

**UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ**  
**FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ**  
**Institut mezioborových studií Brno**

**Stresové faktory v práci zdravotní sestry**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**Vedoucí diplomové práce:**  
**PhDr. Geraldina Palovčíková, CSc.**

**Vypracovala:**  
**Bc. Květa Vodičková**

**Brno 2012**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Stresové faktory v práci zdravotní sestry zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této diplomové práce.

Elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné.

V Brně dne 15. března 2012

.....

Podpis

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní PhDr. Geraldině Palovčíkové, CSc. za cenné rady i připomínky, které mi poskytla při zpracování mé diplomové práce.

Také chci poděkovat svému manželovi, rodině a Ing. Evě Sedláčkové za morální podporu a pomoc, kterou mi poskytli nejen při zpracování této práce, ale také po čas celého dosavadního studia, a které si nesmírně vážím.

Bc. Květa Vodičková

## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	2
<b>1 STRES</b> .....	4
1.1 Vymezení pojmu stres a teorie stresu .....	4
1.2 Typy stresové zátěže a stresové faktory.....	8
1.3 Příznaky stresové reakce.....	11
1.4 Adaptace a zvládání stresu.....	12
1.5 Důsledky stresu.....	19
1.6 Techniky zvládání stresu.....	21
1.7 Shrnutí.....	22
<b>2 ZDRAVOTNÍ SESTRA A STRES</b> .....	23
2.1 Profese zdravotní sestry jako pomáhající profese.....	23
2.2 Pracovní zátěž v práci zdravotní sestry.....	29
2.3 Pracovní vztahy na pracovišti .....	34
2.4 Duševní hygiena zdravotní sestry .....	36
2.5 Shrnutí.....	38
<b>3 SYNDROM VYHOŘENÍ</b> .....	39
3.1 Rizikové faktory pro vznik syndromu vyhoření .....	40
3.2 Proces syndromu vyhoření.....	44
3.3 Příznaky syndromu vyhoření .....	45
3.4 Diagnostika a prevence syndromu vyhoření.....	46
3.5 Pomoc osobě se syndromem vyhoření.....	48
3.6 Shrnutí.....	49
<b>4 METODICKÁ ČÁST</b> .....	50
4.1 Cíle.....	50
4.2 Hypotézy .....	50
4.3 Metody a postup výběru výzkumného nástroje, konstrukce dotazníku .....	52
4.4 Vymezení respondentů.....	53
4.5 Shrnutí.....	54
<b>5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ</b> .....	55
5.1 Výsledky výzkumu a jeho interpretace.....	55
5.2 Shrnutí a verifikace hypotéz .....	73
5.3 Návrhy a opatření, využití poznatků z oboru sociální pedagogiky.....	76
<b>ZÁVĚR</b> .....	79
<b>RESUMÉ</b> .....	81
<b>ANOTACE</b> .....	82
<b>SEZNAM LITERATURY</b> .....	83
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	87

## ÚVOD

*"Hnal mě a odvedl do temnoty beze světla.*

*Ano obrací znovu a znovu svou ruku*

*proti mě každého dne.*

*Vetchým učinil mé tělo i kůži, roztříštil mé kosti.*

*Obstavěl a obklíčil mě jedem a útrapami.*

*Do temnot mě vsadil, jako od věků mrtvé.*

*Postavil kolem mě zed', že nemohu vyjít,*

*obtížil mně bronzovým řetězem.*

*Jakkoliv úpím a o pomoc volám, umlčuje mou modlitbu.*

*Zazdil mé cesty kvádry, mé stesky rozvrátil."*

Jeremiášův pláč 3 verše 2-11, Starý zákon (Minirth, 2011, s. 125)

Současná doba, ve které žijeme, je význačná vysokým životním tempem, které se zpětně promítá do všech oblastí života lidské společnosti. Na jedné straně přináší nesporná pozitiva – vyšší produktivitu práce a zvýšení kvality a délky lidského života. Díky neustálému pokroku v oblasti vědy a techniky se uplatňují progresivnější léčebné postupy, využívají se technicky vyspělejší přístroje a na trhu se objevují nové medikamenty umožňující úspěšnou léčbu nemocí, které byly dříve těžce léčitelné či zcela nevléčitelné.

Na straně druhé jsou tyto přínosy provázeny negativními projevy a to jak v oblasti životního prostředí, tak i tzv. „civilizačními chorobami“. Mezi jednu z příčin vzniku těchto nemocí se řadí i „stres“ a „syndrom vyhoření“. K typům povolání, která ve zvýšené míře postihují, patří oblast pomáhajících profesí. Do této kategorie spadá i povolání zdravotní sestry, patřící mezi profese, které jsou fyzicky i psychicky velmi náročné.

Téma mojí diplomové práce zní: "Stresové faktory v práci zdravotní sestry". V roce 2006 jsem ukončila Vyšší zdravotnickou školu, jako diplomovaná sestra v oboru psychiatrie. V průběhu svých studií jsem se přibližně 7 let pohybovala v oblasti zdravotnictví. Za tuto dobu jsem měla možnost poznat různé nemocnice a specializovaná zdravotnická pracoviště. Zde jsem se setkala s mnoha zdravotními sestrami. Poznala jsem sestry, které své povolání berou jako poslání, sestry které pouze vykonávají svoji práci, ale bohužel také sestry, které měli tuto profesi

již dávno opustit. Do své profese vstupují zdravotní sestry nejen s nadšením, ale i s mnoha ideály. A jak uvádí Kopřiva (1997, s. 55) „*kdo si v Číně pravil, že člověk je struna napjatá mezi zemí a nebem. Země je skutečnost a nebe je ideál. Kdyby nebyla struna natažená, vůbec by nezněla. Je-li natažená příliš, může prasknout*“, tak i sestra porovnává skutečnost se svým ideálem a postupem času je vystavena velkému výkonovému a emočnímu nasazení. Poměr mezi tím, co vloží do své práce a ziskem z ní se může stát nerovným. Sestra ze sebe „vydává“ více než „dostává“ a dochází tak k přímé konfrontaci s tím, co očekávala a tím, jaká je realita. To vše může vést k pocitu marnosti a beznaděje, což je už jen krůček k syndromu vyhoření. Tato problematika se nakonec dotýká také samotných pacientů a mezilidských vztahů, a to jak na pracovišti, tak i v rodině sestry.

Já osobně svou profesi zdravotní sestry chápu jako odbočku ze své hlavní cesty. Velice si však cením lidí, kteří si toto povolání vybrali, vykonávají je dobře a jejich práce je naplňuje. Zabývat se problematikou spojenou s prací zdravotních sester je pro mě způsobem, jak vzdát poctu této profesi, se kterou jsem se já sama rozloučila, ale kterou stále považuji za důležitou, krásnou a velmi náročnou. Této zkušenosti nelituji, protože mě mnohému naučila. Zvláště mě naučila vážit si zdraví, jako jedné z nejdůležitějších hodnoty ve svém životě.

Cílem diplomové práce je rozšířit mé vědomosti v oblasti týkající se problematiky „stresu“ a „syndromu vyhoření“ v teoretické rovině. Dále zjistit, zda na sobě zdravotní sestry pociťují příznaky stresu a které ze stresových faktorů jsou nejčastěji uváděny jako velké až zdraví ohrožující stresory. Také chci zjistit, jak na sestry působí mezilidské vztahy na pracovišti a zda jsou ohroženy syndromem vyhoření. Tato práce má upozornit na možná rizika spojená se stresem a negativní dopad profesního vyhoření nejen u zdravotních sester, ale i dalších pracovníků z oblasti pomáhajících profesí a poukázat na závažnost tohoto dlouhodobého problému, zdůraznit úlohu prevence a nastínit možnosti jeho řešení.

# 1 STRES

Dlouhodobé prožívání stresu spojené s pocity nepohody je civilizační problém. Reakce různých jedinců na stresové události se různí. V dnešní době však přibývá počet lidí, kteří se obtížně adaptují na stupňující se nároky moderního života. Lidé o tomto problému nemluví, stydí se, protože jsou přesvědčeni, že prožívat napětí, necítit se dobře a dělat si starosti, jsou znakem slabosti. Pocity nepohody, jako reakci na stresové vnější okolnosti však trpí mnoho lidí. Přehlížení tohoto stavu může vést ke vzniku lehké či těžké psychické nebo fyzické nemoci.

## 1.1 Vymezení pojmu stres a teorie stresu

Jeden ze způsobů vymezení pojmu můžeme převzít od jazykovědců. Význam slova stres je odvozen z latinského slova „stringo“, což znamená utahovat, zadržovat, stahovat jako smyčku na krku odsouzence, kterého věší na šibenici. (Křivohlavý, 1994). V běžném životě je pak tento pojem užíván v kontextu mezních situacích, kdy „něco nestíháme“, „jsme v časové tísní“ a „je toho na nás moc“.

Gretz a Drozdeck (1992) chápou stres jako zátěž, která působí na organismus. Stresem je pak to, co vyvádí tělo z dynamické funkční rovnováhy. Dle Praška a Praškové (2001) se stresem rozumí tělesná a duševní reakce na nadměrnou zátěž (stresor). Janke a Erdmannová charakterizují stres jako psychický a somatický stav, který znamená v určitém okamžiku nebo časovém úseku děletrvající a/nebo silnější odchylku od obvyklé úrovně excitace.

O definici stresu se pokusilo mnoho autorů, zde bych uvedla jako souhrnnou a ucelenou definici z publikace Jara Křivohlavého:

*„Stresem se obvykle rozumí vnitřní stav člověka, který je buď přímo něčím ohrožován, nebo takové ohrožení očekává a přitom se domnívá, že jeho obrana proti nepříznivým vlivům není dost silná.“* (Křivohlavý, 1994, s. 10)

*„Pro definici stresové situace je podstatný poměr mezi mírou (intenzitou, velikostí, tlakem apod.) stresogenní situace (stresoru či stresorů) a „silou“ (schopnostmi, možnostmi apod.) danou situaci zvládnout. O stresové situaci (o stresu) hovoříme v tom případě, že míra intenzity stresogenní situace je vyšší než schopnost či možnost daného člověka tuto situaci zvládnout. Obecně jde o tzv. nadlimitní – nadhraniční zátěž. Ta vede k vnitřnímu napětí (strain) a ke kritickému narušení rovnováhy (homeostázy) organismu.“* (Křivohlavý, 2009, s. 170-171)

Pokud chceme definovat stres, je třeba si vyjasnit rozdíl mezi pojmy stres a zátěž, které jsou si velmi blízké. V lidovém pojetí tyto dva pojmy dokonce splývají. Lidé často popisují „svůj stres“ jako nejisté pracovní podmínky, nedostatek času, hádavou tchýni atd. To však není stres, ale jsou to stresory působící zátěž, pod jejichž vlivem stres teprve může vzniknout, a to v míře nepřímo úměrné odolnosti. Tedy stres = zátěž /odolnost. (Plamínek, 2008)

Křivohlavý (1994) uvádí následující rozdíly v chápání tohoto pojmu, a to dle důrazu kladeného na určitou stránku či charakteristiku tohoto pojmu:

- Stresem se může rozumět celá obtížná situace (rozvod, úmrtí).
- Stresem se může rozumět podmínka, okolnost, nepříznivý faktor (nebo-li stresor), který na člověka dopadá (např. nadměrná teplota, hluk).
- Stresem se může rozumět odpověď organismu na stresující činitele (např. podráždění hypotalamu) . Tak jej chápal Hans Selye.
- Nebo se stresem může rozumět celkový vnitřní stav – nejen fyzický, ale i psychický. Stav člověka sevřeného nepříznivými okolnostmi.

Já v rámci své práce budu používat pojmy stresor a zátěž jako synonyma, tedy jako určité faktory, které způsobují stres, pojem napětí pak jako součást této reakce.

## **Teorie stresu**

Těžké situace v životě člověka byly, jsou a budou. Nad nimi a nad tím, jak je zvládat se lidé zamýšlejí již odnepaměti. Problematika stresu a jeho zvládání se stala předmětem studia mnohých badatelů. Zajímali se o to, kdy člověk v těžké situaci zvolí boj a kdy útek. Tyto dvě odlišné formy chování byly považovány za vrozené, ale nevědělo se, co se děje v psychice a těle těch, kteří takto řeší své životní situace. Během 20. století došlo poprvé k systematickému experimentálnímu studiu této problematiky. Tím byla odstartována jedna z významných etap nejen v oblasti medicíny, ale i psychosomatiky a psychologie zdraví. (Křivohlavý, 2009)

Ivan Petrovič Pavlov se zabýval studiem filozofických změn v organismu psů, kteří se dostali do konfliktní situace. V těchto situacích bylo od psů vyžadováno rozlišení podnětů spojených s diametrálně odlišnými podmínkami. Například při expozici



čtverce dostal pes nažrat oproti tomu, při expozici obdélníku dostal elektrickou ránu. Postupně se v experimentech rozdíl mezi čtvercem a obdélníkem zmenšoval až do situace, kdy si pes nebyl jist, zda je exponován čtverec nebo obdélník. Pavlov hovořil o důsledcích těchto situacích, jako o „stržení vyšší nervové činnosti“. Sledoval přitom, co se děje v organismu psa, například rozbořením žaludečních šťáv, ale také chování psa v těchto situacích. (Křivohlavý, 2009)

Fyziolog amerického původu Walter Cannon se značnou část svého života zabýval studiem fyziologických změn v organismu vystaveném těžkým situacím. Zaměřil se na zvířata, která přiváděl ve svých laboratořích do obtížných situací a zjišťoval, co se s nimi děje. Shledat, že v situacích ohrožení dochází k mobilizaci celého organismu a k celkovému zvýšení činnosti sympatického nervového systému. Walter Canon je považován za průkopníka studia tzv. *sympatoadrenálního systému při stresu*. (Křivohlavý, 2009)

Na Cannonovu práci následně navázal Hans Selye, který se problematikou stresu zabýval hlouběji. Selye je považován za zakladatele tzv. *kortikoidního pojetí stresu*, tj. studia zvýšené funkce nadledvinek ve stresových situacích. Všiml si stejných projevů příznaků, které měli lidé, kteří onemocněli různými chorobami: ztráta chuti k jídlu, psychická i fyzická ochablost a úbytek hmotnosti. (Hladký, 1993)

Hans Selye (in Joshi, 2007) byl první, který vytvořil tuto teorii:

- tělo má podobnou sadu reakcí na širokou škálu stresorů;
- za určitých podmínek stresory člověku podlomí zdraví.

Tedy bez ohledu na druh zátěže organismu se objevují stále jejich stejné změny. „*Tento stabilní (nespecifický) vzor odpovědi organismu na ohrožení nazval GAS – General Adaptation Syndrom, obecný adaptační syndrom.*“ (Křivohlavý, 2009, s. 167)

Vyznačil v něm tři fáze, které popisuje Křivohlavý (2009):

**1. Poplachová fáze GAS.** Dochází ke střetnutí organismu se stresorem. Následuje mobilizace obranných možností organismu (změny fyziologických funkcí - do krevního řečiště se dostává velké množství adrenalinu) a nastává příprava na reakci - boj nebo útěk. V historických dobách lidstva smysluplné, dnešní člověk však často nemá s kým bojovat ani kam utéci.

**2. Fáze resistance GAS.** Jedná se o vlastní boj organismu se stresorem. Záleží na síle stresoru a na druhé straně na bojeschopnosti organismu. Pokud nastane situace, že jsou oba momenty vyrovnané, boj může trvat dlouhou dobu. Při jeho dlouhodobém

trvání se objevují soubory příznaků, které zhoršují stav organismu. Tento stav se označuje termínem „*nemoci adaptace*“. Seyly sem řadí žaludeční a dvanáctníkové vředy, hypertenzi, bronchiální astma, atd.

3. **Fáze vyčerpání v rámci GAS.** Energie je vyčerpána. Organismus v boji se stresem podléhá a hrouť se. Objevuje se např. deprese, vážné nemoci (rakovina) za určitých okolností i smrt.

Svým zjištěním naznačil jeden model zrodu nemocí, v dnešní době známý pod pojmem „*civilizační nemoci*“, což jsou nemoci typu kardiovaskulárních onemocnění, poruchy imunitního systému, artritidy apod. Seyle tvrdil, že v pozadí každé nemoci je možno zjistit existenci určité specifické příčiny, tedy že „*psychosomatické onemocnění znamená chorobný stav, kde v souboru vlivů stojících u zrodu choroby je možno zjistit nezanedbatelný vliv psychiky (úzkost, deprese, pocity ohrožení)*.“ (Strnadová in Vašina, 1998, s. 236)

Selyova a Cannonova práce byla zaměřena na chování zvířat v těžkých situacích. Vedle vysokého uznání se této práci dostalo také kritiky. Práce byla v některých bodech zevšeobecňována jako platná i pro lidi. Na studium specifických lidských forem zvládání těžkostí se zaměřil Lazarus. Soustředil se na to, co se děje v psychice člověka, který je vystaven těžké životní situaci, vnesl do našeho poznání důležitý moment-respektování kognitivních, emocionálních a konativních aspektů. Lazarus jako první vytvořil model stresu, který zdůrazňuje subjektivní hodnocení situace a je zaměřen na celý proces. Člověk a prostředí jsou zde ve vzájemném dynamickém vztahu, který se neustále mění a je oboustranný. Tedy člověk působí na prostředí a prostředí na člověka. Doplnil tak obraz, který v minulosti již načrtli jeho předchůdci. (Křivohlavý, 2009)

## 1.2 Typy stresové zátěže a stresové faktory

Na stres se většinou pohlíží jen jako na něco škodlivého či špatného. Stres však může působit na člověka i pozitivně, může být i užitečný. Dle toho, jak tedy stres působí na člověka lze rozlišit stres pozitivní a negativní.

- ❖ Eustres – pozitivní stres plynoucí z pozitivních zážitků (narození dítěte, svatba). Příjemný stres, budící pozitivní odpověď organismu, který mobilizuje a stimuluje organismus k podání vyšších fyzických nebo psychických výkonů, při nichž prožíváme příjemné napětí, po kterém následuje radost z dosaženého cíle. Eustres je krátkodobý stres, odeznívající rychleji.
- ❖ Distres – negativní stres, který vzniká z negativních zážitků (rozvod, úmrtí). Distres negativně působí na organismus. Projevuje se neschopností vyrovnat se s nadměrnou tělesnou zátěží s negativně laděnými emočními procesy. Navozuje depresivní stavy, negativními myšlenkami i strachem.

Dle Buchtové (2010) lze působení distresu pozorovat jak u přetížených lidí, tak i u studentů ve zkuškovém období. Mezilidské konflikty nebo různé formy tlaku v práci vedou ke vzniku tohoto druhu stresu, který pak vede k tomu, že se tvůrčí práce nahrazuje rutinou a objevují se neurotické projevy atd. Kern (1991, s. 24) uvádí „ukázalo se totiž, že právě (neodbouraný) distres může způsobovat onemocnění.“

„Pozor - ve smyslu biologického hodnocení funkčnosti našeho organismu - je negativní stres lepší než žádný stres. Ono se defacto bez stresu žít nedá snad jen biologicky přežívat.“ (Vlček, 2008, s. 174)

Matoušek (2003) popsal čtyři základní typy stresu dle doby a způsobu působení stresorů:

- ❖ Akutní stres je vyvolán náhlou událostí či situací trvající jen krátkou dobu (např. dopravní nehodou, pracovní úraz, záchvat apod.).
- ❖ Chronický stres vzniká působením jednoho či více stresorů, jejichž intenzita může v průběhu delší doby kolísat, či se vyskytovat v nerovnoměrných intervalech (například narušené sociální vztahy, špatné pracovní podmínky, špatná organizace apod.).

- ❖ Posttraumatický stres je opožděnou reakcí na krátkou dobu trvající avšak velmi intenzivní stresovou situací hrozivého až katastrofického rázu se závažnými důsledky. Objevuje se v souvislosti s přírodními katastrofami, válkami či haváriemi.
- ❖ Anticipační stres vzniká v souvislosti s děním, který má teprve nastat. Jde o určitou představu a předvídání jevů či událostí se zřetelem na možné důsledky, které ohrožují integraci osobnosti (ztráta důvěry, autority). Objevuje se např. před závažnou zkouškou, při nástupu do nové školy či zaměstnání nebo operací. V běžném životě je velmi častý.

## Stresové faktory

Faktory, které vyvolávají stres, se nazývají stresory. Jsou to ty faktory, které narušují stav organismu, tzv. *homeostázu*. Jsou to vlivy negativně působící na člověka. (Křivohlavý, 1994)

Venglářová (2011) uvádí, že stresorem je navozen:

- strach, že se může něco stát;
- pocit ohrožení;
- pocit že nad sebou ztrácíme kontrolu.

Na člověka může působit buď jeden stresor nebo stresorů více. Stresory můžeme dále rozlišit na stresory reálné (aktuálně rušivé a ohrožující faktory v životě člověka) a potencionální (situační aspekty, které mohou vyvolat stres v případě dosažení určité intenzity, frekvence, kumulace nebo doby trvání, jako hluk, chlad atd.). (Paulík, 2010) Paulík (2010) dále uvádí ty faktory, které mají vliv na to, že se z potencionálních stresorů stanou reálné.

- Subjektivní hodnocení – jedinec v dané situaci hodnotí vnější podmínky a okolnosti a to co do míry ohrožení svých hodnot a co za daných okolností možno dělat a své možnosti tuto situaci zvládnout. Může však dojít k tomu, že jedinec bude objektivně relativně jednoduchou a neškodnou situaci hodnotit, jako vysoce náročnou.
- Individuální osobnostní charakteristiky – odolnost, pracovní kapacita, intelekt, konstruktivní myšlení atd.
- Způsob vyrovnávání se se zátěží – coping, obrané reakce.

- Přítomnost nebo nepřítomnost nepříznivých životních událostí a drobných denních nepříjemností.
- Zkušenosti jedince se stresem.
- Sociální opora- dostupnost pomoci ostatních lidí. Jeden z předních amerických profesorů psychiatrie Gerald Caplan (in Křivohlavý, 2012, s. 120) definuje sociální oporu „jako trvající mezilidské spoje a vztahy daného člověka na lidi ve skupině, na které se tento člověk může spolehnout a kteří mu mohou poskytnout emocionální podporu, asistenci a potřebné zdroje ve chvílích, kdy je potřebuje. Tito lidé mu poskytují i zpětnou vazbu. Spolu s ním sdílejí i určité stejné hodnoty a společenské normy“.
- Sociální status.

Praško (2003) dělí každodenní stresory na vztahové stresory, pracovní a výkonové stresory, stresory související s životním stylem, nemocí a handicapem .

Dále můžeme rozlišovat stresory malé tedy ministresory, které vyjadřují mírné okolnosti, které vyvolávají stres, např. dlouhodobě pocíťovaný nedostatek lásky, devalvace v práci. Tento negativní stres ministresorů se sčítá a nemůže – li člověk toto kladně kompenzovat, mohou být nahromaděné ministresory zdrojem deprese. Makrostresory již přesahují hranici, kterou je člověk schopen zvládat. Mají deptající a ničící vlivy.(Venglářová, 2011)

Mayerová (1996) sem řadí např. i několik okamžiků trvající zemětřesení. Důležité je, že tyto stresory mají pro zúčastněné velmi závažné důsledky a lidé mohou mít díky nim i celoživotní potíže. Nicméně obecně jsou zdroje stresu dělené na dvě skupiny: a to vnější a vnitřní, respektive objektivní a subjektivní. (Hladký, 1993)

Američtí psychologové Holmes a Rahe uspořádali těžké životní situace, dle jejich obtížností pro ty, kteří se v nich nacházejí. Vypracovali tak ucelenou koncepci<sup>1</sup> v níž je každá těžká událost, spojená s určitou hodnotou, která zároveň vyjadřuje sílu negativního vlivu. (Křivohlavý, 2009) Dále zjistili, že jedinci s mnoha životními změnami, tedy s vysokým skóre v jejich škále, trpí mnohem častěji špatným zdravím než osoby s nízkým skóre. Osoby, u kterých dosahovalo skóre 300 bodů a výše

---

<sup>1</sup> Škála těžkých životních situací obsahuje celkem 43 situací, seřazené od nejtěžší situace (100 bodů) po nejlehčí (11 bodů). Ukazuje rozdílnou tíhu různých životných situací.

v průběhu jednoho roku, často onemocněli těžkými nemocemi, jako je karcinom, mononukleóza atd. (Wágnerová, 2011) U jedné a téže osoby může dojít k nahromadění stresů z různých zdrojů. Existuje také určitá hranice, jejíž překročení se projeví ráznou změnou zdravotního stavu. (Křivohlavý, 1994)

Opakem stresorů jsou tzv. salutory. Jsou to faktory, které ovlivňují zdraví jedince pozitivně, posouvají ho směrem ke zdraví, vysoké výkonnosti a odolnosti vůči různým chorobám. Mezi salutory patří např. relaxační metody, zdravá strava a vhodná pohybová aktivita. Ideální je stav, při němž jsou stresory a salutory v rovnováze. To znamená, že je navozena rovnováha mezi tím co se od nás očekává a co můžeme dělat. (Venglářová, 2011)

### 1.3 Příznaky stresové reakce

Stresová reakce se projevuje ve změnách v oblasti fyziologické činnosti (kognitivní příznaky), v chování (behaviorální příznaky) i v pocitech (emocionální příznaky). Shrnutí příznaků stresového stavu bylo vydáno Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě (Křivohlavý, 2009, s. 181):

Fyziologické příznaky stresu:

- Bušení srdce – vnímání zrychlené, nepravidelné a silnější činnosti srdce.
- Bolest a sevření za hrudní kostí.
- Nechutenství a plynatost v břišní oblasti.
- Křečovité bolesti v dolní části břicha, průjem.
- Nucení k močení – častější frekvence.
- Sexuální impotence a (nebo) nedostatek sexuální touhy.
- Změny v menstruačním cyklu.
- Bodavé, řezavé a palčivé pocity v rukou a nohou.
- Svalové napětí v krční oblasti a v dolní části páteře často spojené s bolestmi v těchto částech těla.
- Úporné bolesti hlavy a migréna.
- Vyrážka v obličeji.
- Nepříjemné pocity v krku.
- Dvojité vidění a obtížné soustředění pohledu očí na jeden bod.

Emocionální (citové) příznaky stresu:

- Prudké a výrazně rychlé změny nálady.
- Nadměrné trápení se s věcmi, které zdaleka nejsou tak důležité.
- Neschopnost empatie.
- Nadměrné snění, ztráta sociálního kontaktu.
- Únava, nekoncentrace, neschopnost dovést úkoly do konce.
- Podrážděnost, popudlivost, úzkostnost.

Behaviorální příznaky (chování):

- Nerozhodnost, naříkání.
- Častější absence v práci, nemocnost.
- Větší nehodovost, horší schopnost řízení.
- Zhoršená kvalita práce, odmítání úkolů, snaha podvádět v souvislosti s úkoly.
- Zvýšená konzumace cigaret, alkoholu a drog.
- Přejídání se, popřípadě nechutenství.
- Změna životního rytmu, nespavost.
- Nižší pracovní výkon.

## 1.4 Adaptace a zvládání stresu

V souvislosti s problematikou zvládání a vyrovnávání stresu se užívá několik pojmů. Prvním z nich je **adaptace**<sup>2</sup>, kterou lze definovat jako schopnost přizpůsobit se a následně se vyrovnat se zátěží, která je v relativně běžných mezích a obvyklé toleranci člověka.

Míček (1984) adaptací rozumí proces, v němž se naše osobnost přizpůsobuje měnícím se podmínkám vnějšího a vnitřního (subjektivního) prostředí. Dále rozlišuje dvojí druh adaptace. **Adaptaci jako fyziologický proces**, charakteristický změnou čivosti způsobenou delším působením podnětu, jedná se např. o adaptaci očního receptoru na vidění v šeru. **Adaptaci jako proces přizpůsobování osobnosti**. Tento druh adaptace znamená, že jsme v neustálé interakci s naším prostředím a v případě

---

<sup>2</sup> *Adaptace je jedním ze stěžejních pojmů duševní hygieny, často ale dochází k záměně adaptace s duševním zdravím, a proto je důležité, abychom uměli tyto pojmy rozlišovat. Duševní zdraví chápeme jako stav a adaptaci jako proces*

jeho změny jsme nuceni se adaptovat na měnící se podmínky. Tento proces interakce může probíhat buď tak, že se osobnost adaptuje na vnější prostředí, pak se jedná o tzv. akomodaci (pasivní adaptace), nebo si osobnost přizpůsobí vnější prostředí sobě samé, a zde pak hovoříme o tzv. asimilaci (aktivní adaptaci). Správná adaptace je jedním ze základních projevů plného duševního zdraví, zatímco nesprávná adaptace tzv. maladaptace je příznakem neúplného duševního zdraví. Podle míry maladaptace, můžeme odhadnout i stupeň určité duševní rovnováhy, neuroticismu, popř. jiných duševních poruch.

#### **Aspekty adaptace (Míček, 1984)**

- **Emoční aspekt adaptace** – energeticky ekonomická, subjektivně uspokojující, nesnižuje frustrační toleranci, je emočně pružná, umožňuje vytvářet substituční cíle a vyznačuje se eventuálními možnostmi sublimace.
- **Kognitivní aspekt adaptace** – realistická, kognitivně pružná, je založená na sebepoznávání.
- **Volní aspekt adaptace** – podmíněna svobodnou volbou jednání, cílevědomostí, přiměřeno úrovni adaptace, řídíme se vlastními kritérii.
- **Sociální aspekt adaptace** – umožňuje nám vytvářet dlouhodobé sociální vazby, vyznačuje se citlivostí vůči druhým lidem a ohleduplností k jejich způsobu adaptace, sebekontrolou zejména v konfliktech a také připraveností pomáhat druhým.

Dalším pojmem je ***coping***, znamenající zvládání stresu, zátěže nebo náročných situací. Jde o jakýsi boj člověka s nepřiměřenou až nadprůměrnou zátěží, která je chápána ve smyslu intenzity (hyperstres, hypostres) a délky trvání (dlouhodobá). Jde tedy o jakýsi vyšší stupeň adaptace. (Křivohlavý, 1994).

*„Adaptace se vztahuje ke zvládání zátěže jako takové. Coping se uplatňuje v případech, kdy je zátěž vzhledem k odolnosti osobnosti nadlimitní nebo podlimitní, a je tedy potřebné vyvinout zvýšené úsilí k vyrovnání se sní. Jinými slovy coping představuje zvládání náročných či stresových situací.“* (Paulík, 2010, s.79)

S tématem copingu souvisí také pojem ***anticipace*** (předjímání). Termínem „***anticipatory coping***“ se označují procesy, probíhající před tím, než se člověk dostane do těžké životní situace. Přípravuje se na to, že se určitá událost blíží a chystá se i na boj s ní. Jedná se o přípravu kognitivní, emocionální a volní, o přípravu vhodných strategií a budování zdrojů sil. Zdroje sil, tedy ***coping resources***



označují určité charakteristiky osobnosti, které zvýší potenciál daného jedince účinněji odolávat a čelit stresorům. Do souhrnu těchto zdrojů zahrnuje Lazarus schopnosti a dovednosti ohroženého jedince, také jeho vztahy k druhým lidem, tzv. sociální zdroje sil, i možnosti vyplývající z pomoci odborníků. (Křivohlavý, 1994)

Hlavní a zásadní rozdíl mezi *copingovými zdroji* a *copingovými strategiemi*, tkví v tom, že strategie se vztahují k stabilnímu vzorci chování a prožívání jedince ve stresové situaci, kdežto zdroje představují spíše aktuální charakteristiku jedince (jeho aktuální psychosomatický stav) a prostředí, důležité pro zvládání. Copingové zdroje ovlivňují výběr a také preferenci copingové strategie. (Paulík, 2010)

Nejužívanější i nejmýstižnější definicí zvládání je stále definice Lazarusova (in Křivohlavý, 2009, s. 69) : „Zvládáním se rozumí kognitivní proces řízení vnějších imunitních faktorů, které jsou člověkem v distresu hodnoceny jako ohrožující jeho zdroje.“

Lazarusova definice zvládání klade důraz na čtyři skutečnosti (Křivohlavý, 2009, s.172):

1. Zvládání je dynamickým procesem;
2. Zvládání není automatickou reakcí;
3. Zvládání vyžaduje vědomou snahu a námahu jednající osoby;
4. Zvládání je snahou řídit dění.

„Pro zvládání stresu je dobré mít na paměti tři velmi jednoduché skutečnosti. Především to, že stres je přirozenou součástí života, která nás nutí k aktivitě a chrání před nebezpečím. Dále to, že svým postojem ke stresorům můžeme překvapivě často a velmi rozsáhle ovlivňovat míru stresu, který prožíváme. A konečně, že zvládání stresu by nemělo mít charakter bitvy, ale poznávání a mírového soužití. Často je spíše třeba začít něco nedělat než si ukládat další a další stresující úkoly.“ (Plamínek, 2008, s. 122). Tedy pokud budeme vnímat překážky a změny, jako příležitosti k vlastnímu rozvoji, můžeme celkově náš život vnímat mnohem pozitivněji.

„Jsem z hloubi duše i zkušeností i dosavadního poznání přesvědčen, že jediná cesta, jak distres nechat zakrtnět, spočívá v tom, že na jeho místě bude žít jiná rostlina, našich psychických zahrad. Naučíme se pěstovat, a to v hojné míře, eustres.“ (Vlček, 2008, s. 181)

## Obranné mechanismy

Adaptace na subjektivně nepříjemné skutečnosti, které mohou ohrozit obraz o sobě a tím i pocit jistoty je zabezpečeno obrannými mechanismy. Základem obranných mechanismů je změna hodnocení a prožívání vnímané reality. Zabýval se jimi Freud (in Paulík, 2010), který popsal deset obranných mechanismů a jeho dcera Anna Freudová k nim přidal i další. Za základ obrany sebepojetí a pocitu jistoty lze považovat nevědomé **vytěsnění** a vědomé **potlačení**. Vytěsnění má za úkol odstranit nepříjemné a nepříjemné pocity z myšlenek a vědomí, i když si je člověk neuvědomuje, mohou jeho chování i prožívání ovlivňovat. Potlačení spočívá v upuštění od subjektivně atraktivní aktivity, či její odložení. Potlačení může využívat přesunu pozornosti na jiné věci i vycházet z popření důležitosti dané aktivity. (Paulík, 2010)

Mezi další obranné mechanismy například patří (Paulík, 2010):

- **regrese** (návrat k projevům chování odpovídající předchozímu vývojovému stádiu),
- **projekce** (promítání svých pocitů nebo i motivů do jiných lidí),
- **introjekce** (zvnitřňování pocitů či motivů druhých lidí),
- **racionalizace** (ospravedlňování a zdůvodňování „rozumnými“ důvody),
- **bagatelizace** (snižování významu, „něčeho o co usilujeme a co nemůžeme získat“),
- **odčinění** (snaha o nahrazení „něčeho, což jsme zavinili něčím jiným“),
- **sociální izolace** (uzavření se do sebe před okolním světem),
- **vzdání se něčeho ve prospěch druhého.**

Balcar (in Paulík, 2010) a mnoho dalších autorů však považuje obranné mechanismy za náhradní a neplnohodnotné způsoby adaptace na zátěž, které podléhají subjektivnímu skreslení a klamů. V této souvislosti Vaillant (in Paulík, 2010) rozlišuje **nezralé obrany** a **obrans zralé**. Nezralé obrany označovány jako „nezdravé“ zahrnují obrany neurotické, psychotické a obrany vycházející z poruchy osobnosti. Mezi obrany zralé, tedy „zdravé“, patří odreagování pomocí pozitivních aktivit (sport), humorný nadhled, altruistické chování atd.

K obranám, které jsou uplatňovány v zátěži a jsou považovány za problematické, patří i **strategie záměrného sebeznevýhodňování** a **naučená bezmocnost**. **Strategie záměrného sebeznevýhodňování** má v zátěžové situaci charakter spíše úhybný

a defenzivní před nebezpečím selháním a obviněním okolí z neschopnosti daného jedince. Tento jedinec již předem sděluje druhým, že do hry vstupují i další okolnosti, které on nezpůsobil a které jsou bariérou k jeho úspěchu. Teorii naučené bezmocnosti vytvořil Seligman. Objevil, že zvířata, která se naučila být bezmocná, málo odolávala nebezpečným situacím a při setkání se životem ohrožující situací, zemřela během několika minut. Pokud tedy jedinec dojde k přesvědčení, že nemá smysl řešit problémové situace vlastním úsilím, a pod záminkou vlastní neschopnosti se pak začne zbavovat různých úkolů, na něž údajně nestačí, na úkor ostatních.

(Paulík, 2010)

### **Strategie zvládání náročných životních situací (copingové strategie)**

Copingové neboli zvládací strategie se užívají při vypořádávání se se stresem a náročnými životními situacemi. Jejich problematikou se zabývají behaviorální přístupy, které kladou důraz na změnu způsobů chování i změnu vnějších podmínek dané osoby a dále pak kognitivní přístupy, které zdůrazňují vnitřní vlivy (myšlenky, představy a postoje).

Lazarus (in Paulík, 2010) v roce 1966 charakterizoval své původní čtyři kategorie copingu:

- strategie apatie (netečnosti), spojená s pocity bezmoci, beznaděje a deprese;
- strategie vyhnutí se působení podnětu, jež je v emocionální sféře doprovázena pocity strachu a obav;
- strategie napadení podnětu či útočníka a strategie posilování vlastní obranyschopnosti.

Později vytvořil dva základní typy copingu, dle toho, jak působí:

#### **❖ Coping zaměřený na problém (problem- focused coping)**

Coping zaměřený na problém jedinec volí v případě, že usoudí, že je možné něco dělat. Tento typ copingu spočívá v přímé akci a v úsilí získat a využít potřebné informace a uplatnit je při změnách vlastního chování, nebo při aktivních zásazích do prostředí či hledání pomoci od druhých lidí. Tedy hlavním cílem zvládání orientovaného na problém je problém vymezit, shromáždit informace, hledat alternativní řešení, vytvářet rozhodnutí a zrealizovat je.

#### **❖ Coping zaměřený na emoce (emotion- focused coping)**

Pokud jedinec vyhodnotí situaci tak, že se nic nedá dělat, volí tento typ copingu, kdy se snaží vyhnout myšlenkám na ohrožení, dává událostem jiný význam a pokouší

se změnit názor na to, co se děje. Tento typ copingu je založen na regulaci emočního doprovodu stresové situace, který přináší škody a riziko. (Paulík, 2010)

Strategie zvládání orientované na emoce někteří další autoři ještě člení na strategie ruminační, rozptylující a vyhýbavé. Ruminační strategie zahrnují uzavření se do sebe (rozjímání o tom, jak je nám špatně) při jakékoliv absenci o pokusy situaci řešit. Rozptylující strategie zahrnují provádění příjemných činností, které jedince posilují a vedou ke zvýšení pocitu usměrňování a řízení běhu událostí. Vyhýbavé strategie jsou činnosti, které umožňují změny emočního ladění (závislost na alkoholu, hazardérství, agresivní chování vůči okolí), přičemž však znamenají veliké riziko pro jedince, který je vystaven stresu i pro jeho okolí. (Atkinsonová, 1995)

Volba strategie zvládání obtížných životních situací je soudobou psychologii chápána jako složitý proces. Důležitou roli zde hrají osobní charakteristiky toho, kdo hledá vhodnou strategii a jeho individuální pohled na svět.

### **Osobnostní charakteristiky, které hrají roli při zvládání stresu**

Některé osobnostní charakteristiky mají mimořádný vztah k řešení stresových situací, nejen tím, že pomáhají obtížnou situaci zvládat, ale i tím, že naopak uvádějí jedince do ještě těžší situace.

#### **❖ Rozdíly v přístupu k těžkostem.**

Julian Rotter (in Křivohlavý, 2009) ve své publikaci z roku 1966 charakterizoval dva typy osobností, dle toho, jak se staví k obtížím a různým problémům. Na jedné straně jsou lidé, kteří vycházejí ze sebe a z vlastních schopností, možností a dovedností. Problémy, které je v životě potkají, řeší s „chutí poprat se s tím“. Rotter je označuje pojmem lidé s *interním locus of control*, tedy s tzv. vnitřním ohniskem kontroly. Na druhé straně jsou lidé s tzv. *externím locus of control*, tedy s vnějším ohniskem kontroly. Tito lidé, čekají, že se situace vyřeší sama. Potřebují k pomoci druhé.

#### **❖ Nezdolnost v pojetí resilience.**

Termín *resiliency* znamená pružnost, nezlomnost, schopnost rychle se vzpamatovat. Je to rys, který člověku výrazně pomáhá překonávat obtíže a překážky. Je to schopnost nepodlehnout, nevzdát se a bojovat se stresogenními vlivy. Tito jedinci se vyznačují vysokou mírou sebehodnocení, a emocionální citlivostí.

#### ❖ **Nezdolnost v pojetí koherence.**

Koherenci lze definovat jako smysl pro integritu. Aron Antonovsky se soustředil na židy, kteří za války přežili holocaust. Na základě výzkumů charakterizoval osobnostní vlastnost, která jim pomohla přežít. Termínem koherence rozumí vnitřní skloubenost osobnosti člověka, jeho charakteru a pospolitost a soudržnost sociálního prostředí. Osobnostní charakteristiku koherence Antonovsky definoval třemi základními charakteristikami: „srozumitelností situace, smysluplností boje a zvládnutelností úkolu.“

#### ❖ **Nezdolnost v pojetí hardiness.**

Termín *hardiness*, můžeme charakterizovat, jako osobní tvrdost. Pojetí osobní tvrdosti, které pochází od Kobasové, vychází ze tří složek: schopnost spatřovat ve stresorech výzvu a příležitost, ztotožnění se neboli oddanost sobě a svým zásadám, osobní angažovanost a schopnost kontroly a řízení.

#### ❖ **Vnímaná osobní zdatnost.**

Důležitou roli při zvládnání má sebeakceptace, sebeúcta, sebehodnocení a důvěra ve vlastní schopnosti neboli sebeuplatnění, *self-efficacy*. Termín vytvořil americký psycholog A. Bandura, který se zabýval teorií sociálního učení. Obsahuje názor, že člověk je schopen na základě vlastní zkušenosti nebo zkušenosti jiných zvládnout úkol a umí přesvědčit ostatní, že mají potřebné znalosti a schopnosti a dovede také vnímat svůj zdravotní stav.

#### ❖ **Optimismus.**

Optimismus jako osobní charakteristika, charakterizuje lidi, kteří již obecně očekávají, že výsledek dění, kterého jsou účastníci, bude kladný.

#### ❖ **Smysluplnost života a smysl pro humor.**

#### ❖ **Kladné sebehodnocení.**

#### ❖ **Sebedůvěra a síla vlastního já.**

#### ❖ **Svědomitost.**

#### ❖ **Naučené zdroje síly.**

#### ❖ **Negativní afektivita, depresivní ladění.**

Lidé, kteří často vyjadřují silné negativní nálady a emoce si často stěžují na nepohodu a zmiňují svoji nespokojenost. V této souvislosti Watson a Clark (1984) označili osobní charakteristiku negativní efektivitu, která má vztah k mnoha nemocem (astma, bolest hlavy, vředová choroba, atd.). (Křivohlavý, 2009)

## 1.5 Důsledky stresu

Z časového hlediska můžeme důsledky stresu rozdělit na (Paulík, 2010):

- **bezprostřední projevy zátěže a stresu** – psychické reakce a krátkodobé stavy (např. emoční rozlada, únava a únavě podobné stavy – jako např. ospalost, snížená bdělost, ztráta motivace, zřetelný pokles výkonnosti, porucha pozornosti, nepříjemné somatické pocity - bolesti, či krátkodobé hostilní<sup>3</sup> projevy, snažení se, pasivita aj.) trvající několik hodin až několik dnů,
- **a účinky trvalejšího rázu**, rozdělené na psychické symptomy (nespokojenost, únava), somatické symptomy onemocnění (přetrvávající bolesti hlavy, sexuální potíže, negativní změny chování).

Některé z těchto důsledků podrobněji rozeberu níže.

### ❖ Únava

Intenzivní a dlouhotrvající zátěž i slabší stimulace, ale také nedostatečná stimulace, může vyvolat únavu. Únavu lze rozlišit na psychickou a fyzickou (oba tyto typy jsou vzájemně provázány), ale také fyziologickou (běžnou) a patologickou. Fyziologická únava je přirozenou reakcí na vynaložené úsilí jedince a lze ji odstranit dostatečným odpočinkem. Závažnější je únava patologická, kdy dochází k vyčerpání běžných energetických zdrojů z důvodu intenzivní a neúměrně dlouho trvající námahy. K příznakům únavy patří: pocení, zrychlený dech, zhoršení nervosvalové koordinace<sup>4</sup>, snížení citlivosti vnímání, celkový pocit únavy, snížení výkonnosti, atd. V důsledku dlouhodobého přetěžování vzniká chronická patologická únava, která je označována jako přepracování. Chronická únava se projevuje poklesem výkonnosti a motivace, ztrátou jistoty pohybů a síly, změnou chuti k jídlu, nadměrným pocením i v klidu, změnou spánkové frekvence, dráždivost a nepřiměřenými reakcemi, atd. K negativním důsledkům intenzivního a dlouhodobého rozporu mezi kladenými požadavky a adaptibilitou jedince hlavně v emocionální rovině patří syndrom vyhoření. (Paulík, 2010) Z důvodu závažnosti této problematiky se Syndromem vyhoření budu podrobněji věnovat v kapitole 3.

---

<sup>3</sup> Hostilní můžeme charakterizovat jako nepřátelský.

<sup>4</sup> Zhoršení nervosvalové koordinace je patrné zvláště v nepřesnosti při jemné kordinaci pohybů rukou.

### ❖ **Vztah zátěže a zdraví**

„Snižená odolnost a z ní pocházející zvýšená stresovanost může do určité míry ovlivňovat zdravotní stav“. (Paulík, 2010, s. 72) Akutní a silné stresory mohou mít přímý negativní dopad na zdraví jedince. V této souvislosti lze hovořit o „stresových nemocech“ případně „civilizačních chorobách“, v jejichž patogenezi hraje nezanedbatelnou roli právě stres. Patří sem infarkt myokardu, angina pectoris<sup>5</sup>, hypertenze<sup>6</sup>, vředové onemocnění žaludku a dvanácterníku, migréna a astma.

### ❖ **Akutní stresová reakce a Posttraumatická stresová porucha**

Akutní stresová reakce bývá i u zdravých lidí vyvolána výjimečně silným podnětem. Tato reakce může být až patologická s doprovodnými znaky, jako šok, zúžené vědomí a snížená koncentrace pozornosti, dezorientací a sníženou chápavostí. K těmto projevům se přidávají i somatické příznaky, jako pocení, zrychlené dýchání a tep. Dále se může objevovat změny chování, útok, útek a strnutí. Člověk může reagovat i pohybovou pasivitou a omezením pohybu dále pak emoční otupělostí i mdlobou. Tyto reakce jsou však méně časté. Reakci nastupující opožděně (většinou několik týdnů až měsíců), mohou být součástí posttraumatické stresové poruchy. Tyto reakce mohou způsobit například katastrofické a hrůzné události. Silný stres, který na jedince zapůsobí a přináší dlouhodobé až trvalé potíže, lze chápat jako psychické trauma. Porucha je charakterizována silným strachem a vyhýbání se všemu, co traumatizující událost může připomínat. Událost však má sklon se opakovaně „vracet“ ve snech a vzpomínkách. Dále se objevuje emoční otupělost, deprese, úzkost, ztráta zájmu o okolí.

### ❖ **Posttraumatický růst**

Masivní stres nevede vždy jen k negativním důsledkům, ale může se stát pro jedince i podnětem k osobnímu růstu. Mohou mít za následek pozitivní změny v chování a prožívání. *„Posttraumatický růst lze vymezit, jako zásadní pozitivní změnu v jedincově chování a prožívání charakteristickou dosažením vyšší úrovně*

---

<sup>5</sup> Tato onemocnění zapříčiňuje ischemická choroba srdeční k níž dochází z důvodu zúžení nebo ucpaní koronárních tepen vápenatými a tukovými látkami. Koronární tepny zásobují srdce krví.

<sup>6</sup> Hypertenze znamená vysoký krevní tlak.

*adaptace a odolnosti, postojů k životu, vyvolanou silným stresorem.“*  
(Paulík, 2010, s. 75)

## 1.6 Techniky zvládání stresu

V případě přetrvávání stresu mnoho lidí často sáhne po cigaretách, alkoholu, nebo se přejídají. Tyto prostředky mají jen krátkodobý příznivý účinek. Pokud je používáme, jako uklidňující a povzbuzující prostředek příliš dlouho, stávají se pro nás škodlivými. Stres tím buď prohlubují a mají nepříznivý dopad na naše zdraví. I zrychlené životní tempo působí stres. *“To vše vede většinou ke špatné hygieně života, která v bludném kruhu zhoršuje stres a přispívá k propuknutí vážných nemocí.”* (Cungi, 2001, s. 173)

Mezi techniky, které mohou člověku pomoci vypořádat se s každodenním stresem patří například fyzické cvičení. Je to jeden z nejběžnějších způsobů, kterým lze uvolnit stres. Fyzické cvičení poskytne tělu fyzickou aktivitu a tím dochází ke zmírnění stresu. V roce 1999 byly na Coloradské univerzitě v Boulderu uskutečněny čtyři studie, které zjišťovali, jak lze pravidelným cvičením ovlivnit stresovou reakci mozku. Tyto čtyři studie i další ukázaly, že cvičení pomáhá zvyšovat obranyschopnost proti infekcím, snížit hladinu noradrelinu (hormon, který se uvolňuje při stresové reakci) a značně snížit negativní účinky stresu. Lze tedy říci, že cvičením se stresová situace zmírňuje a člověk také dokáže lépe odolávat budoucímu stresu a vzniku deprese.

Mezi další techniky lze zařadit relaxační cvičení a to například relaxační dýchání. Použití vlastního dechu nám může pomoci v navrácení ztracené rovnováhy. Jedinci s normálním krevním tlakem byli po dobu 5 minut vystaveni mentálnímu stresu, následně uplynulo 3,7 minuty, než se jejich krevní tlak dostal do předchozích normálních hodnot. Při provedení metody hlubokého dýchání, trval čas potřebný k návratu do normálu o čtvrtinu méně- tedy 2,7 minuty.

Mezi další způsoby, kterými lze pomoci člověku vyrovnávat se stresem lze zařadit i určité psychologické techniky. Tyto techniky bývají soustředěné na zpracování vlastních pocitů, sebeovládání atd. Jedna z úspěšných strategií tkví v nalezení způsobu k uvolnění frustrace, tím, že si jedinec nalezne příjemný koníček, který vyžaduje jeho aktivní účast (kreslení, chození po horách, ruční práce). Na tuto činnost je potřeba



si vyhradit dostatek času a pravidelně se tomuto koníčku věnovat. Měla by to být činnost, které se bude jedinec věnovat samostatně, a která ho bude těšit.

Jedna z nejúspěšnějších strategií zvládnání stresu je nalezení sociální opory. Byla provedena studie prováděna v průběhu sedmi let, které se zúčastnilo 1200 sedmdesátiletých osob. Tato studie poukázala na to, že citová opora ovlivnila jejich kognitivní funkce (lepší práci s jazykem, verbální a neverbální paměť atd.)

(Joshi, 2007)

## **1.7 Shrnutí**

Stres je přirozenou reakcí našeho organismu na nepříjemné situace, která nám narušuje naši rovnováhu. Rozeznáváme pozitivní stres - eustres (svatba, narození dítěte) a negativní stres - distres (ztráta zaměstnání, rozvod). Určitý stres je pro náš každodenní život nezbytný a nutný pro naše učení a růst. Velké a chronické množství stresu však může člověka tělesně i duševně vysílit a vyústit v nemoc. Existují techniky, které člověku pomáhají se vypořádat se stresem.

## 2 ZDRAVOTNÍ SESTRA A STRES

Jsou profese, které kladou jen málo specifických požadavků na své nositele. Téměř každý může vykonávat povolání, jako je úředník, prodavačka nebo kadeřník. Málokdo může být hercem nebo zpěvákem, tato povolání již vyžadují určité vlohy a nadání. Profese zdravotní sestry patří mezi ta povolání, která kladou zcela specifické požadavky na osobnost, na charakterové vlastnosti, na psychické předpoklady, schopnosti a dovednosti. Ne každý, může vykonávat povolání zdravotní sestry a dělat svoji práci tak, aby to přinášelo užitek nemocným a dobrý pocit z odvedené práce. (Čechová, Mellanová, 1999)

### 2.1 Profese zdravotní sestry jako pomáhající profese

Pomáhající profese podle Psychologického slovníku označují „*souhrnný název pro veškeré profese, jejichž teorie, výzkum a praxe se zaměřují na pomoc druhým, identifikaci a řešení jejich problémů a na získávání nových poznatků o člověku a jeho podmínkách k životu tak, aby pomoc mohla být účinnější*“. (Hartl, Hartlová, 2000, s. 185) Patří sem lékaři, zdravotní sestry, fyzioterapeuti, psychiatři, psychologové, sociální pracovníci, pedagogové, kněží atd. „*Pomáhající profese zahrnují osobní vztah mezi zúčastněnými (např. lékař-pacient) mohou být zdrojem radosti a energie, je však zároveň skutečností že často energii odebírají.*“ (Herman, Doubek, 2008 s. 46)

Zdravotní sestra je profesionální pečovatelka. Hájí práva pacientů, podporuje jejich zdravý, vzdělává je i jejich rodiny a tiší bolest i utrpení. Sestra také nese velkou odpovědnost za péči a léčbu svých pacientů. Ošetřovatelství je jedním z nejzajímavějších povolání a přesto umí být také velice frustrující a nevděčné. (Quan, 2006, s. 2)

Základním předpokladem pro výkon práce zdravotní sestry, je absolvování příslušné školy, adaptačního období a dalšího vzdělávání v oboru. Kromě těchto podmínek musí mít jedinec určité dispozice pro zvládnutí nároků na osobnost zdravotní sestry. Mezi tyto předpoklady patří **poznání sebe sama**. Pokud dokáží reálně nahlédnout na svoji osobu, pak poznám své slabé a silné stránky, a pak také možnosti, ve kterých se mohou zlepšovat. **Všímání si sebe a svých reakcí a dokázat komunikovat o svých potřebách, představách a potížích.**

Za jednu z důležitých oblastí jsou považovány sociální dovednosti a schopnosti, mezi ně patří:

- **Sociální percepce** – tedy schopnost vnímat druhé. Zdravotní sestry by měli umět vnímat náladu a emoce pacienta. Následně pak zvolí vhodný přístup k nim.
- **Přívětivost, sociabilita, komunikativnost** – přátelskost a otevřenost vůči ostatním lidem.
- **Schopnost týmové spolupráce** – lze považovat za výhodu, není však nutností.
- **Řešení konfliktů.** (Venglářová, 2011)

Zdravotní sestry jsou páteří celého zdravotního týmu. Poskytují péči nejen pacientům, ale také jejich rodinám a celé společnosti. Jsou také zodpovědné za respektování lidských práv. (Quan, 2006 s. 10)

### **Role zdravotní sestry**

Člověk se v průběhu svého života stává členem různorodých sociálních skupin. Tyto skupiny od něj požadují převzetí a plnění určité role, která odpovídá jeho pozici. Náplň každé role je výsledkem interakce mezi jedincem a skupinou. Individuální zvláštnosti osobních dispozic jedince se projevují v realizaci jakékoli role. Významný vliv má také skupina, její požadavky a očekávání. Roli tedy lze „*definovat jako soubor normativně vymezeného, v této pozici očekávaného, dovoleného i vyžadovaného chování.*“ (Vágnerová, 2005, s. 320)

S vývojem ošetrovatelství se změnila i role všeobecné sestry. Sama profese zahrnuje určitý systém rolí i rolového chování předpokládaného společenským statutem povolání.

Staňková (2002) uvádí následující základní role sestry v moderním ošetrovatelství:

- **Sestra – pečovatel:** tradičně je tato role spojena s poskytováním základní ošetrovatelské péče.
- **Setra – edukátor nemocného i jeho rodiny:** v dnešním ošetrovatelství je zdůrazňována i edukační činnost sestry. Podílí se tím na upevňování zdraví, prevenci poruch nemocného, dále pak na rozvoji soběstačnosti a předcházení komplikacím. Dále poskytuje pomoc nemocným i jejich rodinám v nábviku potřebných praktických dovedností.

- Sestra – obhájce (advokát) nemocného: pokud nemocný není schopen projevit své potřeby, stává se jeho mluvčím, neboť prostřednictvím a v průběhu ošetrovatelského procesu má možnost jej dobře poznat.
- Sestra – koordinátor: v plánování a realizaci ošetrovatelské péče sestra úzce spolupracuje na její realizaci s ostatními členy ošetrovatelského i zdravotnického týmu.
- Sestra – asistent: sestra se podílí na diagnosticko-terapeutické lékařské péči.

Mastiliaková (2002) řadí mezi profesní role sester: roli ošetrovatelky, pomocnice, komunikátora a zprostředkovatele, učitelky, poradkyně, obhájkyň práva pacienta.

Uvádí také kritéria výkonnosti sester dle délky praxe v oblasti psycho-fyziologických ošetrovatelských intervencí.

- Sestra od 0-1 roku praxe

Nemá a chybí znalosti v oblasti interpersonálních vztahů a komunikace, které by vedly k jejich efektivnímu používání. Přijímá konstruktivní kritiku. Rozezná stresové faktory a udržuje chování, které koresponduje s její profesionální rolí. Nerozezná vždy situaci, kdy vznikají problémy a není také vždy schopna se přizpůsobit měnící se situaci.

- Sestra od 1-3 let praxe

Má omezené znalosti a zkušenosti s efektivním jednáním i komunikací. Na rutinní stres reaguje sebekontrolou a vhodným chováním. Nezapojuje se do řešení problémů.

- Sestra od 3-5 let praxe (na této úrovni setrvávají některé sestry trvale)

Rozumí některým problémům a také se zapojuje do interakce s problémovými osobami. Ve stresových situacích reaguje profesionálním způsobem. Usměňuje vzájemnou komunikaci mezi členy zdravotnického týmu.

- Sestra nad 5 let praxe (středně pokročilá)

V práci s pacienty a spolupracovníky prokazuje značné znalosti a její komunikace je efektivní. Svými komunikačními dovednostmi navozuje spolupráci a profesionální atmosféru. V počátcích je schopna zabránit vzniku krize a stresovým situacím. Vzbuzuje důvěru a respekt nejen u pacientů, ale i spolupracovníků.

- Sestra nad 5 let praxe (expert, jen málo sester dosáhne této úrovně)

Má plně integrovány odborné znalosti v jednotlivých detailech praktických postupů. Má schopnost vést a přejímat odpovědnost při jednání ve vysoce stresových situacích nebo s konfliktními osobami. Má efektivní komunikační dovednosti. Bývá využívána jako expert při řešení komunikačních problémů s ostatními. Umí zabránit vzniku stresových situací.

### **Náplň práce zdravotní sestry**

Zdravotní sestra poskytuje v rámci své pracovní činnosti základní ošetrovatelskou péči, diagnosticko-terapeutickou činnost, administrativní práce a přípravné či dokončovací práce.

Nedílnou součástí komplexní péče o nemocného tvoří poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Základní ošetrovatelská péče zahrnuje činnosti, které zabezpečují základní potřeby pacientů. Tyto potřeby si nemocný buď nemůže zajistit nebo jeho onemocnění mu narušilo sebepéči v této oblasti. Můžeme sem zařadit: zajištění hygieny nemocného, péče o výživu, spánek ale také zajištění pocitu jistoty, bezpečí, sociálního kontaktu. Diagnosticko- terapeutická činnost, zahrnuje práci, která se přípravy nemocného na vyšetření, péče o nemocného po výkonech, podávání léků, odběry biologického materiálu, převazy ran, rehabilitační péče. Administrativní práci se rozumí hlavně vedení základní dokumentace o nemocném během hospitalizace, včetně ošetrovatelské dokumentace, která vypovídá o ošetrovatelských problémech nemocného a způsobech jeho řešení. Patří sem také práce se žádankami na různá vyšetření, objednávání léčiv a zdravotnického materiálu. Přípravné a dokončovací práce se týkají přípravy pomůcek k různým speciálním vyšetřením. (Kelnarová, 2007)

### **Zdravotní sestra a její pohled na svoji profesi**

V odborném časopise *Sestra* byl uveřejněn článek Jany Březinové, která pracuje na neurologickém oddělení Nemocnice v Ústí nad Orlicí, jenž se zúčastnila semináře, který byl zaměřen na studium ošetrovatelského procesu. V rámci tohoto školení vystoupila i paní Magda Škrlová, která mluvila také o osobnosti zdravotní sestry. V průběhu svého výstupu použila mnoho příkladů z praxe, které se vztahovali k upevnění pozice sester v pracovním procesu. Mimo jiné také vyprávěla o svém odchodu na západ, kde nastoupila v nemocnici jako zdravotní sestra. V novém zaměstnání nastala situace, kdy lékař vstoupil na inspekční pokoj sester, které zde

pracovaly s dokumentací, ona jako jediná vyskočila ze své židle a nabízela místo lékaři. V tomto okamžiku nikdo nic nechápal, ostatní kolegyně nechápaly co to dělá, lékař nechápal proč to dělá a ona nechápala, jak mohou ostatní kolegyně sedět v přítomnosti lékaře. Až časem pochopila, že zde platí obecně „jiný“ přístup k sestřám. Janu Březinovou toto vyprávění své kolegyně vedlo k zamyšlení a k sepsání různých pohledů na zdravotní sestru. Jak sama uvádí: „*Po celou dobu, co pracuji jako sestra u lůžka nemocných, se snažím zachovat svou osobnost. Profesní i lidskou. A někdy je to dost složité. 30 let! Z toho posledních 20 let u lůžka. Je to dostatečná kvalifikace a zkušenost k napsání různých pohledů na zdravotní sestru? Soudím, že ano. Vnímám své pocity a poslouchám zkušenosti kolegyně. Tady je shrnutí.*“ (Březinová, 2006, s. 18)

### **Několik pohledů na zdravotní sestru**

**Z pohledu sdělovacích prostředků** Březinová uvádí, že zmínka o zdravotních sestřách se objevuje jen v souvislosti s nějakou mediální senzací jako je vražda, braní úplatků. Zapomíná se však na senzace typu svléknutí a vykoupaní znečištěného bezdomovce či manipulace se silně obézním pacientem, kterého do nemocnice museli dopravit hasiči. Pod heslem „zdravotní sestra“ nalezne internet více pornostránek než ve srovnání s heslem „úřednice“. Na konci odstavce si Březinová pokládá otázku, zda má tedy zdravotní sestry těšit, že je jejich profese alespoň pro někoho vzrušující?

**Z pohledu tvůrců seriálů** je zdravotní sestra prezentována jako hloupé „pohihňávající“ a pošilhávající stvoření bez vlastního názoru, které jen pije kávu a pošilhává po lékařích.

**Z pohledu vedení** musí být sestra stále k dispozici. Sestra musí brát na vědomí veškerá nařízení a nediskutovat o nich. Pacienti musí být v naprostém pořádku a zároveň musí umět ušetřit pomůcky. Musí si zvládnout poradit bez lékaře, uklizečky, sanitáře a ošetřovatelky. V nutném případě musí zvládnout práci všech výše uvedených profesí a k tomu nezameškat svoji práci. Samozřejmě být neustále příjemná a milá.

**Z pohledu mladých hloupých lékařů a lékařek** je zdravotní sestra nikdo a oni její pomoc nepotřebují. V závorce však Březinová uvádí, že to není vždy a všude platná šablona přístupu mladých lékařů a lékařek, ale stává se to.

**Z pohledu mladých chytrých lékařů a lékařek** je sestra pomocník, který jim pomůže zorientovat se na oddělení a pochopit systém, který je zde zaveden.

**Z pohledu starších hloupých lékařů a lékařek** je sestra viníkem všech jejich omylů a chyb.

**Z pohledu starších chytrých lékařů a lékařek** je sestra spolupracovník, bez kterého by to p nešlo. Spoléhají na ni. Sestra je v neustálém kontaktu s pacienty a ví o nich všechno. Lékař tedy čerpá z jejich poznatků informace k celkovému pohledu na nemocného.

**Z pohledu pacientů** dle Březinové existují různé pohledy, a nelze zevšeobecňovat. Záleží na mentalitě, inteligenci, výchově, potřebnosti, slušnosti a také na onemocnění pacienta. Samozřejmě na druhé straně záleží i na mentalitě inteligenci, výchově a slušnosti sestry. Jsou pacienti, kteří považují sestru za služku, jiným je nutné péči vnucovat, protože „neradi“ obtěžují.

**Z pohledu příbuzných pacientů** platí totéž, jako v předcházejícím odstavci. Pouze pojem onemocnění můžeme nahradit pojmem strach o svého blízkého.

**Jaká je tady sestra? Březinová v článku uvádí:** „*je prostě člověk. Obyčejná žena a občas i muž. Má své starosti i radosti. Ničím se neliší od ostatních lid . Některá pouze pracuje, jiná vykonává své poslání....povolání sestry se posunulo o obrovský kus kupředu. Sestry studují VŠ, sestry se vzdělávají ve svém oboru, v psychologii, komunikaci*“.

Na konci článku Březinová poukazuje na to, že sestry sice budou vzdělané, ale nadále nedocenené. Každá sestra musí tedy začít u sebe a uvědomit si, že ji „zatím“ nikdo nemůže nahradit. A snažit se o to, aby pojem sestra zůstal pojmem v dobrém smyslu. Závěrem dodává: „*dokud budeme vyskakovat ze své vlastní židle, na svém vlastním pracovišti a uvolníme ji přicházejícímu lékaři, budeme neviditelné, neexistující všeovládající šedé myšky*“.  
(Březinová, 2006, s. 18)

## 2.2 Pracovní zátěž v práci zdravotní sestry

*„Při krátkodobé pracovní zátěži je doba strávena ve stresu vždy motivujícím faktorem optimálního výkonu. Po delší době expozice stresu, však již lze pozorovat úzkostnost, poruchy koncentrace, tenzi a zhoršení výkonu. Ještě výrazněji je patrné působení dlouhodobého stresu na výkonnost.“* (Herman, Doubek, 2008, s. 45)

*„Ve zdravotnictví není výjimkou práce ve dvanáctihodinových směnách. Být vystaven zátěži ve formě odpovědnosti za zdraví a život lidí, vnímat stesky a problémy pacientů, účastnit se situací, kdy pacient prožívá akutní nebo chronickou nemoc i její terminální stádium, vede často k negativním a impulzivním reakcím.“* (Bartlová, 2010, s. 64)

Štikar et al. (2003) rozdělil činitele, které při práci představují požadavky a podmínky, které přispívají ke vzniku zátěže. Stanovil následující kategorie stresorů:

❖ **Proces práce** (pracovní úkoly a jejich provádění):

- množství,
- čas,
- charakteristiky práce.

Můžeme například rozlišovat činnosti spojené s velkými nároky na pozornost, pracovní činnost stereotypní, biorytmicky nevhodná směnnost, nepravidelné a časté střídání směn, atd.

❖ **Podmínky fyzikálního a biologického charakteru**, které ovlivňují pracovní činnost a výkon. Faktory vyplývající z rizika pracovních úrazů a nemocí z povolání či dalších závadných vlivů na lidský organismus.

❖ **Sociálně psychologické podmínky, které vyplývají z interakce a soužití lidí.**



Hladký a Žídková (1999) odlišují dle charakteru působících podnětů a primárních reakcí tři druhy zátěže:

- ❖ **Biologická zátěž** (stres): činitelé mají fyzikální, chemickou či biologickou povahu, organismus tak odpovídá primárně biologicky, psychické reakce jsou následné a druhotné.
- ❖ **Fyzická zátěž** (stres): požadavky se vztahují primárně k svalové činnosti, organismus funguje jako zdroj energie, svalová činnost se odráží v psychickém prožívání.
- ❖ **Psychická zátěž** (stres): proces primárně psychického zpracování a vyrovnání se s požadavky životních i pracovních situací. Tělesné reakce jsou druhotné, a jsou vyvolané psychickým procesem.

Dle European Agency for Safety and Health at Work, představuje poškození podpůrně-pohybové soustavy v Evropě nejčastější problém související s prací. Takřka 24 % zaměstnanců z Evropské Unie uvádí, že trpí bolestmi páteře, a 22 % si stěžuje na bolesti svalů. Častěji se oba problémy vyskytují v nových členských státech, 39 % v nových a 36 % ve starých členských státech. Stres související s prací patří k největším negativním faktorům v oblasti bezpečnosti a ochrany zdraví. Postihuje přibližně jednoho ze čtyř pracovníků a ze studií vyplývá, že s ním souvisí 50 až 60 % všech zmeškaných pracovních dní. S tímto jsou spojené také obrovské náklady nejen z hlediska lidského utrpení, ale také v oblasti oslabení hospodářské výkonnosti. V roce 2005 byl stres druhým nejčastěji udávaným problémem souvisejícím s prací, který postihl 22 % zaměstnanců v Evropské Unii. (Komačková, 2009)

Dle Praška a Praškové (in Herman, Doubek, 2008) jsou nejvíce ohrožujícími faktory v průběhu práce zdravotnického pracovníka ve vztahu k nadměrné dlouhodobé stresové zátěži a možnému rozvoji syndromu vyhoření: kontakt s tabuizovanými oblastmi lidské existence (bolest, smrt), emoční stavy pacientů a jejich reakce, velká odpovědnost, konflikt rolí (role matky versus profese zdravotní sestry), nedostatečná pozornost zaměřená na vlastní problémy, náročný životní styl a malá připravenost uspokojovat vlastní psychické potřeby, domnělá nebo skutečná profesionální selhání, riziko infekce nebo napadení pacientem, noční práce, nutnost rozhodovat se při neúplných informacích, časové a další nároky na průběžné vzdělávání, nutnost

adaptovat se na nové situace, nároky plynoucí z týmové práce a interpersonálních problémů, nárazový charakter práce v mnoha oborech.

Stresující faktory, které působí ve zdravotnickém povolání, přehledně a uceleně uvádí Nešpor (2001) :

- kontakt s tabuizovanými oblastmi lidské existence (bolest, soukromí pacientů, smrt),
- emoční stavy pacientů a jejich reakce (deprese, vyčerpání, podrážděnost, hněv, apod.),
- velká odpovědnost (morální a právní), nejistota při zodpovědné volbě optimálního léčebného postupu, nutnost rozhodovat se i při nedostatku informací,
- konflikt rolí (role otce nebo matky versus nároky zdravotnické profese, terapeut versus manažer nebo podnikatel, apod.),
- nedostatečná pozornost vlastním neřešeným problémům, které se kontaktem s nemocnými často aktivují,
- ostrý a náročný životní styl a nepřipravenost uspokojovat své vlastní psychické potřeby
- snadná dostupnost k lékům (i návykovým), samoléčení,
- domnělá nebo skutečná profesionální selhání prožívají zdravotníci většinou hůře než jiné profese,
- zdravotník bývá svým okolím často vnímán přes svoji profesi, což může vést k obtížnějšímu oddělování soukromého a profesionálního života,
- reálná rizika některých zdravotnických profesí (např. riziko infekce či napadení pacienta),
- trojsměnný provoz, noční práce, případně i spánková deprivace,
- časové i jiné nároky na průběžné vzdělávání a nutnost adaptovat se nové situaci a novým přístupům,
- nároky plynoucí z týmové práce a interpersonálních problémů,
- nárazový charakter práce v mnoha oborech, zdravotník bývá náhle zavalen složitými i neslučitelnými úkoly, které má zvládnout v omezeném čase,
- syndrom vyhoření vzniká v důsledku dlouhotrvajícího profesionálního stresu a je ve zdravotnictví relativně častý,
- k obecně stresovým faktorům patří nepředvídatelný hluk.

Pro kompletnost jsou následně uvedeny i protektivní faktory, které Nešpor u zdravotníků nachází:

- pocit smysluplnosti a zaujetí pro práci,
- obvykle vyšší inteligence i vzdělání,
- relativně vysoká společenská prestiž zdravotníků, což může přispívat k výše uvedenému pocitu smysluplnosti,
- více znalostí o zdraví a jeho ochraně, případně o zdrojích pomoci.

Níže podrobněji rozeberu zátěžové (stresové) faktory, které jsou příznačné pro práci zdravotní sestry. Patří sem:

- **směnová práce a noční služby**

Směnnost a noční služby způsobují narušení biologických cirkadiálních rytmů. Biologické hodiny, spánek a sociální vlivy jsou faktory, které ovlivňují dle Hladkého (1993) schopnost jedince vyrovnat se se směnovou prací. Biologické hodiny jsou endogenní zdroje, které řídí dodržování časového průběhu biologických procesů. Přizpůsobení se biologických hodin změně rytmu práce a odpočinku může trvat i několik dnů. Jedinec může zároveň pociťovat tzv. symptomy tryskového zpomalení, což jsou např. potíže se spánkem, nevolnost, iritabilita a poruchy koncentrace. Spánek v průběhu dne je kratší. To může vést k pocitům únavy a letargie. Napětí v rodině, které vznikají vzhledem k odlišnému rozvrhu práce a spánku můžeme označit jako vlivy sociální. Dále se mohou objevit gastrointestinální potíže, které mohou být důsledkem nepravidelné stravy a fázovým posunem cirkadiálních funkcí, spojených se zažíváním.

- **fyzická námaha**

Vysoká fyzická zátěž, hlavně na lůžkových oddělení (při každodenní manipulaci s pacienty, prádlem a zdravotnickým materiálem), působí na organismus člověka negativně. Negativně také působí nedostačující personální obsazení na oddělení, kdy dochází k přetížení sestry. Zvýšené fyzické námaze je vystaven hlavně pohybový aparát a dolní končetiny.

- **psychická námaha**

Psychická zátěž je spjata s vysokou odpovědností za pacienty a výkony, které zdravotní sestra provádí. Denně je v kontaktu s lidským utrpením a bolestí, smrtí a smutkem rodiny. To vše může aktivovat její vlastní nevyřešené problémy a konflikty.

Vyhledat pomoc pro své vlastní zdravotní či psychické problémy se mnozí zdravotníci ostýchají, protože by to sami považovali za „zradu“ vlastní profese a kompetence, je pro ně přijatelnější uchýlit se k samoléčení. (Nešpor, 1990).

Velký vliv na psychiku mají také interpersonální vztahy na pracovišti. „*Velká psychická zátěž vyplývá jak ze samotné podstaty ošetrovatelské profese, tak ze sociálních interakcí a komunikačních i jiných problémů, k nimž v každodenní ošetrovatelské praxi dochází.*“ (Bártlová, 2010, s. 64). Interpersonální vztahy na pracovišti se blíže věnuje podkapitola 3.2.

Dále sem například patří faktory týkající se platového ohodnocení, fyzikální faktory (hluk, teplo), sociální klima.

Rozsáhlá sledování prokázala, že lékaři a zdravotní sestry jsou zvláště pro velkou stresovou pracovní zátěž ohroženi více než běžná populace návykovými nemocemi. Obory, které jsou nejrizikovějšími jsou anesteziologie a psychiatrie. (Herman, Doubek, 2008). I některé individuální charakteristiky, jako narcistické rysy osobnosti, stresory v pracovním prostředí, závislost na alkoholu v rodinné anamnéze a duševní obtíže obecně predisponují ke vzniku návykové nemoci u zdravotnických profesí. (Herman, Doubek, 2008). Griffith (in Nešpor, Csémy, 2001) uvádí, že 10 - 20 % sester dle Americké asociace zdravotních sester má problém s alkoholem nebo jinými návykovými látkami. Také Storr a spol. (in: Nešpor, Csémy, 2001) upozorňují, že u zdravotních sester, které byly vystaveny značnému pracovnímu zatížení, je výskyt užívání návykových látek nepředepsaných lékařem 1,5x vyšší než u jejich ostatních kolegyně. Obdobně Trinkoff a Storr (in Nešpor, Csémy, 2001) zjistili za pomoci anonymního dotazníkového šetření zneužívání návykových látek i alkoholu a tabáku u 32 % amerických zdravotních sester. Zdravotničtí pracovníci se patrně určité míře stresu nevyhnou. Určitý stupeň nejistoty doprovází každou lidskou činnost, avšak v medicíně je však komplikovanější a závažnější, protože předmětem profesionální činnosti je lidské individuum a jeho neopakovatelný život.

(Bártlová, 2010)

## 2.3 Pracovní vztahy na pracovišti

*„Pracovní vztahy jsou jedním z významných a důležitých aspektů celkové atmosféry na pracovišti, a proto vyžadují mnohostranný přístup.....člověk uprostřed pozitivních pracovních vztahů je výkonnější, je schopen uvolněně komunikovat a adekvátně reagovat....pracovní vztah je významný pro úroveň a harmonii spolupráce“.* (Hermann, Zabramski, in Bartlová, 2010, s. 64)

Dobré vztahy na pracovišti i celková atmosféra, která zde panuje, patří mezi důležité předpoklady spokojenosti v práci, odvádění profesionálního pracovního výkonu a dobrých pracovních výsledků. Tyto faktory ovlivňují práci ošetrovatelského týmu, který se často dostává do složitých pracovních situací. Přispívá k tomu i skutečnost, že v rámci pracovních vztahů spolupracují i s řadou zdravotnických profesí i jiných odborných pracovníků, ale také s managementem a pacienty. Odlišné očekávání a představy o roli a povinnostech jednotlivých profesí mohou být zdrojem napětí a neklidu v rámci vztahů na pracovišti. (Bártlová, 2010).

Významným prvkem poskytování zdravotní péče jsou právě vztahy mezi zdravotnickým personálem. Skupina nejbližších spolupracovníků zdravotní sestry zcela specificky utváří chování sestry. Mají snad největší vliv na mladou sestru. Mladá absolventka většinou nastupuje do práce s určitou představou, jak má vypadat její práce. Stává se středem nežádoucí pozornosti a odmítání. Často se objevují výroky typu: *„Takhle to dělat nebudeš, to jste dělali jen ve škole, v praxi na to není čas. Tady se to dělá jinak“*. V této pozici se člověk ocitá „sám proti ostatním“, a pouze silné osobnosti se dovedou prosadit. Většina se však přizpůsobí, aby se zařadila do kolektivu. Tato situace však probíhá někdy zcela bez problému, někdy však zahrnuje nepříjemné vnitřní a vnější konflikty, které řada z nich „řeší“ odchodem ze zdravotnictví. (Čechová, Mellanová, 1999)

Problematika profesních vztahů je spjata s úrovní komunikace, která je ovlivněna jak osobností jedince, tak i prostředím a situací. Qolohle, Conradie (in Bártlová, 2010, s. 67) uvádějí: *„Sestry vnímají komunikaci s lékaři jako chabou. Nedostatek týmové práce v oblasti vztahů je výsledkem odlišných očekávání a zmatků v rolích.“* Kopřiva (1997) uvádí, že pomáhající organizace se často opírají o princip moci a dominance mezi nadřízenými nad podřízenými. Dle něj je nejvýraznější hierarchický princip ve zdravotnictví, zejména odstup mezi lékaři a sestrami. Kopřiva cituje

Schmitbauera, podle něhož sociální institucí, se kterou lze systém medicíny srovnávat, je pravděpodobně armáda.

Na základě šetření v České republice, kterého se zúčastnilo 535 lékařů a 537 všeobecných sester, bylo zjištěno, že většina lékařů hodnotí vztahy, které panují mezi nimi a sestrami na oddělení kladně. Profesionální schopnosti a dovednosti mají největší vliv na vztah a chování lékařů k nim. Lékaři považují tento faktor za nejdůležitější, dále pokládají za důležité jejich chování, osobnostní charakteristiku a vzdělání. Za faktory, které dle šetření ovlivňují chování lékařů k sestram nejmeně patří: fyzická přitažlivost, věk a pohlaví. (Bártlová, 2010)

Z pohledu sestry jsou pracovní vztahy s lékaři hodnoceny pozitivně. Naprostá většina sester dokonce označuje pracovní vztahy za kritérium jejich spokojenosti v práci. Sestry dále považují za významné faktory: uznání za svoji práci, ze strany lékaře, vnímání sestry jako rovnocenného partnera, konzultace lékaře se sestrou ohledně plánované léčby. Vzájemná negativní zkušenost ve spolupráci v rámci lékaře a sestry nepřispívá k dobré pracovní pohodě. Sestry udávají, že mají tuto zkušenost s konkrétním lékařem. Jako nejčastější důvod negativní zkušenosti s jednotlivými lékaři uvádějí chování lékařů jako nerovnocenné, neprofesionální a přehliživé. „Postavení sestry v multidisciplinárním týmu“ NS9804-3 je název projektu, v rámci kterého bylo provedeno kvantitativní šetření. Zdravotní sestry uváděly, že v průběhu spolupráce s lékařem považují za tíživé jeho direktivní a nešetrný někdy až neetický přístup k pacientovi (např. sdělování závažné diagnózy, sdělování průběhu léčby, propouštění). (Bártlová 2010)

Ve výzkumu Rosensteina a O'Daniela (in Bártlová 2010) došli k zjištění, že je velmi silně vnímána souvislost mezi nevhodným chováním a výskytem náhodných a neplánovaných událostí a pochybení, stejně jako vliv negativního chování na kvalitu péče, bezpečnost a spokojenost pacientů. Tato zjištění naznačují, že důsledky nevhodného chování mezi lékaři a zdravotními sestry ovlivňují také komunikaci a spolupráci mezi klinickými pracovníky, která také může mít dopad na klinické výsledky. Sestra se na pracovišti setkává s rozličnými požadavky na své chování. Něco očekává pacient a jeho rodina a něco jiného zase lékař a nadřízení. Problematické vztahy je vhodné řešit. Nejlépe formou posilování dovedností v interpersonální komunikaci.

## 2.4 Duševní hygiena zdravotní sestry

Pokud má zdravotní sestra dobře pracovat, tady pokud má pečovat o nemocné a má jim být i povzbuzující oporou, pak je nutné, aby i ona sama byla v dobrém stavu. Sestra by měla umět pečovat o sebe. Tato péče zahrnuje řadu různých oblastí, jako je péče o vzhled, o tělesné zdraví, péče o vlastní tělesný i duševní život. (Křivohlavý, 2004)

Anglická lékařka Seila Cassidy sestavila šestnáct bodů, které popisují autoři v knize Duševní hygiena zdravotní sestry. Seila Cassidy se zabývala péčí o psychický stav pacientů, ale i pracovníků v nemocnici. Dle ní, péče o pracovníky vyžadovala mimořádnou intenzitu. Níže uvádím šestnáct bodů péče o pečovatelky, které charakterizují základní podmínky péče o duševní zdraví i u všech pomáhajících profesí obecně (Křivohlavý, 2004, s. 10-11):

1. Buď k sobě milá, vlídná a laskavá.
2. Uvědom si, že tvým úkolem je jen pomáhat druhým lidem a ne je zcela změnit. Změnit můžeš jen sama sebe, ale nikdy ne druhého člověka – ať jím je kdokoliv a ať je tvá snaha sebevětší.
3. Najdi si své „útočiště“, tj. místo, kam by ses mohla uchýlit do klidu samoty ve chvíli, kdy naléhavě potřebuješ uklidnění.
4. Druhým lidem na oddělení, svým spolupracovníkům i spolupracovnicím i vedení buď oporou a povzbuzením. Neboj se je pochválit, když si to i třeba jen trochu zasluhují.
5. Uvědom si, že je zcela přirozené tváří v tvář bolesti a utrpení, jehož jsme denně svědky, cítit se zcela bezmocnou a bezbrannou. Připusť si tuto myšlenku. Být pacientům a jejich příbuzným nablízku (být s nimi) a pečovat o ně je někdy mnohem důležitější než mnohé jiné.
6. Snaž se změnit způsoby, jak to či ono děláš. Zkus to, co děláš, dělat pokaždé pokud možno jinak.
7. Zkus poznat, jaký je rozdíl mezi dvěma různými způsoby naříkání: mezi tím, které zhoršuje beztak již těžkou situaci, a tím, které bolest a utrpení tiší.
8. Když jdeš domů z práce, soustřeď se na něco dobrého a pěkného, co se ti podařilo v práci dnes udělat a raduj se z toho.
9. Snaž se sama sebe neustále povzbuzovat a posilovat např. tím, že nebudeš vždy stejným způsobem (stereotypně, jen ryze technicky a zvykově, bezmyšlenkovitě)

vykonávat své práce. Snaž se z vlastní iniciativy, z vlastní vůle a nikým nenucena něco udělat jinak – tvořivě.

10. Využívej pravidelně povzbuzujícího vlivu přátelských vztahů v pracovním kolektivu i v jeho vedení jako zdroje sociální opory, jistoty a nadějného směřování života.

11. Ve chvílích přestávek a volna, když přijdeš do styku se svými kolegyněmi a kolegy, vyhýbej se jakémukoliv rozhovoru o úředních věcech a problémech v zaměstnání. Odpočiň si tím, že budete hovořit o věcech, které se netýkají vaší práce a vašeho „úředního“ styku.

12. Plánuj si předem „chvíle útěku“ během týdne. Nedovol, aby ti cokoliv tuto radost překazilo nebo ti ji někdo narušil.

13. Nauč se raději říkat „rozhodla jsem se“ než „musím“ nebo „mám povinnost“, či „měla bych“. Podobně se nauč říkat raději „nechci“ než „nemohu“. Takto vedená osobní řeč sama k sobě pomáhá. Přesvědč se o tom.

14. Nauč se říkat druhým lidem nejen „ano“, ale i „ne“. Když nikdy neřekneš „ne“, jakou hodnotu pak asi má tvé „ano“?

15. Netečnost (apatie) a zdrženlivost (rezervovanost) ve vztazích s druhými lidmi je daleko nebezpečnější a nadělá více zla a hořkosti než připuštění si skutečnosti (reality), že více, než děláš, se opravdu dělat nedá. Připusť si to – uvědom si, že nejsi všemohoucí.

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



## 2.5 Shrnutí

Profese zdravotní sestry je fyzicky i psychicky náročné povolání. Na zdravotních sestřích je vyžadována nejen přímá pracovní zátěž, ale i neustálé vzdělávání se a učení novým dovednostem. V této profesi je sestra ve stálém styku s mnoha různými stresory. Mnohdy se setkává se smrtí, trpícími nemocnými. Často také pracuje v časové tísní a krizových situacích, které musí umět zvládnout. Mezi důležité předpoklady spokojenosti v práci patří také interpersonální vztahy na pracovišti. Nedílnou součástí pro zdravotní sestru je péče sestry o sebe sama, tedy provozování duševní hygieny, která pomáhá sestře upevňovat duševní zdraví, upravovat životní styl a posilovat odolnost sestry před negativními životními vlivy.

### 3 SYNDROM VYHOŘENÍ

*„Bez práce celý život ztrouchniví, ale když je práce bezduchá, život se dusí a umírá“.*

Albert Camus (Polák, 2002, s. 13)

*„Již v 70. letech 20. století se psychologové a lékaři začali zabývat působením stresové zátěže, která navozuje stavy celkového, především pak psychického vyčerpání, jež se projevuje v oblasti poznávacích funkcí, motivace i emocí a jež zasahuje a ovlivňuje postoje a názory, ale i výkonnost a následně celé vzorce především profesionálního chování a jednání osob, u nichž došlo ke kumulaci a iniciaci podmínek, ovlivňujících vznik a rozvoj tohoto syndromu. Tyto stavy se označují jako syndrom vyhoření.“* (Herman, Doubek, 2008, s. 44)

Termín „burn –out“ (vyhoření, vyprahlost, vyhasnutí) zavedl v roce 1974 americký psychoanalytik Freudenberger. Tento pojem byl v USA původně používán ve spojitosti s narkomany v chronickém stadiu, později v souvislosti s pracujícími lidmi, kteří projevovali letargii, bezmocnost a zoufalství.

Janáčková (in Venglářová, 2011, s. 23) popisuje syndrom vyhoření jako *„profesionální selhávání na základě vyčerpání vyvolaného zvyšujícími se požadavky od okolí nebo od samotného jedince. Zahrnuje ztrátu zájmu a potěšení, ztrátu ideálů, energie i smyslu, negativní sebeocnění a negativní postoje k povolání.“*

Jobánková (2003) charakterizuje syndrom vyhoření jako stav masivního vyčerpání, který je pocíťován jako citová vyprahlost. Je důsledkem chronické emocionální zátěže spojené s dlouhodobým nasazením pro jiné lidi. Tyto zvýšené emocionální nároky jsou nejčastěji způsobeny kombinací velkého očekávání (subjektivní příčina) a chronickými stresy při práci s lidmi (objektivní příčina).

Byla to právě situace ve zdravotnictví, konkrétně u zdravotních sester, která upozornila na problematiku syndromu vyhoření. Nejvíce postiženy byly sestry poskytující péči v hospicích, na onkologických odděleních a jednotkách intenzivní péče. Po první vlně zjištění, se ukázalo, že s tímto syndromem je třeba počítat i u sester na ostatních odděleních. Syndrom vyhoření je také jedním z důvodů odchodu ze zaměstnání.

Ve Spojených státech bylo zjištěno, že v některých zdravotnických oborech mění místo i zaměstnání až 70 % zdravotních sester ročně. Nedrcat (in Křivohlavý, 2012) ve své studii uvádí, že 58 % lékařů na onkologických odděleních (sledovaný soubor 248 lékařů) změní během roku své pracoviště. (Křivohlavý, 2012)

Vašina (2008) upozorňuje, že je nutné rozlišovat mezi syndromem vyhoření a syndromem vyčerpání, i když příznaky se v řadě aspektů překrývají, ale liší se příčinami svého vzniku. Syndrom vyčerpání je stav fyzického a psychického vyčerpání z důvodu jakékoliv chronické zátěže, což znamená, že příčinou vzniku může být například neuspokojivý partnerský vztah. Člověk má náhled, rozumí co se s ním děje, a ví, že má odpočívat či změnit zaměstnání.

Syndromu vyhoření je spojen s profesemi, ve kterých se pracovníci setkávají s lidmi, s jejich starostmi, bolestmi a těžkým osudem. V dnešní době se tento termín rozšiřuje i na managery. (Venglářová, 2011)

### 3.1 Rizikové faktory pro vznik syndromu vyhoření

Jako předpoklad pro vznik a rozvoj syndromu vyhoření uvádí Venglářová (2011) dvě hlavní okolnosti. Prvním předpokladem je **osobnostní nastavení**. Příliš silná motivace pomáhat a pečovat, vede ke zkresleným očekáváním od sebe i od příjemců pomoci. Sem spadá i tzv. „Syndrom pomocníka“. *„Syndrom pomocníka spočívá v neschopnosti opravdově cítit a projevit vlastní city a potřeby. Je obtížné oddělit altruistické chování od egoistického. Pomáhání sytí potřeby, které nejsou uspokojovány v civilním životě, tedy na svém pravém místě. Vzniká tak bezmocný pomáhající.“* (Venglářová, 2011, s. 76) Tedy silná potřeba pomáhat, může mít nejen altruistický základ, ale může být i nástrojem uspokojení touhy po moci a plnění egoistických potřeb. Druhou proměnou je **prostředí**. Nejen to, ve kterém pracujeme, ale spadá sem i charakter práce a nastavení systému organizace práce na konkrétním pracovišti. (Venglářová, 2011)

Dle Vymětala (2003) jsou nejrizikovějšími pracovišti ta, kde „výdej“ převažuje „příjem“, kde zaměstnanci pracují s vysokým emočním a osobním nasazením. Nedostatečně oceněn je pracovní výkon a je zde málo uznání a pochvaly. Kvalita práce se postupně zhoršuje a objevují se negativní až cynické pocity a postoje ve vztahu k ostatním.

Křivohlavý (1998) pak definuje další okolnosti, které jsou pro syndrom vyhoření příznačné. Patří sem:

- Vysoká míra působících stresorů a pociťovaného distresu.
- Frustrace - neuspokojení přání a očekávání.
- Nepříjemné vztahy mezi lidmi.
- Přílišná emocionální zátěž (nejčastěji právě v tzv. „pomáhajících profesích“).
- Vliv prostředí, pracovních podmínek a organizace práce – patří sem již zmiňovaná míra kontroly a svobody rozhodování, nesmyslnost pracovních požadavků, problémy s autoritou (spory s nadřízenými), vysoká odpovědnost za sebe i za druhé, nerealistická (přehnaná) očekávání.
- Špatná komunikace (vertikální i horizontální).
- Nadměrné požadavky na jedince kladené – např. při nemožnosti se dále vzdělávat.

Jeklová, Reitmayerová (2006) dělí rizikové faktory, které syndrom vyhoření přímo, či nepřímo způsobují na vnitřní a vnější. Vnější faktory se vztahují k situaci a kontextu, v níž se ohrožený jedinec nachází. Zahrnují podmínky v zaměstnání, v organizaci, kde jedinec pracuje, situaci v osobním životě, rodině a také i společnost, v níž jedinec žije, a podmínky, které jsou na něj každodenně kladené. Patří sem například:

- dlouhodobá a opakovaná jednání s lidmi,
- nedostatek personálu a času,
- nedostatek finančních prostředků a odborných zkušeností,
- nedostatek odpočinku v práci, příliš mnoho pracovních úkolů a pracovní přetížení,
- nedostatek ocenění práce ze strany vedení nebo klientů,
- náročné pracovní podmínky a dlouhodobé trvání nepříznivých podmínek,
- neutěšené bytové nebo finanční podmínky,
- nemoc či jiná zátěž v rodině,
- soutěživý charakter naší společnosti – vede jedince k tomu, aby si stanovovali stále vyšší a vyšší cíle, které později začnou překračovat jejich fyzické a emoční možnosti,

- falešný obraz úspěchu – společensky uznávaný a úspěšný člověk je ten, kdo dostatečně vydělává peníze, má rodinu, prestižní zaměstnání... teprve toto přináší pocit štěstí.

Jako vnitřními faktory pak můžeme nazvat různé osobnostní charakteristiky daného člověka, které podporují vznik vyhoření, dále pak stav organismu, především pak stav fyzický, a následně i způsoby chování a reagování v různých situacích, které jedinec používá. Patří sem:

- přílišné nadšení pro práci,
- vnitřní tendence k soutěživosti a ke srovnávání s druhými lidmi,
- špatné vnitřní sebehodnocení a silné vnímání neúspěchu,
- špatný fyzický stav a nepravidelný denní biorytmus,
- snaha udělat si všechno jen sám,
- neschopnost říci „ne“,
- nezvládání konfliktů.

Dle Vašiny (2008) klinická praxe prokázala, že lidé, kteří směřují do syndromu vyhoření měli ve vysokém procentu v dětství období, kdy v průběhu procesu utváření osobnosti nastaly okolnosti, které tomuto procesu napomáhaly, výrazně konfrontovány s hodnotou péče. Tato konfrontace s hodnotou péče existuje v mnoha variantách. Například v případě, že se v ranném dětství nebo později u dítěte aktualizuje vývojová potřeba lásky, povzbuzení se záměrem posílit pocit bezpečí a jistoty ve světě, je potřebné, aby tato potřeba byla uspokojena v čase, kdy se aktualizuje. Pokud se mnohokrát opakuje případ, kdy rodiče z nějakého důvodu nemohli tuto potřebu dítěte uspokojit je tímto založeno na psychický problém. Pokud budou například rodiče lékaři, kteří ve chvílích, kdy je dítě bude opakovaně potřebovat nebudou na něj mít čas a řeknou mu, že ho sice mají rádi, ale musí pečovat o jiného nemocného člověka a vše mu brzy vynahradí. Dítě bude zklamáno a tímto postupem si zafixuje, že existuje péče, která je významnější, než je ono samo.

Tak se hodnota péče stává významnou v jeho životě, a protože chce být oceňován, tak jak jeho rodiče, kteří pečovali o druhé, hledá cestu, která mu poskytne satisfakci za to, že „existuje“ například v pomáhající profesi.

## **Cesty, které vedou k syndromu vyhoření**

Vyhoření si lze představit, jako ztrátu motivace a vůle. Zničená motivace má totiž za následek vzrůstající neschopnost zmobilizovat vlastní zájem a schopnosti pro danou profesi. Cesty, které vedou k syndromu vyhoření, jsou tři:

### **1. cesta „Ztráta ideálů“**

– počáteční nadšení, těšíme se z nového zaměstnání, ztotožňujeme se s úkoly, kolegy, práce přesčas nám nevadí. Postupem času ale začínají narůstat potíže a dochází ke střetu našich ideálů s realitou. Postupně dochází ke ztrátě důvěry ve vlastní schopnosti a práce ztrácí smysluplnost. Vše ale závisí na naší sociální opoře, naší osobnosti.

### **2. cesta „Workoholismus“**

– jedná se o závislost na práci, kdy máme potřebu trávit stále více času v zaměstnání, což také vyžaduje více energie, které se nám začne nedostávat.

### **3. cesta „Teror příležitostí“**

– v tomto případě máme potřebu využít každé příležitosti, která se nám právě naskýtá, avšak abychom dostáli všem rozpracovaným závazkům, vyžaduje náš veškerý čas a energii. K této situaci dochází v případě, kdy nám chybí odhad, kolik co zabere času a někdy i neschopnost odmítnout – říci ne.

( Jeklová, Reitmayerová, 2006)

### 3.2 Proces syndromu vyhoření

*„Lidé nejsou jako žárovky. Žárovka svítí stále stejně silně a pak znenadání – praskne a vlákno přehoří. Lidé se ale opotřebovávají pomalu a často nepozorovaně. I když některé typy vyhoření končí tělesným kolapsem, jako je srdeční zástava nebo žaludeční vředy, většinou má ale vyhoření psychický charakter. Lidé pomalu ztrácejí entuziasmus, energii a motivaci, což se projevuje mnoha způsoby. Začínají nenávidět svou práci, nemohou vystát své spolupracovníky, nevěří svému šéfovi a každé ráno na ně padá strach a úzkost.“ (Carnegie, 2011, s.98)*

Syndrom vyhoření je stále častěji popisován nikoliv jako stav, ale jako neustále se vyvíjející proces, který může trvat pár měsíců až několik let. Může začínat už při nástupu do profese, kdy motivovaný a nadšený pracovník, který má určité představy a očekávání a který chce realizovat své plány, začíná ignorovat signály únavy a trvale se přetěžuje.

Venglářová (2011) uvádí, že syndrom vyhoření má několik stupňů, v nichž zasahuje určité oblasti života. Na začátku bývá emoční vyhoření, dále dochází k psychickému vyhoření a ztrátě inspirace. Nakonec dochází k fyzickému vyčerpání, které může vyústit do psychosomatického onemocnění.

Mnoho autorů uvádí různá členění syndromu vyhoření do fází:

Kraska-Ludecke (in Venglářová, 2011) řadí fáze syndromu vyhoření následovně:

- ❖ **Nadšení** - ideály, jasný cíl a kvalita práce jsou v popředí, postupně však dochází k přetěžování.
- ❖ **Stagnace** – nadšení upadá, dochází ke slevování ze svých nároků.
- ❖ **Frustrace** – člověk se začíná zajímat o otázky týkající se efektivity a smysluplnosti práce. Objevuje se tzv. tunelové vidění, kdy člověk myslí jen na svoji práci, nic jiného ho nezajímá. Cítí se sám se svými problémy, je zklamán. Kopřiva (1999, s. 101) uvádí „do syndromu vyhoření je vždy vpletena otázka po smyslu vlastní práce“.
- ❖ **Apatie** – jedinec vnímá svoje povolání, jen jako zdroj obživy, dělá jen to „nejnutnější“, vyhýbá se komunikaci, dalšímu vzdělávání.
- ❖ **Vyhoření** – dochází k vyčerpání, lhostejnosti, negativizmu a naprostému vyhýbání profesním požadavkům, které jsou na jedinci požadovány.

Pokud není syndrom vyhoření včas rozpoznán, může vyústit až v profesní deformaci, která se vyznačuje citovou otrlostí. Například ve zdravotnictví, kdy je sestře lhostejný stav a osud pacienta.

### 3.3 Příznaky syndromu vyhoření

Symptomy vyhoření se určují především v oblasti fyzické, psychické a sociální. Člověk se cítí fyzicky, duševně i emocionálně zcela vyčerpán a považuje svůj život za „bezesmyslný“. Zde se často objevuje již zmiňovaný *Seligmanův pocit naučené bezmoci a beznaděje*. Člověk má snížené sebevědomí a ztrácí veškeré iluze a naděje. Dochází u něj k celkovému utlumení aktivity, kreativity a samostatné iniciativy. V sociálních vztazích ztrácí schopnost empatického vcítění do druhých, nezajímají ho problémy ostatních. Pro syndrom vyhoření je typické, že se zpočátku projevuje spíše v psychice postiženého. Navenek lze jeho projevy sledovat až mnohem později. Objevuje se hlavně všude tam, kde je pracovní náplní práce s lidmi. (Venglářová, 2011)

Maslach (in Křivohlavý, 1998) pak na základě faktorové analýzy definovala tři základní činitele, či skupiny symptomů syndromu vyhoření. Jsou to:

- 1) **Emocionální vyčerpání** – ztráta chuti k životu, nedostatek sil, nulová motivace k práci atp. – což je považováno za základní příznaky syndromu vyhoření.
- 2) **Depersonalizace** – nejčastěji u lidí, kteří mají velkou potřebu recipacity, tedy kladné odezvy od lidí, kterým se věnují. V případě, že se jim této odezvy nedostává, zahořknou a staví se k lidem cynicky, přestávají je vnímat jako rovnocenné lidské bytosti.
- 3) **Snížený pracovní výkon** - zejména u lidí s nízkým sebehodnocením, sebedůvěrou – tím, že si sama sebe dostatečně necení, nemají ani dostatek energie k zvládnutí stresových událostí a konfliktů.

#### Rozdíl mezi stresem a vyhořením

„Ačkoliv je jistá míra stresu běžná, snad i nezbytná, a určitý stres je pozitivní, příliš mnoho stresu příliš dlouhou dobu může vyústit ve vyhoření.“ (Minirth, 2011, s. 11)



Tedy dlouhodobé distresové situace představují s určitou pravděpodobností nebezpečí psychického vyhoření. (Křivohlavý, 2012)

Pocit vyhoření znamená, že se cítíme bez motivace a naprosto „vyprázdněny“, „nic pro nás nemá cenu“. Syndrom vyhoření může vést k depresím. Vyvolává u lidí negativní postoje a primární škody vznikají v oblasti emocí. V případě stresu a stresových událostí, i když na nás působí mnoho tlaků, jsou si lidé schopni představit, že jak se situace dostane pod „kontrolu“ bude vše zase „dobré“. (Carnegie, 2011)

### 3.4 Diagnostika a prevence syndromu vyhoření

Diagnostika syndromu vyhoření vychází z pozorování jednotlivých symptomů, z jejich prožitku u postižených osob a ze speciálních psychologických metod. Nejběžnějšími a nejužívanějšími metodami jsou dotazníky, které jsou zejména založené na posuzovacích škálách. Jedná se například o *Maslach Bucnout Investory–MBI*, který mapuje oblasti: emocionální vyčerpání, depersonalizace a uspokojení z práce. Dále pak *BM – dotazník*, což je česká verze. (Venglářová, 2011)

Preventivní opatření mohou výrazně pomoci ohroženým jedincům. Bohužel se mnoho lidí domnívá, že oni je nepotřebují a vědí, co mají dělat. Jeklová, Reitmayerová (2006) uvádějí následující preventivní opatření, která jsou nejen z osobní roviny, ale i taková, za která by měl převzít odpovědnost zaměstnavatel, či umožnit, jejich realizaci.

#### Prevence na úrovni jednotlivce

- pečovat o sebe, myslet na své potřeby – rozumná výživa, odpočinek, dostatek spánku,
- umět požádat o pomoc tam, kde naše síly nestačí,
- udělat si čas na svůj osobní život, své koníčky, rodinu a přátele – u lidí, které máme rádi a kteří nás mají rádi, můžeme hledat první pomoc tzv. sociální podpůrnou síť. Pinsová a Arosón uvádí (in Křivohlavý, 2012, s. 120) „*ukazuje se, že čím lepší vztahy daný člověk k druhým lidem má, tím má i relativně nižší úroveň psychického vyhoření. Lidé, kteří připisují druhým poměrně vyšší hodnotu než věcem, si více váží sociální opory a vytvářejí kolem sebe podpůrnou sociální síť přátelských*

*vztahů. Tím více se určitému člověku dostává sociální opory, tím méně příznaků syndromu burnout je u něj možno zjistit."*

- to co děláme rádi, se stává zdrojem našich emočních zážitků a energie,
- poznání sebe sama - sebepoznání a následné sebehodnocení je neustálé uvědomování si svých dobrých vlastností, schopností či nedostatků i svých vlastních pocitů,
- udržovat se v dobré tělesné kondici – sport, pohybové aktivity, relaxační techniky,
- nenosit si práci domů,
- dobrá tělesná kondice.

### **Prevence na úrovni zaměstnavatele**

- umět ohodnotit dobrou práci
- pochvala
- podpora vzdělávání i společenských setkání
- rozvoj týmové práce
- zabezpečit možnost regenerace
- dostatečné množství znalostí, kompetencí

Určitá kritéria a závazky, které musí zaměstnavatelé zajistit, jsou stanovena v samotném zákoně. *“Zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod, Hlava IV., čl. 28 – Zaměstnanci mají právo na spravedlivou odměnu za práci a na uspokojivé pracovní podmínky. Podrobnosti pak dále upravuje Zákoník práce – paragraf 35, odst. 1 písm.a) – Zaměstnavateli je uloženo, kromě jiného, vytvářet podmínky pro úspěšné plnění pracovních úkolů a dodržovat ostatní pracovní podmínky stanovené právními předpisy nebo kolektivní nebo pracovní smlouvou. Hlava III., oddíl 1. upravuje pracovní doba na přestávky v práci. V Hlavě III., oddíle 3. je zakotveno právo na dovolenou. Hlava V. zaručuje bezpečnost a ochranu zdraví při práci, kde jsou přesně vydefinovány povinnosti zaměstnavatele. Dále pak Hlava VI., oddíl 1. pojednává o Péči o zaměstnance – hovoří se zde o pracovních a životních podmínkách zaměstnanců a jejich odborném rozvoji. V oddíle 2. téže hlavy jde především o zabezpečení při pracovní neschopnosti a ve stáří a zaměstnávání po návratu do práce. Právě tyto skutečnosti bývají velice často hlavními stresory.“* (Jeklová, Reitmayerová, 2006, s. 28)

### 3.5 Pomoc osobě se syndromem vyhoření

Dle Bakošové je důležitou součástí při poskytování pomoci přesvědčit člověka, že zodpovědnost za svůj život nese on sám. Dále uvádí, že v procesu pomoci je nutné předcházet společenským předsudkům, o tom, že vyhledání odborné pomoci je ponižující akt. Pravdou je, že některé typy pomoci jsou lidem nepříjemné. Pokud jedinec vyhledá pomoc, signalizuje tím svoji slabost a selhání v některé z oblastí. Ale možná právě tímto dává najevo svoji opravdovou sílu, protože získání reálného obrazu o sobě, prostřednictvím odborníka a přijetí své slabosti jej posune v další životní fázi dopředu. (Bakošová, 2008)

*„Aktivním východiskem ze syndromu vyhoření je rozhodnutí typu „mám toho dost“, které je následováno zásadní změnou v oblasti osobních a pracovních aktivit, priorit a motivací ve smyslu zdravého životního stylu. Pasivním východiskem bývá psychické zhroucení a rozvoj depresivní symptomatiky, což si zpravidla vyžádá vyhledání odborné pomoci, které kromě léčby akutních psychických příznaků zprostředkuje nemocnému i informace a možnosti jak změnit svůj osobní i pracovní život.“*  
(Herman, Doubek, 2008 s. 47 - 48)

Jako první krok, v případě, kdy pracovník začne vykazovat známky vyhoření se stává efektivním oddělit pracovníka od zdroje problému. Pracovníka může nadřízený dočasně pověřit jinými úkoly, přemístit jej na jiné pracoviště do té doby, než se jeho stavlepší. Zaměstnavatel může také zaměstnance propustit tato varianta však nepřináší žádné řešení a jedinci většinou příliš nepomůže, protože vnímaný problém vlastního selhání si pracovník odnese s sebou do dalšího zaměstnání. Nejefektivnějším řešením je pomocí přehodnocení svého stavu s využitím odborné pomoci ve formě supervize či pomoci psychologa, nebo restrukturalizací pracovního místa. Psycholog může pomoci porozumět pocitům, najít příčiny a následná řešení. V případě vážné deprese, kdy se objevují i myšlenky na sebevraždu, je nutné vyhledat pomoc psychiatra. (Jeklová, Reitmayerová)

### **3.6 Shrnutí**

Syndrom vyhoření lze charakterizovat jako proces, který postihuje osobnost daného člověka, ale také zasahuje do celého jeho okolí. Vyskytuje se na různých pracovištích a přináší sebou vážné komplikace, které dopadají na všechny, od vyhořelého, přes kolektiv zaměstnanců, zaměstnavatele až po klienty. Důležitou roli v této problematice hraje prevence a včasné rozeznání počátečních projevů. Dobrým prostředek pro prevenci je dostatek odpočinku, sport, koníček, setkávání se s přáteli a vytvořit si kolem sebe kruh lidí, kteří nám jsou oporou.

## 4 METODICKÁ ČÁST

### 4.1 Cíle

Cílem prováděného výzkumu je zjistit jaké příznaky stresu na sobě zdravotní sestry pociťují a které ze stresových faktorů jsou nejčastěji uváděny jako velké až zdraví ohrožující stresory. Dále také zjistit jak na zdravotní sestry působí mezilidské vztahy na pracovišti a zda jsou ohroženy syndromem vyhoření.

Na základě formulovaných cílů jsem si stanovila následující úkoly výzkumu.

- ❖ Zjistit, jaké příznaky stresu na sobě respondenti pociťují. A které ze stresových faktorů jsou uváděny jako velké až zdraví ohrožující stresory.
- ❖ Zjistit míru subjektivně pociťované stresové zátěže vzhledem ke kontaktu se spolupracujícím personálem.
- ❖ Zjistit, které ze způsobů zmírnění dopadů stresu užívají respondenti nejčastěji.
- ❖ Zjistit, zda na sobě respondenti pociťují příznaky syndromu vyhoření.

### 4.2 Hypotézy

Z cílů této práce a na základě studia této problematiky, ale také svých osobních zkušeností jsem vyvodila následující hypotézy.

*Hypotéza č. 1: „Čím delší praxe, tím vyšší míra pociťované únavy a vyčerpanosti“.*

Únava a vyčerpanost je jedním z hlavních důsledků stresu. Vzhledem k náročnosti povolání zdravotní sestry se domnívám, že velké procento respondentů bude na sobě pociťovat právě tyto příznaky, v závislosti na délce praxe.

*Hypotéza č. 2: „Čím delší praxe, tím menší míra stresu při úmrtí pacienta“.*

Zdravotní sestra je v kontaktu s pacientem mnohem častěji než lékař. Stará se o něj prakticky celý den během své služby. Vidí ho v jeho těžkých chvílích a v bolesti. Často se dostává do jeho tzv. intimní zóny, kam člověk většinou pouští jen toho nejbližšího člověka (matka-dítě, manžel-manželka). Tímto mezi sestrou a pacientem vzniká velmi specifický vztah. Proto se domnívám, že úmrtí pacienta je pro sestru

velkou zátěží, avšak se zvyšující se délkou praxe i častějším kontaktem s tímto poněkud tabuizovaném tématem, se bude míra stresu snižovat.

*Hypotéza č. 3: „Čím delší praxe, tím lépe se cítí zdravotní sestra ve svém kolektivu“.*

Interpersonální vztahy na pracovišti jsou často označovány za jedno z hlavních kritérií spokojenosti v zaměstnání. Ze svých zkušeností předpokládám, že větší část sester se bude cítit dobře nebo výborně ve svém kolektivu. Při vysoké náročnosti práce, je to velmi důležité. Předpokládám, že se zvyšující se délkou praxe, se budou sestry cítit v kolektivu lépe, protože již zvládají své povinnosti s jistotou a za léta praxe si již mohly vybudovat respekt svých kolegů i nadřízených a vytvořit si přátelské vztahy ve svém pracovním kolektivu.

*Hypotéza č. 4: „Čím delší praxe, tím vyšší míra užívání negativních způsobů zmírnění stresu“.*

Zde vycházím hlavně z předchozích výzkumů provedených v oblasti této problematiky, kdy bylo zjištěno, že zdravotníci obecně inklinují k závislostem na alkoholu a lécích více než běžná populace a proto předpokládám, že se zvyšující se délkou praxe bude vzrůstat i míra užívání negativních způsobů ke zmírnění stresu.

*Hypotéza č. 5: „ Čím delší praxe, tím vyšší výskyt příznaků syndromu vyhoření“.*

Syndrom vyhoření postihuje obzvláště pomáhající profese. Domnívám se, že úměrně ke vzrůstající délce praxe zdravotních sester se bude zvyšovat i výskyt příznaků syndromu vyhoření.

### 4.3 Metody a postup výběru výzkumného nástroje, konstrukce dotazníku

K provedení praktického zkoumání jsem zvolila metodu kvantitativního výzkumu, kdy technikou pro sběr dat byl vybrán dotazník.

Dotazník ve své základní podobě je standardizované interview předložené v písemné formě. Mezi výhody dotazníku lze zařadit: úsporu času a finančních prostředků, data lze lépe kvantifikovat. Mezi nevýhody patří: menší pružnost, nedostatečná srozumitelnost formulace otázek, nižší věrohodnost dat a také i to, že příprava dotazníku vyžaduje větší pečlivost, než příprava interview. (Ferjenčík, 2010).

Pokud je dotazník administrován více osobám současně, hovoříme o anketě. Jeho specifickými formami jsou anamnestický dotazník a osobnostní dotazník neboli psychologický test. Většinou jsou odpovědi na otázky dotazníku předtištěny a zkoumaná osoba si z navržených odpovědí vybírá jednu. Otázky používané v dotaznících mohou být otevřené, uzavřené nebo škálové (posuzovací stupnice). (Vízdal, 2005)

Dotazník je uveden v příloze číslo 1 a obsahuje otevřené, uzavřené i škálové otázky. V dotazníku je použita pouze jedna otevřená otázka (otázka číslo 13), která nechává respondentům volnost v odpovědi. V uzavřených otázkách si respondenti vybírají odpověď z nabízených možností. Škálové otázky nabízejí pro každou odpověď již stanovené hodnoty.

Dotazník se skládá ze dvou částí. První část- nestandardizovaná, kterou jsem vytvořila, obsahuje 13 otázek, týkajících se charakteristických údajů souboru (otázky číslo 1-5), stresu, stresových faktorů a způsobů zmírnění a zvládnání stresu (otázky číslo 6, 7, 10, 11, 12,13), interpersonálních vztahů na pracovišti (otázky číslo 9, 10). Druhá část obsahuje standardizovaný dotazník vyhoření BQP (Beverly Potter's Burnout Questionnaire), který je uveden na stránkách PhDr. Zdeňky Žídkové<sup>7</sup>, která se na problematiku psychické zátěže specializuje. Dotazník vyhoření se vyhodnocuje podle stanovených postupů, které jsou jeho součástí (příloha číslo 2). Respondenti využijí jako odpovědi předem stanovené bodové stupnice, které se pohybují od **1** – *nikdy* do **5** - *vždy*. Odpovědi mají odpovídat pocitům a stavům respondentů na jednotlivé otázky.

---

<sup>7</sup> Dostupné z.: [www.psvz.cz/zidkova/subdir/metody.html](http://www.psvz.cz/zidkova/subdir/metody.html) [cit. 2012-07-01 ]

Před samotným výzkumem formou dotazníku, jsem dotazník dala nejdříve 10 respondentům, abych poznal z jejich reakcí, zda jsou všechny mé otázky smysluplné a na základě jejich reakcí, jsem pak dotazník ještě opravila. Dotazníky jsem mezi respondenty distribuovala osobně, vždy na oddělení. Informace, týkající se využití získaných dat a instrukce k vyplnění dotazníku, byly jeho součástí. Většina zdravotních sester dotazník vyplňovala během své odpolední či noční služby ve chvílích volna. Celkem bylo rozdáno 150 dotazníků. Dva dotazníky se ztratily na jednom z oddělení. Jedenáct dotazníků jsem z výzkumu vyloučila, protože nebyly vyplněny kompletně a některé odpovědi si navzájem odporovali. Finální počet dotazníků ke zpracování výsledků činí 137 respondentů. Výsledky výzkumu jsem zaznamenala do tabulek a grafů. Tyto údaje jsem doplnila komentářem. K statistickému vyhodnocení dat jsem použila *n – absolutní četnost, % relativní četnost*.

Při zpracování výzkumu této diplomové práce budou využity poznatky ze studia odborné literatury.

Z výzkumných metod bude použito:

- dotazník
- analýza
- logické a deduktivní vyvození závěrů

#### **4.4 Vymezení respondentů**

Cílovou populací výzkumného šetření jsou zdravotní sestry pracující v nemocnicích. Celkem se zúčastnilo 137 zdravotních sester. Staniční a vrchní sestry se průzkumu neúčastnily. Účast na výzkumu byla dobrovolná. Výběr respondentů byl dán ochotou sester ze zvolených oddělení účastnit se výzkumu.

Jednotlivé zdravotní sestry budou rozděleny dle délky praxe. K tomuto účelu poslouží otázka číslo 5.



## 4.5 Shrnutí

K provedení praktického zkoumání jsem zvolila kvantitativní výzkum. Jako výzkumný nástroj jsem zvolila dotazník. Dotazník se skládá ze dvou částí. První část - nestandardizovaná - je složena ze třinácti otázek. Obsahuje otázky otevřené, uzavřené a škálové. Druhá část zahrnuje standardizovaný dotazník BPQ jehož prostřednictvím lze zjistit míru vyhoření respondentů. Cílový soubor výzkumného šetření tvoří zdravotní sestry pracující v nemocnicích. Účast na výzkumném šetření byla dobrovolná. Celkem jsem rozdala 150 dotazníků. Navráceno bylo 148 dotazníků. Vyloučila jsem z důvodu omezené vypovídací schopnosti 11 dotazníků. Návratnost dotazníků k použití k výzkumu bylo 137 dotazníků, což je 91,3 % z celkového počtu vydaných dotazníků.

## 5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

### 5.1 Výsledky výzkumu a jeho interpretace

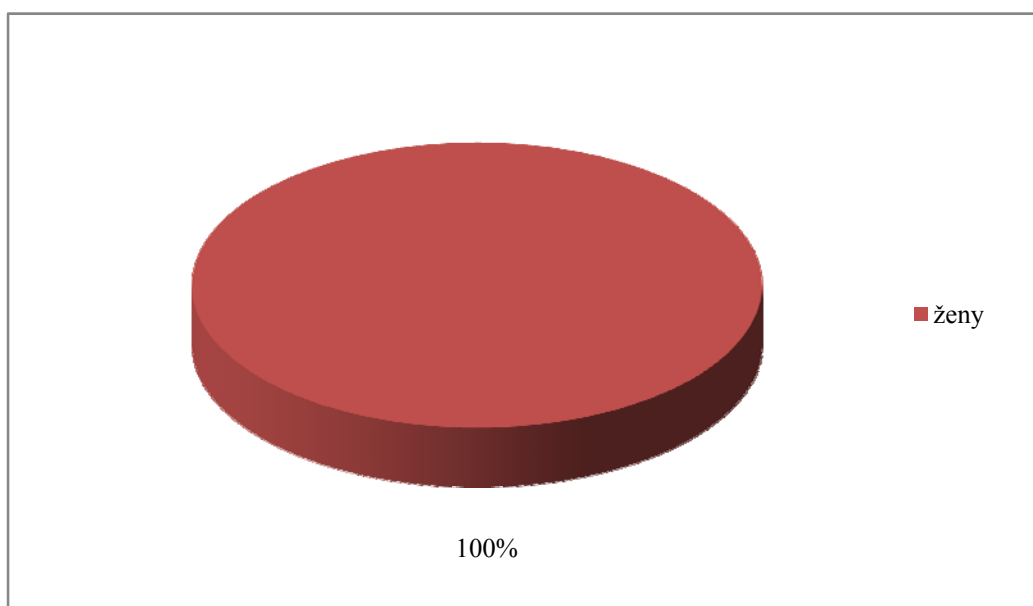
#### Dotazník - I. část

##### Otázka číslo 1 : Jaké je Vaše pohlaví?

Tabulka č. 1

	muži	ženy	Celkem
n	0	137	137
%	0	100	100

Graf č. 1 - Pohlaví respondentů



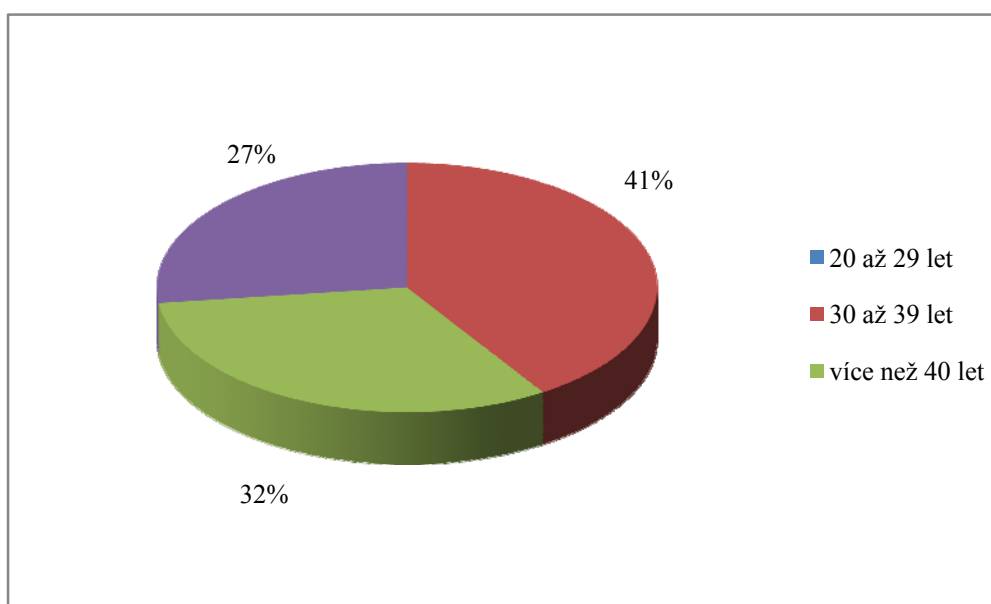
Z výše uvedené tabulky i grafu je zřejmé, že všichni respondenti jsou ženy, což odpovídá všeobecnému stavu v profesi zdravotní sestry.

## Otázka číslo 2 : Kolik Vám je let?

Tabulka č. 2

	do 20 let	20 až 29 let	30 až 39 let	více než 40 let	Celkem
n	0	56	44	37	137
%	0	41	32	27	100

Graf č. 2 - Věk respondentů (relativní četnost)



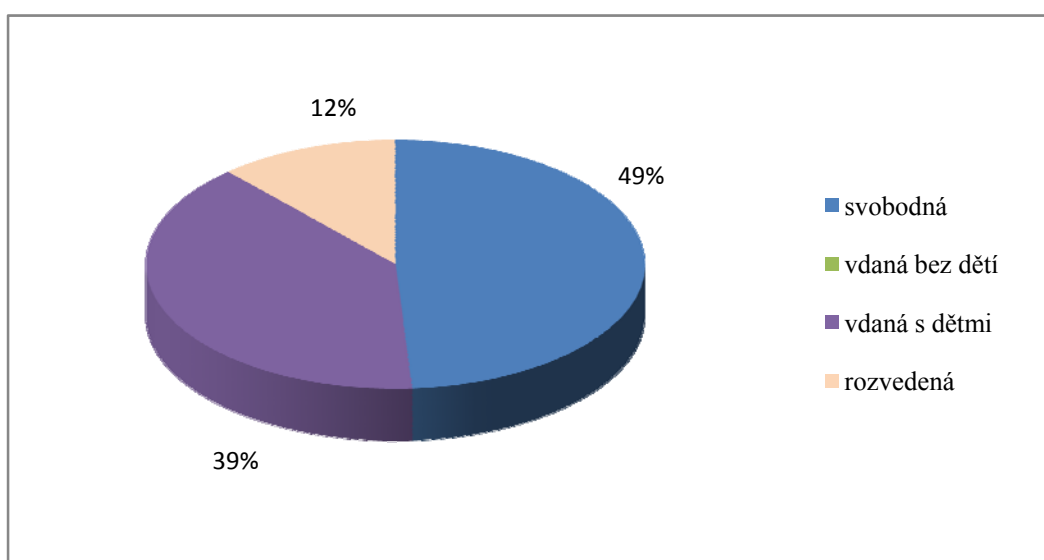
Nejpočetnější věková kategorie z celkového počtu 137 respondentek, je v rozmezí 20 - 29 let, což je 56 zdravotních sester (41 %). Druhou nejpočetnější věkovou kategorií jsou respondentky 30 - 39 let, což je 44 zdravotních sester (32 %). Další zastoupenou věkovou kategorií jsou respondentky od 40 let a více, což je 37 sester (27 %). Věková kategorie méně než 20 let není zastoupena žádným z respondentů.

### Otázka číslo 3 : Jaký je Váš rodinný stav?

Tabulka č.3

	svobodná	svobodná s dětmi	vdaná bez dětí	vdaná s dětmi	rozvedená	vdova	Celkem
n	67	0	0	54	16	0	137
%	49	0	0	39	12	0	100

Graf č. 3 - Rodinný stav respondentů (relativní četnost)



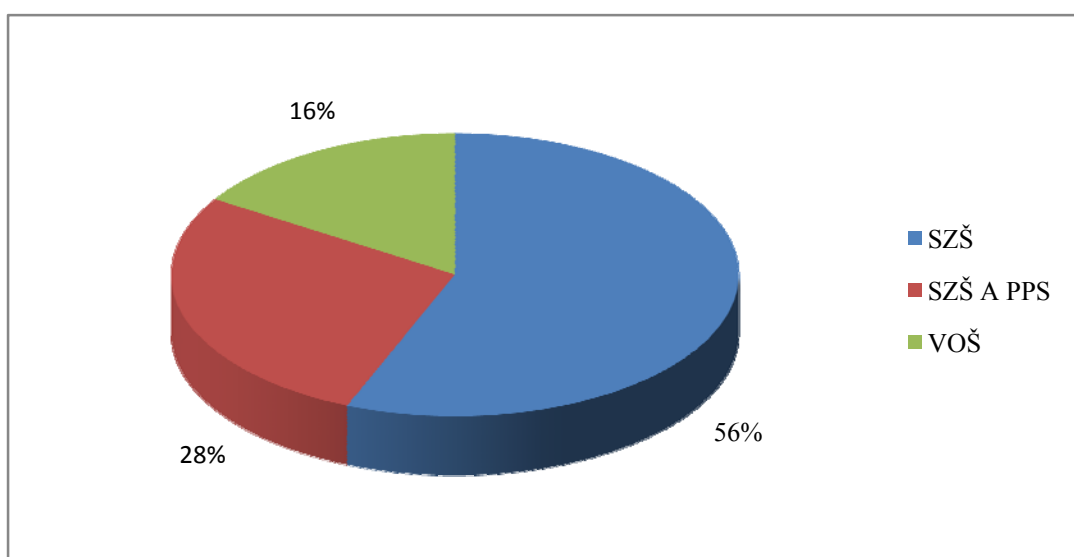
Z tabulky číslo 3 a grafu lze vyčíst, že 67 sester (49%) je svobodných, bezdětných. 54 sester (39 %) je vdaných a děti mají. 16 sester (12%) je rozvedených. Vdaných sester, které mají děti je 51 (57 %) a rozvedených sester s dětmi je 10 (11 %). Svobodné zdravotní sestry s dětmi a vdovy nejsou zastoupeny. Podpora rodinného života zaměstnavatelem je pro sestry pracující v nemocnici pravděpodobně nemožná. Reálný je pouze zkrácený pracovní úvazek. Zaměstnaným zdravotním sestrám - matkám, nelze přislíbit pružnou pracovní dobu nebo možnost výkonu práce doma, protože to charakter povolání neumožňuje. V individuálních a v konkrétních případech je možné vyjít sestrám vstříc (například sloužení pouze 8-mi hodinových směn, přeložení na ambulanci), záleží to však na nadřizovaných nebo vedení nemocnice. Tímto jsou významně limitovány možnosti získávání nových pracovnic. A některé zdravotní sestry se již po mateřské dovolené nevrátí zpět.

**Otázka č. 4 : Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

Tabulka č. 4

	SZŠ	SZŠ A PPS	VOŠ	VŠ	Celkem
n	77	38	22	0	137
%	56	28	16	0	100

Graf č. 4 - Vzdělání respondentů (relativní četnost)



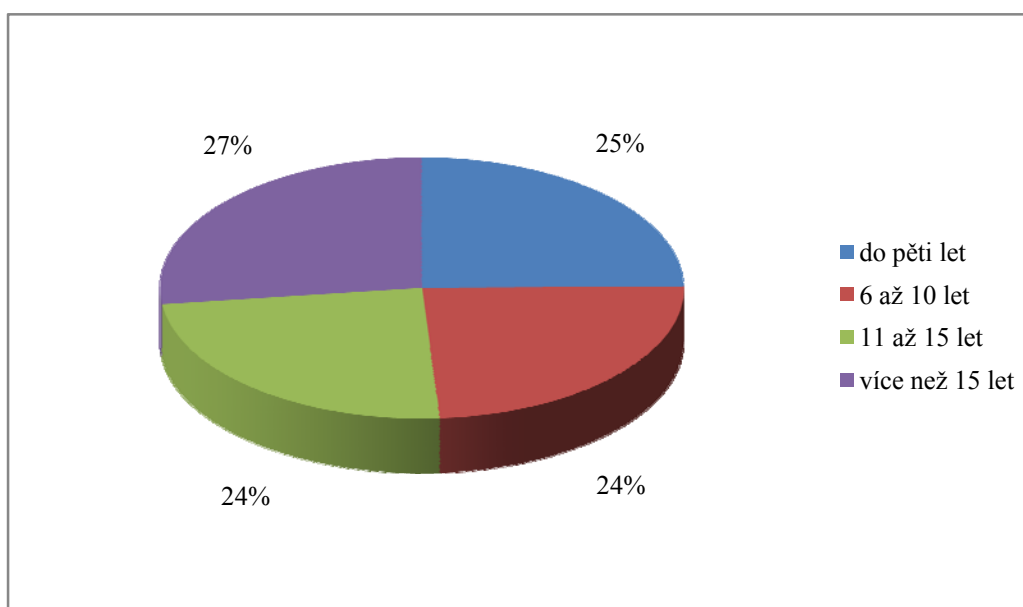
Z uvedené tabulky a grafu je patrné, že více než polovina sester (56 %) má vystudovány střední zdravotní školy (SZŠ). SZŠ a postgraduální studium uvádí 38 sester (t.j. 28 %) a VOŠ má vystudováno 22 sester (16 %). VŠ s titulem bakalář nebo magister neuváděly žádná ze zdravotních sester. Zvyšování kvalifikace dalším studiem ovlivňuje především možnost sladění pracovní doby s dobou studia. Zvyšování kvalifikace je pro výkon práce zdravotní sestry v současné době nutností, nejsou však vytvořeny podmínky, a to jak z hlediska pracovní doby, tak i z pohledu vynaložených nákladů. Další vzdělání mohou zdravotní sestry získávat v soukromém volnu a za vlastní finance.

### Otázka č. 5 : Jaká je délka Vaší praxe?

Tabulka č. 5

	do pěti let	6 až 10 let	11 až 15 let	více než 15 let	Celkem
n	34	33	33	37	137
%	25	24	24	27	100

Graf č. 5 - Délka praxe respondentů (relativní četnost)



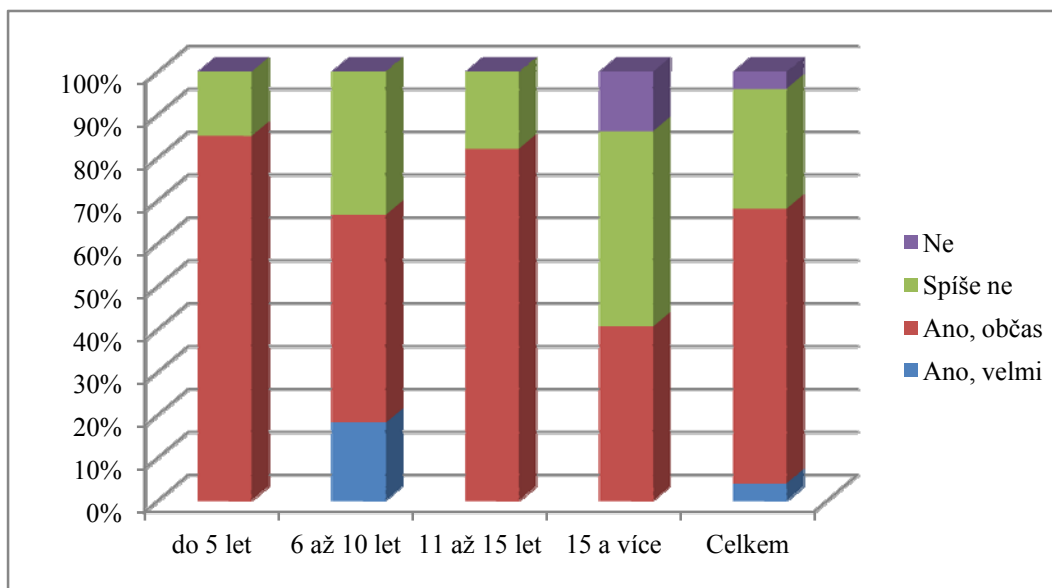
Jako základní rozdělení jednotlivých skupin dle délky praxe posloužila z dotazníku otázka č. 5. V kategorii do pěti let služebního poměru je 34 zdravotních sester (25 %). V kategorii od 6 do 10 let je 33 (24 %) respondentů, ve třetí kategorii od 11 do 15 let je 33 respondentů (24 %) a v kategorii nad 15 let praxe je 37 (27 %) respondentů. Jak již vyplývá z grafu a tabulky, všechny tyto kategorie jsou zastoupeny respondenty a počty jsou relativně vyrovnané.

### Otázka číslo 6 : Pociťujete uspokojení z Vaší práce?

Tabulka č. 6

Odpověď	do 5 let		6 až 10 let		11 až 15 let		15 a více		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ano, velmi	0	0	6	18	0	0	0	0	6	4
Ano, občas	29	85	16	48	27	82	15	41	87	64
Spíše ne	5	15	11	33	6	18	17	46	39	28
Ne	0	0	0	0	0	0	5	14	5	4
<b>Celkem</b>	<b>34</b>	<b>100</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>37</b>	<b>100</b>	<b>137</b>	<b>100</b>

Graf č. 6 - Uspokojení z práce (relativní četnost)



Na otázku, zda zdravotní sestry pociťují uspokojení ze své práce, odpovědělo celkem 64 % respondentů ano, občas. Dále 28 % respondentů uvádí, že je práce spíše neuspokojuje. A 4 % respondentů udávají, že je jejich práce uspokojuje velmi, ale další 4 % sester práce neuspokojuje vůbec. Přitom zajímavé je srovnání u respondentů v kategorii praxe do 5 let a praxe nad 15 let a výše. V kategorii do 5 let praxe je spokojenost z práce udávána až 85 % respondenty v této kategorii. V kategorii zdravotních sester s praxí více jak 15 let naopak převládá spíše neuspokojení z práce a to ve 46 %.

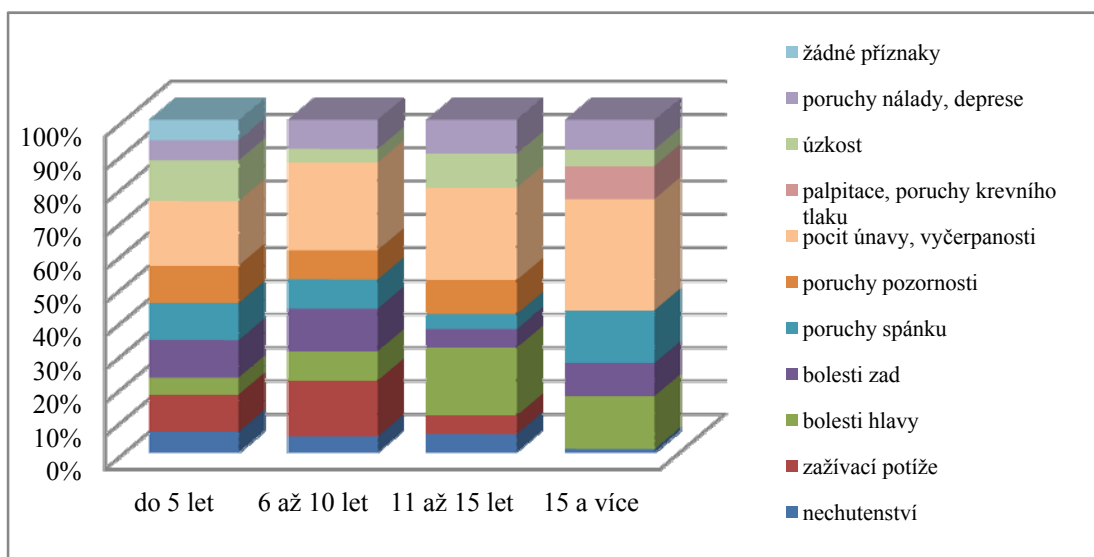
### Otázka číslo 7 : Pociťujete některé projevy stresu?

V této otázce respondenti uváděli více možností, proto celkový součet nedává 100 %.

Tabulka č. 7

Odpověď	do 5 let		6 až 10 let		11 až 15 let		15 a více		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
nechutenství	6	6	6	5	6	5	1	1	19	14
zažívací potíže	11	11	21	17	6	5	0	0	38	28
bolesti hlavy	5	5	11	9	22	20	16	16	54	39
bolesti zad	11	11	16	13	6	5	10	10	43	31
poruchy spánku	11	11	11	9	5	4	16	16	43	31
poruchy pozornosti	11	11	11	9	11	10	0	0	33	24
pocit únavy, vyčerpanosti	19	19	33	26	34	30	34	34	120	88
palpitace, poruchy krevního tlaku	0	0	0	0	0	0	10	10	10	7
úzkost	12	12	5	4	11	10	5	5	33	24
poruchy nálady, deprese	6	6	11	9	11	10	9	9	37	27
žádné příznaky	6	6	0	0	0	0	0	0	6	4
<b>Celkem</b>	<b>98</b>	<b>100</b>	<b>125</b>	<b>100</b>	<b>112</b>	<b>100</b>	<b>101</b>	<b>100</b>		

Graf č. 7 - Projevy stresu (relativní četnost)



Z výše uvedené tabulky vyplývá, že 88 % respondentů uvádí, že nejčastěji na sobě pociťují únavu a vyčerpanost. Nejčastěji na sobě zdravotní sestry pociťují následující projevy stresu: bolest hlavy (39 %), bolesti zad (31 %) a poruchy spánku (31 %). V kategorii respondentů s praxí do 5 let na sobě 6 % respondentů nepociťuje uvedené příznaky stresu vůbec. Zde je alarmující, že tento fakt nevedla žádná další sestra z ostatních třech kategorií. V kategorii zdravotních sester s praxí nad 15 let udávají zdravotní sestry pocit únavy a vyčerpanosti až v 32 %. Celkově však lze pozorovat vzrůstající tendenci pocitů únavy a vyčerpanosti se vzrůstající délkou praxe.



### Otázka číslo 8 : Co na Vás působí jako stresor?

Tabulka č. 8 - Stresové faktory (celkem)

Stresový faktor	žádný stres	malý stres	střední stres	velký stres	zdraví ohrožující stres
fyzická náročnost	22%	58%	16%	4%	0%
Psychická náročnost	9%	20%	44%	27%	0%
interpersonální vztahy	12%	36%	40%	8%	4%
platové ohodnocení	8%	15%	36%	20%	20%
pocit odpovědnosti za zdraví chování pacientů	12%	40%	39%	4%	4%
pracovní doba	36%	36%	24%	4%	0%
časová tíseň	16%	36%	34%	13%	0%
obava z vlastního onemocnění	24%	49%	23%	4%	0%
prestiž oboru	40%	31%	20%	8%	0%
množství práce	26%	43%	23%	4%	4%
naslouchání nemocným	45%	27%	28%	0%	0%
nemožnost pracovat dle svých představ	27%	52%	13%	4%	4%
nutnost dalšího vzdělávání	28%	27%	24%	17%	4%
hodnocení nadřízených	20%	35%	17%	20%	8%
dotazy pacientů	47%	31%	13%	9%	0%
neinformovanost pacientů	28%	32%	23%	17%	0%
způsob informování pacienta lékařem	20%	26%	30%	21%	4%
péče o těžce nemocné, umírající	17%	18%	24%	36%	4%
úmrtí pacienta	12%	16%	23%	40%	9%
možnost ztráty zaměstnání	9%	23%	27%	20%	20%

Tabulka č. 8 vyjadřuje velikost, vliv stresového faktor na všech 137 respondentů. Je zřejmé, že některé stresové faktory mají na respondenty nižší až střední vliv. Jde o fyzickou náročnost práce (74 %), interpersonální vztahy (76 %), pocit odpovědnosti za zdraví (79 %), chování pacientů (72 %), pracovní doba (60 %), časová tíseň (70 %), obava z vlastního onemocnění (72 %), prestiž oboru (51 %), množství práce (66 %), naslouchání nemocným (55 %), nemožnost pracovat dle svých představ (65 %), neinformovanost pacientů (55 %). Výše uvedené faktory mají malý až střední vliv na uvedený soubor respondentů. Zajímavým zjištěním vyplivajícím z tabulky je, že za žádný stres, tedy faktory, které nezpůsobují žádnou zátěž, označily zdravotní sestry: naslouchání nemocným (45 %) a dotazy pacientů (47 %).

Tabulka č. 8.1 - Porovnání

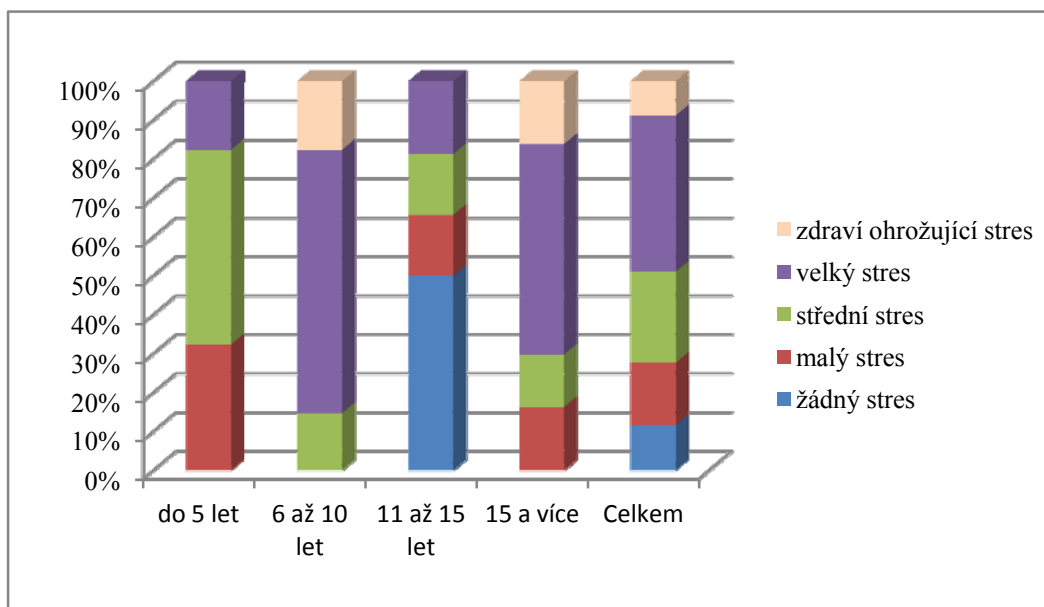
Stresový faktor	malý až střední vliv	velký až zdraví ohrožující vliv
	%	%
psychická náročnost	64	27
platové ohodnocení	51	41
nutnost dalšího vzdělávání	51	21
hodnocení nadřízených	35	28
způsob informování pacienta lékařem	56	24
péče o těžce nemocné	43	40
úmrtí pacienta	39	48
možnost ztráty zaměstnání	50	41

V tabulce č. 8.1 jsou uvedeny faktory působící na respondenty velkým až zdravím ohrožujícím vlivem a to i v procentním porovnání s nižším až středním vlivem. Nejvýznamnější jsou platové ohodnocení, péče o těžce nemocné, úmrtí pacienta a možnost ztráty zaměstnání, které přesahují 40 %.

Tabulka č. 8.2 - Úmrtí pacienta (rozdělení dle kategorií)

Odpověď	do 5 let		6 až 10 let		11 až 15 let		15 a více		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
žádný stres	0	0	0	0	16	50	0	0	16	12
malý stres	11	32	0	0	5	16	6	16	22	16
střední stres	17	50	5	15	5	16	5	14	32	23
velký stres	6	18	23	68	6	19	20	54	55	40
zdraví ohrožující stres	0	0	6	18	0	0	6	16	12	9
<b>Celkem</b>	<b>34</b>	<b>100</b>	<b>34</b>	<b>100</b>	<b>32</b>	<b>100</b>	<b>37</b>	<b>100</b>	<b>137</b>	<b>100</b>

Graf č. 8.2- Úmrtí pacienta (relativní četnost)



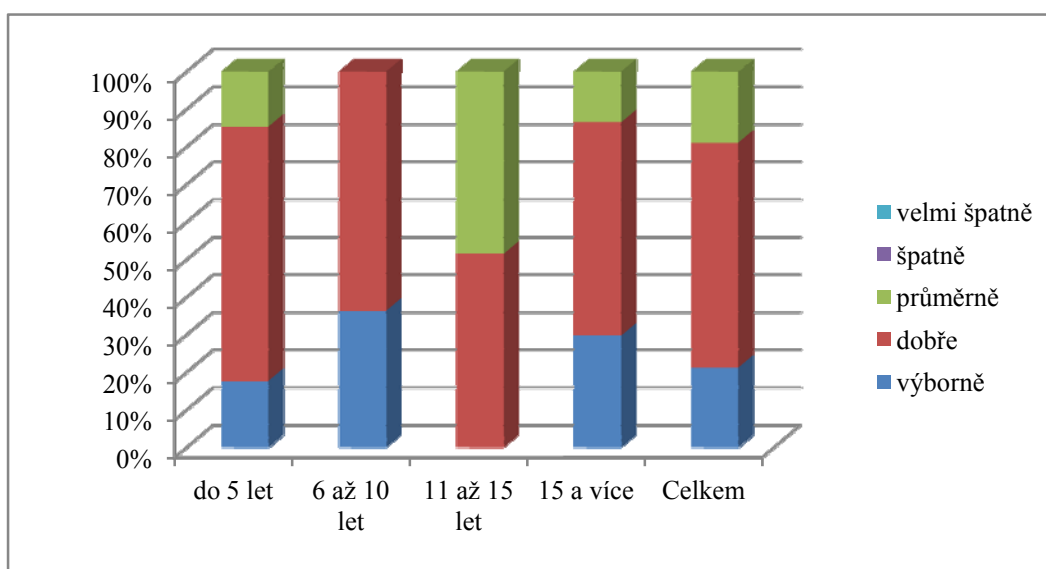
Tabulka č. 8.2 i graf 8.2 zobrazují stresový faktor – úmrtí pacienta. Odpovědi jsou rozdělené dle délky praxe jednotlivých zdravotních sester. Z výsledků je zřejmé, že úmrtí pacienta hodnotí 49 % zdravotních sester za velký až zdravý ohrožující stres. V kategorii 6 až 10 let pociťuje úmrtí pacienta až 86 % zdravotních sester jako velký až zdravý ohrožující stres. Zajímavé je, že se zde neprokázala žádná úměra mezi délkou praxe a stresovým zatížením z úmrtí pacienta. Zatímco v kategorii sester s délkou praxe do 5 let, 6 až 10 let a více než 15 let byl tento faktor hodnocen jako velký až zdravý ohrožující stres, v kategorii sester s praxí 11 až 15 let nepovažuje až 50 % sester tuto událost za stresový faktor.

### Otázka číslo 9 : Jak se cítíte v kolektivu na vašem pracovišti?

Tabulka č. 9

Odpověď	do 5 let		6 až 10 let		11 až 15 let		15 a více		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
výborně	6	18	12	36	0	0	11	30	29	21
dobře	23	68	21	64	17	52	21	57	82	60
průměrně	5	15	0	0	16	48	5	14	26	19
špatně	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
velmi špatně	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Celkem</b>	<b>34</b>	<b>100</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>37</b>	<b>100</b>	<b>137</b>	<b>100</b>

Graf č. 9 - Kolektiv (relativní četnost)



Z výše uvedeného grafu vyplývá, že celkem 60 % sester se ve svém kolektivu na pracovišti cítí dobře. Nejlépe se na pracovišti cítí sestry s praxí od 6 do 10 let, 36 % z nich se cítí v kolektivu výborně, naopak 48 % sester s praxí 11 až 15 let se cítí na pracovišti průměrně. Pozoruhodné je u tohoto vzorku respondentů to, že v intervalu 11 až 15 let se nevyskytuje zdravotní sestra, která by se cítila na pracovišti výborně. Vliv délky praxe na spokojenost v pracovním kolektivu sester nevykazuje přímou úměru.

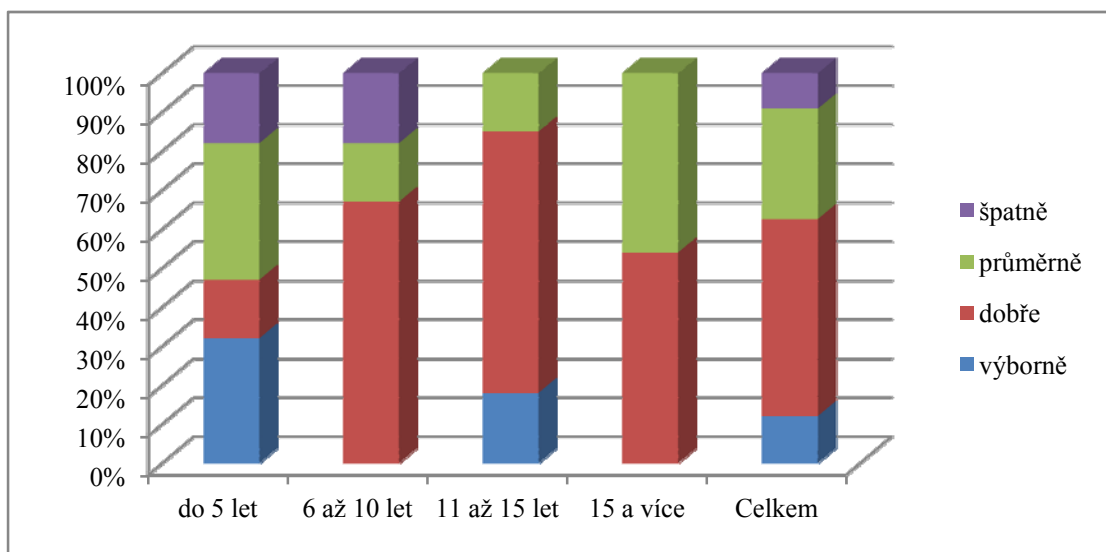
**Otázka číslo 10 : Jak hodnotíte interpersonální vztahy na pracovišti?**

***Ve vztahu sestra – sestra***

Tabulka č. 10

Odpověď	do 5 let		6 až 10 let		11 až 15 let		15 a více		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
výborně	11	32	0	0	6	18	0	0	17	12
dobře	5	15	22	67	22	67	20	54	69	50
průměrně	12	35	5	15	5	15	17	46	39	28
špatně	6	18	6	18	0	0	0	0	12	9
velmi špatně	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Celkem</b>	<b>34</b>	<b>100</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>37</b>	<b>100</b>	<b>137</b>	<b>100</b>

Graf č. 10 - Vztah sestra - sestra (relativní četnost)



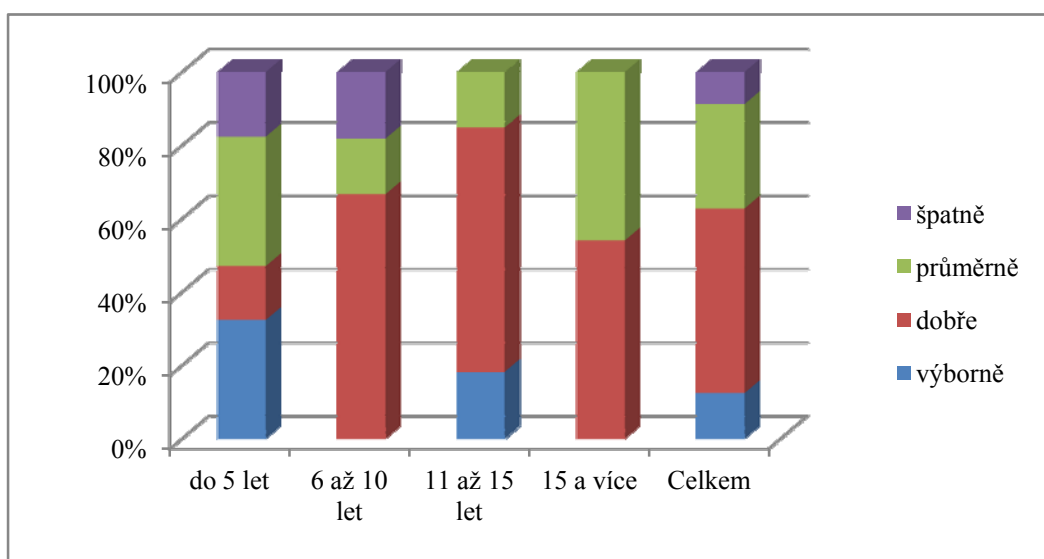
Celkově hodnotí zdravotní sestry vztahy na pracovišti mezi sestrami jako dobré v 60 %. 17 % sester tyto vztahy hodnotí jako výborné a 23 % jako průměrné. Žádná ze sester neoznačila vztahy na pracovišti jako špatné či velmi špatné.

## Ve vztahu sestra – lékař

Tabulka č. 10.1

Odpověď	do 5 let		6 až 10 let		11 až 15 let		15 a více		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
výborně	11	32	0	0	6	18	0	0	17	12
dobře	5	15	22	67	22	67	20	54	69	50
průměrně	12	35	5	15	5	15	17	46	39	28
špatně	6	18	6	18	0	0	0	0	12	9
velmi špatně	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Celkem</b>	<b>34</b>	<b>100</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>37</b>	<b>100</b>	<b>137</b>	<b>100</b>

Graf č. 10.1 - Vztah sestra - lékař (relativní četnost)



Interpersonální vztahy s lékaři na pracovišti hodnotí polovina sester jako dobré. 12 % sester tyto vztahy označilo za výborné a 28 % sester za průměrné. 9 % sester hodnotí vztahy s lékaři za špatné, jedná se výhradně o sestry s praxí do 10 let.

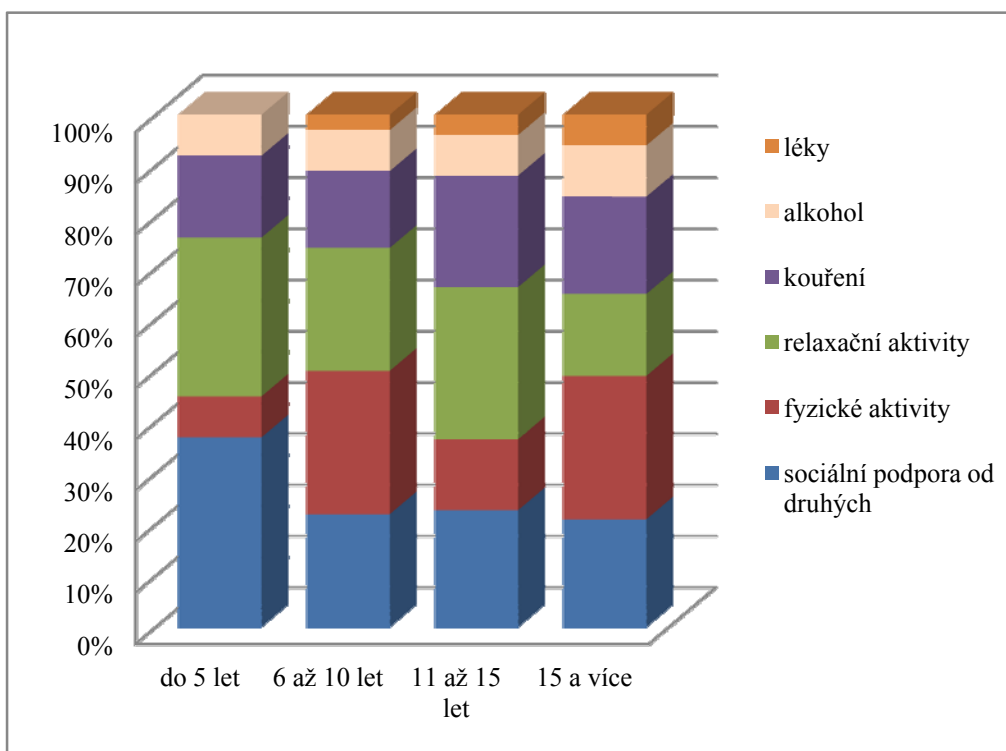
**Otázka číslo 11 : Využíváte některý z těchto způsobů ke zmírnění stresu?**

V této otázce respondenti uváděli více možností, proto celkový součet nedává 100 %.

Tabulka č. 11

Odpověď	do 5 let		6 až 10 let		11 až 15 let		15 a více		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
sociální podpora od druhých	28	37	21	22	17	23	21	21	87	64
fyzické aktivity	6	8	27	28	10	14	27	28	70	51
relaxační aktivity	23	31	23	24	22	30	16	16	84	61
kouření	12	16	15	15	16	22	19	19	62	45
alkohol	6	8	8	8	6	8	10	10	30	22
léky	0	0	3	3	3	4	6	6	12	9
jiné návykové látky	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
nic	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Celkem</b>	<b>75</b>	<b>100</b>	<b>97</b>	<b>100</b>	<b>74</b>	<b>100</b>	<b>98</b>	<b>100</b>		

Graf č. 11 - způsoby zmírnění stresu (relativní četnost)



Z výše uvedené tabulky vyplývá, že podstatná část zdravotních sester aktivním způsobem eliminuje případné působení stresu a to jak fyzickou aktivitou, tak i relaxační činností. Rovněž kladně se projevuje vliv rodiny a blízkého okolí, tedy

sociální opory. Toto pozitivní zjištění je na straně druhé snižováno užíváním alkoholu u 22 % respondentek, kouření cigaret u 45 % respondentek a užíváním léků u 9 % respondentek. Z těchto negativních způsobů zmírnění stresu označilo některý až 61 respondentek tedy 45 %. V kategorii zdravotních sester s praxí do 5 let užívá negativní způsoby zvládnání stresu 24 %, s délkou 6 až 10 let 26 %, s délkou praxe 11 až 15 let 34 % a 35 % zdravotních sester s praxí více jak 15 let.

Zarážející je zejména to, že se jedná o zdravotní personál, který je znalý negativního vlivu těchto látek na zdraví člověka a z podstaty své profese má na své okolí působit spíše pozitivně v budování vztahu člověka ke svému zdraví.

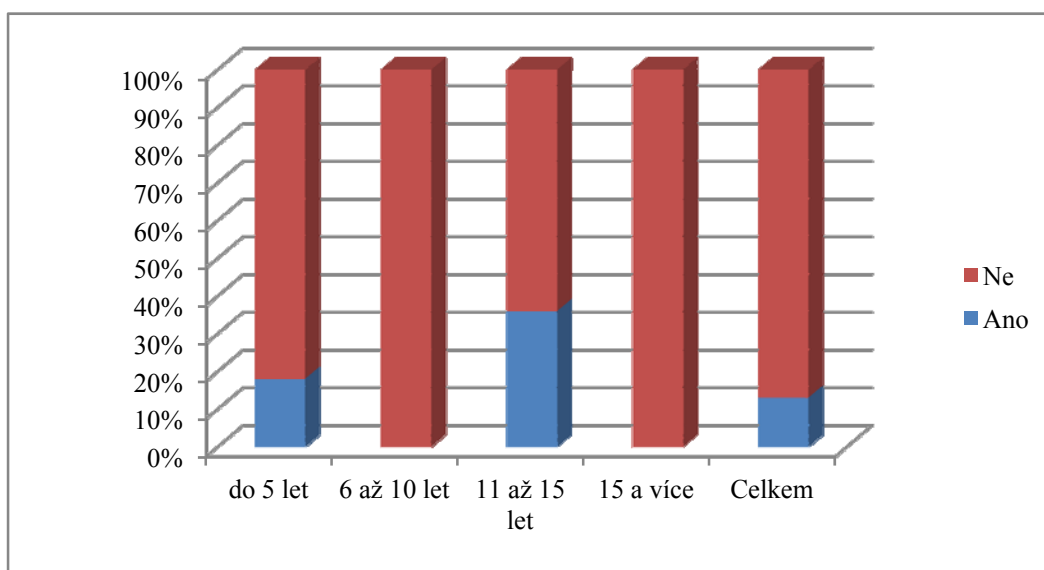


**Otázka číslo 12 : Uvažujete o odchodu ze zaměstnání z důvodu celkové náročnosti povolání zdravotní sestry?**

Tabulka č. 12

Odpověď	do 5 let		6 až 10 let		11 až 15 let		15 a více		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ano	6	18	0	0	12	36	0	0	18	13
Ne	28	82	33	100	21	64	37	100	119	87
<b>Celkem</b>	<b>34</b>	<b>100</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>37</b>	<b>100</b>	<b>137</b>	<b>100</b>

Graf č. 12 - plánovaný odchod ze zaměstnání (relativní četnost)



I přes všechny negativní vlivy působící na zdravotní sestry v zaměstnání se flukuační tendence projevují významně u kategorie od 11 do 15 let a to u 36 % těchto zaměstnanců. Oproti tomu v kategorii zdravotních sester s délkou praxe od 6 do 10 let se o odchodu sester z důvodu náročnosti povolání neuvažuje.

**Otázka č. 13 : Vaše náměty jak zlepšit zvládnání zátěžových situací nebo pracovní spokojenosti.**

Tato otázka byla otevřená, tedy její zodpovězení záviselo pouze na vůli respondentů.

Mezi nejčastější náměty patřily:

- △ pochvala od nadřízeného (slovní),
- △ pochvala od pacientů a příbuzných,
- △ více personálu,
- △ méně přesčasové práce,
- △ stmelování kolektivu a skutečný zájem o pracovníky, ze strany nadřízených - aktivní dialog,
- △ zlepšení pracovního prostředí, nové pomůcky a přístroje, které usnadní manipulaci s imobilními pacienty,
- △ relaxační aktivity placené zaměstnavatelem,
- △ poskytnutí psychologické péče pro zaměstnance,
- △ méně administrativní práce a více se zaměřit na mezilidské vztahy,
- △ v případě navýšení práce, navýšení i pracovní kompetence.

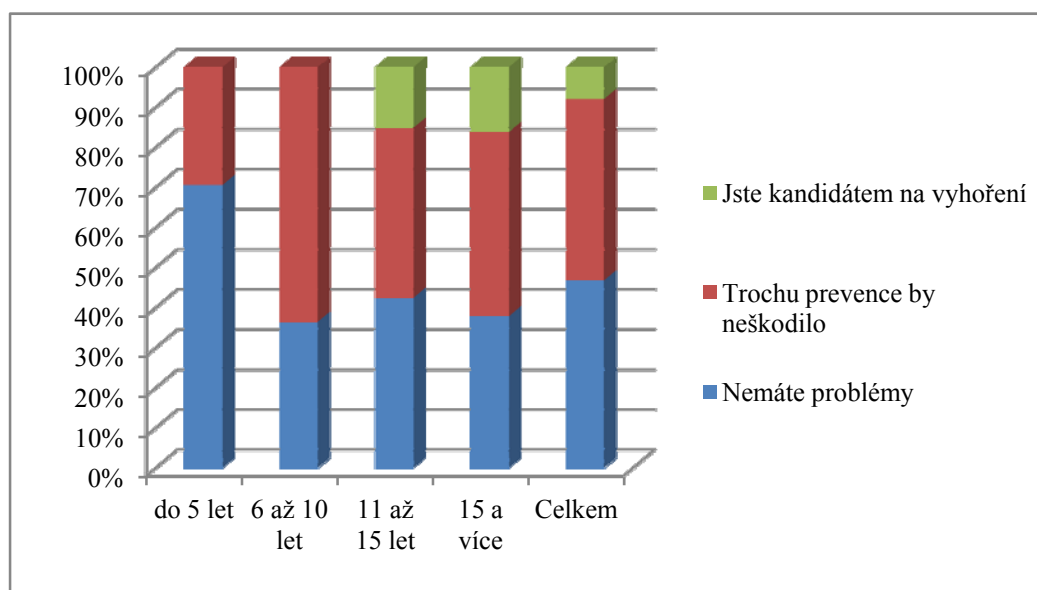
## Dotazník BPQ, vyhodnocení – II. část

Standardizovaný dotazník syndromu vyhoření byl vyhodnocen dle přílohy č. 2.

Tabulka č. 13

Odpověď	do 5 let		6 až 10 let		11 až 15 let		15 a více		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nemáte problémy	24	71	12	36	14	42	14	38	64	47
Trochu prevence by neškodilo	10	29	21	64	14	42	17	46	62	45
Jste kandidátem na vyhoření	0	0	0	0	5	15	6	16	11	8
Jste vyhořelý/á	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Celkem</b>	<b>34</b>	<b>100</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>37</b>	<b>100</b>	<b>137</b>	<b>100</b>

Graf č. 13 - Dotazník BPQ (relativní četnost)



Z výše uvedené tabulky i grafu č.13 lze vyvodit, že celkem 8 % sester má blízko k syndromu vyhoření. Zajímavé je, že všechny tyto sestry mají odpracováno více než 11 let. Oproti předchozímu výsledku 71 % zdravotních sester s praxí do 5 let nemá žádné problémy v této oblasti. Celkově lze z výsledků vyvodit, že se zvyšující se délkou praxe zdravotní sestry se zvyšuje i riziko syndromu vyhoření.

## 5.2 Shrnutí a verifikace hypotéz

Mým záměrem bylo zjistit, zda na sobě zdravotní sestry pociťují příznaky stresu a které ze stresových faktorů jsou nejčastěji uváděny jako velké až zdraví ohrožující stresory. Dále jak na sestry působí mezilidské vztahy na pracovišti a zda jsou ohroženy syndromem vyhoření.

Pro získání relevantních výsledků a následné vyhodnocení hypotéz jsem zvolila metodu dotazníkového šetření.

K vyhodnocení subjektivně pociťovaným příznaků stresu u zdravotních sester a stresových faktorů, které zdravotní sestry hodnotí jako velké až zdraví ohrožující stresory, byly použity následující otázky z dotazníku *"Pociťujete některé projevy stresu?", "Co na Vás působí jako stresor?", "Uvažujete o odchodu ze zaměstnání, z důvodu náročnosti povolání zdravotní sestry?", "Uveďte Vaše náměty, jak zlepšit zvládání zátěžových situací nebo pracovní spokojenost."*

Když jsem vyhodnotila výše uvedené otázky, z vyhodnocených odpovědí vyplynulo, že 88 % na sobě pociťuje únavu a vyčerpanost. Dále zdravotní sestry pociťují následující projevy stresu: bolest hlavy (54 %), bolesti zad (43 %) a poruchy spánku (43 %). 6 % zdravotních sester s praxí do 5 let uvedlo, že na sobě nepociťuje žádné příznaky stresu. To lze vysvětlit tím, že tuto kategorii tvoří i sestry po nástupní praxi a sestry absolventky, které jsou plně ideálů a práce je uspokojuje. Tomuto také odpovídají výsledky otázky číslo 6, ve které až 85 % sester s praxí do 5 let uvádí, že je jejich práce spíše uspokojuje.

**(H 1): „Čím delší praxe, tím vyšší míra pociťované únavy a vyčerpanosti.“ – hypotéza platí.** Z výsledků byla zaznamenána zvyšující se tendence pociťované únavy a vyčerpanosti s nárůstem délky praxe zdravotních sester a to následovně: zdravotní sestry s praxí do 5 let pociťují únavu a vyčerpanost v 19 %, s délkou praxe v rozmezí 6 až 10 let v 26 %, s délkou praxe 11 až 15 let v 30 % a zdravotní sestry s praxí delší než 15 let pociťují únavu a vyčerpanost v 34 %.

Jako velký stres až zdravý ohrožující stres uvádí úmrtí pacienta 49 % zdravotních sester. Mezi další stresové faktory, které sestry označili za velký a zdraví ohrožující stres patří: platové ohodnocení, péče o těžce nemocné a umírající pacienty a možnost ztráty zaměstnání. Zajímavým zjištěním bylo, že za žádný stres, tedy faktory, které nezpůsobují žádnou zátěž, označila až polovina zdravotních sester: naslouchání nemocným a dotazy pacientů.

**(H 2): „Čím delší praxe, tím menší míra stresu při úmrtí pacienta.“ – hypotéza neplatí.**

Z výsledků je zřejmé, že úmrtí pacienta hodnotí 49 % zdravotních sester za velký až zdravý ohrožující stres. V kategorii 6 až 10 let pociťuje úmrtí pacienta až 86 % zdravotních sester jako velký až zdravý ohrožující stres. Neprokázala se zde žádná úměra mezi délkou praxe a stresovým zatížením z úmrtí pacienta. Zatímco v kategorii sester s délkou praxe do 5 let, 6 až 10 let a více než 15 let byl tento faktor hodnocen jako velký až zdravý ohrožující stres, v kategorii sester s praxí 11 až 15 let nepovažuje úmrtí pacienta až polovina zdravotních sester za stresový faktor. Domnívám se, že tento výsledek může být ovlivněno tím, že tato věková kategorie spadá do období tzv. střední dospělosti, kdy hlavně pro ženy je prioritou rodinný život. V tomto období často dochází buď k upevnění, nebo rozpadu manželství. Vychovávají se děti mladšího školního věku či pubescenti a zdravotní sestra (manželka, matka) je zatížena více problematikou jejího soukromého života.

K vyhodnocení subjektivně pociťované zátěže vzhledem k interpersonálním vztahům na pracovišti posloužili otázky "*Jak se cítíte v kolektivu na Vašem pracovišti?*" a "*Jak byste zhodnotila Vaše interpersonální vztahy na pracovišti?*".

Převážná většina sester (60 %) hodnotila vztahy na pracovišti jako dobré. Vztahy mezi sestrami navzájem označila více než polovina sester také za dobré, což je potěšující. Domnívám se, že pro zdravotní sestru je důležité, vzhledem k náročnosti této profese, udržovat si dobré pracovní vztahy v kolektivu. Některé sestry dokonce přiznávají: "*Jsme tu dobrý kolektiv, kdyby ne, už dávno bych z této práce odešla.*" Vztahy s lékaři hodnotí jako dobré pouze polovina zdravotních sester a 9 % sester hodnotí vztahy s lékaři za špatné, jedná se výhradně o sestry s praxí do 10 let. Myslím si, že někteří lékaři zastávají mínění, že by ošetřovatelství nemělo zasahovat do lékařské oblasti. Zdravotní sestry proto mohou být nespokojeny s malou úctou ze strany lékařů k ošetřovatelství. A to i v dnešní době, kdy již sestry studují vysoké školy. Některí lékaři

tak vnímají i kvalifikovanou sestru jako odborně podřízenou pracovníci, která má plně respektovat jejich ordinace a nařízení, ne tedy jako člena týmu, který se s ním může na uzdravování pacienta podílet aktivní spoluprací.

***(H 3): „Čím delší praxe, tím lépe se cítí zdravotní sestra ve svém kolektivu.“ – hypotéza neplatí.***

Vliv délky praxe na spokojenost v pracovním kolektivu sester nevykazuje přímou úměru.

Otázka "Využíváte některý z těchto způsobů ke zmírnění stresu?" sloužila ke zjištění užívaných způsobů, které zdravotní sestry uplatňují ke zmírnění dopadů stresu. Celkem 62 zdravotních sester, tedy 45 % uvedlo za způsob, který uplatňují k zmírnění dopadu stresu kouření cigaret. Dále 22 % respondentů uvedlo užívání alkoholu a 9 % respondentů užívá ke zmírnění dopadu stresu léky. Potěšující však je fakt, že mezi nejvíce užívané způsoby mírnění stresu patří: sociální opora 64 %, relaxační aktivity 61 % a fyzické cvičení (sport) 51 %.

***(H 4): „Čím delší praxe, tím vyšší míra užívání negativních způsobů zmírnění stresu.“ – hypotéza platí.***

Z negativních způsobů zmírnění stresu označilo některý až 62 respondentek tedy 45 %. V kategorii zdravotních sester s praxí do 5 let užívá negativní způsoby zvládání stresu 24 %, s délkou 6 až 10 let 26 %, s délkou praxe 11 až 15 let 34 % a 35 % zdravotních sester s praxí více jak 15 let. Z výsledků byla zjištěna zvyšující se tendence zdravotních sester v užívání negativních způsobů zmírnění stresu s narůstající délkou praxe.

K vyhodnocení příznaků syndromu vyhoření sloužila druhá část dotazníku, standardizovaný dotazník BPQ. 47 % zdravotních sester nemá žádné problémy, avšak 45 % sester je ohroženo syndromem vyhoření a 8 % zdravotních sester vykazuje příznaky syndromu vyhoření.

***(H5): „ Čím delší praxe, tím vyšší výskyt příznaků syndromu vyhoření“. – hypotéza platí***

Z výsledků lze jasně vyvodit, že se zvyšující se délkou praxe zdravotní sestry se zvyšuje i riziko vzniku a rozvoje syndromu vyhoření.

### 5.3 Návrhy a opatření, využití poznatků z oboru sociální pedagogiky

S využitím poznatků z oblasti sociální pedagogiky, která se zaměřuje na celou společnost, nejen na skupiny postižené nebo znevýhodněné, jsem se snažila navrhnout určitá opatření v oblasti problematiky stresu a syndromu vyhoření na úrovni prevence, výchovy a vzdělávání dále v oblasti personálního managementu a interpersonálních vztahů v profesi zdravotní sestry. Zkvalitnění těchto oblastí může vést ke zlepšení, které by vedlo k vstřícnějším mezilidským vztahům nejen na pracovišti sester, ale také v jejich soukromém životě a následném snížení sociálně patologických jevů v celé společnosti.

Základem je *prevence na úrovni jednotlivce*. Zdravotní sestra by měla efektivně pečovat o sebe a své zdraví, což zahrnuje dostatek odpočinku, dostatek pohybu, dostatek času věnovaného svým blízkým, přátelům a koníčkům. Mít sociální oporu, která je v případě těžkostí a životních krizí ochotna naslouchat a sdílet emoce, která umí podpořit a poskytnout pomoc v řešení krizových situací. Je prokázáno, že podpůrná sociální síť, významně pomáhá v prevenci stresu a syndromu vyhoření.

Velký význam vidím v *oblasti výchovy a výcviku zdravotníků*. Zdravotníci, tedy také zdravotní sestry, by se měli seznámit s problematikou prevence stresu a syndromu vyhoření. Nyní je většina zdravotních sester povinna se vzdělávat sama ve svém volném času a za své finance. V praxi to často vypadá tak, že sestra si většinou vyhledává školení, která pokud možno zabere co nejméně času a její motivací je získat příslušné body namísto nových poznatků a vědomostí. Domnívám se, že tímto způsobem většina podobných aktivit ztrácí efektivitu a buduje ve zdravotní sestře spíše negativní vztah k dalšímu vzdělávání. Myslím si, že by bylo vhodné zařadit specifický výcvik zaměřený na zvládání stresu a prevenci syndromu vyhoření. V rámci tohoto výcviku, by se zdravotníci dozvěděli nejen základy této problematiky, ale také by se naučili rozpoznávat příznaky začínajícího stresového stavu a psychického vyčerpání, nejen u sebe, ale i u svých kolegů. Seznámili by se s tím, jak lze těmto stavům předcházet - například využíváním relaxačních metod, které umožňují rychlé snížení stresu a dlouhodobé zvládání dopadů stresových situací. Nejen pouze znát, význam slova „relaxace“, ale účinně ovládat různé relaxační techniky. Dále by byli obeznámeni s možnostmi, které jejich organizace nabízí k zlepšování pracovních podmínek s ohledem na prevenci stresu a syndromu vyhoření.

Prevenčí proti stresu a syndromu vyhoření je i vytváření takového prostředí, které umožňuje další učení, vznik tzv. „učící se organizace“. Tedy vytvoření určité organizační kultury organizace, která k ní směřuje. Zde pak převládá otevřený a pozitivní postoj k celoživotnímu učení a vzdělávání. Organizace pak je schopná měnit své plány a cíle při změně okolností a zaměstnanci si pak mohou poskytovat vzájemnou zpětnou vazbu a případné selhání je zde bráno jako příležitost k dalšímu rozvoji a vzdělávání.

Dostatečná pozornost v *oblasti personálního managementu* by měla být směřována k podpoře zdraví a k péči o celkovou spokojenost zdravotních sester. Jak již bylo zmíněno v teoretické části, existují aktivity, které pomáhají eliminovat následky stresu a předcházet vzniku syndromu vyhoření a pomáhají zdravotníkům regenerovat své síly. Pokud jsou tyto činnosti prováděny pravidelně dochází k omezení vzniku zdravotních problémů. Kladně hodnotím to, že některé nemocnice nabízejí svým zaměstnancům poukázky na tyto činnosti, kam patří různé sportovní a relaxační aktivity. Bonet a Arand provedli v USA studii, které se zúčastnilo celkem 146 sester. Sestry, které si před noční službou zdřímly, (přibližně 20 minut), měly mnohem menší tendenci stěžovat si na únavu a vyčerpání. V Japonsku měla tato a další studie v této oblasti za následek zavedení možnosti zdřímnutí v průběhu pracovní doby. Pracovní výkon zaměstnanců, kteří této možnosti využili se v průběhu služby podstatně zvýšil. (Škrla, 2005)

Toto opatření by mohlo stát také za zvážení v některých zdravotnických zařízeních.

Vedoucí pracovníci, hlavně vrchní sestry a staniční sestry, by měli dávat svým podřízeným dostatečnou zpětnou vazbu, umět projevit uznání za dobře vykonanou práci a to nejen penězi, ale i slovním hodnocením. Také by měli umožnit dostatečný prostor pro aktivní diskuzi celého zdravotnického týmu daného oddělení, například formou pravidelných porad nebo schůzí. Prostřednictvím těchto porad mohou vystoupit na povrch problémy, které zdravotníci mají v práci, a které by jinak zůstaly skryty. Tímto způsobem se dá účinně předcházet některým stresovým situacím.

Nadřízení pracovníci by také měli absolvovat speciální výcvik komunikačních dovedností a vedení lidí. Získané znalosti jim mohou pomoci v zlepšení interpersonálních vztahů a předcházení konfliktů v celém týmu. Lze také zvážit zavedení teambuildingových aktivit pro celý zdravotnický tým včetně lékařů daného oddělení. Tyto aktivity mohou přispět ke zlepšení vztahů mezi zdravotníky navzájem a k následnému snížení interpersonálních konfliktů na pracovišti. Vedoucí pracovníci



by také měli podporovat další vzdělávání u svých podřízených. Z důvodu značné feminizace povolání zdravotní sestry by stálo za zmínku zvážit zavedení školky v rámci dané organizace, což by přispělo nejen k podpoře rodinného života zaměstnanců, ale i k jejich celkové spokojenosti a budování loajality. V neposlední řadě, by bylo vhodné zvážit pro zdravotníky volně dostupnou službu psychologické péče. Poskytnutí služeb psychologa, který jim může pomoci porozumět pocitům a také najít možnosti vhodného řešení zátěžové situace (úmrtí pacienty, neadekvátní chování pacienta, napadení pacientem).

## ZÁVĚR

Diplomová práce na téma „Stresové faktory v práci zdravotní sestry“ se zabývá problematikou stresu a syndromu vyhoření v profesi zdravotní sestry. Cílem práce bylo zjistit, zda na sobě zdravotní sestry pocítují příznaky stresu a které ze stresových faktorů jsou nejčastěji uváděny jako velké až zdraví ohrožující stresory. Dále také jak na sestry působí mezilidské vztahy na pracovišti a zda jsou ohroženy syndromem vyhoření.

Teoretická část je rozdělena do tří kapitol a obsahuje shromážděné informace týkající se problematiky stresu a syndromu vyhoření v povolání zdravotní sestry. Pozornost je také věnována oblasti zvládnání stresu a prevenci syndromu vyhoření. Empirická část práce sleduje cíle a stanovené pracovní hypotézy. Pro jejich ověření prostřednictvím výzkumného šetření byla zvolena dotazníková metoda. Bylo stanoveno pět pracovních hypotéz, tři byly potvrzeny a dvě nepotvrzeny. Na základě získaných výsledků byly dále zpracovány návrhy a opatření. V empirické části práce byly uplatněny teoretické znalosti získané v průběhu studia.

Práce zdravotní sestry se řadí mezi pomáhající profese. V těchto profesích jde o přímou pomoc jednoho člověka druhému, což sebou nese značnou zátěž, která může vést k nadměrnému stresu a syndromu vyhoření. Každá zdravotní sestra (i budoucí) by proto měla zvážit, zda je schopna a chce tuto práci vykonávat, tak, aby byla přínosem nejen pacientům, ale i jí samotné. Na druhou stranu je nutné zdůraznit, že tam, kde nejsou utvářeny vhodné podmínky pro její práci i regeneraci, vzniká mnohem více zátěže, což už je jen malý krůček k syndromu vyhoření.

Na závěr bych uvedla pár vět psychologa a psychoterapeuta Karla Kopřivy z knihy *Lidský vztah, jako součást profese*. „*Počáteční nadšení není chybou. Je to energie, která dává mohutný impuls. Je to první stupeň rakety, který vyhoří a odpadne. Necht' odpadne úplně, bez lítosti nad tím, že je už spotřebovaný. A co zůstane? Objev, že věci jsou daleko těžší, než se nám na počátku zdálo. Že kdybychom to bývali věděli, tak bychom se do toho podniku ani nepouštěli. Ale tak je to vždy, že většinu překážek na cestě k cíli objevujeme až při cestě samé. A spolu s tím objevem jsem tu i já, ten, kdo ho učinil. Zhroutil jsem se, ale jsem živý. Dýchám, vnímám a mohu se hýbat. To není*

*špatné pro začátek. Tak zůstanu s tím pocitem. Uvidíme, jestli za chvíli nepřijde chuť vstát a jít dál." (Kopřiva, 1997,s. 102)*

## RESUMÉ

Diplomová práce na téma "Stresové faktory v práci zdravotní sestry" se zabývá problematiku stresu a syndromu vyhoření v profesi zdravotní sestry. Práce je rozdělena na 5 kapitol.

V první kapitole jsou vymezeny základní pojmy spojené se stresem. Dále jsou popsána specifika stresu, jeho typy, projevy a důsledky. Pozornost je také věnována technikám jeho zvládnutí. Druhá kapitola se věnuje vlivu stresu na povolání zdravotní sestry. Zabývá se pracovní zátěží a interpersonálními vztahy v práci zdravotní sestry. Třetí kapitola se věnuje problematice syndromu vyhoření, jeho příčinám vzniku, průběhu, diagnostice a prevenci.

Čtvrtá kapitola obsahuje metody a postupy zvolené k výběru výzkumného nástroje a je zaměřena na vytvoření dotazníku.

Pátá kapitola se zabývá výsledky dotazníkového průzkumu. Hlavní metodou v praktické části byla obsahová analýza dotazníku a z ní logické vyvození závěru a návrhu opatření s využitím poznatků z oboru sociální pedagogiky

## **ANOTACE**

Diplomová práce se zabývá problematikou stresu a syndrom vyhoření v povolání zdravotní sestry. Profese zdravotní sestry je fyzicky i psychicky náročná a patří mezi pomáhající profese, které jsou ohroženy vznikem syndromu vyhoření.

Cílem práce je upozornit na možná rizika spojená se stresem a negativní dopad profesního vyhoření nejen u zdravotních sester, ale i dalších pracovníků z oblasti pomáhajících profesí. Dále poukázat na závažnost tohoto dlouhodobého problému, zdůraznit úlohu prevence a nastínit možnosti jeho řešení s pomocí možností sociální pedagogiky.

### **Klíčová slova**

Stres, eustres, distres, stresový faktor, syndrom vyhoření, zátěž, zvládání stresu, prevence, zdravotní sestry.

## **Anotation**

Thesis deals with stress problematics and burn out syndrom in the profession of nurse. Medical nurse profession belongs to physical and psychological challenging professions with high risk of burn out syndrom formation.

Task of the thesis is to highlight the potential risks associated with stress and negative impact of professional burnout, not only for nurses but also other workers in the helping professions. Also point out the seriousness of this long term problem, stressing the role of prevention and outline its possible solution by using the options of social pedagogy.

### **Key words**

Stress, eustress, distress, stress factor, burn out, stress management, prevention, nurses.

## SEZNAM LITERATURY

1. ATKINSONOVÁ, R.L. A KOL. *Psychologie*. 1. vyd. Praha: Victoria Publishing, 1995. ISBN 80-85605-35-X
2. BAKOŠOVÁ, Z., *Sociálna pedagogika jako životná pomoc*. 1. vyd. Bratislava: Stumul, 2005, 203 s. ISBN 80-89236-00-6
3. BÁRTLOVÁ, S., CHLOUBOVÁ, I., TREŠLOVÁ, M. *Vztah sestra – lékař*. 1.vyd. Brno: NCOZO, 2010. 127 s. ISBN 978-80-7013-526-6
4. BUCHTOVÁ, B. A KOL. *Psychologie pro ekonomy*. 2.vyd. Brno: Masarykova Univerzita v Brně, 2010. 229 s. ISBN 80-210-3396-7
5. CARNEGIE, D. *Jak překonat starosti a stres*. 1.vyd. Praha: Práh, 2011. 155 s. ISBN 978-80-7252-320-7
6. CUNGI, CH. *Jak zvládat stres*. 1. vyd. Praha: Portál. 2001. 205 s. ISBN 80-7178-465-6
7. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A. *Psychologie a pedagogika pro 3. ročník středních zdravotnických škol a pro obory sociální*. 1.vyd. Vimperk: Nakladatelství HH, 1999. 143 s. ISBN 80-86022-42-0
8. FERJENČÍK, J. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu* .[ze slovenštiny přeložil Petr Bakalář]. 2.vyd. Praha: Portál, 2010. 256 s. ISBN 978-80-7367-815-9
9. GRETZ, K. F., DROZDECK, S. R. *Psychologie prodeje*. 1. vyd. Praha: Victoria Publishing, 1992. 312 s. ISBN 80- 85605-03-1
10. QUAN, K. *The everything new nurse book*. United States of America: Adams Media, 2006, p.279. ISBN 1-59337-532-8
11. HARTL, P., HÁRTLOVÁ, H. . *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 774 s. ISBN 80-7178-303-X
12. HERMAN, E., DOUBEK, P. *Deprese a stres*. Praha: Maxdorf, 2010. 94 s. ISBN 978-80-7345-157-8
13. HLADKÝ, A. *Zdravotní aspekty zátěže a stresu*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 1993. 173 s. ISBN 80-7066-784-2.

14. HLADKÝ, A., ŽIDKOVÁ, Z. *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1999. 78 s. ISBN 80-7184-890-5
15. JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 32 s. ISBN 80-86991-74-1
16. JOBÁNKOVÁ, M. A KOL. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3. vydání, Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2003. ISBN: 80-7013-390-2
17. JOSHI, V. *Stres a zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 160 s. ISBN 978-80-7367-211-9
18. KELNAROVÁ, J. a kol. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty -I.ročník*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 235 s. ISBN 978-80-247-2830-8
19. KERN, H. *Přehled psychologie*. 3. vyd. Překlad Magdalena Valášková. Praha: Portál, 2006, 287 s. ISBN 80-736-7121-2.
20. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 1999. 147 s. ISBN 80-7178-318-8
21. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada Avicenum, 1994. 198 s. ISBN 80-7169-121-6
22. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál, 2009. 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4
23. KŘIVOHLAVÝ, J. *Hořet, ale nevyhořet*. 2. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012. 175 s. ISBN 978-80-7195-573-3
24. KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, 2004. s. 78 ISBN 80-247-0784-5
25. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství: systémový přístup. 1.díl*, 1.vydání, Praha: Karolínium, 2002. 187 s. ISBN 80-246-0424-9
26. MATOUŠEK, O. *Pracovní stres a zdraví*. 1. vyd. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce, 2003. ISBN: 80-903604-1-6
27. MAYEROVÁ, M. A KOL. *Psychologie v ekonomické praxi*. 1. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita, 1996. 187 s. ISBN 80-7082-252-X.
28. MÍČEK, V. *Duševní hygiena*. 1. vyd. Praha: SPN, 1984. s. 207.

29. MINIRTH, F., HAWKINS, D., MEIER, P., FLOURNOY, R. *Jak překonat vyhoření*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 2011. s. 138
30. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Návyková rizika a stres u zdravotnických profesí*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2001. s.36
31. PAULÍK, K. *Psychologie lidské odolnosti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 240 s. ISBN 978-80-247-2959-6
32. PLAMÍNEK, J. *Sebepoznání, sebeřízení a stres*. 2. vyd. Praha: Grada, 2008. 178 s. ISBN 978-80-247-2593-2
33. PRAŠKO, J. *Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti*. 1.vyd. Praha: Grada, 2003. 201 s. ISBN 80-247-0185-5.
34. PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H. *Proti stresu krok za krokem*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2001. 188 s. ISBN 80-247-0068-9.
35. STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství: sestra – reprezentant profese*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 78 s. ISBN 80-7013-368-6
36. ŠTIKAR, J., RAMEŠ, M., RIEGEL, K., HOSKOVEC, J. *Psychologie ve světě práce*. Praha: Karolinum, 2003. 461 s. ISBN 80-246-0448-5
37. VAŠINA, L., *Základy psychopatologie a klinické psychologie*. Brno: Institut mezioborových studií, 2008. 331 s. ISBN 978-80-87182-00-0
38. VAŠINA, L., STRNADOVÁ, V. *Psychologie osobnosti I*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 1998. ISBN 80-7041-974-1
39. VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2005. 356 s. ISBN 80-246-0841-3
40. VENGLÁŘOVÁ, M., A KOL.. *Sestry v nouzi*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011. 184 s. ISBN 978-80-247-3174-2
41. VÍZDAL, F. *Techniky poznávání osobnosti*. Brno: IMS, 2005. 50 s.
42. VLČEK, V., *Psychologie a doteková povolání*. 2. vyd. Olomouc: Poznání, 2008. 203. s. ISBN 80-86606-52-X



43. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X
44. WAGNEROVÁ, I. *Psychologie práce a organizace: nové poznatky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 155 s. ISBN 978-80-247-3701-0
45. ŠKRLA, P. *Především neublížit*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 162 s. ISBN - 10: 80-7013-419-4.
46. BŘEZINOVÁ, J. Povolání sestry. *Sestra*. 2006, 11, s. 18-20. ISSN 1210-0404
47. KOMAČEKOVÁ, D. Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetrovatelské péče. *Sestra*. 2009, 7-8, s. 26-27. ISSN 1210-0404
48. NEŠPOR, K. Profesionální zátěž u zdravotníků a její prevence. *Časopis lékařů českých*. 1990. 31, s. 961-964

#### **Internetové zdroje**

49. NEŠPOR, K. *Prevence profesionálního stresu a syndromu vyhoření*. [online]. [cit. 2012-02-05]. Dostupné z: <http://www.drnespor.eu/GP-stres9.doc>
50. ŽÍDKOVÁ, Z. *Dotazník BPQ*. In: [online]. [cit. 2012-01-07]. Dostupné z: <http://www.psvz.cz/zidkova/subdir/metody.htm>

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha č. 1 – dotazník**

**Příloha č. 2 – vyhodnocení dotazníku BPQ**

## **Příloha č. 1**

### **DOTAZNÍK- I. Část**

Vážení respondenti,

jmenuji se Květa Vodičková a jsem studentkou 5.ročníku magisterského studia obor Sociální pedagogika na Institutu mezioborových studií v Brně.

Téma mé diplomové práce je „Stresové faktory v práci zdravotních sester“ a ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku. Údaje jsou zcela anonymní, budou zpracovávány hromadně a budou sloužit pouze jako podklad pro moji práci. Prosím Vás proto, o pravdivé nikoliv o společensky či pracovně vhodné odpovědi.

V dotazníku zakřížkujte jednu Vám nejvíce vyhovující odpověď, pokud není uvedeno jinak.

Za vyplnění dotazníku a Váš čas Vám předem děkuji.

#### **1. Vaše pohlaví?**

- muž
- žena

#### **2.Kolik je Vám let?**

- méně než 20 let
- 20-29 let
- 30-39 let
- 40 a více let

#### **3.Váš rodinný stav:**

- svobodná
- svobodná s dětmi
- vdaná bez dětí
- vdaná s dětmi
- rozvedená
- vdova

**4. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:**

- střední zdravotnická škola
- střední zdravotnická škola a PSS (postgraduální studium)
- vyšší zdravotnická škola
- vysoká škola

**5. Délka Vaší praxe:**

- méně než 5 let
- 6-10 let
- 11-15 let
- více než 15 let

**6. Pociťujete uspokojení z Vaší práce?**

- ano, velmi
- ano, občas
- spíše ne
- ne

**7. Pociťujete některé projevy stresu? (neomezený počet odpovědí - označte, prosím, křížkem jakoukoliv odpověď, která Vám vyhovuje)**

- nechutenství
- zažívací potíže
- bolesti hlavy
- bolesti zad
- poruchy spánku
- poruchy pozornosti
- pocit únavy, vyčerpanosti
- palpitace, poruchy krevního tlaku
- úzkost
- poruchy nálady, deprese
- žádné příznaky

## 7. Stresové faktory

### Co na Vás působí jako stresor?

K jednotlivým položkám prosím uveďte, dle Vašeho názoru, bodové hodnocení v rozmezí od 1 – 5 bodů dle stresující povahy .

žádný	malý stres	střední stres	velký stres	zdraví ohrožující stres
1	2	3	4	5

<input type="checkbox"/> fyzická náročnost	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> psychická náročnost	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> interpersonální vztahy na pracovišti	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> platové ohodnocení	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> pocit odpovědnosti za zdraví	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> chování pacientů	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> pracovní doba (směny)	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> časová tíseň	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> obava z vlastního onemocnění	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> prestiž oboru	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> množství práce	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> naslouchání nemocným	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> nemožnost práce podle svých představ	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> nutnost dalšího vzdělávání	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> hodnocení nadřízenými	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> dotazy pacientů	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> neinformovanost pacientů	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> způsob informování pacienta lékařem	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> péče o těžce nemocné a umírající	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> úmrtí pacienta	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> možnost ztráty zaměstnání	1	2	3	4	5

### 8. Jak se cítíte v kolektivu na Vašem pracovišti:

- výborně , máme skvělý kolektiv
- dobře
- průměrně
- špatně
- velmi špatně

**9. Jak byste zhodnotila Vaše interpersonální vztahy na pracovišti?**

sestra-sestra:

- výborné
- dobré
- průměrné
- špatné
- velmi špatné

sestra-lékař:

- výborné
- dobré
- průměrné
- špatné
- velmi špatné

**10. Využíváte některý z těchto způsobů ke zmírnění Vašeho stresu? (neomezený počet odpovědí - označte, prosím, jakoukoliv odpověď, která Vám vyhovuje)**

- sociální podpora od druhých (rodina, přátelé)
- fyzické aktivity (sport)
- relaxační aktivity
- kouření
- alkohol
- léky
- jiné návykové látky
- nic

**11. Uvažujete o odchodu ze zaměstnání, z důvodu celkové náročnosti povolání zdravotní sestry?**

- ano
- ne

**12. Uveďte prosím, Vaše náměty jak zlepšit zvládání zátěžových situací a pracovní spokojenost:**

## Dotazník - BPQ – II. část

Označte prosím, stupeň daného pocitu na stupnici:

1 – nikdy, zřídka.....5 – vždy.

Cítím se unavený/á, i když jsem měl/a dost spánku	1	2	3	4	5
Má práce mne neuspokojuje.	1	2	3	4	5
Cítím se smutný/á , i když nemám jasný důvod.	1	2	3	4	5
Jsem zapomětlivý/á	1	2	3	4	5
Jsem podrážděný/á a obořuji se na lidi.	1	2	3	4	5
Vyhýbám se lidem v práci i v soukromém životě.	1	2	3	4	5
Mám potíže se spánkem - trápí pracovní problémy	1	2	3	4	5
Jsem nemocný/á častěji než jsem býval/a	1	2	3	4	5
Můj postoj k práci lze vyjádřit “ pro co se trápit?”	1	2	3	4	5
Mívám časté konflikty v práci	1	2	3	4	5
Můj pracovní výkon není stoprocentní	1	2	3	4	5
Mám sklon užívat alkohol nebo léky k zlepšení nálady	1	2	3	4	5
Namáhá mne komunikace s druhými lidmi	1	2	3	4	5
Nemohu se soustředit na práci tak jako dříve	1	2	3	4	5
Práce mne brzo znudí	1	2	3	4	5
Pracuji těžce, ale nemám pocit uspokojivého výkonu	1	2	3	4	5
Práce mne namáhá	1	2	3	4	5
Nerad chodím do práce	1	2	3	4	5
Sociální aktivity s druhými jsou pro mne vyčerpávající	1	2	3	4	5
Sex mne nezajímá	1	2	3	4	5
Když nepracuji, většinu času se dívám na televizi	1	2	3	4	5
V práci nemám žádná očekávání, snahu něčeho dosáhnout	1	2	3	4	5
Myšlenky na práci mne obtěžují i mimo pracovní dobu	1	2	3	4	5
Pracovní problémy zasahují do mého osobního života	1	2	3	4	5
Mám pocit, že moje práce nemá žádný smysl	1	2	3	4	5

## Příloha č. 2

### Vyhodnocení dotazníku BPQ

Sečtete všechna bodová hodnocení. Rozsah hodnot je 0 – 125.

Na základě dosažené hodnoty se můžete zařadit do skupiny:

Počet bodů	Hodnocení
25 - 50	Nemáte problémy
51 – 75	Trochu prevence proti možnosti vyhoření by neškodilo
76- 100	Pozor! Jste kandidátem vyhoření
100- 125	Jste vyhořelý/á!

Dostupné z: <http://www.psvz.cz/zidkova/subdir/metody.htm>