



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

Behaviorální determinanty zdraví u všeobecných sester

## DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

**Autor:** Bc. Kateřina Häuslerová

**Vedoucí práce:** Mgr. Věra Olišarová, Ph.D.

České Budějovice 2020

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Behaviorální determinanty zdraví u všeobecných sester*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů 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 jejich 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 diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 8. 6. 2020

.....

Bc. Kateřina Häuslerová

## **Poděkování**

Děkuji své vedoucí práce Mgr. Věře Olišarové, Ph.D. za cenné informace, věnovaný čas, a přínosy v mé práci. Velký dík patří mé rodině, za podporu a pomoc při studiu a tvoření této práce.

# Behaviorální determinanty zdraví u všeobecných sester

## Abstrakt

Tématem této práce jsou behaviorální determinanty zdraví u všeobecných sester. Zdraví je jedním z významných atributů lidského života. Do značné míry je odrazem interakce člověka s prostředím, které ho obklopuje, v němž člověk žije a pracuje. Zdravotní stav je ovlivňovaný celou řadou okolností a mnohé mají specifický charakter. Kromě individuálních vlivů se uplatňují také vlivy společenské a sociální. Práce je součástí života každé všeobecné sestry. Z charakteristiky tohoto povolání lze říci, že je to jeden z nejdůležitějších determinantů mající vliv na jejich každodenní život.

Cílem této práce je zjistit, jaký vliv mají behaviorální determinanty zdraví a samotné zaměstnání na zdravotní stav všeobecných sester. Dále zjistit souvislost vztahů na pracovišti a jejich působení na zdraví.

Data byla získávána prostřednictvím polostrukturovaného hloubkového rozhovoru. Následně byla provedená analýza získaných dat jednotlivými druhy kódování, s následnou identifikací centrální kategorie a vyložení příběhu. Velikost výzkumného vzorku informantů byla daná kritériem teoretické saturace.

Výzkumný soubor tvořilo 18 informantů, kteří byli získáváni metodou sněhové koule. Na základě analýzy získaných dat lze říci, že hlavním faktorem působícím na zdraví sester se manifestoval stres, nedodržování zákoníku práce a působení socioekonomického faktoru.

Závěrem je vytvořený standard pro akreditační komisi v ambulantní sekci jako postup k řešení personální krize v domácí péči.

**Klíčová slova:** behaviorální determinanty; zdraví; sestra; well-being; coping

# Behavioral determinants of the health by general nurses

## **Abstract**

The behavioral determinants of the health by general nurses are the topic of this work. The health is one of the significant attributes of human being. Largely, is it an reflection of the interaction of a human with surrounding environment, where the human lives and works. Medical condition is affected by many circumstances and most of them have a specific character. Except for individual influences, also social factors are indispensable. The work is a part of life of every general nurse.

So, it is possible to say that this is one of the most important determinant influencing their daily life.

The aim of this work is to find out which influence the behavioral determinants have on the health and the job itself and on the medical condition of general nurses. Also will be focused on the connection of relations in a working place and its affection on the health.

All facts were gained thank to half-structured deep interview. Consequently, the analyse of gained facts was done with individual kinds of coding, with consequent identification of central category and interpretation. The size of an research sample of the informants was given by a criteria of teoretic saturation.

The research ensemble was created by 18 informants, whose were gained by snow ball method.

Based on the analyse of gained facts is possible to say, that the main factor affecting on nurses health was stress, lawbreaking of the labour code and the affection of the socioeconomic factor.

The result is an created standard for acreditation commitee in ambulant section as a settlement procedure for personal crises in a home care.

**Key words:** behavioral determinants; health; nurse; well-being; coping

## Obsah:

Úvod .....	7
1. Současný stav.....	9
1.1 Behaviorální determinanty zdraví.....	10
1.1.1 Well-being ve vztahu ke zdraví.....	13
1.1.2 Vulnerabilita .....	16
1.1.3 Dopady stresu.....	17
1.1.3.1 Profesionální stres sestry, závislost na návykových látkách.....	19
1.1.3.2 Coping.....	20
1.1.4 Socioekonomický status.....	24
1.1.5 Vztahy na pracovišti a jejich působení na zdraví.....	28
1.1.6 Nerovnosti ve zdraví.....	30
2. Cíl práce a výzkumné otázky.....	32
2.1 Cíle práce.....	32
2.2 Výzkumné otázky .....	32
3. Operacionalizace pojmů .....	33
4. Metodika .....	34
4.1 Použitá metoda.....	34
4.2 Výzkumný soubor .....	39
5. Výsledky .....	40
6. Diskuze .....	53
7. Závěr .....	57
8. Seznam použitých zdrojů.....	64
9. Seznam příloh .....	71
10. Seznam obrázků.....	79
11. Seznam tabulek.....	79
12. Seznam použitých zkratk .....	79

## Úvod

Téma behaviorální determinanty zdraví u všeobecných sester jsem si zvolila proto, že se přímo váže k mé profesi. Vzhledem k tomu, že se pohybuji ve sféře managementu, kde se neustále zabýváme organizací práce sester, pracovním prostředím a zatraktivněním této práce pro zaměstnance i uchazeče, všímám si také dopadů profese na její nositele. I ze své zkušenosti mohu říci, že zdraví nelze považovat za izolovaný jev. Je do značné míry výsledkem interakce člověka s prostředím, které ho obklopuje a v němž člověk žije a pracuje. Zdravotní stav je ovlivňovaný celou řadou okolností, z nichž mnohé mají vysoce individuální charakter. Kromě individuálních vlivů se uplatňují četné vlivy společenské a sociální.

Ve své práci směřuji toto téma na všeobecné sestry a jejich povolání. Práce je součástí života každé všeobecné sestry, je to jeden z nejdůležitějších determinantů mající vliv na jejich každodenní život. Ovlivňuje jejich sebevědomí, sebehodnocení, pracovní a životní spokojenost. Současná společnost klade vysoké nároky na seberealizaci v práci. Lidé usilují o získání dobré pracovní pozice a při tom se uplatňuje různorodá motivace.

Psychosociální faktory významně participují na vzniku různých onemocnění. Tyto nemoci následně zasahují do jednotlivých oblastí lidského života. Odrážejí se ve změnách konceptu zdraví, v jeho celostním pojetí (bio-psycho-sociální koncept zdraví) a v důsledku ovlivňují i kvalitu života nejen člověka samotného, ale i jeho blízkých. Musíme si uvědomit, že psychické, behaviorální a environmentální vlivy spolu úzce korelují. Účinky psychosociálních faktorů můžeme pozorovat v modifikaci životního stylu a zodpovědnosti chování nejen k sobě samému, ale i k okolí. Dopady tohoto působení jsou viditelné v psychické i fyzické části zdraví. Z tohoto důvodu považuji poznání těchto faktorů a postojů zaměřených na zvýšení odolnosti vůči stresu za velmi důležité pro vlastní prevenci.

Vliv behaviorálních determinantů zdraví je z mého pohledu často bagatelizovaný tlakem managementu, mnohdy i díky nedostatku středního zdravotnického personálu. Z vlastních zkušeností mohu říci, že roli determinantů zdraví je jistě těžké kvalifikovat, a ještě složitěji kvantifikovat. Ovšem i praxe ukazuje, že behaviorální determinanty mají důležité konsekvence pro prevenci komplexních chorob, tj. celostně pojaté nemoci. Behaviorální determinanty ovlivňují všechny pracovní roviny v profesním životě sester.

V teoretické části diplomové práce vycházíme z řady kvalitních publikací, zejména pak z publikací významných behavioristů. Jedním z nich je i doc. PhDr. Vladimír Kebza, CSc., který je předním behavioristou u nás. Ve svých publikacích se zaměřuje především na popsání souvislostí, rozpracování vlivu determinant na zdraví jedinců, zabývá se i širšími společenskými vlivy souvisejícími se sociálními determinanty.

Profese sestry se neustále mění, stres je tvořený nejen pracovními nároky, ale i touhou po dokonalosti a také vnímáním rizika užití takzvaných berliček v podobě návykových látek.



## 1. Současný stav

Determinanty zdraví můžeme chápat jako faktory ovlivňující pozitivně či negativně zdravotní potenciál člověka (příloha č. 1). Systém těchto determinant je multidimenzionální, velmi složitý a proměnlivý. Pro podporu zdraví a vhodné nastavení činností vedoucích k jeho dosažení je jejich poznání klíčové (Marková, 2012). Zdraví je v tomto ohledu vnímané jako nejvyšší možná hodnota, se kterou můžeme dosáhnout svých cílů (příloha č. 2).

Hnilicová, Dobiášová, Tulupová (2012) uvádí, že ve vztahu k uvedené definici podporu zdraví vnímáme jako proces směřující ke zvýšení kontroly nad faktory ovlivňujícími zdraví s cílem udržet si či zlepšovat zdravotní stav. Úkolem zdravotníků je pak v tomto cíli lidem pomáhat.

Marková (2012) hodnotí lidské zdraví jako jeden z prvořadých individuálních i veřejných zájmů. Zdraví občanů vnímá jako prvořadý fenomén, který určuje jak kvalitu života jedince, tak výkonnost ekonomiky. Hamplová (2019) mezi nejdůležitější determinanty lidského zdraví řadí způsob života, přičemž zdůrazňuje, že jeho vliv na lidský život bývá nedoceněný. Vlastní pojem „způsob života“ následně definuje jako „širokou škálu osobních, sociálních a ekonomických faktorů i charakteristik životního prostředí“ (Hamplová, 2019, s. 14.). Kunzlová (2013) dále uvádí, že pro účinné ovlivnění zdraví lidé potřebují znalosti z různých vědních oborů a schopnosti pro jejich využití a propojení. Dodává však, že je nezbytné při tom respektovat současné celospolečenské trendy tak, aby se lidem dostalo vhodné podpory při snaze o změnu chování (Kunzlová, 2014). V kontextu dané problematiky to znamená nejen pojmenování samotných determinant zdraví, ale také porozumění souvislostem za pomoci poznatků různých vědních oborů, jako je psychologie, sociologie, ekologie, politika a další (Kunzlová, 2014).

Hamplová (2019) řadí mezi základní determinanty zdraví životní styl, hygienu, zdravotnické služby a jejich kvalitu, faktory životního prostředí a genetické faktory. Do oblasti životního stylu řadí způsob života, životní úroveň, sociální faktory, nezaměstnanost, charakter práce, stres, úroveň vzdělání, způsob stravování, pohybovou aktivitu, abúzus nelegálních drog, abúzus legálních drog: tabáku, alkoholu, léků. Hygiena podle jejího názoru představuje postoj k vlastnímu zdraví a péči o něj. Zdravotnické služby a jejich kvalita jsou dané stupněm rozvoje medicíny a lékařské

techniky, zdravotní politiky, dostupností zdravotní péče, zdravotnickým systémem, úrovni zdravotnictví, organizací, financováním a řízením zdravotnictví. Faktory životního prostředí jsou souhrnem vnějších determinant, jako je ovzduší, kvalita vody a potravin, klimatické podmínky, hluk, chemické látky, biologické infekční faktory. Poslední skupinou determinant ovlivňujících zdraví jsou genetické faktory, vrozené vady, dispozice ke vzniku nemoci, úroveň intelektových schopností, rozdíly ve zdraví mužů a žen.

Hamplová (2019) dále připouští, že zmíněné determinanty mohou zdraví člověka, komunit a vybraných populačních skupin, ovlivňovat pozitivně i negativně. V případě pozitivního ovlivnění to může být zvýšení odolnosti vůči nemocem, v případě negativního ovlivnění pak například podnícení vzniku určitého onemocnění. Zároveň tyto faktory řadí k významným příčinám úmrtí v bohatých zemích.

Z výše popsaného faktu manifestuje myšlenka, že zdravotní stav každého jedince je ovlivněn znalostmi a vlastní aktivitou vedoucí ke zvýšení zdraví. Není tedy možné přenechávat svou odpovědnost na zdravotní péči, která řeší stavy, kdy už k rozvoji onemocnění došlo. Je nezbytné dbát na prevenci a na každém z nás leží tíha sledování individuálních změn ve svém zdravotním stavu. Důležité je srovnávat a hodnotit symptomy a projevy nemoci (Hamplová, 2019).

### ***1.1 Behaviorální determinanty zdraví***

Kebza (2005) uvádí, že osobní pohoda sestry je fenomén, který je předmětem výzkumu v oblasti managementu v ošetrovatelství. Práce sestry bývá doménou žen. Období nemoci jsou těsně spjaté se sestrou, která je nemocnému pacientovi v jeho tíživé životní situaci nápomocná. Péče je od pradávna spojovaná s rolí ženy, nelze se tedy divit, že v profesi sestry se nejčastěji setkáváme právě s ženami. Tyto ženy jsou ale také manažerky vlastního života a povětšinou ještě řídí své rodiny. V mnoha případech jsou jejich životy ohrožené stresem plynoucím z neočekávaných životních situací, které mohou působit nekontrolovatelně na zvýšenou vulnerabilitu, a tím ovlivňovat imunitní systém.

Křivohlavý (2010) uvádí, že ve většině západních zemí se psychosomatika uznává jako obor. V našich podmínkách se nejen laická, ale i lékařská veřejnost, s tímto tématem setkává velmi nahodile a pomalu. Behaviorismus je ve skutečnosti způsobem medicínského myšlení. Tedy medicínské celistvosti pohledu na věc a vnímání kontextů

nejen nemoci, ale i jejich souvislostí. Ve většině psychologických materiálů se setkáváme s popisem rozdílnosti behaviorálních věd a psychosomatických teorií. Tyto hlediska se z integrálního pohledu pokouší překlenout a nastínit rozdíl obou těchto filozofických konceptů.

*„Podle základního orientačního zdroje pro oblast behaviorální medicíny – Handbook of Behavioral Medicine, kterou editoval Gentry (1984), se idea behaviorální medicíny poněkud odlišila od té, kterou prezentovala konference nazvaná THE YALE Conference on Behavioral Medicine v roce 1977“ (Křivohlavý, 2010, s. 33). Při hlubším studiu problematiky je patrné, že vlivem narůstajícího poznání dochází ke zvýraznění rozdílnosti pojetí behaviorální medicíny a psychosomatických teorií. Dochází k vyčlenění oboru, který začal směřovat do trendu behaviorální medicíny. Odklání se tedy od dosavadní psychologické sféry a filozofické medicíny (Křivohlavý, 2010).*

Nakonečný (2015) řadí mezi metaparadigmata behaviorismu studium vztahů. Paradigmatem koncepce je „objektivní“ popis vztahů mezi stimuly (S) a reakcemi (R), tedy S-R dle anglického stimulus-response. Tato koncepce se měla stát základem objektivního hodnocení, neboť umožňovala kontrolovat oblast stimulů i reakcí. Byla určitou snahou o integraci humanitních věd do biologické medicíny, většinou v různých směrech psychoterapie. Křivohlavý (2010) popsal základní status tohoto směru v bádání behaviorální medicínou, charakterizoval jí jako oblast studia zabývající se vývojem a znalostí behaviorálních věd a jejich technik. Behaviorální medicína v důsledku umožňuje porozumět fyzickému zdraví a nemoci. Při aplikaci poznatků přispívá k celostnímu uchopení poznatků a uvedení do praxe. Křivohlavý (2010) samotnou behaviorální medicínu charakterizuje jako obor, který vychází ze sociálních věd a psychologie. Mezi její stěžejní úkoly řadí zaměření na studium problematiky psychosomatických onemocnění, zejména na odhalení faktorů, které by se mohly uplatnit v jejich prevenci. Uvedené tedy naznačuje odlišnost mezi těmito medicínskými směry, tato odlišnost je daná charakterem a strategií bádání.

Oproti behaviorální medicíně byla psychosomatická medicína definovaná jako výzkum, který dal základ klasické medicíně. Psychologie a sociální vědy vedou úzký pohled klasické medicíny. Tento pohled bylo nutné rozšířit na obsáhlejší základ, který tvořil interdisciplinární rovinu. Psychofyziologické poruchy byly vždy chápané jako příznaky nebo dysfunkce různých orgánů a orgánových systémů, které jsou propojené s psychosociálními faktory. Vztahy týkající se psychiky, mysli a duše, jsou již

saturovanými tématy v úvahách lékařů i filozofů. Vnikla otázka, zda jsou zkušenosti jen mentální záležitostí, nebo čistě fyziologickým jevem. Existuje nějaký vztah, nebo vzájemná interakce? Stav zdraví je nutno chápat ekosystémově, jako vyvíjející se vztah organismu s prostředím. Nemoc je stav v biopsychosociálních souvislostech. Choroba je tedy souhrnem všech dějů, které nemoc mohou charakterizovat (Křivohlavý, 2003).

Popsaná souvislost poukazuje na základní myšlenky filozofie psychosomatické (behaviorální) medicíny. I tato souvislost naznačuje nezbytnost mezioborového poznání. V oblasti psychosomatické medicíny se proto odborníci věnují rozvoji, integraci a aplikaci poznatků plynoucích z různých vědních oborů (např. z biologie, psychologie, sociálních či behaviorálních věd). Zároveň však zohledňují i hledisko člověka, individualitu, jeho zdravotní stav, nemoc a jiné charakteristiky (Honzák, 2011).

Vlivem vědeckotechnického pokroku i rozvoje medicíny se biomedicínský model zdraví stal nejrozšířenějším. Raudenská, Javůrková (2011) dodávají, že smyslem biomedicínského modelu je zaměření na patofyziologii a symptomy chorob. I ve vzdělávání lékařů je patrný jeho dopad, neboť se zaměřuje na lineární vztah mezi patofyziologií, průběhem nemoci, poškozením a invaliditou. Nemoc je v souladu s tímto pojetím zdraví zapříčiněná obvykle jedním faktorem. Díky tomu, že má jednu příčinu, bývá obvykle stanovený jeden způsob léčby a léčí se i při absenci choroby. To tedy poukazuje na rozdílnost v chápání klasické a somatické medicíny. Neprovádí celostní sebereflexi a reflexi interakcí. Vyhodnocuje osobní poznatky a pocity jedince. První setkání nemocného s lékařem a sestrou má být příjemným a neopakovatelným prožitkem, kdy se vyhodnocuje celý průběh nemoci. Všechny příznaky většinou nemocný interpeluje v kontextech svých životních zkušeností.

Raudenská a Javůrková (2011) dále doplňují, že model vychází z dualistického dělení nemocí na duševní a somatické a předpokládá, že psychosociální faktory jsou v kompetenci odborníků z oblasti psychologie a psychiatrie. Proto se na ně zaměřuje okrajově nebo vůbec. Model je posilovaný pacienty, kteří mají pouze somatické potíže a připisují jim zásadní roli, což vyhovuje lékařům a sestrám zaměřujícím se na biomedicínský vznik a udržování choroby. Biomedicínský model tak podporuje pasivitu pacienta v léčbě a posiluje významně roli lékaře jako experta.

### ***1.1.1 Well-being ve vztahu ke zdraví***

Jedná o velmi subjektivní záležitost osobní pohody, která je předpokladem pro dobrý a pevně uchopitelný pracovní a životní styl. Základem tohoto stylu je harmonizování v pracovního a mimopracovního života. Na práci sester jsou kladené vysoké nároky. Sestry musí během života i během každého dne zvládat nejrůznější role v rovinách svých pracovních i osobních životů. Tyto role se v průběhu života vyvíjejí tak, jak se mění jejich životní priority a postoje. V současnosti se setkáváme s tím, že s ohledem na různé faktory sestry mění svojí životní cestu jiným směrem a mění svůj obor. Při tom vnímáme stanovení pracovních cílů jako jednu z podmínek efektivní pracovní i životní cesty, která naplní podstatu osobní pohody (Bedrnová, 2015).

Bártlová (2005) uvádí, že právě přizpůsobování se nárokům okolního, přírodního a sociálního prostředí je důvodem toho, že zdraví člověka, lze chápat jako dynamickou skutečnost. Zdraví tedy nelze chápat jako něco definitivního. Proto se i prožitek osobní pohody (well-being) neustále mění. Kebza (2005) uvádí, že well-being je jednou z významných složek zdraví. Je jedním z pojmů i jevů, jejichž primární založení je spíše psychologické, avšak zasahují do řady dalších společenskovedných i přírodovědných oborů. Se samotným pojmem well-being se ve větším měřítku setkáváme od doby, kdy bylo zdraví definované Světovou zdravotnickou organizací v roce 1948. Od té doby patří tento pojem k významným charakteristikám zdraví, přičemž je vnímaná jeho dimenze v oblasti tělesné, duševní i sociální (Kebza, 2005).

Dle Kebzy (2012) pozitivní psychologie nepochybně představuje zajímavý a podnětný pokus o relativně nové vymezení oblasti zájmu psychologie obecně, ale i speciálně ve vztahu ke zdraví, zaměřený především na pozitivní prvky lidského života. Představitelé tohoto směru správně upozornili na nebezpečí, které spočívá v přílišném zaujetí psychologie negativy, tj. odchylkami, poruchami, deficity a jejich příčinami, a jejichž studium může znamenat zúžení prostoru pro pozitiva.

V psychologii osobní pohody má uplatnění více pohledů. Prolíná se psychologii, ale i společenskými a přírodními jevy, jako směr propojení pojetí nemoci. Toto prolnutí je patrné obzvláště při hledání činitelů podporujících prvků jako protiváhy rizikových faktorů. Psychologické a medicínské disciplíny směřované na studium negativních prvků lidského života, nestudují tyto negativa proto, aby je dál v lidském životě podporovaly, posilovaly a rozvíjely. Na základě poznání jejich podstaty, příčin a souvisejících okolností můžou tyto disciplíny přispět k jejich omezení či eliminaci jejich

dopadu v životě lidí. Následně tak umožňují tvořit podmínky pro osobní pohodu a účinně podporovat zjištěná pozitiva. Tedy tím, že poznáme negativní vlivy, jsme schopni identifikovat pozitivní podmínky, které jsou příčinnou souvislostí osobní pohody. Otázka, zda je pohled pozitivní psychologie opravdu možný a hodnotitelný, se promítá jako jedna ze zásadních změn do psychologického paradigmatu. Je podnětným pokusem o návrat zájmu psychologů a lékařů k tradicím, pozitivním hodnotám, a také k celkovému přístupu ke zdraví a nemoci (Křivohlavý, 2003).

Z psychologického pohledu zasahuje osobní pohoda do roviny nálady a osobnostních rysů. V osobní rovině pohody jde o vytvoření individuálního, subjektivního hodnocení postojů. Pro účel volby vhodných nástrojů psychologického šetření bývá osobní pohoda operacionalizovaná jako prožitek. Tento prožitek, jehož časová linka trvá déle než okamžiky, obsahuje i některé proměnlivější charakteristiky. Tyto charakteristiky souvisí s aktuálním psychickým stavem a určitou dynamikou nálad. Obvykle je v těchto bodech vyjádřený předpoklad, že se obtížně odlišuje emoční a osobnostní složka. Rovina osobní pohody obsahuje sebepřijetí, svébytnost, zvládnání životního prostředí, smysl života a osobní rozvoj. Souvislost mezi sebehodnocením a spokojeností se životem je minimálně hypoteticky předpokládána řadou dalších výzkumných studií řady autorů (Kebza 2009, Křivohlavý 2012, Kunzová 2013, Kuzníková 2013).

Svébytnost a smysl života koreluje s podstatou bytí, tedy jsoucna. Jsoucno je obecné filosofické označení pro cokoliv, co jest, povětšinou pro jednotlivé věci, které se kolem nás vyskytují. Jsoucna se vyznačují účastí na bytí, nelze ale konkretizovat. Atributem jsoucna je jejich vlastní podstata, bez které by nebyla (Heidegger, 1993).

Kebza (2005) uvádí, že lidská bytost je schopná snášet četná příkoří, určitou míru fyzické i psychické bolesti. Avšak snáší poškození zdraví, sociální úpadku i ponížení pouze tehdy, uchová-li si naději, že bude líp. Základem naděje je pozitivně laděná individuálně specifická emoční charakteristika, související s konstelací osobnostních dispozic psychické odolnosti. Obsahuje pravděpodobně rovněž složku habituální (mj. též dispoziční optimismus), situační a procesuální. Tento směr je východiskem pro aktivaci psychiky, směřující k naplnění optimistického očekávání. V souladu s holistickou filozofií lze osobní pohodu vnímat jako prvek propojený s životním stylem na různých úrovních. Vliv životního stylu na zdraví byl již mnohokrát popisovaný. Jeho významnou složkou je tělesná zdatnost, která se odráží v pohybových aktivitách a jejich dopadu na zdraví. Obdobný pojem „radost“ popisuje Kebza (2005). Radost pak definuje

jako součást komplexu osobní pohody, která je daná výsledkem konstelace pozitivních emocí a prožitku v jejich důsledku. Dodává také, že se jedná o pojem, který je v odborných kruzích mnohdy podceňovaný. V psychologických slovnících nebývá vykládaný jako samostatné heslo. Se zmínkou o radosti se setkáváme spíše jen zřídka, kdy je radost popisovaná jako jedna ze základních pozitivně laděných emocí. Pojem radost je obsahově propojený s pojmem štěstí nejenom pozitivně laděným charakterem emočního prožitku, ale rovněž i intenzitou a délkou toho prožitku. Jde o osvojování si odpovědi na podněty, které při své odlišnosti uplatňují společné rysy. Uplatníme-li míru naplnění radosti, myšleno jako pozitivní emoce, ve které reálné prostředí nahrazujeme idealizovaným prostředím, intenzitou prožitku, může tím dojít k absenci prožitku radosti. V tento okamžik prudce stoupá stav smutku i postupně stoupající úroveň životní spokojenosti, přičemž se dostáváme k obrácenému pólu tohoto kontinua. Pól tohoto kontinua je prožitek maximální radosti, potenciaálního štěstí. Kratší časově omezený úsek pozitivně laděných emočních stavů je typičtější většinou pro radost dlouhodobější, která je vzájemným stavem jevů stabilnějších, pozitivně založených, přibližujících se ke štěstí.

Neurofyziologická determinace lidské psychiky působí relativně stabilní prožitky pozitivních emocí. Prožitky jsou nahrazené i prožitky opačného pólu. Obecně se v povědomí ukotvila myšlenka vrtkavosti lidského osudu na podkladu vrtošivosti štěstěny. Kebza (2005) v souvislosti s prožitkem radosti dodává, že jeho praktický význam v životě lidí je zachycený i v oboru psychiatrie a klinické psychologie. V těchto oborech má své místo mezi devíti základními symptomy depresivních poruch, kde se kromě jiných objevují též stavy anhedonie (tj. neschopnosti se radovat, prožívat jakýkoli stav radosti, který by byl způsobem nějakým podnětem).

Herkuczova (2008) se dotýká tématu radosti a syndromu vyhoření. Racionalizovaná a disciplinovaná radost je bezpečná na rozumové bázi. Protikladem je emočně projevovaný a cílově definovaný adekvátní požitek smyslové radosti, která může být riziková svou svéhlavostí a neřízeností. K naplnění pozitivního vlivu osobní pohody je třeba příznivý socioekonomický status a pozitivní sociální kontakt v osobních vztazích, apriori subjektivní zhodnocení zdraví.

Právě subjektivní hodnocení zdraví pak významně souvisí i s životním stylem. Životní styl jako determinanta zdraví u všeobecných sester, má více dimenzí. Mezi jednu z dimenzí bezesporu patří souvislost samotného výkonu povolání sestry a spánku. Spánek je základní lidská potřeba a jako první se v životosprávě nejjednodušeji snižuje.

Neuspokojení této potřeby se projeví nejen únavou, ale i následky na zdraví, a v důsledku toho i na vnímání osobní pohody. Z podstaty profese sestry je jasné její spojení se směnným provozem. Noční služby nutí vykonávat povolání i mimo biologicky určenou dobu pro spánek a bdění (Valášková, 2008).

V souvislosti se snížením spánku či jeho deficitem se v literatuře (Židková, 2005) setkáváme s pojmem spánkový dluh. Za viníka spánkového dluhu je označován právě směnný provoz a tlak současné společnosti, kdy se určitým standardem stalo i zajištění kontinuálního provozu. Důsledkem spánkového dluhu z dlouhodobého hlediska je všeobecně špatný zdravotní stav ve středních letech a dřívější smrt. Spánkový dluh také přináší psychický stres, který vede k depresím a celkovým rozmrzelostem a jiným negativním vlivům.

### ***1.1.2 Vulnerabilita***

Vulnerabilitu považujeme za jeden z faktorů ovlivňující zdraví sester. Z pohledu obecné psychologie lze vulnerabilitu definovat snížením či absencí pocitu kontroly s následným rozvojem pesimistického atribučního stylu. Tento proces může být zapříčiněn ranými zkušenostmi, které jsou podporované přesvědčením, že se důležité životní situace mnohdy objevují bez předchozích příznaků, jsou nečekané, nepredikovatelné a nekontrolovatelné (Kebza, 2009). Rané zkušenosti vyvolávají trvalé změny ve fungování mozku, a s těmito negativními událostmi mohou vytvořit základ kognitivních změn a schémat, které vytvoří podklady pro emoční poruchy. Vulnerabilita má proto jak biologický podklad, tak i psychickou úroveň. Důsledkem vlivu stresů a s ním spojených prožitků bez existující sofistikované nulové kontroly nad vývojem situace se zvyšuje vulnerabilita vůči některým duševním a tělesným indispozicím (Kebza, 2009).

Kebza (2012) popsal rozdělení vulnerability, kdy se vulnerabilita manifestuje v primární a sekundární části, přičemž primární vulnerabilitu člověk získá v prvních měsících svého vývoje a sekundární vulnerabilitu získává během svého vlastního životního růstu. Předpokladem rozvíjení poznání vulnerability může být poznání souvislostí týkajících se imunitního systému a na něj působícího krátkodobého i chronického stresu.

Kebza (2005) uvádí, že mezi zdravím a nemocí se uplatňují kromě osobnostních a sociálních proměnných také dvě skupiny faktorů, které mohou lokalizaci jedince na



škále mezi zdravím a nemocí výrazně ovlivnit, případně ovlivnit i další vývoj této lokalizace. První skupinu výrazně ovlivňuje vulnerabilita, zranitelnost, dispozice reagovat funkční poruchou pod vlivem stresu, druhou skupinu představuje resilience, odolnost či nezdolnost vůči působícím stresorům. Obě tyto skupiny působí jako dva protikladně postavené póly kontinua zdraví – nemoc.

### ***1.1.3 Dopady stresu***

Stres při práci sestry je tak běžný, jako u člověka dýchání. Je na každém z nás, zda stresu podlehne, nebo stresu začne vzdorovat. Následky tohoto působení většinou ohrožují celý organismus. Valášková (2008) uvádí, že sestry musejí k práci přistupovat s maximálním nasazením, protože pečují o nemocné a starají se o jejich návrat do běžného života. Jsou vystavené neustálé psychické zátěži. Neustále jsou prověřované a zkoušené jejich schopnosti, dovednosti a znalosti, na které jsou kladené vysoké požadavky. To přispívá ke vzniku dlouhodobého stresu, který se může za určitých okolností projevit jako nepříjemné subjektivní prožívání až selhání organismu. K typickým stresovým faktorům Valášková (2008) řadí pracovní režim, směnný provoz a s ním spojenou změnu biorytmů, práci o víkendech, zodpovědnost za nemocné, chronický nedostatek sester i pocity, které mohou být vyvolané obavou z nedokončené práce.

Šípková (2009) v rozhovoru s MUDr. Radkynem Honzákem popisují, že stres sester má několik vstupů. Mezi tyto vstupy patří rozbití rytmu, nepravidelné stravování a nároky, které jsou bez konce – sestra není nikdy hotová. Sestry skutečně vydávají ve svém zaměstnání ze sebe více, než dostávají zpět.

*„Když si vezmeme celou filozofii rozumného jednání, tak je to o tom, že si nesmí sestra myslet, že je ve své oblasti spasitelkou. Musí brát své řemeslo ne jako službu vyšším cílům. Když vše budu brát jako řemeslo, tak budu vědět, že se mi občas něco nepovede. Když si bude hrát na spasitele, bude si myslet, že musíme všechno zachránit“* (Černá, Šípková, sestra, 2000, s. 4).

Starnovská (2005) se dotýkala tématu eskalujícího tempa a zvyšujících se požadavků, ale také časové tísní, díky které se stává stres stále větším fenoménem. Stres se prolíná do širokého spektra společenských a individuálních jevů. Vlivem masmédií se z odborného výrazu „stres“ stává pojem, který je nadužívaný pro označení jakékoliv zátěže, která nás ovlivňuje.

Kebza (2005) uvádí, že se tento pojem stal univerzálním označením jakéhokoliv požadavku nebo skutečnosti, které je nutné vyhovět. Při tom v sobě toto označení zahrnuje celou charakteristiku jevů spojených se stresem – od podnětů přes stresovou reakci až k vyvrcholení důsledků reakce na stres. Pro přehlednost rozlišuje zátěž a stres, neboť oba pojmy vyjadřují odlišný obsah. Zátěž je charakterizovaná mírou požadavků, které jsou na organismus kladené, a kterým je organismus schopný dostát. Je do značné míry považovaná za stimulující faktor, bez kterého by organismus stagnoval ve vývoji a nemohl by v budoucnu obstát. Z pohledu vývoje je ovšem rozhodující zejména rozložení účinku stresorů v čase, stejně jako řešení stresogenní situace.

Musíme si uvědomit, že je rozdíl mezi jednorázovým, akutním a relativně silným stresem, který vyžaduje aktivní řešení s pozitivním výsledkem a následným odpočinkem, a mezi dlouhodobě působícím nezvladatelným chronickým stresem. Pokud jednorázový akutní stres působí samostatně a nepřesáhne určitou hranici, obvykle nepředstavuje pro organismus výrazné riziko pro zdraví. Oproti tomu dlouhodobý nezvladatelný stres je rizikem téměř jistým (Kebza, 2005). Destruktivní účinky protražovaného stresu se uplatňují tam, kde je nejslabenější místo.

Protože každý jedinec je vysoce individuální, nelze zobecňovat změny vlivu stresu. Podstatu lze hledat v rovině společenské a v individuálních sférách. Konkrétně v osobním nastavení s genetickým základem, psychickém vybavení a stabilitě imunitního systému. Důležitou roli zastupuje i společenská, sociální a rodinná koheze. Kebza (2005) dále dodává, že člověk je během života vystavený řadě životních situací, událostí a příhod. Tyto situace na člověka kladou určité nároky. Reakce, adaptace či maladaptace je patrná na jednotlivých úrovních (tj. psychologické, fyziologické, behaviorální a sociální), které netvoří homogenní skupinu. Lidé hodnotí stres jako událost, která je přímo ohrožuje nepřiměřenými požadavky, nebo vnímanou neovlivnitelností. V souvislosti se stresem se v současnosti dostává do povědomí také pojem prokrastinace. Jak uvádí Kunzlová a kol. (2014) i zde lze pozorovat určitou souvislost se zdravím. Prokrastinace je totiž označením pro snahu odkládat začátek či dokončení úkolů, přestože si jedinec uvědomuje nepříjemné následky.

### ***1.1.3.1 Profesionální stres sestry, závislost na návykových látkách***

Honzák (2015) uvádí, že profesionální stres se u sester projevuje často ztíženým psychickým stavem směřujícím k depresím. I u sester dochází ke konfliktu rolí v rovině pracovní a rodinné. Sestry jsou více ohrožené závislostmi na návykových látkách z důvodu řešení stresových situací. Odolnost sester vůči stresu může negativně ovlivnit například interpersonální krize a v jejím důsledku častější náchylnost v rámci svojí specifické profese k užití návykových látek jako určité podpory.

Hnilicová, Dobiášová, Tulupová (2012) poukazuje na uskupení negativně působících faktorů zdraví, ve které se věnuje stálá pozornost působení alkoholu a drog. S alkoholem se v průběhu dějin lidstva setkáváme často. Například Číňané jsou jedni z těch, kteří vynalezli destilaci alkoholických nápojů. V přiměřeném množství bylo požití alkoholu povoleno, ovšem nadužívání alkoholu a opilost byla považována za „Faute grave“, resp. neakceptovatelný společenský stav. V české společnosti je postoj ke konzumaci alkoholu naopak velmi tolerantní. Dlouhodobě naše země patří v přepočtu na obyvatele k největším konzumentům na světě. Termín přímé spotřeby na osobu za časovou jednotku se uvádí jako jednotka příjmu alkoholu. Rozdílné je přijímání alkoholu v jednotlivých věkových skupinách. Nejméně užívají alkohol starší lidé. Naopak na předních příčkách se umístili mladí lidé.

Kebza 2005 řeší téma psychologie zdraví a alkohol mezi hlavní předmět zájmu. Při konzumaci alkoholických látek, podobně jako jiných návykových látek, se zvyšuje potřebné množství k dosažení stejného prožitku. Přitom se tolerance a závislost netýká jen alkoholu, rozumí se vztah k látce jako takové, kdy její funkce není možná bez saturování určité dávky. Abstinenční syndrom můžeme vykazovat již jako návykové chování. Ústupující příznaky se objevují tehdy, když se daný pacient snaží odvyknout určité látce. Ústupové příznaky jsou exaktně dokladem toho, že se tělo adekvátně adaptovalo. Tyto příznaky chování jsou známé i u letálních případů odvykání, fakticky letalita z nedostatku množství návykové látky.

Abychom porozuměli tomu, proč je užívání návykových látek jedním z faktorů determinujících zdraví sester, je třeba pochopit důvody, které k samotnému užívání člověka vedou. Tak, jak se napříč jednotlivými humanitními obory setkáváme se snahou vysvětlit podstatu tohoto jevu, objevují se i koncepce, které se tento jev snaží popsat. Příkladem takové koncepce je i morální teorie, která vychází z předpokladu, že je určité chování morálně správné, a naopak jiné morálně nepřípustné tak, jako na příklad

alkoholismus (Křivohlavý, 2003). Naopak exspektance – teorie očekávání – pracuje s tím, co alkoholik tváří v tvář alkoholu očekává. Zde se ukazuje, že alkoholici oproti nealkoholikům mají nadměrné očekávání „příznivého účinku“, který je alkoholem způsobený. Teorie snížení napětí v důsledku pití alkoholu poukazuje na stimulující účinek malé dávky alkoholu. Tedy na moment, kdy by stimulace aktivity při nižší dávce alkoholu měla umožnit lepší zvládání stresu a zlepšení nálady. Upozorňuje ovšem i na protipól, tedy efekt vyšších dávek alkoholu, k nimž se pojí zcela jiné momenty. „*Sher a Levenson 1982 zjistili jev, který nazvali SRD (Stress – Response – Dampening – snížení úrovně odpovědi či reakce na stresový podmět). Experimentálně – pozorováním reakcí alkoholiků a nealkoholiků na těžké situace – prokázali, že alkoholici se vyznačují spíše tím, že se řešení těžkých situací (fyzických i psychických) vyhýbají než tím, že by prožívali nižší stupeň vnitřního napětí*“ (Křivohlavý, 2003, s. 19).

Jako poslední Křivohlavý (2003) zmiňuje model sociálního učení. Teorii sociálního učení lze z pohledu vysvětlení příčin závislostí považovat za velmi populární model. Vznik a rozvoj zvýšeného příjmu je model, který využívá zákonitosti učení. Počítá se s tím, že konzumace přináší druh rozkoše s určitým konsensem a jeho příjem je viditelný na sociálních vzorech. Studium vlivu vzoru prokázalo, že se liší dle místa užívání. V podstatě důležitým faktorem je síla vůle a zaujetí osobního postoje. Zastánci teorie sociálního učení se domnívají, že platí to, co zjišťují při odvykání. Pokud etilik nedostane svoji dávku, je mu zle. Pokud požije svou dávku, cítí se lépe a tím se prohloubí jeho pozitivní vliv. Nastává pozitivní kauzalita.

„*Smutek jen stěží utopíš v alkoholu. Bývá totiž zatraceně dobrým plavcem.*“ ( Przeczek, L. [online]. Facebook. [2019-11-5]. Dostupné z: <https://citaty.net/autori/lech-przeczek/>).

### **1.1.3.2 Coping**

Existují profese, které mají vyšší riziko vzniku psychických onemocnění. I profese všeobecné sestry do této skupiny patří. Hora (2003) uvádí, že dle názoru DAK – zprávy německé pojišťovny, je třeba zvýšit společenskou prestiž těchto povolání a zároveň věnovat větší pozornost prevenci psychických onemocnění u sester. V souvislosti s psychickou zátěží a vlastní podstatou tohoto povolání (podobně jako u ostatních pomáhajících profesí) se ukazuje, že právě lidé pracující v tomto oboru jsou více ohroženi syndromem vyhoření (Burn-out syndromem).

Kebza (2009) uvedl zvládání stresu jako jednou ze zásadních kapitol studia v psychologii. Základní paradigma zvládání stresu se manifestuje jako méně slibné, navzdory vynaloženému úsilí. Ve výzkumu zvládání stresu, pochopeného jako vzájemně se prolínající působení aktuálních reakcí ve stresové situaci, se charakterizují vzorce lidského chování a důsledky již prožitých stresových situací. Diferenciace jednotlivých způsobů zvládání postupně opouštěla původní členění na vlastní zvládání stresu. Původní kategorizace na vlastní zadání, řešení problému a obranné reakce, rozlišuje mezi postupy orientované spíše na problém. Podstatou situace je zvládnutí a uchopení postupů orientovaných na určité prožitky, které souvisí se stresovou situací a s celkovým zvládnutím stresové situace.

Dle Kebzy (2005) obecně samozřejmě platí, že obranné mechanismy jsou považované spíše za náhradní, neplnohodnotný způsob zvládání. Nejde v nich o skutečné řešení situace, ale spíš o jeho vykonstruovanou, iluzorní náhradu, realizovanou často na nevědomé úrovni, související s vyrovnáváním se s potlačenými komplexy. Zatímco skutečné strategie zvládání směřují ke skutečnému, faktickému řešení stresové situace, a bývají realizované spíše (i když ne nutně vždy) vědomě. Klíčovou podmínkou pro pochopení samotné podstaty zvládání stresu a schopnosti stres snášet, je prvek kontroly. To znamená pochopení principu získání kontroly nad vývojem událostí, moci ovlivňovat významné složky plynoucí z prostředí (Kebza, 2005).

Zajímavým příkladem, jak vést sestry, a ještě je přimět, aby svou práci vykonávaly rády, je dosazení lídra do pracovního týmu. Lídr je člověk, co ukazuje směr, rozhoduje o směru dalšího postupu, zvyšuje sebevědomí sester, vytváří výsledky, dosahuje pokroku a určitého cíle. Škochova, Florenc (2006) zdůrazňují, že ve chvíli, kdy budou postoje i chování negativní, lze zákonitě očekávat i špatné výsledky. Zároveň dodávají, že si mnohdy ani neuvědomujeme, že je mnohem těžší někoho přinutit, aby změnil svůj postoj než ho přimět ke změně chování. Změnu postojů přirovnávají ke změně totožnosti nebo úhlu pohledu na život. Právě tuto změnu vnímají jako absolutně nemožnou, neboť naše postoje lze do jisté míry ovlivňovat, kultivovat, ale jen velmi těžko měnit.

Supervize se v daném kontextu jeví jako nezbytná součást profesionálního rozvoje sester, především pro poskytování podpory a pomoci u konfliktů a řešení problémů. Sestry se zabývají celou řadou a skladbou problémů, kdy podporují klienty, ale samotným sestrám se nedostává dostatečného vyslechnutí s přídomek opory. Dochází k situacím, kdy se sestra dostává do stavu strádání a nepohody. Výsledkem

dlouhodobého a opakovaného stresu může být až zmíněný syndrom vyhoření. Pro prevenci syndromu vyhoření a eliminování stresu má v pomáhajících profesích supervize nezastupitelný význam (Jičínská, 2008).

Supervize představuje určitou formu skupinové psychoterapie nejen pro sestry. Jejím hlavním úkolem bývá rozebrání témat spojených s málo ovlivnitelnými stavy. V povětšině případech se sdíleným strachem ze smrti a osudů pacientů. Supervize je určitým druhem psychoterapie v práci sester. Během supervizí se mnohdy objevují témata, jako jsou starost, obavy, obava z pracovní zátěže, potřeba dostatku prostoru k vyslechnutí. Cílem supervizí je týmová podpora kolegů a týmová setkání, která se i ve zdravotnictví objevují čím dál častěji. Základem těchto setkání je komunikace. Z uvedeného tedy vyplývá, že smyslem supervize je pomoc v účinném zvládnutí reakcí a emocí za využití reflektování a rozebírání situací. Poskytnutí možnosti rozebrat prožité situace a emoce v souvislosti s poskytováním péče pacientům pak nabízí zdravotníkům možnost lépe si uvědomovat své reakce na pacienta a porozumět i dynamice interakce (Jičínská, 2008).

V literatuře (Kebza 2009, Kebza 2012, Ptáček 2013, Honzák 2017, Honzák 2015), je dnes již možné nalézt stovky popsaných způsobů zvládnutí stresu a jejich klasifikace. Obecné uchopení způsobu zvládnutí stresu a nalezení adekvátních východisek se vesměs shodují, a to tak, že se formuluje ústřední požadavek, především pak k potlačování a popírání stresu. Je nutné, aby podstata a příznaky byly adekvátně řešené.

Kebza (2005) uvádí, že ve výzkumu zvládnutí stresu se rozlišuje pojetí moderátorů a mediátorů účinku stresu, které se v dalším vývoji ustálilo jako pojetí osobních a sociálních proměnných, jež moderují vztahy mezi vnějšími okolnostmi a podmínkami, a stresovou reakcí s jejími důsledky. Tyto důsledky nejsou přímo ovlivněné působícím stresorem či stresory ani postupy a průběhem zvládnutí. Mediátory jsou vnímané jako proměnné, týkající se kognitivního hodnocení působícího stresu a rozsahu pozornosti, kterou jedinec stresu věnuje.

Kebza (2005) rozlišuje základní postupy zvládnutí stresu následovně. V první řadě by tyto postupy měly umožnit snížení úrovně psychofyzické aktivace a tím i snížení intrapsychické a fyziologické reaktivity v zájmu snížení pravděpodobnosti rozvoje některé psychosomatické choroby. Dále by neměly omezovat či dokonce znemožňovat realizaci individuálních aspirací, životních cílů a plné životní produktivity. Naopak by měly tyto cíle podporovat (tj. podporovat podstatu vhodného a účinného). Samotná

podstata vhodného a účinného postupu ke zvládnání stresu by současně neměla být v rozporu s životním stylem a osobnostním založením individua.

Protože se i v sesterské profesi setkáváme také s muži, je třeba doplnit, že při zkoumání vlivu pohlaví na způsob zvládnání a případné strategie zvládnání stresu byl formulovaný předpoklad, že mužské pokolení reaguje na působení stresu odlišně. U mužů převažuje agrese, zatímco opačné pohlaví odpovídá na stres spíše depresivními stavy (Kunzlová, 2014).

Kebza (2005) konstatoval, že vliv stresu na osobní pohodu a na zdraví člověka nemusí být vždy záporný, přestože obecné očekávání, především široké veřejnosti, takto orientované většinou je. Aktivační a rozvíjející role zátěže a akutního, zvládaného stresu, po kterém následuje odpočinek a zotavení (rekuperace), je dnes již dostatečně známá. Z dosavadního poznání je zřejmé, že popis působení stresu je ovlivňovaný mnoha okolnostmi. Tedy jak na straně stresoru, který momentálně působí, někdy i souboru stresorů, ale také na straně působící směrem k subjektu. Významně ovlivňuje situaci sociální kontext, ve kterém se odehrávají vlivy stresorů. Dlouhodobé působení stresorů vede ke snížené nebo žádné efektivitě a nezvládnutí situace, a není následované obdobím rekuperace.

Kebza (2005) označil jako velmi rizikový faktor dlouhodobé působení stresu na zdraví. Možné změny ve zdraví, a to nejen co se funkce týče, ale i anatomicko-fyziologické, potažmo patofyziologické. Vlivem těchto změn je nadměrná produkce katecholaminů, zvláště adrenalinu, který vede ke změnám v prokrvení sliznice a vyšší kyselosti šťáv. Změny jsou popisované i ve složení vrstvy hlenu, chránící sliznici žaludku nebo střeva. Tyto stavy mohou působit orgánové změny. Samozřejmě je popsáno mnoho vlivů stresu, stresů či stresorů působících na zažívací trakt. Velmi důležité je zde neopomenout sociální kontext působících stresorů, a to jeho sníženou funkci, která vede ke snížení sekrece trávicích šťáv. Tento stav zpomaluje trávení a vede k poruchám vyprazdňování. Nebo naopak jeho hyperfunkci, zvyšující sekreci trávicích šťáv zrychlující trávení, jejichž následkem dochází k poruchám vyprazdňování.

Samostatnou kapitolou nejen v oblasti psychologie tvoří způsoby zvládnutí stresu. Je třeba si uvědomit, že stres tvoří součást etiopatogeneze psychických a behaviorálních poruch. Výraznou součástí procesu zvládnání stresu, který koreluje s prožitím stavu nepohody a nemoci, je také studium ovlivňování osobních zdrojů působících na efektivitu procesu zvládnání. Tedy zkoumání a ovlivňování úzkosti. Zdá se však, že

prožívání úzkosti může pravděpodobně ovlivňovat chování související se zvládnáním stresu a tím i kvalitu a efektivitu průběhu života (Nakonečný, 2015).

S úzkostí a syndromem vyhoření se setkáváme zejména v pomáhajících profesích. Kebza (2005) popisuje stavy deprese a celkového vyhoření, především pak celkového vyčerpání projevujícího se v oblasti poznávacích funkcí. Stav, kdy motivace a emoce, které zasahují a ovlivňují postoj, názor a celkovou výkonost, dále pak celé vzorce chování, myšleno především profesionálního, vedou ke vzniku a rozvoji tohoto syndromu. Doslovně bychom mohli tento stav charakterizovat také jako vyhaslost či vyčerpání, která významně zasahuje do kvality života lidí, u kterých se vyskytuje. Sestry mají zodpovědnost za životy a pohodu pacientů, což může vést k uspokojení, ale také k vyčerpanosti a citové opotřebovanosti. Novotná (2006) uvádí, že sestry tráví s klienty více času než lékaři, a proto se jich duševní i tělesné problémy více a častěji dotýkají.

Novotná (2006) uvádí uplatnění různých faktorů při rozvoji syndromu vyhoření. Mezi významné jistě patří prostředí, charakter práce a organizace pracoviště. Při hlubším zkoumání se mnohdy setkáváme s nevhodným chováním nadřízených, necitlivým přístupem, se špatnými vztahy na pracovišti, ale také s přetížeností v důsledku nedostatku personálu. Dalšími prvky mohou být pracovní podmínky a jejich kvalita, emocionální a fyzická zátěž, stejně jako málo svobody k rozhodování, organizace práce. Úzce souvisí organizovanost práce a nedostatek oceňování, následně i finanční ohodnocení. S organizací práce a vztahy na pracovišti pak přímo souvisí i nedostatek ocenění jak pochvalou, tak finančně.

#### ***1.1.4 Socioekonomický status***

Hora (2003) zmínil pracovní prostředí sester. Prostorů bývá často fyzicky náročné a staví jednotlivce do situace, kdy jim hrozí úraz nebo napadení agresivním pacientem. Dále vystavení škodlivým látkám z řad léků, ale i vyšetřovacích metod. Nebezpečné vystavení chemickým látkám a znečištění životního prostředí vede ke spojení s lokální prevalencí rakoviny a dalších chorob. Sestry často nemají přístup ke zdravotní péči stejný jako ekvity mimo obor. Mají větší možnost využití péče a kontaktů, ale díky jejich všeobecnému přetížení z nedostatku personálu, je následkem nejen nevyužití možnosti péče o sebe sama, ale zhoršení zdravotního stavu a exacerbace (nové vzplanutí) chorobných stavů. Chronické choroby jsou spojovány s pracovní



neschopností, předčasným odchodem do důchodu a snížením produktivity práce s následnou ztrátou zaměstnání. V konečných případech jsou sestry ohrožené socioekonomickou situací. Tomu se dá účinně předcházet řešením personální krize, ale i využíváním pomůcek, nastavením školení BOZP, PO a řidičů. Pokud budeme stratifikovat jedince, je třeba zdůraznit sociální kontext.

Hlavním významem při zkoumání podstaty působení procesu sociální opory nesmíme zapomenout na široký sociální kontext, v němž se tento proces děje. U proměnné, která je uváděná v souvislostech s anticipovanou sociální oporou, je potřeba zvážit, jestli se to této podstaty týká. Velmi opomíjený je socioekonomický status (SES). Kebza definuje SES následovně: „*SES reprezentuje pozici jedince (event. domácnosti) v sociální stratifikaci. Sociální stratifikace se skládá podle většiny uváděných pramenů inspirovaných ze dvou základních komponent: třídy a statusu. Třídní komponenta odráží materiální prostředky, které má jedinec k dispozici, statusová komponenta odráží rozdíly v životě*“ (Kebza, 2005, s. 171). Z definice je patrné, že nejprůměrnějším ukazatelem, a to ve stylu, postojích, názorech a znalostech, jsou materiální komponenty, zejména úroveň příjmů. Statusovým ukazatelem je považována úroveň vzdělání a povolání.

Kebza (2005) popisuje nerovnosti zdraví a to tak, že popisuje psychologicky orientovaný výzkum vztahu mezi SES a zdravím, ale také výzkum nerovností mezi lidmi (resp. pro stanovení hranice mezi rozdíly či odlišnostmi a nerovnostmi mezi lidmi). Tento výzkum obsahuje vnímaný prvek nespravedlnosti a tím významně rozlišuje dva základní druhy SES. Jednak vrozeného či připsaného statusu, který člověk získá bez vlastního přičinění narozením. Určité charakteristiky týkající se např. věku, pohlaví, ale také příslušnosti k rodině a další skupině příbuzných, zaujímají již určitou, předešlým vývojem stanovenou pozici v rámci SES. Dosaženého či získaného statusu, jehož úroveň je daná dispozicemi a schopnostmi, ale také vlastním úsilím jedince.

Výše zmíněné rozlišení se bohužel často ve výzkumech vztahu mezi SES a zdravím neobjevuje. Pokud se autor zmíní, pravděpodobně apriori vychází z nějakých předpokladů. Převažujícím druhem SES z pohledu této klasifikace je druhý z uváděných SES, což pravděpodobně nemusí odpovídat realitě Kebza (2005).

Kebza (2005) uvedl, že v souběhu výzkumu zdraví je SES a zdraví. Předpokládá se, že SES je významným a často opomíjeným nárazníkem vůči stresu. SES, který umožňuje přístup k finančním prostředkům a ke vzdělání, patří mezi základní atributy osobního rozvoje. Finance jsou samozřejmým předpokladem pro získání sofistikované

medicínské péče a právní pomoci. Vzdělání jedince rozšiřuje spektrum možností využitelnosti řešení přístupů a hodnocení stresogenní situace. Právem hraje významnou roli při jejím zvládnání. SES je proměnná, která má svůj velký význam směrem k psychologii zdraví. Potvrzuje se, že chronický stres, který se dá definovat jako trvajíc a opakujíc se, vyžaduje opakované přizpůsobování v průběhu dlouhého časového období. Například chudoba či obdobné problémy souvisí se SES. Distribuce se liší podle sociální vrstvy, a to tak, že se prolíná směrem k nižším třídám.

Kebza (2005) se odkazuje na četné výzkumy, které ukazují, že právě dlouhodobý chronický stres, zejména takový, kde nelze dostat situaci pod kontrolu a kde není naděje na její zlepšení, může mít za následek dlouhodobý pokles činností imunitního systému a nemoc. Ve vztahu mezi SES a zdravím se významně uplatňuje sociální gradient. Sociální opora klesá s věkem a s indikátory SES (vzděláním, příjmem, společenským postavením). Zástupci obou pohlaví uvedli, že ve všech třech zjišťovaných komponentách – anticipovaná sociální opora, mají pocit přináležení a materiální sociální opory. Vysoká hustota obydlí je příznačná pro nižší sociální vrstvy. Dlouhodobé přelidnění má negativní dopady na vztahy a vede k znehodnocení sociálních vztahů a specificky k znehodnocení sociální opory, jak se uvádí v odborných studiích např. S. J. Leoporeho a G. W. Evanse (1993). Přelidněné sociální prostředí může vést až k asociálním znakům a vymezení se sociálním kontaktům. V podstatě takovéto chování demonstuje vyrovnávání se s přelidněním.

Kebza (2005) uvádí rozdíl mezi subjektivním vnímáním a hodnocením sociálního statusu, ale i objektivními indikátory těchto statusů. Za předpokladu takového rozlišení se uvádí, že prostřednictvím psychologického zpracování se uplatňuje také ovlivněnost subjektivitou sociálního statusu a jeho působení ve směru na zdraví. Nízký sociální status bývá spojován s negativními pocity, ale i prožíváním skutečnosti, které úzce souvisí s prožitky úzkosti, vnímaného stresu a působením nerovností. Ty mohou vyústit ve fyziologickou odpověď, která může ovlivnit zdraví negativně. Naopak prožitky bezpečí a naděje, které se spojují s vnímáním nadstandardního sociálního statusu, sehrávají roli psychologického nárazníku. Tento nárazník dokáže tlumit účinek stresorů na zdraví se současnou aktivizací imunitního systému.

Křivohlavý (2003) popsal, že v současnosti s dalšími psychologickými výzkumy bude potřeba kromě uvedených souvislostí zaměřit pozornost také na zkvalitnění mezioborové spolupráce, a to v tezi komplementarity přírodních a společenských věd. SES exaktně koncipuje sociální formity skupinového myšlení a rozhodování se stalo

jejich velmi důležitou součástí. Rozšíření poznatků o interpersonálním chování přispívá k celkové koncepci sociální konformity, stejně jako interpersonální procesy, skupinové myšlení a rozhodování o interpersonální a intrapersonální komunikaci. Tedy ve vzájemné interakci, kdy významný fakt v souvislosti působení sociální opory směřovaný ke zdraví odvádí vytyčení identifikátorů a možnosti ovlivnit prediktor sociální opory, a tím ovlivnit i sociální proměnné, které v globálu nazýváme souhrnně sociální zdroje. Sociální zdroje zahrnují kontakt a rodinou, přáteli a blízkými lidmi.

Kebza (2005) odkazuje na studie, které se zabývaly prediktory a determinantami sociální opory nebo vazbami sociálních opor s osobními charakteristikami. Studií s demografickými proměnnými je však překvapivě málo. Pomineme-li drobné rozdíly, lze závěry uvedených studií zobecnit v tom smyslu, že obě dimenze se sociální oporou korelují, a to v opačném směru (extraverze pozitivně, neurotizmus negativně). Kebza (2005) popsal přístupnost k vnějším podmětům, kdy koreluje intenzivně s proměnnými reprezentujícími sociální síť. Simultánní změna hodnot dvou kvantitativních náhodných proměnných je více vyjádřená směrem k proměnným reprezentujícím sociální oporu. Osobnostní dimenze se sociálními zdroji spojuje ustálená soustava úkonů.

Extraverze se více uplatňují při tvoření sociální sítě a tím ovlivní kvalitu vztahů s okolím, naopak neuroticismus má souvislost přímo s anticipovanou sociální oporou.

*„Vztah mezi neuroticismem a sociální oporou byl v literatuře opakovaně popsán, s facilitujícím vlivem neuroticismu na anticipovanou sociální oporu jsme se však v literatuře setkali jen ojediněle, většinou se jednalo o vztah negativní. Vztah věku a sociální opory je z literatury rovněž znám“ (Kebza, 2005, s. 179).*

Celkově lze usuzovat, že starší část populace má s postupujícím věkem více problémů v sociálních vztazích a v sociální opoře, než mladší zastoupení populačního vzorku. Vzhledem ke snižujícím se možnostem jedinců používat sociální síť a sníženému chtění navazovat další mezilidské vztahy. Ženy při stresu spíše tíhnou k sociální opoře okolí než muži. Naopak muži více profitují ze sociálních vztahů, a to za účelem zisku pro svojí psychickou pohodu. Obě skupiny se při vyhledání sociální opory spoléhají spíše na oporu poskytovanou ženami. Fascinující působení odolnosti ve smyslu hardiness na získanou sociální oporu je popisované jen ojediněle, kromě jednotlivých komponent. Hardiness, a to zejména její komponenta odpovědnosti k bytí a sobě, se prosadila jako prediktor sociálních kontaktů s rodinou. U proměnných sociálních zdrojů se prosadily fakultativně dvě komponenty, a to odpovědnost a kontrola. Hodnověrnost vlastního významu, stejně jako hodnota prováděných aktivit i

pocit sounáležitosti k ostatním, souvisí se schopností být sám sobě autorem ve svém životě a pomáhá mobilizovat zdroje sociální opory (Kebza, 2005).

### ***1.1.5 Vztahy na pracovišti a jejich působení na zdraví***

Propojení a funkce pracovních vztahů a celkové klima na pracovišti do značné míry ovlivňuje úspěšnost celé organizace stejně jako zdraví jejích pracovníků. Krchová (1999) v souvislosti se vztahy na pracovišti zmiňuje, že v minulosti bylo v nemocnicích víc přísnosti, striktních subordinací a úzkostlivé šetrnosti. V pozici vrchní sestry se mnohdy nacházely ženy, které své profesi obětovaly celý svůj život. Nežřídko tyto ženy neměly ani vlastní rodinu a práce se stala jejich hlavním smyslem života (Müllerová, 2008).

V dnešní době je velká intenze směřem k budování a kultivaci vztahů obecně, potažmo vně pracoviště. Toto téma je celosvětově propíraným tématem personalistů a jiných fundovaných pracovníků z mnoha oblastí. Do českých organizací se tento trend dostává poměrně pomalu. Na vlně tohoto trendu vykryštovala potřeba kultivovat organizace po personální stránce a jsou na to vynakládány nemalé finanční prostředky. Spokojenost pracovníků, hledání příčin konfliktů, ale samozřejmě i jejich řešení (Bedrnová, 2015).

Budování korektních vztahů na pracovišti je složitý, cyklický a nikdy nekončící proces. Stavebním kamenem pro utváření vztahů na pracovišti a součástí pracovního života je firemní klima. Ovlivňuje nejen spokojenost pracovníků, ale také má vliv na jejich pracovní výkon a kvalitu odvedené práce. Tyto teze si organizace stále málo uvědomují, protože jedním z hlavních faktorů, který rozhoduje o úspěchu celého týmu, potažmo organizace, jsou právě organizace samy. Pracovníci středního a vrcholového managementu ve ZZ, jsou pro firmu velkou výhodou a jejich výkonnost může být zajištěna jen tehdy, když jsou na pracovišti i jimi tvořené vhodné pracovní podmínky, s nimiž korelují dobré pracovní vztahy. Vztahy na pracovišti a přístupy vedoucích manažerů se odráží i na organizační kultuře (Honzák, 2015).

Žáček (2009) popsal pracovní vztahy a firemní kulturu jako významné činitele sociálního charakteru mající zásadní význam na lidské vztahy mezi pracovníky. V organizacích jako živoucích organismech se vyskytují vztahy v různých rovinách, jak mezi pracovníky, pracovníky a sdruženími, ale také mezi nadřízenými a podřízenými.

Dále vztahy směrem ven z organizace, tedy v našem případě vztahy ke klientům a vztahy k veřejnosti. Zvláštní rovinu představují vztahy mezi kolektivem a organizací.

Starošítková (2008) k organizační kultuře dodává, že je odrazem základních hodnot a přesvědčení organizace. Ty jsou reprezentované vrcholným managementem a následně kopírované ostatními zaměstnanci. Samotná organizační kultura je pak podložena vzorci chování managementu a způsobem, jakým je toto chování vnímáno a interpretované zaměstnancům.

V případě zdravotnických zařízení lze organizační kulturu vnímat jako způsob, kterým je na oddělení péče poskytována a jak je organizována. Je tedy souhrnem přesvědčení a hodnot, které jsou podkladem pro chování sester. Kultivovat organizační kulturu a podílet se na tvorbě dobrých vztahů s cílem vytvořit dobré firemní klima mohou všichni. V případech, kdy je klima spíše negativní, neuspokojivé, zatěžuje i tyto vztahy a klesá spokojenost jedince i jeho výkonnost, a v důsledku vzniká velké množství konfliktů a nedorozumění (Žáček, 2009).

Nejen roviny vztahů na pracovišti jsou popsány, ale popsána je také jejich společenská validita. V organizacích se objevují formální i neformální vztahy a jejich rozvrstvení vzhledem k pracovnímu klimatu je různé. Formální vztahy jsou strukturované svými kompetencemi a zodpovědnostmi, naopak vztahy neformální vznikají formální konvencí. Reálné vztahy vykrystalizovaly ze vztahů formálních i neformálních. Tyto vztahy jsou vytvářené členy v týmu, kolektivem a samozřejmě i nadřízenými v organizaci. Na všechny tyto vztahy působí i okolní faktory. Například interní komunikace. Správně fungující vztahy v organizaci se příznivě uplatňují v pracovním klimatu a spokojenosti jednotlivých ekvit. Nepříznivé vztahy v organizaci jí ovlivňují celou, nejvíce je to však patrné na jejím samotném fungování. Firemní kultura, „nemocniční kultura“, rozvíjení a vzdělávání pracovníků, se podílí na sofistikovaném vzniku klimatu organizace. Za toto klima lze považovat vzájemné vztahy mezi pracovníky (Žáček, 2009).

Patologických jevů na pracovišti přibývá, a to jak v důsledku celkové tenze mnoha vlivů, nejvíce ale psychického rázu. Potencionálně zdravý jedinec může začít pociťovat únavu, poruchy soustředění, insomni, depresivní stavy. Byly popsány případy výskytu suicidiumních stavů. Všechny tyto negativní dopady ovlivňují komplexně celou organizaci, a to zejména ve sníženém podávání pracovních výkonů, kreativity a stavy celkové nemocnosti. V tuto chvíli pracovní prostředí působí na zdraví jedince a ovlivňuje i jeho behaviorální potřeby (Škočová, 2006).

Jak uvádí Honzák (2015), nikdo na světě není sám, všichni máme určitou pozici v síti vzájemných vztahů. Tyto pozice mohou být dobrovolné, nedobrovolné, vynucené, ale i s láskou přijaté. Struktura a zvyklosti ve společnosti nám umožňují vybírat si přátele či životního partnera. Svobodu volby však nemáme při výběru rodiny, z níž pocházíme, a jen ve velmi omezené míře při výběru spolupracovníků, s nimiž v zaměstnání pracujeme.

Herkuczova (2008) popisuje, jak se můžeme ve zdravotnictví i v jiných profesích, kromě dobrého fungování pracoviště setkat i s jevy, které mohou mít výrazný dopad na psychiku zaměstnance. Jedním z těchto jevů je mobbing. V pracovním životě sestry psychologický teror znamená neetickou komunikaci v pracovní skupině. Systematicky toto jednání vytváří buď jedinec, nebo i skupina, která vyvolá konflikt, při kterém vnímají druhou stranu jako překážku pro uskutečnění vlastních cílů. Pachatele charakterizuje osobní nezralost, k častým obětem mobbingu pak patří osamělí jedinci, dále úspěšní, noví a mladí jedinci v kolektivu. Tento stav se manifestuje jako extrémní stres, který může vést až k tělesnému a duševnímu vyčerpání. Následky mobbingu narušují nejen soukromí, ale působí i psychosomaticky.

### ***1.1.6 Nerovnosti ve zdraví***

Každý v naší společnosti má podle listin WHO (1999, 2001), ale i podle příslušných ustanovení a zákonů, právo žít zdravý a hodnotný život. Pověštinou ale lidé nedisponují stejnými předpoklady k realizaci těchto ušlechtilých záměrů. Ve vztahu ke zdraví existuje mnoho odlišností. Tyto odlišnosti mohou být dané i samotným chápáním zdraví a života.

Křivohlavý (2002) život definuje jako absolutní morální hodnotu, které je podřízená i definice kvality života. Samotná kvalita života je pak vnímaná jako součást základních politických úvah i jako rozměr charakterizující možnost naplno uplatnit svůj potenciál. Kebza (2005) mezi skutečné nerovnosti ve zdraví řadí nerovnosti v současném zdravotním stavu, v péči o zdraví i v životním stylu, se zohledněním všech jeho dimenzí, které zdraví můžou ovlivnit. Zároveň dodává, že tyto nerovnosti jsou dané převážně rozdíly v životních podmínkách, na jejichž volbu člověk neměl přímý vliv a vůči nimž má jen velmi malou moc k jejich aktuálnímu ovlivnění. Právě nerovnosti ve zdraví je nutno odstraňovat nebo alespoň snižovat, neboť je lze vnímat za jednu z významných nespravedlností. Mnohé z těchto odlišností jsou jen velmi málo

ovlivnitelné. Svoji specifickostí vyplývají z individuality jedince. Tyto odlišnosti mohou působit nespravedlivě, vznikly však vysokou variabilitou lidského druhu.

V posledních letech Evropská komise vytváří řadu projektů, například projekt Stupeň nerovností ve zdraví v Evropě, které směřují k naplnění úsilí o eliminování nerovností zdraví. Mezi ovlivnitelné faktory lze zařadit prvky sociální a ekonomické, v zájmu odstranění nebo zmírnění především behaviorální a psychologické nespravedlnosti (European Commission, 2010).

Hlavní roli spravedlnosti můžeme vyjádřit jako stejnost, rovnost a potřebnost. Stejností se vyjadřuje individuální oddíl a příspěvek. Rovnost se deklaruje každému a potřebnost je distribuována na základě individuálních potřeb jedince. V oblasti zdraví jde především o identifikaci ovlivnitelných faktorů a intervence vedoucích, nebo se zaměřením na zmírnění ve smyslu odstranění rozdílů. Dle Organizace pro Evropskou hospodářskou spolupráci nejde o vliv vyplývající z rozdělení společnosti podle úrovně příjmů (OECD, 2008).

## **2. Cíl práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíle práce**

Ve vztahu k danému tématu byly stanoveny tři cíle:

Cíl 1: Zjistit, jak ovlivňují behaviorální determinanty zdraví sestry.

Cíl 2: Zjistit, jaký má vliv pracoviště všeobecných sester na jejich zdravotní stav.

Cíl 3: Zjistit souvislost vztahů na pracovišti a jejich působení na zdraví u sester.

### **2.2 Výzkumné otázky**

Ve vztahu k danému tématu byly stanoveny tři výzkumné otázky:

Výzkumná otázka 1: Jaký mají dopad behaviorální determinanty na zdraví všeobecné sestry?

Výzkumná otázka 2: Jak ovlivňuje pracovní prostředí zdraví všeobecné sestry?

Výzkumná otázka 3: Jak ovlivňuje zaměstnání a behaviorální determinanty zdraví zdravotní stav u všeobecné sestry?



### 3. Operacionalizace pojmů

Jaro Křivohlavý (2010) uvádí, že ve většině západních zemí se psychosomatika uznává jako obor. V našich podmínkách se nejen laická, ale i lékařská veřejnost, s tímto tématem setkává velmi nahodile a pomalu. Behaviorismus je ve skutečnosti způsobem medicínského myšlení. Tedy medicínské celistvosti pohledu na věc a vnímání kontextů nejen nemoci, ale i jejích souvislostí.

V této diplomové práci je zdraví vnímané jako stav absolutní rovnováhy biopsychosociální pohody a je hodnocené jako jeden z prvořadých individuálních i veřejných zájmů. Obdobně jej charakterizuje Marková (2012). Ta uvádí, že zdraví občanů je prvořadý fenomén, který určuje jak kvalitu života jedince, tak výkonnost ekonomiky.

Behaviorální determinanty zdraví představují faktory, komplexně ovlivňující celostní zdraví jedince v přímé souvislosti působení.

Sestra je persona vykonávající zdravotnické povolání pod mnoha působícími vlivy v různém spektru. Sestrou tedy rozumíme vykonavatele ošetrovatelské péče.

Well-being je osobní pohoda. Kebza (2005) uvádí, že je jednou z významných složek zdraví, přičemž je vnímaná jako dimenze v oblasti tělesné, duševní a sociální. Je jedním z pojmů i jevů, jejichž primární založení je spíše psychologické, avšak které zasahují do řady dalších společenskovedných i přírodovědných oborů.

Coping označuje způsoby zvládnání stresu, jako vzájemně se prolínající působení aktuálních reakcí ve stresové situaci, kdy se charakterizují vzorce lidského chování a důsledky již prožitých stresových situací. Kebza (2009) uvedl zvládnání stresu jako jednou ze zásadních kapitol studia v psychologii.

## 4. Metodika

### 4.1 Použitá metoda

Ve vztahu ke zvolenému tématu behaviorálních determinantů zdraví všeobecných sester bylo přistoupeno ke kvalitativnímu výzkumu, který poskytl možnost pochopit a popsat postoje, určité chování, motivaci, ale i hodnoty, ovlivňující život a zdraví respondentů ve vztahu k problematice behaviorálních determinantů. Tímto přístupem jsme respektovali individuální specifika jedince s přihlédnutím k jeho názorům, stejně jako jsme popisovali rizikové faktory působící na jeho zdraví.

S ohledem na výzkumný cíl se staly naším výzkumným vzorkem všeobecné sestry, vstupující do výzkumu jako lidské bytosti. Z toho vyplývá, že bylo třeba zohlednit i aspekty, které nemají přímou souvislost s výzkumným šetřením, ale mohou ovlivnit sledované skutečnosti.

Osloveno bylo celkem 70 informantů. Vzhledem k neuchopitelnému názvu pro povědomí informantů naší práce, šlo v mnoha případech o edukaci o behaviorálních determinantech. Zřejmě i z toho důvodu bylo velké zastoupení negace k vytvoření nahrávaného rozhovoru. Pro vlastní realizaci výzkumu bylo nutné získat od informantů souhlas s provedením šetření formou písemného souhlasu s realizací polostrukturovaného rozhovoru (příloha č. 3). Tento rozhovor byl realizovaný dle předem připraveného schématu čítajícího 67 převážně otevřených otázek (příloha č. 4). Průměrně rozhovor trval 30 minut a byl rozdělený do 14 oblastí. Tyto oblasti v sobě zahrnovaly zdraví, životosprávu, genderový pohled, období mateřské dovolené, SES, pracovní prostředí, stres, osobní pohodu, motivaci, ovlivnění návykovými látkami, psychosomatické stavy, rozvoj profese a působení behaviorálních determinantů jako celek. Pro označení informantů byly zvolené kódy R 1 – R 23. Klíč k jejich identifikaci je uschovaný u mne bez možnosti přístupu další osoby. Kódy byly přiřazené pro zajištění anonymity informantů.

Pro dosažení kritéria teoretické saturace bylo realizováno 18 rozhovorů. Všechny rozhovory byly nahrávané, doslovně přepsané (včetně hovorových výrazů) a následně analyzované metodou zakotvené teorie. V průběhu analýzy dat v zakotvené teorii bylo využíváno otevřeného, axiálního a selektivního kódování. Otevřené kódování představuje část analýzy, spojenou s označováním a kategorizací pojmů prostřednictvím pečlivého studia údajů (Strauss, Corbinová, 1999). Během tohoto procesu byly

rozhovory analyzované řádek po řádku a byly sledované a označované podobnosti a rozdíly. Tyto údaje byly konfrontované s našimi dosavadními znalostmi a informacemi z dostupných odborných zdrojů. Nalezené pojmy byly následně sestavené do prvotních kategorií. V tuto chvíli však nebylo možné kategorie považovat za konečné, neboť jejich příslušnost k danému jevu mohla být jen zdánlivá. Z pojmu kategorií vycházel jejich obsah, který v nich mohl být uskupený. Na základě souvislostí byly vytvořené názvy kategorií, které logicky souvisely s údaji. Tyto názvy sloužily ke zmapování popisované oblasti a k usnadňování analýzy. Kódování umožnilo dosažené údaje rozdělit a vytvořit některé kategorie s vlastnostmi. Axiální kódování poskytlo možnost údaje složit jiným způsobem (Strauss, Corbinová, 1999). Smyslem celého procesu bylo bližší určení jevu pomocí podmínek, které k němu jsou v příčinném vztahu. K tomuto účelu byl využit paradigmatický model (tabulka č. 1).

**Tabulka č. 1: Příklad námi aplikovaného paradigmatického modelu**

<b>1. Příčinné podmínky</b>	<b>2. Jev</b>	<b>3. Kontext, co v nich vyvolává</b>
SES	Nedodržení zákoníku práce	Stres, vztahy na pracovišti
<b>4. Intervenující podmínky</b>	<b>5. Strategie jednání</b>	<b>5. Následky</b>
Strach ze vzniku nemoci	Odchod ze zaměstnání	Ukončení PP

Zdroj: vlastní výzkum

Strauss, Corbinová (1999, s. 72) použití paradigmatického modelu popisují následovně: *„spojuje subkategorie s kategoriemi do souboru vztahů určujícího příčinné podmínky, jev, intervenující podmínky, strategie jednání a interakce a následky“*. Prostřednictvím axiálního kódování byl tedy získán přehled o vztazích mezi jednotlivými kategoriemi a podkategoriemi s možností určení příčinné souvislosti (tabulka č. 2).

**Tabulka č. 2: Přehled kategorií, subkategorií a určení příčinné souvislosti**

Kategorie	Subkategorie	Příčinná souvislost
<b>Stres</b>	strach z předsudků, vulnerabilita, vlastní zranitelnost, coping, koučing, vlastní odolnost, odpočinek, syndrom vyhoření, pracovní zařazení	pracovní neschopnost, interpersonální vztahy, zvládání stresu
<b>genderový pohled</b>	rozdíly ve zdraví	rozdíl mezi odolností mužů a žen
<b>socioekonomický status</b>	způsob stravování, pohybová aktivita, nerovnost zdraví, životní úroveň, sociální faktory, pracovní kolektiv, nezaměstnanost, prostředí, genetika	kvalita zdraví, pracovní výkonost, osobní spokojenost
<b>pracovní prostředí</b>	vztahy na pracovišti, fungování kolektivu, pracovní zařazení, zkušenosti, porovnání zaměstnání	vyčerpání, interpersonální nespokojenost, pracovní stres, snížený výkon
<b>mateřská dovolená</b>	délka praxe, mateřská dovolená, návrat do zaměstnání, sebe vnímání, reakce okolí	stres, změna pracovní doby
<b>životospráva</b>	strava, psychohygiena, postup, prevence, hygienické návyky	zhoršení zdraví, stres
<b>osobní pohoda</b>	charakterizování života, vztahy na pracovišti, životní spokojenost, míra stresu na pracovišti, adaptační proces, well-being	změna zaměstnání, pracovní neschopnost, fluktuace zaměstnance, bezpečnost a kvalita poskytovatele
<b>Motivace</b>	jak vnímám svou profesi, sebehodnocení, motivace	hodnocení pracovníka, možnosti hodnocení, spokojenost, ustálení zaměstnanců

Kategorie	Subkategorie	Příčinná souvislost
<b>návykové látky</b>	užití návykových látek, kompenzace stresu, i na pracovišti, alkohol a drogy na pracovišti	dlouhodobá pracovní neschopnost, přetížení, interpersonální vztahy
<b>psychosomatické stavy</b>	druhy stavů	přímé působení stresu, snížená výkonost, pracovní neschopnost
<b>BOZP</b>	faktory poškození zdraví	snížení bezpečnosti a kvality, poškození zdraví, dlouhodobá PN
<b>zdraví</b>	prevence, vnímání zdraví	celková osobní pohoda, pracovní výkon, motivace zaměstnanců, prevence PN a tím přetěžování sester
<b>rozvoj profese</b>	rozvoj techniky, rozvoj medicíny, dostupnost péče, systém vzdělání, systém financování, úroveň zdravotnictví, vlastní spokojenost	nedostačující systém vzdělání, nevhodné financování, finanční stabilita objektu poskytování, nedostatek personálů, přetížení sester, fluktuace personálu
<b>behaviorální determinanty</b>	determinanty, působení determinantů, dopady determinantů, pozorované stavy u kolegyň	pracovní stres, nedodržení zákoníku práce, pracovní prostředí, zdraví, pracovní neschopnost.

Zdroj: vlastní výzkum, 2020

Následně bylo přistoupeno k selektivnímu kódování, tedy k procesu, při kterém dochází k identifikaci centrální kategorie a souvislých podkategorií a tím jsme mohli vyjádřit teorii. Strategie jednání a vedení managementu se projevuje ve zdraví všeobecných sester. Jako velmi významný se v průběhu celé práce s daty manifestoval stres. Jako centrální kategorie proto byla označena kategorie stresu, která se prolíná všemi oblastmi a tím je nejvíce exponovaná. Grafické znázornění postavení jednotlivých kategorií ve vztahu k ostatním a centrální kategorii je znázorněno níže (obrázek č. 1).

Obrázek č. 1: Znázornění vztahů jednotlivých kategorií a centrální kategorie



Zdroj: vlastní výzkum, 2020

Vzhledem k tomu, že každá sestra v rámci interakce s pracovním prostředím prožívá řadu jistých osobně pracovních změn, poskytla nám zakotvená teorie možnost odhalit ovlivnitelné rizikové faktory vzniku vlivů působících na personální krizi, která je do značné míry determinovaná také socioekonomickým statusem. Zároveň nám umožnila charakterizovat postoj ke zdraví a odhalit působení behaviorálních determinantů, které mohou být jistým motivačním faktorem pro změnu dosavadního pracovního způsobu života a postoje k vlastnímu zdraví.

Na základě analýzy dat a integraci poznatků došlo k jejich začlenění do vytvořeného doporučení k řešení personální krize. Vzniklý materiál byl následně konzultovaný se sedmi zástupci středního managementu, kteří se podíleli na realizovaném výzkumu. Konzultace probíhaly v rámci focus group v březnu roku 2020, kdy jim byl předložený návrh adaptačního procesu a SOP. Po důkladném prostudování byl skupině poskytnutý prostor k vyjádření. Pro zaznamenání připomínek byl použitý

záznamový arch (příloha č. 5), ve kterém se zaznamenával postupně názor každého člena.

#### **4.2 Výzkumný soubor**

Výběr výzkumného souboru pro realizaci kvalitativního výzkumu tvořili informanti s delší než 6 letou praxí, kteří prošli institucionální a komunitní sférou ve své pracovní praxi. Délka požadované praxe ovlivňuje výběr sester do komunitní sféry a tím úzce souvisí i personální krize v domácí péči. Pro účely tohoto výzkumu proto informant musel být kvalifikovaná všeobecná sestra v kategorii S2 a více, jako nositel kódů v odbornosti 925 pro pojišťovnu k výkonu povolání v komunitní sféře. Dle kategorizačních údajů se všichni informanti setkali se stresem na pracovišti, byli na mateřské dovolené a ovlivňuje je socioekonomický status. Tato specifika se stala inspirací pro výběr vlastního výzkumného souboru.

## 5. Výsledky

V této části práce se budeme věnovat zjištěným výsledkům. Pro jejich rozklíčování považujeme za důležité vyložení kostry příběhu, které je součástí zakotvené teorie. Domníváme se, že jeho vyložení umožní lépe porozumět zjištěným souvislostem.

### 5.1 Vyložení příběhu

Faktory stresu působí na účastníky výzkumu plošně. Je třeba zmínit, že psychiatrickou zátěž většina sester neuvádí. Vlastní léčba u dotazovaných nebyla. Strach z předsudků vnímaly sestry u změny zaměstnání, po odmlce a se změnou pracovní funkce. Stres způsoboval strach z kolektivu. Zranitelnost je popisovaná jako dysbalance vnímání sebe sama vůči zaměstnavateli. Nejmenší počet informantů uvádí, že vulnerabilitu neumějí popsat a neznají ji. Zranitelnost ve vztahu k zaměstnání dokáží popsat všichni oslovení. Shodně uvádějí vlastní újmu pocíťovanou od zaměstnavatele. Zranitelnost u kolegyň pozorovali až na výjimky všichni. Hlavním důvodem zranitelnosti byl nedostatek personálu nebo intenzita služeb, které museli vykonat. S tím bezesporu souvisí nedostatek odpočinku, který se manifestuje jako velký stres. Pro zvládání stresu většina sester uvádí, že je důležité rodinné zázemí, vědomé odpočívání sportem, vlastním koníčkem a nejvíce odpočinkem. Zajímavým příkladem je práce na zahradě a sdílení svého stresu s někým dalším. Kouče kromě jednoho informanta nevyužil nikdo, ačkoli je tato oblast kladně přijímaná.

Vzhledem k širší škále informantů nejen vůči věku, ale i praxe bylo vlastní zvládání stresu poměrně rozdílné. V nejmenší možné míře bylo vyhodnocené absolutně žádné zvládání stresu. Přičemž copingovou strategii zde představovala snaha o vyhýbání se kontaktu se stresem a nechuť ho řešit. Faktem je, že větší počet informantů vnímá stres jako něco faktického, co dokáží buď potlačit, nebo s tím následně pracovat. Zajímavým úkazem bylo zjištění, že existuje přímá úměra stresu a praxe. Celý výzkumný vzorek uvedl, že odolnost vůči stresu získali délkou své praxe a tím se stávali odolnějšími.

Přímá souvislost míry stresu a jeho dopadu na zdraví byla pozorovaná i ve vztahu k životosprávě. Všeobecné povědomí o prevenci a péči o své zdraví nemají sestry jako jednotnou odpověď. Co sestra, to unikátní bytost, každá byla v rozpoložení svých starostí. V celkovém vnímání přetížení, a to nejen pracovních stresů, ale i rodinných starostí, nemají prostor, jak pečovat o své zdraví. Jejich zdraví je ovlivněno způsobem



jejich života, přičemž je pro sestry problematické mapovat svůj život, své návyky a jejich změny. Je zjevné, že díky práci ve službách nemají čas, který by využili směrem k sobě, tedy k péči o své vlastní zdraví. Většina péče o své zdraví proto vychází ze strachu z nemoci, která může vzniknout v důsledku nedodržování zdravého životního stylu. Většina sester má problém stravovat se v pravidelných časových intervalech. Samy sestry uvádí, že se snaží o pravidelnou zdravou stravu a pohyb. Ukazuje se také, že sestry samy dokáží ovlivnit své zdraví. Ovšem pokud dochází k dlouhodobým pracovním neschopnostem, obrací se tato situace i do finanční stránky chodu instituce a přímo ovlivňuje přetížení sester. To vede k vyhoření a opuštění nevhodného pracovního prostředí. Proto lze za významnou kategorii považovat také socioekonomický status, který se promítá i do způsobu stravování a pohybové aktivity ve smyslu finančních prostředků nezbytných k jejich dosažení. Opět se i v tomto bodě projevilo přetížení a nespokojenost se stávající situací. Přímý dopad lze sledovat i v charakteristice životní úrovně. Tu naši informanti vnímali jako průměrnou až dobrou. I zde byla patrná otázka přetížení, působení stresu a úloha financí.

Z faktorů plynoucích z prostředí byl opět nejdominantnější stres. Opakovaně byla popisovaná situace interpersonálních vztahů na pracovišti. Genetické faktory celý soubor informantů popsal jako vážnou překážku nejen k vykonávání povolání, ale i jako vnímání kolektivu na plnění pracovních úkolů. Zaměstnávání personálu s nějakým nedostatkem není kolegiálně přijímané, i když u všech bylo vnímané jako nevhodné až nepřijatelné z hlediska výjimek. Významně se v tomto bodě prolínají pojmy jako vyčerpání, vyhoření, interpersonální nespokojenost, pracovní stres a snížený výkon. S uvedeným značně souvisí syndrom vyhoření, který se u pomáhající profese v nějaké podobě projevil u všech a to od nejlehčí formy až po úplné vyhoření vedoucí k dlouhodobé pracovní neschopnosti. I zde byl evidentní pracovní stres a celkové vyčerpání z pracovního přetížení a nespokojenosti.

Jako behaviorální determinanty ovlivňující zdraví účastníků našeho výzkumu bylo možné identifikovat vnímaný stres, obecně přetížení z nedodržování zákoníku práce (potažmo BOZP), dále pracovní prostředí. Jako negativně vnímaný fakt byla uváděná také komunikace s vedením, šikana na pracovišti, nežádoucí události, málo sester, dopad na výkonost, zdraví a spokojenost, nedostatek finančních prostředků. Příčinná souvislost pak byla spatřovaná zejména v nedostačujícím systému vzdělání, nevhodném financování, finanční stabilitě objektu poskytování, nedostatku personálu, přetížení sester a fluktuaci personálu.

## 5.2 Popis výsledných kategorií

Tabulka č. 3: Přehled výsledných kategorií

Kategorie	Subkategorie
Stres	Strach z předsudků Vulnerabilita Coping Syndrom vyhoření Behaviorálních determinanty
Genderový pohled na vnímání rozdílů ve zdraví	
Socioekonomický status	Nerovnost ve zdraví Sociální faktory
Pracovní prostředí	Vztahy na pracovišti Pracovní zařazení Zkušenosti BOZP
Mateřská dovolená	
Životospráva	Strava Dopady determinantů Prevence
Osobní pohoda	Charakterizování života Životní spokojenost Adaptační proces Well-being
Motivace	Vnímání profese Sebehodnocení
Psychosomatické stavy	
Zdraví	
Rozvoj profese - EBP	

Zdroj: Vlastní výzkum

## Kategorie Stres

Jako centrální kategorie byla identifikovaná kategorie „Stres“. Tato kategorie byla rozdělená na několik podkategorií. Obsahuje strach z předsudků, vurnelabilitu, coping, syndrom vyhoření a behaviorální determinanty zdraví.

Faktory stresu působí na naše informanty plošně a v několika subkategoriích. Psychiatrickou zátěž většina sester neuvádí, v jednom případě proběhla u sestry konzultace s psychologem jako kompenzace pracovního stresu. Vlastní léčba u dotazovaných nebyla. Strach z předsudků vnímaly sestry u změny zaměstnání, odmlyce a se změnou pracovní funkce. Strach z kolektivu, například zranitelnost, popisují informanti jako dysbalance ve vnímání sebe vůči zaměstnavateli. Každý člověk je nějakým způsobem zranitelný, většina sester vnímala svoji zranitelnost jako druh nějakého pracovního ponížení. Nejmenší počet informantů uvádí, že vurnerabilitu neumějí popsat a neznají ji. Naopak zranitelnost ve vztahu k zaměstnání dokáží popsat všichni informanti, shodně uvádějí vlastní újmu pocíťovanou od zaměstnavatele, a to buď jako nedovolení určité činnosti nebo interpersonálními vztahy. „*určitě rozhodují finance, rozhodnost a zázemí*“ (R 9). Zranitelnost u kolegyň pozorovali až na výjimky všichni, a to opět přetížením z nedostatku personálu nebo intenzitou služeb, které musely vykonat. Nedostatek odpočinku se manifestoval jako velký stres. „*Někdy se potřebuji vykřičet, vypovídat a vynadávat*“ (R 8). Při zvládání stresu většina sester uvádí, že je pro ně důležité rodinné zázemí, vědomé odpočívání sportem, vlastním koníčkem a nejvíce odpočinkem. Zajímavým příkladem je práce na zahradě a sdílení svého stresu s někým dalším. „*Stres zvládám tak, že to stlačám v sobě a pak aktivním športom*“ (R 22). Koučing bez jednoho informanta nevyužil nikdo, většina odpovědí je, že se sestry koučují samy. A tuto otázku přijímají kladně s tím, že by bylo dobré kouče mít nebo zkusit tyto služby. Vzhledem k širší škále informantů nejen vůči věku, ale i praxe bylo vlastní zvládání stresu poměrně rozdílné. V nejmenší možné míře bylo vyhodnocené absolutně žádné zvládání stresu. Vyhýbají se kontaktu se stresem a nechtějí ho řešit. Naopak zajímavým faktem je, že větší počet informantů vnímá stres jako něco faktického, co dokáží buď potlačit, nebo s tím následně pracovat, jako například s vlastním zvládáním stresu. Zajímavým úkazem bylo zjištění, že existuje přímá úměra - stres a praxe. Celý výzkumný vzorek uvedl, že odolnost vůči stresu získali délkou své praxe. Syndrom vyhoření se u pomáhající profese v nějaké podobě, od nejlehčí formy až po úplné vyhoření vedoucí k dlouhodobé pracovní neschopnosti, projevil u všech. Největší zastoupení v odpovědích bylo zjištění, že jim již vyhoření

hrozí a objevila se snaha tento stav nenechat propuknout. Opět se u syndromu vyhoření projevil pracovní stres a celkové vyčerpání z pracovního přetížení a nespokojenosti. Celkově se tento stav projevil vyčerpaností, podrážděností, depresivními stavy, sníženou pracovní funkcí, až pracovní neschopností. Spokojenost se svým zařazením vnímal bez jedné odpovědi celý saturovaný vzorek informantů. V této skupině byl vytvořený průřez, a to jak středním managementem, tak středním zdravotním personálem. Zajímavým příkladem bylo uvedení, že informant se cítí nedoceněn a chce být ve vedoucí funkci. „*Stres byl, je a bude, není intenzivní, není intenzivní. Určitě intenzivita to není, je to prostě na bázi udržení, ukočírování*“. *Adaptační proces byl velký stresor, to si tam připiš, hodili po mě klíče a jed*“ (R 11).

Behaviorální determinanty až na tři odpovědi byla naprosto neuchopitelná otázka, informanti si neuměli nic představit a ani neviděli souvislosti. „*To je strašný slovo, to nevim*“ (R 9). Zajímavé je, že tyto tři odpovědi jsme dostali od sester, které mají vyšší stupeň zdělán. Odpovědi se týkaly působení zdraví, vzdělání, zdravotnictví a rodiny. Tato otázka působila spíše edukačně, jako zvýšení povědomí o behaviorálních determinantech. „*Cože, můžeš na mě mluvit česky*“? (R 11).

Faktory behaviorálních determinantů informanti vnímají jako největší dopad na zdraví sestry, nejvíce je vnímán stres, obecné přetížení z nedodržování zákoníku práce, dále pracovní prostředí. Jako negativně vnímáný fakt se řadí komunikace s vedením a to zcela obecně, nebyla zde detailně popisována struktura ZZ. Šikana na pracovišti je také velká oblast ovlivňující pracovní spokojenost, která dokázala spíše negativně ovlivnit výkonnost sestry. Nežádoucí události působící v přímé souvislosti s obecním snížením počtu sester má dopad na jejich výkonost. Všechny tyto faktory ovlivňují zdraví a spokojenost pracovníků. Nedostatek finančních prostředků demotivuje a dlouhodobě působí na psychický stav sester, kdy nahrává tato skutečnost syndromu vyhoření. Tyto faktory se u informantů prolínají a působí nejen na dotazované, ale v různé míře je pozorují i u svých kolegyně. Nejpočetněji zastoupení odpověď je jednoznačně stres způsobený z pracovního prostředí a přetížení. Přetížení, které bylo v přímé souvislosti na nadpočet služeb, tedy nedodržení normy hodin v pracovním týdnu sestry. „*Nevím, co to je*“ (R 20).

S užíváním návykové látky se všichni informanti setkali, a to nejen oni sami, ale i ve svém pracovním okolí. Zajímavě je popsán stav, kdy se užívání těchto látek dotýká pacientů, sester i lékařů, tedy napříč celou profesí. Nejčastěji sestry užívají jako kompenzaci stresu cigarety a malé množství alkoholu. „*Já jsem hodně odolná, kdybych*

*nebyla, tak už tady nejsem“ (R 11). Dokonce u jedné odpovědi bylo popisované užití kanaboidů jako kompenzace stresu. Sestry u kolegyně pozorují souvislost kouření cigaret a svého stresu jako kompenzační berličku. Na pracovišti všichni informanti zažili užívání alkoholu, dokonce i drog, a setkali se v menší míře se suicidálními stavy. Suicidální stavy byly popisované nejen u sester, ale i v řadách lékařů. Všichni shodně uvádí, že tato situace - suicidia, alkoholu a drog - působila velmi negativně a znovu by jí prožít nechtěli, pokaždé se jich nějak dotkla. Na otázky o užívání návykových látek, jejich užívání v minulosti se informanti shodli, že je ve větší míře neužívali. Jeden respondent uvedl užití kanaboidů, jako kompenzaci stresu. Na otázku, jakou berličku používají sestry, uvádí jako nejpočetnější odpověď sport, aktivní odpočinek a rodinu. „No asi tím, že jsem to musela řešit, asi nepůsobilo“ (R 10). „Ne, ne, naštěstí ne, nepotřebujeme to a nějakým způsobem se toho bojím“ (R 22).*

### **Kategorie Genderový pohled na vnímání rozdílů ve zdraví**

Genderový pohled na rozdělení nejen rolí, ale i vnímání zdraví z pohledu obou pohlaví. Zde informanti popisují z praxe rozdíly ve zdraví mužů a žen různorodě na podkladě svého vnímání. Největší zastoupení otázek se objevovalo v třídění péče o své zdraví u žen a to tak, že ženy pečují převážně o vzhled. V povědomí informantům vyvstávala myšlenka, že ženy jsou ošetřovatelky, takzvaně pečující a to z toho důvodu, protože tento přístup mají daný geneticky. „*Určitě bych řekla, že ženy se zabývají tou stravou“ (R 14). Některé sestry nepozorují ani nevnímají rozdíl. Naopak velké rozdíly jsou patrné ve chvíli, kdy sestry popisují zodpovědnost a pasivitu přístupu mužů a žen při péči o své zdraví. Muži jsou více senzitivní k bolesti a více prožívají své onemocnění. Muži zanedbávají své zdraví, ale sestry popisují i případy kdy je to jinak. „Chlapi jsou na tom líp, protože se víc pozorují“ (R 17). „To jsem si nějak nevšimla, si myslím, že když už je člověk zdravotník, je pošahanej sám vo sobě a je jedno, jestli je to chlap nebo ženská“ (R 3).*

### **Kategorie Socioekonomický status**

Kategorie socioekonomický status obsahuje podkategorie nerovnost ve zdraví a sociální faktory.

Ovlivnění socioekonomickým statutem sestry vnímaly spíše jako pozitivně laděný vtip, větší polovina respondentů přiřadila negativní odpověď ve smyslu ne, nevím, neřešila jsem, nemám čas. Opět se i v tomto bodě projevilo jejich přetížení a

nespokojenost v čase rozhovoru. Tato negace se nesla i na chuť spolupracovat. Na otázku, jestli je limituje v něčem dostupnost zdravotní péče, sestry v tomto případě odpovědi směřovaly spíše k odpovědi ne, občas je popisované, že je to složitá odpověď. Celkovým průřezem sesbíraných dat vládne názor o nedostatku odborníků, nejvíce dominuje v odpovědích málo zubařů. Zajímavá odpověď byla omezení v rozsahu poskytování, na kterou nasedala odpověď se stárnutím populace a tím vzniklé finanční úniky. Tyto finanční úniky byly popisovány myšlenkou, že polymorbidní osoba bude potřebovat nejen výkonově, ale i materiálově dražší péči. V kontextu s tímto souvisela myšlenka přímé úměry ke kvantitě poskytované péče.

Jako nerovnost zdraví k sobě samým sestry vnímají spíše jako protekční jednání se zdravotníkem a to nejen ve vztahu k informacím, ale i čekací době, ta jim přijde kratší než u lidí, kteří nepracují ve zdravotnictví. Například možnost dostat se dříve k vyšetřením. V některých případech se již objevuje odpověď, že tato rozdílnost se již ztrácí, nebo dokonce ani nevnímají samotný rozdíl. Naopak svoji životní úroveň charakterizují jako průměrnou, nejvíce dobrou a pouze v jednom případě jako hektickou a šílenou, tedy opět se zde promítá přetížení a působení stresu. *“Ted’ to mám opravdu složitý”* (R 23).

Sociální faktory, jako zastání v práci vnímají sestry spíše dobře. Popisují, že zastání mají. V menším množství zastání nepociťují. Nejvíce sestry ovlivňují finance ve všech směrech života. Zde se manifestuje, že setra zastává více rolí a to nejen v zaměstnání, ale i v péči o rodinu a děti, pokud je již má. Nejčastěji se objevuje odpověď, že sestry ovlivňuje stres, finance a rodina. *„Určitě finance“* (R 23). Působení na zdraví v rámci nezaměstnanosti zažilo jen malé množství sester, pokud však tuto situaci zažily, vnímají ji jako finanční úpadek na zdraví. Vnímají sníženou možnost nákupu hodnotných potravin a dalších zdraví prospěšných prostředků. Nemohou pořídit podpůrné suplementy zdraví. Jinak zajímavý výrok byl popisovaný jako souvislost s alkoholismem a leností. Faktory prostředí sestry popisují jako více determinant, ponejvíce opět stres. Jako další a častější odpověď byla vnímaná možnost bydlení, a to rozdílů mezi vesnicí a městem, překvapivě samostatná odpověď byla zaměřená na smogovou situaci. Opakovaně byla popisovaná situace interpersonálních vztahů na pracovišti. *“Překvapivě se dodnes s holkama stýkám”* (R 18). Genetické faktory celý soubor informantů popsal jako vážnou překážku nejen k vykonávání povolání, ale i jako vnímání kolektivu na plnění pracovních úkolů. Hodnotí je tedy jako překážku v práci. *„ Je to určitě o penězích, člověk si to nemůže dovolit, když třeba je student, že jo. Což*

*třeba já jsem prožívala tenkrát s tím obličejem, když třeba naši si nemohli dovolit takové vymoženosti a proto se to nějak odkládalo a nakumulovalo se to. Tak nějak do té dospělosti. Takže si myslím, že určitě ta sociální sféra ovlivňuje zdraví“ (R 8).*

### **Kategorie Pracovní prostředí**

Kategorie pracovní prostředí obsahuje celkem čtyři podkategorie, a to vztahy na pracovišti, pracovní zařazení, zkušenosti a BOZP.

Pracovní prostředí sestry vnímají jako faktor ovlivňující pracovní i osobní život. Prostředí vnímají nejen jako vybavení, materiál, ale klade se velký důraz na odpovídající interpersonální vztahy a kulturu prostředí, ve které tráví svoji profesní působnost. Všechny odchylky od normálu vnímají sestry jako pracovní stres. Většina informantů byla s dosavadním zaměstnáním spokojená a spíše negativně smýšlí k minulým zaměstnáním. Tato negativní skutečnost a zážitek je pro sestry rozhodující při volbě nového zaměstnání *„Pokud je špatný kolektiv, špatně se pracuje, i já sama jsem to zažila“ (R 19)*. Vnímání odolnosti z dob studia je v přímé souvislosti s tím, že se cítí vzdělanější, odolnější a celkově sebejistější. Sestra se tedy odpracovanými lety roky kultivuje a profesně posouvá. Ne tedy jen s roky, ale i se zkušenostmi, získává větší pracovní sebevědomí. Vnímání mezigeneračních rozdílů je různé, minimální odpověď nevnímáme. Překvapivě byla popisovaná souvislost s financemi a zatížení systému zdravotnictví. Nejčastěji se objevuje odpověď, že mladší sestry nemají takové zkušenosti, ale jsou fyzicky zdatnější. Dokonce se mezi staršími informanty popisuje myšlenka, že zaučovali svými znalostmi mladší kolegyně. Ovlivnění vlastního zařazení byla pro sestry spíše neuchopitelná otázka, po bližším vysvětlení se objevovala odpověď ne, neovlivňuje. Nejčastěji se uvádí pracovní přetížení sester. *„Určitě ovlivňují“ (R 21)*. Pokud sestry přecházejí do vedoucích pozic, začínají tento faktor vnímat. Větší počet informantů odpovídal kladně s tím, že mají dobré vztahy na pracovišti. Ovšem v průběhu času to byl největší stresor na pracovišti s tím, že to byl i hlavní důvod ke změně pracoviště. *„Ano, jediné pozitivně, protože se můžu vyprávět“ (R 9)*.

Bezpečnost a ochrana zdraví při práci je informanty vnímaná jako velmi důležitá, ovšem na její dodržování již není dáváný takový zřetel. Sestry nevnímají jako důležité vše dodržovat, dokonce se objevila odpověď, že to ani není možné. Jako nejčastější poškozování zdraví vnímají v nemocnicích nedodržování nošení vhodné obuvi s páskem a dále ochranných pomůcek, například k ředění dezinfekcí používání

ochranných brýlí a nošení pláště, nebo ředění cytostatik bez odsávací komory. „*Poškození jde obojí, jak psychický, tak fyzický*“ (R 3).

„*Hele, já si myslím, že to se asi děje všude, všude se porušuje, vždyť jsme jak otroci*“ (R 16).

### **Kategorie Mateřská dovolená**

V délce praxe se odpovědi rozcházejí, a to v rozpětí od 7 do 39 let. Mateřskou dovolenou vnímají pozitivně ženy, ale i jeden muž. Většina sester měla mateřskou dovolenou spojenou se zaměstnáním, do kterého se těšily. *Návrat byl krutější, hodně mě to ovlivnilo, měla jsem dítě v pozdějším věku*“ (R 2). Vnímaly ukončení mateřské jako pracovní posun, ale také jako finanční vylepšení rodinného rozpočtu. V tuto chvíli sestry ovlivňovala finanční skutečnost a role matky. Informanti uvedli, že praxe byla v lůžkové části, přesouvala se k intenzivní medicíně a dále mají zkušenosti z institucionální a komunitní péče. Vnímání sebe sama po návratu z mateřské dovolené popisují sestry různě, jako nejčastější odpověď byl strach z přijetí kolektivu, dále předsudky a to nejen z okolí, ale i od sebe samých. „*v práci ne, spíš chlap si myslel, že to zvládnou stejně*“ (R 19). Převládá strach z toho, zda se sestra dokáže vrátit a řídit nejen sebe, ale i rodinu a dále pracovat v první linii. Dopad na vnímání sebe sama, vlastní sebe hodnoty, sebeúcty, to u větší poloviny mělo a projevovalo se stresem a změnou délky pracovní doby. „*Jsem v praxi od roku 2001 noo, to už je dlouho. Mateřská dovolená byla dva a půl roku, pak už jsem pracovala, takže úplně nebyla, protože jsem částečně pracovala i na mateřské. Návrat po mateřské byl velmi náročný, protože jsem prostě měla pocit, že znám jenom plíny a hrát si s dětma*“ (R 10).

### **Kategorie Životospráva**

Tato kategorie obsahuje celkem tři podkategorie: stravu, dopady determinantů a prevenci.

Samy sestry uvádí, že se snaží o pravidelnou zdravou stravu a pohyb. „*Prevenci? Život na vesnici, procházky, zdravější strava*“ (R 2). Většina sester má problém s udržením pravidelnosti při konzumaci potravin a tekutin. Mnohé sestry uvádí, že se snaží využít metody psychohygieny. Zajímavým zjištěním bylo, že péče o své zdraví je podmíněná strachem z nemoci. Sestry se zabývají postupem k dosažení lepší prevence a hygienickými návyky. Jako podstatnou informaci uvádějí vlastní nastavení k hygienickým návykům, které souvisí s odbornou praxí. Znalosti o zdraví mají



zdravotní sestry nejen ze školských programů, ale i praktické části svého pracovního života, prevencí a hygienickými návyky, znalostmi o zdraví. „*S tím, že jsem začala ve směnách, tak, tak můj osobní život a zdraví nebylo moc času, po směnách, prostě je to náročný*“ (R 2). Všechny tyto skutečnosti a vlastní nastavení sestry ovlivňuje model rodiny, kde byl položený základ k udržování a používání zvyků v péči o zdraví a udržení hodnot životosprávy.

### **Kategorie Osobní pohoda**

Kategorie Osobní pohoda v sobě sdružuje informace spojené s charakterizováním života, životní spokojeností, adaptačním procesem a samotným pojmem well-being.

Sestry svůj život charakterizují jedním přídavným jménem, nejčastěji jako krásný, pohodový, veselý, rychlý a hektický, mají celkově pozitivně laděné hodnocení svého života a své práce. „*Já se hodnotím jako sestra dobrá. Mě jako k čemu co mě motivovalo, uznání*“ (R 18). Na otázku, jak se realizujete v zaměstnání a jaký to má dopad na osobní pohodu, dále u vnímání spokojenosti v zaměstnání, je popisovaná kladná odpověď. Informanti jsou spokojeni, a pokud v minulosti spokojeni nebyli, pak změnili zaměstnání.

Míra stresu na pracovišti souvisela s adaptačním procesem. Překvapivě jen polovina informantů měla dlouhodobý adaptační proces, který vnímali jako pomoc při práci a začlenění. Tento adaptační proces vedl k vlastnímu pocitu naplnění, pracovní sebejistotě a celkové osobní pohodě. Adaptační proces je vnímán jako důležitý faktor pro začlenění sestry a pro zvládnutí stresových stavů vznikajících z neznalosti chodu ZZ. Míra stresu na vlastním pracovišti dle informantů je uváděná jako dynamický a vyvíjející se proces, který se stále mění a není tedy stálý. Osobní pohodu respondenti vnímají jako klidné a bezpečné pracovní zázemí s jasnými a dobře nastavenými interpersonálními vztahy, kdy obecně panuje pracovní pohoda. „*Všechno souvisí se vším, a když člověk není v pohodě, začne se šfouřit ve všech nemocech a je to v kopru*“ (R 17).

Dále zázemí rodiny, zdravé děti a fungující rodina. A jako poslední faktor uvádějí své vlastní zdraví, kdy není ovlivněné nemocí. Aby informanti tento stav mohli prožívat, potřebují mít své nejčastěji uváděné potřeby naplněny a jako vtipnou součást odpovědi uváděli dovolenou. Což nám opět korelovalo s jejich přetížením a důrazem na tento stav, který by si kompenzovali právě dovolenou. „*Uspěchaný, nezastavitelný,*

*nebo já nevím no. Na osobní pohodu se mne ptáš v kritickém týdnu. Teď je to chaos doma i v práci. “Není moc prostoru se realizovat“ (R 23).*

### **Kategorie Motivace**

V této kategorii jsou obsaženy dvě podkategorie – vnímání profese a sebehodnocení. Vnímání své profese je chápání sebe sama jako potřebným, pomáhajícím a naplňujícím posláním. Informanti uvádí, že milují svoji profesi a v této otázce nebyla nalezená jakákoliv negace. *„Prostě jsem spokojená, protože to tak cejtím“ (R 13).* Sestra se hodnotí jako super sestra, pozitivní, empatická, flexibilní, odborná, prestižní. Baví ji její profese. Velmi zajímavým podnětem pro management je to, že se sama sestra hodnotit v největší míře nechtěla, neuměla, a cítila to jako velmi nepříjemnou otázku. Naopak motivace byla pracovními úspěchy, svojí šikovností a potřebností, financemi, novým cílem a zkušenostmi, uznáním. Motivace nebyla vnímaná jen jako hmotný stav, který by se řešil jednoznačně financemi, které by vedly k motivacím. Tedy je třeba brát na zřetel, že i uznání je ve vyšších příčkách uváděno jako velmi podstatné. *“Mám pocit sama ze sebe dobřej a to se mi vrátí“ (R 12).* *„Je to náročná, ale krásná práce“ (R 21).*

### **Kategorie Psychosomatické stavy**

U psychosomatických stavů uměli informanti popsat, kdy a jak tento stav zažívali. Větší množství odpovídalo, že tyto stavy nemá a netrpí s nimi. Dále se objevovala odpověď ano, trpím na ně a stres se u mne projevuje například dráždivým tračníkem, bolestí žaludku a celkovou nervozitou nebo bolestí hlavy. *„Ano dráždivým tračníkem“ (R 10).* Opět v návaznosti na pracovní stres a přetížení z nedostatku personálu. Nyní větší polovina dotazovaných tyto problémy nepozoruje. *„Asi ne, já o ničem nevím, psychosomatické stavy nemám“ (R 19).*

### **Kategorie Zdraví**

Z analýzy získaných dat vyplývá, že tato kategorie je ovlivněná způsobem života sester. Pro některé sestry bylo velice problematické popsat svůj způsob života, zda změnily svoje návyky, popřípadě zda jim jejich zdraví vydrželo. *„Život se mi změnil v každém případě, protože, protože dodržování životosprávy a všeobecně“ (R 1).* Tato otázka byla ovlivněna tím, v jakém emočním rozpoložení jsme rozhovor prováděli. Zde je vidět rozdíl přetížené sestry s přesčasy a sestry ve středním managementu s jiným

pracovním stresem. „*Na osobní život nebylo moc času, začala jsem pracovat ve směnách a je to náročný*“ (R 2). Některé sestry uvedly, že své zdraví neovlivňují z důvodu nedostatku času a směnového provozu. „*Určitě více spím a více odpočívám, protože moje práce je náročná*“ (R 14).

Zdraví jako nejvyšší možnou hodnotu vnímají všichni informanti jednotně. Pro všechny je zdraví uchopitelnou záležitostí, díky které mohou být svobodní. Svobodu vnímají informanti v několika sférách a to jak pracovně, tak finančně, potažmo aktivitami s rodinou. Dokonce se objevilo tvrzení, že pokud není zdraví, není nic. Zajímavé je, že více jak polovina informantů ale pro své zdraví nic nedělá, protože ho zatím vlastní, v odpovědích se málo uvádí prevence. Na otázku jak by informant zvýšil své zdraví, je nejčastější odpověď preventivní programy, pozitivní mysl, vitamíny a sport. „*Má to celkový dopad na člověka,*“ (R 8). Zdravý životní styl, strava, otužování, relaxace, osvěta, příjemné pracovní prostředí a čerstvý vzduch. „*Za mne zase ten sport*“ (R 19). Do nejméně početných odpovědí se promítala rodina a zázemí, následně osvěta. Jediná odpověď poukazovala na to, že sestra je odolná dost svojí přiměřeností ze zaměstnání a jako prevence byla vnímané nechodit do zaměstnání. „*Kdyby lidi dodržovali základní hygienická pravidla*“ (R 18).

### **Kategorie Rozvoj profese – EBP**

Informanty rozvoj medicíny ovlivňuje hlavně rychlým vývojem techniky i vědy jako takové. Ne všechny informace o novinkách se k sestram vřak dostávají včas a ve správné formě, je třeba chybějící informace neustále vyhledávat a odstraňovat dezinformace. Tato skutečnost může působit jako stresující faktor a rozdílně působit. Z našeho výzkumu vyplynulo, že starší ročníky rozvoj medicíny nevnímají jako stres, ale společně uvádí, že přesto je to v jejich očích dobře. „*Určitě se vyvíjí a je to určitě dobře.*“ (R 17). Tím se maže předsudek, že se starší sestry se neumějí a nechtějí se posouvat ve vzdělání, a nelze tuto myšlenku globalizovat. Zdravotnictví tedy je na dobré úrovni a jeho rozvoj je akceptovaný zcela pozitivně.

Naopak v hodnocení dostupnosti a kvality poskytované péče za jejich pracovní život se nejvíce objevuje odpověď negativní, tedy že se zhoršila. Zhoršila se jak z důvodu dostupnosti vzhledem k dojezdové vzdálenosti, tak z důvodu výběru odborníka. „*Já si myslím, že v dnešní době je na stejné úrovni, jaké jsme byli, možná je to ještě horší, než bývalo*“ (R 13). Problém informanti vnímají jako nedostatek praktických lékařů, dětských specialistů a zubařů.

Na otázku o financování ve svém zařízení se nám odpovědi velice rozcházejí. Nejvíce se uvádí, že nepocítují a neumí vyhodnotit. Jako druhá nejvíce početně zastoupená odpověď se objevuje vše, co informanty ovlivňuje v pracovním životě. Nedostatek financí, plošné ošetření a naši pacienti nemají na nic nárok, sami si musí hradit a tím nedochází k léčbě, jaké by mělo, například při nákupu vlhkého krytí na rány. Zajímavou a jedinou odpovědí se objevilo smýšlení a předpojatost vůči cizincům. „*je tady víc a víc cizinců co neumí česky, což je jeden problém a já s tím nesouhlasím, měli by tu být český sestřičky a český doktoři*“ (R 19). Informant uvedl, že by zde neměly pracovat jiné národnosti zdravotnického personálu a ani dokonce by neměla být multikulturní skladba pacientů, protože díky tomu vnímá, že pak přicházíme o finance a pracovní místa, prohlubuje se jazyková bariéra.

System vzdělání je vnímán až katastroficky, pro sestry velice ovlivňující záležitost. Nedostatek odborných sester vede zbylé sestry k přetížení a velkému pracovnímu stresu. „*Jde to pořád kupředu, teď jsme tu měli paní, která měla kontinuálně morfin, ale vzhledem k tomu, že jsem zvyklá, jipky měli injektomaty, všechno jde dopředu, vše je nový, krásný*“ (R 12).

## 6. Diskuze

V této diplomové práci směřujeme k behaviorálním determinantům zdraví u všeobecných sester, protože práce je součástí života každé všeobecné sestry. S obdobným zjištěním pracuje Honzák (2015). Je to jeden z nejdůležitějších determinantů mající vliv na jejich každodenní život a toto zjištění uvedla již Marková (2012) ve své práci. Na podkladě studované problematiky a analýzou výsledků z výzkumu lze tvrdit, že behaviorální determinanty ovlivňují zdraví všeobecných sester. V kontextu k neustálé personální krizi a změnám v soudobé společnosti, všudy přítomnému stresu a novým trendům v poskytované péči je velmi důležité, aby sestry do svých povědomí začlenily také faktory prevence k udržení zdraví, a byly schopné si uvědomit veškeré faktory, které na jejich zdraví působí. Nově můžeme zařadit skutečnost s pandemií. Tyto skutečnosti získávají nejen praktickými zkušenostmi, působením pracovního kolektivu, ale i v rámci svého vzdělávání. Všechny tyto faktory, které jak jsme zjistili, jsou vzájemně na sebe působící. Zjištění koresponduje s Horou (2003). Pojali jsme je jako indikátory pro management, jako doporučení k řešení personální krize, která v dnešní době sužuje nejedno zdravotnické zařízení.

Sebevědomí sester ovlivňuje sebehodnocení, ale také pracovní a životní spokojenost. Při své práci se všeobecná sestra setkává s různorodým spektrem faktorů, které jí ovlivňují, jak již uvedla Krchová (2009). Dalším faktorem, který působí na sestry v této práci je fakt, že toto téma nebylo ještě dostatečně saturované, tedy zdroje jsou starší, zahraniční, nebo nedostupné. Řada publikací směřuje spíše k pacientům, k poskytování péče, ke specifickým u toho či onoho onemocnění, k potřebám té a té minority, národnosti, ale na zdravotníky jakoby se zapomnělo. Není jasně řešeno a dokonce není ani definováno, co by sestry potřebovali proto, aby mohli vykonávat svojí profesí. Tedy soubor skutečností, které by vedli u sester k vlastnímu naplnění potřeb a hodnot. Na to, co by potřebovali oni (a nejen sestry), na to, jaká je péče o tuto skupinu, jak jsou uspokojované jejich potřeby. Pak se ani nemůžeme bavit o nějakém EBN, protože tyto výstupy ke zdravotníkům přímo nesměřují. Stále se bavíme o tom, jaká by sestra měla být, co by měla umět, ale už v podstatně menší míře o tom, co jí k tomu, aby tohle všechno dokázala naplnit, můžeme dát. Co je třeba poskytnout, abychom nemuseli řešit stálou krizi personálu. V této oblasti jsou sestry nedostatečně aktivní, neumějí se ohodnotit a vyjasnit své potřeby směrem ven. A to ani sestry s vysokoškolským vzděláním, neprosazují vnímání sebe sama ani nepodporují vážnost a důstojnost

profese. Myslím si, že se sesterské spolky spíše dohadují mezi sebou, než aby se spojily a šly za společným cílem - podpořit profesi, zlepšit podmínky pro práci sester, zvýšit opět společenskou prestiž povolání. To vše s odkazem na letitou historii profese, která s sebou nesla řadu změn a významných osobností.

Ze své praxe vím, že sestra je spíše nástrojem k uspokojování potřeb druhých, jak již uvedla ve své práci Venglářová (2007), nikoliv svých. Nenaplněním vlastních potřeb sestry dochází k řadě neduhů, které jsme v naší práci zdůrazňovali. Cítím, že by byla škoda dehonestovat profesi jen díky nenaplněným potřebám zaměstnanců, tu profesi, na kterou bychom měli být už díky její historii patřičně hrdí. Je třeba tuto skutečnost neustále připomínat a pěstovat u sester sebevědomí. Tyto neduhy vedou sestru v nejzazších případech pracovat mimo obor a nově nastoupených sester není tolik, aby saturovaly potřebu našich zařízení. Je třeba, aby starší sestry, na které jsme v našem výzkumu cílili, zůstaly u oboru, předávaly své zkušenosti, empatii a cit pro profesi. Aby léta zkušeností dokázali předat dál dalším sestrám do budoucnosti.

V našich podmínkách toto téma řeší jen dva přední behavioristé a následně lékařskými výzkumy spíše lékaři. Křivohlavý (2010) uvedl, že behaviorální medicína se zrodila v oblasti sociálních věd a psychologie, kdy úkolem bylo prostudování somatických onemocnění. Uvedl tvrzení, že odlišnost mezi medicínskými směry je ve strategii bádání. V naší práci jsme tuto myšlenku chtěli ještě rozšířit a koncipovat jako nástroj pro řešení kritického nedostatku personálu, na který se směr tohoto bádání a hlavně jeho účinku dalo použít. Proto jsme báдали v obou směrech, a to nejen v psychologii, ale i v sociálních vědách. Ty posloužily jako podklad pro vytvoření osnovy k hloubkovým rozhovorům. Na základě analýzy dat získaných těmito rozhovory a hledání vnitřních souvislostí, jsme mohli identifikovat jednotlivé kategorie a vztahy, které se zde vyskytují. Zde bychom viděli doporučení managementu řešit personální obsazení, dostatek personálu, dodržování přestávek z důvodu bezpečnosti práce. Následně je třeba zaměřit pozornost k odpočinku a dále jako motivační složku se zaměřit na pohyb sester, pohyb jako prevence nemoci. V tuto chvíli je možné říci, že nejen fyzická konstituce sestry je třeba kultivovat, ale i psychická rovina by měla být saturovaná například sportem jako nástrojem odpočinku. Mnohé sestry uvádí, že se snaží využít metody psychohygieny, tu bychom také mohli saturovat sportem, jako jednu z možností motivace například multisport kartu což nám potvrdilo myšlenku Radkina Honzáka (2015).

Díky nízkému povědomí sester, které většinou nevědí, co jsou behaviorální determinanty, jsme se setkávali s vysokou mírou odmítnutí realizace rozhovoru. Někdo by jistě řekl, že tohle je oblast, která patří do psychologie, je součástí vzdělávání a to poměrně dlouho. Ovšem z mého pohledu není nynější forma již u středoškolského vzdělávání vyhovující. Není to model, který by mne, jako starší sestru s praxí přesvědčil. Za svojí ošetrovatelskou praxí jsem zaučovala studenty, kteří se vzdělávali na mém pracovišti a nedosahovali ani základní vzdělání ve své odbornosti. Tím si tedy vysvětluji, že neměli kompletní povědomí o této problematice.

Pro objektivitu a přehlednost výsledků výzkumného šetření vznikl polostrukturovaný rozhovor. Dotazováním jsme i edukovali a vysvětlovali jednotlivé části. Při podrobné analýze dat z výzkumného šetření jsme na základě rozhovorů vytvořili konečné kategorie s doprovodnými jevy, které by měly sloužit jako doporučení pro řešení personální krize metodou standardu, který je v naší práci obecný, aby si jej mohlo použít jakékoliv ZZ. Kategorie a podkategorie jsme podrobně rozebrali v části výsledky (kapitola č. 5) a nyní bychom chtěli manifestovat hlavně jejich souvislosti. Ty nás dovedly k nalezení odpovědí na stanovené otázky.

V nejpočetnějším zastoupení v odpovědích se řadí nedodržování zákoníku práce, tedy přestávky mezi směnami, a dále přetížení z důvodu nedostatku personálu. Všeobecné sestry tuto problematiku vnímají dle svého momentálního nastavení. Dost je ovlivňuje skutečnost, kdy není dostatek finančních prostředků, dále mají nestandardní vztahy v rodině, popřípadě s dětmi.

Naše sestry jsou i matkami, to je další stresová zátěž, která se nám prolínala opět v mnoha kategoriích, a to z důvodu, že většina nemohla sloužit směnný provoz a díky tomu se dostala ke komunitní péči. Péče o rodinu a děti při práci patří k velkým stresorům a psychické zátěži. Dokonce se odráží na osobní pohodě a sebehodnocení. Naopak se nám nepotvrdila skutečnost s poznatkem, kdy je dle Kunzlové (2014) souvislost mezi zdravím a prokrastinací, myšleno snahou něco odkládat. Naši informanti nemají prostor k odkládání, naopak spíše reagují rychle a pružně, a to nejen ke své práci, ale i ke svému životu a z něj vyplývajících povinnostech.

Všechny tyto faktory stresu se prolínají do všech námi popisovaných kategorií. Došlo k potvrzení myšlenky dle Valáškové (2008), že pracovní režim, směnný provoz a s ním spojená změna biorytmů, práce o víkendech, zodpovědnost za nemocné, chronický nedostatek sester i pocity, které mohou být vyvolané obavou z nedokončené práce, se dotýkají každé z naší již zmíněné kategorie.

Zajímavé zjištění bylo popsání zdraví mužů a žen. Muži byli vyhodnoceni, jak zvýšili svůj postoj ke zdraví a ženy obecně více neřeší své zdraví a jsou odolnější. Toto zjištění koresponduje třeba s Křivohlavým (2002). Zajímavou subkategorií jsou interpersonální vztahy, ty jsou v příčinné souvislosti s dlouhodobou pracovní neschopností jak z vyčerpání, ale také stresem, který se projevoval až depresivními poruchami, popřípadě syndromem vyhoření. Zde vidíme velký prostor pro management k vyhodnocení rizik a efektivity řízení, jak lépe personálně a ekonomicky řídit ZZ. Dlouhodobá neschopnost zapříčiňuje přetížení ostatního personálu, tvoření přesčasů a tím i vznik výrazně větších nákladů. Všechny tyto okolnosti hodnotili informanti jako negativní faktor ovlivňující setrvání na pracovišti, tedy pokud budou v jejich dlouhodobém působení, pak nechtějí setrvat v pracovním poměru. S obdobným zjištěním pracuje názor Kebzy (2012).

Lajka (2008) uvádí jaká je česká sestra, ale nám z výzkumu vychází, že další důležitou oblastí je vzdělání a momentální dopad vzdělání na personální obsazení a složení kolektivu. Všeobecné sestry s dlouhou praxí nechtějí přebírat odpovědnost za asistentky, protože mají pocit, že asistentky nejsou dostatečně kompetentní k výkonu povolání. Všechny popsané skutečnosti vedou k vyčerpání sester, jejich přetížení a zajímavé je, že následně působí na sebehodnocení, pracovní a životní spokojenost.

Samostatně jsme vyčlenili kategorii SES, ta působí ve všech směrech a prolíná se všemi subkategoriemi. Kebza (2005) uvedl, že v souběhu výzkumu zdraví, je SES a zdraví. Předpokládá se, že SES je významným a často opomíjeným nárazníkem vůči stresu. SES, který umožňuje přístup k finančním prostředkům a ke vzdělání, patří mezi základní atributy osobního rozvoje. Právem hraje významnou roli při jejich zvládnutí. Toto tvrzení se nám manifestuje v rozhovorech informantů, díky svému zázemí a financí mohou nejen lépe odbourávat stres, ale i se vzdělávat a pracovat na sobě samých. Dosahovat vlastních úspěchů. Je zajímavé, že se sestry samy neumí zhodnotit, motivuje je vlastní úspěch v zaměstnání, překvapivě ne jen pouze finanční ohodnocení. Zde vidíme velký potenciál pro hodnocení zaměstnanců a nastavení benefitů. Benefity ve smyslu nejen wellness balíčků, ale také multisport karty, nebo možností souvisejících se sportem. U většiny informantů působí sport jako prevence nemoci a zároveň duševní hygiena. Finanční ohodnocení sice informanti neřadí na první příčky, ale všemi kategoriemi z našeho polostrukturovaného rozhovoru se prolínají. Finanční stabilita je vnímaná jako druh jistoty a svobody. A je tedy nutné se nad ní při řešení personální krize zamyslet v rámci možnosti řešení ZZ.



## 7. Závěr

Tato diplomová práce se zaměřila na BH determinanty u sester z důvodu že BH medicína směřovala spíše na blaho pacienta a ne sestry. Ve vztahu k danému tématu byly stanovené tři cíle naší práce.

Prvním cílem bylo zjištění, jak behaviorální determinanty ovlivňují zdraví všeobecné sestry. Tyto determinanty jsme popsali v několika kategoriích a podložili ve výzkumu. Nejvíce z determinant se prolíná působení stresu a dopady socioekonomického statutu.

Druhým cílem bylo zjištění, jaký má u všeobecných sester zdravotní stav dopad na druh pracoviště. U tohoto cíle se nám potvrdilo, že místo výkonu práce je vybírané s ohledem na zdraví a překvapivě trendem se stává odcházení ze směn s přímou úměrou k věku a k rodině.

Třetím cílem byly souvislosti vztahů na pracovišti a jejich působení na zdraví všeobecných sester. V tomto případě se nám podařilo zjistit, že námi zjišťované determinanty se prolínají do interpersonálních vztahů. Tyto vztahy ovlivňují osobní pohodu, je dokonce vnímaná i určitá vunerabilita vůči zaměstnanci a tím i zvyšování stresu. Vše co působí u vztahů na pracovišti jak pozitivně, tak negativně, přímo souvisí se se zdravím, a je vnímané jako nejvyšší hodnota měření spokojenosti a dalšího působení na pracovišti.

Následně byly ve vztahu k tématu stanovené tři výzkumné otázky, na které jsme hledali odpovědi v rámci realizaci výzkumu. Na ně jsme získali odpovědi z našeho výzkumu v této práci.

První výzkumnou otázkou bylo, jaký mají dopad behaviorální determinanty na zdraví všeobecné sestry. U této otázky jsme zjistili významné dopady v několika kategoriích, které přímo souvisí se zdravím všeobecných sester, například dopady stresu, vedoucí k syndromu vyhoření, které popisujeme v závěru této práce. Zdraví ovlivňují námi uvedené determinanty v každé oblasti života všeobecné sestry, a přímo souvisí s personální krizí, tak jak jsme popsali v závěru.

Druhou výzkumnou otázku jsme si také potvrdili, že pracovní prostředí úzce souvisí s interpersonálními vztahy, a tyto vztahy mají příčinnou souvislost nejen na zdraví všeobecné sestry, ale na celkovou spokojenost, výkonost a setrvání v ZZ. Ve vztahu k danému tématu byly stanovené tři cíle naší práce.

Třetí výzkumná otázka nás dovedla k zjištění, jak ovlivňují behaviorální determinanty zdraví sester. Potvrdilo se nám, že existuje souvislost v působení determinantů na zdraví všeobecné sestry a mnoho těchto determinantů lze ovlivnit tak, aby kladně působily na zdraví a zároveň se zvýšila výkonost všeobecné sestry a spokojenost, která souvisí s personálním obsazením ZZ.

Přínosem pro praxi jsme vytvořili standard, který volně navazuje na standardy akreditační komise v hlavě VIII, které slouží managementu. Naše hlavní zaměření bylo řešení krize v komunitní sféře, ale protože tento problém se prolíná napříč zdravotním sektorem, tvořili jsme standard velmi obecně, aby si mohlo každé ZZ dodělat svůj vlastní proces, který se bude do standardu s ohledem na náš výzkum hodit. Tedy výsledky výzkumu tvoří podklad pro vytvoření procesu k tomuto standartu.

Dále jsme vytvořili adaptační proces, také univerzální pro více ZZ, který by měl odbourat stres, který se prolíná všemi zkoumanými kategoriemi působícími na zdraví sester a zároveň ovlivňuje další kategorie, například interpersonální vztahy, osobní pohodu atd.

Všechny tyto souvislosti se prolínají na ekonomickou sféru zařízení, kde sestra vykonává svojí praxi.

## **7.1 Standard**

Hlava VII. Standardy managementu

**Standard č. 43**, navazující číselně na již vydané standardy v ambulantní péči akreditační komisí SAK.

**Vedení ZZ se aktivně podílí na řešení personální krize.**

**Účel a naplnění standardu:**


Vedení ZZ přiměřeně dohlíží na tvorbu programu řešení personální krize, schvaluje ho a přezkoumává. Zároveň se také účastní analýzy výstupů z tohoto programu. ZZ využívá tento standard k řízení kvality a řešení personální stabilizace. ZZ si nastavuje role osob, které jsou odpovědné za personální krizi, například manažer ošetrovatelské péče a personalista. Hlavní manažerská role a odpovědnost za kvalitu spočívá na vrcholném vedení. Rozsah programu je řešení personální krize, přiměřeně organizační a provozní struktury ZZ.

**Indikátory standardu:**

1. Vedení ZZ se aktivně podílí na plánování programu řešení personální krize, stanovení priorit takového programu a vyčlenění zdrojů pro jeho realizaci.
2. Vedení ZZ aktivně dohlíží na realizaci programu řešení personální krize
3. Vedení ZZ pravidelně přezkoumává výstupy a výsledky programu
4. Vedení ZZ využívá výstupy a výsledky programu k řízení kvality ZZ.

## Standard ošetrovateľskej péče č.

### Potreby sestry k predchádzaní personálnej krízy

<b>Miesto použítí:</b> 	<b>Skupina, ktoré se poskytuje péče:</b> Domáci péče	
<b>Standard určen pro:</b> střední management	<b>Schválil odborný garant dne:</b> <b>Nabývá účinnosti dnem:</b> <b>Kontrola:</b> <b>Platnost:</b> <b>Revize:</b>	<b>Kontakt:</b> <b>Vrchní sestra:</b> <b>Odborný garant:</b> <b>Počet stran:</b>
<b>Účel standardu:</b> Předcházení personální krize		
<b>STRUKTURA</b>	<b>PROCES</b>	<b>VÝSLEDEK</b>
<b>S1 Kompetence:</b> sestra se specializovanou způsobilostí pro intenzivní péči v anesteziologii, pediatrii a neonatologii vykonává činnost dle vyhlášky 55/2011  <b>S2 Sestra zná</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Metodický pokyn „Potřeby sester“</li> </ul> <b>S3 Sestra zná</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Metodický pokyn „Potřeby sester“</li> </ul> <b>S4 Sestra zná</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Metodický pokyn „Potřeby sester“</li> </ul>	<b>P1</b> Personál je informován o organizační struktuře ZZ  <b>P2 Personál zná</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• své pravomoci</li> </ul> <b>P3</b> Personál zná <ul style="list-style-type: none"> <li>• formy vnitřní komunikace</li> </ul> <b>P4 Personál ovládá</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• rozsah pravomocí vedoucích pracovníků a definuje vztahy nadřízenosti a podřízenosti</li> </ul> <b>P5 Personál je povinný</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• se pravidelně seznamovat s tímto standardem</li> </ul>	<b>V1</b> Dodržování povinnosti hlášení stanovených informací dle metodického pokynu k získání validních dat  <b>V2</b> Získaná data jsou použita ke zvyšování kvality a bezpečí poskytované péče  <b>V3</b> Získaná data slouží k řešení personální krize

## Kontrolní kritéria ke standardu ošetrovatelské péče č.

### Potřeby sestry k předcházení personální krize

Metoda Dotaz/pohled/sledování	Kontrolní kritéria	ANO	ČÁSTEČNĚ	NE
Dotazem sestry	1. Na pracovišti je k dispozici standard a metodický pokyn č. ...„ Potřeby sester“ a SOP „Potřeby sester“			
Pohledem/dotazem sestry	2. Sestra zná organizační strukturu ZZ			
Dotazem sestry	3. Sestra zná své kompetence			
Dotazem sestry	4. Sestra ovládá rozsah pravomocí vedoucích pracovníků a definuje vztahy nadřízenosti a podřízenosti			
Dotazem sestry	5. Sestra zná formy vnitřní komunikace			
<b>Bodové hodnocení:</b> ANO - 2 body ČÁSTEČNĚ - 1 bod NE - 0 bodů NELZE HODNOTIT - X (uvést důvod)				

## Adaptační proces

### Plán adaptačního procesu

<b>1. Měsíc</b>	<b>činnosti</b>	
	seznámení s chodem firmy, pobočky, předání kontaktů	A / N
	seznámení se základními předpisy, BOZP, PO, Provozním řádem	A / N
	adaptační kolečko na jiné pobočce	A / N
	seznámení se standardy	A / N
	seznámení se se systémem fasování	A / N
	seznámení se s nakládáním s firemním majetkem	A / N
<b>2. Měsíc</b>	poskytuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy	A / N
	dbá na dodržování hygienicko-epidemiologického režimu	A / N
	vede řádně zdravotnickou dokumentaci	A / N
	pracuje s informačním systémem zdravotnického zařízení	A / N
	podílí se na přípravě standardů	A / N
	zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu	A / N
	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)	A / N
	sleduje a orientačně vyhodnocuje fyziologické funkce pacientů, to je dech, puls, tělesnou teplotu, krevní tlak	A / N
	zajišťuje a provádí vyšetření biologického materiálu	A / N
	provádí odsávání sekretů z horních cest dýchacích a zajišťuje jejich průchodnost	A / N
	Hodnotí a ošetřuje poruchy celistvosti kůže a chronické rány a ošetřovat stomie, centrální a periferní žilní vstupy	A / N
	Provádí ošetrovatelskou rehabilitaci a 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 mobility	A / N

<b>3. měsíc</b>	Provádí nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti	A / N
	Edukuje pacienty, případně jiné osoby v domácnosti klienta	A / N
	Zajišťuje činnosti spojené s přijetím a ukončením domácí péče	A / N
	Provádí psychickou podporu umírajících a jejich blízkých	A / N
	Kontroluje léčivé přípravky, včetně návykových látek, manipuluje s nimi	A / N
	Podává léčivé přípravky, nitrožilní injekce, infuze	A / N
	Zavádí a udržuje kyslíkovou terapii	A / N
	Provádí ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů	A / N
	Provádí katetrizaci močového měchýře žen	A / N
	Provádí výměnu a ošetření tracheostomické kanyly	A / N

Zdroj: vlastní výzkum

#### Výsledky adaptačního procesu

Zná sestra svoje kompetence?

Proveř, zda sestra pochopila chod firmy.

Zhodnoť, zda zná práci se zdravotnickou dokumentací a základními dokumenty.

Proveř zkušenosti z adaptačního kolečka na jiné pobočce.

Zná sestra systém fasování zdravotnického materiálu a užívání firemního majetku?

#### Hodnocení adaptačního procesu:

Sestra splnila adaptační proces: ANO / NE

Splnění adaptačního procesu potvrzuje: .....

Datum: .....

## 8. Seznam použitých zdrojů

1. AJGLOVÁ, J., et al., 2008. Sestra školitelka klinické praxe – informace o pilotním kurzu. *Sestra*. 18(2), 17-18. ISSN 1210-0404.
2. ALENEZI, A., et al., 2018. Work-related stress among nursing staff working in government hospitals and primary health care centres. *International Journal of Nursing Practic*. 24 (5), 7-8. DOI: 10.1111/ijn.12676.
3. AMERICAN ACADEMY OF NURSING, 2015. Academy calls for collective action to include social and behavioral determinants of health in EHR. *American Nurse Vol*. 47 (5), 4-4. 1. ISSN: 0098-1486.
4. ARNOLDOVÁ, A., 2012. Sociální zabezpečení I: *sociální zabezpečení v české republice, lékařská posudková služba, pojistné systémy sociálního zabezpečení*. Praha: Grada. 350 s. ISBN: 978-80-247-3724-9.
5. AYADI, N., et al., 1999. Psychological determinants for the motivation of nurses in their work. Article in French. (46):59-62. No abstract available. PMID: 10401424
6. BARTLOVÁ, E., 1996. *Implementace behaviorálních přístupů do primární prevence*. Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. Atestační práce. [online]. Dostupné z: [www.apra.ipvz.cz/download.sp?docid=25](http://www.apra.ipvz.cz/download.sp?docid=25)
7. BÁRTLOVÁ, S., 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vydání. Praha: Grada 184. s. ISBN 80-247-1197-4.
8. BEDRNOVÁ, E., et al., 2015. *Management osobního rozvoje*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Management press. ISBN 978-80- 7261-381-6.
9. BRANDT, CJ., et al., 2018. Determinants of Successful eHealth Coaching for Consumer Lifestyle changes: Qualitative interview study among Health care professionals. *Journal of medical* .5 (7) 237. DOI: 196/j.9791.
10. ČELEDOVÁ, L., et al., 2010. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3213-8.
11. ČERNÁ, H., et al., 2000. Sestry ovlivňují chování nemocných. *Sestra*. X(9), 4. ISSN 1210-0404.
12. ČEVELA, R., et al., 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada. 263 s. ISBN: 978-80-247-3901-4.
13. ČEVELA, R., 2014. *Sociální gerontologie*. Praha: Grada. 238 s. ISBN: 978-80-247-4544-2.



14. DAVID, D. W., et al., 2010. Behavioral Determinants of Hand Hygiene Compliance in Intensive Care Units. *AMERICAN JOURNAL OF CRITICAL CARE*, 19 (3), 230-239. DOI: 10.4037/ajcc2010892.
15. DEKRAAL, M., et al., 2011. Faith-based organizations in a system of behavioral health care. *Journal of Psychology a Theology*. 39 (3) 255 – 267. ISSN: 0091-6471.
16. ELLIS, A., 2005. *Racionálně emoční behaviorální terapie*. Praha: Portál. 135 s. ISBN 80-7178-947-X
17. European commission, 2019, Press release: *Komise předložila návrh na řešení celosvětové chudoby a rozvoje*. [online]. [cit. 2019 11-25]. Dostupné z: [JxwSlenF5W7HX0ZwImFU0ToEJXawhgDYi2ppgRjULVQ&form\\_id=nex-teurop a\\_europa\\_search\\_search\\_form](https://ec.europa.eu/press-room/content/191125_IPRES_001_en.htm)
18. FALEIDE, et al., 2010. *Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-2864-3.
19. FERRAZZO, M., et al., 2012. Determinants of the choice of part time employment and nurses' satisfaction: a multicentre descriptive study. *Assist Inferm Ric*. 5(4), 207-213. DOI: 10.1702/1211.13409.
20. FRANCKE, A., et al., 1995. Determinants of changes in nurses' behaviour after continuing education: a literature review. *Journal of Advanced Nurings*. 21(2), 371-377. DOI:10.1111/j.1365-2648.1995.tb02536.
21. FRANCKE, A., et al., 1993. When is continuing education useful? A literature analysis of determinants for behavioral change in nurses who finished continuing education. *Verpleegkunde*. 8 (3)171-80. DOI:10.1111/j.1365-2648.
22. HAMPLOVÁ, L., 2009. *Veřejné zdravotnictví a výchova ve zdraví*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-271-2826-6.
23. HAMPLOVÁ, L., 2019. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing. 120 s. ISBN 978-80-271-0568-7.
24. HATEF, E., et al., 2019. Assessing the Availability of Data on Social and Behavioral Determinants in Structured and Unstructured Electronic Health Records: A Retrospective Analysis of a Multilevel Health Care System. *JMIR Med Inform*. 2;7(3) DOI: 10.2196/13802
25. HEDEGGER, M., 1993. *O pravdě a bytí*. Praha: Mladá fronta. 80 s. ISBN: 02/3 23-066-93.
26. HERKUCZOVÁ, E., 2008. Syndrom vyhoření – riziko ohrožující zdravotnické pracovníky. *Sestra*. 18(12), 56. ISSN 1210-0404.

27. HNILICOVÁ, H. et al., 2012. *Primární péče a podpora zdraví v ČR*. Časopis pro další vzdělávání lékařů, roč. 92, č. 10-12, s. 565-572. ISSN 0032- 6739; 1805-34544 (elektronická verze).
28. HNILICOVA, H., et al., Praktický lékař. 2012. č. 10 – 12. 556. ISSN 0032-6739; *Primární péče a podpora zdraví v ČR*.
29. HONZÁK, R., 2011. Jak se dívat na psychosomatickou medicínu. *Vnitřní lékařství, sekce Československé lékařské společnosti J. E. Purkyně*. 54(11), 903-907. ISSN 0042-773X.
30. HONZÁK, R., 2015. *Svépomocná příručka sestry*. Praha: Galén. 257 s. ISBN 978-80-7492-142-1.
31. HONZÁK, R., 2017. *Psychosomatická prvouka*. Praha: Vyšehrad. 335 s. ISBN 978-80-7429-912-4.
32. HORA, J., 2003. Hranice zátěže jsou často překračovány. *Sestra*. XIII(10), 16. ISSN 1210-0404.
33. JIČÍNSKÁ, K., 2008. Osobnostní rozvoj jako nedílná součást profesionálního růstu sestry. *Sestra*. 18(2), 15-16. ISSN 1210-0404.
34. KATHRYN, A., 2019. A Nurse-Led Model of Care to Address Social and Behavioral Determinants of Health at a School-Based Health Center. *Journal of School Health*. 89 (5), 423-426. DOI: 10.1111/josh.12748.
35. KEBZA, V., 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.
36. KEBZA, V., 2009. *Chování člověka v krizových situacích*. Praha: Česká zemědělská univerzita, Provozně ekonomická fakulta. ISBN 978-80-213-1971-4.
37. KEBZA, V., 2012. *Psychická zátěž, stres a psychohygienu v nelékařských profesích*. Praha: Grada. 95 s. ISBN 978-80-247-4569-5.
38. KEBZA, V., 2017. *Psycholog ve zdravotnictví*. 2. vydání. Praha: Karolinum. 119 s. ISBN 978-80-246-3657-3.
39. KELLER, et al., 2008. *Vzdělanostní společnost?*. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 978-80-86429-78-6.
40. KOPECKÝ, M., et al, 2013. *Vědění a učení v globalizovaném světě: aktéři a změny*. Praha: Filosofická fakulta Univerzity Karlovy. ISBN 978-80-7308- 474-5.
41. KRAUS, B., et al. 2015. *Životní styl současné české rodiny*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-544-8.

42. KREBS, V., et al. 2007. *Sociální politika*. 4. přepracované a aktualizované vydání. Praha: Aspi. ISBN 978-80-7357-276-1.
43. KREJČOVÁ, L., 2011. *Psychologické aspekty vzdělávání dospívajících*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3474-3.
44. KRCHOVOVÁ, I., 1999. Jak bývalo dříve sestrám: *Sestra*. IX(2), 19-20. ISSN 1210-0404.
45. KRISTOVÁ, J., 2008. Komunikace sestry s pacientem s agresivním chováním. *Sestra*. 18(12), 23-24. ISSN 1210-0404.
46. KRÓLOVÁ, V., 2015. Sociální sítě jako jeden z prostředků kyberšikany. *FLORENCE*. XI(5), 21-24. SSSN 1801-464X.
47. KŘIVOHLAVÝ, J., 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. 198 s. ISBN: 80-247-0179-0.
48. KŘIVOHLAVÝ, J., 2003. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. 279 s. ISBN: 80-7178-774-4.
49. KŘIVOHLAVÝ, J., 2006. *Psychologie smysluplnosti existence*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1370-5.
50. KUNZOVÁ, Š., et al., 2013. Chování a zdraví. I., Životní styl a komplexní choroby. *Hygiena: časopis pro ochranu a podporu zdraví*. 58(1), 23-28. ISSN 1802-6281.
51. KUNZOVÁ, Š., et al., 2013. Chování a zdraví. II., Geny, chování a komplexní choroby. *Hygiena: časopis pro ochranu a podporu zdraví*. 58(2), 79-85. ISSN 1802-6281.
52. KUNZOVÁ, Š., et al., 2014. Chování a zdraví. III., Psychosociální faktory, životní styl a komplexní choroby. *Hygiena: časopis pro ochranu a podporu zdraví*. 59(2), 79-86. ISSN 1802-6281.
53. KUNZOVÁ, Š., et al., 2014. Chování a zdraví. IV., Možnosti ovlivnění chování ve vztahu ke zdraví. *Hygiena: časopis pro ochranu a podporu zdraví*. 59(3), 123-130. ISSN 1802-6281.
54. KUTNOHORSKÁ, J., et al., 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada. 189 s. ISBN 978-80-247-2223-8.
55. KUZNÍKOVÁ, I., 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 212 s. ISBN 978-80-247-3676-1.
56. KUZNÍKOVÁ, I., 2013. *Psychosociální aspekty zdraví a nemoci*, Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7464-470-2.

57. LAJKA, J., 2008. Jaká je česká sestra? *Sestra*. 18(7-8), 40-41. ISSN 1210-0404.
58. LANGMEIER, et al., 1998. *Vývojová psychologie*. Praha. Grada. ISBN 80-7169-195-X.
59. LANGMEIER, J., 2006. *Vývojová psychologie*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
60. MARKOVÁ, M., 2012. *Determinanty zdraví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 54 s. ISBN 978-80-7013-545-7.
61. MASTILIAKOVÁ, D., 2007. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 164 s. ISBN 978-80-7013-457-3.
62. MATOUŠEK, O., et al. 2003. *Metody řízení sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-548-2.
63. MÜLLEROVÁ, N., et al., 2008. Role a budoucnost zdravotnických profesí a jejich regulace. *Sestra*. 18(7-8), 20. ISSN 1210-0404.
64. NAKONEČNÝ, M., 1999. *Sociální psychologie*. Praha: Academia. ISBN 80-200-0690-7.
65. NAKONEČNÝ, M., 2015. *Obecná psychologie*. Praha: Triton. 662 s. ISBN 978-80-7387-929-7.
66. NOVOTNÁ, H., 2006. Syndrom vyhoření bohužel není minulostí. *Sestra*. 16(3), 23. ISSN 1210-0404.
67. OECD, 2018, OECD Economic Surveys: *Hospodářské přehledy OECD červen 2016*. [online]. [cit. 2019 10-11]. Dostupné z: <http://www.oecd.org/economy/surveys/Czech-Republic-2016-overview-hospod%C3%A1%C5%99sk%C3%A9-p%C5%99ehledy.pdf>
68. ONDRIOVÁ, I., et al., 2003. Hrozí mobbing ve zdravotnickém zařízení? *Sestra*. XIII(12), 14. ISSN 1210-0404.
69. PERLMAN, et al., 2018. Stigmatization and self-determination of preregistration nurses: A path analysis. *Ment Health Nurs*. 27(1) DOI: 10.1111/inm.12336
70. POORTAQHI, S., et al., 2015. Evolutionary concept analysis of health seeking behavior in nursing: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 27;15. DOI: 10.1186/s12913-015-1181-9.
71. Příloha zdravotnických novin. 2016. č. 6, 12-13. ISSN 2533-3968; ( OCoLC) 956487674. *Behaviorální medicína: Lékař a pacient jako spojenci*.

72. PTÁČEK, R., et al. 2013. *Burnout syndrom jako mezioborový jev*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 878- 80-2475114-6.
73. RAUDENSKÁ, et al., 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-2223-8.
74. RAUSCH, JC., et al., 1987. Determinants of smoking behavior among nurses. *Journal of drug education*. 17 (4) 365-77. DOI: 10.2190/OV5-1LX9-LWXE-TMDA.
75. RERAZO, M., et al., 2012. [Determinants of the choice of part time employment and nurses' satisfaction: a multicentre descriptive study]. *Assist inferm Ric*. 31(4) Doi: 10.1702/1211.13409.
76. STARNOVSKÁ, T., 2005. Profesionální stres u sester. *Sestra*. 15(10), 16-18. ISSN 1210-0404.
77. STAROŠTÍKOVÁ, A., 2008. Organizační kultura a organizační deprese. *Sestra*. 18(7-8), 31-32. ISSN 1210-0404.
78. STRAUSS, A., et al., 1990: *Basic of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Technigues*. Newbury Park, California. 201 s. ISBN 80-85 834-60-X.
79. ŠAVLÍK, J., et al., 2004. Psychosomatika v současné době. *Časopis lékařů českých*. 143(1), 31-33. ISSN 0008-7335.
80. ŠAVLÍK, J., et al., 2004. *Psychosomatika v současné době*. Časopis lékařů českých, 143(1), 31-33. ISSN 008- 7335; 1805-4420.
81. ŠKOCHOVÁ, D., 2006. Sestra v roli interního lídra. *FLORENCE*. II(10), 44-45. SSSN 1801-464X.
82. ŠULISTOVÁ, J., 2006. Kritika se špatně polyká. *Sestra*. 16(3), 20,23. ISSN 1210-0404.
83. VALÁŠKOVÁ, D., 2008. Sestra stráví denně v předklonu 96 minut. *Sestra*. 18(12), 22. ISSN 1210-0404
84. VÁGNEROVÁ, M., 2000. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál. 528 s. ISBN 80-7178-308-0.
85. VENGLÁŘOVÁ, M., 2007. Sestra psychologka. *FLORENCE*. III(5), 212. SSSN 1801-464X.
86. VLACHOVÁ, K., et al. *Hodnoty, postoje, chování*. Praha: Sociologický ústav věd České republiky. 147 s. ISBN 978-80-7330-224-5.

87. WINTER, D., Deborah Du Nann-Koger, Susan M., 2009. Psychologie environmentálních problémů. Praha: Portál. 295 s. ISBN 978-80-7367-593-6.
88. ZN, 2016. Behaviorální medicína: Lékař a pacient jako spojenci. *ZN plus: příloha Zdravotnických novin*. 65(6), 12-13. ISSN 2533-3968.
89. ŽÁČEK, V., 2009. Management podniku. Praha: Česká ekonomika – nakladatelství ČVUT. 204 s. ISBN 978-80-01-04370-7.

## **9. Seznam příloh**

Příloha č. 1 – Determinanty zdraví

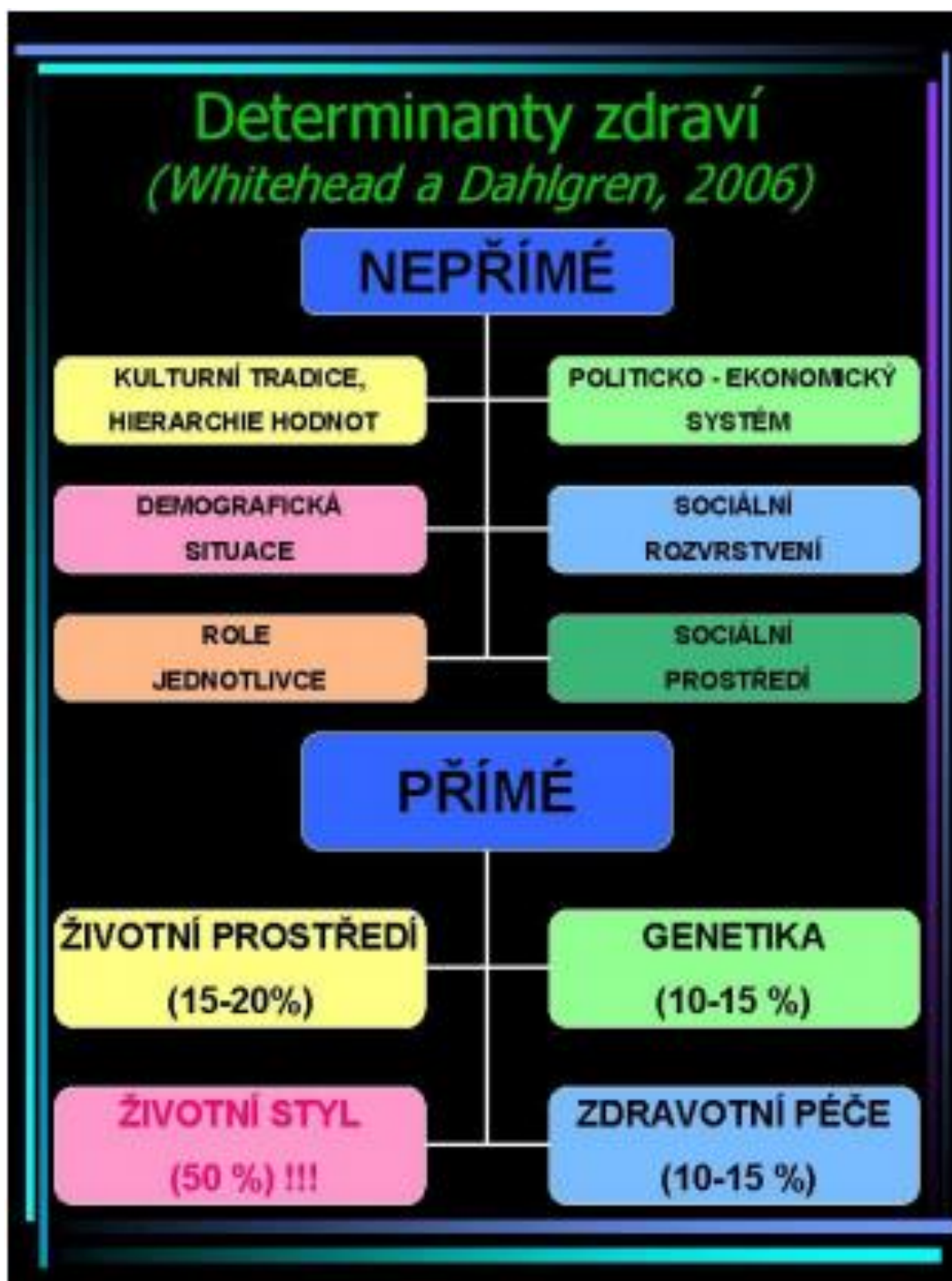
Příloha č. 2 – Holistický pohled na zdraví

Příloha č. 3 - Žádost o spolupráci, informovaný souhlas

Příloha č. 4 - Dotazník (anonymní hloubkový rozhovor)

Příloha č. 5 - Záznamový arch

Příloha č. 1 – Determinanty zdraví



Zdroj: <http://www.cbks.cz/Upice2016/51.pdf>



*Příloha č. 2: Holistický pohled na zdraví*



Zdroj: <http://www.cbks.cz/Upice2016/51.pdf>

## Příloha č. 3 - Žádost o spolupráci, informovaný souhlas



Zdravotné  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás s prosbou o spolupráci. V současné době vypracovávám závěrečnou práci, v rámci které provádím výzkum, jehož cílem je zjistit jak ovlivňují behaviorální (komplexní) determinanty zdraví všeobecných sester, zjistit jaký má zdravotní stav dopad nato, kde pracují a zjistit souvislosti vztahů na pracovišti a jejich působení na zdraví. Data budou získána polostrukturovaným hloubkovým rozhovorem, trvajícím nejméně půl hodiny. Z účasti na výzkumu pro Vás nevyplyvají žádná rizika, rozhovor je anonymní. Výhodou pro Vás může být dobrý pocit, že se účastníte na výzkumu, který bude směřovat k řešení personální krize ve zdravotnictví.

### Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Studentka mne informovala o podstatě výzkumu a seznámila mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, stejně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány a použity pro účely vypracování závěrečné práce studentky.

Měl/a jsem možnost si vše řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážít. Měl/a jsem možnost se studentky zeptat na vše pro mne podstatné a potřebné. Na tyto dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu, způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží účastník výzkumu (nebo zákonný zástupce) a druhý student/studentka.

Jméno, příjmení a podpis účastníka výzkumu (zákonného zástupce)

---

V \_\_\_\_\_ dne: \_\_\_\_\_

Jméno, příjmení a podpis studenta/studentky:

---

#### ***Příloha č. 4 – Dotazník (anonymní hloubkový rozhovor)***

1. Jak ovlivňujete své zdraví způsobem vašeho života? Změnili jste něco směrem ke svému zdraví? Popřípadě vydrželo to?
2. Jakou prevenci pro udržení zdraví děláte? Jakou můžete využívat a jakou využíváte?
3. Jak se změnila vaše hygienické návyky v oblasti vašeho zdraví?
4. Jak se změnila vaše návyky v oblasti duševní hygieny?
5. Myslíte si, že vaše znalosti mohou ovlivnit vaše zdraví? V čem a proč si to myslíte.
6. Všimli jste si, a dokázali byste popsat za svou praxi rozdíly ve zdraví mužů a žen, případně jaké?
7. Ovlivňuje úroveň zaměstnání způsob vašeho stravování a pohybovou aktivitu?
8. Limituje vás v něčem dostupnost zdravotní péče?
9. Co vnímáte jako nerovnost zdraví k sobě samým? Vnímáte nerovnosti v přístupu k péči o nezdravotníka a zdravotníka?
10. Jak byste charakterizovali vaši životní úroveň?
11. Ovlivňují sociální faktory vaše zdraví, jaké myslíte?(rozepsat, finance, zázemí, atd., funkce odborů, zastání v práci)
12. Vnímáte působení sociálních faktorů ve vašem pracovním kolektivu, v rámci dovolání?
13. Jak si myslíte, že ovlivňuje nezaměstnanost zdraví, zažila jste to?
14. Jak ovlivňují faktory prostředí vaše zdraví? (hustota obydlí, prostředí na pracovišti, prostředí domácí péče)
15. Jak mohou genetické faktory ovlivnit zdraví a jaký mají dopad na uplatnitelnost v zaměstnání?
16. Jaký to může mít dopad na fungování vašeho kolektivu?
17. Jak dlouho jste v praxi, čím vším jste prošli a jaká byla časová prodleva s mateřskou dovolenou?
18. Jaký byl návrat po mateřské dovolené?
19. Jak to ovlivnilo celkové oblasti života.
20. Mělo to dopad na vnímání sebe sama, vlastní sebe hodnoty, sebeúcty?
21. Jaký byl váš pocit z reakcí okolí?
22. Popsala byste v souvislosti s psychiatrickou zátěží a případně vlastní léčbou v tomto směru?

23. Popsala byste vámi prožívaný strach z předsudků?
24. Co vás napadne k tématu pracovní prostředí, dokázali byste to porovnat vůči bývalým zaměstnáním a zkušenostem?
25. Porovnejte zkušenost z dob studia a letité sestry v praxi?
26. Jaké vidíte mezigenerační rozdíly a jak ovlivňují vaše zdraví?
27. Ovlivňuje vaše pracovní zařízení, zdravotní politika pracoviště?
28. Jaké máte vztahy na pracovišti? Měnili se vaše stresory v průběhu času?
29. Jak byste charakterizovali jedním přídavným jménem svůj život a práci.
30. Jak se realizujete se v zaměstnání? A jaký to má dopad na osobní pohodu?
31. Jak vnímáte životní spokojenost ve vztahu k vašemu zaměstnání?
32. Jak byste popsali míru stresu na vašem pracovišti?
33. Popište mi Váš adaptační proces?
34. Co pro vás tento pojem znamená - Osobní pohoda (well-being) ve vztahu ke zdraví?
35. Co by potřebovali proto, aby mohli říci, že tento stav prožíváte?
36. Dokážete popsat a představit si co znamená vulnerabilita (zranitelnost)?
37. Měli jste někdy pocit, že jste byli zranitelní ve vztahu k zaměstnání?
38. Pozorovali jste tento stav u kolegyně?
39. Jaké je vaše zvládání stresu (coping)?
40. Vyhledali jste duševní rozvoj, například kouče?
41. Popsala byste vaši odolnost vůči stresu?
42. Jak odpočíváte?
43. Jak snižujete působení stresu všeobecně ne jen k zaměstnání?
44. Jak vnímáte svojí odolnost v návaznosti na vaši praxi?
45. Zažili jste syndrom vyhoření? Jak to probíhalo?
46. Jste pracovně spokojeni se svým zařazením a proč?
47. Jak vnímáte svojí profesi?
48. Jak se hodnotíte?
49. Co Vás motivuje?
50. Užíváte či užívala jste v minulosti návykové látky?
51. Pozorujete užívání návykových látek jako kompenzaci stresu?
52. Co používáte jako berličku vy?
53. Zažili jste za svojí praxí alkohol, nebo drogy, nebo suicidium na pracovišti? Nejen ve vztahu ke kolegům a sobě, ale i k pacientům, jak tato situace na vás působila?

54. Pociťujete na sobě psychosomatické stavy?
55. Jaké?
56. Jak Vás ovlivňuje rozvoj medicíny a techniky při poskytování péče?
57. Pozorujete i jiné faktory jako poškození zdraví jakožto poskytovatelů, a to jak ve vztahu k vám, tak k pacientům?
58. Jak byste zvýšila odolnost vůči nemoci?
59. Jak se za vaší praxí změnila dostupnost zdravotní péče?
60. Ovlivňuje to pracovní i Vás? Jak na vás působí současný systém vzdělávání a financování současné péče, jak vás to ovlivňuje v péči?
61. Jak byste popsali úroveň zdravotnictví a případně úroveň péče ve vašem zařízení a jaký to má dopad na vaši spokojenost, tedy pracovní pohodu?
62. Co Vás napadne, když se řekne spojení behaviorální determinanty?
63. Jaký z těchto determinantů mají dopad na zdraví zdravotní sestry?
64. Jak mezi sebou působí a ovlivňují se?
65. Popište, jaký mají u vás dopad a v čem mění?
66. Popište, co pozorujete u svých kolegyně?
67. Co pro Vás to zdraví znamená?

## ***Příloha č. 5 – Záznamový arch***

### ***Seznam otázek na skupinu focus grup.***

Jaký používáte adaptační proces?

Je adaptační proces pevně a jasně stanoven například standardem ošetrovatelské péče?

Vidíte v něm přínos pro vlastní praxi?

Co byste chtěli hodnotit ve standardu?

Jak si myslíte, že by měl být obsáhlý?

Jaká časová osa je pro vás vyhovující?

Jste ochotná ho používat?

Myslíte si, že určení školitele je důležité?

Odboural stres u vás adaptační proces?

Kolik rovin adaptačního procesu vidíte jako vhodné?

Pomůže vám adaptační proces při rozhodování o začlenění pracovníka?

Nástin vnitřních otázek standardu:

Zná sestra svoje kompetence?

Prověř, zda sestra pochopila chod ZZ?

Zhodnot', zda zná práci se zdravotnickou dokumentací a základními dokumenty.

Prověř zkušenosti z ... ?

Prostor pro vyjádření skupiny.

## **10. Seznam obrázků**

Obrázek č. 1: Myšlenková mapa

## **11. Seznam tabulek**

Tabulka č. 1: Přehled výsledných kategorií

Tabulka č. 2: Aplikace paradigmatického modelu

Tabulka č. 3: Finální kategorie

## **12. Seznam použitých zkratk**

WHO – Světová zdravotnická organizace

EU – Evropská unie

EK - Evropská komise

OECD – Organizace pro Evropskou hospodářskou spolupráci

SES - socioekonomický status

DAK - Deutsche AngestelltenKrankenkasse – zpráva německé pojišťovny

BOZP - bezpečnost práce a požární ochrana

PN - pracovní neschopnost

925 - odbornost domácí péče

S2 - Kategorie sester

SAK - akreditační komise

ZZ - zdravotnické zařízení

PN - pracovní neschopnost

PP – pracovní poměr