

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

## **PRÁCE A JEJÍ VLIV NA ZDRAVÍ**

diplomová práce

Autor práce: Jana Pochopová  
Studijní program: Rehabilitace  
Studijní obor: Rehabilitační psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory

Vedoucí práce: Doc. Mgr. et Mgr. Jitka Vacková, Ph.D.

Datum odevzdání práce: 15. 8. 2012

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce s názvem „Práce a její vliv na zdraví“ se skládá z teoretické a praktické části. Teoretická část je zaměřena na vymezení základních pojmů týkajících se práce jako takové a jejího vlivu na lidské zdraví. Dále se zabývá pracovním prostředím, zátěží v pracovním procesu a optimalizací podmínek v zaměstnání. Taktéž pojednává o sociální práci jakožto pomáhající profesi, charakterizuje povolání sociálního pracovníka a dále vymezuje pojem zdraví a sociální determinanty zdraví.

Praktická část práce zahrnuje vyhodnocení získaných údajů a statistické zpracování výsledků. Sběr primárních dat byl realizován kvantitativním způsobem, zvolena byla metoda dotazování, technika dotazníku. Výzkumný soubor je tvořen sociálními pracovníky ze čtyř krajů České republiky (Jihočeský kraj, Středočeský kraj, Kraj Vysočina a Hlavní město Praha), bez ohledu na věk, typ zařízení, ve kterém jsou zaměstnání, či cílovou skupinu, se kterou pracují. Dotazníky byly distribuovány elektronickou cestou prostřednictvím internetu či osobně návštěvou zařízení a dále jejich předáním či přeposláním mezi sociálními pracovníky. K výzkumu bylo celkově navraceno 184 dotazníků, z nichž osm nemohlo být použito z důvodu nesprávného nebo nedostatečného vyplnění. Pro zpracování výsledků nakonec bylo užito 176 dotazníků.

V práci byly stanoveny dva cíle. Zmapovat vliv práce na zdravotní stav sociálních pracovníků a zjistit, k jakým změnám zdravotního stavu po fyzické či psychické stránce u sociálních pracovníků dochází. Společně s cíli práce byla stanovena následující hypotéza:

H1: Sociální pracovníci pociťují zdravotní obtíže více po psychické než fyzické stránce. Tato hypotéza nebyla na základě statistického testování potvrzena.

Ze získaných výsledků lze tedy usuzovat, že i přes značnou psychickou náročnost profese sociální pracovníci nepociťují psychické obtíže ve větší míře než obtíže fyzického charakteru. Závěry výzkumu však není možno vzhledem k lokalitě a nereprezentativnímu výběru respondentů generalizovat, na zjištěné výsledky je tedy třeba nahlížet s tímto vědomím.

Statistické testování i přesto přineslo několik zajímavých poznatků. Patří mezi ně například souvislost mezi cílovou skupinou klientů a hodnocením fyzického a

psychického zdraví respondentů. Dále je to vztah mezi cílovou skupinou a místem výkonu profese a hodnocením spokojenosti s pracovními podmínkami, kolektivem a celkovou spokojeností s povoláním sociálního pracovníka.

Diplomová práce může sloužit jako vhled do problematiky vlivu práce jako takové na zdraví jedince a dále konkrétně vlivu povolání sociálních pracovníků na jejich zdravotní stav. Získané údaje mohou být prospěšné nejen samotným sociálním pracovníkům, ale i vedoucím zařízení poskytujícím sociální služby. Výsledky práce mohou taktéž tvořit základ či inspiraci pro další výzkumy, které se touto problematikou budou zabývat.

## **ABSTRACT**

The diploma thesis called „Employment and Its Impact on the Health“ consists of theoretical and practical part. The theoretical part is focused on definition of the basic terms which are related to work and its influence on the health. Then the thesis is engaged in working environment, in occupational load and optimization of conditions of employment. The thesis also deals with social work as a help profession, characterize occupation of social worker and define the terms „health“ and social determinant of health.

The practical part includes the evaluation of gained figures and statistical result's processing. Collecting of primary data was realized by quantitative way, it was chosen the method of questioning, specifically the method of questionnaire. Research aggregate is constituted by social workers from four regions in the Czech Republic (South Bohemian Region, Central Bohemian Region, Vysočina Region and Prague, the Capital City) regardless of age, type of the institution where they are employed and target group they work with. The questionnaires were distributed by electronic way through the Internet or personally by visiting the institution and then they were handed or sent on social workers. On the whole there were 184 questionnaires returned for research, but eight of them couldn't be used due to incorrect or insufficient completing. Finally there were used 176 questionnaires for result processing.

In the diploma thesis there were two targets set. Map the influence of work on the health condition of social workers and find out to which changes of health condition by physical or psychological point at social workers is being gone. Together with the targets there was set following hypothesis:

H1: Social workers feel the health problems more by psychological then by physical point. This hypothesis wasn't on the basis of statistical testing confirmed.

From the gained results is possible to come to a conclusion that in spite of the significant psychological difficulty of this profession, the social workers don't feel psychological problems more than physical problems. The conclusions of the research can't be generalized because of non-representativeness of research aggregate and region. It is necessary to look at the results with this regard.

Statistical testing brought a few interesting findings. For example the link between the target group of clients and evaluation of satisfaction with working conditions, team and general satisfaction with the social worker occupation.

The diploma thesis can be used as a insight into issue of the work influence on individual health and then specifically of the influence on social worker occupation to their state of health. Obtained figures can be useful not only for social workers but also for the heads of institutions providing social services. The results of the thesis can create the base or inspiration for other researches which will occupy with this theme.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 15. 8. 2012

.....

(jméno a příjmení)

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala především paní Doc. Mgr. et Mgr. Jitce Vackové, PhD. za odborné vedení, cenné rady a věnovaný čas. Poděkování patří také mé rodině za její podporu během mého studia.

## Obsah

ÚVOD.....	10
1 SOUČASNÝ STAV .....	12
1.1 Pojem práce .....	12
1.1.1 Definice práce .....	12
1.1.2 Člověk a práce .....	13
1.1.3 Druhy práce .....	14
1.1.4 Význam práce .....	14
1.1.5 Vliv práce na zdraví .....	15
1.1.6 Pracovní prostředí .....	16
1.1.7 Faktory prostředí.....	17
1.1.8 Kategorizace prací jako ukazatel hodnocení zdravotních rizik z pracovní činnosti.....	20
1.1.8.1 Kategorizace psychické zátěže.....	21
1.2 Pracovní zátěž.....	21
1.2.1 Poškození zdraví z pracovní činnosti.....	22
1.2.2 Poškození zdraví pracovníků v pomáhajících profesích .....	23
1.2.2.1 Stres .....	24
1.2.2.2 Psychická zátěž .....	26
1.2.2.3 Syndrom vyhoření .....	29
1.2.2.4 Psychosomatická onemocnění .....	30
1.3 Prevence pracovní zátěže a optimalizace pracovních podmínek .....	31
1.4 Bezpečnost a ochrana zdraví při práci (BOZP) .....	33
1.5 Duševní hygiena a její význam.....	34
1.6 Zdraví .....	35
1.6.1 Definice zdraví.....	35
1.6.2 Faktory ovlivňující zdraví .....	36
1.6.3 Sociální determinanty zdraví .....	37
1.6.3.1 Sociální determinanta práce.....	40
1.7 Sociální práce .....	41



1.7.1 Sociální práce jakožto pomáhající profese .....	41
1.7.2 Sociální pracovník.....	42
2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY .....	44
2.1 Cíl práce .....	44
2.2 Hypotézy .....	44
3 METODIKA .....	45
3.1 Použitá metoda .....	45
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	45
3.3 Zpracování výsledných dat.....	46
4 VÝSLEDKY .....	47
4.1 Popisná statistika .....	47
4.2 Statistické testy .....	92
5 DISKUZE.....	114
6 ZÁVĚR .....	124
7 KLÍČOVÁ SLOVA .....	127
8 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	128
9 PŘÍLOHY .....	136

## ÚVOD

Tématem mé diplomové práce je „Práce a její vliv na zdraví“. Skutečnost, že člověk může pracovat, že důležitá nejen z hlediska získávání finančních prostředků, ale také proto, že určuje místo jedince ve společnosti a významným způsobem ovlivňuje jeho fyzické a duševní zdraví (Schraggeová, 2011).

Toto velmi široké téma by se dalo jistě zpracovávat mnoha různými způsoby, přinejmenším tolika, kolik je na světě profesí. Zpočátku jsem ani já nevěděla, kterým směrem se ubírat, avšak studium na univerzitě a s ním spojená očekávání i jisté obavy z budoucnosti mi pomohly s rozhodováním.

Po ukončení studia bych se chtěla věnovat sociální práci a hledat v ní uplatnění, nicméně již teď si uvědomuji, že kromě skutečností, které mě pozitivním způsobem ovlivnily pro výběr profese sociálního pracovníka, je toto povolání mnohdy velmi fyzicky i psychicky náročné. Již v rámci absolvovaných praxí, kdy jsme prošli mnoha zařízeními a setkali se s různými typy klientů, bylo možné poznat, že tato profese přináší jak mnoho radostných chvil, zkušeností i sebepoznání, tak také setkávání se s nelehkými lidskými osudy, každodenní nemalé riziko pracovního vyčerpání či potýkání se s faktem, že mnohé neziskové organizace se kromě práce s klienty věnují i boji s nedostatkem finančních prostředků. Z těchto i dalších důvodů jsem se chtěla dozvědět něco více o tom, jak své povolání a vše, co s ním souvisí, vnímají samotní sociální pracovníci a například i poukázat na to, s čím v této profesi nejsou spokojeni nebo co by bylo třeba změnit.

Teoretická část práce v úvodu vymezuje základní termíny vztahující se k pojmu práce a jejímu významu pro člověka, zmíněno je pracovní prostředí, kategorizace prací a poškození zdraví z pracovní činnosti. Následující kapitoly pojednávají o pracovní zátěži, optimalizaci pracovních podmínek, bezpečnosti práce a duševní hygieně. Další část je věnována sociální práci jakožto povolání a vymezení profese sociálního pracovníka, následují informace týkající se pojmu zdraví, sociálních determinant zdraví a samotného vlivu práce na zdravotní stav člověka.

Praktická část práce zahrnuje prezentaci získaných dat a jejich statistické vyhodnocení a dále diskuzi týkající se zpracovaných výsledků. Cílem práce bylo zmapovat vliv práce na zdravotní stav sociálních pracovníků a zjistit, k jakým změnám zdravotního stavu po fyzické či psychické stránce u sociálních pracovníků dochází.

# 1 SOUČASNÝ STAV

## 1.1 Pojem práce

Člověk stráví, jak uvádí Schraggeová (2011), značnou část svého života v práci, za kterou dostává finanční odměnu. Práce má pro člověka bytostný význam z hlediska jeho duševního i fyzického zdraví a určuje jeho místo ve společnosti. Bez práce by dnešní člověk nebyl tím, kým je (Schraggeová, 2011).

### 1.1.1 Definice práce

Při snaze o definici pojmu práce je možno nalézt velké množství různých pojetí, vznikajících v průběhu mnoha let.

Jak uvádí Dohnalová a Malina (2006), prací se rozumí účelná lidská činnost konaná s určitým úsilím, sloužící primárně k zajištění obživy, a případně i k uspokojování psychických potřeb. Hartl a Hartlová (2000) definují práci jakožto tělesné či duševní činnosti zaměřené na výdělek, výživu a uspokojení potřeb.

Dle Calhouna (1994) se práce vyznačuje nejen mzdou, ale také identitou, kterou dává lidem. Práce je jednou z cest při definování ostatních lidí i sama sebe.

Kromě všech těchto charakteristik je práce, jak zmiňuje Sedláková (2009), taktéž výchozím bodem většiny oprávnění k účasti jedince na různých aktivitách společnosti a na přerozdělování financí, hlavně v rámci sociálního státu. Dle Sedlákové (2009) má člověk na určité formy sociální podpory či některé výhody nárok v závislosti na tom, zdali je či byl zaměstnán, případně, jestli je registrovaný na úřadu práce a zaměstnání si hledá. Jak říká Sedláková (2009), dlouhodobá nezaměstnanost vede u jedince často k omezenému uspokojování potřeb, jak materiálních, tak duševních.

Práce člověku kromě mzdy přináší také možnost osobnostního růstu a sociální status (Schraggeová, 2011). Dle Armstronga (2007) člověk pracuje taktéž z důvodu samotné spokojenosti s tím, že dělá něco užitečného, dále pro pocit úspěchu, uznání, zařazení do společnosti a pro příležitost využívat a rozvíjet své schopnosti.

### *1.1.2 Člověk a práce*

Jak popisuje Buchtová (2002), člověk se v průběhu vlastního vývoje začal brzy prosazovat jako tvořivý živočišný druh a lidská aktivita, stimulovaná sociokulturním poznáním, dala vzniknout tvůrčímu procesu – kulturní evoluci. Lidská aktivita (práce) produkuje dle Buchtové (2002) reálné životní prostředí člověka. Aktivní účast na procesu budování umělého kulturního prostředí se společně se zpětným působením kultury na člověka stávají významnými polidšťujícími procedurami lidského života (Buchtová, 2002). Jak dále Buchtová (2002) uvádí, velká většina kulturních potřeb a některé lidské vlastnosti vznikají až v důsledku práce a zpětného působení kultury na člověka.

Dle Buchtové (2002) se vztah mezi člověkem a prací výrazně upevňuje v období vzniku zemědělství, kdy dochází k zásadní změně způsobu života. Vyvíjí se silná pozitivní vazba člověka na práci, nová sociokulturní potřeba či závislost, kterou posilují příjemné, libé stavy (Buchtová, 2002). Tyto stavy jsou, jak popisuje Buchtová (2002) psychickou odměnou a kompenzací za námahu a úsilí vynaložené při práci. V této době vzniká a upevňuje se společenská potřeba nebo dokonce povinnost člověka pracovat.

Jak uvádí Buchtová (2002), potřeba pracovat a přetvářet svět okolo nás není pouze výsledek výchovy a vlivu rodiny či sociokulturního prostředí, ale jedná se o součást lidské přirozenosti. Zdravý člověk má vedle všech fyziologických potřeb naléhavou potřebu účelové aktivity, která je spojená s námahou, poznáváním a hrou, a to potřebu práce. Dle Buchtové (2002) však práce, fyzická i duševní, zřejmě působí i jako droga – může lidský organismus přetěžovat, ale též obstarávat jeho dočasnou rovnováhu v celkové nerovnováze.

Dle Sedlákové (2009) není termín práce synonymem pro termín zaměstnání, rozlišuje se práce placená a neplacená. Zaměstnání je práce vykonávaná za pravidelný plat, k neplacené práci patří například dobrovolnická práce či pracovní činnosti vykonávané v domácnosti (Sedláková, 2009).

### 1.1.3 Druhy práce

Z psychologického hlediska rozlišuje Křivohlavý (2006) tři druhy práce:

- Práce jako *zaměstnání*, jenž má zajistit podmínky k přežití, osobní prestiž pracujícího člověka je posilována vědomím, že něco umí, je schopen si vydělávat a není druhým lidem na obtíž.
- Práce jako *příležitost pro dosažení kariéry*, kdy vedle faktu, že daný člověk má práci, dosahuje jeho činnost dalšího rozměru. V zaměstnání, které dělá, může postupovat po společenském a ekonomickém žebříčku. V tomto případě převládá motivace osobního postupu.
- Práce jako *povolání*, kdy člověk považuje za nutné využít vlastní schopnosti pro nějaký vyšší účel. Tato motivace „vyšší povinnosti“ se objevuje například u umělců, učitelů, či sociálních pracovníků (Křivohlavý, 2006).

### 1.1.4 Význam práce

V dnešní společnosti sehrává zaměstnání, jak popisuje Giddens (1999), významnou roli pro udržení sebeúcty. Lidé, kteří o svou práci přijdou, se najednou cítí ztraceni a dezorientováni. I v případě, že je pracovní náplň nezajímavá či se neodehrává v ideálním prostředí, mívá zaměstnání podstatný vliv na psychologický stav jedince a jeho každodenní cyklus činností (Giddens, 1999). Dochází přitom dle Giddense (1999) k uplatňování několika faktorů:

*míra aktivity* - práce většinou poskytuje lidem šanci získat a používat určité schopnosti a znalosti. Kdo zůstane bez zaměstnání, ten častokrát ztrácí šanci nabyté schopnosti a znalosti nějakým způsobem uplatnit (Giddens, 1999),

*peníze* - jak Giddens (1999) uvádí, pro mnoho lidí představuje mzda z pracovní činnosti hlavní zdroj obživy- v případě, že tento příjem ztratí, začnou mít velké obavy, že si neporadí s každodenními problémy a starostmi,

*strukturovaný čas* - u pracujících osob se struktura dne většinou řídí podle rytmu práce, který, ač může představovat jistou zátěž, dává celému dni řád (Giddens, 1999). Tento

řád, jak dále popisuje Giddens (1999) osobám bez práce často chybí. Nezaměstnaní si přestávají všimnout toho, jak čas běží a stávají se apatickými,

*změna* - práce umožňuje poznat nové prostředí, lišící se od domácího. I v případě, že práce pro člověka není příliš stimulující, mnohé těší už to, že dělají něco jiného než doma (Giddens, 1999),

*sociální kontakty* - v pracovním prostředí lidé často nacházejí přátele a nové, společné činnosti. V případě ztráty zaměstnání se okruh potenciálních přátel obvykle zmenšuje (Giddens, 1999),

*osobní identita* - zaměstnání poskytuje člověku dle Giddense (1999) cenný pocit pevné sociální identity. Převážně u mužů bývá sebeúcta spojena s jejich ekonomickým přínosem k chodu domácnosti.

Při zhodnocení těchto faktorů lze snadno pochopit, proč si člověk při ztrátě zaměstnání přestává být jistý, že má pro společnost nějakou hodnotu (Giddens, 1999).

### ***1.1.5 Vliv práce na zdraví***

Jak uvádí Státní zdravotnická agentura v Kanadě (2003), práce má významný vliv na fyzické a duševní zdraví jedince. Placená práce poskytuje nejen finanční prostředky, ale je také zásadním zdrojem lidské identity, podporuje vznik sociálních kontaktů a umožňuje osobní rozvoj.

Dle Urbana, Kajanové a Matulay (2010) se práce ve vztahu ke zdravotnímu stavu může projevat ve dvou rovinách, a to pozitivní a negativní. V rovině pozitivní znázorňuje faktor, jenž působí na vyváženost lidské psychiky (například uspokojení z pracovní činnosti, seberealizace) a sociálních vztahů (pracovní kolektiv). V rámci negativního vymezení mohou nevyhovující pracovní podmínky či pracovní zátěž ovlivňovat zdravotní stav například vznikem mnoha chronických onemocnění (Urban, Kajanová, Matulay, 2010).

Dle Sedlákové (2009) je pracovní profese jedním z nejdůležitějších faktorů ovlivňujících životní styl. Zahájení a ukončení ekonomické aktivity na trhu práce vymezuje životní dráhu člověka, kdy se zaměstnání stává prostředkem pro společenský růst, naopak nezaměstnanost znamená ztrátu současného statusu i případných statusů

budoucích (Sedláková, 2009). Nezaměstnaní lidé taktéž mají dle Státní zdravotnické agentury v Kanadě (2003) snižená životní očekávání a podstatně více trpí zdravotními problémy než jedinci, kteří jsou zaměstnáni.

Pracovní podmínky (fyzické i psychosociální) mohou mít, jak zmiňuje Státní zdravotnická agentura v Kanadě (2003), silný vliv na lidské zdraví a pocity osobní pohody. Dle Bártlové (2005) podmínky v zaměstnání kladou na člověka rozdílné nároky dle charakteru práce. Tyto nároky mohou být přiměřené či naopak nepřiměřené fyziologickým možnostem člověka. V případě, že požadavky v zaměstnání přesahují pracovní potenciál organismu, dochází dle Bártlové (2005) k jejich negativnímu působení na lidské zdraví. Jak popisuje Štikar (2003), zhoršuje se tělesná a duševní pohoda pracovníků, snižují se jejich pracovní schopnosti a kvalita odvedené práce. Může dojít až k poškození zdraví, onemocnění a pracovní neschopnosti (Bártlová, 2005).

Při výkonu některých typů zaměstnání, například administrativní profese, je dle Bártlové (2005) pravděpodobnost úrazu či vystavení škodlivým faktorům nižší než například v průmyslu. Skutečný výskyt onemocnění způsobených pracovními podmínkami je však odhadován velmi obtížně, protože v každém jednotlivém případě není možné přesvědčivě zhodnotit, jestli choroba skutečně vznikla následkem rizikového pracovního prostředí, nebo byla vyvolaná jinými činiteli (Bártlová, 2005).

#### ***1.1.6 Pracovní prostředí***

Pojmem pracovní prostředí je myšlen dle Koubka (2007) souhrn všech materiálních a sociálně psychologických podmínek pracovní činnosti, které významným způsobem ovlivňují pracovníka během pracovního procesu i jeho vztah k vykonávané práci a taktéž vztah k zaměstnavateli.

Jak popisuje Štikar (2003), jedná se o soubor činitelů (faktorů), které působí na činnost člověka v určitém prostoru. Tyto činitele, například hluk, světlo, mikroklimatické podmínky, pracovní prostředky, osobní pomůcky a další mají být ve shodě zvláště s fyziologickými, psychologickými, hygienickými a estetickými požadavky pracovníků (Štikar, 2003).



Podobné dělení faktorů, které na člověka působí v životním i pracovním prostředí, uvádí Juriš (2006). Ten je člení na fyzikální, chemické, biologické a psychosociální. Účinky nemusí být dle Juriše (2006) pouze škodlivé, za určitých podmínek mohou být i prospěšné. Ve svém působení se tyto faktory málokdy uplatňují odděleně, vyskytují se komplexně a vzájemně se ovlivňují (Juriš, 2006).

Stále více se dle Štikara (2003) hovoří o potřebě vyhledávání, pozorování a klasifikace výše zmíněných faktorů prostředí, které společně určují pracovní činnosti a zdravotní stav lidí.

Jak popisuje Štikar (2003), pracovní prostředí je nutné záměrně upravovat tím způsobem, aby optimálně působilo na lidské smysly a skrze ně na lidské jednání a myšlení. Proto je třeba, jak Štikar (2003) uvádí, zajišťovat nejvhodnější a pro člověka co nejpříjemnější pracovní podmínky, které by umožňovaly vysokou produktivitu práce a zároveň pracovní pohodu. Pohodou se rozumí souhrn hodnot a parametrů, které charakterizují pracovní prostředí a příznivě působí na činnost člověka (Štikar, 2003).

Utváření pracovního prostředí, které by vyhovovalo lidským potřebám a nárokům, je dle Štikara (2003) obtížný úkol, kdy je nutno řešit problematiku kultury práce či její humanizace. Záleží na ergonomickém, technickém a estetickém přizpůsobování složek prostředí a vnějších fyzikálních podmínek potřebám lidské práce. Toto utváření prostředí v sobě dle Štikara (2003) zahrnuje poznávání požadavků a potřeb člověka a dále poznávání účinků prostředí na práci a zdravotní stav člověka.

Ideální pracovní prostředí je, jak uvádí Štikar (2003), prostředí, v němž jsou všechny složky kultury práce v souladu s úrovní technologie a techniky a z estetického a ergonomického hlediska je dobře vyřešeno. Dále je to dle Štikara (2003) takové prostředí, které kladně ovlivňuje produktivitu a kvalitu lidské práce a taktéž společenský rozvoj člověka a kultivace jeho schopností.

### ***1.1.7 Faktory prostředí***

Jak Štikar (2003) popisuje, výše zmíněné faktory prostředí mohou působit též jako činitelé přispívající ke vzniku pracovní zátěže. Tyto faktory lze začlenit do následujících kategorií:

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

- Činnosti spojené s velkými nároky na pozornost, na řešení nových složitých problémů, vykonávání pracovní činnosti v situacích velké časové tísně, stereotypní pracovní činnosti, činnosti s dlouhými nepravidelnými přestávkami, biorytmicky nevhodná směnnost či práce zatěžující jednostranně pouze některé svalové skupiny (Štikar, 2003).

b) *Podmínky fyzikálního a biologického charakteru* (faktory pracovního prostředí ovlivňující pracovní činnost a výkon)

- *Pracovní ovzduší* (teplota, vlhkost, rychlost proudění a čistota vzduchu). Teplota vzduchu vypovídá, jak uvádí Baumruk (2001), o tepelné zátěži či subjektivním pocitu tepelné pohody člověka. Tepelná pohoda je jeden z faktorů zabezpečujících optimální prostředí pro pobyt člověka. Tepelné podmínky mnohem více ovlivňují subjektivní pocit pohody, produktivitu práce či míru odpočinku než například obtěžující hluk nebo nežádoucí škodliviny (Baumruk, 2001). Tepelná pohoda je, jak uvádí Baumruk (2001), taktéž ovlivněna rychlostí proudění vzduchu, kdy proud chladného vzduchu (průvan) může být opět zdrojem pocitu nepohody a určitého diskomfortu (Baumruk, 2001).
- *Osvětlení*, u něhož se dle Koubka (2007) sleduje hlavně množství světla na dané ploše, rovnoměrnost osvětlení, směr osvětlení či barva světla.
- *Hluk*, což je, jak popisuje Tuček (2005), jakýkoliv nepříjemný, rušivý nebo škodlivý zvuk, který negativním způsobem ovlivňuje člověka po fyzické i psychické stránce. Dle Koubka (2007) je hlavní nebezpečí hluku v tom, že působí skrytě, napadá lidský organismus soustavně a jeho účinky se hromadí. Psychické změny vzniklé následkem působení hluku je, jak zmiňuje Štikar (2003), složitější hodnotit, neboť vnímavost hluku je do jisté míry závislá na psychických, zvláště pak emocionálních faktorech. Tyto faktory mohou ovlivnit míru poruch sluchu, které mají svou duševní odezvu. Hluk spolupůsobí při vzniku trvalejších stavů zvýšené dráždivosti, nadměrné citlivosti, unavitelnosti a roztržitosti (Štikar, 2003).

- *Fyziologické faktory*, mezi něž patří dle informací Státního zdravotního ústavu (článek Fyziologické faktory) fyzická náročnost práce a to nejen z hlediska celkové fyzické zátěže, ale také jednostranného přetěžování určitých pohybových struktur. Dále sem spadají veškeré ergonomické faktory práce mající vliv především na vznik onemocnění kosterně-svalového aparátu (Státní zdravotní ústav). Fyzická zátěž souvisí dle Tučka (2005) s psychickou a senzorickou (smyslovou) pracovní zátěží. Psychická zátěž bude dále ještě podrobněji zmíněna.
- *Barevná úprava pracoviště*, která slouží, jak uvádí Koubek (2007), jako nástroj signalizace, zlepšování světelných podmínek, psychologického vlivu na pracovníka a dosahování estetických účinků. Při barevném řešení vnitřních prostor je vhodné respektovat druh práce, velikost a polohu prostoru popřípadě i pohlaví či věk (Koubek, 2007).

c) *Sociálně psychologické podmínky* vyplývající z interakce a soužití lidí:

- Do této kategorie spadají například činnosti se zvýšenou odpovědností, práce v izolovaných podmínkách (nedostatek sociální interakce), práce v časovém tlaku, stálý styk s lidmi s rizikem narušování pracovního rytmu, jednání s lidmi s možností vzniku konfliktu nebo ztráta pracovních perspektiv z důvodu nemožnosti dosažení pracovního či platového postupu (Štikar, 2003). Sociálně psychologické podmínky souvisejí také s tím, jak je naznačeno již výše, zda člověk pracuje v kontaktu s dalšími pracovníky nebo pracuje izolovaně (Koubek, 2007). Jak dále Koubek (2007) uvádí, všeobecně platí, že duševní práce obvykle vyžaduje takové podmínky, při kterých není pracovník rušen přítomností jiných lidí, zatímco u výkonu fyzické práce společný pracovní prostor tolik nevádí.

Neustálé zlepšování pracovního prostředí je, jak uvádí Štikar (2003), prospěšné každé vyspělé společnosti, protože má ekonomický, sociální a morální význam. Pokud prostředí a pracovní podmínky působí na člověka negativně, zhoršuje se jeho tělesná a duševní pohoda, snižují se pracovní schopnosti a kvalita práce a je ohrožováno i jeho zdraví (Štikar, 2003).

### ***1.1.8 Kategorizace prací jako ukazatel hodnocení zdravotních rizik z pracovní činnosti***

Jak popisuje Státní zdravotnická agentura v Kanadě (2003), pracovní činnost a s ní spojené pracovní podmínky mají nepochybně vliv na zdravotní stav zaměstnanců. V určitých profesích je tento vliv nepatrný, v jiných povoláních je však souvislost mezi pracovní činností a zdravotním stavem velmi významná. Základním nástrojem pro hodnocení vlivu práce na zdraví je, jak popisuje Šamánek na webových stránkách Státního zdravotního ústavu (2011), kategorizace prací. Povinnost kategorizovat je dána zákonem a legislativním způsobem jsou dány i základní podmínky pro kategorizaci (Šamánek, 2011). Kategorizace prací dle Tučka (2005) umožňuje souhrnné hodnocení stupně zátěže zaměstnanců takovými faktory, které ze zdravotního hlediska rozhodují o kvalitě pracovních podmínek a jsou charakteristické pro určitou práci na konkrétním pracovišti a pro míru zajištění ochrany zdraví pracovníků. Těmito faktory, jak uvádí Tuček (2005), jsou: chemické látky, prach, hluk, vibrace, zátěž teplem, chladem, práce s biologickými činiteli, pracovní poloha, fyzická, psychická či zraková zátěž a další (Tuček, 2005).

Účelem kategorizace je dle Tučka (2005) získání podkladů zejména pro určení rizikových prací, optimalizaci pracovních podmínek a pro opatření odstraňující nedostatky v rámci zabezpečení ochrany zdraví při práci.

Jak uvádí zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, práce jsou zařazovány do čtyř kategorií, a to dle míry výskytu faktorů, které mohou ovlivnit zdraví zaměstnanců a dále podle jejich rizikovosti pro zdraví (zákon 258). Jednotlivé kategorie uvádí Vyhláška č. 432/2003 Sb., kterou se stanoví podmínky pro zařazování prací do kategorií, limitní hodnoty ukazatelů biologických expozičních testů, podmínky odběru biologického materiálu pro provádění biologických expozičních testů a náležitosti hlášení prací s azbestem a biologickými činiteli.

- Práce *první kategorie* – za ty se dle Vyhlášky č. 432/2003 považují práce, podle kterých není pravděpodobný nepříznivý vliv na zdraví.

- Práce *druhé kategorie* – u těchto prací lze očekávat jejich nepříznivý vliv na zdraví pouze výjimečně, zejména u vnímavých jedinců.
- Práce *třetí kategorie* - jedná se o práce, při kterých jsou překračovány hygienické limity, práce, při nichž se vyskytují opakovaně nemoci z povolání a práce naplňující další kritéria pro zařazení do třetí kategorie.
- Práce *čtvrté kategorie* – v této kategorii jsou řazeny práce, při nichž je riziko ohrožení zdraví vysoké a nelze ho zcela vyloučit ani používáním ochranných opatření (Vyhláška 432/2003).

Kategorie, do které má být práce zařazena, se v případě práce spojené s expozicí několika faktorům, stanoví dle nejméně příznivě hodnoceného faktoru (Vyhláška 432/2003).

#### *1.1.8.1 Kategorizace psychické zátěže*

Ve výše zmíněné vyhlášce č. 432/2003 Sb. jsou v příloze 1 „kritéria kategorizace prací“ stanoveny podmínky kategorizace faktoru psychická zátěž.

Prací s psychickou zátěží se rozumí práce

- a) ve vnuceném pracovním tempu,
- b) spojená s monotonií,
- c) vykonávaná v třisměnném nebo nepřetržitém pracovním režimu,
- d) práce vykonávaná v nočních směnách.

## **1.2 Pracovní zátěž**

Jak uvádí Štikar (2003), zátěž organismu je výsledkem působení celé řady činitelů neboli faktorů pracovního prostředí. Lze ji chápat jako porušení rovnováhy mezi vnitřním stavem systému a vnějším systémem, což je vnější okolí neboli prostředí. Stupeň zátěže je určen především intenzitou působení vnějších vlivů a vlastnostmi zatěžovaného systému (Štikar, 2003).

Dle Žídkové (2005) se lze ve všech profesích setkat s určitými faktory, které mohou negativním způsobem zatěžovat lidský organismus ať po fyzické či psychické stránce a vést k onemocnění nebo snížení pracovní schopnosti zaměstnance.

### ***1.2.1 Poškození zdraví z pracovní činnosti***

I přes hodnocení vlivu pracovní činnosti na zdraví člověka, identifikaci rizikových faktorů a jejich odstraňování i neustálou snahu o zlepšování pracovních podmínek zaměstnanců stále velmi často dochází k poškozování zdraví z pracovní činnosti (Tuček, 2005). V průmyslově vyspělých zemích je, jak uvádí Tuček (2005), 10-30 % zaměstnanců vystaveno fyzické zátěži, v zemích méně vyspělých je to dokonce polovina zaměstnanců. Poškození z fyzického přetěžování, z práce v nucené poloze, nebo neustálých jednostranných pohybů v mnoha zemích představují dle Tučka (2005) převládající profesionální onemocnění. Poškození zdraví z pracovní činnosti je vysoce nežádoucí jev, protože přináší významnou ekonomickou i morální újmu (Tuček, 2005). Mezi oficiálně uznávaná poškození zdraví z pracovní činnosti, jak je popisuje Brhel (2005) patří: pracovní úraz, nemoc z povolání, ohrožení nemocí z povolání a poškození zdraví z porušení právní odpovědnosti zaměstnavatele.

*Pracovní úraz* – jak uvádí Brhel (2005), jedná se o újmu na zdraví a škodu, která vznikla při plnění pracovních úkolů nebo v přímé souvislosti s nimi, nezávisle na vůli pracovníka, náhlým, násilným a krátkodobým působením vnějších vlivů. Taktéž sem dle Tučka (2005) spadá smrtelný úraz, což je takové poškození zdraví, které způsobilo smrt po úrazu či na jehož následky zaměstnanec zemřel nejdéle do jednoho roku. Povinností zaměstnavatele v tomto případě je, jak zmiňuje Tuček (2005), zejména:

- vyhledávat a posuzovat rizika možného ohrožení bezpečnosti a zdraví zaměstnanců, dále o těchto rizicích zaměstnance informovat a konat opatření k jejich ochraně,
- pravidelně kontrolovat úroveň péče o bezpečnost a ochranu zdraví při práci, dodržování zásad bezpečné práce a odstraňovat zjištěné vady a příčiny poruch technických zařízení,

- organizovat alespoň jednou ročně prověrky bezpečnosti a ochrany zdraví při práci na pracovištích, odstraňovat nalezené nedostatky a nutná opatření investičního charakteru zahrnovat do smluv (Tuček, 2005).

*Nemoc z povolání* – dle Tučka (2005) se jedná o onemocnění vznikající nepříznivým působením škodlivých vlivů pracovního prostředí. Uznat onemocnění za nemoc z povolání je možné v případě, že je uvedeno v seznamu nemocí z povolání (Tuček, 2005). Jak říká Tuček (2005), zaměstnavatel je v tomto případě povinen, postiženého přeradit. Dále je povinen nahradit škodu, avšak ne v případě, prokáže-li zavinění zaměstnance. Také se může obrátit na pojišťovnu o uhrazení výloh, spojených s nemocí z povolání pracovníka (Tuček, 2005).

*Ohrožení nemocí z povolání* – jde o takové změny zdravotního stavu, které dle Tučka (2005) vznikly za stejných podmínek jako nemoc z povolání, ale nedosahují stupně poškození zdravotního stavu posuzovaného jako nemoc z povolání. Povinností zaměstnavatele je respektovat doporučení lékaře o přerazení pracovníka a uhrazení doplatku za ztrátu na výdělku zaměstnanci (Tuček, 2005).

*Poškození zdraví z porušení právní odpovědnosti zaměstnavatele* – dle Brhela (2005) se jedná o poškození zdraví při konání pracovních úkolů následkem závad v pracovním prostředí působících delší dobu na zdravotní stav zaměstnance. Pokud pracovník prokáže porušení právní povinnosti ze strany zaměstnavatele a příčinnou souvislost mezi tímto porušením a vzniklou škodou, vzniká mu nárok na náhradu škody (Brhel, 2005).

### ***1.2.2 Poškození zdraví pracovníků v pomáhajících profesích***

Jak uvádí Židková (2005), současné pracovní procesy působí stále ve větší míře jak na fyzický, tak na psychický stav člověka. Zvyšující se požadavky na umění komunikace, nároky na řízení, či vysoká odpovědnost - nejen tyto aspekty zvyšují nároky na duševní činnost a ovlivňují zdraví pracovníků (Židková, 2005).

Velkou skupinu povolání, kde se častěji než v jiných typech zaměstnání vyskytuje stres a psychická zátěž, tvoří pomáhající profese. Mezi ně lze řadit povolání jako například zdravotní sestry, učitelé, psychologové, sociální pracovníci či duchovní

(Matoušek, 2003). Lidé vykonávající tento typ profese jsou dle Matouška (2003) ve zvýšené míře vystavováni určitým rizikům, z nichž nejzávažnější je syndrom vyhoření.

### *1.2.2.1 Stres*

V obecném pojetí pojem stres, jak uvádí Anders (2007), označuje reakci organismu na nadměrnou zátěž. Při zjednodušení lze jako stres označit vše, co člověka nutí přizpůsobovat se novým okolnostem a co mu nějakým způsobem působí přetížení (Anders, 2007).

Pro definici stresové situace je dle Křivohlavého (2003) důležitý poměr mezi mírou či intenzitou stresogenní situace (stresoru) a schopnostmi nebo možnostmi danou situaci zvládnout. O stresové situaci se dá mluvit jen v tom případě, pokud je míra intenzity stresorů vyšší než schopnost člověka tuto situaci zvládnout.

Stres související s pracovní činností je dle Evropské agentury pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci (článek „Stress“) jedním z nejzávažnějších problémů, kterým v dnešní době člověk v Evropě čelí. Stres při práci může vzniknout v jakémkoli odvětví či organizaci, vystaven mu je bezmála každý čtvrtý pracovník. Kallwass (2007) popisuje, že v polovině 19. století, kdy se běžně pracovalo 60 hodin týdně, pojem stres neexistoval, nebylo ho třeba. Dnes se tímto pojmem označuje moderní civilizační choroba. Neustálé extrémní zrychlování ve všech ohledech dnešní doby vyvolává nové stresové faktory a nové nemoci (Kallwass, 2007). Jak Kebza a Šolcová (2003) uvádějí, pracovní stres lze rozčlenit do několika kategorií, kterými jsou:

- problémy související s rolmi zastávanými jedincem (konflikty rolí),
- organizace práce (komunikační potíže či nejasné vymezení kompetencí),
- nároky spojené s obsahem práce (odpovědnost a pracovní zatížení),
- profesní perspektiva (nejasný kariérní postup, nevyužití kvalifikace),
- fyzické prostředí (hluk, teplota, prach a další faktory ovlivňující pracovní činnost).

Jak Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci v článku „Stress“ popisuje, změny ve světě práce kladou na pracovníky stále větší požadavky, a to z mnoha důvodů. Dochází ke snižování počtu pracovních míst, je nutné být stále



pružnější, co se týče dovedností a plnění úkolů, mnohem více se uzavírají smlouvy na dobu určitou, zaměstnání je stále nejistější a dochází ke zvyšování pracovní intenzity. Lidé se ocitají ve stresu, když si uvědomí, že požadavky na ně kladené jsou neúměrné prostředkům, které mají pro jejich splnění k dispozici. K faktorům ovlivňujícím stres při práci dále patří nedostatečná podpora ze strany kolegů nebo nadřízených, psychické či fyzické násilí na pracovišti nebo šikana (Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci – „Stress“).

Jak zmiňuje Wagnerová (2011), dalšími stresory, které se mohou negativním způsobem projevit v pracovní výkonnosti nebo zvýšené únavnosti zaměstnanců, jsou změněné pracovní podmínky, nedostatek soukromí, či přítomnost velkého množství osob. Jak Wagnerová (2011) popisuje, přítomnost mnoha dalších lidí ovlivňuje organismus i z fyziologického hlediska. Zjistilo se, že může dojít ke zvýšení krevního tlaku, či rychlosti srdečního tepu. Zásadním faktorem je však také naladění osob a jejich vztahy ve skupině – pokud jsou přátelské, zmíněné fyziologické reakce nejsou tak bouřlivé (Wagnerová, 2011).

Taktéž vlivem stísněných prostor dochází dle Wagnerové (2011) ke vzniku hypertenze. Pokud se k zavedení společných prostor přidá navíc omezení vstupu denního světla spolu se zvýšeným podílem umělého osvětlení v místnosti, nebo dokonce zavedení klimatizace bez přístupu čerstvého vzduchu do místnosti, lze počítat i s nižší imunitou pracovníků a zvýšeným sklonům k depresivní náladě (Wagnerová, 2011).

Podle Evropské agentury pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci (článek „Stress“) stres může být původcem špatných vztahů a nejrůznějších konfliktů na pracovišti i doma, může ohrožovat bezpečnost při práci a přispívat ke zdravotním problémům z povolání, například k muskuloskeletálním poruchám. Taktéž má významný dopad na celkové hospodářské výsledky organizací.

Dle Evropské observatoře pro pracovní podmínky (2005) mají velký vliv na schopnost vypořádat se se stresem individuální charakteristiky lidí, jako například osobnost, věk, gender, hodnoty či cíle člověka, stupeň vzdělání nebo rodinná situace. Tyto charakteristiky se mohou vzájemně ovlivňovat s rizikovými faktory v práci a buď zhoršovat, nebo naopak zmírňovat své účinky.

Jak je popsáno v článku „Stress“ Evropské agentury pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci, krátkodobý stres obvykle nezpůsobuje vážnější obtíže, naopak může být podnětem k tomu, aby lidé pracovali co nejlépe. Rizikovým faktorem pro bezpečnost a zdraví se stres stává v případě, že je dlouhodobý.

Kebza a Šolcová (2003) popisují, že kromě stresu vznikajícího působením rizikových faktorů v zaměstnání či nevyhovujících pracovních podmínek může dojít k rozvoji stresu také v mimopracovním prostředí. Jedná se převážně o problematiku chronických každodenních nepříjemností, neboli mikrostressorů a takzvaných životních událostí, mezi které lze zařadit změnu či ztrátu zaměstnání, nemoc, smrt partnera, rozvod, ale také například svatbu či těhotenství. Obě oblasti - pracovní i mimopracovní – se mohou stát zdrojem zdravotních rizik. Navíc přehnané požadavky a stresogenní podmínky v jedné z oblastí zasahují do druhé oblasti a také pozitivní objevující se v jedné oblasti mohou příznivým způsobem ovlivňovat oblast druhou (Kebza a Šolcová, 2003).

Ačkoliv je stres otázkou psychiky, promítá se také do tělesného zdraví. Na stránkách organizace Předsednictví pro profesní zdraví a bezpečnostní management v článku „Symptomy“ (2010) jsou uvedeny některé ze symptomů stresu zahrnující fyzické a psychické potíže a změny v chování.

Mezi *fyzické příznaky* lze zařadit kardio-vaskulární či gastrointestinální potíže, migrény, alergie, kožní nebo dýchací problémy, či problémy se spaním.

K *psychickým příznakům* patří deprese, úzkost, frustrace, problémy s koncentrací, rozhodováním, výpadky paměti či izolace.

Mezi příznaky spadající do *změn v chování* se řadí agresivita, konflikty, zneužití alkoholu, stravovací potíže, riziko úrazů, absence v zaměstnání či snížená produktivita (Organizace Předsednictví pro profesní zdraví a bezpečnostní management, 2010).

#### 1.2.2.2 Psychická zátěž

Jak popisuje Blažková (2008), psychická zátěž v pracovním prostředí patří mezi zkoumané a hodnocené faktory práce a pracovních podmínek. Dle Tučka (2005) lze

psychickou zátěž definovat jako proces psychického zpracování a vyrovnání se s nároky a vlivy pracovního a životního prostředí.

Štikar (2003) hovoří o třech formách psychické zátěže:

- *mentální zátěž*: vyplývá z nároků na zpracování informací, které kladou nároky na určité psychické procesy, a to zejména na paměť, pozornost, myšlení či rozhodování,
- *senzorická zátěž*: vychází z požadavků na činnost smyslových orgánů a odpovídajících struktur centrálního nervového systému,
- *emoční zátěž neboli psychosociální stres*: je důsledkem situací a požadavků, které vyvolávají afektivní odezvu na zátěžovou situaci.

Dlouholetým výzkumem a praxí byly identifikovány rizikové pracovní faktory související s výraznou psychickou pracovní zátěží (Blažková, 2008). Dle Nařízení vlády č. 523 z roku 2002, kterým se mění nařízení vlády č. 178/2001 Sb., kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví zaměstnanců při práci, se jedná o tyto činitele:

- *monotónní práce*, což je pracovní činnost, při které se opakují stále stejné úkolové či pohybové úkony a zaměstnanec má pouze omezenou možnost zasahovat do průběhu této činnosti,
- *práce ve vnuceném tempu*, kdy jde o takový způsob práce, při kterém si zaměstnanec nemůže volit pracovní tempo a jeho činnost je podřízena (rytmu zařízení či jiných osob),
- *pracovní činnost pod časovým tlakem*, kterou doprovází vysoké pracovní tempo a omezené možnosti přestávek či odpočinku,
- *problémy v rámci sociálních interakcí* a interpersonálních vztahů, kdy je práce spojená s vysokými nároky v oblasti jednání a vzájemné spolupráce mezi jednotlivci a dále činnosti, při kterých je pracovník vystaven interpersonálním konfliktům, negativním emocím či frustraci,
- *práce v třísměnném a nepřetržitém pracovním provozu*,
- *riziko ohrožení vlastního zdraví* či zdraví druhých osob (Nařízení vlády č. 523 z roku 2002).

Dalšími činiteli dle Baumruka (2001) jsou pracovní přetížení či naopak nevytíženost, kombinace velmi náročné práce a nízké míry kontroly nad ní nebo vysoké nároky na sociální integraci.

Jak Tuček (2005) uvádí, existují a hodnotí se ještě další vlivy a okolnosti vedoucí ke stresovým situacím a psychickému napětí. Příkladem těchto vlivů jsou:

- vlivy narušující soustředění při práci nevýhodné pro kvalitu práce i pro pracovníka (hluk, nevhodná teplota na pracovišti a další),
- organizační a hmotná odpovědnost, především u řídicích pracovníků a pracovníků s osobní hmotnou odpovědností. Dle Tučka (2005) se jedná o jeden z nejpodstatnějších činitelů související s prožíváním osobní jistoty nebo nejistoty v zaměstnání. Jak říká Tuček (2005), tlak pracovních povinností se projevuje zvýšenou angažovaností, soustavným psychickým napětím a starostmi přenášenými do mimopracovní doby,
- práce mající nároky na smyslové orgány,
- práce vykonávané na oddělených pracovištích či práce spojené se sociální izolací (Tuček, 2005).

Dle Wagnerové (2011) je důležité vědomí toho, že jednotlivé stresory na člověka působí kumulativně: pokud se totiž pohybují okolo hranice stresové odolnosti jedince – což se může projevit jeho sníženou výkonností, vyšší konfliktností či unavitelností, potom i nevýznamná změna může zapříčinit celkové selhání.

Důsledkem psychické zátěže může být, jak popisuje Tuček (2005), tělesná a psychická únava. Psychická únava je charakterizována dočasným zhoršováním duševní a funkční výkonnosti, kdy dochází k mentálnímu přesycení a snížené bdělosti. Následkem psychické zátěže může být diskomfort, který je více spjatý s tělesnými pocity, případně různé náladové a emoční stavy (Tuček, 2005). K trvalejším stavům dle Tučka (2005) lze řadit pracovní nespokojenost či syndrom vyhoření (burnout).

Dle Baumruka (2001) může dlouhodobá psychická zátěž vyústit v poškození zdraví, jako jsou některá psychosomatická onemocnění (například hypertenze či vředová choroba) nebo potíže v oblasti duševního zdraví.

### 1.2.2.3 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření je, jak popisuje Matoušek (2008a), soubor typických příznaků vznikajících u pracovníků v důsledku nezvládnutého pracovního stresu. Jak uvádí Jeklová a Reitmayerová (2006), některé definice syndrom popisují jako stav emočního, fyzického a mentálního vyčerpání. Toto onemocnění se vyskytuje dle Jeklové a Reitmayerové (2006) nejčastěji v profesích, označovaných jako pomáhající, kdy podstatnou složku pracovní náplně tvoří práce s druhými lidmi - například u sociálních pracovníků, pracovníků neziskového sektoru, ve zdravotnických profesích, či taktéž u dobrovolníků. Obecnou příčinou vzniku syndromu vyhoření jsou, jak uvádí Matoušek (2008a), zvláštní nároky, které na pracovníka klade intenzivní kontakt s lidmi využívajícími sociální služby.

Co se týče rizikových faktorů napomáhajících vzniku tohoto onemocnění, lze je dle Jeklové a Reitmayerové (2006) rozdělit do několika skupin. Významný vliv mezi nimi zaujímá zaměstnání a organizace práce, jež lze charakterizovat následujícími pojmy:

- příliš náročné pracovní podmínky,
- neuspokojivé ocenění práce vedením či klienty,
- nedostatek času, financí nebo personálu.

Riziková pracoviště z hlediska vzniku syndromu vyhoření jsou dle Matouška (2008a) ta pracoviště:

- kde se nevěnuje pozornost potřebám personálu,
- kde chybí supervize,
- kde zaměstnanec nemá možnost sdělit někomu zkušenému problémy, které ho při práci potkaly a poradit se o jejich řešení,
- ve kterých panuje soupeřivá atmosféra a rivalita,
- kde noví členové nejsou zaučeni zkušeným personálem.

Syndrom vyhoření je dle Kebzy a Šolcové (2003) charakterizován mnoha příznaky v psychické či fyzické rovině a na úrovni sociálních vztahů. K *psychickým příznakům* patří například depresivní ladění, pocity smutku, frustrace, utlumení celkové aktivity, projevy negativismu ke klientům či pacientům nebo sebelítost či přesvědčení o

vlastní bezcennosti. K *symptomům na fyzické úrovni* se řadí celková únava organismu, rychlá unavitelnost, bolesti hlavy či svalů, vegetativní obtíže nebo poruchy spánku (Kebza, Šolcová, 2003). V *oblasti sociálních vztahů* se jedná, jak uvádí Jeklová a Reitmayerová (2006), o ubývání angažovanosti a snahy pomáhat klientům, omezení kontaktů s klienty či kolegy, nedostatečná příprava k výkonu povolání či přibývání konfliktů v oblasti soukromí.

#### *1.2.2.4 Psychosomatická onemocnění*

Jak již bylo zmíněno v předcházejících kapitolách, stres a psychická zátěž často ovlivňují fyzické funkce organismu a mohou významným způsobem působit na zdravotní stav. Jak je uvedeno v článku „Psychosomatická onemocnění“ (Klinika GHC Praha, 2010), psychický stav člověka má výrazný vliv na vznik nemocí, souhrnně označovaných jako psychosomatická onemocnění. Příčinou obtíží je souběžné působení tělesné a psychické složky, jedním z hlavních původců je nadměrný vliv stresu. Psychické potíže se po určitém čase převádí do somatických neboli tělesných projevů. (Klinika GHC Praha – „Psychosomatická onemocnění“, 2010). Vztah mezi psychikou a nemocemi je typický například u vzniku záchvatů při průduškovém astmatu, ekzémů, žaludečních vředů, či různých zánětlivých chorob (Klinika GHC Praha, 2010).

Souvislost mezi stresem a somatickými potížemi popisují Schnack a Schnacková (2006), kteří uvádějí několik příkladů:

- stres lidské tělo připravuje o kyslík, potřebný k optimální funkci srdce, mozku a pohybového aparátu,
- třetina všech bolestí zad je zapříčiněná stresem,
- stres oslabuje imunitní systém a zvyšuje náchylnost k alergiím,
- dlouhodobý stres narušuje přirozený obranný mechanismus a snižuje schopnost regenerace (Schnack a Schnacková, 2006).

Příznaky vyskytující se u psychosomatických onemocnění se dle informací Kliniky GHC Praha (2010) různí: projevy mohou být typické jak pro konkrétní onemocnění (astma, vředová choroba žaludku), ale taktéž se mohou vyskytovat jakožto jednotlivé symptomy, kterým zdánlivě chybí vyvolávající příčina. Typickým příznakem mohou

být chronické bolesti hlavy, zad nebo břicha, chronická únava, bušení srdce, dušnost, nechutenství či naopak nadměrná chuť k jídlu, ekzémy, nespavost, nebo zažívací obtíže. Psychosomatická onemocnění mohou navíc zhoršovat společenské uplatnění (Klinika GHC Praha, 2010).

Jak popisují stránky Kliniky GHC Praha, 2010, při léčbě těchto onemocnění je nezbytný komplexní přístup, kdy je třeba se kromě nápravy somatických potíží soustředit i na psychickou stránku nemocného. Největší místo zde zaujímá psychoterapie.

Podle údajů v článku Psychosomatická onemocnění (2010) je základem v prevenci psychosomatických onemocnění především duševní hygiena a správná životospráva. Důležité je omezit působení stresu, včas řešit zatěžující životní situace a v neposlední řadě se naučit odpočívat a relaxovat (Klinika GHC Praha, 2010).

### **1.3 Prevence pracovní zátěže a optimalizace pracovních podmínek**

Vzhledem k dopadu pracovní zátěže na fyzické a psychické zdraví lidí je velmi prospěšné a efektivní usilovat o prevenci negativního vlivu fyzické či psychické zátěže a stresu na zdravotní stav zaměstnanců. Za tímto účelem je vhodné na pracovišti uskutečňovat některá ze strategických opatření (organizace Předsednictví pro profesní zdraví a bezpečnostní management - „Primární prevence“, 2010):

- pravidelná setkání pracovních týmů (pro zlepšování vztahů mezi zaměstnanci a nadřízenými, odstraňování konfliktů na pracovišti, ocenění práce zaměstnanců a podobně),
- provádění ročního hodnocení zaměstnanců (umožňuje vyjasnění pracovních rolí, či odpovědnosti zaměstnanců),
- rozpoznávání a oceňování skvělé práce zaměstnanců (podpora duševní rovnováhy zaměstnanců),
- zapojení zaměstnanců do plánování jejich kariérního postupu (rozpoznávání silných a slabých stránek pro kvalitnější řízení jejich kariéry),

- nastavení flexibilní pracovní doby a režimu práce (umožnění sladit pracovní a soukromý život),
- pozitivní ovlivnění faktorů pracovního prostředí - počet zaměstnanců na daném místě, mikroklimatické podmínky, osvětlení či fyzická zátěž (Předsednictví pro profesní zdraví a bezpečnostní management - „Primární prevence“, 2010),
- dalším opatřením je dle Koubka (2007) prostorové řešení pracoviště jako vhodná výška pracovní plochy s možností přizpůsobení pracovníkovi, vhodná pracovní poloha, optimální zorné podmínky pro práci či pohodlný přístup na pracoviště a pohodlný a bezpečný pohyb po něm, (Koubek, 2007),
- respektování individuálních potřeb pracovníků, umožnění zaměstnancům podílet se na rozhodování či vytváření a zavádění programů podpory celkového zdraví zaměstnanců (zdravé stravování, fyzické cvičení a další),
- relaxační techniky umožňující snižovat vzniklé napětí,
- podpora při změně životního stylu - semináře na téma zvládání konfliktů, stresu (organizace Předsednictví pro profesní zdraví a bezpečnostní management – „Sekundární prevence“, 2010),
- dalším opatřením uvedeným Evropskou agenturou pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci v článku „Stress“ je jasné vymezení pracovních úkolů a povinností, poskytnutí prostoru pro sociální interakce nebo umožnění zaměstnancům podávat stížnosti.

Uvedená opatření mohou být kvalitní pomocí při prevenci i nápravě problematiky stresu a psychické zátěže na pracovišti, taktéž jsou vhodným řešením v případě syndromu vyhoření (Matoušek, 2008a). V rámci prevence syndromu vyhoření lze uvést dle Matouška (2008a) ještě několik dalších doporučení, kterými jsou:

- jasná definice poslání organizace, role pracovníka a jeho náplně práce,
- systém zácviku nových pracovníků,
- kombinace přímé práce s klienty s dalšími činnostmi nezahrnujícími přímou práci,
- průběžná supervize,
- programy pro osobní rozvoj a podpora dalšího vzdělávání pracovníků.



Podpora ochrany zdraví na pracovišti je dle informací Evropské agentury pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci (Podpora zdraví na pracovišti) výsledek společné snahy zaměstnavatelů, zaměstnanců i společnosti s cílem podpořit a zlepšit zdravotní stav a celkovou pohodu lidí při práci. Vytvoření lepších a zdravějších podmínek pro zaměstnance a ochrana zdraví lidí v pracovním procesu s sebou nese velké množství pozitiv, jako například snížení fluktuace zaměstnanců či jejich pracovní neschopnosti, zvýšení motivace a produktivity pracovníků a taktéž i zlepšení obrazu zaměstnavatele jakožto organizace, která pečuje o své pracovníky (Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci).

#### **1.4 Bezpečnost a ochrana zdraví při práci (BOZP)**

Prevence pracovní zátěže je součástí široké oblasti zvané Bezpečnost a ochrana zdraví při práci. Tento obor lze definovat jakožto souhrn opatření stanovených legislativou a zaměstnavatelem mající za cíl zabránit vzniku poškození lidského zdraví v pracovním procesu. Oblast bezpečnosti a ochrany zdraví při práci se zabývá ochranou a péčí o lidské a další zdroje na pracovišti (stránky Evropské agentury pro BOZP – článek Help).

Dle údajů Evropské komise je významným cílem bezpečnosti a ochrany zdraví při práci zvyšování kvality pracovního prostředí, protože jen bezpečné a zdravé pracovní prostředí vytváří předpoklady pro odvádění kvalitní práce. V dnešní době se jedná o jedno z nejpropracovanějších odvětví v rámci sociální politiky Evropské unie (EC).

Základními úkoly, které dle Štikara (2003) patří k zajišťování bezpečnosti práce na pracovištích, jsou vyhledávání, hodnocení a prevence rizik pracovního prostředí, zahrnující analýzu pracovní činnosti se zaměřením zejména na zjišťování příčin nehodovosti a úrazovosti a uspořádání pracovního procesu a podmínek. Tato opatření vycházející z právních a ostatních předpisů k zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví při práci a z opatření zaměstnavatele mají dle Zákoníku práce (2006) za cíl předcházet rizikům, odstraňovat je či minimalizovat vliv neodstranitelných rizik.

Jednou z nejvýznamnějších institucí v rámci Evropské unie, která se zabývá bezpečností a ochranou zdraví při práci, je Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci. Cílem agentury je, jak je zmiňováno na webových stránkách Evropské unie (článek „Agencies and other EU bodies“), shromažďovat a sdílet informace a znalosti týkající se bezpečnosti a ochrany zdraví při práci se zaměřením především na oblast prevence rizik při práci. Ve spolupráci s Evropskou komisí a dalšími institucemi organizuje množství informačních kampaní, poradenství a vede aktivní publikační program pokrývající široký okruh problematiky bezpečnosti a ochrany zdraví při práci (European Union).

### **1.5 Duševní hygiena a její význam**

V kapitole o prevenci pracovní zátěže byl uveden soubor opatření popisující, jak v rámci pracovní činnosti předcházet či zamezovat negativnímu vlivu mnoha faktorů, vyskytující se v pracovním prostředí. V těchto doporučeních je často nutný zásah zaměstnavatele či jeho kooperace se zaměstnanci. Sám pracovník však může vlastním úsilím a činnostmi dosáhnout toho, aby se udržoval v dobrém fyzickém i psychickém stavu a měl dostatek sil a energie pro výkon svého povolání.

V případech pomáhajících profesí může být jejich vykonávání dle Jankovského (2003) často spjato s množstvím obtíží, problémů či zklamání. Jak Kopřiva (2006) popisuje, pomáhání je činnost značně náročná na energii, proto je zde potřeba více než v jiných profesích pamatovat na hospodaření se silami a na jejich regeneraci. Pomáhající pracovníci by měli věnovat péči jak své duši, tak i svému tělu (Kopřiva, 2006). Jedním z opatření, jak toho docílit, je dodržovat zásady duševní hygieny.

Duševní hygiena neboli psychohygiena je dle Čeledové (2010) systém pravidel a rad vedoucích k udržení, prohloubení či znovuzískání duševní rovnováhy. Slouží k poznatkům o tom, jak si chránit a upevňovat duševní zdraví a jak zvyšovat odolnost vůči nejrůznějším škodlivým vlivům (Čeledová, 2010). Jak popisuje Čeledová (2010), duševní hygiena zahrnuje zásady životosprávy, řešení konfliktů a životních situací nebo zvládání psychického napětí, emocí či stresových situací v osobním i profesním životě.

Do systému duševní hygieny patří, jak uvádí Kukačka (2010), samozřejmě relaxace a odpočinek. Dle Kukačky (2010) se relaxací rozumí hluboké uvolnění, které vědomě odstraňuje zbytečné tělesné a psychické napětí. Je předpokladem udržení dobrého zdravotního stavu, protože oslabená psychika může být zdrojem celkové únavy a nemocí (Kukačka, 2010). Relaxace se dělí, jak popisuje Kukačka (2010), na fyzickou a psychickou a oba druhy dále na aktivní a pasivní. Do aktivní fyzické relaxace lze zařadit například jógu nebo tai-či, do pasivní masáže, akupunkturu nebo aromaterapii. Aktivní psychická relaxace zahrnuje nejruznější dechová cvičení, meditaci či autogenní trénink, do pasivní spadá například poslech hudby nebo využívání vlivu kulturních či přírodních podnětů na lidský organismus (Kukačka, 2010).

## **1.6 Zdraví**

Zdraví patří, jak zmiňuje Kebza (2005), mezi nejvýznamnější hodnoty života každého člověka, v celé historii lidské kultury je zdraví trvale stavěno na přední místo v hierarchii hodnot. Dle Kebzy (2005) je to nejen proto, že umožňuje naplnění života, dosažení a udržení stavu spokojenosti a štěstí, ale taktéž plnohodnotné uplatnění ve společnosti.

### **1.6.1 Definice zdraví**

V současnosti je možné se setkat dle Čeledové (2010) s velmi pestrou škálou pojetí zdraví, kdy postupně vznikaly a vyvíjely se jeho definice.

Jak uvádí Nováková (2011), zdraví je možno chápat jakožto stav optimální tělesné, duševní a sociální pohody při současném zachování všech životních funkcí, rolí ve společnosti a schopnosti organismu přizpůsobovat se měnícím se podmínkám prostředí. Stedman (1990) popisuje zdraví jako takový stav organismu, kdy organismus funguje optimálním způsobem bez známek nemoci či abnormality.

Pravděpodobně nejznámější definice zdraví je publikována Světovou zdravotnickou organizací. Dle Světové zdravotnické organizace (server WHO, 2012) je zdraví definováno jako „Stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody a ne pouze

nepřítomnost nemoci nebo vady“ (6). Tato definice, jak uvádí Bártlová (2005), pokládá lidské zdraví za složitý systém vymezený třemi vzájemně rovnocennými složkami - tělesnou, duševní a sociální, tvořícími společně se svým okolím dynamický celek.

Bylo by možné zmínit mnoho dalších definic či pojetí zdraví, například Taylor a Field popisují, že zdraví je něco více než nepřítomnost nemoci, je to prostředek každodenního žití (Taylor a Field, 2007).

### **1.6.2 Faktory ovlivňující zdraví**

Ke zdraví nelze, jak popisuje Kebza (2005), přistupovat jako k izolovanému jevu, ale jeho stav je vždy výsledkem interakce člověka s prostředím. Jedná se o prostředí přírodní, civilizační - s postupným rozvojem vědy, techniky, průmyslu, ekonomiky a s nimi souvisejícího životního stylu a samozřejmě prostředí společenské (Kebza, 2005). Zásadní roli této interakce s velkým dopadem na zdraví sehrává dle Kebzy (2005) právě životní styl každého člověka. Ten se řadí mezi podstatné determinanty zdraví (viz dále) a jeho hlavní prvky (například fyzická aktivita, práce, nezaměstnanost či duševní pohoda) zásadním způsobem ovlivňují vývoj zdravotního stavu (Kebza, 2005).

Kromě životního stylu má, jak popisuje Hartl a Hartlová (2000), významný vliv na zdravotní stav člověka úroveň poskytované zdravotní péče a vnější vlivy, jako jsou znečištěné životní prostředí a sociální vlivy, včetně úrovně vzdělání.

Zdraví je základní lidskou potřebou, cennou individuální i sociální hodnotou, která výrazným způsobem ovlivňuje kvalitu života a taktéž hodnotou zasluhující si celospolečenskou ochranu (Čeledová, 2010). Jak uvádí Čeledová (2010), k dosažení co nejlepšího zdraví je velmi důležitá prevence, diagnostika a terapie, avšak zdravotnické služby ho samy o sobě nezajistí. Na zdraví proto není možné dle Bártlové a Matulaye (2009) nahlížet jako na pojem výlučně medicínský, ale je nutno chápat ho jako kategorii široce humánní, podmíněnou tím, do jaké míry dokážou k ochraně, udržení a rozvíjení vlastního zdraví přispívat jednotlivci a jakou podporu najdou u ostatních lidí v celé společnosti.

### ***1.6.3 Sociální determinanty zdraví***

V posledních desetiletích je, jak uvádí Bártlová (2005), přijímán názor, že zdraví stejně jako nemoc má multifaktoriální, bio-psycho-sociální základ. Nejen jednotlivé faktory životního prostředí, ale zvláště jejich vzájemné interakce s organismem člověka a jeho způsobem života ovlivňují lidské zdraví, utvářejí pocit osobní pohody a podílejí se na délce a kvalitě života. Taktéž však mohou zapříčiňovat nemoci nebo napomáhat jejich rozvoji (Bártlová, 2005). Zmíněné faktory se nazývají determinanty zdraví.

Jak zmiňuje Bártlová (2005), postupem času je přesouván zájem od hledání rizikových faktorů a prevence chorob k nacházení faktorů, které pomáhají udržet zdraví. Oba dva přístupy, bránění vzniku chorob a podpora zdraví, se vzájemně doplňují.

Podobnou charakteristiku determinant zdraví uvádí Ivanová (2010). Ta popisuje determinanty zdraví jakožto faktory neboli příčiny a podmínky, které komplexním způsobem působí na zdraví člověka. Určitým způsobem a do jisté míry na lidské zdraví působí pozitivně - chrání ho a upevňují, nebo na něj naopak působí negativně - ohrožují ho a napomáhají vzniku nemocí (Ivanová, 2010).

Determinanty zdraví byly dle Čeledové (2010) rozděleny na vnitřní a zevní. Mezi vnitřní patří dědičné neboli genetické faktory, výbava, kterou každý jedinec získává od svých rodičů. Tento genetický základ je však ovlivňován dalšími determinantami, kterými jsou socioekonomické a životní prostředí, životní styl a kvalita zdravotní péče (Čeledová, 2010). Jak zmiňují Janečková s Hnilicovou (2009), později byly některé z determinant, zejména sociálně-ekonomické faktory prostředí a životní styl, spojeny do jedné kategorie sociálních determinant zdraví.

Sociální determinanty zdraví jsou dle Světové zdravotnické organizace (2012) podmínky, ve kterých se lidé rodí, vyrůstají, žijí, pracují a stárnou. Na utváření a proměňování těchto podmínek má vliv distribuce peněz, moci a zdrojů na celosvětové, národní i místní úrovni. Jsou to převážně sociální determinanty zdraví, které jsou zodpovědné za nerovnosti ve zdraví- nespravedlivé a odvratitelné rozdíly ve zdravotním postavení mezi jednotlivými zeměmi a uvnitř nich (Světová zdravotnická organizace, 2012).

Sociální determinanty zdraví patří dle Janečkové a Hnilicové (2009) k dominantním tématům Světové zdravotnické organizace od počátku osmdesátých let minulého století, kdy byla poprvé publikována zpráva o jejich vlivu na zdraví. Výsledky zprávy prokázaly přímý dopad nedostatečného vzdělání, nízkých příjmů, nevyhovujícího bydlení či například rizikového pracovního prostředí na zdraví jedince. Navíc bylo zjištěno, že se zmíněné faktory vyskytují v populaci současně a vzájemně se podmiňují (Janečková a Hnilicová, 2009).

Jak popisuje Janečková s Hnilicovou (2009), sociální determinanty se staly součástí všech zásadních dokumentů Světové zdravotnické organizace s cílem snižovat sociální nerovnosti ve zdraví. V době, kdy medicína umožňuje vyléčit řadu chorob a prodloužit lidský život, jsou nerovné sociální faktory jediným důvodem bránícím velkému počtu lidí získat zdravotní péči a uzdravit se. Navíc se předpokládá, jak též popisuje Světová zdravotnická organizace, že tyto faktory je možné překonat a odstranit a nerovnosti ve zdraví lze tedy pokládat za nespravedlivé (Janečková a Hnilicová, 2009).

Wilkinson a Marmot (2005) uvádějí celkem deset sociálních determinant zdraví: sociální gradient, stres, dětství, sociální vyloučení, práce, nezaměstnanost, sociální opora, závislosti, výživa a doprava.

*Sociální gradient* – dle Wilkinsona a Marmota (2005) sociální a ekonomické podmínky ovlivňují zdraví po celý život. Lidé postavení níže na sociálním žebříčku mají mnohem větší riziko závažného onemocnění či předčasného úmrtí než jedinci jsoucí na vrcholu sociální hierarchie. Dle Čeledové a Čevely (2010) se sociální gradient týká celé společnosti, protože jak materiální, tak sociální rozdíly napomáhají rozdílnému výskytu nemocí a úmrtnosti napříč různými sociálními skupinami.

*Stres* – sociální a psychologické podmínky, například pocity úzkosti, nejistoty či nedostatek kontroly nad vlastní prací mohou, jak uvádějí Wilkinson a Marmot (2005), zapříčinit dlouhodobý stres. Tato a mnohá další psychosociální rizika se v průběhu života sčítají a navyšují pravděpodobnost špatného zdraví a předčasného úmrtí (Wilkinson a Marmota, 2005).

*Dětství* – již v raném dětství se, jak popisuje Čeledová a Čevela (2010), vytvářejí základy pro zdraví v dospělosti a důsledky tohoto vývoje se ve zdravotním stavu

odrážejí po celý život. Chudé emoční rodinné zázemí či nevhodné životní návyky související se zdravím, které jedinec získal v dětství, často vedou ke zdravotním problémům v dospělosti (Čeledová a Čevela, 2010).

*Sociální vyloučení* – podle Čeledové a Čevely (2010) má sociální vyloučení společně s chudobou zásadní vliv na zdraví a předčasná úmrtí. Vyloučení ze společenského života vede ke zhoršování zdravotního stavu, vzrůstá riziko onemocnění, invalidizace či sociální izolace. Čím déle lidé žijí ve znevýhodňujících podmínkách, tím pravděpodobnější je výskyt širokého okruhu zdravotních potíží (Čeledová a Čevela, 2010).

*Práce* – psychosociální prostředí v práci je významnou determinantou zdraví. Jak říká Wilkinson a Marmot (2005), lidé s větší kontrolou nad vlastní prací jsou na tom po zdravotní stránce lépe než lidé, potýkající se na pracovišti se stresujícími situacemi. Ti jsou více ohroženi vznikem různých onemocnění.

*Nezaměstnanost* – nezaměstnanost představuje dle Čeledové a Čevely (2010) zvýšené zdravotní riziko v oblastech, kde je celkový stupeň nezaměstnanosti vysoký. Lidé bez zaměstnání i jejich rodiny jsou mnohem častěji ohroženi jak nemocemi, tak předčasným úmrtím.

*Sociální opora* – Wilkinson a Marmot (2005) uvádějí, že determinanta sociální opory spolu s dobrými sociálními vztahy zásadním způsobem přispívají ke zdraví a taktéž mohou podporovat zdravější způsoby chování. Lidé, kteří nemají dostatek sociální a emocionální podpory, trpí více zdravotními problémy a mají méně duševní pohody.

*Závislosti* – jakýkoliv typ závislosti je pro zdraví škodlivý, závislost na alkoholu, kouření či užívání drog jsou dle Čeledové a Čevely (2010) úzce spojeny s ekonomickým a sociálním znevýhodněním a poškozováním zdraví.

*Výživa* – správné stravovací návyky mají, jak popisuje Čeledová a Čevela (2010), podstatný význam pro podporu zdravotního stavu. Nedostatek či rovněž nadbytek potravin či špatné složení jídelníčku způsobují zdravotní potíže až předčasná úmrtí (Čeledová a Čevela, 2010).

*Doprava* – zdravá doprava znamená, jak zmiňuje Wilkinson a Marmot (2005), omezenější používání automobilů, více chůze a jízdy na kole se současnou podporou

kvalitnější veřejné dopravy. Vyjma automobilů zmíněné dopravní prostředky podporují zdraví několika způsoby – posilují sociální kontakty v ulicích, jsou formou cvičení, snižují počet smrtelných nehod a omezují znečištěnost ovzduší. Sociální izolace vznikající využíváním automobilů a omezené interakce v komunitách jsou výrazně spojovány se zhoršováním zdravotního stavu (Wilkinson a Marmot, 2005).

#### *1.6.3.1 Sociální determinanta práce*

Pro účely této práce podrobněji charakterizují sociální determinantu *práce*. Dle Wilkinsona a Marmota (2005) je skutečnost, že člověk má práci, pro jeho zdraví lepší, než když je nezaměstnaný. Avšak sociální organizace práce, způsoby řízení a vztahy mezi zaměstnanci na pracovišti mají taktéž zdravotní dopady. Stres v práci zaujímá, jak uvádějí Wilkinson a Marmot (2005), významnou pozici při vysvětlování značných rozdílů ve zdravotním stavu, nepřítomnosti v zaměstnání v důsledku nemoci a ve výskytu předčasných úmrtí v závislosti na sociálním statusu. Wilkinson a Marmot (2005) dále popisují výsledky některých evropských studií zaměřených na pracovní prostředí. Ty prokázaly zhoršování zdravotního stavu u lidí, kteří mohou pouze omezeně využívat své dovednosti a mají jen minimální možnost uplatnit svoji rozhodovací pravomoc.

Studie, které uvádějí Wilkinson a Marmot (2005), také zkoumaly roli nároků, které jsou prací kladeny. Některé z nich prokázaly vztah mezi nároky a kontrolou, kdy profese s vysokými nároky a zároveň nízkým stupněm kontroly představují zvýšené riziko. Wilkinson a Marmot (2005) dále poukazují na to, že člověk získávající neadekvátní odměnu (peníze, status, sebehodnocení) za námahu vynaloženou v zaměstnání je ve větší míře ohrožen vznikem kardiovaskulárních onemocnění než ten, kdo je s odměnou za vykonanou práci spokojen.

Dle Čeledové (2010) je důležitou součástí determinanty práce spokojenost s pracovní činností, kdy nejisté či výrazně neuspokojující zaměstnání má podobně nepříznivé dopady na zdravotní stav jako samotná nezaměstnanost.

Jak popisuje Wilkinson a Marmot (2005), rovnováha mezi zdravím a produktivitou práce neexistuje. Lze však vytvořit efektivní cyklus, kdy bude možné díky zdokonalení



pracovních podmínek dosáhnout zlepšení zdravotního stavu zaměstnanců, což povede ke zlepšení pracovního výkonu a vytváření zdravějších pracovních podmínek (Wilkinson a Marmot, 2005).

Dalším krokem pro zkvalitnění pracovní činnosti zaměstnanců je dle Wilkinsona a Marmota (2005) umožnit každému z nich mít určitý podíl na rozhodování. Jednotliví pracovníci by měli dostat možnost podílet se na vytváření a zlepšování svého pracovního prostředí, čímž by získávali větší kontrolu, prostor a více příležitostí k osobnímu růstu v práci (Wilkinson a Marmot, 2005).

## **1.7 Sociální práce**

V rámci této diplomové práce jsem měla možnost provést výzkum hodnotící vliv práce na zdraví u nepřeberného množství povolání. Z důvodu studia sociální práce, předpokladu, že profesi sociálního pracovníka budu pravděpodobně v budoucnu vykonávat a již pouhého zájmu o to, jak tuto profesi hodnotí lidé mající s ní praktické zkušenosti, jsem si téměř bez váhání vybrala povolání sociálního pracovníka a respondenty z jeho řad jakožto objekt mého zkoumání.

### ***1.7.1 Sociální práce jakožto pomáhající profese***

Jak popisuje Kopřiva (2006), existuje řada povolání, jejichž klíčovou náplní je pomáhat lidem. Takovéto typy profesí jsou obecně označovány jako pomáhající profese a dle Kopřivy (2006) lze mezi ně řadit například lékaře, zdravotní sestry, sociální pracovníky, pečovatele, pedagogy či psychology. Dle Jankovského (2003) služba druhým lidem vyžaduje od těch, kteří ji poskytují, odborné vzdělání, jisté osobnostní dispozice a nezřídka také ochotu přinášet oběti. Často je uváděn názor, že v tomto typu profese je právě osobnost hlavní nástroj pracovníka (Kopřiva, 2006). Na rozdíl od jiných povolání je, jak popisuje Kopřiva (2006), v pomáhajících profesích dalším významným prvkem lidský vztah mezi pomáhajícím pracovníkem a jeho klientem. Jak říká Matoušek (2008b), pomáhající profese kladou na pracovníky množství specifických nároků,

jakými jsou například fyzická či psychická zdatnost, inteligence, důvěryhodnost, komunikační dovednosti a v neposlední řadě empatie.

Sociální práce jako profese se tedy řadí, jak zmínil Kopřiva (2006), mezi pomáhající profese. Jak uvádí Společnost sociálních pracovníků ČR (článek „Historie“), historické počátky sociální práce vycházely z činnosti filantropických a charitativních organizací a zapálených jedinců minulého století. Dle Matouška (2007) byla sociální práce jako cílená pomoc potřebným typická pro péči o chudé v kláštorech, „špitálech“ či „Božích domech“, útulcích pro chudé a sirotky a v dalších zařízeních. V moderním pojetí se začala rozvíjet až ve 20. století.

Jak říká Řezníček (1994), specifikem profese sociální práce je potřeba osobního nasazení pracovníků při řešení problémů klientů. Princip takzvaného kontrolovaného osobního zaujetí společně s nutností hodnotové neutrality kladou obrovské nároky na duševní rovnováhu a výkonovou výdrž sociálních pracovníků (Řezníček). Velkým vnitřním rozporem této profese je dle Řezníčka (1994) skutečnost, že na sebe sociální pracovníci nemohou natrvalo přenést řešení problémů lidí, se kterými pracují a mohou jim jen zčásti a dočasně pomoci. V případě nespolupracujících klientů tedy nelze dosáhnout potřebných výsledků. Pomoc klientům je nicméně posláním sociální práce (Řezníček).

Jak popisuje Matoušek (2007), sociální práce se realizuje především v sociálních službách a jejich prostřednictvím.

Sociální služby jsou poskytovány dle Matouška (2011) lidem společensky znevýhodněným s cílem zlepšit kvalitu jejich života, popřípadě je v co nejvyšší míře začlenit do společnosti, nebo chránit společnost před určitými riziky, která jsou spojena s těmito lidmi.

### ***1.7.2 Sociální pracovník***

Jak zmiňuje Společnost sociálních pracovníků ČR, profese sociálního pracovníka patří k poměrně mladým povoláním vytvářeným tak, jak dochází ke změnám ve společnosti, k pokroku vědy či rozvoji hospodářství. Vznik této profese je datován na konec 19. a počátek 20. století.

Profesionální sociální pracovníci poskytují informace a rady, zastupují, pracují s klienty a poskytují jim specializované služby (Matoušek, 2007). Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách jmenuje širokou škálu úkolů zabezpečovaných sociálním pracovníkem. Patří mezi ně například výkon sociálních šetření, zajišťování sociální agendy, sociálně právní poradenství, analytická, metodická a koncepční činnost v sociální oblasti, poskytování krizové pomoci či depistážní činnost. Zákon o sociálních službách (2008) dále uvádí předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka. Jsou jimi způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost a zdravotní a odborná způsobilost. Odbornost sociálního pracovníka se dle Matouška (2007) vyznačuje tím, že je schopný se znalostmi základů psychologie, sociologie, zdravotní a sociální politiky a práva určovat konkrétní potřeby lidí a navrhnout řešení.

Jak uvádí Řezníček (1994), sociální pracovník je povinen respektovat základní lidská práva, osobní svobodu, uznávat zásadu svobodného rozhodování klientů a mít smysl pro sociální spravedlnost. Dle Řezníčka (1994) se ze strany sociálního pracovníka ve vztahu ke klientovi předpokládá empatie, vřelost a opravdovost. Rovněž důležitý je vhled do klientovy situace, vstřícnost a respekt vůči němu a také jednoznačná komunikace. Jen tak může být vztah s klienty funkční a motivovat je ke spolupráci (Řezníček, 1994).

## **2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY**

### **2.1 Cíl práce**

Cílem diplomové práce je v první řadě zmapovat vliv práce na zdravotní stav sociálních pracovníků. Dalším cílem je zjistit, k jakým změnám zdravotního stavu po fyzické či psychické stránce u sociálních pracovníků dochází.

### **2.2 Hypotézy**

Na základě vymezených cílů byla stanovena následující hypotéza:

Hypotéza 1

Sociální pracovníci pociťují zdravotní obtíže více po psychické než fyzické stránce.

## **3 METODIKA**

### **3.1 Použitá metoda**

Výzkumné šetření v rámci této práce bylo provedeno metodou kvantitativního výzkumu, pro sběr primárních dat byla použita metoda dotazování, technika dotazníku. Jak uvádí Disman (2007), dotazník je vysoce účinná technika, která může relativně snadno získat informace od většího počtu respondentů v poměrně krátkém časovém úseku. Dotazník klade vysoké požadavky na ochotu dotazovaných, nevýhodou této techniky je navíc snadné přeskočení otázky či její nezodpovězení vůbec (Disman, 2007).

Vytvořený dotazník (Příloha č. 1) celkově obsahoval 32 otázek, nejčastěji byly použity otázky uzavřené (16 otázek), dále polootevřené (13 otázek) a otevřené (3 otázky). Dotazník je složen z otázek identifikačních a otázek týkající se problematiky zkoumané v diplomové práci. Respondenti měli vybrat z nabízených možností či vypsát odpověď vlastní. Vypsání odpovědi byly dále kategorizovány. Některé z otázek použité v dotazníku byly převzaty z výzkumu COST OC 10031, který prováděl výzkumný tým Doc. Mgr. et Mgr. Jitky Vackové, Ph.D. (konkrétně se jedná o otázky 16 – 21). Dotazník byl anonymní.

Dotazníky byly distribuovány prostřednictvím internetu či osobně návštěvou zařízení a dále jejich předáním či přeposláním mezi sociálními pracovníky navzájem.

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor je tvořen sociálními pracovníky ze čtyř krajů České republiky (Jihočeský kraj, Středočeský kraj, Kraj Vysočina a Hlavní město Praha) bez ohledu na pohlaví, věk, typ zařízení, ve kterém jsou zaměstnáni, či cílovou skupinu, se kterou pracují. návratnost dotazníků není možné v tomto případě určit, jelikož nelze přesně zjistit, kolika potenciálním respondentům byl dotazník přeposlán v rámci spolupráce sociálních pracovníků uvnitř organizací a úřadů. K výzkumu bylo celkově navraceno

184 dotazníků, z nichž osm nemohlo být použito z důvodu nedostatečného vyplnění. Pro výzkum bylo tedy využito 176 dotazníků, tj. 95,7 %.

Výběr výzkumného souboru nebyl reprezentativní, závěry výzkumu proto nelze generalizovat na celou populaci.

### **3.3 Zpracování výsledných dat**

Data byla zadána a zpracována v programu SPSS verze 16,0. (Statistical Package for Social Science) a Microsoft Office Excel 2007. Získaná data byla vyhodnocena a zpracována pomocí grafů a tabulek v absolutních číslech a procentech.

Data získaná výzkumem byla statisticky zpracována pomocí následujících statistických metod, popsanych dle Vackové (2012).

- Pearson chí-kvadrát test na dohodnuté hladině významnosti  $\alpha \leq 0,05$ .
- Analýza adjustovaných reziduí, která stanovuje významnost odchylek dat a očekávaných hodnot a pomocí níž lze sledovat signifikantní vztahy v kontingenční tabulce. V textu je znázorněná prostřednictvím znaménkových schémat.
- Vícerozměrná korespondenční analýza s hlavním výstupem ve formě grafu, zobrazující kategorie proměnných v rovině. Kategorie zobrazené blízko sebe spolu vzájemně velmi souvisí (Vacková, 2012).

## 4 VÝSLEDKY

### 4.1 Popisná statistika

K vyhodnocení výzkumného šetření byla použita popisná statistika ve formě četnostních tabulek, zajímavé vztahy jsou zobrazeny prostřednictvím kontingenčních tabulek. Výsledky jsou dále znázorněny v podobě grafů. Získaná data byla zadána a zpracována v programu SPSS verzi 16,0 (Statistical Package for Social Science) a Microsoft Office Excel 2007.

#### *Otázka č. 1: Pohlaví*

Tabulka 1 Četnostní tabulka zobrazující zastoupení pohlaví

Pohlaví	Četnost	Validní procenta
Žena	161	91,5
Muž	15	8,5
Celkem	176	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 1 zaznamenává počet respondentů. Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 176 osob (100 %), z toho bylo 161 žen (91,5 %) a 15 mužů (8,5 %).

## Otázka č. 2: Věk

Tabulka 2 Četnostní tabulka zobrazující věkové rozložení

Věk	Četnost	Validní procenta
18 - 25 let	11	6,3
26 - 35 let	104	59,1
36 - 45 let	39	22,2
46 - 55 let	16	9,1
56 let a více	6	3,4
Celkem	176	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 2 zachycuje věkové rozložení respondentů. Z odpovědí dotazovaných uvádějící jejich věk jsem utvořila pět skupin s věkovými rozmezími. Z celkového počtu 176 (100 %) nejvíce respondentů, 104 (59,1 %), zastupuje věkovou skupinu 26 – 35 let. Druhou nejpočetnější skupinou je kategorie 36 – 45 let, která čítá 39 dotazovaných (22,2 %). Nejméně osob, 6 (3,4 %), bylo ve věkové skupině 56 let a více. Přehledně uvedeno v grafu 1.

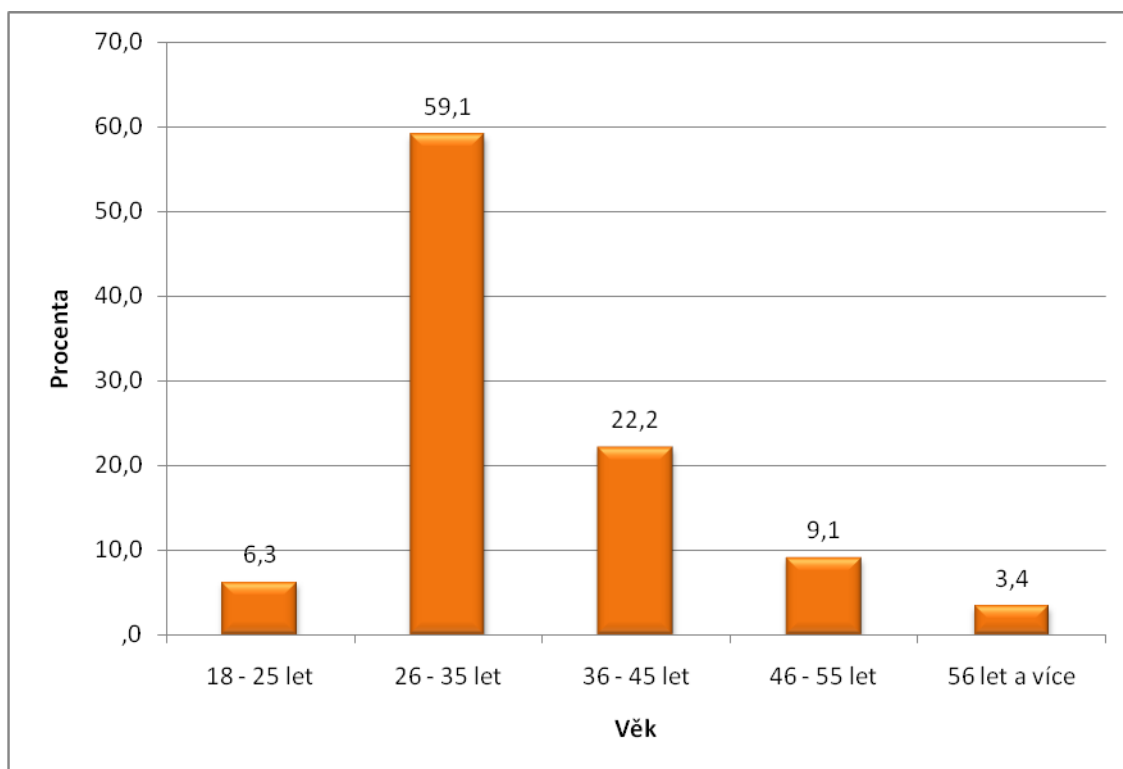
Tabulka 3 Četnostní tabulka charakterizující soubor dle věku

	Počet prvků	Min.	Max.	Průměr
Věk	176	23	58	34,04

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 3 zobrazuje další charakteristiky dotazovaných dle věku. Nejnižší věk respondentů byl 23 let, nejvyšší 58 let. Průměrný věk dotazovaných činil 34 let.





**Graf 1 Procentuální zobrazení věkového zastoupení respondentů**

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v Microsoft Office Excel 2007.

**Otázka č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání**

Tabulka 4 **Četnostní tabulka zobrazující nejvyšší dosažené vzdělání**

<b>Nejvyšší dosažené vzdělání</b>	<b>Četnost</b>	<b>Validní procenta</b>
Středoškolské s maturitou	21	11,9
Vyšší odborné	33	18,8
Vysokoškolské	122	69,3
Celkem	176	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka č. 4 znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání dotazovaných. Z celkového počtu 176 (100 %) má 122 osob (69,3 %) vysokoškolské vzdělání, vyšší odborné vzdělání je zastoupeno počtem 33 dotazovaných (18,8 %) a nejnižší počet osob, 21 (11,9 %), absolvovalo středoškolské vzdělání s maturitou.

**Otázka č. 4: Délka výkonu profese**

**Tabulka 5 Četnostní tabulka zobrazující délku výkonu profese**

<b>Délka výkonu profese</b>	<b>Četnost</b>	<b>Validní procenta</b>
Méně než rok	19	10,8
1 - 5 let	86	48,9
6 - 10 let	43	24,4
11 - 15 let	12	6,8
Více než 15 let	16	9,1
Celkem	176	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

V tabulce 5 je zachyceno, jak dlouho jsou jednotliví respondenti zaměstnáni na pozici sociálního pracovníka. Nejpočetnější kategorií je časové období 1 – 5 let, do které bylo z celkového počtu 176 (100 %) zahrnuto 86 dotazovaných (48,9 %). Druhou nejvíce zastoupenou skupinu, období 6 – 10 let, tvoří 43 respondentů (24,4 %). Méně než rok profesi vykonává 19 osob (10,8 %), více než 15 let je jakožto sociální pracovník zaměstnáno 16 dotazovaných (9,1 %). Nejméně respondentů, 12 osob (6,8 %), je zastoupeno v časovém období 11 - 15 let.

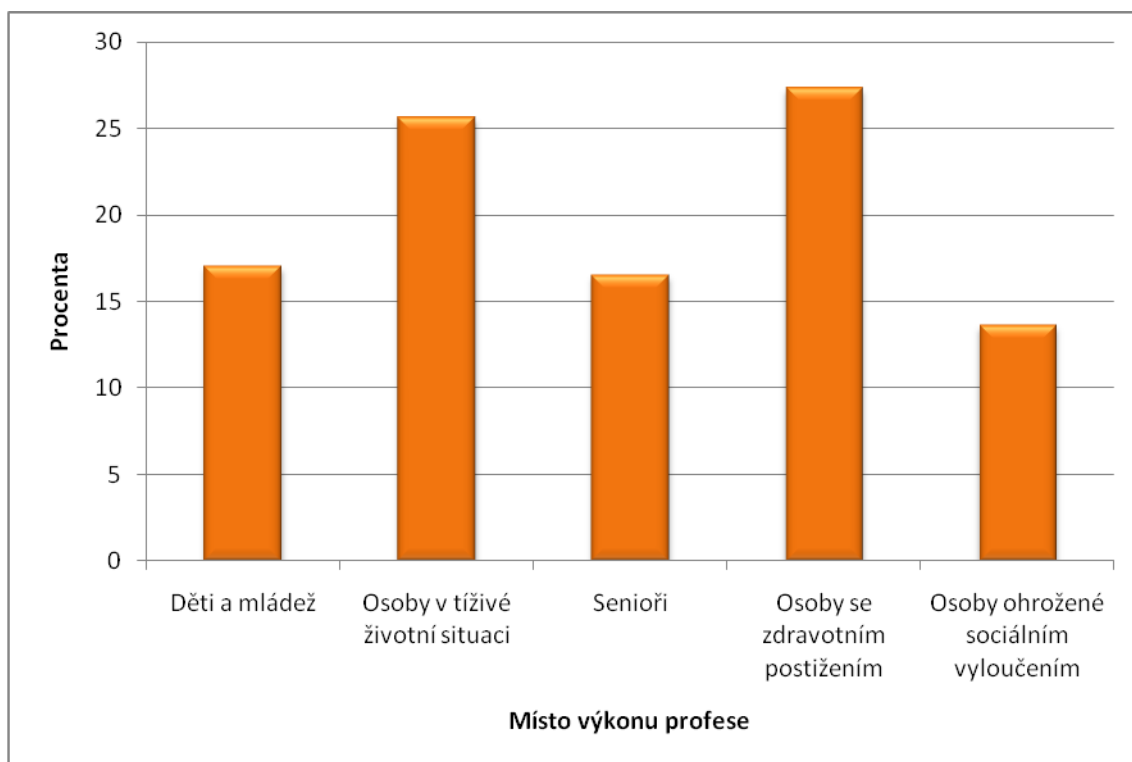
### *Otázka č. 5: Místo výkonu profese*

Tabulka 6 Četnostní tabulka zobrazující místo výkonu profese

Místo výkonu profese	Četnost	Validní procenta
Zařízení pro děti a mládež	30	17,0
Zařízení pro osoby v tíživé životní situaci	45	25,6
Zařízení pro seniory	29	16,5
Zařízení pro osoby se zdravotním postižením	48	27,3
Zařízení pro osoby ohrožené sociálním vyloučením	24	13,6
Celkem	176	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 6 popisuje, v jakém zařízení respondenti vykonávají sociální práci. Širokou škálu odpovědí jsem kategorizovala do pěti obecnějších skupin, uvedených v tabulce 6. Nejčastěji se jedná o „zařízení pro osoby se zdravotním postižením“, které bylo zmíněno 48 respondenty (27,3 %). Druhou nejpočetnější skupinou je „zařízení pro osoby v tíživé životní situaci“, zaznamenané 45-ti dotazovanými (25,6 %). Do této kategorie jsou zahrnuty například instituce určené osobám v krizi, matkám s dětmi, těhotným ženám či osobám ohroženým domácím násilím. Třetím z nejčastěji uváděných je „zařízení pro děti a mládež“, tento typ instituce zvolilo 30 dotazovaných (17 %). „Zařízení pro seniory“ uvedlo 29 respondentů (16,5 %) a nejméně zastoupenou skupinu, „zařízení pro osoby ohrožené sociálním vyloučením“, volilo 24 osob (13,6 %). Do této kategorie spadají například zařízení pro bezdomovce či uživatele drog. Jednotlivá zařízení jsou přehledně zobrazena v grafu 2.



**Graf 2 Rozdělení respondentů podle místa výkonu profese**

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v Microsoft Office Excel 2010.

### *Otázka č. 6: Cílová skupina*

Tabulka 7 Četnostní tabulka zobrazující jednotlivé cílové skupiny

<b>Cílová skupina</b>	<b>Četnost</b>	<b>Validní procenta</b>
Děti a mládež	30	17,0
Osoby v tíživé životní situaci	45	25,6
Senioři	29	16,5
Osoby se zdravotním postižením	48	27,3
Osoby ohrožené sociálním vyloučením	24	13,6
Celkem	176	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

V tabulce 7 jsou zaznamenány jednotlivé cílové skupiny, se kterými respondenti pracují. Pro větší přehlednost jsem při třídění dat zvolila totožné kategorie jako u předchozí otázky, získané údaje jsou tudíž stejné. Nejpočetnější cílovou skupinou, se kterou dotazovaní pracují, jsou „osoby se zdravotním postižením“, následují kategorie „osoby v tíživé životní situaci“, „děti a mládež“ a ostatní.

**Otázka č. 7: Hodnocení fyzického zdraví**

**Tabulka 8 Četnostní tabulka zobrazující hodnocení fyzického zdraví**

<b>Fyzické zdraví</b>	<b>Četnost</b>	<b>Validní procenta</b>
Velmi dobré	63	35,8
Spíše dobré	80	45,5
Průměrné	28	15,9
Spíše špatné	5	2,8
Celkem	176	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 8 zachycuje, jak dotazovaní hodnotili své fyzické zdraví. Z celkového počtu 176 respondentů (100 %) ho nejvíce z nich, 80 (45,5 %) považuje za spíše dobré. Jako velmi dobré ho vnímá 63 dotazovaných (35,8 %). Tyto dvě kategorie tvoří celkem přes 81 %. Za průměrné pokládá fyzické zdraví 28 osob (15,9 %), jako spíše špatné hodnotí fyzické zdraví pouhých 5 dotazovaných (2,8 %). Možnost „velmi špatné“ ne zvolil nikdo, proto není v tabulce zaznamenána.

**Otázka č. 8: Hodnocení psychického zdraví**

**Tabulka 9 Četnostní tabulka zobrazující hodnocení psychického zdraví**

<b>Psychické zdraví</b>	<b>Četnost</b>	<b>Validní procenta</b>
Velmi dobré	62	35,2
Spíše dobré	80	45,5
Průměrné	31	17,6
Spíše špatné	3	1,7
Celkem	176	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

V tabulce 9 je znázorněno, jak respondenti hodnotili své psychické zdraví. Hodnocení této a předchozí otázky si jsou velmi podobné, ani zde nikdo z dotazovaných nezvolil variantu „velmi špatné“. Nejvíce osob, stejně jako v předchozí tabulce, popsalo své psychické zdraví jako spíše dobré, těchto osob bylo 80 (45,5 %). Druhá nejvíce volená možnost, zastoupená 62 osobami (35,2 %) byla „velmi dobré“. Jako průměrné své psychické zdraví hodnotí 31 dotazovaných (17,6 %), za spíše špatné pokládají psychické zdraví 3 osoby (1,7 %).



**Otázka č. 9: Vliv zaměstnání na zdraví**

Tabulka 10 Četnostní tabulka zobrazující, zda má zaměstnání vliv na zdraví

Vliv zaměstnání na zdraví	Četnost	Validní procenta
Nemá žádný vliv	64	36,4
Má vliv	108	61,4
Nevím	4	2,3
Celkem	176	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Z tabulky 10 je patrné, zda zaměstnání dle názoru respondentů nějakým způsobem ovlivňuje jejich zdraví. Z celkového počtu 176 osob (100 %) jich nejvíce z nich, 108 (61,4 %), uvedlo, že zaměstnání má vliv na jejich zdravotní stav. 64 dotazovaných (36,4 %) se domnívá, že nemá žádný vliv, pouhé 4 osoby (2,3 %) zvolily variantu „nevím“.

Tabulka 11 **Četnostní tabulka zobrazující konkrétní vliv zaměstnání na zdraví**

Konkrétní vliv	Četnost	Validní procenta
Negativní vliv psychický	76	43,2
Negativní vliv fyzický	69	39,2
Pozitivní vliv psychický	18	10,2
Pozitivní vliv fyzický	12	6,8

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Respondenti, kteří uvedli, že zaměstnání na jejich zdraví vliv má (108 dotazovaných), poté podrobněji popisovali, jak konkrétně je jejich profese ovlivňuje. Všechny odpovědi byly roztržiděny do čtyř souborů uvedených v tabulce 11. Odpovědi některých dotazovaných byly rozsáhlejší a týkaly se více kategorií, proto celkový součet četností přesahuje hodnotu 108.

Z celkového počtu 108 respondentů (100 %) uvádějících určitý vliv jejich povolání na zdraví, má zaměstnání na 76 z nich (43,2 %) negativní psychický vliv a na 69 osob (39,2 %) negativní fyzický vliv. Naopak pozitivní psychický vliv má povolání na 18 dotazovaných (10,2 %) a pozitivní fyzický vliv na 12 osob (6,8 %). Z tabulky 11 je patrné, že počet respondentů uvádějících negativní psychický či fyzický vliv je přibližně stejný, mírně však převažuje počet těch, kteří uvádějí, že jejich povolání má vliv na psychiku.

Tabulka 12 Četnostní tabulka zobrazující souběžné působení více vlivů

Souběžné působení vlivů	Četnost	Validní procenta
Negativní psychický + negativní fyzický	42	38,9
Negativní psychický + pozitivní fyzický	9	8,3
Pozitivní psychický + negativní fyzický	12	11,1
Pozitivní psychický + pozitivní fyzický	11	10,2
Negativní psychický + pozitivní psychický	12	11,1
Negativní fyzický + pozitivní fyzický	9	8,3

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 12 znázorňuje souběžné působení vlivů na respondenty. Nejvíce zastoupená je kategorie zobrazující negativní psychický a negativní fyzický vliv, kterou zvolilo 42 dotazovaných (38,9 %). Ostatní uvedené hodnoty se pohybují v rozmezí hodnot 9 – 12. Jakým způsobem zaměstnání ovlivňuje zdraví respondentů, lze z jejich odpovědí charakterizovat ještě konkrétněji. Jakožto negativní psychický vliv dotazovaní nejčastěji uvádějí psychickou únavu, emoční vypětí, náladovost či velké pracovní vytížení při současném nedostatku času. Do kategorie negativní fyzický vliv se řadí fyzická únava, bolesti zad, hlavy či zrakové nebo žaludeční potíže. Za pozitivní psychický vliv dotazovaní považují například uspokojení z práce, vlastní rozvoj, vážení si zdraví či pohlížení na své povolání jako na zdroj radosti. Ve skupině pozitivní fyzický vliv se objevují pojmy jako dostatek pohybu či zvýšená odolnost proti virózám.

**Otázka č. 10: Fyzická náročnost práce**

Tabulka 13 Četnostní tabulka zobrazující fyzickou náročnost práce

<b>Fyzická náročnost</b>	<b>Četnost</b>	<b>Validní procenta</b>
Velmi náročná	3	1,7
Spíše náročná	17	9,7
Ani náročná ani nenáročná	43	24,4
Spíše nenáročná	81	46,0
Zcela nenáročná	32	18,2
Celkem	176	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

V tabulce 13 je zaznamenáno, jak respondenti hodnotí fyzickou náročnost svého zaměstnání. Z celkového počtu 176 (100 %) 81 dotazovaných (46 %) označilo svou práci za fyzicky spíše nenáročnou, 43 osob (24,4 %) za středně náročnou a 32 z nich (18,2 %) svou profesi ohodnotilo jako zcela nenáročnou. Jako spíše náročné popsalo své povolání 17 osob (9,7 %). Pouze 3 osoby (1,7 %) vybraly variantu „velmi náročná“. Z tabulky je patrné, že většina respondentů hodnotí své povolání po fyzické stránce jako nenáročné. Přehledně zobrazeno také v grafu 3.

**Otázka č. 11: Psychická náročnost práce**

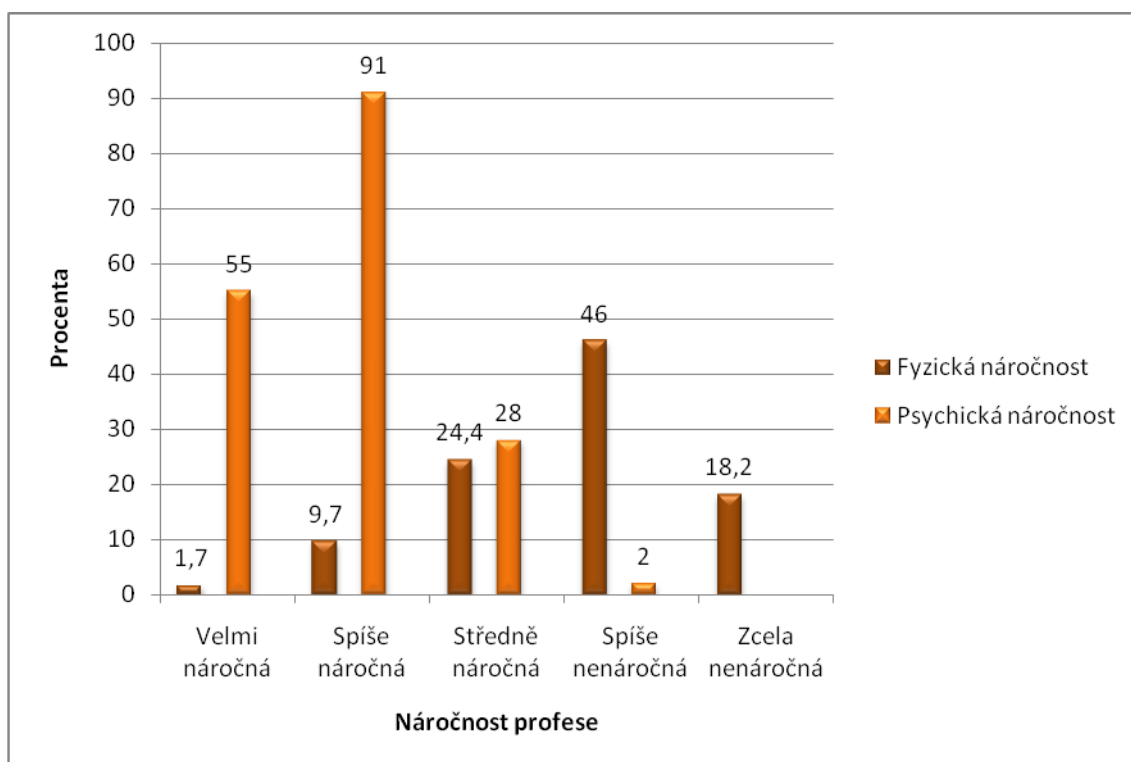
Tabulka 14 Četnostní tabulka zobrazující psychickou náročnost práce

Psychická náročnost	Četnost	Validní procenta
Velmi náročná	55	31,3
Spíše náročná	91	51,7
Ani náročná ani nenáročná	28	15,9
Spíše nenáročná	2	1,1
Celkem	176	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 14 znázorňuje, jak dotazovaní hodnotí psychickou náročnost své profese. Z celkového počtu 176 (100 %) popsalo 91 osob (51,7 %) svoji profesi jako spíše náročnou, 55 dotazovaných (31,3 %) jakožto velmi náročnou. Tyto dvě kategorie tvoří celkově 83 % všech odpovědí. 28 osob (15,9 %) vnímá své povolání v psychické rovině jako středně náročné a pouze dva respondenti jako spíše nenáročné. Kategorii „zcela nenáročná“ ne zvolil nikdo, v tabulce tedy chybí. Z tabulky je zřejmé, že většina dotazovaných hodnotí svou profesi po psychické stránce jako náročnou. Psychická náročnost je přehledně zobrazena rovněž v grafu 3.

V hodnocení náročnosti profese je z tabulek 13 a 14 zřejmé, že 64,2 % respondentů hodnotí své povolání jako fyzicky nenáročné a 83 % z nich jako psychicky náročné.



**Graf 3 Porovnání respondentů z hlediska fyzické a psychické náročnosti profese**

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v Microsoft Office Excel 2007.

**Otázka č. 12: Zdravotní obtíže související s výkonem profese**

**Tabulka 15 Četnostní tabulka zobrazující zdravotní obtíže související s výkonem profese**

Zdravotní obtíže	Četnost	Validní procenta
Ne	138	78,4
Ano	38	21,6
Celkem	176	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 15 popisuje, zda respondenti mají nějaké zdravotní potíže související dle jejich názoru s výkonem jejich povolání. 138 osob (78,4 %) z celkového počtu 176 (100 %) zdravotní potíže nemá, 38 z nich (21,6 %) ano.

Někteří respondenti uvedli větší množství obtíží. Konkrétní zdravotní potíže popisované nejčastěji jsou zobrazeny v tabulce 16.

**Tabulka 16 Četnostní tabulka zobrazující konkrétní zdravotní obtíže**

Konkrétní obtíže	Četnost
Bolesti zad	17
Bolesti hlavy	11
Žaludeční potíže	10
Nespavost	9
Hypertenze	6

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v v SPSS verzi 16,0.

**Otázka č. 13: Přítomnost onemocnění trvajících déle než 3 měsíce**

Tabulka 17 **Četnostní tabulka zobrazující výskyt onemocnění trvajících déle než 3 měsíce**

<b>Onemocnění trvajících déle než 3 měsíce</b>	<b>Četnost</b>	<b>Validní procenta</b>
Ne	109	61,9
Ano	67	38,1
Celkem	176	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

V tabulce 16 je zachyceno, zda respondenti trpí nějakým onemocněním déle než 3 měsíce. Z počtu 176 odpovídajících (100 %) jich 109 (61,9 %) popsalo, že žádným takovým onemocněním netrpí, 67 respondentů (38,1 %) odpovědělo, že ano.

V případě kladné odpovědi měli respondenti vypsát konkrétní onemocnění, některá se u jednotlivých osob opakovala. Nejčastější z nich zachycuje tabulka 18.

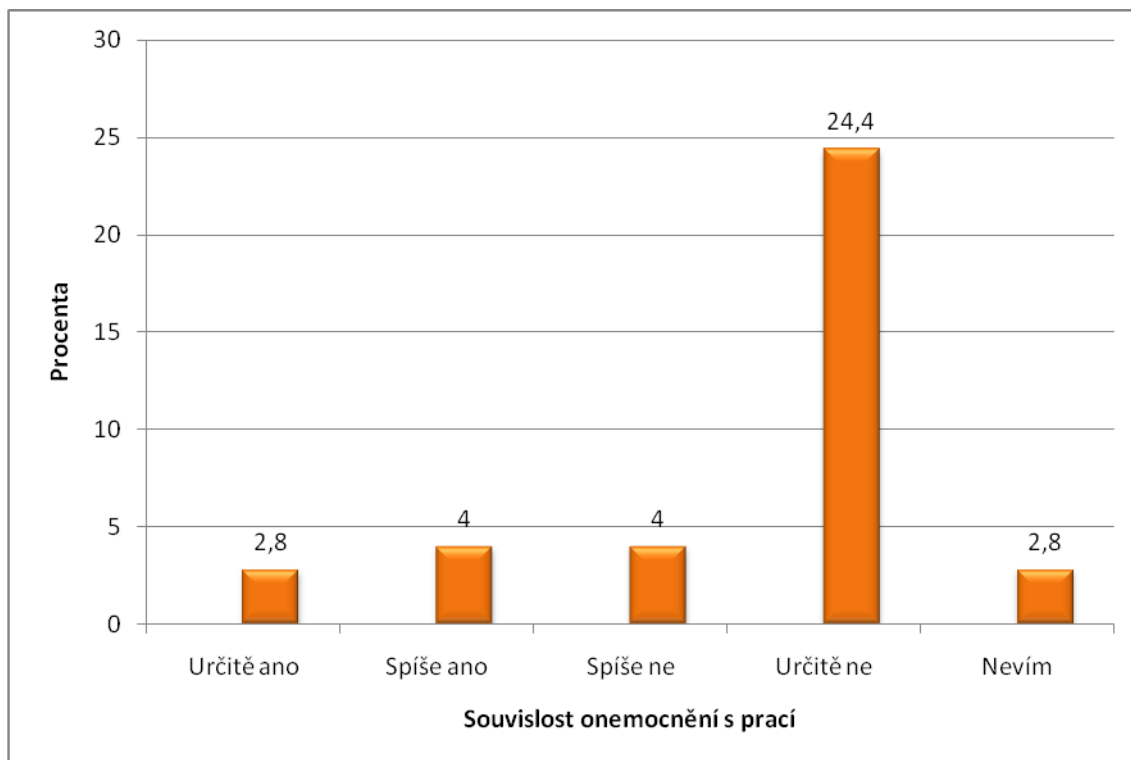
Tabulka 18 **Četnostní tabulka zobrazující konkrétní onemocnění trvajících déle než 3 měsíce**

<b>Konkrétní onemocnění trvajících déle než 3 měsíce</b>	<b>Četnost</b>
Alergie	30
Ekzém	18
Astma	12
Hypertenze	6
Vertebrogenní algický syndrom (bolesti zad)	5

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v v SPSS verzi 16,0.



**Otázka č. 14: Souvislost onemocnění trvajícího déle než 3 měsíce s prací**



**Graf 4 Znárodnění vzájemného vztahu onemocnění trvajícího déle než 3 měsíce a profese**

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v Microsoft Office Excel 2007.

Graf 4 zobrazuje, zda má vznik onemocnění trvajícího víc než 3 měsíce dle respondentů souvislost s jejich zaměstnáním. Z celkového počtu 67 dotazovaných (100 %) trpících onemocněním déle než 3 měsíce, jich 43 (24,4 %) uvedlo, že určitě ne. 7 dotazovaných (4 %) se přiklonilo k možnosti „spíše ano“ i „spíše ne“, 5 respondentů (2,8 %) zvolilo variantu „určitě ano“ a kategorii „nevím“.

Z grafu je patrné, že většina osob s dlouhodobějším onemocněním se nedomnívá, že by vznik tohoto onemocnění nějakým způsobem souvisel s jejich zaměstnáním.

**Otázka č. 15: Pracovní neschopnost zapříčiněná výkonem profese**

**Tabulka 19 Četnostní tabulka zobrazující počet pracovních neschopností zapříčiněné výkonem profese**

<b>Pracovní neschopnost</b>	<b>Četnost</b>	<b>Validní procenta</b>
Ano - důvodem byly fyzické obtíže	12	6,8
Ano - důvodem byly psychické obtíže	6	3,4
Ne	158	89,8
<b>Celkem</b>	<b>176</b>	<b>100,0</b>

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 19 popisuje, zda byli respondenti někdy v pracovní neschopnosti zapříčiněné výkonem jejich profese. 158 respondentů (89,8 %) z celkového počtu 176 (100 %) odpovědělo, že nikoliv. 12 z nich (6,8 %) se přiklonilo k možnosti „ano, důvodem byly fyzické obtíže“, 6 dotazovaných vybralo možnost „ano, důvodem byly psychické obtíže“.

**Otázka č. 16: Častost vystavení stresovým situacím**

Tabulka 20 **Četnostní tabulka zobrazující frekvenci vystavení stresovým situacím**

Stresové situace	Četnost	Validní procenta
Denně	52	29,5
Týdně	61	34,7
Měsíčně	20	11,4
Několikrát do roka	13	7,4
Velmi nepravidelně	30	17,0
Celkem	176	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

V tabulce 20 je zaznamenáno, jak často jsou respondenti vystaveni stresovým situacím. Z celkového počtu 176 (100 %) je nadpoloviční většina respondentů, 61 (34,7 %), vystavena stresovým situacím týdně, 52 dotazovaných (29,5 %) denně. Třetí nejčastěji odpověď, „velmi nepravidelně“, vybralo 30 osob (17 %).

Otázky týkající se stresu, jeho symptomů a řešení stresových situací byly převzaty z výzkumu COST OC 10031, který prováděl výzkumný tým Doc. Mgr. et Mgr. Jitky Vackové, Ph.D. (konkrétně se jedná o otázky 16 – 21).

***Otázka č. 17: Psychické symptomy související se stresem***

**Tabulka 21 Četnostní tabulka zobrazující výskyt psychických symptomů souvisejících se stresem**

<b>Psychické symptomy</b>	<b>Četnost</b>	<b>Validní procenta</b>
Ne	98	55,7
Ano	78	44,3
Celkem	176	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Z tabulky 21 lze vyčíst, zda dotazovaní trpí nějakými psychickými symptomy souvisejícími se stresem. 98 respondentů (55,7 %) z celkového počtu 176 (100 %) uvedlo, že těmito symptomy netrpí, 78 osob (44,3 %) odpovědělo, že ano.

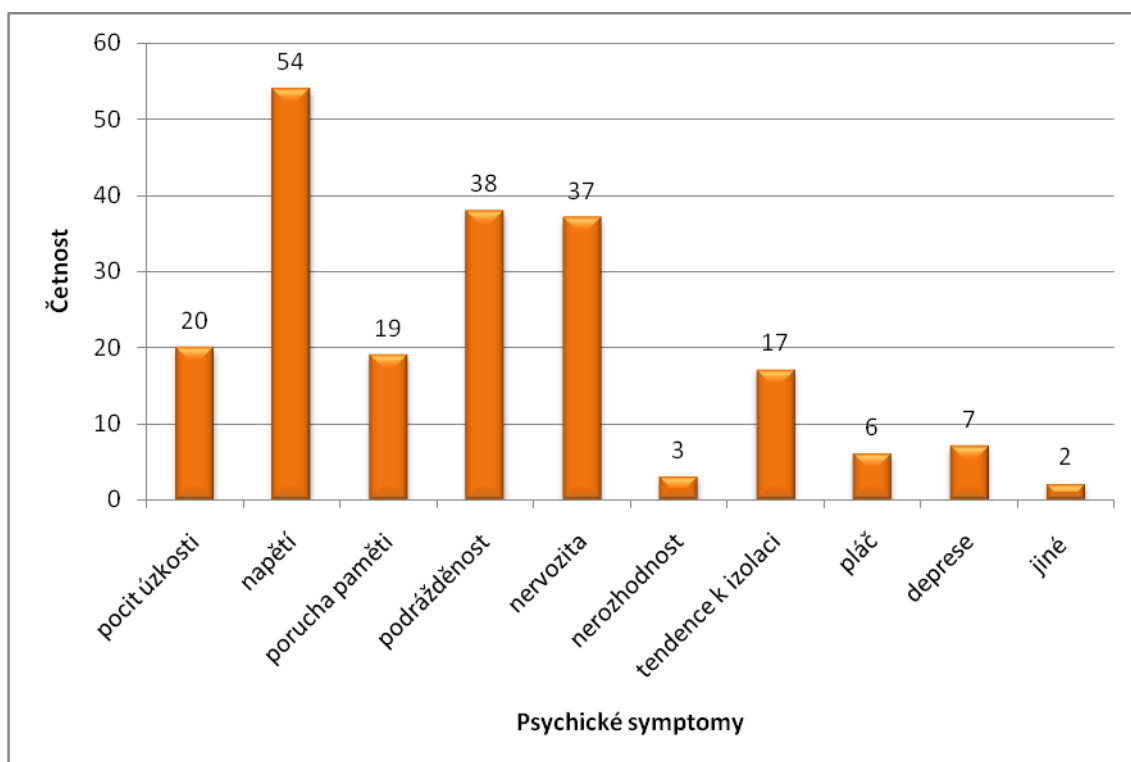
***Otázka č. 18: Konkrétní psychické symptomy***

Tabulka 22 Četnostní tabulka s konkrétními psychickými symptomy

Konkrétní psychické symptomy	Četnost
Napětí	54
Podrážděnost	38
Nervozita	37
Pocit úzkosti	20
Porucha paměti	19
Tendence k izolaci	17
Deprese	7
Pláč	6
Nerozhodnost	3
Jiné	2

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Respondenti, kteří v předchozí otázce uvedli, že trpí nějakými psychickými symptomy, následně vybírali konkrétně z nabízených možností. V tabulce 22 jsou uvedeny psychické symptomy, ze kterých respondenti volili a jejich četnost. Dotazovaní mohli vybrat více možností. Nejčastěji se vyskytuje symptom napětí, dále podrážděnost, nervozita, pocit úzkosti a porucha paměti. Přehledně znázorněno v grafu 5.



**Graf 5 Konkrétní psychické symptomy**

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v Microsoft Office Excel 2007.

***Otázka č. 19: Fyzické symptomy související se stresem***

**Tabulka 23 Četnostní tabulka zobrazující výskyt fyzických symptomů souvisejících se stresem**

<b>Fyzické symptomy</b>	<b>Četnost</b>	<b>Validní procenta</b>
Ne	81	46,0
Ano	95	54,0
Celkem	176	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

V tabulce 23 je zaznamenáno, zda respondenti trpí nějakými fyzickými symptomy, které souvisejí se stresem. Z celkového počtu 176 (100 %) uvedlo 81 respondentů (46 %), že těmito symptomy netrpí, 95 osob (54 %) určité fyzické symptomy zaznamenalo.

**Otázka č. 20: Konkrétní fyzické symptomy**

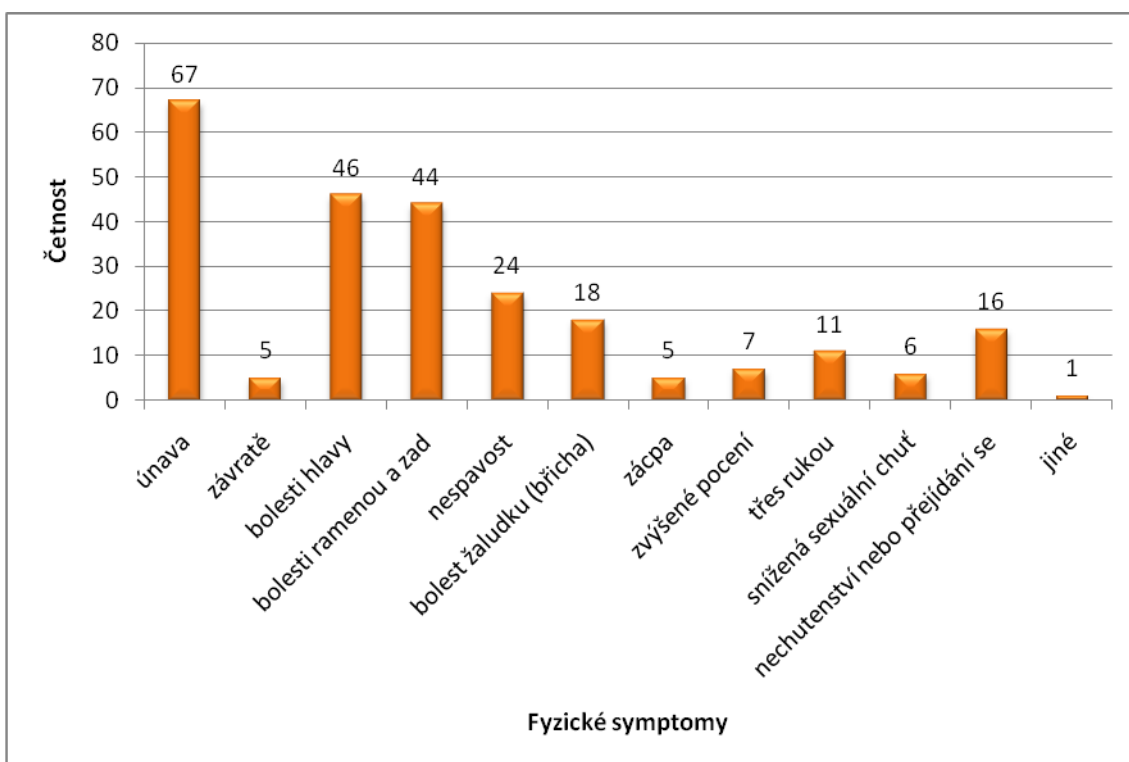
Tabulka 24 Četnostní tabulka s konkrétními fyzickými symptomy

Konkrétní fyzické symptomy	Četnost
Únava	67
Bolesti hlavy	46
Bolesti ramenou a zad	44
Nespavost	24
Bolest žaludku (břicha)	18
Nechutenství nebo přejídání se	16
Třes rukou	11
Zvýšené pocení	7
Snížená sexuální chuť	6
Závratě	5
Zácpa	5
Jiné	1

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Respondenti, kteří na předcházející otázku zjišťující výskyt fyzických symptomů odpověděli kladně, poté vybírali z nabízených možností. Tabulka 24 zobrazuje konkrétní fyzické symptomy a jejich zastoupení. Dotazovaní mohli volit více možností. Nejčastěji je uváděn symptom únava, bolesti hlavy, bolesti ramenou a zad, nespavost a bolesti žaludku.





**Graf 6 Konkrétní fyzické symptomy**

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v Microsoft Office Excel 2007.

### *Otázka č. 21: Řešení stresujících situací*

Tabulka 25 Četnostní tabulka zobrazující řešení stresujících situací

Řešení stresující situace	Četnost	Řešení stresující situace	Četnost
Volnočasová aktivita	115	Návštěva kostela (modlitebny)	13
Rozhovor s blízkou osobou	109	Alkohol	13
Rozhovor s rodinným příslušníkem	67	Přejedení se	13
Poslech hudby	39	Alternativní medicína	12
Osobní modlitba (meditace)	30	Neřešení situace	12
Cigarety	22	Rozhovor s duchovním	7
Televize	21	Lék	4
Jiné	17	Návštěva lékaře	2
Nákupy	15	Drogy	0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v Microsoft Office Excel 2010.

Z tabulky 25 je možno vyčíst, jak respondenti řeší stresující situace. Dotazovaní měli možnost přiřadit se k více kategoriím. Nejčastěji uváděným typem řešení je volnočasová aktivita, kterou zvolilo 115 respondentů. Druhou nejvíce zastoupenou možností je rozhovor s blízkou osobou, vybraný 109 ti respondenty. Jako třetí způsob řešení dotazovaní uvádějí rozhovor s rodinným příslušníkem. Mezi další často zmiňované varianty patří poslech hudby, osobní modlitba či cigarety. Ke kategorii „jiné“ se přiřadilo 17 respondentů, kteří nejčastěji uvádějí možnosti jako supervize, spánek, či četba knih.

**Otázka č. 22: Spokojenost s pracovními podmínkami**

Tabulka 26 Četnostní tabulka zobrazující spokojenost s pracovními podmínkami

<b>Spokojenost s podmínkami</b>	<b>Četnost</b>	<b>Validní procenta</b>
Velmi spokojen/a	41	23,3
Spíše spokojen/a	72	40,9
Průměrně spokojen/a	43	24,4
Spíše nespokojen/a	17	9,7
Velmi nespokojen/a	3	1,7
Celkem	176	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 26 zaznamenává spokojenost s pracovními podmínkami. Z celkového počtu 176 (100 %) je 72 respondentů (40,9 %) s podmínkami spíše spokojeno, 43 z nich (24,4 %) průměrně spokojeno a 41 osob (23,3 %) velmi spokojeno. Spíše nespokojených s pracovními podmínkami je 17 respondentů (9,7 %), pouze 3 osoby (1,7 %) jsou velmi nespokojeny.

**Otázka č. 23: Pracovní zátěž v zaměstnání**

Tabulka 27 Četnostní tabulka zobrazující hodnocení pracovní zátěže

Pracovní zátěž	Četnost	Validní procenta
Velmi vysoká	11	6,3
Vysoká	84	47,7
Na střední úrovni	76	43,2
Nízká	5	2,8
Celkem	176	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 27 udává pracovní zátěž respondentů. Ze 176 ti osob (100 %) jich 84 (47,7 %) uvedlo, že jejich zátěž je vysoká, 76 dotazovaných (43,2 %) zvolilo variantu „na střední úrovni“. 11 osob (6,3 %) hodnotí zátěž jako velmi vysokou a 5 (2,8 %) jakožto nízkou. Kategorii „zaměstnání bez zátěže“ neuvedl ani jeden respondent, v tabulce proto není uvedena.

**Otázka č. 24: Spokojenost s pracovním kolektivem**

Tabulka 28 Četnostní tabulka zobrazující spokojenost s pracovním kolektivem

<b>Spokojenost s kolektivem</b>	<b>Četnost</b>	<b>Validní procenta</b>
Zcela spokojen/a	65	36,9
Spíše spokojen/a	78	44,3
Průměrně spokojen/a	27	15,3
Spíše nespokojen/a	6	3,4
Celkem	176	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 28 znázorňuje spokojenost s pracovním kolektivem. 78 respondentů (44,3 %) z celkového počtu 176 (100 %) je spíše spokojeno, zcela spokojeno je pak 65 osob (36,9 %). Průměrně spokojeno je 27 dotazovaných (15,3 %), 6 osob (3,4 %) je s kolektivem spíše nespokojených. Ani jeden z dotazovaných nevedl možnost „velmi nespokojen“.

**Otázka č. 25: Spokojenost s finančním ohodnocením profese**

Tabulka 29 Četnostní tabulka zobrazující spokojenost s finančním ohodnocením

<b>Spokojenost s financemi</b>	<b>Četnost</b>	<b>Validní procenta</b>
Velmi spokojen/a	4	2,3
Spíše spokojen/a	61	34,7
Průměrně spokojen/a	65	36,9
Spíše nespokojen/a	29	16,5
Velmi nespokojen/a	17	9,7
Celkem	176	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

V tabulce 29 je znázorněna spokojenost s finančním ohodnocením profese. Ze 176 respondentů (100 %) jich je 65 (36,9 %) průměrně spokojeno, 61 (34,7 %) je spíše spokojeno a 29 dotazovaných (16,5 %) je spíše nespokojeno. Velmi nespokojeno s finančním hodnocením je 17 dotazovaných (9,7 %), naopak velmi spokojeni jsou pouze 4 respondenti (2,3 %).

### **Otázka č. 26: Úvahy o změně zaměstnání**

Tabulka 30 **Četnostní tabulka zobrazující úvahy o změně zaměstnání**

<b>Změna zaměstnání</b>	<b>Četnost</b>	<b>Validní procenta</b>
Ne	127	72,2
Ano	49	27,8
Celkem	176	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 30 poukazuje na to, zda respondenti uvažují o změně zaměstnání. Z celkového počtu 176 (100 %) 127 respondentů (72,2 %) změnu profese nezvažuje, 49 z nich (27,8 %) o tom přemýšlí.

Tabulka 31 **Četnostní tabulka zobrazující důvody pro změnu zaměstnání**

<b>Důvody změny zaměstnání</b>	<b>Četnost</b>
Finanční důvody	18
Přístup vedení organizace	10
Psychická náročnost	6
Nenaplnění očekávání	6
Pracovní doba	4

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v Microsoft Office Excel 2010.

V tabulce 31 jsou zaznamenány nejčastěji uváděné důvody pro změnu zaměstnání. Nejvýznamnějším z nich jsou finance, které zmínilo 18 respondentů z celkových 49, zvažujících změnu profese.

**Otázka č. 27: Pracovní úraz**

Tabulka 32 **Četnostní tabulka zobrazující výskyt pracovních úrazů**

<b>Pracovní úraz</b>	<b>Četnost</b>	<b>Validní procenta</b>
Ne	166	94,3
Ano	10	5,7
Celkem	176	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 32 popisuje, zda respondenti utrpěli v souvislosti s profesí nějaký úraz. Převážná většina z nich, 166 osob (94,3 %) uvedla negativní odpověď, 10 dotazovaných (5,7 %) odpovědělo kladně.

Osoby, které uvedly, že utrpěly nějaký úraz, jmenovaly zranění jako fraktura, zablokovaná páteř, tržná rána či napadení psem. Další úrazy nebyly blíže specifikovány.



***Otázka č. 28: Násilí v zaměstnání***

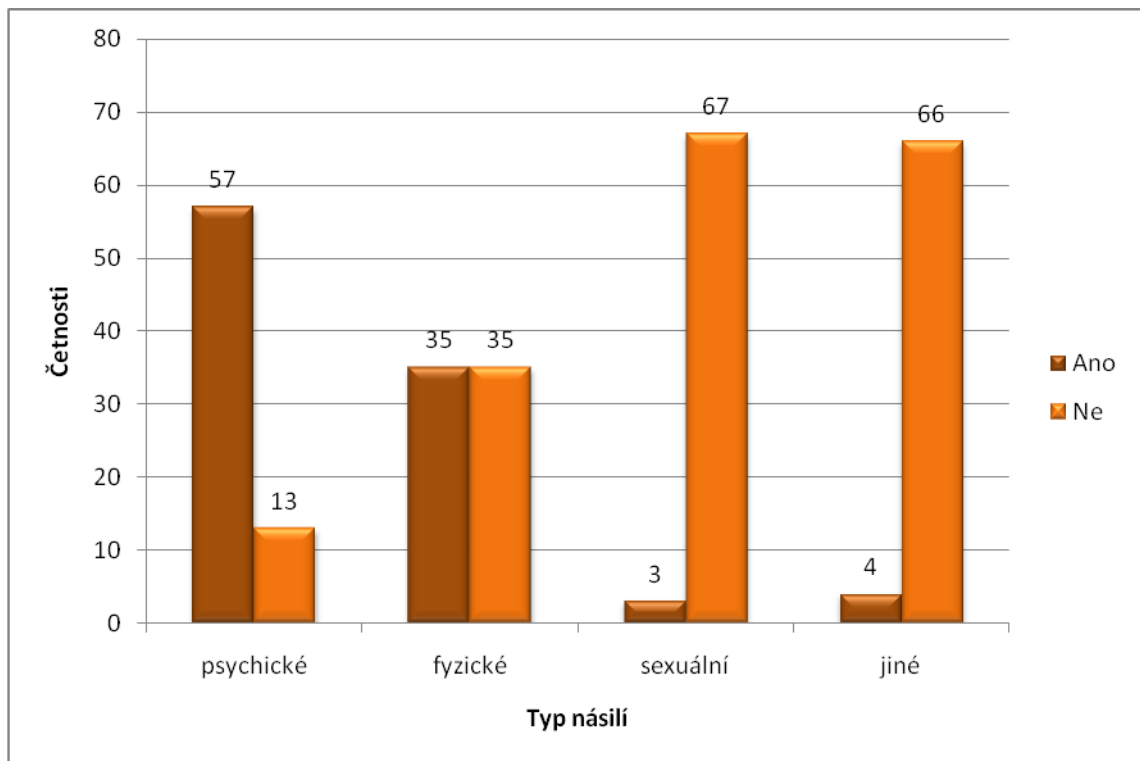
Tabulka 33 Četnostní tabulka zobrazující výskyt násilí v zaměstnání

<b>Násilí v zaměstnání</b>	<b>Četnost</b>	<b>Validní procenta</b>
Ne	106	60,2
Ano	70	39,8
Celkem	176	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 33 podává informaci o tom, zda se dotazovaní v zaměstnání setkali s nějakým typem násilí, ať už ho pocítili sami na sobě či byli pouze svědky násilí konaném na druhé osobě. Z celkového počtu 176 (100 %) 70 osob (39,8 %) odpovědělo „ano“, 106 dotazovaných (60,2 %) uvedlo zápornou odpověď.

### Otázka č. 29: Typ násilí

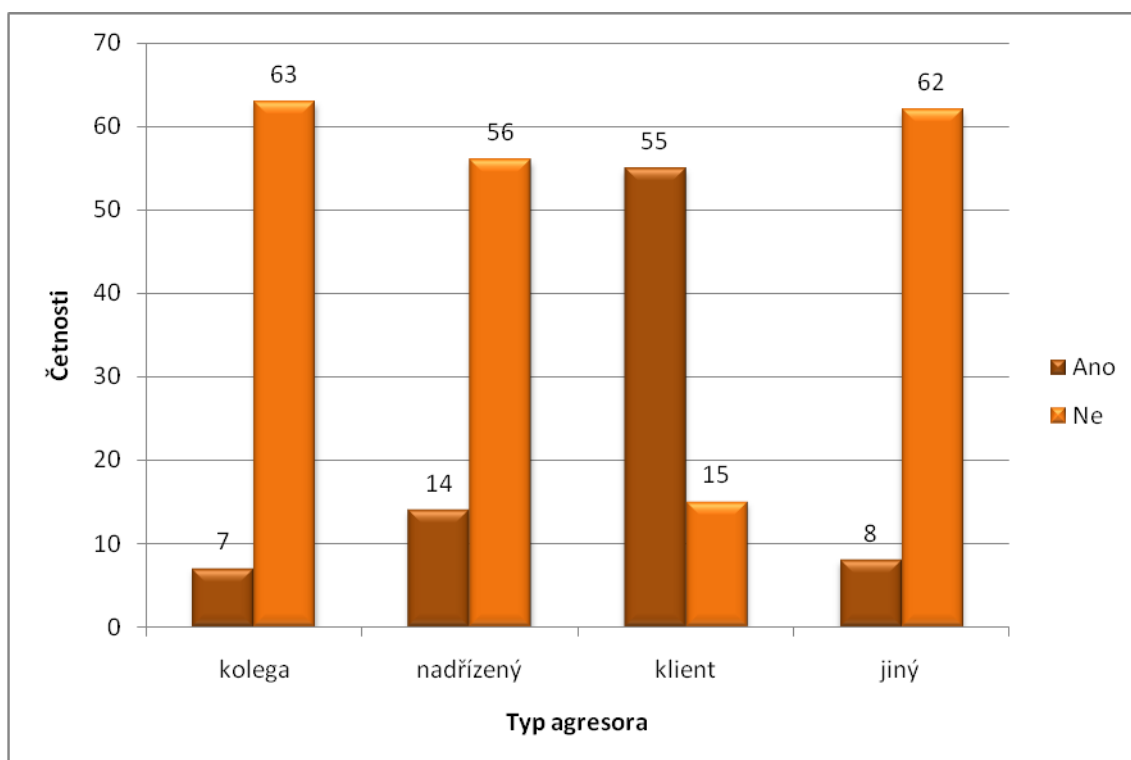


Graf 5 Typ násilí v zaměstnání

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v Microsoft Office Excel 2007.

Graf 5 zachycuje zastoupení jednotlivých typů násilí v zaměstnání. Celkový soubor tvoří 70 respondentů (100 %), kteří se setkali s nějakým typem násilí. Respondenti měli možnost přiřadit se k více typům. Nejčastěji bylo uváděno násilí psychické, a to v 57 případech (81,4 %), fyzické násilí vybralo 35 osob (50 %), ostatní dva typy byly zastoupeny méně. U typu „jiné“ se objevovaly pojmy vydírání a slovní agrese.

### Otázka č. 30: Typ agresora



Graf 6 Agresor v zaměstnání

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v Microsoft Office Excel 2007.

V grafu 6 jsou zobrazeny typy agresorů, se kterými se respondenti setkali. Celkový soubor tvoří opět 70 respondentů (100 %). Jako agresor byl nejčastěji vybírán klient, a to 55 ti respondenty (78,6 %), dále pak v menší míře nadřízený, toho zvolilo 14 dotazovaných (20 %) a kolega, uveden 7 osobami (10 %). Ve skupině „jiné“, zvolené 8 respondenty (11,6 %), byla uváděna nejvíce agrese mezi klienty navzájem či agrese ze strany školitele.

**Otázka č. 31: Supervize v zaměstnání**

Tabulka 34 **Četnostní tabulka zobrazující účast na supervizi**

<b>Supervize</b>	<b>Četnost</b>	<b>Validní procenta</b>
Ne	40	22,7
Ano	136	77,3
Celkem	176	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 34 popisuje, zda se respondenti účastní v rámci zaměstnání supervize. Z celkového počtu 176 (100 %) se supervize účastní 136 dotazovaných (77,3 %), 40 respondentů (22,7 %) supervizi v zaměstnání nemá.

Respondenti, kteří se supervizi účastní, nejčastěji uvádějí jejich frekvenci 4x ročně (32 osob), dále 1x za měsíc (25 osob) a 1x za dva měsíce (24 osob).

**Otázka č. 32: Celková spokojenost s povoláním**

Tabulka 35 Četnostní tabulka zobrazující celkovou spokojenost s povoláním

<b>Spokojenost s povoláním</b>	<b>Četnost</b>	<b>Validní procenta</b>
Velmi spokojen/a	56	31,8
Spíše spokojen/a	90	51,1
Ani spokojena, ani nespokojen/a	20	11,4
Spíše nespokojen/a	9	5,1
Velmi nespokojen/a	1	,6
Celkem	176	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

V tabulce 35 je vyjádřena celková spokojenost respondentů s povoláním. Ze 176 ti (100 %) je největší počet osob, 90 (51,1 %), „spíše spokojeno“, „velmi spokojeno“ je s profesí spokojeno 56 dotazovaných (31,8 %). Průměrnou spokojenost udává 20 dotazovaných (11,4 %), „spíše nespokojeno“ je 9 respondentů (5,1 %) a pouze jedna osoba je velmi nespokojena (0,6 %).

Několik následujících tabulek zobrazuje další zajímavé vztahy plynoucí z výzkumného šetření.

Tabulka 36 **Kontingenční tabulka zobrazující vztah mezi věkem a nejvyšším dosaženým vzděláním**

Věk		Nejvyšší dosažené vzdělání			Celkem
		Středoškolské s maturitou	Vyšší odborné	Vysokoškolské	
18 - 25 let	Počet	2	3	6	11
	%	1,1%	1,7%	3,4%	6,3%
26 - 35 let	Počet	3	<b>19</b>	<b>82</b>	104
	%	1,7%	<b>10,8%</b>	<b>46,6%</b>	59,1%
36 - 45 let	Počet	7	8	<b>24</b>	39
	%	4,0%	4,5%	<b>13,6%</b>	22,2%
46 - 55 let	Počet	6	2	8	16
	%	3,4%	1,1%	4,5%	9,1%
56 let a více	Počet	3	1	2	6
	%	1,7%	,6%	1,1%	3,4%
Celkem	Počet	21	33	122	176
	%	11,9%	18,8%	69,3%	100,0%

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 36 znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání u jednotlivých věkových kategorií. Nejpočetněji zastoupeným souborem u zjišťovaných skutečností jsou osoby ve věkové kategorii 26 – 35 let, mající vysokoškolské vzdělání (46,6 %). Druhé nejpočetnější seskupení tvoří opět vysokoškolsky vzdělaní respondenti ve věkové kategorii 36 – 45 let (13,6 %). Třetí nejvíce zastoupenou kategorií jsou osoby ve věku 26 – 35 let s vyšším odborným vzděláním (10,8 %).

Tabulka 37 **Kontingenční tabulka zobrazující vztah mezi hodnocením fyzického a psychického zdraví**

Hodnocení fyzického zdraví		Hodnocení psychického zdraví				Celkem
		Velmi dobré	Spíše dobré	Průměrné	Spíše špatné	
Velmi dobré	Počet	<b>43</b>	20	0	0	63
	%	<b>24,4%</b>	11,4%	,0%	,0%	35,8%
Spíše dobré	Počet	<b>18</b>	<b>47</b>	13	2	80
	%	<b>10,2%</b>	<b>26,7%</b>	7,4%	1,1%	45,5%
Průměrné	Počet	1	11	15	1	28
	%	,6%	6,3%	8,5%	,6%	15,9%
Spíše špatné	Počet	0	2	3	0	5
	%	,0%	1,1%	1,7%	,0%	2,8%
Celkem	Počet	62	80	31	3	176
	%	35,2%	45,5%	17,6%	1,7%	100,0%

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 37 porovnává hodnocení fyzického a psychického zdraví respondentů. Nejpočetnější soubor tvoří osoby, které své jak fyzické, tak psychické zdraví považují za spíše dobré (26,7 %), druhou největší skupinou jsou osoby považující tytéž složky zdraví za velmi dobré (24,4 %). Třetí nejvíce zastoupenou kategorií tvoří respondenti s velmi dobrým psychickým a spíše dobrým fyzickým zdravím (10,2 %). Lze tedy říci, že dotazované osoby hodnotí své fyzické i psychické zdraví jakožto dobré.

Tabulka 38 **Kontingenční tabulka zobrazující vztah mezi fyzickou a psychickou náročností profese**

Fyzická náročnost práce		Psychická náročnost práce				Celkem
		Velmi náročná	Spíše náročná	Středně náročná	Spíše nenáročná	
Velmi náročná	Počet	2	0	1	0	3
	%	1,1%	,0%	,6%	,0%	1,7%
Spíše náročná	Počet	5	12	0	0	17
	%	2,8%	6,8%	,0%	,0%	9,7%
Středně náročná	Počet	<b>19</b>	17	7	0	43
	%	<b>10,8%</b>	9,7%	4,0%	,0%	24,4%
Spíše nenáročná	Počet	<b>24</b>	<b>43</b>	13	1	81
	%	<b>13,6%</b>	<b>24,4%</b>	7,4%	,6%	46,0%
Zcela nenáročná	Počet	5	<b>19</b>	7	1	32
	%	2,8%	<b>10,8%</b>	4,0%	,6%	18,2%
Celkem	Počet	55	91	28	2	176
	%	31,3%	51,7%	15,9%	1,1%	100,0%

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

V tabulce 38 je zobrazen vztah mezi fyzickou a psychickou náročností profese dotazovaných osob. Nejvíce zastoupenou skupinou jsou osoby hodnotící svou profesi jako fyzicky spíše nenáročnou a psychicky spíše náročnou (24,4 %), druhou nejpočetnější kategorií tvoří respondenti považující svou práci za fyzicky spíše nenáročnou a psychicky velmi náročnou (13,6 %). Dalšími výrazněji zastoupenými skupinami jsou osoby se středně náročnou fyzickou a velmi náročnou psychickou prací a dále respondenti se zcela nenáročnou fyzickou a spíše náročnou psychickou prací (shodně 10,8 %). Jak je vidět z tabulky, všechny popsané kategorie hodnotí svoje povolání jako psychicky náročné a jako fyzicky středně náročné až zcela nenáročné. Psychická náročnost u povolání sociálního pracovníka tedy jasně převládá nad náročností fyzickou.



Tabulka 39 Četnostní tabulka zobrazující vztah mezi délkou výkonu profese a psychickými i fyzickými symptomy

Délka výkonu profese	Psychické symptomy (počet)		Celkem (počet)	Fyzické symptomy (počet)		Celkem (počet)
	Ne	Ano		Ne	Ano	
Méně než rok	9	10	19	6	13	19
1 - 5 let	48	38	86	41	45	86
6 - 10 let	24	19	43	21	22	43
11 - 15 let	8	4	12	6	6	12
Více než 15 let	9	7	16	7	9	16
Celkem (četnost)	98	78	176	81	95	176

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 39 popisuje výskyt psychických a fyzických symptomů souvisejících se stresem v závislosti na délce výkonu profese sociálního pracovníka. V případě psychických symptomů všichni respondenti s výjimkou osob pracujících méně než rok uvádějí, že se u nich tyto příznaky v nadpoloviční míře nevyskytují.

Co se týče fyzických symptomů, většina respondentů kromě těch, kteří pracují 11 – 15 let, popisuje, že se u nich tento typ příznaků objevuje v nadpolovičním rozsahu.

Tabulka 40 **Kontingenční tabulka zobrazující vztah mezi délkou výkonu profese a celkovou spokojeností s povoláním**

Délka výkonu profese		Celková spokojenost s povoláním sociálního pracovníka			Celkem
		Velmi spokojen/a až spíše spokojen/a	Ani spokojen/a, ani nespokojen/a	Spíše nespokojen/a až velmi nespokojen/a	
Méně než rok	Počet %	16 9,1%	2 1,1%	1 ,6%	19 10,8%
1 - 5 let	Počet %	66 37,5%	12 6,8%	8 4,5%	86 48,9%
6 - 10 let	Počet %	41 23,3%	2 1,1%	0 ,0%	43 24,4%
11 - 15 let	Počet %	9 5,1%	2 1,1%	1 ,6%	12 6,8%
Více než 15 let	Počet %	14 8,0%	2 1,1%	0 ,0%	16 9,1%
<b>Celkem</b>	<b>Počet %</b>	<b>146 83,0%</b>	<b>20 11,4%</b>	<b>10 5,7%</b>	<b>176 100,0%</b>

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

V tabulce 40 je zaznamenán vztah mezi délkou vykonávání profese respondentů a jejich celkovou spokojeností s povoláním. Dotazovaní ze všech zastoupených skupin shodně popsali, že jsou se svým povoláním spokojeni.

Tabulka 41 **Kontingenční tabulka zobrazující vztah mezi místem výkonu profese a celkovou spokojeností s povoláním**

Místo výkonu profese		Celková spokojenost s povoláním sociálního pracovníka			Celkem
		Velmi spokojen/a až spíše spokojen/a	Ani spokojen/a, ani nespokojen/a	Spíše nespokojen/a až velmi nespokojen/a	
Zařízení pro děti a mládež	Počet %	24 13,6%	5 2,8%	1 ,6%	30 17,0%
Zařízení pro osoby v tíživé životní situaci	Počet %	34 19,3%	5 2,8%	6 3,4%	45 25,6%
Zařízení pro seniory	Počet %	27 15,3%	1 ,6%	1 ,6%	29 16,5%
Zařízení pro osoby se zdravotním postižením	Počet %	43 24,4%	3 1,7%	2 1,1%	48 27,3%
Zařízení pro osoby ohrožené sociálním vyloučením	Počet %	18 10,2%	6 3,4%	0 ,0%	24 13,6%
<b>Celkem</b>	Počet %	146 83,0%	20 11,4%	10 5,7%	176 100,0%

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 41 popisuje vztah mezi místem vykonávání profese dotazovaných osob a jejich celkovou spokojeností s povoláním. Respondenti ze všech zařízení shodně uvedli spokojenost se svým povoláním.

## 4.2 Statistické testy

Data získaná výzkumem byla statisticky zpracována s použitím statistických metod popsaných v kapitole 3 Metodika. Z důvodů statistického testování bylo nutné odpovědi na některé otázky rekatégorizovat.

**H1: Sociální pracovníci pocít'ují zdravotní obtíže více po psychické než fyzické stránce.**

Hypotéza byla testována na základě níže uvedených otázek:

č. 7 Jak hodnotíte své fyzické zdraví?

č. 8 Jak hodnotíte své psychické zdraví?

č. 9 Uved'te, prosím dle Vašeho názoru, zda má Vaše zaměstnání vliv na Vaše zdraví.

č. 10 Jak je Vaše práce fyzicky náročná?

č. 11 Jak je Vaše práce psychicky náročná?

č. 12 Máte nějaké zdravotní obtíže, které souvisí s výkonem Vaší profese?

č. 13. Trpíte nějakým onemocněním trvajícím déle než 3 měsíce?

Tabulka 42 Statisticky významné vztahy mezi délkou a místem výkonu profese a hodnocením zdraví (Pearson chí-kvadrát test)

		Hodnocení fyzického zdraví	Hodnocení psychického zdraví
<b>Délka výkonu profese</b>	Signifikance	0,530 <sup>a,b</sup>	0,646 <sup>a,b</sup>
<b>Místo výkonu profese</b>	Signifikance	0,320 <sup>a,b</sup>	0,318 <sup>a,b</sup>
<b>Cílová skupina</b>	Signifikance	0,320 <sup>a</sup>	0,318 <sup>a,b</sup>

Výsledky jsou založeny na jiných než prázdných řádcích a sloupcích.

<sup>a</sup> Více než 20 % buněk má očekávanou četnost menší než 5. Chí-kvadrát test má omezenou platnost.

<sup>b</sup> Minimální očekávaná četnost buněk je méně než jedna. Chí-kvadrát test má omezenou platnost.

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 42 zobrazuje vztah mezi délkou, místem výkonu profese a cílovou skupinou (klienti, se kterými sociální pracovník pracuje) a subjektivním hodnocením zdraví. Jak je možné z tabulky vyčíst, nebylo prokázáno, že by délka, místo výkonu profese či cílová skupina měla vliv na hodnocení fyzického či psychického zdraví (hodnota dosažených hladin významnosti neboli p-value je větší než 0,05).

Tabulka 43 Statisticky významné vztahy mezi délkou, místem výkonu profese a cílovou skupinou a hodnocením vlivu zaměstnání na zdraví (Pearson chí-kvadrát test)

		Vliv zaměstnání na zdraví
Délka výkonu profese	Signifikance	0,483 <sup>a,b</sup>
Místo výkonu profese	Signifikance	0,692 <sup>a,b</sup>
Cílová skupina	Signifikance	0,692 <sup>a,b</sup>

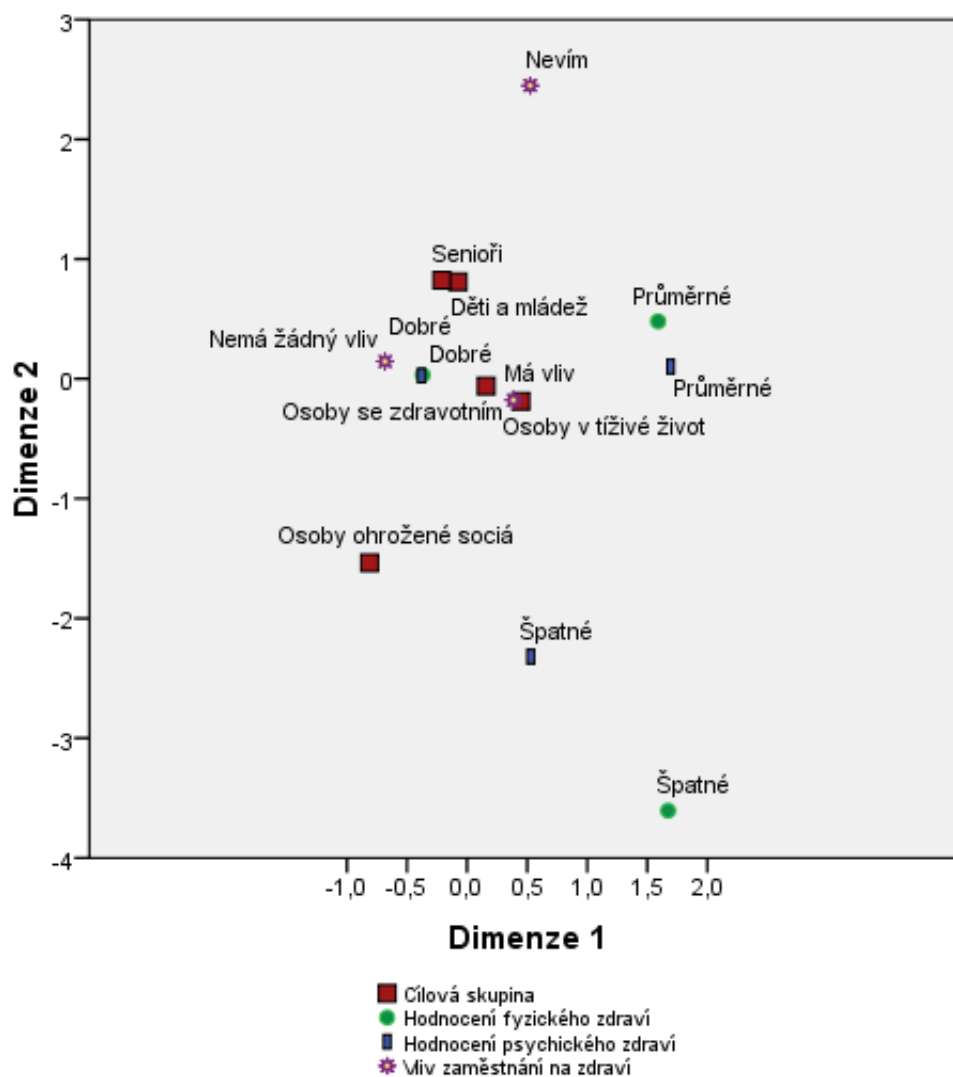
Výsledky jsou založeny na jiných než prázdných řádcích a sloupcích.

<sup>a</sup> Více než 20 % buněk má očekávanou četnost menší než 5. Chí-kvadrát test má omezenou platnost.

<sup>b</sup> Minimální očekávaná četnost buněk je méně než jedna. Chí-kvadrát test má omezenou platnost.

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Z tabulky 43 je patrné, že nebyl prokázán vztah mezi délkou, místem vykonávání profese či cílovou skupinou a hodnocením vlivu zaměstnání na zdraví (hodnota dosažených hladin významnosti je větší než 0,05).



**Graf 6 Vztah cílové skupiny a hodnocení fyzického a psychického zdraví a vlivu zaměstnání na zdraví (korespondenční analýza)**

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0. Korespondenční analýza

Vysvětlivky ke grafu: osoby se zdravotním postižením – osoby se zdravotním postižením, osoby v tíživé životní situaci – osoby v tíživé životní situaci, osoby ohrožené sociálním vyloučením – osoby ohrožené sociálním vyloučením

Graf 6 zobrazuje výsledky korespondenční analýzy, popisující vztah mezi cílovou skupinou a hodnocením fyzického a psychického zdraví a dále vlivem zaměstnání na zdraví. Tato korespondenční analýza, i přes nesignifikanci vztahu měřenou pomocí Pearson chí-kvadrát testu v tabulce 42, ukázala zajímavé souvislosti. Je zřejmé, že fyzické a psychické zdraví hodnotí jako průměrné respondenti pracující s dětmi a mládeží a se seniory, za dobré ho považují dotazovaní pracující s osobami se zdravotním postižením a osobami v tíživé životní situaci a špatné psychické zdraví uvádí spíše ti, kteří pracují s osobami ohroženými sociálním vyloučením. Graf by bylo možné rozdělit na dvě větší kategorie (dle kritéria cílové skupiny), které se zde viditelně oddělují. Jednu kategorii zastupují osoby ohrožené sociálním vyloučením, druhou zbývající skupiny.



Tabulka 44 Statisticky významné vztahy mezi délkou, místem výkonu profese a cílovou skupinou a hodnocením náročnosti práce (Pearson chí-kvadrát test)

		Fyzická náročnost práce	Psychická náročnost práce
<b>Délka výkonu profese</b>	Signifikance	0,273 <sup>a</sup>	0,385 <sup>a,b</sup>
<b>Místo výkonu profese</b>	Signifikance	0,311 <sup>a</sup>	0,651 <sup>a,b</sup>
<b>Cílová skupina</b>	Signifikance	0,311 <sup>a</sup>	0,651 <sup>a,b</sup>

Výsledky jsou založeny na jiných než prázdných řádcích a sloupcích.

<sup>a</sup> Více než 20 % buněk má očekávanou četnost menší než 5. Chí-kvadrát test má omezenou platnost.

<sup>b</sup> Minimální očekávaná četnost buněk je méně než jedna. Chí-kvadrát test má omezenou platnost.

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

V tabulce 44 je zachycen vztah mezi délkou, místem výkonu profese a cílovou skupinou a hodnocením náročnosti práce. Dle výsledných hodnot lze říci, že se nepodařilo potvrdit závislost mezi délkou výkonu profese a hodnocením fyzické a psychické náročnosti práce. Nebylo zjištěno, že by se fyzická či psychická náročnost povolání zvyšovala s rostoucí délkou výkonu povolání ( $p\text{-value} > 0,05$ ). Dále nebylo potvrzeno, že by místo, kde jsou respondenti zaměstnáni, mělo vliv na hodnocení fyzické či psychické náročnosti práce.

Taktéž se neprokázal vliv cílové skupiny na fyzickou či psychickou náročnost práce.

Tabulka 45 Statisticky významné vztahy mezi psychickou náročností práce a zdravotními obtížemi (Pearson chí-kvadrát test)

		Zdravotní obtíže
Psychická náročnost práce	Signifikance	0,007 <sup>a</sup>

Výsledky jsou založeny na jiných než prázdných řádcích a sloupcích.

<sup>a</sup> 2 buňky mají očekávanou četnost menší než 5. Chí-kvadrát test má omezenou platnost.

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Z tabulky 45 je patrné, že se prokázal vztah mezi psychickou náročností práce sociálních pracovníků a jejich zdravotními obtížemi ( $p\text{-value} < 0,05$ ), avšak za podmínek neobsazenosti buněk. Výsledek je nutné ověřit na větším počtu respondentů. Vztahy uvnitř buněk doplňuje znaménkové schéma níže (viz tabulka 46).

Tabulka 46 **Vztah mezi psychickou náročností práce a zdravotními obtížemi**

Psychická náročnost práce	Zdravotní obtíže	
	Ne	Ano
Náročná	--	++
Ani náročná ani nenáročná	++	--
Nenáročná	o	o

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Vysvětlivky k tabulce: +/- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,05$ ); ++/- - (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,01$ ); +++/- -- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,001$ )

Znaménkové schéma v tabulce 46 názorně ukazuje, že se zvyšující se psychickou náročností profese narůstá i výskyt zdravotních obtíží. Respondenti, kteří hodnotí svoji práci jako psychicky náročnou, mají statisticky významně častěji zdravotní obtíže.

**Tabulka 47 Statisticky významné vztahy mezi psychickou náročností práce a onemocněním trvajícím déle než tři měsíce (Pearson chí-kvadrát test)**

		<b>Onemocnění trvajícím déle než tři měsíce</b>
<b>Psychická náročnost práce</b>	Signifikance	0,068 <sup>a</sup>

Výsledky jsou založeny na jiných než prázdných řádcích a sloupcích.

<sup>a</sup> Více než 20 % buněk má očekávanou četnost menší než 5. Chí-kvadrát test má omezenou platnost.

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 47 ukazuje, že se neprokázaly signifikantní vztahy mezi psychickou náročností práce a vznikem onemocnění trvajícím déle než 3 měsíce. Mezi uváděnými parametry je však zřejmý určitý vztah. Podrobněji popisuje znaménkové schéma (tabulka 48).

**Tabulka 48 Vztah mezi psychickou náročností práce a onemocněním trvajícím déle než tři měsíce**

Psychická náročnost práce	Onemocnění trvajícím déle než tři měsíce	
	Ne	Ano
Náročná	–	+
Ani náročná ani nenáročná	+	–
Nenáročná	o	o

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Vysvětlivky k tabulce: +/- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,05$ ); ++/- – (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,01$ ); +++/- – – (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,001$ )

Tabulka 48 odhaluje, že s rostoucí psychickou náročností profese se zvyšuje počet respondentů trpících onemocněním trvajícím déle než 3 měsíce.

Tabulka 49 **Statisticky významné vztahy mezi fyzickou náročností práce a zdravotními obtížemi (Pearson chí-kvadrát test)**

		Zdravotní obtíže
Fyzická náročnost práce	Signifikance	0,119

Výsledky jsou založeny na jiných než prázdných řádcích a sloupcích.

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 49 zobrazuje souvislost fyzické náročnosti práce a zdravotních obtíží. Je zřejmé, že se mezi výše zmíněnými parametry statisticky významný vztah prokázat nepodařilo (dosažená hladina významnosti je větší než 0,05).

Tabulka 50 Statisticky významné vztahy mezi fyzickou náročností práce a bolestmi zad (Pearson chí-kvadrát test)

		Bolesti zad
Fyzická náročnost práce	Signifikance	0,072 <sup>a</sup>

Výsledky jsou založeny na jiných než prázdných řádcích a sloupcích.

<sup>a</sup> Více než 20 % buněk má očekávanou četnost menší než 5. Chí-kvadrát test má omezenou platnost.

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Je však zajímavým zjištěním, že respondenti hodnotící svoji práci jako fyzicky náročnou uvádí statisticky významně často zdravotní obtíže v podobě bolesti zad (tabulka 50). Test je třeba ověřit na větším počtu respondentů, vzhledem k porušení předpokladů pro adekvátní použití chí-kvadrát testu ( $p\text{-value} > 0,05$  a neobsazenost buněk).

Na základě výše uvedených výsledků Pearson chí-kvadrát testů, ve kterých nebyly prokázány statisticky významné souvislosti mezi proměnnými, lze tvrdit, že hypotéza 1 (*Sociální pracovníci pociťují zdravotní obtíže více po psychické než fyzické stránce*) nebyla potvrzena.

Následující výsledky zobrazují další zajímavé signifikantní vztahy hodnotící převážně spokojenost respondentů s povoláním sociálního pracovníka a faktory ovlivňujícími pracovní proces.

Tabulka 51 **Statisticky významné vztahy mezi délkou výkonu profese a nejvyšším dosaženým vzděláním (Pearson chí-kvadrát test)**

		Nejvyšší dosažené vzdělání
Délka výkonu profese	Signifikance	0,005 <sup>*,a</sup>

Výsledky jsou založeny na jiných než prázdných řádcích a sloupcích.

\* Chí-kvadrát je signifikantní na hladině 0,05.

<sup>a</sup> 6 buněk má očekávanou četnost menší než 5. Chí-kvadrát test má omezenou platnost.

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Na základě údajů z tabulky 51 lze říci, že se potvrdil statisticky významný vztah mezi délkou výkonu profese a nejvyšším dosaženým vzděláním ( $p\text{-value} < 0,05$ ). Výsledek je však nutné ověřit na větším počtu respondentů, vzhledem k nedodržení předpokladu pro adekvátní použití chí-kvadrát testu (obsazenost buněk). Vztahy uvnitř buněk doplňuje znaménkové schéma (uvedeno v tabulce 52).



Tabulka 52 Vztah délky výkonu profese a nejvyššího dosaženého vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání	Délka výkonu profese sociálního pracovníka				
	Méně než rok	1 - 5 let	6 - 10 let	11 - 15 let	Více než 15 let
Středoškolské s maturitou	o	--	o	o	+++
Vyšší odborné	o	o	o	o	o
Vysokoškolské	o	+	o	o	--

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Vysvětlivky k tabulce: +/- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,05$ ); ++/- - (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,01$ ); +++/-- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,001$ )

V tabulce 52 je zaznamenán vztah nejvyššího dosaženého vzdělání a délky výkonu profese. Znaménkové schéma zde ukazuje, že respondenti, kteří vykonávají profesi déle než 15 let, mají statisticky významně často středoškolské vzdělání.

Dále bylo zjištěno, že dotazovaní, kteří v sociální sféře pracují 1 – 5 let, mají často již vysokoškolské vzdělání. To souvisí se zvyšujícími se nároky na vzdělání sociálních pracovníků a taktéž se vzrůstající nabídkou studijních oborů umožňujících získání vysokoškolského titulu pro výkon sociální práce.

**Tabulka 53 Statisticky významné vztahy mezi místem výkonu profese a cílovou skupinou a spokojeností s pracovními podmínkami (Pearson chí-kvadrát test)**

		<b>Spokojenost s pracovními podmínkami</b>
<b>Místo výkonu profese</b>	Signifikance	0,030 <sup>a</sup>
<b>Cílová skupina</b>	Signifikance	0,030 <sup>a</sup>

Výsledky jsou založeny na jiných než prázdných řádcích a sloupcích.

<sup>a</sup> 3 buňky mají očekávanou četnost menší než 5. Chí-kvadrát test má omezenou platnost.

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

V tabulce 53 je zobrazeno místo výkonu profese a cílová skupina klientů ve vztahu ke spokojenosti s pracovními podmínkami. Z výsledků je zřejmé, že mezi uvedenými proměnnými byla prokázána signifikantní souvislost ( $p\text{-value} < 0,05$ ). Test je třeba ověřit na větším počtu respondentů, vzhledem k porušení předpokladů pro adekvátní použití chí-kvadrát testu (obsazenost buněk). Vztahy uvnitř buněk doplňuje znaménkové schéma uvedené níže (viz tabulka 54).

Tabulka 54 **Vztah mezi místem výkonu profese a spokojeností s pracovními podmínkami**

Místo výkonu profese	Spokojenost s pracovními podmínkami		
	Spokojen/a	Ani spokojen/a ani nespokojen/a	Nespokojen/a
Zařízení pro děti a mládež	o	++	o
Zařízení pro osoby v tíživé životní situaci	o	o	o
Zařízení pro seniory	+	o	o
Zařízení pro osoby se zdravotním postižením	o	o	o
Zařízení pro osoby ohrožené sociálním vyloučením	o	o	o

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Vysvětlivky k tabulce: +/- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,05$ ); ++/- - (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,01$ ); +++/- - - (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,001$ )

Tabulka 54 se znaménkovým schématem odhalila, že respondenti, kteří pracují v zařízeních pro seniory a zařízeních pro děti a mládež, jsou statisticky významně častěji spokojeni s pracovními podmínkami než ti, kteří ve zmíněných institucích nepracují. Z důvodu totožných údajů u parametrů „místo výkonu profese“ a „cílová skupina“ je znaménkové schéma zobrazující vztah mezi cílovou skupinou a spokojeností s pracovními podmínkami stejné. Proto zde není uvedeno. Výsledky jsou ale totožné jako v této tabulce - spokojenost s pracovními podmínkami je vyšší u respondentů, kteří pracují se seniory a taktéž s dětmi a mládeží.

**Tabulka 55 Statisticky významné vztahy mezi místem výkonu profese a cílovou skupinou a spokojeností s pracovním kolektivem (Pearson chí-kvadrát test)**

		<b>Spokojenost s pracovním kolektivem</b>
<b>Místo výkonu profese</b>	Signifikance	0,040 <sup>a</sup>
<b>Cílová skupina</b>	Signifikance	0,040 <sup>a</sup>

Výsledky jsou založeny na jiných než prázdných řádcích a sloupcích.

<sup>a</sup>8 buněk má očekávanou četnost menší než 5. Chí-kvadrát test má omezenou platnost.

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 55 popisuje vztah mezi místem výkonu profese a cílovou skupinou a spokojeností s pracovním kolektivem. Z výsledků je jasně patrná statisticky významná souvislost mezi zmíněnými parametry. Výsledky je třeba ověřit rozsáhlejším výzkumem z důvodu nesplnění podmínek pro adekvátní použití chí-kvadrát testu. Vztahy uvnitř buněk jsou zobrazeny taktéž znaménkovým schématem (tabulka 56).

Tabulka 56 **Vztah mezi místem výkonu profese a spokojeností s pracovním kolektivem**

Místo výkonu profese	Spokojenost s pracovním kolektivem		
	Spokojen/a	Ani spokojen/a ani nespokojen/a	Nespokojen/a
Zařízení pro děti a mládež	o	o	o
Zařízení pro osoby v tíživé životní situaci	o	o	o
Zařízení pro seniory	o	o	o
Zařízení pro osoby se zdravotním postižením	o	o	o
Zařízení pro osoby ohrožené sociálním vyloučením	o	o	++

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Vysvětlivky k tabulce: +/- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,05$ ); ++/- - (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,01$ ); +++/- - - (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,001$ )

Jak je vidět ve znaménkovém schématu v tabulce 56, sociální pracovníci, kteří jsou zaměstnáni v zařízeních pro osoby ohrožené sociálním vyloučením, uvádí statisticky významně častěji nespokojenost s pracovním kolektivem než respondenti pracující v ostatních typech zařízení.

**Tabulka 57 Statisticky významné vztahy mezi místem výkonu profese a cílovou skupinou a celkovou spokojeností s povoláním sociálního pracovníka (Pearson chí-kvadrát test)**

		<b>Celková spokojenost s povoláním sociálního pracovníka</b>
<b>Místo výkonu profese</b>	Signifikance	0,055 <sup>a</sup>
<b>Cílová skupina</b>	Signifikance	0,055 <sup>a</sup>

Výsledky jsou založeny na jiných než prázdných řádcích a sloupcích.

<sup>a</sup> Více než 20 % buněk má očekávanou četnost menší než 5. Chí-kvadrát test má omezenou platnost.

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 57 zobrazuje vztah mezi místem výkonu profese a cílovou skupinou a celkovou spokojeností s povoláním sociálního pracovníka. Z tabulky lze vyčíst, že mezi výše uvedenými parametry nebyl prokázán signifikantní vztah, ačkoliv je patrné, že místo výkonu profese i cílová skupina mají určitý vliv na celkovou spokojenost s povoláním sociálního pracovníka. Tento závěr je však třeba ověřit na větším počtu respondentů, neboť nebyly dodrženy podmínky pro adekvátní použití chí-kvadrát testu (dohodnutá hladina signifikance 0,05 a obsazenost buněk). Vztahy uvnitř buněk doplňuje znaménkové schéma vyjádřené v tabulce 58.

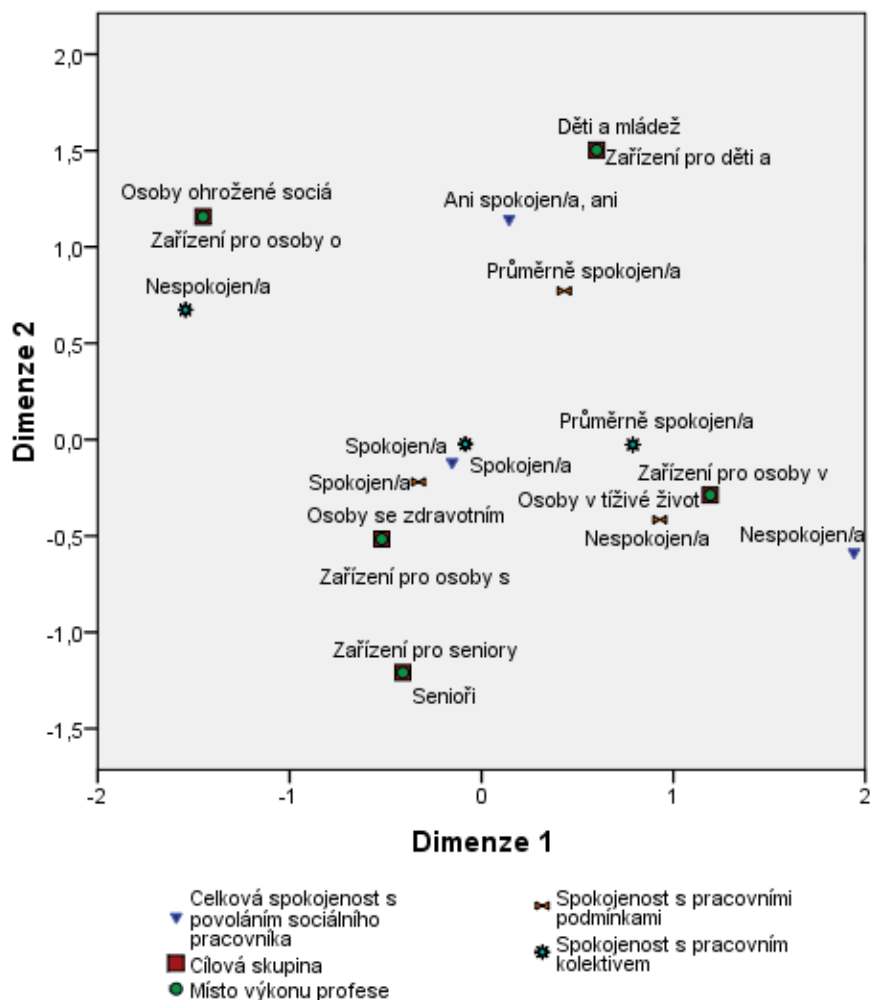
Tabulka 58 **Vztah mezi místem výkonu profese a spokojeností s pracovním kolektivem**

Místo výkonu profese	Celková spokojenost s povoláním sociálního pracovníka		
	Spokojen/a	Ani spokojen/a ani nespokojen/a	Nespokojen/a
Zařízení pro děti a mládež	o	o	o
Zařízení pro osoby v tíživé životní situaci	o	o	+
Zařízení pro seniory	o	o	o
Zařízení pro osoby se zdravotním postižením	o	o	o
Zařízení pro osoby ohrožené sociálním vyloučením	o	+	o

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Vysvětlivky k tabulce: +/- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,05$ ); ++/- - (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,01$ ); +++/- - - (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,001$ )

Z tabulky 58 lze vyčíst, že respondenti pracující v zařízeních pro osoby v tíživé životní situaci popisují statisticky významně častěji celkovou nespokojenost s povoláním než ostatní. Dotazovaní, kteří pracují v zařízeních pro osoby ohrožené sociálním vyloučením, jsou se svým povoláním častěji průměrně spokojeni. Závěry je však nutné ověřit na rozsáhlejší souboru, z důvodu nedodržení podmínek pro adekvátní použití chí-kvadrát testu.



**Graf 7 Cílová skupina a místo výkonu profese ve vztahu ke spokojenosti s pracovními podmínkami, pracovním kolektivem a celkovou spokojeností s povoláním sociálního pracovníka (korespondenční analýza)**

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0. Korespondenční analýza

Vysvětlivky ke grafu: osoby ohrožené sociál. – osoby ohrožené sociálním vyloučením, zařízení pro osoby o. – zařízení pro osoby ohrožené sociálním vyloučením, zařízení pro děti a – zařízení pro děti a mládež, osoby se zdravotním – osoby se zdravotním postižením, zařízení pro osoby s – zařízení pro osoby se zdravotním postižením, zařízení pro osoby v – zařízení pro osoby v tíživé životní situaci, osoby v tíživé život. – osoby v tíživé životní situaci



Z grafu 7 je patrné optické oddělení čtyř skupin respondentů dle typů cílové skupiny a místa výkonu profese. Tyto dvě kategorie v grafu zcela splývají. Respondenti, kteří pracují s osobami ohroženými sociálním vyloučením, jsou statisticky významně častěji nespokojeni s pracovním kolektivem. Dotazovaní pracující s dětmi a mládeží jsou průměrně spokojeni s pracovními podmínkami a průměrná je i jejich celková spokojenost s povoláním. Respondenti pracující s osobami se zdravotním postižením a se seniory jsou spokojeni jak s pracovními podmínkami, tak s kolektivem a vyjadřují i celkovou spokojenost se zaměstnáním. Čtvrtou skupinou, kterou korespondenční analýza zobrazuje, jsou dotazovaní zaměstnaní v zařízeních pro osoby v tíživé životní situaci. Ti uvedli průměrnou spokojenost s pracovním kolektivem, zato s pracovními podmínkami a celkově s povoláním jsou nespokojeni.

## 5 DISKUZE

V diplomové práci byl zkoumán vztah mezi profesí a zdravím, konkrétně bylo zjišťováno, jakým způsobem práce ovlivňuje zdravotní stav sociálních pracovníků. Výzkumný soubor byl tvořen sociálními pracovníky čtyř krajů České republiky, jedná se o kraj Jihočeský, Středočeský, Vysočina a hlavní město Praha. Realizace výzkumu ve více krajích byla uskutečněna z obavy o nízkou návratnost dotazníků. Kraj Vysočina a Jihočeský kraj byly vybrány z důvodu mého trvalého bydliště a z pozice studijního města. Jiné charakteristiky pro výběr výzkumného souboru nebyly určeny.

Závěry výzkumu nelze vzhledem k lokalitě a nereprezentativnímu výběru respondentů generalizovat, k potvrzení získaných výsledků by bylo třeba provést studii s větším počtem dotazovaných osob na rozsáhlejší území České republiky.

Celkový počet získaných dotazníků činil 184, osm z nich však bylo z důvodu nedostatečného vyplnění vyřazeno. Pro zpracování dat tedy bylo použito 176 dotazníků. Úvodní otázky dotazníku se týkaly identifikačních údajů respondentů.

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 161 žen (91,5 %) a 15 mužů (8,5 %). Převahu ženského pohlaví mezi respondenty jsem předpokládala již ze skutečnosti, že ve všech zařízeních, kde jsem v rámci studia vykonávala praxi, byly sociálními pracovníci výhradně ženy, a také proto, že ve studijních oborech na univerzitě týkajících se sociální práce bylo zastoupení studentů - mužů minimální.

Dalším zjišťovaným údajem byl věk respondentů. Nejpočetnější skupinou je kategorie 26 – 35 let, kterou tvoří 59,1 % celkového počtu respondentů. Nejmladší dotazované osobě bylo 23 let, nejstarší 58 let. Průměrný věk respondentů byl 34 let.

Otázka 3 zjišťovala nejvyšší dosažené vzdělání dotazovaných. Nejčastěji uváděné vzdělání bylo vysokoškolské (69,3 %), následovalo vyšší odborné (18,8 %) a středoškolské s maturitou (11,9 %).

Respondenti dále uváděli, jak dlouho jsou zaměstnáni na pozici sociálního pracovníka. Nejvíce z nich tuto profesi vykonává 1 – 5 let (48,9 %), následuje kategorie 6 - 10 let (24,4 %). Nejpočetnější zastoupení respondentů v kategorii 1 – 5 let se dalo odhadovat již z počtu osob ve věkové skupině 26 – 35 let, kterých bylo 57,3 %.

Z celkového počtu dotazovaných navíc přes 27 % tvoří respondenti ve věku 26 a 27 let, kteří jsou, s ohledem na podmínku odborného vzdělání, zaměstnání nejvýše právě 5 let.

Ve výsledkové části v tabulkách 52 a 53 je uveden vztah mezi délkou výkonu profese a nejvyšším dosaženým vzděláním. Mezi těmito proměnnými se potvrdila statisticky významná souvislost. Ukázalo se, že respondenti, kteří vykonávají profesi déle než 15 let, mají statisticky významně často středoškolské vzdělání. Dále bylo zjištěno, že dotazovaní, kteří v sociální sféře pracují 1 – 5 let, mají často již vysokoškolské vzdělání. To souvisí se zvyšující se nabídkou studijních oborů umožňujících získání odborné způsobilosti pro výkon sociální práce a také s rostoucími požadavky na vzdělání sociálních pracovníků, zmíněných v Zákoně 108/2006, Sb., o sociálních službách v § 110. Odbornou způsobilostí k výkonu povolání sociálního pracovníka se dle tohoto paragrafu rozumí vyšší odborné či vysokoškolské vzdělání, případně doplněné absolvováním akreditovaných vzdělávacích kurzů. Vzdělání na středních školách je odbornou způsobilostí pouze v případě, že bylo ukončené nejpozději 31. prosince 1998.

Poslední dvě identifikační otázky se týkaly místa výkonu profese a cílové skupiny klientů, se kterými sociální pracovníci pracují. Získané odpovědi jsem rekatégorizovala do pěti obecnějších skupin. Pro větší přehlednost jsem při třídění dat zvolila u obou otázek totožné kategorie, získaná data jsou tudíž stejná. Nejčastěji uváděným typem instituce, ve kterém respondenti pracují (a zároveň nejčastěji uváděnou cílovou skupinou), je zařízení pro osoby se zdravotním postižením (27,3 %). Další výrazněji zastoupené organizace jsou zařízení pro osoby v tíživé životní situaci (25,6 %) a zařízení pro děti a mládež (17 %).

Následující otázky týkající se zdravotního stavu sociálních pracovníků byly klíčové z hlediska stanovené hypotézy.

Respondenti měli nejprve zhodnotit svoje fyzické zdraví. Nejvíce, 81,3 % dotazovaných, ho považuje za velmi dobré až spíše dobré, jako průměrné ho hodnotí 15,9 % a pouhých 2,8 % fyzické zdraví pokládá za spíše špatné. Ani jeden dotazovaný neoznačil své fyzické zdraví za velmi špatné.

Podobné výsledky přinesla otázka týkající se hodnocení psychického zdraví. 80,7 % respondentů ho vnímá jako velmi dobré až spíše dobré, 17,6 % jako průměrné a pouze 1,7 % své psychické zdraví označilo za spíše špatné. Opět ani zde žádný respondent neohodnotil psychické zdraví jako velmi špatné.

Hodnocení fyzického i psychického zdraví respondenty je téměř totožné, rozdíl mezi jednotlivými kategoriemi je nejvýše 1,7 %. V tabulce 37 je zobrazen vzájemný vztah mezi hodnocením fyzického a psychického zdraví. Nejpočetnější skupinu s procentuálním zastoupením 26,7 % zde tvoří respondenti popisující své fyzické i psychické zdraví jako spíše dobré, 24,4 % dotazovaných vnímá zdraví v obou směrech jako velmi dobré.

Hodnocení fyzického a psychického zdraví ve vztahu k délce, místu výkonu profese a cílové skupině klientů je uvedeno v tabulce 42. Mezi jednotlivými parametry nebyl prokázán statisticky významný vztah. Korespondenční analýza zobrazená grafem 6 však naznačuje některé zajímavé souvislosti. Z grafu lze vyčíst, že statisticky významně často své fyzické i psychické zdraví hodnotí jako průměrné respondenti pracující s dětmi a mládeží a se seniory. Za dobré ho považují dotazovaní pracující s osobami se zdravotním postižením, naopak statisticky významně často uvádějí špatné psychické zdraví ti, kteří pracují s osobami ohroženými sociálním vyloučením. Práce s cílovou skupinou uvedenou jako poslední může být často velmi náročná, protože, jak popisuje Řezníček (1994), v případě nespolupracujících klientů (a těmi osoby ohrožené sociálním vyloučením často jsou) nelze dosáhnout potřebných výsledků. To následně může pracovníky velice vyčerpávat.

Respondenti měli dále posoudit, zda má zaměstnání podle jejich názoru vliv na jejich zdraví a pokud ano, tak jaký. 36,4 % osob uvedlo, že nemá žádný vliv, 61,4 % popsalo, že práce jejich zdravotní stav ovlivňuje. Z výsledků je patrné, že více než třetina respondentů si vliv profese na své zdraví nepřipouští, což však neznamená, že zde tento vliv není. Jak zmiňuje Schraggeová (2011), práce má pro člověka z hlediska duševního i fyzického zdraví podstatný význam. Dle mého názoru se však respondenti v odpovědích spíše zaměřili na případný negativní vliv jejich profese a po zhodnocení, že tento vliv nepociťují, uvedli, že je práce nijak neovlivňuje. Myslím si ale, že pokud

bych se v otázce zeptala, zda a případně jak respondenty práce ovlivňuje z pozitivního a negativního hlediska, více respondentů by určitý vliv uvedlo a těch, kteří žádný vliv nevnímají, by bylo mnohem méně.

Tabulka 11 zobrazuje odpovědi respondentů, kteří uvedli určitý vliv práce na zdraví. Těchto osob bylo 108 (výše zmíněných 61,4 % z celku). Dle Urbana, Kajanové a Matulaye (2010) se práce ve vztahu ke zdravotnímu stavu může projevat ve dvou rovinách – pozitivní a negativní. I já jsem odpovědi respondentů týkající se vlivu profese na zdraví rozdělila na negativní a pozitivní, pro přehlednost jsem vliv kategorizovala do čtyř skupin, a to na negativní psychický, negativní fyzický, pozitivní psychický a pozitivní fyzický. Nejvíce respondentů popsalo vliv zaměstnání na zdraví jako negativní, a to v psychické (43,2 %), či fyzické rovině (39,2 %). Negativní působení na tělo i psychiku je tedy přibližně stejné. Osob, které popsaly negativní vliv v obou rovinách zároveň, je 38,9 %, což dokládá tabulka 12. Pozitivní vliv psychický uvedlo 10,2 % dotazovaných a pozitivní fyzický 6,8 %.

Konkrétní odpovědi respondentů týkající se negativního vlivu práce na jejich zdraví byly například psychická a fyzická únava, emoční vypětí, náladovost nebo bolesti hlavy či zad. Co se týče pozitivního vlivu, zde se jednalo hlavně o uspokojení z práce, vlastní rozvoj či dostatek pohybu. Kladný vliv práce na zdraví hodnotí podobně již zmínění Urban, Kajanová a Matulay (2010). Ti tvrdí, že práce může pozitivně působit na vyváženost lidské psychiky a sociálních vztahů, kdy se pracovníkům dostává uspokojení z pracovní činnosti a dochází k seberealizaci. Vliv zaměstnání na zdraví respondentů ve vztahu k několika proměnným je uveden v tabulce 43. Statistické testování zde neprokázalo, že by se délka, místo výkonu profese či cílová skupina klientů, se kterými dotazovaní pracují, podílely na hodnocení vlivu profese na zdraví.

Další otázky se týkaly posouzení fyzické a psychické náročnosti profese dotazovaných osob. Při hodnocení fyzické náročnosti práce uvedlo 64,2 % respondentů, že jejich povolání je fyzicky spíše nenáročné až zcela nenáročné, 24,4 % ho zhodnotilo jako ani náročné ani nenáročné a 11,4 % ho označilo za spíše náročné až zcela náročné. V případě posuzování psychické náročnosti 83 % respondentů popsalo svoji profesi jako psychicky velmi náročnou až spíše náročnou, 15,9 % jako ani náročnou ani

nenáročnou a pouhých 1,1 % ji považuje za spíše náročnou. V tabulce 38 je uveden vzájemný vztah mezi fyzickou a psychickou náročností profese. Největší počet osob, 24,4 %, své povolání označilo za fyzicky spíše nenáročné a psychicky spíše náročné. Získané výsledky potvrzuje Matoušek (2003), který zmiňuje, že pomáhající profese (tedy i sociální práce) tvoří skupinu povolání, v nichž se častěji než v jiných typech zaměstnání vyskytuje stres a psychická zátěž. S uvedeným tvrzením souhlasím, neboť při kontaktu se sociálními pracovníky v rámci praxí jsem byla nejednou svědkem toho (nebo mi to bylo v rámci rozhovoru řečeno), jak je pro ně jejich práce psychicky náročná. Tabulka 44 zobrazuje proměnné jako je délka, místo výkonu profese a cílová skupina ve vztahu k fyzické a psychické náročnosti profese respondentů. Výsledky statistického testování neprokázaly závislost mezi uvedenými parametry.

Respondenti byli dále dotazováni na případné zdravotní potíže související s výkonem profese. Zdravotní obtíže popsal 38 osob (21,6 %), 138 (78,4 %) osob žádnými problémy netrpí. Jako nejčastější zdravotní problém byly uváděny bolesti zad (17 osob). Zdravotní obtíže byly testovány ve vztahu k psychické náročnosti profese (tabulka 45). Určitý vztah mezi těmito proměnnými byl prokázán. Tabulka 46 znázorňuje, že s rostoucí psychickou náročností profese vzrůstá i výskyt zdravotních obtíží. To potvrzuje i článek „Psychosomatická onemocnění“ Kliniky GHC Praha, který uvádí, že stres a psychická zátěž mohou významným způsobem ovlivňovat zdravotní stav. Taktéž se testovala závislost výskytu zdravotních obtíží na fyzické náročnosti povolání (tabulka 49). V tomto případě se statisticky významný vztah potvrdit nepodařilo. Zjistilo se však, že respondenti hodnotící svoji práci jako fyzicky náročnou zmiňovali statisticky významně často bolest zad.

Otázka zjišťující přítomnost onemocnění trvajících déle než 3 měsíc ukázala, že takto nemocných je 67 respondentů (38,1 %). Z tohoto počtu jsou nejvíce zastoupeny alergie, kterými trpí 30 dotazovaných. Dle Urbana, Kajanové a Matulaye (2010) mohou nevyhovující pracovní podmínky či pracovní zátěž způsobovat vznik mnoha chronických onemocnění. V případě tohoto výzkumu však většina respondentů (50 osob) uvedla, že vznik jejich onemocnění nijak nesouvisí s vykonávaným zaměstnáním. I přesto ale mnozí respondenti mohou trpět dlouhodobějším onemocněním s pocitem, že

tato nemoc nemá původ v jejich profesi, ač tomu tak být nemusí. Jak totiž popisuje Schnack se Schnackovou, stres, který postihuje velké množství zaměstnaných lidí, má na svědomí oslabení imunitního systému a zvyšování náchylnosti k alergiím. A právě alergie jsou na prvním místě mezi uváděnými déletrvajících obtížemi respondentů. Přítomnost onemocnění trvajících přes tři měsíce byla testována ve vztahu k psychické náročnosti práce. Signifikantní vztahy mezi těmito proměnnými sice nebyly prokázány (tabulka 47), ale přesto bylo odhaleno, že s rostoucí psychickou náročností profese se počet respondentů s tímto onemocněním zvyšuje (tabulka 48).

Další otázkou zabývající se pracovní neschopností zapříčiněnou výkonem profese bylo zjištěno, že většina respondentů, 89,8 %, nikdy nebyla v pracovní neschopnosti z důvodu výkonu profese. Dotazovaní, kteří v souvislosti se zaměstnáním v pracovní neschopnosti byli, uváděli často jako důvod fyzické obtíže. Je však pravda, že původ zdravotních potíží nelze vždy striktně dělit na fyzické a psychické. Dle informací Kliniky GHC Praha (2010) bývá příčinou mnoha zdravotních problémů souběžné působení tělesné i psychické složky.

Následující část dotazníku získávala informace týkající se působení stresu a symptomů se stresem souvisejících na respondenty. Nejvíce dotazovaných, 34,7 %, popsalo, že jsou stresovým situacím vystaveni přibližně jednou týdně, 29,5 % z nich dokonce denně. Více než 64 % respondentů je tedy se stresem konfrontováno velmi často. To však ještě neznamená, že by na ně stres musel mít nutně negativní vliv. Jak uvádí Křivohlavý (2003), v případě působení stresu je důležitý poměr mezi intenzitou stresoru a schopností danou situaci zvládnout. O stresové situaci lze hovořit pouze tehdy, pokud je míra intenzity stresorů vyšší než schopnost člověka situaci zvládnout.

Dalšími zjišťovanými skutečnostmi byla přítomnost psychických a fyzických symptomů souvisejících se stresem. Na otázku, zda respondenti nějakými psychickými příznaky trpí, odpovědělo kladně 44,3 % z nich. Z konkrétních psychických symptomů uvedených v další otázce bylo nejvíce zastoupeno napětí (54 osob), podrážděnost (38 osob) a nervozita (37 osob). Následující otázka se týkala fyzických příznaků, jimiž trpí 54 % respondentů. Nejčastěji uváděným symptomem z nabídky byla únava (67 osob), bolesti hlavy (46 osob) a bolesti ramenou a zad (44 osob). Porovnáme-li četnost

některých fyzických příznaků se zdravotními potížemi, které respondenti udávali (bolesti zad, hlavy, žaludeční problémy a nespavost), odpovědi se zásadním způsobem liší. Tyto konkrétní obtíže zmiňovalo mnohem více dotazovaných při posuzování fyzických symptomů, než v otázce zdravotních potíží. Z toho usuzuji, že v případě většího zastoupení fyzických symptomů nejsou zmíněné problémy tak výrazné a časté, aby je respondenti považovali za zdravotní potíže.

Poslední otázka zabývající se stresem se týkala řešení stresových situací. Respondenti se stres nejčastěji bojují pomocí volnočasové aktivity (115 osob), rozhovorem s blízkou osobou (109 osob), rozhovorem s rodinným příslušníkem (67 osob), poslechem hudby či osobní modlitbou (meditací). Relaxace a odpočinek jsou, zvláště pro sociální pracovníky, nesmírně důležité v péči o jejich zdraví a z odpovědí respondentů lze poznat, že si jsou této skutečnosti vědomi. Relaxace, ať už fyzická či psychická, je dle Kukačky (2010) předpokladem udržení dobrého zdravotního stavu, protože oslabená psychika může být zdrojem celkové únavy a nemocí.

Jak vyplývá z výše uvedených výsledků statistického testování, hypotéza „Sociální pracovníci pocítují zdravotní obtíže více po psychické než fyzické stránce“ nebyla potvrzena.

V následující části dotazníku sice již nebyly zjišťovány informace mající přímou souvislost se stanovenou hypotézou, přesto bylo hodnoceno, co dalšího by v souvislosti s pracovním procesem mohlo na respondenty působit a ovlivňovat jejich spokojenost s povoláním.

Otázka 22 hodnotila spokojenost respondentů s pracovními podmínkami v zaměstnání. Velmi až spíše spokojeno je s nimi 64,2 % dotazovaných, spíše až velmi nespokojeno 11,4 %. Tabulka 53 zaznamenává vzájemnou souvislost spokojenosti s pracovními podmínkami s místem výkonu profese a cílovou skupinou. Mezi těmito proměnnými byl prokázán statisticky významný vztah. V tabulce 54 je vidět, že respondenti pracující v zařízeních pro seniory či pro mládež a děti jsou významně častěji spokojeni s pracovními podmínkami než ti, kteří pracují v ostatních zařízeních. Jak popisuje Bártlová (2005), podmínky v zaměstnání kladou na člověka odlišné nároky nejen v závislosti na charakteru práce, ale také na fyziologických možnostech jedince.



Typ zařízení, ve kterém respondenti pracují, tudíž není jediným faktorem, který jejich spokojenost s podmínkami v zaměstnání může ovlivňovat.

Respondenti dále hodnotili svoji pracovní zátěž. Jako velmi až spíše vysokou ji popsalo 54 % z nich, 43,2 % zařadilo pracovní zátěž na střední úroveň. Zaměstnání bez zátěže neuvedl žádný respondent, což se dalo předpokládat. Jak popisuje Žídková (2005), ve všech profesích se lze setkat s určitými faktory, které negativním způsobem zatěžují organismus ať po fyzické či psychické stránce.

Dotazovaní následně posuzovali spokojenost s pracovním kolektivem. 81,2 % jich uvedlo, že jsou velmi až spíše spokojeni, nespokojenost vyjádřilo pouze 3,4 %. Spokojenost s pracovním kolektivem v závislosti na místě výkonu profese a cílové skupině je zobrazena v tabulkách 55 a 56. Signifikantní souvislost u těchto parametrů byla prokázána, respondenti zaměstnaní v zařízeních pro osoby ohrožené sociálním vyloučením jsou s pracovním kolektivem statisticky významně často nespokojeni než dotazovaní v ostatních skupinách.

Další otázka se zaměřila na zjišťování spokojenosti respondentů s finančním ohodnocením jejich profese. Nejvyšší počet dotazovaných, 36,9 %, je průměrně spokojen, 37 % velmi až spíše spokojen a 26,2 % spíše až velmi nespokojen.

Respondenti poté odpovídali na otázku, zda uvažují o změně zaměstnání. Kladně odpovědělo 27,8 % z nich (49 osob). Nejčastější důvody pro změnu zaměstnání jsou uvedeny v tabulce 31. Nejvíce zastoupeny jsou finanční důvody (18 osob) a přístup vedoucího pracovníka v organizaci (10 osob). I přesto, že psychická náročnost povolání je velmi vysoká u více než 30 ti % respondentů (tabulka 14), jako důvod pro změnu zaměstnání ji uvedlo pouze 6 osob. Spokojenost v zaměstnání však samozřejmě nesouvisí pouze s náročností profese, ale závisí na mnoha jiných faktorech, například pracovních podmínkách či kolektivu (uvedeno výše).

Otázka 27 zjišťovala, zda respondenti utrpěli v souvislosti se zaměstnáním nějaký pracovní úraz. Z celkového počtu 176 osob utrpělo úraz související s profesí pouze 10 z nich.

V následujících otázkách respondenti uváděli, zda se v zaměstnání již někdy setkali s násilím, případně s jakým typem a kdo byl pachatel. 39,8 % jich zmínilo, že

s násilím v práci má určitou zkušenost. Tito respondenti dále specifikovali, o jaký typ násilí se jednalo (graf 5). Autonomní rámcová dohoda o obtěžování a násilí na pracovišti (2007) popisuje násilí tělesné, duševní nebo sexuální povahy, které se odehrává mezi kolegy, nadřízenými a podřízenými, nebo ze třetí strany, například ze strany klientů. Taktéž respondenti nejčastěji zmiňovali násilí fyzické a psychické, ve třech případech se jednalo o násilí sexuální. Pachatelé násilí jsou zobrazeni v grafu 6. V největší míře jsou jimi klienti zařízení, ve kterých respondenti pracují, dále, stejně jako uvádí dohoda, se jedná o kolegy nebo nadřízené či o násilí mezi klienty navzájem.

Respondenti byli dále dotazováni na to, zda se v rámci zaměstnání účastní supervize. 77,3 % jich uvedlo, že ano. Dotazovaní pak popisovali četnost supervizí. Nejvíce, 32 osob, se supervize v zaměstnání účastní 1x za 3 měsíce, 25 osob 1x měsíčně a 24 osob 1x za 2 měsíce. Z výsledků je patrné, že velké množství respondentů se supervize účastní pravidelně. Začlenění supervize do zaměstnání je dle mého názoru prospěšné jak z hlediska možnosti sdílet případné problémy, se kterými se sociální pracovník v rámci profese může setkávat, tak z důvodu rychlé profesionální pomoci. O prospěšnosti supervize hovoří Úlehla (2005), který popisuje, že supervize v sociální práci přispívá především k prevenci syndromu vyhoření, napomáhá účinnému řešení přepracovanosti a zvládnání pocitů bezmoci.

V poslední otázce měli respondenti zhodnotit, jak jsou celkově spokojeni se svým povoláním. 82,9 % jich uvedlo, že jsou se svojí profesí velmi až spíše spokojeni, 11,4 % je ani spokojeno ani nespokojeno, 5,7 % dotazovaných spokojeno není. Celková spokojenost ve vztahu k místu výkonu profese a cílové skupině je zobrazena v tabulkách 57 a 58. Mezi výše uvedenými parametry nebyl prokázán signifikantní vztah, ačkoliv je patrné, že místo výkonu profese i cílová skupina mají určitý vliv na celkovou spokojenost s povoláním. Respondenti pracující v zařízeních pro osoby v tíživé životní situaci popisují statisticky významně často celkovou nespokojenost s profesí než ostatní. Dotazovaní, kteří pracují v zařízeních pro osoby ohrožené sociálním vyloučením, jsou s povoláním statisticky významně často průměrně spokojeni.

Poslední graf výsledkové části zobrazující korespondenční analýzu (graf 7) znázorňuje cílovou skupinu a místo výkonu profese (které v grafu zcela splývají) ve

vztahu ke spokojenosti s podmínkami a kolektivem v zaměstnání a k celkové spokojenosti s povoláním sociálního pracovníka. Jak je vidět z hodnot v analýze, respondenti pracující s osobami se zdravotním postižením a jsou spokojeni s pracovními podmínkami, kolektivem a vyjadřují i celkovou spokojenost se svým povoláním. Naopak u respondentů pracujících s osobami v tíživé životní situaci lze zaznamenat nespokojenost s pracovními podmínkami, s povoláním celkově a průměrnou spokojenost s kolektivem. Dotazovaní pracující s osobami ohroženými sociálním vyloučením vykazují nespokojenost s pracovním kolektivem a ti, kteří pracují s dětmi a mládeží, jsou průměrně spokojeni jak s podmínkami, tak s povoláním celkově.

Po vyhodnocení všech otázek z dotazníku jsem došla k závěru, že respondenti jsou se svojí profesí a faktory, které s ní souvisí, poměrně spokojeni. I navzdory vysoké psychické náročnosti, která povolání sociálního pracovníka bezpochyby provází a přes nezanedbatelné množství osob nespokojených s finančním ohodnocením se dá říci, že u respondentů převládá spokojenost. Testování pomocí statistických metod sice odhalilo některé vztahy, poukazující na statisticky významně vyšší nespokojenost určitých skupin respondentů s některými proměnnými, avšak za podmínek porušení předpokladů pro adekvátní použití Chí-kvadrát testu. Vztahy na signifikantní hladině by se mohly projevit při zvýšení počtu respondentů.

Osobně si myslím, že většina lidí, kteří se rozhodli pro práci v sociálním sektoru, si dobře uvědomuje určitá negativa či rizika spjatá s jejich povoláním. Profesi sociálního pracovníka však vykonávají z mnoha jiných důvodů. Může se jednat o prostou touhu pomáhat těm, kteří to potřebují, vnitřní uspokojení a radost z vykonávané činnosti a štěstí druhých či rozvíjení vlastních schopností při práci s lidmi.

Při sběru dat jsem byla nesmírně potěšená, když jsem v emailech spolu s vráceným dotazníkem několikrát zaznamenala i zájem o můj výzkum a jeho výsledky či poděkování za to, že jsem se rozhodla věnovat se právě oblasti spokojenosti sociálních pracovníků s povoláním. Z několika emailů bylo patrné i určité překvapení z toho, že se někdo o spokojenost sociálních pracovníků vůbec zajímá.

## 6 ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývá vlivem práce na zdraví. Teoretická část v úvodu vymezuje základní termíny vztahující se k pojmu práce, jejímu významu pro člověka a vlivu na zdraví, zmíněno je pracovní prostředí i jeho faktory a kategorizace prací. Následují kapitoly pojednávající o pracovní zátěži a poškození zdraví pracovníků v pomáhajících profesích, do kterého lze zahrnout stres, psychickou zátěž, syndrom vyhoření či psychosomatická onemocnění. Práce se poté zabývá prevencí zátěže v zaměstnání, optimalizací pracovních podmínek, bezpečností práce a duševní hygienou. Další část je věnovaná sociální práci jakožto povolání, vymezení profese sociálního pracovníka a přiblížení pojmu zdraví a sociálních determinant zdraví.

Praktická část se zabývá zkoumáním vlivu práce na zdraví sociálních pracovníků. Výzkumné šetření bylo provedeno metodou kvantitativního výzkumu, pro sběr primárních dat byla použita metoda dotazování, technika dotazníku. Získaná data byla zpracována pomocí programu SPSS (Statistical Package for Social Science), použity byly statistické metody Pearson chí-kvadrát test, analýza adjustovaných reziduí a vícerozměrná korespondenční analýza.

V práci byly stanoveny dva cíle. Zmapovat vliv práce na zdravotní stav sociálních pracovníků a zjistit, k jakým změnám zdravotního stavu po fyzické či psychické stránce u sociálních pracovníků dochází. Společně s cíli práce byla stanovena následující hypotéza:

H1: Sociální pracovníci pociťují zdravotní obtíže více po psychické než fyzické stránce. Tato hypotéza nebyla na základě statistického testování potvrzena.

Ze získaných výsledků lze tedy usuzovat, že sociální pracovníci nepociťují psychické obtíže ve větší míře než obtíže fyzické. Závěry výzkumu však není možno vzhledem k lokalitě a nereprezentativnímu výběru respondentů generalizovat, na zjištěné výsledky je proto nutné nahlížet s tímto vědomím.

Statistické testování však přineslo několik zajímavých poznatků. Jedná se například o vztah mezi cílovou skupinou klientů a hodnocením fyzického a psychického zdraví respondentů. Bylo zjištěno, že fyzické a psychické zdraví hodnotí jako průměrné respondenti pracující s dětmi a mládeží a se seniory, za dobré ho považují dotazovaní

pracující s osobami se zdravotním postižením a s osobami v tíživé životní situaci a špatné psychické zdraví uvádí spíše ti, kteří pracují s osobami ohroženými sociálním vyloučením.

Dalším zajímavým vztahem je souvislost mezi cílovou skupinou a místem výkonu profese a mezi hodnocením spokojenosti s pracovními podmínkami, pracovním kolektivem a celkovou spokojeností s povoláním sociálního pracovníka. Testování prokázalo, že respondenti pracující v zařízeních pro seniory či pro mládež a děti jsou významně častěji spokojeni s pracovními podmínkami než ti, kteří pracují v ostatních zařízeních. Dále bylo vyzkoumáno, že respondenti zaměstnaní v zařízeních pro osoby ohrožené sociálním vyloučením jsou s pracovním kolektivem statisticky významně často nespokojeni než dotazovaní v ostatních skupinách. V souvislosti s hodnocením celkové spokojenosti s profesí bylo zjištěno, že respondenti pracující v zařízeních pro osoby v tíživé životní situaci popisují statisticky významně často celkovou nespokojenost s profesí než ostatní. Dotazovaní, kteří pracují v zařízeních pro osoby ohrožené sociálním vyloučením, jsou s povoláním statisticky významně často průměrně spokojeni.

Taktéž byl prokázán jistý vztah mezi psychickou náročností profese a vznikem zdravotních obtíží, kdy s rostoucí psychickou náročností povolání výskyt zdravotních obtíží vzrůstá.

Diplomová práce může sloužit jako hlubší vhled do problematiky vlivu práce na zdraví jedince a dále konkrétně vlivu povolání sociálních pracovníků na jejich zdravotní stav. Informace obsažené v teoretické i praktické části mohou být prospěšné samotným sociálním pracovníkům při identifikaci případných potíží v zaměstnání a dále při jejich nápravě či prevenci do budoucna. Práce však může mít užitek i pro vedoucí zařízení poskytující sociální služby, kteří se jejím prostřednictvím dozvědí o tom, co sociální pracovníky (a tedy jejich zaměstnance) může při výkonu jejich povolání nejčastěji trápit. Výsledky práce mohou taktéž tvořit základ či inspiraci pro další výzkumy, které se touto problematikou budou zabývat.

Co se týče přínosu práce pro mě samotnou, mohu říci, že díky ní jsem získala nejen mnoho teoretických poznatků a informací týkající se působení práce na člověka,

ale i konkrétní náhled na to, jak povolání sociálního pracovníka ovlivňuje osoby, kteří tuto profesi vykonávají.

## **7 KLÍČOVÁ SLOVA**

Pojem práce

Pojem zdraví

Pracovní zátěž

Sociální determinanty zdraví

Sociální práce

## 8 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ANDERS, Martin. ORDINACE. CZ. *Stres*. [online]. 2007 [cit. 2012-05-23]. Dostupné z: <http://www.ordinace.cz/clanek/stres/?chapter=0>.
2. ARMSTRONG, Michael, 2007. *Řízení lidských zdrojů*. 1. vyd. Praha: Grada. 800 stran. ISBN 978-80-247-1407-3.
3. Autonomní rámcová dohoda o obtěžování a násilí na pracovišti: Výkladová příručka EOK, 2007 [online]. ČMKOS 2012 [cit. 2012-07-09]. Dostupné z: [http://www.cmkos.cz/data/articles/down\\_1317.pdf](http://www.cmkos.cz/data/articles/down_1317.pdf)
4. BÁRTLOVÁ, Sylva, 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vyd. Praha: Grada. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
5. BÁRTLOVÁ, Sylva a Stanislav MATULAY, 2009. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. 1. vyd. Martin: Osveta. 242 stran. ISBN 978-80-8063-306-6.
6. BAUMRUK, Jaroslav, 2001. *Analýza rizik při práci: příručka pro zaměstnavatele*. 2. vyd. Praha: Fortuna. 135 stran. ISBN 80-7071-183-3.
7. BLAŽKOVÁ, V. *Psychická pracovní zátěž*. [online]. © 2008 [cit. 15. 5. 2012]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/pracovni-prostredi/psychicka-pracovni-zatez>.
8. BRHEL, Petr, 2005. *Poškození zdraví z práce*. In: Kolektiv autorů (Brhel, P., Manoušková, M., Hrnčíř, E.). *Pracovní lékařství: základy primární pracovní lékařské péče*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. s. 149 - 171. ISBN 80-7013-414-3.



9. BUCHTOVÁ, Božena et al., 2002. *Nezaměstnanost – psychologický, ekonomický a sociální problém*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s. 240 s. ISBN 80-247-9006-8.
10. CALHOUN, Craig, et al, 1994. *Sociology*. 6. edition. USA: McGraw – Hill. ISBN 0-07-037879-7.
11. ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA, 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
12. DISMAN, Miroslav, 2007. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-0139-7.
13. DOHNALOVÁ, Marie a Jaroslav MALINA, 2006. *Slovník Antropologie občanské společnosti*. 1. vyd. Brno: Cerm. 778 stran. ISBN 80-7204-349-8.
14. EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK. *Help* [online]. [cit. 2012-04-23]. Dostupné z: [http://osha.europa.eu/en/help/index\\_html](http://osha.europa.eu/en/help/index_html).
15. EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK. *Stress*. [online]. [cit. 2012-05-23]. Dostupné z: [http://osha.europa.eu/en/topics/stress/index\\_html](http://osha.europa.eu/en/topics/stress/index_html).
16. EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK. *Workplace Health Promotion*. [online]. [cit. 2012-05-23]. Dostupné z: [http://osha.europa.eu/en/topics/whp/index\\_html](http://osha.europa.eu/en/topics/whp/index_html).
17. EUROPEAN COMMISSION. *Health and safety at work*. [online]. 2010 [cit. 2012-04-21]. Dostupné z: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/health\\_safety\\_work](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/health_safety_work).

18. EUROPEAN UNION. *Agencies and other EU bodies*. [online]. [cit. 2012-04-23]. Dostupné z: [http://europa.eu/agencies/regulatory\\_agencies\\_bodies/policy\\_agencies/osha/index\\_en.htm](http://europa.eu/agencies/regulatory_agencies_bodies/policy_agencies/osha/index_en.htm).
19. EUROPEAN WORKING CONDITIONS OBSERVATORY. *Work – related stress: Concepts*. [online]. 2005 [cit. 2012-05-23]. Dostupné z: [http://www.eurofound.europa.eu/ewco/reports/TN0502TR01/TN0502TR01\\_2.htm](http://www.eurofound.europa.eu/ewco/reports/TN0502TR01/TN0502TR01_2.htm).
19. FIELD, David and Steve TAYLOR, 2007. *Sociology of health and health care*. 4. edition. Wiley: Blackwell Publishing. 288 p. ISBN 978-1-4051-5172-6.
20. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ, 2009. *Psychologický slovník*. 2. vyd. Praha: Portál. 774 s. ISBN 978-80-7367-569-1.
21. HNILICOVÁ, HELENA a Hana JANEČKOVÁ, 2009. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál. 294 stran. ISBN 978-80-7367-592-9.
22. CHAIR IN OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY MANAGEMENT. *Primary preventiv*. [online]. © 2010 [cit. 2012-05-24]. Dostupné z: <http://www.cgsst.com/eng/prevention/primary-prevention.asp>.
23. CHAIR IN OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY MANAGEMENT. *Secondary preventiv*. [online]. © 2010 [cit. 2012-05-24]. Dostupné z: <http://www.cgsst.com/eng/prevention/secondary-prevention.asp>.
24. CHAIR IN OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY MANAGEMENT. *Symptoms of Workplace Stress*. [online]. © 2010 [cit. 2012-05-22]. Dostupné z: <http://www.cgsst.com/eng/workplace-stress/symptoms-of-workplace-stress.asp>.

25. IVANOVÁ, KATEŘINA, 2010. *Sociální determinanty zdraví ve vztahu ke zranitelným etnickým skupinám, obecně a speciálně k Romům*. In: DAVIDOVÁ, EVA et al. *Kvalita života a sociální determinanty zdraví u Romů v České a Slovenské republice*. 1. vyd. Praha: Triton. s 131 - 136. ISBN 978-80-7387-428-5.
26. JANKOVSKÝ, Jiří, 2003. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Triton. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
27. JEKLOVÁ, Marta a Eva REITMAYEROVÁ, 2006. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. ISBN 80-86991-74-1.
28. JURIŠ, Peter a Martina MITERPÁKOVÁ, 2006. *Hygiena prostredia*. 1. vydání. Prešov: Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce bl. P.P. Gojdiča v Prešove. ISBN 80-969449-5-9.
29. KALLWASS, Angelika, 2007. *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*. 1. vyd. Praha: Portál. 139 s. ISBN 978-80-7367-299-7.
30. KEBZA, Vladimír, 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha: Academia. 264 stran. ISBN 80-200-1307-5.
31. KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ, 2003. *Syndrom vyhoření*. 2. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav. ISBN 80-7071-231-7.
32. KLINIKA GHC PRAHA. *Psychosomatická onemocnění*. [online]. © 2010 [cit. 2012-05-29]. Dostupné z: <http://www.ghc.cz/cs/lecba-zavaznych-onemocneni/psychosomaticka-onemocneni.html>.

33. KOPŘIVA, Karel, 2006. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*], 5. vyd. Praha: Portál. 147 s. ISBN 80-7367-181-6.
34. KOUBEK, Josef, 2007. *Řízení lidských zdrojů: Základy moderní personalistiky*. 4. vyd. Praha: Management Press. 399 stran. ISBN 978-80-7261-168-3.
35. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2003. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál. 279 stran. ISBN 807178-774-4.
36. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2006. *Psychologie smysluplnosti existence*. 1. vyd. Praha: Grada. 204 stran. ISBN 80-247-1370-5.
37. KUKAČKA, Vladislav, 2010. *Udržitelnost zdraví*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. 228 s. ISBN 978-80-7394-217-5.
38. MATOUŠEK, Oldřich, et al., 2007. *Základy sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál. 309 s. ISBN 978-80-7367-331-4.
39. MATOUŠEK, Oldřich, 2008a. *Metody a řízení sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál. 380 s. ISBN 978-80-7367-502-8.
40. MATOUŠEK, Oldřich, 2008b. *Slovník sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál. 272 s. ISBN 978-80-7367-368-0.
41. MATOUŠEK, Oldřich, 2011. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2. vyd. Praha: Portál. 194 s. ISBN 978-80-262-0041-3.
42. Nařízení vlády č. 523/2002 Sb., kterým se mění nařízení vlády č. 178/2001 Sb., kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví zaměstnanců při práci.

43. NOVÁKOVÁ, Iva, 2011. *Zdravotní nauka 2. díl*. 1. vyd. Praha: Grada. 208 stran. ISBN 978-80-247-3709-6.
44. PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA. *What Makes Canadians Healthy or Unhealthy?* [online]. 2003 [cit. 2012-06-12]. Dostupné z: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/determinants-eng.php#employment>.
45. ŘEZNÍČEK, Ivo, 1994. *Metody sociální práce: podklady ke stážím studentů a ke kazuistickým seminářům*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství SLON. 75 stran. ISBN 80-85850-00-1.
46. SEDLÁKOVÁ, Renáta, 2009. *Vybraná sociologická témata: kapitoly ze sociologie pro kombinované studium*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita. 149 stran. ISBN 978-80-7394-178-9.
47. SCHNACK, Gerd a Korsten SCHNACKOVÁ, 2006. *Antistresové rituály*. 1. vyd. Praha: Eminent. 140 stran. ISBN 80-7281-229-7.
48. SPOLEČNOST SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ ČR. *Historie*. [online]. [cit. 2012-06-01]. Dostupné z: <http://socialnipracovnici.cz/sekce-socialnich-pracovniku/article/historie>.
49. SCHRAGGEOVÁ, MILICA, 2011. *Nezamestnanosť v psychologických súvislostiach*. Nové Zámky: Psychoprof. ISBN 987-80-89322-08-4.
50. STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. *Fyziologické faktory*. [online]. [cit. 2012-05-10]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/pracovni-prostredi/fyziologicke>.
51. STENDMAN, Thomas Lathrop, 1990. *Stedman's medical dictionary*. 25. edition. Baltimore: Williams & Wilkins. 1784 p. ISBN 0-683-09405-X.

52. ŠAMÁNEK, Jaromír. STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. *Kategorizace prací*. [online]. © 2011 [cit. 2012-05-16]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/pracovni-prostredi/kategorizace-praci>.
53. ŠTIKAR, J., RYMEŠ, M., RIEGEL, K., HOSKOVEC, J., 2003. *Psychologie ve světě práce*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. 461 s. ISBN 80-246-0448-5.
54. ÚHLEHLA, Ivan, 2005. *Umění pomáhat: učebnice metod sociální práce*. 3. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství SLON. 128 s. ISBN 80-86429-36-9.
55. URBAN, David, KAJANOVÁ, Alena, MATULAY, Stanislav (2010). *Práce ve vztahu ke zdraví Romů*. In: DAVIDOVÁ, EVA et al. *Kvalita života a sociální determinanty zdraví u Romů v České a Slovenské republice*. 1. vyd. Praha: Triton. s 181 - 182. ISBN 978-80-7387-428-5.
56. ÚPLNÉ ZNĚNÍ č. 879 – SOCIÁLNÍ ZABEZPEČENÍ, 2012. Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách. Ostrava: Sagit. 240 s. ISBN 978-80-7208-900-0.
57. VACKOVÁ, Jitka, 2012. Metodologie, výběr cílové skupiny, sběr a zpracování dat. In: VACKOVÁ, Jitka a kol. *Zdravotně sociální aspekty života imigrantů v České republice*. Praha: Triton. s 17 – 21. ISBN 978-80-7387-514-5.
58. Vyhláška č. 432/2003 Sb., kterou se stanoví podmínky pro zařazování prací do kategorií, limitní hodnoty ukazatelů biologických expozičních testů, podmínky odběru biologického materiálu pro provádění biologických expozičních testů a náležitosti hlášení prací s azbestem a biologickými činiteli. [online]. © 2010 - 2012 [cit. 2012-05-04]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-262>.

59. WAGNEROVÁ, IRENA, et al., 2011. *Psychologie práce a organizace, nové poznatky*. 1. vyd. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-3701-0.
60. WILKINSON, Richard a Michael MARMOT, 2005. *Sociální determinanty zdraví – Fakta a souvislosti*. 1. vyd. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky. 52 s. ISBN 80-86625-46-X.
61. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Mental health*. [online]. © WHO. 2012 [cit. 2012-06-13]. Dostupné z: [http://www.who.int/topics/mental\\_health/en/](http://www.who.int/topics/mental_health/en/).
62. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Social Determinants of Health*. [online]. © WHO. 2012 [cit. 2012-06-13]. Dostupné z: [http://www.who.int/topics/mental\\_health/en/](http://www.who.int/topics/mental_health/en/).
63. Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, v platném znění. Sbirka zákonů České republiky. [online]. Částka 74. [cit. 2012-05-12]. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2000/sb074-00.pdf>.
64. Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce. [online]. © 2010 - 2012 [cit. 2012-05-04]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-262>.
65. ŽIDKOVÁ, Z., 2005. *Psychická zátěž*. In: Kolektiv autorů (Brhel, P., Manoušková, M., Hrnčír, E.). *Pracovní lékařství: základy primární pracovní lékařské péče*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. s. 74-79. ISBN 80-7013-414-3.

## **9 PŘÍLOHY**

Příloha 1: Dotazník: Práce a její vliv na zdraví



## **Příloha 1: Dotazník: Práce a její vliv na zdraví**

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Jana Pochopová a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Dotazník, který jste právě obdržel/a, je součástí mé diplomové práce na téma „Práce a její vliv na zdraví“. Tento dotazník je zcela anonymní, údaje z něj získané budou použity výhradně k účelům této práce.

Vaše odpovědi, prosím, zakroužkujte nebo barevně či jinak zvýrazněte.

Velice Vám děkuji za spolupráci.

Jana Pochopová  
Jihočeská univerzita  
Zdravotně sociální fakulta  
České Budějovice

### **Dotazník:**

#### **1) Pohlaví:**

1. žena
2. muž

#### **2) Uved'te, prosím, rok narození:**

.....

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

1. středoškolské (ukončené maturitou)
2. vyšší odborné vzdělání
3. vysokoškolské vzdělání

**4) Jak dlouho jste zaměstnán/a na pozici sociálního pracovníka?**

1. méně než rok
2. 1 – 5 let
3. 6 – 10 let
4. 11 – 15 let
5. více než 15 let

**5) Uved'te, prosím, v jakém zařízení vykonáváte sociální práci:**

.....  
.....

**6) Uved'te, prosím, s jakou cílovou skupinou pracujete:**

.....  
.....

**7) Jak hodnotíte své fyzické zdraví?**

1. velmi dobré
2. spíše dobré
3. průměrné (ani dobré, ani špatné)
4. spíše špatné
5. velmi špatné

**8) Jak hodnotíte své psychické zdraví?**

1. velmi dobré
2. spíše dobré
3. průměrné (ani dobré, ani špatné)
4. spíše špatné
5. velmi špatné

**9) Uved'te, prosím, dle Vašeho názoru, zda má Vaše zaměstnání vliv na Vaše zdraví:**

1. nemá žádný vliv
2. má vliv (uved'te, prosím, jaký)

.....  
.....

3. nevím

**10) Jak je Vaše práce fyzicky náročná?**

1. velmi náročná
2. spíše náročná
3. středně náročná (ani náročná, ani nenáročná)
4. spíše nenáročná
5. zcela nenáročná

**11) Jak je Vaše práce psychicky náročná?**

1. velmi náročná
2. spíše náročná
3. středně náročná (ani náročná, ani nenáročná)
4. spíše nenáročná
5. zcela nenáročná

**12) Máte nějaké zdravotní obtíže, které dle Vašeho názoru souvisí s výkonem Vaší profese?**

1. ne
2. ano (uved'te, prosím, jakým)

.....  
.....

**13) Trpíte nějakým onemocněním trvajícím déle než 3 měsíce?**

(alergie, astma, diabetes, atopický ekzém...)

1. ne
2. ano (uveďte, prosím, jakým)

.....  
.....

**14) Pokud jste na otázku č. 13 odpověděl/a *ano*, má vznik toho onemocnění dle Vašeho názoru souvislost s Vaším zaměstnáním?**

1. určitě ano
2. spíše ano
3. spíše ne
4. určitě ne
5. nevím, nedokážu posoudit

**15) Byl/a jste někdy v pracovní neschopnosti zapříčiněné výkonem Vaší profese?**

1. ano - důvodem byly fyzické obtíže
2. ano - důvodem byly psychické obtíže
3. ne

**16) Jak často jste vystaven/a stresovým situacím?**

1. nikdy
2. denně
3. týdně
4. měsíčně
5. několikrát do roka
6. velmi nepravidelně
7. jiné .....

**17) Trpíte nějakými psychickými symptomy souvisejícími se stresem?**

1. ano
2. ne

**18) Pokud jste na otázku č. 17 odpověděl/a ano, pak se jedná o:**

(můžete zaškrtnout více možností)

1. pocit úzkosti
2. napětí
3. poruchu paměti
4. podrážděnost
5. nervozitu
6. nerozhodnost
7. tendenci k izolaci
8. pláč
9. depresi
10. jiné .....

**19) Trpíte nějakými fyzickými symptomy souvisejícími se stresem?**

1. ano
2. ne

**20) Pokud jste na otázku č. 19 odpověděl/a ano, pak se jedná o:**

(můžete zaškrtnout více možností)

1. únavu
2. závratě
3. bolesti hlavy
4. bolesti ramenou a zad
5. nespavost
6. bolest žaludku (břicha)
7. zácpu

8. zvýšené pocení
9. třes rukou
10. sníženou sexuální chuť
11. nechutenství nebo přejídání se
12. jiné .....

**21) Jak řešíte stresující situace?**

(můžete zaškrtnout více možností)

1. rozhovorem s blízkou osobou (přítel)
2. rozhovorem s rodinným příslušníkem
3. poslechem hudby
4. volnočasovou aktivitou (koníčkem – např. tancem, sportem apod. )
5. v nejbližší době navštívím lékaře
6. vezmu si lék (na zmírnění úzkosti, deprese, zklidnění)
7. zakouřím si
8. napiji se alkoholu
9. navštívím kostel (modlitebnu)
10. sám/a se modlím (medituji)
11. rozhovor s duchovním
12. vezmu si nějakou drogu
13. využiji prvky alternativní medicíny (přírodní léčiva, akupunktura, masáže)
14. přejím se
15. nakupuji
16. zapnu si televizi
17. neřeším to
18. jiné .....

**22) Jak jste celkově spokojen/a s pracovními podmínkami?**

(mikroklimatické podmínky, pracovní prostředí apod.)

1. velmi spokojen/a

2. spíše spokojen/a
3. průměrně spokojen/a
4. spíše nespokojen/a
5. velmi nespokojen/a

**23) Zhodnoťte, prosím, Vaši pracovní zátěž v zaměstnání:**

1. velmi vysoká
2. vysoká
3. na střední úrovni (ani vysoká, ani nízká)
4. nízká
5. zaměstnání bez zátěže

**24) Jak jste spokojen/a s pracovním kolektivem?**

1. zcela spokojen/a
2. spíše spokojen/a
3. průměrně spokojena
4. spíše nespokojena
5. zcela nespokojena

**25) Jak jste spokojen/a s finančním ohodnocením Vaší práce?**

1. velmi spokojen/a
2. spíše spokojen/a
3. průměrně spokojena (ani spokojen/a, ani nespokojen/a)
4. spíše nespokojen/a
5. velmi nespokojen/a

**26) Uvažujete o změně zaměstnání?**

1. ne
2. ano – napište, prosím, důvody, proč byste zaměstnání chtěl/a změnit:

.....  
.....

**27) Utrpěl/a jste v souvislosti se zaměstnáním nějaký pracovní úraz?**

1. ne
2. ano - specifikujte, prosím, charakter úrazu:

.....  
.....

**28) Setkal/a jste se v zaměstnání s nějakým typem násilí?**

1. ano
2. ne

**29) Pokud jste na otázku č. 28 odpověděl/a *ano*, jednalo se o:**

(můžete zaškrtnout více možností)

1. psychické násilí
2. fyzické násilí
3. sexuální násilí
4. jiné (uveďte, prosím) .....

**30) Pokud jste na otázku č. 28 odpověděl/a *ano*, jednalo se o násilí ze strany:**

(můžete zaškrtnout více možností)

1. kolegy
2. nadřízeného
3. klienta
4. jiné (uveďte, prosím) .....



**31) Účastníte se v rámci zaměstnání supervize?**

1. ne
2. ano - uveďte, prosím, jak často: .....

**32) Zhodnoťte, jak jste celkově spokojen/a se svým povoláním:**

1. velmi spokojen/a
2. spíše spokojen/a
3. ani spokojen/a ani nespokojen/a
4. spíše nespokojen/a
5. velmi nespokojen/a