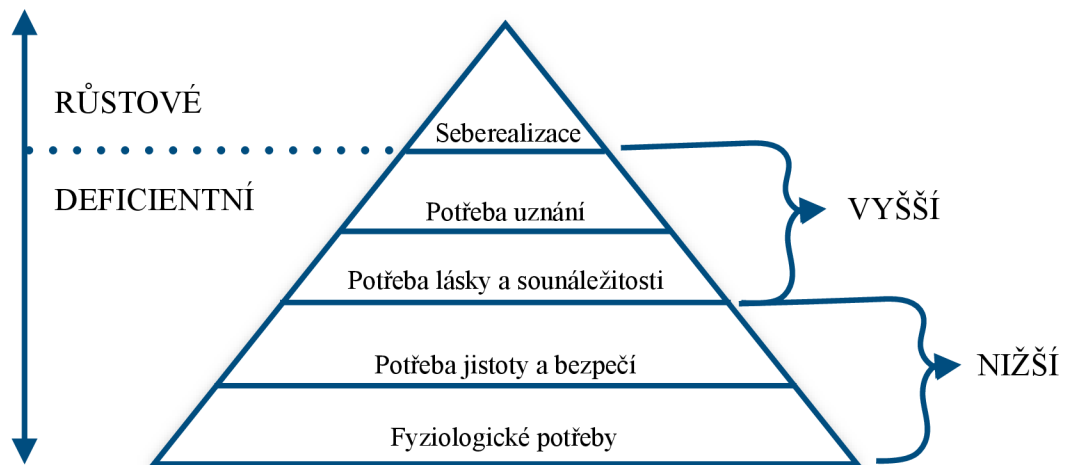
Maslowova teorie potřeb

Abraham Maslow vychází z předpokladu, že aktivita člověka a jeho motivace souvisí s uspokojováním potřeb. Vymezil tedy pět základních potřeb, jež na základě jejich důležitosti hierarchicky seřadil do následujícího pořadí:

- **fyziologické potřeby:** nezbytné pro přežití
- **potřeba jistoty a bezpečí:** stabilita a řád, vyhnouti se nebezpečí
- **potřeba lásky a sounáležitosti:** někam patřit, být součástí, mít dobré vztahy
- **potřeba uznání:** dobré sebehodnocení i uznání druhých
- **potřeba seberealizace:** naplňování vlastního potenciálu

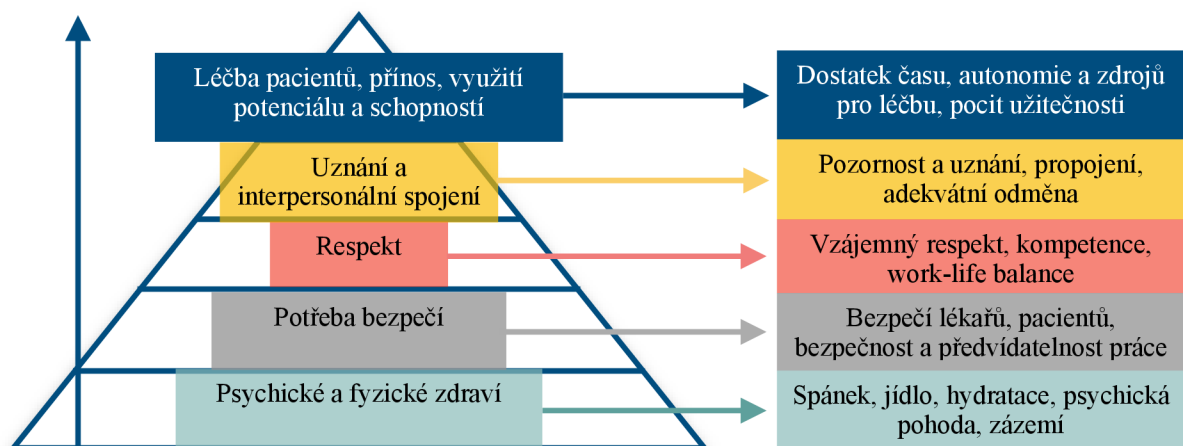
Těchto pět základních kategorií dále rozděluje na potřeby deficientní a růstové. Deficientní potřeby jsou zásadní pro udržování vnitřní psychické i fyzické rovnováhy a lze je dále rozdělit na nižší a vyšší (viz. schéma č. 3). Pro uspokojení vyšších potřeb je nejprve třeba uspokojení potřeb nižších (Armstrong & Taylor, 2015).

Schéma č.3: Maslowova hierarchie potřeb



Z hlediska pracovní spokojenosti je potom dle Armstronga (2007) za určitých předpokladů právě práce jedním z významných prostředků k uspokojování daných potřeb. V kontextu zdravotnických profesí se adaptací Maslowovy teorie potřeb ve svých studiích zabývali autoři Shapiro a Hale, a to zejména v souvislosti se syndromem vyhoření. Oba autoři volbu Maslowovy koncepce jako výchozí zdůvodňují tím, že se jedná o dobře pochopitelný a praktický model, na základě kterého mohou vedoucí pracovníci nejenom syndromu vyhoření u svých zaměstnanců předcházet, ale také celkově pečovat o jejich zdraví. Adaptace Maslowovy pyramidy v pojetí Shapira a kolektivu (2018) by tedy vypadala následovně:

Schéma č.4: Adaptace Maslowovy pyramidy potřeb na zdravotnické profese



Shapirovo pojetí vychází z původního hierarchického uspořádání. Předpokládá se tedy důležitost uspokojení nižších potřeb, až poté je možné uspokojovat potřeby vyšší. Kategorie **psychického a fyzického zdraví** zahrnuje dostatek času na spánek, jídlo, dostatečný přísun tekutin a dobré zázemí. Lékaři často nemají dostatek času, aby opustili svou ambulanci či oddělení. Není tedy výjimkou, že jídlo buď vynechají úplně, jí ve spěchu, nebo volí rychlé jídlo s nedostatkem nutričních hodnot. Součástí je také dostatek času na využití toalet a místo a čas pro kojení. **Potřeba bezpečí** zahrnuje jak bezpečí lékařů, tak pacientů. Bezpečí Shapiro spojuje zejména s dobrým vedením, dostatkem personálu, kvalitou vybavení a také jistotou zaměstnání. Kategorie **respekt** se týká supervizního vedení, vzájemného respektu mezi kolegy a pacienty, funkčního technického zázemí a v neposlední řadě co nejmenší administrativní zátěže. **Uznání a interpersonální spojení** zahrnuje pociťovanou úctu a vděk za vykonanou práci, interpersonální spojení mezi kolegy v práci i mimo ni a adekvátní finanční ohodnocení. Jsou-li tyto potřeby alespoň částečně splněny, má lékař dobré podmínky pro to, aby naplno využil své schopnosti, **dobře léčil své pacienty** a sám se tak cítil být užitečný (Shapiro et al., 2018).

Koncepce druhé skupiny autorů se liší zejména v interpretaci kategorie potřeby lásky a sounáležitosti, potřeby uznání a seberealizace. Celkový přehled rozdílů uvádí následující tabulka:

Tabulka č.2: Srovnání adaptací Maslowovy hierarchie potřeb

MASLOW	SHAPIRO et al.	HALE et al.
Zkoumaná populace	Ošetřující lékaři	Lékaři v atestační přípravě
Fyziologické potřeby	Spánek, jídlo, pití, psychické a fyzické zdraví Shapiro přidává také přístup a dostatek času na toaletu a speciální místo a čas pro kojení	
Potřeba bezpečí a jistoty	Oba autoři hodnotí jako zásadní bezpečí zdravotnického personálu Dále se Shapiro zaměřuje spíše na bezpečnost práce, zatímco Hale na finanční jistotu	
Potřeba lásky a sounáležitosti	Respekt	Setkávání, podporující rodinné vztahy, vzájemné sdílení
Potřeba uznání	Uznání a interpersonální spojení	Respekt, spravedlivost a kontrola
Seberealizace	Léčba pacientů, přínos, využití potenciálu a schopností	Mentoring, flexibilita, pracovní podpora, specializované vzdělávání

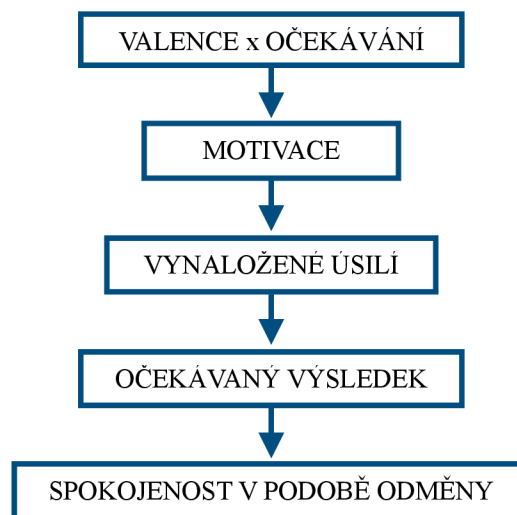
(Hale et al., 2020)

Adaptace, kterou nabízí Hale a kolektiv, se oproti předešlé liší také v přístupu k hierarchickému uspořádání potřeb. Na základě kritiky Maslowova modelu, že například spousta seberealizovaných umělců nižší potřeby uspokojeny neměla, volí pro svou koncepci strukturu nehierarchickou (Hale et al., 2020).

Vroomova teorie valence

Teoretické východisko Vroomovy koncepce lze nalézt v Lewinově teorii valence. Jejimi ústředními pojmy jsou valence, instrumentalita a očekávání. Valenci v tomto pojetí Kollárik (2002) definuje jako přitažlivost cíle či anticipovanou spokojenost s výsledkem. Instrumentalita je poté označením samotného procesu naplňování cílů a aktivity, kterou pro jejich dosažení jedinec vynaloží. Očekávání lze definovat jako subjektivní předpoklad, na kolik je pravděpodobné, že daného cíle bude skutečně dosaženo. Můžeme tedy říci, že Vroom ve své koncepci vychází z předpokladu, že čím je daný cíl pro člověka hodnotnější, tím větší úsilí pro jeho dosažení vynaloží (Štikar, 1996). Lze ji také vyjádřit prostřednictvím následujícího schématu:

Schéma č.5.: Vroomova teorie valence



(Thangaswamy, & Thiyagaraj, 2017)

V pracovním prostředí lze za daný cíl považovat například odměnu v podobě zvýšení platu či povýšení. V případě, že zaměstnanec tohoto cíle skutečně dosáhne, je jeho očekávání pozitivně posíleno, což má vliv na další pracovní výkon i jeho pracovní spokojenost (Štikar, 1996).

Stogdilova teorie

Tato teorie se na pracovní spokojenost dívá v kontextu faktorů souvisejících s konkrétní organizací, jako jsou například její morální zásady, integrace skupiny pracovníků a jejich kohezivita či produkce. Současně se vymezuje proti předpokladu, že pracovní spokojenost a produkce či pracovní výkon jsou na sobě přímo závislé. Vzájemný vztah lze předpokládat pouze v případě, že vlivy posilující očekávání zaměstnance jsou shodné s těmi, které vedou k vysoké morálce a pracovnímu výkonu (Kollárik, 1986).

McClellandova teorie potřeb

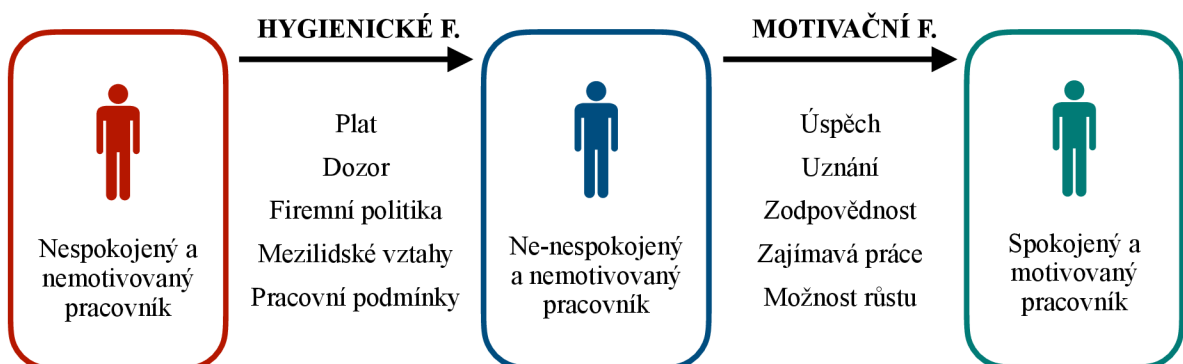
McClelland ve své teorii vychází z předpokladu správného zařazení pracovníka na vhodnou pozici na základě tří základních lidských potřeb. Těmi jsou potřeba úspěchu (N–Ach), potřeba afiliace (N-Aff) a potřeba moci (N-Pow). Míra uvedených potřeb se individuálně liší jak u každého jedince vzhledem k jeho vlastnostem, zkušenostem či vzdělání, tak v rámci sociokulturního kontextu. Například pracovník, u kterého převládá potřeba afiliace, bude vhodný pro pozice kooperativního charakteru, zahrnující zákaznický servis atp. Zařadíme-li takového jedince na pracovní pozici vyžadující jiné potřeby, lze u něj předpokládat nižší pracovní výkon i spokojenost (Thangaswamy & Thiyagaraj, 2017).

1.4.2. Dvufaktorová teorie pracovní spokojenosti

Dvufaktorové teorie vycházejí z diskontinuitního přístupu a pohlíží na pracovní spokojenost a nespokojenost, jako na dvě odlišné dimenze, přičemž každá z nich je různými faktory determinována nezávisle. Z tohoto předpokladu vychází **Herzbergova dvufaktorová teorie**, v níž autor vymezuje dva základní druhy faktorů - motivační a hygienické. **Motivační faktory** (satisfactory) lze označit jako vnitřní a týkají se zejména práce samotné, tedy jejího obsahu, postupů, rozmanitosti, atp. Tyto motivátory také určují vztah pracovníka k vykonávané práci a mají souvislost spíše s pracovní spokojeností, výkonností a pracovním chováním. Řadíme mezi ně úspěch, uznání, práci samotnou, zodpovědnost a možnost kariérního růstu. Jsou také prostředkem k naplnění individuálních potřeb a osobnostního růstu. **Hygienické faktory** (dissatisfactory) jsou faktory vnější

a týkají se spíše pracovního prostředí, tedy například platu, firemní politiky, vztahů na pracovišti, pracovních podmínek a dozoru (Kollárik, 1986). Ačkoli tyto faktory nejsou přímým zdrojem spokojenosti, minimalizují nespokojenost a jsou nutným předpokladem pro vytvoření takového prostředí, ve kterém bude pracovní spokojenost či motivovanost pracovníků vůbec možná (Syptak et al., 1999). Jednotlivé faktory a jejich vliv na pracovní spokojenost či nespokojenost zobrazuje následující schéma:

Schéma č.6: Hygienické faktory, motivační faktory a jejich vztah k pracovní spokojenosti a nespokojenosti



Právě Herzbergova dvoufaktorová teorie byla zvoleným koncepčním rámcem pro mnoho studií, které se zabývají pracovní spokojeností zdravotních sester. Většina těchto studií současně také zpětně potvrzuje větší vazbu motivačních faktorů na pracovní spokojenost (Alshmemri et al., 2017).

1.5. Vzájemný vztah mezi pracovní a životní spokojeností

Diener a kolektiv (1999) definují životní spokojenost jako proces kognitivního hodnocení vlastní kvality života na základě subjektivních kritérií. Tato kritéria jsou odrazem srovnávání s určitou normou, kterou si jedinec sám nastavil. Vzájemný vztah mezi pracovní a životní spokojeností prozatím není jednoznačně vysvětlen a diverzita výzkumných závěrů vychází také z různých pojetí obou zkoumaných jevů. Obecně však lze jednotlivé závěry shrnout do tří hypotéz:

- **segmentační hypotéza:** životní a pracovní spokojenost jsou dva na sobě zcela nezávislé jevy

- **kompenzační hypotéza:** je-li jedinec nespokojen ve své práci, snaží se tuto nespokojenost kompenzovat v jiných aspektech svého života a naopak
- **hypotéza „přelévání“:** předpokládá pozitivní vztah mezi pracovní a životní spokojeností, tedy spokojenost v jedné oblasti se generalizuje či přelévá do oblasti druhé (Mlčák & Slíva, 2005).

Právě hypotéza „přelévání“ má ze všech uvedených největší oporu v uplynulých výzkumech. Například Rice a kolektiv (1980) analyzovali 350 různých spojení mezi pracovní a životní spokojeností vymezených ve dvaceti třech studiích. Více než 90% těchto spojení korelovalo pozitivně. Vztah životní a pracovní spokojenosti lze také interpretovat prostřednictvím dvou odlišných cest, označovaných jako top-down model a bottom-up model. **Top-down model** lze také nazvat jako dispoziční a vychází z předpokladu, že různé osobnostní charakteristiky a afektivita predisponují k prožívání určité míry spokojenosti jak v práci, tak v jiných aspektech života daného jedince. **Bottom-up model** staví práci do pozice klíčového faktoru celkového well-beingu člověka. Je také důležitou každodenní součástí života, lze tedy předpokládat, že spokojenost v této oblasti bude mít zásadní vliv na spokojenost celkovou (Heller et al., 2002).

2. Pracovní spokojenost lékařů a sester

Druhá kapitola se zabývá pracovní spokojeností přímo v kontextu zdravotnických pracovníků, konkrétně lékařů a zdravotních sester. Jejím cílem je vymezení jednotlivých profesí a specifík, která se k práci ve zdravotnictví vztahují. Dále se kapitola věnuje analýze výzkumů na dané téma, a to jak v rámci pracovní spokojenosti obecně, tak v souvislosti s konkrétními psychosociálními riziky, jako je syndrom vyhoření, stres, alkoholové a jiné závislosti, pracovní doba, či násilí na pracovišti.

2.1. Specifika práce ve zdravotnictví

Zdravotnictví lze definovat jako organizované úsilí společnosti, které vede k posilování zdraví, prodlužování života a prevenci nemocí. Součástí je také léčba již vzniklých onemocnění a snižování jejich následků (Strejčková et al., 2007). Světová zdravotnická organizace definuje zdravotní péči jako cílenou a koordinovanou činnost příslušných organizací a osob, jejichž primárním záměrem je podpora, obnova či udržení zdraví, a to prostřednictvím ovlivňování jeho determinantů konkrétními, zdraví zlepšujícími aktivitami. Světová zdravotnická organizace dále uvádí, že zdraví člověka je z 80% závislé na životním stylu, návycích a prostředí, z 20% jej pak lze ovlivnit právě zdravotní péčí (Světová zdravotnická organizace, 2007). Strejčková a spolupracovníci (2007) dále uvádějí, že zdravotnictví se skládá z následujících aspektů:

- **orgány a instituce:** Ministerstvo zdravotnictví, zdravotní pojišťovny, atp.
- **organizace:** lékařská komora, odborné společnosti, atp.
- **zdravotnická zařízení:** nemocnice, ambulance, aj.
- **zdravotnický personál:** lékaři, zdravotní sestry a další nelékařská povolání
- **služby a činnosti:** léčebné a preventivní programy, lékárenství, výchova ke zdraví, výzkum, aj.

Český zdravotní systém je založený na pěti základních pilířích, kterými jsou **princip solidarity** (každý občan platí zdravotní pojištění ve stejné výši neohledně na to, kolik zdravotní péče během svého života bude nebo nebude potřebovat, každý se tedy podílí na dostupnosti zdravotní péče pro ty, kteří ji potřebují), **vysoký stupeň „samoléčby“** (pacient ve spolupráci s lékařem sám užívá předepsanou medikaci, např. diabetik je

proškolen zdravotnickým pracovníkem jak si aplikovat injekce inzulínu a následně tak činí samostatně), **více zdrojů financování** (zdravotní pojištění, přímé platby, národní a regionální rozpočty), **rovnocenná dostupnost zdravotní péče všem pojištěným osobám** a **povinné očkování proti infekčním chorobám**. Zdravotní systém je také strukturovaný a nabízí různé typy zdravotní péče:

- **ambulantní péče:** primární a specializovaná péče, například praktický lékař pro dospělé/děti a dorost, gynekolog, zubní lékař, atp.
- **institucionální péče:** nemocnice a specializovaná pracoviště, jako například psychiatrické nemocnice, sanatoria, hospice, rehabilitační centra, atp.
- **akutní péče:** záchranná služba, oddělení urgentního příjmu, aj.
- **dlouhodobá péče:** sociální zařízení pro seniory, zdravotně postižené, aj.
- **lázeňská péče:** důležitý doplněk kurativní léčby
- **psychická zdravotní péče:** ambulantní i lůžková, psychiatrická oddělení nemocnic, psychiatrické nemocnice, aj.
- **farmakologická péče a zdravotní pomůcky:** lékárny, prodejny zdravotních potřeb
- **preventivní péče:** preventivní prohlídky a povinná očkování, zprostředkováváno zejména praktickými lékaři (Kinkorová & Topolčan, 2012).

Český zákon v rámci definice činností rozděluje lékařské i nelékařské profese na zdravotnické pracovníky po získání odborné způsobilosti a zdravotnické pracovníky po získání specializované způsobilosti. Zdravotníci před získáním specializované způsobilosti (tj. úspěšné složení atestační zkoušky) by část činností měli vykonávat pod odborným dohledem (Vyhláška č. 280/2018Sb., 2018).

Povolání lékaře

Lékařská profese je velmi komplexní a vyžaduje velké množství schopností, dovedností, celoživotní vzdělávání a vysokou specializaci. Lékař po získání odborné způsobilosti, tedy lékař po absolvování šestiletého studia oboru Všeobecné lékařství, smí bez odborného dohledu provádět klinické vyšetření pacienta, které zahrnuje získávání anamnézy a fyzikální vyšetření bez rozhodování o léčebném postupu, dále smí provádět

vizitu a pozorovat vývoj zdravotního stavu, provádět kontrolu, převazy a ošetření nekomplikovaných ran, vést zdravotní dokumentaci a administrovat přijetí, propuštění či přemístění pacienta s doporučením specializovaného lékaře. Dále smí samostatně poskytovat odbornou první pomoc a v rámci své odbornosti edukovat pacienta a jiné osoby, které pacient určil, v rámci preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, dispensární a paliativní péče. Orientačně také vyhodnocuje sociální situaci pacienta a na základě toho indikuje sociální péči. Na základě indikace či doporučení lékaře se specializovanou způsobilostí předepisuje a aplikuje léčebné přípravky a podává transfuze. Pod odborným dohledem také smí vykonávat jakékoliv další činnosti, které mu jeho školitel stanoví (Vyhláška č. 280/2018Sb., 2018). Soubor činností, které lze vykonávat bez odborného dohledu, se rozšiřuje s absolvováním základního kmene. Je-li specializační vzdělávání úspěšně zakončeno atestační zkouškou, stává se lékař zdravotnickým pracovníkem se specializovanou způsobilostí (Zákon č. 95/2004 Sb., 2004).

Takto definuje soubor pracovních činností český zákon. Je jasné, že konkrétnější popis lékařské profese a vymezení kompetencí je vzhledem k vysoké specializovanosti složitým úkolem. Pro české prostředí můžeme nahlédnout do národní soustavy povolání, jež je spravována Ministerstvem práce a sociálních věcí (MPSV). Ta mezi nutné odborné dovednosti pro specializovaného lékaře řadí:

- poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, dispensární a paliativní péče
- aplikování odborných dovedností v příslušném základním kmeni a oboru specializačního vzdělávání
- provádění revizní činnosti dle zákona o veřejném zdravotním pojištění
- provádění výzkumné, vzdělávací, metodické, koncepční a posudkové činnosti
- vedení zdravotnické dokumentace, požadovaných výkazů a evidence
- odborné vedení zdravotnického týmu
- řízení kvality poskytované péče a zajištění bezpečí pacientů (MPSV, n.d.).

Popisem pracovní pozice lékaře se ve svém výzkumu zabývali Anderson a kolektiv (2017). Motivem k výzkumu byla právě neurčitost kompetencí, požadavků a aktuální role lékaře. Autoři kontaktovali 52 národních institucí, jako jsou například nemocnice,

vzdělávací organizace, politici a odborníci v oblasti zdravotnictví. Autoři respondenty nejprve uvedli do kontextu, že se nacházejí v roce 2020 a chtějí zaměstnat lékaře. Dále se dotazovali na zásadní předpoklady, které musí kandidát předvést, aby byl úspěšný. Výsledky ukázali na šest základních kategorií, ve kterých se respondenti jednohlasně shodovali. Lékař by tedy měl být:

- Proaktivní a medicínsky natolik kompetentní, aby naplnil sociální kontrakt mezi lékařem a pacientem za dodržování nejvyšších etických standardů zdravotní péče. To zahrnuje zvědavost a oddanost své práci, která povede k její nejvyšší kvalitě a k bezpečí pacientů. Je také vyrovnaný s tím, že pacient je vždy na prvním místě. Stará se o to, aby zdraví bylo v populaci vysokou hodnotou.
- Dobrý leader podílející se na mezioborové spolupráci. Akceptuje vzájemnou závislost různých medicínských oborů.
- Schopen profesionální komunikace a navázání vztahu s pacientem na bázi vzájemné důvěry. Vztah je také partnersky a týmově orientovaný (tedy tak, aby měl pacient pocit, že se o něj stará tým, ne pouze jediný lékař).
- Agilní, adaptivní s inovativním přístupem a podílející se tak na rozvoji medicíny a zdravotnictví.
- Oddaný celoživotnímu vzdělávání a péči o svůj wellbeing. To zahrnuje resilienci lékaře a schopnost balancovat osobní a profesní život (Anderson et al., 2017).

Povolání zdravotní sestry

Činnosti zdravotní sestry vymezuje Vyhláška č.55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v aktuálním znění z 19.10.2019. Všeobecná zdravotní sestra tedy dle §4 a §54 bez odborného dohledu a indikace lékaře edukuje pacienty a jiné osoby v ošetrovatelských postupech, pro tyto osoby také připravuje informační materiály. Dále sleduje a vyhodnocuje stav pacientů, podílí se na řešení při možnosti vzniku komplikací či náhlých příhod, provádí fyzikální vyšetření pacienta a vede o tomto dokumentaci. Vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, pozoruje, zaznamenává a hodnotí fyzický i psychický stav pacientů. V oblasti své specializace také koordinuje práci členů ošetrovatelského týmu a hodnotí kvalitu ošetrovatelské péče. Podílí se na výzkumné činnosti a v rámci svého

oddělení vytváří podmínky pro možnou aplikaci výsledků výzkumu do klinické praxe. Přípravuje standardy specializovaných postupů a v rámci svého oboru vede specializační vzdělávání. Na základě indikace lékaře pak všeobecná sestra podává léčivé přípravky, připravuje pacienty na konkrétní diagnostické a léčebné postupy, doprovází je a asistuje v průběhu daného vyšetření. Po výkonu pacienty ošetřuje a sleduje jejich stav (§54 vyhlášky č. 55/2011 Sb., 2019). Další činnosti se dále liší na základě konkrétní specializace zdravotní sestry.

Tyto činnosti shrnuje Zacharová (2017) do sedmi základní rolí. Uvádí, že kromě **poskytovatelky ošetrovatelské péče** je v současné době sestra také **manažerkou** (řízení ošetrovatelského procesu, koordinace péče), **edukátorkou** (informování pacientů, vedení k zodpovědnému chování a k podpoře zdraví), **advokátkou** (obhajuje a reprezentuje zájmy a práva pacienta), **nositelkou změn** (snaha o rozvoj ošetrovatelství), **výzkumníci** (vychází z ošetrovatelství jako vědecké profese) a **mentorkou** (odpovědnost za dohled nad studenty ošetrovatelství). Také upozorňuje na důležitou roli sestry jakožto prostředníka mezi pacientem a lékařem, který může mezi zainteresovanými stranami snižovat napětí a upevňovat důvěru v léčebný proces. Je to právě zdravotní sestra, která s nemocným tráví mnoho času a pomáhá mu náročnou životní situaci překonat.

Mikšová a spolupracovníci na základě výzkumných dat uvádějí, že u všeobecných sester často dochází k překračování jejich kompetencí, a to jak ve smyslu vykonávání činností, které by měl vykonávat lékař, tak vykonávání činností, které spadají do kompetencí méně kvalifikovaného zdravotnického personálu, jako jsou sanitáři a zdravotničtí asistenti (Mikšová et al., 2014).

Vzájemná spolupráce mezi zdravotními sestrami a lékaři

Petri (2010) popisuje vzájemnou spolupráci lékařů a sester jako interpersonální proces, ve kterém mají lékaři a sestry společný cíl. Tento proces předpokládá vzájemný respekt, důvěru a otevřenou a efektivní komunikaci. K tomu je však zapotřebí, aby navzájem znali a akceptovali své role, schopnosti, kompetence a také to, co je odpovědností lékaře a co je odpovědností sestry. Výzkumy ukazují, že špatné vztahy mezi sestrami a lékaři mohou být jedním z faktorů pracovní nespokojenosti, nedostatku autonomie a zhoršeného zdraví sester (Sirota, 2007). Mohou být také důvodem absentismu

či změny profese. Lékaři zmiňují pracovní nespokojenost a vyšší frustraci v důsledku nejasné komunikace ze strany sester, neúplných nebo pozdních informací a pozdě plněných povinností. Zásadním důsledkem neefektivní spolupráce mezi zúčastněnými stranami je také zhoršená péče o pacienty. Rosenstein a O'Daniel také zmiňují souvislost s vyšší mortalitou pacientů (Rosenstein & O'Daniel, 2005). Bártlová (2006) dodává, že lékař je odborníkem v oblasti medicíny, sestra zase v oblasti ošetřovatelství a takto by se také měli vzájemně respektovat. Zdravotní sestry však často vypovídají o nízkém respektu ze strany lékařů, kteří je vnímají jako jim podřízené pracovníky. Jejich vztah by však měl být na úrovni partnerské spolupráce dvou odborníků v daných oborech.

2.2. Uplynulé výzkumy a jejich výsledky

Pracovní spokojenost zdravotních sester již byla zkoumána mnohými výzkumníky po celém světě. Pracovní spokojenosti lékařů je však v oblasti výzkumu věnováno mnohem méně pozornosti. Faktory pracovní spokojenosti zdravotních sester prostřednictvím rozhovorů identifikoval například Hart (2001). Výsledky ukázaly, že by zdravotním sestřám mohla k větší spokojenosti pomoci pravidelnost směn (22%), větší finanční ohodnocení (18%), lepší možnost kariérního postupu (14%), více času na rodinu (14%), kratší pracovní směny (11%) a aby jejich práce byla méně stresující a fyzicky náročná (56%). Je zajímavé, že 62% zdravotních sester za nejvíce uspokojující faktor považuje kontakt s pacienty a jejich příbuznými. Současně je to však také jeden z nejčastějších důvodů pro potenciální odchod ze zaměstnání (71%). Důvodem je frustrace z podmínek, ve kterých sestry nemají možnost pacientům poskytnout takovou péči, jakou by si přály. Důvodem zůstat by pro 42% zdravotních sester bylo zvýšení platu, pro 36% navýšení personálu a 21% by přesvědčilo lepší plánování služeb.

Faktory pracovní spokojenosti a nespokojenosti zdravotních sester se zabývala také studie McNeese-Smithové (2001). Analýzou výzkumných dat byly definovány hlavní kategorie faktorů, které se na zkoumaném jevu podílejí. Faktory, které vedou ke **spokojenosti**, jsou následující:

- **péče o pacienty:** nejvýznamnější faktor, který zahrnuje vlastní dobrý pocit z vykonané práce a poskytování odpovídající péče, pochvaly od pacientů, příbuzných či vedení, radost ze zlepšování stavu pacienta a jeho odchodu domů

a určitý přesah, který je popisován jako hluboká emocionální či spirituální odměna, naplňování životního poslání

- **prostředí:** rozmanitost práce, velká škála různých pacientů, příjemné prostředí, které podporuje seberozvoj
- **vyvážená pracovní zátěž:** tedy ani příliš náročná, ani příliš snadná, práce by měla být realisticky zvládnutelnou výzvou
- **vztahy se spolupracovníky:** přátelství, vzájemné porozumění, vzájemná závislost, kooperace, porozumění a ocenění ze strany lékařů
- **osobní faktory:** vzdálenost práce od domova, finanční přínos rodině, možnost volna, pokud je to potřeba, facilitace osobních cílů a možnost naplňovat hodnoty
- **plat a benefity**
- **profesionalita:** možnost profesního růstu, určitá míra autonomie v rozhodování, být přínosem pro fungování celého systému
- **kariérní fáze:** spolupráce s mentorem, soustředění na práci bez rodinné odpovědnosti, pracovní příležitosti

Faktory, které vedou k **pracovní nespokojenosti**, spadají do stejných či velmi obdobných kategorií, liší se však v rámci jednotlivých témat a jejich kvality či kvantity. Jedná se tedy o:

- **péče o pacienty:** špatné výsledky a prognózy pacientů, verbální či jiná agrese ze strany pacientů a rodinných příslušníků, strach z chybování či chybování samotné
- **faktory interferující péči o pacienty:** nedostatek lůžek, vybavení, nespolečné jiných oddělení, administrativní zátěž
- **pracovní přetížení:** nedostatek personálu, vysoké pracovní tempo, zvýšený strach z chybování
- **vztahy se spolupracovníky:** negativismus, kritika, obviňování a neslušné chování ze strany kolegů i lékařů
- **osobní faktory:** rodinné problémy v souvislosti s pracovním vyčerpáním
- **organizační faktory:** pocit ohrožení, nespravedlnost (v otázkách platu, povýšení atp.), politické faktory a nejistota udržení zaměstnání
- **kariérní fáze:** pocity vyčerpání a vyhoření (McNeese-Smith, 2001).

Z českých studií můžeme zmínit například výzkum Vévody a jeho spolupracovníků (2011), kteří se taktéž zabývali faktory, jež jsou pro všeobecné zdravotní sestry v rámci pracovního prostředí důležité. Současně zjišťovali subjektivní pohled na to, nakolik jsou dané faktory saturované zaměstnavatelem. Výsledky demonstruje následující tabulka:

Tabulka č.3: Jednotlivé faktory seřazené od nejvíce saturovaného (1) po nejméně saturovaný (16)

	Subjektivně vnímané jako důležité	Subjektivně vnímané jako saturované zaměstnavatelem
1	Mzda	Image zařízení
2	Péče o pacienty	Péče o pacienty
3	Jistota pracovního místa	Vztahy k přímým nadřízeným
4	Spolupráce v rámci oddělení	Spolupráce s jinými profesemi
5	Vztahy k přímým nadřízeným	Moderní technologické a přístrojové vybavení
6	Spolupráce s jinými profesemi	Prestiž profese
7	Uznání osobních výsledků	Možnost dalšího vzdělávání
8	Moderní technologické a přístrojové vybavení	Přístup k informacím
9	Možnosti dalšího vzdělávání	Pracovní podmínky (BOZP, prostory,...)
10	Pracovní podmínky (BOZP, prostory,...)	Spolupráce v rámci oddělení
11	Image zařízení	Pracovní klima
12	Přístup k informacím	Kariérní postup
13	Prestiž profese	Jistota pracovního místa
14	Pracovní klima	Mzda
15	Sociální výhody	Sociální výhody
16	Kariérní postup	Uznání osobních výsledků

(Vévoda et al., 2011)

Největší divergence mezi prioritami a vnímanou saturací jsou u hygienického faktoru mzdy, dále jistoty pracovního místa a uznání osobních výsledků. Naopak shodu lze nalézt u faktorů péče o pacienty a vztahů k přímým nadřízeným. Zajímavé jsou také informace o připravenosti opustit stávající zaměstnání. Do dvou let je připraveno změnit práci 27% všeobecných zdravotních sester (Vévoda et al., 2011).

Otázkou pracovní spokojenosti lékařů a lékařek se zabýval například výzkum Freeborna (2001). Dle výsledků jsou nejvýznamnějšími faktory spokojenosti podpora a dobré vztahy s kolegy, vnímaný pocit kontroly nad pracovním prostředím (zahrnující míru autonomie, možnost podílet se na rozhodnutích a plánování směn) a dostupnost potřebných zdrojů (ve smyslu dostatku personálu i vybavení). Faktorem nejvíce ovlivňujícím pracovní nespokojenost je vnímaná pracovní zátěž a stres vyplývající z nejistoty. Výzkum také ukázal vyšší průměrnou hodnotu spokojenosti u lékařů a lékařek starších 48 let než u lékařů a lékařek mladších. Z hlediska specializace se jako nejspokojenější ukázali být pediatři, nejméně spokojení lékaři a lékařky z oboru interní medicíny. Výzkumná data Pathmana a kolektivu (2002) ukazují, že se obecná pracovní spokojenost lékařů a lékařek pohybuje v průměrných hodnotách. Z hlediska konkrétních aspektů je pracovní nespokojenost spojená zejména s vysokou administrativní zátěží a s nedostatkem osobního času. Faktory nejvíce sytící pracovní spokojenost vycházejí z péče o pacienty, tedy vnitřního pocitu odměny za dobře odvedenou práci i vděčnosti vyjádřené pacientem. Až 27,1% lékařů a lékařek mají v plánu do dvou let změnit pracoviště, což je spojené zejména s nespokojeností s finančním ohodnocením a špatnými vztahy na pracovišti. Výzkum také potvrzuje nižší spokojenost u mladších lékařů než u starších.

Zatěžující faktory lékařské profese ve svém výzkumu identifikovali také autoři O'Dowd a kolektiv (2018). Definovány byly následující stresory: dlouhá pracovní doba a noční směny (46%), nemožnost uspokojovat základní potřeby (41%), pracovní přetížení a vysoké nároky (35%), komplexní a emocionálně náročné případy (31%), nedostatek zdrojů (28%), naplňování očekávání ze strany pacientů a jejich příbuzných (21%), vše prostupující práce (19%), vyrovnávání se s odpovědností (18%), sociální dopady (18%), nedostatek kontroly a nepředvídatelnost práce (15%), negativní pracovní kultura (zahrnuje aspekty prostředí a nedostatek personálu) (13%), work-life balance (12%), práce přesahující vědomosti a možnosti (12%), interpersonální vztahy s kolegy (12%), rozvoj schopností a vědomostí (6%) a hrozba soudních sporů a stížností (4%).

Další studie uvádí, že faktory, podílející se na pracovní nespokojenosti, jsou u lékařů i sester shodné. K hlavním stresorům patří vysoká pracovní zátěž (z hlediska množství pacientů a pracovních nároků), nedostatek podpory ze strany supervizorů,

vnímaná nespravedlivost ze strany vedení a špatné vztahy na pracovišti. V čem se však lékaři a sestry naopak liší, jsou dle autorů determinanty pracovní spokojenosti. Zatímco hlavními prediktory pracovní spokojenosti lékařů jsou vnímaná podpora ze strany nadřízených, pocit úspěšně vykonané práce a možnosti profesního růstu, u zdravotních sester je spokojenost spojena spíše s množstvím odpracovaných hodin a podporou v rodině (Paris & Omar, 2008).

Rozdílem v pracovní spokojenosti mezi lékaři a sestrami se zabývala výzkumná studie autorů Myhren a kolektivu (2013). Výsledky poukazují na signifikantně vyšší pracovní spokojenost u lékařů oproti zdravotním sestřám. Tyto výsledky autoři spojují s větší autonomií a rozhodovací pravomocí lékařů. Pracovní doba, počet nočních směn, počet pacientů, které má jedna zdravotní sestra na starosti, a vztah k vedení daného oddělení mohou být dalšími příčinami rozdílu. Tato data v podstatě potvrzují výsledky výzkumu z roku 1997. Autoři kromě již dříve zmíněných důvodů vyšší spokojenosti lékařů oproti sestřám uvádějí také jejich větší kariérní možnosti (Goodfellow et al., 1997).

Co se týče životní spokojenosti, lze uvést například studii Klaghofera a jeho spolupracovníků (2011). Ta se mimo jiné zabývala možnými proměnami životní spokojenosti v čase a porovnáním míry životní spokojenosti a jejich domén s běžnou populací. V průběhu osmi let bylo na výzkumném souboru 337 lékařů a lékařek zkoumáno osm domén pracovní spokojenosti, ke kterým patří přátelé a známí, volný čas, sexualita a vztahy, finanční jistota, bydlení a životní podmínky, rodinný život a děti, zaměstnání a zdraví. Výsledky ukázaly, že z pěti měření byla celková životní spokojenost lékařů a sester téměř vždy signifikantně nižší, než celková spokojenost v obecné populaci. Výjimku tvořili pouze muži ve třetím měření. V rámci jednotlivých domén byl největší rozdíl prokázán u volného času a rodinného života, a to zejména u žen. V rámci výzkumné skupiny pak data ukázala zásadní rozdíl u domény finanční jistoty, která byla u lékařek signifikantně vyšší, než u lékařů.

Nižší životní spokojenost lékařů a sester oproti běžné populaci potvrzuje také studie autorů Tyssen a spolupracovníků (2008). Výsledky také poukázaly na faktory, které pomáhají životní spokojenost zvyšovat. Jedná se o sociální podporu, nižší pracovní stres a frekvenci fyzického cvičení.

2.3. Souvislost s konkrétními jevy

Již ze samotné povahy práce zdravotnických profesí, která je často spojená s emocionálně náročnými situacemi, s utrpením, strachem a smrtí pacientů, nelze zpochybnit její náročnost. Jak již bylo zmíněno, komplexní práce lékaře i zdravotní sestry je spojena nejenom s vysokými požadavky na znalosti, vědomosti a schopnosti jejich aplikace v praxi, ale také s vysokou úrovní sociálních dovedností. Náročnost práce je také spojena s konkrétními organizačními aspekty, jako jsou například noční služby. Kromě charakteristik samotné práce a vysokých nároků na pracovníky hraje určitou roli také demografický vývoj a stárnutí populace. Dlouhodobým důsledkem těchto faktorů je více nemocných na jedné straně a nedostatek zdravotnického personálu na straně druhé. Vévoda a jeho spolupracovníci (2018) ve svém článku uvádějí, že z počtu přesčasových hodin a hodin mimo stanovené úvazky lze usuzovat, že jen v pražských nemocnicích chybí 600 až 700 zdravotních sester, které mohou představovat pouhou čtvrtinu chybějících sester v celé České Republice.

Tyto příklady jsou pouhou ukázkou aspektů, jež mohou být pro zdravotnické profese zdrojem nebezpečí. European Agency for Safety and Health at Work (2014) vymezuje celkem osm kategorií rizik, která jsou s danými profesemi spojená a mají významný vliv na bezpečnost pacientů, lékařů i jejich celkový wellbeing. Jedná se o rizika :

- **biologická:** práce v infekčním prostředí, zranění ostrými předměty, atp.
- **chemická:** chemikálie, desinfekce, farmaka, anestetika, atp.
- **fyzická:** hluk, radiace, rentgenové záření, atp.
- **uklouznutí, zakopnutí a pády**
- **genderově-specifická:** zejména v souvislosti s těhotenstvím
- **ergonomická:** manipulace s těžkými předměty a pacienty, dlouhé stání či sezení
- **rizika spojená s domácí péčí:** méně kontrolované prostředí, časté cestování a s tím spojené nehody
- **psychosociální**

Vzhledem k tématu diplomové práce se blíže zaměříme právě na rizika psychosociální, v rámci kterých Evropská komise (2010) definuje pět základních kategorií. Jedná se o pracovní dobu, stres, syndrom vyhoření, zneužívání návykových látek a pracovní vztahy. Na jednotlivá rizika se blíže podíváme v následujících podkapitolách.

2.3.1. Pracovní doba

Organizace pracovní doby a její délka má mnoho různých důsledků. Ovlivňuje nejenom již zmíněnou péči o pacienty a bezpečnost, ale také celkovou spokojenost lékařů a sester. Má vliv na rovnováhu mezi pracovním a osobním životem zdravotnických pracovníků, na jejich pozornost a schopnost koncentrace, paměť, schopnost řešit problémy a efektivně komunikovat. Ovlivňuje úsudek, snižuje produktivitu práce, reakční čas a schopnost empatie (Dubeck, 2014). Do této problematiky také spadají již dříve zmíněné noční služby. Akerstedt a kolektiv (1990) uvádějí, že náročné noční směny souvisejí se spánkovou deprivací. Ta může vést ke kognitivnímu oslabení, jež může mít vážné důsledky jak pro kvalitu péče, tak pro celkový wellbeing lékařů a sester. Dubeck (2014) dodává, že narušení spánku v důsledku nočních směn se projevuje v potížích s usínáním, častým buzením v průběhu noci, brzkým buzením a neschopností znovu usnout, a tedy i časným vstáváním.

Další výzkumná data ukazují například na větší riziko zranění u zdravotních sester, které pracují déle než osm hodin (Ilhan et al., 2006). Americká asociace zdravotních sester (2011) ve svém reportu také uvádí, že 56% zdravotních sester pracuje 10 a více hodin v kuse, 74% se cítí být přepracovaných a ve stresu a 10% zažilo autonehodu, kterou spojují s vyčerpáním z pracovní směny. Dle dat Evropské komise (2010) se v důsledku dlouhých pracovních směn cítí 65% zdravotnických pracovníků fyzicky vyčerpaní, 48% psychicky vyčerpaní a 57% vypovídá o úzkostech a vysoké stresové zátěži. Je také zmiňována souvislost dlouhých směn se syndromem vyhoření.

Zajímavá data v souvislosti s pracovní dobou přináší výzkum, jenž se zabýval lékaři odpracovanými hodinami mezi lety 2004-2005 napříč různými odbornostmi. Výzkumný soubor o velikosti 6 381 lékařů vypovídá o rozmezí 20-100 odpracovaných hodin za týden a minimálně 26 pracovních víkendů za rok. Obecně ze závěrů vyplývá, že více odpracovaných hodin mají odborníci z oblasti urgentní medicíny a intenzivní péče,

méně potom odborníci zabývající se chronicky nemocnými pacienty a odborníci pracující ambulantně. Tři specializace s nejvyšším počtem odpracovaných hodin jsou cévní chirurgie, akutní interní medicína a neonatální a perinatální medicína. Naopak nejnižší počet hodin se týká pediatrií, pracovního lékařství a dermatologů. Autoři také upozorňují na souvislost odpracovaných hodin s pracovní spokojeností. Z výsledků vyplývá, že čím více odpracovaných hodin odborník má, tím nižší je jeho spokojenost (Leigh et al., 2011).

2.3.2. Stres a syndrom vyhoření

Pracovní stres lze definovat jako konflikt dvou dimenzí. První z nich zahrnuje osobní zdroje, motivaci, cíle a hodnoty. Druhá dimenze souvisí s nároky a požadavky konkrétního pracoviště a také schopnostmi a dovednostmi pracovníka. Nastane-li situace, kdy pracovník subjektivně vnímá, že mezi dimenzemi existuje rozpor, dochází ke stresové reakci (Edwards & Cooper, 1990). Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje pracovní stres jako odpověď na vysoké nároky, které přesahují vědomosti, dovednosti a zvládací mechanismy jedince (WHO, 2020). Evropská komise vymezuje základní skupiny stresorů, se kterými se lze ve zdravotnickém prostředí setkat. Jedná se o stresory vycházející z:

- **pracovního úkolu:** nadměrně přísné požadavky, časový tlak, přetížení informacemi, protichůdné informace od kolegů/vedení, neustálé vyrušování při práci (kolegy, pacienty, příbuznými), aj.
- **pracovní role:** nedostatek profesní zkušenosti, nejasné zadání úkolu, nedostatek podpory, pomoci a uznání, nevhodné dispozice pro dané povolání, aj.
- **materiálního prostředí:** hluk, zima, vedro, průvan, chemická a biologická rizika, technické potíže, nedostatečné vybavení, atp.
- **sociálního prostředí:** špatná pracovní atmosféra, komunikace, konflikty s kolegy a nadřízenými, časté změny (personální, organizační, v prostředí), nedostatek informací, nedostatek personálu, aj.
- **integrace pracoviště a behaviorálního nastavení:** osamocení pracovníka (např. při nočních či víkendových službách), dlouhé vzdálenosti mezi odděleními, stejnost jednotlivých oddělení, chodeb a lékařských pokojů, atp.

- **osobnostního nastavení:** strach z úkolů, sankcí, odpovědnosti, chyb, nedostatečná komunikativnost a sociální dovednosti, rodinné konflikty, aj. (Evropská komise, 2010).

Stres je obecně jedním z významných etiologických faktorů psychických i somatických onemocnění. K důsledkům stresu patří také pracovní úrazy, absentismus, snížená produktivita a efektivita práce, užívání alkoholu či jiných návykových látek. Stres je jedním z hlavních faktorů vzniku syndromu vyhoření (Vévoda et al., 2018).

Hartl a Hartlová (2004) definují **syndrom vyhoření** jako ztrátu profesního zájmu nebo osobního zaujetí u osob, jež vykonávají pomáhající profese. Ačkoli byl výskyt syndromu vyhoření prokázán i u jiných zaměstnání, jako například vrcholových sportovců, advokátů či soudců, pomáhající profese stále zůstávají nejrizikovější skupinou (Vévoda et al., 2018). Syndrom vyhoření vzniká v důsledku chronického stresu souvisejícího s prací. Je spojován zejména s velkým očekáváním a ideály zaměstnance, které se však se skutečnými nároky dané pracovní pozice rozcházejí. Stock (2010) vymezuje tři základní symptomy:

- **vyčerpání:** Může nastat například v důsledku vynakládání velkého úsilí do pracovního úkolu bez jistoty dobrého výsledku. Konkrétním příkladem může být pokračování náročné péče u pacienta s velmi malou nadějí na uzdravení (Mealer et al., 2016). Konkrétními příznaky mohou být pocity beznaděje, prázdnoty, nekontrolovanost afektů či apatie, nedostatek energie, chronická únava, kardiovaskulární a gastrointestinální potíže, aj. (Stock, 2010).
- **odcizení:** Projevuje se jako distancovaný, až lhostejný postoj k práci, či cynické a neosobní jednání s kolegy i pacienty. Konkrétním příkladem mohou být neprofesionální komentáře vůči kolegům, obviňování pacientů za jejich onemocnění, nebo neschopnost projevit empatii či smutek, když pacient zemře (Mealer et al., 2016). K dalším projevům můžeme zařadit negativní postoj k sobě samému, k okolí (práci, kolegům, pacientům), pocity méněcennosti, ztrátu sebeúcty a schopností v oblasti sociálních vztahů, atp.

- **snížená výkonnost:** Projevuje se zejména jako nízké profesní sebevědomí, nespokojenost se svými výkony, demotivovanost, nerozhodnost, pocity selhání, nízká produktivita, aj. (Stock, 2010).

Mealer a kolektiv (2016) dále uvádějí vyšší riziko vzniku syndromu vyhoření u zdravotnických profesí v oblasti urgentní a intenzivní medicíny, které je spojeno zejména s vysokou morbiditou a mortalitou pacientů. V souvislosti s tím se často setkávají s traumatickými a eticky složitými situacemi. Odborníci z dané oblasti také vypovídají o vysoké frustraci v souvislosti s nedostatkem času a prostředků pro to, aby těmto pacientům mohli poskytnout odpovídající péči. Vysokou míru trojice výše uvedených symptomů syndromu vyhoření v daných specializacích pociťuje 25-33% zdravotních sester a více než 45% lékařů. Více než 86% zdravotníků se potýká alespoň s jedním z nich. Autoři také uvádějí závažné důsledky syndromu vyhoření, jako jsou posttraumatická stresová porucha, zneužívání návykových látek, či suicidální tendence. V následující tabulce jsou uvedeny rizikové faktory, které v rámci své studie autoři identifikovali:

Tabulka č. 4: Rizikové faktory zvyšující náchylnost pro rozvoj syndromu vyhoření

INDIVIDUÁLNÍ RIZIKOVÉ FAKTORY	ORGANIZAČNÍ RIZIKOVÉ FAKTORY	SPECIFICKÉ RIZIKOVÉ FAKTORY
Nízká sebeúcta	Vysoká pracovní zátěž	Variabilita pracovních směn
Maladaptivní copingové strategie	Konflikty na pracovišti	Rychlé střídání pacientů
Idealistický pohled na svět mladých lékařů	Omezené zdroje a možnosti	Události spojené se smrtí
Nerealistická očekávání	Nedostatek kontroly	
Finanční potíže	Disbalance mezi úsilím a odměnou	
	Nedostatek personálu	
	Rychlé a náhlé institucionální změny	

(Mealer et al., 2016)

Evropská komise (2010) pro oblast zdravotnictví vymezuje následující rizikové faktory: časový tlak, neustálé přerušování práce, nejasné či rozdílné instrukce, malá možnost dělat vlastní rozhodnutí, malá sociální podpora, každodenní konfrontace s lidmi, kteří trpí či umírají, konflikty s pacienty a jejich rodinami, nedostatečná zkušenost a nízká sebeúcta. Vzájemný vztah mezi pracovní spokojeností a syndromem vyhoření byl již potvrzen mnohými výzkumy. Například Dolan (1987) tento vztah zkoumal právě na populaci zdravotních sester. Z výsledků vyplývá, že pracovní nespokojenost je jedním z indikátorů syndromu vyhoření. K faktorům, které vykazovaly silnou korelaci mezi nízkou pracovní spokojeností a závažnou mírou vnímaných symptomů syndromu vyhoření, patří rychlé střídání pacientů a s tím spojený časový tlak a vysoká pracovní zátěž. Obdobné výsledky přináší také novější studie, jejíž výsledky vypovídají o vzájemném vztahu syndromu vyhoření, nízké pracovní spokojenosti a vysokého stupně vnímaného pracovního stresu (Myhren et al., 2013).

2.3.3. Zneužívání návykových látek

Výzkumy ukazují, že lékaři a zdravotní sestry se v užívání návykových látek od široké populace neliší. I tak jsou však zdravotničtí pracovníci skupinou, která je rizikem vzniku závislosti velmi ohrožená. Důvodem je samozřejmě náročnost povolání, zejména v souvislosti s dříve zmíněnou vysokou pracovní zátěží, pracovním stresem a rizikem vzniku syndromu vyhoření (Evropská komise, 2010). Zvýšené riziko vyplývá také ze snadného přístupu k medikamentům. European Agency for Safety and Health at Work (2014) uvádí, že závislost či zneužití léků často vzniká na základě jiných důsledků pracovního vypětí, jako jsou bolesti zad, nespavost či deprese a následného rozhodnutí lékaře sám sebe diagnostikovat a léčit. Každodenní práce s léčivými a znalosti ve farmaceutickém oboru mohou vést k falešnému pocitu kontroly nad situací. Shadbolt (2002) na základě výsledků svého výzkumu uvádí, že léky, které lékaři sami sobě a svým blízkým nejčastěji předepisují, jsou antibiotika, léky na spaní, antihypertenziva, antidepresiva a opiáty.

Věnování pozornosti problematice závislostí zdravotnických pracovníků je zásadní také z hlediska možných dopadů na kvalitu péče o pacienty. Například Dunn (2005) uvádí, že neléčená závislost u zdravotníků může vést k prodlužování reakčního času, odklánění

medikace pro vlastní potřebu či zanedbávání pacientů. Jiné výzkumné závěry také poukazují na to, že kocovina nebo absentismus v důsledku užití alkoholu či drog je frekventovanějším problémem, než akutní intoxikace (Edvardsen et al., 2014).

Zajímavá data přináší studie z roku 2015, která se zabývala závislostmi u populace amerických lékařů. Z výzkumného souboru 7 209 lékařů vykazovalo 15% alkoholovou závislost. Jako nejrizikovější skupinu autoři identifikovali mladé lékařky bez partnerského vztahu a dětí. Výzkum také poukazuje na souvislost s délkou pracovní doby a délkou praxe, tedy čím je delší praxe a kratší pracovní doba, tím je riziko vzniku závislosti menší. Prokazatelná je také souvislost nadužívání alkoholu s pracovní nespokojeností, chybovostí, depresivní symptomatikou, suicidálními tendencemi (8,8%), emočním vyčerpáním a syndromem vyhoření, zejména v oblasti symptomů odcizení. Další zjištěné závislosti se týkaly užívání marihuany (2,7%) a opiátů (1,3%) (Oreskovich et al., 2015). Evropská komise (2010) také uvádí zajímavý fakt, že časový tlak a pracovní zátěž sekundárně podporuje behaviorální závislost na nikotinu. Pauza na cigaretu je totiž často vnímaná jako jediná možnost alespoň malého odpočinku v průběhu náročné pracovní směny.

2.3.4. Násilí ve zdravotnictví

European Agency for Safety and Health at Work (2014) definuje násilí ve zdravotnictví jako jakýkoliv incident, v rámci kterého je zdravotnický pracovník v souvislosti se svou prací verbálně či fyzicky ohrožován nebo napaden pacientem, veřejností nebo členem pracovního kolektivu. To zahrnuje také neprofesionální jednání, neúctu a nedostatek respektu, atp. Evropská komise (2010) uvádí, že je to právě oblast zdravotnictví a sociální práce, kde je výskyt násilí na pracovišti největší (15,2%).

Násilí ze strany pacientů je nejčastěji spojováno se složitou životní situací nemocných osob, strachem a nejistotou pacientů, konkrétními diagnózami (například demencí), medikací, závislostmi či neprofesionálním chováním ze strany zdravotnického pracovníka. Evropská komise však upozorňuje, že možnou příčinou takového chování může být nedostatek personálu a vysoká administrativní zátěž zdravotníků (Evropská komise, 2010). Agresi ze strany pacientů nejčastěji zažívají zdravotníci z oblasti geriatrické, psychiatrické a intenzivní, urgentní a akutní medicíny (European Agency for Safety and Health at Work, 2014). Výsledky meta-analýzy 253 studií ukazují, že 61,9%

zdravotnických pracovníků se s určitým druhem agrese ze strany pacientů setkala. Nejčastější formou je agrese verbální, o které vypovídá až 57,6%, s výhrůzkami se setkala 33,2% a se sexuálním obtěžováním má zkušenost 12,4% pracovníků. Fyzické útoky se týkaly až 24,4% zdravotnického personálu (Liu et al., 2019).

Ve zdravotnickém prostředí se lze setkat také s **násilím ze strany příbuzných a návštěvníků pacientů**. Výzkumné závěry autorů Hahn a kolektivu (2008) ukazují, že v průměru 50% lékařů a sester mají zkušenost s verbálními útoky ze strany příbuzných a 25% zažilo útoky fyzické. Častěji se oběťmi násilí stávají zdravotní sestry, zejména pak na odděleních akutní a urgentní medicíny, intenzivní péče, pediatrie a chirurgie. K nejčastějším důvodům patří pocit příbuzných, že pacient není brán dostatečně vážně, nespokojenost s poskytovanou péčí a nepříjemná vyšetření, která mohou být bolestivá.

Další formou násilí na pracovišti, se kterou se lze ve zdravotnických zařízeních setkat, je **mobbing**. Světová zdravotnická organizace jej definuje jako dlouhodobé a opakované hostilní chování, jež může mít podobu mstivých nebo zlomyslných snah o ponížení či poškození jednotlivce i skupiny zaměstnanců. Může zahrnovat diskriminaci na základě pohlaví, etnické příslušnosti, věku, sexuální orientace, náboženského vyznání a jiných odlišností (WHO, 2003). Evropská komise (2010) uvádí, že častými formami mobbingu jsou degradace a devalvace práce druhých osob, sociální izolace, útoky na osobnost jedince a jeho osobní život, verbální a fyzická agrese či šíření pomluv. Dle Erdogan a Yildirim (2017) se až 66,4% zdravotníků setká se sociální izolací od kolektivu, 71,8% s napadáním profesní role, 78,1% s útoky na osobnost a 28,4% s přímým násilným chováním vůči své osobě. Častěji se oběťmi stávají zdravotní sestry. Z výsledků také vyplývá spojení s nízkou mírou pracovní spokojenosti.

Zajímavá data přináší také studie Spector a spolupracovníků (2013), dle které má až 36,4% zdravotních sester zkušenost s fyzickými útoky, verbální napadání uvádí až 66,9%, mobbing 39,7% a 25% se setkala se sexuálním obtěžováním. U 32,7% sester došlo během útoku ke zranění.

Jakákoliv forma násilí na pracovišti může mít mnoho závažných důsledků. Patří k nim například různá zranění, pracovní nespokojenost, snížení zájmu o práci, absentismus, fluktuace zaměstnanců, deprese a úzkosti, post-traumatická stresová porucha, syndrom vyhoření či suicidální tendence (Liu et al., 2019).

3. Psychologická podpora

Třetí kapitola předkládá různá zdůvodnění, proč je možnost využít určitou formu psychologické podpory právě pro zdravotnické profese důležitá. Dalším tématem jsou možné metody zprostředkování pomoci, zahrnující krizovou intervenci, supervizi, poradenství, či koučink. Kapitola se zabývá také zmapováním již existujících služeb psychosociální podpory pro lékaře a zdravotní sestry.

3.1. Důležitost psychologické podpory pro zdravotnické profese

Domnívám se, že samotná povaha práce lékařů a zdravotních sester je dostatečným argumentem pro vytvoření specializované služby psychosociální podpory. Kromě vysokých kvalifikačních požadavků a velké fyzické i psychické zátěže jsou zdravotnická povolání spojena s nároky na sociální dovednosti a interpersonální vztahy, a to nejen mezi kolegy, ale také vůči pacientům. McCue (1982) uvádí, že právě vztah lékař/sestra-pacient je jádrem zdravotnických profesí a může tedy být zdrojem motivace a úspěchu. Současně ale může být také spouštěčem nejzávažnějších rizikových faktorů. Strachy pacientů jsou do lékařů a sester často projikovány. Mohou se také setkat s nepřijetím a antipatiemi ze strany pacientů a příbuzných. Zásadní je také velká míra odpovědnosti lékaře, který svým rozhodnutím může zásadně ovlivnit osud pacienta. Ze všech těchto důvodů je velmi důležité, aby si lékaři a sestry vytvořili funkční **copingové strategie**, které jim tyto situace pomohou zvládat. Tyto strategie ve své studii mapovali O'Dowd a jeho spolupracovníci (2018), kteří je dále rozdělili na dvě kategorie - protektivní praktiky a protektivní postoje. Z hlediska praktik se nejvíce funkčním copingem ukázalo být budování dobré work-life balance (80%). K této strategii patří schopnost mimo práci skutečně „vypnout“, do určité míry se odosobnit od složitých osudů pacientů, a tedy také snaha nenosit si příliš mnoho pracovních starostí domů. Druhou nejvýznamnější strategií je zapojení do volnočasových aktivit. Dalšími účinnými copingy, jež autoři identifikovali, jsou vzájemná podpora v rámci pracovního kolektivu, sociální opora ze strany rodiny a přátel a v neposlední řadě také šťastné manželství či partnerství. Z hlediska postojů se jako důležité ukázalo být udržování nadhledu (například nebrat si určité věci osobně, ale nahlížet na ně v kontextu pracovní zátěže), sebeuvědomění a reflexe (chápaní vlastní role, odpovědnosti a možností), realistický přístup a smíření (přijetí faktu, že ne vždy je možné pomoci).

Zajímavým fenoménem je také **péče lékařů o vlastní zdraví**. Kay a její spolupracovníci (2008) prostřednictvím meta-analýzy vymezili tři druhy bariér, na které při hledání zdravotní pomoci lékaři narážejí. První kategorie zahrnuje faktory na straně lékaře v **roli pacienta**. Patří sem zejména:

- **pocit studu a rozpaky:** zahrnuje strach, že si kolegové budou myslet, že reagují přehnaně na triviální onemocnění; pocit, že by kolegy neměli zatěžovat; strach, že sebeléčba, kterou zahájili, nebyla správná; větší neochota vyhledat pomoc při psychických potížích, závislostech
- **nedostatek času a cena:** potřeba vzít si volno, nemožnost odsunout práci z důvodu nemocenské, aj.
- **osobnostní faktory:** vliv externího či interního locus of control, konkrétní specializace, aj.
- **vědomosti z oblasti medicíny:** např. tendence bagatelizovat symptomy či falešný pocit kontroly

Data jiné studie potvrzují, že až 71% lékařů při návštěvě jiného lékaře zažívá pocity trapnosti (Davidson & Schattner, 2003). Shadbolt (2002) dále uvádí, že až 70% lékařů se rozhodne vyhledat pomoc jiného lékaře až v případě, že jsou skutečně vážně nemocní. Data studie provedené na populaci norských lékařů ukazují, že až 80% z nich během posledního roku nepřestalo chodit do práce i přes onemocnění, pro které by své pacienty poslali na nemocenskou (Rosvold & Bjertness, 2001). Druhou kategorií jsou **faktory na straně zaměstnavatele**. Jedná se o:

- **zachování mlčenlivosti:** přístup kolegů do systému, šíření osobních informací v rámci pracovního kolektivu, atp.
- **kvalitu poskytované péče:** např. znalost nedostatků místního systému (Kay et al., 2008)

Také Agrawal (2018) uvádí, že ačkoli by lékařská péče na místě, kde je zdravotník zaměstnaný, mohla přinést určité výhody, lékaři často právě pro zachování soukromí vyhledají odbornou pomoc na jiném místě. Třetí kategorií jsou **faktory na straně systému**. Autoři sem řadí:

- **strukturální bariéry:** dlouhá pracovní doba, potíže sehnat lékaře na zástup, nedostatek prevence v rámci dané problematiky, aj.
- **bariéry z hlediska medicínské kultury:** tlak komunity a kolegů na zdraví lékařů a tedy obavy přiznat potíže, což vede k léčbě sebe sama (Kay et al., 2008).

Větší neochotu vyhledat pomoc v případě **psychických potíží** potvrzují mnohé studie. Dle výzkumných dat Davidsonové a Schattnera (2003) tuto skutečnost potvrzuje až 90% praktických lékařů a 83% lékařů jiných specializací. Výsledky meta-analýzy z roku 2015 ukazují, že každý čtvrtý lékař má zkušenosti s depresemi. Data poukazují na třikrát větší incidenci depresivních stavů než u obecné populace (Mata et al., 2015). Agrawal (2018) také upozorňuje, že v situacích, jako je například úmrtí pacienta, bývá případná psychologická pomoc směřována pouze na rodinu pacienta. Psychický stav zdravotnických pracovníků zůstává bez kontroly, ačkoli se v důsledku takových okolností mohou běžně dostavit například úzkosti, výkyvy nálad, nespavost, noční můry či pocity viny. Výsledky studie autorů Kirkcaldy a Martin (2000) v porovnání s normami poukazují na vyšší míru výskytu psychických potíží také u zdravotních sester. Za základní faktory, které vznik těchto potíží ovlivňují, považují sebedůvěru, kompetence související s rolí zdravotní sestry a konflikt pracovního a osobního života. Právě tento konflikt se ukázal být nejvlivnějším. Další výzkumná data ukazují, že až 26,3% zdravotních sester trpí úzkostnými stavy, u 5,9% sester byla diagnostikována klinická deprese a až 44,8% sester se domnívá, že v posledním roce onemocněly v důsledku pracovního stresu (Mark & Smith, 2012).

Důležitým tématem je také **chybovost**. Ta může mít až fatální dopady na pacienta a sekundárně samozřejmě také znovu na zdravotnický personál. Výsledky studie ukazují, že 65% chyb lékařů vzniklo v důsledku vyčerpání po dlouhé pracovní směně. Zásadní roli hraje také neadekvátní supervize a vystavování mladých lékařů situacím, pro které nemají dostatek zkušeností (Bari et al., 2016). Důvody chybovosti zdravotních sester se zabývala studie autorů Alemdar a Yaman (2013). Za nejvýznamnější zdroje chyb byly označeny únava (38,5%), vysoká pracovní zátěž (36,4%), dlouhé pracovní směny (34,6%), počet směn za měsíc (32,1%) a stres (29,5%). Výsledky vybraných výzkumů, které se zabývaly dopady chybovosti na pocity lékařů a sester, prezentuje následující tabulka:

Tabulka č.5: Dopady chybovosti na pocity a další práci lékařů s sester

STUDIE	DOPADY	%
Newman (1996)	Zpochybňování sebe sama	96 %
	Zklamání	93 %
	Sebeobviňování	86 %
	Stud	54 %
	Strach	50 %
Waterman et al. (2007)	Strach spojený s možným chybováním v budoucnu	61 %
	Ztráta sebevědomí	44 %
	Poruchy spánku	42 %
	Snížená pracovní spokojenost	42 %
	Poškození pracovní reputace	13 %
Christensen et al. (1992)	Strach, vina, zlost, pocity studu, ponížení, a utrpení trvající měsíce až roky	

(Christensen et al., 1992; Newman, 1996; Waterman et al., 2007)

Newman (1996) také uvádí, že podpora, kterou by lékaři v takových situacích potřebovali, zahrnuje možnost mluvit s někým o tom, co se stalo (63%), ujištění z hlediska kompetentnosti (59%), potvrzení procesu rozhodování (48%) a práce na znovunalezení sebeúcty (30%). Domníváme se, že v takových případech by program podpory pro lékaře a sestry mohl být velmi přínosný.

Zásadním tématem v kontextu argumentů pro důležitost psychologické podpory pro lékaře a sestry je také téma **suicidality**. Výsledky meta-analýzy autorů Schernhammerová a Colditz (2004) ukazují, že v porovnání s obecnou populací je míra sebevražd v populaci lékařů mírně vyšší u mužů, a dokonce významně vyšší u žen. Stack (2004) navíc uvádí, že riziko sebevraždy je u lékařů a lékařek až 2,5 krát větší, než u obecné populace. Také studie Davise a jeho spolupracovníků (2021) přináší alarmující data, dle nichž je incidence sebevražd na 100 000 obyvatel u žen obecné populace 8,6 a u zdravotních sester 17,1, tedy až dvakrát tolik. Data další meta-analýzy ukazují, že z hlediska specializací je nejvíce dokonaných sebevražd u praktických lékařů (32%), interních lékařů (16%) a psychiatrů (11%). Také tato studie poukazuje na větší prevalenci sebevražd

u lékařů (4%) než u obecné populace (1%) (Dutheil et al., 2019). Wei a kolektiv (2022) také upozorňují na signifikantní vztah mezi chybovostí a suicidálními myšlenkami. Dále uvádějí, že čím delší je pracovní doba, tím je riziko suicidálních myšlenek větší.

3.2. Možné metody pro poskytnutí psychologické podpory

Následující podkapitola shrnuje konkrétní metody, které je v určitých situacích obecně možné využít. Konkrétně se jedná o koučink, krizovou intervenci, poradenství a supervizi. Předkládá také výzkumná data o jejich efektu, či možném využití v souvislosti se zdravotnickými profesemi.

3.2.1. Koučink

Náhlovský a Suchý (2007, s. 15) definují koučování jako „*specifickou a dlouhodobou péči o člověka, o jeho úspěšnost a růst v profesním ale i osobním životě.*“ Jeho základem je rovnocenný partnerský vztah, který předpokládá vzájemnou důvěru, otevřenost a upřímnost. Cílem kouče je dovést klienta prostřednictvím vhodných otázek k sebepoznání, vizi vlastní budoucnosti, nalezení svého cíle a jeho postupné naplňování.

Co se týče výzkumných dat, lze uvést výsledky studie, v rámci které autoři prostřednictvím vnitrosubjektového pretest-posttest designu zkoumali efekt koučinku na pracovníky v oblasti zdravotnictví. Data ukázala, že po absolvování šesti hodinových koučovacích setkání došlo k signifikantnímu posílení resilience, důvěry ve vlastní schopnosti, myšlení zaměřeného na řešení, či schopnosti nahlížet na věci z různých úhlů pohledu. Byla také prokázána redukce vnímaného stresu a úzkosti. Účastníci dále hovoří o přenesení získaných zkušeností do osobního života a sekundárně tedy také o zlepšení v oblasti work-life balance a osobních vztahů (Grant et al., 2017). Data jiné studie, jež sledovala rozdíly mezi intervenční a kontrolní skupinou, taktéž ukazují na pozitivní vliv na určité aspekty well-beingu lékařů. V rámci tohoto výzkumu absolvovala intervenční skupina telefonický koučink v časové dotaci jednoho hodinového vstupního koučinku a následně dalších pěti, trvajících 30 minut. Zásadní změny byly zaznamenány zejména v redukcí symptomů syndromu vyhoření, zlepšení v oblasti vnímaného emocionálního vyčerpání, posílení resilience a vnímaném zlepšení celkové kvality života (Dyrbye et al., 2019). Další data ukázala zvýšení resilience lékařů prostřednictvím práce se třemi

základními tématy v rámci tří až osmi koučinkových sezení. Zmíněnými tématy jsou nastavení hranic a prioritizace, péče o sebe sama a sebeuvědomování. Autorky také zmiňují nepřímý pozitivní vliv koučinku na kvalitu péče o pacienty (Schneider et al., 2014).

3.2.2. Krizová intervence

Vodáčková (2002, s. 60) definuje krizovou intervenci jako „*odbornou metodu práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou, ohrožující.*“ Jejím hlavním cílem je náročnou situaci klienta zpřehlednit, identifikovat a eliminovat ohrožující či kontraproduktivní tendence a podporovat klienta v aktivním a konstruktivním zapojení vlastních sil, schopností a potenciálu pro překonání dané krizové situace (Vodáčková, 2002).

Z výzkumných dat lze uvést výsledky studie Malika a kolektivu (2021), kteří se zabývali možnostmi psychologické pomoci zdravotníkům v průběhu pandemie Covid-19. Data ukázala, že až 20% zdravotníků z daného výzkumného souboru v době výzkumu procházelo akutní krizí a že právě krizová intervence pro ně byla účinnou pomocí. Hlavní interventy identifikovaná témata se týkala prožívaných úzkostí, pocitů zlosti, vyčerpání, stresu vzniklého v důsledku dehumanizovaných interakcí s pacienty skrze nutnost nošení ochranných pomůcek a péče o umírající pacienty bez možnosti pustit za nimi rodinné příslušníky. Účinnost krizové intervence pro zdravotníky v době pandemie potvrzuje také další studie, v rámci které intervenovaní zdravotníci hodnotili prospěšnost této pomoci na škále 0 až 10 průměrnou hodnotou 8,4. Pouze tři osoby z celkového počtu 150 participantů neshledaly krizovou intervenci jako účinnou (Rodriguez-Vega et al., 2020).

3.2.3. Poradenství

Psychologické poradenství je specifická forma pomoci, jejímž hlavním cílem je podpora a facilitace klienta v sebepoznávání, akceptaci emocí, růstu, hledání a využívání zdrojů, aktivnímu řešení problémů a vnitřních konfliktů, procesu rozhodování, získávání vhledu, aj. (Gladding, 2004).

Efektem poradenství u lékařů hledajících pomoc se zabývala studie autorky Isaksson-Ro a kolektivu (2008). Výsledky ukázaly, že po roce, kdy lékaři pravidelně navštěvovali poradce, došlo k signifikantní redukci emočního vyčerpání. Mnoho lékařů

také v důsledku poradenské práce omezilo pracovní hodiny, což se také ukázalo být hlavním faktorem spojeným s emočním vyčerpáním. Dále došlo ke snížení absentismu v důsledku onemocnění (z původních 36% na 6%) a také vzrostl počet doktorů, kteří se rozhodli vyhledat psychoterapeutickou pomoc (z původních 20% na až 53%). Autoři pokračovali další studií, jež potvrdila významnou redukci emočního vyčerpání, prožívaného pracovního stresu a dalších symptomů syndromu vyhoření (Isaksson-Ro et al., 2010).

3.2.4. Supervize

Supervizi lze definovat jako odborný dohled profesionála v konkrétním oboru, který supervidovaným osobám napomáhá zvyšovat kvalitu práce, předcházet chybám, rozšiřovat možnosti a diskutovat správnost pracovního postupu v souladu s posláním daného pracoviště. Může být účinná v prevenci syndromu vyhoření, využívání vlastních zdrojů nebo také v případech, kdy se zdravotník potýká s přepracováním, pocity viny, bezmocí, aj. (Michková, 2008). Venglářová (2013) dodává, že v rámci supervize mohou lékaři a sestry ventilovat a zpracovat emoce, které se mohou v souvislosti s náročnými pracovními situacemi objevit. Formou supervize je také peer-supervize či intervize, jejímž cílem je vzájemná podpora mezi kolegy v krizových situacích a v rámci prevence.

Pozitivní efekt supervize u zdravotních sester uvádí například studie Bégatové a jejích spolupracovnic (2005). Výsledky ukazují na signifikantní rozdíl ve vnímaném well-beingu mezi pravidelně supervidovanými sestrami a sestrami bez supervize, zejména potom v oblasti vnímané anxiety a vlastní kontroly. Jiná studie, zabývající se vnímanou potřebou supervize mezi sestrami a pediatry na jednotkách intenzivní péče ukazuje, že až 64% respondentů se domnívá, že by supervize měly být povinné a probíhat alespoň jednou měsíčně, 13% by si přálo supervize dokonce každý týden (Gehring et al., 2002).

3.3. Již existující služby a programy

V českém prostředí lze nalézt linku kolegiální (peer) podpory pod organizací **Systém psychosociální intervenční služby (SPIS)**, která funguje pod záštitou Ministerstva zdravotnictví. Na psychickou pomoc se zaměřuje od roku 2014. Linka je dostupná denně v čase 8:00 až 22:00 a jejími hlavními cíli je poskytnutí podpory

při zpracování akutních událostí, pomoci k lepší připravenosti pro zvládnání dalších úkolů, pomoci v návratu k činnosti a také snaha předejít dlouhodobé zátěži v důsledku nezpracovaných profesních situací. Kromě poskytování intervencí se služba ve spolupráci se zdravotnickými školami zaměřuje také na edukační a preventivní činnost (SPIS, n.d.).

Ze zahraničních programů lze uvést službu **ReMed**, fungující pod záštitou Švýcarské zdravotnické asociace. Kromě krizové linky, dostupné 24 hodiny denně, program nabízí také aktivity zaměřené na prevenci (workshopy, improvizální divadlo pro trénink reakcí na různé situace, atp.), koučink a poradenství (například pro řešení konfliktů, redukci anxiety, práci na work-life balance, atp.) či mentoring a pracovní stáže (pro získání pracovního sebevědomí, redukci strachu z nedostatku vlastních schopností, aj.). Na stránkách společnosti lze nalézt také konkrétní případové studie týkající se práce se závislostmi, depresemi, pracovním přetížením, osobními a jinými problémy, se kterými se zdravotníci na službu obracejí (ReMed, 2019).

Příkladem další služby psychosociální podpory je kanadský program s názvem **Physician Health Program**. Podpora je zaměřená jak na praktikující lékaře, tak na lékaře v důchodu. Pomoc nabízí také studentům medicíny a rodinným příslušníkům lékařů. K nabízeným službám patří taktéž krizová linka (24 hodin denně), dále krátkodobé poradenství u poradců přímo pod projektem, či propojení s externími odborníky v oblasti poradenství, koučinku či terapie. V rámci programu také dvakrát měsíčně probíhá peer podpůrná skupina prostřednictvím online platformy Zoom, do které je možné se připojit anonymně (Physician Health Program, n.d.).

Určitou formu pomoci, většinou taktéž pod názvem **Physician Health Program**, nabízí také 48 amerických států. Většina z nich se zaměřuje zejména na pracovní stres a syndrom vyhoření, problémy v pracovních i osobních vztazích, problematiku zneužívání návykových látek a psychické a jiné problémy, které mohou ovlivňovat práci i osobní život zdravotnických pracovníků (Federation of State Physician Health Programs, 2018).

White a kolektiv (2008) uvádí další možnosti podpory lékařů a sester, které v rámci některých organizací fungují. Zmiňuje například **řízení stresu kritických událostí**, jež spočívá v možnosti zavolat speciálně školený tým pro provedení debriefingu pro zdravotníky po krizové a traumatické události. Doba nepřítomnosti zdravotníka skrze takový meeting je zřizovatelem proplácena. Účast zdravotníků je dobrovolná.

Shrnutí

Pro účely diplomové práce budeme vzhledem ke zvoleným metodám vycházet z obecné definice pracovní spokojenosti jako souboru pozitivních či negativních postojů zaměstnance vůči své práci (Spector, 1997). Ačkoli se vymezení faktorů, které pracovní spokojenost či nespokojenost ovlivňují, v mnohém liší na základě přístupu konkrétního autora, lze říci, že napříč koncepty je důležitost přikládána zejména samotné náplni a variabilitě práce, pracovním podmínkám, mzdě a benefitům, vztahům na pracovišti a možnostem kariérního postupu (Buitendach, 2005; Hagedorn, 2000; Kociánová, 2010; Luthans, 2010; Plevová, 2012; Štikar et al., 2003). Z hlediska teorií pracovní spokojenosti se jako nejlépe aplikovatelné na prostředí zdravotnictví jeví Maslowova teorie potřeb a Herzbergova dvoufaktorová teorie (Alshmemri et al., 2017; Hale et al., 2020; Shapiro et al., 2018).

Z hlediska faktorů ovlivňujících pracovní spokojenost zdravotních sester se napříč výzkumnými závěry jako nejzásadnější ukazují aspekty péče o pacienty, mzda, vysoká pracovní zátěž, pracovní doba, vztahy na pracovišti a work-life balance (Hart, 2001; McNeese-Smith, 2001; Vévoda et al., 2011). Faktory ovlivňující spokojenost lékařů se se sestrami v mnohém shodují. Navíc se u nich však objevuje důležitost určité míry autonomie a kontroly, administrativní zátěž či nedostatek zdrojů (Freeborn, 2001; Pathman et al., 2002; O'Dowd et al., 2018). Výzkumy také poukazují na nižší pracovní spokojenost sester oproti lékařům a nižší životní spokojenost zdravotnických pracovníků oproti obecné populaci (Klaghofer et al., 2011; Myhren et al., 2013; Tyssen et al., 2008). Výzkumná data také potvrzují rizikovost psychosociálních faktorů, jako je pracovní doba, stres a syndrom vyhoření, návykové látky a násilí. Nejrizikovější skupinou se zdají být mladí zdravotníci bez závazků z oboru interní a urgentní medicíny či intenzivní péče (Hahn et al., 2008; Leight et al., 2011; Mealer et al., 2016; Pathman et al., 2002).

Třetí kapitola upozorňuje na určité bariéry, které mohou zdravotníkům bránit ve vyhledání pomoci, problematiku chybovosti, psychických potíží a suicidality. Současně předkládá data, dle kterých metody podpory, jako je koučink, krizová intervence, poradenství a supervize, mohou být v určitých případech efektivní pomocí. Co se týče již existujících programů podpory zdravotníků, nejčastější formou je právě linka krizové intervence.

VÝZKUMNÁ ČÁST

4. Výzkumný cíl a formulace výzkumných otázek

V rámci teoretické části diplomové práce bylo předloženo mnoho výzkumných dat, která vypovídají o náročnosti práce ve zdravotnictví a rizicích, jež jsou se souvisejícími profesemi spojená. Data také potvrzují zřejmou spojitost mezi spokojeností lékařů a sester a kvalitou poskytované péče. Proto věřím, že je všeobecným zájmem věnovat pozornost pracovní i životní spokojenosti právě těchto profesí a to mimo jiné také prostřednictvím péče o jejich psychické zdraví.

Výzkumná část diplomové práce je rozdělená na kvalitativní a kvantitativní část a zaměřuje se na možné rozdíly mezi lékaři a zdravotními sestrami. Předpoklad, že by v rámci případné péče mohly existovat rozdíly, vychází z informací uvedených v teoretické části práce o rozdílech v kompetencích, pracovní náplni, pracovní spokojenosti i určitých faktorech, které ji ovlivňují. Hlavním cílem kvalitativní části práce je zjistit, jak by si lékaři a sestry sami představovali funkční systém pro jejich psychickou podporu. K dalším cílům patří popsat oblasti, které fungují jakou spouštěče krize, či jsou hlavními stresory, a také prozkoumat, zda mají lékaři a sestry v rámci zaměstnání možnost určité psychologické podpory využít. Kvantitativní část práce zjišťuje rozdíly mezi lékaři a sestrami v životní a pracovní spokojenosti. Konkrétní výzkumné otázky a hypotézy jsou pak formulovány takto:

• VÝZKUMNÉ OTÁZKY:

- **VO₁:** Je v rámci zaměstnání pečováno o psychické zdraví lékařů a sester?
- **VO₂:** Jaké jsou hlavní stresory, se kterými se v práci lékaři setkávají?
- **VO₃:** Jaké jsou hlavní stresory, se kterými se v práci zdravotní sestry setkávají?
- **VO₄:** Jaká je představa lékařů a zdravotních sester o funkční psychologické podpoře?

• HYPOTÉZY

- **H₁:** Mezi lékaři/lékařkami a zdravotními sestrami/bratry existuje statisticky signifikantní rozdíl v pracovní spokojenosti.
- **H₂:** Mezi lékaři/lékařkami a zdravotními sestrami/bratry existuje statisticky signifikantní rozdíl v životní spokojenosti.

5. Metodologický rámec

Pro získání odpovědí na výzkumné otázky a otestování formulovaných hypotéz byl zvolen smíšený výzkumný design. Takový design předpokládá, že v rámci sběru či analýzy dat je kombinován alespoň jeden kvalitativní přístup s alespoň jedním přístupem kvantitativním. Přínosem takové kombinace může být lepší pochopení výzkumného problému (Creswell & Plano Clark, 2017).

Kvantitativní část výzkumu lze z hlediska svého cíle označit za deskriptivní. Konkrétně se vzhledem ke srovnávání dvou skupin (lékařů a sester) jedná o diferenciační studii. Případné rozdíly v pracovní a životní spokojenosti lékařů a sester budou zjišťovány statistickou analýzou dat získaných prostřednictvím standardizovaných dotazníků (Zháněl et al., 2014). Cílem kvalitativní části práce je potom spíše explorace dané oblasti, tedy zmapování a následný popis konkrétních jevů souvisejících s profesí lékařů a sester a také popis případných vztahů mezi těmito aspekty (Zháněl et al., 2014). Data byla získávána prostřednictvím polostrukturovaného dotazníku s převahou otevřených otázek. Funkcí uzavřených otázek byla spíše interaktivnost dotazníku a tedy možnost přeskokovat otázky, které nejsou pro daného respondenta relevantní. Odpovědi na výzkumné otázky budou získávány prostřednictvím metody zakotvené teorie. Dle Strausse a Corbinové (1999, s.14) tedy *„nezačínáme teorii, kterou bychom následně ověřovali. Spíše začínáme zkoumanou oblastí a necháváme, ať se vynoří to, co je v této oblasti významné.“*

5.1. Strategie výběru výzkumného souboru

Základní výzkumný soubor tvoří lékaři, lékařky, zdravotní sestry a zdravotní bratři, kteří jsou aktuálně zaměstnaní v oblasti zdravotnictví. Do základního souboru tedy nespádají studenti daných oborů, zdravotníci, kteří ve zdravotnictví již nepracují včetně lékařů a sester v důchodu. Těmto kritériím pak odpovídají všichni lékaři a sestry pracující v nemocnicích či ambulancích nehlédě na skutečnost, zda dané zařízení patří do státního či soukromého sektoru. Dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS) byl v roce 2017 počet lékařů 42 021. Počet zdravotních sester dle počtu úvazků ze stejného roku odpovídá číslu 79 415 (ÚZIS, 2017). Pro získání výběrového souboru byly použity nepravděpodobnostní metody výběru. Vzhledem k hlavním kritériím, kterými je profese lékaře či zdravotní sestry s aktuální praxí ve zdravotnictví, se jedná

o záměrný výběr. Na základě těchto kritérií byl dotazník distribuován prostřednictvím sociálních sítí do příslušných skupin či do emailových schránek konkrétních osob. Zásadním principem výzkumu je samozřejmě dobrovolná účast respondentů. Z osob oslovených prostřednictvím záměrného výběru tvoří výzkumný soubor účastníci získaní prostřednictvím samovýběru. Dotazník byl zapojenými osobami také dále šířen do soukromých pracovních skupin v rámci jednotlivých nemocnic či konkrétních oddělení. Jedná se tedy také o výběr metodou sněhové koule.

5.2. Metoda získávání dat

Data byla získávána prostřednictvím dotazníkové metody. Kompletní dotazník má elektronickou podobu a skládá se ze tří částí: dotazníku zaměřeného na psychologickou podporu, dotazníku pracovní spokojenosti a dotazníku životní spokojenosti. Ve společném úvodu nalezneme text s prosbou o participaci na výzkumném projektu a informace o tom, co je jeho účelem. Obsahuje také ujištění o anonymizaci dat a možnosti z výzkumu kdykoli odstoupit. Dále informuje o některých charakteristikách dotazníku, jako je počet částí, či předpokládaná časová dotace. Samozřejmostí jsou příslušné kontakty pro zodpovězení případných dotazů a poděkování za účast. Společná část se také dotazuje na sociodemografické údaje jako je věk, pohlaví, profese a pracovní pozice, obor medicíny, sektor (státní či soukromý), specifika péče (lůžková/ambulantní, akutní/chronická, JIP/standart) a délka praxe (viz. příloha č.3).

5.2.1. Dotazník psychologické podpory

První část dotazníku je zaměřená na sběr kvalitativních dat, která se týkají možných aspektů psychologické podpory. Metodou jejich získávání je polostrukturovaný dotazník vlastní konstrukce, který obsahuje šest základních otázek, z nichž čtyři jsou otázky otevřené a dvě uzavřené s volbou odpovědi. Na základě této volby je pak respondent odkázán na osm doplňujících otázek. Z těchto je pak jedna s volbou odpovědi a zbylé čtyři otevřené. Z hlediska konkrétních témat lze dotazník rozdělit na část zjišťující vnímanou stresovou zátěž, angažovanost zaměstnavatele, využívání určité formy psychologické podpory či zájem o ni, bariéry, bránící případnou podporu využít a představu o její možné podobě. Stresovou zátěží se zabývají čtyři otázky. Konkrétně zjišťují, jak často se v rámci

práce cítí být lékaři a sestry ve stresu, dále spouštěče či stresory, které stres vyvolávají, možné dopady a projevy pracovního stresu v jiné oblasti života zdravotníků a v neposlední řadě také strategie, které pro redukci stresu lékaři a sestry používají. Angažovanost zaměstnavatele je zjišťována prostřednictvím uzavřené otázky s možností volby odpovědi ano/ne. V případě, že respondent odpoví, že se zaměstnavatel psychickému zdraví věnuje, je prostřednictvím doplňujících otázek zjišťováno jakým způsobem. Zájem a využívání určité psychologické podpory je zjišťováno taktéž prostřednictvím jedné hlavní otázky s možností volby odpovědi. Odpoví-li respondent, že nějakou službu psychologické podpory využívá, je dále dotazován na její podobu, frekvenci a vnímaný efekt. Pokud účastník odpoví, že žádnou formu psychologické podpory nevyužívá, ale přitom by chtěl, je poté prostřednictvím doplňujících otázek dotazován, jaké existují pro vyhledání pomoci bariéry, a co si sám myslí, že by mu mohlo pomoci. Dotazník je zakončen prostorem pro případný komentář, připomínku, poznámku či konkrétní zkušenost respondenta.

5.2.2. Dotazník pracovní spokojenosti

Standardizovaný dotazník pracovní spokojenosti se skládá z pěti oblastí, kterými jsou specifika zaměstnání, pracovní podmínky, interpersonální vztahy, zpětná vazba a ocenění a přesah zaměstnání. Každá z těchto oblastí je sycena pěti položkami, jež vycházejí z dotazníků spokojenosti autorů McCloskey a Mueller (MMSS), metodických pokynů evropské unie pro šetření spokojenosti zaměstnanců a metody Job Satisfaction Scale (JSS), jejíž autorem je Spector. U každé z položek respondent vybírá na čtyřstupňové škále jednu z následujících možností:

- (1) velmi nespokojen
- (2) spíše nespokojen
- (3) spíše spokojen
- (4) velmi spokojen

Oblast **specifika zaměstnání** zjišťuje spokojenost s finančním ohodnocením, možnostmi čerpání dovolené, pracovní dobou a kompenzací přesčasů. Příkladem konkrétní formulace položky je: „*Se svou pracovní dobou jsem..*“ (Mueller & McCloskey, 1990). Kategorie **pracovních podmínek** zahrnuje zhodnocení spokojenosti s mírou odpovědnosti,

možnostmi své pracovní podmínky ovlivňovat, podílet se na organizačních rozhodnutích, možnostmi dalšího vzdělávání a kariérního postupu a dostatkem času pro kvalitní výkon práce. Příkladem konkrétní položky je: „*S mírou odpovědnosti vzhledem ke kompetencím, které vykonávám, jsem..*“. Do oblasti **interpersonálních vztahů** jsou zařazeny položky zjišťující spokojenost s přístupem nadřízeného, vztahy se zdravotními sestrami, vztahy s lékaři a lékařkami, s fungováním mezioborové spolupráce a s důvěrou vůči vedení. Příkladem lze uvést: „*S tím, jak funguje mezioborová spolupráce, jsem..*“ (Ministerstvo vnitra, 2019; Mueller & McCloskey, 1990). **Zpětná vazba a ocenění** je kategorie zahrnující ocenění nadřízenými za dobře odvedenou práci, ocenění spolupracovníky, spokojenost s frekvencí zpětné vazby a její smysluplností a také spokojenost s tím, nakolik je práce společensky doceňovaná. Konkrétně zde nalezneme například i položku: „*Se smysluplností zpětné vazby, které se mi dostává, jsem..*“. Jako ukázkou položky, spadající do oblasti **přesahu zaměstnání** lze uvést například následující: „*S možností vyvažovat pracovní a osobní život jsem..*“. Kromě work-life balance se v rámci kategorie dotazujeme na vnímanou smysluplnost práce, na plán v současném zaměstnání zůstat ještě alespoň po dobu dvou let, na doporučení práce v oboru svým známým a v neposlední řadě také na to, zda respondenta jeho práce baví (Ministerstvo vnitra, 2019; Mueller & McCloskey, 1990; Spector, 1985).

Na konci každé sledované oblasti se nachází prostor pro případný komentář, připomínku, konkrétní zkušenost či jakoukoliv jinou poznámku ze strany respondentů. Pro přehlednost celé metody získávání výzkumných dat byly formulace jednotlivých položek napříč metodami různých autorů sjednoceny dle vzoru položek v dotazníku životní spokojenosti Fahrenberga (viz. kapitola 5.2.3.).

5.2.3. Dotazník životní spokojenosti

Pro zjišťování životní spokojenosti lékařů a sester byl zvolen standardizovaný dotazník Fahrenberga a kolektivu v českém překladu Kateřiny a Tomáše Rodných (DŽS). Dotazník se skládá z deseti okruhů, které reprezentují určité oblasti života. Jedná se o zdraví, práci a zaměstnání, finanční situaci, volný čas, manželství a partnerství, vztah k vlastním dětem, vlastní osobu, sexualitu, přátele, známé a příbuzné a bydlení. Každá z oblastí obsahuje sedm položek, na které v originálním dotazníku respondent

odpovídá na sedmistupňové škále od „*velmi spokojen*“ po „*velmi nespokojen*“ (Fahrenberg et al., 2001). Pro účely diplomové práce však byla zvolena škála pouze čtyřstupňová. Účastník tedy stejně jako u dotazníku pracovní spokojenosti vybíral z možností: (1) velmi nespokojen, (2) spíše nespokojen, (3) spíše spokojen a (4) velmi spokojen. Důvodem této změny byla snaha o sjednocení a zjednodušení dotazníku vzhledem k celkové délce kompletní metody získávání dat (tj. včetně dotazníku psychologické podpory a pracovní spokojenosti) a tedy i redukci potřebné časové dotace. Byla také vyřazena možnost neutrální odpovědi, jako například „*ani nespokojen ani spokojen*“ či „*nevím*“ a to z důvodu nutnosti přiklonění se k některému z pólů na škále spokojenost-nespokojenost. Dalším rozdílem oproti originálnímu dotazníku je prostor pro komentář na konci každé z deseti oblastí. Označení jednotlivých škál, jejich vnitřní konzistenci a příklady položek zobrazuje následující tabulka:

Tabulka č.6: Jednotlivé škály a ukázkové položky metody DŽS

	ŠKÁLA		UKÁZKA POLOŽKY	α
1	Zdraví	ZDR	„ <i>Se svou fyzickou kondicí jsem..</i> “	0,91
2	Práce a zaměstnání	PAZ	„ <i>Se svou pozicí v zaměstnání jsem..</i> “	0,93
3	Finanční situace	FIN	„ <i>Se svým majetkem jsem..</i> “	0,93
4	Volný čas	VLC	„ <i>S kvalitou odpočinku ve volném čase během týdne a o víkendech jsem..</i> “	0,91
5	Manželství a partnerství	MAN	„ <i>S pochopením, které má pro mne můj partner/moje partnerka jsem..</i> “	0,94
6	Vztah k vlastním dětem	DET	„ <i>Pomyslím-li na to, jak vycházím se svými dětmi, jsem..</i> “	0,90
7	Vlastní osoba	VLO	„ <i>Se svými schopnostmi a dovednostmi jsem..</i> “	0,88
8	Sexualita	SEX	„ <i>Pomyslím-li na soulad s partnerem v oblasti sexuality, jsem..</i> “	0,92
9	Přátelé, známí a příbuzní	PZP	„ <i>S kontaktem se svými příbuznými jsem..</i> “	0,84
10	Bydlení	BYD	„ <i>S výdaji za bydlení (nájemné, příp. splátky) jsem..</i> “	0,82

(Fahrenberg et al., s. 34, 2001)

Celková hodnota životní spokojenosti je dána součtem hodnot sedmi z deseti uvedených škál, ke kterým patří zdraví, finanční situace, volný čas, vlastní osoba, sexualita, bydlení a také přátelé, známí a příbuzní. Zbylé škály nejsou zahrnuty, protože tato data mohou na základě individuální životní situace chybět (Fahrenberg et al., 2001).

5.3. Průběh získávání dat a etické hledisko výzkumu

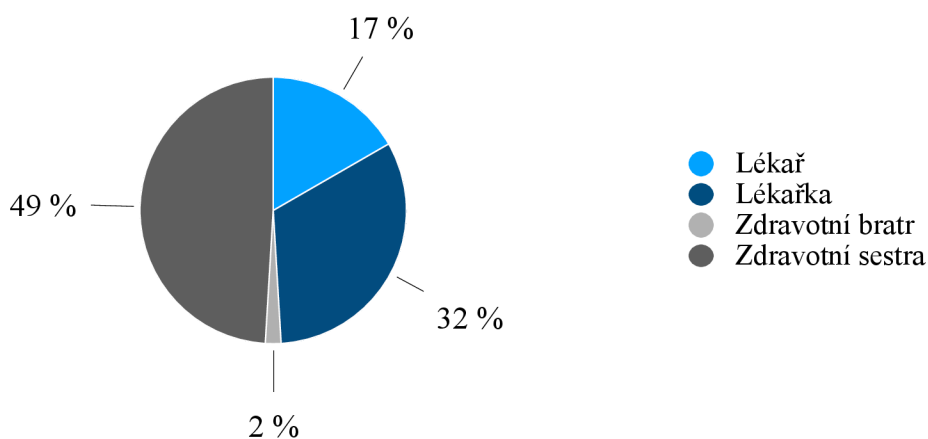
Získávání dat bylo zahájeno testováním pilotní elektronické verze dotazníku, prostřednictvím kterého byla ověřována jeho funkčnost a srozumitelnost. Tohoto testování se zúčastnilo 5 respondentů příležitostného výběru z řad sester i lékařů. Na základě zpětné vazby došlo k drobným úpravám ve formulaci či rozdělení některých otázek. Odpovědi těchto respondentů tedy nebyly zahrnuty do konečné analýzy výzkumných dat. Zpětná vazba směřující k položkám dotazníku životní spokojenosti (DŽS) zapracována nebyla vzhledem k dodržení originálního znění standardizované metody. Upravený dotazník byl za účasti tří respondentů znovu testován, zpětná vazba však již nesvědčila o nutnosti dalších úprav. Tyto tři odpovědní formuláře tedy byly zahrnuty do konečné analýzy dat. Kontaktování respondentů probíhalo zejména prostřednictvím sociálních sítí. Elektronický dotazník byl sdílen do veřejných skupin a se svolením správců také do uzavřených skupin pro lékaře a sestry. Dotazník s prosbou o participaci na výzkumu byl také zasílán do emailových schránek konkrétních lékařů a sester, kteří jej prostřednictvím společných komunikačních prostředků jednotlivých oddělení distribuovali dále.

Co se týče etických aspektů výzkumu, účastníci byli před spuštěním samotného dotazníku prostřednictvím úvodního textu informováni o účelu, podstatě a cílech výzkumného projektu. Byli také ujištěni o ochraně osobních údajů. Získaná data jsou považována za důvěrná a podléhají tedy úplné anonymizaci. Participace respondentů je založena na principu dobrovolnosti a kdykoliv se rozhodnou, že se výzkumu již účastnit nechtějí, bude jejich dotazník vyřazen. Možnost zpětné identifikace konkrétního dotazníku při zachování anonymity je zajištěna prostřednictvím identifikačního kódu, jehož podobu si účastník volí sám. Bez jeho vlastní účasti tedy identitu respondenta nelze dohledat. Pro případ potřeby doplnění informací či jakýchkoliv dotazů je v úvodním informačním textu uvedeno také telefonní číslo a e-mailová adresa, prostřednictvím kterých lze realizátora výzkumu kontaktovat.

6. Charakteristika výzkumného souboru

Celý výzkumný soubor tvoří celkem 108 respondentů. Všechny odpovědní formuláře obsahovaly kompletní data a všichni účastníci také splňovali stanovená kritéria. Žádné z dotazníků tedy nebylo třeba z analýzy dat vyřadit. Z celkového souboru se konkrétně jedná o 20 mužů (18,5%) a 88 žen (88%), z hlediska profese pak soubor tvoří 55 zdravotních sester/bratrů (50,9%) a 53 lékařek/lékařů (49,1%). Rozložení výzkumného souboru z hlediska pohlaví v rámci jednotlivých profesí znázorňuje následující graf:

Graf č. 1: Výzkumný soubor z hlediska pohlaví a profese



Nejmladšímu respondentovi je 21 let, nejstarší respondent je ve věku 72 let. Průměrný věk v rámci celého výzkumného souboru je 35,95 let. Z hlediska dalších charakteristik lze říci, že 56 (51,9%) respondentů pracuje v soukromém sektoru, 47 v sektoru státním (43,5%) a 5 účastníků v obou zmíněných (4,6%).

Jedním z účelů výzkumné části práce je nalézt rozdíly mezi skupinou lékařů/lékařek a zdravotních sester/bratrů. Co se tedy týče pouze **zdravotních sester a zdravotních bratrů (50,9%)**, lze tuto část souboru dále rozdělit dle pracovní pozice. Výzkumu se zúčastnilo šest vrchních sester (10,9%), pět staničních sester (9,1%) a 44 všeobecných a praktických zdravotních sester (80,0%). Soubor je také velmi diverzní z hlediska jednotlivých specializací (viz. tabulka č. 7). Své zastoupení mají zdravotní sestry a bratři pracující na operačních sálech, lůžkových standardních odděleních i jednotkách intenzivní péče, v oblasti akutní i chronické ambulantní péče a v neposlední

řadě také terénní pracovníci. Z hlediska délky praxe je u zdravotních sester a bratrů nejkratší dobou jeden rok a nejdelší praxí je 40 let. Průměrná délka praxe všech respondentů ze souboru zdravotních sester a bratrů je 14,6 let. Bez partnera žije 12 (21,8%) sester a bratrů, zbylých 43 (78,2%) žije v partnerství či manželství.

Tabulka č. 7: Charakteristika souboru zdravotních sester a zdravotních bratrů z hlediska specializace

SPECIALIZACE	POČET	%	SPECIALIZACE	POČET	%
1 Vnitřní lékařství	17	30,9	9 Hematoonkologie	2	3,6
2 Dermatovenerologie	2	3,6	10 Hemodialýza	1	1,8
3 Všeobecné praktické lékařství	2	3,6	11 Neurologie	1	1,8
4 Chirurgie	5	9,1	12 Psychiatrie	1	1,8
5 Neonatologie, gynekologie a porodnictví	12	21,8	13 Anesteziologicko-resuscitační oddělení	1	1,8
6 Kardiologie	1	1,8	14 Ortopedie	2	3,6
7 Otorhinolaryngologie (ORL)	3	5,5	15 Geriatrie	1	1,8
8 Hospicová a paliativní péče	4	7,3			

Také skupinu **lékařů a lékařek (49,1%)**, můžeme z hlediska pracovní pozice rozdělit na lékaře/lékařky L1, L2, L3, vedoucí lékaře/lékařky oddělení či ambulance a primáře oddělení. Skupina s názvem lékaři/lékařky L1 označuje absolventy oboru všeobecné lékařství a v rámci souboru lékařek a lékařů jsou zastoupeni počtem 27 (50,9%). Výzkumu se zúčastnilo také 12 lékařů/lékařek L2 (22,6%). Označení L2 znamená úspěšné absolvování základního kmene. Atestovaní lékaři a lékařky (L3) jsou zastoupeni počtem osm (15,1%) a vedoucí lékaři a lékařky oddělení či ambulance počtem tři (5,7%). Na výzkumu participovali také tři (5,7%) primáři oddělení. Průměrná délka praxe je u lékařů a lékařek oproti srovnávané skupině nižší. Jedná se o hodnotu 8,5 roku. Nejkratší délka praxe je půl roku, nejdelší 47 let. V partnerství či manželství žije 42 lékařů a lékařek (79,2%), bez partnera 11 (20,8%). Oproti souboru zdravotních sester a bratrů v tomto souboru nejsou zastoupeni terénní pracovníci. I v souboru lékařů a lékařek

však nalezneme zástupce ambulantní péče (chronické i akutní) a lůžkové péče (standardní i intenzivní). Z hlediska specializací také v souboru lékařů a lékařek oproti zdravotním sestřám a bratrům nenalezneme zastoupení oboru hospicové a paliativní péče, hemodialýzy, psychiatrie, ortopedie a geriatric. Naopak nově zastoupenými obory jsou pneumologie, klinická biochemie, oddělení rehabilitace a radiologie. Přesné počty a procentuální zastoupení jednotlivých specializací reprezentuje následující tabulka:

Tabulka č. 8: Charakteristika souboru lékařů a lékařek z hlediska specializace

SPECIALIZACE			SPECIALIZACE				
	POČET	%		POČET	%		
1	Vnitřní lékařství	16	30,2	8	Hematoonkologie	1	1,9
2	Dermatovenerologie	2	3,8	9	Pneumologie	12	22,6
3	Všeobecné praktické lékařství	2	3,8	10	Neurologie	2	3,8
4	Chirurgie	5	9,4	11	Klinická biochemie	2	3,8
5	Neonatologie, gynekologie a porodnictví	2	3,8	12	Anesteziologicko-resuscitační oddělení	1	1,9
6	Kardiologie	5	9,4	13	Radiologie	1	1,9
7	Otorhinolaryngologie (ORL)	1	1,9	14	Rehabilitační oddělení	1	1,9

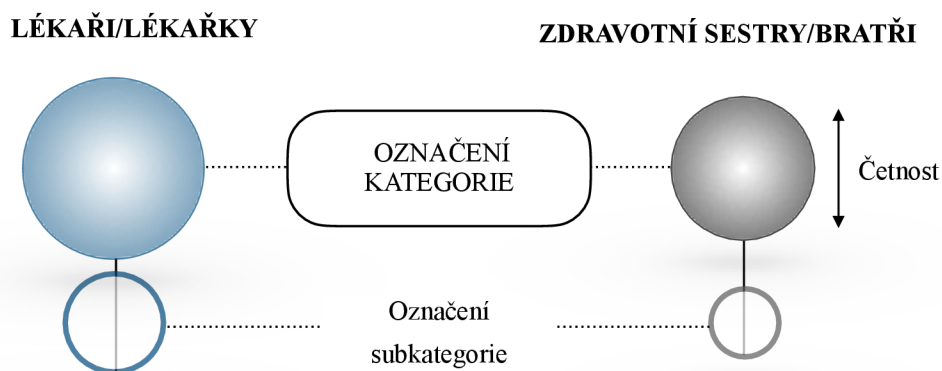
Z celkového výzkumného souboru jsou tedy nejvíce zastoupené specializace vnitřní lékařství (30,6%), neonatologie, gynekologie a porodnictví (13,0%), pneumologie (11,1%) a chirurgie (9,3%).

7. Práce s kvalitativními daty a prezentace výsledků

Kvalitativní data byla získávána z otevřených otázek polostrukturovaného dotazníku psychologické podpory. Tyto otázky zjišťovaly působící stresory, dopady pracovní zátěže na jiné oblasti života respondentů, strategie, prostřednictvím kterých se se stresem vyrovnávají, a možné bariéry pro vyhledání pomoci. Odpovědi účastníků byly následně analyzovány a zpracovávány za použití postupů zakotvené teorie. Nejprve tedy bylo provedeno otevřené kódování „řádek za řádkem“, prostřednictvím kterého byly identifikovány konkrétní jevy související s danými oblastmi. Tyto jevy byly následně tříděny a kategorizovány na základě společných znaků. Pro každou ze čtyř zkoumaných oblastí byly takto stanoveny základní kategorie včetně jednotlivých subkategorií, jimiž jsou syceny (Strauss & Corbinová, 1999).

V rámci prezentace výsledků jsou jednotlivé kategorie a subkategorie znázorněny prostřednictvím grafů, které kromě významnosti jednotlivých jevů zobrazují také rozdíly mezi zkoumanými skupinami. Významnost jevu je dána tím, kolikrát byl tento jev v různých odpovědních formulářích identifikován, tedy jeho četností. Pro lepší představu srovnání významnosti pro jednotlivé skupiny jsou výsledky přímo související s výzkumnými otázkami znázorněny také prostřednictvím schémat, ve kterých četnost jevu odpovídá průměru dané bubliny.

Obrázek č. 1.: Legenda pro schematické zobrazení.



7.1. Stresová zátěž

Z hlediska vnímané stresové zátěže byli respondenti dotazováni, jak často se v zaměstnání cítí být ve stresu. Jednotlivé odpovědi byly dále rozděleny do čtyř kategorií, kterými jsou: neustále, často, občas a téměř vůbec. Kategorie **neustále** zahrnuje kromě odpovědi stejného znění také odpovědi, jako jsou například „*téměř pořád*“ či „*většinu pracovní doby*“. Do kategorie **často** jsou zařazeni respondenti, jež se ve stresu cítí být alespoň jednou denně, přitom ale není specifikováno, zda se jedná o dobu delší než polovinu pracovní doby. Příkladem jsou tedy odpovědi, jako „*1x denně*“, „*3x denně*“, atp. V případě, že účastníci uvedli vnímanou stresovou zátěž alespoň jednou za týden, byla jejich odpověď zařazena do kategorie **občas**. Reakce jako jsou například „*1x za měsíc*“ či „*skoro vůbec*“ reprezentuje kategorie **téměř vůbec**. Získané odpovědi a srovnání zkoumaných skupin znázorňuje následující tabulka:

Tabulka č. 9: Srovnání lékařů a sester v míře vnímaného pracovního stresu

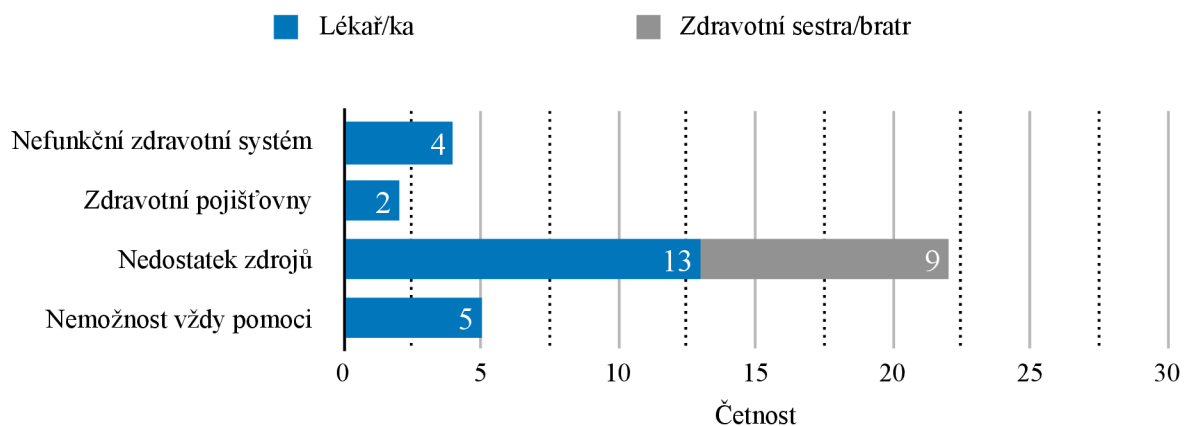
	NEUSTÁLE		ČASTO		OBČAS		TÉMĚŘ VŮBEC	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%
LÉKAŘKY/LÉKAŘI	14	26,4	23	43,4	15	28,3	1	1,9
ZDRAVOTNÍ SESTRY/BRATŘI	4	7,3	18	32,7	29	52,7	4	7,3
CELÝ SOUBOR	18	16,7	41	38,0	44	40,7	5	4,6

Z analýzy dat vyplývá, že ze zkoumaného souboru pracovní stres častěji pociťují lékaři. Lze říci, že více než polovina z nich se ve stresu cítí být denně. Oproti tomu největší počet zdravotních sester a bratrů se do stresové situace dostanou každý týden alespoň jednou. Nehledě na srovnání skupin lékařů a sester považujeme za alarmující, že z celého souboru všech účastníků výzkumu pouze pět respondentů, tedy 4,6%, se cítí být ve stresu méně často než každý týden.

Dále byly zjišťovány konkrétní **spouštěče**, které vnímaný stres vyvolávají. Ze všech identifikovaných jevů bylo vymezeno šest základních kategorií, jimiž jsou: nedostatek kontroly, pracovní přetížení, pracovní vztahy, aspekty na straně zaměstnání,

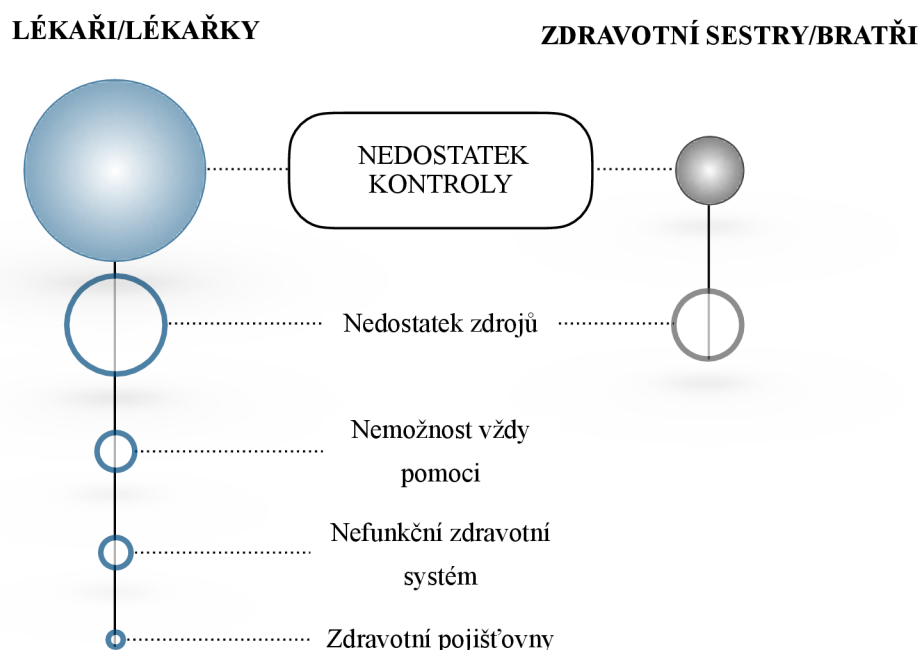
aspekty na straně péče o pacienty a faktory související s vlastní osobou. Kategorie nazvaná **nedostatek kontroly** spojuje vnější jevy, které zdravotník nemůže příliš ovlivnit. Je sycena čtyřmi subkategoriemi. Jedná se o nefunkční zdravotní systém, závislost na zdravotních pojišťovnách, nedostatek zdrojů a nemožnost vždy pomoci. Pociťovaný stres je často spojen s nedostatkem vlastní kontroly nad situací, a tedy s pocitem bezmoci, který vyplývá z velmi malé možnosti aktivně se podílet na změně. Charakteristiku prvních dvou zmíněných subkategorií nejlépe demonstruje následující vyjádření jednoho z respondentů: „*Stres ve mně vyvolává zdravotnický systém, který systematicky háže personálu klacky pod nohy snad ve všech oblastech zdravotnictví a absolutní moc pojišťoven nad zdravím pacientů.*“. Subkategorie nedostatek zdrojů se týká zejména nedostatku personálu, dále také chybějících ochranných pomůcek a dalšího materiálu, či nedostatečného technologického zázemí. Poslední subkategorie nese název nemožnost vždy pomoci. Označuje nutnost smířit se s faktem, že možnosti medicíny, a tedy i lékařů a sester, jsou omezené a ne vždy je tedy záchrana možná. Významnost jednotlivých subkategorií a rozdíl mezi srovnávanými skupinami lékařů a zdravotních sester znázorňuje následující graf:

Graf č. 2: Grafické znázornění kategorie nedostatku kontroly a jejich subkategorií



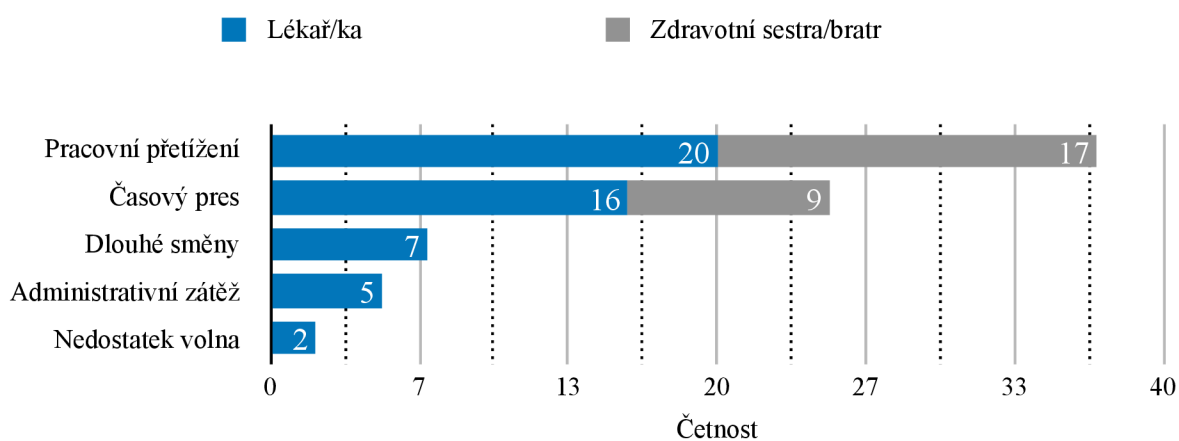
Jak je z grafu patrné, nejzásadnějším stresorem dané kategorie je nedostatek zdrojů. Pro skupinu zdravotních sester a bratrů je také jedinou subkategorií sytící oblast nedostatku kontroly. Rozdíly v četnosti mezi srovnávanými skupinami zobrazuje následující schéma:

Schéma č. 7: Rozdíly ve významnosti kategorie nedostatku kontroly a příslušných subkategorií mezi srovnávanými skupinami



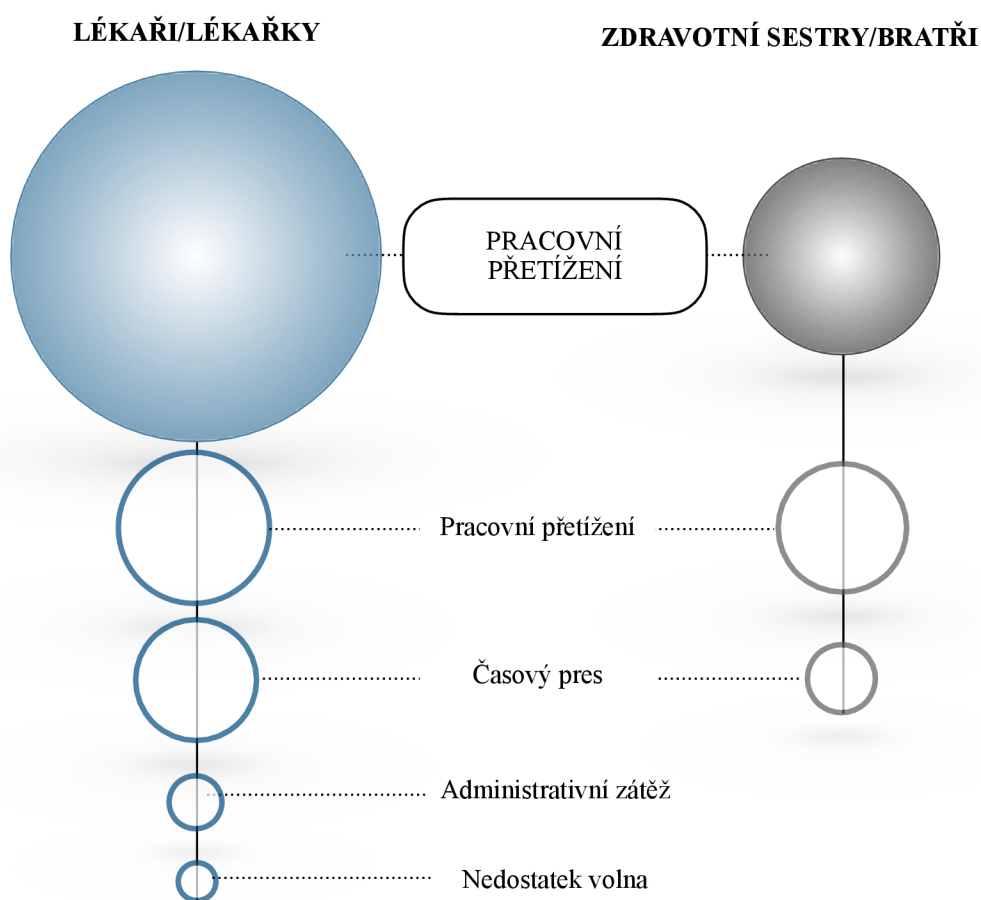
Další kategorií stresorů je **pracovní přetížení**. Společnými znaky identifikovaných subkategorií je příliš velká, nebo naopak malá intenzita daných aspektů, důsledkem čehož dochází k práci pod tlakem. Patří k nim časový pres (množství pacientů i pracovních povinností), dlouhé směny (včetně přesčasů), administrativní zátěž a nedostatek volna. Kromě těchto subkategorií jsou v rámci četnosti započítány také odpovědi formulované právě jako pracovní přetížení bez bližší specifikace.

Graf č. 3: Grafické znázornění kategorie pracovní přetížení a jejich subkategorií



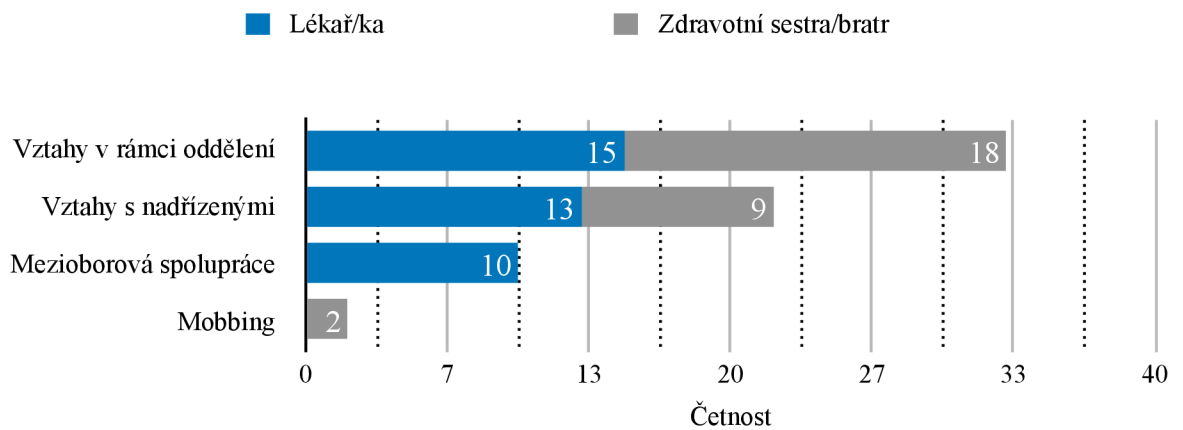
Blíže nspecifikované pracovní přetížení je pro obě skupiny shodně nejvlivnějším faktorem dané kategorie. Druhou nejvýznamnější subkategorii je časový pres. V obou případech se však jevy zdají být zásadnější pro skupinu lékařů. Stejně jako v předešlé kategorii je také u této skupiny kategorie sycena více faktory, než u zdravotních sester.

Schéma č. 8: Rozdíly ve významnosti kategorie pracovní přetížení a příslušných subkategorií mezi srovnávanými skupinami



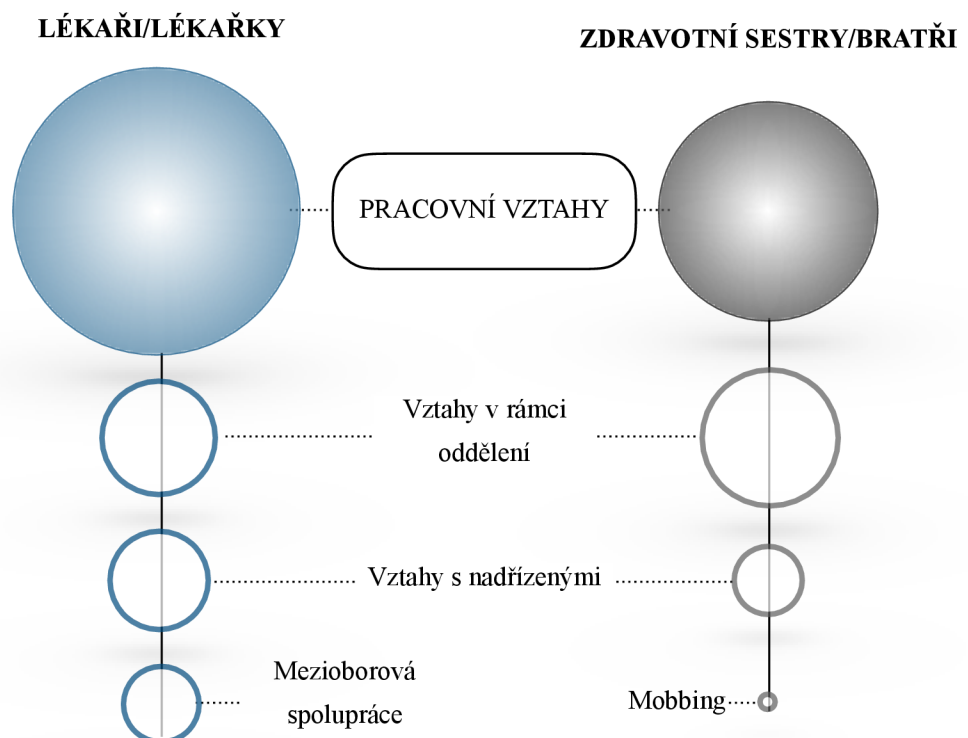
Třetí kategorií stresorů jsou **pracovní vztahy**, v rámci kterých byly identifikovány čtyři subkategorie. Jedná se o vztahy v rámci oddělení, vztahy s nadřízenými, mezioborovou spolupráci a mobbing. Tyto podskupiny, jejich četnost v jednotlivých skupinách i v rámci celého výzkumného souboru opět znázorňuje následující graf:

Graf č. 4: Grafické znázornění kategorie pracovní vztahy a jejich subkategorii



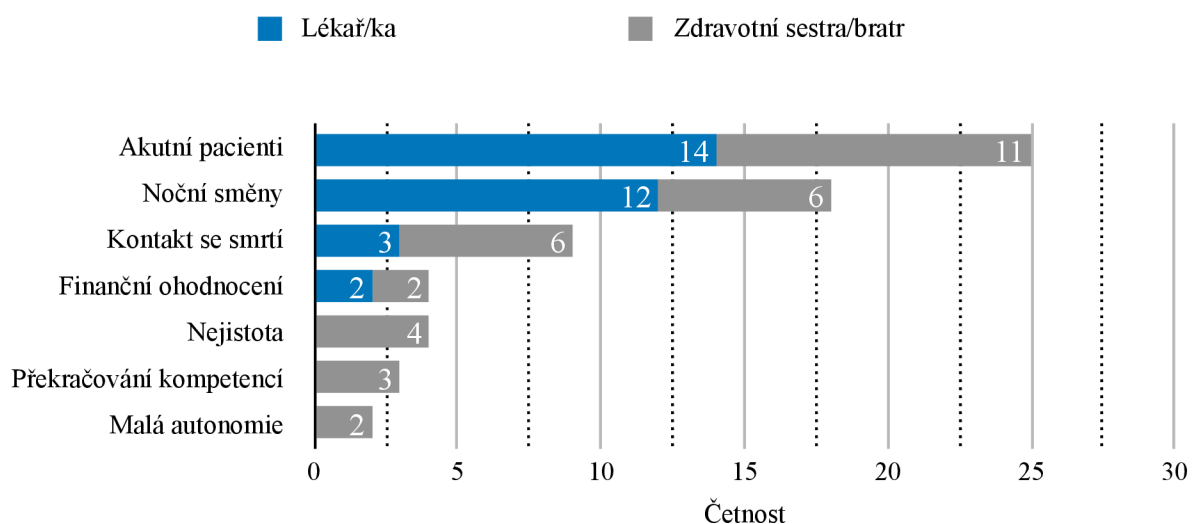
Vztahy na oddělení a s nadřízenými se v obou skupinách jeví jako nejzásadnější. Mezioborová spolupráce je zmiňovaným faktorem pouze ve skupině lékařů a naopak mobbing pouze ve skupině zdravotních sester. Ačkoli je mobbing v rámci kategorie nejméně čtým jevem, považují jej za velmi zásadní. Z komentářů respondentů navíc vyplývá, že jeho výskyt není výjimkou: „(...) mnohým zdravotníkům způsobuje stresové situace šikana na pracovišti. Ne, že by to byl můj případ, při první známce tohoto jednání jsem odešla, ale byla jsem několikrát svědkem“.

Schéma č. 9: Rozdíly ve významnosti kategorie pracovní vztahy a příslušných subkategorií mezi srovnávanými skupinami



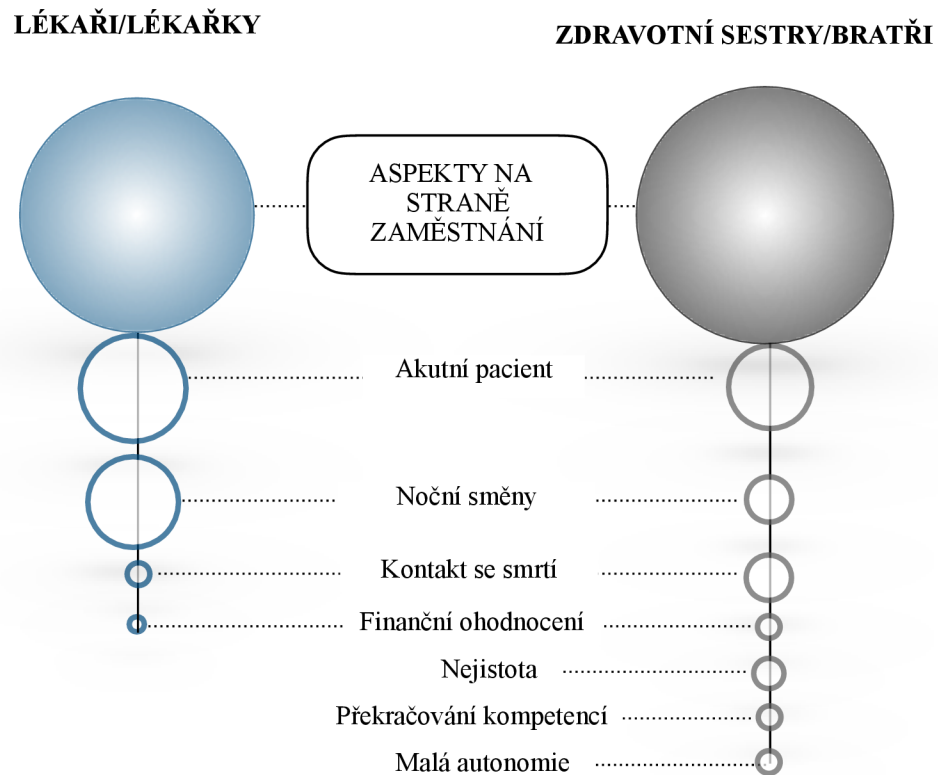
Aspekty na straně zaměstnání je kategorie, která spojuje určitá specifika zdravotnických profesí. Jedná se o následující subkategorie: finanční ohodnocení, akutní pacienti, noční směny, kontakt se smrtí, překračování kompetencí, nejistota a malá autonomie. Subkategorie překračování kompetencí souvisí s plněním pracovních úkonů, které nespádají do povinností dané profese. Nejistota označuje respondenty zmiňovanou nepředvídatelnost situací, do kterých se v práci zdravotníci dostávají, a malá autonomie reprezentuje omezené rozhodovací pravomoce.

Graf č. 5: Grafické znázornění kategorie aspekty na straně zaměstnání a jejich subkategorií



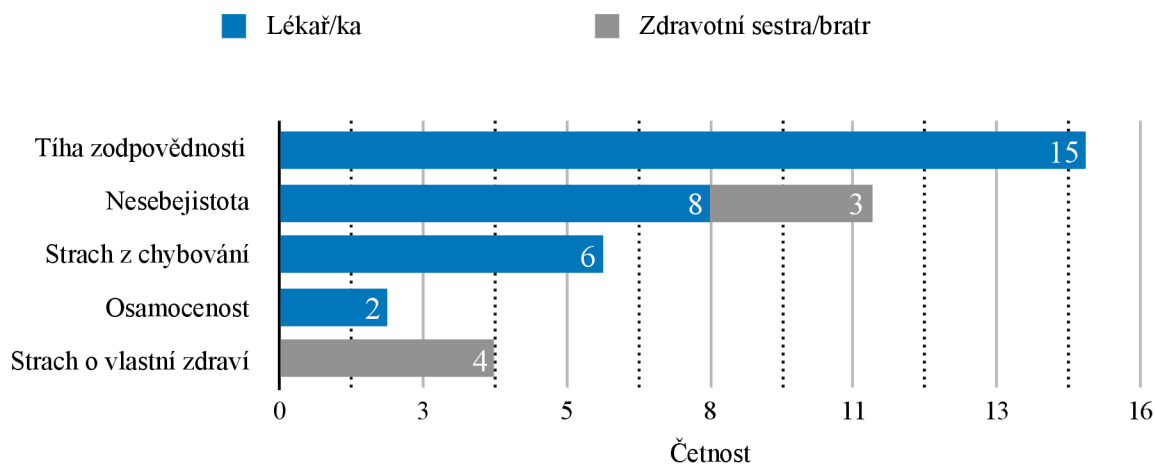
Stres spojený s akutními stavy pacientů je u obou skupin nejvýznamnějším faktorem. Pro lékaře a lékařky jsou dále velmi stresující noční služby, častá konfrontace se smrtí a vzhledem ke dříve zmíněnému také nepřiměřená finanční odměna. Celá kategorie aspektů na straně zaměstnání je však o něco více zásadní pro zdravotní sestry a bratry, a to jak z hlediska množství faktorů, tak celkové míry významnosti dané kategorie. V této skupině totiž byly kromě všech již zmíněných stresorů identifikovány další tři, a to obavy z nejistoty, překračování kompetencí a vnímaný nedostatek autonomie. Zmíněné rozdíly kromě uvedeného grafu zobrazuje také následující schéma:

Schéma č. 10: Rozdíly ve významnosti kategorie aspekty na straně zaměstnání a příslušných subkategorii mezi srovnávanými skupinami



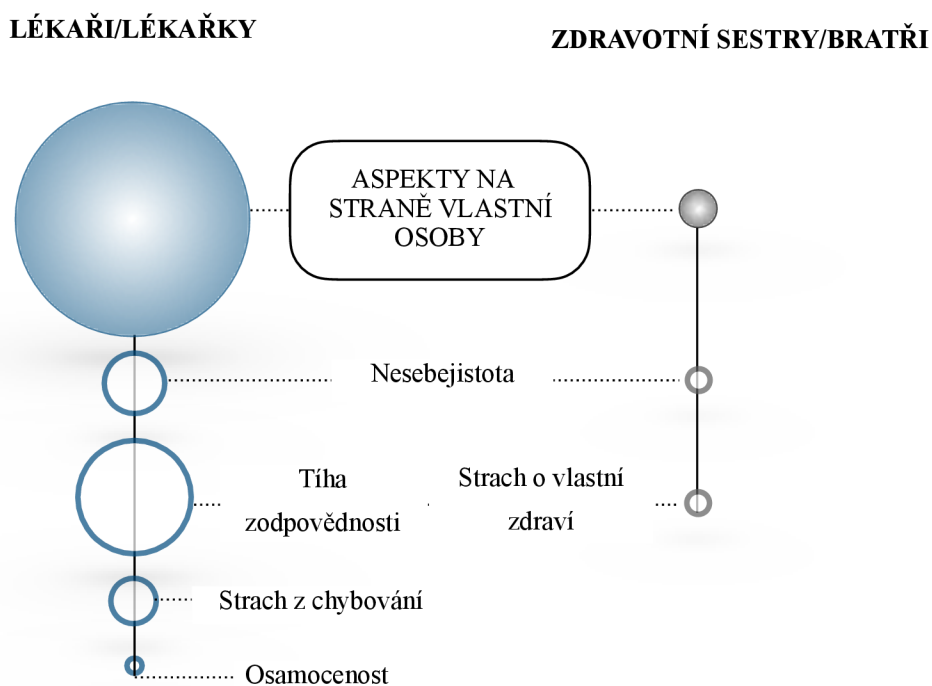
Další kategorie v oblasti stresové zátěže se nazývá **aspekty na straně vlastní osoby**. Subkategorie, kterými je sycena, jsou následující: nesebejistota, tíha zodpovědnosti, strach z chybování, osamocenosť a strach o vlastní zdraví. Nesebejistota je spojena zejména s pocitem nekompetentnosti, který vyplývá z nedostatku zkušeností, a tedy i krátké praxe. To také souvisí se subkategorií tíhy zodpovědnosti za léčebný postup a vývoj zdravotního stavu pacienta. Zajímavým faktorem je strach z chybování, který je úzce spojen s kategorií pracovního přetížení. Pro příklad uvádíme vyjádření jednoho z účastníků výzkumu: *“Bojím se, že udělám chybu z nepozornosti (zejména pokud jsem v práci již třeba 32 hod., nebo musím najednou splnit více akutních úkolů v co nejkratší čas, které nejsou v silách 1 člověka,...)“*. Osamocenosť se týká pocitu, že se v případě potřeby není na koho obrátit. Tento pocit je dle vyjádření respondentů umocněn při nočních směnách. Strach o vlastní zdraví je spojen zejména s pandemií Covid-19.

Graf č. 6: Grafické znázornění kategorie aspekty na straně vlastní osoby a jejich subkategorií



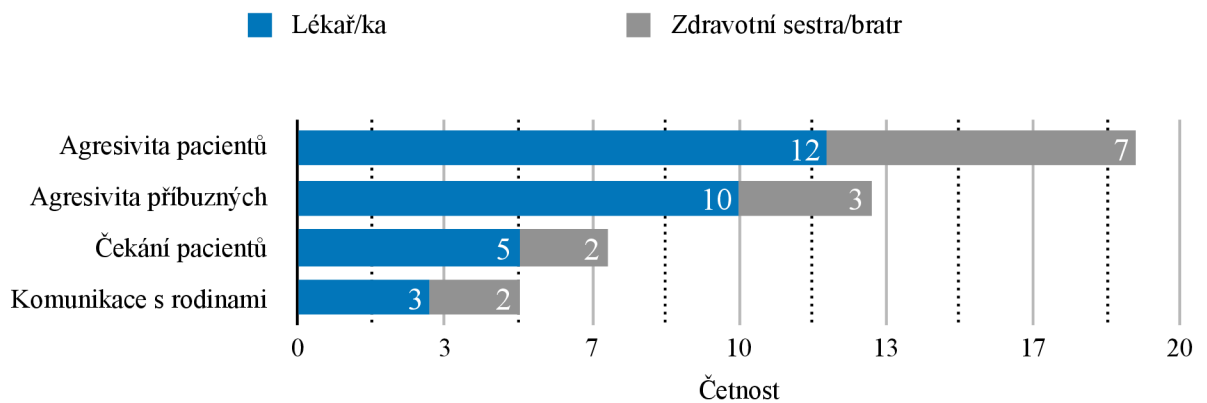
Ve skupině lékařů a lékařek je v rámci dané kategorie stres spojený zejména s tíhou zodpovědnosti. Nesebejistota, strach z chybování a osamocenosť jsou v tomto pořadí dalšími významnými stresory. Ve skupině zdravotních sester kategorií aspektů na straně vlastní osoby sytí dvě subkategorie, z nichž nejvýznamnější je strach o vlastní zdraví. Jediným faktorem, který byl identifikován u obou skupin, je nesebejistota.

Schéma č. 11: Rozdíly ve významnosti kategorie aspekty na straně vlastní osoby a příslušných subkategorií mezi srovnávanými skupinami



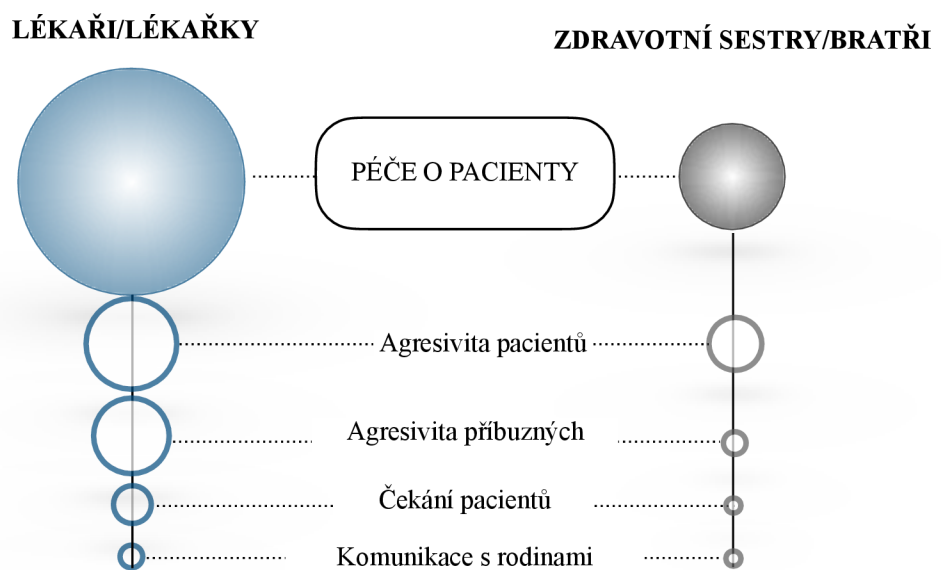
Poslední kategorií stresorů jsou aspekty v oblasti **péče o pacienty**. K subkategoriím patří agresivita pacientů, agresivita příbuzných, čekání pacientů a komunikace s rodinami. Komunikace s rodinami se týká jak telefonického, tak osobního kontaktu. Zahrnuje také sdělování nepříjemných informací.

Graf č. 7: Grafické znázornění kategorie péče o pacienty a jejich subkategorii



Výsledky ukazují, že srovnáme-li jednotlivé subkategorie dle významnosti, je jejich pořadí pro obě srovnávané skupiny stejné. V odpovědních formulářích lékařů a lékařek se však všechny tyto faktory vyskytovaly častěji. V rámci péče o pacienty je pro účastníky výzkumu největším stresorem agresivita pacientů a jejich příbuzných.

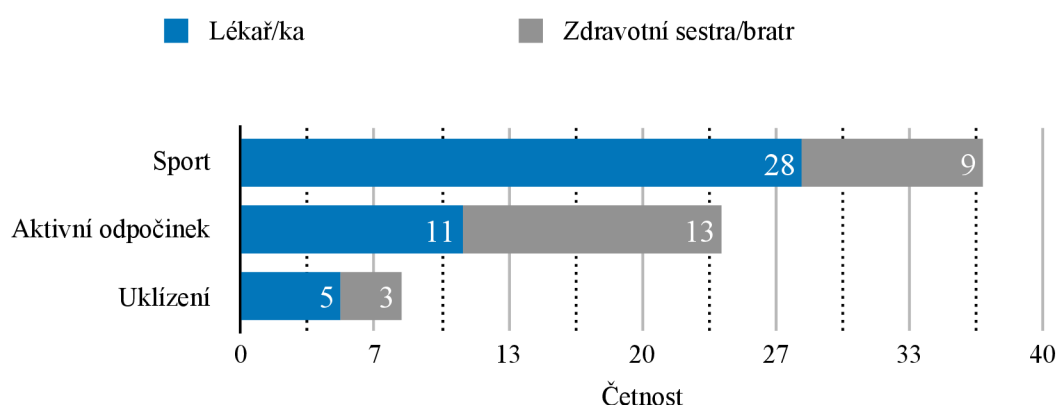
Schéma č. 12: Rozdíly ve významnosti kategorie péče o pacienty a příslušných subkategorii mezi srovnávanými skupinami



Jak již bylo zmíněno, dále byly v oblasti stresové zátěže zjišťovány **zvládací strategie** lékařů a sester. Na základě analýzy dat bylo vymezeno celkem deset kategorií. Jedná se o aktivní odpočinek, pasivní odpočinek, návykové látky, vztahy, ventilaci, humor, jídlo, čas o samotě, vzdělávání a sebezovzbuzování.

Kategorií, která je pro obě skupiny v redukci stresu nejčastěji používaná, je kategorie **aktivního odpočinku**. První subkategorií, která pod tuto kategorii spadá, je sport. Druhou a zajímavou subkategorií je uklízení. Uváděnými důvody je provádění aktivity, při níž člověk bezprostředně vidí výsledky své práce a dělá něco užitečného. Zajímavé je také vyjádření jednoho z respondentů, že nepořádek, chaos a zmatek v práci nemá možnost tolik ovlivnit. Proto jej uklidňuje, když přijde do organizovaného a přehledného prostředí domova, jehož podobu má ve svých rukou. Název třetí subkategorie je shodný s názvem celé kategorie, tedy aktivní odpočinek. Spadají sem aktivity, jako jsou výlety do přírody, cestování do zahraničí, či práce na zahradě.

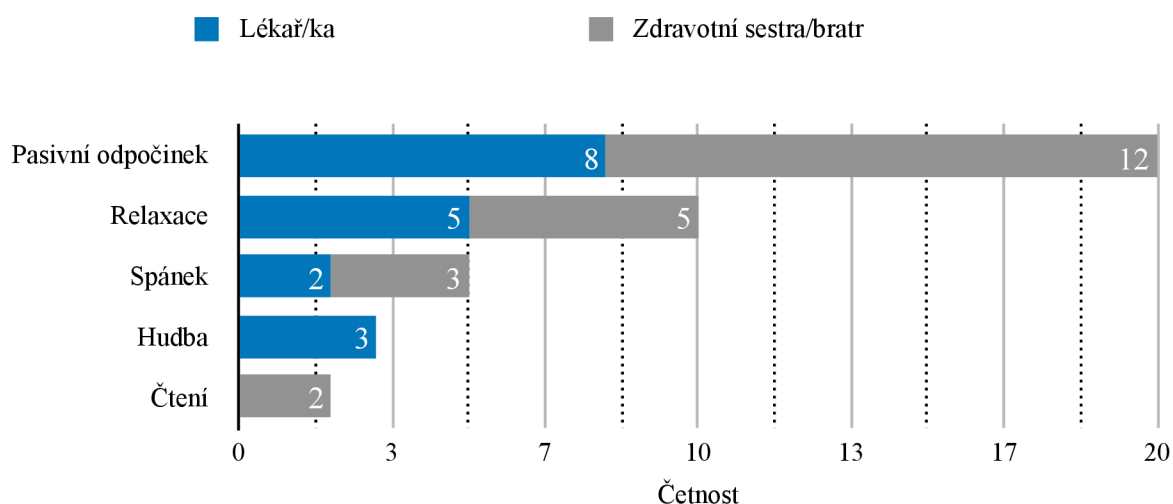
Graf č. 8: Grafické znázornění kategorie aktivní odpočinek a jejich subkategorií



Pro lékaře je nejvíce funkčním copingem sportovní aktivita. Oproti skupině zdravotních sester a bratrů byl sport lékaři a lékařkami uváděn až třikrát častěji. Pro zdravotní sestry a bratry se pak nejčastěji využívanými zdají být ty strategie, které spadají do subkategorie aktivního odpočinku.

Druhou kategorií je **pasivní odpočinek**. Zahrnuje následující subkategorie: spánek, hudba, četba, relaxace a pasivní odpočinek. Subkategorie relaxace zahrnuje lázně, dechová cvičení či meditace. Kategorie opět obsahuje i stejnojmennou subkategorii, do níž spadají činnosti jako společenské hry či sledování filmů.

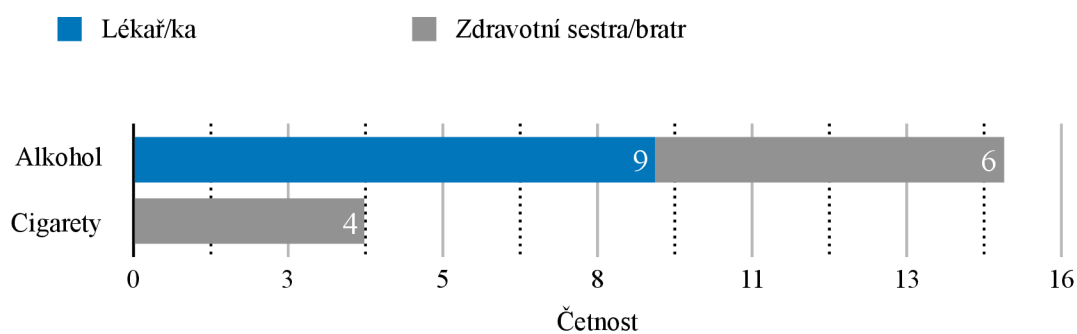
Graf č. 9: Grafické znázornění kategorie pasivní odpočinek a jejich subkategorií



Z hlediska prvních tří nejvýraznějších faktorů, kterými jsou pasivní odpočinek, relaxace a spánek, se srovnávané skupiny v míře významnosti zásadně neliší. U skupiny lékařů však byl navíc identifikován faktor hudby, která se ve výpovědích zdravotních sester a bratrů neobjevila. Naopak zdravotním sestřím a bratrům pomáhá četba, která zase nebyla uvedena ve skupině lékařů.

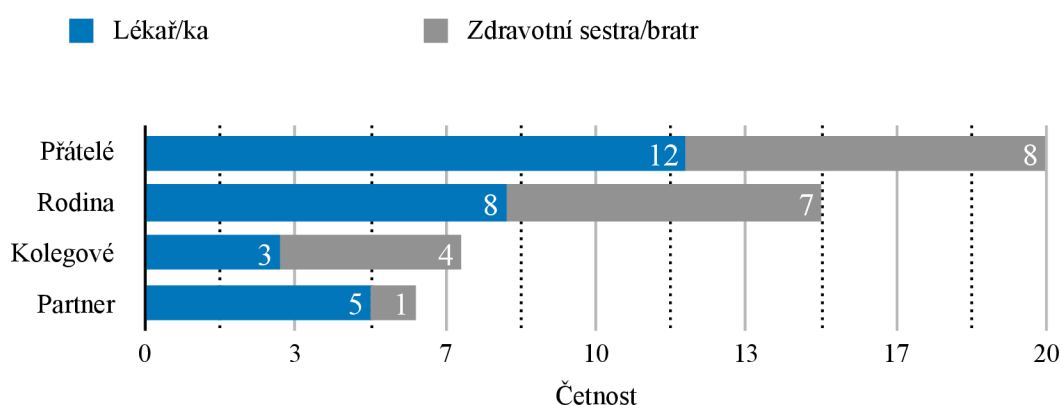
Návykové látky jsou třetí identifikovanou kategorií zvládacích strategií. Obsahuje dvě subkategorie, kterými jsou alkohol a cigarety. Alkohol se objevuje v odpovědích obou srovnávaných skupin, ačkoliv ve skupině lékařů o něco častěji. Na druhou stranu kouření cigaret se z celého výzkumného vzorku týká pouze skupiny zdravotních sester a bratrů.

Graf č. 10: Grafické znázornění kategorie návykové látky a jejich subkategorií



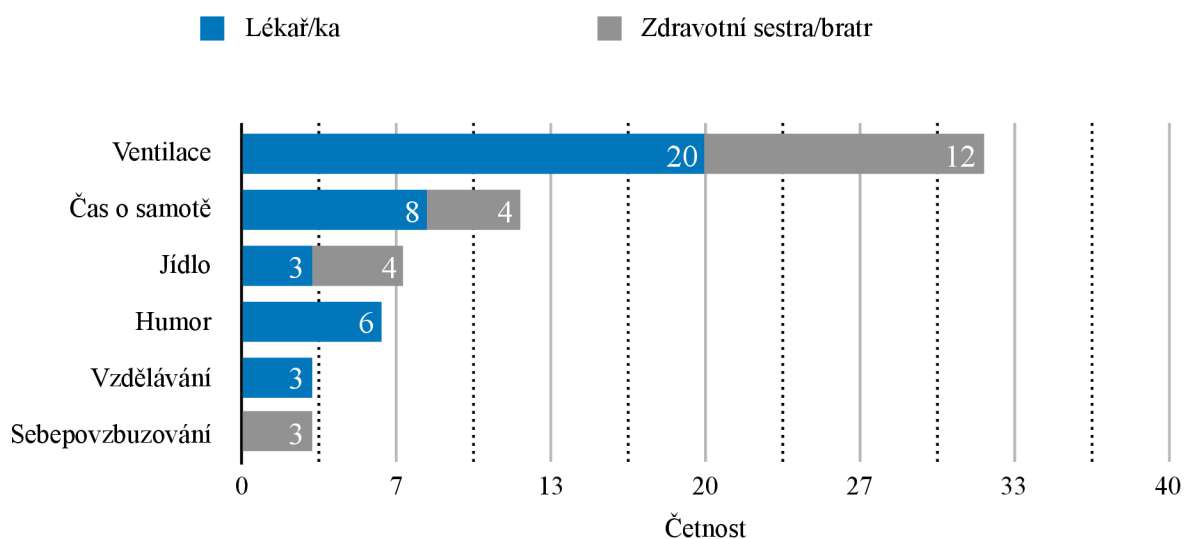
Výraznou kategorií v oblasti zvládacích strategií je kategorie **vztahů**. Zahrnuje čas strávený s přáteli, rodinou, partnerem či partnerkou a dobré vztahy s kolegy. Pro obě skupiny jsou nejvýznamnější podporou přátelské vztahy. Druhou nejvíce uváděnou subkategorií je také shodně rodina. Ve významnosti zbylých dvou faktorů se pak skupiny liší. Zatímco zdravotní sestry a bratři častěji uvádějí vztah s kolegy, lékaři častěji nacházejí oporu v partnerském vztahu.

Graf č. 11: Grafické znázornění kategorie vztahy a jejich subkategorií



Pro zbylé jevy nebyly identifikovány žádné subkategorie a současně je na základě společných znaků nebylo možné zařadit k některé z již existujících kategorií. K těmto samostatným kategoriím tedy patří ventilace, humor, jídlo, čas o samotě, vzdělávání a sebepovzbuzování. **Ventilace** zahrnuje potřebu popovídat si s jinou osobou či vyplakat se. Zajímavou kategorií je **čas o samotě**, který se v odpovědích v určité podobě objevoval relativně často. Jedná se o vyjádření, jako například: „(...) *po těžkém dni mám tendenci se uzavírat a nekomunikovat. Potřebuji jistý čas o samotě, než se vrátím do normálu.*“ Další kategorií je **humor**, který byl velmi často zmiňován spolu s dobrými vztahy na pracovišti. Další identifikovanou kategorií je **jídlo**, přičemž nejčastěji byly v tomto kontextu zmiňovány sladkosti, jako je například čokoláda. **Vzdělávání** bylo jako copingová strategie uváděno zejména v souvislosti s dříve zmíněným pocitem nesebejistoty. Poslední kategorií je **sepopvzbuzování**. Zahrnuje takové odpovědi, které vypovídají o snaze sám sebe různými způsoby motivovat. Příkladem mohou být tato vyjádření: „*vždycky si říkám: prostě to zvládneš!*“ nebo „*uklidňuje mě, když si opakuji, že to není na pořád.. že ta směna skončí a já odejdu domů.*“

Graf č. 12: Grafické znázornění zbylých kategorií



Povědět někomu o svém pracovním vyčerpání a starostech, které jsou s tím spojené, se z uvedených kategorií zdá být nejvíce funkční pro obě srovnávané skupiny. Také čas o samotě je potřebný jak pro respondenty ze skupiny lékařů a lékařek, tak pro účastníky ze skupiny zdravotních sester a bratrů. Kategorií, která se taktéž objevuje shodně v obou skupinách, je jídlo. Humor a vzdělávání byly identifikovány pouze u lékařů a lékařek, sebevzbuzování naopak pouze u zdravotních sester a bratrů.

V oblasti stresové zátěže bylo také zkoumáno, zda jsou v důsledku pracovního stresu vnímány určité **dopady** na jiné oblasti života respondentů. Kladně odpovědělo 80 účastníků z celkového výzkumného souboru, tedy 74,1% respondentů. Ze skupiny lékařů a lékařek takové dopady vnímá 42 účastníků (79,2%) a 38 (69,1%) ze skupiny zdravotních sester a bratrů.

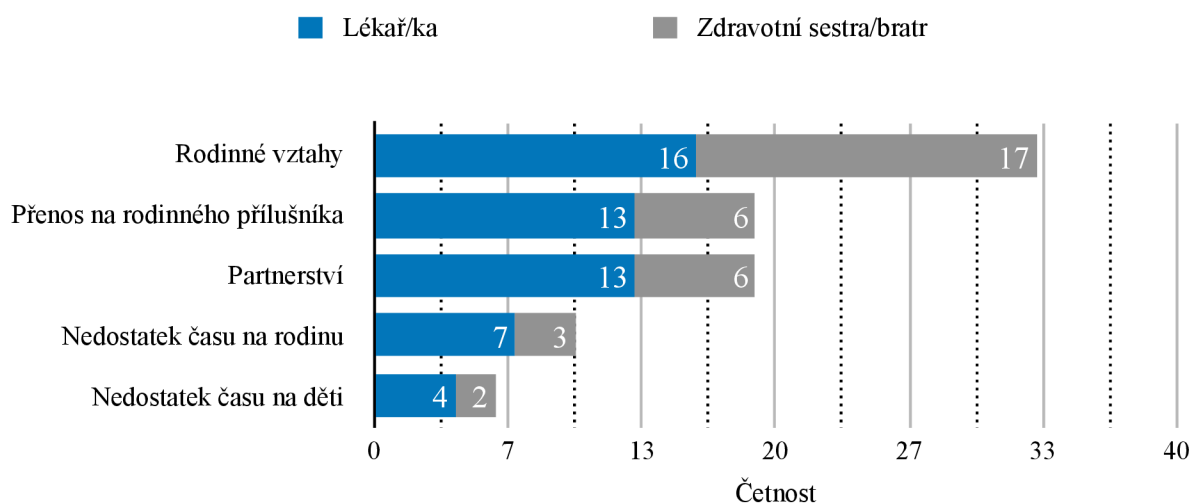
Tabulka č. 10: Vnímané dopady pracovního stresu na jiné oblasti života

	ANO		NE	
	Počet	%	Počet	%
LÉKAŘKY/LÉKAŘI	42	79,2	11	20,8
ZDRAVOTNÍ SESTRY/BRATŘI	38	69,1	17	30,9
CELÝ SOUBOR	80	74,1	28	25,9

Analýzou dat bylo vymezeno pět hlavních kategorií těchto důsledků. Jsou jimi rodinné vztahy, dopady na vlastní osobu a vlastní zdraví, sociální dopady a v neposlední řadě také důsledky v oblasti volného času. Příklad odpovědi, která reprezentuje více z uvedených kategorií, je následující: „(...) málo času na volnočasové aktivity, na rodinu. Přehnaná únava, nechut' cokoliv podnikat, vstát z postele, pokud se opět nejedná o nutnou práci. Nadměrná nepříjemnost a netrpělivost vůči rodině.“

Kategorie **rodinných vztahů** zahrnuje pět subkategorií. Jedná se o nedostatek času na děti, nedostatek času na rodinu, partnerský vztah, přenos na rodinného příslušníka a subkategorii rodinných vztahů, která zahrnuje blíže nespecifikované odpovědi. Nedostatek času na děti a rodinu zahrnuje například nemožnost účastnit se rodinných oslav či výletů. Subkategorie partnerského vztahu se týká jak nedostatku času, tak konfliktů v důsledku pracovního vytížení. Přenos na rodinného příslušníka obsahuje takové odpovědi, které vypovídají o přenesení špatné nálady, nervozity a dalších negativních emocí z pracovního prostředí na blízkého člověka.

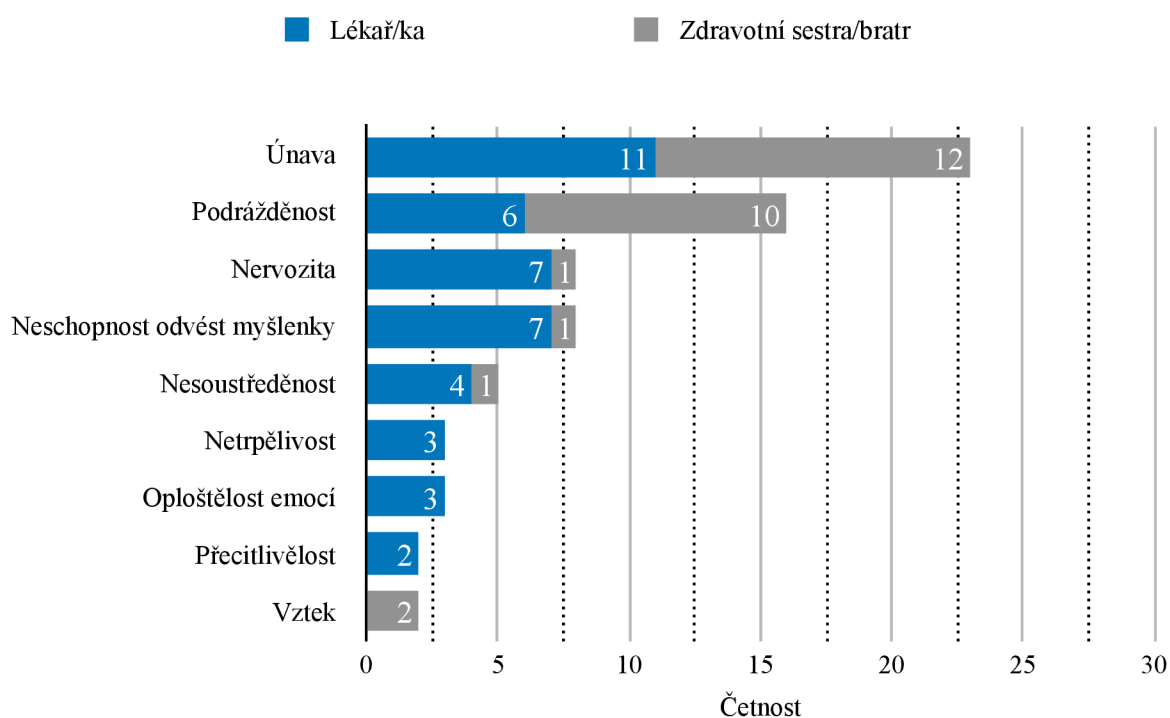
Graf č. 13: Grafické znázornění kategorie rodinné vztahy a jejich subkategorií



Výsledky ukazují, že v obou srovnávaných skupinách jsou dopady pracovní zátěže v rámci rodinných vztahů shodné. Lze však říci, že z hlediska faktorů přenosu na rodinného příslušníka, partnerství a nedostatku času na rodinu a děti jsou četnosti ve skupině lékařů oproti skupině zdravotních sester dvojnásobné.

Dopady na **vlastní osobu** jsou kategorií, která je sycena největším množstvím subkategorií. Jedná se o netrpělivost, podrážděnost, nervozitu, únavu, nesoustředěnost, neschopnost odvést myšlenky, přecitlivělost, oploštělost emocí a vztek. Subkategorie s názvem neschopnost odvést myšlenky je spojena s problémy odpojit se ve volném čase od práce a nepřemýšlet nad ní. Všechny tyto faktory jsou zmiňovány v souvislosti s předešlou kategorií, tedy kategorií rodinných vztahů.

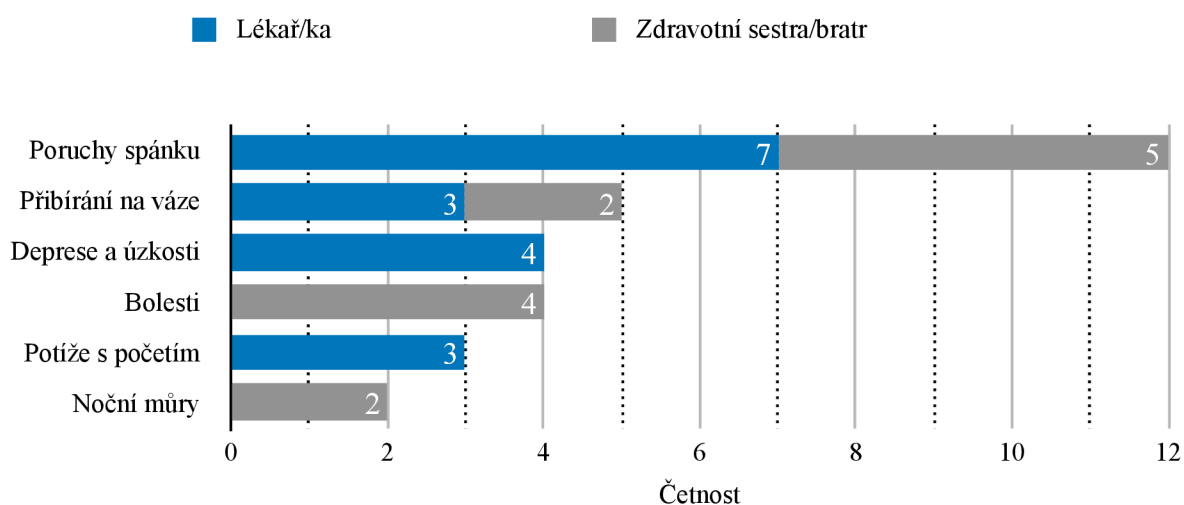
Graf č. 14: Grafické znázornění kategorie vlastní osoba a jejich subkategorií



Nejčastěji vnímanými dopady na vlastní osobu jsou u obou skupin únava a podrážděnost. Oba faktory byly častěji identifikovány ve skupině zdravotních sester a bratrů. Na druhou stranu ostatní faktory jsou čtenější ve skupině lékařek a lékařů. Netrpělivost, oploštělost emocí a přecitlivělost byly uváděny pouze skupinou lékařů, naopak o pocíťovaném vzteku vypovídají pouze zdravotní sestry.

Dopady na **zdraví** respondentů je další z identifikovaných kategorií. K uváděným zdravotním důsledkům patří poruchy spánku, přibírání na váze, deprese a úzkosti, bolesti (zejména zad, krční páteře a hlavy), noční můry a potíže s počítáním. Četnost jednotlivých faktorů v rámci srovnávaných skupin i celkového souboru je opět reprezentována prostřednictvím následujícího grafu:

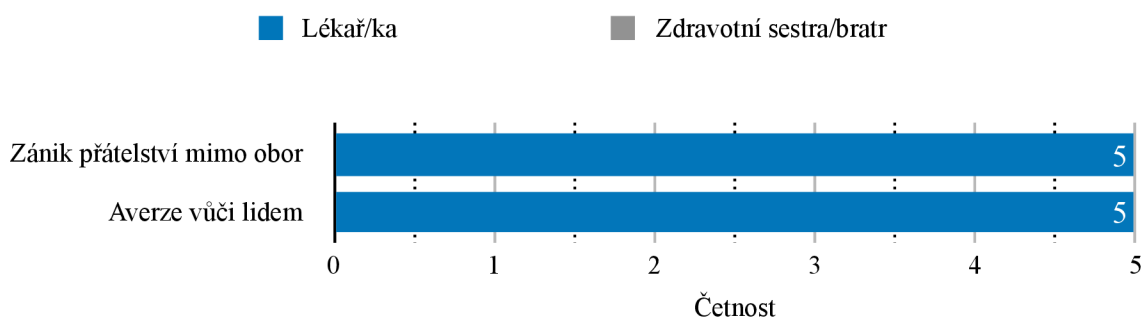
Graf č. 15: Grafické znázornění kategorie zdraví a jejich subkategorií



Poruchy spánku a přibírání na váze jsou pro lékaře i zdravotní sestry nejčastěji vnímanými zdravotními důsledky. V dalších faktorech se však mezi sebou jednotlivé skupiny liší. Bolesti a noční můry jsou komplikace, které se objevovaly pouze ve výpovědích zdravotních sester a bratrů. Stejně tak deprese, úzkosti a potíže s počítáním jsou subkategorie spojené pouze se skupinou lékařek a lékařů.

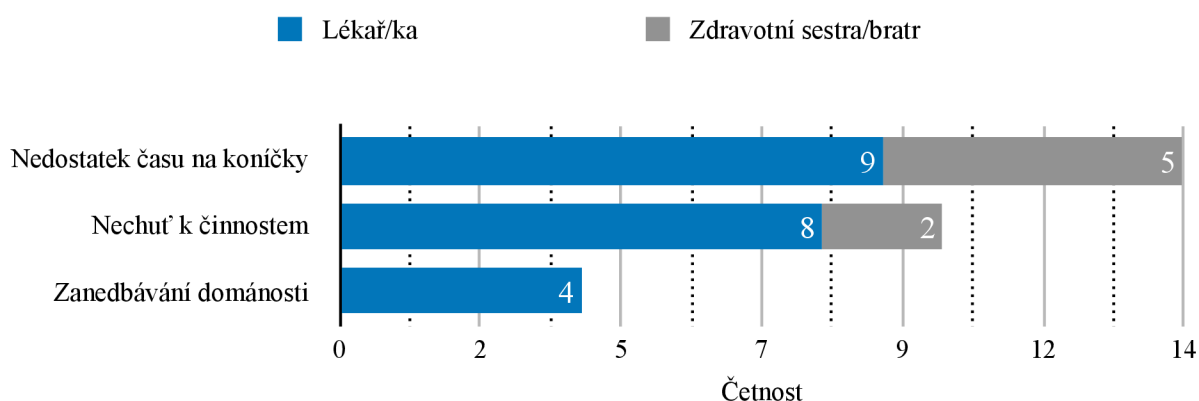
Kategorie **sociálních dopadů** byla identifikována pouze u skupiny lékařů a lékařek. Zahrnuje dvě subkategorie. První z nich je averze vůči lidem, která odpovídá vyjádřením, že v důsledku každodenního kontaktu jak s pacienty, tak s kolegy se pak lékaři cítí být předem podráždění a nemají příliš velký zájem být s cizími lidmi v kontaktu i mimo zaměstnání. Zajímavou subkategorií je také zánik přátelství mimo obor zdravotnictví. Uváděným důvodem je zejména nepochopení omezených časových možností a únavy lékařů a lékařek v důsledku pracovního vypětí. Byla také uvedena souvislost s neustálým vyžadováním odborných rad.

Graf č. 16: Grafické znázornění kategorie sociální dopady a jejich subkategorií



Poslední kategorií vnímaných dopadů stresové zátěže je oblast **volného času**. Obsahuje tři subkategorie, a to nedostatek času na volnočasové aktivity, nechuť k činnostem a zanedbávání domácnosti. Nechuť k činnostem souvisí s příliš velkou únavou a emočním vyčerpáním. Právě nechuť k činnostem a nedostatek času na volnočasové aktivity jsou pro obě srovnávané skupiny nejvýznamnějšími faktory. V souboru lékařů je však první zmíněný faktor oproti skupině zdravotních sester zastoupen téměř dvojnásobně, druhý faktor až čtyřnásobně. Také zanedbávání domácnosti bylo identifikováno pouze v souboru lékařů.

Graf č. 17: Grafické znázornění kategorie volný čas a jejich subkategorií



7.2. Angažovanost zaměstnavatele

Angažovanost zaměstnavatele byla zjišťována prostřednictvím otázky, zda mají účastníci výzkumu pocit, že se zaměstnavatel jakýmkoliv způsobem jejich psychickému zdraví věnuje. Z odpovědí jednoznačně vyplývá, že zájem zřizovatelů a nadřízených o tento aspekt je zcela minimální. Z celého výzkumného souboru 108 osob vypovědělo 96 respondentů, tedy 88,9%, že se zaměstnavatelé jejich psychickou pohodou nezabývají.

Tabulka č. 12: Vnímaný zájem zaměstnavatele o psychické zdraví zaměstnanců

	ANO		NE	
	Počet	%	Počet	%
LÉKAŘKY/LÉKAŘI	6	11,3	47	88,7
ZDRAVOTNÍ SESTRY/BRATŘI	6	10,9	49	89,1
CELÝ SOUBOR	12	11,1	96	88,9

Přesto však 12 respondentů, tedy 11,1% z celkového souboru odpovědělo na zájem zaměstnavatele o jejich psychické zdraví kladně. V takovém případě bylo dále zjišťováno, jakým způsobem tato péče probíhá. Z odpovědí vyplývá, že se jedná zejména o pravidelné schůze, v rámci kterých jsou zjišťovány potřeby zaměstnanců. Na základě toho pak mohou lékaři a sestry do určité míry ovlivňovat svou pracovní dobu či mají možnost vzít si mimořádné volno. Další respondenti vypovídají o tom, že si mohou v rámci benefitů zvolit rekonvalescenční pobyt. Poslední zmíněná forma pomoci byla prostřednictvím doporučených postupů, jak pracovat se stresovou zátěží a poskytnutí informací, kam se v případě potřeby obrátit.

7.3. Využívání psychologické podpory či zájem o pomoc

Respondenti byli dále dotazováni, zda již některou z dostupných forem psychologické pomoci využívají. Z celkového souboru odpovědělo devět osob (8,3%), že určitou psychologickou pomoc využívají, 59 respondentů (54,6%) pomoc nechce či nepotřebuje a 40 účastníků (37,0%) žádnou pomoc nevyužívá, přestože by o ni stáli. Je také nutné zmínit, že mnoho respondentů, kteří odpověděli, že pomoc nechtějí či nepotřebují, také v komentáři uvedli, že ačkoli aktuálně takovou potřebu nepocítují, velmi by je uklidnilo vědomí, že se v případě potřeby mají kam obrátit. Lze tedy říci, že více než polovina respondentů pomoc buď již využívá, chtěla by využívat, či by si alepoň přála mít konkrétní službu k dispozici.

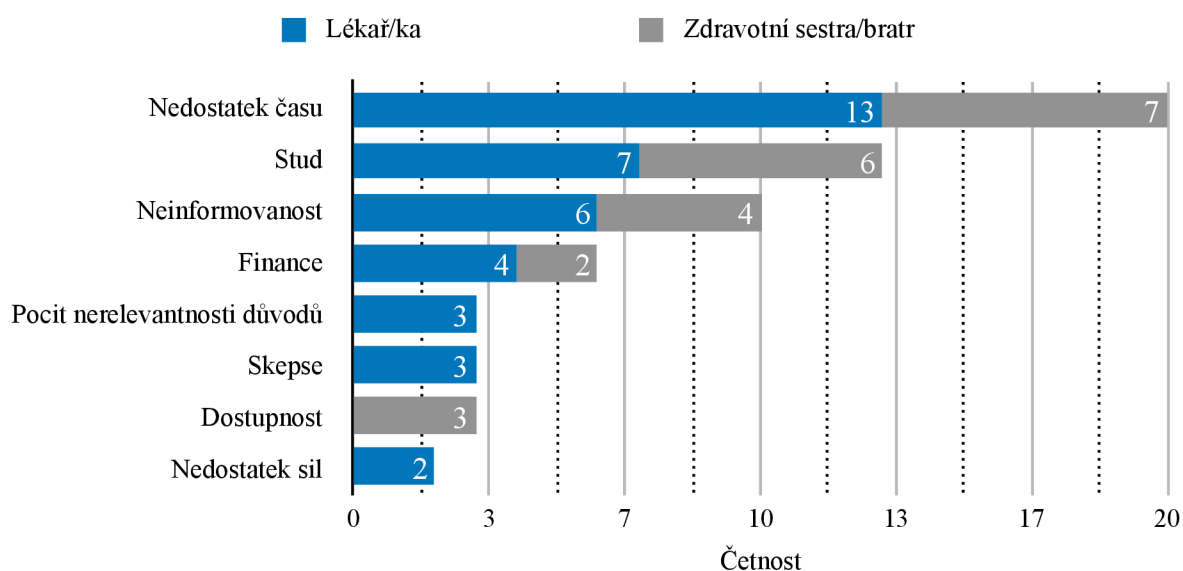
Tabulka č. 13: Využívání nějaké formy psychologické podpory

	ANO		NE (NECHCI/ NEPOTŘEBUJI)		NE, ALE CHTĚL/A BYCH	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
LÉKAŘKY/LÉKAŘI	6	11,3	28	52,8	19	35,8
ZDRAVOTNÍ SESTRY/BRATŘI	3	5,5	31	56,4	21	38,2
CELÝ SOUBOR	9	8,3	59	54,6	40	37,0

V případě, že respondenti odpověděli, že již určitou formu psychologické podpory využívají, byli dále dotazováni, o jakou pomoc se konkrétně jedná, jak často ji využívají a zda mají pocit, že jim to pomáhá. Jedinou uvedenou formou pomoci u všech devíti respondentů byla individuální psychoterapie. Dva respondenti terapeuta navštěvují jednou týdně, šest respondentů jednou za dva týdny a jeden z účastníků jednou měsíčně. Všichni shodně uvádějí, že má tato pomoc pozitivní efekt. Příkladem uvádíme vyjádření jednoho z respondentů: „*Psychologická podpora je nesmírně důležitý krok při rozvíjejícím se syndromu vyhoření, či extrémnímu přetížení stresem. Může předejít závažným následkům chronického stresu a ukáže způsoby, jak se se stresem vyrovnávat.*“

Pokud respondent zvolil odpověď, že pomoc nevyužívá, ale nějakou formu podpory by využívat chtěl, byl dále dotazován, co mu ve vyhledání pomoci brání a jakou formu podpory by si představoval. Z hlediska takových **bariér** bylo identifikováno osm kategorií. Jedná se o nedostatek času, stud, neinformovanost, finance, pocit nerelevantnosti důvodů, skepsi, dostupnost a nedostatek sil. Nedostatek času je zmiňován jak v kontextu pracovního přetížení, tak z hlediska neochoty to málo volného času trávit například na terapii. Neinformovanost zahrnuje odpovědi, které svědčí o tom, že respondent neví, kde takovou pomoc hledat. Pocit nerelevantnosti důvodů se týká pocitu, že problémy respondenta nejsou dostatečně závažné. Kategorie skepse souvisí s nedůvěrou, že taková pomoc může být účinná a dostupnost souvisí s potřebou okamžité pomoci bez čekacích lhůt. Nedostatek sil vypovídá o nedostatku energie pro aktivní vyhledání pomoci.

Graf č. 18: Grafické znázornění kategorií bariér, které brání vyhledání pomoci



7.4. Představa o možné psychologické podpoře

Respondenti, kteří vyjádřili zájem o psychologickou podporu, byli dále dotazováni, co by potřebovali, co si myslí, že by jim pomohlo, a jaká je tedy představa o možné podobě takové pomoci. Nejvíce respondentů by si přálo, aby byla případná pomoc realizována prostřednictvím **osobního kontaktu** (57,5%). Dalšími zmiňovanými formami je **telefonická podpora** (12,5%), pomoc prostřednictvím **videohovoru** (10,0%) a psanou online formou, jako je **chat či e-mail** (7,5%).

Byla také vyjádřena potřeba pravidelných **supervizí či intervizí** (12,5%). Mnohým respondentům by pomohlo, kdyby měli možnost své napětí a potíže **ventilovat** (12,5%). Účastníci v komentářích uváděli, že by bylo dobré mít možnost ventilace s cizí osobou, protože rodinní příslušníci a partneři jsou z této potřeby vypovídat se z pracovní zátěže často unavení. Respondenti dále vyjádřili zájem o možnost mít **psychologa na oddělení**, který by byl k dispozici jak pacientům a jejich rodinám, tak personálu (15,0%). Hlavní výhodou takového řešení vidí v rychlé dostupnosti psychologické péče. Dalším požadavkem lékařů a sester je možnost **odborné intervence** v rámci konfliktní pracovní skupiny, či v případech, ve kterých pracovník nebo pracovní skupina prošla krizovou či traumatickou událostí (12,5%). Zajímavou potřebou je také **nácvik dovedností** (5%), prostřednictvím kterého by se lékaři a sestry dokázali lépe připravit na možné nepříjemné situace, jako jsou konflikty s pacienty a jejich rodinami. Účastníci by dále uvítali, kdyby měli k dispozici **databázi dostupných odborníků** (2,5%), které lze anonymně, tedy bez vědomí zaměstnavatele, kontaktovat. Vyjádřen byl také zájem o skupinovou terapii v rámci daných profesí (2,5%).

Tabulka č. 14: Forma a podoba možné psychologické podpory

FORMA	POČET	%	PODOBA	POČET	%
Osobní	23	57,5	Psycholog na oddělení	6	15,0
Telefonická	5	12,5	Ventilace	5	12,5
Audiovizuální	4	10,0	Supervize/Intervize	5	12,5
Chat/e-mail	3	7,5	Intervence	5	12,5
			Nácvik dovedností	2	5,0
			Skupinová terapie	1	2,5
			Databáze odborníků	1	2,5

7.5. Zodpovězení výzkumných otázek

V rámci kvalitativní části práce byly stanoveny čtyři výzkumné otázky. První výzkumná otázka VO₁ má následující znění: **Je v rámci zaměstnání pečováno o psychické zdraví lékařů a sester?** Z analýzy dat vyplývá, že je zájem vedení o psychickou pohodu zaměstnanců spíše ojedinělý. Z celkového výzkumného souboru, který čítá 108 účastníků, 96 (88,9%) uvádí, že ze strany zaměstnavatele o jejich psychické zdraví pečováno není. Z toho se jedná o 47 lékařů a lékařek (88,7% ze souboru lékařů a lékařek) a 49 zdravotních sester a bratrů (89,1% ze souboru zdravotních sester a bratrů). Pouze 12 respondentů (11,1%) hovoří o psychologické podpoře ze strany zaměstnavatele, z toho se jedná o šest lékařů a lékařek (11,3% ze souboru lékařek a lékařů) a šest zdravotních sester a bratrů (10,9% ze souboru zdravotních sester a bratrů). Tato podpora má nejčastěji podobu pravidelných schůzek, prostřednictvím kterých jsou zjišťovány potřeby zaměstnanců, či jsou doporučovány strategie, jak pracovat se stresovou zátěží, možností upravovat některé aspekty pracovních podmínek, či se jedná o benefity v podobě rekonvalescenčních pobytů.

Druhá i třetí výzkumná otázka se zabývají problematikou vnímaných stresorů v rámci srovnání skupiny lékařek a lékařů se skupinou zdravotních sester a bratrů. Pro zodpovězení těchto otázek uvádíme následující tabulku, která reprezentuje jednotlivé kategorie stresorů v takovém pořadí, jaká je jejich četnost ve výpovědích lékařů a zdravotních sester.

Tabulka č. 15: Srovnání významnosti jednotlivých kategorií stresorů mezi skupinou lékařů a zdravotních sester

	LÉKAŘI/LÉKAŘKY	POČET	%		ZDRAVOTNÍ ŠESTRY/ BRATŘI	POČET	%
1	Pracovní přetížení	49	92,5	1	Aspekty na straně zaměstnání	34	64,2
2	Pracovní vztahy	38	71,7	2	Pracovní vztahy	29	54,7
3	Aspekty na straně zaměstnání	31	58,5	3	Pracovní přetížení	26	49,1
4	Aspekty na straně vlastní osoby	31	58,5	4	Péče o pacienty	14	16,4
5	Péče o pacienty	30	56,6	5	Nedostatek kontroly	9	17,0
6	Nedostatek kontroly	24	45,3	6	Aspekty na straně vlastní osoby	5	9,4

Výsledky ukazují, že z hlediska identifikovaných kategorií stresorů se srovnávané skupiny neliší. Hlavními stresory jsou tedy pro obě sledované skupiny již zmíněné pracovní přetížení, pracovní vztahy, aspekty na straně zaměstnání, aspekty na straně vlastní osoby, péče o pacienty a nedostatek kontroly. Lze však nalézt drobné rozdíly jak v míře jejich významnosti, tak v rámci subkategorií, kterými jsou základní kategorie syceny.

Druhá výzkumná otázka VO₂ tedy zní: **Jaké jsou hlavní stresory, se kterými se v práci lékaři a lékařky setkávají?** Z hlediska četnosti daných jevů je pro lékaře a lékařky nejvýznamnější kategorií pracovní přetížení, které zahrnuje časový přes, dlouhé směny a přesčas, velkou administrativní zátěž a nedostatek volna pro odpočinek v průběhu směny. Některý z těchto faktorů byl identifikován v 92,5% odpovědních formulářů. Z hlediska srovnání skupin je také zajímavou a alarmující informací, že kromě kategorie nedostatku kontroly byly všechny z uvedených kategorií stresorů uvedeny více než polovinou respondentů. Existují také subkategorie, které byly identifikovány pouze ve skupině lékařů a lékařek. Jedná se o nefunkční zdravotní systém, vliv pojišťoven, nemožnost vždy pomoci, dlouhé směny, administrativní zátěž, nedostatek volna, mezioborovou spolupráci, tíhu zodpovědnosti, strach z chybování a osamocení.

Třetí výzkumná otázka VO₃ je formulovaná následovně: **Jaké jsou hlavní stresory, se kterými se v práci zdravotní sestry a bratři setkávají?** Pro soubor zdravotních sester a bratrů jsou z hlediska významnosti nejvíce sycenou kategorií aspekty na straně zaměstnání. Z hlediska jednotlivých faktorů se konkrétně jedná o nedostatečné finanční ohodnocení, péči o akutní pacienty, noční směny, častý kontakt se smrtí, překračování kompetencí, nejistotu a malou autonomii. Z těchto faktorů byly poslední tři identifikovány pouze ve skupině zdravotních sester a bratrů, nikoli však u lékařů. K dalším stresorům, které se vyskytovaly pouze v odpovědních formulářích zdravotních sester a bratrů patří mobbing a obavy o vlastní zdraví. Oproti skupině lékařů a lékařek byly v této skupině více než polovinou respondentů označeny pouze dvě kategorie, tedy aspekty na straně zaměstnání a pracovní vztahy.

Čtvrtá výzkumná otázka VO₄ zní následovně: **Jaká je představa lékařů a zdravotních sester o funkční psychologické podpoře?** Z analýzy dat vyplývá, že nejvíce žádanou formou pomoci je prostřednictvím osobního kontaktu. Z hlediska podoby možné podpory bylo zmíněno více různých potřeb. Nejčastěji byla zmiňována přítomnost

psychologa na oddělení, který by byl rychle dostupný jak pro zaměstnance, tak pro pacienty a jejich rodiny. K dalším zmiňovaným potřebám patří supervize a intervize, intervence konfliktů či krizových situací, nácvik dovedností, ventilace a databáze odborníků, u kterých lze vyhledat pomoc bez vědomí zaměstnavatele. Co se týče ventilace, je třeba uvést, že ačkoli byla v rámci představ o možné pomoci zmíněna pouze v pěti případech, v rámci zvládacích strategií ji jako funkční uvedlo 20 lékařů a 12 zdravotních sester.

8. Výsledky ověření platnosti statistických hypotéz

Kvantitativní data získaná prostřednictvím standardizovaných dotazníků pracovní a životní spokojenosti byla dále zpracovávána prostřednictvím programů MS Excel a Statistica 12. Nejprve byla prostřednictvím Shapiro-Wilkova testu ověřena normalita dat.

Tabulka č. 16: Ověření normality dat

PROFESE		SHAPIRO-WILK		
		STATISTIC	df	Sig.
PRACOVNÍ SPOKOJENOST	Lékař/ka	0,966	53	0,135
	Zdravotní sestra/bratr	0,930	55	0,003
ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST	Lékař/ka	0,959	53	0,066
	Zdravotní sestra/bratr	0,974	55	0,275

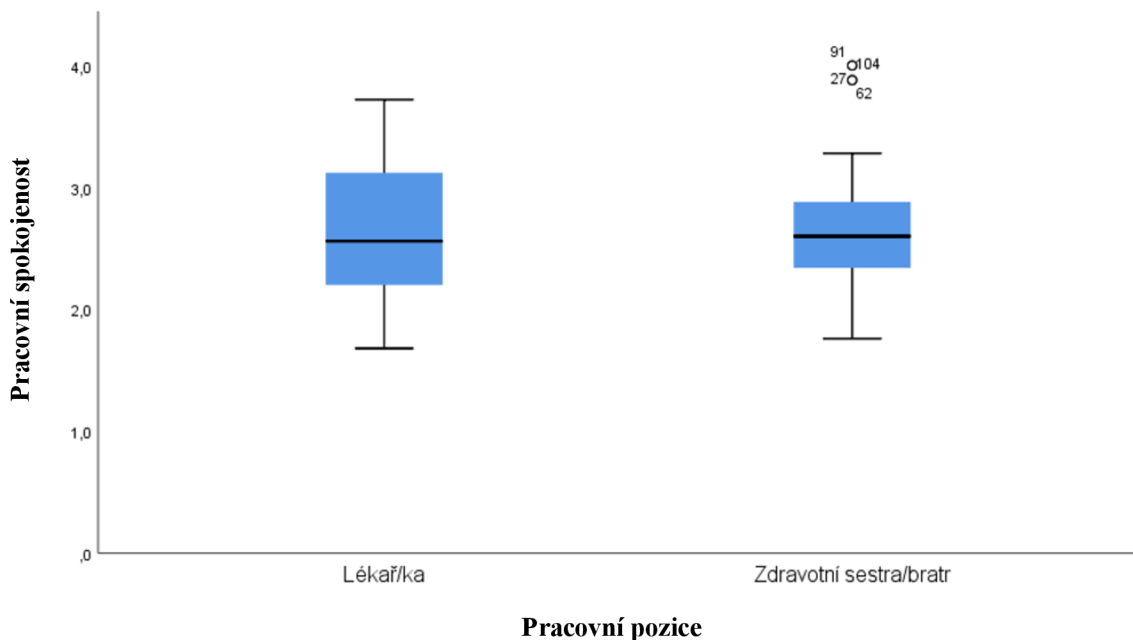
Pracovní spokojenost nemá u zdravotních sester a bratrů normální rozdělení (p-hodnota 0,003), bude tedy použit neparametrický test, konkrétně Mann-Whitney U test. Životní spokojenost má u obou skupin normální rozdělení (p-hodnoty větší než 0,05), bude tedy použit parametrický t-test.

První zkoumaná hypotéza zní následovně: **H₁: Mezi lékaři/lékařkami a zdravotními sestrami/bratry existuje statisticky signifikantní rozdíl v pracovní spokojenosti.** Pro její testování jsme vycházeli z průměrných hodnot získaných v jednotlivých srovnávaných skupinách, tedy ve skupině lékařů a lékařek (N=53) a zdravotních sester a bratrů (N=55). Získané hodnoty pro jednotlivé srovnávané skupiny i celkový výzkumný soubor reprezentuje následující tabulka a krabicový diagram:

Tabulka č. 16: Pracovní spokojenost

	PRACOVNÍ SPOKOJENOST			
	Medián	SD	Průměr	N
LÉKAŘKY/LÉKAŘI	2,56	0,544	2,60	53
ZDRAVOTNÍ SESTRY/BRATŘI	2,60	0,500	2,66	55
CELÝ SOUBOR	2,58	0,521	2,63	108

Graf č.19: Krabicový diagram pro pracovní spokojenost srovnávaných skupin



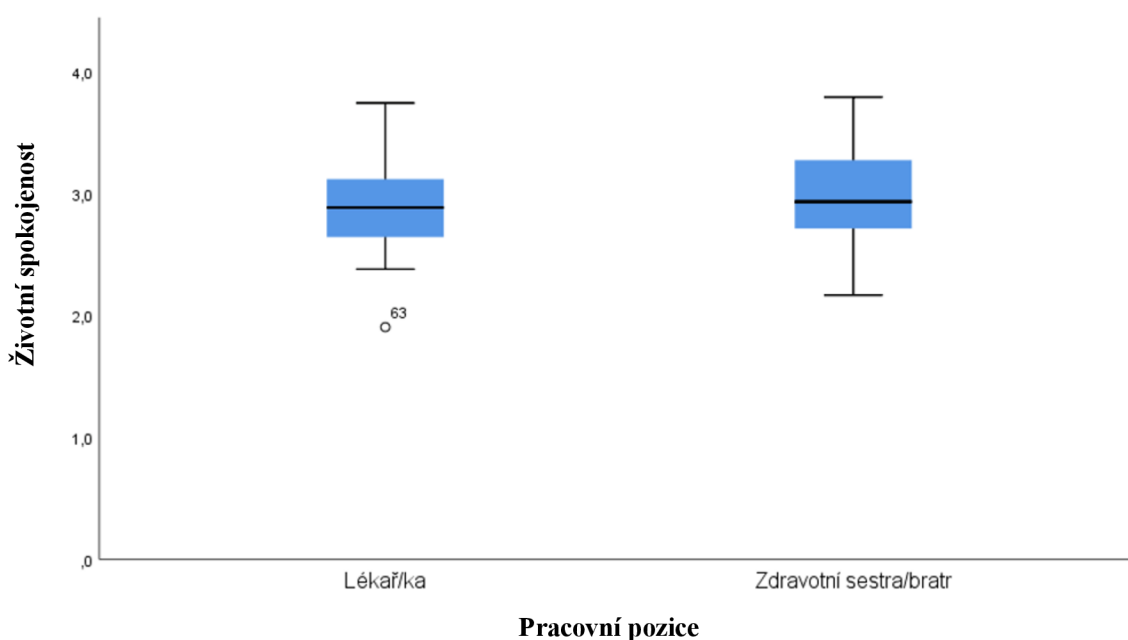
Průměrná hodnota pracovní spokojenosti lékařů a lékařek je 2,60 (mediánová hodnota 2,56). U zdravotních sester a bratrů je průměrná pracovní spokojenost 2,66 (mediánová hodnota 2,60). Lze tedy říci, že u obou srovnávaných skupin tato hodnota nejvíce odpovídá třetímu stupni hodnotící škály, tedy „*spíše spokojen*“. Výsledek testu vypovídá o p-hodnotě 0,569 při stanovené hladině významnosti 5%, tedy 0,05. Ze získaných dat vyplývá, že mezi skupinami lékařek/lékařů a zdravotních sester/bratrů není v pracovní spokojenosti statisticky významný rozdíl. Na základě výsledků tedy **hypotézu H_1 nelze přijmout**.

Druhá hypotéza byla formulována následovně: **H_2 : Mezi lékaři/lékařkami a zdravotními sestrami/bratry existuje statisticky signifikantní rozdíl v životní spokojenosti**. I v případě životní spokojenosti jsme pracovali s průměrnými hodnotami srovnávaných skupin. Data těchto skupin i celkového souboru jsou taktéž prezentována prostřednictvím tabulky a krabicového grafu:

Tabulka č. 17: Životní spokojenost

	ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST			
	Medián	SD	Průměr	N
LÉKAŘKY/LÉKAŘI	2,88	0,364	2,90	53
ZDRAVOTNÍ SESTRY/BRATŘI	2,93	0,378	2,96	55
CELÝ SOUBOR	2,93	0,370	2,93	108

Graf č.20: Krabicový diagram pro životní spokojenost srovnávaných skupin



Průměrná životní spokojenost lékařek a lékařů odpovídá hodnotě 2,90 (mediánová hodnota 2,88). U zdravotních sester a bratrů hovoříme o průměrné hodnotě životní spokojenosti 2,96 (mediánová hodnota 2,93). Stejně jako v případě pracovní spokojenosti tedy hodnota odpovídá třetímu stupni hodnotící škály „*spíše spokojen*“. Zjištěná p-hodnota 0,446 je vyšší, než stanovená míra významnosti (0,05). Na základě analýzy dat lze tedy konstatovat, že mezi skupinami lékařek/lékařů a zdravotních sester/bratrů není v životní spokojenosti statisticky významný rozdíl. Ani v tomto případě tedy hypotézu **H₂** na základě získaných dat nelze přijmout.

Diskuze

V rámci kvalitativní části diplomové práce bylo identifikováno velké množství různých stresorů, které na lékaře, lékařky, zdravotní sestry a bratry ve zdravotnickém prostředí působí. Ovlivňují tak nejenom jejich pracovní spokojenost, ale mají také mnoho různých důsledků v jiných oblastech života těchto profesí. Ačkoli jednotlivé kategorie stresorů se u skupiny lékařů a lékařek oproti zdravotním sestrám a bratrům neliší, lze nalézt rozdíly v různé míře jejich důležitosti.

Ve skupině zdravotních sester a bratrů se nejvýznamnější kategorií ukázaly být aspekty na straně zaměstnání. Konkrétně se jedná o nedostatečné finanční ohodnocení, nejistotu, noční směny, překračování kompetencí, kontakt se smrtí, malou autonomii a péči o akutní pacienty. Porovnáme-li tyto výsledky s již uplynulými výzkumy a zjištěními, můžeme říci, že každý z těchto faktorů je již v negativní konotaci zmiňován. Například finanční ohodnocení je mnohými autory uváděno jako jeden ze zásadních faktorů pracovní spokojenosti (Buitendach, 2005; Luthans, 2010; Plevová, 2012). Také z výzkumných závěrů Vévody a jeho spolupracovníků (2011) vyplývá, že byl faktor mzdy zdravotními sestrami v rámci aspektů pracovního prostředí subjektivně vnímán jako nejdůležitější. Stresor nejistoty odpovídá nepředvídatelným situacím v práci, které Kociánová (2010) uvádí jako jeden z faktorů zeslabujících pracovní spokojenost. Noční služby jsou autory uváděny jako jeden ze zásadních aspektů pracovní doby (Akerstedt et al., 1990). Její délka je spojena s množstvím negativních důsledků, jako je fyzické i emoční vyčerpání, stres, syndrom vyhoření, aj. (Evropská komise, 2010; Ilhan et al., 2006). Samotné noční služby jsou také dle autorů Akerstedt a kolektivu (1990) spojené se spánkovou deprivací, a tedy také poruchami spánku, které se i v této studii ukázaly být nejvýznamnější subkategorii v oblasti dopadů na zdraví zdravotních sester a bratrů. Dalším identifikovaným stresem, který se v rámci výzkumu týká pouze souboru zdravotních sester a bratrů, je překračování kompetencí. To potvrzuje závěry Mikšíkové a kolektivu (2014), které vypovídají o frustraci z nutnosti plnit některé povinnosti jak lékařů, tak sanitářů a zdravotnických asistentů. Do kategorie aspektů na straně zaměstnání patří také subkategorie častého kontaktu se smrtí. Vliv tohoto stresoru potvrzuje závěry Mealera a kolektivu (2016), kteří události spojené se smrtí uvádějí jako jeden ze specifických rizikových faktorů, jež mohou vést k rozvoji syndromu vyhoření. Také pocit nedostatku autonomie je již jinými autory

zkoumaným faktorem. Často je uváděn jako jeden z významných aspektů, které mohou posílit pracovní spokojenost (Buitendach, 2005; Kociánová, 2010; Luthans 2010). V rámci adaptace Maslowovy pyramidy potřeb na zdravotnické prostředí je autonomie součástí nejvyššího patra hierarchie a je nutným předpokladem pro možnost využít svůj potenciál a cítit se ve své práci užitečný (Shapiro et al., 2018). Nižší míra autonomie zdravotních sester je také zmíněna jako jeden z možných faktorů nižší pracovní spokojenosti sester oproti lékařům (Myhren et al., 2013). A v neposlední řadě relativně výrazný stresor péče o akutní pacienty poukazuje na výzkumná data jiných autorů, která hovoří o větší prožívané psychické zátěži odborníků z oborů intenzivní, urgentní a akutní medicíny (European Agency for Safety and Health at Work, 2014; Hahn et al., 2008; Leigh et al., 2011).

Ve skupině lékařů a lékařek se nejlivnější kategorií stresorů ukázalo být pracovní přetížení. Některý ze stresorů, které do dané kategorie spadají, ve svých odpovědích zmínilo 92,5% lékařů a lékařek. Jedná se o časový pres, dlouhé směny, administrativní zátěž, nedostatek volna a pracovní přetížení bez bližší specifikace. Stres související s časovým tlakem a vysoká pracovní zátěž dle Kociánové (2010) taktéž patří mezi již zmíněné faktory zeslabující pracovní spokojenost. Mnoho autorů také časový tlak shodně uvádí jako jeden z rizikových faktorů syndromu vyhoření (Dolan, 1987; Evropská komise, 2010; Myhren et al., 2013). Evropská komise (2010) také hovoří o vlivu časového presu na behaviorální závislost na nikotinu. Dlouhé směny jsou také faktorem, jehož negativní dopady již byly různými autory zkoumány. Například Wei a kolektiv (2022) zmiňují souvislost mezi délkou pracovní doby a suicidálními myšlenkami. K dalším důsledkům příliš dlouhé pracovní doby patří nerovnováha mezi osobním a pracovním životem, narušená paměť a schopnost koncentrace, vliv na úsudek, reakční čas, produktivitu práce, a tedy i snížení kvality péče o pacienty (Dubeck, 2014). Dalším faktorem kategorie pracovního přetížení je administrativní zátěž. Identifikace tohoto stresoru se shoduje se závěry výzkumné studie autorky McNeese-Smithové (2001), která administrativní zátěž řadí mezi faktory interferující péči o pacienty. Souvislost mezi pracovní nespokojeností a vysokou administrativní zátěží uvádějí také Pathman a kolektiv (2002). Nedostatek volna, a tedy také osobního prostoru pro alespoň malý odpočinek, či jídlo a pití v průběhu náročné směny je v již uplynulých studiích zmiňován v souvislosti s kategorií psychického a fyzického zdraví v rámci již zmíněné adaptace Maslowovy pyramidy potřeb (Shapiro et

al., 2018). Kategorie pracovního přetížení je také často zmiňována v souvislosti s chybováním (Alemdar & Yaman, 2013; Bari et al., 2016; McNeese-Smith, 2001). Souvislost pracovního přetížení a obav z chybování byla ve skupině lékařů prokázána také v rámci tohoto výzkumu.

Podíváme-li se na oblast zjišťovaných stresorů z hlediska četnosti jednotlivých subkategorií, nehledě na jejich příslušnost k dané kategorii, je ve skupině lékařů nejčastějším faktorem právě pracovní přetížení bez bližší specifikace. Ve skupině zdravotních sester jsou však nejčastěji uváděným stresorem vztahy v rámci oddělení. Ve dvou případech byla dokonce zmíněna i problematika mobbingu. Tyto výsledky tedy podporují zjištění autorů Erdogan a Yildirim (2017), dle kterých se oběti šikany na pracovišti častěji stávají zdravotní sestry.

V rámci výzkumu byly také zjišťovány zvládací strategie, které lékaři a sestry používají pro vyrovnání se s pracovním stresem a také jeho možné dopady na jiné oblasti života. Pro obě skupiny se nejvíce funkční strategií ukázal být aktivní odpočinek, zejména sport. Druhou nejvýznamnější kategorií je pak sociální opora, konkrétně ze strany rodiny, přátel, partnerů a kolegů. Tématem copingových strategií zdravotníků se zabývali také O'Dowd a kolektiv (2018). I tato studie vypovídá o efektu volnočasových aktivit a sociální opory. Jako nejúčinnější strategií však výsledky ukázaly práci na work-life balance. Ta se ukázala být efektivní u 80% účastníků a výrazně přispěla k jejich psychické pohodě. Domníváme se, že v tomto ohledu by v českém zdravotnictví měla být lékařům a sestřám věnována větší pozornost. Data naší studie totiž ukazují velké množství různých dopadů právě na osobní život zdravotníků, ať už z hlediska rodinných, přátelských či partnerských vztahů v důsledku přenášení pracovního stresu do tohoto prostředí, tak z hlediska volnočasových aktivit či zdraví respondentů. O'Dowd a jeho spolupracovníci (2018) také uvádějí, že součástí této strategie je schopnost odpoutat se ve volném čase od pracovních starostí. Právě neschopnost odvést od práce myšlenky byla v naší studii identifikována jako jeden z relativně významných stresorů z kategorie dopadů na vlastní osobu. V tomto ohledu je také zajímavá role manželství či partnerství. Na jednu stranu se partnerské vztahy ukázaly být jedním z faktorů, který zdravotníkům ve zvládnání stresu pomáhá. Na druhou stranu jsou však oblastí, která je nejvíce zatížena vnímanými dopady pracovního stresu, což sekundárně vede ke vzniku dalších stresorů v osobním životě. Výsledky ukázaly, že 28

účastníků z celkového počtu 108 respondentů žádné dopady pracovního stresu na jiné oblasti svého života nepociťuje. Pouze dva z nich však zároveň žili v partnerském vztahu. Zbylých 25 účastníků odpovědělo, že žijí sami. Tento paradox potvrzuje také Kollárik (2002), který uvádí, že partnerství může mít stabilizační roli, současně ale také může být stresorem z hlediska tlaku na zajištění rodiny a její pohodu.

Výzkum se také zabýval možnými bariérami lékařů a sester pro vyhledání pomoci. K nejčastějším patří nedostatek času, stud, finance, pocit nerelevantnosti problémů, skepse a neinformovanost. Z uvedených překážek se s již uplynulou meta-analýzou Kay a jejích spolupracovníků (2008) shodují právě čas, stud, finance a bagatelizace potíží. Je zajímavé, že v českém prostředí se k těmto faktorům navíc přidává právě skepse a neinformovanost zdravotníků o tom, kde mohou případnou pomoc vyhledat.

Z hlediska testovaných hypotéz je nutné konstatovat, že ani jednu z nich nebylo možné přijmout. Rozdíl v pracovní a životní spokojenosti mezi lékaři/lékařkami a zdravotními sestrami/bratry tedy nebyl prokázán statisticky významným výsledkem. Tato zjištění jsou v rozporu s výsledky již uplynulých výzkumů, dle kterých je pracovní spokojenost lékařů vyšší, než pracovní spokojenost zdravotních sester. Autoři uvádějí, že příčinou rozdílů je větší autonomie lékařů, delší pracovní směny a větší pracovní přetížení zdravotních sester, noční směny a vztahy s nadřízenými (Goodfellow et al., 1997; Myhren et al., 2013). Všechny tyto faktory byly identifikovány také v rámci naší studie, nicméně ze všech zmíněných se pouze nedostatek autonomie ukázal být stresorem, který se týká pouze zdravotních sester. Ve všech ostatních případech byla četnost stresorů ve výpovědních formulářích vyšší ve skupině lékařů, než ve skupině zdravotních sester.

Domníváme se, že určitý vliv na výsledek může mít také průměrná délka praxe jednotlivých skupin respondentů. Kollárik (2002) uvádí, že seniorita je jedním z faktorů pracovní spokojenosti. S délkou praxe tedy roste také pracovní spokojenost. Tento fakt potvrzují také výzkumná data, která hovoří o nižší pracovní spokojenosti u mladých zdravotníků (Freeborn, 2001; Pathman et al., 2002). Průměrná délka praxe lékařů a lékařek v našem výzkumném souboru odpovídá hodnotě osm a půl roku, kdežto u zdravotních sester a bratrů se jedná o 14,6 let praxe. Hodnota je tedy téměř dvojnásobná. Taktéž kvalitativní data nenaznačují, že by pracovní spokojenost zdravotních sester a bratrů měla být nižší, než spokojenost lékařů a lékařek. Z hlediska četnosti identifikovaných jevů se

tendence zdá být spíše opačná. To však samozřejmě může být způsobeno mnoha vnějšími vlivy, jako je míra motivace a angažovanosti respondentů při vyplňování dotazníkového formuláře.

Co se týče limitů výzkumu je nutné zmínit některé z technických aspektů. Ze zpětné vazby respondentů vyplynulo, že by mnohým účastníkům lépe vyhovovala možnost vyplnit dotazník v tištěné podobě. Tato forma by také byla vhodnější pro další distribuci dotazníků na jednotlivá oddělení nemocnic. Z hlediska elektronické podoby dotazníku se navíc v několika případech vyskytly potíže se zastaralým softwarem některých počítačů. V důsledku toho nebylo možné dotazníkový formulář z poskytnutého odkazu spustit. Zpětná vazba účastníků také ukázala na terminologickou chybu. Z hlediska upřesnění pracovní pozice zdravotní sestry byly nabídnuty následující možnosti volby: vrchní zdravotní sestra, staniční zdravotní sestra a zdravotní sestra. Nebyl však zohledněn rozdíl mezi všeobecnou zdravotní sestrou a praktickou zdravotní sestrou. Z hlediska terminologie je také nutné zmínit oslovení mužů, kteří vykonávají povolání zdravotní sestry. Ačkoli je spojení zdravotní bratr považováno za neformální, bylo v diplomové práci na základě dohody užíváno. Z hlediska parametrů samotného výzkumu by bylo zcela jistě vhodné pracovat s větším výzkumným souborem. Přesnost dat by také mohla být ovlivněna jeho velkou heterogenitou. Příkladem mohou být případné rozdíly mezi státním a soukromým sektorem. Z hlediska formulace výzkumných otázek také nebylo v rámci kvalitativní analýzy dat provedeno axiální kódování.

Domnívám se, že vzhledem k datům, která byla získána v dříve uplynulých výzkumech, by bylo zajímavé zaměřit další výzkum z hlediska specializace na odborníky v oblasti akutní, intenzivní a urgentní medicíny. V rámci pokračování výzkumu je také vhodná podrobnější analýza dat, která se týkají pracovní a životní spokojenosti z hlediska jejich jednotlivých kategorií. Tyto výsledky v kombinaci s kvalitativními daty by mohly nabídnout lepší vhled do zkoumané problematiky.

Závěr

Výzkumná část diplomové práce se zabývá zjišťováním vnímané angažovanosti zaměstnavatele v oblasti psychického zdraví, dále mapováním oblasti stresorů pracovního prostředí lékařů a zdravotních sester a hledáním možných rozdílů mezi uvedenými skupinami jak v oblasti těchto stresorů, tak z hlediska pracovní a životní spokojenosti. Zjišťovány jsou také potřeby z hlediska případné psychologické podpory. Na základě získaných dat a jejich následné analýzy lze uvést tyto závěry:

- Až 88,9% účastníků výzkumu se domnívá, že se zaměstnavatel jejich psychickému zdraví žádným způsobem nevěnuje.
- Nejvýznamnější kategorií stresorů v souboru lékařek a lékařů je pracovní přetížení, zahrnující časový přes, dlouhé směny, administrativní zátěž, nedostatek volna a pracovní přetížení bez bližší specifikace.
- Pro výzkumný soubor zdravotních sester a bratrů se nejvýznamnější kategorií stresorů ukázaly být aspekty na straně zaměstnání, tedy nedostatečné finanční ohodnocení, péče o akutní pacienty, noční směny, častý kontakt se smrtí, překračování kompetencí, nejistota a malá autonomie.
- Z hlediska jednotlivých subkategorií se však pro soubor zdravotních sester a bratrů jako nejvíce problematické jeví vztahy na oddělení.
- Nejvíce preferovanou formou psychologické pomoci je prostřednictvím osobního kontaktu (57,5%).
- Stran konkrétně vyjádřených potřeb psychologické podpory účastníci vyjádřili zájem o následující: psycholog na oddělení, možnost ventilace problému, supervize a intervize, intervence krizových situací a v konfliktních týmech, nácvik dovedností, skupinové terapie a anonymní přístup k databázi odborníků.
- Pracovní spokojenost lékařů i zdravotních sester odpovídá třetímu stupni hodnotící škály „*spíše spokojen*“. Mezi skupinami tedy nebyl prokázán statisticky významný rozdíl.
- Životní spokojenost lékařů i zdravotních sester odpovídá třetímu stupni hodnotící škály „*spíše spokojen*“. Mezi skupinami tedy taktéž nebyl prokázán statisticky významný rozdíl.

Souhrn

Diplomová práce se zabývá pracovní spokojenosti lékařů, lékařek, zdravotních sester a bratrů v souvislosti s jejich případnou potřebou psychologické podpory. Práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část.

První kapitola teoretické části se zabývá zejména různými pojetími definice pojmu pracovní spokojenost. Jak uvádí Hulin a Judge (2003), jedná se o multidimenzionální koncept, který zahrnuje aspekty jak kognitivní, tak také behaviorální a afektivní. Různí autoři se tedy ve svých definicích liší v zaměření na konkrétní komponenty tohoto komplexního pojmu. Z obecných definic však lze uvést například definici Spectora (1997), dle kterého je pracovní spokojenost souhrn pozitivních a negativních postojů zaměstnanců vůči své práci. Kapitola se dále zabývá bližší charakteristikou a konkrétními znaky pracovní spokojenosti, jako je intenzita, stálost, vázanost, spokojenost jako stav, proces či sociální jev, aj. (Kollárik, 1986; Štikar, 2003). Zásadním tématem první kapitoly jsou také faktory, které pracovní spokojenost ovlivňují. Nejčastěji jsou tyto faktory autory dále děleny na vnitřní (např. různorodost práce, osobnostní faktory, autonomie, atp.) a vnější (finanční ohodnocení, pracovní podmínky, pracovní kolektiv, aj.) (Buitendach, 2005; Kollárik, 2002; Štikar, 2003). Nedílnou součástí této kapitoly jsou také teorie pracovní spokojenosti vybraných autorů. Z jednofaktorových teorií jsou předloženy koncepty Maslowa, Vrooma, Stogdilla a McClellanda. Dále je uvedena Herzbergova dvoufaktorová teorie pracovní spokojenosti.

Druhá kapitola je zaměřená na pracovní spokojenost v kontextu zdravotnictví. Předkládá konkrétní specifika tohoto sektoru z hlediska jeho organizace, jednotlivých pilířů českého zdravotnictví, či poskytovaných typů péče o pacienty. Dále definuje povolání lékaře a zdravotní sestry včetně vymezení jejich kompetencí. Zásadní součástí druhé kapitoly jsou výsledky uplynulých výzkumů, jež se problematice pracovní spokojenosti lékařů a sester věnovaly. Různé výzkumy ukazují, že faktory, které se pro spokojenost ukazují jako zásadní, jsou například finanční ohodnocení, délka pracovních směn, nedostatek volného času, vztahy na pracovišti či pracovní přetížení v souvislosti s emoční i fyzickou náročností práce, nedostatkem zdrojů a administrativní zátěží (Freeborn, 2001; Hart, 2001; McNeese-Smith, 2001; Vévoda et al., 2011). Výzkumné závěry také poukazují na nižší pracovní spokojenost u mladších zdravotníků s kratší praxí,

než u jejich starších a zkušenějších kolegů (Freeborn, 2001; Pathman et al., 2002). Z hlediska konkrétních specializací se nejnižší pracovní spokojenost objevuje u odborníků z oboru intenzivní, urgentní a akutní medicíny (Freeborn, 2001). Některé z dat také poukazují na vyšší spokojenost u lékařů než u zdravotních sester (Goodfellow et al., 1997; Myhren et al., 2013). Výzkumy životní spokojenosti shodně poukazují na nižší spokojenost zdravotníků oproti běžné populaci (Klaghofer et al., 2011; Tyssen et al., 2008). V kapitole dále uvádíme souvislosti s konkrétní jevy jako je pracovní doba, stres a syndrom vyhoření, zneužívání návykových látek a násilí ve zdravotnictví.

Třetí kapitola se zabývá tématem psychologické podpory. Předkládá pádné argumenty její důležitosti právě pro zdravotnické profese. Mapuje užívané copingové strategie, problematiku psychických potíží a péče lékařů o vlastní zdraví. Lékaři často nevyhledají potřebnou pomoc například z důvodů nedostatku času a financí, pocitů studu, bagatelizace problémů či obav, aby byla zachována mlčenlivost (Kay et al., 2008). Mata a kolektiv (2015) uvádějí, že zkušenost s depresivními stavy má každý čtvrtý lékař. Výzkum autorů Kirkcaldy a Martin (2000) uvádějí vyšší míru výskytu psychických potíží oproti běžné populaci také u zdravotních sester. Stack (2004) dále uvádí, že u lékařů a lékařek je oproti obecné populaci dva a půlkrát vyšší riziko sebevraždy. Dalším zkoumaným tématem je chybovost. Výzkumy ukazují významnou spojitost s vyčerpáním po dlouhé pracovní směně (Bari et al., 2016; Alemdar a Yaman, 2013). Kapitola se dále zabývá konkrétními metodami možné psychologické pomoci. Jedná se o koučink, krizovou intervenci, poradenství a supervizi. Výzkumná data poukazují, že jejich využití může být pro zdravotníky užitečné (Dyrbye et al., 2019; Gehring et al., 2002; Isaksson-Ro et al., 2010; Rodriguez-Vega et al., 2020). Uvádíme také již existující služby a programy.

Výzkumná část diplomové práce je rozdělena na kvalitativní a kvantitativní část. Pro kvalitativní část byly stanoveny čtyři výzkumné otázky. Data pro jejich zodpovězení byla získávána prostřednictvím polostrukturovaného dotazníku vlastní konstrukce a jeho následnou analýzou metodou zakotvené teorie. První z výzkumných otázek zjišťuje, zda se zaměstnavatel zabývá psychickým zdravím lékařů a sester. Výsledky ukazují, že takový zájem je spíše ojedinělý. Až 88,9% respondentů odpovědělo, že se zaměstnavatel jejich psychickým zdravím nezabývá. Druhá a třetí výzkumná otázka se zabývá konkrétními stresory, které na lékaře a zdravotní sestry v rámci pracovního prostředí působí. Pro obě

skupiny bylo analýzou dat stanoveno šest hlavních kategorií stresorů. Jedná se o pracovní přetížení, pracovní vztahy, aspekty na straně zaměstnání, aspekty na straně vlastní osoby, péče o pacienty a nedostatek kontroly. Pro lékaře a lékařky se nejvýznamnější kategorií ukázalo být pracovní přetížení, které zahrnuje subkategorii časového presu, dlouhých směn, velké administrativní zátěže a nedostatku prostoru pro alespoň krátký odpočinek v průběhu pracovní doby. V souboru zdravotních sester a bratrů jsou nejvýznamnější kategorií aspekty na straně zaměstnání, ke kterým patří finanční ohodnocení, péče o akutní pacienty, noční směny, častý kontakt se smrtí, překračování kompetencí, nejistota a malá autonomie. Z hlediska subkategorií bez závislosti na příslušné kategorii se však jako nejvýznamnější stresor jeví vztahy na oddělení. Čtvrtá výzkumná otázka mapuje potřeby lékařů a sester z hlediska psychologické podpory a představu o její případné podobě. Osobní kontakt je nejvíce preferovanou formou komunikace. Další zmiňované možnosti jsou však telefonický kontakt, videohovor či online psaná podoba, tedy chat či e-mail. Z hlediska konkrétních potřeb by lékaři využili psychologa na oddělení, supervizi a intervizi, intervence konfliktních týmů či po krizových situacích, nácviky dovedností, možnost ventilace či databázi odborníků, na které se lze anonymně obrátit.

Kvantitativní část se zabývá pracovní a životní spokojeností lékařů a zdravotních sester. Pro tuto část byly stanoveny dvě hypotézy, v rámci kterých byl vyjádřen předpoklad, že mezi životní a pracovní spokojeností lékařů a zdravotních sester existuje statisticky významný rozdíl. Data pro jejich testování byla získávána prostřednictvím standardizovaných dotazníků, konkrétně Dotazníku životní spokojenosti Fahrenberga a kolektivu (DŽS) a dotazníku pracovní spokojenosti, který byl inspirován položkami z dotazníku McCloskey a Mueller (MMSS), metodických pokynů evropské unie pro šetření spokojenosti zaměstnanců a Spectorovy Job Satisfaction Scale (JSS). U obou dotazníků respondent odpovídal dle vnímané míry spokojenosti na čtyřstupňové škále velmi nespokojen, spíše nespokojen, spíše spokojen a velmi spokojen. Data byla zpracována za využití programů MS Excel a Statistica 12.

Statistická analýza dat ukázala, že průměrná hodnota pracovní spokojenosti lékařů a lékařek je 2,60, u zdravotních sester a bratrů se jedná o hodnotu 2,66. V případě životní spokojenosti průměrné hodnoty odpovídají u lékařů a lékařek hodnotě 2,90, u zdravotních sester a bratrů 2,96. U obou srovnávaných skupin tedy pracovní i životní spokojenost

odpovídá dle hodnotící škály vyjádření „*spíše spokojen*“. Statistická analýza dat tedy ani v jenom z případů neprokázala statisticky významný rozdíl. Alternativní hypotézy H_1 a H_2 tedy nelze přijmout.

K limitům výzkumu lze zařadit velikost výzkumného souboru a jeho velkou heterogenitu. Zaznamenán byl také nedostatek z hlediska správné terminologie. Další výzkum v dané oblasti by mohl být zaměřen na mladé zdravotníky z oblasti urgentní, intenzivní a akutní medicíny, kteří se zdají být nejrizikovější skupinou.

Ačkoli data nepotvrdila předpokládané hypotézy, domníváme se, že diplomová práce přinesla důležitá data, která jasně hovoří o nutnosti věnovat psychické pohodě lékařů a zdravotních sester více pozornosti. Nabízí také prvotní informace o určitých potřebách zdravotníků, na základě kterých lze dále pracovat na možné podobě funkční služby pro podporu zdravotnických profesí.

LITERATURA

1. Agrawal, A. (2018). Physician heal thyself. *Indian Heart Journal*, 70(5), 756-757. doi: 10.1016/j.ihj.2018.08.014
2. Åkerstedt, T., Arnetz, B. B., & Anderzén, I. (1990). Physicians during and following night call duty — 41 hour ambulatory recording of sleep. *Encephalography and clinical Neurophysiology*, 76(2), 193–196. doi:10.1016/0013-4694(90)90217-8
3. Alemdar, D. K., & Yaman, Y. (2013). Medical Error Types and Causes Made by Nurses in Turkey. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(3), 307-314. doi:10.5455/pmb.1-1345816200
4. Alshmemri, M., Shahwan-Akl, L., & Maude, P. (2017). Herzberg's Two-Factor Theory. *Life Science Journal*, 14(5), 12-16. doi:10.7537/marslsj140517.03.
5. Americká asociace zdravotních sester. (2011). *Health and Safety Survey*. Dostupné z: <https://www.nursingworld.org/practice-policy/work-environment/health-safety/health-safety-survey/>
6. Anderson, A., Simpson, D., Kelly, C., Brill, J. R., & Stearns, J. A. (2017). The 2020 Physician Job Description: How Our GME Graduates Will Meet Expectations. *Journal of Graduate Medical Education*, 9(4), 418–420. doi:10.4300/JGME-D-16-00624.1
7. Andrade, M. S., Westover, J. H., & Peterson, J. (2019). Job Satisfaction and Gender. *Journal of Business Diversity*, 19(3), 22-40. Dostupné z: http://t.www.na-businesspress.com/JBD/JBD19-3/2_AndradeMS_19_3.pdf
8. Armstrong, M. (2007). *Řízení lidských zdrojů: nejnovější trendy a postupy*. Praha: Grada.

9. Armstrong, M., & Taylor, S. (2015). *Řízení lidských zdrojů: moderní pojetí a postupy*. (13. vyd). Praha: Grada Publishing.
10. Bari, A., Khan, R. A., & Rathore, A. W. (2016). Medical errors; causes, consequences, emotional response and resulting behavioral change. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 32(3), 523-528. doi:10.12669/pjms.323.9701
11. Bártlová, S. (2006). Vliv pracovních vztahů mezi lékaři a sestrami na péči o pacienta. *Kontakt*, 8(1), 31-35. doi:10.32725/kont.2006.006
12. Bartošíková, I. (2006). *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.
13. Bělohávek, F., Košťan, P., & Šuleř, O. (2001). *Management*. Olomouc: Rubico.
14. Bégat, I., Ellefsen, B., & Severinsson, E. (2005). Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses experiences of well-being – a Norwegian study. *Journal of Nursing management*, 13(3), 221-230. doi:10.1111/j.1365-2834.2004.00527.x
15. Booyesen, C. (2008). *A study of relationship between job satisfaction experienced by employees within a retail company and their organizational citizenship behaviour*. [Diplomová práce, University of the Western Cape]. Dostupné z http://etd.uwc.ac.za/xmlui/bitstream/handle/11394/2721/Candice_MCOM_2008.pdf?sequence=1
16. Buitendach, J. H., & De Witte, H. (2005). Job insecurity, extrinsic and intrinsic job satisfaction and affective organizational commitment of maintenance workers in a parastatal. *South African Journal of Business Management*, 36(2), 27- 38. doi:10.4102/sajbm.v36i2.625

17. Creswel, J. W., & Plano Clark, V. L. (2007). *Designing and conducting mixed methods research*. London: Sage.
18. Davidson, S. K., & Schattner, P. L. (2003). Doctor`s health-seeking behaviour: a questionnaire survey. *The Medical Journal of Australia*, *179*(6), 302-305.
doi: 10.5694/j.1326-5377.2003.tb05552.x
19. Davis, F. J., & Nestrom, J. W. (1985). *Human Behavior at work: Organizational Behavior*. New York: McGraw Hill.
20. Davis, M. A., Cher, B. A. Y., Friese, CH. R., & Bynum, J. P. W. (2021). Association of US Nurse and Physician Occupation With Risk of Suicide. *JAMA Psychiatry*, *78*(6), 651-658. doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.0154
21. Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, *125*(2), 276–302.
22. Dolan, S. N. (1987). The relationship between burnout and job satisfaction in nurses. *Journal of Advanced Nurses*, *12*(1), 3–12. doi:10.1111/j.1365-2648.1987.tb01297.x
23. Dubeck, D. (2014). Healthcare Worker Fatigue: Current strategies for prevention. Dostupné z: http://patientsafety.pa.gov/ADVISORIES/documents/201406_53.pdf
24. Dunn, D. (2005). Substance abuse amon nurses - Defining the issue. *Aorn Journal*, *82*(4), 572-596. doi: [https://doi.org/10.1016/S0001-2092\(06\)60028-8](https://doi.org/10.1016/S0001-2092(06)60028-8)
25. Dutheil, F. et al. (2019). Suicide among physicians and health-care workers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, *14*(12).
doi: 10.1371/journal.pone.0226361

26. Dyrbye, L. N., Shanafelt, T. D., Gill, P. R., Satele, D. V., & West, C. P. (2019). Effect of a Professional Coaching Intervention on the Well-being and Distress of Physicians: A Pilot Randomized Clinical Trial. *JAMA Internal Medicine*, *179*(10), 1406-1414. doi: 10.1001/jamainternmed.2019.2425.
27. Edwards, J. R., & Cooper, C. L. (1990). The person-environment fit approach to stress: Recurring problems and some suggested solutions. *Journal of organizational behavior*, *11*(4), 293-307. doi: <https://doi.org/10.1002/job.4030110405>
28. Edvardsen, H. M. E., Karinen, R., Moan, I. S., Leere, E. Christophersen, A. S., & Gjerde, H. (2014). Use of alcohol and drugs among health professionals in Norway: a study using data from questionnaires and samples of oral fluid. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, *9*(1), 8. doi:10.1186/1745-6673-9-8
29. Erdogan, V., & Yildirim, A. (2017). Healthcare professionals' exposure to mobbing behaviors and relation of mobbing with job satisfaction and organizational commitment. *Procedia Computer Science*, *120*, 931-938. doi: <https://doi.org/10.1016/j.procs.2017.11.328>
30. European Agency for Safety and Health at Work. (2014). Current and emerging Issues in the healthcare sector, including home and community care. *European Risk Observatory Report*. Dostupné z: http://publications.europa.eu/resource/cellar/0e9caa6e-991f-4133-beb5-d8b116d4a096.0001.01/DOC_1
31. Evropská komise. (2010). *Occupational health and safety risks in the healthcare sector: Guide to prevention and good practice*. Dostupné z: <https://www.ilo.org/dyn/travail/docs/1965/osh.pdf>
32. Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J., & Brähler, E. (2001). *Dotazník životní spokojenosti*. (K. Rodná & T. Rodný, Trans.). Praha: Testcentrum.

33. Federation of State Physician Health Programs. (2018). *State Programs*. Získáno z: <https://www.fsphp.org/state-programs>
34. Freeborn, D. (2001). Satisfaction, Commitment, and Psychological Well-Being Among HMO Physicians. *The Western Journal of Medicine*, 174(1), 8-13.
doi:10.1136/ewjm.174.1.13
35. Gehring, T. M., Widmer, J., Banziger, O., & Marti, D. (2002). Quality of Work and Need for Supervision among Physicians and Nurses of a Pediatric Intensive Care Unit. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(4), 595–608.
doi:10.1177/1359104502007004011
36. George, J. M., & Jones, G. R. (2008). *Understanding and Managing Organizational behavior*. New Jersey: Pearson/Prentice Hall.
37. Gladding, S.T. (2004). *Counseling: A Comprehensive Profession (5. vyd.)*. Upper Saddle River, NJ: Merrill/Prentice Hall.
38. Grant, A. M., Studholme, I., Verma, R., Kirkwood, L., Paton, B., & O'Connor, S. (2017). The impact of leadership coaching in an Australian healthcare setting. *Journal of Health Organization and Management*, 31(2), 237-252.
doi:<https://doi.org/10.1108/JHOM-09-2016-0187>
39. Goodfellow, A., Varnam, R., Rees, D., & Shelly, M. P. (1997). Staff stress on the intensive care unit: a comparison of doctors and nurses. *Anaesthesia*, 52(11), 1037-1041. doi:10.1111/j.1365-2044.1997.213-az0348.x:
40. Hagedorn, L. S. (2000). Conceptualizing Faculty Job Satisfaction: *Components, Theories, and Outcomes*, 2000(105), 5–20. doi:10.1002/ir.10501

41. Hahn, S., Zeller, A., Needham, I., Kok, G., Dassen, T., & Halfens, R. J. G. (2008). Patient and visitor violence in general hospitals: A systematic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior, 13*(6), 431-441.
doi: <https://doi.org/10.1016/j.avb.2008.07.001>
42. Hale, A. J., Ricotta, D. N., Freed, J. A., Smith, C. Ch., & Huang, G. C. (2020). Comparing 2 Adapted Maslow's Hierarchy of Needs Frameworks on Physician Wellness. *The American Journal of Medicine, 133*(9), 532–533.
doi:10.1016/j.amjmed.2020.02.030
43. Hart, P. D. (2001). *The Nurse Shortage: Perspectives from current direct care nurses and former direct care nurses*. Dostupné z: http://co.aft.org/files/article_assets/F398DBF7-F077-0725-920548BD244B26BF.pdf
44. Hartl, P., & Hartlová, H. (2004). *Psychologický slovník* (2.vyd.) Praha: Portál.
45. Heller, D., Judge, T. A., & Watson, D. (2002). The confounding role of personality and trait affectivity in the relationship between job and life satisfaction. *Journal of Organizational Behavior, 23*(7), 815–835. doi: 10.1002/job.168
46. Henne, D., Locke, E. A. (1985). Job dissatisfaction: What are the consequences?. *International Journal of Psychology, 20*(2), 221–240. doi:10.1080/00207598508247734
47. Hoppock, R. (1935). *Job satisfaction*. New York: Harper and Brothers.
48. Hulin, C. L., & Judge, T. A. (2003). Job attitudes. In W. C. Borman, D. R. Ligen, & R. J. Klimoski (Eds.), *Handbook of Psychology: Industry and Organizational Psychology*, 255-276. Hoboken, NJ: Wiley.

49. Christensen, J. F., Levinson, W., & Dunn, P. M. (1992). The heart of darkness: the impact of perceived mistakes on physicians. *Journal of General Internal Medicine*, 7(4), 424–431. doi:10.1007/BF02599161
50. Ilhan, M., Durukan, E., Aras, E., Türkçüoğlu, S., & Aygün, R. (2006). Long working hours increase the risk of sharp and needlestick injury in nurses: the need for new policy implication. *Journal of advance nursing*, 56(5), 563-568. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04041.x
51. Isaksson-Ro, K. E., Tyssen, R., Aasland, O. G., & Gude, T. (2008). Counselling for burnout in Norwegian doctors: One year cohort study. *BMJ Clinical Research*, 337, doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.a2004>
52. Isaksson-Ro, K. E., Tyssen, R., Hoffart, A., Sexton, H., Aasland, O. G., & Gude, T. (2010). A three-year cohort study of the relationships between coping, job stress and burnout after a counseling intervention for help-seeking physicians. *BMC Public Health*, 10, 213. doi: 10.1186/1471-2458-10-213.
53. Jandourek, J. (2012). *Slovník sociologických pojmů*. Praha: Grada Publishing.
54. Janečková, H., & Hnilicová, H. (2009). *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál.
55. Kaliski, B. S. (2007). *Encyclopedia of Business and Finance*. Detroit: Thompson Gale.
56. Kay, M., Mitchel, G., Clavarino, A., & Doust, J. (2008). Doctors as patients: a systematic review of doctors' health access and the barriers they experience. *British Journal of General Practice*, 58(552), 501-508. doi:10.3399/bjgp08X319486

57. Kirkcaldy, B. D., & Matin, T. (2000). Job stress and satisfaction among nurses: individual differences. *Stress Medicine*, 16(2), 77-89.
doi:[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1700\(200003\)16:2<77::AID-SMI835>3.0.CO;2-Z](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1700(200003)16:2<77::AID-SMI835>3.0.CO;2-Z)
58. Kinkorová, J., & Topolčan, O. (2012). Overview of healthcare system in the Czech Republic. *The EPMA Journal*, 3(1), 4–12. doi:10.1007/s13167-012-0139-9
59. Klaghofer, R., Stamm, M., Buddeberg, C., Bauer, G., Hämmig, O., Knecht, M., & Buddeberg-Fischer, B. (2011). Development of life satisfaction in young physicians: results of the prospective SwissMedCareer Study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 84 (2), 159-166.
doi:10.1007/s00420-010-0553-z
60. Kociánová, R. (2010). *Personální činnosti a metody personální práce*. Praha: Grada Publishing.
61. Kollárik, T. (1986). *Spokojenosť v práci*. Bratislava: Práca.
62. Kollárik, T. (2002). *Sociálna psychologie práce* (1. vyd.). Bratislava: Univerzita Komenského.
63. Leigh, J. P., Tancredi, D., Jerant, A., & Kravitz, R. L. (2011). Annual work hours across physician specialities. *Archives of Internal Medicine*, 171(13), 1211-1213.
doi:10.1001/archinternmed.2011.294
64. Lindner, J.R. (1998). Understanding employee motivation. *Journal of extension*, 36(3), 1-8.
65. Liu J. et al. (2019). Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*, 76(12), 927–37. doi:10.1136/oemed-2019-105849

66. Luthans, F. (2010). *Organisational behavior* (12. vyd.). New York: McGraw-Hill Education.
67. Malik, M., Peirce, J., Van Wert, M., Wood, C., Burhanullah, H., & Swartz, K. (2021). Psychological First Aid Well-Being Support Rounds for Frontline Healthcare Workers During COVID-19. *Frontier in Psychiatry, 12*.
doi: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.669009>
68. Mareš, P. (1998). *Nezaměstnanost jako sociální problém*. Praha: SLON.
69. Mark, G., & Smith, A. P. (2012). Occupational stress, job characteristics, coping, and the mental health of nurses. *British Journal of Health Psychology, 17*(3), 505-521.
doi: [10.1111/j.2044-8287.2011.02051.x](https://doi.org/10.1111/j.2044-8287.2011.02051.x).
70. Mata, D. A., Ramos, M. A., Bansal, N., Khan, R., Guille, C., Angelantonio, E., & Sen, S. (2015). Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Association, 314* (22), 2373–2383. doi:[10.1001/jama.2015.15845](https://doi.org/10.1001/jama.2015.15845)
71. McCue, J. D. (1982). The Effects of Stress on Physicians and Their Medical Practice. *New England Journal of Medicine, 306*(8), 458–463.
doi:[10.1056/nejm198202253060805](https://doi.org/10.1056/nejm198202253060805)
72. McNeese-Smith, D. (2001). A content analysis of staff nurse descriptions of job satisfaction and dissatisfaction. *Leading Global Nursing Research, 29*(6), 1332-1341.
doi:<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.01018.x>

73. Mealer, M., Moss, M., Good, V., Gozal, D., Kleinpell, R., & Sessler, C. (2016). What is Burnout Syndrome (BOS)?. *American journal of respiratory and critical care Medicine*, 194(1), 1-2. doi: 10.1164/rccm.1941P1.
74. Michková, A. (2008). *Supervize*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta.
75. Mikšová, Z., Šmahem, M., Machálková, L., & Ivanová, K. (2014). Naplňování kompetencí členů ošetrovatelského týmu. *Kontakt*, 16(2), 108-118.
doi:10.1016/j.kontakt.2014.02.002
76. Ministerstvo práce a sociálních věcí (n.d.). *Národní soustava povolání*. Dostupné z: <https://nsp.cz/jednotka-prace/lekar-se-specializovanou->
77. Ministerstvo vnitra. (2019). *Vzor interního předpisu pro realizaci šetření spokojenosti zaměstnanců*. Dostupné z: <https://www.mvcr.cz/sluzba/soubor/setreni-spokojenosti-zamestnancu-vzor-pdf.aspx>
78. Mlčák Z., & Slíva K. (2005). Work and life satisfaction of social workers and perception of development of their profession competencies. *Kontakt*, 7(3-4), 305-313.
doi: 10.32725/kont.2005.059.
79. Mueller, C. W., & McCloskey, J. C. (1990). Nurses' job satisfaction: a proposed measure. *Nursing research*, 39 (2), 113-117. doi: 10.1097/00006199-199003000-00014
80. Myhren, H., Ekeberg, Ø., & Stokland, O. (2013). Job Satisfaction and Burnout among Intensive Care Unit Nurses and Physicians. *Critical Care Research and Practice*, 1–6.
doi:10.1155/2013/786176
81. Nekonečný, M. (2005). *Sociální psychologie organizace*. Praha: Grada Publishing.

82. Newman, M. C. (1996). The emotional impact of mistakes on family physicians. *Archives of Family Medicine*, 5(2), 71–75. doi:10.1001/archfami.5.2.71
83. O`Dowd, E. et al. (2018). Stress, coping, and psychological resilience among physicians. *BMC Health Services Research*, 18(1), 730-741.
doi:10.1186/s12913-018-3541-8
84. Oreskovich, M. R. et al. (2015). The Prevalence of Substance Use Disorders in American Physicians. *The American Journal on Addictions*, 24, 30-38.
doi:10.1111/ajad.12173
85. Paris, L., & Omar, A. (2008). Predictores de satisfacción laboral en médicos y enfermeros. *Estudios de Psicología (Natal)*, 13(3), 233-244.
doi:10.1590/s1413-294x2008000300006
86. Pathman, D. E., Konrad, T. R., Williams, E. S., Scheckler, W. E., Linzer, M., & Douglas, J. (2002). Physician Job Satisfaction, Job Dissatisfaction, and Physician Turnover. *The Journal of Family Practice*, 51(7), 593. Dostupné z: https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/Document/September-2017/5107JFP_JFPOnline2.pdf
87. Paulík, K. (2001). Pracovní spokojenost a její psychologické souvislosti. *Psychologie v ekonomické praxi: určeno pro psychologii práce a její aplikace = devoted to psychology of work and its applications*, 36(1-2), 1-13.
88. Pauknerová, D. (2012). *Psychologie pro ekonomy a manažery* (3. vyd.). Praha: Grada.
89. Petri, L. (2010). Concept analysis of interdisciplinary collaboration. *Nursing Forum*, 45(2), 73-82. doi: 10.1111/j.1744-6198.2010.00167.x

90. Physician Health Program (n.d.). *BC Physician Health Program*. Získáno z: <https://www.physicianhealth.com>
91. Plevová, I. (2012). *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing.
92. Provazník, V., & Komárková, R. (2004). *Motivace pracovního jednání* (2. vyd.). Praha: Oeconomica.
93. ReMed. (2019). *Support network for physicians*. Získáno z: <https://remed.fmh.ch/en/index.html>
94. Rice, R. W., Near, J. P., & Hunt, R. G. (1980). The job-satisfaction/life-satisfaction relationship: a review of empirical research. *Basic and Applied Social Psychology*, *1*(1), 37-64. https://doi.org/10.1207/s15324834basp0101_4
95. Riggio, R. E. (1990). *Introduction to Industrial/Organizational Psychology*. USA: Scott, Foresman and company.
96. Rodriguez-Vega, B. et al. (2020). Implementation of a Mindfulness-Based Crisis Intervention for Frontline Healthcare Workers During the COVID-19 Outbreak in a Public General Hospital in Madrid, Spain. *Frontiers in Psychiatry*, *11*(2), 83-86. doi:10.3389/fpsy.2020.562578
97. Rosenstein, A. H., & O'Daniel, M. (2005). Disruptive behavior & clinical outcomes: perception of nurses & physicians. *Nursing Management*, *36*(1), 18-29. doi: 10.1097/00000446-200501000-00025
98. Rosvold, E. O., & Bjertness, E. (2001). Physicians who do not take sick leave: hazardous heroes?. *Scandinavian Journal of Public Health*, *29*(1), 71-75. doi:10.1177/14034948010290010101

99. Rue, L. W., & Byars, L. (2003). *Management, Skills and Application* (10. vyd.). New York: McGraw-Hill.
100. Rymeš, M. (2003). Osobnost a práce. In Štikar, J. (Eds.) *Základy psychologie práce a organizace*. Praha: Karolinum.
101. Schernhammer, E. S., & Colditz, G. A. (2004). Suicide Rates Among Physicians: A Quantitative and Gender Assessment (Meta-Analysis). *American Journal of Psychiatry*, *161*(12), 2295-2302. doi:10.1176/appi.ajp.161.12.2295
102. Shadbolt, N. E. (2002). Attitudes to healthcare and self-care among junior medical officers: a preliminary report. *Medical Journal of Australia*, *177*(1), 19-20. doi:10.5694/j.1326-5377.2002.tb04622.x
103. Shapiro, D. E., Duquette, C., Abbott, L.M., Babineau, T., Pearl, A., & Haidet, P. (2018). Beyond Burnout: A Physician Wellness Hierarchy Designed to Prioritize Interventions at the Systems Level. *The American Journal of Medicine*. doi:10.1016/j.amjmed.2018.11.028
104. Schneider, S., Kingsolver, K., & Rosdahl, J. (2014). Physician coaching to enhance well-being: a qualitative analysis of pilot intervention. *Explore*, *10* (6), 372-379. doi: 10.1016/j.explore.2014.08.007.
105. Sirota, T. (2007). Nurse/physician relationship: improving or not?. *Nursing*, *37*(1), 52-56. doi: 10.1097/00152193-200701000-00040
106. Spector, P. E. (1985). Measurement of Human Service Staff satisfaction: Development of the Job Satisfaction Survey. *American Journal of Community psychology*, *13* (6), 639-713. doi: 10.1007/BF00929796.

107. Spector, P. E. (1997). *Job Satisfaction: Application, assessment, causes, and Consequences*. Thousand Oaks: Sage.
108. Spector, P. E., Zhou, E. Z., & Che, X. X. (2013). Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: a quantitative review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(1), 72-84.
doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.01.010
109. Stack, S. (2004). Suicide risk among physicians: a multivariate analysis. *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research*, 8(3), 287-292. doi:10.1080/13811110490436954
110. Stock, Ch. (2010). *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada.
111. Strauss, A. L., & Corbin, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce.
112. Strejčková, A. et al. (2007). *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro SZŠ, obor zdravotnický asistent (1.vyd.)*. Praha: Fortuna.
113. Suchý, J., & Náhlovský, P. (2007). *Koučování v manažerské praxi*. Praha: Grada.
114. Světová zdravotnická organizace. (2003). *Rising awareness of Psychological Harassment at Work. Protecting Worker's Health*. Dostupné z: https://www.who.int/occupational_health/publications/en/pwh4e.pdf
115. Světová zdravotnická organizace. (2007). *Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Dostupné z https://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf

116. Světová zdravotnická organizace (19. říjen 2020). *Occupational health: Stress at the workplace*. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/occupational-health-stress-at-the-workplace>
117. Syptak, J. M., Marsland D. W., & Ulmer, D. (1999). Job Satisfaction: Putting Theory Into Practice. *Fam Pract Manag*, 6(9), 26-30.
118. Systém psychosociální intervenční služby. (n.d.). *Podpora zdravotníkům*. Získáno z: <https://www.spis.cloud/podpora-zdravotnikum/>
119. Šípoš, I., & Kollárik, T. (1975). *Sociálna psychológia práce*. Bratislava: Práca, vydavateľství a nakladateľství ROH.
120. Štikar, J. (1996). *Základy psychologie práce a organizace*. Praha: Karolinum.
121. Štikar, J., Rymeš, M., Riegel, K., & Hoskovec, J. (2003). *Psychologie ve světě práce* (1.vyd.). Praha: Karolinum.
122. Thangaswamy, A., & Thiyagaraj, D. (2017). Theoretical concept of job satisfaction - a study. *International journal of research - Granthaalayah*, 5(6), 464-470.
doi.org/10.5281/zenodo.822315.
123. Tyssen, R., Hem, E., Gude, T., Grønvold, N. T., Ekeberg, Ø., & Vaglum, P. (2008). Lower life satisfaction in physicians compared with a general population sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44 (1), 47-54.
doi:10.1007/s00127-008-0403-4
124. Ústav zdravotnických informací a statistiky České Republiky. (2017). *Roční výkaz o činnosti poskytovatele zdravotnických služeb*. Dostupné z: <https://reporting.uzis.cz/cr/index.php?pg=souhrnne-prehledy--ekonomicke-ukazatele-infrastruktura-zdravotni-pece-lekari-a-zdravotnici-pracovnici--pocety-pracovniku-ve-zdravotnictvi>

125. Venglářová, M. et al. (2013). *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing.
126. Vévoda, J., Nakládalová, M., Ivanová, K., & Marečková, J. (2011). Faktory pracovní spokojenosti všeobecných sester. *Profese Online*, 3(3), 207-220.
doi:10.5507/pol.2010.019
127. Vévoda, J., Vévodová Š., & Nakládalová, M. (2018). Psychosociální rizika ve zdravotnictví. *Časopis lékařů českých*, 157(8), 411-418. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/331274447_Psychosocialni_rizika_ve_zdravotnictvi
128. Vodáčková, D. et al. (2002). *Krizová intervence*. Praha: Portál.
129. Vroom, V. H. (1964). *Work and motivation*. New York: John Wiley and Sons.
130. Vyhláška č. 280/2018 Sb. (5. prosince 2018). *O stanovení činností, které může lékař vykonávat bez odborného dohledu a bez odborného dozoru na základě odborné způsobilosti*. Dostupné z: https://www.lkcr.cz/doc/cms_library/280-2018-o-stanoveni-cinnosti-ktere-muze-lekar-vykonavat-bez-odborneho-dohledu-a-bez-odborneho-dozoru-na-zaklade-odborne-zpusobilosti-100973.pdf
131. Wagnerová, I. (2011). *Psychologie práce a organizace: nové poznatky*. Praha: Grada.
132. Waterman, A. D., Garbutt, J., Hazel, E., Dunagan, W. C., Levinson, W., Fraser, V. J., & Gallagher, T. H. (2007). The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 33(8), 467– 476. doi:10.1016/s1553-7250(07)33050-x

133. Wei, Z., Wang, Y., Yang, S., & Sun, L. (2022). Association Between Perceived Medical Errors and Suicidal Ideation Among Chinese Medical Staff: The Mediating Effect of Depressive Symptoms. *Frontier in Medicine*, 9, 1-8.
doi:10.3389/fmed.2022.807006
134. White, A. A., Waterman, A. D., McCotter, P., Boyle, D., & Gallagher, T. H. (2008). Supporting Health Care Workers After Medical Error: Considerations for Health Care Leaders. *Journal of Clinical Outcomes Management*, 15(5), 240-247.
135. Zacharová, E. (2017). *Zdravotnická psychologie. Teorie a praktická cvičení*. (2.vyd.). Praha: Grada Publishing.
136. Zháněl, J., Hellenbrandt, V., & Sebera, M. (2014). *Metodologie výzkumné práce*. Brno: Masarykova Univerzita.
137. *Zákon č. 95/2004Sb. O podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta*. (2004). Dostupné z: https://www.lkcr.cz/doc/cms_library/95-2004-o-podminkach-ziskavani-a-uznavani-odborne-zpusobilosti-a-specializovane-zpusobilosti-k-vykonu-zdravotnickeho-povolani-lekare-100472.pdf
138. §54 vyhlášky č. 55/2011 Sb. O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. (2019). Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55#cast2>

Seznam příloh

Příloha č. 1: Abstrakt diplomové práce v českém jazyce

Příloha č. 2: Abstrakt diplomové práce v anglickém jazyce

Příloha č. 3: Společný úvod k dotazníku

Příloha č. 4: Dotazník psychologické podpory

Příloha č. 1: Abstrakt diplomové práce v českém jazyce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Pracovní spokojenost lékařů a sester v kontextu možné psychologické podpory

Autor práce: Bc. Anna Lukášová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Matúš Šucha, Ph.D.

Počet stran a znaků: 116 stran, 169 489 znaků

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 138

Abstrakt: Tématem diplomové práce je psychologická podpora lékařů a sester jako možný prostředek pro zlepšení jejich pracovní spokojenosti. Výzkumné otázky kvalitativní části se zaměřují na zjišťování angažovanosti zaměstnavatele v otázkách psychického zdraví zaměstnanců, identifikaci hlavních stresorů, které práci lékařů a zdravotních sester ovlivňují včetně nalezení případných rozdílů mezi danými profesemi a zmapování jejich představy o případné psychologické pomoci. Kvantitativní část zjišťuje, zda mezi lékaři a sestrami existuje statisticky významný rozdíl v pracovní a životní spokojenosti. Data byla získávána prostřednictvím dotazníkového šetření. Výzkumný soubor tvoří 53 lékařů a 55 zdravotních sester. Data byla zpracována postupy zakotvené teorie a statistické analýzy. Výsledky ukazují na většinový nezájem zaměstnavatelů o danou problematiku. Hlavními stresory pro skupinu lékařů je pracovní přetížení, u zdravotních sester se jedná o aspekty na straně zaměstnání. Z hlediska možné podpory by zdravotníci nejvíce ocenili možnost osobního kontaktu, nejlépe formou psychologa na oddělení. Mezi srovnávanými skupinami neexistuje statisticky signifikantní rozdíl v pracovní ani životní spokojenosti.

Klíčová slova: pracovní spokojenost, lékař, zdravotní sestra, psychologická podpora, zdravotnictví

Příloha č. 2: Abstrakt diplomové práce v anglickém jazyce

ABSTRACT OF THESES

Title: The physicians` and nurses` job satisfaction in the context of psychological support

Author: Bc. Anna Lukášová

Supervisor: doc. PhDr. Matúš Šucha, Ph.D.

Number of pages and characters: 116 pages, 169 489 characters

Number of appendices: 4

Number of references: 138

Abstract: The theme of the theses is a psychological support that could help physicians and nurses improve their job satisfaction. The aim of research questions is to know whether the employer deals with mental health of employees, to identify the major stressors that influence physicians and nurses work and the different stressors between these two professions, and to acknowledge their conception of some psychological support. The quantitative part of the theses explores whether there is a statistically significant difference between physicians` and nurses` job and life satisfaction. The sample is presented by 53 physicians and 55 nurses. Data are acquired via questionnaire and they are processed by the grounded theory and statistical analysis. This research shows that the majority of employers don't care about psychological health of employees. The main stressor for physicians is work overload. As far as nurses are concerned the main stressor is in fact the difficulty of their profession itself. Personal contact provided by psychologist being presented at the department would be the most appreciated form of support. There is no significant difference between physicians` and nurses` job and life satisfaction.

Key words: job satisfaction, physician, nurse, psychological support, health care system

Příloha č. 3: Společný úvod k dotazníku

Pracovní spokojenost lékařů a sester v kontextu možné psychologické podpory

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore, vážené zdravotní sestřičky,

obracím se na Vás s prosbou o vyplnění následujícího dotazníku, který slouží k vypracování magisterské diplomové práce. Cílem tohoto výzkumu je zmapovat, zda je při Vaší velmi náročné práci věnována pozornost také péči o Vaše psychické zdraví, jakou podobu tato péče má - případně jakou podobu by podle Vás mít měla a také jakou má souvislost s Vaší pracovní a životní spokojeností. Širším cílem je potom na základě Vašich odpovědí získat parametry pro vytvoření funkční služby pro psychickou podporu lékařů a sester. Dotazník je zcela anonymní, Vaše odpovědi jsou považovány za důvěrné a slouží pouze k účelu zpracování diplomové práce. Chtěla bych Vás tedy velmi požádat o upřímnost a otevřenost. Napište vše, co Vás k dané otázce napadá. Kdykoli se rozhodnete, že již součástí výzkumu být nechcete a nepřejete si, aby Vaše odpovědi byly vyhodnoceny, nemějte obavy, Váš dotazník bude samozřejmě vyřazen.

Dotazník se skládá ze tří částí. První část obsahuje uzavřené i otevřené otázky a slouží ke zmapování aktuální situace a zjištění Vaší představy o tom, jakou podobu by případná služba mohla mít, tedy co myslíte, že by Vám mohlo pomoci. Další dvě části obsahují již pouze otázky uzavřené a zjišťují Vaši aktuální pracovní a životní spokojenost. Zodpovězení všech otázek Vám zabere přibližně 30 minut. Mezi jednotlivými otázkami se můžete libovolně pohybovat. V případě, že budete chtít Vaše odpovědi vyřadit, znát výsledky výzkumu nebo máte jakékoliv dotazy, neváhejte mě kontaktovat na emailové adrese: anna.lukasova01@upol.cz nebo telefonním čísle: 733 685 617.

Mnohokrát děkuji za Váš drahocenný čas, spolupráci a ochotu.
Bc. et Bc. Anna Lukášová

*Povinné pole

Abychom zachovali anonymitu a přitom měli možnost Vaše odpovědi kdykoli vyřadit, poprosím Vás o vytvoření kódu nebo hesla, dle kterého bude v případě Vašeho přání možné dotazník identifikovat. Podoba tohoto hesla je zcela na Vás. Může se jednat o jakékoliv číslo, slovo či kombinaci. Je však důležité, abyste si jeho podobu zapamatovali či zapsali.

1. Vaše heslo: *

2. Kolik je Vám let? *

Uveďte prosím číslovkou

Přeskočte na otázku 10

7. Pracujete jako: *

Označte jen jednu elipsu.

- Lékařka *Přeskočte na otázku 9*
 Zdravotní sestra *Přeskočte na otázku 8*

8. Na jaké pozici pracujete?

Označte jen jednu elipsu.

- Vrchní zdravotní sestra
 Staniční zdravotní sestra
 Zdravotní sestra

Přeskočte na otázku 10

9. Na jaké pozici pracujete? *

Označte jen jednu elipsu.

- Přednostka kliniky
 Primářka oddělení
 Zástupkyně primáře
 Vedoucí lékařka oddělení/ambulace
 Lékařka L1
 Lékařka L2
 Lékařka L3
 Jiné: _____

Přeskočte na otázku 10

10. V jakém sektoru pracujete? *

Pracujete-li v obou sektorech, označte prosím obě varianty.

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Ve státním
 V soukromém

3. Jste: *

Označte jen jednu elipsu.

- Žena *Přeskočte na otázku 7*
 Muž *Přeskočte na otázku 4*

4. Pracujete jako: *

Označte jen jednu elipsu.

- Lékař *Přeskočte na otázku 5*
 Zdravotní bratr *Přeskočte na otázku 6*

5. Na jaké pozici pracujete? *

Označte jen jednu elipsu.

- Přednosta kliniky
 Primář oddělení
 Zástupce primáře
 Vedoucí lékař oddělení/ambulance
 Lékař L1
 Lékař L2
 Lékař L3
 Jiné: _____

Přeskočte na otázku 10

6. Na jaké pozici pracujete?

Označte jen jednu elipsu.

- Vrchní zdravotní bratr
 Staniční zdravotní bratr
 Zdravotní bratr

Příloha č. 4: Dotazník psychologické podpory

14. Jak často se v rámci práce cítíte být ve stresu? *

Např. 2x za den/3x za týden/vůbec/jsem ve stresu po celou dobu pracovní směny/atp.

15. Jaké jsou spouštěče, které ve Vás stres vyvolávají? *

Např. vztahy na pracovišti, některé z pracovních povinností, vztahy s nadřízeným, noční směny, atp. Nebojte se, prosím, k danému stresoru rozepsat a případně zdůvodnit, proč je pro Vás zrovna tato oblast stresující.

16. Jakým způsobem pracovní stres řešíte? Co Vám pomáhá? *

Např. vypovídat se/dát si skleničku/sportovat/atp.

17. Máte pocit, že má pracovní stres dopady na další oblasti Vašeho života? *

Např. vztahy/volný čas/atp.

Označte jen jednu elipsu.

Ano *Přeskočte na otázku 18*

Ne *Přeskočte na otázku 19*

18. O které oblasti se jedná a jak se to projevuje? *

19. Máte pocit, že se zaměstnavatel Vašemu psychickému zdraví nějakým způsobem věnuje? *

Označte jen jednu elipsu.

Ano Přeskočte na otázku 20

Ne Přeskočte na otázku 21

20. Jak? *

21. Využíváte nějakou formu psychologické podpory? *

Např. koučink, terapie, krizové linky, supervize, atp.

Označte jen jednu elipsu.

Ano Přeskočte na otázku 22

Ne (nechci/nepotřebuji) Přeskočte na otázku 28

Ne, ale chtěl/a bych Přeskočte na otázku 26

22. Jakou?

23. Jak často ji využíváte?

24. Máte pocit, že Vám to pomáhá? *

Označte jen jednu elipsu.

Ano Přeskočte na otázku 28

Ne Přeskočte na otázku 25

Jiné: _____

25. Co tedy myslíte, že by Vám mohlo pomoci?

Přeskočte na otázku 28

26. Co Vám brání některou z možností psychologické podpory využít? *

Např. finance/čas/nevím, kde hledat/stydím se/atp. Nebojte se, prosím, o Vašich důvodech více rozepsat.

27. Jaká forma psychologické podpory by Vám, dle Vašeho názoru, vyhovovala nejvíce? *

Napište prosím cokoli, co Vás napadá. Ať už z hlediska formy (telefonická, emailová, osobní...), tak z hlediska toho, co byste od toho očekávali/co byste potřebovali/co by Vám pomohlo.

Komentář:

28. Pokud Vás k dané problematice napadá jakákoliv připomínka, poznámka, komentář, zamyšlení, či máte konkrétní zkušenost, o kterou jste ochotni se podělit, budu velmi ráda, když pro to využijete následující prostor:
