

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH  
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**Psychosociální zátěž při práci sester a sociálních pracovníků**

**Diplomová práce**

**Vedoucí práce :  
doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc.**

**Autor :  
Lucie Kuřátková**

**16. 8. 2010**

## **ABSTRACT**

The Thesis deals with the questions of psychosocial load at work for nurses and social workers.

The Thesis is divided into two sections. The theoretical part deals with definitions of terms like caring professions, load and stress, then load at work and psychosocial load. There is also a brief characteristic of the professions of a nurse and a social worker.

The aim of the empiric part was to find out on a selected sample of respondents (i.e. nurses and social workers) how the respondents perceive the character of their psychosocial load at work and whether they are at risk of burnout syndrome, to find out whether nurses or social workers perceive the psychosocial load more intensely and whether there is a difference in the risk of burnout syndrome between them.

A quantitative questioning method and questionnaire technique were applied on data collection and processing in the research part of the Thesis. An anonymous questionnaire was used for the investigation. The questionnaire preparation was based on a questionnaire provided by my thesis guide. The original questionnaire was more extensive and was only designed for nurses, which was why I had to select suitable items and add some special items applicable on nurses as well as social workers. The questionnaire consisted mainly of closed questions where the respondents chose from five answers the one best corresponding with their own opinion.

I set 3 hypotheses before starting the research itself. The questionnaire answers were processed both, manually by means of the stroke method and by a statistic programme SPSS. Segment and bar graphs in Microsoft Office Excel were used for graphical interpretation of the results.

After evaluation of the questionnaire research results I found out that the previously set hypothesis H1 suggesting that nurses and social workers perceive various elements of their psychosocial load differently, was confirmed, hypothesis H2 suggesting that nurses are more loaded by the work with patients/clients than social

workers was not confirmed, and hypothesis H3 suggesting that nurses are at higher risk of burnout syndrome than social workers was confirmed.

The results of my thesis may serve to inform general public as well as professionals on the problems in question. They may also serve as a possible incentive for managerial staff to pay higher attention to the problems of psychosocial load at work among caring professions at individual medical care facilities. The results may also serve as a base for further studies and research in the field.

### **Prohlášení**

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

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

V Českých Budějovicích dne 16. 8. 2010

.....

Lucie Kuřátková

## **Poděkování**

Děkuji vedoucímu práce doc. MUDr. Jiřímu Šimkovi, CSc. za odborné vedení mé diplomové práce, za poskytnutí cenných rad a ochotu při spolupráci. Děkuji také paní Mgr. Olze Jedličkové za pomoc při statistickém hodnocení dat.

## **OBSAH :**

<b>ÚVOD.....</b>	<b>8</b>
<b>1. SOUČASNÝ STAV.....</b>	<b>10</b>
1.1 Pomáhající profese.....	10
1.1.1 Předpoklady a dovednosti pro výkon pomáhající profese .....	11
1.1.2 Motivace pro výkon pomáhající profese.....	13
1.1.3 Etika v pomáhajících profesích.....	14
1.1.3.1 Etické zásady při práci sociálních pracovníků.....	15
1.1.3.2 Etické zásady při práci sestry.....	16
1.1.4 Celoživotní vzdělávání a pracovníci v pomáhajících profesích.....	17
1.2 Sociální pracovník .....	18
1.2.1 Typologie sociálního pracovníka .....	19
1.2.2 Role sociálního pracovníka.....	20
1.2.3 Odborná způsobilost pro výkon sociálního pracovníka .....	21
1.2.4 Sociální pracovník a jeho profese .....	22
1.3 Všeobecná sestra.....	24
1.3.1 Role sestry.....	25
1.3.2 Odborná způsobilost pro výkon sestry.....	27
1.3.3 Sestra a její profese .....	28
1.4 Zátěž a stres .....	29
1.4.1 Druhy zátěže a stresu .....	31
1.4.1.1 Biologická zátěž.....	31
1.4.1.2 Fyzická zátěž.....	31
1.4.1.3 Psychická zátěž .....	32
1.4.2 Pracovní stres a pracovní stresory.....	33
1.4.2.1 Zvládání pracovní zátěže a stresu .....	34
1.4.3 Psychosociální pracovní zátěž .....	35
1.4.3.1 Psychosociální pracovní zátěž sociálních pracovníků .....	35
1.4.3.2 Psychosociální pracovní zátěž sester .....	36
1.4.4 Sociální pracovník a stres .....	37

1.4.5	Sestra a stres.....	38
1.5	Syndrom vyhoření.....	39
1.5.1	Definice syndromu vyhoření.....	40
1.5.2	Příčiny vzniku syndromu vyhoření.....	42
1.5.3	Výskyt syndromu vyhoření.....	44
1.5.4	Příznaky syndromu vyhoření.....	46
1.5.5	Proces vzniku syndromu vyhoření.....	48
1.5.6	Důsledky syndromu vyhoření.....	50
1.5.7	Prevence vyhoření.....	50
1.5.7.1	Psychohygiena.....	51
1.5.7.2	Sociální opora.....	53
1.5.7.3	Supervize.....	54
1.5.7.4	Focusing.....	56
1.6	Syndrom pomáhajících.....	57
<b>2.</b>	<b>CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY.....</b>	<b>59</b>
2.1	Cíl práce.....	59
2.2	Hypotézy.....	59
<b>3.</b>	<b>METODIKA.....</b>	<b>60</b>
3.1	Použité metody a techniky výzkumu.....	60
3.1.1	Technika dotazníku.....	60
3.2	Charakteristika zkoumaného souboru.....	61
<b>4.</b>	<b>VÝSLEDKY.....</b>	<b>63</b>
<b>5.</b>	<b>DISKUZE.....</b>	<b>121</b>
<b>6.</b>	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>127</b>
<b>7.</b>	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>130</b>
<b>8.</b>	<b>KLÍČOVÁ SLOVA.....</b>	<b>137</b>
<b>9.</b>	<b>PŘÍLOHY.....</b>	<b>138</b>

## ÚVOD

Pro svou diplomovou práci jsem si zvolila téma „Psychosociální zátěž při práci sester a sociálních pracovníků“. Toto téma jsem si vybrala, neboť si myslím, že problematika psychosociální zátěže v pomáhajících profesích (tedy i u povolání sester a sociálních pracovníků) je v současnosti velice aktuální. Především vzhledem k neustále se zvyšujícím nárokům a požadavkům, které jsou na sestry i sociální pracovníky kladeny. Toto téma mě však zaujalo mimo jiné také proto, že profese sociálního pracovníka se stane již brzy mým budoucím povoláním.

Jak v oblasti zdravotnictví či ošetrovatelství, tak i v rámci sociální práce byla uskutečněna již řada výzkumů zabývajících se pracovní zátěží a syndromem vyhoření. Většina výzkumů se však zabývala danou problematikou buď pouze u sester, nebo u sociálních pracovníků. Proto jsem se rozhodla, že se pokusím o srovnání těchto dvou profesí. Neboť abychom zjistili, co tyto dvě oblasti spojuje, musíme také zjistit, čím se od sebe liší.

Povolání sestry i sociálního pracovníka řadíme mezi tzv. pomáhající profese. Jedinec, který se pro výkon některého z pomáhajících povolání rozhodne, si často vůbec neuvědomuje, pro jak náročné povolání se rozhodl. Každodenní kontakt s lidmi, kteří jsou nemocní, nebo se nacházejí v nějaké jiné tíživé životní situaci, bere pomáhajícímu hodně energie. A pokud si pomáhající v rámci svého volného času nenajde způsob, jak se odreagovat a tuto vydanou energii načerpat zpátky, může se po určitém čase stát, že vyhoří. Profese, kterou na začátku vykonával s láskou a radostí se promění v každodenní nutnost, kterou je potřeba si odbýt.

Profese sestry i sociálního pracovníka také vykazuje značnou psychosociální zátěž, které jsou pracovníci vystavováni. Neboť sestry i sociální pracovníci jsou každý den v rámci výkonu svého povolání konfrontováni s těžkými životními osudy a situacemi, ve kterých se jejich klienti či pacienti nacházejí.

Cílem této diplomové práce bylo zjistit, jak sestry a sociální pracovníci vnímají charakter jejich psychosociální pracovní zátěže, a zda jsou ohroženi syndromem vyhoření. Dále také zjistit, zda v rámci pomáhajících profesí zřetelněji vnímají svou



psychosociální pracovní zátěž sestry nebo sociální pracovníci, a zda je rozdíl v jejich ohrožení syndromem vyhoření. Data ke zpracování výzkumné části práce byla získána na základě anonymního dotazníkového šetření.

## 1. SOUČASNÝ STAV

### 1.1 Pomáhající profese

*„Vše, oč tu běží, je hledání a nabízení pomoci“ (77).*

Povolání, jejichž hlavní náplní je pomáhat lidem nazýváme pomáhajícími profesemi: lékaři, sestry, pedagogové, sociální pracovníci, psychoterapeuti aj. Stejně jako ostatní povolání má každá z těchto pomáhajících profesí svou odbornost, tj. sumu vědomostí a dovedností, které je potřeba si osvojit pro výkon daného povolání (35).

Výkon tzv. pomáhajících profesí může být spojen s celou řadou obtíží, problémů a také zklamání. Služba druhým lidem vyžaduje od těch, kteří ji chtějí poskytovat, určité osobnostní dispozice, odpovídající vzdělání a mnohdy také ochotu přinášet oběti (27).

Na rozdíl od jiných povolání hraje v pomáhajících profesích velmi podstatnou roli ještě další prvek, a to lidský vztah mezi pomáhajícím pracovníkem a jeho klientem. Tato myšlenka je obsažena i v často uváděném názoru, že v pomáhajících profesích je hlavním nástrojem pracovníka osobnost (35).

V současné době zahrnují pomáhající profese především zdravotníky, sociální pracovníky, pečovatele, ale i manažery a supervizory pomáhajících profesí, učitele na všech stupních, psychology a policisty (86).

Pomáhání je činnost, která je velice náročná na energii. Proto je zde více než v ostatních profesích potřeba myslet na hospodaření silami a na jejich obnovu. A to je také důvod, proč by měli pomáhající pracovníci věnovat péči jak své duši, tak i svému tělu (35).

Ve zdravotnictví a sociálních službách se pomáhající pracovníci setkávají s velmi těžkými osudy svých pacientů či klientů. Na oddělení péče o děti, na dětské psychiatrii či v rodinné poradně se jedná především o případy rozvrácených rodin a zejména dětí v těchto rodinách. V domovech pro seniory je přítomno množství utrpení, které vyplývá ze ztráty soběstačnosti, pocitu osamělosti a blízkosti smrti. Pomáhající

pracovníci denních a týdenních stacionářů tráví své dny s osobami se zdravotním postižením, na které se mnohý občan nechce ani podívat. Pro mnoho pomáhajících pracovníků představuje každodenní kontakt s mimořádně těžkými životními osudy silné vyčerpání (35).

Některé pomáhající profese mají základní požadavky na pracovníky příslušné profese zformulovány v tzv. etickém kodexu. Poměrně náročné požadavky na pomáhající povolání však mohou představovat pro některé pracovníky nepřiměřenou zátěž (psychickou, emocionální a příp. i fyzickou), která může vést až k naprostému vyčerpání, resp. k tzv. vyhoření (27).

Za pomáhající profese považujeme ta povolání, jejichž obsahem je spíše poslání než jenom pouhý výkon povolání. Máme na mysli práci s lidmi, přesněji řečeno, službu lidem, která byla v naší kultuře chápána zejména jako služba bližnímu. Konkrétně se jedná o profese v sociální oblasti, dále ve zdravotnictví a ve školství (72).

### **1.1.1 Předpoklady a dovednosti potřebné pro výkon pomáhající profese**

Podle zákona o sociálních službách je předpokladem k výkonu profese sociálního pracovníka: způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost (84). Stejně předpoklady jsou stanoveny i pro profesi sestry, a to podle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních (83).

Výkon pomáhající profese vyžaduje ještě něco víc než jenom znalosti, dovednosti a zkušenosti. Předpokládá také ryzost charakteru, mravní čistotu a vědomí odpovědnosti vůči vyššímu mravnímu řádu (15).

Podle Matouška kladou pomáhající profese na pracovníky specifické nároky, kterými jsou např. fyzická a psychická zdatnost, inteligence, přitažlivost pro klienty, důvěryhodnost, komunikační dovednosti a schopnost empatie (45).

Obecné předpoklady a dovednosti pracovníka pomáhající profese, jak uvádí Matoušek:

- **Zdatnost**

Pomáhat druhým je těžká a vysilující práce, proto je prvním předpokladem pomáhajícího fyzická zdatnost. Důležité je udržovat si fyzickou kondici cvičením a správnou stravou, protože tělo je prvotním zdrojem energie.

- ***Intelligence***

U pomáhajícího se předpokládá dobrá intelligence, touha neustále obohacovat své znalosti, seznamovat se s novými teoriemi, číst odbornou literaturu apod. Dále se u pracovníka pomáhající profese předpokládá emoční a sociální intelligence.

- ***Přitažlivost***

Pracovník může být pro klienta přitažlivý nejen pro svůj fyzický vzhled, ale i pro svou odbornost, dobrou pověst, a také kvůli tomu, jak jedná s klienty apod.

- ***Důvěryhodnost***

Důvěryhodnost pracovníka se skládá z toho, jak klient vnímá pracovníkův smysl pro čestnost, jeho sociální roli, srdečnost, otevřenost apod. K důvěryhodnosti pracovníka přispívají ještě další složky jako je např. diskrétnost, spolehlivost, využívání moci a porozumění. Zdrojem důvěryhodnosti pracovníka je jeho fyzický vzhled, jeho pověst a současné chování pomáhajícího pracovníka.

- ***Komunikační dovednosti***

Komunikační dovednosti jsou pro výkon povolání sociálního pracovníka nezbytné. Tyto dovednosti sice samy o sobě klientovi neposkytují pomoc, ale jsou základním prostředkem pro to, aby pomáhající pracovník mohl s klientem navázat vztah a začal řešit jeho problém. Patří sem např. zúčastněné naslouchání a empatie (44).

Komunikační schopnosti a dovednosti jsou pro práci sestry velmi důležitým předpokladem. Sestra je totiž nezastupitelným článkem v řetězci komunikace. Bývá totiž často komunikačním prostředníkem mezi pacientem a lékařem. Často také bývá nucena překonávat překážky spojené s narušením verbální komunikace (10).

Pro vykonávání kvalitní sociální služby je důležité, aby pomáhající pracovník našel optimální stupeň osobní angažovanosti na osudech svých klientů (44). Důležitou emoční složkou každého pomáhajícího je empatie, která by měla být součástí jeho „výbavy“. Díky empatii tak může snáze pochopit různé životní problémy, se kterými se během svého nejen pracovního působení setkává (86).

Empatie je forma lidské komunikace, která zahrnuje jak naslouchání a porozumění, tak sdělování porozumění klientovi. Empatie, která je neprojevena, uzavřena v mysli pracovníka, klientovi neprospívá. Pracovník může jen těžko porozumět klientovu světu, pokud se s ním nedostane do styku. Empatie je tedy v první řadě určitým druhem lidského kontaktu (44).

### 1.1.2 Motivace pro výkon pomáhající profese

*„Povolání dává člověku příležitost žít smysluplně.“*

Viktor E. Frankl

Každý, kdo pracuje v pomáhajících profesích, by se měl upřímně zamyslet nad tím, co jej přivedlo k tomu, že si zvolil zrovna některé z pomáhajících povolání. Guggenbühl-Craig uvádí, že: *„Nikdo nemůže jednat z výhradně čistých motivů. Čím větší je kontaminace temnými motivy, tím více se pracovník drží své domnělé objektivity.“* Zkoumání motivů, které pracovníka přivedly k volbě pomáhající profese, zahrnuje přiznání si stinných stránek vlastních impulzů pomáhat, včetně touhy po moci a toho, jak naplňujeme své vlastní potřeby prostřednictvím pomoci druhým (20).

Motivace osob, které chtějí pracovat v pomáhající profesi, bývá velmi podobná, a to pomáhat druhým lidem. Tito lidé vstupují do profese s nadšením a mnoha ideály a teprve s postupem času zjišťují, s jak velkým výkonovým i emočním nasazením musí v rámci své profese počítat. Přičemž poměr mezi investicí do práce a ziskem z ní se stane snadno nerovným, pomáhající více vydává, než dostává. Emoční nebo osobní zisk z práce nemusí být tak velký, jak pomáhající očekával. Ve spojení velkých nároků s nízkým oceněním pak snadno dochází k jevu, který označujeme jako syndrom vyhoření (1).

Dalších důvodů, proč si sestry a ostatní pracovníci v pomáhajících profesích vybraly zrovna tato náročná povolání, je celá řada. Na začátku mnoha rozhodnutí stojí setkání se s nemocí nebo nějakou jinou tíživou situací ve vlastní rodině. Zisk, který přináší výkon pomáhající profese, je těžko definovatelný, rozhodně se však neměří výší

platu. Šulistová v souvislosti s motivací k výkonu pomáhající profese hovoří o tzv. „spasitelském“ komplexu, který může být u některých jedinců prvotním důvodem rozhodnutí pomáhat druhým. Jedná se o potřebu dodat váhu své osobnosti prostřednictvím pomoci druhým, získat důležitost a často i smysl své vlastní existence. Ovšem pokud se člověk s takovým postojem bezhlavě vrhne do rozdávatí pomoci, buď velmi snadno vyhoří, nebo začne mít psychické, somatické, případně psychosomatické problémy. Pomáhající profese vyžaduje celého člověka, který si ví rady se svým životem a nepotřebuje ve svém nitru nic překřičet pocitem vlastní důležitosti pro druhé (74).

Jsou ale také lidé, kteří si přání pomáhat druhým neumí vysvětlit jinak než jako skrytou touhu po moci (74).

### 1.1.3 Etika v pomáhajících profesích

Všechna povolání, která jsou zaměřena na práci s lidmi nelze s úspěchem vykonávat, aniž by přitom nebyly respektovány určité etické zásady (27).

Jednotlivé pomáhající profese jsou si vědomy důležitosti lidského vztahu pomáhajícího pracovníka ke klientům, také proto je kladen u těchto povolání velký důraz na dodržování etických zásad dané profese, které jsou zformulovány ve formě etických kodexů. Jedná se například o Etický kodex sociálních pracovníků ČR, Etický kodex sester apod. (35).

Kopřiva vidí problém v tom, že žádný etický kodex neříká, co udělat, když se pomáhajícímu pracovníkovi nedaří některý požadavek naplnit. V etických kodexech pomáhajících profesí by podle něj měla být proto uvedena ještě jedna důležitá zásada, která se v nich zatím neobjevuje, a to: *„Pomáhající je připraven kdykoli vnímat a akceptovat svou nedokonalost, slabost a zranitelnost, kterou pomáhání vyjevuje, a pomocí sebereflexe a supervize napomáhat vývoji k lepšímu stavu, než je ten současný“* (35).

Také je potřeba si uvědomit, že žít podle ušlechtilých zásad je něco jiného než tyto zásady uznávat a hlásat. Nestací si přečíst knihu nebo vyslechnout přednášku, je potřeba především pracovat s vlastním cítěním (s vlastními pocity) (35).

Dolista a Ježek uvádějí důvody, proč je existence profesních kodexů důležitá. Etický kodex:

- signalizuje veřejnosti, že daná profesní skupina usiluje o etické postupy
- stanovuje zřetelné hranice etického chování v dané sféře, rozhodně však není jeho cílem nahradit individuální morální hodnoty jedince
- usnadňuje rozhodování a orientaci v každodenních specifických problémech,
- usměrňuje chování pracovníků dané profese
- vytváří prostředí, které napomáhá prosazování etických postupů
- je nástrojem kontroly etického chování (11).

Obecně se etické kodexy zpravidla zabývají těmito tématy: respektováním jedinečnosti a důstojnosti každé lidské bytosti, podporou sebeurčení klienta a podporou sociální spravedlnosti a profesní integrity (44).

### **1.1.3.1 Etické zásady při práci sociálních pracovníků**

Etický kodex sociálních pracovníků ČR (viz. příloha č. 3) vydává Společnost sociálních pracovníků, která vznikla v roce 1990 (44).

Společnost sociálních pracovníků ČR vydala nový etický kodex s platností od 20. 5. 2006. A oproti původní verzi z roku 1995 doplnila některé pasáže. Například k části 2.1.3 připojila tento důležitý odstavec: „*Sociální pracovník jedná s každým člověkem jako s celostní bytostí. Zajímá se o celého člověka v rámci jeho rodiny, komunity, společenského a přirozeného prostředí a usiluje o rozpoznání všech aspektů života člověka. Sociální pracovník se zaměřuje na silné stránky jednotlivců, skupin a komunit a tak podporuje jejich zmocnění*“ (64).

Nově doplněnou pasáží je také odstavec 2.1.7 týkající se vztahu sociálního pracovníka ke klientovi, který hovoří o tom, že sociální pracovník si je vědom svých

odborných a profesních omezení. A pokud s klientem nemůže z nějakého důvodu sám pracovat, předá mu informace o dalších možnostech pomoci. Dále je zde uvedeno, že sociální pracovník jedná se svými klienty s účastí, empatií a péčí (64).

V Etickém kodexu sociálních pracovníků se také hovoří o tom, že by sociální pracovník měl udržovat a zvyšovat svou odbornost, soustavně celoživotně se vzdělávat, usilovat o svůj odborný růst, spolupracovat s kolegy a jinými odborníky a tím zvyšovat kvalitu poskytovaných sociálních služeb (64).

Znalost etických teorií a základních hodnot sociální práce, včetně etického kodexu, pomáhá sociálnímu pracovníkovi v situaci, kdy má řešit etický problém nebo etické dilema. Zároveň přispívá k identifikaci s oborem a k větší jistotě při výkonu sociální práce (44).

### **1.1.3.2 Etické zásady při práci sestry**

*„Sestra – ošetřovatelka musí být nemocnému oddanou a vlídnou bytostí a pro lékaře zručnou, vzdělanou a odpovědnou spolupracovnicí“ (42).*

Sestra vstupuje při výkonu svého povolání do velmi různých mezilidských vztahů, z nichž nejdůležitější je vztah k pacientovi/klientovi. Tyto vztahy mají důležitý etický aspekt, neboť současně řeší otázky týkající se základních lidských hodnot: života, zdraví, důvěry, mlčenlivosti atd. (42).

Cíle ošetřovatelské etiky jsou: 1) humanizace mezilidských vztahů mezi pacientem a sestrou, mezi lékaři a sestrami apod., 2) usměrnění chování a jednání při profesionálních výkonech ošetřovatelství se záměrem porozumět člověku, pochopit tíživost jeho situace a podle možností mu pomoci, 3) vhodným způsobem usilovat o uspokojení terapeutických, psychických, sociálních a duchovních potřeb pacientů a klientů (42).

Sestry z České republiky se prostřednictvím České asociace sester hlásí k Etickému kodexu Mezinárodní rady sester (ICN), který je platný od 29. března 2003. V Etickém kodexu sester (viz. příloha č. 4) jsou uvedeny čtyři základní povinnosti



sestry: pečovat o zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení. Dále Etický kodex sester upravuje, že neodmyslitelnou součástí ošetrovatelské péče je respektování lidských práv pacienta – jako je např. právo na život, právo na důstojnost a právo na zacházení s úctou a respektem (9).

Etický kodex sester obsahuje čtyři hlavní články, které vymezují normy etického chování: 1) sestry a spoluobčan, 2) sestry a jejich ošetrovatelská praxe, 3) sestry a profese a 4) sestry a jejich spolupracovníci (9).

#### **1.1.4 Celoživotní vzdělávání a pomáhající profese**

Celoživotní vzdělávání znamená trvalý aktivní zájem o novinky v oboru, ve kterém člověk pracuje a jejich aktivní vyhledávání (69).

Sociální pracovníci mají povinnost se celoživotně vzdělávat, aby si osvojovali aktuální poznatky a trendy svého oboru a obnovovali, upevňovali a doplňovali svou kvalifikaci (30). Další vzdělávání se uskutečňuje v akreditovaných vzdělávacích zařízeních a v akreditovaných vzdělávacích programech na vysokých nebo vyšších odborných školách. Formy dalšího vzdělávání jsou: specializační vzdělávání na vysokých a vyšších odborných školách navazující na již získanou odbornou způsobilost, účast v akreditovaných kurzech, odborné stáže v zařízeních sociálních služeb nebo účast na školicích akcích. Dokladem o absolvování dalšího vzdělávání je osvědčení, vydané vzdělávacím zařízením, které další vzdělávání pořádalo, jak uvádí zákon o sociálních službách (84).

System dalšího vzdělávání, a tedy i jeho ověřování pomocí inspekce kvality sociálních služeb vymezují u sociálních pracovníků *Standardy kvality sociálních služeb*, a to standard č. 9 - Personální a organizační zajištění sociální služby a č. 10 - Profesní rozvoj zaměstnanců (80).

U sester definuje celoživotní vzdělávání zákon o nelékařských zdravotnických povolání, který říká, že „celoživotním vzděláváním se rozumí průběžné obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v příslušném oboru v

souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky“. Celoživotní vzdělávání je podle tohoto zákona povinné pro všechny zdravotnické pracovníky a jiné odborné pracovníky (83).

## 1.2 Sociální pracovník

*„Sociální práce je to co dělá sociální pracovník, teď už jen zbývá kdo je sociální pracovník“ (77).*

Sociální pracovník je ten, kdo vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních, které poskytují služby sociální péče, zajišťuje sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitaci, jak uvádí zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který je v platném znění uveden v příloze č. 5 (84).

Jak uvádí Matoušek, sociální pracovník pracuje: s klienty a jejich rodinami, s přirozenými skupinami – např. s partami mládeže, s uměle vytvořenými skupinami – jako jsou např. školní třídy, s organizacemi, s místními komunitami a jako expert i při přípravě některých zákonů s vyhláškou, v jiných případech se k těmto návrhům vyjadřuje (44).

Podle Navrátila je úkolem sociálního pracovníka podpora klientova sociálního fungování (tj. pomoc při obnově či získání dovedností a informací, které klientovi umožní zvládat požadavky prostředí, nebo naopak ovlivňovat ty nároky prostředí, které jsou nadměrné nebo jinak problematické (53).

Profese sociálního pracovníka vznikla jako reakce na potřebu řešit nové nepříznivé sociální situace, které způsobují problémy nejen jednotlivci, ale také celé společnosti. Staré mechanismy již tyto problémy nedokázaly účinně vyřešit. Sociální pracovník tak vstupuje do boje za zlepšení lidské společnosti prostřednictvím práce s jednotlivcem, skupinou či celou komunitou. Sociálního pracovníka charakterizuje jeho

společenský úkol - patří sem především úkol přispívat ke zlepšení narušených sociálních vztahů v přirozeném prostředí, učit jednotlivce správným životním postojům a chování, pomáhat jedinci ke svobodnému životu v demokratické a svobodné lidské společnosti. Sociálního pracovníka bychom proto mohli bez nadsázky označit za pojivo společnosti (17).

### 1.2.1 Typologie sociálních pracovníků

Z hlediska způsobů přístupu k praxi definovala Banksová čtyři typy sociálních pracovníků:

#### 1) *Angažovaný sociální pracovník*

Tento typ sociálního pracovníka jedná se svými klienty jako se spolužijícími lidskými bytostmi, které vnímá empaticky a s respektem. Sám sebe chápe především jako osobu a až potom jako sociálního pracovníka (používá stejné etické principy na situace v osobním životě i na ty, které vzniknou v rámci profese).

#### 2) *Radikální sociální pracovník*

Tento typ pracovníka má s předchozím společné to, že vkládá osobní hodnoty do praxe. Nedělá to však proto, aby poskytl klientovi bezpodmínečnou péči, ale jde mu především o změnu zákonů a oblastí sociální práce a sociální politiky, které považuje za nespravedlivé.

#### 3) *Byrokratický sociální pracovník*

Tento model doporučuje oddělení osobních hodnot, profesních hodnot a hodnot zaměstnavatele. K roli sociálního pracovníka v rámci tohoto typu patří i to, že vytváří iluzi osobní péče o klienta.

#### 4) *Profesionální sociální pracovník*

Profesionální model je založený na tom, že je potřeba vyvážit moc mezi sociálním pracovníkem a klientem. Sociální pracovník je profesionálem, který je vzdělaný v oboru sociální práce a je veden etickým kodexem. Prioritou jsou pro něho práva a zájem klientů. Důraz je kladen na individuální vztah s klientem, kterého sociální pracovník chápe jako aktivního spolupracovníka (44).

Kopřiva rozlišuje pouze dva typy pomáhajících pracovníků: neangažovaný a angažovaný pracovník. *Neangažovaný pracovník* pojímá svou práci jako výkon svěřených pravomocí bez osobního zájmu o daného klienta. Zatímco *angažovaný pomáhající* vykonává svou práci se záplem, „z lásky“, pro uspokojení obsažené už v činnosti samé. Pomáhání pro něj znamená smysluplnou činnost. Pomáhající pracovník vykonává toto povolání i při nižším příjmu, než jaký se mu nabízí jinde (35).

### 1.2.2 Role sociálních pracovníků

Sociální pracovníci vykonávají v rámci své profese řadu rolí, které se vzájemně prolínají. V praxi může jeden nebo druhý přístup převládat podle požadované pracovní náplně. Čistý typ však v praxi nejspíš neexistuje (60).

Role sociálních pracovníků, jak je uvádí Řezníček:

***Pečovatel nebo poskytovatel služeb*** napomáhá klientům v jejich denním životě tam, kde vzhledem ke stupni postižení či onemocnění sami nezvládnou vykonávat důležité činnosti.

***Zprostředkovatel služeb*** pomáhá klientům získat kontakt s potřebnými zařízeními, případně jinými zdroji pomoci. Sociální pracovník zastává funkce situačního diagnostika, informátora klienta, obhájce jeho potřeb a koordinátora osob účastnících se práce s klientem.

***Cvičitel (učitel) sociální adaptace*** napomáhá klientům měnit jejich chování tak, aby mohli účinněji řešit své problémy.

***Poradce nebo terapeut*** pomáhá klientům získat náhled na jejich postoje, pocity a způsoby jednání, a tím jim napomáhá k jejich osobnímu růstu nebo adaptabilnějšímu jednání.

***Případový manažer*** je osoba, která vykonává činnosti jako je případová diagnostika, plánování služeb nebo terapie, pravidelné sledování poskytovaných služeb a hájení zájmů klienta. Podstatou role případového manažera je, že poměrně dlouhodobě hraje roli agenta najatého klientem k tomu, aby v síti nápomocných služeb zajistil jejich pokud možno efektivní sladění v zájmu určitého předem stanovaného cíle.

*Manažer pracovní náplně v zařízení* je osoba, která organizuje práci (často nadměrného objemu), plánuje načasování a dávkování intervence, sleduje kvalitu poskytovaných služeb a průběžně zpracovává informace.

*Personální manažer* (tj. personalista) je osoba, která zajišťuje výcvik a výuku, supervizi, konzultace a řízení pracovníků zařízení.

*Administrátor* je vedoucí pracovník nebo ředitel zařízení, který plánuje, rozvíjí a zavádí způsoby práce, služby a programy pro jednotlivé typy klientů v sociálních zařízeních a jiných zařízeních (60).

### 1.2.3 Odborná způsobilost pro výkon sociálního pracovníka

Předpokladem pro výkon povolání sociálního pracovníka je způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost podle zákona o sociálních službách (84).

Odbornou způsobilostí k výkonu povolání sociálního pracovníka se podle zákona o sociálních službách rozumí získání vyššího odborného vzdělání nebo vysokoškolského vzdělání v bakalářském, magisterském či doktorském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku. Odbornou způsobilost lze však získat také absolvováním akreditovaných vzdělávacích kurzů, v případě, že má pracovník letitou praxi v sociální oblasti, který nesplňuje podmínku dosaženého vzdělání podle předešlé věty. Plné znění § 110 zákona o sociálních službách je uvedeno v příloze č. 5 (84).

Pokud jedinec pracuje jako sociální pracovník a nemá požadovanou kvalifikaci, s účinností zákona o sociálních službách si ji musí doplnit, a to: do pěti let, pokud není absolventem střední školy v oboru sociálně právním; do deseti let, za podmínky, že je absolventem střední školy v oboru sociálně právním. Toto neplatí pro zaměstnance starší padesáti, resp. pětapadesáti let, u nichž se kvalifikační požadavek považuje za splněný (84).

Soustava základních kompetencí sociálního pracovníka, čili způsobilostí k výkonu profese, zahrnuje následující schopnosti a dovednosti: 1) rozvíjet účinnou komunikaci, 2) orientovat se a plánovat postup, 3) podporovat klienta a pomáhat mu k soběstačnosti, 4) zasahovat a poskytovat služby, 5) přispívat k práci organizace a 6) odborně růst (44). U nás se kompetencemi sociálního pracovníka zabývá zejména Z. Havrdová, která definuje pojem kompetence jako „*funkcionální projev dobře zvládané a uznávané profesionální role sociálního pracovníka, jejíž součástí jsou odborné znalosti, schopnost reflektovat adekvátně kontext a citlivě aplikovat hodnoty profese*“ (45).

#### 1.2.4 Sociální pracovník a jeho profese

Profese sociálního pracovníka je zaměřena na poskytování kvalitní a efektivní pomoci jak jednotlivcům, tak i skupinám osob, která by měla vést k překonání jejich nepříznivé životní situace a současně by měla plnit funkci ochrany společnosti před sociálně patologickými jevy (50).

Sociální práce se především realizuje v sociálních službách a jejich prostřednictvím. Sociální pracovníci jsou zaměstnáváni sociálními subjekty, aby realizovali jejich sociální cíle, programy, plány či projekty (tj. poskytovali klientům dávky a služby k uspokojování jejich sociálních potřeb) (75).

Matoušek definuje sociální práci takto: „Sociální práce je společenskovední disciplína i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (např. chudoby, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanosti). Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout způsobilosti k sociálnímu uplatnění nebo ji získat zpět. Kromě toho pomáhají vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky. U klientů, kteří se již společensky uplatnit nemohou, podporuje sociální práce co nejdůstojnější způsob života“ (46).

Úlehla uvádí, že sociální práce stojí na 3 opěrných bodech:

- normy
- klientovi způsoby chování, jednání a myšlení, které se neshodují s normami společnosti (na základě těchto způsobů se z člověka stává klient)
- odbornost pracovníka, prostřednictvím které se sociální pracovník stává prostředníkem mezi normami a klienty (77).

Mezinárodní definice sociální práce, na které se shodly Mezinárodní asociace sociálních pracovníků a Mezinárodní asociace škol sociální práce vymezuje sociální práci jako profesi, která podporuje sociální změnu, řešení problémů v mezilidských vztazích a umožňuje jednotlivci či skupinám osob zvyšovat kvalitu jejich života (12).

Sociální práce je obor orientovaný na řešení lidských problémů, který hraničí s mnoha teoretickými i praktickými disciplínami, které se zabývají životem člověka. Sociální práce mezi nimi zaujímá samostatné postavení, i přesto, že s mnohými z nich sdílí některé poznatky a postupy. To, co ji od ostatních disciplín odlišuje, spočívá v důrazu na sociální fungování klienta – to znamená, že sociální pracovník pohlíží na klienta jako na bytost, která existuje v daném prostředí a musí zvládat jeho nároky (53).

Formování sociální práce jako oboru je nekončící proces, během kterého disciplína „dohání“ měnící se společnost, ve které se objevují nové problémy a problémy známé mění svůj význam. Tyto problémy je potřeba nejen evidovat, analyzovat, ale je nutné hledat i nové metody jejich řešení. Proto sociální práce nebude mít nikdy dlouhodobě stabilní a jednoznačný obsah, nikdy nebude možné tento obor vyučovat po mnoho let stejným způsobem. V tom je obtížnost a zároveň i výzva sociální práce (68).

Podle Navrátila je cílem sociální práce podpora sociálního fungování klienta v situacích, ve kterých je taková potřeba buď skupinově, nebo individuálně vnímána a vyjádřena. Sociální práce se profesionálně zabývá lidskými vztahy v souvislosti s výkonem sociálních rolí (53).

### 1.3 Všeobecná sestra

*„Neexistuje vyšší poslání, než je privilegium a možnost zúčastnit se procesu uzdravování člověka – po stránce fyzické, emocionální a duchovní.*

*Ošetrovatelská profese nese velkou zodpovědnost a hrdost na to, že tomuto uzdravování pomáhá zručně, se soucitem a při dodržování nejvyšších norem kvality.“ Len Heffner*

Všeobecná sestra vykonává podle § 4 vyhlášky č. 424/2004 Sb. (plné znění § 4 v příloze č. 7), tyto činnosti:

- poskytuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy
- dbá na dodržování hygienicko-epidemiologického režimu v souladu se zvláštními právními předpisy
- vede zdravotnickou dokumentaci
- poskytuje pacientovi informace v souladu se svou odbornou způsobilostí
- vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů
- sleduje a orientačně hodnotí fyziologické funkce pacientů, to je dech, puls, elektrokardiogram, tělesnou teplotu, krevní tlak a další tělesné parametry
- pozoruje, hodnotí a zaznamenává stav pacienta (79).

Všeobecná sestra se podílí bez odborného dohledu na základě indikace lékaře na poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační a dispenzární péče. Přípravuje pacienty k diagnostickým a léčebným postupům, na základě indikace lékaře je provádí nebo při nich asistuje, dále zajišťuje ošetrovatelskou péči při těchto výkonech a po nich. Všeobecná sestra podává léčivé přípravky s výjimkou nitrožilních injekcí, zavádí a udržuje kyslíkovou terapii, provádí screeningová a depistážní vyšetření, odebírá biologický materiál a orientačně hodnotí, zda jsou výsledky fyziologické, provádí ošetření akutních a operačních ran (79).

Zvolit si profesi sestry znamená svobodně se rozhodnout pro službu druhému člověku, která spočívá v poskytování podpory a pomoci při ochraně a navrácení zdraví (42).



Zdravotnické povolání patří z hlediska odborné přípravy i profesionálního výkonu mezi velmi náročné profese. Objektem práce a zájmu zdravotnického personálu je nemocný člověk. Velký význam ve zdravotnické práci je kladen na dodržování žádoucích forem jednání ve vztahu k nemocným, ale i ke svým spolupracovníkům (78).

Od sestry se očekává, že zvládne odbornou činnost, práci s moderní technikou, administrativní činnost, unese fyzickou zátěž své práce, dovede ovlivnit a vést správným směrem prožívání a jednání pacientů. Dále se od ní také očekává, že je schopna se vypořádat s různorodými pracovními a rodinnými problémy, které přináší sám život. Všechno tohle musí sestra zvládnout a řešit v mnohdy třísměnném provozu na různých specializovaných pracovištích (78).

### 1.3.1 Role sestry a její proměna

Role sestry v moderním ošetrovatelství, jak je uvádí Staňková:

- ***Sestra – pečovatel***

Tato role je spojena především s poskytováním základní ošetrovatelské péče. Sestra samostatně pečuje o nemocné osoby jak v nemocniční, tak v terénní péči, identifikuje jejich ošetrovatelské problémy a zajišťuje plán jejich řešení.

- ***Sestra – edukátor nemocného a jeho rodiny***

V moderním ošetrovatelství je zdůrazňována též/také edukační činnost sestry, prostřednictvím které se sestra podílí na upevňování zdraví a prevenci jeho poruch

- ***Sestra – obhájce (advokát) nemocného***

Pokud nemocný není schopen projevit své potřeby, problémy a přání, stává se sestra jeho mluvčím, neboť prostřednictvím ošetrovatelského procesu má možnost nemocného dobře poznat. Podporuje jeho pocit bezpečí a jistoty.

- ***Sestra – koordinátor***

Při plánování a realizaci ošetrovatelské péče sestra úzce spolupracuje s ostatními členy ošetrovatelského a zdravotnického týmu. Nemocného a jeho rodinu se snaží motivovat k aktivní spolupráci na individualizované péči.

- ***Sestra – asistent***

Sestra se podílí na diagnosticko-terapeutické lékařské péči, neboť připravuje nemocného k vyšetření, asistuje při něm, zajišťuje jednotlivé terapeutické činnosti určené lékařem apod. (66).

V minulosti byla sestra vnímána spíše jako pouhý vykonavatel příkazů lékaře, v posledních deseti letech se však role sestry významným způsobem změnila. Sestra se stala partnerkou a pomocníkem, a to jak lékaře, tak i pacienta (48).

Šimek popisuje proměnu role sestry takto: „*Pokorná služebnice lékaře, která žádné vzdělání nepotřebuje, se během jednoho století postupně proměňuje v sebevědomou rovnocennou partnerku všech ostatních pomáhajících profesí*“ (69).

Povolání sestry se posunulo o velký kus kupředu. Sestry studují na vysokých školách v bakalářském příp. navazujícím magisterském studiu, sestry se neustále vzdělávají ve svém oboru, v psychologii, komunikaci apod. (8).

Role sestry prodělala v minulosti velmi složitý vývoj, ale podstatně se mění i dnes. Dosažení a udržení standardu péče vyžaduje na sestřích nové znalosti a dovednosti, které se v minulosti nepožadovaly. Jedná se o širší spektrum dovedností, a to především ve vztahu k sociálním problémům, které v současné době stále více obklopují a provázejí nemoc a zdraví jedince nebo skupiny (4).

Podle Bártlové jsou role sestry následující: V podstatě se jedná o „dílčí“ role v následujících oblastech: 1) ošetrovatelsko – pečovatelská, 2) expresivní, 3) výchovná, 4) instrumentální (technická), 5) poradenství (rodina, veřejnost atd.), 6) podpora a výchova ke zdraví (tedy oblast prevence), 7) organizace a administrativa atd. Výkon role sestry je značně komplikovaný nejen různorodostí těchto „dílčích“ rolí, ale i komplikovaností pracovních podmínek, ve kterých je role sestry vykonávána (4).

V minulosti sestry v nemocnicích dělaly i mnohé neoborné, dalo by se říci až úklidové práce. Dnes se požadavky na ošetrovatelskou péči neustále zvyšují a zahrnují mnohé odborné úkony v minulosti prováděné výhradně lékaři. V souvislosti s rozšířením těchto „pravomocí“ jsou na sestry kladeny nároky na rozšířené vzdělání. Také termín „celoživotní vzdělávání“ již neplatí pouze pro lékaře – specialisty, ale i pro sestry. Do medicíny a ošetrovatelské péče výrazně pronikají nejen vymoženosti nových

technologií, ale ve zvýšené míře se zde začíná uplatňovat také psychologie, sociologie, pedagogika a zdravotnická etika. Je proto více než zřejmé, že nutnost osvojit si určité znalosti a dovednosti, které byly ještě donedávna považovány za čistě lékařskou záležitost, je neodvratná (41).

Jen málo povolání prodělalo v relativně krátkém období takové změny jako profese sestry. Tradičně byla sestra považována za člena týmu, který poskytuje základní (fyzickou) péči pacientům. Nepochybně toto je a i nadále bude hlavní funkcí ošetrovatelství. Postupně však vznikaly a stále vznikají a rozšiřují se nové odpovědnosti, které vycházejí především z orientace profesní činnosti sester na celek lidského zdraví (4).

Přes všechny proměny česká sestra nemá podle Mičudové vůči lékařům stále ještě takovou pozici, jaká je běžná například v Německu. Tato skutečnost souvisí především s přiznanými odbornými kompetencemi (48).

### **1.3.2 Odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry**

Odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry se podle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních získává absolvováním: nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester, nejméně tříletého studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšších zdravotnických školách, vysokoškolského studia ve studijních programech a studijních oborech psychologie - péče o nemocné, pedagogika - ošetrovatelství, pedagogika - péče o nemocné, péče o nemocné nebo učitelství odborných předmětů pro střední zdravotnické školy, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději v akademickém roce 2003/2004 nebo absolvováním studijního oboru všeobecná sestra na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004. Plné znění § 5 zákona o nelékařských zdravotnických povoláních je uvedeno v příloze č. 6 (83).

### 1.3.3 Sestra a její profese

*„Ošetřovatelství je krásné, ale těžké povolání, jehož hlavním smyslem je povzbuzovat a těšit nemocného.“*

*Estrid Rodheová*

Ošetřovatelství je „systém typicky ošetřovatelských činností týkajících se jednotlivce, rodiny a společenství, ve kterém žijí, který jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu“ (65).

Ošetřovatelství je nejen mimořádně náročné povolání, ale je to také podnětné a radostné poslání, ve kterém se spojuje mistrovství odborných úkonů s ochotou pomáhat lidem a pracovat v jejich prospěch. Propojení odborných znalostí a praktických dovedností s hlubokým altruismem projevujícím se v laskavé starostlivosti o člověka je typickou charakteristikou současného ošetřovatelství (55).

V současnosti se ošetřovatelství začíná hledat, formovat jako **věda**, která sestře poskytne moudrost, ale také jako **umění**, které v ní rozvíjí cit, lásku, vloh, vůli a schopnost pomáhat. Ošetřovatelství, podobně jako medicína, je věda a umění současně. Symbióza těchto dvou dimenzí umožňuje sestře velmi účinně pomoci člověku ve zdraví i v nemoci, zabezpečit mu lidské jistoty i v těch nejbolestnějších a nejsmutnějších chvílích života. *Sestra jako nositelka ošetřovatelského povolání by měla být vzdělaná, emocionálně a sociálně zralá a pozitivně orientovaná starat se o druhé, to znamená o ty, kteří potřebují pomoc.* Jak lékař, tak i sestra jsou těmi osobami, které mají příležitost být jak při zrození, tak i jeho úmrtí. To je velmi obtížný úkol. Pokud se daří, pak ošetřovatelství představuje ve společnosti určitý model, který tvoří jednu z nejzdravějších součástí sociálního prostředí. Základem jsou praktické zručnosti, odborné vědomosti, široký rozhled a lidská ochota pomáhat (55).

## 1.4 Zátěž a stres

Pojem stres poprvé použil kanadský fyziolog Hans Selye, pro označení charakteristických fyziologických projevů, jimiž organismus reaguje na různé druhy zátěže (28). Selye definoval stres jako „*jako charakteristickou fyziologickou odpověď na poškození nebo ohrožení organismu, která se projevuje prostřednictvím obecného adaptačního syndromu*“ (18). V rámci popisu obecného adaptačního syndromu Selye rozlišil tři hlavní fáze reakce na stresovou situaci:

### 1) Poplachová fáze

Tato první fáze slouží k mobilizaci organismu při ohrožení stresorem či stresory (31).

### 2) Fáze rezistence

V této fázi dochází k vlastnímu boji organismu se stresorem. Délka této fáze závisí na tom, jak silný je stresor a zároveň, jak je daný organismus bojeschopný (39).

### 3) Fáze vyčerpání

Nastává v situaci, kdy organismus již vyčerpал všechny zdroje pro adaptaci (31). Tato fáze je podle Selyeova modelu charakterizována aktivací parasympatického systému (39).

Tyto fáze reakce na stres platí i pro psychické stresory, tj. psychické činitele stresu (52).

Selyeho koncepce nesespecifické somatické reakce na zátěž byla ve své době revoluční a znamenala velký skok kupředu v chápání fyziologických a patofyziologických mechanismů. Stejně převratný byl také objev, že základní osu hypotalamus – hypofýza – nadledvinky je možné aktivovat i psychogenními vlivy (2).

Na Selyeho později navázaly různé psychologické studie, které se zabývaly zátěží a stresem. Literatura je však nepřehledná. Objevila se celá škála definic zátěže a stresu (2). V původním Selyeho pojetí termín stres nevyjadřoval nadměrnou zátěž, která na organismus působí, ale způsob, jakým na ni organismus reaguje (31).

V psychologické literatuře je často termín stres vymezen jako nadměrná zátěž neúnikového charakteru, která vede k trvalé stresové reakci, ústící až ve tkáňové poškození, k vysoké aktivaci adrenokortikálních funkcí a psychosomatickým poruchám (18).

Problematika stresu je v současnosti značně nepřehledná a samotný pojem stres se stal v dnešní společnosti v hojně míře nadužívaným termínem (2). Pojem stres je dnes používán pro konflikt, úzkost, frustraci, vyšší aktivizaci a situace nepříjemně pociťované vůbec (18). Toto nekritické užívání pojmu stres na označení jakéhokoli druhu zátěže i jejích následků, bez ohledu na skutečnost, zda organismus poškozuje, nebo mu naopak prospívá, dále také bez vztahu k fyziologickým mechanismům spouštěným v důsledku dané zátěže, způsobuje v dnešní společnosti mylný dojem porozumění této jinak velmi složité problematice (2).

Někteří autoři pojmy zátěž a stres ztotožňují, jinde nalézáme pro oba termíny rozdílné definice. Hladký definuje zátěž jako interakci mezi požadavky, které na člověka klade okolní prostředí a jeho schopnostmi či možnostmi vyrovnat se s těmito požadavky (25). Stres pojímá Hladký jako specifický druh zátěže, kdy je dosažena anebo je už dokonce překročena hranice možností daného člověka (23). Zatímco důsledky stresu bývají pro organismus negativní, zátěž může být i prospěšná, a je v podstatě pro život nepostradatelná, neboť přiměřená zátěž nutí organismus k neustálé adaptaci na nové podmínky, ke stálému zlepšování výkonu a také ho nutí růst (58).

Kebza a Komárek uvádí: „*Souhrn vlivů a požadavků kladených na člověka se nazývá zátěž. Přiměřený stupeň zátěže jedince aktivizuje, podněcuje a rozvíjí. Pozitivně působí ale jen do okamžiku, dokud jsme schopni se s nimi vyrovnat. Když už je nezvládnáme, působí negativně až destruktivně a stávají se stresem*“ (32).

Určitou míru a typ stresu je možné považovat za adaptivní, zatímco jiné za maladaptivní (s destruktivními účinky na organismus), proto někteří autoři rozlišují stres na tzv. eustres (stres prospěšný) a distres (stres škodlivý). Baštecký, Šavlík a Šimek však uvádějí, že tento způsob klasifikace zátěže a stresu není vůbec vhodný, neboť subjektivní emoční doprovod nemusí „škodlivosti“ stresu vždy odpovídat a například i přílišná radost může vést k poškození (2).

### **1.4.1 Druhy zátěže**

Zátěž a stres lze rozlišit podle povahy vnějších činitelů, které na organismus působí. Z tohoto hlediska se rozlišují 3 základní druhy zátěže: biologická, fyzická a psychická (23).

#### **1.4.1.1 Biologická zátěž**

Biologickou zátěž vyvolávají činitelé, kteří mají fyzikální, chemickou či biologickou povahu. Organismus na ně odpovídá primárně biologicky, psychické reakce jsou až druhotné (25).

Stresem se tato zátěž stává tehdy, jestliže jsou dosaženy či překročeny hranice normálního fungování organismu. Projevem biologického stresu je onemocnění, důsledkem může být i smrt (23).

#### **1.4.1.2 Fyzická zátěž**

Pojem fyzická zátěž je možné charakterizovat jako pracovní zátěž pohybového systému, srdečně-cévního a dýchacího systému s odrazem v metabolismu a termoregulaci (3).

Stresem se fyzická zátěž stává opět při dosažení či překročení hranic možností organismu (např. vynakládání nadměrné tělesné síly, dlouhé trvání činnosti). Projevem fyzického stresu je bolest, vyčerpání. Důsledkem mohou být chybné výkony, úrazy a onemocnění (23).

Současný trend vývoje pracovních podmínek směřuje ke snižování podílu fyzicky náročných prací a naopak vede k nárůstu psychické zátěže. Jsou však profese, při jejichž vykonávání je fyzická zátěž stále značná, a mezi tyto profese patří např. povolání sestry (14).

Fyzické zatížení při práci sestry se liší typem oddělení, na kterém pracuje, zdravotním stavem pacientů, počtem sester ve směně i počtem pomocného

zdravotnického personálu a velmi důležitá je i organizace práce a dostupnost pomůcek snižujících fyzickou zátěž (14).

Při déletrvajícím fyzické zátěži může dojít k přepracování a vyčerpání organismu, které se projevuje předrážděností, snížením pozornosti a schopnosti soustředit se, nespavostí a emoční labilitou (14).

#### 1.4.1.3 Psychická zátěž

Psychická zátěž je proces psychického zpracovávání a vyrovnávání se s požadavky a vlivy pracovního prostředí. Prostředím se v tomto smyslu rozumí vše, co člověka obklopuje včetně společenských vazeb, událostí a požadavků na chování. Hladký rozlišuje tři formy psychické zátěže:

- 1) **Senzorická zátěž** - vyplývá z požadavků na činnost periferních smyslových
- 2) orgánů a jim odpovídajících struktur centrální nervové soustavy.
- 3) **Mentální zátěž** - vyplývá z požadavků na zpracovávání informací, které kladou nároky na psychické procesy, především na pozornost, paměť, představivost, myšlení a rozhodování.
- 4) **Emoční zátěž** - vyplývá z požadavků, které vyvolávají afektivní odezvu na zátěžovou situaci. Alternativním názvem pro tuto formu psychické zátěže je „psychosociální stres“, neboť její zdroj většinou pramení ze sociálních kontaktů a požadavků na chování (24).

Podle McGrantha je pojmem psychický stres označováno prožívání člověka, které vzniká interakcí tří prvků: vnímané nároky, vnímaná schopnost je zvládnout a vnímaná důležitost tohoto zvládnutí. Psychický stres je tedy subjektivní kategorií, která je vytvářena prožíváním a hodnocením skutečností a spoluvytvářena představami, očekáváním a fantazií. Projevem psychické zátěže je nelibost, iritace a nespokojenost, projevem psychického stresu jsou obavy, rozčilení, vztek, nervozita, deprese, úzkost, vyhoření. Důsledkem psychického stresu mohou být chybné výkony a psychosomatická, somatická či psychická onemocnění (23).



Blažková uvádí z hlediska psychické zátěže tyto rizikové faktory v rámci práce a pracovních podmínek:

- a) časový tlak a intenzita práce,
- b) vynucené pracovní tempo,
- c) nároky v oblasti komunikace a kooperace,
- d) vlivy narušující soustředění (z hlediska intenzity i kvality),
- e) hmotná a organizační odpovědnost,
- f) riziko ohrožení vlastního zdraví a zdraví jiných osob,
- g) šikana, mobbing a další problémy ve vztazích na pracovišti (7).

Příkladem psychicky nejnáročnějších pracovních podmínek může být paliativní péče (10).

#### **1.4.2 Pracovní zátěž a pracovní stresory**

Pracovní zátěž je soubor vlivu vnějších podmínek a okolností pracovního procesu na organismus pracovníka (3).

Kebza a Šolcová uvádějí, že pracovní stres může být klasifikován do několika kategorií:

- problémy související s rolí, které jedinec zastává (konflikty rolí)
- nároky související s obsahem práce (pracovní zatížení a odpovědnost)
- organizace práce (nejasné vymezení kompetencí a odpovědností)
- profesní perspektiva (nejasný kariérní řád, nevyužití kvalifikace)
- fyzické prostředí (hluk, prach, bezpečnost práce) (33).

Stresor je činitel vnějšího prostředí, který vyvolává v organismu stav stresu či stresovou situaci (18). Křivohlavý označuje termínem stresory nepříznivé vlivy (tlaky), které mohou vést k tíživé osobní situaci člověka (39).

V pracovním prostředí se nejčastěji vyskytují tyto stresory: pracovní přetížení, mimořádná odpovědnost, konflikty a nejistota, profesní kariéra, organizační změny, interpersonální vztahy v organizaci a konflikt rolí (47).

Pracovní přetížení se projevuje tehdy, když požadavky organizace přesahují kapacitu jedince. Mnoho lidí nadměrně pracovním zatížením, s nedostatkem času na odpočinek, může pociťovat a prožívat pracovní činnost jako stresující. Zároveň však i málo podnětů a úkolů v průběhu pracovního procesu vytváří stres (47).

#### **1.4.2.1 Zvládání pracovní zátěže a stresu**

Definice zvládání podle R. S. Lazaruse zní: „Zvládáním se rozumí proces řízení vnějších i vnitřních faktorů, které jsou člověkem ve stresu hodnoceny jako ohrožující jeho zdroje“ (39).

Zvládání stresu a životních těžkostí je chápáno jako dynamický proces, v jehož rámci dochází k vzájemným interakcím mezi člověkem a stresovou situací. Na jedné straně je potřeba vidět danou osobu, která má určité zdroje, možnosti, schopnosti, hodnoty a osobní zaměření, na druhé straně pak prostředí, které na člověka klade určité požadavky a působí na něj řadou vlivů. V průběhu zvládání stresu a stresových situací dochází k řadě akcí a aktivit z jedné i druhé strany, tzv. akcí a reakcí, útoků i obran (39).

Problematika zvládání stresu je v psychologické literatuře popisována pod pojmem „coping“ (39).

Šolcová uvádí ve své publikaci „Umíte si poradit se stresem?“ 7 praktických postupů zvládání stresu (viz. příloha č. 9). Tyto postupy může do svého každodenního života aplikovat každý člověk a aktivně se tak podílet na snížení pravděpodobnosti vzniku onemocnění vyvolaného stresem (73).

Optimalizovat pracovní zátěž a redukovat riziko pracovního stresu lze v sociální práci jednak prostřednictvím individuálních strategií, které jsou orientovány na zdokonalování personálních či týmových kompetencí pomáhajících pracovníků zvládat zvýšenou pracovní zátěž a minimalizovat působení pracovního stresu, a jednak pomocí

organizačních strategií, které se zaměřují zejména na zlepšení pracovních podmínek (51).

### **1.4.3 Psychosociální pracovní zátěž**

Psychosociální zátěž v pracovních podmínkách souvisí se sociálním prostředím v práci, organizačními aspekty zaměstnání a obsahem i určitými operačními aspekty prováděného úkolu či úkonu (33).

#### **1.4.3.1 Psychosociální pracovní zátěž sociálních pracovníků**

V odborné zahraniční literatuře je problematice pracovní zátěže a stresu v sociální práci věnována poměrně značná pozornost. Někteří autoři považují vysokou úroveň psychické zátěže za fenomén, který k této profesi jednoduše patří. Jiní ji dávají do souvislosti se specifickými vlastnostmi mnoha sociálních pracovníků, jako jsou zvýšená senzitivita, vulnerabilita, idealismus, nadměrné přebírání odpovědnosti, či tendence zpracovávat si v sociální práci vlastní nevyřešené konflikty (51).

Pracovní zátěž (stres) v sociální práci je možné pojímat jako dynamický vztah mezi souborem vnějších pracovních nároků či tlaků, které jsou na sociální pracovníky kladeny, a souborem jejich vnitřních osobnostních dispozic je adaptivním způsobem zvládat (51).

V současné době není pochybnosti o tom, že pracovní stres v dlouhodobé perspektivě může výrazným způsobem snižovat kvalitu práce, spokojenost klientů s úrovní poskytovaných sociálních služeb a celkovou efektivitu pracovních organizací a u sociálních pracovníků může vést k širokému spektru nežádoucích fenoménů, jako jsou např. zvýšená pracovní absence, sklon k rutinizaci práce, maladaptivní obtíže různého typu, včetně syndromu vyhoření či eventuálních zdravotních důsledků (51).

Jako nejčastější zdroje psychosociální pracovní zátěže u pomáhajících pracovníků jsou uváděny události, které souvisejí s řešením náročných sociálních situací, jimž jsou pomáhající pracovníci každý den vystavováni (29).

Hlavním problémem při výkonu pomáhající profese je splývání, kdy pracovník bere záležitosti klienta příliš za svoje vlastní. Trpí tak nejen pomáhající, ale celý proces pomáhání (35).

Pracovní nároky kladené na české sociální pracovníky budou s velkou pravděpodobností v budoucnu, a to především v některých oblastech jejich činnosti (např. služby krizové intervence, práce s osobami se zdravotním postižením, gerontologicky a klinicky zaměřená sociální práce apod.), spíše narůstat, a jejich pracovní zátěž se tak bude postupně přibližovat relativně vysoké úrovni zátěže sociálních pracovníků ve vyspělých zemích, o které tak často referují zahraniční autoři. Lze tedy předpokládat, že v důsledku stoupajících pracovních požadavků se bude zvyšovat nejen jejich pracovní zátěž, ale také riziko pracovního stresu (51).

#### **1.4.3.2 Psychosociální zátěž sester**

Zdroj psychosociální zátěže v profesi sestry představuje především vztahovou složku a je možné ho dále členit na problémy ve vztazích mezi sestrou a pacientem, sestrou a rodinnými příslušníky nemocného a vzájemné vztahy mezi zdravotnickými pracovníky na daném pracovišti. A všechny tyto složky jsou víceméně rovnoměrně zastoupeny (29).

V pracovních vztazích jsou jako kritické incidenty nejčastěji uváděny konflikty mezi sestrou a lékařem, které sestry většinou vnímají jako ponižující, protože se nezdá odehrávat před pacientem. Dále jsou časté problémy související s přenášením lékařských kompetencí na sestru probíhající způsobem, kterému se sestra neumí účinně bránit (29).

Zdrojem psychosociální zátěže v sesterské profesi jsou nejčastěji situace, které se týkají kontaktu s vážně nemocným a s umírajícím a následně jeho rodinou, dále také situace týkající se kontaktu s nemocným, který nerozumí informacím podaným lékařem a své úzkostné stavy si odreagovává na sestře. Obtížná je pro sestry i jejich osobní přítomnost v situacích, které vnímají jako nešetrné ve vztahu k pacientovi, ať už jde o způsob sdělení diagnózy lékařem nebo vyhrocené a nežádoucí chování kolegyň na

pracovišti k nemocnému. Rovněž viditelné a zřejmé preferování některých pacientů na úkor ostatních, ať už se jedná o tzv. známosti nebo pacienty, kteří si připlácejí za nadstandardní péči, do které pak zahrnují i žádost o „nadstandard“ v rámci ošetrovatelské péče, byť se často jedná o služby nadbytečné a zdravotnický personál zneužívající a zatěžující. Za zatěžující je možné také pokládat nároky některých pacientů, které jsou neúměrné jejich skutečným potřebám a kterých se pacienti často domáhají i agresivním způsobem (29).

Za jednu z psychicky nejnáročnějších je považována paliativní péče, kdy stav pacienta bývá velmi vážný a prognóza je nepříznivá. Sestry se musí vyrovnat se skutečností, že jejich práce je sice humánní a záslužná, ale nepovede k pozitivnímu cíli, tedy k uzdravení (10).

#### **1.4.4 Sociální pracovník a stres**

Když se sociálních pracovníkům nedostává dostatečné podpory, stává se, že od svých klientů vstřebávají více citového rozrušení, strádání a nepohody, než jsou schopni zpracovat. Stres však sociální pracovník vstřebává nejen od svých klientů, ale může přicházet i z mimopracovního prostředí (osobní vztahy, rodina) (20).

Sociální pracovníci mohou na pracovní stres odpovídat vznikem syndromu vyhoření, který představuje tendenci reagovat na dlouhodobě působící interpersonální pracovní zátěž proměnlivým souborem kognitivních, emocionálních, behaviorálních a somatických příznaků (51).

Některé druhy stresu jsou nevyhnutelné a mohou být i pozitivní a pracovníka vybudit. Mohou mobilizovat jeho energii a připravit jej k akci a k vypořádání se např. s určitou krizí. Při práci v pomáhajících profesích však stresory vznikají až příliš často. Tyto stresory vybudí duševní a tělesné systémy pomáhajícího pracovníka k akci, avšak bez možnosti tuto energii v nějaké akci vybit. Stres, který se nevyventiluje, zůstává v těle a může se projevit v podobě tělesných, psychických nebo emočních příznaků (20).

Někteří pomáhající pracovníci musí aktivně myslet na to, aby jejich profesionální zájmy nepohltily všechn jejich volný čas, aby jim zůstal prostor na jejich koníčky, kulturu a společenský život (35).

#### **1.4.5 Sestra a stres**

Ošetrovatelství je náročné a jeho společenská prestiž je malá. Již tento fakt může být pro některé sestry vykonávající tuto profesi značně stresující (71).

Náročné povolání sestry může stres zpočátku stimulovat, jestliže však tlaky nepovolují, jedinec začne nakonec trpět. Pokud pocity úzkosti nepřestávají a zcela ovládnou život sestry, stávají se většinou příčinou vzniku nemoci. Proto je důležité, aby sestra o této problematice věděla a uměla jí čelit prostřednictvím psychohygieny. Tato oblast by měla být součástí profesní přípravy sestry, neboť zdravotnická povolání patří z hlediska odborné přípravy i konkrétního profesionálního výkonu mezi povolání náročná (56).

Stres sester má několik vstupů. Za prvé je to nabourání rytmu – ne každý snáší dobře noční směny a nikdo nedospí čas, který v noci propracoval. Dalším prvkem je nepravidelné stravování a nároky, které jsou bez konce – sestra není nikdy se svou prací hotová. Sestry při výkonu svého povolání ze sebe vydávají více, než dostávají zpátky. Sestra si nesmí myslet, že je ve své oblasti spasitelkou. Když bude brát svou práci jako profesi, tak bude vědět, že se občas něco nepovede. Když si bude hrát na spasitele, tak si bude myslet, že musí všechno zachránit (56).

## 1.5 Syndrom vyhoření („burn-out syndrom“)

*„Pokud zapálíte oba konce svíčky, získáte tím dvakrát více světla. Svíčka však zároveň dvakrát rychleji vyhoří.“*

Myron D. Rush

Syndrom vyhoření byl poprvé popsán v roce 1974, tedy před více než třiceti lety, americkým psychoanalytikem H. J. Freudenbergerem (67).

Syndrom vyhoření je postupný proces nárůstu emoční vyčerpanosti, který začíná vytěsňováním profesních deziluzí, přílišným emočním výdajem v profesních vztazích bez obnovy vlastních sil. Postupně zasahuje všechny oblasti života pomáhajícího pracovníka a přerůstá v depresi nebo je kompenzován na úkor jeho okolí, včetně pacientů a klientů (21).

Poměrně náročné požadavky na pomáhající profese mohou představovat pro některé pracovníky nepřiměřenou zátěž, která může vést, ve spojení s psychickou, emocionální a případně i fyzickou náročností výkonu takového povolání, až k naprostému vyčerpání, resp. k tzv. vyhoření (27).

Pocit jedince, že již nadále nemůže dostát požadavkům kladeným na pracovníka pomáhajících profesí, ve spojení s přesvědčením, že úsilí vkládané do vykonávané činnosti je naprosto neadekvátní nízkému výslednému efektu, vede u těchto pracovníků ke vzniku syndromu vyhoření (33).

Jev se setkal s velkým zájmem, a tak dnes již existuje celá řada empirických studií o syndromu vyhoření v různých sociálních povoláních a několik různých koncepcí fází vývoje syndromu vyhoření (63).

Pojem syndromu vyhoření strádá podobně jako pojem stress (mobbingu) obecným nadužíváním, které příliš rozšiřuje významy. Navíc těžko vymezíme hranice mezi syndromem vyhoření, depresí a pracovním vyčerpáním (63).

Výkon pomáhajícího povolání může na jedné straně energii dokonce dodávat, na druhé straně ji za jiných okolností může velmi intenzivně odčerpávat. Proto je zde více než v ostatních profesích zapotřebí dbát o dobré hospodaření s energií. Dlouhodobě

záporná energetická bilance vede k syndromu vyhoření. Pravý syndrom vyhoření není pouhou chronickou únavou, ale je do něj včleněna také otázka hodnoty a smyslu vlastní práce. Když se práce daří, je zážitek smysluplnosti práce pomáhajícího pracovníka silnější, než by byl v mnoha ostatních profesích. Avšak když se nedaří, je zrovna tak silnější i pochybnost o jejím smyslu (35).

Je však důležité podotknout, že k syndromu vyhoření nevede pouze práce s lidmi, ale důležitou roli též hraje trvalý a nekompromisně prosazovaný požadavek na vysoký, nekolísající výkon, který je pokládán za standard s malou či žádnou možností úlevy, odchylek či vysazení, a se závažnými důsledky v případě chyb a omylu. Pocit jedince, že již nemůže těmto požadavkům dostát, ve spojení s přesvědčením, že úskalí vkládané do vykonávané činnosti je naproti neadekvátní nízkému výslednému efektu, vede k syndromu vyhoření (33).

Termín „burnout“ (syndrom vyhoření) popisuje profesionální selhávání na základě vyčerpání vyvolaného zvyšujícími se požadavky, ztrátu zájmu a potěšení, ztrátu ideálů, energie i smyslu, negativní sebeocení a negativní postoje k profesi (26).

### 1.5.1 Definice syndromu vyhoření

„Syndrom vyhoření je duševní stav objevující se často u lidí, kteří pracují s jinými lidmi a jejichž profese je na mezilidské komunikaci závislá. Tento stav ohlašuje celá řada příznaků: člověk se cítí celkově špatně, je emocionálně, duševně i tělesně unavený. Má pocity bezmoci a beznaděje, nemá chuť do práce ani radost ze života“ (76).

Někteří autoři popisují syndrom vyhoření jako soubor typických příznaků, které vznikají u pracovníků v pomáhajících profesích v důsledku nezvládnutého pracovního stresu (44).

Syndrom vyhoření bývá také někdy označován jako „fenomén prvních let v zaměstnání“, kdy po vysokých očekáváních, entuziasmu a „profesní mytologii“ nastává zklamání, frustrace, bezmoc a rezignace (43).



V české odborné literatuře je syndrom vyhoření nejčastěji uváděn v kontextu problematiky osobnosti ve zdravotnických nebo sociálních profesích **(82)**.

Burnout syndrom je formálně definován a subjektivně prožíván jako stav tělesného, citového a mentálního vyčerpání, způsobeného dlouhodobým pobýváním v situacích, které jsou emocionálně mimořádně náročné. Tato emocionální náročnost je nejčastěji způsobena spojením velkého očekávání s chronickými stresy **(38)**.

Křivohlavý uvádí vymezení pojmu burn-out podle Pinesové a Aronsona: „Vyhoření je formálně definováno a subjektivně prožíváno jako stav fyzického, citového (emocionálního) a duševního (mentálního) vyčerpání, způsobeného dlouhodobým pobýváním v situacích, které jsou emocionálně mimořádně náročné. Tato emocionální náročnost je nejčastěji způsobena spojením velkého očekávání s chronickými situačními stresy“ **(39)**.

Podle Schmidbauera je vyhoření důsledkem tzv. syndromu pomáhajících, který je charakterizován neschopností vyjádřit vlastní potřeby a pocity a celkově (nevědomě) narcistickým laděním osobnosti **(62)**.

Cherniss definuje syndrom vyhoření jako „proces, ve kterém se dříve angažovaný profesionál osvobozuje od své práce v důsledku stresu a strainu (napětí) prožívaného při práci“ **(50)**.

Rush ve své knize Syndrom vyhoření definuje stav vyhoření jako „druh stresu a emocionální únavy, frustrace a vyčerpání, k nimž dochází v důsledku toho, že sled určitých událostí týkajících se vztahu, poslání, životního stylu nebo zaměstnání dotyčného/daného jedince nepřinese očekávané výsledky.“ **(59)**.

Podle v současnosti nejběžnější definice je syndrom vyhoření charakterizován vyčerpáním, odosobněním a sníženou motivací k výkonu své profese **(81)**.

### 1.5.2 Příčiny vzniku syndromu vyhoření

*„Každý den dostávám stále více a více úkolů. Povinnosti se hromadí, ale sil nepřibývá. Nikdo se nezajímá o to, jak mi je, a přitom mně je často tak těžko. Únavou téměř upadám, vláčím se životem a o tom, že bych radostí zpívala a tančila, si mohu nechat jen zdát. Nikdo si nedovede představit, jak je mi často z toho všeho, co musím a mám stihnout – a já to nestíhám. A to ještě nemluvím o rodině!“ (40).*

Bártlová uvádí, že příčiny vzniku vyhoření lze hledat jak v individuálních faktorech (jako např. zvyšující se s nároky na sebe, neschopnost požádat druhého o pomoc, současná zátěž i v soukromí atd.), tak především v pracovních a organizačních faktorech (jako např. nátlak sociální role, nedostatek autonomie, absence sociální podpory, monotonie apod.). Syndrom vyhoření však není jen obyčejná únava. Je vždy spojen s otázkou po smyslu vlastní práce (4).

Syndrom vyhoření však nevzniká pouze z přemíry práce a ztráty ideálů, velký podíl na tom mají i jiné skutečnosti, např. neschopnost pracovníka říci „NE“ dalším úkolům nebo odpovědnostem, dále také vysoké osobní nároky, snaha dosáhnout příliš mnoha cílů a dávání příliš velké emocionální podpory po delší časový interval hraje neopomenutelnou roli (28).

Podle Rushe patří mezi nejběžnější příčiny, které vedou k vyhoření:

- ***Pocit nutkání namísto povolání***

Pokud přestaneme vnímat záměr dané činnosti, ale přitom i nadále cítíme nutkání ji vykonávat, stáváme se hlavními kandidáty na vyhoření. I přesto, že nás na začátku povolání může bavit, pokud jsme hnáni svým nutkáním, naše uspokojení a radost se postupně vytratí (59).

- ***Neschopnost přibrzdit***

Lidé, kteří prožívají stav vyhoření, nejsou zvyklí udržovat ve svém životě rovnováhu (59).

Neschopnost pracovníka zmírnit/zvolnit pracovní tempo jej dovede po čase k syndromu vyhoření (35).

- ***Snaha udělat všechno sám***

Většina vysoce angažovaných pracovníků si neuvědomuje svá osobní omezení – mnozí z nich si dokonce myslí, že žádná nemají. Nechají se nepřetržitě zavalovat prací, a neboť jsou vysoce motivovaní a produktivní, také řady věcí dosáhnou. A jejich potřeba úspěchu je žene do další práce. Tito lidé mají velkou potřebu být uznávaní. Často mají pocit, že sobě nebo někomu jinému musí něco dokázat (59).

- ***Přehnaná pozornost cizím problémům***

Pravděpodobnými adepty na vyhoření jsou také ti, kteří se ve značné míře zabývají druhými lidmi a jejich problémy (59).

Pomáhající pracovník často cítí potřebu být lidem potřebný. Není to totéž jako, když někdo rád pomáhá lidem. Kdo potřebuje být potřebný, vzdává se uskutečňování svých důležitých potřeb a o to více se stará o druhé – aby se tak vyhnul pocitu samoty a zbytečnosti (35).

Pomáhající profese vyžaduje, aby pracovník našel optimální stupeň osobní angažovanosti na osudech klientů, neboť bez schopnosti pracovníka osobně se angažovat je kvalitní sociální služba nepředstavitelná (44).

Schmidbauer uvádí, že k tendenci se obětovat pro klienty přispívá mimo jiné zážitek nepřijetí vlastními rodiči v dětství a jeho charakterové zpracování v duchu zásady „Co nechceš, aby ti jiní činili, udělej raději sobě sám“ (62).

- ***Nereálná očekávání***

Lidé, kteří před sebe neustále staví nereálné nebo nedosažitelné cíle, bývají na sebe nakonec značně naštvaní. Nechápu, proč svých cílů nedosáhli. Pracují tedy o to více. Čím více se však snaží, tím se cítí zničenější, protože naplnění jejich cíle je jaksí stále v nedohlednu (59).

- ***Příliš velká rutina***

Rutina vysává ze života jedince motivaci a nadšení. Dusí jeho tvořivost a dělá z něj „robotu“. Lidé, kteří dávají ve svém životě rutinním postupům příliš mnoho

prostoru, činí tak první krok k vyhoření. Místo aby sami uváděli něco do pohybu, pasivně se podvolují okolnímu dění (59).

- ***Neustálé odmítání ze strany druhých***

Lidé, kteří jsou vystavováni neustálému odmítání, se stávají hlavními adepty na vyhoření. Příliš mnoho odmítnutí působí, že si dotyční vypěstují negativní postoj k druhým lidem, ke svému zaměstnání i k sobě samým. Problém nastává, pokud si jedinec bere odmítání osobně. Pomáhající pracovník si musí uvědomit, že lidé neodmítají jeho, ale dané výrobky nebo služby. Pokud si tuto skutečnost pomáhající ujasní, odmítání ho už nebude ubíjet, ale naopak bude motivován postavit se mu tváří v tvář (59).

Bartošíková uvádí příčiny, které se podílejí na vzniku syndromu vyhoření u sester :

- Přetíženost
- Špatné vztahy na pracovišti
- Nedostatek sociální podpory
- Nadměrná emocionální/psychická zátěž
- Nevyhovující pracovní podmínky
- Stále se zvyšující zodpovědnost, resp. přenášení zodpovědnosti na sestru mimo její kompetence
- Dlouhodobá negativní energetická bilance
- Nedostatek radosti
- Nereálná očekávání a ztráta ideálů při nástupu do zaměstnání (1).

### **1.5.3 Výskyt syndromu vyhoření**

*„Lidem můžete věnovat jen tolik energie, kolik jí máte na rozdávání“ (1).*

Burn-out neboli syndrom vyhoření je popisován jako stav emocionálního vyčerpání vzniklý v důsledku nadměrných psychických a emocionálních nároků. Nejprve byl popsán u některých zaměstnaneckých kategorií pracujících s jinými lidmi

(zvláště u lékařů, sester, pedagogů, policistů, což byly profese, na které byl od počátku zaměřen zájem psychologů). Později se však ukázalo, že burn-out syndrom se vyskytuje i v dalších zaměstnaneckých kategoriích (např. u advokátů, pojišťovacích agentů, poštovních úředníků či sociálních pracovníků) a že se dokonce objevuje i v kategoriích nezaměstnaneckých, vždy však u osob, které jsou v jakémkoli kontaktu s druhými lidmi, jsou závislé na jejich hodnocení a mohou být vystaveny působení chronického stresu – např. u výkonných umělců, sportovců, ale také u osob samostatně výdělečně činných (dealeři, prodejci, pojišťovací a reklamní agenti atd.) (33).

Syndrom vyhoření se objevuje především u tzv. „angažovaných pomahačů“, tedy u lidí, pro které je mezilidský kontakt každodenním chlebem, bez kterého není výkon profese takřka možný (28).

Nejčastěji se se syndromem vyhoření setkáváme u profesí, u nichž jsou pracovní náplní různé formy služeb druhým lidem. Jedná se především o lékaře, sestry, psychology, psychoterapeuty a sociální pracovníky. Vážně jsou pak ohroženi pracovníci hospiců, jednotek intenzivní péče, onkologických a gerontologických oddělení či léčeben dlouhodobě nemocných (82).

Výskyt syndromu vyhoření ve společnosti postupně dále roste mj. vzhledem ke zvýšenému životnímu tempu, rostoucím nárokům na ekonomické, sociální a emoční zdroje člověka v dnešní relativně rozvinuté a spotřebně orientované společnosti (33).

Riziko výskytu syndromu vyhoření je kvůli náročnosti povolání sestry velmi vysoké. Přitom nezáleží na tom, na jakém oddělení pracuje, může k tomu dojít kdekoli. Je však pravda, že mezi nejrizikovější oddělení patří např. onkologie, neurologie a léčebny dlouhodobě nemocných. Sestra je v ohrožení zejména v případech, kdy nedokáže říci „ne“, pokud jsou po ní požadovány stále nové a nové úkoly a povinnosti, když poskytuje příliš dlouho velkou emocionální podporu nebo pokud je dlouho pod neustálým pracovním tlakem (41).

#### 1.5.4 Příznaky syndromu vyhoření

Příznaky syndromu vyhoření nejsou ani neobvyklé, ani záhadné. Ve skutečnosti je spíše těžké najít někoho, kdo netrpí žádným z nich (57). Potterová ve své knize Jak se bránit pracovnímu vyčerpání uvádí tento příběh:

*„Nevím, co to do mě vjelo. Věřím ve svou práci. Chci pomáhat lidem. Ale něco se stalo. Jako dnes. Nějaká žena přišla ke mně na konzultaci a začala povídat o své složité situaci. Uváděla mi všechny důvody, proč nemůže jít na přijímací pohovor. Už jsem to tolikrát slyšel. Všechny ty stesky a důvody, proč se nemůže dát dohromady a najít zaměstnání. Najednou z ničeho nic jsem se rozčílil a řekl: „Podívejte se, já mám také problémy. A mnohem horší než ty vaše. Už jsem slyšel ty vaše výmluvy tolikrát a už jsem z nich unavený!“ Já prostě nevím, co to do mne vjelo. Myslím, že jsem prostě vyhořelý“ (57).*

Syndrom vyhoření (burn-out) se projevuje fyzickým, emocionálním a mentálním vyčerpáním. Vyhoření či vyhaslost je důsledkem chronické pracovní zátěže spojené s dlouhodobým nasazením pro jiné lidi (27).

Podle Schmidbauera hrají mezi nejčasnějšími varovnými příznaky vyhoření důležitou roli právě problémy *syndromu pomáhajícího* – nedostatek motivace a zúžení perspektiv, nevyvinutý soukromý život, málo kontaktů (např. jenom s kolegy), zúžené spektrum zájmů a neuspokojivě uspořádaný volný čas (63).

Podle Bártlové patří k hlavním projevům syndromu vyhoření:

- ztráta schopnosti radovat se, ztráta vůle angažovat se, ztráta schopnosti empatie a ztráta pocitu zodpovědnosti
- negativní postoje vůči vlastní osobě, vůči práci, společnosti a životu vůbec
- emocionální problémy, agresivita a nervozita
- únava, vyčerpání, ztráta zájmů, deprese či vývoj jiných psychických poruch (4).

Mallotová rozlišuje projevy syndromu vyhoření na tělesné, emocionální a duševní vyčerpání:

### 1) **Tělesné vyčerpání**

Typické znaky tělesného vyčerpání jsou chronická únava, nedostatek energie, slabost a vyčerpání. Lidé, kteří trpí syndromem vyhoření, jsou zvýšeně náchylní k úrazům, častěji onemocní, stěžují si na bolesti hlavy a pocity nevolnosti. Dalšími příznaky jsou bolesti zad, změny stravovacích návyků s nimi související změny tělesné hmotnosti apod. Časté jsou také stížnosti na chronickou únavu, spojenou s poruchami spánku. Ačkoli se člověk cítí celý den unavený, v noci mu myšlenky na starosti nedovolí usnout, nebo se mu zdají děsivé sny (43).

### 2) **Emocionální vyčerpání**

Emocionálně vyčerpaný člověk má pocit bezmoci a beznaděje, ze které nevidí žádné východisko. V extrémních případech může tento stav vést až k vypuknutí duševní nemoci nebo k myšlenkám na sebevraždu. Lidé, kteří jsou emocionálně vyčerpání, mají pocit, že veškerou energii, která jim zbyla, spotřebují na zvládnání běžných úkolů každodenního života. Člověk, který vyhořel, se cítí emočně vysátý, je podrážděný a nervózní. Ani rodina a nejbližší přátelé už pro něj nejsou zdrojem energie a uspokojení. Naopak pro něj představují jen další nároky (43).

### 3) **Duševní vyčerpání**

U lidí, kterým hrozí syndrom vyhoření, se objevují negativní postoje k sobě samým, k vlastní práci a vlastním úspěchům, ale také k okolí a ke klientům. Vyhoření vede často k dehumanizaci postoje ke klientům. V odborné literatuře je dehumanizace definována jako nedostatečné vědomí lidských atributů ostatních lidí a nedostatek lidskosti v interakci. Lidé, kteří propadli procesu dehumanizace, ztrácejí schopnost vnímat osobní identitu lidí, o které se mají starat, stále méně s nimi hovoří a stále častěji s nimi jednají, jako by ani nebyli lidmi (43).

Bartošíková uvádí tyto projevy syndromu vyhoření:

- Emocionální vyčerpání
- Psychické vyčerpání

- Tělesné vyčerpání
- Změny v sociálních vztazích (1).

Úlehla uvádí: „Nejčastějším příznakem vyhoření, bohužel velmi běžným, je, že pracovník začne respekt cítit jako něco obtížného. Přesune se od pomáhání do extrému a klienta začne vnímat jako předmět, kterým se zabývá v zaměstnání, jako odlidštěnou věc bez vlastní identity, důstojnosti či schopností. O klienty ztrácí zájem, takže jejich přání pro něho není tím nejdůležitějším. Zaměstnání se pak pracovníkovi stává pouze místem, kam chodí plnit povinnosti, místo aby zde energii vydával i přijímal. Typické je to tehdy, když se úřední procedura stane důležitější než nabízení pomoci“ (77).

### 1.5.5 Proces vzniku syndromu vyhoření

*„Nejnadšenější lidé upadají do nejtěžších forem vyhoření nejčastěji ... Závažnost jejich fyzického i psychického stavu je do určité míry ukazatelem jejich původního nadšení.“*

A. Pinesová a E. Aronson

Vyhoření se projevuje jako plíživé psychické vyčerpání způsobené dlouhodobým působením stresorů. Důsledky se dostávají postupně. Počáteční nadšení pro práci, uspokojení z prvních úspěchů, nadšení ze seberealizace v profesi se postupně vytrácí. Dochází ke střetu s realitou, která bývá zcela odlišná od představ, se kterými jedinec do zaměstnání nastoupil. Profesionální chování se začíná postupně měnit, vytrácí se zájem o klienta, pacienta či uživatele služby, jejich problémy a stesky začínají být na obtíž, jsou odbývány ironickými poznámkami. Objevuje se podrážděnost, která se střídá se skleslostí, dostavuje se ztráta sebedůvěry a pocit vnitřní prázdnoty. Na základě těchto příznaků však nemusí jít ovšem vždy zákonitě o syndrom vyhoření, záleží na podmínkách, za jakých je povolání vykonáváno (28).

Kopřiva uvádí tři cesty vedoucí k vyhoření, které nazývá „ztráta ideálů“, „workoholismus“ a „teror příležitostí“ (35).



Proces vývoje syndromu vyhoření může trvat několik měsíců, mnohdy je však vyhoření vyvrcholením procesu trvajícím řadu let a probíhajícího v několika různě dlouhých fázích (54).

Proces, jehož vyvrcholením je vyhoření probíhá v 5 fázích :

- 1) **Nadšení** – pomáhající pracovník přichází do práce s určitými ideály, jak bude pomáhat druhým, často s plným nasazením a přesvědčením, že bude poskytovat klientům či pacientům tu nejlepší péči. Pomáhající je ochoten pracovat i nad rámec svých pracovních povinností (4).
- 2) **Stagnace** – pomáhající začíná postupně slevovat ze svých očekávání a ideálů, více vnímá reálné podmínky pro svou práci, pomalu se zaměřuje na uspokojování vlastních potřeb v podobě platu, volného času apod. (43). Požadavky klientů či pacientů jej začínají pozvolna unavovat a někdy i obtěžovat. Pracovník se vyhýbá kontaktům s klienty či pacienty, přesouvá na ně vinu za své problémy (4).
- 3) **Frustrace** – v této fázi začíná pracovník pochybovat o smyslu své práce, objevují se u něho první výraznější fyzické a psychické potíže a problémy ve vztazích (43). Pracovník prožívá velkou deziluzi a zklamání ze svého povolání (4). To vede ke snížení pracovního výkonu pomáhajícího a jeho práce za těchto okolností pozbývá smysl a význam (82).
- 4) **Apatie** – jedinec je trvale frustrován, není schopen svou situaci změnit, pracuje jen tak, jak je to nezbytně nutné a vyhýbá se novým úkolům (43). Pracovník se však vyhýbá také komunikaci s klienty či pacienty, ostatními spolupracovníky a vyhýbá se i dalšímu vzdělávání (4).
- 5) **Vyhoření** – v této fázi je již dosaženo stavu plné neangažovanosti pracovníka a vyhýbání se profesním požadavkům (4).

Jiné členění fází uvádí C. Maslach, která uvádí čtyřfázový model procesu vyhoření:

- 1) Idealistické nadšení a přetěžování
- 2) Emocionální a fyzické vyčerpání
- 3) Dehumanizace druhých lidí jako obrany před vyhořením

4) Terminální stádium – stavění se proti všem a proti všemu (38).

### 1.5.6 Důsledky syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření nemá za následek jenom negativní postoj pracovníka k sobě samému a ke klientům či pacientům, ale ovlivňuje i postoj ke spolupracovníkům, přátelům a rodinným příslušníkům (4).

Podle Rushe jsou hlavními důsledky vyhoření:

- Ztráta smyslu života
- Ztráta pozitivního vnímání sebe
- Pocit osamělosti v dnešním světě
- Pocit zášti a hořkosti
- Pocit, že je všechno beznadějně (59).

### 1.5.7 Prevence syndromu vyhoření

Zakladatel transakční analýzy Eric Berne řekl: „*Člověk potřebuje několik pohlazení denně, jinak mu vysychá mícha*“. Pohlazením se myslí nejen fyzický kontakt, ale také přijetí a ocenění sebe i druhých v psychosociální rovině. Pohlazení můžeme získat od druhých, avšak především by měl každý člověk umět pohladit také sám sebe. To není rozmazlování se, to je naplnění skutečné potřeby (26).

Americký psychiatr H. S. Sullivan řekl: „*Kdo se neumí pořádně postarat sám o sebe, neskýtá záruku, že se postará o druhé!*“ Tato věta by měla být ponaučením pro ty „obětavé“, kteří to se svou obětavostí přehánějí. Plnění základních požadavků mentální hygieny, optimalizování poměrů mezi zátěží a odpočinkem, co nejpravidelnější životní režim a přiměřené množství tělesného pohybu je doporučením pro všechny, avšak pro osoby v zátěžových provozech se třemi vykřičníky navíc (26).

Nejllepší prevencí proti syndromu vyhoření je schopnost zmírnit tempo a udržovat rovnováhu mezi svou prací, duchovním životem a volným časem (59).

Prevence na úrovni osobní představuje vytváření si zdravého systému sebedopory – to znamená postarat se o vlastní smysluplný, příjemný a fyzicky aktivní život mimo roli pomáhajícího (1).

Bártlová a Jobánková poukazují na oblasti, na které by měla sestra v osobním životě dbát:

- zdravá životospráva
- pohybová aktivita
- odpočinek (sestra by se měla naučit naslouchat potřebám svého těla)
- mezilidské vztahy a sociální podpora
- mít svého koníčka, dělat něco jen pro své potěšení
- dále se vzdělávat
- nebát se změn, brát je jako výzvy
- jednat jako aktivní činitel a ne jako oběť událostí
- schopnost projevit emoce a humor
- uvědomovat si hranice samoléčení a vyhledat odbornou pomoc, když ji potřebuje (4).

Cherniss uvádí jako hlavní faktory předcházení vyhoření následující tři skupiny okolností:

1. nalezení smysluplné pracovní činnosti
2. získání a převzetí profesionální autonomie a opory
3. konstituování přirozeného vztahu k práci a dalším životním aktivitám (1).

### **1.5.7.1 Psychohygienu**

Prevence má u syndromu vyhoření prvořadý význam. Důraz je kladen na prevenci osobní, každý jedinec si má vytvořit takový životní styl, který je smysluplný, příjemný a fyzicky aktivní mimo roli pomáhajícího. Klademe důraz na duševní hygienu. Duševní hygienou rozumíme systém pravidel a rad k udržení, prohloubení a

znovunavrácení duševní rovnováhy. Jejím úkolem je stanovit si cíle, u kterých je kladen důraz na sebevýchovu, sebepoznání a umění relaxace jedince (16).

Součástí duševní hygieny je např. péče o duši, péče o tělo, mít pro co žít a velmi důležité je vytvořit si prostor pro odpočinek (16).

Míček ve své knize Duševní hygiena uvádí: „Život člověka moderní doby je charakterizován zvýšeným shonem, neklidem a velkým množstvím podnětů, jež je třeba zvládat. U mnoha lidí se vytváří zvýšené napětí svalů (tenze). Toto napětí přetrvává činnost, která jej přivodila. Situace, která přivolala naše napětí, již dávno pominula, ale tenze stále ještě trvá. Má tendenci se hromadit, nedovede snížit své napětí, stává se citlivějším, přístupným negativním vlivům a dochází k dalšímu zvyšování jeho napětí“ (49).

Umění relaxovat, uvolnit se, zbavit se napětí, odpočinout si a nabrat sil je jedním z nejvýznamnějších způsobů zvládnání stresu, který přestal být na počátku 21. století výjimkou, ale stal se součástí každodenního života lidí civilizované společnosti (32).

Relaxace představuje snadný, rychlý a účinný kontakt s tělem. Nejznámější relaxační technikou je autogenní relaxační trénink, vytvořený německým lékařem J. H. Schultzem (35). Toto relaxační cvičení je založeno nejen na principu uvolňování svalového napětí, ale ještě na principu autosugestivního navozování představ ovládnání vnitřních orgánů, koncentrace na citově indiferentní/neutrální podněty, mentálního navozování klidu a pravidelného dýchání (40).

Co je cílem relaxace popisuje profesor Míček takto: „Hlavním cílem relaxačního cvičení je získání „vnitřního ticha“ i celkového duševního klidu a rovněž tak i vymanění se, i když jen na krátký čas, z každodenních starostí“ (49).

### 1.5.7.2 Sociální opora

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

S. Cohen a T. H. Wills

Pomoc jednoho člověka druhému, tzv. **sociální opora**, je často mimořádně důležitým momentem při zvládnutí stresových situací. Pomoc, kterou druhý člověk nebo skupina druhých lidí poskytuje danému člověku v tísní a stresu, může mít několik podob (40).

Druhy sociální opory:

- **Instrumentální opora**

Jedná se o velice konkrétní formu pomoci např. poskytnutím finanční výpomoci, obstarání různých potřebných věcí, zařízením neodkladných záležitostí, které člověk v tíživé situaci nemůže sám provést, poskytnutím materiální podpory apod. (39).

- **Informační opora**

Člověku v tíživé životní situaci je dodána informace, která by mu mohla být nápomocna při orientaci v situaci, ve které se právě nachází. Například mu poskytují rady lidé, kteří mají s obdobnou situací zkušenosti jak osobní, tak profesionální (39).

- **Emocionální opora**

Dostane-li se člověk do stresové situace, rozbouří se jeho emocionální hladina a v první řadě se do popředí dostávají negativní emoce jako např. obavy, úzkost, smutek, nejistota apod. Poskytnutím kladných emocí např. snahou o porozumění, empatií, laskavostí atd. se tomuto člověku v tísní dostává opory (40).

- **Hodnotící opora**

Všechno zlé, co se člověku stalo, má vliv i na jeho sebehodnocení. V takových případech je třeba posílit jeho naději, vyjádřit mu úctu a ujistit člověka nacházejícího se v tíživé situaci o jeho hodnotě (40).

O sociální opoře hovoříme nejčastěji tam, kde se jedná o pomocný a podpůrný vztah lidí, kteří jsou danému člověku v tíživé životní situaci nejbližší. Neměly bychom však opomíjet širší pojetí sociální opory (39).

**Makroúroveň** sociální opory. V tomto pojetí se jedná o sociální oporu jako celospolečenskou formu pomoci potřebným. Příkladem může být existence tzv. sociální podpory, tedy sociální a ekonomické pomoci potřebným, v celostátním měřítku nebo také pomoc přes hranice státu lidem v oblastech zasažených zemětřesením, povodněmi a neúrodou (39).

**Mezoúroveň** sociální opory. O sociální oporu se jedná i tehdy, když se určitá sociální skupina lidí snaží pomoci jednomu ze svých členů, případně lidem ve svém okolí, kteří nejsou součástí této skupiny, avšak nachází se v určité nouzi (39).

**Mikroúroveň** sociální opory. Jedná se o pomoc a oporu, kterou danému člověku poskytuje osoba, která je mu nejbližší (39).

Řada studií ukázala, že sociální opora je velmi významným faktorem jak při prevenci stresu a psychického vyhoření, tak při zvládnání těchto negativních jevů. Je známo, že lidé disponující silnou sociální oporou mají ve svém životě relativně méně příznaků psychického vyhoření (82).

### 1.5.7.3 Supervize

Koláčková uvádí: „Supervize je celoživotní forma učení, zaměřená na rozvoj profesionálních dovedností a kompetencí supervidovaných, při níž je kladen důraz na aktivaci jejich vlastního potenciálu v bezpečném a tvořivém prostředí“ (34).

Tošner definuje supervizi jako: „*Systematickou pomoc (individuální či skupinovou) při řešení profesionálních problémů v neohrožující atmosféře, která dovolí pochopit osobní, zejména emoční podíl člověka na jeho profesním problému*“ (76).

Supervize v pomáhajících profesích i ve zdravotnictví umožňují bojovat proti syndromu vyhoření a podporovat pracovníky v hledání jejich profesionální role (63).

Supervize slouží také jako nástroj pravidelného očištění od zbytků myšlenek i emocí, které v hlavě uvíznou. Slouží také k dalšímu osobnímu i profesionálnímu rozvoji pomáhajícího pracovníka. Odborně prováděná a pravidelná supervize je jedním z nejlepších preventivních opatření proti vzniku syndromu vyhoření (76).

Haškovcová popisuje zejména jeden typ supervize, a to tzv. balintovské skupiny, které se zabývají vztahem zdravotník – pacient. Pozornost se při nich zaměřuje jak na těžkosti pacienta, tak na těžkosti zdravotníka. Účast na těchto skupinách pomáhá porozumět vztahu k nemocnému, k druhým lidem i k sobě a může být i cestou k osobnostnímu zrání (1). Tato metoda byla původně pouze pro lékaře, ale velmi brzy se rozšířila i v ostatních pomáhajících profesích – u zdravotních sester, pedagogů, psychoterapeutů nebo sociálních pracovníků (35).

Supervize se v ČR rozšířila zejména v nestátních neziskových organizacích a ve státních organizacích sociálních služeb. Pracoviště ve státním zdravotnickém systému (nemocnice a léčebny) ji zatím vyhledávají minimálně a spoléhají se na vnitřní supervizi poskytovanou v tradiční hierarchii vedoucím lékařem či primářem. Za určitou formu supervize je možné považovat i dobře vedené nástupní praxe sester, kdy po určité době „pracují pod supervizí“ zkušenějších kolegyně (1).

Supervize je o všem, co práce s lidmi přináší. Supervize může být zaměřena na porozumění vztahům s klienty/pacienty, interpersonálním vztahům či vztahům v organizaci. Může se týkat pocitů spojených s prací, řešení konfliktů, podpory zaměstnanců, prevence syndromu vyhoření atd. Supervize je také přímým i nepřímým způsobem dalšího vzdělávání. Úkolem supervize je podporovat tzv. reflexi či sebereflexi supervidovaného (příjemce supervize), pomoci mu objevit jeho vlastní, často nereflektovanou „teorii“ pod jejímž vlivem se rozhoduje a jedná (1).

Dobrá supervize znamená přínos pro organizace i jejich pracovníky hned v několika směrech, neboť přispívá k:

- vyjasnění poslání pracoviště a celé organizace
- prevenci syndromu vyhoření pracovníků
- prevenci zahlcenosti a přepracovanosti
- účinnějšímu zvládnání pocitů bezmoci a viny
- účinnějšímu zacházení s vlastními zdroji pracovníků (77).

#### **1.5.7.4 Focusing**

Gendlin uvádí, že focusing je terapeutický proces, který se rozvinul z dlouholeté výzkumné práce na univerzitě v Chicagu. Jedná se o techniku terapie a sebeterapie, která spočívá v rozpoznání a změně osobních problémů zakotvených v lidském těle. Proces focusingu představuje několikastupňové prožívání změny, přičemž každý ze stupňů, pokud je správně absolvován, přináší s sebou fyzické uvolnění a odbourání napětí (13).

Hájek popisuje focusing jako techniku psychohygieny a psychoterapie, která vychází z uvědomování si tělesného ohniska (focusu) prožívání a která vede k porozumění jeho prožívaného významu a změně prožívání na základě prožívaného posunu (22).

Vlastní proces focusingu je možné rozdělit do šesti základních kroků (popis jednotlivých kroků focusingu - viz. příloha č. 10) (13).

Pracovníci v pomáhajících profesích (jako např. sociální pracovníci, sestry, lékaři, učitelé, psychologové, vychovatelé apod.) využijí focusing ve své každodenní práci se svými klienty, pacienty a žáky. Zkušenost z focusing jim umožňuje lépe snášet a více chápat těžké životní situace těch, kterým pomáhají. Navíc se jim focusing nabízí jako možnost, jak pracovat na vlastních rušivých pocitech vůči určitému klientovi, které občas potkávají každého pomáhajícího (36).

Focusing je metoda užitečná pro každého člověka, ale pracovníci v pomáhajících profesích ji oceňují dvojnásob. Je to prostředek, jak se dostávat k sobě, nacházet své



těžiště, čerpat energii z kontaktu s našimi skutečnými – někdy i negativními – pocity a projasňovat rušivé pocity, které vstupují mezi nás a určitého klienta. Pomáhající může pomocí této techniky mimo jiné zpracovávat zážitky s konkrétními klienty, ale také s kolegy, nadřízenými apod. (35).

## 1.6 Syndrom pomáhajících

*„Když se seznámím s lidmi, velmi se za ně zasazuji. Většinou mají problémy. Já si to poslechnu a velice se snažím najít s nimi řešení. A když pak řešení najdeme, už o nich neslyším. Jsem pak velmi zklamaná a myslím si, prostě ti to nejde ...“ (62).*

Pozoruhodný výklad vzniku a rozvoje syndromu vyhoření přinesl německý psychoanalytik Wolfgang Schmidbauer ve své knize Psychická úskalí pomáhajících profesí. Schmidbauer zde vymezil pojem „syndrom pomáhajících“, který pojal jako specifickou narcistickou poruchu (62).

Syndrom pomáhajících představuje časté nebezpečí, kterému jsou vystavováni zejména pracovníci v pomáhajících profesích. Jedná se o potřebu pomáhat, která je však nevědomou obranou, která má osobě kompenzovat neschopnost prožívat a vyjadřovat vlastní emoce a potřeby (63).

Člověk, který si volí pomáhající profesi, se tím pokouší podle Schmidbauera často řešit – většinou nevědomě – své rané trauma odmítnutého dítěte, svůj „hlad“ po uznání, po empatickém porozumění a po vzájemnosti, jež se nehroučí v důsledku selhání či agrese (62).

Schmidbauer uvádí, že pokud je pomáhající profese vykonávána bez odborné přípravy a supervize zaměřené na syndrom pomáhajících – tak tuto narcistickou poruchu udržuje a prohlubuje. Narcistický „hlad“, v tomto případě především hlad po vděčnosti a obdivné lásce těch, kterým je pomáháno, je totiž nenasytný, přirozené agresivní popudy vůči „objektům“ pomoci nejsou zvládnuty (62).

Tradiční „starý“ ideál pomáhajícího, který nezávisle na chvále a výtkách koná svou povinnost a řídí se pouze svým svědomím, se v posledních letech částečně rozplývá. Není nutné popírat, že i pomáhající má narcistické potřeby (62).

Schmidbauer také uvádí, že sociální služby v současné společnosti by již nejspíš vůbec nemohly fungovat, kdyby se díky mechanismům syndromu pomáhajících nenacházeli znovu a znovu osoby, které jsou ochotny se sebepoškozujícím způsobem dít **(62)**.

Zabývat se syndromem pomocníka je pro praxi velmi důležité, neboť prostřednictvím získaných poznatků je možné se pokusit zlepšovat duševní hygienu pomáhajících pracovníků a pomáhat jim v budování stabilní motivace **(63)**.

## **2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY**

### **2.1 Cíl práce**

Cílem diplomové práce je zjistit u vybraného vzorku respondentů (tj. sestry a sociální pracovníci), jak respondenti vnímají charakter jejich psychosociální pracovní zátěže, a zda jsou ohroženi syndromem vyhoření. Dále také zjistit, zda v rámci pomáhajících profesí zřetelněji vnímají svou psychosociální pracovní zátěž sestry nebo sociální pracovníci a zda je rozdíl v jejich ohrožení syndromem vyhoření.

### **2.2 Hypotézy**

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

Hypotéza H2: Sestry více zatěžuje práce s pacienty/klienty než sociální pracovníky.

Hypotéza H3: Sestry jsou více ohrožené syndromem vyhoření než sociální pracovníci.

### **3. METODIKA**

#### **3.1 Použité metody a techniky výzkumu**

Ve výzkumné části práce byla použita kvantitativní metoda dotazování, technika dotazníkového šetření.

##### **3.1.1 Technika dotazníku**

K dotazníkovému šetření jsem vytvořila vlastní dotazník, při jeho konstrukci jsem vycházela z Dotazníku pracovní psychosociální zátěže a syndromu vyhoření, který mi poskytl vedoucí mé diplomové práce. Jeho dotazník byl použit v dosud nepublikovaném výzkumu a vychází z Hladkého a Žídkové. Původní dotazník byl rozsáhlejší a byl konstruován pouze pro sestry, proto pro účely diplomové práce bylo nutné vybrat vhodné položky a vytvořit některé vlastní položky aplikovatelné na sestry i sociální pracovníky.

Dotazník použitý v diplomové práci obsahuje celkem 35 otázek (viz příloha č. 1) a je rozdělen na dvě části. První část dotazníku je zaměřena na posouzení psychosociální pracovní zátěže sester a sociálních pracovníků. Ve druhé části jsou obsaženy otázky, které by měly odhalit, do jaké míry se u dotazovaných respondentů (tj. sestry a sociální pracovníci) projevuje syndrom vyhoření.

Prvních 5 otázek bylo identifikačních, týkaly se pohlaví, věku respondenta, vzdělání, pracoviště a délky práce v oboru. Ostatní otázky (30) byly uzavřené, což znamená, že respondent měl možnost označit pouze jednu odpověď, která nejvíce korespondovala s jeho osobním názorem. Míru souhlasu s předloženým tvrzením hodnotili respondenti na pětibodové škále (u otázek č. 6 – 17 první části a u otázek č. 1 – 6 druhé části: plně souhlasím, spíše souhlasím, někdy ano a někdy ne, spíše nesouhlasím, vůbec nesouhlasím; u otázek č. 7 – 18 druhé části: vždy, často, někdy, zřídka, nikdy).

Před vlastním výzkumným šetřením byl proveden předvýzkum na 10 respondentech odpovídajícího vzdělání a kvalifikace (viz tab. č. 1), který měl zjistit, zda jsou otázky srozumitelné. Výsledky získané od respondentů z předvýzkumu jsem nehodnotila. Sloužily pouze pro následné stanovení definitivní podoby dotazníku.

Tab. č. 1 - Zkoumaný soubor (předvýzkum)

	<b>Počet respondentů</b>	<b>Pohlaví</b>
Sestry	5	5 žen
Sociální pracovníci	5	1 muž, 4 ženy
Celkem	10	2 muži, 8 žen

### **3.2 Charakteristika zkoumaného souboru**

Dotazníky byly sestrám rozdány přímo na odděleních 4 pracovišť (LDN, chirurgie, interna, neurologie) nemocnice v Českých Budějovicích a 4 pracovišť (LDN, ortopedie, interna, dětské oddělení) nemocnice v Písku. Kromě toho byly dotazníky rozdány sestrám ve 3 domovech pro seniory v Českých Budějovicích a v Prácheňském sanatoriu v Písku a v Domově Petra Mačkov u Blatné. Celkem bylo rozdáno 360 dotazníků, vyplněno bylo 208 dotazníků (návratnost 58 %), vyřazeno 7 dotazníků z důvodu neúplného vyplnění dotazníku.

Sociální pracovníci byli osloveni prostřednictvím e-mailové komunikace, a to proto, že jde o způsob komunikace u nich i v profesi obvyklý. Adresy byly nalezeny v Registru poskytovatelů sociálních služeb a na internetových stránkách městských a krajských úřadů. 35 respondentům byly dotazníky předány osobně. Osloveno bylo celkem 395 respondentů, vyplněno bylo 210 dotazníků (návratnost 53 %), vyřazeno bylo z důvodu neúplného vyplnění dotazníku 6 dotazníků. Aby byl počet respondentů v obou skupinách stejný, po dohodě s vedoucím práce jsem na závěr ještě vyřadila tři náhodně vybrané dotazníky.

Výsledný zkoumaný soubor tvoří 201 sociálních pracovníků a 201 sester, celkem 402 respondentů (viz. tab. č. 2). Ve skupině sester bylo 5 mužů (2 %) a 196 žen (98 %), ve skupině sociálních pracovníků bylo 19 mužů (9 %) a 182 žen (91 %). Z celkového počtu respondentů bylo 378 žen (94 %) a 24 mužů (6 %).

Tab. č. 2 – Zkoumaný soubor

	<b>Sociální pracovníci</b>	<b>Sestry</b>
žena	182	196
muž	19	5
<b>Celkem</b>	<b>201</b>	<b>201</b>

Při zpracovávání výsledků se sice ukázaly významné rozdíly v odpovědích mezi soubory sester a sociálních pracovníků, tyto soubory ale nebyly zcela srovnatelné, pokud se týká věku, pohlaví a dosaženého nejvyššího vzdělání. Proto jsme na závěr pomocí párování vytvořili dva menší soubory shodné z hlediska věku, pohlaví a dosaženého nejvyššího vzdělání. Tyto soubory jsme podrobili stejnému statistickému zhodnocení jako soubory původní.

Tab. č. 3 – Soubor po provedeném párování respondentů

	<b>Sociální pracovníci</b>	<b>Sestry</b>
žena	99	99
muž	3	3
<b>Celkem</b>	<b>102</b>	<b>102</b>

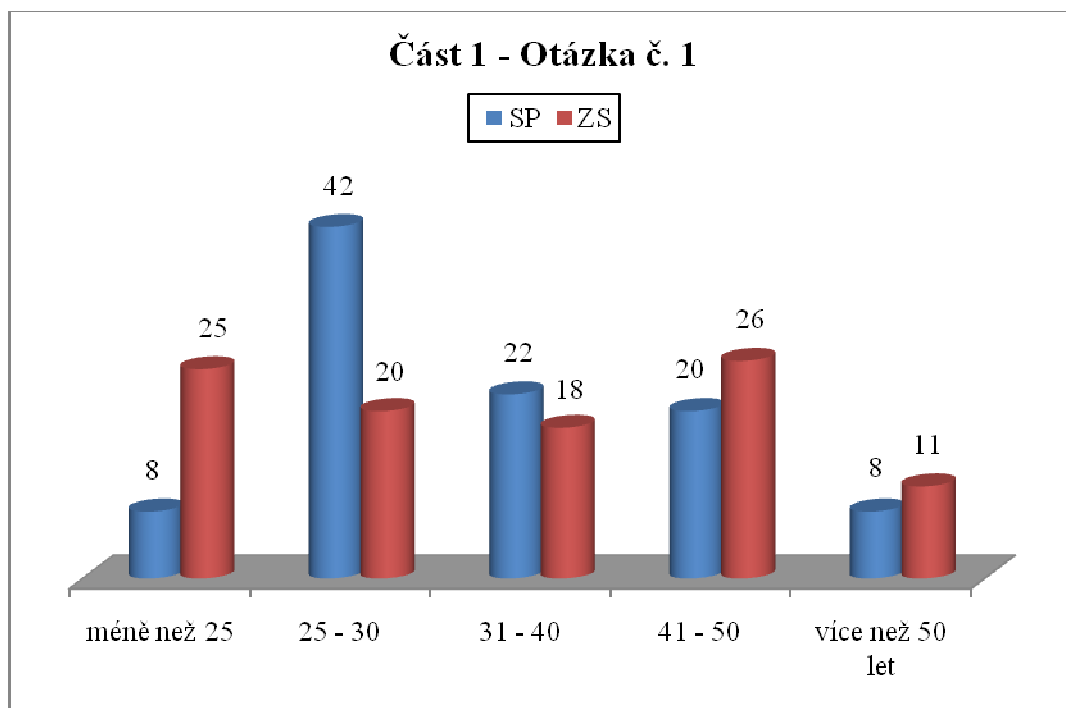
#### 4. VÝSLEDKY

Výsledky dotazníkového šetření jsou v této části vyobrazeny v jednotlivých grafech, které byly vyhotoveny v programu Microsoft Office Excel. Ke každé otázce přísluší graf s hodnotami v procentech. Grafy zobrazují relativní počet (procentuální poměr) hodnot, absolutní hodnoty (konkrétní počet odpovědí na danou otázku) jsou uváděny v textu v závorce. Hodnota v procentech jsem pro přehlednost zaokrouhlila na celá čísla, proto hodnota 0,5 % (1 respondent), kterou uvádím v textu, je v grafu zaokrouhlena na celé 1 %.

Dílčí otázky položené v rámci otázky č. 14 první části dotazníku jsem sloučila u obou skupin tak, že jsem sečetla u každého respondenta všech 6 odpovědí a vydělila 6 (provedeno v programu Microsoft Office Excel).

Ke statistickému vyhodnocení dat byl použit program SPSS pro Windows 15.0. Pro hodnocení rozdílů v jednotlivých položkách byl použit chí-kvadrát test. Průměrná zátěž při práci s pacienty/klienty u porovnávaných skupin (otázka č. 14) byla na základě odlišných variancí testována pomocí testu ANOVA. Rozdíly průměrné intenzity symptomů vyhoření byly testovány pomocí t-testu.

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



Zdroj: Vlastní výzkum

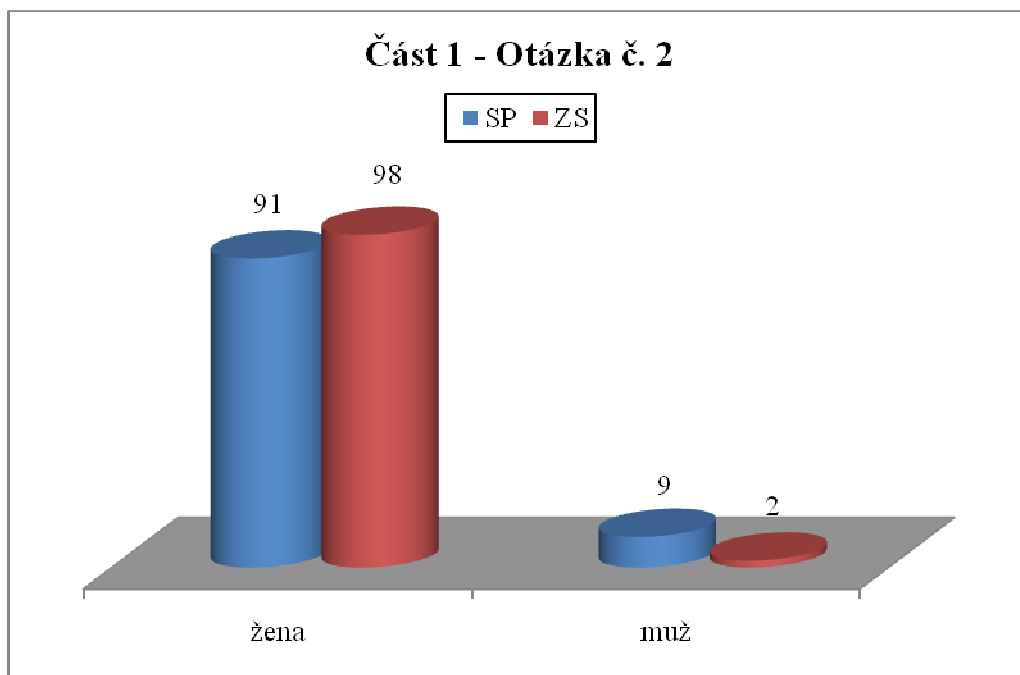
Z grafu je patrné, že do věkové kategorie mladší 25 let spadalo pouze 8 % (17) sociálních pracovníků, ve věkovém rozmezí 25 – 30 let bylo 42 % (84) sociálních pracovníků, 22 % (44) sociálních pracovníků uvedlo, že patří do věkové kategorie 31 – 40 let, ve věkové kategorii 41 – 50 let bylo 20 % (40) osob a rovněž 8 % (16) sociálních pracovníků spadalo do věkové kategorie starší 50 let.

25 % (50) oslovených sester uvedlo, že patří do věkové kategorie mladší 25 let, 20 % (41) uvedlo, že se nachází ve věkové kategorii 25 – 30 let, 18 % (37) spadalo do věkové kategorie 31 – 40 let, 26 % (52) sester se přiřadilo do věkové kategorie 41 – 50 let a do věkové skupiny 50 a více let spadalo 11 % (21) sester.

Největší rozdíly v souborech jsou ve věkové kategorii do 25 let (do této věkové kategorii patřilo 25 % sester a 8 % sociálních pracovníků) a v kategorii 25 - 30 let (do této kategorie spadalo 20 % sester a 42 % sociálních pracovníků).



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

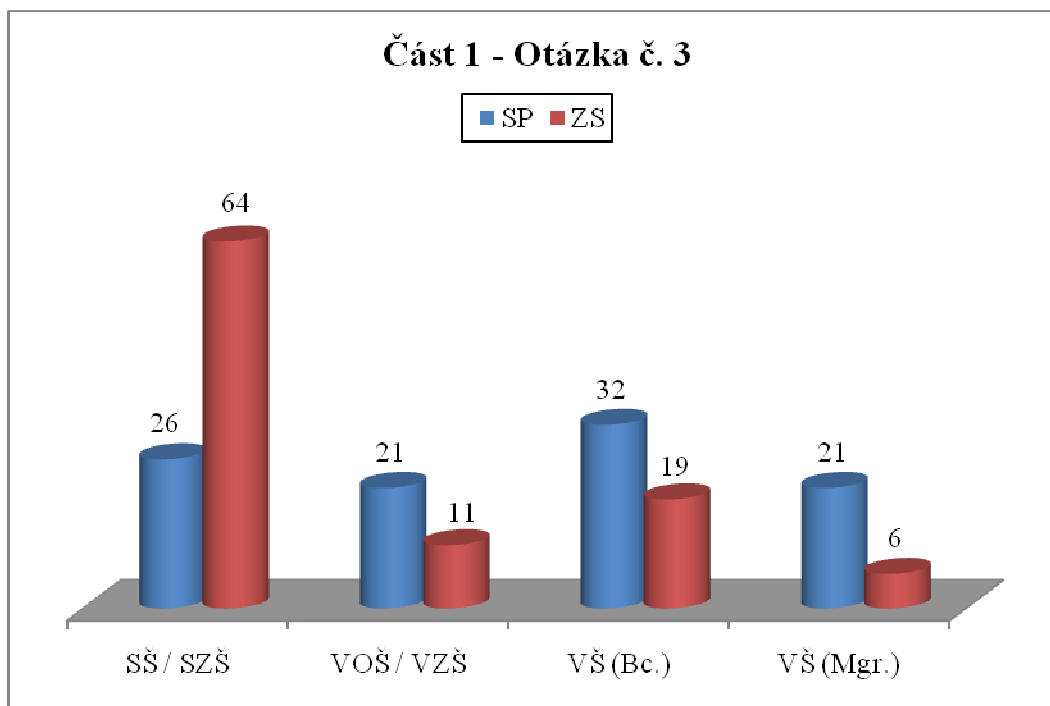


Zdroj: Vlastní výzkum

Zkoumaný soubor sociálních pracovníků tvořilo 9 % (19) mužů a 91 % (182) žen. Mezi dotazovanými sestrami tvořili pouze 2 % (5) muži a zbylých 98 % (196) byly ženy.

Z grafu je zřejmé, že u obou dotazovaných pomáhajících profesí převažují ženy. Počet mužů je mezi dotazovanými sociálními pracovníky zhruba o 7 % vyšší než mezi dotazovanými sestrami.

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



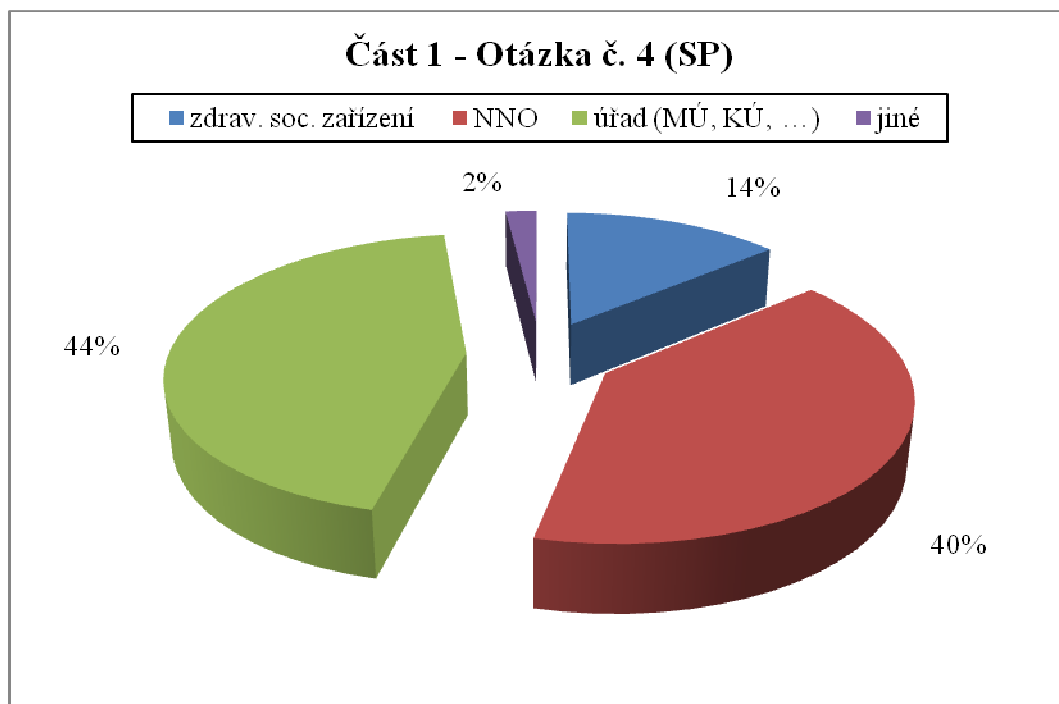
Zdroj: Vlastní výzkum

V souboru sociálních pracovníků bylo 26 % (52) osob s ukončeným středoškolským vzděláním, 21 % (43) absolvovalo vyšší odbornou školu, 32 % (64) má ukončené bakalářské studium na vysoké škole a 21 % (42) má ukončené magisterské studium na vysoké škole

Ve zkoumaném souboru sester bylo 64 % (129) osob s ukončeným středoškolským vzděláním, 11 % (22) absolventů vyšší odborné školy, 19 % (39) má ukončené bakalářské studium na vysoké škole a 6 % (11) sester má ukončené magisterské studium na vysoké škole.

Ve zkoumaném souboru sester převažuje středoškolské vzdělání, v souboru sociálních pracovníků je více absolventů VOŠ, Bc. a Mgr. Ve zkoumaném souboru sociálních pracovníků je více osob (zhruba o 15 %) s ukončeným vysokoškolským magisterským vzděláním. A ve zkoumaném souboru sester je více osob (zhruba o 38 %) s ukončeným středoškolským vzděláním

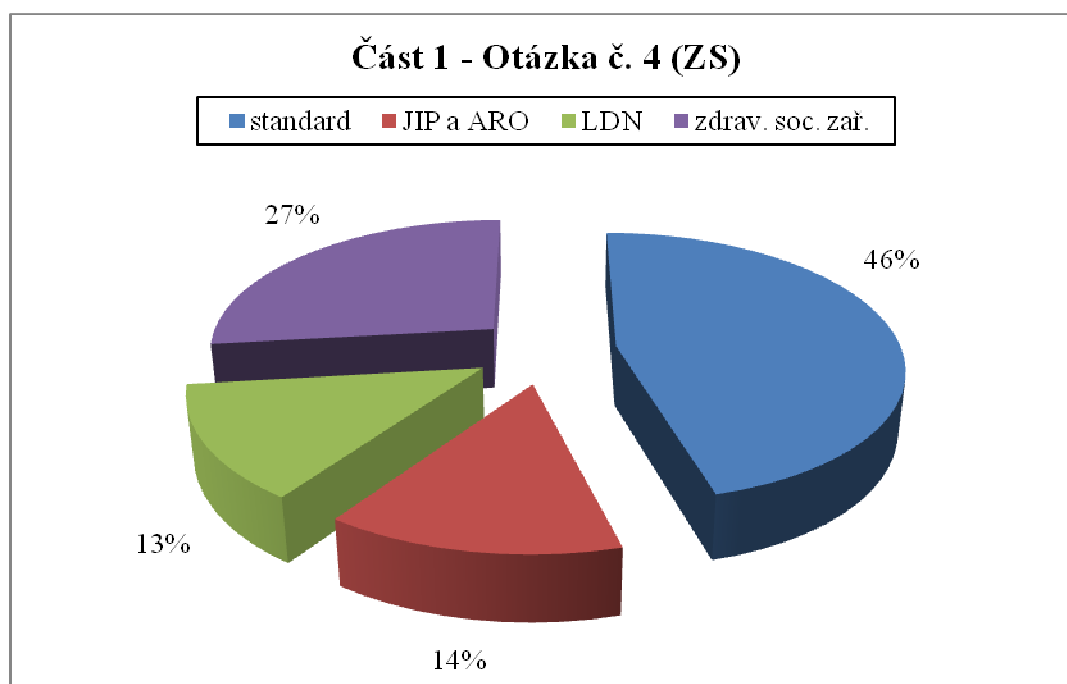
Graf č. 4a - SP: Otázka č. 4 – V jaké organizaci pracujete? (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Ze zkoumaného souboru sociálních pracovníků je 14 % (28) zaměstnáno ve zdravotně sociálním zařízení (zejména v domovech pro seniory), 40 % (80) pracuje v nestátní neziskové organizaci, 44 % (89) z dotazovaných sociálních pracovníků pracuje na úřadě (MÚ, KÚ, ...) a pouze 2 % (4) z dotázaných sociálních pracovníků pracují v jiném zařízení (např. dětský domov, azylový dům).

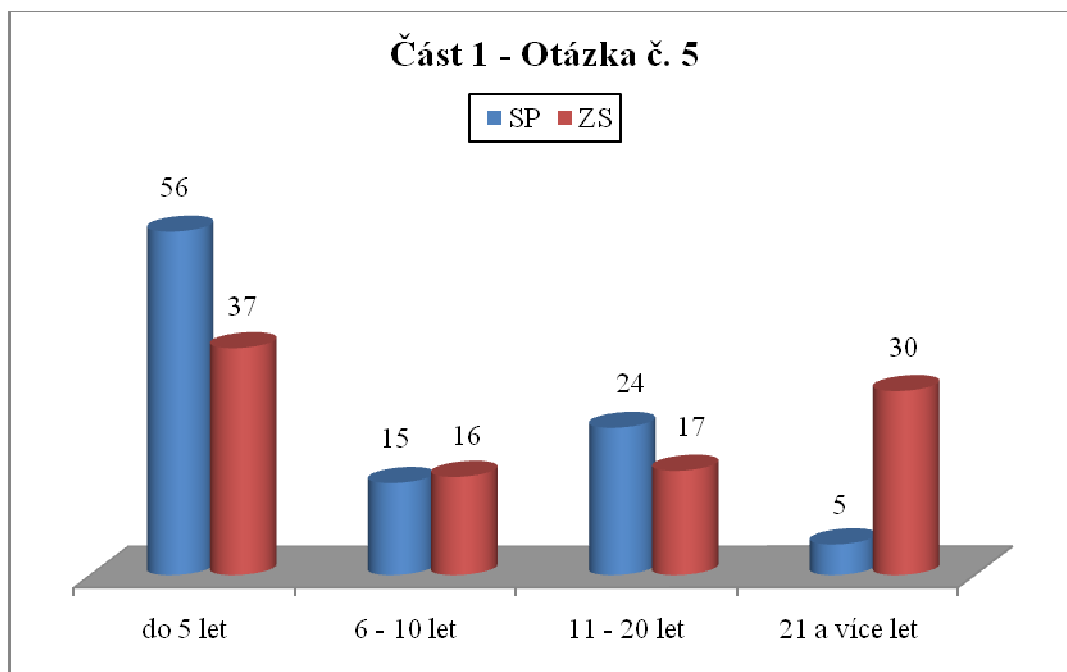
Graf č. 4b - ZS: Otázka č. 4 – Na jakém oddělení pracujete? (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Ze zkoumaného souboru, který tvořily sestry je 46 % (92) sester zaměstnáno na standardním oddělení, 14 % (28) sester na odděleních JIP a ARO, 13 % (27) z dotazovaných sester na oddělení LDN či ONP a 27 % (54) pracuje ve zdravotně sociálním zařízení (zejména v domovech pro seniory).

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



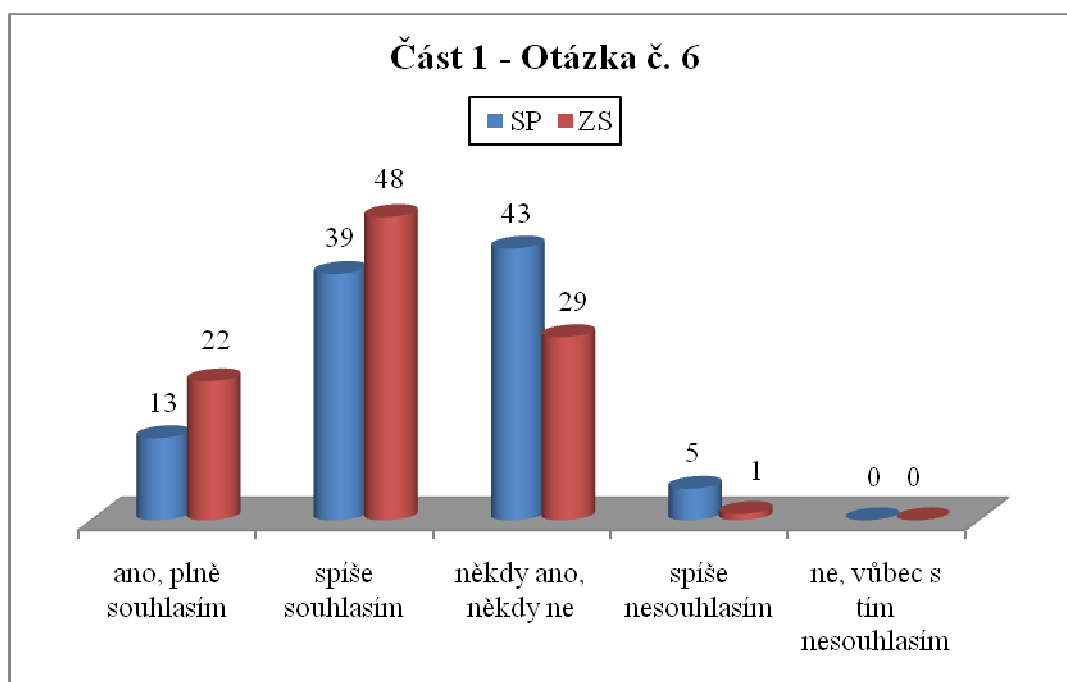
Zdroj: Vlastní výzkum

Ze zkoumaného souboru sociálních pracovníků pracuje v oboru 5 a méně let celkem 56 % (113) pracovníků, 15 % (30) sociálních pracovníků je v oboru 6 – 10 let, 24 % (48) z dotázaných pracovníků pracuje v oboru 11 – 20 let a pouze 5 % (10) pracovníků setrvává v oboru již 21 a více let.

Ve zkoumaném souboru sester pracuje v oboru 37 % (74) sester 5 a méně let, 16 % (33) sester 6 – 10 let, 17 % (35) sester 11 – 20 let a 30% (59) sester setrvává v oboru 21 a více let.

Z grafu je patrné, že ve zkoumaném souboru sociálních pracovníků tvoří největší část (56 %) osoby, které pracují v oboru 5 let a méně a nejméně (pouze 5 %) jich v oboru pracuje 21 a více let. U zkoumaného souboru sester tvoří největší skupinu také osoby pracující v oboru 5 a méně let (37 %), ale skupina sester, které pracují v oboru 21 a více let tvoří také poměrně velkou část z celkového počtu dotázaných sester (30 %).

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

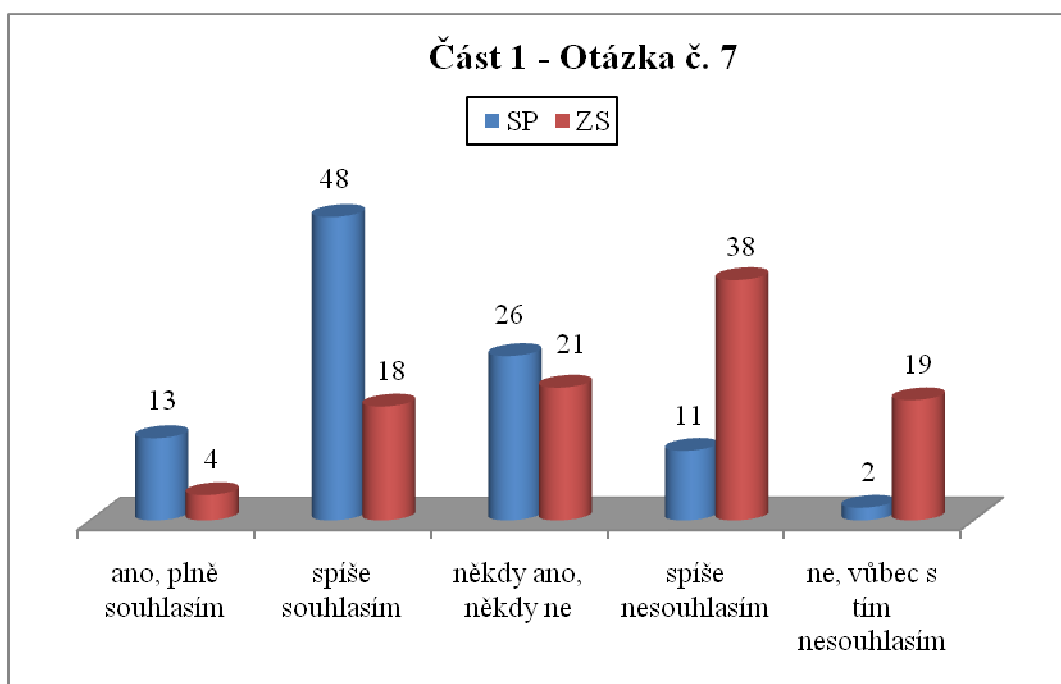


Zdroj: Vlastní zdroj

13 % (27) sociálních pracovníků a 22 % (45) sester plně souhlasí s tvrzením, že se v práci celý den nezastaví, 39 % (78) sociálních pracovníků a 48 % (94) sester s tímto tvrzením spíše souhlasí, 43 % (86) sociálních pracovníků a 29 % (59) sester zvolili odpověď „někdy ano, někdy ne“, 5 % (10) sociálních pracovníků a 1 % (3) sester s tímto tvrzením spíše nesouhlasí a nikdo z dotázaných sociálních pracovníků a sester se nepřiklonil k odpovědi „ne, vůbec s tím nesouhlasím“.

Z grafu je vidět, že sestry uvádějí, že se celý den v práci nezastaví častěji než sociální pracovníci. Tento rozdíl je statisticky významný na 1 % hladině významnosti (Chi-Square Test).

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

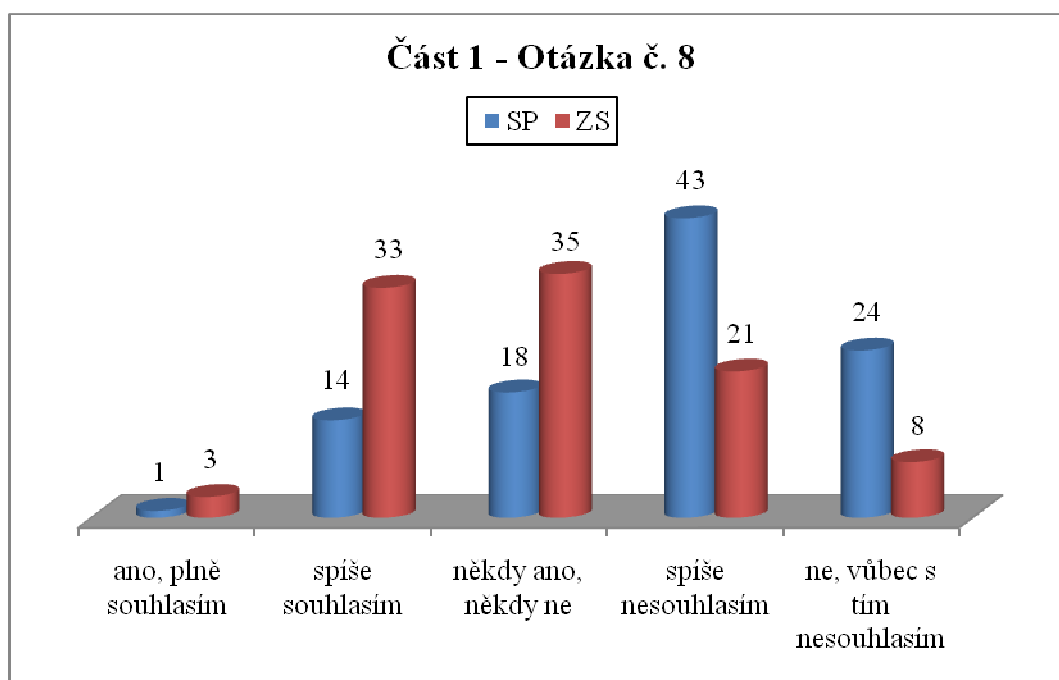


Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku, zda si určují pracovní tempo sami, odpovědělo 13 % (27) sociálních pracovníků a 4 % (7) sester „ano, plně souhlasím“, odpověď „spíše souhlasím“ zvolilo 48 % (96) sociálních pracovníků a 18 % (36) sester, 26 % (52) sociálních pracovníků a 21 % (43) sester zvolilo odpověď „někdy ano, někdy ne“, 11 % (23) sociálních pracovníků a 38 % (76) sester se přiklání k odpovědi „spíše nesouhlasím“ a 2 % (3) sociálních pracovníků a 19 % (39) sester vůbec nesouhlasí.

Z grafu vyplývá, že sociální pracovníci uvádějí častěji než sestry, že si pracovní tempo určují sami. Tento rozdíl je statisticky významný na 1 % hladině významnosti (Chi-Square Test).

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



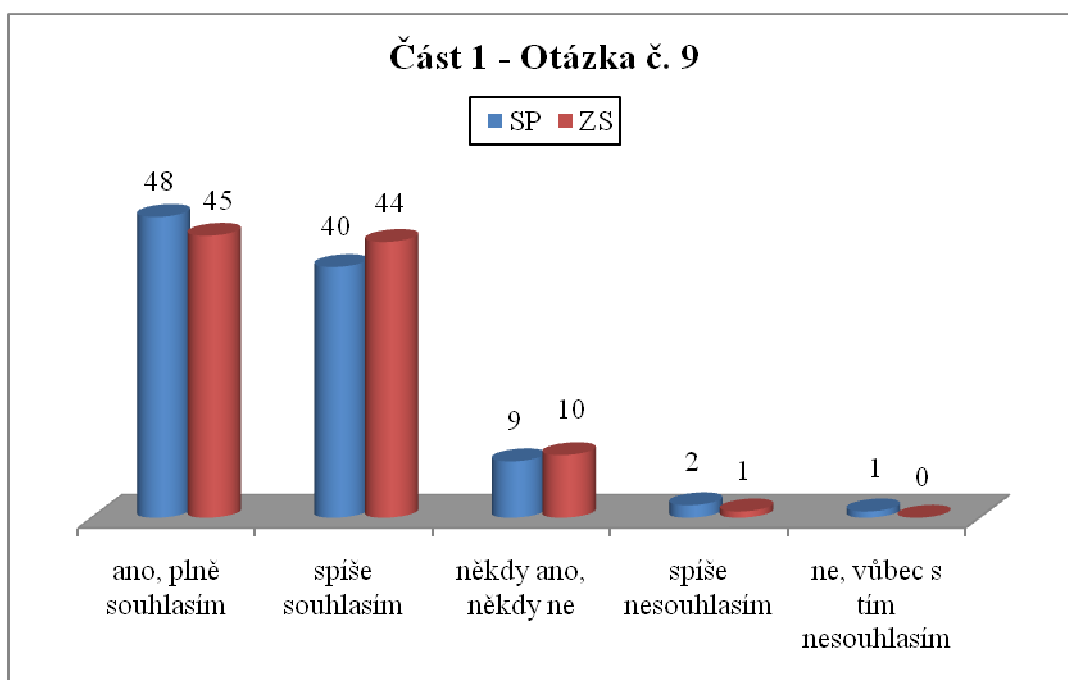
Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu č. 8 můžeme vyčíst, že 1 % (2) sociálních pracovníků a 3 % (6) sester plně souhlasí s tím, že je jejich práce každý den stejná, 14 % (29) sociálních pracovníků 33 % (66) sester s tím, spíše nesouhlasí, odpověď „někdy ano, někdy ne“ zvolilo 18 % (36) sociálních pracovníků a 35 % (71) sester, 43 % (86) sociálních pracovníků a 21 % (42) sester s tímto tvrzením spíše nesouhlasí a 24 % (48) sociálních pracovníků a 8 % (16) sester uvedlo, že s tím vůbec nesouhlasí.

Z grafu vyplývá, že sestry se cítí více zatěžovány stereotypií při výkonu své pracovní činnosti než sociální pracovníci. Tento rozdíl je statisticky významný na 1 % hladině významnosti (Chi-Square Test).



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

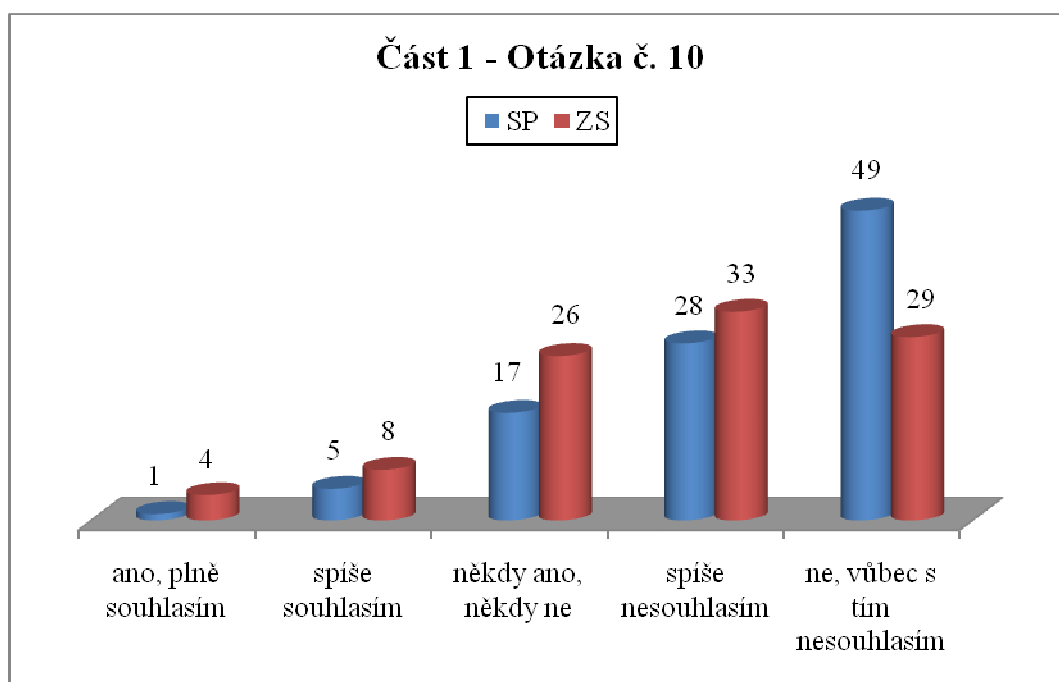


Zdroj: Vlastní výzkum

48 % (97) sociálních pracovníků a 45 % (91) sester odpovědělo, že plně souhlasí s tím, že vychází se svými spolupracovníky dobře, 40 % (81) sociálních pracovníků a 44 % (88) sester spíše souhlasí, odpověď „někdy ano, někdy ne“ zvolilo 9 % (19) sociálních pracovníků a 10 % (21) sester, 2 % (3) sociální pracovníci a 0,5 % (1) sestra spíše nesouhlasí a 0,5 % (1) sociální pracovník vůbec nesouhlasí

Z grafu vyplývá, že většina dotázaných sociálních pracovníků i sester vychází se svými spolupracovníky dobře. V odpovědích u obou zkoumaných souborů jsou pouze malé odchylky. Statistický rozdíl mezi skupinami nedosáhl 1 % hladiny významnosti (Chi-Square Test).

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

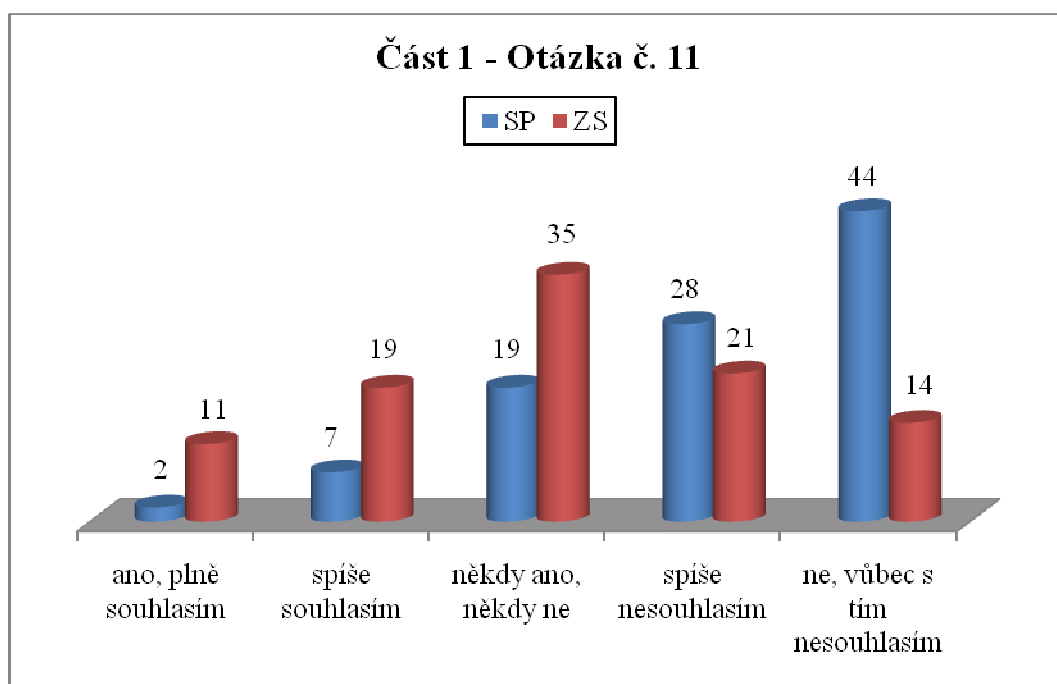


Zdroj: Vlastní výzkum

1 % (2) sociálních pracovníků a 4 % (9) sester plně souhlasí s tím, že jim současná práce narušuje vztahy v jejich rodině, 5 % (9) sociálních pracovníků a 8 % (16) sester s tím spíše souhlasí, 17 % (35) sociálních pracovníků a 26% (52) sester zvolilo odpověď, že někdy ano, někdy ne, 28 % (56) sociálních pracovníků a 33 % (66) sester spíše nesouhlasí, 49 % (99) sociálních pracovníků a 29 % (58) sester vůbec nesouhlasí.

Z odpovědí respondentů vyplývá, že současná práce narušuje více vztahy v rodinách sester než sociálních pracovníků. Tento rozdíl je statisticky významný na 1% hladině významnosti (Chi-Square Test).

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

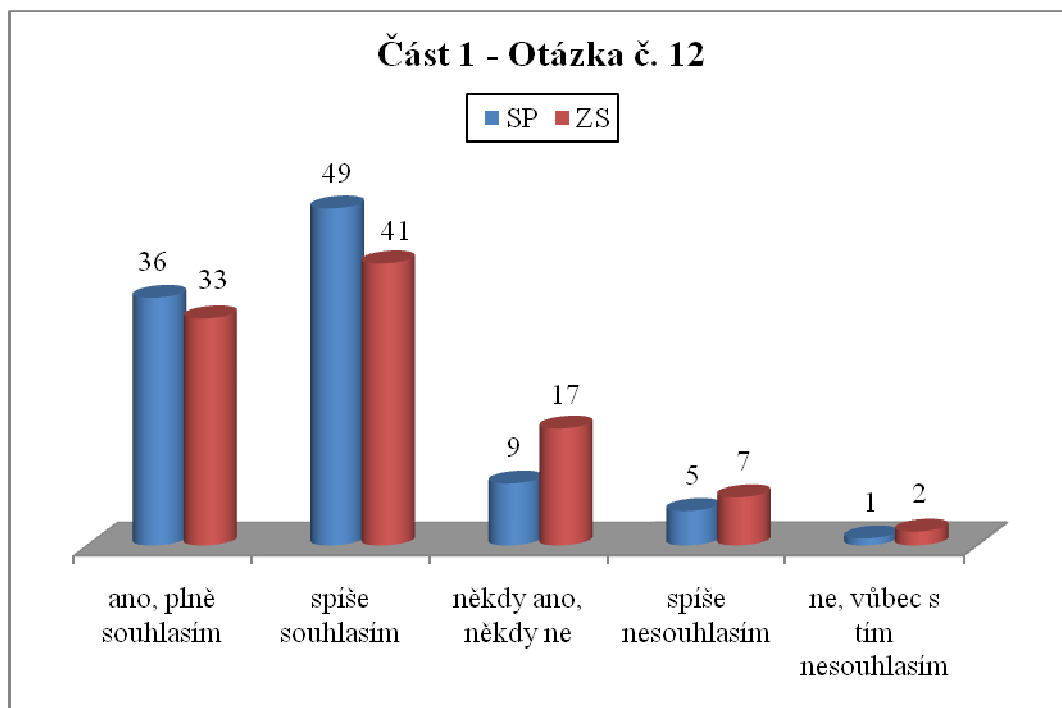


Zdroj: Vlastní výzkum

2 % (4) sociální pracovníci a 11 % (23) sester plně souhlasí s tím, že má zdravotní potíže, 7 % (14) sociální pracovníci a 19 % (38) sester spíše souhlasí, 19 % (39) sociálních pracovníků a 35 % (70) sester uvedlo na tuto otázku odpověď „někdy ano, někdy ne“, 28 % (56) sociálních pracovníků a 21 % (41) sester spíše nesouhlasí, 44 % (88) sociálních pracovníků a 14 % (29) sester vůbec nesouhlasí.

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

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

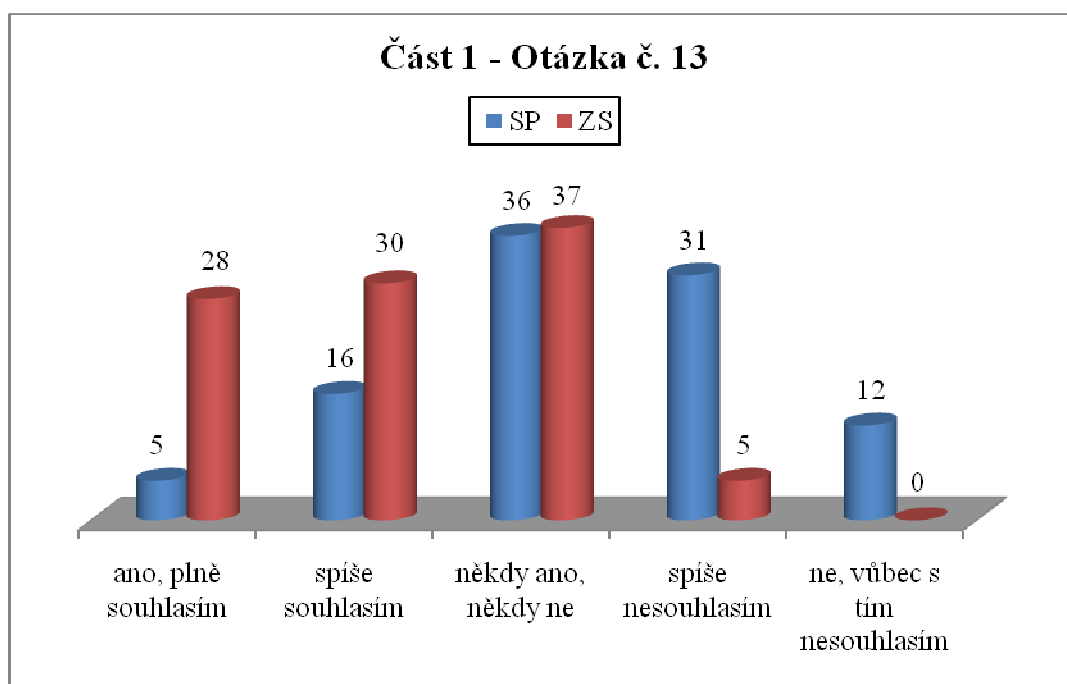


Zdroj: Vlastní výzkum

36 % (72) sociálních pracovníků a 33 % (67) sester plně souhlasí s tvrzením, že prostředí, ve kterém pracují, se jim líbí, 49 % (98) sociálních pracovníků a 41 % (82) sester spíše souhlasí, 9 % (18) sociálních pracovníků a 17 % (35) sester uvedlo odpověď, že někdy ano, někdy ne, 5 % (10) sociálních pracovníků a 7 % (14) sester spíše nesouhlasí, 1 % (3) sociálních pracovníků a 2 % (3) sester vůbec nesouhlasí.

Z grafu vyplývá, že sociální pracovníci i sestry jsou se svým pracovním prostředím většinou spokojeni. Rozdíl v odpovědích sociálních pracovníků a sester není velký. Statisticky rozdíl mezi skupinami nedosáhl 1 % hladiny významnosti (Chi-Square Test).

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

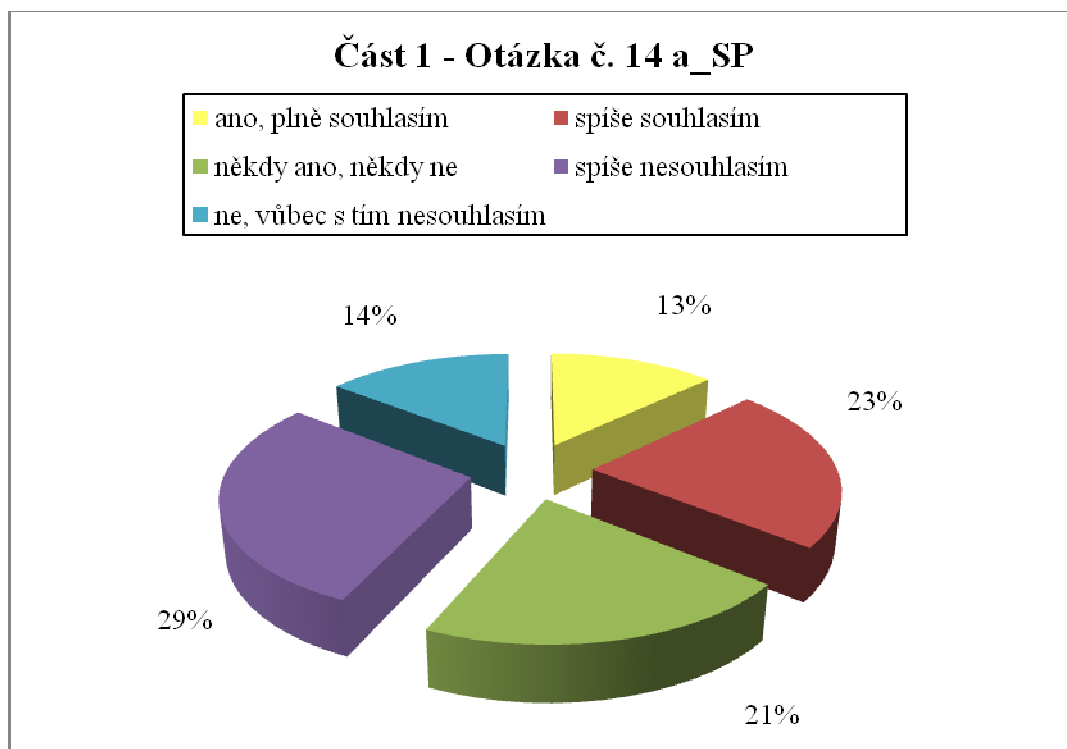


Zdroj: Vlastní výzkum

5 % (9) sociálních pracovníků a 28 % (56) sester uvádí, že plně souhlasí s tvrzením, že se po práci často cítí fyzicky vyčerpaní/é, 16 % (32) sociálních pracovníků a 30 % (61) sester s ním spíše souhlasí, 36 % (73) sociálních pracovníků a 37 % (74) sester zvolilo odpověď „někdy ano, někdy ne“, 31 % (63) sociálních pracovníků a 5 % (10) sester uvedlo, že s tímto tvrzením spíše nesouhlasí, 12 % (24) sociálních pracovníků zvolilo odpověď „ne, vůbec s tím nesouhlasím“, tuto odpověď neuvedla žádná z dotázaných sester.

Z grafu je vidět, že sestry jsou více ohrožené fyzickým vyčerpaním než sociální pracovníci. Tento rozdíl je statisticky významný na 1 % hladině významnosti (Chi-Square Test).

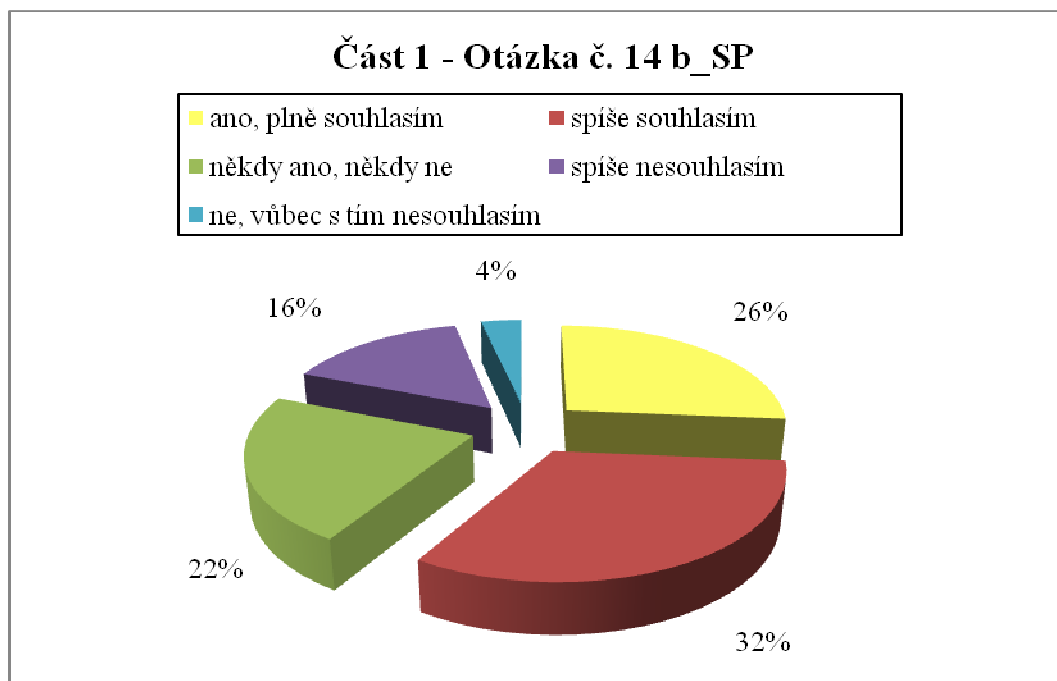
Graf č. 14a - SP: Otázka č. 14a – Zatěžuje mě práce se závislími klienty (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

13 % (26) sociálních pracovníků uvedlo, že plně souhlasí s tím, že je zatěžuje práce se závislími klienty, 23 % (46) uvedlo, že s tímto tvrzením spíše souhlasí, odpověď „někdy ano, někdy ne“ zvolilo 21 % (42) sociálních pracovníků, 29 % (58) s tímto tvrzením spíše nesouhlasí a 14 % (29) uvedlo, že s tím vůbec nesouhlasí.

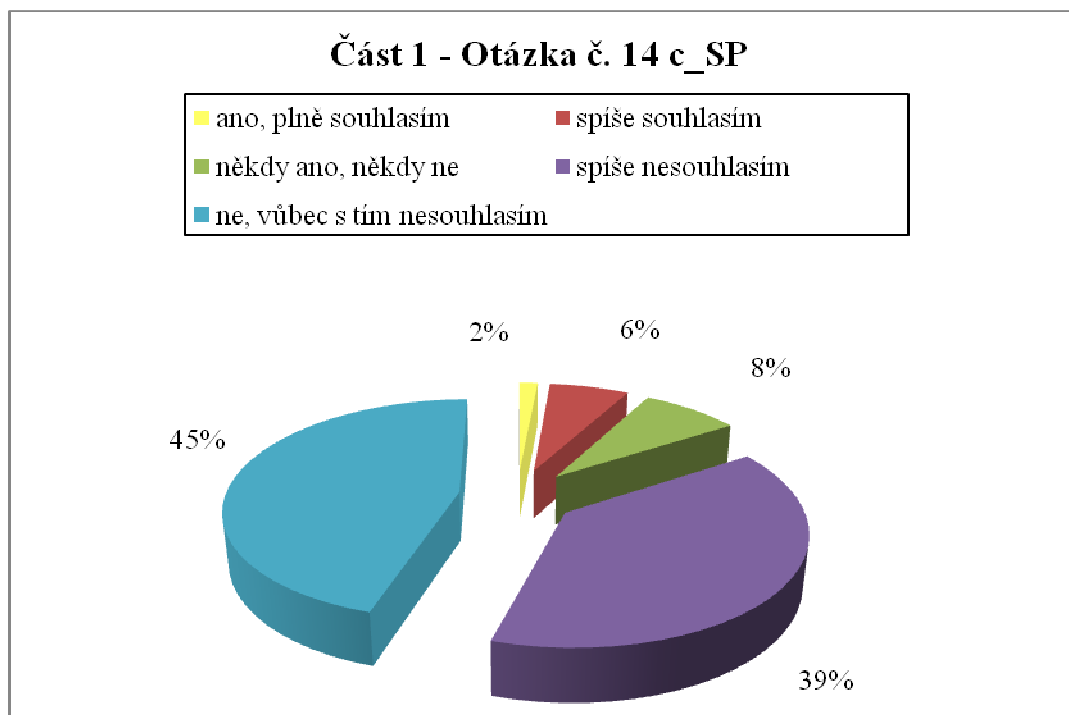
Graf č. 14b - SP: Otázka č. 14b – Zatěžuje mě práce s manipulativními klienty (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

26 % (53) dotázaných sociálních pracovníků plně souhlasí s tvrzením, že je zatěžuje práce s manipulativními klienty, 32 % (65) sociálních pracovníků s tímto tvrzením spíše souhlasí, 22 % (45) se zvolilo odpověď „někdy ano, někdy ne“, 16 % (31) s tímto tvrzením spíše nesouhlasí a 4 % (7) vůbec nesouhlasí.

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

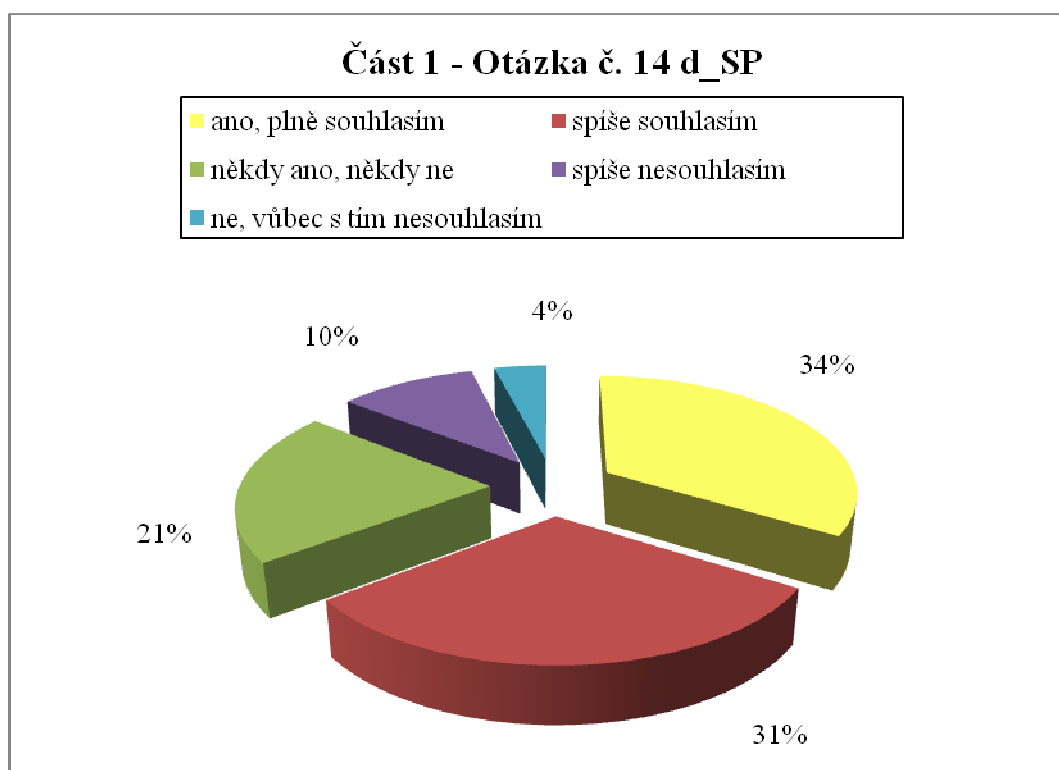


Zdroj: Vlastní výzkum

2 % (3) z dotázaných sociálních pracovníků plně souhlasí s tím, že je zatěžuje práce s klienty s postižením, 6 % (13) uvedlo, že s tím nesouhlasí, 8 % (16) uvedlo odpověď „někdy ano, někdy ne“, k odpovědi „spíše nesouhlasím“ se přiklonilo 39 % (78) a vůbec s tím nesouhlasilo 45 % (91) dotázaných sociálních pracovníků.



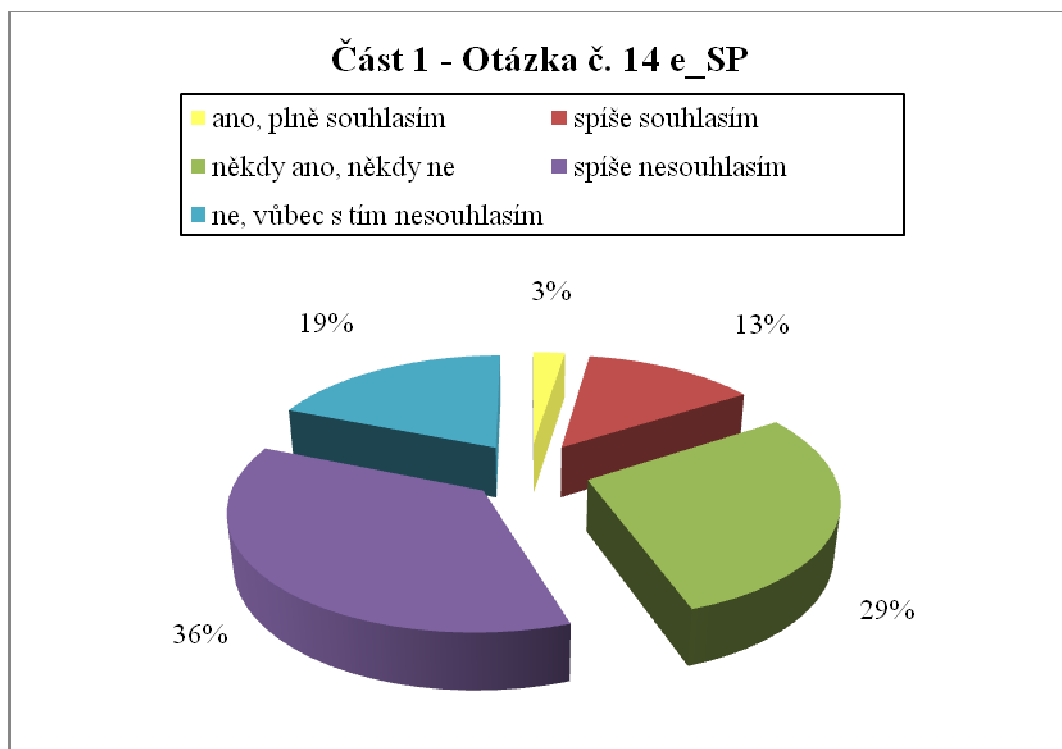
Graf č. 14d - SP: Otázka č. 14d – Zatěžuje mě práce s agresivními klienty (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

34 % (68) sociálních pracovníků uvedlo, že plně souhlasí s tím, že je zatěžuje práce s agresivními klienty, 31 % (62) uvedlo, že s tímto tvrzením spíše souhlasí, odpověď „někdy ano, někdy ne“ zvolilo 21 % (42) sociálních pracovníků, 10 % (21) s tímto tvrzením spíše nesouhlasí a 4 % (8) uvedlo, že s tím vůbec nesouhlasí.

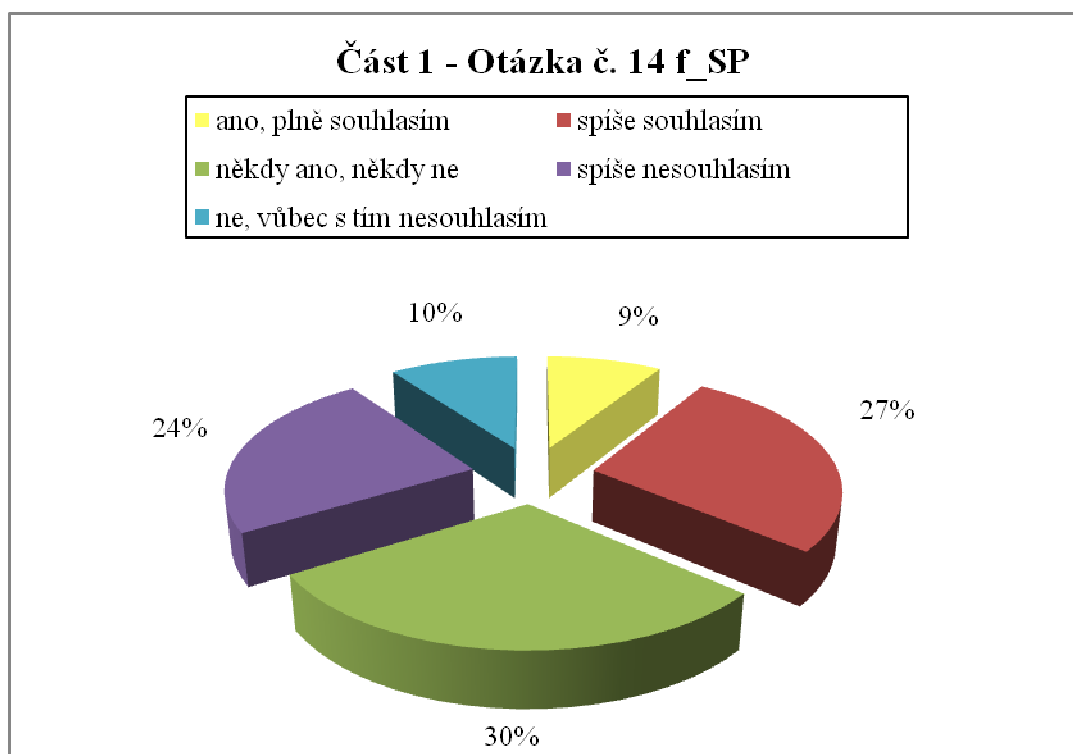
Graf č. 14e - SP: Otázka č. 14e – Zatěžuje mě práce s mlčenlivými klienty (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku, zda je zatěžuje práce s mlčenlivými klienty, uvedly 3 % (5) z dotázaných sociálních pracovníků, že s tím plně souhlasí, 13 % (27) uvedlo, že s tím spíše souhlasí, 29 % (58) sociálních pracovníků zvolilo odpověď „někdy ano, někdy ne“, 36 % (73) sociálních pracovníků se přiklonilo k odpovědi „spíše nesouhlasím“ a 19 % (38) uvedlo, že s tím vůbec nesouhlasí.

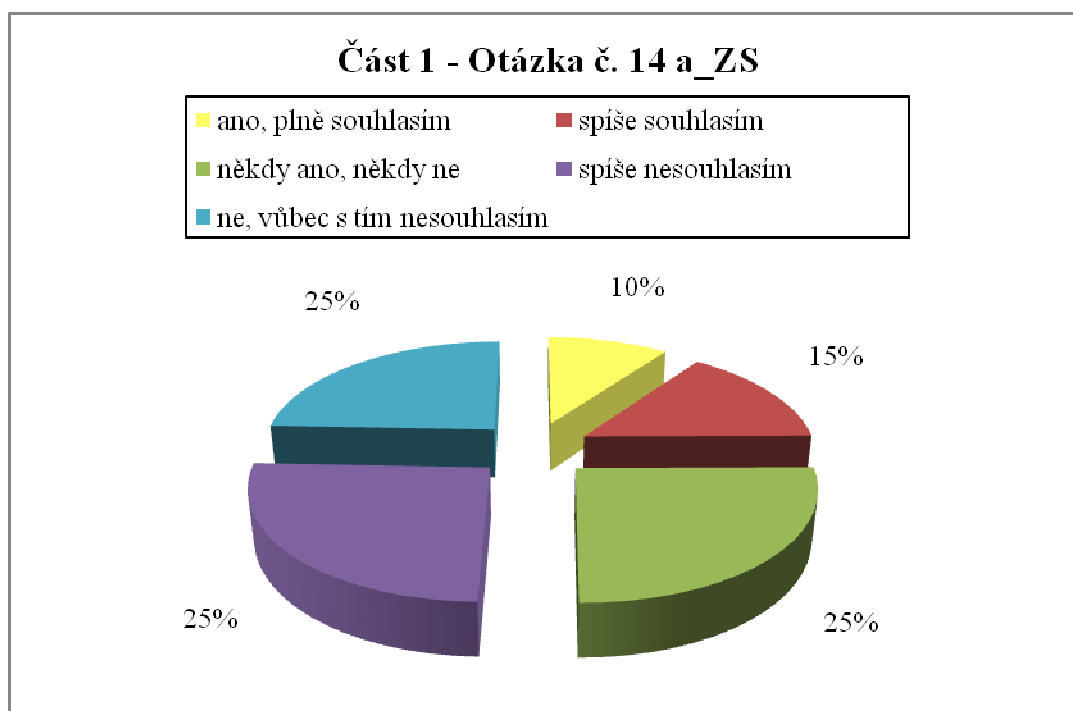
Graf č. 14f - SP: Otázka č. 14f – Zatěžuje mě práce s klienty s psychickými poruchami (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

9 % (18) sociálních pracovníků uvedlo, že plně souhlasí s tím, že je zatěžuje práce s klienty s psychickými poruchami, 27 % (55) uvedlo, že s tímto tvrzením spíše souhlasí, odpověď „někdy ano, někdy ne“ zvolilo 30 % (60) sociálních pracovníků, 24 % (48) s tímto tvrzením spíše nesouhlasí a 10 % (20) uvedlo, že s tím vůbec nesouhlasí.

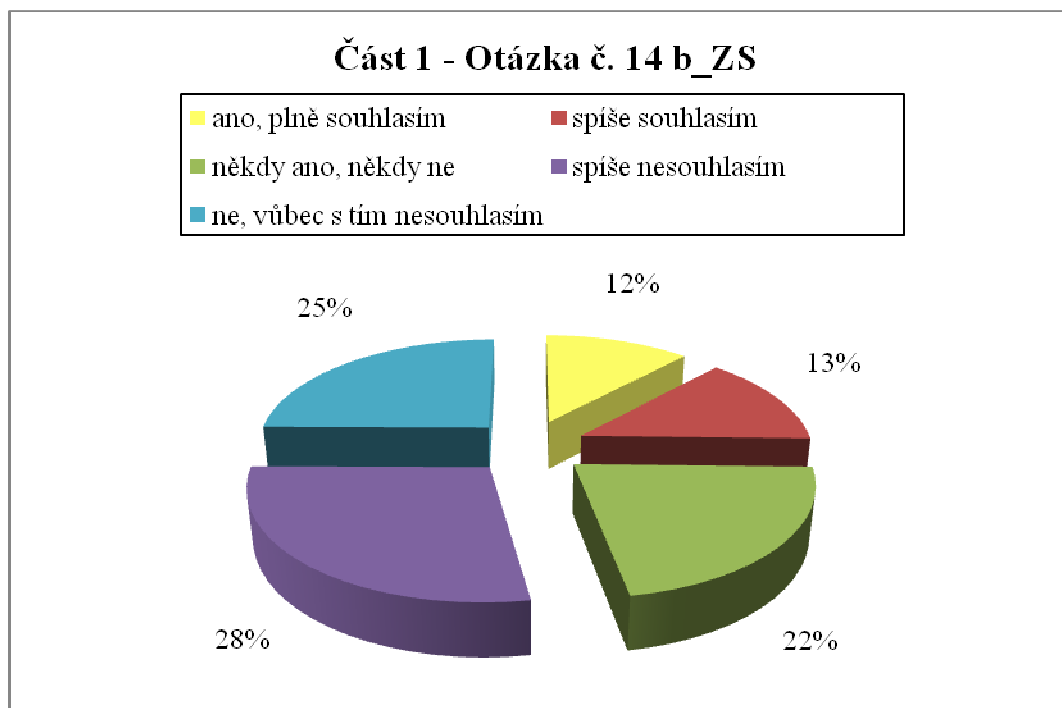
Graf č. 14a - ZS: Otázka č. 14a – Zatěžuje mě práce s pacienty s maligním onemocněním (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

10 % (20) sester uvedlo, že plně souhlasí s tím, že je zatěžuje práce s pacienty s psychickými poruchami, 15 % (30) sester uvedlo, že s tímto tvrzením spíše souhlasí, odpověď „někdy ano, někdy ne“ zvolilo 25 % (51) sester, 25% (51) s tímto tvrzením spíše nesouhlasí a 25 % (49) uvedlo, že s tím vůbec nesouhlasí.

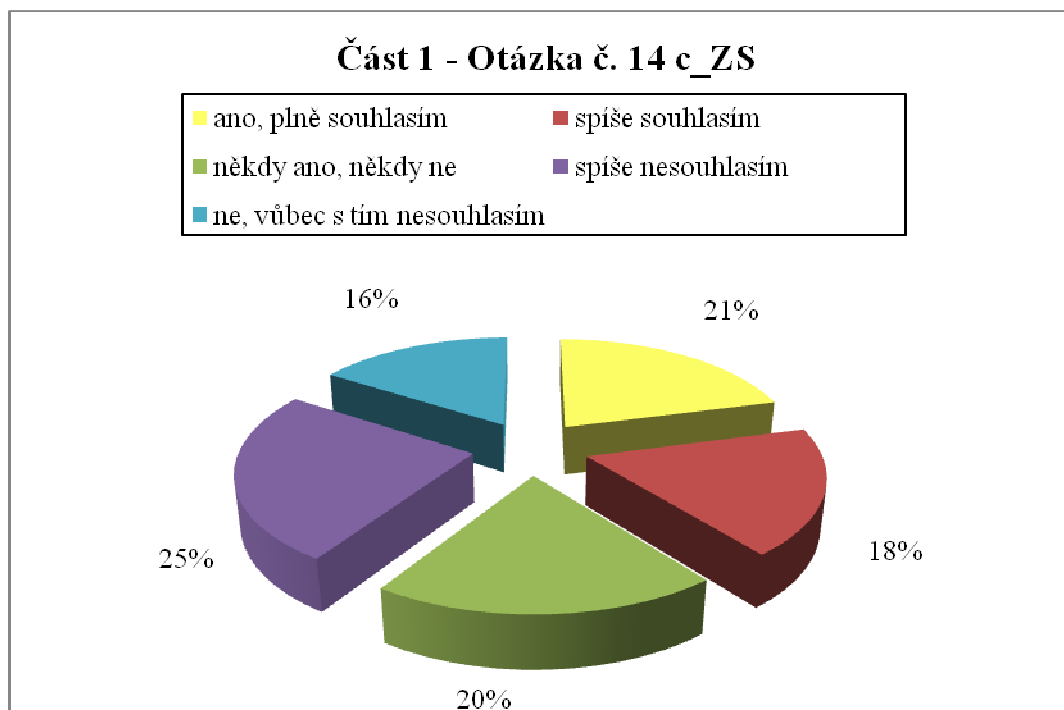
Graf č. 14b - ZS: Otázka č. 14b – Zatěžuje mě práce s pacienty v bezvědomí (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

12 % (24) dotázaných sester plně souhlasí s tvrzením, že je zatěžuje práce s pacienty v bezvědomí, 13 % (27) sester s tímto tvrzením spíše souhlasí, 22 % (44) se zvolilo odpověď „někdy ano, někdy ne“, 28 % (56) s tímto tvrzením spíše nesouhlasí a 25 % (50) vůbec nesouhlasí.

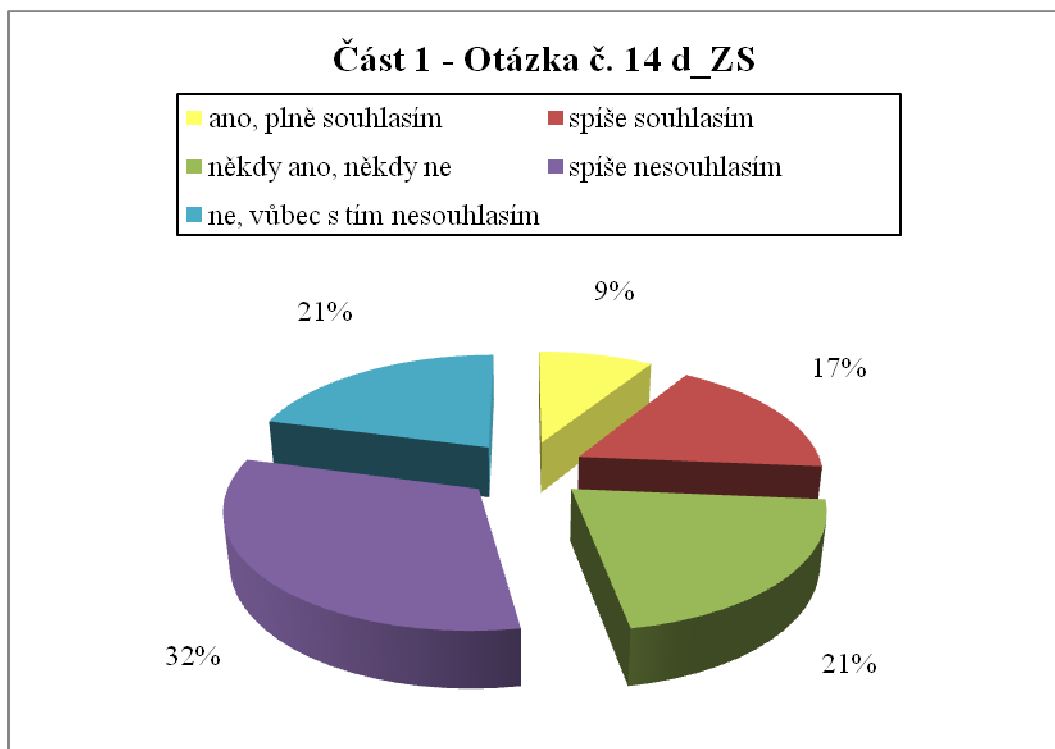
Graf č. 14c - ZS: Otázka č. 14c – Zatěžuje mě práce s imobilními pacienty (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

21 % (42) z dotázaných sester plně souhlasí s tím, že je zatěžuje práce s imobilními pacienty, 18 % (37) uvedlo, že s tím nesouhlasí, 20 % (40) uvedlo odpověď „někdy ano, někdy ne“, k odpovědi „spíše nesouhlasím“ se přiklonilo 25 % (50) a vůbec s tím nesouhlasilo 16 % (32) dotázaných sester.

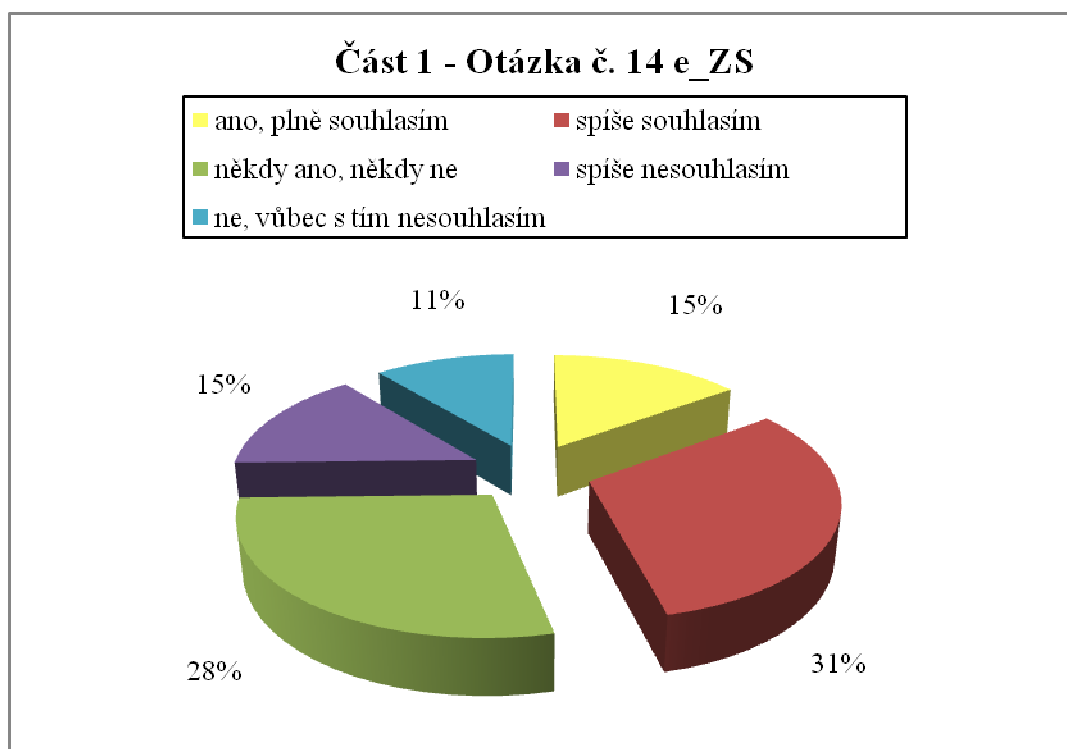
Graf č. 14d - ZS: Otázka č. 14d – Zatěžuje mě práce s inkontinentními pacienty (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

9 % (18) sester uvedlo, že plně souhlasí s tím, že je zatěžuje práce s pacienty s psychickými poruchami, 17 % (35) uvedlo, že s tímto tvrzením spíše souhlasí, odpověď „někdy ano, někdy ne“ zvolilo 21 % (42) sester, 32 % (64) s tímto tvrzením spíše nesouhlasí a 21 % (42) uvedlo, že s tím vůbec nesouhlasí.

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

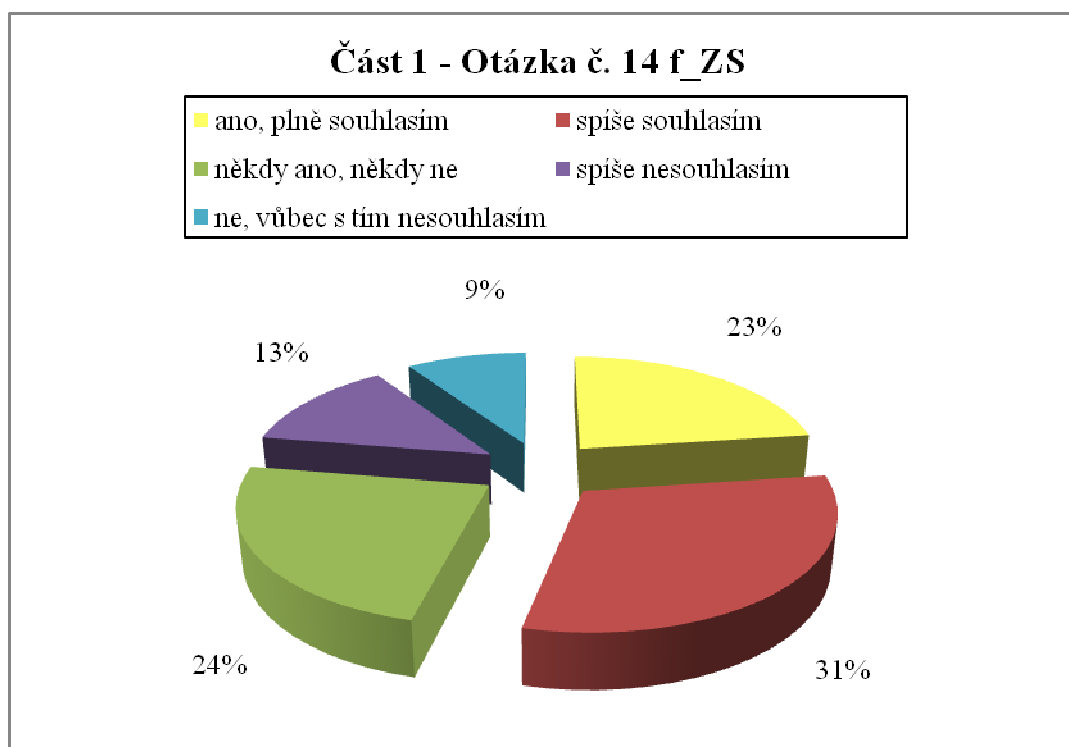


Zdroj: Vlastní výzkum

S tvrzením, zatěžuje mě práce s pacienty, kteří vyžadují zvýšenou pozornost, plně souhlasilo 15 % (30) z dotázaných sester, 31 % (63) sester uvedlo, že s tím spíše souhlasí, 28 % (57) sester zvolilo odpověď „někdy ano, někdy ne“, 15 % (29) sester se přiklonilo k odpovědi „spíše nesouhlasím“ a 11 % (22) sester uvedlo, že s tím vůbec nesouhlasí.



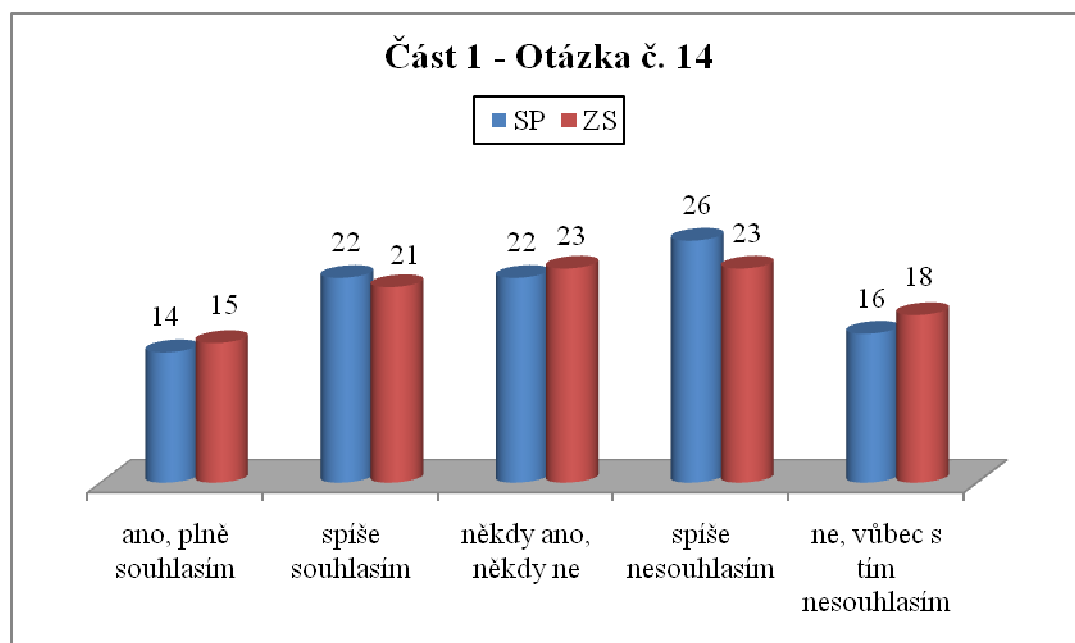
Graf č. 14f - ZS: Otázka č. 14f – Zatěžuje mě práce s pacienty s psychickými poruchami (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

23 % (46) sester uvedlo, že plně souhlasí s tím, že je zatěžuje práce s pacienty s psychickými poruchami, 31 % (62) uvedlo, že s tímto tvrzením spíše souhlasí, odpověď „někdy ano, někdy ne“ zvolilo 24 % (48) sester, 13 % (26) sester s tímto tvrzením spíše nesouhlasí a 9 % (19) sester uvedlo, že s tím vůbec nesouhlasí.

Graf č. 14: Otázka č. 14 – Sloučení všech 6 podotázek („Každodenní práce s klienty/pacienty mě zatěžuje“) (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu můžeme vyčíst, že 14 % sociálních pracovníků a 15 % sester uvedlo, že plně souhlasí s tvrzením, že je práce s klienty či pacienty zatěžuje, 22 % sociálních pracovníků a 21 % sester s tímto tvrzením spíše souhlasí, odpověď „někdy ano, někdy ne“ si vybralo 22 % sociálních pracovníků a 23 % sester, 26 % sociálních pracovníků a 23 % sester s tímto tvrzením spíše nesouhlasí a vůbec nesouhlasí 16 % sociálních pracovníků a 18 % sester.

Po sloučení podotázek v otázce č. 14 jsou výsledky velmi vyrovnané u obou zkoumaných souborů. Neboť mezi sestrami i sociálními pracovníky se najdou ti, které zatěžuje práce se všemi druhy klientů či pacientů a na druhé straně se najdou ti, které práce s různými druhy klientů či pacientů vůbec nezatěžuje.

Průměrná zátěž při práci s pacienty/klienty u porovnávaných skupin byla na základě odlišných variancí testována pomocí testu ANOVA. Dosažená hladina významnosti 93, 5 % ukazuje na zanedbatelné rozdíly mezi skupinami.

Tab. č. 4 - Průměrné hodnoty a standardní deviace u podotázek otázky č. 14 a u sloučené položky „Každodenní práce s klienty/pacienty mě zatěžuje“ – sestry

		s malig. onem.	bezvědo- mí	imobilní	inkonti- nentní	zvýš. pozornost	psych. poruchy	pacient
N	Valid	201	201	201	201	201	201	201
	Missing	201	201	201	201	201	201	201
Mean		3,39	3,40	2,97	3,38	2,75	2,55	3,0746
Median		3,00	4,00	3,00	4,00	3,00	2,00	3,0000
Mode		3(a)	4	4	4	2	2	4,00
Std. Deviation		1,277	1,316	1,383	1,244	1,199	1,240	1,04388

Zdroj: Vlastní výzkum

Tab. č. 5 - Průměrné hodnoty a standardní deviace u podotázek otázky č. 14 a u sloučené položky „Každodenní práce s klienty/pacienty mě zatěžuje“ – sociální pracovníci

		závislí	manipu- lativní	s postižením	agresivní	mlčenliví	psych. poruchy	klient
N	Valid	201	201	201	201	201	201	201
	Missing	201	201	201	201	201	201	201
Mean		3,09	2,37	4,20	2,20	3,56	2,99	3,0672
Median		3,00	2,00	4,00	2,00	4,00	3,00	3,0000
Mode		4	2	5	1	4	3	2,33(a)
Std. Deviation		1,270	1,134	,944	1,136	1,024	1,129	,75905

Zdroj: Vlastní výzkum

Tab. č. 6 - Výsledky testu ANOVA

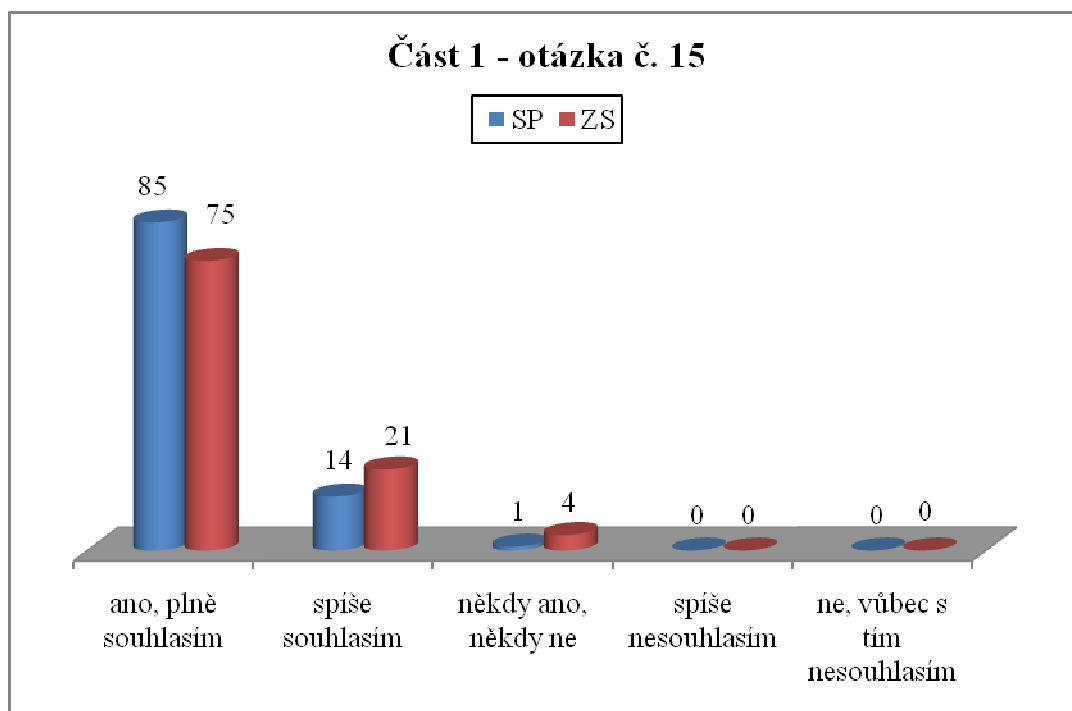
pacient + klient

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,006	1	,006	,007	,935
Within Groups	333,168	400	,833		
Total	333,174	401			

Zdroj: Vlastní výzkum

Z těchto tabulek je patrné, že sociální pracovníky nejvíce zatěžují agresivní a manipulativní klienty. A sestry zatěžují nejvíce pacienti, kteří vyžadují zvýšenou pozornost a pacienti s psychickými poruchami. Dosažená hladina významnosti 93, 5 % ukazuje na zanedbatelné rozdíly mezi skupinami.

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



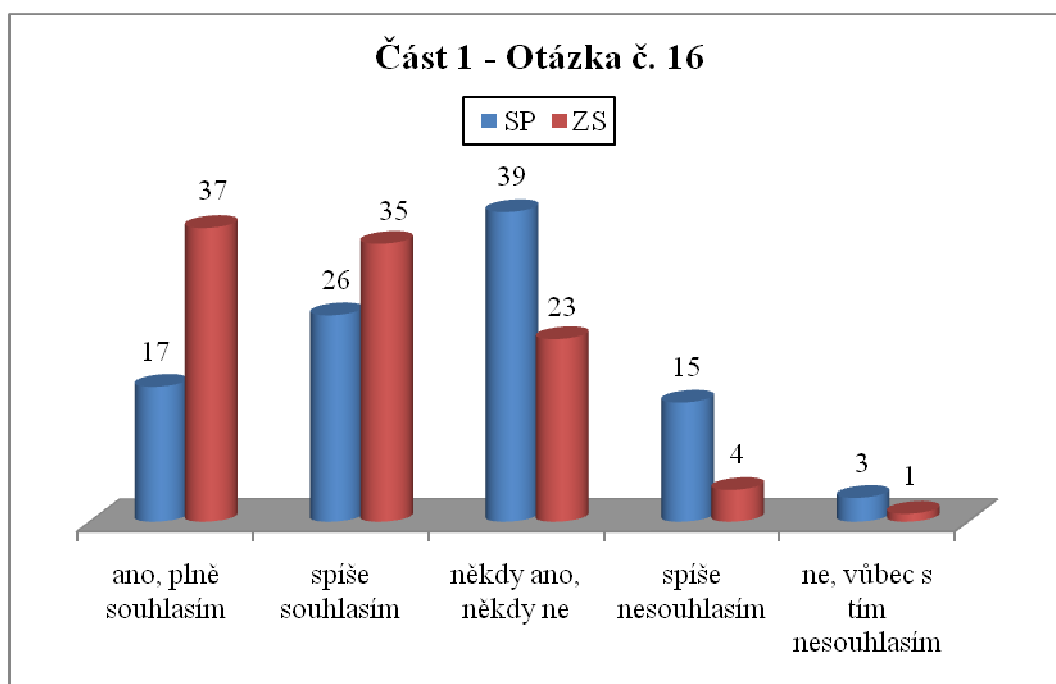
Zdroj: Vlastní výzkum

85 % (170) dotázaných sociálních pracovníků a 75 % (150) dotázaných sester plně souhlasí s tím, že činnost na jejich pracovišti vyžaduje obratnost v jednání s lidmi, 14 % (28) sociálních pracovníků a 21 % (42) sester spíše souhlasí, odpověď „někdy ano, někdy ne“ zvolilo 1 % (3) sociálních pracovníků a 4 % (9) sester. Odpověď „spíše nesouhlasím“ a „ne, vůbec s tím nesouhlasím“ nezvolil žádný dotázaný sociální pracovník ani žádná sestra.

Oba zkoumané soubory se v podstatě shodly, že jejich pracovní činnost vyžaduje obratnost při komunikaci (75 % sester a 85 % sociálních pracovníků s tímto tvrzením plně souhlasí, 21 % sester a 14 % sociálních pracovníků s ním spíše souhlasí).

Rozdíl mezi zkoumanými soubory nedosáhl požadované 1 % hladiny významnosti (Chi-Square Test).

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



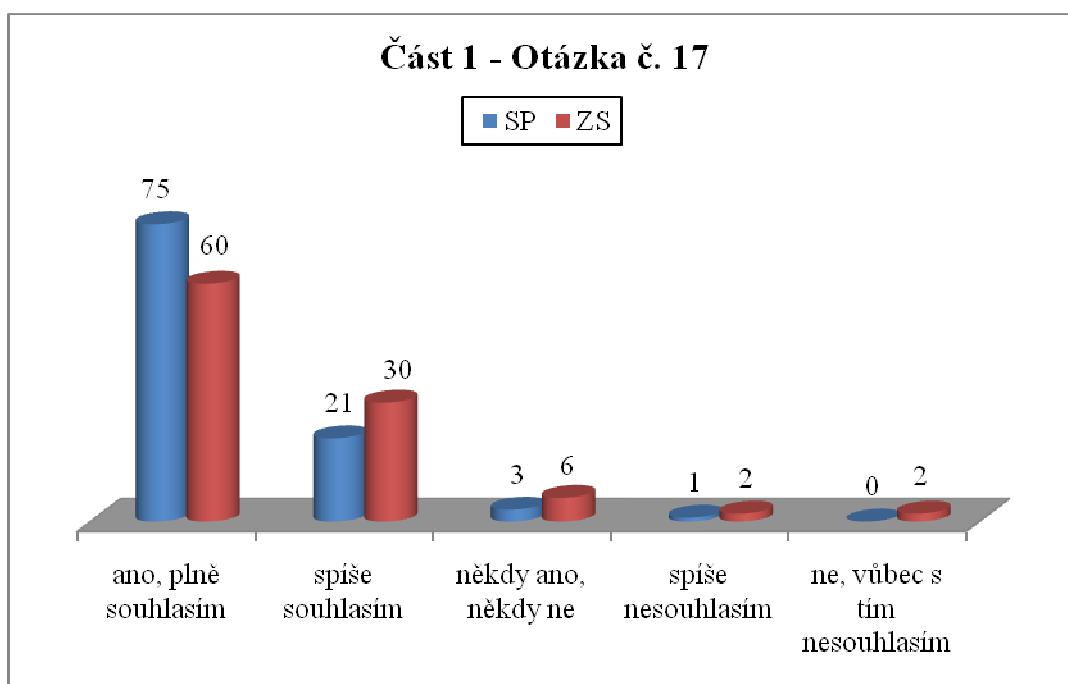
Zdroj: Vlastní výzkum

17 % (35) sociálních pracovníků a 37 % (75) s tvrzením, že se velmi často musí rozhodovat v časové tísní plně souhlasí, 26 % (52) sociálních pracovníků a 35 % (70) sester uvedlo, že s tímto tvrzením spíše souhlasí, odpověď „někdy ano, někdy ne“ zvolilo 39 % (78) sociálních pracovníků a 23 % (47) sester, 15 % (31) sociálních pracovníků a 4 % (8) sester se přiklonilo k tomu, že s tímto tvrzením spíše nesouhlasí a pouze 3 % (5) sociálních pracovníků a 0,5 % (1) sester uvedly, že s tím vůbec nesouhlasí.

Podle výsledků výzkumu se při rozhodování v práci cítí více v časové tísní sestry než sociální pracovníci – odpověď „ano, plně souhlasím“ zvolilo 37 % sester (tj. o 20 % více než sociálních pracovníků) a odpověď „spíše souhlasím“ zvolilo 35 % sester (tj. o 9 % než u sociálních pracovníků). Nejvíce sociálních pracovníků si vybralo odpověď „někdy ano, někdy ne“, a to 39 %.

Z grafu vyplývá, že sestry častěji uvádějí, že se musí velmi často rozhodovat v časové tísní. Tento rozdíl je statisticky významný na 1% hladině významnosti (Chi-Square Test)

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



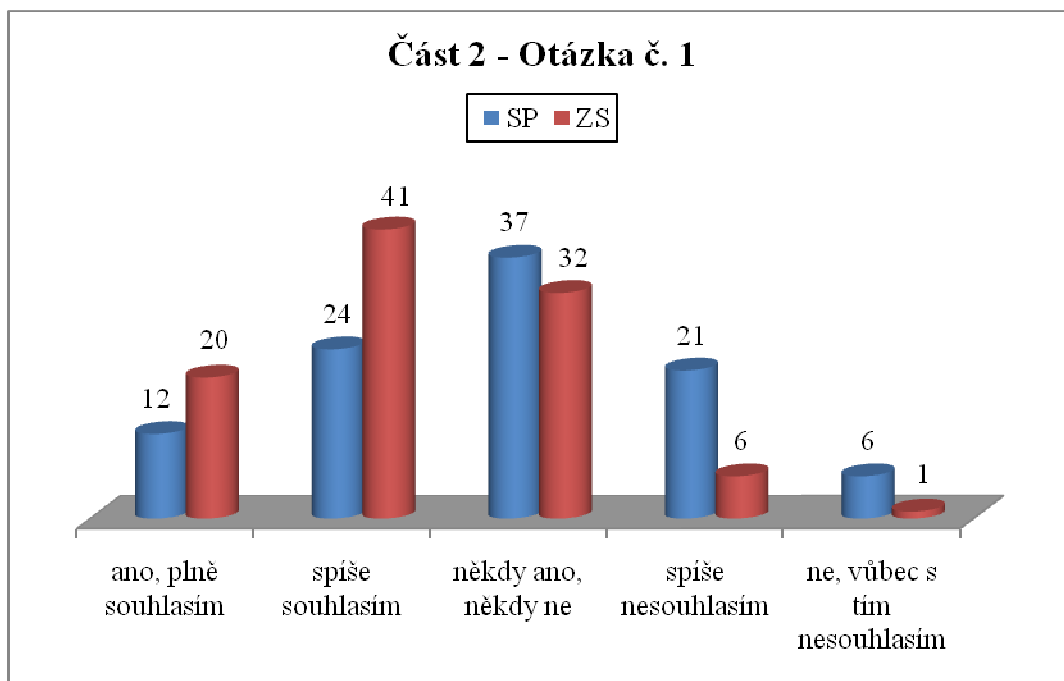
Zdroj: Vlastní výzkum

75 % (150) sociálních pracovníků a 60 % (121) sester plně souhlasí s tím, že jejich práce vyžaduje stálé vzdělávání, 21 % (43) sociálních pracovníků a 30 % (61) sester s tímto tvrzením spíše souhlasí, 3 % (6) sociálních pracovníků a 6 % (12) sester zvolilo odpověď „někdy ano, někdy ne“, 1 % (2) sociálních pracovníků a 2% (4) sester s tím, spíše nesouhlasí a k odpovědi „ne, vůbec s tím nesouhlasím“ se přiklonily 2 % (3) sester a žádný sociální pracovník.

Z grafu vidíme, že sociální pracovníci kladou na stálé vzdělávání o něco větší důraz než sestry. Rozdíl mezi skupinami však nedosáhl požadované statistické 1 % hladiny významnosti (Chi-Square Test).



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

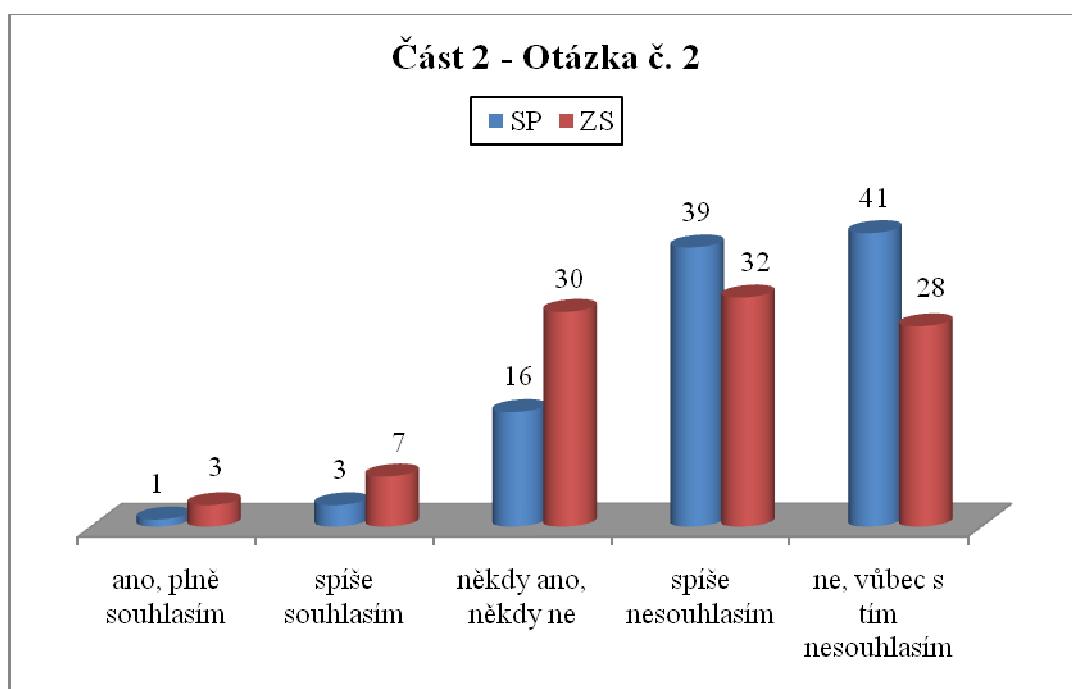


Zdroj: Vlastní výzkum

12 % (23) sociálních pracovníků a 20 % (41) sester plně souhlasí s tím, že mívají při práci často pocit časového tlaku, 24 % (49) sociálních pracovníků a 41 % (82) sester spíše souhlasí, 37 % (75) sociálních pracovníků a 32 % (64) sester zvolilo odpověď, že někdy ano, někdy ne, 21 % (42) sociálních pracovníků a 6 % (12) sester spíše nesouhlasí, 6 % (12) sociálních pracovníků a 1 % (2) sester vůbec nesouhlasí.

Z výsledků vyplývá, že sestry mívají při práci pocit časového tlaku více než sociální pracovníci. Tento rozdíl je statisticky významný na 1 % hladině významnosti (Chi-Square Test).

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

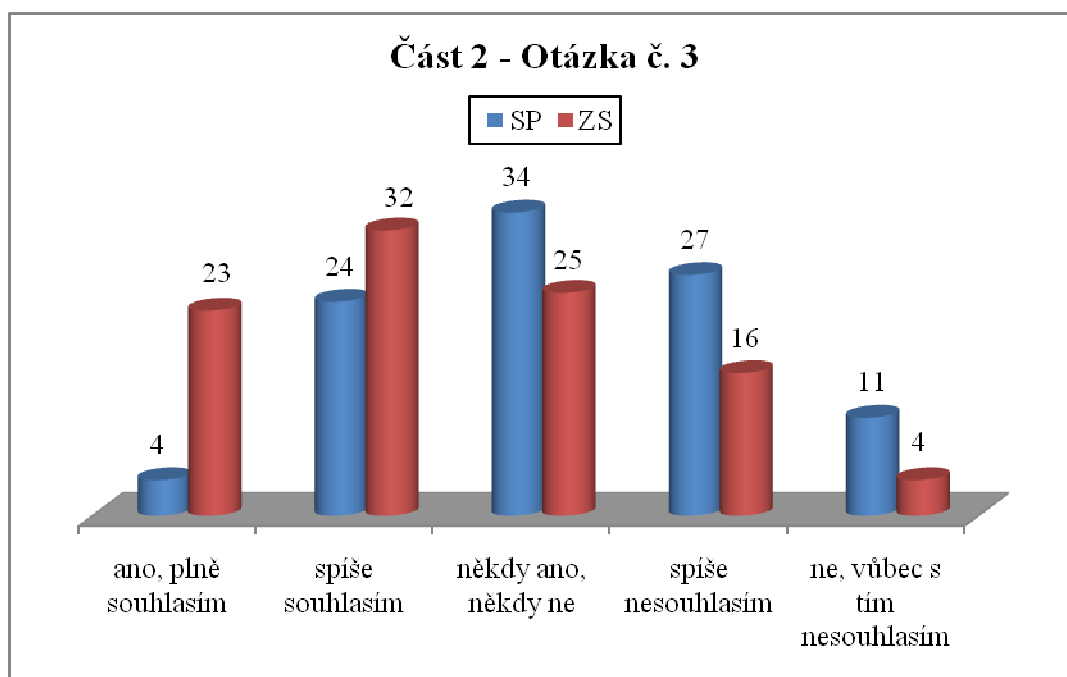


Zdroj: Vlastní výzkum

1 % (2) sociálních pracovníků a 3 % (5) sester plně souhlasí s tím, že je jejich práce neuspokojuje, 3 % (6) sociálních pracovníků a 7 % (14) sester spíše souhlasí, 16 % (31) sociálních pracovníků a 30 % (60) sester zvolilo odpověď někdy ano, někdy ne, 39 % (79) sociálních pracovníků a 32 % (65) sester spíše nesouhlasí, 41 % (83) sociálních pracovníků a 28 % (57) sester vůbec nesouhlasí.

Z výsledků vyplývá, že dotázané sociální pracovníky jejich práce uspokojuje více než dotázané sestry. Tento rozdíl je statisticky významný na 1 % hladině významnosti (Chi-Square Test).

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

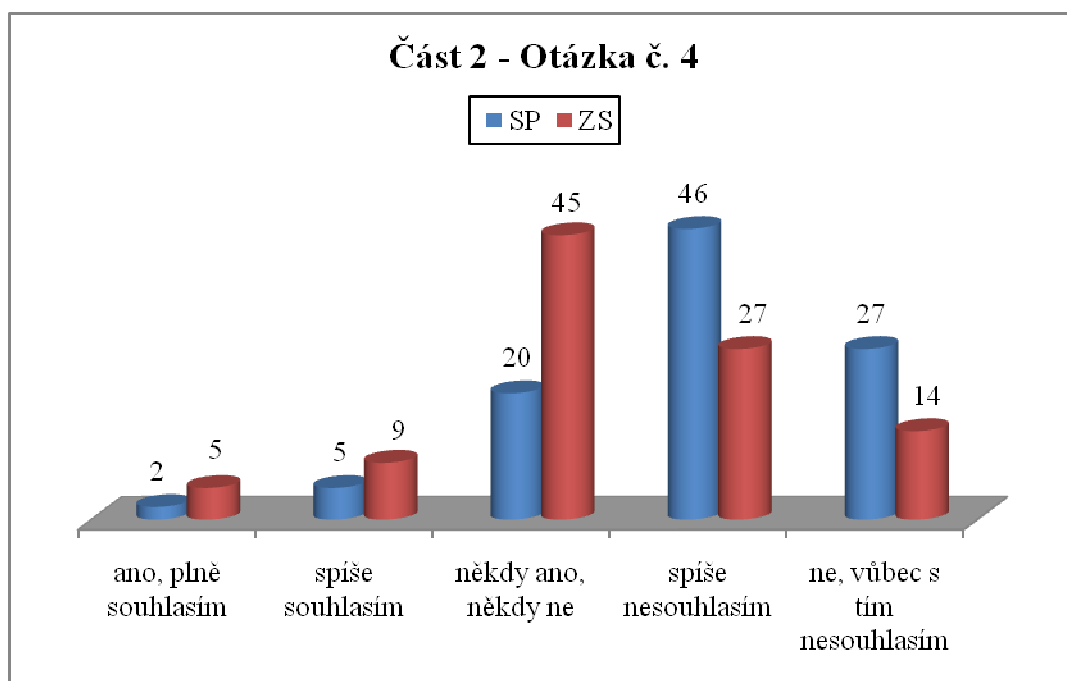


Zdroj: Vlastní výzkum

4 % (8) sociálních pracovníků a 23 % (46) sester plně souhlasí s tím, že je práce velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost, 24 % (48) sociálních pracovníků a 32 % (64) sester spíše souhlasí, 34 % (69) sociálních pracovníků a 25 % (51) sester uvedlo odpověď, že někdy ano, někdy ne, 27 % (54) sociálních pracovníků a 16 % (32) sester spíše nesouhlasí, 11 % (22) sociálních pracovníků a 4 % (8) sester vůbec nesouhlasí.

Z grafu vyplývá, že práce více psychicky zatěžuje sestry než sociální pracovníky. Tento rozdíl je statisticky významný na 1 % hladině významnosti (Chi-Square Test).

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

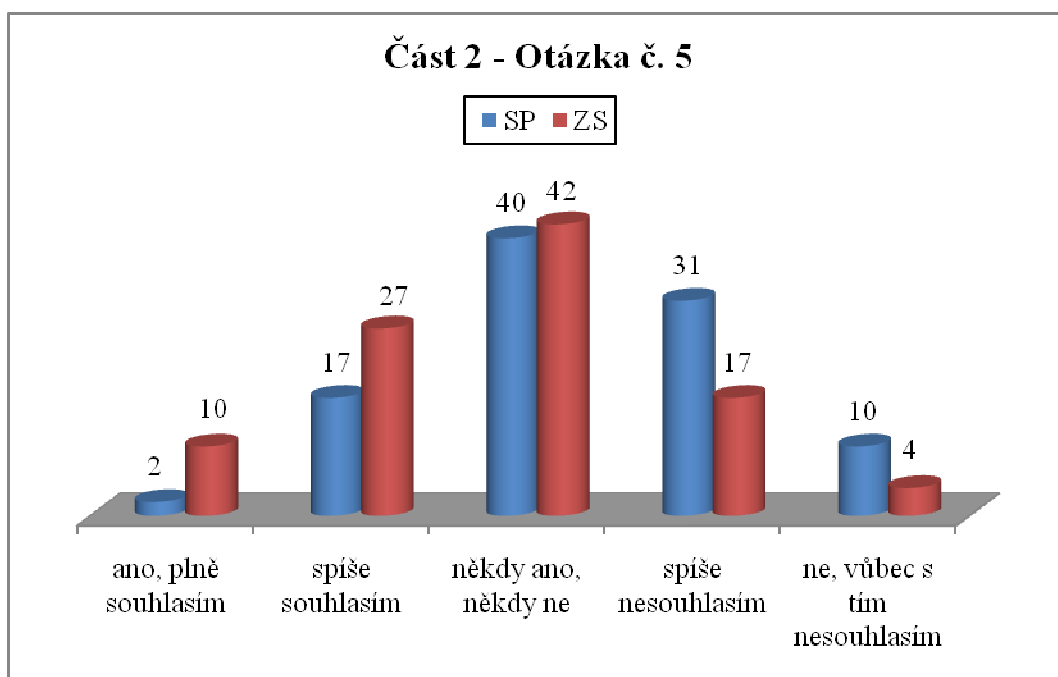


Zdroj: Vlastní výzkum

2 % (3) sociálních pracovníků a 5 % (10) sester plně souhlasí s tvrzením, že po několika hodinách mají práce natolik dost, že by chtěli dělat něco jiného, 5% (10) sociálních pracovníků a 9 % (17) sester spíše souhlasí, 20 % (40) sociálních pracovníků a 45 % (90) sester uvedlo odpověď, že někdy ano, někdy ne, 46 % (93) sociálních pracovníků a 27 % (55) sester spíše nesouhlasí, 27 % (55) sociálních pracovníků a 14 % (29) sester s tímto tvrzením vůbec nesouhlasí.

Sociální pracovníci častěji nesouhlasili s předloženým tvrzením. Tento rozdíl je statisticky významný na 1 % hladině významnosti (Chi-Square Test).

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

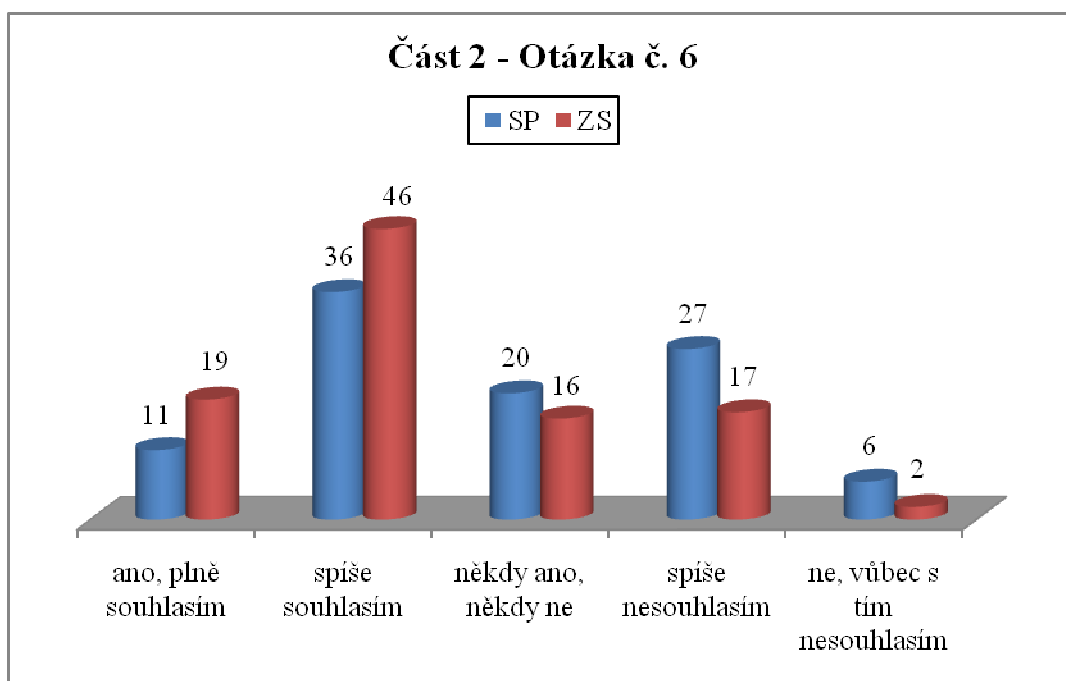


Zdroj: Vlastní výzkum

2 % (3) sociálních pracovníků a 10 % (20) sester plně souhlasí s tím, že je jejich práce natolik psychicky náročná, že po několika hodinách cítí únavu a ochablost, 17 % (33) sociálních pracovníků a 27 % (54) sester spíše souhlasí, 40 % (81) sociálních pracovníků a 42 % (85) sester uvedlo odpověď, že někdy ano, někdy ne, 31 % (63) sociálních pracovníků a 17 % (35) sester spíše nesouhlasí, 10 % (21) sociálních pracovníků a 4 % (7) sester vůbec nesouhlasí.

Z výsledků vyplývá, že větší únavu při práci uváděly sestry. Tento rozdíl je statisticky významný na 1 % hladině významnosti (Chi-Square Test).

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

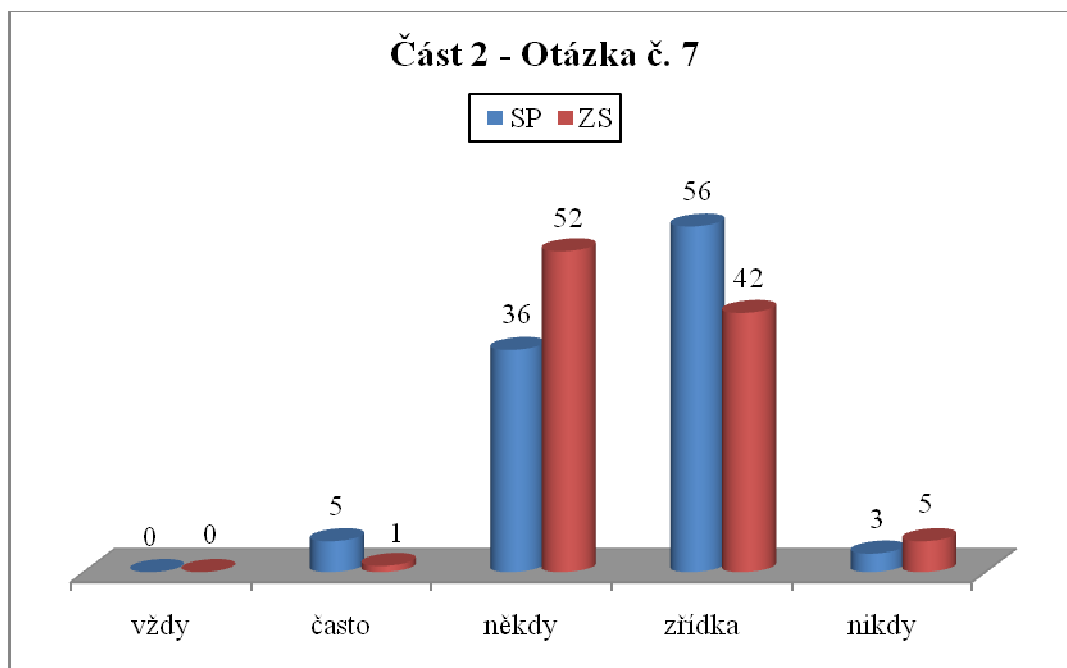


Zdroj: Vlastní výzkum

11 % (21) sociálních pracovníků a 19 % (39) plně souhlasí s tvrzením, že je jejich práce psychicky tak náročná, že je velmi obtížné ji dělat se stejnou výkonností, 36 % (73) sociálních pracovníků a 46 % (93) sester s tímto tvrzením spíše souhlasí, 20 % (41) sociálních pracovníků a 16 % (31) sester uvedlo odpověď „někdy ano, někdy ne“, 27 % (55) sociálních pracovníků a 17 % (34) sester s tímto tvrzením spíše nesouhlasí a 6 % (11) sociálních pracovníků a 2 % (4) sestry s tím vůbec nesouhlasí.

Sestry častěji souhlasily s předloženým tvrzením. Rozdíl je statisticky významný na 1 % hladině významnosti (Chi-Square Test).

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

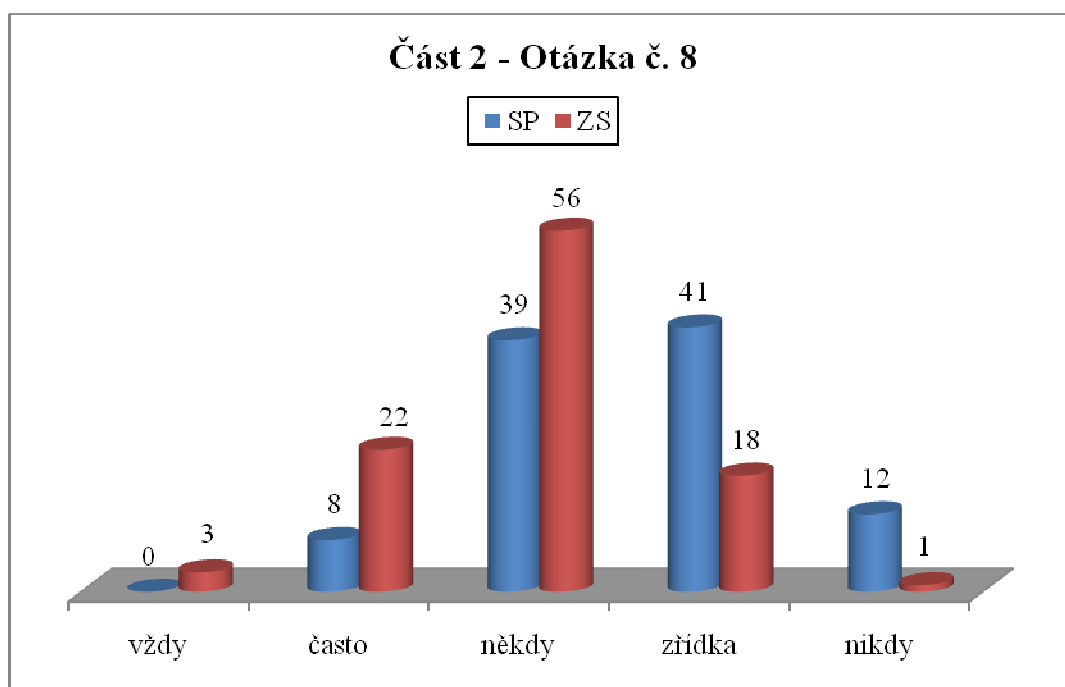


Zdroj: Vlastní výzkum

Na tuto otázku nezvolil nikdo ze zkoumaného souboru sociálních pracovníků ani ze zkoumaného souboru sester odpověď *vždy*, 5 % (10) sociálních pracovníků a 1 % (3) sester uvedlo odpověď *často*, 36 % (72) sociálních pracovníků a 52 % (105) sester zvolilo odpověď *někdy*, 56 % (113) sociálních pracovníků a 42 % (84) sester odpovědělo *zřídka* a 3 % (6) sociálních pracovníků a 5 % (9) sester označilo odpověď *nikdy*.

Obtíže při soustředění častěji popírají sociální pracovníci. Tento rozdíl je statisticky významný na 1 % hladině významnosti (Chi-Square Test).

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



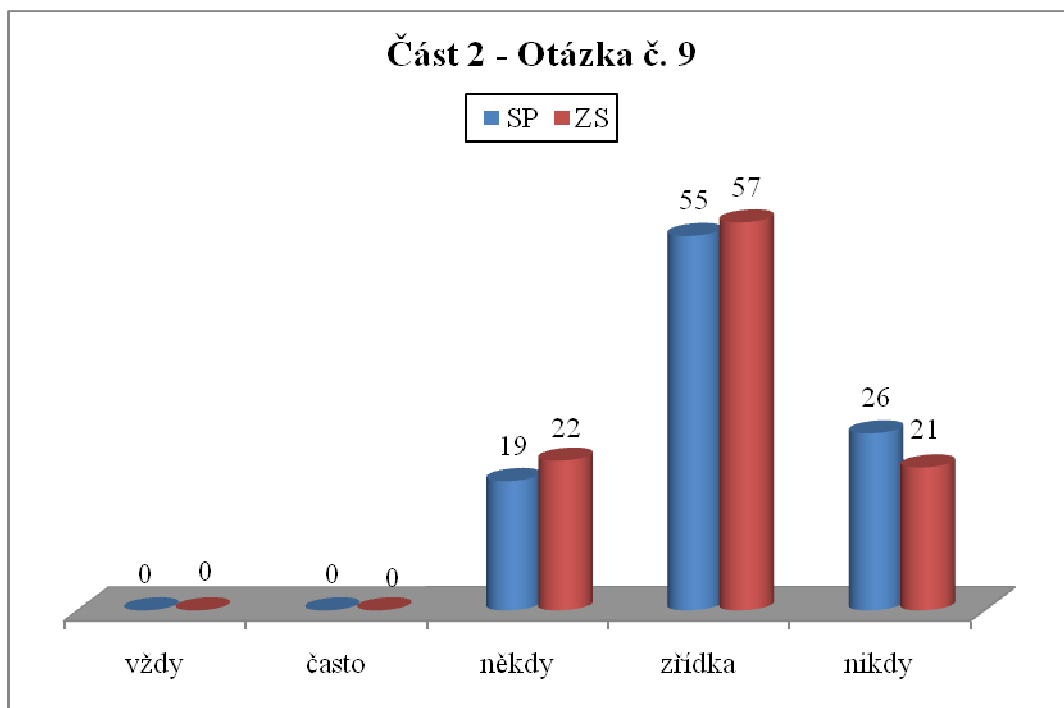
Zdroj: Vlastní výzkum

Na tuto otázku nezvolil ze zkoumaného souboru sociálních pracovníků nikdo odpověď *vždy*, tuto odpověď zvolily 3 % (6) sester, 8 % (16) sociálních pracovníků a 22 % (44) sester uvedli odpověď *často*, 39 % (78) sociálních pracovníků a 56 % (112) sester zvolilo odpověď *někdy*, 41 % (82) sociálních pracovníků a 18 % (36) sester odpovědělo *zřídka* a 12 % (25) sociálních pracovníků a 1 % (3) sester označilo odpověď *nikdy*.

Sestry uvádějí častěji než sociální pracovníci, že cítí fyzicky vyždímané. Tento rozdíl je statisticky významný na 1 % hladině významnosti (Chi-Square Test).



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

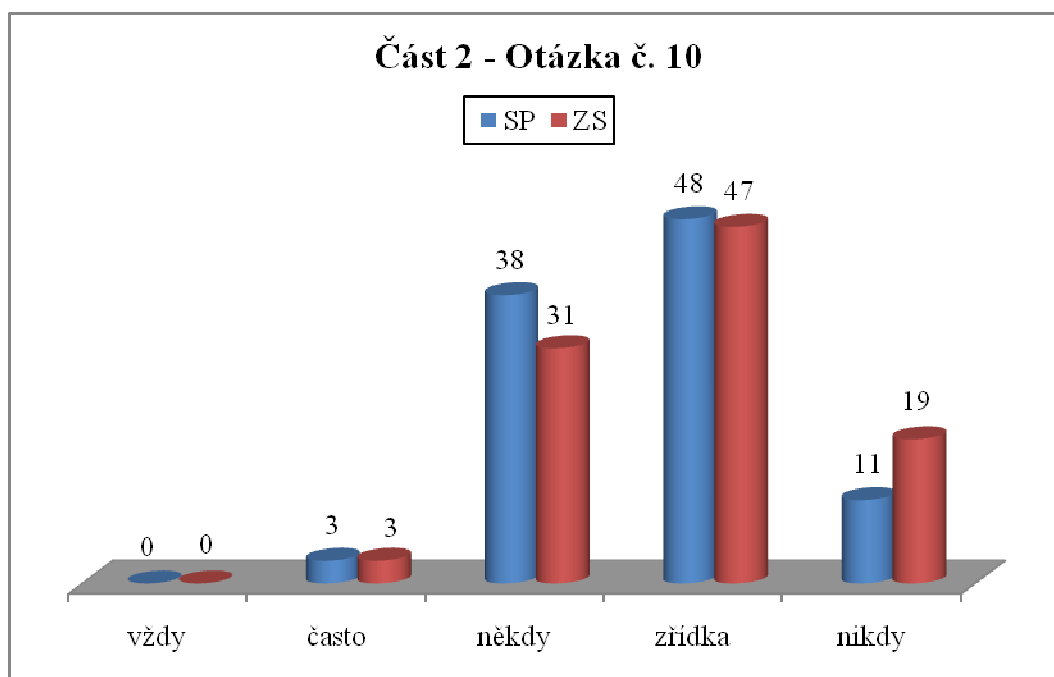


Zdroj: Vlastní výzkum

Ze zkoumaného souboru sociálních pracovníků ani ze zkoumaného souboru sester nikdo nezvolil na tuto otázku odpověď *vřdy* ani odpověď *řasto*, 19 % (38) sociálních pracovníků a 22 % (43) sester uvedlo, že *řěkdy* nemá chuť pomáhat problémovým klientům, 55 % (110) sociálních pracovníků a 57 % (115) sester odpovědělo, že *řřídka* nemají chuť pomáhat a 26 % (52) sociálních pracovníků a 21 % (42) sester uvedlo, že má *vřdy* chuť pomáhat.

Odpovědi u obou zkoumaných souborů jsou vyrovnané. Statisticky rozdíl mezi skupinami nedosáhl 1% hladiny významnosti (Chi-Square Test).

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

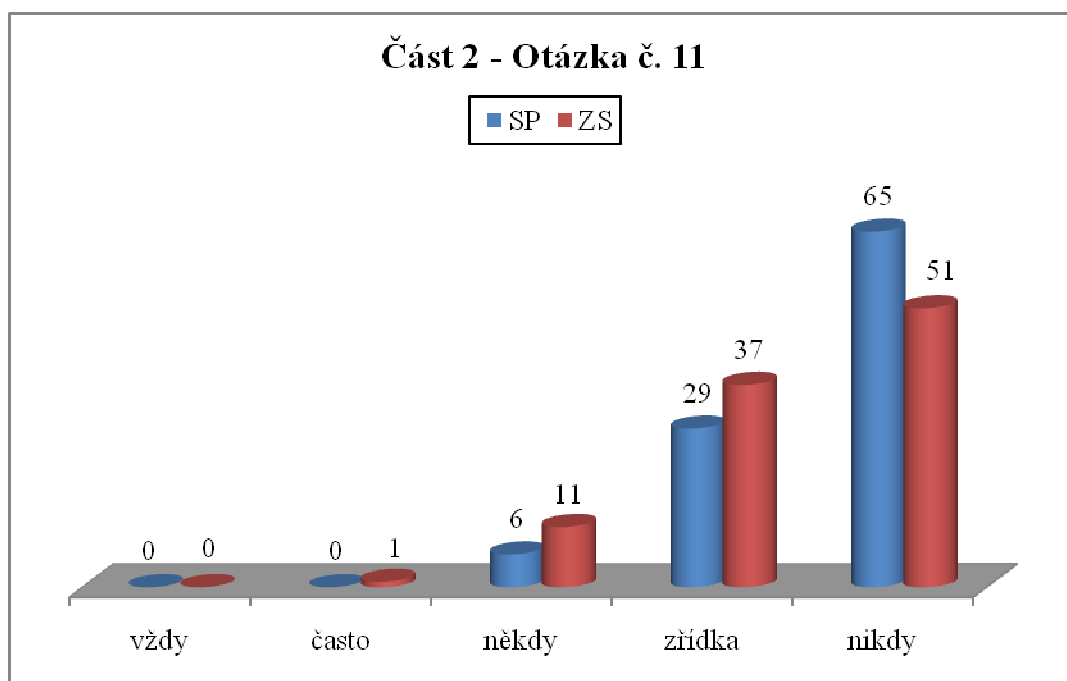


Zdroj: Vlastní výzkum

Z dotázaných sociálních pracovníků ani z dotázaných sester nikdo neuvedl, že *vždy* pochybuje o svých profesionálních kvalitách 3 % (7) sociálních pracovníků a 3 % (7) sester uvedlo, že *často* pochybuje o svých profesionálních schopnostech, 38 % (76) sociálních pracovníků a 31 % (63) sester odpovědělo, že *někdy* pochybuje o svých schopnostech, 48 % (96) sociálních pracovníků a 47 % (94) sester *zřídka* pochybuje o svých profesionálních schopnostech a 11 % (22) sociálních pracovníků a 19 % (37) sester uvedlo, že *nikdy* nepochybuje o svých profesionálních schopnostech.

Z výsledků vyplývá, že sestry o svých profesionálních schopnostech pochybují méně než sociální pracovníci. Statisticky ale rozdíl mezi skupinami nedosáhl 1% hladiny významnosti (Chi-Square Test).

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

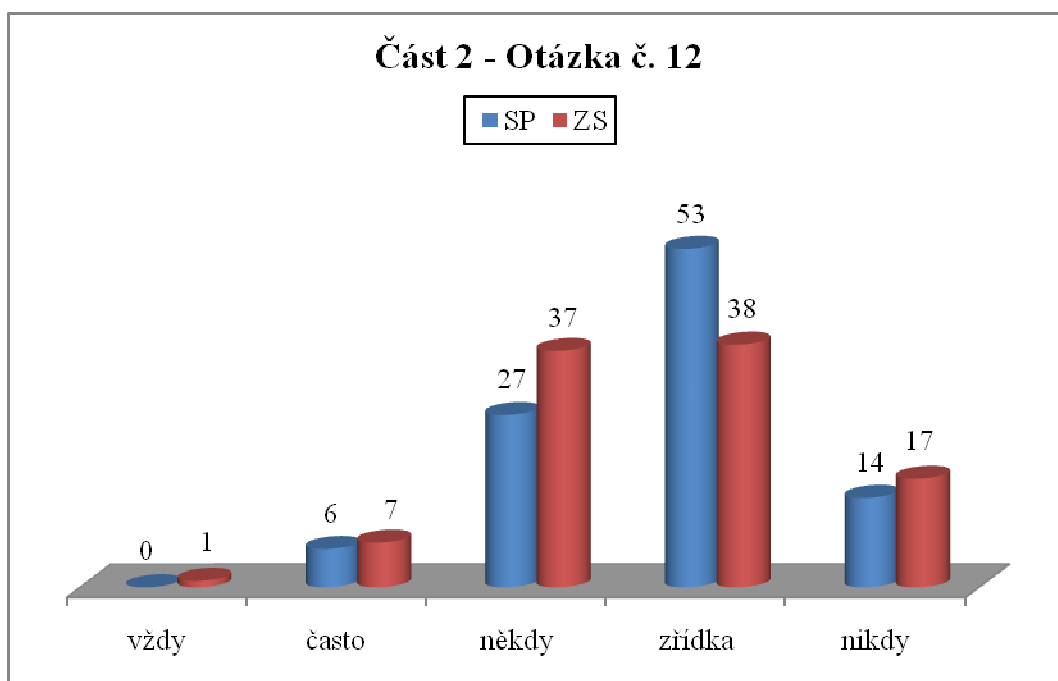


Zdroj: Vlastní výzkum

Na tuto otázku nikdo z dotázaných sociálních pracovníků ani z dotázaných sester ne zvolil odpověď *vždy*, odpověď *často* ne zvolil žádný sociální pracovník, ale zvolilo ji 1% (2) sester, 6 % (11) sociálních pracovníků a 11 % (21) sester uvedlo, že se *někdy* vyhýbají odborným rozhovorům se spolupracovníky, 29 % (58) sociálních pracovníků a 37 % (75) sester odpovědělo, že se odborným rozhovorům se spolupracovníky vyhýbá jenom *zřídka* a 65 % (131) sociálních pracovníků a 51 % (102) sester odpovědělo, že se odborným rozhovorům se spolupracovníky *nikdy* nevyhýbá.

Odpovědi u obou zkoumaných souborů jsou vyrovnané. Statistický rozdíl mezi skupinami nedosáhl 1% hladiny významnosti (Chi-Square Test).

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

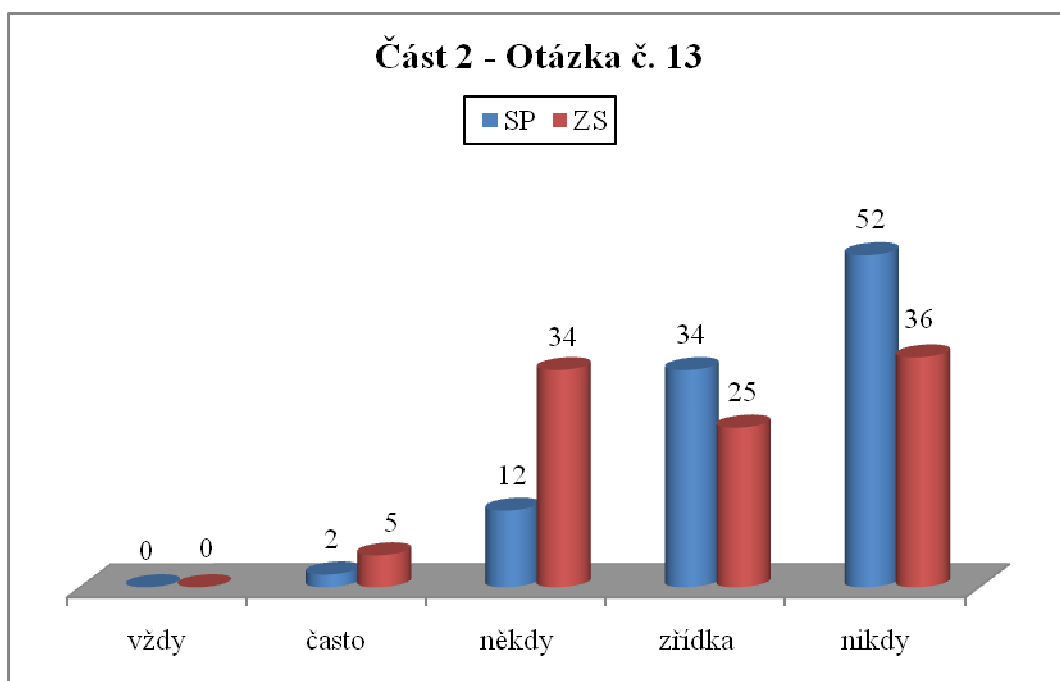


Zdroj: Vlastní výzkum

Ze zkoumaného souboru sociálních pracovníků ne zvolil odpověď, že se *vždy* cítí v konfliktních situacích bezmocný/á nikdo a ze zkoumaného souboru sester tuto odpověď označilo 1 % (2) sester, 6 % (12) sociálních pracovníků a 7 % (14) sester odpovědělo, že se v konfliktních situacích cítí *často* bezmocný/á, 27 % (53) sociálních pracovníků a 37 % (75) sester zvolilo odpověď *někdy*, 53 % (106) sociálních pracovníků a 38 % (77) sester odpovědělo, že v konfliktních situacích cítí bezmocní jenom *zřídka* a 14 % (29) sociálních pracovníků a 17 % (33) sester uvedlo, že se *nikdy* necítí bezmocní v konfliktních situacích.

Z grafu je zřejmé, že v konfliktních situacích na pracovišti se cítí méně bezmocní sociální pracovníci. Statisticky ale rozdíl mezi skupinami nedosáhl 1% hladiny významnosti (Chi-Square Test).

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

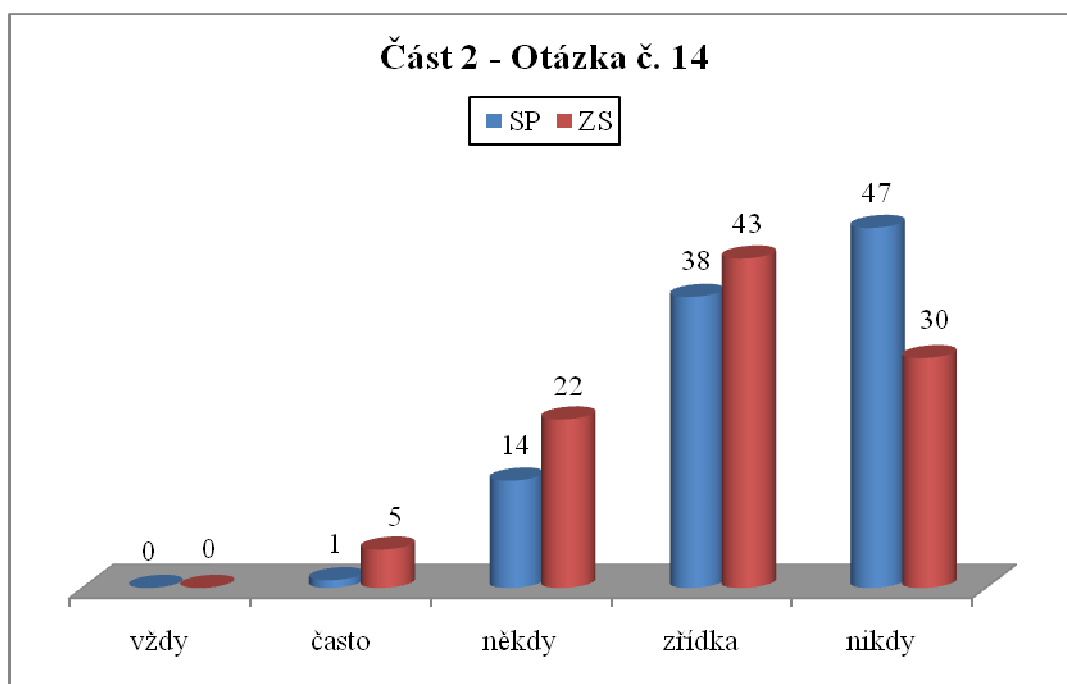


Zdroj: Vlastní výzkum

Žádný sociální pracovník ani sestra neuvedli, že mají *vždy* problémy se srdcem, dýcháním a trávením, 2 % (4) sociálních pracovníků a 5 % (10) sester uvedlo, že mají *často* problémy se srdcem, dýcháním a trávením, 12 % (23) sociálních pracovníků a 34 % (68) sester vybralo odpověď, že mají *někdy* problémy, 34 % (69) sociálních pracovníků a 25 % (49) sester zvolilo odpověď, že mají jenom *zřídka* problémy a 52 % (105) sociálních pracovníků a 36 % (73) sester uvedlo, že nemá *nikdy* problémy se srdcem, dýcháním a trávením.

Z grafu je patrné, že sestry častěji uvádějí, že mají problémy se srdcem, dýcháním a trávením než sociální pracovníci. Tento rozdíl je statisticky významný na 1 % hladině významnosti (Chi-Square Test).

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

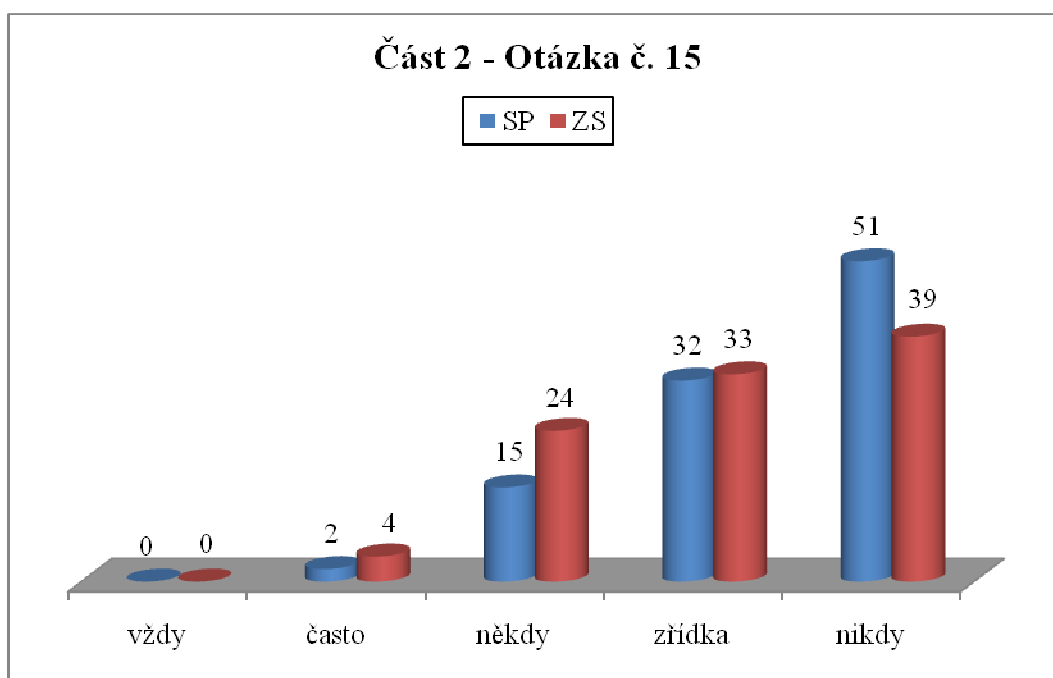


Zdroj: Vlastní výzkum

Ze zkoumaného souboru sociálních pracovníků ani ze zkoumaného souboru sester nezvolil nikdo odpověď *vždy*, 1 % (2) sociálních pracovníků a 5 % (9) sester odpovědělo, že jejich odborný růst a zájem o obor *často* zaostává, 14 % (28) sociálních pracovníků a 22 % (44) sester odpovědělo, že jejich odborný růst a zájem o obor zaostává *někdy*, 38 % (77) sociálních pracovníků a 43 % (87) sester uvedlo, že jejich odborný růst a zájem o obor zaostává jenom *zřídka* a 47 % (94) sociálních pracovníků a 30 % (61) sester uvedlo, že se *nikdy* necítí bezmocní v konfliktních situacích.

Z grafu vyplývá, že u sester zaostává zájem o jejich obor a odborný růst více než u sociálních pracovníků. Tento rozdíl je statisticky významný na 1 % hladině významnosti (Chi-Square Test).

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

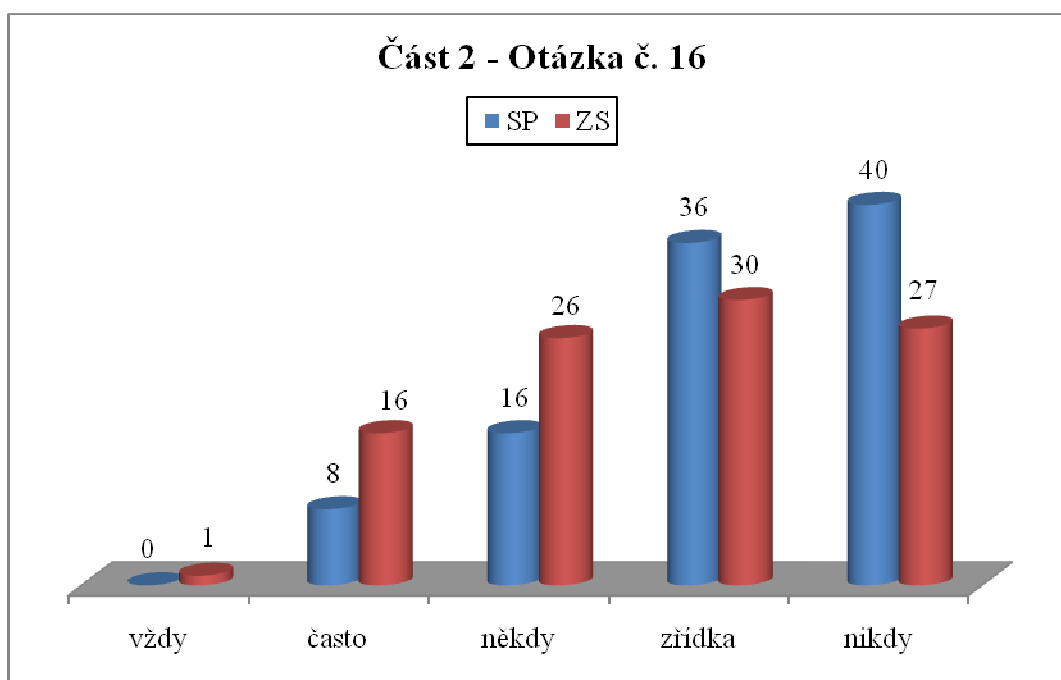


Zdroj: Vlastní vřzkum

Ze zkoumanřho souboru sociálních pracovníků ani ze zkoumanřho souboru sester nezvolil nikdo odpovřď *vřdy*, 2 % (5) sociálních pracovníků a 4 % (8) sester odpovřďelo, ře o odchodu z oboru přemřřlř *řasto*, 15 % (30) sociálních pracovníků a 24 % (47) sester odpovřďelo, ře o odchodu z oboru *řekdy* přemřřlř, 32 % (64) sociálních pracovníků a 33 % (66) sester uvedlo, ře o odchodu z oboru přemřřlř jenom *řřidka* a 51 % (102) sociálních pracovníků a 39 % (79) sester uvedlo, ře se *řnikdy* nepřemřřlř o odchodu z oboru.

Z vřsledků dotazníkovřho řetřeni vřplývá, ře o odchodu z oboru přemřřlř mřně sociálních pracovníků. Rozdřl mezi skupinami ale nedosřhl pořadovanř statistickř 1 % hladiny vřznamnosti (Chi-Square Test).

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



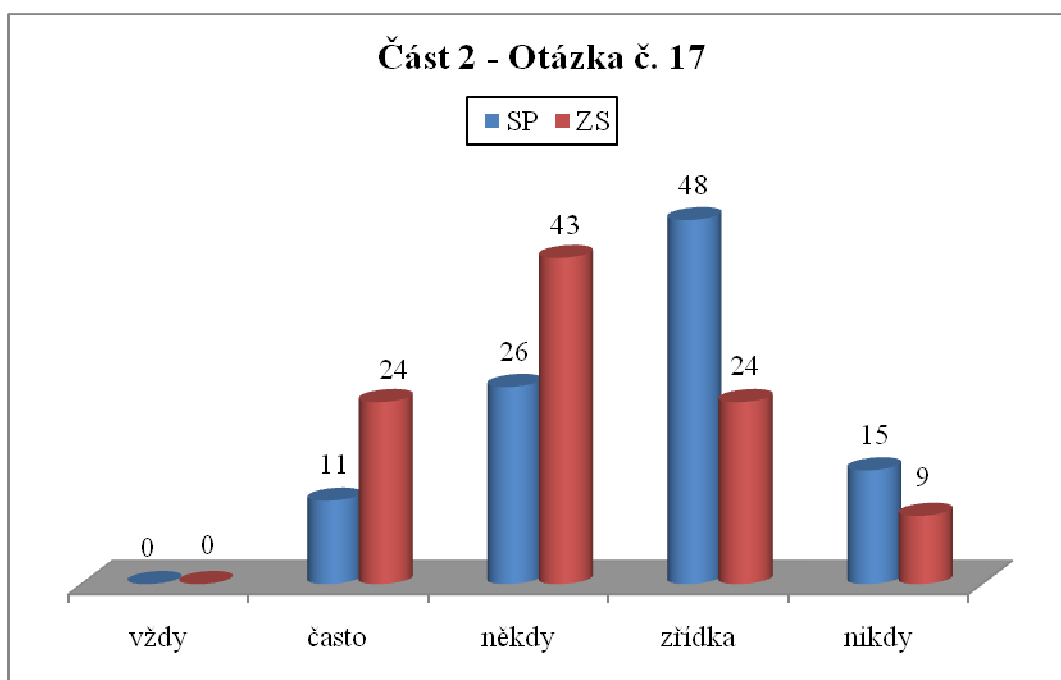
Zdroj: Vlastní výzkum

Ze zkoumaného souboru sociálních pracovníků nezvolil odpověď *vždy* nikdo a ze zkoumaného souboru sester tuto odpověď označilo 1 % (2) sester, 8 % (16) sociálních pracovníků a 16 % (31) sester odpovědělo, že je poruchy spánku trápí *často*, 16 % (32) sociálních pracovníků a 26 % (53) sester odpovědělo, že je poruchy spánku *někdy* trápí, 36 % (72) sociálních pracovníků a 30 % (60) sester zvolilo odpověď, že je poruchy spánku trápí jenom *zřídka* a 40 % (80) sociálních pracovníků a 27 % (55) sester uvedlo, že je nikdy netrápí poruchy spánku.

Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že sestry častěji uvádějí, že trpí poruchami spánku více než sociální pracovníci. Tento rozdíl je statisticky významný na 1 % hladině významnosti (Chi-Square Test).



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

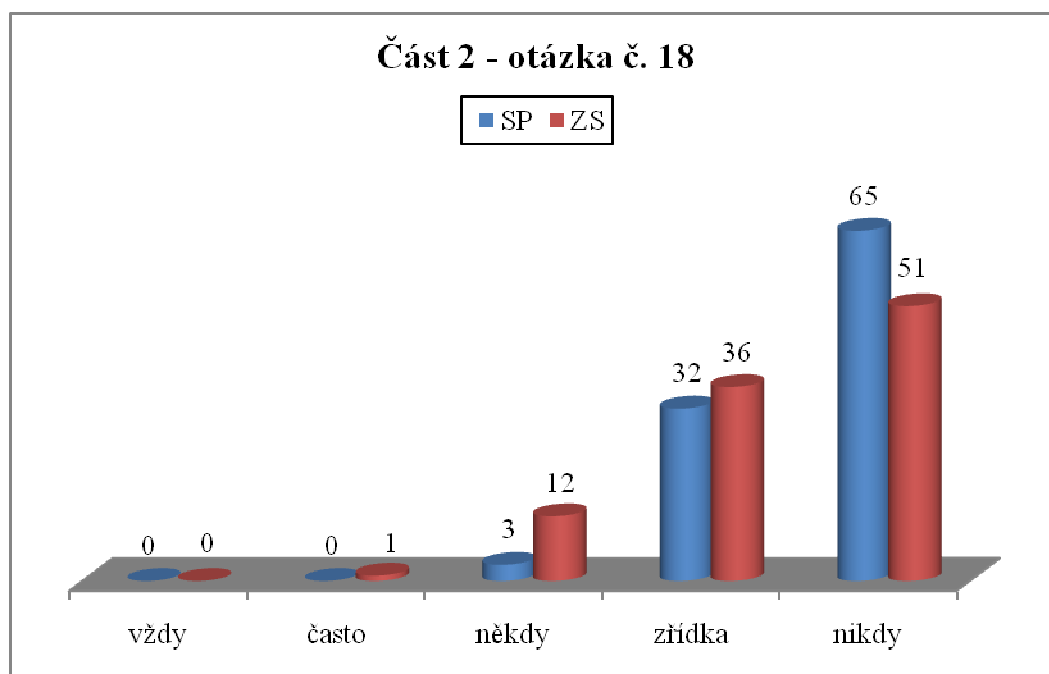


Zdroj: Vlastní výzkum

Ze zkoumaného souboru sociálních pracovníků ani ze zkoumaného souboru sester ne zvolil nikdo odpověď *vždy*, 11 % (21) sociálních pracovníků a 24 % (48) sester odpovědělo, že trpí bolestmi hlavy *často*, 26 % (52) sociálních pracovníků 43 % (87) sester odpovědělo, že *někdy* trpí bolestmi hlavy, 48 % (97) sociálních pracovníků a 24 % (47) sester uvedlo, že bolestmi hlavy trpí jenom *zřídka* a 15 % (31) sociálních pracovníků a 9 % (18) sester uvedlo, že *nikdy* netrpí bolestmi hlavy.

Z grafu je patrné, že sestry častěji uvádějí, že trpí bolestmi hlavy více než sociální pracovníci. Tento rozdíl je statisticky významný na 1 % hladině významnosti (Chi-Square Test).

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

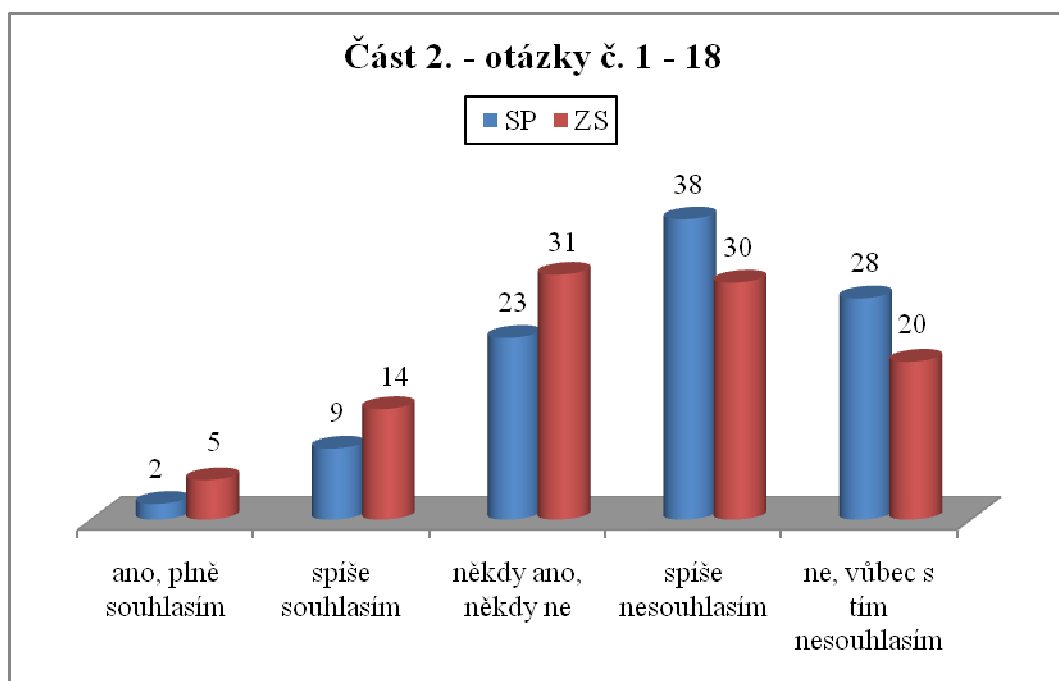


Zdroj: Vlastní výzkum

Ze zkoumaného souboru sociálních pracovníků i ze zkoumaného souboru sester ne zvolil odpověď *vždy* nikdo, ze zkoumaného souboru sociálních pracovníků ne zvolil odpověď *často* nikdo a ze zkoumaného souboru sester tuto odpověď zvolilo 1 % (2) sester, 3 % (6) sociálních pracovníků a 12 % (24) sester odpovědělo, že *někdy* vyhýbají rozhovoru s klienty/pacienty, 32 % (64) sociálních pracovníků a 36 % (73) sester uvedlo, že se vyhýbají rozhovoru s klienty/pacienty jenom *zřídka* a 65 % (130) sociálních pracovníků a 51 % (102) sester uvedlo, že se *nikdy* nevyhýbají rozhovorům s klienty/pacienty.

Z grafu vyplývá, že sociální pracovníci jednoznačněji popírají, že se vyhýbají rozhovoru s klienty/pacienty. Tento rozdíl je statisticky významný na 1 % hladině významnosti (Chi-Square Test).

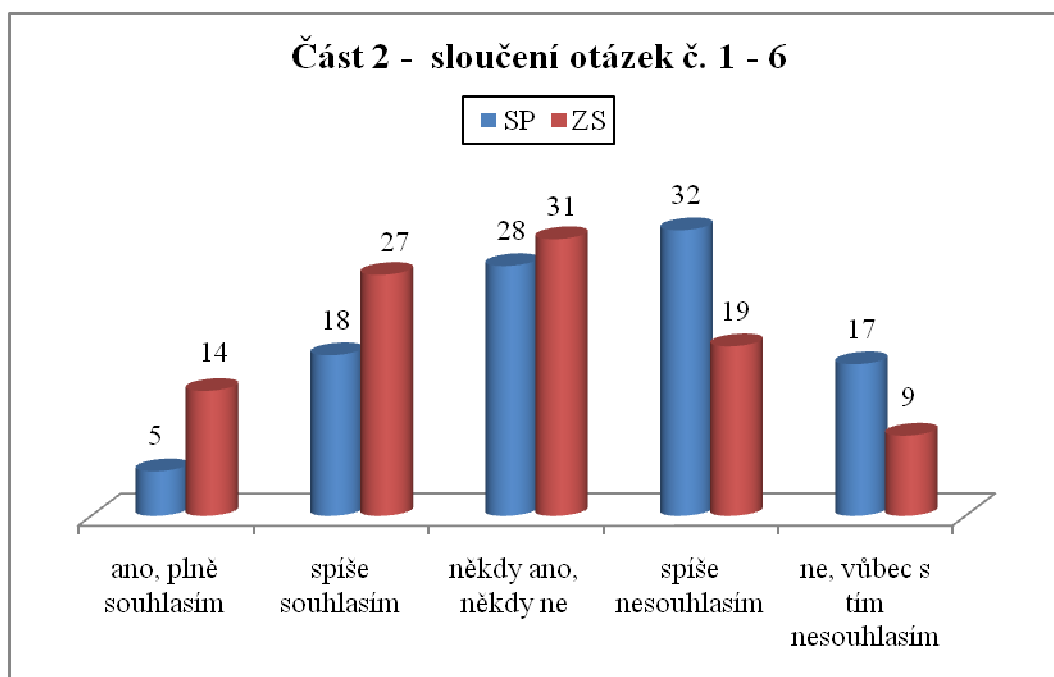
Graf č. 36: Část 2. – Sloučení otázek č. 1 - 18 – Jak se cítíte v posledních dvou týdnech – otázky zaměřené na syndrom vyhoření (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

2 % sociálních pracovníků a 5 % sester plně souhlasí/vždy, 9 % sociálních pracovníků a 14 % sester spíše souhlasí/často, 23 % sociálních pracovníků a 31 % sester uvedlo odpověď někdy ano, někdy ne/někdy, 38 % sociálních pracovníků a 30 % sester spíše nesouhlasí/zřídka, 28 % sociálních pracovníků a 20 % sester se přiklonilo k odpovědi vůbec nesouhlasím/nikdy.

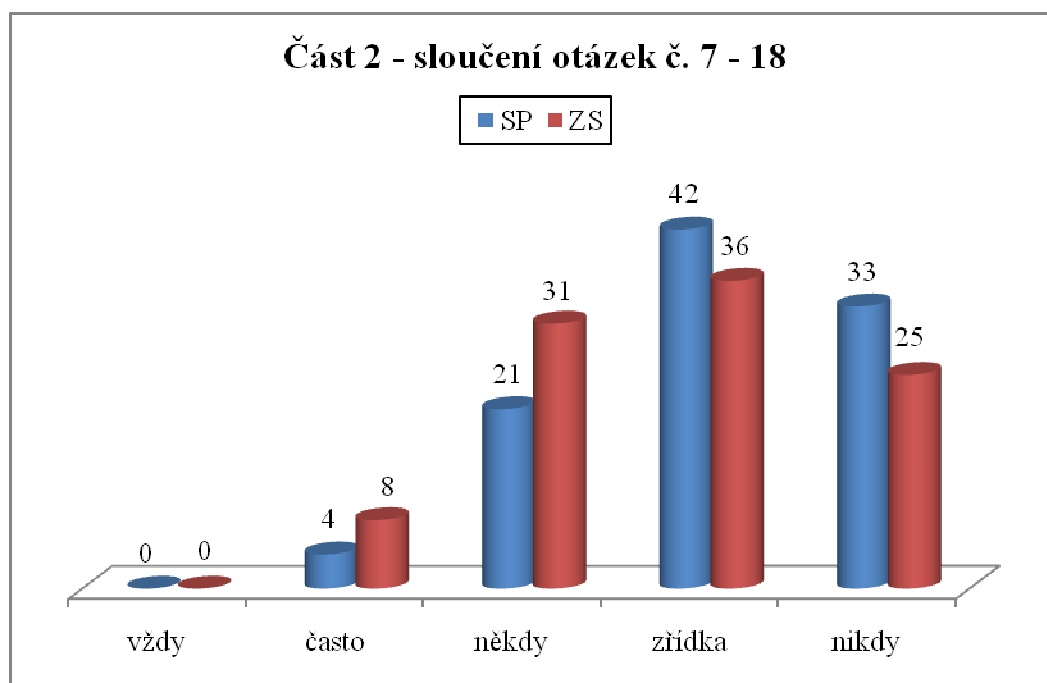
Graf č. 37: Část 2. – Sloučení otázek č. 1 - 6 – Jak se cítíte v posledních dvou týdnech – otázky zaměřené na syndrom vyhoření (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

5 % sociálních pracovníků a 14 % sester plně souhlasí, 18 % sociálních pracovníků a 27 % sester spíše souhlasí, 28 % sociálních pracovníků a 31 % sester uvedlo odpověď někdy ano, někdy ne, 32 % sociálních pracovníků a 19 % sester spíše nesouhlasí, 17 % sociálních pracovníků a 9 % sester s předloženým tvrzením vůbec nesouhlasilo.

Graf č. 38: Část 2. – Sloučení otázek č. 7 – 18 – Jak se cítíte v posledních dvou týdnech – otázky zaměřené na syndrom vyhoření (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

4 % sociálních pracovníků a 8 % sester zvolilo odpověď *často*, 21 % sociálních pracovníků a 31 % sester uvedlo odpověď *někdy*, 42 % sociálních pracovníků a 36 % sester uvedlo odpověď *zřídka*, 33 % sociálních pracovníků a 25 % sester se přiklonilo k odpovědi *nikdy*.

Ve všech grafech vykazují sestry větší intenzitu příznaků vyhoření než sociální pracovníci. Testování rozdílů pomocí testu ANOVA vykázalo významný rozdíl mezi oběma skupinami (sestry a sociální pracovníci).

Tab. č. 7 - Výsledky testu ANOVA rozdílů mezi skupinami u sloučených otázek 1 – 6

pocit v posl. 2 týdnech

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	29,464	1	29,464	65,986	,000
Within Groups	178,611	400	,447		
Total	208,075	401			

Zdroj: Vlastní výzkum

Tab. č. 8 - Výsledky testu ANOVA rozdílů mezi skupinami u sloučených otázek 7 – 18

pocit12

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	7,076	1	7,076	38,704	,000
Within Groups	73,126	400	,183		
Total	80,201	401			

Zdroj: Vlastní výzkum

Na závěr jsme testovali rozdíly mezi soubory vytvořenými z původních souborů pomocí párování, které jsou shodné z hlediska věku, pohlaví a dosaženého nejvyššího vzdělání. Tyto soubory jsme podrobili stejnému statistickému zhodnocení jako soubory původní. Protože testované soubory jsou menší a shodné z hlediska věku, pohlaví a dosaženého nejvyššího vzdělání, zvolili jsme 5 % hladinu významnosti.

I když rozdíly mezi upravenými soubory nejsou tak výrazné jako mezi původními soubory, většina rozdílů zjištěných v původních souborech se ukázala jako významná i zde. Pro přehlednost uvádíme výsledky v následujících dvou tabulkách.

Tab. č. 9

Otázka	Významné rozdíly v původním souboru	Významné rozdíly v upraveném souboru
6. Celý den se v práci nezastavím	Sig 1%	
7. Pracovní tempo si určuji sám/sama	Sig 1%	Sig 1%
8. Má práce je každý den stejná	Sig 1%	Sig 1%
9. Se svými spolupracovníky vycházím dobře		
10. Současná práce narušuje vztahy v mé rodině	Sig 1%	
11. Mám zdravotní potíže	Sig 1%	Sig 1%
12. Prostředí, ve kterém pracuji, se mi líbí		
13. Po práci se cítím často fyzicky vyčerpaný/á	Sig 1%	Sig 1%
14. Každodenní práce s klienty/pacienty mě zatěžuje (sloučená data)		
15. Činnost na našem pracovišti vyžaduje obratnost v jednání s lidmi		
16. Velmi často se musím rychle rozhodovat v časové tísní	Sig 1%	Sig 1%
17. Moje práce vyžaduje stálé vzdělávání		

Zdroj: Vlastní výzkum

Tab. č. 10

Otázka	Významné rozdíly v původním souboru	Významné rozdíly v upraveném souboru
1. Při práci mívám často pocit časového tlaku	Sig 1%	Sig 1%
2. Práce mě neuspokojuje	Sig 1%	
3. Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost	Sig 1%	Sig 1%
4. Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného	Sig 1%	Sig 1%
5. Práce je psychicky náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost	Sig 1%	Sig 1%
6. Práce je psychicky tak náročná, že je velmi obtížné dělat ji po léta se stejnou výkonností	Sig 1%	Sig 5%
7. Obtížně se soustředuji	Sig 1%	
8. Připadám si fyzicky „vyždímaný/á“	Sig 1%	Sig 1%
9. Nemám chuť pomáhat problémovým klientům		
10. Pochybuji o svých profesionálních schopnostech		
11. Pokud je to možné, vyhýbám se odborným rozhovorům se spolupracovníky		
12. V konfliktních situacích na pracovišti se cítím bezmocný/á		
13. Mám problémy se srdcem, dýcháním, trávením apod.	Sig 1%	Sig 1%
14. Můj odborný růst a zájem o obor zaostává	Sig 1%	
15. Přemýšlím o odchodu z oboru		
16. Trápí mě poruchy spánku	Sig 1%	Sig 5%
17. Trpím bolestmi hlavy	Sig 1%	Sig 1%
18. Pokud je to možné, vyhýbám se rozhovoru s klienty	Sig 1%	Sig 1%
Sloučené otázky č. 1 – 6	Sig.	Sig.
Sloučené otázky č. 7 – 18	Sig.	Sig.

Zdroj: Vlastní výzkum



## 5. DISKUZE

Studuji na zdravotně sociální fakultě, jejíž základní filozofií při vzniku fakulty byla „racionální snaha o překlenutí až do té doby přetrvávající ideové propasti, která v minulých obdobích poměrně striktně oddělovala záležitosti zdravotnických disciplin od rozsáhlé a mnohotvaré problematiky sociální“ (85).

Propojení zdravotní a sociální oblasti však vůbec není jednoduché. Šimek uvádí, že „zdravotní a sociální oblast spolu neoddělitelně souvisí. To ví každé malé dítě. Jsou však tyto dvě oblasti v současnosti opravdu propojené? Bohužel musíme na tuto otázku odpovědět záporně. Zdravotní péče stojí na zdravotnických vědách jako je např. anatomie, fyziologie, biochemie a na zdravotnické technologii. Sociální péče však vychází z práva, sociologie, psychologie a ekonomie“ (70).

Abych se ve své práci pohybovala skutečně v oblasti zdravotně sociální, rozhodla jsem se, že se ve své práci pokusím o srovnání právě těchto dvou oblastí, konkrétně povolání sester a sociálních pracovníků. Neboť abychom zjistili, co mají tyto dvě profese společné, musíme také zjistit, čím se od sebe odlišují.

Ve své diplomové práci jsem se zabývala psychosociální zátěží sester a sociálních pracovníků při výkonu jejich povolání. V oblasti zdravotnictví i v oblasti sociální práce byla uskutečněna již řada výzkumů zabývajících se pracovní zátěží a syndromem vyhoření. Avšak většina prací a výzkumů se zaměřila vždy buď pouze na sestry, nebo naopak pouze na sociální pracovníky.

Poté, co jsem se rozhodla, že se pokusím srovnat tyto dvě pomáhající profese, snažila jsem se získat prostřednictvím dotazníkového šetření co nejvíce vyplněných dotazníků, aby bylo možné alespoň jednoduché statistické zpracování dat. Získala jsem celkem 402 vyplněných (použitelných) dotazníků, avšak za tu cenu, že soubory nejsou plně srovnatelné, pokud se týká věku, vzdělání a pohlaví. I když nemohu zcela vyloučit vliv věku a vzdělání, rozdíl mezi skupinami sester a sociálních pracovníků jsou tak výrazné, že jsem se rozhodla je v práci uvést. Při základním zpracování dat v programu SPSS pro Windows 15.0 se ukazovala výraznější vazba jednotlivých položek na příslušnost ke skupině sester či sociálních pracovníků než na věk a vzdělání.

Jednoznačné potvrzení tohoto jevu by mohla přinést vícerozměrná analýza, ta ale přesahuje možnosti diplomové práce.

Abychom vliv ostatních proměnných omezili na nejvyšší možnou míru, rozhodli jsme se při statistickém hodnocení rozdílů, pro 1 % hladinu významnosti.

Na závěr zpracovávání získaných dat jsme pomocí párování vytvořili dva menší soubory shodné z hlediska věku, pohlaví a dosaženého nejvyššího vzdělání. Tyto soubory jsme podrobili stejnému statistickému zhodnocení jako soubory původní. I když rozdíly mezi upravenými soubory nejsou tak výrazné jako mezi původními soubory, většina rozdílů zjištěných v původních souborech se ukázala jako významná i zde.

Vlastním cílem této diplomové práce bylo zjistit, jak respondenti (tj. sestry a sociální pracovníci) vnímají charakter jejich psychosociální pracovní zátěže, a zda jsou ohroženi syndromem vyhoření. Dále také zjistit, zda v rámci pomáhajících profesí zřetelněji vnímají svou psychosociální pracovní zátěž sestry nebo sociální pracovníci a zda je rozdíl v jejich ohrožení syndromem vyhoření.

Před začátkem vlastního výzkumného šetření jsem si stanovila 3 hypotézy :

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

*H2: Sestry více zatěžuje práce s pacienty/klienty než sociální pracovníky.*

*H3: Sestry jsou více ohrožené syndromem vyhoření než sociální pracovníci.*

**Hypotéza H1** předpokládala, že sestry a sociální pracovníci vnímají rozdílně různé prvky své psychosociální pracovní zátěže. Na psychosociální pracovní zátěž byly zaměřeny otázky č. 6 – 17 první části dotazníku. Z výzkumu vyplývá, že respondenti vnímají jako problémové či zatěžují zejména položky č. 6, 7, 8, 10, 11, 13 a 16. U těchto položek je také patrný rozdíl v odpovědích mezi zkoumaným souborem sester a zkoumaným souborem sociálních pracovníků. Až na položky č. 6 a č. 10 zůstává tento rozdíl i mezi redukovanými soubory, vyrovnanými z hlediska věku, pohlaví a dosaženého nejvyššího vzdělání. Z odpovědí na otázku č. 7 je vidět, že sociální

pracovníci uvádějí častěji než sestry, že si své pracovní tempo určují sami. Z toho vyplývá, že u sester se jedná častěji o vynucené pracovní tempo, což znamená větší zátěž. Z odpovědí na otázku č. 8 vyplývá, že sociální pracovníci jsou méně zatíženi stereotypí v práci než sestry. V odpovědích na otázku č. 11 sestry uvádějí přítomnost zdravotních potíží častěji než sociální pracovníci. Sestry se cítí po práci více fyzicky vyčerpané než sociální pracovníci (viz. otázka č. 13) a sestry také častěji uvádějí, že se musí velmi často rozhodovat v časové tísní (viz. otázka č. 16). Z odpovědí respondentů na tyto položené otázky tedy vyplývá jasný závěr: „**Hypotéza H1**, předpokládající, že sestry a sociální pracovníci vnímají rozdílně různé prvky své psychosociální pracovní zátěže, **se potvrdila**“.

Zdravotnické povolání patří z hlediska odborné přípravy i konkrétního profesionálního výkonu mezi povolání náročná. Velký význam zdravotnické práci je kladen na dodržování žádoucích forem jednání ve vztahu k nemocným, ale i ke spolupracovníkům. Očekává se, že zdravotník zvládne dnes již velmi odbornou činnost, práci s moderní technikou, unese fyzickou zátěž své práce, dovede ovlivnit a vést správným směrem prožívání a jednání nemocných, vykonává různé administrativní práce a v neposlední řadě je schopen se vypořádat s pracovními a rodinnými problémy, které život přináší (61).

**Jeklová a Reitmayerová** uvádějí, že harmonické pracovní místo je osvědčeným prostředkem k tomu, aby pomáhající mohl pracovat pod menším tlakem (28).

Položky č. 9 a 12 respondenti nevnímají jako problémové. Odpovědi na tyto otázky jsou u obou zkoumaných souborů v podstatě vyrovnané. U položky č. 9 uvedla většina respondentů (jak sester, tak sociálních pracovníků), že se svými spolupracovníky vychází dobře (viz. graf č. 9). U položky č. 12 uvedla většina jak sester, tak i sociálních pracovníků, že se jim pracovní prostředí líbí (viz. graf č. 12) Zdá se, že pracoviště našich respondentů do značné míry požadavkům na harmonické pracovní místo vyhovují.

Otázka č. 15 se týkala obratnosti v komunikaci, konkrétně zda si respondenti myslí, že činnost na jejich pracovišti vyžaduje obratnost v komunikaci či nikoliv. Oba

zkoumané soubory se v podstatě shodly, že jejich práce vyžaduje obratnost při komunikaci. Nepochybně se jedná o reálné zhodnocení vlastní profese.

**Bártlová** uvádí, že celoživotní vzdělávání sester je považováno za nástroj, který umožňuje sestřám získávat aktuální informace, nejnovější poznatky, dovednosti a reagovat tak na dynamické změny v poskytování zdravotní péče (6). **Bártlová** také uvádí, že významným faktorem při rozhodování, jakou formu celoživotního vzdělávání si sestry zvolí, je její věk. Mladší sestry budou dávat pravděpodobně přednost vysokoškolskému studiu, zatímco starší sestry se budou většinou rozhodovat mezi inovačními kurzy, školicími akcemi, odbornými stážemi, odbornými konferencemi, kongresy a sympozii (5).

Otázka č. 17 se týkala celoživotního vzdělávání pracovníků. Z grafu č. 17 je vidět, že sociální pracovníci kladou na stálé vzdělávání o něco větší důraz než sestry. Tento závěr je možná trochu překvapivý, zejména vzhledem k tomu, že se domnívám, že o vzdělávání sester se v odborné literatuře hovoří více než u sociálních pracovníků.

**Hypotéza H2** předpokládala, že sestry zatěžuje práce s pacienty/klienty více než sociální pracovníky. V otázce č. 14 v první části dotazníku jsem se respondentů přímo zeptala, do jaké míry je zatěžuje práce s různými typy klientů/pacientů. Vzhledem k tomu, že jsem se rozhodla ve své diplomové práci srovnávat sestry a sociální pracovníky, bylo nutné nadefinovat různé typy klientů pro sociální pracovníky a různé typy pacientů pro sestry. Počet předem nadefinovaných typů klientů či pacientů byl u obou zkoumaných souborů stejný, a to 6 klientů/pacientů. Odpovědi na takto položené otázky ovšem nemohly postihnout rozdíly mezi sledovanými soubory. Proto jsem sloučila všech šest podotázek otázky č. 14 u sester i sociálních pracovníků tak, že jsem sečetla u každého respondenta všech 6 odpovědí a vydělila 6 (provedeno v programu Microsoft Office Excel). Z grafu č. 14 vyplývá, že odpovědi sester a sociálních pracovníků jsou vyrovnané a příliš se od sebe neliší. Odpovědi respondentů na tuto otázku byly rovněž vyhodnoceny pomocí testu ANOVA. Protože rozdíly mezi zkoumanými soubory nejsou významné, musím uzavřít/konstatovat, že: „**Hypotéza H2**, předpokládající, že sestry jsou zatěžovány svými pacienty/klienty více než sociální pracovníci, se nepotvrdila“.

Ze statistického hlediska nerozpoznání rozdílu ještě neznamena, že rozdíl mezi soubory neexistuje. Zde je nutné připustit, že prostý dotaz na míru zátěže dané komunikací s různými pacienty/klienty nemusel odhalit skutečný stupeň zátěže.

**Mlčák** uvádí, že interpersonální interakce sociálních pracovníků s klienty se v odborné literatuře považuje za rozhodující faktor pracovní zátěže a také za činitel, který je v rozhodující míře odpovědný za rozvoj akutních stresových reakcí i dlouhodobých důsledku stresu (**51**).

Průměry v tabulce č. 4 ukazují, že sestry uváděly jako nejvíce zatěžující práci s pacienty, kteří vyžadují zvýšenou pozornost a s pacienty s psychickými poruchami. Z tabulky č. 5 můžeme vyčíst, že dotázaní sociální pracovníci považují za nejvíce zatěžující práci s agresivními a manipulativními klienty.

**Hypotéza H3** předpokládala, že sestry jsou více ohrožené syndromem vyhoření než sociální pracovníci. Druhá část dotazníku (tj. otázky č. 1 – 18) byla zaměřena na syndrom vyhoření. Nejprve jsem každou otázku ze druhé části vyhodnotila a znázornila pomocí sloupcového grafu (viz. grafy č. 18 – 35). Poté jsem ještě všechny otázky sloučila do jednoho grafu (viz. graf č. 36) a porovnávala jsem odpovědi sester a sociálních pracovníků. Z důvodu odlišné pětibodové hodnotící škály u otázek č. 1 – 6 a u otázek č. 7 – 18 jsem vytvořila ještě další dva sloupcové grafy (viz. graf č. 37 a 38). Odpovědi druhé části dotazníku jsem taktéž hodnotila i pomocí statistického programu SPSS pro Windows 15.0.

U třinácti z osmnácti položených otázek se ukázalo, že rozdíl je statisticky významný. Též z grafů č. 36, 37 a 38 je patrné, že sestry vykazují souhrnně více příznaků syndromu vyhoření než sociální pracovníci. Tento rozdíl byl též potvrzen statistickým zhodnocením. Z těchto výsledků můžeme učinit závěr: „**Hypotéza H3**, která předpokládala, že sestry jsou více ohrožené syndromem vyhoření než sociální pracovníci, **se potvrdila**“.

Lidé, kteří procházejí vyhořením, zjišťují, že veškerá jejich duševní, emocionální a fyzická energie je vypotřebována. Jejich síly jsou vyčerpané a oni ztrácejí vůli vytrvat (**59**). **Mikuličková** uvádí, že existuje celá řada praktických nástrojů, které pomáhají člověku udržet vysokou hladinu energie. Jedním z nich je např. networking,

kdy se jedinec obklopí podobně smýšlejícími lidmi, se kterými potom společně rozebírá danou problematiku. Za následek to má dobití vlastní energie, jedinec získává pocit jistoty a také mnoho důležitých informací, díky kterým má možnost vyřešit řadu problémů (61).

**Bártlová** uvádí: „Náročnost ve zdravotnictví nelze zmírnit, ta dokonce narůstá, protože zdravotnictví klade stále větší požadavky na profesní úroveň i sociální dovednosti sestry. Požaduje více komunikativnosti, psychoterapeutické přístupy k pacientům i jejich rodinným příslušníkům. Stále nové pomůcky a materiály usnadňují péči a zlepšují komfort nemocného, ale kladou nároky na jejich ovládání a efektivní využívání sestrami. Roste náročnost používaných léčebných postupů, narůstá administrativa a nezanedbatelné jsou právní a etické tlaky na pracovníky ve zdravotnictví“ (4).

Ke zmírnění náročnosti práce sester je nutný jak dostatečný počet pomocného personálu, tak nezatěžování kvalifikovaných sester prací, která jim nepřínáleží (4).

**Bártlová** dále také uvádí, že psychosociální zátěž při práci sestry je jedním ze základních faktorů, které určují náročnost tohoto povolání. U profese sestry dochází v dlouhodobé perspektivě v důsledku nepřiměřených požadavků a omezení pozitivní odezvy k projevům chronické nespokojenosti, poruchám přizpůsobení a pracovní demotivaci (6).

Výsledky ve své práci považuji za další potvrzení potřeby zmírňovat náročnost práce sester a ostatních pracovníků v pomáhajících profesích. Vedoucí pracovníci by tomuto problému měli věnovat systematickou pozornost.

## 6. ZÁVĚR

Předložená diplomová práce je zaměřená na problematiku psychosociální pracovní zátěže v pomáhajících profesích, konkrétně v profesi sester a sociálních pracovníků. Dále se také zabývá mírou ohrožení syndromu vyhoření v rámci těchto pomáhajících povolání.

Mezi pomáhající profese můžeme kromě sester a sociálních pracovníků zařadit ještě např. lékaře, psychoterapeuty či učitele. Jedná se o velmi náročná povolání, jejichž hlavní náplní je pomáhat lidem. Výkon těchto profesí je také spojen s každodenním kontaktem s lidmi, kteří se často nacházejí v tíživé životní situaci. Pracovníci jsou tak při práci vystavováni rozmanitým prvkům pracovní zátěže, a to v oblasti fyzické, psychické i sociální.

Cílem empirické části této diplomové práce bylo zjistit, jak sestry a sociální pracovníci vnímají charakter jejich psychosociální pracovní zátěže, a zda jsou ohroženi syndromem vyhoření. Dále také zjistit, zda v rámci pomáhajících profesí zřetelněji vnímají svou psychosociální pracovní zátěž sestry nebo sociální pracovníci a zda je rozdíl v jejich ohrožení syndromem vyhoření. V souvislosti s těmito cíli byly stanoveny a zkoumány následující tři hypotézy:

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

*H2: Sestry více zatěžuje práce s pacienty/klienty než sociální pracovníky.*

*H3: Sestry jsou více ohrožené syndromem vyhoření než sociální pracovníci.*

K ověření těchto hypotéz jsem zvolila kvantitativní metodu dotazování a techniku dotazníku. K dotazníkovému šetření byl použit vlastní dotazník. Dotazník byl anonymní. Při jeho konstrukci jsem vycházela z dotazníku, který mi poskytl vedoucí mé diplomové práce. Původní dotazník byl rozsáhlejší a byl konstruován pouze pro sestry, proto pro účely diplomové práce bylo nutné vybrat vhodné položky a vytvořit některé vlastní položky aplikovatelné na sestry i sociální pracovníky. V dotazníku byly použity

především uzavřené otázky, kde měli respondenti možnost označit na pětibodové škále pouze jednu odpověď, která nejvíce korespondovala s jejich osobním názorem.

Odpovědi z dotazníku byly zpracovány jak manuálně, čárkovou metodou, tak i prostřednictvím statistického programu SPSS pro Windows 15.0. Grafické znázornění výsledků bylo provedeno pomocí výšečových a sloupcových grafů vytvořených v programu Microsoft Office Excel.

Po vyhodnocení výsledků získaných z dotazníkového šetření jsem zjistila, že předem stanovená **hypotéza H1**, která předpokládala, že sestry a sociální pracovníci vnímají rozdílně různé prvky své psychosociální pracovní zátěže, **byla potvrzena**. Respondenti vnímají jako problémové neboli zatěžují tyto položky z první části dotazníku: položky č. 6, 7, 8, 10, 11, 13, 14 a 16. Naopak položky č. 9, 12, 15 a 17 nevnímají respondenti jako problémové. V položkách č. 6, 7, 8, 10, 11, 13 a 16 se zkoumaný soubor sester a zkoumaný soubor sociálních pracovníků liší. Rozdíl je statisticky významný na 1 % hladině významnosti (Chi-Square Test). Na základě tohoto výčtu můžeme říci, že jsme prokázali, že skupina sester a skupina sociálních pracovníků vnímají rozdílně různé prvky psychosociální pracovní zátěže.

Druhá **hypotéza H2**, která předpokládala, že sestry více zatěžuje práce s pacienty/klienty než sociální pracovníky, **nebyla potvrzena**. V otázce č. 14 v první části dotazníku jsem se respondentů přímo zeptala, zda je zatěžuje práce s různými typy klientů či pacientů. Výsledky jsou znázorněny v grafech č. 14 a – f. Z těchto grafů vyplývá, že odpovědi sester a sociálních pracovníků jsou v podstatě vyrovnané a příliš se od sebe neliší. Odpovědi byly rovněž vyhodnoceny prostřednictvím statistického programu SPSS pro Windows 15.0. Průměrná zátěž při práci s pacienty či klienty u porovnávaných skupin byla na základě odlišných variancí testována pomocí testu ANOVA. Dosažená hladina významnosti 93, 5 % ukazuje na zanedbatelné rozdíly mezi skupinami.

**Hypotéza H3**, která předpokládala, že sestry jsou více ohrožené syndromem vyhoření než sociální pracovníci, **byla potvrzena**. Vyplývá to jak z odpovědí na jednotlivé otázky, tak i ze souhrnných grafů č. 36, 37 a 38. Odpovědi byly vyhodnoceny rovněž pomocí statistického programu SPSS pro Windows 15.0. Už z grafů č. 36, 37 a



38 je patrné, že sestry vykazují více příznaků syndromu vyhoření než sociální pracovníci. Statistické zpracování dat tento závěr potvrzuje.

Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že sestry i sociální pracovníci jsou v rámci výkonu svého povolání vystavovány psychosociální zátěži. Z výsledků dále vyplývá, že sestry se cítí více zatíženy psychosociální pracovní zátěží než sociální pracovníci. Vzhledem k těmto výsledkům si myslím, že by bylo vhodné, aby se věnovalo problematice psychosociální pracovní zátěže i syndromu vyhoření, a to zejména v souvislosti s těmito profesemi, více pozornosti. Také si myslím, že bychom se do budoucna měli zajímat o to, jak minimalizovat vlivy působící negativně na pomáhajícího pracovníka při výkonu jeho povolání.

Výsledky diplomové práce mohou posloužit k informování široké i odborné veřejnosti o dané problematice. Dále mohou výsledky sloužit jako případný impuls k tomu, aby se vedoucí pracovníci problematikou psychosociální pracovní zátěže u pomáhajících pracovníků v jednotlivých zdravotnických i sociálních zařízeních více zabývali. Výsledky mohou být rovněž podkladem pro další studie a výzkumy v této oblasti.

## 7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-439-9.
2. BAŠTECKÝ, ŠAVLÍK, ŠIMEK, J. *Psychosomatická medicína*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1993. 363 s. ISBN 80-7169-031-7.
3. BAUMRUK, J. a kol. *Analýza rizik při práci*. 3. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2002. 136 s. ISBN 80-7071-209-0.
4. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vyd. Praha: Grada, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
5. BÁRTLOVÁ, S. Sociologické aspekty vzdělávání sester. *Sestra*, 2005, roč. 15, č. 10, s. 13. ISSN 1210-0404.
6. BÁRTLOVÁ, S., MATULAY, S. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. 1. vyd. Martin: OSVETA, 2009. 141 s. ISBN 978-80-8063-306-6.
7. BLAŽKOVÁ, V. *Psychická pracovní zátěž* [online]. [cit. 2010-04-19]. Dostupné z: <<http://www.szu.cz/tema/pracovni-prostredi/psychicka-pracovni-zatez>>.
8. BŘEZINOVÁ, J. Povolání sestry. *Sestra*, 2006, roč. 16, č. 11, s. 17 – 22. ISSN 1210-0404.
9. ČESKÁ ASOCIACE SESTER. Etický kodex ICN [online]. [cit.2010-05-15]. Dostupné z: <[http://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/eticky\\_kodex\\_icn.pdf](http://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn.pdf)>.
10. DOBEŠOVÁ, H., MAŘATOVÁ, M. Psychologická úskalí v práci zdravotních sester na JIP. In: *Ošetrovatelství na prahu 3. tisíciletí*. Praha: Galén, 2000. s. 82 – 83. ISBN 80-86257-21-5.
11. DOLISTA, J., JEŽEK, R. *Etika zaměstnance veřejné správy*. 1. vyd. České Budějovice: Vysoká škola evropských a regionálních studií, 2006. 122 s. ISBN 80-86708-20-9.
12. EUROPEAN ASSOCIATION OF SCHOOLS OF SOCIAL WORK. *International Definition of Social Work* [online]. [cit.2010-05-24]. Dostupné z: <<http://www.eassw.org/definition.asp>>.

13. GENDLIN, E. *Focusing*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. Přeložili Kristina a Jan Černí. 176 s. ISBN 80-7178-793-0.
14. GUČKOVÁ, M. Fyzická zátěž sester. *Sestra*, 2007, roč. 17, č. 6, s. 21. ISSN 1210-0404.
15. HALÍK, T. *Sedm úvah o službě nemocným a trpícím*. 1. vyd. Brno: Cesta, 1993. 59 s. ISBN 80-85319-27-6.
16. HALUZÍKOVÁ, J., ŘÍMOVSKÁ, Z. Zvládání stresu a prevence jeho následků. *Sestra*, 2010, roč. 20, č. 4, s. 26. ISSN 1210-0404.
17. HANUŠ, P. Kdo je sociální pracovník a proč by měl být vzdělaný. *Sociální práce*, 2007, roč. 7, č. 1, s. 5-6. ISSN 1213-6204.
18. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 774 s. ISBN 80-7178-303-X.
19. HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetřovatelství 5: Manuálek o etice*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 46 s. ISBN 80-7013-310-4.
20. HAWKINS, P., SHOHET, R. *Supervize v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. Přeložila Helena Hartlová. 208 s. ISBN 80-7178-715-9.
21. HÁJEK, K. *Práce s emocemi pro pomáhající profese: tělesně zakotvené prožívání*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 119 s. ISBN 80-7367-107-7.
22. HÁJEK, K. *Focusing* [online]. [cit. 2010-04-15]. Dostupné z: <<http://www.karelhajak.org/focusing.htm>>.
23. HLADKÝ, A. *Hodnocení psychické pracovní zátěže* [online]. [cit. 2010-04-26]. Dostupné z: <[http://www1.szu.cz/chpnp/pages/education/19\\_hladkydopol.pdf](http://www1.szu.cz/chpnp/pages/education/19_hladkydopol.pdf)>.
24. HLADKÝ, A. a spolupracovníci. *Zdravotní aspekty zátěže a stresu*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1993. 173 s. ISBN 80-7066-784-2.
25. HLADKÝ, A., ŽÍDKOVÁ, Z. *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1999. 78 s. ISBN 80-7184-890-5.
26. HONZÁK, R., KURZOVÁ, H. *Burnout syndrom*. SANQUIS [online]. 2003 [cit. 2010-04-15]. Dostupné z: <<http://www.sanquis.cz/index.php?linkID=art569>>.

27. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
28. JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E. *Syndrom vyhoření*. 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 32 s. ISBN 80-86991-74-1.
29. JOBÁNKOVÁ, M., KVAPILOVÁ, J. Zdroje psychosociální zátěže v sesterské profesi. *Sestra*, 2007, roč. 17, č. 7- 8 , s. 18-19. ISSN 1210-0404.
30. KAHOUN, V. a kol. *Sociální zabezpečení: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009. 445 s. ISBN 978-80-7387-346-2.
31. KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha: ACADEMIA, 2005. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.
32. KEBZA, KOMÁREK. *Pohyb a relaxace*. 2. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. 23 s. ISBN 80-7071-217-1.
33. KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření : (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. 23 s. ISBN 80-7071-231-7.
34. KOLÁČKOVÁ, J. Supervize. In: MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. 384 s. ISBN 80-7178-548-2.
35. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 5. vyd. Praha: Portál, 2006. 147 s. ISBN 80-7367-181-6.
36. KOPŘIVA, K. *Co je to focusing* [online]. [cit. 2010-04-26]. Dostupné z: <<http://www.focusing.cz>>.
37. KOZLOVÁ, L., KUBELOVÁ, V. *Jak psát bakalářskou a diplomovou práci*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2008. 56 s. ISBN 978-80-7394-112-3.
38. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998. 131 s. ISBN 80-7169-551-3.
39. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.

40. KŘIVOHLAVÝ, J. *Sestra a stres. Příručka pro duševní pohodu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 119 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
41. KUKLÍK, R., BEZDĚKOVÁ, M. Co trápí sestry ve zdravotnictví? *Zdravotnické noviny*, 2006, roč. 55, č. 43, s. 12-14. ISSN 0044-1996.
42. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
43. MALLOTOVÁ, K. Burn-out neboli syndrom vyhoření. *Psychologie dnes*, 2000, roč. 2, č. 6, s. 14 – 15. ISSN 1212-9607.
44. MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 384 s. ISBN 80-7178-548-2.
45. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 288 s. ISBN 80-7178-549-0.
46. MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. 312 s. ISBN 978-80-7367-331-4
47. MAYEROVÁ, M. *Stres, motivace a výkonnost*. 1. vyd. Praha: Grada, 1997. 132 s. ISBN 80-7169-425-8.
48. MIČUDOVÁ, E. Zamyšlení nad postavením sester v české společnosti. *Sestra*, 2007, roč. 17, č. 5, s. 20. ISSN 1210-0404.
49. MÍČEK, L. *Duševní hygiena*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1984. 208 s.
50. MLČÁK, Z. Temperamentové dimenze osobnosti, syndrom vyhaslosti a sociální opora ve vybraných pomáhajících profesích. *Kontakt*, 2002, roč. 4, č. 4, s. 147 - 159. ISSN 1212-4117.
51. MLČÁK, Z. Potenciální zdroje stresu v sociální práci. *Sociální práce*, 2005, roč. 5, č. 3, s. 123 - 138. ISSN 1213-6204.
52. NAKONEČNÝ, M. *Psychologie téměř pro každého*. 1. vyd. Praha: Academia, 2004. 318 s. ISBN 80-200-1198-6.
53. NAVRÁTIL, P. Současné pojetí a dilemata disciplíny. In: Matoušek, O. a kol. *Základy sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. 312 s. ISBN 978-80-7367-331-4.

54. NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství*. 2. vyd. Praha: Portál, 2006. 159 s. ISBN 80-7367-174-3.
55. NOVOTNÝ, J., TÓTHOVÁ, V., VELEMÍNSKÝ, M. Ošetrovatel'stvo na křížovatke tisícročí. *Kontakt*, 2006, roč. 8, č. 2, s. 212 – 223. ISSN 1212-4117.
56. PLEVOVÁ, Zdravotní sestra a pomáhající profese. *Profese III/1*, 2008, roč. 3, č. 1, s. 9 - 11. ISSN 1802-2081.
57. POTTEROVÁ, B. A. *Jak se bránit pracovnímu vyčerpání*. 1. vyd. Olomouc: Votobia, 1997. Přeložila: Věra Moravová. 259 s. ISBN 80-7198-211-3.
58. ROUNOVÁ, K. *Stres v profesi učitele* [online]. [cit. 2010-04-19]. Dostupné z: <[http://tarantula.ruk.cuni.cz/KKP-14-version1-Zatez\\_v\\_profesi\\_ucitele.pdf](http://tarantula.ruk.cuni.cz/KKP-14-version1-Zatez_v_profesi_ucitele.pdf)>.
59. RUSH, M. D. *Syndrom vyhoření*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 2003. 129 s. ISBN 80-7255-074-8.
60. ŘEZNÍČEK, I. *Metody sociální práce*. Dotisk 1. vyd. Praha: SLON, 1997. 75 s. ISBN 80-85850-00-1.
61. SIMONOVÁ, I., OZOROVSKÝ, V. Role stresu v práci zdravotnických pracovníků. *Sestra*, 2010, roč. 20, č. 7 - 8, s. 24. ISSN 1210-0404.
62. SCHMIDBAUER, W. *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. Přeložil Petr Patočka. 176 s. ISBN 80-7178-312-9.
63. SCHMIDBAUER, W. *Syndrom pomocníka*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. Přeložil: Petr Babka. 234 s. ISBN 978-80-7367-369-7.
64. SPOLEČNOST SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ ČESKÉ REPUBLIKY. *Etický kodex sociálních pracovníků ČR* [online]. [cit.2010-05-15]. Dostupné z: <<http://www.socialnipracovnici.cz/images/pdf/Eticky%20kodex%20SSPCR.pdf>>
65. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 1: Koncepce českého ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998. 50 s. ISBN 57-856-98.
66. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 11, Sestra - reprezentant profese*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2002. 78 s. ISBN 80-7013-368-6.
67. STOCK, CH. *Das Burnout-syndrom* [online]. [cit.2010-06-12]. Dostupné z:

- <[http://www.bsafb.de/fileadmin/downloads/pa13\\_10\\_2008/pa13\\_10\\_2008\\_das\\_burnout\\_syndrom.pdf](http://www.bsafb.de/fileadmin/downloads/pa13_10_2008/pa13_10_2008_das_burnout_syndrom.pdf)>.
68. ŠIKLOVÁ, J. Sociální práce v našem státě od druhé světové války do současnosti. In: Matoušek, O. a kol. *Základy sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. 312 s. ISBN 978-80-7367-331-4.
  69. ŠIMEK, J. Image sestry – sociálně psychologické aspekty sesterské profese. In: MAREČKOVÁ, J., VRÁNOVÁ, V. *Ošetrovatelství na prahu 3. tisíciletí*. Praha: Galén, 2000. s. 119 – 121. ISBN 80-86257-21-5.
  70. ŠIMEK, J. Víme, co je zdravotně sociální? *Kontakt*, 2010, roč. 12, č. 1, s. 5 – 6. ISSN 1212-4117.
  71. ŠIŠLÁKOVÁ, P. Udržování duševního zdraví sestry. *Sestra*, 2006, roč. 16, č. 7 – 8, s. 20. ISSN 1210-0404.
  72. ŠKULÉCOVÁ, A., JANKOVSKÝ, J. Význam etických aspektů práce v pomáhajících profesích. *Sociální práce*, 2004, roč. 4, č. 4. s. 54 – 61. ISSN 1213-6204.
  73. ŠOLCOVÁ, I. Umíte si poradit se stresem? In: JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E. *Syndrom vyhoření*. 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 32 s. ISBN 80-86991-74-1.
  74. ŠULISTOVÁ, J. Touží sestry po moci? *Sestra*, 2005, roč. 15, č. 11. s. 20 - 21. ISSN 1210-0404.
  75. TOMEŠ, I. Sociální politika, sociální služby a sociální práce. In: Matoušek, O. a kol. *Základy sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. 312 s. ISBN 978-80-7367-331-4.
  76. TOŠNER, J., TOŠNEROVÁ, T. *Burn-out syndrom, Syndrom vyhoření. Pracovní sešit pro účastníky kurzu*. [online]. [cit.2010-04-15]. Dostupné z: <[www.hest.cz/ruzne/BURNOUT.doc](http://www.hest.cz/ruzne/BURNOUT.doc) >.
  77. ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. 3. vyd. Praha: SLON, 2005. 128 s. ISBN 80-86429-36-9.
  78. VITOŠOVÁ, M. Komunikace mezi sestrou a lékařem. *Sestra*, 2007, roč. 17, č. 5, s. 22. ISSN 1210-0404.

79. Vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v platném znění.
80. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění.
81. WEBER, A., JAEKEL-REINHARD, A. *Burnout syndrome: a disease of modern societies?* [online]. [cit.2010-06-12]. Dostupné z: <<http://occmed.oxfordjournals.org>>.
82. ZACHAROVÁ, E. Syndrom vyhoření – riziko ohrožující zdravotnické pracovníky. *Interní medicína pro praxi*, 2008, roč. 10, č. 1, s. 41 – 42. ISSN 1212-7299.
83. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), v platném znění.
84. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.
85. ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA JIHOČESKÉ UNIVERZITY V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. *Historie a profil fakulty* [online]. [cit.2010-05-15]. Dostupné z: <<http://www.zsf.jcu.cz/fakulta/char.html>>.
86. ŽIŽKOVÁ, B. *Empatie a syndrom vyhoření v pomáhajících profesích* [online]. [cit.2010-05-15]. Dostupné z: <<http://conferences.jcu.cz/affiliation2006/Articles/zizkova>>.



## **8. KLÍČOVÁ SLOVA**

Pomáhající profese

Pracovní zátěž

Psychosociální zátěž

Sestra

Sociální pracovník

Stres

Syndrom vyhoření

Zátěž

## **9. PŘÍLOHY**

**Příloha č. 1 – Dotazník psychosociální pracovní zátěže sociálních pracovníků**

**Příloha č. 2 – Dotazník psychosociální pracovní zátěže sester**

**Příloha č. 3 – Etický kodex sociálních pracovníků ČR**

**Příloha č. 4 – Etický kodex sester**

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

**Příloha č. 6 – Odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry  
(z. č. 96/2004 Sb.)**

**Příloha č. 7 – Činnosti, které vykonává všeobecná sestra (vyhl. č. 424/2004 Sb.)**

**Příloha č. 8 – Desatero podnětů pro zdravotní sestry v péči o jejich vlastní přežití**

**Příloha č. 9 – 7 praktických postupů zvládnání stresu**

**Příloha č. 10 – Příručka focusingu**

## **Příloha 1:**

### **DOTAZNÍK PSYCHOSOCIÁLNÍ PRACOVNÍ ZÁTĚŽE SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ**

Jmenuji se Lucie Kuřátková a jsem studentkou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, navazujícího magisterského oboru na Zdravotně sociální fakultě. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, určeného sociálním pracovníkům. Tento dotazník je podkladem k výzkumné části mé diplomové práce s názvem „Psychosociální zátěž při práci sester a sociálních pracovníků“. Dotazník je zcela anonymní.

Pokyny k vyplnění:

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

#### **1. Váš věk:**

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

#### **2. Vaše pohlaví**

- muž
- žena

#### **3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- |                 |                  |
|-----------------|------------------|
| SŠ              | VOŠ              |
| VŠ – bakalářské | VŠ - magisterské |

#### **4. V jaké organizaci pracujete?**

- zdravotnické zařízení
- zdravotně sociální zařízení
- nestátní nezisková organizace
- úřad (MÚ, KÚ, magistrát, ...)
- jiné, napište jaké.....

#### **5. Jak dlouho pracujete v oboru?**

- |            |               |
|------------|---------------|
| do 5 let   | 11 - 20 let   |
| 6 – 10 let | 21 a více let |

**Zaškrtněte, do jaké míry souhlasíte s tvrzeními:**

**6. Celý den se v práci nezastavím**

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

**7. Pracovní tempo si určuji sám/sama**

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

**8. Má práce je každý den stejná**

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

**9. Se svými spolupracovníky vycházím dobře**

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

**10. Současná práce narušuje vztahy v mé rodině**

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

**11. Mám zdravotní potíže**

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

**12. Prostředí, ve kterém pracuji, se mi líbí**

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

**13. Po práci se cítím často fyzicky vyčerpaný/á**

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

**14. Zatěžuje mě práce s těmito typy klientů**

**závislí klienti**

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

**manipulativní klienti**

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

**klienti s postižením**

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

**agresivní klienti**

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

**mlčenliví klienti**

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

**klienti s psychickými poruchami**

ano, plně souhlasím

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

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

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

**16. Velmi často se musím rychle rozhodovat v časové tísní**

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

**17. Moje práce vyžaduje stálé vzdělávání**

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

**Jak se cítíte v posledních dvou týdnech**

**1. Při práci mívám často pocit časového tlaku**

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

**2. Práce mě neuspokojuje**

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

**3. Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost**

ano, plně souhlasím  
spíše souhlasím

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

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

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

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

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

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

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

**7. Obtížně se soustředuji**

vždy	často	někdy	zřídka	nikdy
------	-------	-------	--------	-------

**8. Připadám si fyzicky „vyždímaný/á“**

vždy	často	někdy	zřídka	nikdy
------	-------	-------	--------	-------

**9. Nemám chuť pomáhat problémovým klientům**

vždy	často	někdy	zřídka	nikdy
------	-------	-------	--------	-------

**10. Pochybuji o svých profesionálních schopnostech**

vždy	často	někdy	zřídka	nikdy
------	-------	-------	--------	-------

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

vždy	často	někdy	zřídka	nikdy
------	-------	-------	--------	-------

**12. V konfliktních situacích na pracovišti se cítím bezmocný/á**

vždy	často	někdy	zřídka	nikdy
------	-------	-------	--------	-------

**13. Mám problémy se srdcem, dýcháním, trávením apod.**

vždy              často              někdy              zřídka              nikdy

**14. Můj odborný růst a zájem o obor zaostává**

vždy              často              někdy              zřídka              nikdy

**15. Přemýšlím o odchodu z oboru**

vždy              často              někdy              zřídka              nikdy

**16. Trápí mě poruchy spánku**

vždy              často              někdy              zřídka              nikdy

**17. Trpím bolestmi hlavy**

vždy              často              někdy              zřídka              nikdy

**18. Pokud je to možné, vyhýbám se rozhovoru s klienty**

vždy              často              někdy              zřídka              nikdy

Děkuji předem za čas, který jste při svém nemalém pracovním vytížení vyplnění dotazníku věnoval/a.



**Příloha č. 2:**

**DOTAZNÍK PSYCHOSOCIÁLNÍ PRACOVNÍ ZÁTĚŽE SESTER**

Jmenuji se Lucie Kuřátková a jsem studentkou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, navazujícího magisterského oboru na Zdravotně sociální fakultě. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, určeného zdravotním sestřám. Tento dotazník je podkladem k výzkumné části mé diplomové práce s názvem „Psychosociální zátěž při práci sester a sociálních pracovníků“. Dotazník je zcela anonymní.

Pokyny k vyplnění:

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

**1. Váš věk:**

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

**2. Vaše pohlaví**

- muž
- žena

**3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

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

**4. Na jakém oddělení jste zaměstnán (a)?**

- |                          |         |             |
|--------------------------|---------|-------------|
| standardní               | interní | chirurgické |
| JIP                      | interní | chirurgické |
| ARO                      |         |             |
| jiné, napište jaké ..... |         |             |

**5. Jak dlouho pracujete v oboru?**

- |            |               |
|------------|---------------|
| do 5 let   | 11 - 20 let   |
| 6 – 10 let | 21 a více let |

**Zaškrtněte, do jaké míry souhlasíte s tvrzeními:**

**6. Celý den se v práci nezastavím**

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

**7. Pracovní tempo si určuji sám/sama**

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

**8. Má práce je každý den stejná**

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

**9. Se svými spolupracovníky vycházím dobře**

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

**10. Současná práce narušuje vztahy v mé rodině**

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

**11. Mám zdravotní potíže**

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

**12. Prostředí oddělení, na kterém pracuji, se mi líbí**

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

**13. Po práci se cítím často fyzicky vyčerpaný/á**

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

**14. Zatěžuje mě práce s těmito typy pacientů**

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

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

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

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

**pacienti, kteří vyžadují zvýšenou pozornost**      ano, plně souhlasím  
spíše souhlasím  
nevím, někdy ano, někdy ne

**pacienti s psychickými poruchami**

spíše nesouhlasím  
ne, vůbec s tím nesouhlasím

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

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

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

**16. Velmi často se musím rychle rozhodovat v časové tísní**

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

**17. Moje práce vyžaduje stálé vzdělávání**

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

**Jak se cítíte v posledních dvou týdnech**

**1. Při práci mívám často pocit časového tlaku**

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

**2. Práce mě neuspokojuje**

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

**3. Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost**

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

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

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

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

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

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

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

**7. Obtížně se soustředuji**

vždy	často	někdy	zřídka	nikdy
------	-------	-------	--------	-------

**8. Připadám si fyzicky „vyždímaný/á“**

vždy	často	někdy	zřídka	nikdy
------	-------	-------	--------	-------

**9. Nemám chuť pomáhat problémovým klientům**

vždy	často	někdy	zřídka	nikdy
------	-------	-------	--------	-------

**10. Pochybuji o svých profesionálních schopnostech**

vždy	často	někdy	zřídka	nikdy
------	-------	-------	--------	-------

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

vždy	často	někdy	zřídka	nikdy
------	-------	-------	--------	-------

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

Děkuji předem za čas, který jste při svém nemalém pracovním vytížení vyplnění dotazníku věnoval/a.

## Příloha č. 3:

# ETICKÝ KODEX SPOLEČNOSTI SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ ČR

## 1. Etické zásady

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

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

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

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

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

## 2. Pravidla etického chování sociálního pracovníka

### 2. 1. Ve vztahu ke klientovi

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

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

2. 1. 3. Sociální pracovník pomáhá se stejným úsilím a bez jakékoliv formy diskriminace všem klientům. **Sociální pracovník jedná s každým člověkem jako s celostní bytostí. Zajímá se o celého člověka v rámci rodiny, komunity a společenského a přirozeného prostředí a usiluje o rozpoznání všech aspektů života člověka. Sociální pracovník se zaměřuje na silné stránky jednotlivců, skupin a komunit a tak podporuje jejich zmocnění.**

2. 1. 4. Chrání klientovo právo na soukromí a důvěrnost jeho sdělení. Data a informace požaduje s ohledem na potřebnost při zajištění služeb, které mají být klientovi poskytnuty a informuje ho o jejich potřebnosti a použití. Žádnou informaci o klientovi neposkytne bez jeho souhlasu. Výjimkou jsou osoby, které nemají způsobilost k právním úkonům v plném rozsahu (zejména nezletilé děti) nebo tehdy, kdy jsou ohroženy další osoby. **V případech, kde je to v souladu s platnými právními předpisy,** umožňuje účastníkům řízení nahlížet do spisů, které se řízení týkají.

2. 1. 5. Sociální pracovník **podporuje klienty při využívání všech služeb a dávek sociálního zabezpečení,** na které mají nárok, a to nejen od instituce, ve které jsou zaměstnáni, ale i ostatních příslušných zdrojů. Poučí klienty o povinnostech, které vyplývají z takto poskytnutých služeb a dávek. Podporuje klienta při řešení problémů týkajících se dalších sfér jeho života.

2. 1. 6. Sociální pracovník **podporuje klienty při hledání možností jejich zapojení do procesu řešení jejich problémů.**

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

## **2. 2. Ve vztahu ke svému zaměstnavateli**

2. 2. 1. Sociální pracovník odpovědně plní své povinnosti vyplývající ze závazku ke svému zaměstnavateli.



2. 2. 2. V zaměstnavatelské organizaci spolupůsobí při vytváření takových podmínek, které umožní sociálním pracovníkům v ní zaměstnaným přijmout a uplatňovat závazky vyplývající z tohoto kodexu.

2. 2. 3. Snaží se ovlivňovat sociální politiku, pracovní postupy a jejich praktické uplatňování ve své zaměstnavatelské organizaci s ohledem na co nejvyšší úroveň služeb poskytovaných klientům.

### **2. 3. Ve vztahu ke kolegům**

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

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

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

### **2. 4. Ve vztahu ke svému povolání a odbornosti**

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

2. 4. 2. Neustále se snaží o udržení a zvýšení odborné úrovně sociální práce a uplatňování nových přístupů a metod.

2. 4. 3. Působí na to, aby odbornou sociální práci prováděl vždy kvalifikovaný pracovník s odpovídajícím vzděláním.

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

2. 4. 5. Pro svůj odborný růst využívá znalosti a dovednosti svých kolegů a jiných odborníků, naopak své znalosti a dovednosti rozšiřuje v celé oblasti sociální práce.

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

## **2. 5. Ve vztahu ke společnosti**

2. 5. 1. Sociální pracovník má právo i povinnost upozorňovat širokou veřejnost a příslušné orgány na případy porušování zákonů a oprávněných zájmů občanů.

2. 5. 2. Zasazuje se o zlepšení sociálních podmínek a zvyšování sociální spravedlnosti tím, že podněcuje změny v zákonech, v politice státu i v politice mezinárodní.

2. 5. 3. Upozorňuje na možnost spravedlivějšího rozdělení společenských zdrojů a potřebu zajistit přístup k těmto zdrojům těm, kteří to potřebují.

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

2. 5. 5. Sociální pracovník působí na zlepšení podmínek, které zvyšují vážnost a úctu ke kulturám, které vytvořilo lidstvo.

**2. 5. 6. Sociální pracovník požaduje uznání toho, že je zodpovědný za své jednání vůči osobám, se kterými pracuje, vůči kolegům, zaměstnavatelům, profesní organizaci a vzhledem k zákonným ustanovením, a že tyto odpovědnosti mohou být ve vzájemném konfliktu.**

## **Etické problémové okruhy**

Tyto problémové okruhy by měly být rozpracovány v rozšířeném kodexu, který by byl zaměřen na specifika sociální práce v různých oblastech. Sociální práce s jednotlivcem, rodinami, skupinami, komunitami a organizacemi vytváří pro sociálního pracovníka situace, ve kterých musí nejen eticky hodnotit, vybírat možnosti, ale i eticky rozhodovat. Sociální pracovník eticky uvažuje při sociálním šetření, sběru informací, jednáních a při své profesionální činnosti o použití metod sociální práce, o sociálně technických opatřeních a administrativně správních postupech z hlediska účelu, účinnosti a důsledků na klientův život.

## **A. Základní etické problémy jsou**

- kdy vstupovat či zasahovat do života občana a jeho rodiny, skupiny či obce (např. z hlediska prevence či sociální terapie společensky nežádoucí situace),
- kterým sociálním případům dát přednost a věnovat čas na dlouhodobé sociálně výchovné působení,
- kolik pomoci a péče poskytnout, aby stimulovaly klienta ke změně postojů a k odpovědnému jednání a nevedly k jejich zneužití,
- kdy přestat se sociální terapií a poskytováním služeb a dávek sociální pomoci

## **B. Další problémové okruhy,**

které se občas vyskytují a vyžadují etické hodnocení a rozhodování vyplývají z následujících situací, kdy loajalita sociálního pracovníka s klientem se dostane do střetu zájmů

- při konfliktu zájmu samotného sociálního pracovníka se zájmem klienta,
- při konfliktu klienta a jiného občana,
- při konfliktu mezi institucí či organizací a skupinou klientů,
- při konfliktu zájmu klientů a ostatní společností,
- při konfliktu mezi zaměstnavatelem a jeho sociálními pracovníky.

## **C. Sociální pracovník má ve své náplni roli pracovníka,**

který klientům pomáhá a současně má klienty kontrolovat. Vztahy mezi těmito protichůdnými aspekty sociální práce vyžadují, aby si sociální pracovníci vyjasnili etické důsledky kontrolní role a do jaké míry je tato role přijatelná z hlediska základních hodnot sociální práce.

## **Postupy při řešení etických problémů**

1. Závažné etické problémy budou probírány a řešeny ve skupinách pracovníků v rámci Společnosti sociálních pracovníků ČR (dále jen Společnost). Sociální pracovník má mít

možnost: diskutovat, zvažovat a analyzovat tyto problémy ve spolupráci s kolegy a dalšími odborníky, event. i za účasti stran, kterých se týkají.

2. Společnost může doplnit a přizpůsobit etické zásady pro ty oblasti terénní sociální práce, kde jsou etické problémy komplikované a závažné.

3. Na základě tohoto kodexu je úkolem Společnosti pomáhat jednotlivým sociálním pracovníkům analyzovat a pomáhat řešit jednotlivé problémy.

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

*Zdroj: <http://www.socialnipracovnici.cz>*

## **Příloha č. 4:**

# **ETICKÝ KODEX SESTER VYPRACOVANÝ MEZINÁRODNÍ RADOU SESTER**

## **PŘEDMLUVA**

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

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

## **ÚVOD**

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

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

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

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

## **KODEX ICN**

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

## *Články Kodexu*

### **1. Sestry a spoluobčan**

Sestra spoluzodpovídá za péči poskytovanou občanům, kteří ji potřebují.

Při poskytování ošetrovatelské péče sestra vytváří prostředí, v němž jsou respektována lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity.

Sestra zaručuje, aby byly jednotlivým osobám poskytnuty dostatečné informace, z nichž může vycházet jejich souhlas s péčí a související terapií.

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

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

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

### **2. Sestry a jejich ošetrovatelská praxe**

Sestra nese osobní odpovědnost za ošetrovatelské činnosti a za udržování své kvalifikace na potřebné výši průběžným celoživotním studiem. Sestra je povinna realizovat co možná nejvyšší úroveň poskytované péče.

Sestra pečuje o své vlastní zdraví, aby nebyla narušena její schopnost poskytovat péči.

Sestra pečlivě posuzuje svou kvalifikaci a své schopnosti při přijímání určité povinnosti a stejně tak posuzuje kvalifikaci a schopnosti osob, které pověřuje plněním určité povinnosti.

Sestra za všech okolností dodržuje pravidla slušného chování, vytváří profesionální image a prestižní postavení sester ve společnosti, což přispívá k budování dobré pověsti profese a zvyšuje důvěru občanů.

Sestra při poskytování péče usiluje o to, aby se při užívání nové techniky a uplatňování vědeckého pokroku dbalo na bezpečnost, důstojnost a lidská práva občanů/pacientů.

### **3. Sestry a profese**

Sestra hraje rozhodující roli při určování, vytváření a realizaci norem ošetrovatelské praxe, řízení, výzkumu a vzdělávání.

Sestra se aktivně podílí na rozvoji základní soustavy odborných znalostí vycházejících z vědeckého poznání.

Sestra se prostřednictvím profesní, odborové nebo jiné organizace podílí na vytváření a zachování spravedlivých sociálních a ekonomických pracovních podmínek v ošetrovatelství.

### **4. Sestry a jejich spolupracovníci**

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

Sestra je povinna účinně zasáhnout, pokud je péče o nemocného ohrožena jejím spolupracovníkem nebo kteroukoliv jinou osobou.

*Zdroj: <http://www.cnna.cz>*

## **Příloha č. 5:**

### **ČÁST OSMÁ**

#### **PŘEDPOKLADY PRO VÝKON POVOLÁNÍ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA**

##### **HLAVA I**

###### **Sociální pracovník**

###### **§ 109**

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

###### **§ 110**

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

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

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

(4) Odbornou způsobilostí k výkonu povolání sociálního pracovníka je

a) vyšší odborné vzdělání získané absolvováním vzdělávacího programu akreditovaného podle zvláštního právního předpisu 40) v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost,

b) vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském nebo magisterském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči nebo speciální pedagogiku, akreditovaném podle zvláštního právního předpisu 41),

c) absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů v oblastech uvedených v písmenech

a) a b) v celkovém rozsahu nejméně 200 hodin a praxe při výkonu povolání sociálního



pracovníka v trvání nejméně 5 let, za podmínky ukončeného vysokoškolského vzdělání v oblasti studia, která není uvedena v písmenu b),

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

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

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

## HLAVA II

### Další vzdělávání sociálního pracovníka

#### § 111

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

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

(3) Formy dalšího vzdělávání jsou

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

b) účast v akreditovaných kurzech,

c) odborné stáže v zařízeních sociálních služeb,

d) účast na školicích akcích.

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

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

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

## **Příloha č. 6:**

### **ODBORNÁ ZPŮSOBILOST K VÝKONU POVOLÁNÍ VŠEOBECNÉ SESTRY**

#### **§ 5**

- (1) Odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry se získává absolvováním
- a) nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester,
  - b) nejméně tříletého studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšších zdravotnických školách,
  - c) vysokoškolského studia ve studijních programech a studijních oborech psychologie - péče o nemocné, pedagogika - ošetrovatelství, pedagogika - péče o nemocné, péče o nemocné nebo učitelství odborných předmětů pro střední zdravotnické školy, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději v akademickém roce 2003/2004,
  - d) tříletého studia v oboru diplomovaná dětská sestra nebo diplomovaná sestra pro psychiatrii na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004,
  - e) studijního oboru všeobecná sestra na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004,
  - f) studijního oboru zdravotní sestra, dětská sestra, sestra pro psychiatrii, sestra pro intenzivní péči, ženská sestra nebo porodní asistentka na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1996/1997, nebo
  - g) tříletého studia v oboru diplomovaná porodní asistentka na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004.
- (2) Všeobecná sestra, která získala odbornou způsobilost podle odstavce 1 písm. e) až g), může vykonávat své povolání bez odborného dohledu až po 3 letech výkonu povolání všeobecné sestry. Do té doby musí vykonávat své povolání pouze pod

odborným dohledem. Povinnost podle věty první se nevztahuje na všeobecné sestry, které po získané odborné způsobilosti absolvovaly vysokoškolské studium ošetrovatelského zaměření nebo které získaly specializovanou způsobilost podle § 96 odst. 3.

(3) Za výkon povolání všeobecné sestry se považuje poskytování ošetrovatelské péče. Dále se všeobecná sestra ve spolupráci s lékařem nebo zubním lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči.

(4) Pokud způsobilost k výkonu všeobecné sestry získal muž, je oprávněn používat označení odbornosti všeobecný ošetrovatel.

*Zdroj: Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)*

## **Příloha č. 7:**

### **VŠEOBECNÁ SESTRA**

#### **§ 4**

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

- a) vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikových faktorů, a to i za použití měřicích technik používaných v ošetrovatelské praxi (například testů soběstačnosti, rizika proleženin, měření intenzity bolesti, stavu výživy),
- b) sleduje a orientačně hodnotí fyziologické funkce pacientů, to je dech, puls, elektrokardiogram, tělesnou teplotu, krevní tlak a další tělesné parametry,
- c) pozoruje, hodnotí a zaznamenává stav pacienta,
- d) zajišťuje herní aktivity dětí,
- e) zajišťuje a provádí vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve semikvantitativními metodami (diagnostickými proužky),
- f) provádí odsávání sekretů z horních cest dýchacích a zajišťuje jejich průchodnost,
- g) hodnotí a ošetřuje poruchy celistvosti kůže a chronické rány a ošetřuje stomie, centrální a periferní žilní vstupy,
- h) provádí ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem rehabilitační ošetrování, to je zejména polohování, posazování, dechová cvičení a metody bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu hybných a tonusových odchylek, včetně prevence dalších poruch z imobility,
- i) provádí nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti,
- j) edukuje pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech a připravuje pro ně informační materiály,

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

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

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

n) zajišťuje přejímání, kontrolu, uložení léčivých přípravků, včetně návykových látek 13), (dále jen „léčivé přípravky“) a manipulaci s nimi a dále zajišťuje jejich dostatečnou zásobu,

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

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

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

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

b) zavádí a udržuje kyslíkovou terapii,

c) provádí screeningová a depistážní vyšetření, odebírá biologický materiál a orientačně hodnotí, zda jsou výsledky fyziologické,

d) provádí ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů,

e) provádí katetrizaci močového měchýře žen a dívek nad 10 let, pečuje o močové katétry pacientů všech věkových kategorií, včetně výplachů močového měchýře,

f) provádí výměnu a ošetření tracheostomické kanyly, zavádí nazogastrické a jejunální sondy pacientům při vědomí starším 10 let, pečuje o ně a aplikuje výživu sondou, případně žaludečními nebo duodenálními stomiemi u pacientů všech věkových kategorií,

g) provádí výplach žaludku u pacientů při vědomí starších 10 let.

(4) Všeobecná sestra pod odborným dohledem lékaře

a) aplikuje nitrožilně krevní deriváty<sup>15</sup>),

b) spolupracuje při zahájení aplikace transfuzních přípravků<sup>16</sup>) a dále bez odborného dohledu na základě indikace lékaře ošetřuje pacienta v průběhu aplikace a ukončuje ji.

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

## **Příloha č. 8:**

### **DESATERO PODNĚTŮ PRO ZDRAVOTNÍ SESTRY V PÉČI O JEJICH VLASTNÍ PŘEŽITÍ** (vyňato z knihy *Sestra a stres* od J. Křivohlavého, 2010)

1. Buď k sobě mírná, vlídná a laskavá.
2. Uvědom si, že tvým úkolem je jen pomáhat druhým lidem a ne je zcela měnit. Změnit můžeš jen sama sebe, ale nikdy ne druhého člověka – ať jím je kdokoli a ať je tvá snaha sebevětší.
3. Najdi si své útočiště, tj. místo, kam by ses mohla uchýlit do klidu samoty ve chvíli, kdy naléhavě potřebuješ uklidnění.
4. Druhým lidem na oddělení – svým spolupracovníkům a spolupracovnicím i vedení buď oporou a povzbuzením. Neboj se je pochválit, i když si to třeba zasluhují jenom trochu.
5. Uvědom si, že je zcela přirozené tváří v tvář bolesti a utrpení, jehož jsi denně svědkem, cítit se zcela bezmocně a bezbranně. Připusť si tuto myšlenku. Být pacientům a jejich příbuzným nablízku (být s nimi) a pečovat o ně je někdy mnohem důležitější, než mnohé jiné.
6. Snaž se změnit způsoby, jak to či ono děláš. Zkus to, co děláš, dělat pokaždé – pokud možno - jinak.
7. Zkus poznat, jaký je rozdíl mezi dvěma různými způsoby naříkání:
  - a) mezi tím, které zhoršuje beztak již těžkou situaci
  - b) tím, které bolest a utrpení tiší



8. Když jdeš domů z práce, soustřeď se na něco dobrého a pěkného, co se ti podařilo v práci dnes udělat – a raduj se z toho.
9. Snaž se sama sebe neustále povzbuzovat a posilovat. Jak? Např. tím, že nebudeš vždy stejným způsobem (stereotypně a bezmyšlenkovitě) vykonávat své úkoly. Snaž se z vlastní iniciativy, tj. nikým nenucena, z vlastní vůle, někdy pokusit udělat něco jinak – tvořivě.
10. Využívej pravidelně povzbuzujícího vlivu přátelských vztahů v pracovním kolektivu i v jeho vedení jako zdroje sociální opory, jistoty a nadějného směřování života.
11. Ve chvílích přestávek a volna, když přijdeš do styku se svými kolegyněmi a kolegy, se vyhýbej jakémukoli rozhovoru o úředních věcech a problémech v zaměstnání. Odpočiň si tím, že budete hovořit o věcech, které se netýkají vaší práce a vašeho „úředního“ styku.
12. Plánuj si předem „chvíle útěku“ během týdne. Neodvol, aby ti někdo či něco tuto radost překazilo nebo ti ji někdo narušil.
13. Nauč se raději říkat „rozhodla jsem se“, než-li „musím, mám povinnost“ či „měla bych“. Podobně se nauč říkat raději „nechci“. Nežli „nemohu“. Takto osobní řeč vedená sama k sobě pomáhá. Přesvědč se o tom.
14. Nauč se říkat druhým lidem nejen „ano“, ale i „ne“. Když nikdy neřekneš „ne“, jakou hodnotu má asi tvé „ano“?

**15.** Netečnost a zdrženlivost ve vztazích s druhými lidmi je daleko nebezpečnější a nadělá více zla a hořkostí, nežli připuštění si skutečnosti, že více, nežli děláš, se opravdu udělat nedá. Připusť si to – uvědom si, že nejsi všemohoucí.

**16.** Raduj se, hraj si a směj se – ráda a dost často.

## **Příloha č. 9:**

### **7 PRAKTICKÝCH POSTUPŮ ZVLÁDÁNÍ STRESU** (vyňato z knihy *Umíte si poradit se stresem?* – Šolcová, I., 1995)

#### **1) Vytvořme si pořadí důležitosti**

Stanovíme-li si, co je pro nás důležité a co méně důležité, máme možnost vidět doléhající nároky v perspektivě. Potom napětí, vyplývající ze záležitostí, které jsme definovali jako méně důležité, vychází jako zbytečné plýtvání energií.

#### **2) Vyhněme se stresu**

Předpokladem této strategie, která se může jevit jako nesmyslná, je udělat si „inventuru“ opakujících se denních nepříjemností a nalezení způsobů, jak se jim vyhnout.

#### **3) Naučme se „vypnout“**

To znamená trávit svůj volný čas odpočinkově. Jít na procházku, vyrazit o víkend na výlet, zvolit si vhodnou dovolenou, věnovat se svým zájmům apod.

#### **4) Pohybujme se, cvičme!**

Právě pohyb je činnost, která snižuje negativní účinky stresu. Pravidelná pohybová činnost prokazatelně snižuje reaktivitu oběhové soustavy na psychické stresory, což znamená, že šetří naše srdce.

#### **5) Pěstujme své vztahy s druhými lidmi, navazujme nová přátelství**

Od přátel máme možnost získat nejen podporu, pocit solidarity a porozumění, ale také zpětnou vazbu, která je důležitá pro korekci našeho jednání a chování.

#### **6) Dbejme na správnou výživu**

Harmonie organismu a soulad mezi správnou váhou/hmotností a proporcemi má i pozitivní vliv na naše sebevědomí a sebevědomí lidé směřují k aktivnímu způsobu života.

#### **7) Naučme se relaxovat!**

Pravidelné provádění relaxačních cvičení vytváří pocit pohody a snižuje nepříjemné pocity.

## **Příloha č. 10:**

**PŘÍRUČKA FOCUSINGU** (vyňato z knihy *Focusing. Tělesné prožívání jako terapeutický zdroj* - Eugen T. Gendlin, 2003)

### **1. Vyčištění vnitřního prostoru**

Nyní po vás budu chtít, abyste se obrátili do sebe a ztišili se. Najděte si chvilku na uvolnění...dobře – a teď obraťte svou pozornost dovnitř, do svého těla, třeba na své břicho nebo hrud'. A teď se podívejte, co se tam bude dít, když se zeptáte: „Jaký je můj život? Co je teď pro mě nejdůležitější?“ Počkejte si na pocit ve svém těle. A z toho pocitu by se vám měly pomalu vynořovat odpovědi. Když se něco objeví, nederte se za tím. Počkejte a řekněte si: „Ano, je to tam. Cítím to tam.“ Mezi vaším pocitem a vámi by mělo zůstat trochu prostoru. Pak se zeptejte, co ještě cítíte. Opět počkejte a prožijte si to. Většinou je tam toho více.

### **2. Uvědomění pocíťovaného smyslu**

Z toho, co vyšlo na povrch, vyberte jeden osobní problém, na který se zaměříte. Nesnažte se proniknout dovnitř. Zůstaňte mimo.

Ta věc, na kterou myslíte, má samozřejmě spoustu částí – je jich příliš mnoho na to, abyste na každou z nich mysleli zvlášť. Ale můžete je cítit všechny najednou. Dávejte si pozor, kde takové věci obvykle cítíte – je to tam uvnitř, kde se můžete dobrat smyslu toho všeho, co váš problém představuje. Snažte se svým citem zachytit nejasný smysl toho všeho.

### **3. Nalezení „rukověti“ – mentálního popisu pocíťovaného smyslu**

Co by mohl váš nejasný pocíťovaný smysl znamenat? Snažte se, aby se z něj vynořilo slovo, věta nebo obraz. Může to být slovo označující nějakou vlastnost – třeba sevřený, lepkavý, uvízlo to, těžké – ale i věta nebo obraz. Držte se svého pocitu, dokud se nevynoří slovo, věta či obraz, který se k němu hodí.

#### **4. Rezonování**

Střídavě se v nitru vracejte k pocíťovanému smyslu a slovu (nebo větě či obrazu). Ověřte si, jak spolu ladí. Všimněte si, zda se neobjeví malý tělesný signál, který vám dá vědět, že se k sobě hodí. Slovo, věta nebo obraz a pocíťovaný smysl jsou tu stejně důležité.

Když se pocíťovaný smysl změní, nebraňte se tomu – ale může se změnit slovo nebo obraz, pokud se vám nezdá, že správně vystihují váš pocíťovaný smysl.

#### **5. Dotazování**

A teď se zeptejte: „Co je to v tom celém problému, že má vlastnost, kterou vyjadřuje to slovo, věta nebo obraz či představa?“

Ujistěte se, že tuto vlastnost stále pocíťujete, že je svěží, živá (že si ji nepamatujete z dřívějšíka). Když se vynoří, uchopte ji, dotýkejte se jí, buďte s ní a ptejte se: „Čím to je, že je ten problém takový?“ Nebo: „Jaký to dává smysl, že to tak cítím?“

Pokud dostanete rychlou odpověď, aniž dojde k posunu v pocíťovaném smyslu, odložte ji. obraťte svou pozornost opět k tělu a znovu hledejte nový pocíťovaný smysl a pak se znovu ptejte.

Svůj pocíťovaný smysl si uchovejte, dokud se neobjeví nějaký vnitřní posun, něco jako jemné „poddání“ nebo uvolnění.

#### **6. Přijetí**

Přijměte ochotně a vlídně, cokoli se při posunu objeví. Chvilku u toho setrvejte, i když se uvolníte třeba jen málo. Cokoli přijde, může přinést další posun a přijdou další. Po krátké chvilce budete pokračovat, ale aspoň několik okamžiků zůstaňte na místě.

Pokud jste během těchto instrukcí zažili alespoň na chvíli pocit nebo dotek nejasného, ale celostného tělesného pocitu ze svého problému, pak jste fokusovali.

Pokud se fyzický posun neobjevil, nevádí – protože přichází sám od sebe. Nemáme nad ním kontrolu.