

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

**Hodnocení psychosociální pracovní zátěže sester pomocí
analýzy pracovních podmínek
DIPLOMOVÁ PRÁCE**

Vedoucí práce:

Mgr. Václav Šnorek

Rok:

2007

Jméno:

Bc. Josef Janeček

Abstrakt:**Assessment of a psychosocial workload of people working as nurses by means of working conditions analysis**

This analysis is about a psychosocial workload of people working as nurses. The first aim of this analysis was to ascertain if it is possible to identify such a psychosocial workload of nurses. The second aim was to find out if there is a higher psychosocial workload for nurses working at a standard ward or for nurses working at Intensive Care Ward (JIP) and Anaesthesia -Resuscitation Ward (ARO).

I have used a SSF questionnaire (Subjective Symptoms of Fatigue) for exhaustive description of that issue.

The questionnaire contains 51 questions and was divided into 3 parts. The first part of the questionnaire focuses on appraisal of the psychosocial workload concerning the assessment of working conditions. In the second part I have focused on the assessment of the workload of nurses and the third part surveys tiredness of nurses.

I have addressed nurses working at FN Plzeň (Teaching hospital in Pilsen), regional hospital in Příbram and hospital in Stod. I have surveyed nurses working at a standard surgery ward, standard internal medicine ward, surgery Intensive Care Ward (JIP), internal Intensive Care Ward (JIP), and Anaesthesia -Resuscitation Ward (ARO).

My research demonstrates the fact that there exists a psychosocial workload for people who are working as nurses. It has also proved the hypothesis that the psychosocial workload for people who are working as nurses can be identified. The results of this research have also shown the fact that nurses working at a standard ward suffer from lower psychosocial workload than nurses working at Intensive Care Ward (JIP) and Anaesthesia -Resuscitation Ward (ARO). It is obvious that nurses working at Intensive Care Ward (JIP) and Anaesthesia -Resuscitation Ward (ARO) suffer from a higher psychosocial workload. On the other hand I have to add that some differences of the results describing work of nurses working at a standard ward and nurses working at Intensive Care Ward (JIP) and Anaesthesia -Resuscitation Ward (ARO) are not so striking in some graphs.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Hodnocení psychosociální pracovní zátěže sester pomocí analýzy pracovních podmínek“ vypracoval samostatně a použil jsem pramenů, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii.

V Českých Budějovicích 9.5 2007

.....
Bc. Josef Janeček

Poděkování

Na tomto místě bych rád poděkoval Mgr. Václavu Šnorkovi za metodické vedení a cenné připomínky při zpracování mé diplomové práce. Dále děkuji zdravotním sestrám standardních oddělení a oddělení JIP a ARO za ochotu a spolupráci při vyplňování dotazníků.

Obsah:

Úvod.....	7
1. Současný stav.....	9
<i>1.1 Role sestry.....</i>	<i>9</i>
1.1.1 Osvojení si role sestry.....	10
1.1.2 Vztah sestra – pacient.....	11
1.1.3 Psychologie zdravotníka.....	11
1.1.4 Zdravotnické prostředí.....	11
1.1.5 Vztah práce a zdraví.....	12
<i>1.2 Filozofie ochrany a podpory zdraví při práci.....</i>	<i>12</i>
<i>1.3 Pojetí zátěže, diskomfortu a strádání.....</i>	<i>13</i>
1.3.1 Faktory pracovních podmínek a pracovního prostředí.....	13
1.3.2 Druhy zátěže.....	14
1.3.3 Pracovní zátěž.....	15
1.3.4 Fyzická a psychická zátěž.....	15
<i>1.4 Hlavní psychologické důsledky zátěží.....</i>	<i>20</i>
1.4.1 Úzkost a strach.....	20
1.4.2 Vztek a agrese.....	22
<i>1.5 Taxonomie náročných životních situací z psychologického hlediska.....</i>	<i>22</i>
1.5.1 Nepřiměřené úkoly.....	22
1.5.2 Problémové situace.....	23
1.5.3 Konflikty.....	23
1.5.4 Frustrace.....	24
1.5.5 Deprivace.....	24
<i>1.6 Svízelné situace pracovního života.....</i>	<i>25</i>
<i>1.7 Pojetí a definice syndromu vyhoření.....</i>	<i>26</i>
1.7.1 Příznaky syndromu vyhoření.....	27
1.7.2 Stádia vývoje syndromu vyhoření.....	28
1.7.3 Diagnostika syndromu vyhoření.....	29
1.7.4 Moderující faktory, prevence a intervence.....	29
<i>1.8 Práce a její podmínky.....</i>	<i>30</i>

1.8.1 Vlivy biorytmu, únavy a monotónie.....	30
1.8.2 Pracovní výkonnost.....	31
1.8.3 Motivace a postoje k práci.....	33
<i>1.9 Pracovní spokojenost.....</i>	<i>34</i>
1.9.1 Faktory pracovní spokojenosti.....	34
<i>1.10 Hodnocení úrovně pracovních podmínek.....</i>	<i>35</i>
1.10.1 Metoda hodnocení pracovních podmínek.....	36
<i>1.11 Osobnost v zátěži.....</i>	<i>40</i>
<i>1.12 Profesionální zátěž a narušení duševní rovnováhy.....</i>	<i>40</i>
1.12.1 Duševní hygiena v životě a práci zdravotnického pracovníka.....	41
1.12.2 Jak může zdravotní sestra pečovat sama o sebe.....	42
2. Cíle a hypotézy výzkumu.....	43
2.1 Cíle výzkumu.....	43
2.2 Hypotézy výzkumu.....	43
3. Metodika výzkumu.....	44
3.1 Použité metody.....	44
3.2 Charakteristika souboru.....	44
4. Výsledky výzkumu.....	46
5. Diskuse.....	104
6. Závěr.....	108
7. Seznam literatury.....	109
8. Klíčová slova.....	113
9. Přílohy.....	114
9.1 Příloha – dotazník pro sestry	

Úvod

Vlivem politických, ekonomických a sociálních změn v posledním desetiletí vznikají ve společnosti nové problémy, vyžadující rychlé řešení. Tyto změny s sebou přinášejí zvýšenou psychosociální zátěž pracovníků. Mění se motivace pracovníků a obraz vlivu pracovní zátěže na zdraví a pracovní pohodu. Psychosociální pracovní zátěž představuje velmi aktuální problematiku vzhledem k neustále zvyšujícím se pracovním nárokům týkajících se nejen rozvoje moderní přístrojové techniky, ale také v souvislosti s požadavky, které jsou kladeny na zdravotní sestry v oblasti vzdělávání.

Téma své diplomové práce „Hodnocení psychosociální pracovní zátěže sester pomocí analýzy pracovních podmínek“ jsem si vybral záměrně na základě svých vlastních zkušeností a poznatků, které jsem získal během zaměstnání na standardním lůžkovém oddělení a posléze i na pracovišti JIP chirurgického oddělení.

Povolání zdravotní sestry je dle mého názoru společensky velice významné a lidsky nezastupitelné povolání. Každé povolání, které je vykonáváno po delší dobu s vysokým zaujetím a pracovním nasazením zanechává na každém člověku určité stopy. Někdy dochází ke zdokonalování činností, které vykonává, jindy člověka pracovní vlivy poznamenávají nepříznivě.

Zdravotní sestra jako každý jiný člen společnosti žije a pracuje v určitém a v daném případě velice specifickém prostředí. Zde na něj jednak uplatňuje svůj vliv, ale současně toto prostředí na ni zákonitě zpětně doléhá, poznamenává a přímo zasahuje do vývoje její osobnosti.

Na pracovišti sestry se jednak dostává do relativně dlouhodobých kontaktů s ostatními zdravotnickými pracovníky, ale také do kontaktů s nemocnými. Zdravotní sestra především působí na nemocné: pečuje o hygienu nemocných, udržuje čistotu a pořádek, sleduje jejich fyziologické funkce, provádí různé odborné úkony, vysvětluje účelnost vyšetření a léčby, učí nemocné potřebným návykům, sdílí jejich bolesti i radosti. Sestra však nejen takto různorodě působí, ale také vše prožívá. Již samotné prostředí nemocnic i samotní nemocní jsou pro sestru silnými podněty, které hluboce zasahují do vnímání, představ, myšlení a podstatně ovlivňují i její citovou oblast.

Je zákonitostí, že v životě má všechno své souvislosti a člověk si z každého setkání, nebo zážitku s druhými lidmi nakonec „něco odnese“ (smutek, rozlady, radost, uspokojení).

V práci zdravotní sestry je enormní fyzické i psychické vypětí a zatížení, překonávání nepříjemných stavů a pocitů a vcit'ování se do zdravotního stavu nemocného, ale i vcit'ování se do osob blízkých nemocnému. To vše je velice vyčerpávající, silné prožitky sestry nezůstávají na pracovišti, ale sestra si je přenáší domů, vrací se k nim a zaobírá se jimi dlouhodobě.

Zdravotní sestra pak musí nutně čelit psychické traumatizaci, někdy ovšem za nechtěnou cenu, že se stane necitelnou, otrlou a že jí budou osudy nemocných lhostejné.

1. Současný stav

1.1. Role sestry

Profese sestry prodělala v relativně krátkém údobí velké změny. Prvotně se formovala na půdě charitativních institucí a středověkých hospitálů, které byly určeny k poskytnutí útulku a základní péče pro jednotlivce z řad chudiny, o které se nemohla starat rodina. Jednalo se o charitativní činnost prováděnou převážně církevními řády. Péče v hospitálech nevyžadovala odbornou přípravu personálu.

V druhé polovině 19. století proniká do nemocnice racionální medicína a postupně se do nemocnic přesouvá těžiště lékařské činnosti a medicínského poznání. Tímto vývojem byl položen také základ k novodobé profesi sestry. K pochopení vývoje role sestry je nutné zmínit dvě skutečnosti. První spočívá v tom, že nemocnice do první světové války byly určeny pouze pro chudinu. Druhá skutečnost spočívá v tom, že novodobé nemocnice vznikaly převážně personálně i místně z dřívějších špitálů. Sociální role nově vznikající profese sester byla jakýmsi kompromisem dvou, časově po sobě následujících subkultur: nábožensko charitativní a medicínsko racionální. Tento typ zátěže velmi podstatně ovlivnil podobu profese sestry na dlouhou dobu. Významné místo v rozvoji ošetrovatelství měla anglická ošetrovatelka, Florence Nightingalová, která založila v Londýně v roce 1860 první ošetrovatelskou školu. Nightingalová zdůrazňovala nutnost aktivních přístupů k nemocnému a k jeho prostředí, kladla důraz na dosažení vysoké úrovně ošetrovatelského personálu. Vývoj role sestry byl ovlivněn i medicínou samotnou. Nemocný byl víceméně pasivním objektem péče zdravotníků. I ošetrování se stávalo spíše souhrnem jednotlivých úkonů, zkrátka převládala technická stránka sesterské činnosti, než péče o člověka jako bio-psycho-sociální bytost. Dalším faktorem, který působil na podobu role sestry byl růst velikosti nemocnic. Pro sestry narůstají stále nové činnosti, které bezprostředně nesouvisejí s ošetrováním nemocných, dochází k přetěžování sester agendou a jejich dalšímu vzdalování od pacienta. Toto vše vedlo k určité dehumanizaci ošetrování.

V posledních desetiletích se s rozvojem moderní společnosti ošetrovatelství a sestra posunuly kupředu (Bartlová, 1996).

Sestra byla tradičně považována za člena týmu, který poskytuje základní péči pacientům. Nepochybně to je a bude i nadále hlavní funkcí ošetrovatelství. Vznikly však a stále se rozšiřují nové odpovědnosti. Vycházejí z orientace profesní činnosti sester na celek lidského zdraví.

Zdůrazněna je úloha ošetrovatelské péče v primární zdravotnické péči s tím, že inovované ošetrovatelské služby se mají rozvíjet více se zaměřením na zdraví než na nemoc. Vznikají také požadavky na speciální odpovědnosti sester vůči pacientovi a jeho rodině. Role sestry prodělala nejen složitý vývoj v minulosti, ale podstatně se mění i dnes. Jde zejména o širší spektrum dovedností, hlavně ve vztahu k sociálním problémům, které obklopují stále více jedince nebo skupiny.

Sociologická teorie se stává jedním z důležitých článků v objasňování i v realizaci současných změn v roli sestry. A to nejen jako součást odborného profilu sestry, ale i jako teorie, pomocí které jsou zkoumány pracovní podmínky sester, napětí a konflikty mezi sestrami a pacientem, mezi sestrami a lékařem a mezi ostatním zdravotnickým personálem navzájem, organizace činností sester, prestiž tohoto povolání aj.

1.1.1 Osvojení si role sestry

Poznání vlastní role je u sestry velmi důležité. Platí pro ni vzory chování: funkční specifika, universalismus, kolektivní orientace a emocionální neutralita. Povolání sestry tvoří celý systém společenských rolí, které jsou různě horizontálně i vertikálně členěné. V podstatě se jedná o role v oblastech ošetrovatelsko – pečovatelské, expresivní, výchovné, technické, poradenské, preventivní, organizační a administrativní. Realizace role sestry je svou povahou vnitřně konfliktní.

Z psychologického hlediska je rolová adaptace zvláště obtížná. Osvojení si role a adaptace na nové funkce a odpovědnosti, závisí na společenské prestiži povolání. Je známo, že výkon role sestry je značně komplikovaný nejen mnohostranností a různorodostí rolí, ale i komplikovaností pracovních podmínek, ve které se výkon role odehrává. Stále častěji je diskutován u zdravotních sester syndrom vyhoření, čímž je

označován stav masivního vyčerpání, který je pociťován jako vyprahlost (Bartlová, 1996).

1.1.2 Vztah sestra - pacient

Sestra má s pacientem častější a užší kontakt než lékař. Pomáhá pacientovi při plnění jeho základních biologických potřeb. Sestra také doplňuje společenské vztahy. Sestra zná možnosti jak pomoci, radí pacientovi se zkušeností. Komunikace sestry s pacientem jsou řízeny a rozvíjeny tak, aby vedly k identifikování potřeb pacienty a k poznání, jak lze potřeby uspokojit způsobem, který je přijatelný pro pacienta.

Role sestry je vždy spojena s více či méně konfliktními situacemi. Častý problém, který se promítá do oblasti vztahů sestra – pacient, je problém realizace vlastní role sestry ve vztahu k pacientovi.

1.1.3 Psychologie zdravotníka

Humánní vztah k nemocnému má být ohleduplný, citlivý, šetrný, chápavý a vnímavý. Vyrovnaná osobnost zdravotníka je pro nemocného souborem harmonizujících zevních podnětů. Žádoucí je vystupování klidné, rozvážené a s pohotovými reakcemi v naléhavých situacích. Zdravotníkovi prospěje odpoutat se od svých zájmů a potřeb, vidět situaci očima nemocného, vcítit se do něho. Nemístný je přehnaný optimismus, ale někdy je možno projevit smysl pro humor. Nejvýznamnější je hodnotová orientace zdravotníka (Jobánková, M. a kol., 1996).

1.1.4 Zdravotnické prostředí

Psychologickou problematiku zdravotnického prostředí lze rozdělit do tří okruhů:

1. **Účelný provoz a režim na oddělení**, zajištění dobré úrovně základní péče, čistota a pořádek.
2. **Sociální klima** zdravotnického zařízení je určováno úrovní práce zdravotnického kolektivu a harmonií meziosobních vztahů v něm. Konflikty

v pracovním týmu a malý zájem o práci zřetelně sociální klima oddělení narušují.

3. **Materiální stránka** prostředí vypovídá hlavně o osobní a kulturní úrovni pracovníků. Má vliv na smyslové prožívání a přímé dojmy z prostředí (Jobánková, M. a kol., 1996).

1.1.5 Vztah práce a zdraví

Zdravotní stav zaměstnanců je výsledkem nezávislého působení vlivů pracovních i mimopracovních. Současnost přináší ostřejší soutěž o pracovní místo, stoupá počet zaměstnaných starších lidí, žena a mladistvých. Častější bývá práce na zkrácený pracovní úvazek, sezónní práce a práce doma. Za nejdůležitější problémy, které je nutné v této době řešit, jsou považovány poruchy podpůrně svalového systému a psychosociální zátěž. Vzhledem k tomu, že jsou na sestru kladeny stále větší nároky, týkající se nejen práce, ale také vzdělávání, představuje to velkou psychickou zátěž. Profesionální poškození zdraví nemusí vznikat jen vlivem práce a pracovních podmínek, ale také vlivem organizace a uspořádání pracovního procesu (Baumruk, 2002).

1.2 Filozofie ochrany a podpory zdraví při práci

Zdraví při práci je charakterizováno jako tělesná, duševní a sociální pohoda při práci. Požadavek na zjištění této hodnoty v podmínkách ekonomických snah o zvýšení kvality a kvantity produkce a současné minimalizace nákladů na ni není v každodenní realitě podnikové praxe pocítován jako priorita přesto, že ekonomické rozbory ukazují, že racionální ochrana zdraví pracovníků představuje přibližně desetinu finančních nákladů na ekonomické ztráty způsobené pracovními úrazy a nemocemi spojenými s prací.

„Všechny zdroje dosažitelné v Evropě přímo či nepřímo vznikají prací člověka, proto zdravá, produktivní, kvalifikovaná a motivovaná pracovní síla je klíčovým

prvkem obecného socioekonomického vývoje EU a jejích členských států“(Tuček a kol., 2005, str. 13).

Zdravý pracovník je základem efektivního pracovního výkonu pro zaměstnavatele. Zdraví pracovníků má být odpovídajícím způsobem chráněno, avšak dlouhodobé udržení pracovní schopnosti a odpovídající výkonnosti v práci spolu s požadavkem zachování zdraví při práci vyžaduje nejen tuto „pasivní“ formu, ale hlavně aktivní přístup označovaný pojmem podpora zdraví. Svou úlohu zde mají zaměstnavatelé, zaměstnanci, státní orgány a speciální multidisciplinární odborné služby označované jako služby zdraví při práci, jejichž součástí jsou služby pracovně lékařské (Tuček, M. a kol., 2005).

1.3 Pojetí zátěže, diskomfortu, strádání

Člověk je závislý na prostředí. Na této závislosti je založeno pojetí potřeb. Zátěží v prvotním smyslu je neuspokojení potřeby. Zátěž představuje energetický nárok na organismus. Jde o vyrovnávání se s požadavky, kladenými na jedince, vyplývajícími ze vztahu mezi jejich náročností a vlastností, jimiž je jednatel k jejich zvládnutí vybaven (Hladký, Židková, 1999). Strádání je dlouhodobá zátěž, nebo opakované vystavování zátěžovým vlivům. Obvykle bývá spojováno se základními životními potřebami, popřípadě s jejich sociokulturními důsledky (Hošek, 1999). K pojetí zátěže je nutné přidat vývojový pohled. Zátěže můžeme obecně považovat za stimul fylogenetického i ontogenetického vývoje.

1.3.1 Faktory pracovních podmínek a pracovního prostředí

Faktory pracovních podmínek a pracovního prostředí lze rozdělit na rizikové a ostatní parametry práce a pracovního prostředí. Přehled rizikových faktorů uvádí platná legislativa. V současné době to jsou chemické látky, vibrace, hluk, neionizující záření, polohy, fyzická zátěž, tepelná zátěž, chladová zátěž, psychická zátěž, zraková zátěž, biologické činitele a zvýšený tlak vzduchu.

Na zdraví mohou mít vliv buď přímo nebo nepřímo také:

- pracoviště, jeho osvětlení, větrání, velikost volných ploch,
- pracovní místo, jeho velikost, uspořádání, vybavení,
- pracovní činnost, tedy pracovní tempo, organizace práce a odpočinku v průběhu pracovní doby, mezilidské vztahy, délka pracovní doby, délka odpočinku mezi směnami,
- kvalita a organizace dohledu zaměstnavatele nad dodržováním zásad ochrany zdraví při práci, informovanost zaměstnanců o pracovních rizicích a způsobech adekvátní ochrany proti nim (Brhel a kol., 2005).

1.3.2 Druhy zátěže

Zátěž se týká jakéhokoli druhu vlivů, které na člověka jako bio-psycho-sociální systém působí. Podle charakteru působících podnětů a primárních reakcí lze odlišit tři druhy zátěže:

1. **„Biologická zátěž:** činitelé mají fyzikální, chemickou či biologickou povahu, organismus odpovídá primárně biologicky, psychické reakce jsou následné a druhotné“ (Hladký, Židková, 1999, s 8).
2. **Fyzická zátěž:** požadavky se týkají primárně svalové činnosti. Pracovní fyziologie odlišuje práci dynamickou, statickou a práci vykonávanou v nevhodné poloze těla. Svalová činnost se odráží v psychickém prožívání.
3. **Psychická zátěž:** psychické zpracování a vyrovnání se s požadavky životních a pracovních situací. Tělesné reakce jsou druhotné. V této oblasti lze rozlišit tři druhy.

Pojem psychosociální zátěž není přesně definován, jde však ve skutečnosti o spojitost psychických a nervových dějů se zdůrazněním sociální povahy psychiky. Označují se jím zdroje zátěže, vyvěrající z podmínek a prostředí společenského charakteru na rozdíl od prostředí fyzikální, chemické a biologické povahy (Hladký, Židková, 1999).

1.3.3 Pracovní zátěž

Pracovní zátěž představuje zátěž spojenou s pracovními podmínkami v širokém smyslu. Jde vždy o nerozlučné spojení komponent tělesných a duševních s tím, že při některých pracovních činnostech dominuje více práce svalů, kdežto v jiných více činnost duševní, spojená s příjmem a zpracováváním informací.

„ Za přiměřenou pracovní zátěž lze pokládat takovou úroveň požadavků a podmínek, kterou lze zvládnout v rámci adaptačních možností člověka“ (Hladký, Židková, 1999, s. 9).

Nepřiměřená zátěž může být nedostatečná nebo nadměrná. Přetížení může být kvalitativní nebo kvantitativní.

Pracovní zátěž je spojena s projevy v oblasti psychické, fyziologické a v chování. V psychické oblasti jde o krátkodobé stavy, únavu a únavě podobné stavy, emoční a náladové stavy a hedonickým aktivačním tónem. Ve fyziologické oblasti jsou to pocity tělesného diskomfortu, lokální potíže a bolesti (Štikar a kol., 1996, str.68).

Některé faktory pracovního prostředí mohou při dlouhodobém působení vést k poškození funkcí centrálního nervového systému. Projevy v psychické sféře jsou reverzibilní a předcházejí poruchám neurologický zjistitelným.

U některých profesí dochází v dlouhodobé perspektivě k trvalejším poruchám v oblasti mentálního zdraví. Jde o příznaky chronické nespokojenosti, tzv. vyhasnutí, neurotizace, neurotické poruchy. Pracovní rizikové faktory mohou přispívat k nespecifickým zdravotním důsledkům v somatické sféře.

Byly identifikovány rizikové faktory práce, které jsou spojeny s psychickou zátěží a se zdravotními důsledky. Mezi ně lze zařadit špatné vztahy mezi lidmi, zejména konflikty, rigidní organizační klima, vnucené pracovní tempo, vysokou odpovědnost, střídání denních a nočních směn, těžkou fyzickou práci (Hladký, Židková, 1999).

1.3.4 Fyzická a psychická zátěž

Součástí ochrany zdraví pracovníků jsou vedle fyzikální, biologické a chemické povahy též faktory, které souvisejí s vybaveností a s výkonovou kapacitou člověka, např. s jeho tělesnou stavbou, rozměry těla, s rozsahy pohybů, se svalovou silou,

s tělesnou zdatností, a to v závislosti na věku a pohlaví, a které jsou dále dány kapacitou smyslových orgánů a kapacitou myšlenkových procesů a funkcí jako je paměť, představivost, zátěžová tolerance, spolehlivost. Jedná se o faktory označované jako psychická, fyzická a senzorická pracovní zátěž. Cílem posuzování těchto faktorů je zjistit, zda námaha při vykonávané činnosti nepřevyšuje fyziologické možnosti pracovníků a nemůže vyvolat poškození zdraví.

Působení fyzické, psychické a senzorické zátěže na člověka

Negativní vliv působení těchto faktorů na zdraví člověka se projevuje například zvýšeným počtem pracovních úrazů, potížemi a onemocněním svalově kosterního aparátu, onemocněním svalů, šlach, kloubů a kostí, dále neurotickými příznaky a psychosomatickými onemocněními v důsledku psychické pracovní zátěže. „Tyto faktory bezpochyby významně ovlivňují i výkonnost pracovníka a kvalitu jeho práce“ (Baumruk, 2002, str. 115).

Při posuzování pracoviště z hlediska těchto faktorů je nutné se zaměřit zejména na: prostorové uspořádání a rozměry pracoviště a pracovního místa, používané nástroje a pomůcky, pracovní polohy, manipulaci s břemeny, celkovou fyzickou zátěž, režim práce a odpočinku, rotaci směn, psychickou a smyslovou zátěž (vnucené pracovní tempo, monotonie, časový tlak, zvýšené nároky na sociální integraci, možné ohrožení zdraví jiných lidí, zrakovou náročnost práce).

Prostorové uspořádání a rozměry pracovního místa

Cílem je vytvořit takové pracovní podmínky, aby nedocházelo k nepřiměřené psychické a senzorické zátěži a přetěžování kosterně-svalového aparátu.

Pracovní poloha

Nevhodné pracovní polohy mohou negativně ovlivnit nejen kosterně-svalový aparát, ale i krevní oběh a dýchání. Polohu při práci velmi ovlivňuje charakter a druh vykonávané práce, rozměry a uspořádání pracovního místa. Obvyklými pracovními polohami jsou sed, stoj a chůze. Pracovní poloha jako možný faktor nepohody sama o

sobě stojí za to, aby nebyla bagatelizována, protože ovlivňuje pracovní výkon. Navíc je podpůrným faktorem pro vznik uznávaných nemocí z povolání, i těch dosud neuznávaných (Bakalář, V., 1992).

Fyzická pracovní zátěž

„Fyzická pracovní zátěž je pracovní zátěž pohybového, srdečně cévního a dýchacího systému s odrazem v látkové přeměně a termoregulaci“ (Baumruk, 2002, str. 117). Nepřiměřená fyzická náročnost pracovních úkonů vzniká z nejrůznějších příčin, jako je např. nepřiměřená hmotnost břemen, fyziologicky nevhodné pracovní polohy, vynakládání velkých svalových sil aj.

Z fyziologického hlediska se rozlišují dvě formy svalové práce – dynamická a statická. Dynamická svalová práce představuje střídavé zapojování svalových skupin a střídání napětí a uvolnění svalstva. U statické svalové práce dochází k izometrické kontrakci svalu, ve kterém se zvyšuje napětí.

Základním kritériem pro hodnocení celkové fyzické zátěže při práci je spotřeba energie, respektive nutný energetický výdej. Energetický výdej při dlouhodobě vykonávané práci má odpovídat přibližně jedné třetině fyzické zdatnosti pracovníka.

Metody používané pro hodnocení celkové fyzické práce:

1. Nepřímá kalorimetrie – její podstatou je zvyšování energie. Je to metoda velmi přesná a náročná.
2. Ventilometrie – k zajištění energetického výdeje pomocí měření plicní ventilace.
3. Hodnocení tepové frekvence
4. Tabulkové metody – nejméně náročné, ale značně nepřesné, poskytují jen hrubý odhad energetické náročnosti práce.

Psychická zátěž

„Psychickou zátěž je možno definovat jako proces psychického zpracování a vyrovnání se s požadavky a vlivy životního a pracovního prostředí“ (Baumruk, 2002, str. 124).

Psychickou zátěž lze rozlišit na:

- **senzorická zátěž** – vyplývá z požadavků práce na činnost smyslových orgánů,
- **mentální zátěž** – vyplývá z požadavků na zpracování informací kladoucí nároky na psychické procesy, zejména paměť, pozornost, myšlení, představivost a rozhodování,
- **emoční zátěž** – vyplývá ze situací a požadavků vyvolávajících afektivní odezvu.

Dlouhodobá psychická zátěž může vyústit v poruchy zdraví jako jsou některá psychosomatická onemocnění (např. ischemická choroba srdeční, hypertenze, vředová choroba) i poruchy v oblasti mentálního zdraví (Baumruk, 20002).

Metody hodnocení psychické pracovní zátěže

- a) metody založené na subjektivní odezvě organismu
- b) psychologické výkonové testy, které zjišťují psychické pracovní zátěže na funkční stav centrální nervové soustavy,
- c) psychofyziologické metody zaměřené na zjišťování fyziologické odezvy organismu na pracovní psychickou zátěž (sledování srdeční frekvence, krevního tlaku, dechové frekvence apod.)
- d) biochemické metody spočívající ve zjišťování změn ve vylučování hypofyzárních a nadledvinkových hormonů.

Ochrana zdraví při psychické a senzorické pracovní zátěži

1. Snížit zátěž technickými úpravami pracovních prostředků.
2. Ergonomická úprava pracovního místa.
3. Dobrá organizace práce – rotace pracovníků.
4. Režim práce a odpočinku.
5. Omezení přesčasové práce a práce v dlouhých směnách.
6. Zvýšená lékařská péče o pracující, zařazení pracovníků do systému periodických preventivních prohlídek.
7. Dostatečný zácvik nových pracovníků.
8. Vzájemné poskytování informací mezi zaměstnavatelem a zaměstnancem.

9. Při senzorické zátěži se zabývat světelnými podmínkami na pracovišti.

Pracovní doba, směny, noční práce

Práce v nepřetržitých provozech, způsob střídání směn ranních, odpoledních a nočních a trvalá práce v noci jsou závažným fyziologickým, psychologickým a společenským problémem. Fyziologicky nejdůležitějším problémem jsou změny fáze práce, spánku a stravování, to znamená narušení přirozené biorytmicity. S ohledem na směnovou a noční práci je rozhodující vztah mezi vnitřními a vnějšími rytmy. Exogenní rytmy, jako střídání dne a noci, ovlivňují endogenní rytmy, jako je krevní tlak, tělesná teplota, ale také pohotovost k tělesné a duševní práci. Tyto práce kladou zvýšené nároky na adaptaci související se změnou životního stylu. Také ovlivňují cirkadiánní rytmus a mohou být příčinou různých zdravotních potíží vegetativního charakteru, spánkového dluhu, pocitu nedostatečného odpočinku, chronické únavy apod. (Baumruk, 2002).

Důležitým hlediskem je rozložení pracovní zátěže v jednotlivých směnách. Z řady studií vyplývá, že největší výkonnosti je dosahováno v ranní i odpolední směně. Hlavně v nepřetržitých provozech by se zaměstnanci měli podrobit vstupním a preventivním prohlídkám a měly by jim být poskytnuty nezbytné informace a pokyny, jak se přizpůsobit požadavkům směnové a noční práce (Brhel, P. a kol., 2005).

Únava

Únava neodmyslitelně souvisí se zátěžovými situacemi, pracovním výkonem a pracovní zátěží. Únava je přirozeným důsledkem vykonávání jakékoliv činnosti. Únava závisí na typu činnosti, na osobnosti, na podmínkách, ve kterých je činnost vykonávána. Zároveň únava zpětně působí na osobnost člověka a na jeho výkon. Je nutné odlišovat únavu přirozenou, jejíž následky po odpočinku zmizí, únavu zbytečnou, která je důsledkem špatné organizace práce a únavu škodlivou, jejíž účinky se po odpočinku neodstraní, hromadí se a mnohdy bývají i potlačovány. Od únavy je nutné odlišovat pocit únavy, což je subjektivní stav, který může, ale také nemusí být doprovázen únavou „objektivní“.

Projevy únavy jsou jednak fyziologické, jednak psychické. Únava je jev zákonitý a přirozený. Záleží, zda únavu zvyšujeme či zda ji předcházíme a snižujeme. Zvyšování nebo snižování únavy závisí na mnoha činitelích:

- režim činností, odpočinku a spánku
- fyzikálně chemické podmínky pracovního prostředí
- psychosociální faktory (sociální klima, motivace k práci a emoce)
- ostatní faktory únavy (biorytmicity, zdravotní stav, nedostatečná výživa, cvičení a odpočinek).

Únavě a pocitům únavy lze do jisté míry předcházet. Každá činnost, je-li jí mnoho, unavuje. Zdánlivě paradoxně může unavovat i mnoho odpočinku. Výkon je kromě jiného dán kvalitou odpočinku a o kvalitním odpočinku lze mluvit tehdy, následuje-li po příslušné námaze. Přiměřená práce, činnost, námaha je osvědčeným lékem proti vnitřní prázdnotě a nudě. Je lékem pro zdravější tělo, duši a sociální vztahy.

1.4 Hlavní psychologické důsledky zátěží

Znamé reakce v zátěži jsou útěk a útok. Jde o strach a o vztek, které jsou u člověka transformovány vývojem do pestré palety prožitků a ještě bohatší je škála možné odezvy následným chováním v zátěžové situaci. Odolnost člověka je odolností vůči afektům strachu a vzteku. Stupňování odolnosti znamená vyrovnaní se s těmito emocemi.

Na biologické úrovni je zjištěno, že emoční důsledek zátěže závisí na produkci hormonů. Produkce adrenalinu předznamenává spíše strachovou odezvu a produkce noradrenalinu znamená spíše zlostnou reakci. Za kvalitu emoce odpovídá regulačně hypothalamus a vegetativní nervový systém.

1.4.1 Úzkost a strach

Jsou to emoce astenické, tlumící, zeslabující a blokující aktivitu. Úzkost je vnímána jako stavová a rysová. Úzkost jako stav je aktuální emoce, která vzniká při nereálném ohrožení jedince. Úzkostnost jako rys je znakem osobnosti a projevuje se

snadným a častým vznikem úzkostných stavů. Od strachu se úzkost liší svou bezprostředností, nekonkrétností. Strach je reálnější. Úzkost je v psychologii vykládána jako vrozený pud, který se aktualizuje. V chování se úzkost pozná především v mimice, v pohybovém neklidu. Pohyby jsou ztrnulé, je porušena automatizace pohybů. Chvějí se prsty, chvěje se hlas. Zvládání úzkosti je obtížné. Doporučuje se zklidňující režim, spánek, odvádění pozornosti, psychorelaxační postupy. Pozitivní význam mají cvičení a sport.

Strach se od úzkosti liší konkrétnější příčinou. Je to emoce, kterou je možno chápat jako obranný mechanismus. Subjektivně je strach nepříjemný, nelibý. Strach se počítá mezi emoce astenické, oslabující výkon člověka. Hlavním znakem strachu je liknavost při rozhodování a také váhání s pokusem.

Svým původem je strach vrozený a naučený. Za předstupeň strachu můžeme považovat Moroův reflex, demonstrovatelný jako reakce na náhlou ztrátu opory.

Strach je subjektivní reakcí na subjektivní hodnocení v oblasti ohrožení hodnot. Strach blokuje kognitivní funkce a narušuje svalovou činnost.

Strach z očekávání nebo-li tréma je zvláštní psychologický problém. Aktivace stoupá nadměrně a zpravidla působí na výkon negativně.

Následky strachu se dělí na biologické a psychologické:

Biologické projevy strachu: zvýšený TK, motilita žaludku, zvýšená střevní peristaltika, zvýšené svalové napětí, nutkání na zvracení, slabost, mdloby, studený pot aj.

Psychologické projevy strachu: selektivita vnímání, útlum myšlení, útlum paměti a učení aj.

Dlouhodobý strach může vést k psychosomatickým poruchám. Narušuje biologické funkce.

Prostředky kontroly a překonávání strachu:

Výchova, výcvik, nadřazení racionality emocionalitě, ideová příprava, relaxace, vytěsnění strachu, systematická desenzibilizace, sugesce a hypnóza, psychofarmaka a pravidla psychohygieny.

Strach je obranný mechanismus, chránící člověka před poškozením. Proto je vhodné odstraňovat jen nepřiměřené strachy (Hošek, V., 1999).

1.4.2 Vztek a agrese

Vztek je emočně podložená a útočná reakce. Agrese je chápána jako logicky vysvětlitelné účelové chování, jehož cílem je udělit škodlivý podnět a získat tím vlastní výhodu. Opakem pojmu agrese je afiliace, tj. laskavé, ochraňující jednání. Blízké pojmu agrese jsou pojmy arogance, dominance, hostilita a animozita.

Agresivní chování je velmi pestré. Může probíhat v různém směru za různých okolností. Agrese souvisí se sociálními normami skupiny. Vlivy zvyšující odolnost vůči agresi jsou pohlaví, věk, osobnost, nemoc, sociální vlivy (Hošek, 1999. str. 50).

1.5 Taxonomie náročných životních situací z psychologického hlediska

Z psychologického hlediska je možné pojednávat o jednotlivých typech náročných životních situací, používaných jako zátěže.

1.5.1 Nepřiměřené úkoly

Nepřiměřené úkoly jsou požadavky, které situace staví před tělesné a duševní síly člověka. Jsou větší, než člověk se svou omezenou kapacitou může splnit. Paleta chování je na počátku pestrá. Člověk může zkoušet úkol ignorovat, odmítnout, obejít, může hned na počátku rezignovat. Je-li úkol reálný a neodkladný, člověk se pouští do řešení. Vyčerpá své možnosti a nastupují obranné mechanismy únavy a vyčerpání. Psychologická odezva záleží na sociálních podmínkách dané situace, na naléhavosti splnění úkolu. Psychologicky horší jsou situace, kdy úkol znamená dosažení závažné životní potřeby. Splnění úkolu se mění v sebezáchovu, průběh má povahu strádání.

V situaci nadměrných úkolů vystupuje jako závažný činitel otázka výkonnostní potence, pracovní kapacity člověka. Většinovým společným vyústěním situací nadměrných úkolů je stupňovité vyčerpání člověka. Psychické odmítnutí pokračovat v činnosti předchází odmítnutí fyziologické. Závisí to ovšem na motivaci a na povaze činnosti (Bartošíková a kol. 2000, str. 40).

1.5.2 Problémové situace

„Problémová situace vzniká jako náročná tehdy, když jedinec stojí před úkolem pro jehož řešení je jen částečně vybaven schopnostmi a dovednostmi. Jde zpravidla o něco nového, intelektuálně náročného, kdy se řešení musí teprve obtížně hledat. Jsou to zátěže spojené s novou funkcí, s použitím nového technického zařízení, vyžadující novou taktiku apod.“ (Hošek, 1999, str. 26).

Problémové situace jsou zátěží rozhodovacích procesů. Člověk nejprve problém konstatuje. Objevuje se jako obtíž. Po konstatování problému začíná fáze jeho identifikace, člověk se snaží pochopit otázku a současně se vynořují asociace, kde se s něčím podobným setkal. V další fázi vzniká hypotéza, tj. předpoklad řešení problému. V další fázi je správnost problému ověřována. Z hlediska psychologie odolnosti jsou i náročné dva momenty řešení problému: výběr hypotézy a reakce na její eventuální nesprávnost.

1.5.3 Konflikty

Konflikty jsou náročné životní situace, jejichž podstatou je spor. Pojem konflikt znamená souboj, střetnutí. V současném světě podíl konfliktů v náročných životních situacích stoupá.

Klasifikace konfliktů:

Dle počtu zúčastněných se dělí konflikty na:

1. interpersonální,
2. intrapersonální,
3. vnitroskupinové
4. meziskupinové.

Dle psychologické charakteristiky střetávajících se tendencí:

5. konflikty představ (kognitivní konflikty)
6. konflikty názorů
7. konflikty postojů
8. konflikty zájmů

1.5.4 Frustrace

„ Frustrace je situace zmaru. Subjektu je blokován postup k žádoucímu cíli“ (Hošek, 1999, str.31).

Důsledkem frustrace v chování člověka je samomluva, projevy psychické tenze, stereotypní pohyby, zmatenost, chaotičnost. Psychoanalýza považovala za hlavní následky frustrace regresi a sublimaci. Experimentální psychologie popsala i jiné důsledky frustrace:

- rezignace (zanechání činnosti)
- kompenzace (náhradní uspokojování)
- stupňování motivace
- fixace
- racionalizace (rozumové zdůvodnění neúspěchu).

Psychologická odolnost ve frustrační situaci se nazývá frustrační tolerance. Jde o pozitivní projev člověka, spojovaný s emoční stabilitou a schopností zvládat negativní emoční stavy. Nízká frustrační tolerance bývá indikátorem různých „komplexů“ a projevem lability člověka. Frustrační tolerance je značně proměnlivá. Diagnostika frustrační tolerance je obtížná. Používá se laboratorních modelových situací nebo projekčních testů (problém validity a sociální žádoucnosti odpovědí).

Do faktorů ovlivňující frustrační toleranci patří dědičné vlivy, typologické vlivy, vyčerpání, nemoc, oslabení, věk, vliv životosprávy a výchovné vlivy. (Hošek, 1999)

1.5.5 Deprivace

Deprivace je ochuzení člověka o podmětovou sféru, mající vztah k uspokojení některé z jeho potřeb. Deprivace znamená strádání v oblasti aktualizujících se potřeb. Vzporování deprivaci je závislé na motivaci, tréninku, kondici a osobnostních faktorech.

Deprivace biologických potřeb ohrožuje přímo tělesné a duševní zdraví jedince. Spánková deprivace je dlouhodobé blokování spánku. Spánková deprivace má své charakteristické projevy. První noc bdění snáší člověk poměrně dobře, další noc bdění už je horší (Hošek, 1999).

Emoční deprivace je problém vývojové psychologie. Jedná se o děti „výchovně zanedbané“, tj. deprivované v oblasti žádoucích výchovných podnětů. Vývoj dítěte je ochuzen o citové podněty. Výsledkem emoční deprivace je citová chladnost. Významným rysem citové karence je nedůvěra vůči světu.

Senzorická deprivace je ochuzení člověka o smyslové podněty. Člověk může strádat v oblasti stimulace, to znamená, že mu chybí žádoucí množství a variabilita smyslových podnětů.

Při omezení přiměřených mezilidských kontaktů se jedná o sociální deprivaci (Vágnerová, 1999, str. 36). Snášení této situace je velmi individuální.

1.6 Svízelné situace pracovního života

Povolání zdravotní sestry je velmi náročné a je provázeno překonáváním svízelných situací. Tyto situace vyplývají jednak z kontaktu s nemocnými a péče o ně, jednak ze specifických problémů dělby práce a spolupráce jednotlivých kategorií zdravotníků. V souvislosti s pracovní činností sestry se můžeme setkat se všemi typy svízelných situací. Jedná se o nepřiměřené úkoly a požadavky na sestru, problémové situace, situace frustrační a deprivací, konfliktové situace, stresové situace. Dále agresivní chování, které je u sestry nežádoucí, ať už je agresivita zaměřena vůči pacientům, spolupracovníkům či dalším lidem.

Negativismus se projevuje jako vzdorovité jednání sestry, která dělá pod vlivem tohoto mechanismu všechno naopak než by měla.

Únik se u sester projevuje nejčastěji ve formě vyhýbání se činností, které dělají nerady, které jsou jim protivné, únavné a vyčerpávající nebo které dělat neumí a ani se je naučit nechtějí.

Egocentrismus vystupuje nejčastěji v podobě, kdy sestra považuje své problémy za největší a sebe sama za střed dění. Egocentrismus se může projevovat v úsilí upoutávat na sebe chováním, zjevem, pozorností za každou cenu.

Projekce souvisí s technikami racionalizace. Slouží k redukci vlastních pocitů viny. Nachází výraz v chování a výrocích.

Kompenzace je z hlediska důsledků nejednoznačná. Kompenzování skutečného či domnělého nedostatku může probíhat v poloze společensky nežádoucí, kdy touha vyniknout je zaměřena k péči o nemocné. Může mít i podobu negativní, když oblast kompenzování nebo cesty kompenzace jsou zvoleny ze společenského hlediska nevhodně.

Racionalizace – sestry si mohou racionalizovat svou situaci, své perspektivy, záměry, chování.

Izolace sestry je v oblasti pracovního života zcela nežádoucí a trvale neúnosná. Je však možná pouze na úkor pracovních povinností, péče o nemocné i spolupráce. Většinou to bývá důsledek opakovaných zklamání v meziosobních vztazích.

Regrese u sester má často podobu regrese zájmů, hodnot a potřeb. Obvykle vystupuje v podobě přehnaného a předčasného smíření se, ústupu do ambicí, cílů, ctížádostí.

Fixace se projevuje v mezilidských vztazích chováním, které je na základě přehnaně zevšeobecněných názorů o lidech nepružné a nesprávné.

Rezignace se u zdravotníků nejčastěji vyskytuje v souvislosti s léčbou, která přináší problematické výsledky.

Represe se týká nejčastěji tužeb a přání, které sestra měla, které ale pod vlivem životních zkušeností přestane pokládat za reálné. Může se jednat o přání v oblasti pracovního.

Neadaptivní povahové projevy u sester mohou být v podobě: sestry náladové, psychastenické, podezíravé, hysterické, přecitlivělé či popudlivé.

Zdravotníci a zvláště sestry, které se vyznačují neadaptivními povahovými rysy, budou zdrojem problémů a neklidu jak pro své spolupracovníky, tak pro pacienty. Je vhodné je zařazovat na taková pracoviště, kde mohou uplatnit své přednosti (Jobánková a kol., 1996).

1.7 Pojetí a definice syndromu vyhoření

Hlavní vlna zájmu o tuto problematiku se začala zvedat na přelomu 70. a 80. let, a to ve vztahu k převážné většině profesí, u nichž lze výskyt syndromu vyhoření

předpokládat. Jde především o psychický stav, prožitek vyčerpání. Vyskytuje se zvláště u profesí obsahujících jako podstatnou složku pracovní náplně „práci s lidmi“ či alespoň pravidelný kontakt s lidmi a závislost na jejich hodnocení. Tvoří jej řada symptomů především v oblasti psychické, částečně i v oblasti fyzické a sociální. Klíčovou složkou syndromu je kognitivní vyčerpání a často i celková únava. Jako burnout bývá popisován stav emocionálního vyčerpání zapříčiněný nadměrnými psychickými a emocionálními nároky, vyskytující se u lidí pracujících s jinými lidmi zvláště tedy u zdravotníků.

1.7.1 Příznaky syndromu vyhoření

Na psychické úrovni:

- výrazný pocit celkového, zejména duševního vyčerpání, vyčerpání v oblasti emocionální a kognitivní s výrazným poklesem až ztrátou motivace;
- únava
- utlumení celkové aktivity
- převažuje depresivní ladění, pocity smutku, frustrace, beznaděje, tíživě je prožívána marnost vynaloženého úsilí a jeho bezsmyslnost;
- projevy negativismu, pokles a ž naprostá ztráta zájmu o téma související s profesí
- sebelítost, intenzivní prožitek nedostatku uznání;
- iritabilita, někdy také interpersonální senzitivita;
- redukce činnosti na rutinní postupy.

Na úrovni fyzické:

- stav celkové únavy organismu, apatie, ochablost;
- vegetativní potíže – bolesti srdce, zažívací potíže, bolesti hlavy, poruchy krevního tlaku, poruchy spánku, zásahy do rytmu, intenzity a frekvence pohybu, zvýšené riziko vzniku závislostí všeho druhu.

Na úrovni sociálních vztahů:

- celkový útlum sociability, nezájem o hodnocení ze strany jiných osob;
- výrazná tendence redukovat kontakt s klienty a kolegy;
- nechut' k vykonávané profesi;
- nízká empatie;
- postupné narůstání konfliktů (Kebza, 1998, str.10).

1.7.2 Stádia vývoje syndromu vyhoření

Burnout syndrom je třeba chápat jako stav vznikající v důsledku řady okolností. Proces, na jehož konci je syndrom vyhoření, je zpravidla plíživý a pomalý, může trvat i několik let. Vyvíjí se v několika fázích:

Ve fázi nadšení přichází sestra se snahou pomáhat a poskytovat nejlepší péči trpícímu člověku i nad rámec svých pracovních povinností. Nadšená motivace se časem otupí, nastává fáze stagnace – sestra slevuje ze svých ideálů, pracovní požadavky ji obtěžují a unavují, vyhýbá se pacientům. Další fáze je fáze frustrace, sestra je povoláním zklamaná. Nastupuje apatie – sestra udělá jen to nejnutnější, je k pacientům nevlídná, pacienti ji nezajímají. Ve fázi vyhoření dochází k naprosté lhostejnosti a objevují se somatické i psychické poruchy (Staňková, 2002, str.73).

Rizikové faktory vyhoření

- již samotný život v současné civilizované společnosti, rostoucí životní tempo a nároky na člověka;
- vysoké až nadměrné požadavky na výkon, monotonie práce;
- nízká asertivita;
- neschopnost relaxace, nízké sebepojetí a sebehodnocení;
- úzkostné, fobické rysy;
- stabilně prožívaný hněv a agrese (Kebza, 1998).

1.7.3 Diagnostika syndromu vyhoření

Identifikace syndromu vyhoření vychází z pozorování jednotlivých symptomů u osob, v jejichž chování se burnout syndrom začíná projevovat. Nejužívanějšími metodami jsou dotazníky založené na posuzovacích škálách: jde např. o „burnout Measure“ A. Pinesové, E. Aronsona a D. Kafryho.

1.7.4 Moderující faktory, prevence a intervence

Vzhledem k tomu, že se syndrom vyhoření promítá do postojů a způsobů chování souvisejících s výkonem pracovní činnosti – změny zaměstnání, absence v zaměstnání, snížené pracovní úsilí, snížená pracovní spokojenost aj. má také ekonomické důsledky. Je tedy i proto v zájmu zaměstnavatele, aby se prevencí burnoutu zabýval. V popředí zájmu organizací by mělo být pracovní poradenství, důraz na týmovou spolupráci, rozvoj programů zaměřených na osobní rozvoj a zvýšení podílu pracovníků na řízení atd. (Kebza, 1998, str. 20).

Sestra postižená syndromem vyhoření si nedokáže poradit sama a potřebuje pomoc druhých. V akutní fázi je vhodný dostatek odpočinku a odstup od příčinné situace. S úspěchem se také setkává změna pracoviště, jednosměnný provoz, zkrácení pracovní doby apod. Je vhodné otevřít při různých sezeních pracovních týmů tento problém, protože jsou jím ohroženi i ostatní spolupracovníci. Je důležité o tom hovořit. Dále nastupuje terapie somatických a psychických poruch (Bartošíková I. a kol., 2000).

Každá sestra by si měla při své práci včas uvědomit nebezpečí syndromu vyhoření, neboť jím nebude trpět jen ona sama, ale i pacienti, kvalita ošetrovatelské péče, kterou jim poskytuje a pochopitelně i její spolupracovníci. Aby sestra zabránila vzniku problémů, potřebuje:

- mít zdravou životosprávu,
- naučit se správně odpočívat (sportovat, odpočívat pokud je unavena)
- navazovat dobré vztahy, nebýt osamělá, mít blízké přátele a rodinu,
- projevovat svoje emoce a neuzavírat se do sebe,
- chápat změnu jako výzvu,

- po celý život se učit a vzdělávat,
- včas vyhledat odbornou pomoc, samoléčení úspěch nepřináší.

1.8 Práce a její podmínky

Při zkoumání prostředí psychologové preferují faktory sociálně psychologické. Velký význam mají i faktory fyzikálně chemické a vlivy vycházející z druhu a organizace práce. Pod pojmem pracovní prostředí se rozumí soubor činitelů působících na činnost člověka v určitém prostoru. Tyto činitele, např. hluk, světlo, mikroklimatické podmínky, pracovní prostředky, technické zařízení pracoviště, mají být v souladu s fyziologickými, hygienickými, psychologickými a estetickými požadavky pracovníků.

Pracovní prostředí je třeba záměrně upravovat tak, aby optimálně působilo na lidské smysly a jejich prostřednictvím na jednání, city a myšlení člověka. Je třeba zajišťovat nejvhodnější a nejpříjemnější pracovní podmínky, které by umožňovaly vysokou produktivitu práce a také pracovní pohodu.

Dokonalé pracovní prostředí má kladný vliv na kvalitu lidské práce a na společenský rozvoj člověka a kultivaci jeho schopností a vlastností. Vytváření pracovního prostředí, které by vyhovovalo nárokům a potřebám člověka, je velmi náročným projekčním úkolem. V podstatě zaleží na technickém, ergonomickém a estetickém přizpůsobování hmotných složek prostředí a vnějších fyzikálních podmínek kulturním potřebám lidské práce. Činitele ovlivňující pracovní pohodu člověka musí být upravovány komplexně. Působí-li prostředí a pracovní podmínky nepříznivě na člověka, zhoršuje se jeho tělesná a duševní pohoda, snižují se pracovní schopnosti a kvalita práce, je ohrožováno zdraví. Úroveň pracovního prostředí je dána materiálními a technologickými podmínkami, sociálními podmínkami (sociální klima, mezilidské vztahy), organizačními podmínkami a subjektivními činiteli (úroveň znalostí pracovníka, hygienické návyky apod.). Zlepšování pracovního prostředí musí být cílevědomou činností (Štikar a kol. 1996, str. 44).

1.8.1 Vlivy biorytmu, únavy a monotónie

Životní pochody probíhají v rytmech. Nikdo nemůže stále jen pracovat bez odpočinku, stále jen vydávat energii bez nabírání nové. Práce ve směně vyžaduje

odpočivé časy. Jsou-li tyto přestávky příliš krátké, vzniká únava. Mezisměnový odpočinek musí být zvláště po noční práci tak dlouhý, aby nezanechával spánkové dluhy vedoucí buď k ohrožení zdraví, duševní vyčerpanosti nebo provokaci latentních dispozic, vzniku psychosomatických poruch a aby nevedl k ohrožení bezpečnosti výkonu v následující směně.

Únava se projevuje postupným ubýváním výkonnosti, jež vzniká po určité době po opakování výkonu. Po delší pracovní době klesá výkon a vyskytuje se daleko více chyb. Únava je přirozeným jevem, není nic chorobného. V praxi rozeznáváme:

- únavu nutnou, přirozenou
- únavu zbytečnou, ze špatné organizace práce
- únavu škodlivou, jejíž účinky se do druhého dne neodstraní

Monotónní práce může vést ke vzniku nepříjemných pocitů nudy, únavy, námahy a ke ztrátě zájmu o práci. Monotónní práce neovlivňuje různé pracovníky stejně. Existují rozdíly ve vnímavosti k monotónii. Je pochopitelné, že pokud je monotónní práce nepříjemná, tak tím trpí i pracovní výkon jedince.

Odpočinek v krátkých přestávkách má tendenci odstraňovat nepříznivý vliv monotónní práce. Změna pracovní činnosti vede i k příjemnějším prožitkům pracovníka při jeho pracovním výkonu. Někdy i nepatrná změna při monotónní práci může zvýšit pracovní výkon a přispět k pohodě pracujícího. Je též možné zavést výměny pracovních míst. Příliš časté střídání však snižuje produktivitu práce. Střídání je účinnější, je-li v práci určitá odlišnost (Štikar, 1996).

1.8.2 Pracovní výkonnost

„Výsledek určité pracovní činnosti člověka, dosažený v daném čase a za daných podmínek, bývá označován jako výkon pracovníka“ (Štikar, 1996, str. 58).

Výkonnost pracovníků se úzce váže na vlastnosti a dispozice, které podmiňují to, jak pracovníci plní zadané pracovní úkoly. Výkonnost lze chápat i jako připravenost pracovníků podávat určité výkony. Výkon pracovníků se v průběhu času mění, mění se však i jejich výkonnost v průběhu směny, pracovního dne, v závislosti na množství a namáhavosti řešených úkolů, v průběhu vykonávané pracovní činnosti, v závislosti na

ročním období apod. Obecně lze říci, že výkonnost pracovníků ovlivňuje celá řada činitelů, kteří mohou být objektivní či subjektivní povahy. Dělí se na:

- technické, ekonomické a organizační podmínky,
- společenské podmínky,
- osobní determinanty pracovníka,
- situační podmínky.

Kritéria pracovní výkonnosti

Pro tvorbu kritérií, např. pro hodnocení úspěchu celodenní péče jsou důležitá tato hlediska:

- Validizace. Testy vhodné k predikci pracovního úspěchu nemohou být identifikovány bez definování úspěchu v práci.
- Výběr.
- Kompenzace.
- Výcvik.
- Motivace a pracovní spokojenost zaměstnance.
- Zpětná vazba. Lidé hledají zpětnou vazbu k efektivitě jejich činnosti.

Úspěch v povolání je uvažován vzhledem k různým stránkám výkonu. Používají se nejvhodnější nebo nejdůležitější. Cílem je vytvořit vážené, složené a celkové kritérium úspěchu.

Existují dva odlišné způsoby měření pracovního chování:

1. objektivní údaje ve formě informací o produktivitě a spolehlivosti
2. údaje, které vycházejí z posuzování.

Objektivní údaje zahrnují zejména kvalitu výsledků práce, kvantitu výsledků práce, nehody a úrazy, plat, absence a fluktuace, míra postupu.

Údaje vycházející z posuzování zahrnují posuzování nadřízenými, posuzování spolupracovníky, sebesposuzování, posuzování podřízenými, řízení pomocí cílů (Štikar, 1996).

1.8.3 Motivace a postoje k práci

Hierarchie pracovní motivace vyjadřují následující potřeby pracovníka: sociální zajištění – plat, důchodové zabezpečení, přijetí pracovní skupinou ve formálních a neformálních vztazích a pracovní seberealizace.

Herzbergova dvoufaktorová teorie motivace vychází z existence dvou druhů motivačně závažných podnětů. Jedny jsou vnější a zahrnují faktory týkající se práce, celkových podmínek pracoviště a pracovního zařízení. Tyto faktory nazval Herzberg hygienickými; ovlivňují spíše pracovní pohodu a spokojenost pracovníka. Druhé, vnitřní faktory, odrážejí vztah pracovníka k pracovní činnosti, týkají se zajímavosti práce a uspokojení z práce.

Do této skupiny teorií pracovní motivace patří dále teorie potřeb Alderfera, která rozlišuje několik úrovní potřeb:

- 1) Potřeby existence
- 2) Potřeby vztahů
- 3) Potřeby růstu

Druhá skupina teorií pracovní motivace sdružuje modely, které předkládají důkladnější teoretická vysvětlení pracovní motivace. Stěžejní postavení mají v těchto teoriích kognitivní proměnné a jejich vztah k jiným proměnným, což umožňuje pochopení procesu pracovní motivace. K nejznámějším teoriím této skupiny náleží např. Vroomova teorie valence a očekávání. Tezí této teorie je, že sílu motivu ovlivňuje jednak velikost očekávání reálného dosažení cíle, jednak samotná přitažlivost, hodnota tohoto cíle.

Na principu očekávání je postavena také teorie L. W. Portera a E.E. Lawlera, jejíž pojetí je však složitější (Štikar, 1996, str. 93).

1.9 Pracovní spokojenost

Pocity úspěšnosti, uspokojení, radosti a optimistický náhled na život vyjadřují míru naplňování našich cílů, potřeb a očekávání. Pocit uspokojení nebo neuspokojení vystupuje také v pracovní sféře. Z psychologického pohledu má pracovní činnosti dvě

vzájemně spjaté stránky. Objektivní stránka je vyjádřena takovými projevy pracovního chování, jako jsou výkonnost, efektivita a kvalita výsledků pracovní činnosti. Subjektivní stránku představuje spokojenost jakožto odraz práce a jejích podmínek, hodnotové orientace, aspirací a očekávání vztahující se k vykonávané činnosti.

Pracovní spokojenost je složitý a strukturovaný jev, který vytváří ucelenou soustavu. Luthans vyčlenil tři dimenze, v nichž se pracovní spokojenost projevuje:

1. jako emocionální odpověď na pracovní situaci,
2. jako reakce na splněné nebo nesplněné očekávání ve vztahu k práci a k pracovním podmínkám,
3. jako jev, který vyjadřuje některé vzájemně spjaté postoje.

1.9.1 Faktory pracovní spokojenosti

Spokojenost v práci je ovlivňována značným počtem faktorů, které přispívají k celkové úrovni spokojenosti. Význam faktorů a pořadí jejich důležitosti na utváření spokojenosti/nespokojenosti je proměnlivé a také závisí na okolnostech, jež jsou dány:

- specifiky práce v určitých oblastech společenské praxe,
- specifiky jednotlivých profesí a prostředí, v němž jsou vykonávány,
- specifiky individuálními v závislosti na osobních preferencích.

Významnou skupinu faktorů, které ovlivňují pracovní spokojenost, tvoří faktory vnější. Mezi tyto faktory patří finanční ohodnocení, pracovní postup, samotná práce, pracovní skupina, způsob vedení a pracovní podmínky.

Finanční ohodnocení práce má značný motivační vliv a může způsobovat pracovní spokojenost. Vysoký plat nebo zvýšení platu nemá dlouhodobější motivační účinek. Pracovník jej rychle akceptuje jako standard náležící k dané profesi a do popředí vystoupí jiné faktory.

Druhu a charakteru vykonávané práce v souvislosti s pracovní spokojeností je přikládán markantní význam, ale vztah samotné práce a jejích podmínek ke spokojenosti je složitý.

Pracovní spokojenost pozitivně ovlivňuje taková práce, která je pro člověka zajímavá, skýtá mu žádoucí sociální statut, je rozmanitá, relativně autonomní a pracovník má potřebnou zpětnou vazbu o jejím průběhu a výsledcích.

Pracovní skupina zaujímá důležité místo mezi faktory podílejícími se na pracovní spokojenosti. Sociální prostředí pracovní skupiny je velmi různorodé a bohaté. Zahrnuje různé formy kooperace, má svou atmosféru pohody nebo napětí, může vytvářet příznivé emocionální „zázemí“, projevuje se funkcemi poradními, korektivními a facilitačními. V neposlední řadě umožňuje svým členům získat prestiž, postavení a ocenění jejich aktivity.

Spokojenost příznivě ovlivňuje nejen možnost čerpat z příznivého zázemí pracovní skupiny, ale také podílet se na vytváření a udržování všech pozitivních znaků.

Fyzikální podmínky práce jsou dalším faktorem působícím na spokojenost v práci. Význam fyzikálních podmínek vzrůstá tehdy, jestliže jsou nepříznivé, vytvářejí nepohodu a vyvolávají nespokojenost. Soubor fyzikálních podmínek tvoří: hluk, osvětlení, vibrace a mikroklima. Pracovní podmínky ve svém souhrnu typickém pro dané pracoviště ovlivňují pohodu na pracovišti.

Další faktory ovlivňující pracovní spokojenost, jsou osobnostní faktory. Jedná se o tyto faktory: věk, vzdělání, pohlaví, rodinný stav, pracovní zkušenost, intelekt, soubor schopností a profesionální úroveň.

1.10 Hodnocení úrovně pracovních podmínek

Obecná charakteristika stupňů zátěže:

1. stupeň zátěže - minimální zdravotní riziko – faktor se při výkonu práce nevyskytuje nebo je zátěž faktorem minimálním, z hlediska expozice faktoru optimální pracovní podmínky;
2. stupeň zátěže – únosná míra zdravotního rizika - ze zdravotního hlediska je míra zátěže faktorem únosná, úroveň zátěže a faktorů nepřekračuje limity stanovené předpisy. Nelze vyloučit nepříznivý účinek faktoru na zdraví u vnímavých jedinců.

3. stupeň zátěže – významná míra zdravotního rizika – úroveň zátěže překračuje stanovené limitní hodnoty zátěže, na pracovištích je nutná realizace náhradních technických a organizačních opatření;
4. stupeň zátěže – vysoká míra zdravotního rizika – úroveň zátěže vysoce překračuje stanovené limitní hodnoty expozice a na pracovištích musí být dodržován soubor preventivních opatření. Dochází častěji k profesionálnímu poškození zdraví (Baumruk a kol, 2002, str. 44).

1.10.1 Metoda hodnocení pracovních podmínek

„Základem pro posuzování psychické zátěže profesní činnosti je analýza pracovních podmínek, za jakých je vykonávána“ (Hladký, Židková, 1999, str.11).

Metoda umožňuje rychlý screeningový kvalifikovaný odhad a současně je základem pro podrobnější analýzu. Před hodnocením je třeba shromáždit dostupné informace o pracovní činnosti a pracovišti. Při zařazování profesní činnosti do jednoho z výsledných stupňů může posuzovatel použít jemnější odstupňování pomocí bodového hodnocení.

Toto odstupňování slouží k tomu, aby se při hodnocení respektovaly specifické podmínky pracoviště. V některých hlediscích je nutné posuzovat nejen náročnost či obtížnost práce, ale i její trvání nebo výskyt kombinace nepříznivých okolností. Použití bodového hodnocení předpokládá valorizaci postupu a je to neobyčejně nákladné na čas a finanční prostředky. Tento způsob nebyl doposud standardizován, ale představuje základ pro možnou kvantifikaci a srovnání studie.

Senzorická zátěž

1. **Velikost kritického detailu** – hodnotí se podle poměru mezi pozorovací vzdáleností D a velikostí kritického detailu d . Kritický detail je geometrický útvar, rozhodující pro zrakové vnímání. Je to ta část pozorovaného předmětu,

znaku, symbolu, kterou je nutnou rozlišit, aby byl pozorovaný předmět správně identifikován. Obě hodnoty lze zjišťovat měřením.

2. **Náročnost na diskriminaci detailů** – jde o výraznost detailu oproti pozadí. Kontrastnost detailu a pozadí je podmíněna činiteli: jasnem, tvarem, barvou, pohybem předmětu či okolí. Tito činitelé usnadňují nebo ztěžují diskriminaci.
3. **Nároky na adaptaci zraku** – vznikají při střídání pohledu na místa s rozdílným jasnem nebo při změnách jasů předmětu či intenzity osvětlení. Vysoké nároky na adaptační procesy vedou k oslnění.

Rozlišují se tři stupně oslnění: diskomfortní (oslňující zdroj odvádí pozornost od místa zrakového úkolu, omezující (zatěžuje rozeznávání) a oslepující (znemožňuje vidění. Při dlouhém trvání diskomfortního oslnění vede k únavě zraku a poklesu zrakové výkonnosti.
4. **Nároky na akomodaci a okohybné svaly** - nároky na akomodaci vznikají při dlouhodobé fixaci pohledu na blízké předměty, kdy se unavují svaly. Okohybné svaly jsou unavovány při trvalém sledování pohybujících se předmětů.
5. **Práce za ztížených světelných podmínek** – hodnotí se světelné podmínky, kdy pracovní postup vyžaduje zvláštní druh osvětlení. Je také nutno posuzovat typy světelných zdrojů a svítidel ve vztahu k nárokům práce na zrakové vnímání a rozlišování barevných tónů a odstínů.
6. **Náročnost sluchového úkolu** – náročnost se posuzuje podle toho, jak přesně pracovník musí rozlišovat různé zvukové signály. Je nutné brát v úvahu nároky na sluchový orgán a na hlučnost pozadí a trvání úkolu.
7. **Náročnost práce na ostatní smyslové orgány**

Psychosociální zátěž

1. **Intenzita práce a časový tlak** - přetížení kapacity zpracování informací a plnění úkolů pod časovým tlakem je jedním z nejvýznamnějších stresogenních

činitelů. Studie prokazují souvislost tohoto druhu zátěže s výskytem kardiovaskulárních chorob. Při hodnocení je třeba brát v úvahu i složitost činnosti.

2. **Vnucené pracovní tempo** – vnuceným pracovním tempem se rozumí takový způsob činnosti, kdy si pracovník nemůže volit tempo sám, ale musí se podřizovat rytmu strojového mechanismu, úkolu či rytmu jiných osob.
3. **Monotonie** – rozlišují se dvě formy: pohybová a úkolová. Pohybovou se rozumí stereotypní manuální činnost s vysokým výskytem stejných pracovních úkonů nebo operací. Při úkolové monotonii jde o činnost s převahou složek duševních, hlavně percepčních a s minimální účastí myšlenkových nebo rozhodovacích procesů. Úkonem se rozumí samostatná pracovní operace, představující jednoduchou souvislou pohybovou činnost stejného typu a účelového zaměření. Pracovní operací se rozumí časově souvislá a vymezená část procesu, přidělená pracovníkovi jako samostatný pracovní úkol. Operace různého druhu vyžadují užívání rozdílných zařízení, pomůcek, nástrojů. Výsledkem operace stejného druhu je pouze změna vlastnosti pracovního předmětu a tyto operace jsou prováděné na stejném stroji, zařízení při používání stejných nástrojů a pomůcek.
4. **Vlivy narušující soustředění** – jakékoli rušení nutné soustředění na pracovní úkol je nepříznivé jak na kvalitu práce, tak pro pracovníka. Pracovník je vyrušován hlukem, který je nutno posuzovat nejen z hlediska jeho intenzity, ale také kvality a významnosti. Je nutné brát v úvahu i jiné vlivy, které vedou k častému přerušování práce, např. návštěvy. Nejdůležitějším negativním vlivem je pasivita, s níž musí pracovník vyrušování snášet.
5. **Sociální interakce** – bývají závažným stresogenním činitelem. Obsahem hodnocení je míra, v které je pracovník vystaven pravděpodobnosti interpersonálních konfliktů, negativních emočních situací a frustrací.
6. **Osobní rizika** – je jeden z nejvýznamnějších činitelů, spojený s prožíváním osobní jistoty či nejistoty v práci. Společným rysem je tlak pracovních povinností, projevující se trvalým duševním napětím a starostmi, které se

přenášejí do mimopracovní doby. Při hodnocení pracovních podmínek je třeba odhlédnout od konkrétní osoby a posuzovat míru, v jaké tyto podmínky vytvářejí tak, vedoucí k trvalému duševnímu napětí.

7. **Riziko ohrožení zdraví vlastního a jiných osob** - společným jmenovatelem komplexu těchto zátěžových činitelů je složitost činnosti, pravidel bezpečného chování, náročnost práce na nutné soustředění, opatrnost a pečlivost v práci.
8. **Směnová práce** – práce na směny je hodnocena podle toho, v jaké míře narušuje ultradiánní a cirkadiánní rytmy fyziologických a psychických funkcí a trávení volného času, a to se odráží v sociální oblasti.
9. **Pracovní prostředí** – hodnotí se vliv faktorů pracovního prostředí na psychickou pohodu. Práce na dislokovaném pracovišti je hodnocena podle diskomfortu, spojeného s možností styku s rodinou, možností ubytování a možností trávení volného času.
10. **Fyzický diskomfort** – hodnotí se vliv fyzické zátěže, mikroklimatických podmínek a používání osobních ochranných pracovních prostředků na diskomfort a snížení pracovního výkonu.
11. **Jiné nevyjmenované zdroje nepřiměřené zátěže** – hodnotí se ostatní okolnosti psychofyziologické, psychologické a sociálně psychologické povahy, které mohou vést k zátěžovým situacím, duševnímu napětí, navozují únavu a působí neurotizujícím vlivem (Hladký, Židková, 1999, str.12-18).

Percepce pracovní zátěže

„Percepce pracovní zátěže je psychologickým pojmem, označujícím subjektivní odezvu lidí na pracovní podmínky. V percepci se odráží jak tyto vnější skutečnosti, tak subjektivní potřeby lidí s jejich uspokojením či frustracemi, zájmy, postoji i sociálními faktory, které vyvěrají z komunikací mezi lidmi, z jejich vztahů a ze vzájemného ovlivňování“ (Hladký, Židková, 1999, str. 39).

Meisterova metoda hodnocení pracovní zátěže

Ke zkoumání, jak lidé vnímají svoji pracovní zátěž, bylo vytvořeno mnoho metodických postupů. Osvědčil se dotazník, vytvořený W. Misterem v roce 1975. Jeho předností je stručnost a srozumitelnost pro respondenty a dobrá reliabilita. Dotazník slouží pouze k odhalení pracovišť se specifickými problémy, kde je nutno použít dalších podrobnějších metod. K vyšetření jsou vybírány pracovníci stejné profese na stejném pracovišti. Hodnocení lze provádět za celou skupinu i u jednotlivců (Hladký, Židková, 1999, str.39).

1.11 Osobnost v zátěži

Člověk je konfrontován se zátěžemi od svého narození a jeho osobnost se za přispění zátěží vlastně v ontogenezi utváří. Náročné životní situace jsou spouštěčem a stimulatorem adaptačních dějů, které jsou neodmyslitelným činitelem vývoje člověka. Aktuálně prožívaná zátěž vyvolává nepokoj, disharmonii, úzkost, zvýšené napětí. Zpravidla je vnímána jako svízel, překážka, obtíž, nepříjemnost a namáhá všestranně člověka, často až do krajnosti (Hošek, 1999).

1.12 . Profesionální zátěž a narušení duševní rovnováhy

Zdravotnické povolání patří z hlediska vlastní odborné přípravy a konkrétního profesionálního výkonu mezi povolání náročné. Objektem práce je nemocný člověk, velký význam ve zdravotnické práci tedy nabývá i dodržování žádoucích forem jednání ve vztahu k pacientům a rovněž ke spolupracovníkům. Očekává se, že zdravotník zvládne obsluhu moderní techniky, v žádoucím směru bude ovlivňovat prožívání a jednání nemocných, bude správně provádět řadu činností administrativních, unese fyzické nároky své práce a rovněž se dokáže vypořádat s pracovními a rodinnými problémy, které přináší nepřetržitý provoz. To všechno jsou požadavky velmi náročné na osobní vhodnost, profesionální přípravu, styl práce, způsob života a duševní stabilitu.

Významnou roli ve způsobu zdravého lidského fungování má citlivost vůči sobě

samému. Většina lidí má představu, co znamená cítit se tělesně dobře, jsme obvykle dobře dostatečně citliví vůči svým tělesným procesům. Ovšem být stejně citlivým vůči svým psychickým procesům, vůči prožívání, je mnohem náročnější. Nežádoucí duševní stavy se můžeme snažit přehlušit záměrným odpoutáváním se od problémů, které nás tíží (Jobánková, M. a kol., 1999).

Člověk je složitě fungující bytost a zjednodušený pohled na somatopsychické a psychosomatické vztahy svádí k hledání jednoduchých cest k dosažení harmonie a optimálního stavu jedince. Mnozí se snaží hledat ty nejjednodušší recepty, pomocí kterých lze dosáhnout rychlého sebezdokonalování. Jsou v oblibě rozmanité návody, jak dosáhnout optimálního duševního a tělesného zdraví, například dodržování příslušných diet, cvičení a masáže (Jobánková, M. a kol., 1999).

1.12. 1 Duševní hygiena v životě a práci zdravotnického pracovníka

Povolání zdravotní sestry bylo, je a vždy bude nejen fyzicky náročné, ale především s sebou nese velkou psychickou zátěž, která vyplývá jak ze samotné podstaty ošetrovatelské profese, tak ze sociálních interakcí a komunikačních i jiných problémů, k nimž v každodenní ošetrovatelské praxi dochází.

Duševní hygiena je soubor příznaků, pravidel a preventivních prostředků, jejichž cílem je ochrana a udržení psychického zdraví.

Duševní zdraví dáváme obvykle do vztahu s představou jedince, který projevuje rozumovou kompetenci, nezávislost, realismus, vytrvalost, emocionální ovládání a produktivitu. K představě duševně zdravého člověka patří také tolerance k frustraci, zátěžovým situacím, dosažení určitého harmonického vztahu s okolím a schopnost čelit rychlým změnám moderního života. Z pohledu naplnění lidského života se někdy vytrácejí další významné hodnoty, jako je vnitřní harmonie, osobní zralost, životní moudrost a vyrovnanost (Jobánková, M. a kol., 1996).

1.12.2 Jak může zdravotní sestra pečovat sama o sebe

„ Má-li zdravotní sestra dobře pracovat- má-li pečovat o pacienty a být jim mimo jiné i povzbuzující sociální podporou, pak je zapotřebí, aby byla i ona sama v dobrém stavu“ (Křivohlavý, J., Pečenkova, J., 2004, str. 9).

Jedním z úkolů zdravotní sestry je pečovat o pacienty a v pozadí tohoto úkolu stojí však jiný, který má na práci zdravotní sestry mimořádný vliv. Je jím péče o sebe. Péče sama o sebe má řadu oblastí. Jde například o péči o vlastní vzhled, o tělesné zdraví, o stravování aj. Do tohoto souboru „péčí“ patří také péče o vlastní duševní a tělesný život.

Péče o duši

Při péči o duši pečujeme o to, co si myslíme. Jaká máme pojetí různých věcí, událostí a lidí, jaké máme představy, co prožíváme, a o to, co chceme v životě a pro co se rozhodujeme a co je cílem a smyslem našeho života. Tato péče o naši duši rozhoduje o tom, kdo vlastně jsme a kým budeme. Pokud je naše duše zanedbávána, projeví se v celé řadě příznaků. Například ve zlosti a vzteku, v násilí, agresivitě a ve ztrátě smyslu života.

Měli bychom věnovat více času relaxaci, reflexi a radostem. Uvědomovat si to, co skutečně prožíváme a odlišovat to od myšlenek na to, jaké emoce bychom měli v dané chvíli mít. Neměli by nám unikat radosti, protože v takových situacích jde o vzácný druh duševního dění – o pravé city, které obohacují náš duševní život. Měli bychom si to plně uvědomovat a plně to prožívat. Je to jedna z forem duševní hygieny – zdravé radosti, radosti ze života.

Péče o tělo

To, co se děje v duši člověka, ovlivňuje to, co se děje v něm. Na druhé straně, co se děje v našem těle, má určitý vliv na naši duši, na náš duševní, psychický život. Pohyb a tělesné cvičení je projevem radosti z toho, co a jak nám ještě funguje. Cvičení se však týká nejen těla, ale také psychiky. S pohybem je úzce spojena hra. Na zdraví naší duše má velký podíl spánek a odpočinek (Křivohlavý, J., Pečenkova, J., 2004).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1. Cíle výzkumu

Výzkum byl zaměřen na psychosociální pracovní zátěž v povolání zdravotní sestry.

- 1) Zjistit, zda lze identifikovat psychosociální pracovní zátěž v povolání zdravotní sestry.
- 2) Zjistit, zda jsou zdravotní sestry pracující na standardním oddělení více vystaveny psychosociální pracovní zátěži než sestry na JIP a ARO.

2.2 Předpokládané hypotézy

H1 Předpokládáme, že v povolání zdravotní sestry lze identifikovat psychosociální pracovní zátěž.

H2 Předpokládáme, že sestry pracující na standardním oddělení jsou méně vystaveny psychosociální pracovní zátěži, než sestry pracující na jednotkách JIP a ARO.

3. Metodika výzkumu

3.1 Použité metody

Pro důkladné vystihnutí dané problematiky bylo použito dotazníkové metody – dotazník SPÚ (Subjective Symptom of Fatigue). Výzkum byl prováděn u zdravotních sester pracujících na standardním chirurgickém a standardním interním oddělení a na chirurgických JIP a interních JIP a ARO. U dotazníku byla provedena pilotáž k ověření, zda je dotazník pro respondenty srozumitelný a zda rozumějí obsahu všech otázek. Po vyhodnocení pilotní studie jsme rozšířili znění několika otázek a doplnili odpovědi o možnost nevím.

Dotazník obsahuje identifikační údaje – pohlaví, věk, vzdělání. Dotazník je rozdělen na tři části. První část dotazníku je zaměřena na posouzení psychosociální zátěže z hlediska hodnocení pracovních podmínek. Ve druhé části jsme se věnovali hodnocení pracovní zátěže u sester a třetí část dotazníku je zaměřena na zjišťování únavy sester.

Dotazník obsahoval celkem 51 otázek, z nichž 37 otázek je zaměřeno na posouzení psychosociální zátěže z hlediska hodnocení pracovních podmínek, 8 otázek se vztahuje k hodnocení pracovní zátěže u sester a 6 otázek je zaměřeno na zjišťování únavy u sester.

Výběr vzorku respondentů byl založen na dobrovolnosti a zájmu o účast na výzkumu. Podmínkou bylo, aby respondentem byla zdravotní sestra na výše jmenovaných odděleních. Dotazník byl anonymní.

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

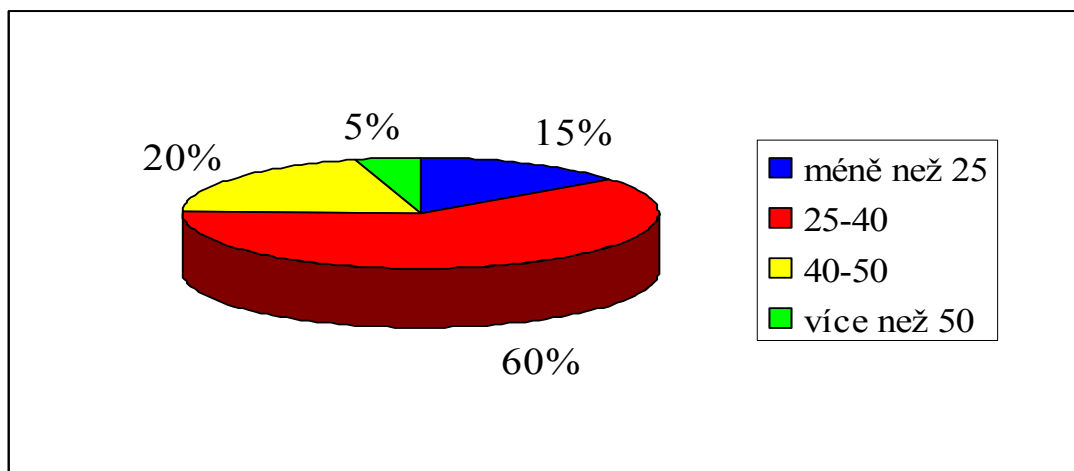
Oslovili jsme zdravotní sestry z FN Plzeň, Oblastní nemocnice v Příbrami a nemocnice Stod. Celkový počet všech rozdaných dotazníků bylo 240. 120 dotazníků bylo rozdáno sestrám standardních lůžkových oddělení a 120 dotazníků sestrám oddělení JIP a ARO. Návratnost dotazníků ze standardních oddělení bylo 110 a

z oddělení JIP a ARO 107. Dotazníková akce byla dobrovolná. Návratnost dotazníků byla 90%. Sběr dat byl proveden od prosince 2006 do března 2007.

4. Výsledky výzkumu

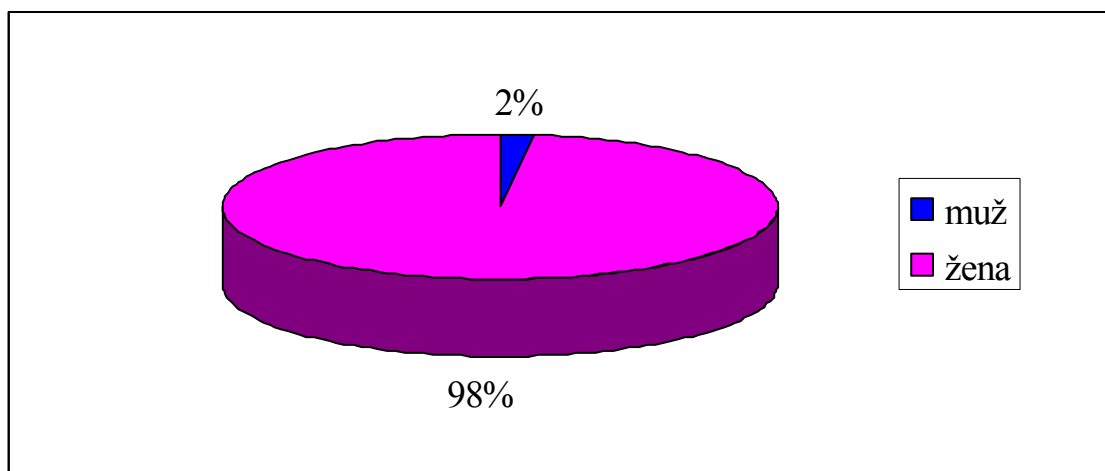
4.1 Výsledky dotazníku sester standardního oddělení

Graf 1 Věk sester na standardním oddělení



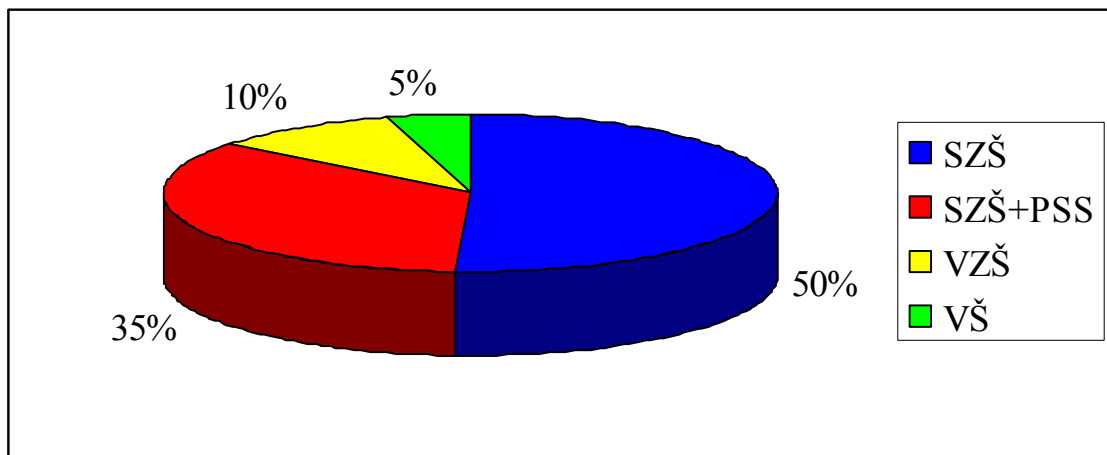
Rozdělení sester standardních oddělení podle věku: 16 respondentů (15%) uvedlo, že jejich věk je méně než 25 let. 67 respondentů (60%) označilo svůj věk mezi 25-40 roky života. 22 sester (20%) uvedlo, že jejich věk je mezi 40 - 50 roky. Pouze 5 (5%) dotazovaných označilo svůj věk vyšší nad 50 let.

Graf 2 Pohlaví respondentů standardních oddělení



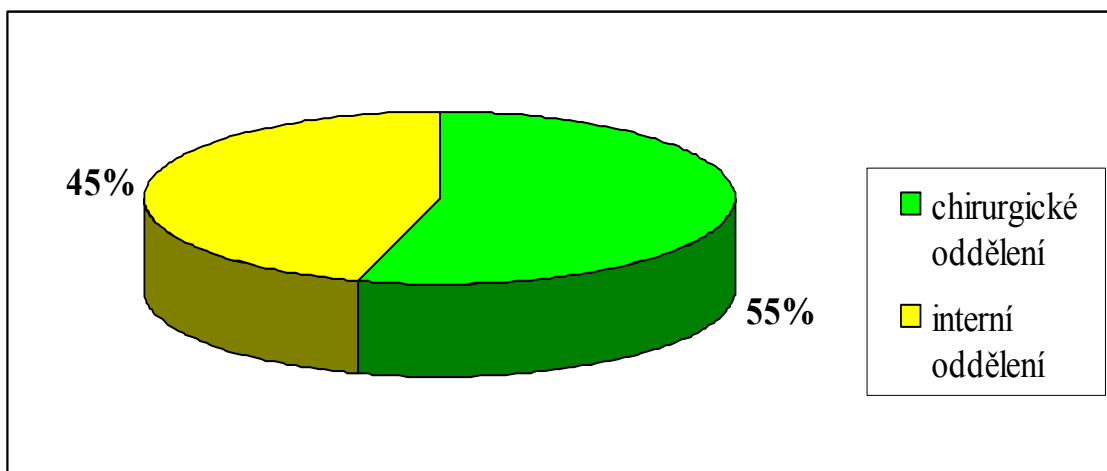
Rozdělení dle pohlaví: 108 (98%) uvedlo, že je ženského pohlaví a 2 respondenti (2 %) uvedli, že jsou mužského pohlaví.

Graf 3 Vzdělání sester



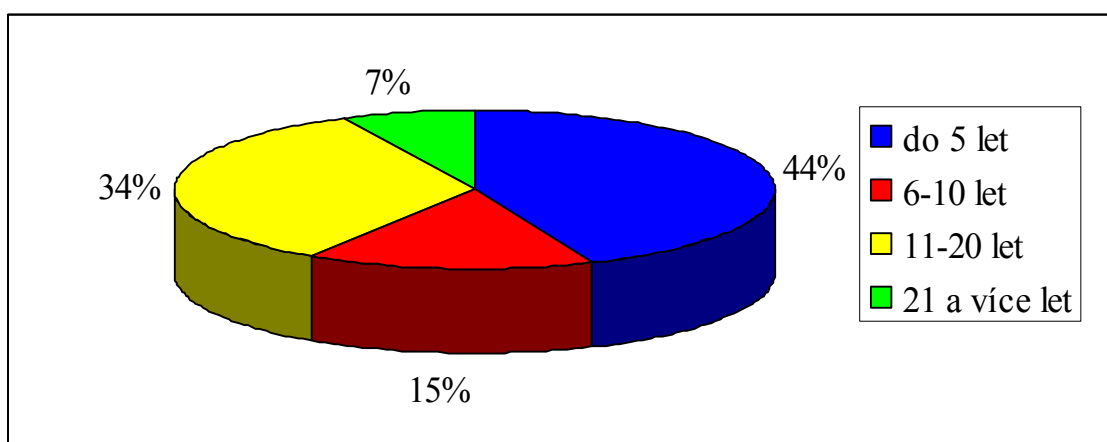
Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Nejvíce respondentů 56 (50 %) uvedlo, že jejich nejvyšší dosažené vzdělání je maturita na Střední zdravotnické škole, 38 (35%) uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání pomaturitní specializační studium. 11 respondentů (10%) má vyšší odborné vzdělání a 5 (5%) respondentů uvedlo vysokoškolské vzdělání.

Graf 4 Oddělení, na kterých jsou sestry zaměstnány



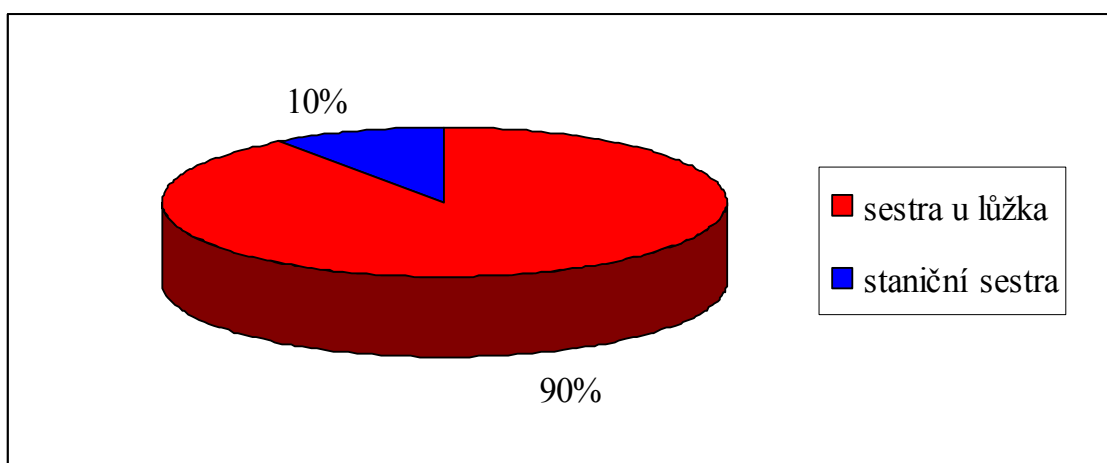
60 (55%) sester uvedlo, že pracují na standardním chirurgickém oddělení a 50 (45%) sester uvedlo, že pracují na standardním interním oddělení.

Graf 5 Délka praxe sester na standardních odděleních



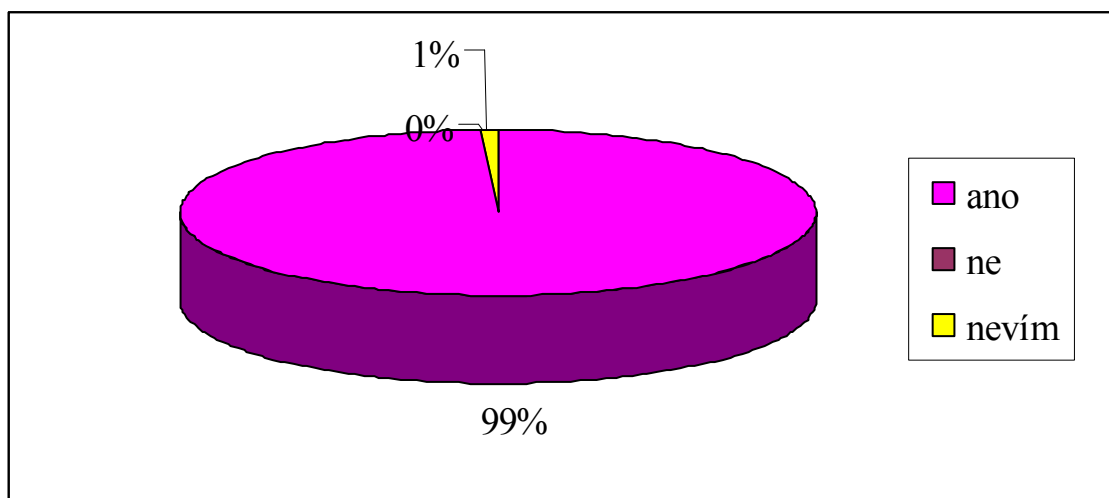
Délka praxe respondentů ve zdravotnickém zařízení: 48 respondentů (44 %) uvedlo, že mají praxi ve zdravotnictví do 5let. 17 (15%) respondentů označilo svou praxi v nemocničním zařízení mezi 6-10 lety. 37 (34%) respondentů uvedlo, že mají praxi ve zdravotnictví mezi 11-20 roky a 8 (7%) respondentů označilo svou praxi delší než 21 roků.

Graf 6 Profesní zařazení sester



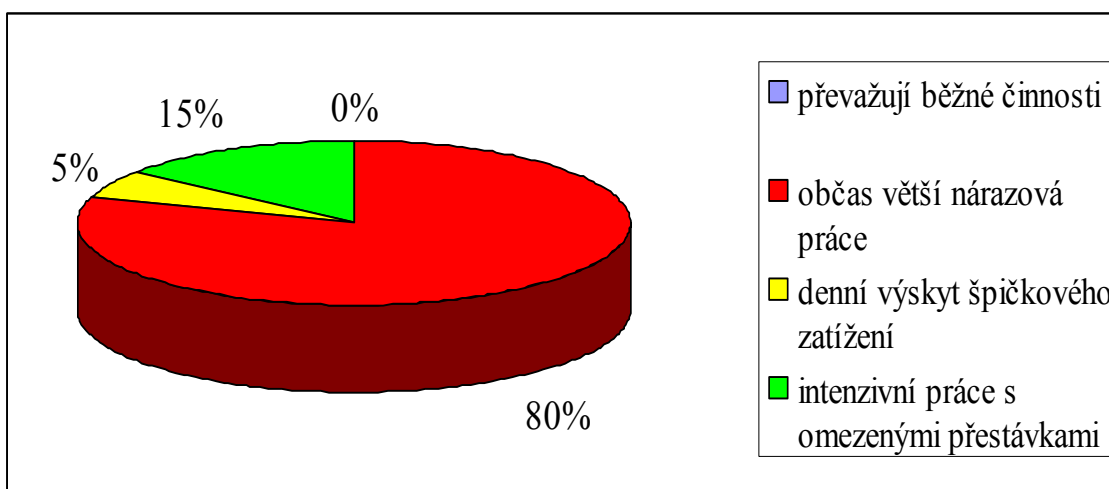
99 (90%) sester uvedlo, že pracují jako zdravotní sestry u lůžka a 11 (10%) sester uvedlo, že pracují jako staniční sestry standardního oddělení.

Graf 7 Výskyt psychosociální zátěže u sester standardního oddělení



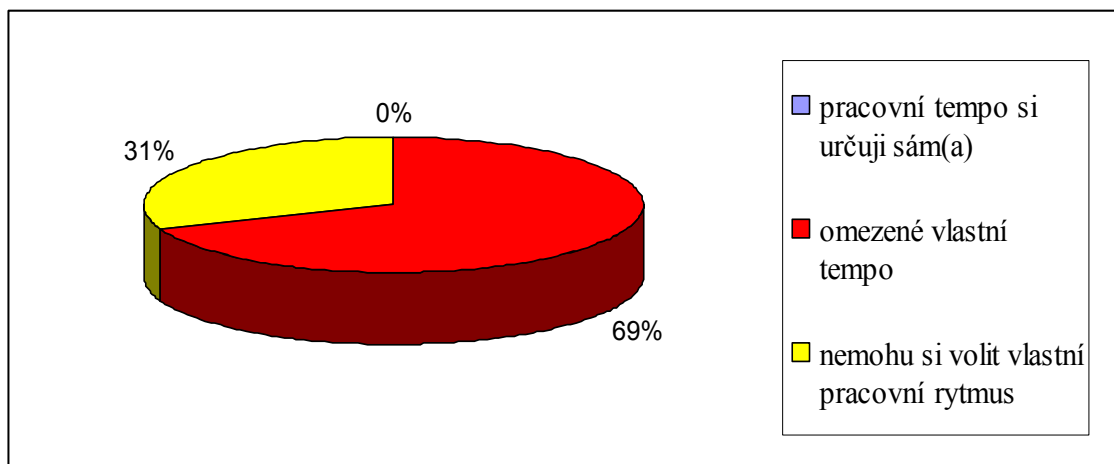
109 (99%) sester standardního oddělení souhlasilo s výskytem psychosociální zátěže a 1 (1%) sester odpovědělo nevím.

Graf 8 Intenzita práce sester a časový tlak



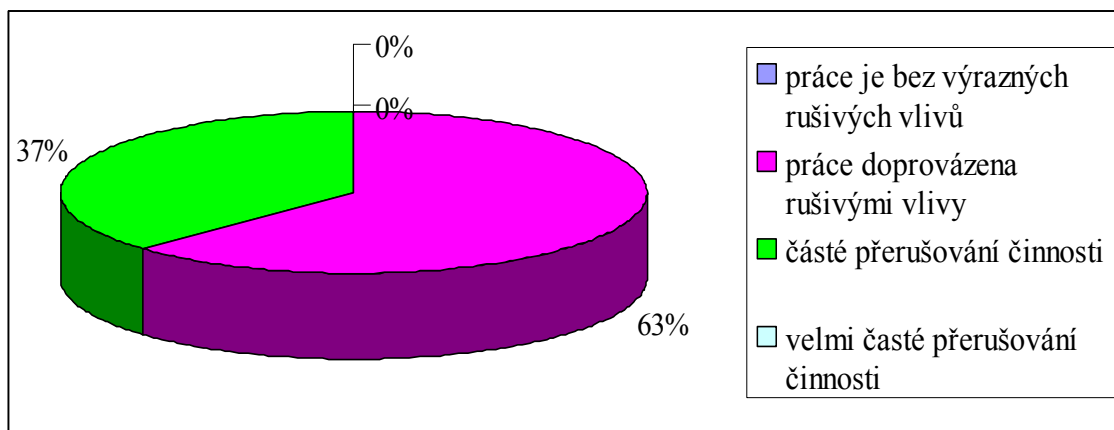
88 (80%) sester uvedlo občasnou větší nárazovou práci na oddělení, 6 (5%) sester uvedlo denní výskyt špičkového zatížení a 16 (15%) sester uvedlo, že jejich práce je intenzivní s omezenými přestávkami.

Graf 9 Hodnocení vnuceného pracovního tempa sester



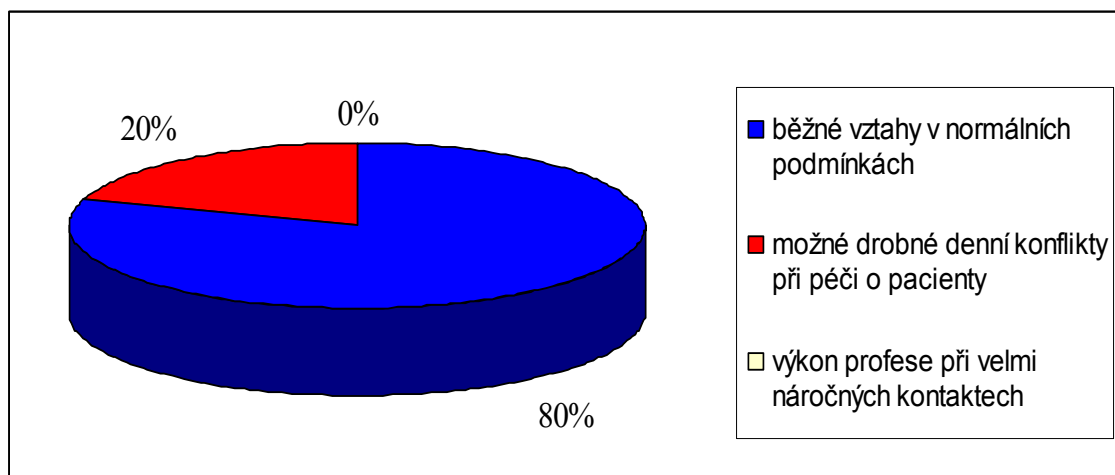
76(69%) sester hodnotilo své pracovní tempo jako omezené a 34 (31%) sester uvedlo, že si nemohou volit vlastní pracovní rytmus.

Graf 10 Výskyt rušivých vlivů v práci, které narušují soustředění



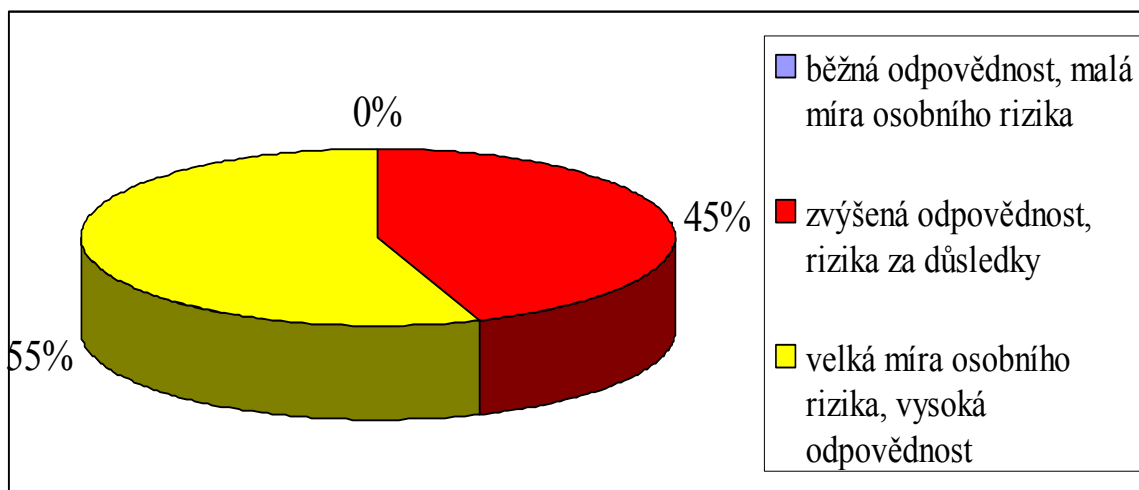
69 (63%) sester uvedlo, že jejich práce je doprovázena rušivými vlivy a 41 (37%) sester uvedlo časté přerušování činnosti pod tlakem pracovní situace.

Graf 11 Sociální vztahy na pracovišti



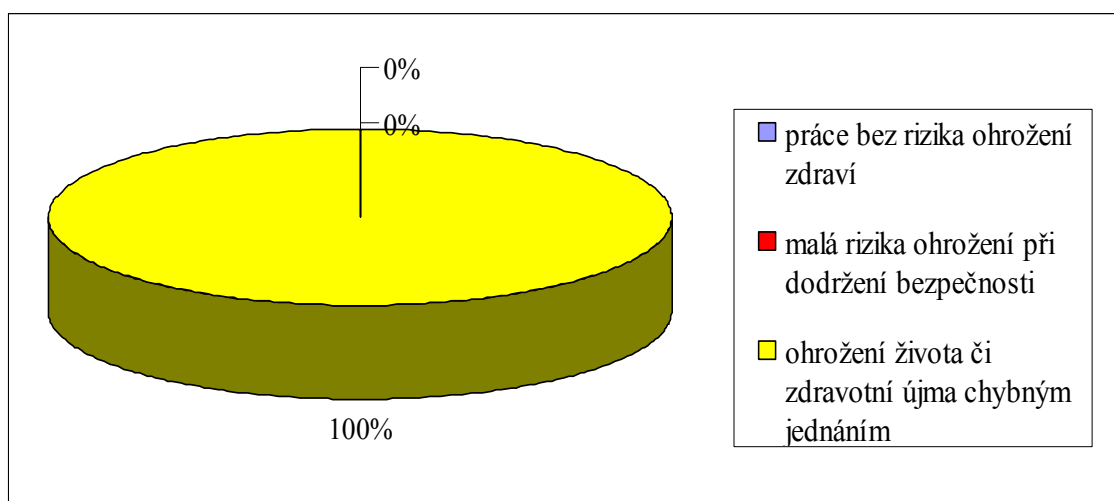
88 (80%) sester uvedlo, že vztahy na pracovišti jsou běžné a 22 (20%) sester uvedlo, že se setkávají s drobnými denními konflikty při péči o nemocné.

Graf 12 Osobní rizika a odpovědnost v profesi sester



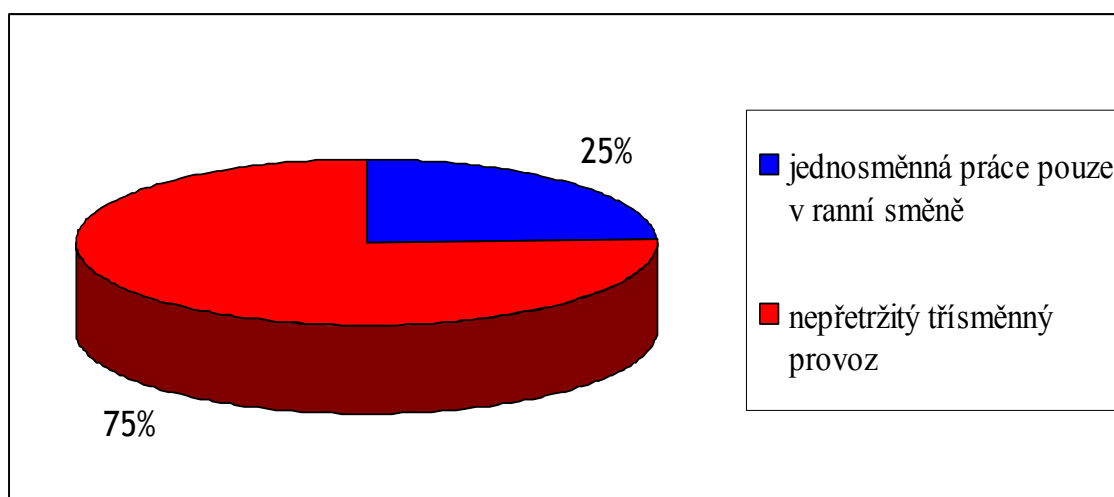
49 (45%) sester uvedlo, že nesou zvýšenou odpovědnost v profesi a rizika za důsledky, 61 (55%) sester uvedlo velkou míru osobního rizika a vysokou odpovědnost.

Graf 13 Práce spojená s rizikem ohrožení zdraví vlastního a jiných osob



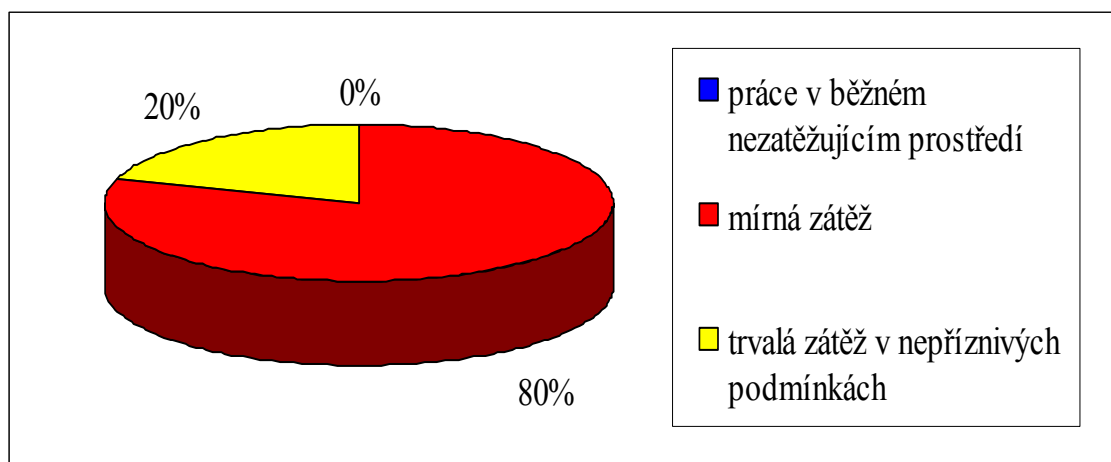
110 (100%) sester uvedlo, že chybné jednání v zaměstnání může ohrozit život či způsobit zdravotní újmu vlastní i druhých lidí.

Graf 14 Směnová práce



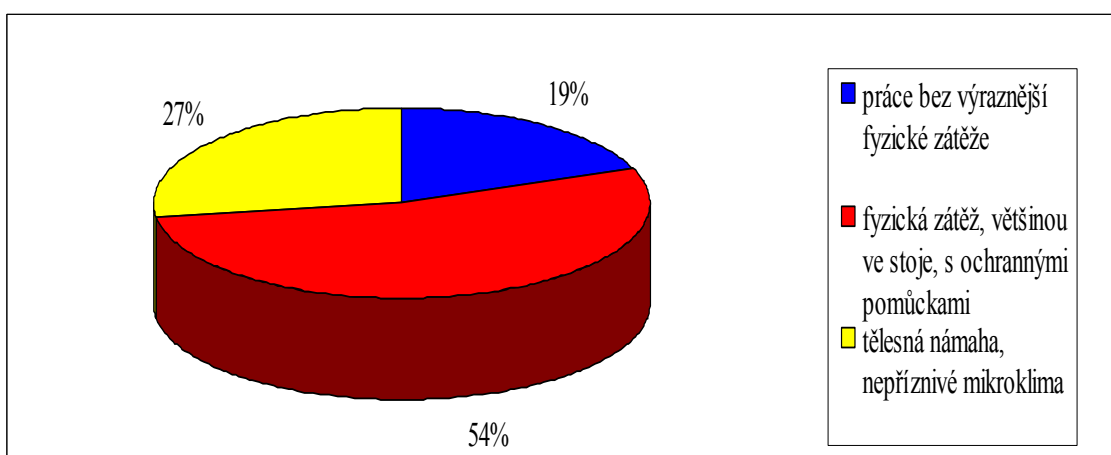
27 (25%) respondentů pracuje v jednosměnném provozu a 83 (75%) respondentů pracuje v nepřetržitém třísměnném provozu.

Graf 15 Pracovní prostředí sester standardního oddělení



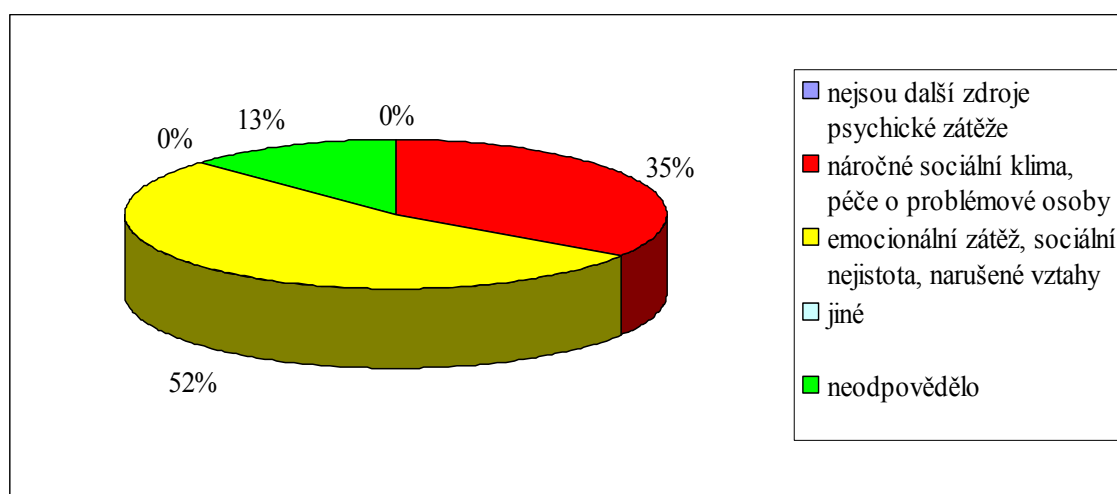
88 (80%) sester uvedlo ve svém pracovním prostředí mírnou zátěž a 22 (20%) sester uvedlo ve svém pracovním prostředí trvalou zátěž v nepříznivých podmínkách.

Graf 16 Nadbytečná fyzická zátěž sester standardního oddělení



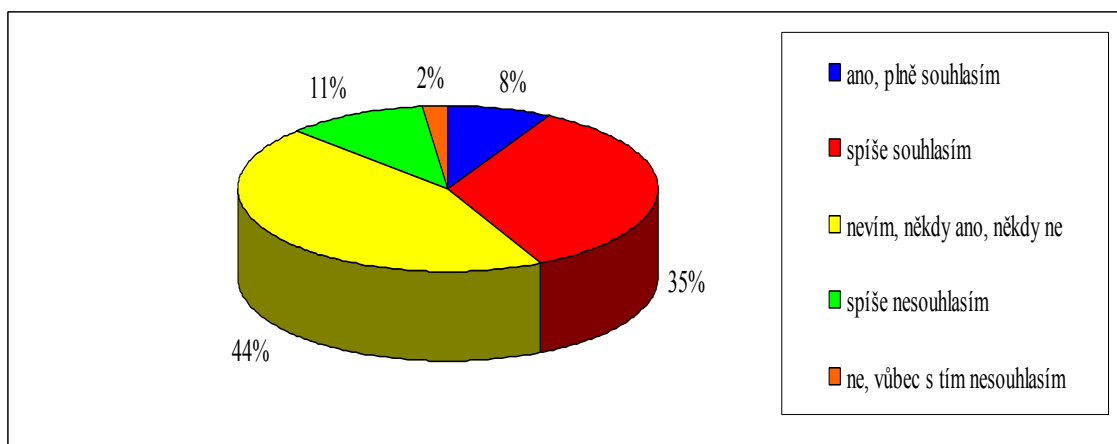
21 (19%) sester uvedlo, že jejich práce je bez výraznější fyzické zátěže, 59 (54%) sester uvedlo fyzickou zátěž většinou ve stoje a práce s ochrannými pomůckami po většinu směny a 30 (27%) sester uvedlo ve své práci tělesnou námahu a nepříznivé mikroklima.

Graf 17 Nevyjmenované zdroje nepřiměřené zátěže



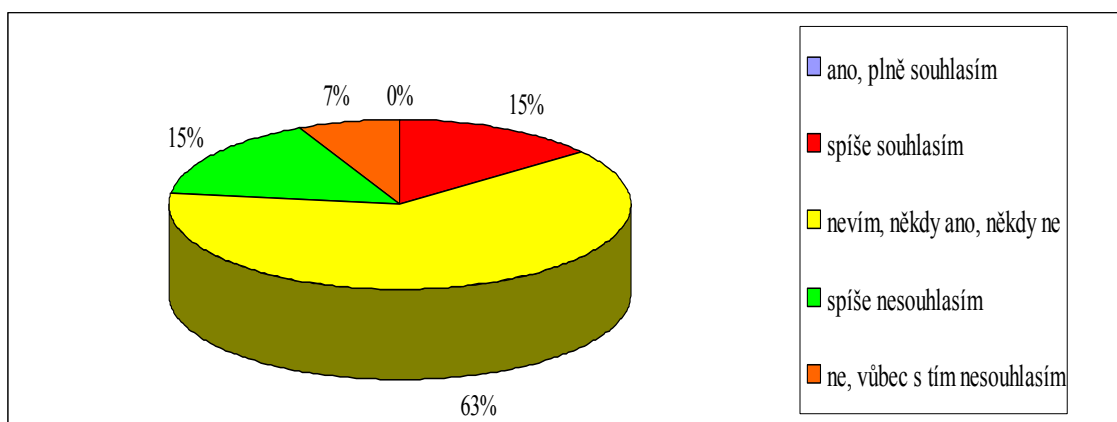
38 (35%) sester uvedlo, že práce je doprovázena náročným sociálním klimatem péči o problémové osoby, 58(52%) sester uvedlo, že se při práci vyskytuje emocionální zátěž, sociální nejistota a narušené vztahy a 14 (13%) sester na tuto otázku neodpovědělo.

Graf 18 Nadprůměrná fyzická náročnost práce sester standardních oddělení



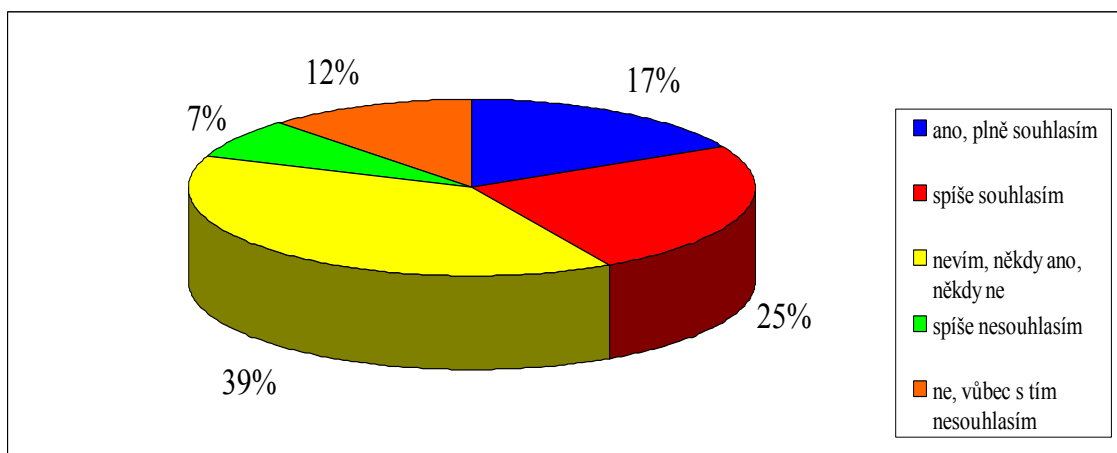
9 (8%) sester plně souhlasí s nadprůměrnou fyzickou náročností práce, 38 (35%) sester spíše souhlasí s nadprůměrnou fyzickou náročností práce, 49 (44%) sester ve své odpovědi uvedlo, že neví, někdy ano, někdy ne, 12 (11%) sester spíše nesouhlasí s nadprůměrnou fyzickou náročností práce a 2 (2%) sester vůbec nesouhlasí.

Graf 19 Vkládání přestávek na oddech mezi jednotlivými aktivitami



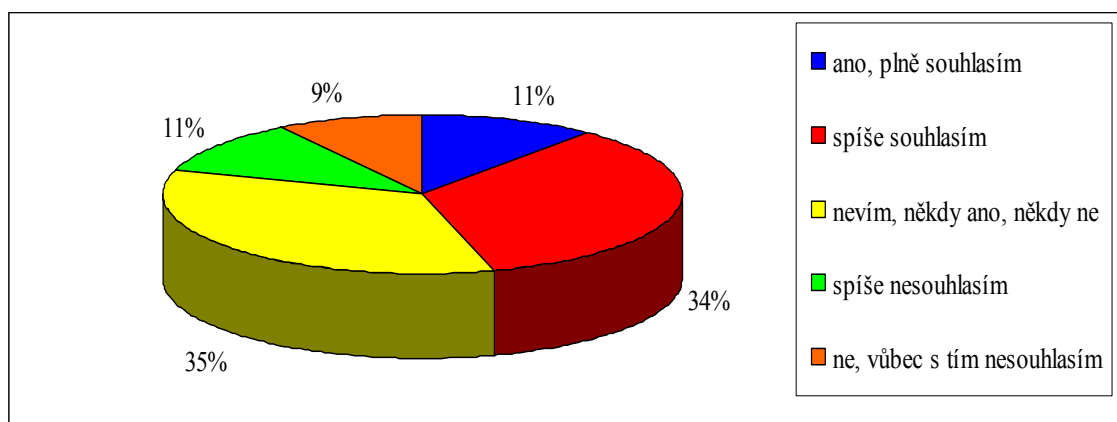
16 (15%) respondentů uvedlo, že si spíše mohou vkládat přestávky na oddech mezi jednotlivými aktivitami, 69 (63%) respondentů uvedlo, že neví, někdy ano, někdy ne, 17 (15%) respondentů a 8 (7%) respondentů uvedlo, že si nemohou nebo spíše nemohou vkládat přestávky na oddech mezi jednotlivými aktivitami.

Graf 20 Kumulace pracovních úkolů v průběhu pracovní doby u sester standardního oddělení



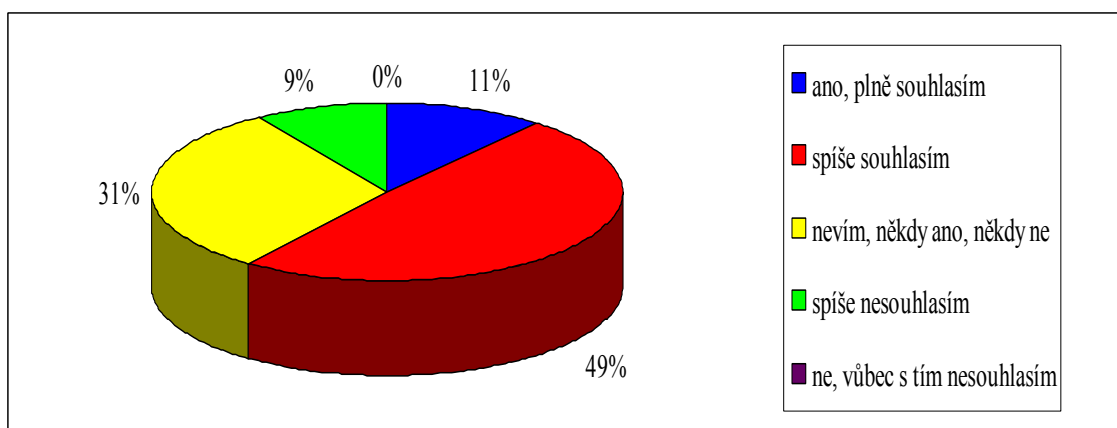
19 (17%) sester plně souhlasí s tvrzením, že v průběhu pracovní doby dochází pravidelně k výrazné kumulaci pracovních úkolů, které je nutné plnit pod časovým tlakem, 27 (25%) sester s tímto tvrzením spíše souhlasí, 43 (39%) sester uvedlo, že neví a 8 (7%) sester uvedlo, že spíše nesouhlasí a 13 (12%) sester vůbec nesouhlasí.

Graf 21 Časté a rychlé rozhodování v časové tísní



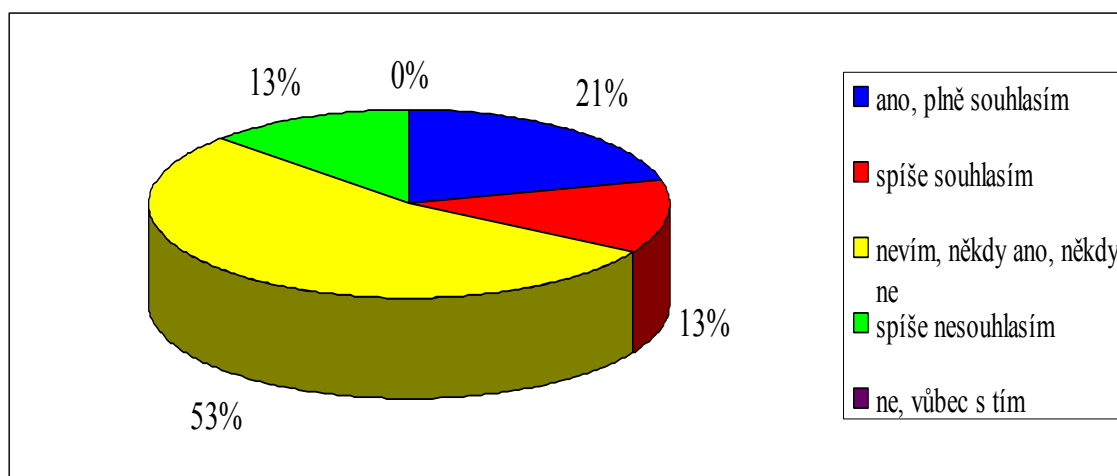
12 (11%) sester uvedlo, že plně souhlasí s tvrzením, že se často a rychle rozhodují v časové tísní, 38 (34%) s tímto tvrzením spíše souhlasí, 38 (35%) sester uvedlo, že neví, 12 (11%) sester s tímto tvrzením spíše nesouhlasí a 10 (9%) sester vůbec nesouhlasí.

Graf 22 Sestra standardních oddělení má jednotlivé pracovní činnosti přesně terminované



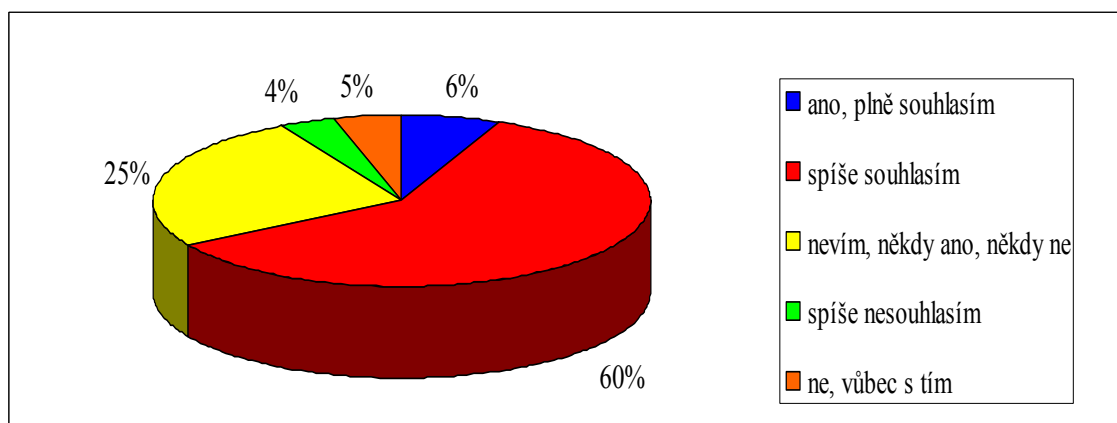
12 (11%) sester uvedlo, že plně souhlasí s tvrzením, že má sestra jednotlivé pracovní činnosti přesně terminované, 54 (49%) sester s tímto tvrzením spíše souhlasí, 34 (31%) sester odpovědělo, že neví, někdy ano, někdy ne a 10 (9%) sester spíše s tímto tvrzením nesouhlasí.

Graf 23 Střídání většího množství práce s chvílemi nedostatku činnosti v průběhu směny u sester standardního oddělení



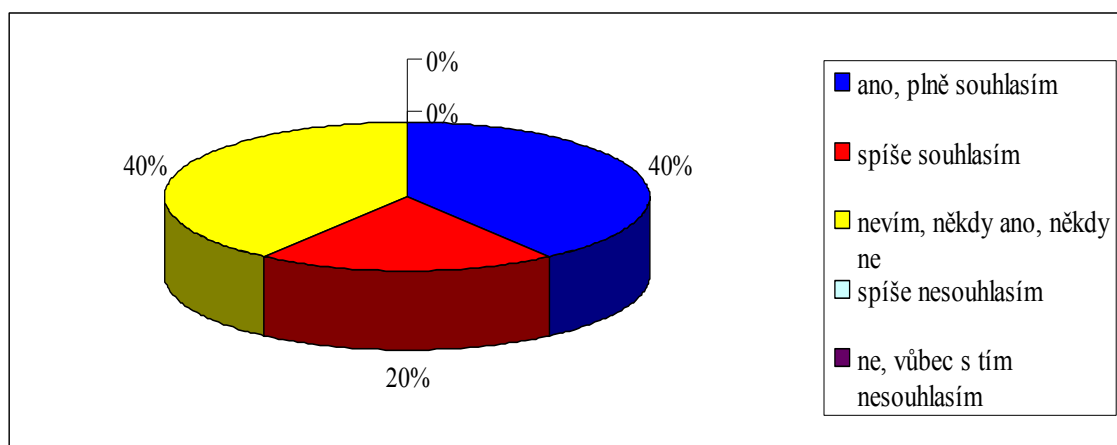
23 (21%) sester uvedlo, že plně souhlasí s tvrzením, že v průběhu směny se střídá nával většího množství práce s chvílemi nedostatku činnosti, 14 (13%) sester spíše souhlasí s tvrzením, 59 (53%) sester uvedlo, že neví a 14 (13%) sester s tvrzením spíše nesouhlasí.

Graf 24 Sestry standardního oddělení mají možnost vždy se dobře seznámit s údaji v dokumentaci týkající se pacientů



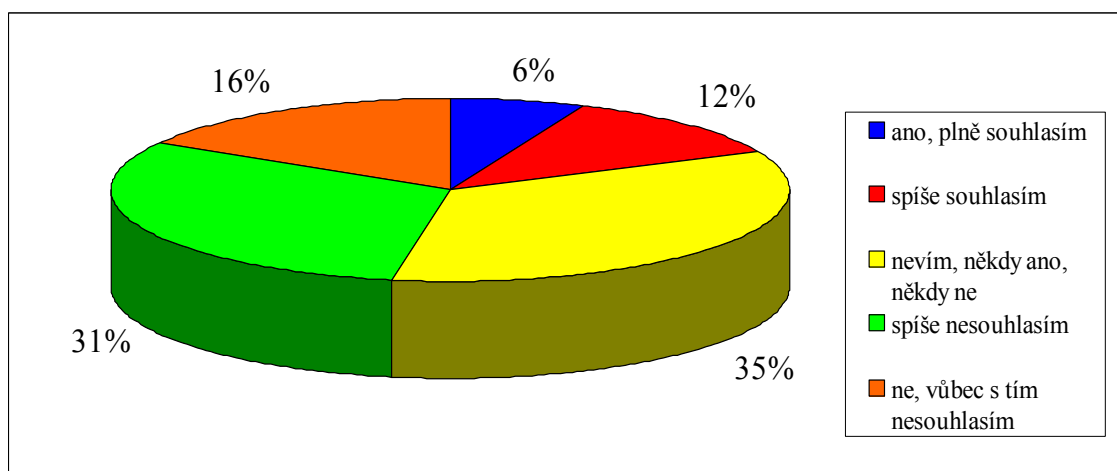
7 (6%) sester uvedlo, že plně souhlasí s tvrzením, že mají vždy možnost se dobře seznámit s údaji v dokumentaci týkající se jednotlivých pacientů, 66 (60%) sester spíše s tvrzením souhlasí, 28 (25%) sester uvedlo, že neví, 4 (4%) sester spíše s tvrzením nesouhlasí a 5 (5%) sester s tvrzením vůbec nesouhlasí.

Graf 25 Čas na některé pracovní činnosti si může sestra volit sama



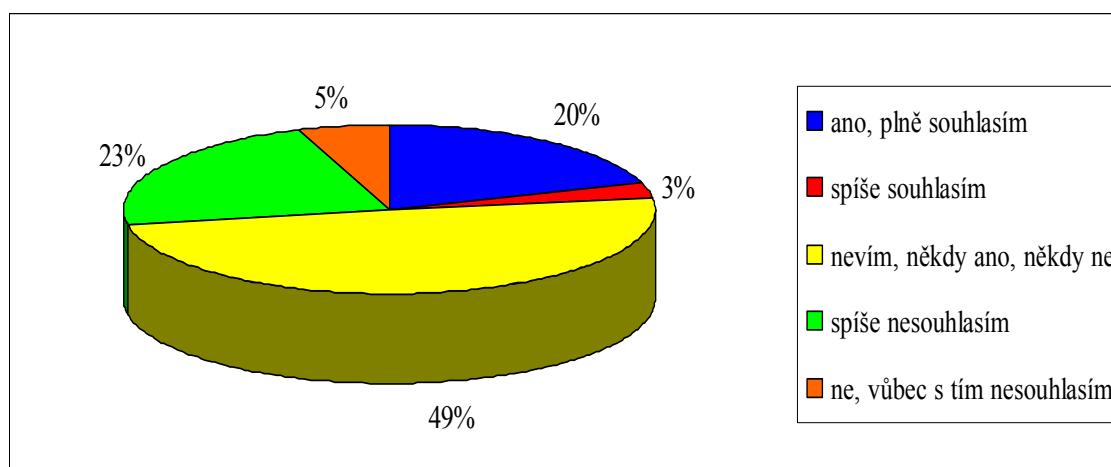
44 (40%) sester uvedlo, že plně souhlasí s tvrzením, že si sestra může volit čas na některé pracovní činnosti sama, 22 (20%) sester s tímto tvrzením spíše souhlasí a 44 (40%) sester odpovědělo, že neví.

Graf 26 Spolupráce s dalšími spolupracovníky je upřednostňována před vlastními povinnostmi



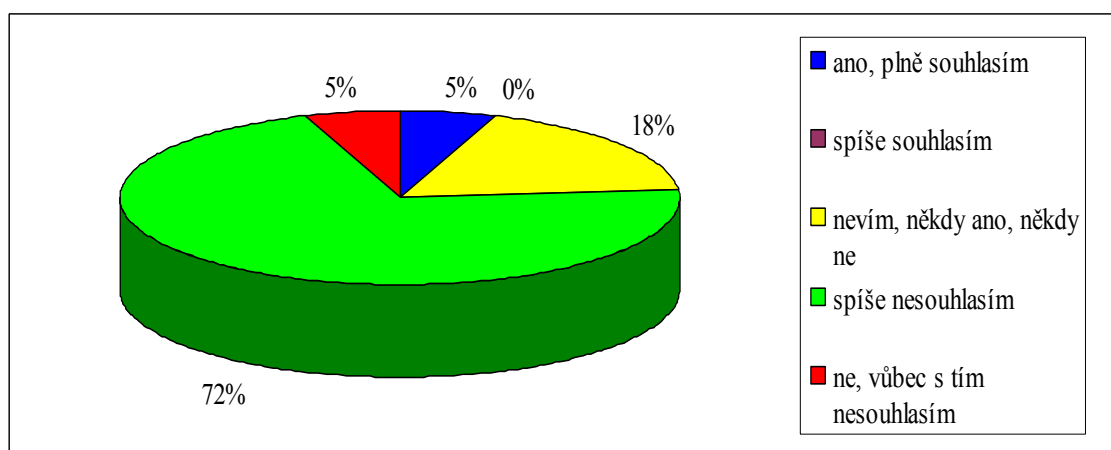
7 (6%) sester uvedlo, že plně souhlasí s tvrzením, že spolupráce s dalšími spolupracovníky je upřednostňována před vlastními povinnostmi, 13 (12%) sester spíše tímto tvrzením souhlasí, 38 (35%) sester uvedlo, že neví, 34 (31%) sester s tímto tvrzením spíše nesouhlasí a 18 (16%) sester s tvrzením vůbec nesouhlasí.

Graf 27 Každodenní kontakt s různými typy nemocných sebou přináší i konflikty



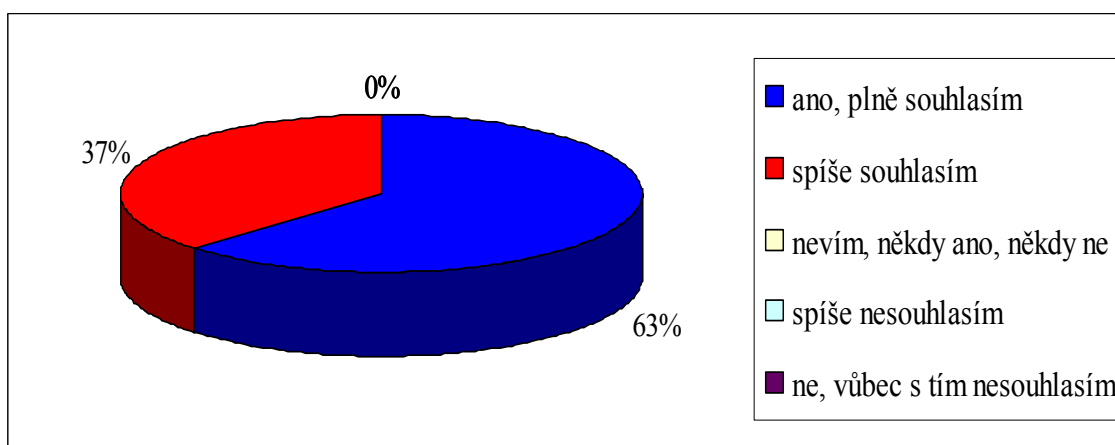
22 (20%) sester uvedlo, že plně souhlasí s tvrzením, že každodenní kontakt s různými typy nemocných sebou přináší konflikty, 3 (3%) sester s tímto tvrzením spíše souhlasí, 54 (49%) sester odpovědělo, že neví, 25 (23%) sester s tímto tvrzením spíše nesouhlasí a 6 (5%) sester s tvrzením vůbec nesouhlasí.

Graf 28 Spolupráce v týmu spolu s náročností práce je zdrojem konfliktů mezi jednotlivými kategoriemi pracovníků



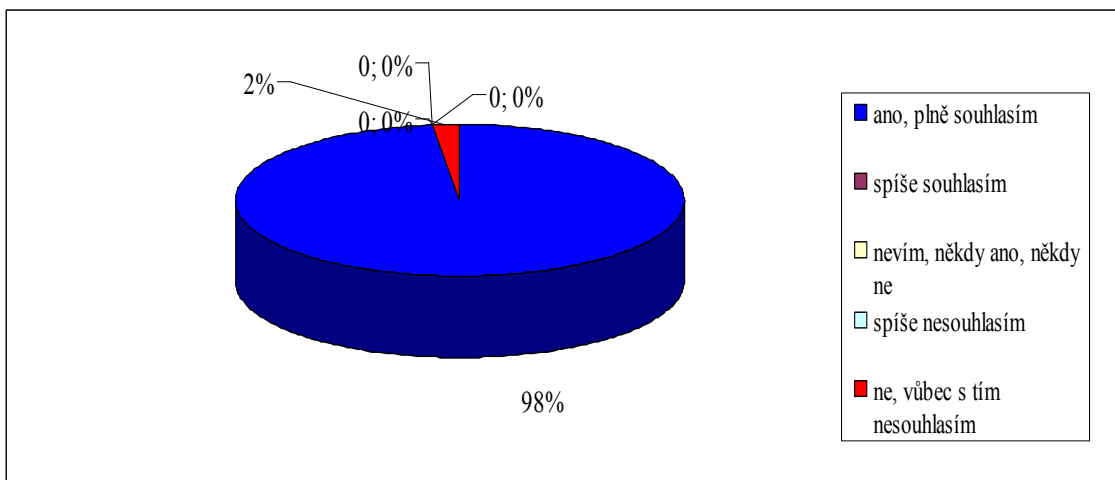
6 (5%) sester plně souhlasí s tvrzením, že spolupráce v týmu spolu s náročností práce je zdrojem konfliktů mezi jednotlivými kategoriemi pracovníků, 20 (18%) sester uvedlo, že neví, 78 (72%) sester uvedlo, že s tímto tvrzením spíše nesouhlasí a 6 (5%) sester uvedlo, že vůbec nesouhlasí.

Graf 29 Činnost na pracovišti vyžaduje obratnost jednání s lidmi



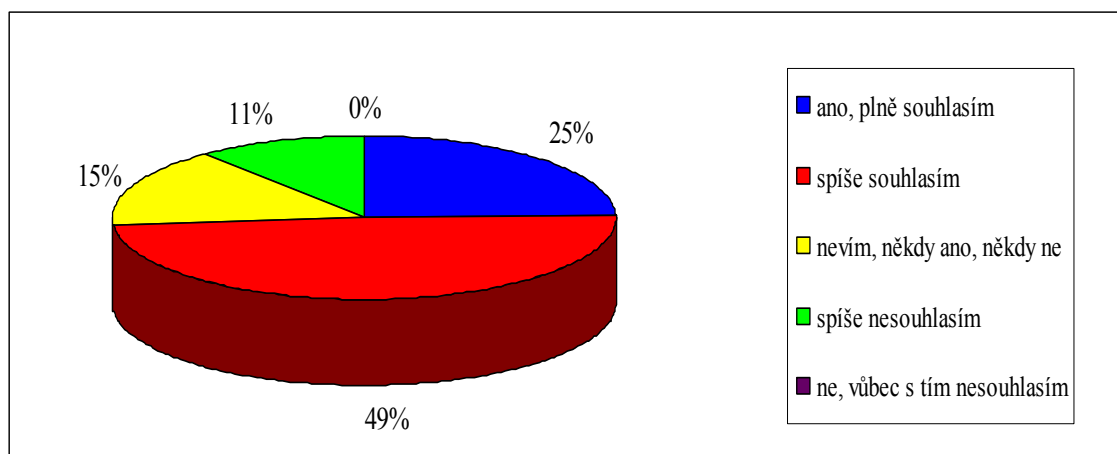
69 (63%) sester uvedlo, že plně souhlasí s tvrzením, že činnost na jejich pracovišti vyžaduje obratnost v jednání s lidmi a 41(37%) sester s tímto tvrzením spíše souhlasí.

Graf 30 Zodpovědnost a nezbytná rizika za důsledky vlastního pracovního jednání



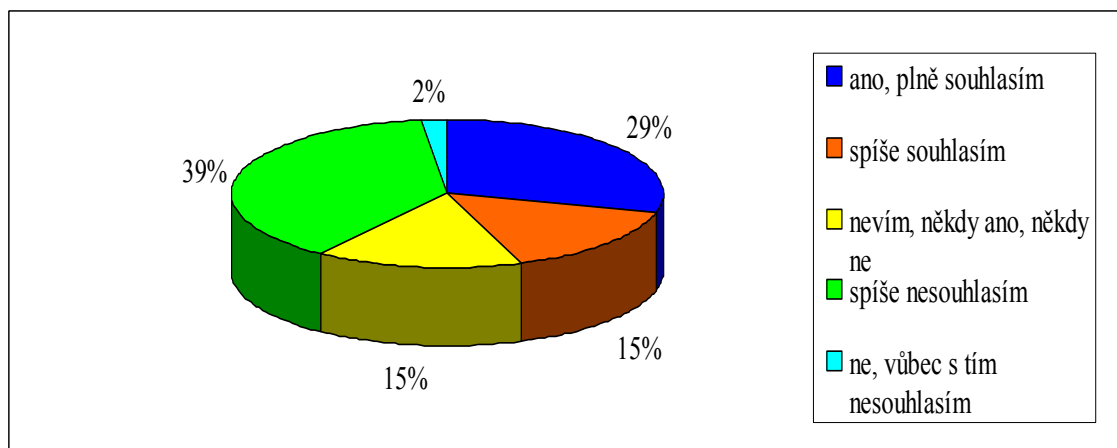
108 (98%) sester uvedlo, že plně nesou zodpovědnost a nezbytná rizika za důsledky vlastního pracovního jednání, 2 (2%) sester uvedlo, že zodpovědnost a nezbytná rizika za důsledky vlastního pracovního jednání nenesou.

Graf 31 Sestra standardního oddělení se často setkává se složitými a problematickými situacemi, které musí řešit sama



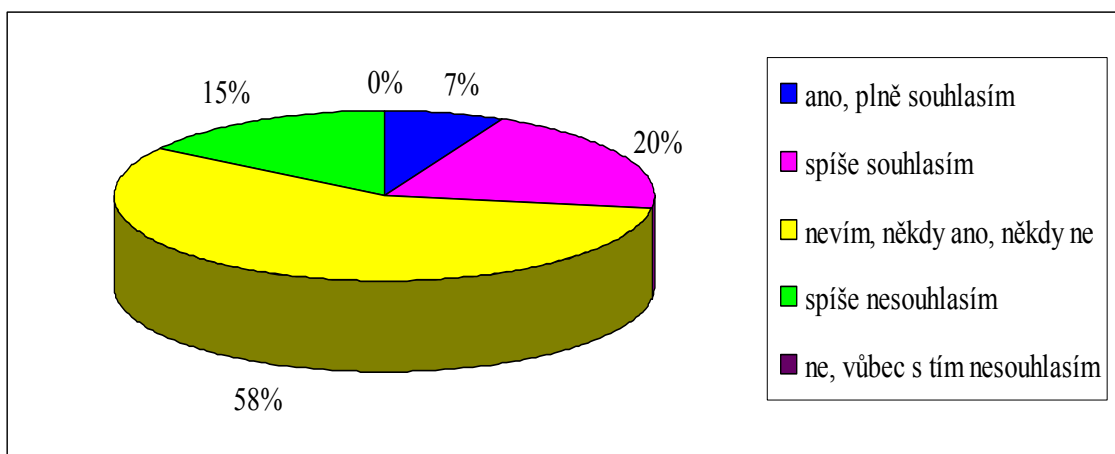
27 (25%) sester uvedlo, že plně souhlasí s tvrzením, že sestra standardního oddělení se často setkává se složitými a problematickými situacemi, které musí řešit sama, 54 (49%) sester s tímto tvrzením spíše souhlasí, 17 (15%) sester uvedlo, že neví a 12 (11%) sester uvedlo, že s tímto tvrzením spíše nesouhlasí.

Graf 32 Práce sester standardního oddělení vyžaduje operativní organizování činnosti dalších lidí na pracovišti



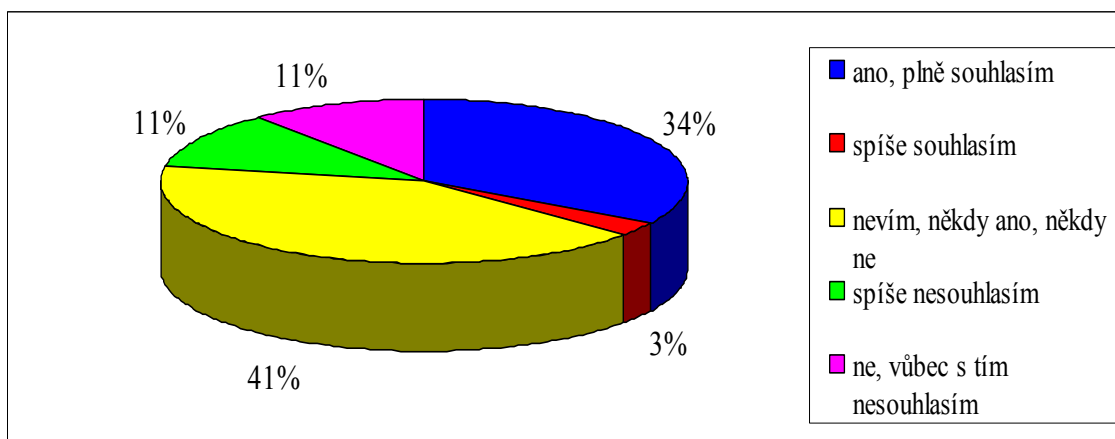
32 (29%) sester uvedlo, že plně souhlasí s tvrzením, že práce sester standardního oddělení vyžaduje operativní organizování činnosti dalších lidí na pracovišti, 17 (15%) sester uvedlo, že s tímto tvrzením spíše souhlasí, 17 (15%) sester odpovědělo, že neví, 42 (39%) sester uvedlo, že s tímto tvrzením spíše nesouhlasí a 2 (2%) sester uvedlo, že vůbec nesouhlasí.

Graf 33 Práce ve směnovém provozu má řadu předností před provozem jednosměnným



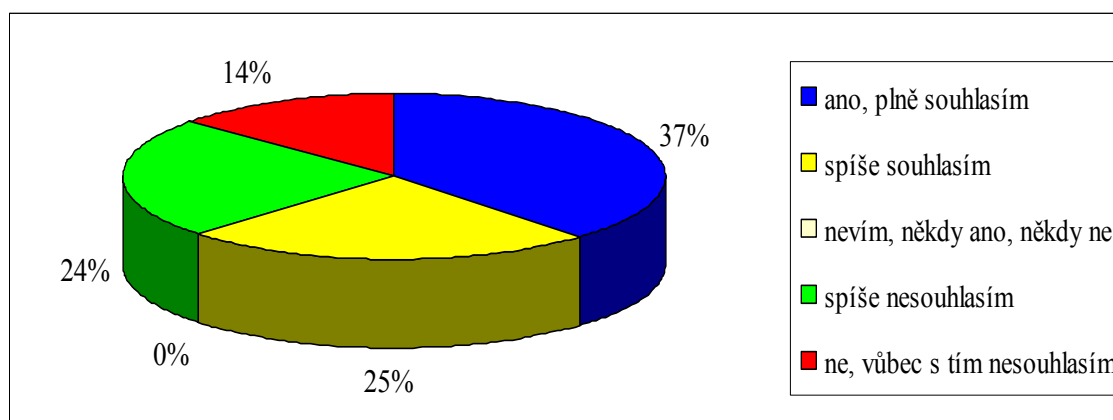
8 (7%) sester plně souhlasí s tvrzením, že práce ve směnovém provozu má řadu předností před provozem jednosměnným, 22 (20%) sester s tímto tvrzením spíše souhlasí, 63 (58%) sester uvedlo, že neví a 17 (15%) sester s tímto tvrzením spíše nesouhlasí.

Graf 34 Služby o sobotách a nedělích mi nevadí



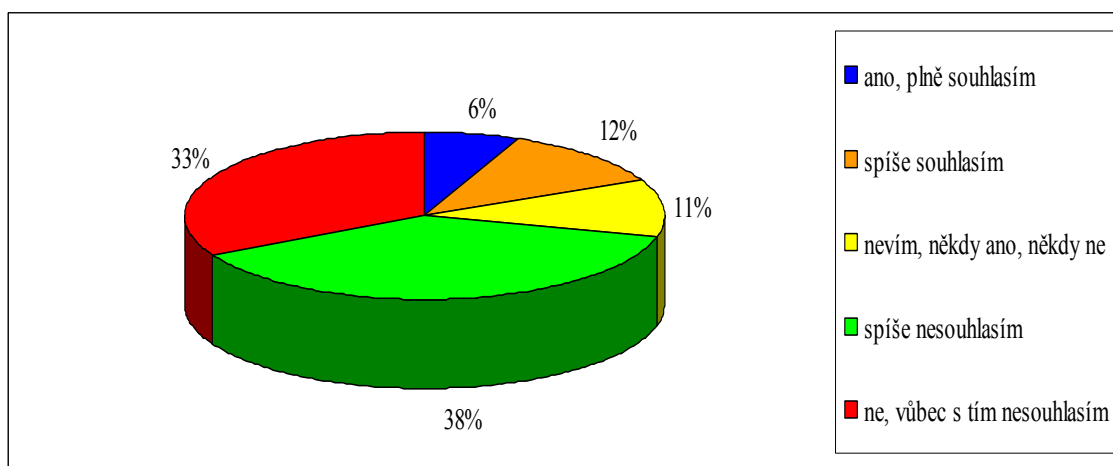
37 (34%) sester plně souhlasí s tvrzením, že služby o sobotách a nedělích mi nevadí, 3 (3%) sester s tímto tvrzením spíše souhlasí, 46 (41%) sester uvedlo, že neví, 12 (11%) sester s tímto tvrzením spíše nesouhlasí a 12 (11%) sester vůbec nesouhlasí.

Graf 35 Dostupnost pracoviště je dobrá i pro směný provoz či práci o víkendech



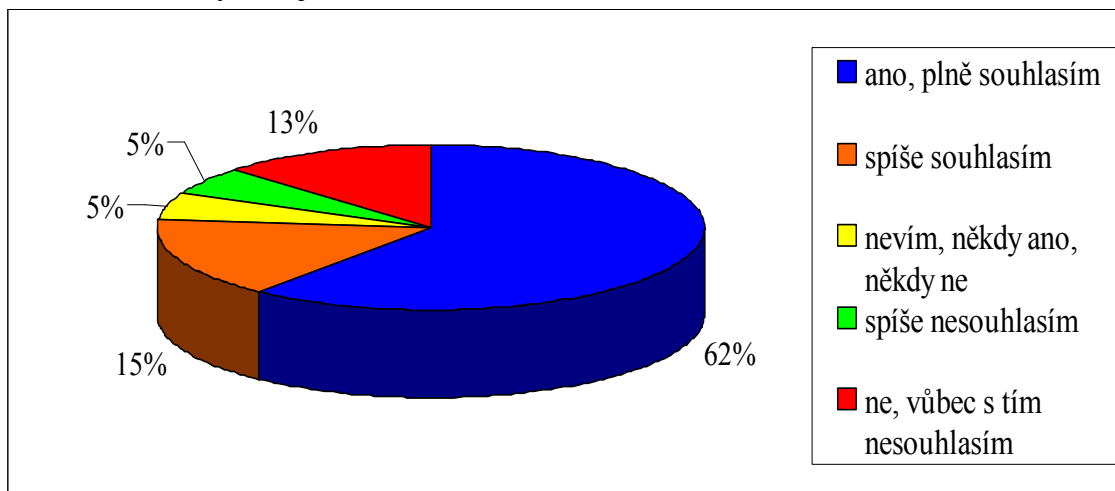
42 (37%) sester plně souhlasí s tvrzením, že dostupnost pracoviště je dobrá i pro směný provoz či práci o víkendech, 27 (25%) sester s tímto tvrzením spíše souhlasí, 26 (24%) sester s tímto tvrzením spíše nesouhlasí a 15 (14%) sester vůbec nesouhlasí.

Graf 36 Používání ochranných pomůcek po většinu pracovní doby



7 (6%) sester, uvedlo, že plně souhlasí s tím, že musí většinu pracovní doby užívat ochranné pomůcky, 13 (12%) sester s tím také spíše souhlasí, 12 (11%) sester uvedlo, že neví, 42 (38%) sester s tímto tvrzením spíše nesouhlasí a 36 (33%) sester s tvrzením vůbec nesouhlasí.

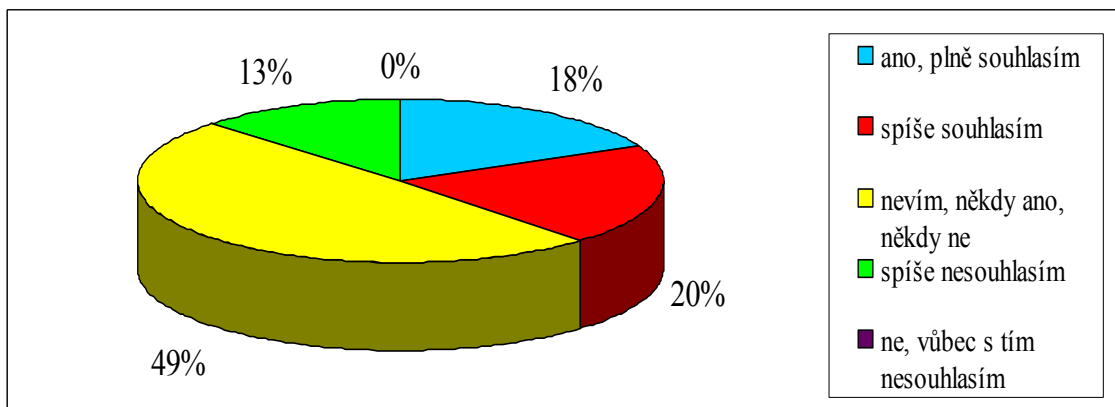
Graf 37 Práce vyžaduje stálé vzdělávání



67 (62%) sester plně souhlasí s tvrzením, že jejich práce vyžaduje stálé vzdělávání, 17 (15%) sester s tímto tvrzením spíše souhlasí, 6 (5%) sester uvedlo, že neví, 6 (5%) sester tímto tvrzením spíše nesouhlasí a 14 (13%) sester vůbec nesouhlasí.

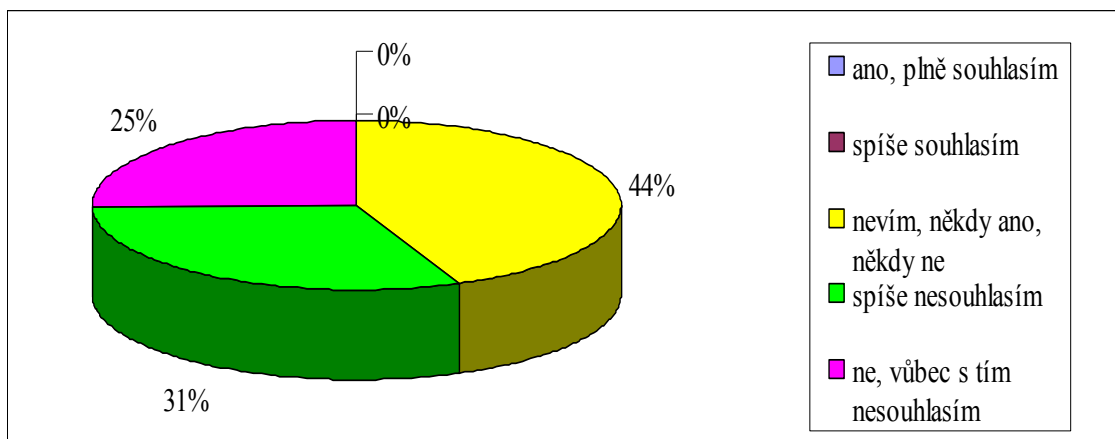
Hodnocení pracovní zátěže

Graf 38 Častý pocit časového tlaku v práci



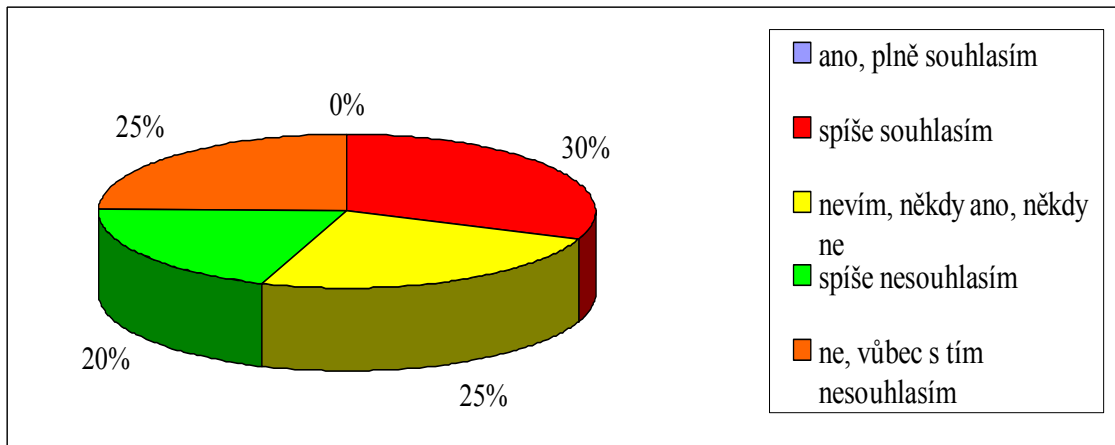
20 (18%) sester plně souhlasí s tvrzením, že v práci mívá často pocit časového tlaku, 22 (20%) sester s tímto tvrzením spíše souhlasí, 54 (49%) sester uvedlo, že neví, někdy ano, někdy ne a 14 (13%) sester s tímto tvrzením spíše nesouhlasí.

Graf 39 Práce na standardním oddělení mě neuspokojuje



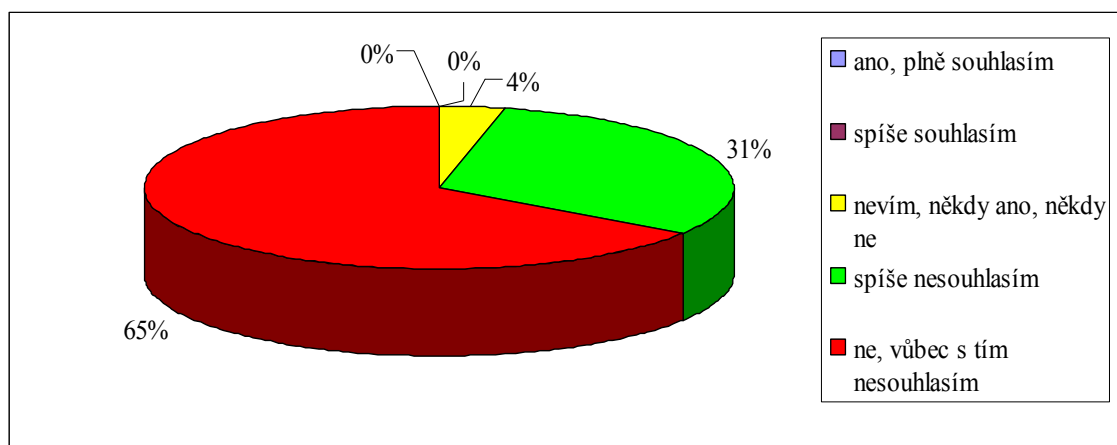
Na otázku, zda sestry práce neuspokojuje, odpovědělo 48 (44%) sester, že neví, někdy ano, někdy ne, 34 (31%) sester uvedlo, že s tímto tvrzením spíše nesouhlasí a 28 (25%) sester s tvrzením vůbec nesouhlasí.

Graf 40 Práce velmi časově zatěžuje



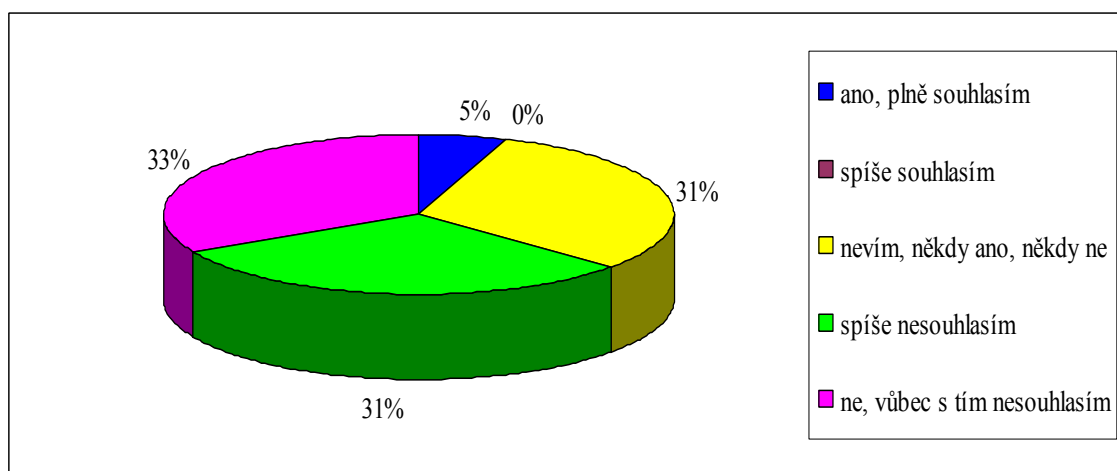
34 (30%) sester plně souhlasí s tvrzením, že práce sestry standardního oddělení velmi časově zatěžuje, 27 (25%) sester uvedlo, že neví, 22 (20%) sester s tímto tvrzením spíše nesouhlasí a 27 (25%) sester s tvrzením vůbec nesouhlasí.

Graf 41 Práce je málo zajímavá



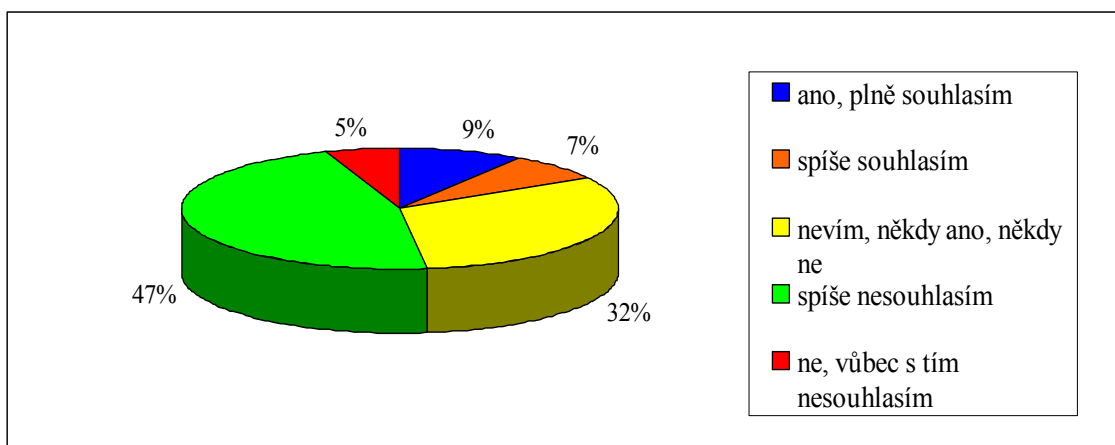
72 (65%) sester uvedlo, že spíše nesouhlasí s tvrzením, že práce je málo zajímavá, 34 (31%) sester s tímto tvrzením vůbec nesouhlasí a 4 (4%) sester uvedlo, že neví.

Graf 42 Konflikty a problémy v práci, které působí i po pracovní době



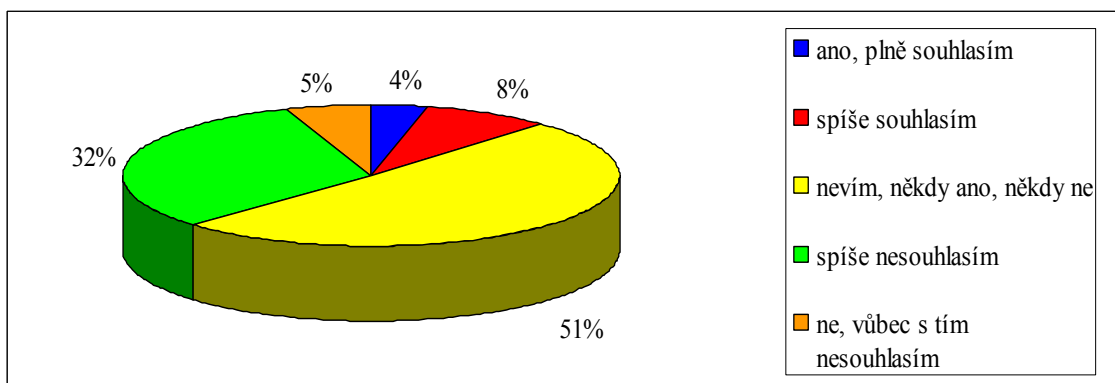
6 (5%) sester plně souhlasí s tvrzením, že mají v práci konflikty a problémy, od nichž se nemohou odpoutat ani po skončení pracovní doby, 34 (31%) sester odpovědělo, že neví, 34 (31%) sester s tímto tvrzením spíše nesouhlasí a 36 (33%) sester s tímto tvrzením vůbec nesouhlasí.

Graf 43 Psychicky náročná práce, která vyvolává nervozitu



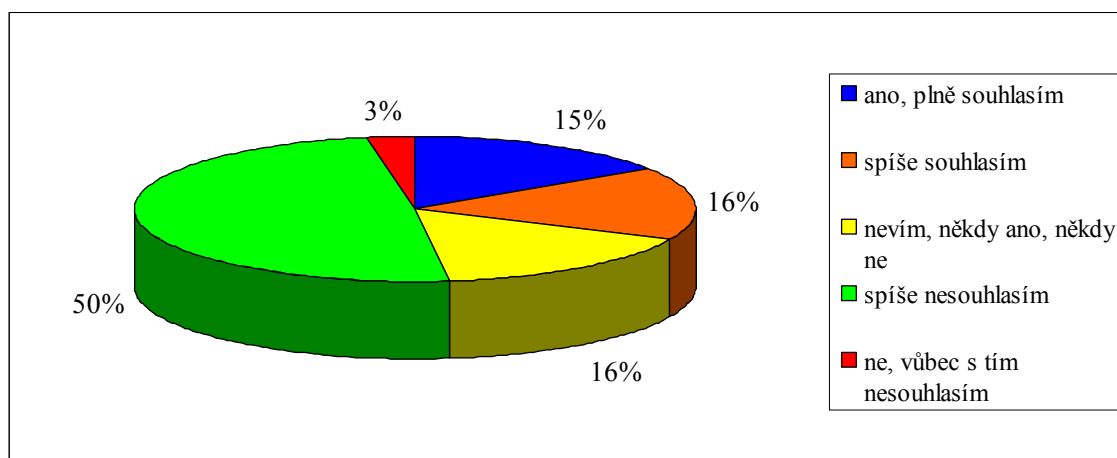
10 (9%) sester plně souhlasí s tvrzením, že práce je psychicky náročná, že po několika hodinách cítí sestry nervozitu, 8 (7%) sester s tímto tvrzením spíše souhlasí, 35 (32%) sester uvedlo, že neví, 51 (47%) sester s tvrzením spíše nesouhlasí a 6 (5%) sester vůbec nesouhlasí.

Graf 44 Psychicky náročná práce, která vyvolává únavu a ochablost



4 (4%) sester plně souhlasí s tvrzením, že jejich práce je tak psychicky náročná, že po několika hodinách cítí sestry únavu a ochablost, 9 (8%) sester s tímto tvrzením spíše souhlasí a 56 (51%) sester uvedlo, že neví, 35 (32%) sester s tímto tvrzením spíše nesouhlasí a 6 (5%) sester vůbec nesouhlasí.

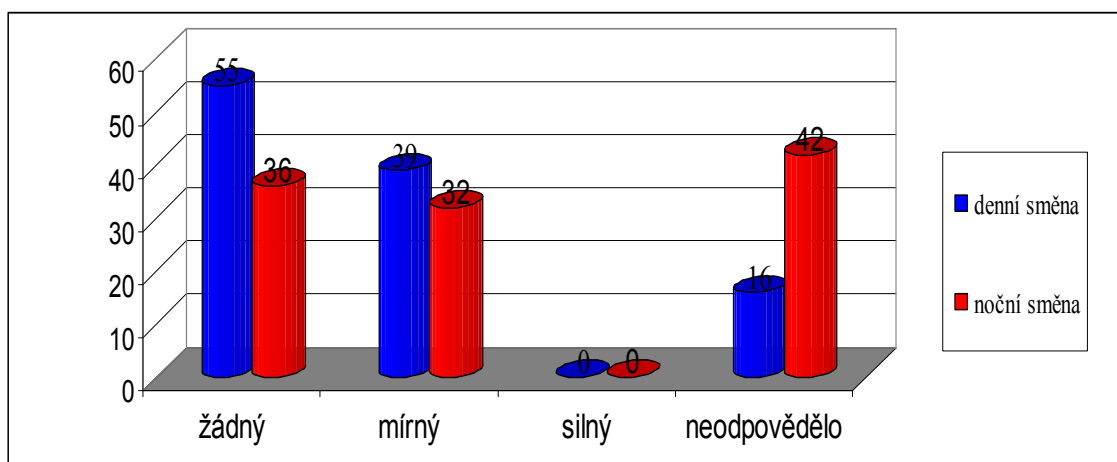
Graf 45 Práce je tak psychicky náročná, že je obtížné ji dělat po léta se stejnou výkonností



17(15%) sester plně souhlasí s tvrzením, že práce je psychicky náročná, že je velmi obtížné dělat ji po léta se stejnou výkonností, 18 (16%) sester tímto tvrzením spíše souhlasí, 18 (16%) sester uvedlo, že neví, 54 (50%) sester s tímto tvrzením spíše nesouhlasí 3 (3%) sester vůbec nesouhlasí.

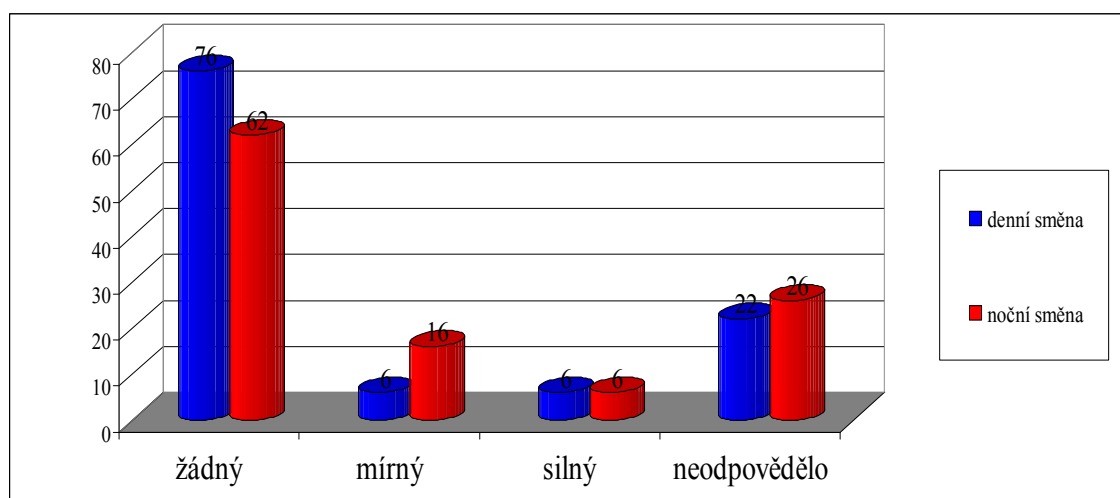
Zjišťování únavy u sester standardního oddělení

Graf 46 Únava CNS u sester na začátku směny



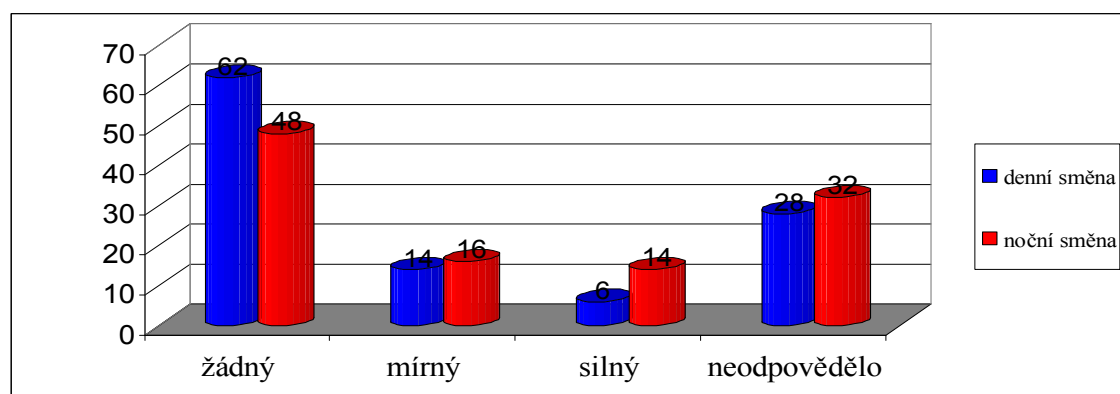
55 sester uvedlo, že nepociťuje na začátku denní směny únavu CNS, 39 sester uvedlo, že pociťuje na začátku denní směny mírnou únavu CNS a 16 sester neodpovědělo. 36 sester uvedlo, že nepociťuje na začátku směny únavu CNS, 32 sester uvedlo, že pociťuje na začátku noční směny mírnou únavu CNS a 42 sester neodpovědělo.

Graf 47 Úbytek motivace u sester na začátku směny



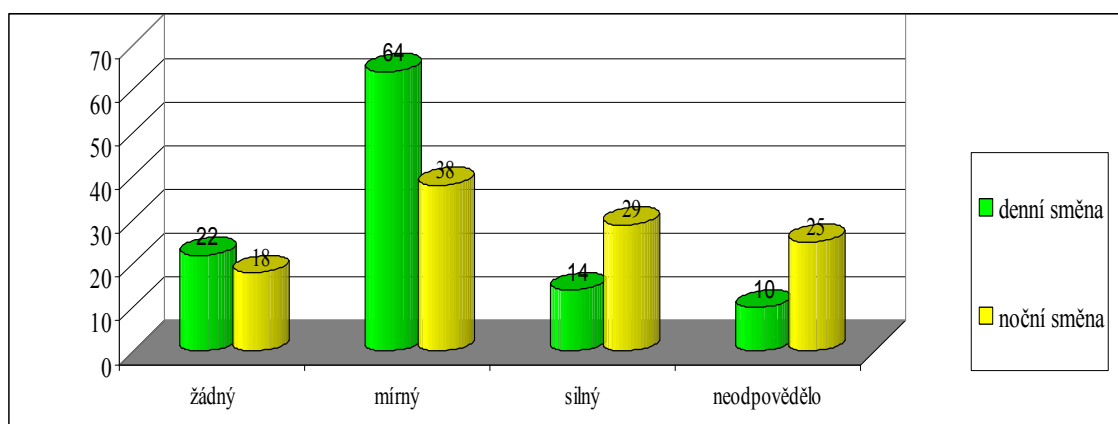
76 sester uvedlo, že nepociťuje na začátku denní směny úbytek motivace, 6 sester uvedlo, že pociťuje na začátku denní směny mírný úbytek motivace, 6 sester uvedlo, že pociťuje na začátku denní směny silný úbytek motivace a 22 sester neodpovědělo. 62 sester uvedlo, že nepociťuje na začátku noční směny úbytek motivace, 16 sester uvedlo, že pociťuje na začátku noční směny mírný úbytek motivace a 26 sester neodpovědělo.

Graf 48 Somatické příznaky u sester na začátku směny



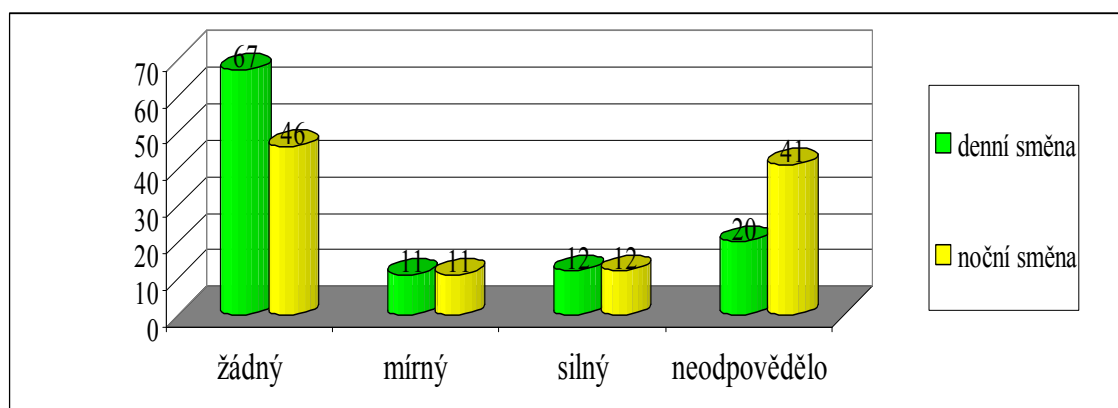
62 sester uvedlo, že nemá na začátku denní směny somatické příznaky, 14 sester uvedlo, že je začátek denní směny doprovázen somatickými příznaky, 6 sester uvedlo, že má na začátku denní směny silné somatické potíže a 28 sester neodpovědělo. 48 sester uvedlo, že nemá žádné somatické potíže na začátku noční směny, 16 sester má mírné somatické potíže, 14 sester má silné somatické potíže a 32 sester neodpovědělo.

Graf 49 Únava CNS u sester na konci směny



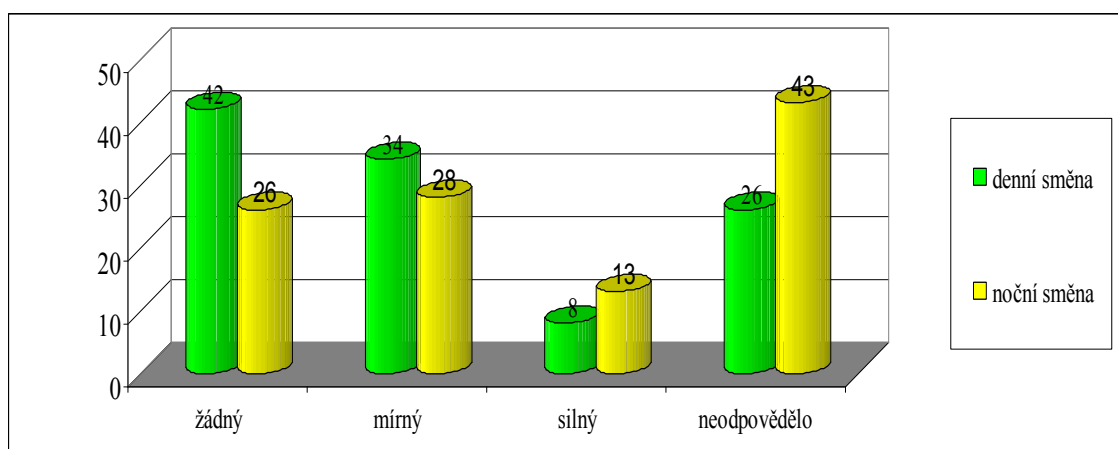
22 sester nepocítuje na konci denní směny únavu CNS, 64 sester pocítuje na konci denní směny mírnou únavu CNS, 14 sester pocítuje silnou únavu CNS a 10 sester neodpovědělo. 18 sester nepocítuje na konci noční směny únavu CNS, 38 sester pocítuje mírnou únavu CNS, 29 sester pocítuje silnou únavu CNS a 25 sester neodpovědělo.

Graf 50 Úbytek motivace u sester na konci směny



67 sester nepocítuje na konci denní směny úbytek motivace, 11 sester pocítuje mírný úbytek motivace, 12 sester silný úbytek motivace a 20 sester neodpovědělo. 46 sester nepocítuje na konci noční směny úbytek motivace, 11 sester pocítuje mírný úbytek motivace, 12 sester silný úbytek motivace a 41 sester neodpovědělo.

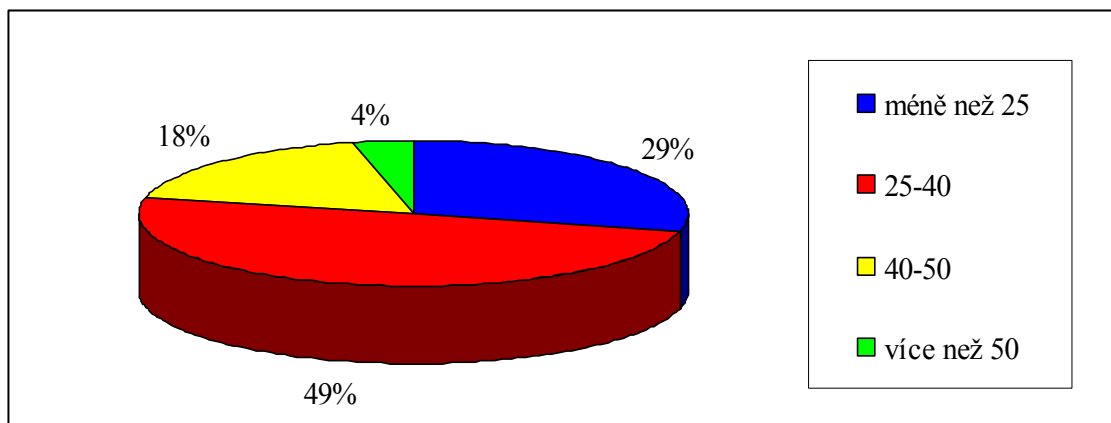
Graf 51 Somatické příznaky u sester na konci směny



42 sester nemá žádné somatické potíže na konci denní směny, 34 sester má mírné somatické potíže na konci denní směny, 8 sester má silné somatické potíže a 26 sester neodpovědělo. 26 sester nemá na konci noční směny somatické potíže, 28 sester má mírné somatické potíže, 13 sester má silné somatické potíže a 43 sester neodpovědělo.

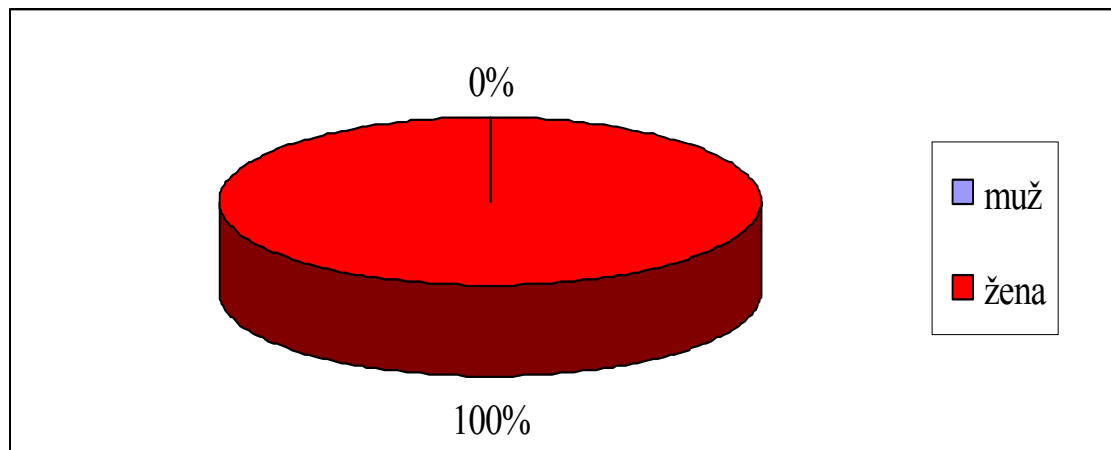
4.2 Výsledky dotazníku sester z oddělení JIP a ARO

Graf 52 Věk sester na oddělení JIP a ARO



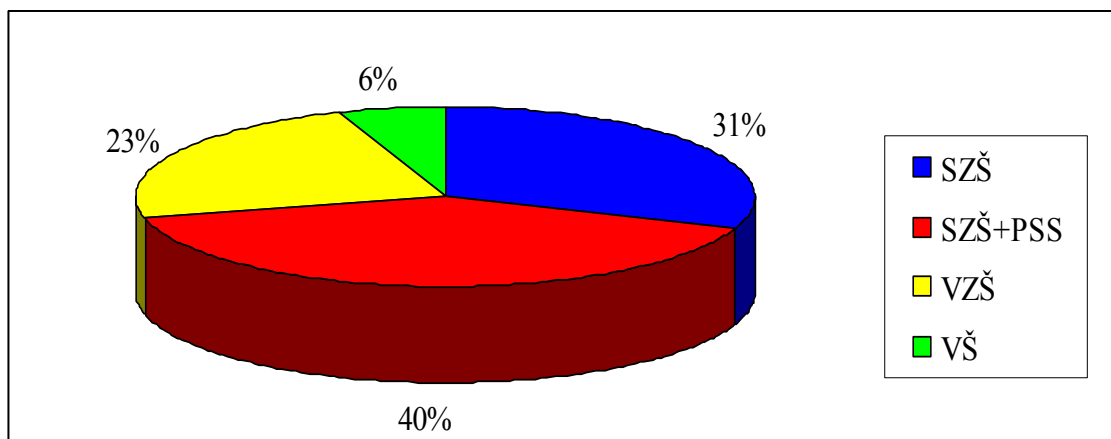
Rozdělení sester standardních oddělení podle věku: 31 respondentů (29%) uvedlo, že jejich věk je méně než 25 let. 53 respondentů (49%) označilo svůj věk mezi 25-40 roky života. 19 sester (18%) uvedlo, že jejich věk je mezi 40 - 50 roky. Pouze 4 (4%) dotazovaných označilo svůj věk vyšší nad 50 let.

Graf 53 Pohlaví respondentů oddělení JIP a ARO



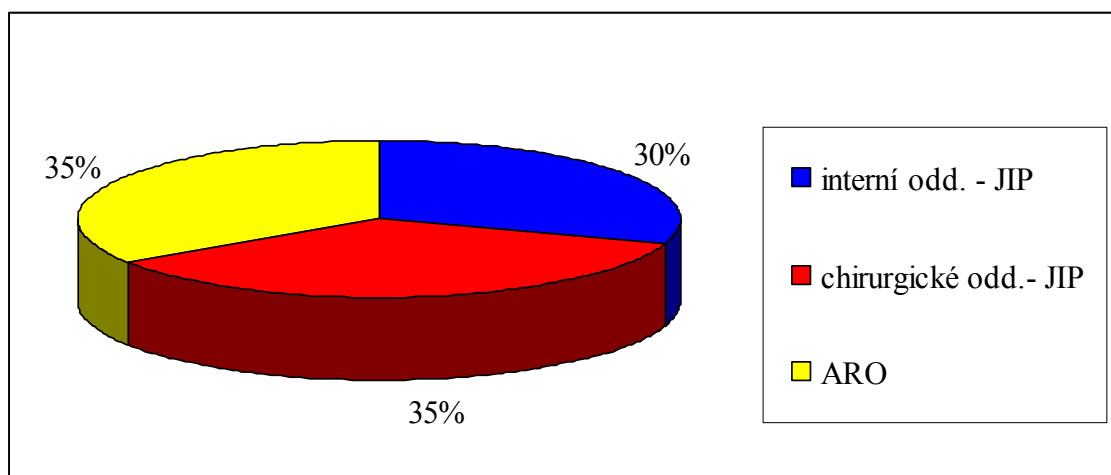
Rozdělení dle pohlaví: 107 (100%) respondentů uvedlo, že je ženského pohlaví.

Graf 54 Vzdělání sester oddělení JIP a ARO



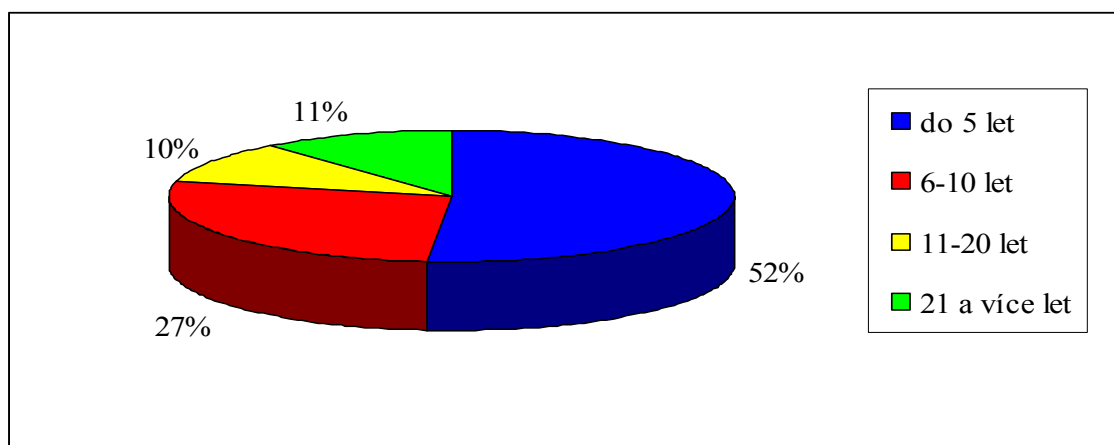
Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. 33 (31 %) respondentů uvedlo, že jejich nejvyšší dosažené vzdělání je maturita na Střední zdravotnické škole, 43 (40%) respondentů uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání pomaturitní specializační studium. 25 (23%) respondentů má vyšší odborné vzdělání a 6 (6%) respondentů uvedlo vysokoškolské vzdělání.

Graf 55 Oddělení, na kterých jsou sestry zaměstnány



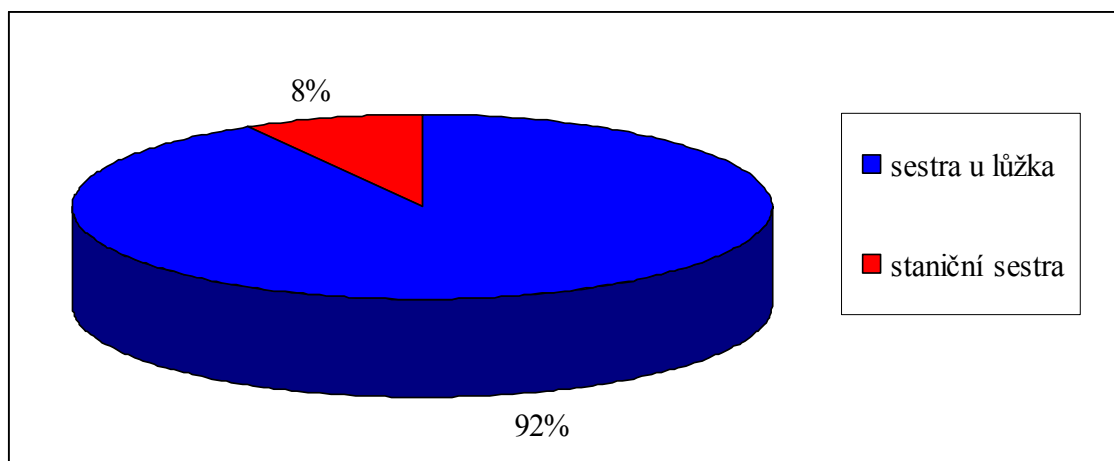
32 (30%) sester uvedlo, že pracují na interním oddělení – JIP, 38 (35%) sester uvedlo, že pracují na chirurgickém oddělení – JIP a 37(35%) sester uvedlo, že pracují na oddělení ARO.

Graf 56 Délka práce sester na oddělení JIP a ARO



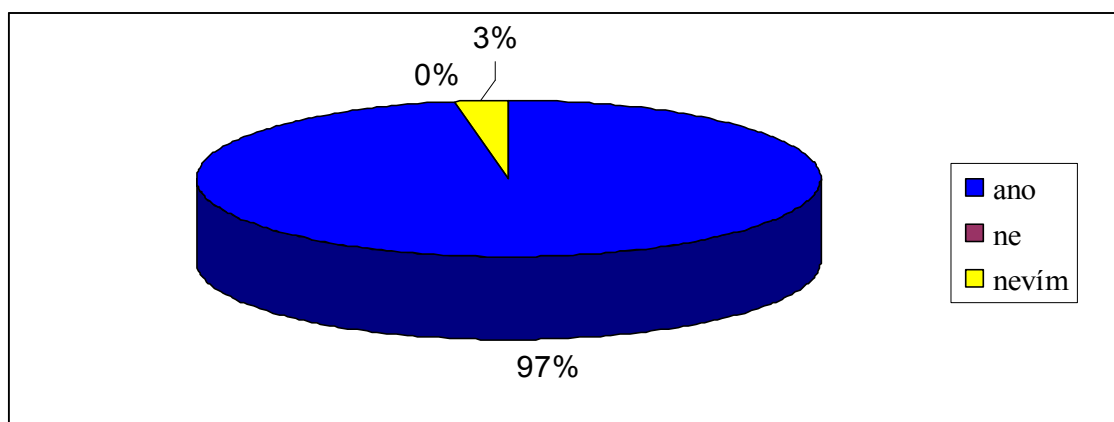
Délka praxe respondentů ve zdravotnickém zařízení: 55 respondentů (52 %) uvedlo, že mají praxi ve zdravotnictví do 5 let. 29 (27%) respondentů označilo svou praxi v nemocničním zařízení mezi 6-10 lety. 11 (10%) respondentů uvedlo, že mají praxi ve zdravotnictví mezi 11-20 roky a 12 (11%) respondentů označilo svou praxi delší než 21 roků.

Graf 57 Profesní zařazení sester JIP a ARO



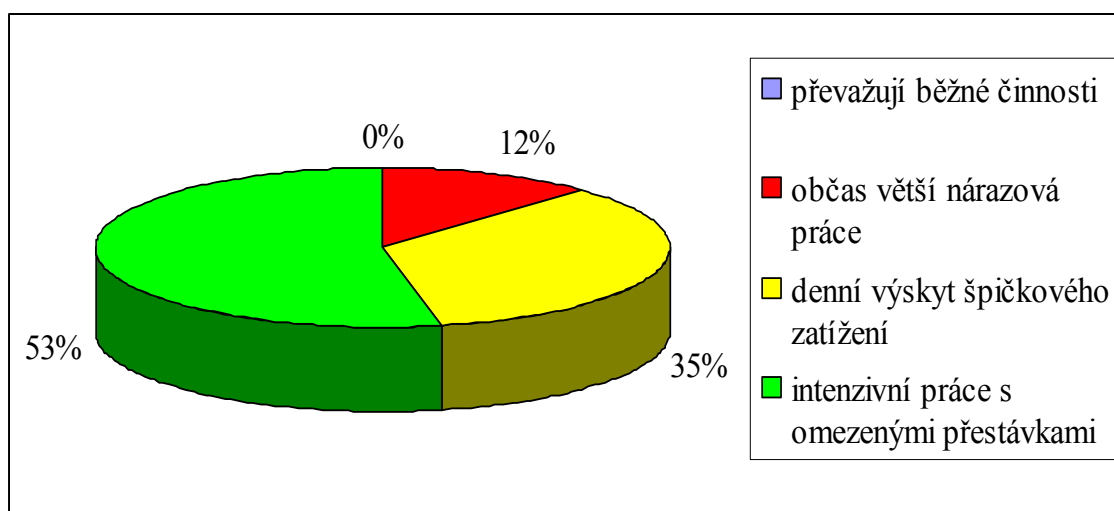
98 (92%) sester uvedlo, že pracují jako zdravotní sestry u lůžka a 9 (8%) sester uvedlo, že pracují jako staniční sestry oddělení JIP a ARO.

Graf 58 Výskyt psychosociální zátěže u sester oddělení JIP a ARO



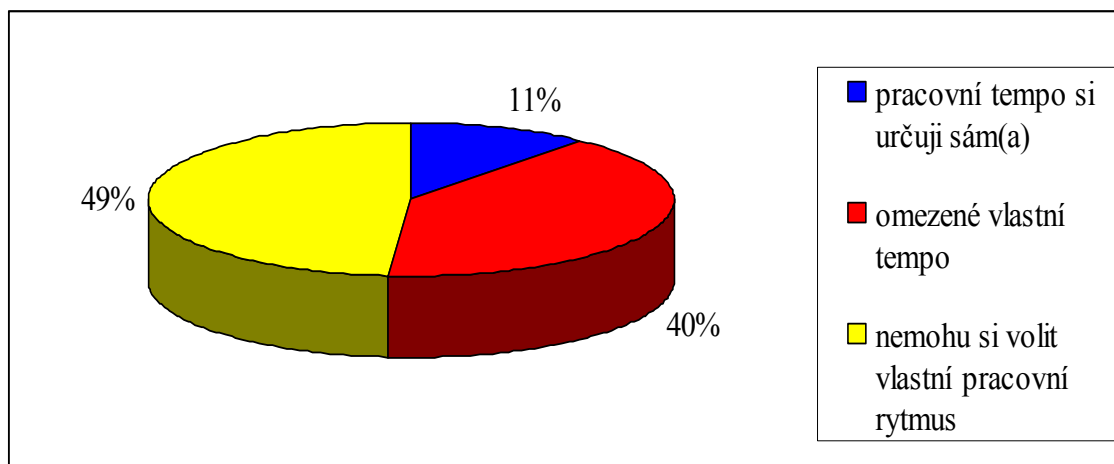
104 (97%) sester z oddělení JIP a ARO souhlasilo s výskytem psychosociální zátěže a 3 (3%) sester odpovědělo, že neví.

Graf 59 Intenzita práce a časový tlak sester z JIP a ARO



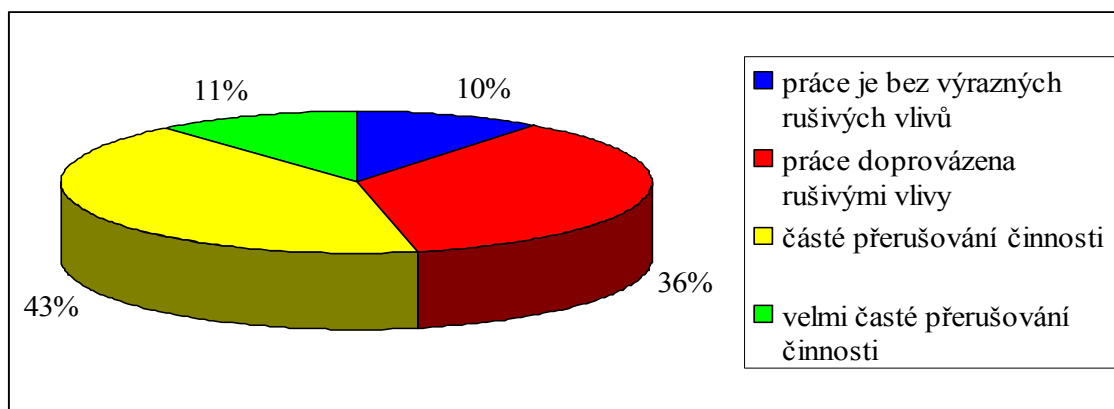
13 (12%) respondentů uvedlo občasnou větší nárazovou práci na oddělení, 37 (35%) respondentů uvedlo denní výskyt špičkového zatížení a 57 (53%) respondentů uvedlo, že jejich práce je intenzivní s omezenými přestávkami.

Graf 60 Hodnocení vnuceného pracovního tempa sester oddělení JIP a ARO



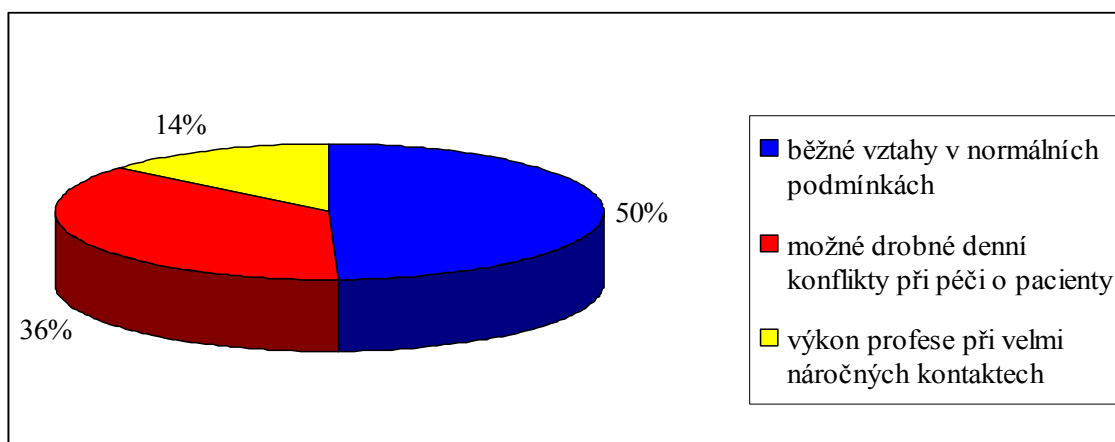
12 (11%) sester uvedlo, že si své pracovní tempo určují samy, 43 (40%) sester hodnotilo své pracovní tempo jako omezené a 52 (49%) sester uvedlo, že si nemohou volit vlastní pracovní rytmus.

Graf 61 Výskyt rušivých vlivů v práci, které narušují soustředění



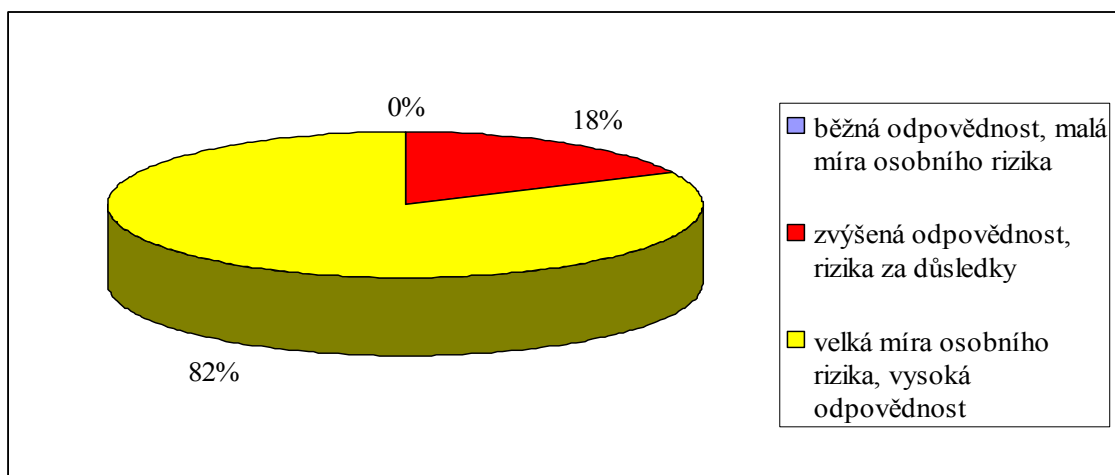
11 (10%) respondentů uvedlo, že jejich práce je bez výrazných rušivých vlivů, 39 (36%) sester uvedlo, že jejich práce je doprovázena rušivými vlivy, 45 (43%) respondentů uvedlo časté přerušování činnosti pod tlakem pracovní situace a 12 (11%) sester uvedlo velmi časté přerušování činnosti.

Graf 62 Sociální vztahy na pracovišti JIP a ARO



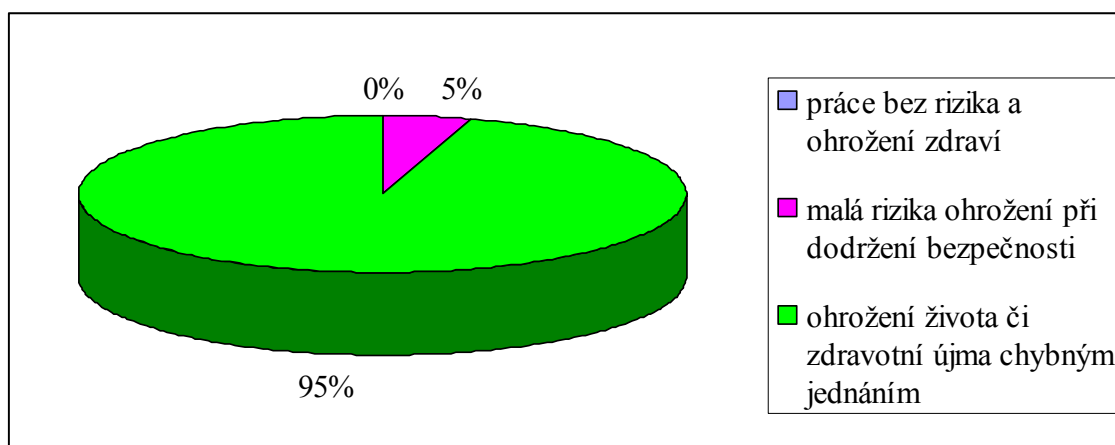
53 (50%) sester uvedlo, že vztahy na pracovišti jsou běžné v normálních podmínkách, 39 (36%) sester uvedlo, že se setkávají s drobnými denními konflikty při péči o nemocné a 15 (14%) sester uvedlo, že vykonávají profesi při velmi náročných kontaktech.

Graf 63 Osobní rizika a odpovědnost v profesi sester oddělení JIP a ARO



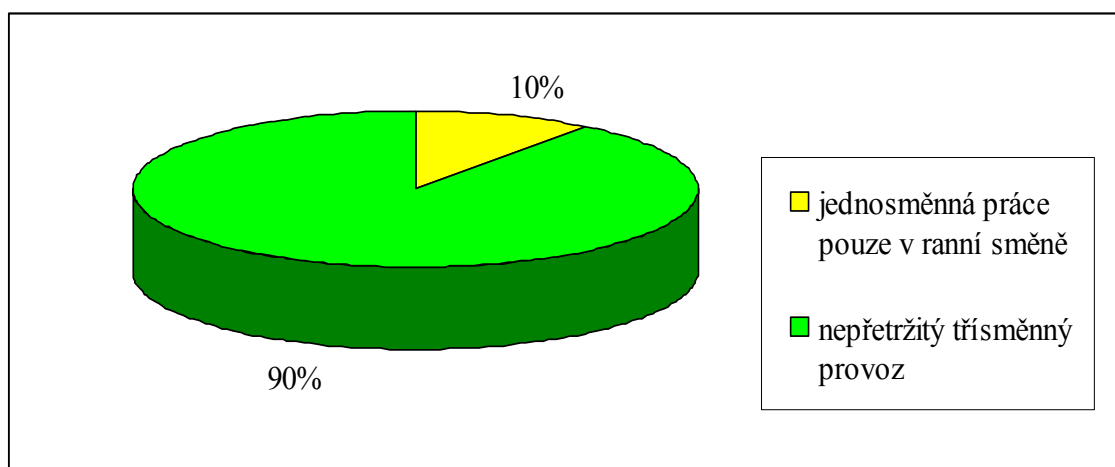
19 (18 %) respondentů uvedlo, že nesou zvýšenou odpovědnost v profesi a rizika za důsledky, 88 (82%) respondentů uvedlo velkou míru osobního rizika a vysokou odpovědnost.

Graf 64 Práce spojená s rizikem ohrožení zdraví vlastního a jiných osob



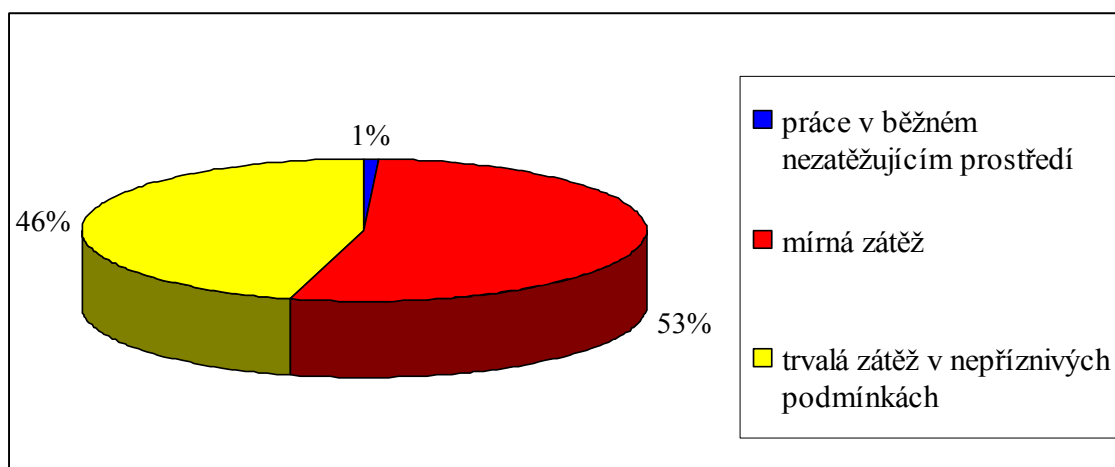
5 (5 %) sester uvedlo, že jejich práce je spojena s malým rizikem ohrožení při dodržení bezpečnosti a 102 (95%) sester uvedlo, že chybné jednání v zaměstnání může ohrozit život či způsobit zdravotní újmu vlastní i druhých lidí.

Graf 65 Směnová práce sester oddělení JIP a ARO



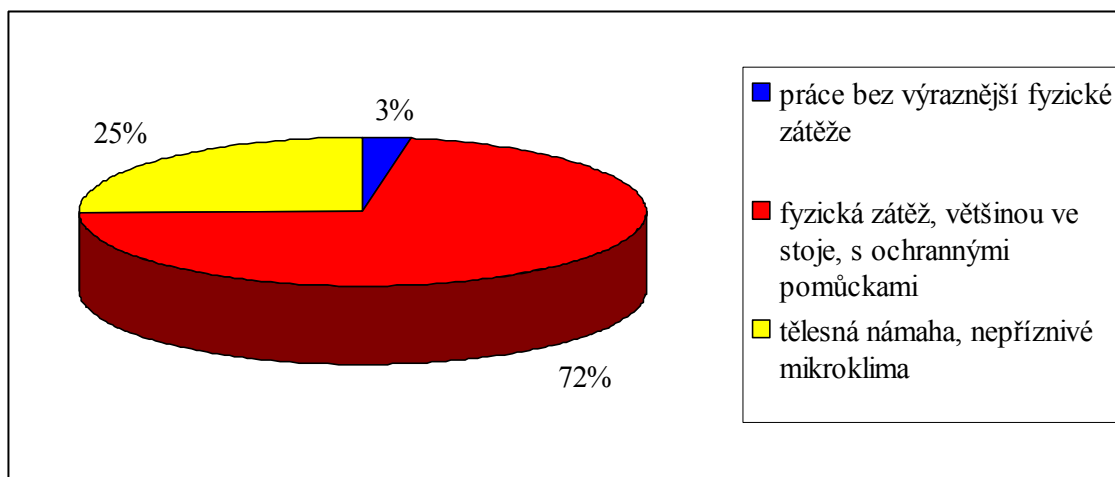
11 (10%) respondentů pracuje v jednosměnném provozu a 96 (90%) respondentů pracuje v nepřetržitém třísměnném provozu.

Graf 66 Pracovní prostředí sester oddělení JIP a ARO



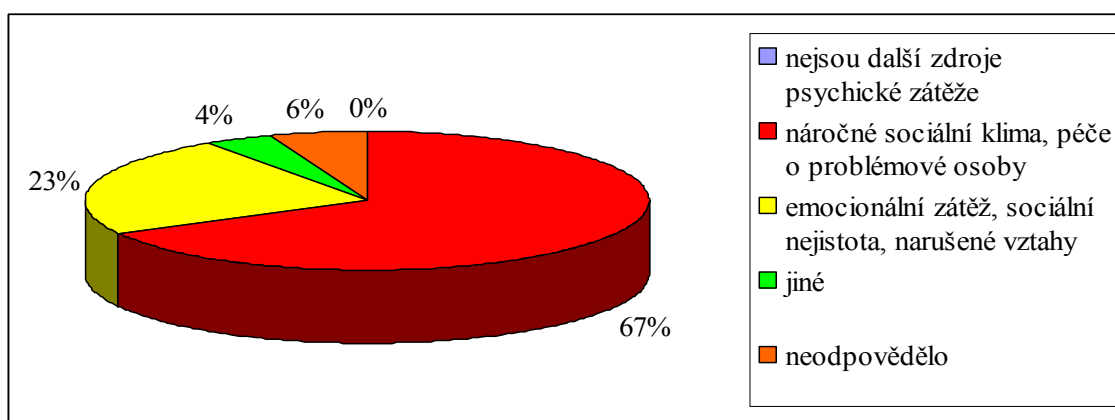
1 (1%) sester uvedlo, že pracuje v běžném nezátěžujícím prostředí, 57 (53%) sester uvedlo ve svém pracovním prostředí mírnou zátěž a 49 (46%) sester uvedlo ve svém pracovním prostředí trvalou zátěž v nepříznivých podmínkách.

Graf 67 Nadbytečná fyzická zátěž sester na oddělení JIP a ARO



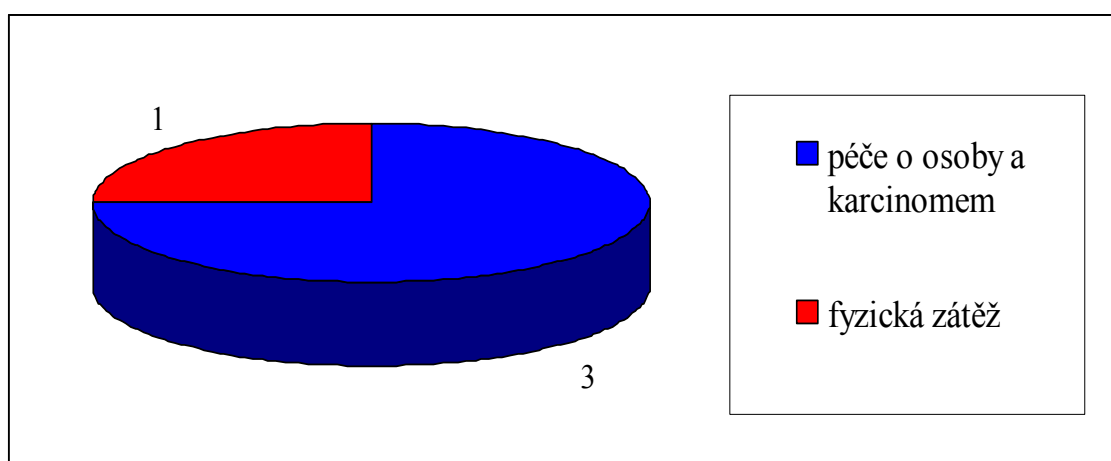
3 (3%) sester uvedlo, že jejich práce je bez výraznější fyzické zátěže, 77 (72%) sester uvedlo fyzickou zátěž většinou ve stoje a s ochrannými pomůckami po většinu směny a 27 (25%) sester uvedlo ve své práci tělesnou námahu a nepříznivé mikroklima.

Graf 68 Nevyjmenované zdroje nepřiměřené zátěže u sester z JIP a ARO



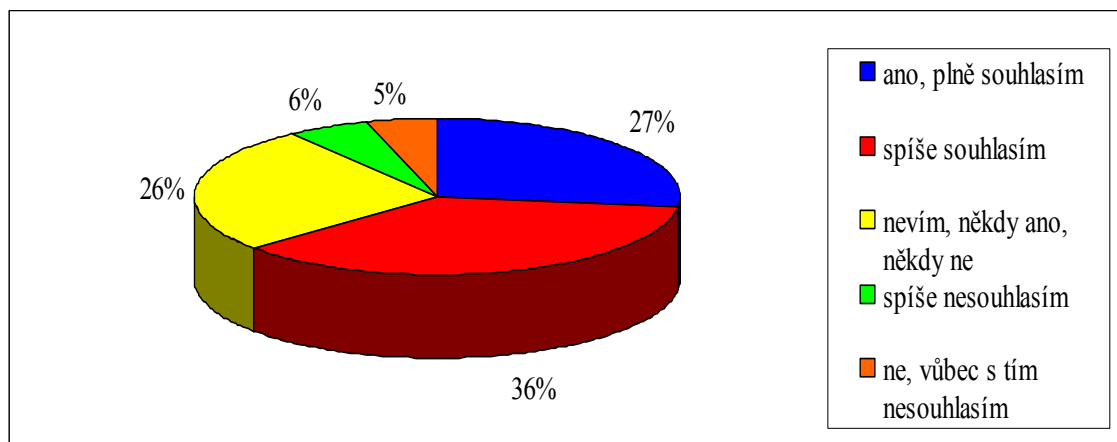
72 (67%) sester uvedlo, že práce je doprovázena náročným sociálním klimatem a péčí o problémové osoby, 25 (23%) sester uvedlo, že se při práci vyskytuje emocionální zátěž, sociální nejistota a narušené vztahy a 4 (4%) sester uvedlo jiné nevyjmenované zdroje nepřiměřené zátěže a 6 (6%) sester na tuto otázku neodpovědělo.

Graf 69 Jiné nevyjmenované zdroje nepřiměřené zátěže u sester z JIP a ARO



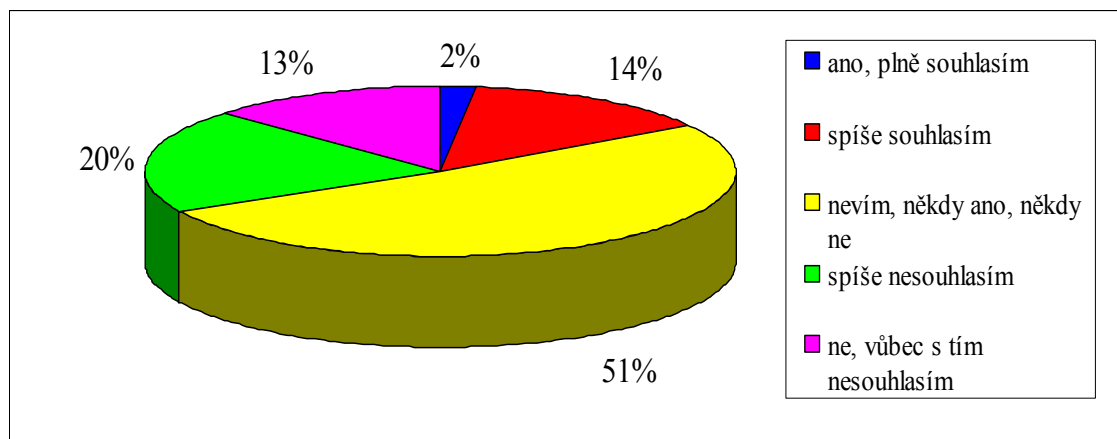
Tři sestry ze čtyř uvedly mezi jiné zdroje nepřiměřené zátěže péče o osoby s karcinomem a jedna sestra uvedla fyzickou zátěž.

Graf 70 Nadprůměrná fyzická náročnost práce sester oddělení JIP a ARO



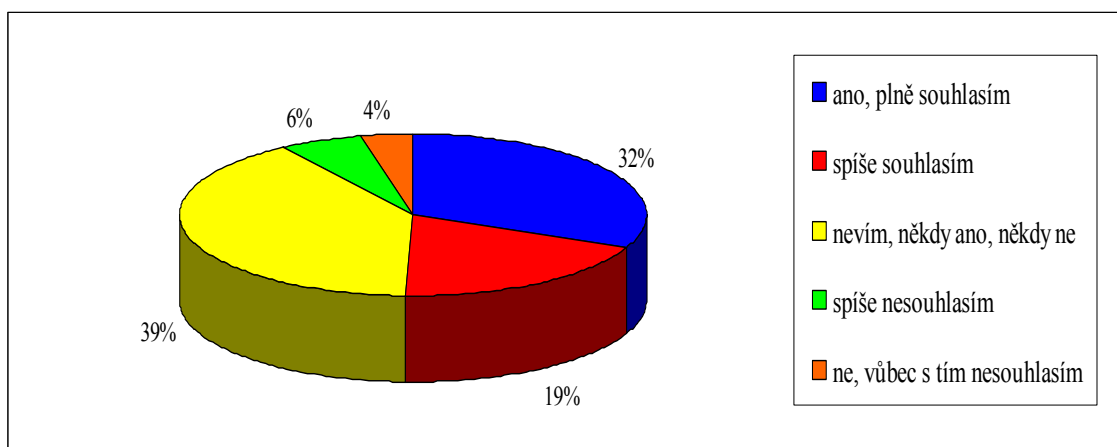
29 (27%) sester plně souhlasí s nadprůměrnou fyzickou náročností práce, 39 (36%) sester spíše souhlasí s nadprůměrnou fyzickou náročností práce, 28 (26%) sester ve své odpovědi uvedlo, že neví, někdy ano, někdy ne, 6 (5%) sester spíše nesouhlasí s nadprůměrnou fyzickou náročností práce a 5 (5%) sester vůbec nesouhlasí.

Graf 71 Vkládání přestávek na oddech mezi jednotlivými aktivitami u sester z JIP a ARO



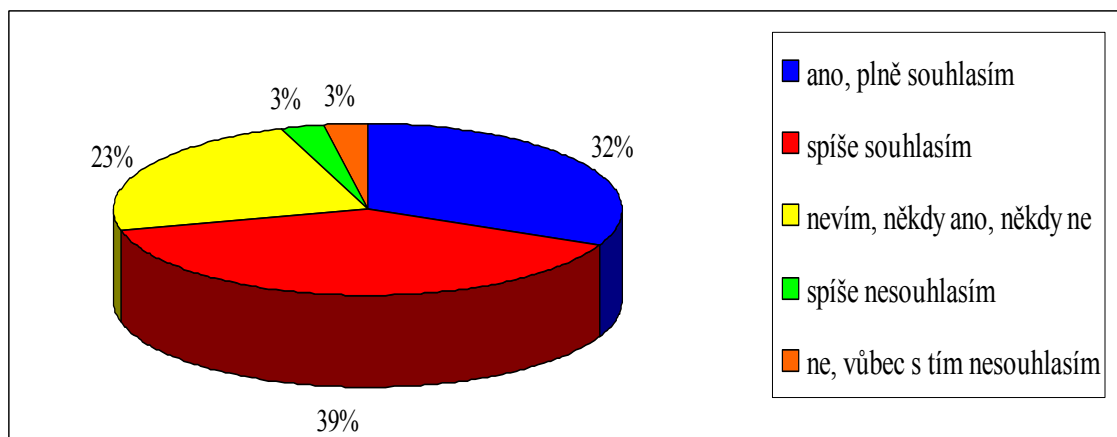
2 (2%) respondentů uvedlo, že si mohou vkládat přestávky na oddech mezi jednotlivými aktivitami, 15 (14%) respondentů uvedlo, že si spíše mohou vkládat přestávky na oddech, 55 (51%) respondentů uvedlo neví, někdy ano, někdy ne, 21 (20%) respondentů uvedlo, že si spíše nemohou vkládat přestávky na oddech mezi jednotlivými aktivitami a 14 (13%) respondentů uvedlo, že si nemohou vkládat přestávky na oddech mezi jednotlivými aktivitami.

Graf 72 Kumulace pracovních úkolů v průběhu pracovní doby u sester



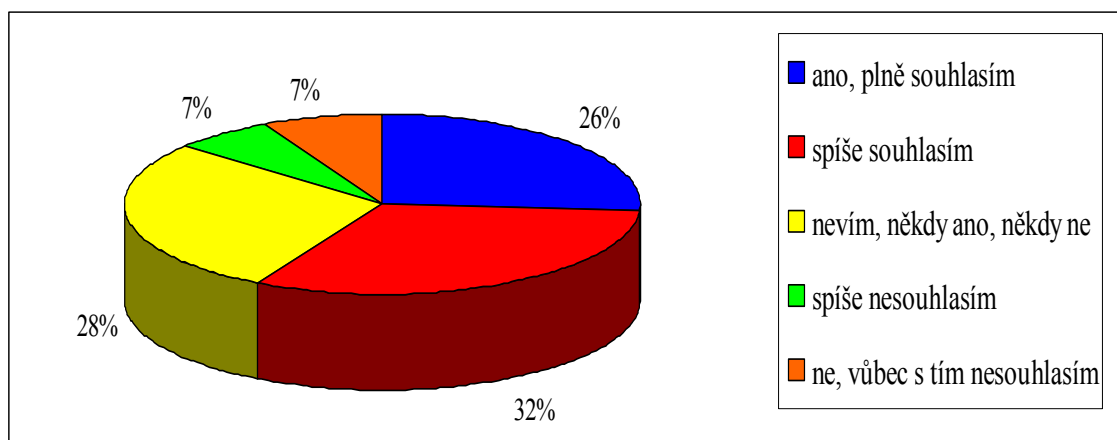
34 (32%) sester plně souhlasí s tvrzením, že v průběhu pracovní doby dochází pravidelně k výrazné kumulaci pracovních úkolů, které je nutné plnit pod časovým tlakem, 20 (19%) sester s tímto tvrzením spíše souhlasí, 43 (39%) sester uvedlo, že neví a 6 (6%) sester uvedlo, že spíše nesouhlasí a 4 (4%) sester vůbec nesouhlasí.

Graf 73 Časté a rychlé rozhodování v časové tísní sester oddělení JIP a ARO



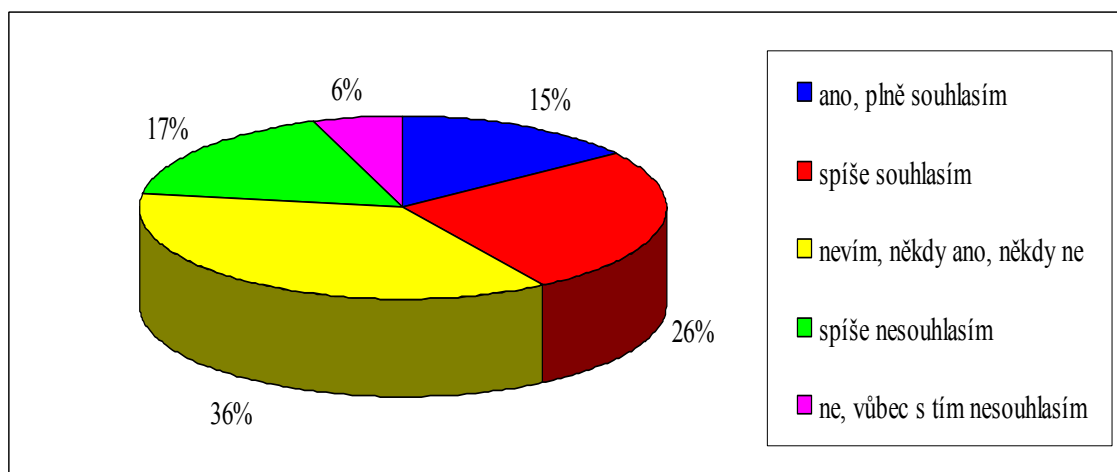
34 (32%) sester uvedlo, že plně souhlasí s tvrzením, že se často a rychle rozhodují v časové tísní, 42 (39%) s tímto tvrzením spíše souhlasí, 25 (23%) sester uvedlo, že neví, 3 (3%) sester s tímto tvrzením spíše nesouhlasí a 3 (3%) sester vůbec nesouhlasí.

Graf 74 Sestra oddělení JIP a ARO má jednotlivé pracovní činnosti přesně terminované



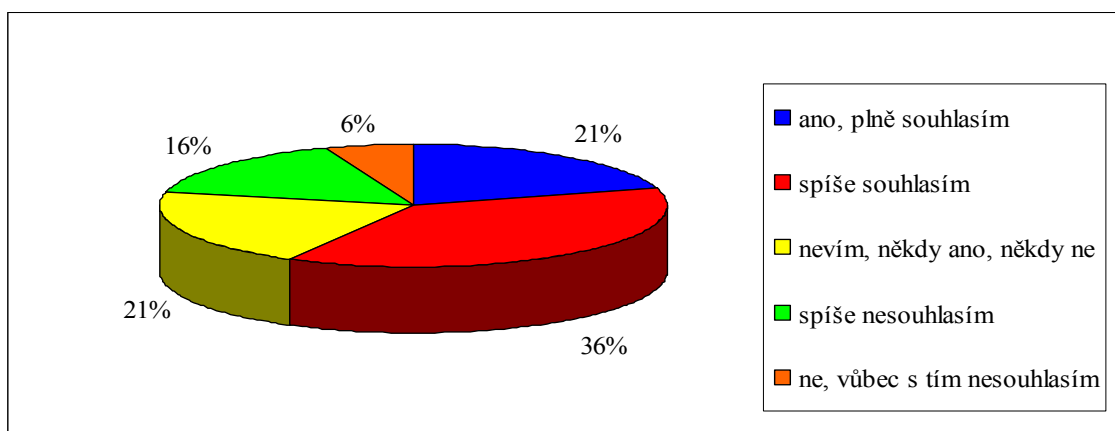
28 (26%) sester uvedlo, že plně souhlasí s tvrzením, že má sestra jednotlivé pracovní činnosti přesně terminované, 34 (32%) sester s tímto tvrzením spíše souhlasí, 30 (28%) sester odpovědělo, že neví, 7 (7%) sester spíše s tímto tvrzením nesouhlasí a 8 (7%) vůbec nesouhlasí.

Graf 75 Střídání většího množství práce s chvílemi nedostatku činnosti v průběhu směny u sester oddělení JIP a ARO



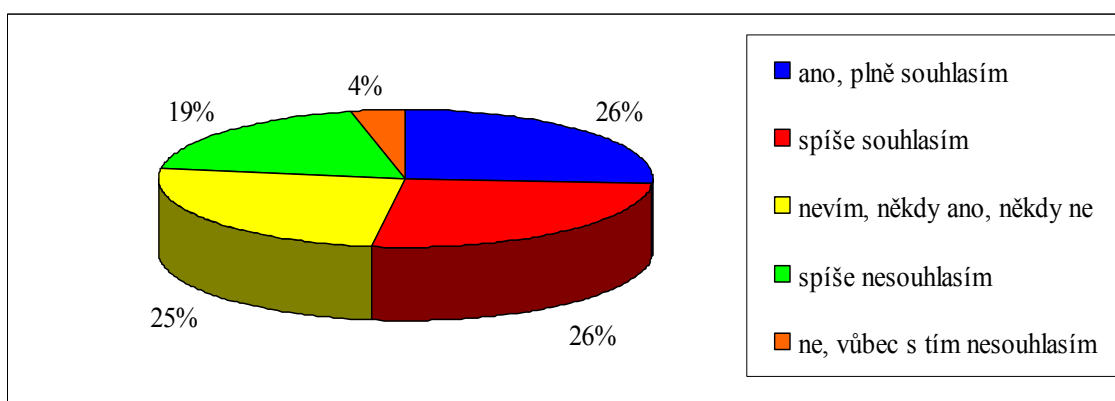
16 (15%) sester uvedlo, že plně souhlasí s tvrzením, že v průběhu směny se střídá nával většího množství práce s chvílemi nedostatku činnosti, 28 (26%) sester spíše souhlasí s tvrzením, 39 (36%) sester uvedlo, že neví, 18 (17%) sester s tvrzením spíše nesouhlasí a 6 (6%) sester vůbec nesouhlasí.

Graf 76 Sestry oddělení JIP a ARO mají možnost vždy se dobře seznámit s údaji v dokumentaci týkající se pacientů



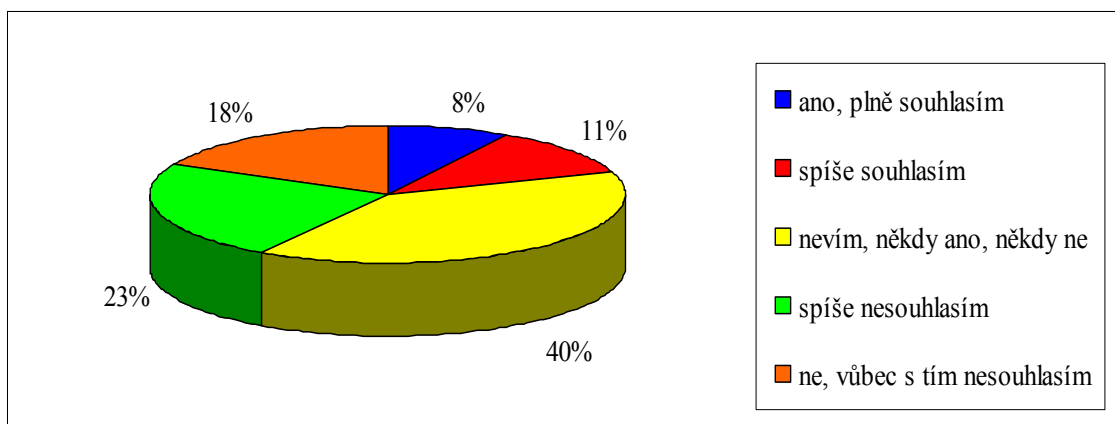
22 (21%) sester uvedlo, že plně souhlasí s tvrzením, že mají vždy možnost se dobře seznámit s údaji v dokumentaci týkající se jednotlivých pacientů, 40 (36%) sester spíše s tvrzením souhlasí, 22 (21%) sester uvedlo, že neví, 17 (16%) sester spíše s tvrzením nesouhlasí a 6 (6%) sester s tvrzením vůbec nesouhlasí.

Graf 77 Čas na některé pracovní činnosti si může sestra oddělení JIP a ARO volit sama



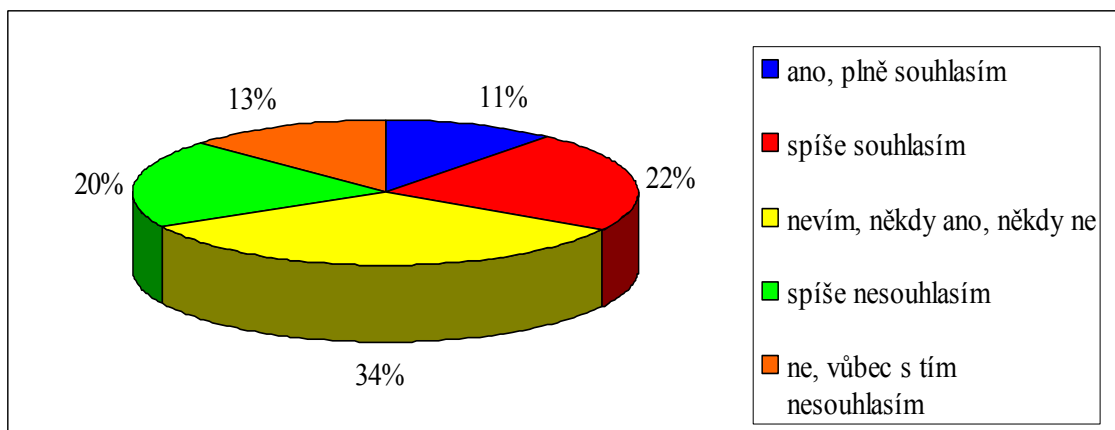
28 (26%) sester uvedlo, že plně souhlasí s tvrzením, že si sestra může volit čas na některé pracovní činnosti sama, 28 (26%) sester spíše s tímto tvrzením souhlasí, 27 (25%) sester uvedlo, že neví, 20 (19%) sester s tímto tvrzením spíše souhlasí a 4 (4%) sester vůbec nesouhlasí.

Graf 78 Spolupráce s dalšími spolupracovníky na oddělení JIP a ARO je upřednostňována před vlastními povinnostmi



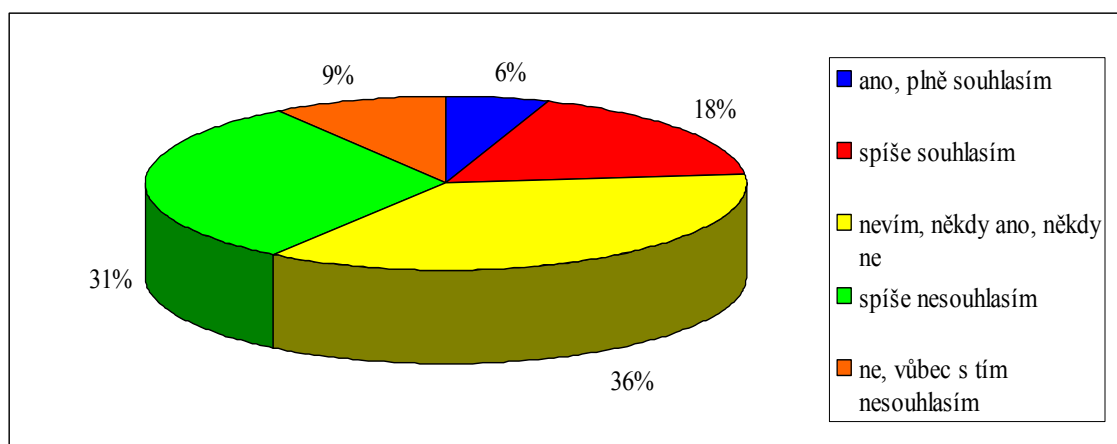
9 (8%) sester uvedlo, že plně souhlasí s tvrzením, že spolupráce s dalšími spolupracovníky je upřednostňována před vlastními povinnostmi, 12 (11%) sester s tímto tvrzením souhlasí, 42 (40%) sester uvedlo, že neví, 25 (23%) sester s tímto tvrzením spíše nesouhlasí a 19 (18%) sester s tvrzením vůbec nesouhlasí.

Graf 79 Každodenní kontakt s různými typy nemocných na oddělení JIP a ARO sebou přináší i konflikty



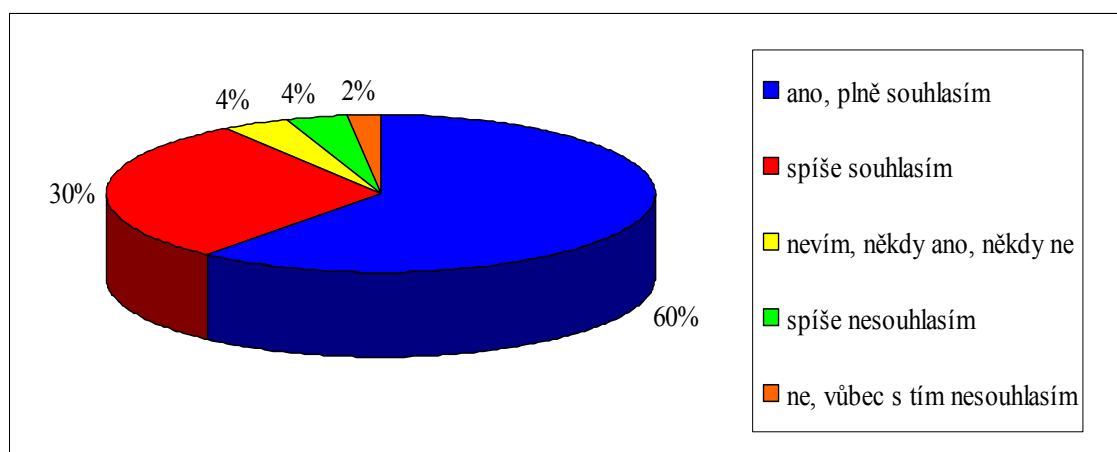
12 (11%) sester uvedlo, že plně souhlasí s tvrzením, že každodenní kontakt s různými typy nemocných sebou přináší konflikty, 24 (22%) sester s tímto tvrzením spíše souhlasí, 36 (34%) sester odpovědělo, že neví, 21 (20%) sester s tímto tvrzením spíše nesouhlasí a 14 (13%) sester s tvrzením vůbec nesouhlasí.

Graf 80 Spolupráce v týmu JIP a ARO spolu s náročností práce je zdrojem konfliktů mezi jednotlivými kategoriemi pracovníků



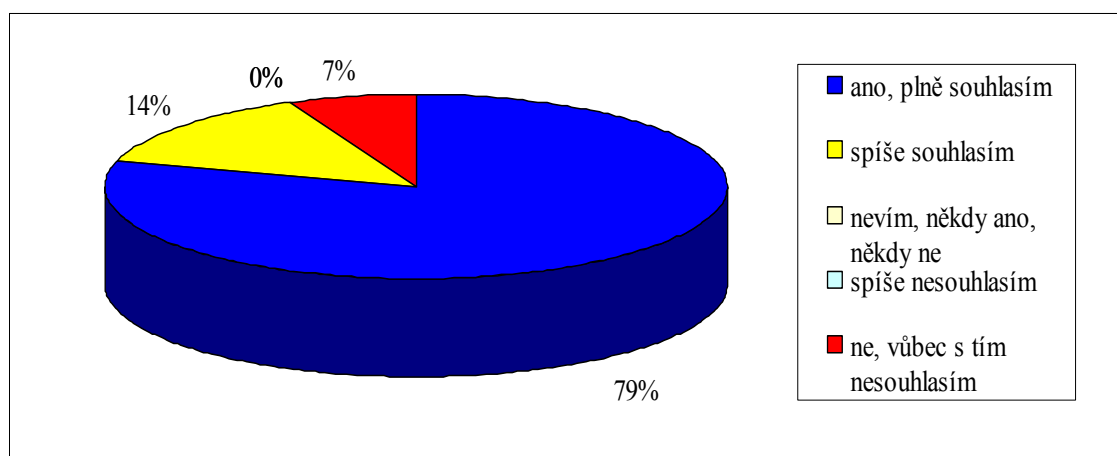
6 (6%) sester plně souhlasí s tvrzením, že spolupráce v týmu spolu s náročností práce je zdrojem konfliktů mezi jednotlivými kategoriemi pracovníků, 19 (18%) sester spíše s tvrzením souhlasí, 39 (36%) sester uvedlo, že neví, 33 (31%) sester uvedlo, že s tímto tvrzením spíše nesouhlasí a 10 (9%) sester uvedlo, že vůbec nesouhlasí.

Graf 81 Činnost na pracovišti JIP a ARO vyžaduje obratnost jednání s lidmi



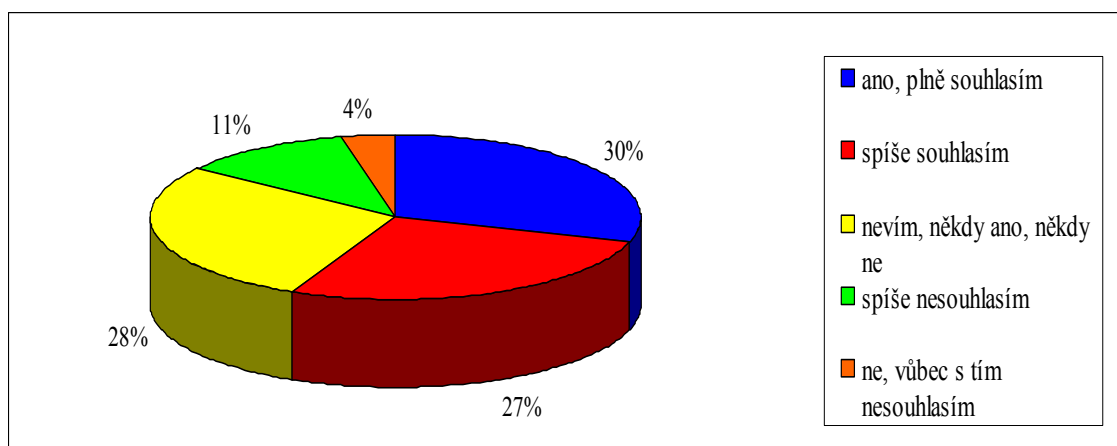
65 (60%) sester uvedlo, že plně souhlasí s tvrzením, že činnost na jejich pracovišti vyžaduje obratnost jednání s lidmi, 32 (30%) sester s tímto tvrzením spíše souhlasí, 4 (4%) sester uvedlo, že neví, 4 (4%) sester s tímto tvrzením spíše nesouhlasí a 2 (2%) sester vůbec nesouhlasí.

Graf 82 Zodpovědnost a nezbytná rizika za důsledky vlastního pracovního jednání sester na oddělení JIP a ARO



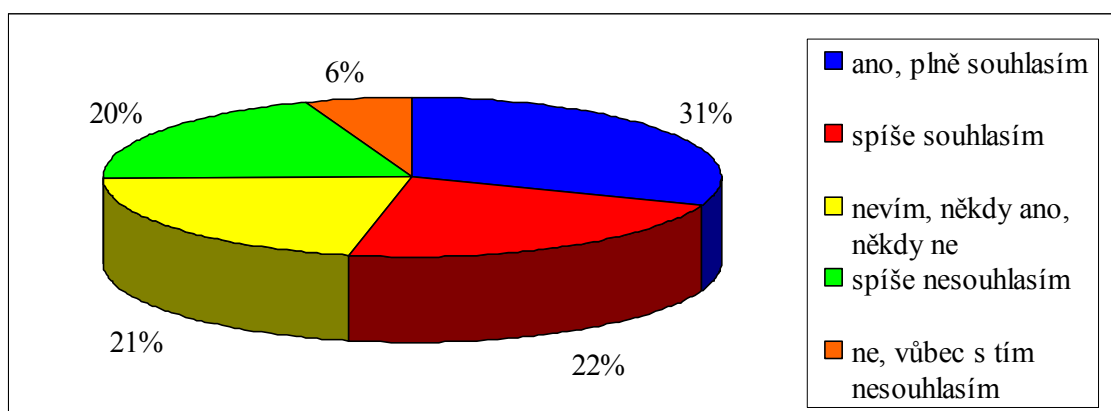
85 (79%) sester uvedlo, že plně nesou zodpovědnost a nezbytná rizika za důsledky vlastního pracovního jednání, 15 (14%) sester s tím souhlasí a 7 (7%) sester uvedlo, že zodpovědnost a nezbytná rizika za důsledky vlastního pracovního jednání nenesou.

Graf 83 Sestra oddělení JIP a ARO se často setkává se složitými a problematickými situacemi, které musí řešit sama



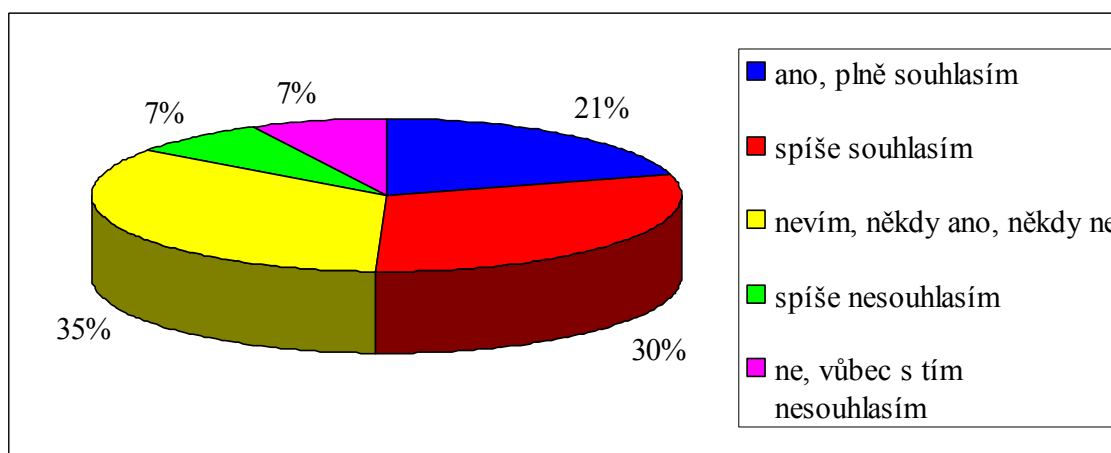
32 (30%) sester uvedlo, že plně souhlasí s tvrzením, že sestra se často setkává se složitými a problematickými situacemi, které musí řešit sama, 29 (27%) sester s tímto tvrzením spíše souhlasí, 30 (28%) sester uvedlo, že neví, 12 (11%) sester uvedlo, že s tímto tvrzením spíše nesouhlasí a 4 (4%) sester vůbec nesouhlasí.

Graf 84 Práce sester oddělení JIP a ARO vyžaduje operativní organizování činnosti dalších lidí na pracovišti



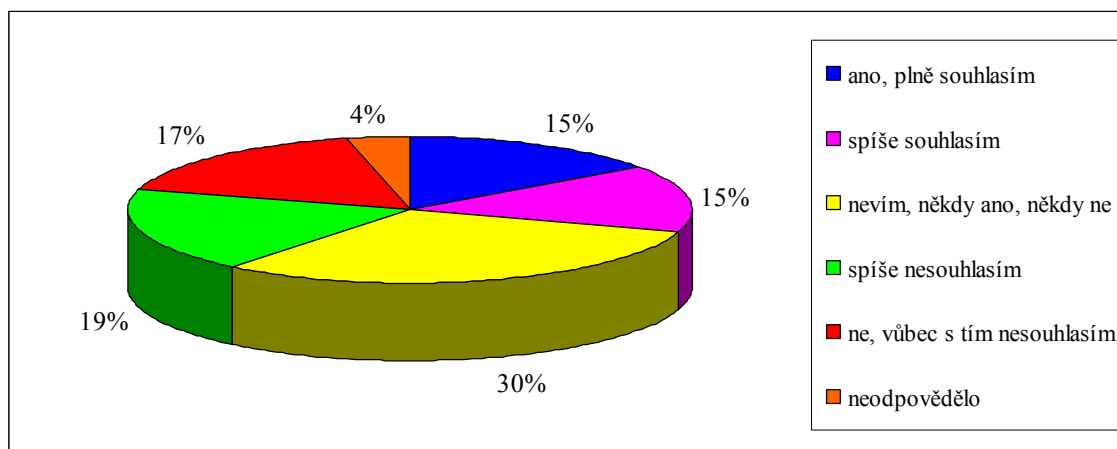
33 (31%) sester uvedlo, že plně souhlasí s tvrzením, že práce sester pracujících na oddělení JIP a ARO vyžaduje operativní organizování činnosti dalších lidí na pracovišti, 24 (22%) sester uvedlo, že s tímto tvrzením spíše souhlasí, 23 (21%) sester odpovědělo, že neví, 21 (20%) sester uvedlo, že s tímto tvrzením spíše nesouhlasí a 6 (6%) sester uvedlo, že vůbec nesouhlasí.

Graf 85 Práce na JIP a ARO ve směnovém provozu má řadu předností před provozem jednosměnným



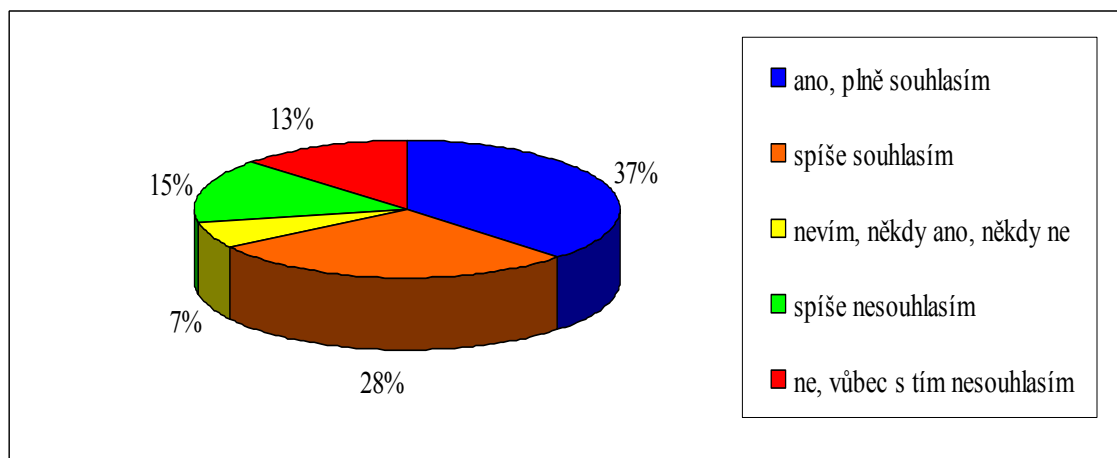
22 (21%) sester plně souhlasí s tvrzením, že práce ve směnovém provozu má řadu předností před provozem jednosměnným, 32 (30%) sester s tímto tvrzením spíše souhlasí, 37 (35%) sester uvedlo, že neví, 8 (7%) sester s tímto tvrzením spíše nesouhlasí a 8 (7%) sester vůbec nesouhlasí.

Graf 86 Služby na oddělení JIP a ARO mi o sobotách a nedělích nevadí



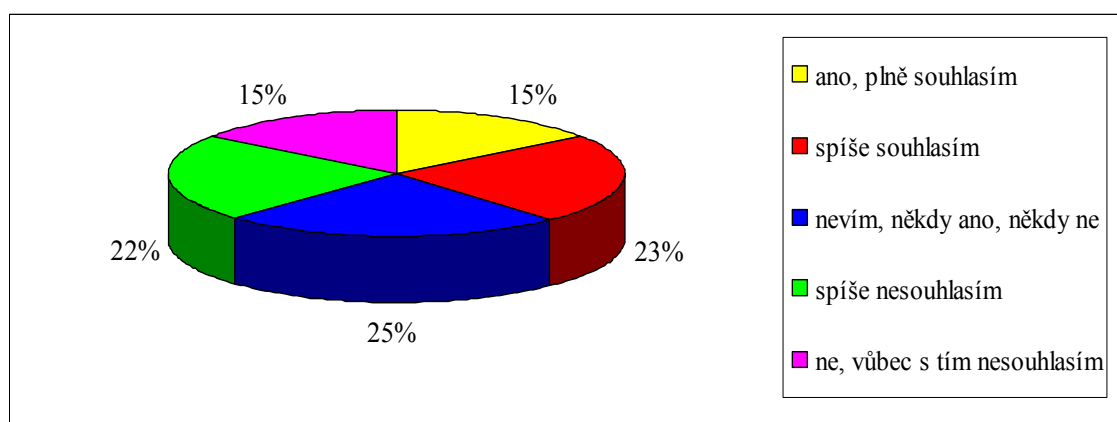
16 (15%) sester plně souhlasí s tvrzením, že služby o sobotách a nedělích jim nevadí, 16 (15%) sester s tímto tvrzením spíše souhlasí, 33 (30%) sester uvedlo, že neví, 20 (19%) sester s tímto tvrzením spíše nesouhlasí, 18 (17%) sester vůbec nesouhlasí a 4 (4%) sester neodpovědělo.

Graf 87 Dostupnost pracoviště je dobrá i pro směný provoz či práci o víkendech



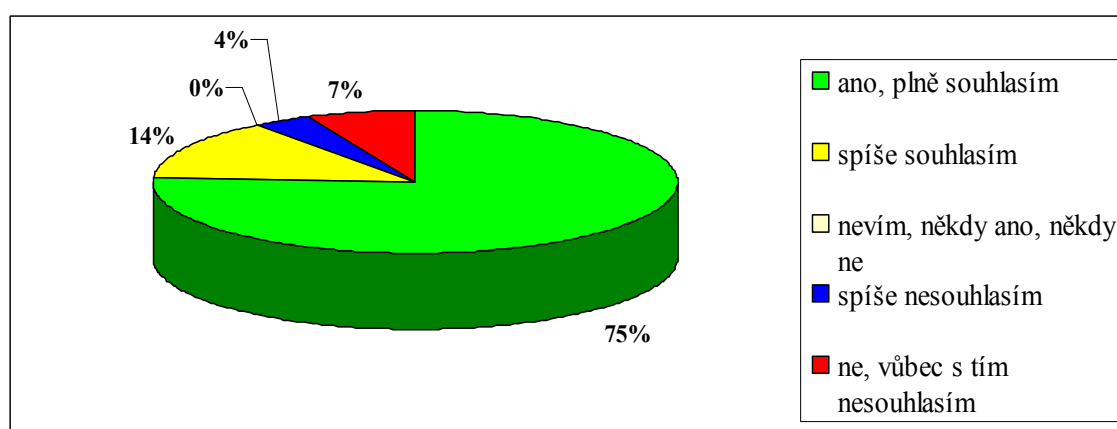
40 (37%) sester plně souhlasí s tvrzením, že dostupnost pracoviště je dobrá i pro směný provoz či práci o víkendech, 30 (28%) sester s tímto tvrzením spíše souhlasí, 7 (7%) sester uvedlo, že neví, 16 (15%) sester s tímto tvrzením spíše nesouhlasí a 14 (13%) sester vůbec nesouhlasí.

Graf 88 Používání ochranných pomůcek na JIP a ARO po většinu pracovní doby



16 (15%) sester, uvedlo, že plně souhlasí s tím, že musí většinu pracovní doby užívat ochranné pomůcky, 25 (23%) sester s tím také spíše souhlasí, 26 (25%) sester uvedlo, že neví, 24 (22%) sester s tímto tvrzením spíše nesouhlasí a 16 (15%) sester s tvrzením vůbec nesouhlasí.

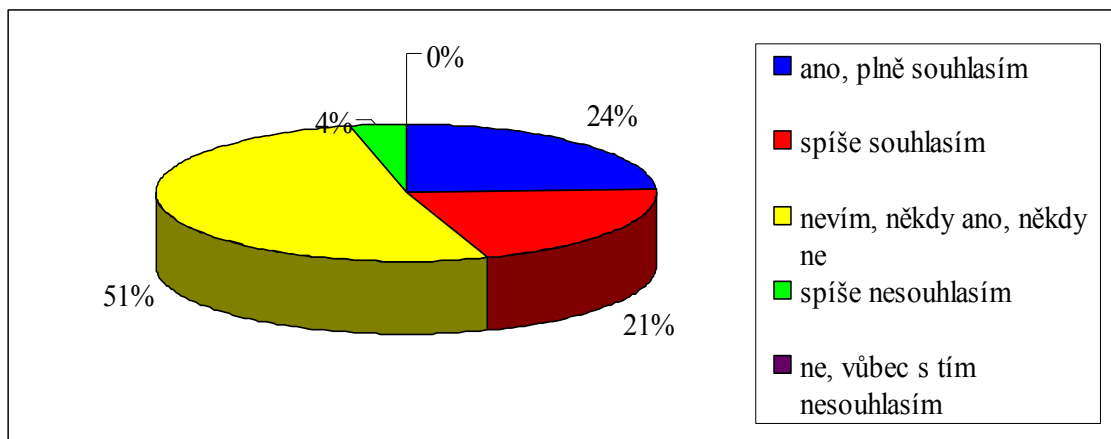
Graf 89 Práce na oddělení JIP a ARO vyžaduje stálé vzdělávání



81 (75%) sester plně souhlasí s tvrzením, že jejich práce vyžaduje stálé vzdělávání, 15 (14%) sester s tímto tvrzením spíše souhlasí, 4 (4%) sester tímto tvrzením spíše nesouhlasí a 7 (7%) sester vůbec nesouhlasí.

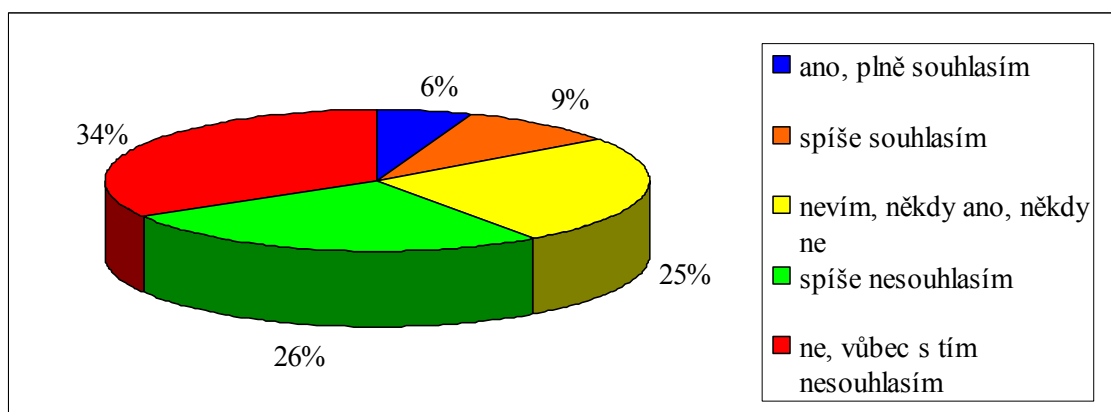
Hodnocení pracovní zátěže

Graf 90 Častý pocit časového tlaku v práci na oddělení JIP a ARO



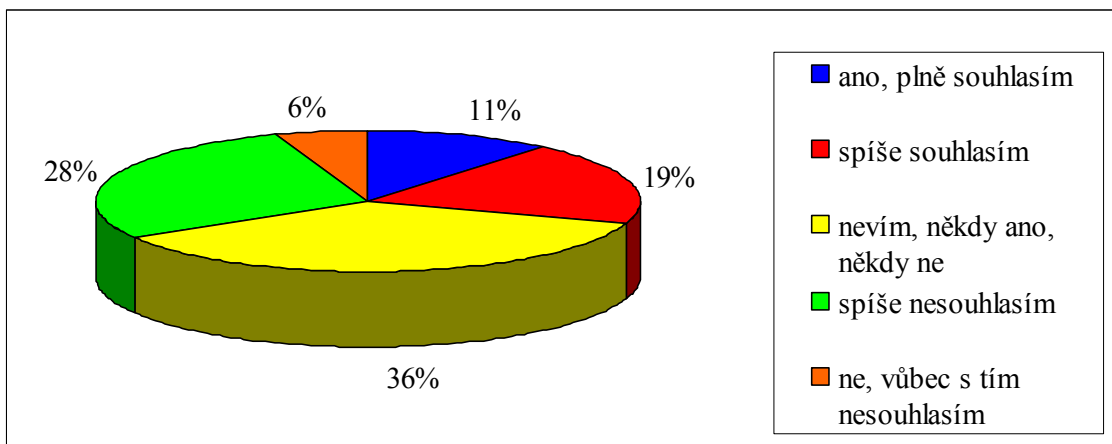
26 (24%) sester plně souhlasí s tvrzením, že v práci mívá často pocit časového tlaku, 22 (21%) sester s tímto tvrzením spíše souhlasí, 55 (51%) sester uvedlo, že neví a 4 (4%) sester s tímto tvrzením spíše nesouhlasí.

Graf 91 Práce na oddělení JIP a ARO mě neuspokojuje



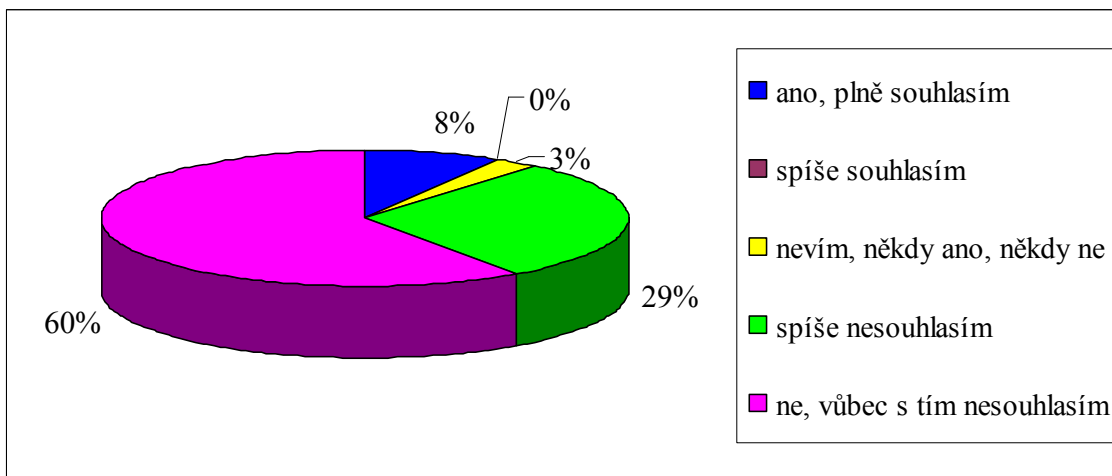
6 (6%) sester uvedlo, že plně souhlasí s tvrzením, že práce na oddělení JIP a ARO je neuspokojuje, 10 (9%) sester s tímto tvrzením také spíše souhlasí, 27 (25%) sester, že neví, někdy ano, někdy ne, 28 (26%) sester uvedlo, že s tímto tvrzením spíše nesouhlasí a 36 (34%) sester s tvrzením vůbec nesouhlasí.

Graf 92 Práce na oddělení JIP a ARO mě velmi časově zatěžuje



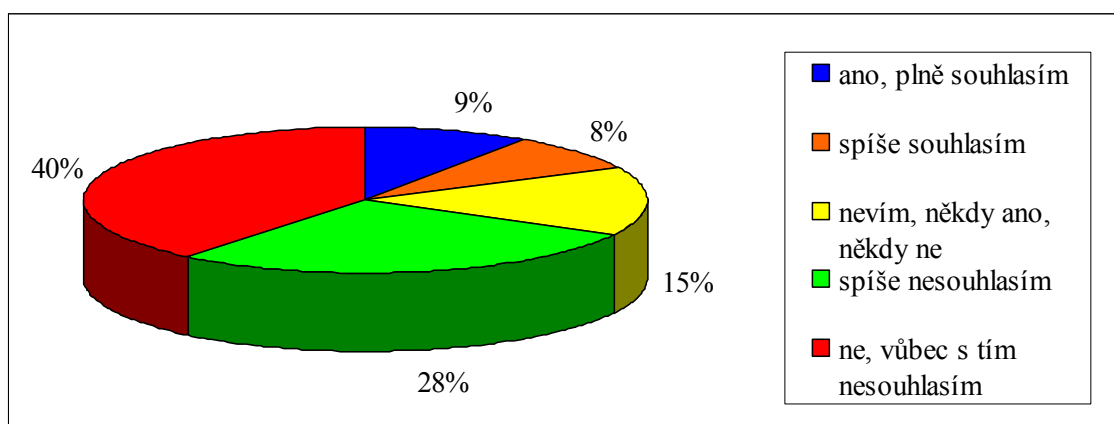
12 (11%) sester plně souhlasí s tvrzením, že práce sestry standardního oddělení velmi časově zatěžuje, 20 (19%) sester uvedlo, že spíše s tvrzením souhlasí, 39 (36%) sester uvedlo, že neví, 30 (28%) sester s tímto tvrzením spíše nesouhlasí a 6 (6%) sester s tvrzením vůbec nesouhlasí.

Graf 93 Práce na oddělení JIP a ARO je málo zajímavá



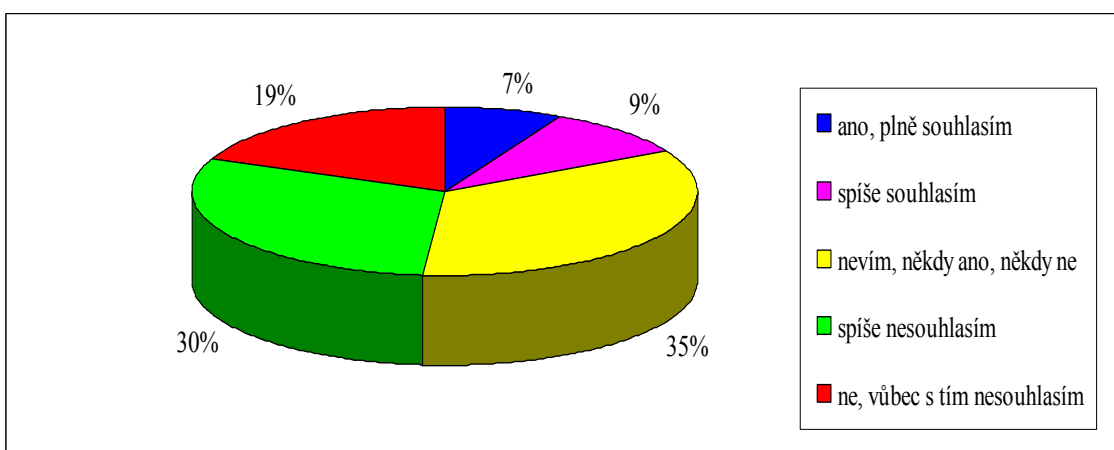
9 (8%) sester uvedlo, že plně souhlasí s tvrzením, že práce na oddělení JIP a ARO je málo zajímavá, 3 (3%) sester odpovědělo, že neví, 31 (29%) sester uvedlo, že spíše nesouhlasí s tvrzením, že práce je málo zajímavá a 64 (60%) sester tímto tvrzením vůbec nesouhlasí.

Graf 94 Konflikty a problémy na oddělení JIP a ARO, které působí i po pracovní době



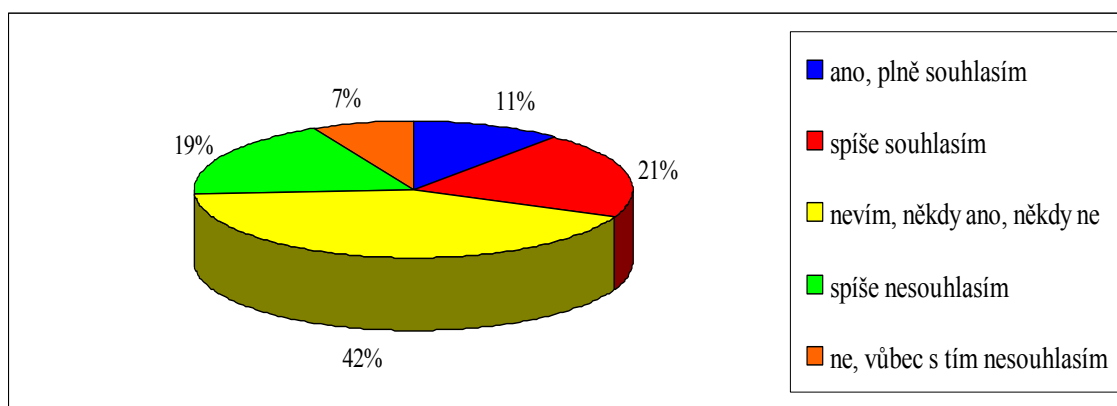
10 (9%) sester plně souhlasí s tvrzením, že mají v práci konflikty a problémy, od nichž se nemohou odpoutat ani po skončení pracovní doby, 9 (8%) sester s tímto tvrzením spíše souhlasí, 16 (15%) sester odpovědělo, že neví, 30 (28%) sester s tímto tvrzením spíše nesouhlasí a 42 (40%) sester s tímto tvrzením vůbec nesouhlasí.

Graf 95 Psychicky náročná práce na oddělení JIP a ARO, která vyvolává nervozitu



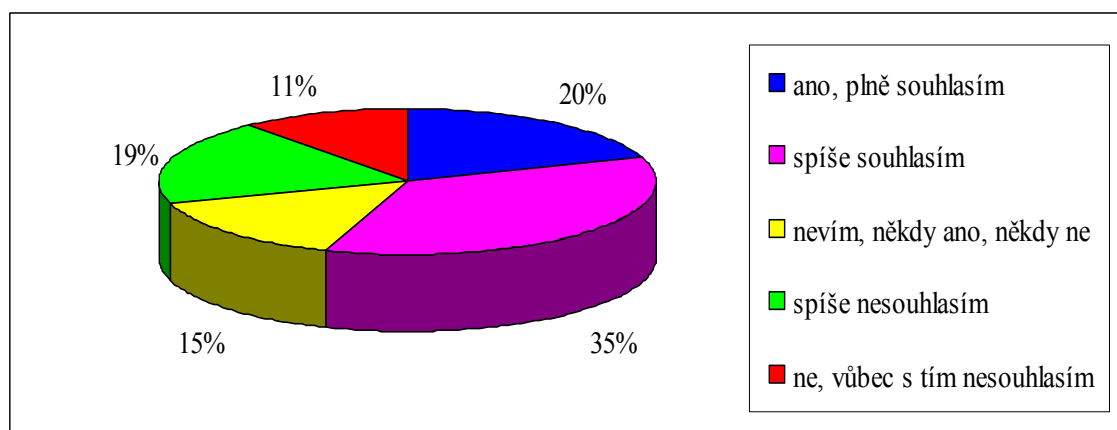
8 (7%) sester plně souhlasí s tvrzením, že práce je psychicky náročná, že po několika hodinách cítí sestry nervozitu, 10 (9%) sester s tímto tvrzením spíše souhlasí, 37 (35%) sester uvedlo, že neví, 32 (30%) sester s tvrzením spíše nesouhlasí a 20 (19%) sester vůbec nesouhlasí.

Graf 96 Psychicky náročná práce na oddělení JIP a ARO, která vyvolává únavu a ochablost



12 (11%) sester plně souhlasí s tvrzením, že jejich práce je tak psychicky náročná, že po několika hodinách cítí sestry únavu a ochablost, 22 (21%) sester s tímto tvrzením spíše souhlasí a 45 (42%) sester uvedlo, že neví, 20 (19%) sester s tímto tvrzením spíše nesouhlasí a 8 (7%) sester vůbec nesouhlasí.

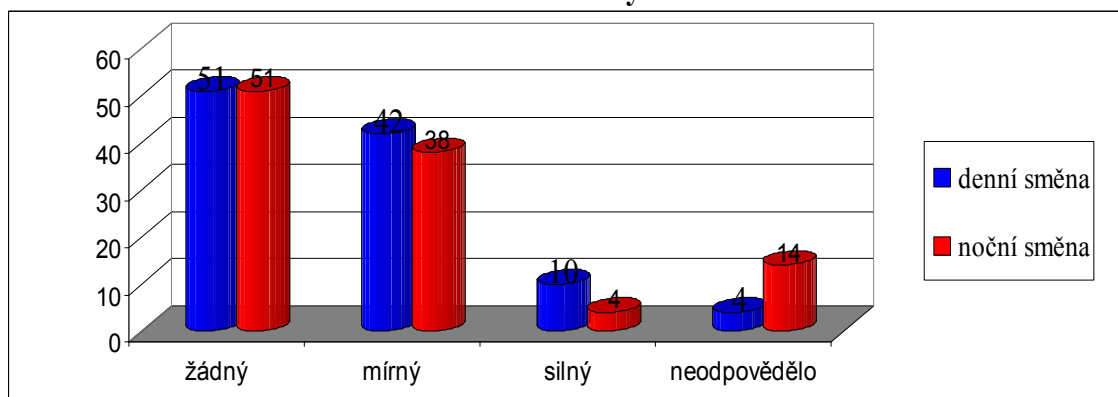
Graf 97 Práce na oddělení JIP a ARO je tak psychicky náročná, že je obtížné ji dělat po léta se stejnou výkonností



21(20%) sester plně souhlasí s tvrzením, že práce je psychicky náročná, že je velmi obtížné dělat ji po léta se stejnou výkonností, 38 (35%) sester tímto tvrzením spíše souhlasí, 16 (15%) sester uvedlo, že neví, 20 (19%) sester s tímto tvrzením spíše nesouhlasí 12 (11%) sester vůbec nesouhlasí.

Zjišťování únavy u sester oddělení JIP a ARO

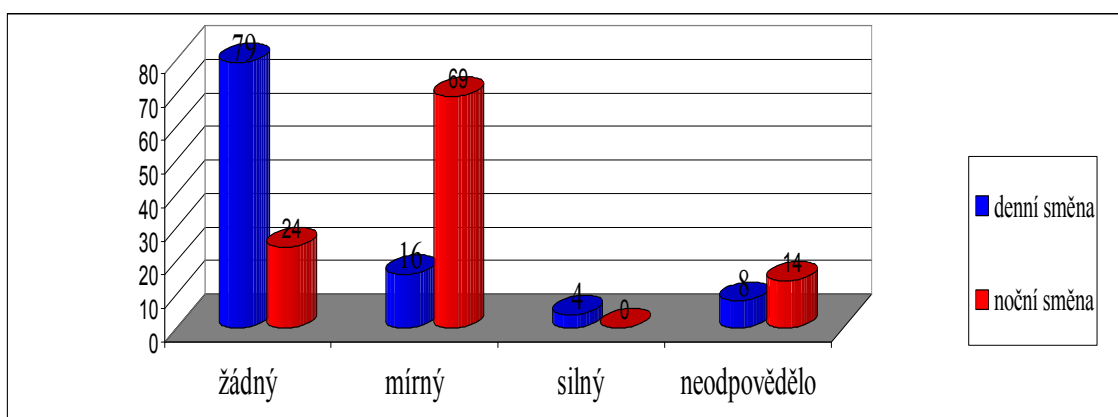
Graf 98 Únava CNS u sester na začátku směny



51 sester uvedlo, že nepocítuje na začátku denní směny únavu CNS, 42 sester uvedlo, že pocítuje na začátku denní směny mírnou únavu CNS, 10 sester uvedlo na začátku denní směny silnou únavu CNS a 4 sestry neodpověděly.

51 sester uvedlo, že nepocítuje na začátku noční směny únavu CNS, 38 sester uvedlo, že pocítuje na začátku noční směny mírnou únavu CNS, 4 sestry uvedly silnou únavu CNS na začátku noční směny a 14 sester neodpovědělo.

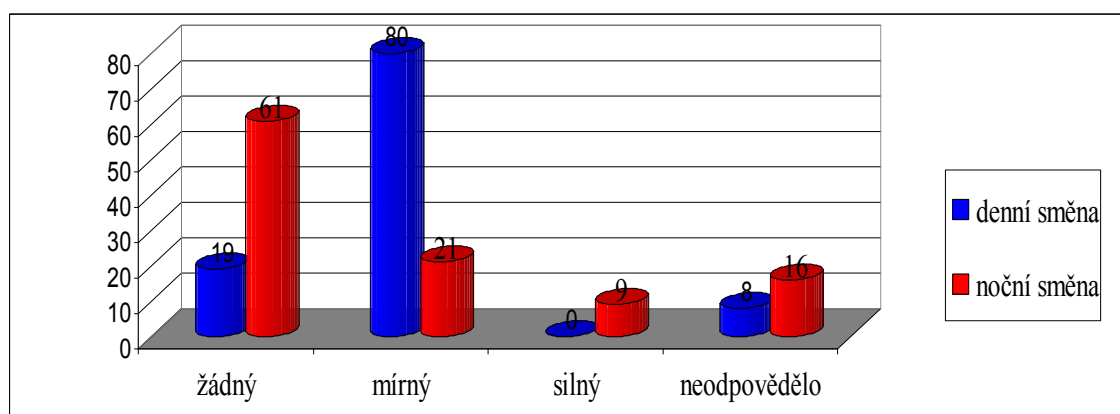
Graf 99 Úbytek motivace u sester na začátku směny



79 sester uvedlo, že nepocítuje na začátku denní směny úbytek motivace, 16 sester uvedlo, že pocítuje na začátku denní směny mírný úbytek motivace, 4 sester uvedlo, že pocítuje na začátku denní směny silný úbytek motivace a 8 sester neodpovědělo.

24 sester uvedlo, že nepocítuje na začátku noční směny úbytek motivace, 69 sester uvedlo, že pocítuje na začátku noční směny mírný úbytek motivace a 14 sester neodpovědělo.

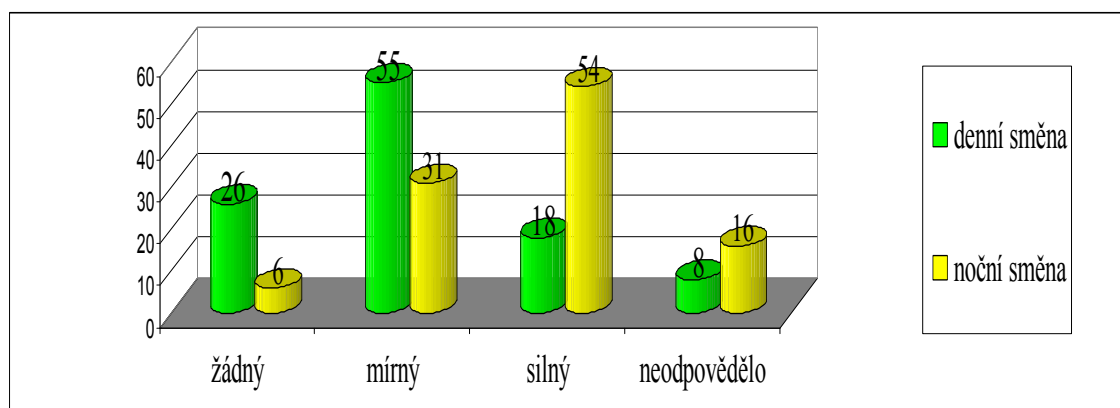
Graf 100 Somatické příznaky u sester na začátku směny



19 sester uvedlo, že nemá na začátku denní směny somatické příznaky, 80 sester uvedlo, že je začátek denní směny doprovázen somatickými příznaky a 8 sester neodpovědělo.

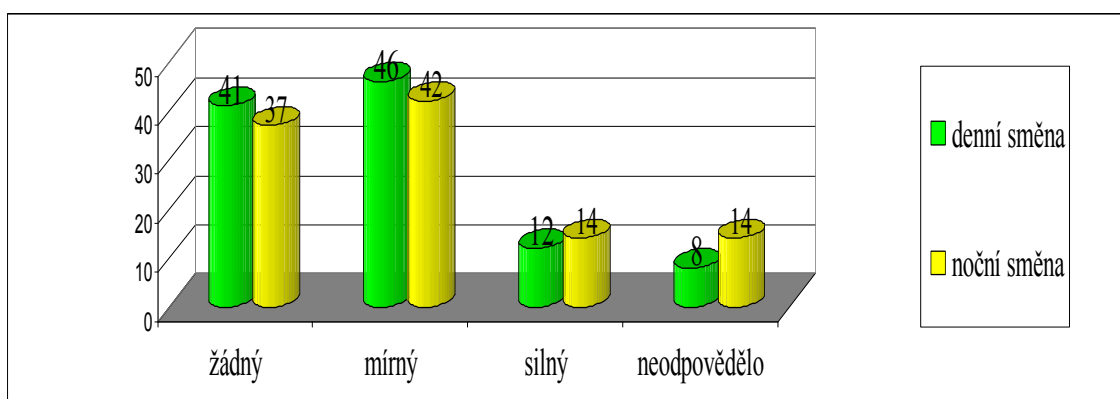
61 sester uvedlo, že nemá žádné somatické potíže na začátku noční směny, 21 sester má mírné somatické potíže, 9 sester má silné somatické potíže a 16 sester neodpovědělo.

Graf 101 Únava CNS u sester na konci směny



26 sester nepocítuje na konci denní směny únavu CNS, 55 sester pocítuje na konci denní směny mírnou únavu CNS, 18 sester pocítuje silnou únavu CNS a 8 sester neodpovědělo. 6 sester nepocítuje na konci noční směny únavu CNS, 31 sester pocítuje mírnou únavu CNS, 54 sester pocítuje silnou únavu CNS a 16 sester neodpovědělo.

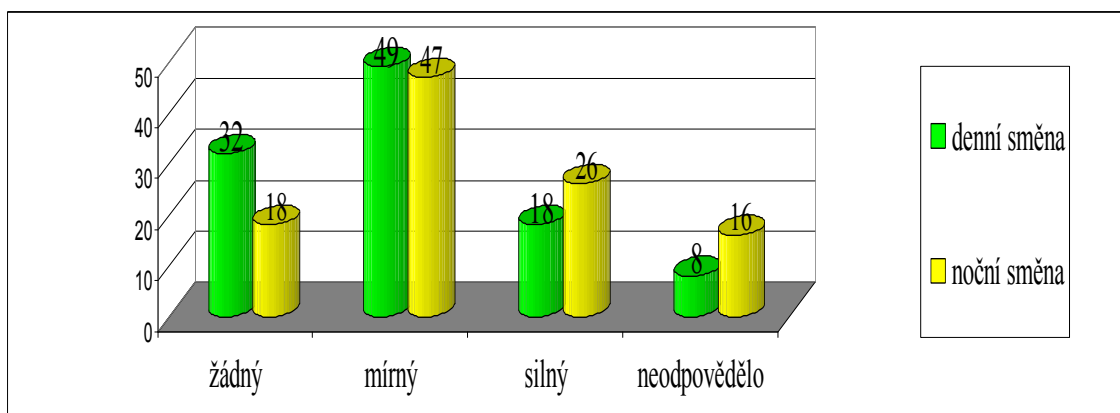
Graf 102 Úbytek motivace u sester na začátku směny



41 sester nepociťuje na konci denní směny úbytek motivace, 46 sester pociťuje mírný úbytek motivace, 12 sester silný úbytek motivace a 8 sester neodpovědělo.

37 sester nepociťuje na konci noční směny úbytek motivace, 42 sester pociťuje mírný úbytek motivace, 14 sester silný úbytek motivace a 14 sester neodpovědělo.

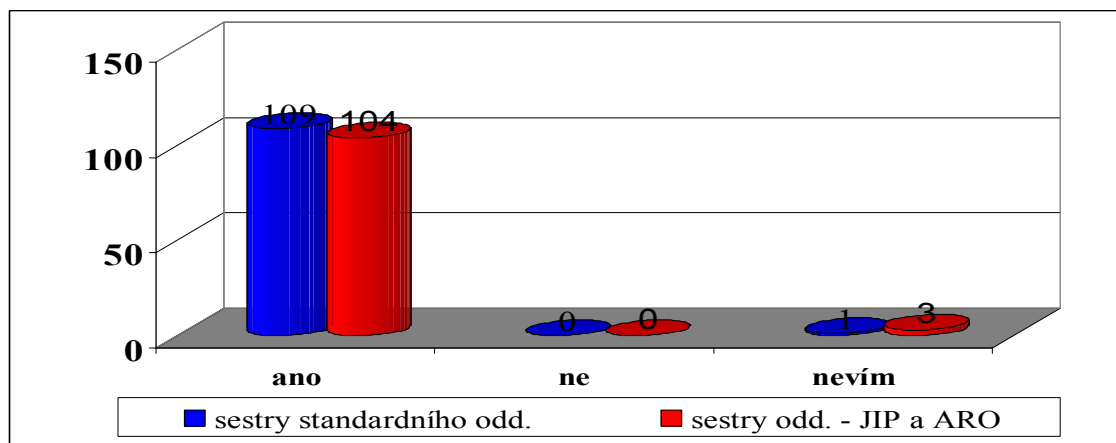
Graf 103 Somatické příznaky u sester na konci směny



32 sester nemá žádné somatické potíže na konci denní směny, 49 sester má mírné somatické potíže na konci denní směny, 18 sester má silné somatické potíže a 8 sester neodpovědělo. 18 sester nemá na konci noční směny somatické potíže, 47 sester má mírné somatické potíže, 26 sester má silné somatické potíže a 16 sester neodpovědělo.

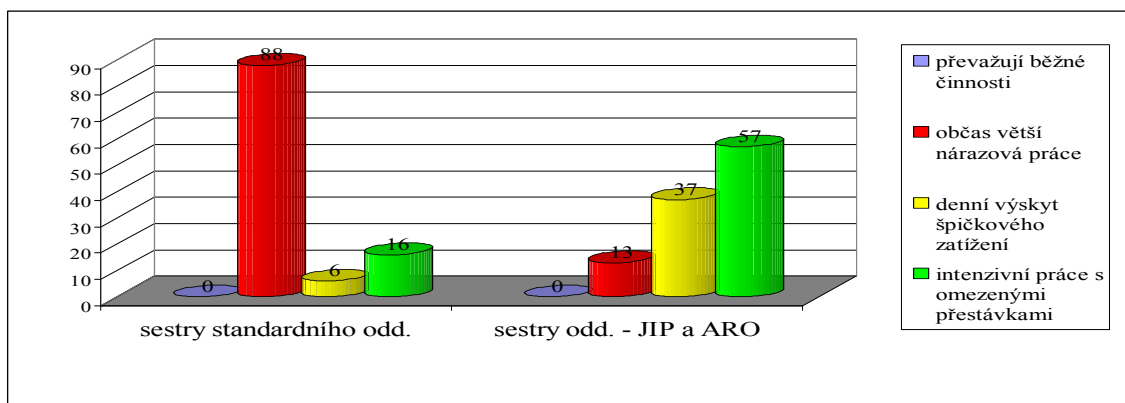
4.3 Porovnání výsledků grafů psychosociální zátěže sester ze standardního oddělení a z oddělení JIP a ARO

Graf 104 Porovnání výsledků otázky: psychosociální zátěž u sester standardního oddělení a u sester oddělení JIP a ARO



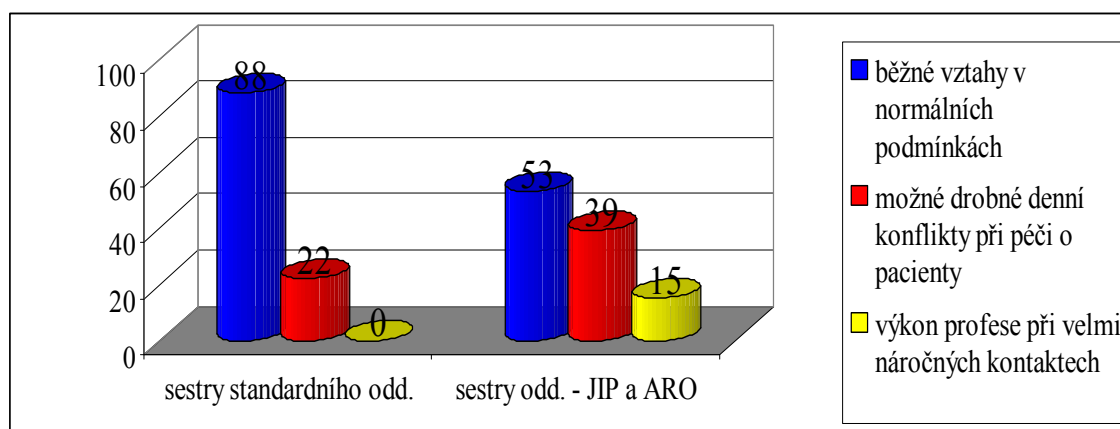
109 sester standardního oddělení a 104 sester oddělení JIP a ARO ze 107 uvedlo, že se u nich vyskytuje psychosociální zátěž a 1 sestra standardního oddělení a 3 sestry oddělení JIP a ARO uvedly, že neví.

Graf 105 Porovnání výsledků otázky: intenzita práce a časový tlak sester standardního oddělení a oddělení JIP a ARO



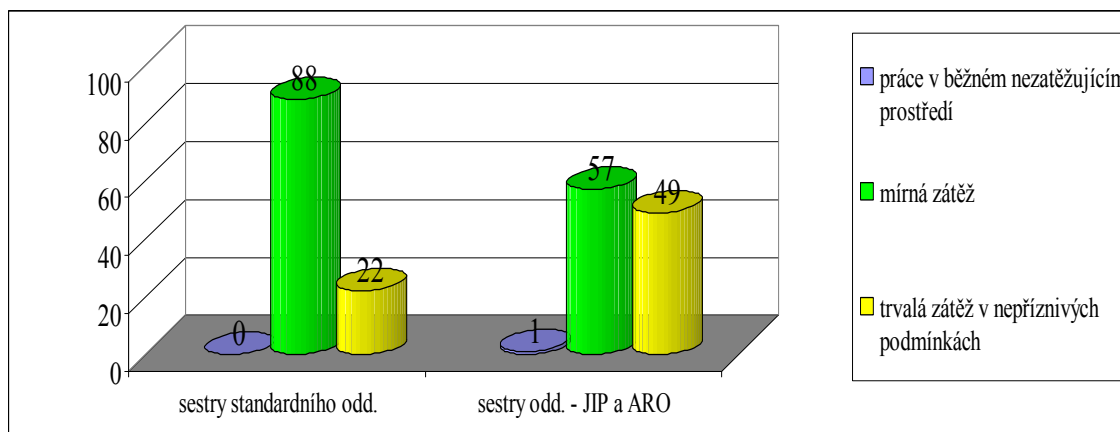
88 sester standardního oddělení a 13 sester odd. JIP a ARO uvedlo, že je jejich práce občas nárazová, 6 sester standardního odd. a 37 sester odd. JIP a ARO uvedlo, že převažuje v jejich práci pravidelný výskyt špičkového zatížení a 16 sester standardního odd. a 57 sester odd. JIP a ARO uvedlo, že převažuje intenzivní práce a omezenými přestávkami.

Graf 106 Porovnání výsledků otázky: sociální vztahy na pracovišti standardního oddělení a oddělení JIP a ARO



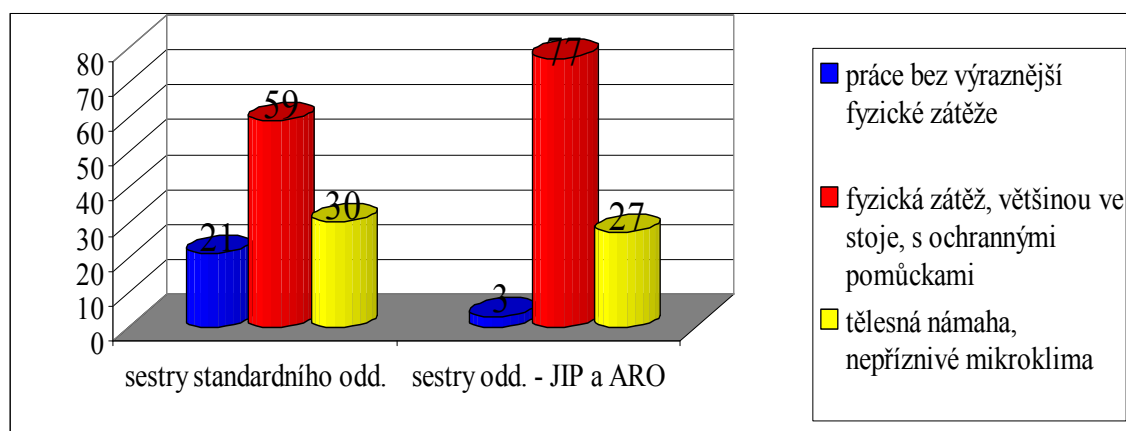
88 sester standardního odd. a 53 sester odd. JIP a ARO uvedlo, že na jejich pracovišti jsou běžné vztahy, 22 sester standardního odd. a 39 sester odd. JIP a ARO jsou drobné denní konflikty při péči o pacienty a 15 sester odd. JIP a ARO uvedlo, že vykonávají profesi při velmi náročných kontaktech.

Graf 107 Porovnání výsledků otázky: hodnocení pracovního prostředí sester ze standardních oddělení a sester z oddělení JIP a ARO



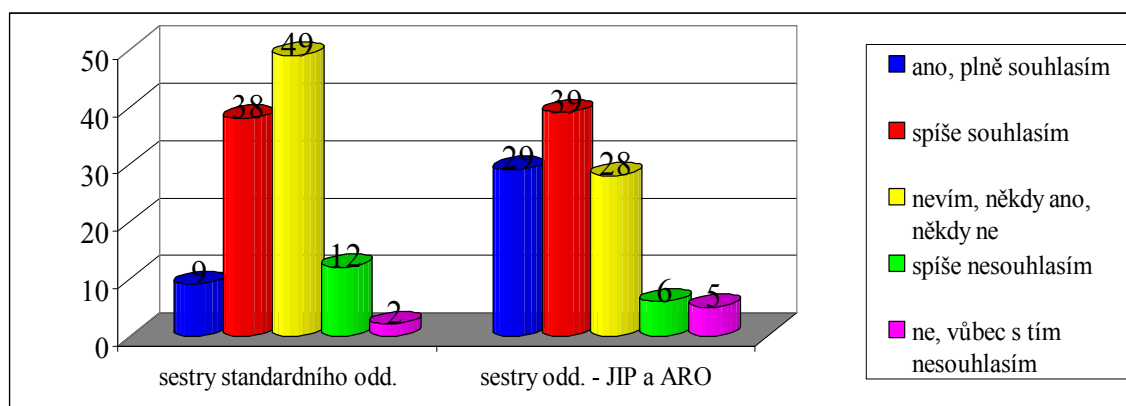
1 sestra odd. JIP a ARO uvedla, že vykonává práci v běžném nezátěžujícím prostředí, 88 sester standardního odd. a 57 sester odd. JIP a ARO uvedlo mírnou pracovní zátěž a 22 sester standardního odd. a 49 sester odd. JIP a ARO uvedlo trvalou zátěž v nepříznivých podmínkách.

Graf 108 Porovnání výsledků otázky: fyzická zátěž u sester standardních oddělení a oddělení JIP a ARO



21 sester standardního odd. a 3 sestry odd. JIP a ARO uvedlo, že je jejich práce bez výraznější fyzické zátěže, 59 sester standardního odd. a 77 sester odd. JIP a ARO uvedlo, že se u nich vyskytuje fyzická zátěž, většinou práce ve stoje a s ochrannými pomůckami po většinu směny a 30 sester standardního odd. a 27 sester odd. JIP a ARO uvedlo, tělesnou námahu a nepříznivé mikroklima.

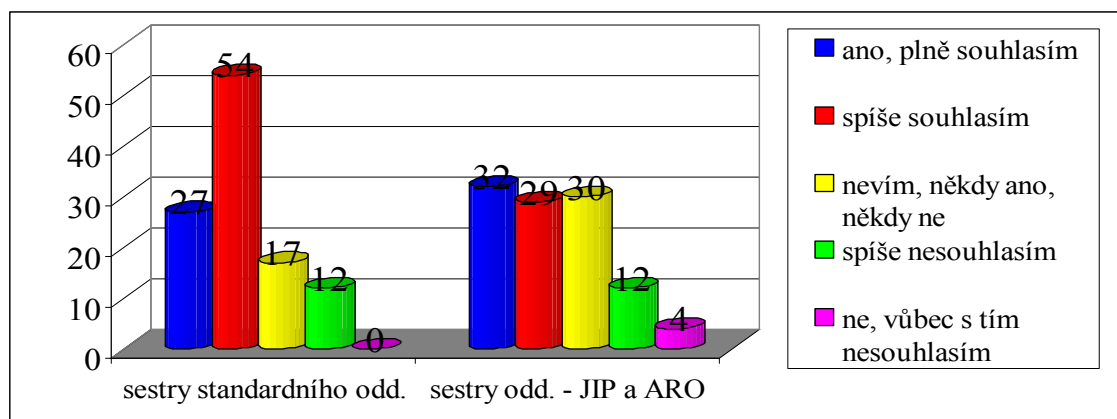
Graf 109 Porovnání výsledků otázky: fyzická náročnost práce sester je celkově nadprůměrná



9 sester standardního odd. a 29 sester odd. JIP a ARO uvedlo, že plně souhlasí s tím, že je jejich fyzická práce nadprůměrná, 38 sester standardního odd. a 39 sester odd. JIP a ARO uvedlo, že spíše souhlasí, 49 sester standardního odd. a 28 sester odd. JIP a ARO uvedlo, že neví, 12 sester standardního odd. a 6 sester odd. JIP a ARO uvedlo, že spíše

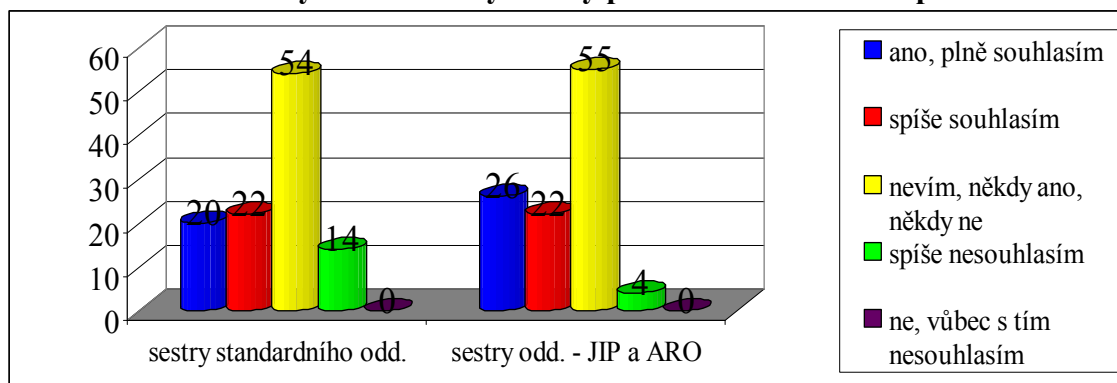
nesouhlasí a 2 sestry standardního odd. a 5 sester odd. JIP a ARO uvedlo, že vůbec nesouhlasí.

Graf 110 Porovnání výsledků otázky: sestry se často setkávají se složitými a problematickými situacemi, které musí řešit samy



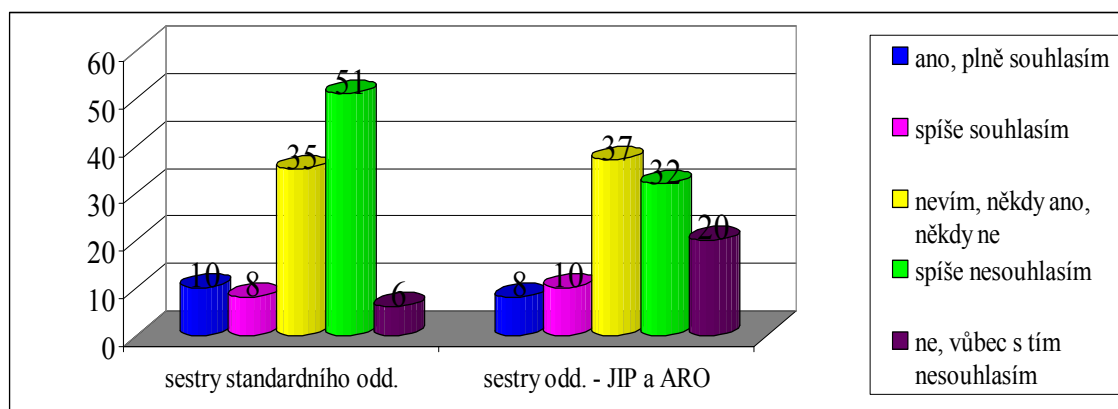
27 sester standardního odd. a 32 sester odd. JIP a ARO plně souhlasí s tím, že se sestry často setkávají se složitými a problematickými situacemi, které musí řešit samy, 54 sester standardního odd. a 29 sester odd. JIP a ARO spíše souhlasí, 17 sester standardního odd. a 30 sester odd. JIP a ARO uvedlo, že neví, 12 sester jak standardního odd., tak odd. JIP a ARO uvedlo, že spíše nesouhlasí a 4 sestry odd. JIP a ARO uvedly, že vůbec nesouhlasí.

Graf 111 Porovnání výsledků otázky: častý pocit časového tlaku v práci



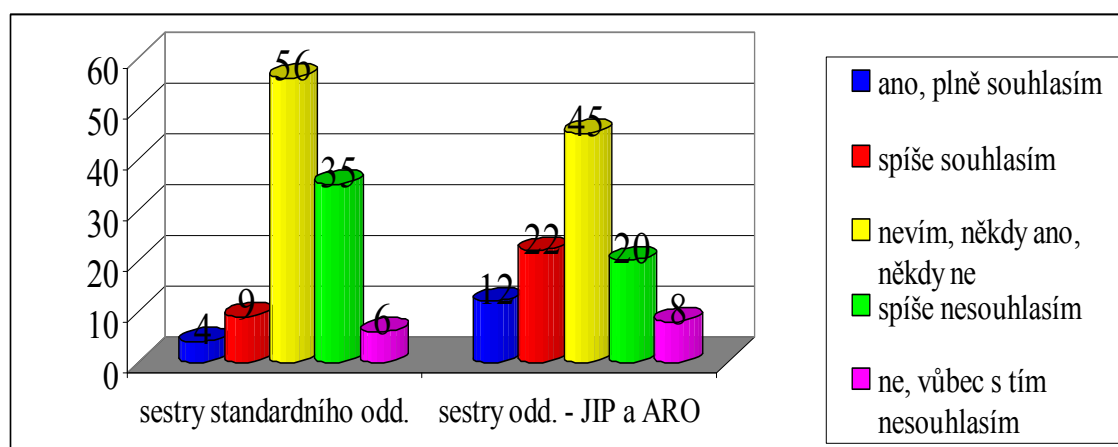
20 sester standardního odd. a 26 sester odd. JIP a ARO plně souhlasí s tím, že mají častý pocit časového tlaku v práci, 22 sester jak standardního odd., tak i odd. JIP a ARO spíše souhlasí, 54 sester standardního odd. a 55 sester odd. JIP a ARO uvedlo, že neví a 14 sester standardního odd. a 4 sestry odd. JIP a ARO spíše nesouhlasí.

Graf 112 Porovnání výsledků otázky: psychicky náročná práce, která vyvolává nervozitu



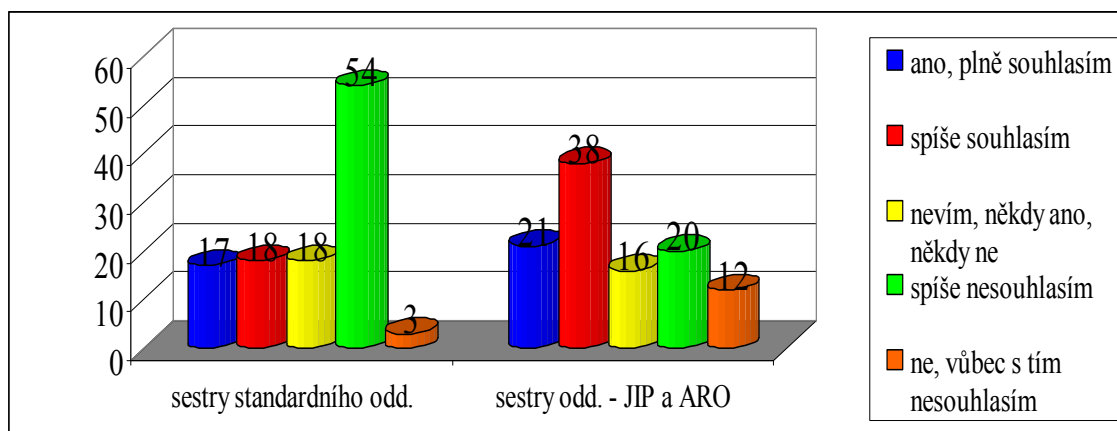
10 sester standardního odd. a 8 sester odd. JIP a ARO plně souhlasí s tím, že jejich práce je psychicky náročná a vyvolává nervozitu, 8 sester standardního odd. a 10 sester odd. JIP a ARO spíše souhlasí, 35 sester standardního odd. a 37 sester odd. JIP a ARO uvedlo, že neví, 51 sester standardního odd. a 32 sester odd. JIP a ARO spíše nesouhlasí a 6 sester standardního odd. a 20 sester odd. JIP a ARO uvedlo, že vůbec nesouhlasí.

Graf 113 Porovnání výsledků otázky: psychicky náročná práce, která vyvolává únavu a ochablost



4 sestry standardního odd. a 12 sester odd. JIP a ARO plně souhlasí s tím, že je jejich práce psychicky náročná a vyvolává únavu a ochablost, 9 sester standardního odd. a 22 sester odd. JIP a ARO spíše souhlasí, 56 sester standardního odd. a 45 sester odd. JIP a ARO uvedlo, že neví, 35 sester standardního odd. a 20 sester odd. JIP a ARO spíše nesouhlasí a 6 sester standardního odd. a 8 sester odd. JIP a ARO vůbec nesouhlasí.

Graf 114 Porovnání výsledků otázky: práce je tak psychicky náročná, že je obtížné ji dělat po léta se stejnou výkonností



17 sester standardního odd. a 21 sester odd. JIP a ARO plně souhlasí s tím, že jejich práce tak psychicky náročná, že ji nelze dělat po léta se stejnou výkonností, 18 sester standardního odd. a 38 sester odd. JIP a ARO spíše souhlasí, 18 sester standardního odd. a 16 sester odd. JIP a ARO uvedlo, že neví, 54 sester standardního odd. a 20 sester odd. JIP a ARO spíše nesouhlasí a 3 sestry standardního odd. a 12 sester odd. JIP a ARO vůbec nesouhlasí.

5. Diskuse

Ve výzkumné části práce jsme se zajímali o psychosociální pracovní zátěž v povolání zdravotní sestry. Respektive jsme se zajímali, zda se vyskytuje psychosociální pracovní zátěž v povolání zdravotní sestry a dále jsme se zajímali, zda jsou zdravotní sestry pracující na standardním oddělení více vystaveny psychosociální pracovní zátěži než sestry na JIP a ARO.

Nejprve jsme řešili problém výběru oddělení, na kterých budeme výzkum provádět. Kontaktovali jsme standardní chirurgické a interní oddělení a chirurgické a interní jednotky intenzivní péče a oddělení ARO Fakultní nemocnice Plzeň, nemocnice Stod a Oblastní nemocnice Příbram. Seznámili jsme s postupem výzkumu hlavní sestry nemocnic a také vrchní sestry těchto oddělení. Ve všech výše jmenovaných nemocnicích jsme se setkali s ochotou ke spolupráci. Pro důkladné vystihnutí dané problematiky bylo použito dotazníkové metody – dotazník SPÚ (Subjective Symptom of Fatigue). Dotazník jsme rozdělili na tři části. První část dotazníku je zaměřena na posouzení psychosociální zátěže z hlediska hodnocení pracovních podmínek. Hodnocení psychosociální zátěže je zaměřeno na následující faktory: intenzita práce a časový tlak, vnucené pracovní tempo, vlivy narušující soustředění, sociální interakce, osobní rizika, směnová práce, pracovní prostředí, fyzický diskomfort, jiné nevyjmenované zdroje nepřiměřené zátěže a riziko ohrožení zdraví vlastního a jiných osob. Ve druhé části jsme se věnovali hodnocení pracovní zátěže u sester a třetí část dotazníku je zaměřena na zjišťování únavy sester. Posouzení míry zátěže jednotlivých faktorů je hodnoceno respondentem pomocí bodové stupnice podle bodové škály od 1 do 5. Přičemž bod 5 vystihuje odpověď, že respondent plně s otázkou souhlasí a naopak bod 1 vystihuje odpověď, že respondent s otázkou vůbec nesouhlasí. Výběr vzorku respondentů byl založen na dobrovolnosti a zájmu o účast na výzkumu. Podmínkou bylo, aby respondentem byla zdravotní sestra. Dotazník byl anonymní.

Výzkum byl prováděn u zdravotních sester pracujících na standardním chirurgickém a standardním interním oddělení a na chirurgických JIP a interních JIP a ARO.

Výsledky dotazníku byly zpracovány zvlášť u sester pracujících na standardním chirurgickém a interním oddělení a u sester pracujících na oddělení JIP a ARO.

Byla provedena pilotní studie k ověření, zda je návrh dotazníku srozumitelný a zda sestry rozumějí obsahu všech otázek. Po rozhovoru se sestrami jsme rozšířili znění několika otázek a doplnili odpovědi o možnost nevím.

První část výzkumu byla zaměřena na zjištění, zda lze identifikovat psychosociální pracovní zátěž v povolání zdravotní sestry. K této problematice se vyjádřily sestry různých věkových skupin a s různou délkou praxe ve zdravotnictví a různým dosaženým vzděláním (Graf 1, 3, 5 a graf 52, 54, 56). Psychosociální pracovní zátěž ve své profesi identifikovaly jak sestry u lůžka, tak i staniční sestry oslovených oddělení. Identifikace psychosociální pracovní zátěže je u sester standardních oddělení znatelná z grafu 7. Sestry standardních chirurgických i interních oddělení uvedly, že se v jejich profesi vyskytuje psychosociální pracovní zátěž. 109 (99%) sester standardního oddělení souhlasilo s výskytem psychosociální zátěže a 1 (1%) sester odpovědělo nevím. Psychosociální pracovní zátěž u sester z chirurgického a interního oddělení JIP a ARO lze identifikovat z grafu 58. 104 (97%) sester z oddělení JIP a ARO souhlasilo s výskytem psychosociální zátěže a 3 (3%) sester odpovědělo nevím. Graf 104 znázorňuje porovnání výsledků výskytu psychosociální zátěže u sester standardního oddělení a u sester oddělení JIP a ARO, z tohoto grafu je znatelné, že se psychosociální pracovní zátěž vyskytuje jak u sester standardního oddělení, tak i u sester oddělení JIP a ARO. Tímto byla potvrzena *hypotéza H1 Předpokládáme, že v povolání zdravotní sestry lze identifikovat psychosociální pracovní zátěž.*

Druhá část výzkumu byla zaměřena na zjištění, zda sestry pracující na standardním oddělení jsou méně vystaveny psychosociální pracovní zátěži, než sestry pracující na jednotkách JIP a ARO. Z výsledků posouzení psychosociální zátěže z hlediska hodnocení pracovních podmínek, které je zaměřeno na mnoho faktorů bylo zjištěno, že intenzita práce a časový tlak u sester standardního oddělení nejsou tak náročné, jako u sester pracujících na oddělení JIP a ARO (Graf 8, 59 a 105). 88 sester standardního oddělení a 13 sester odd. JIP a ARO uvedlo, že je jejich práce občas nárazová, 6 sester standardního odd. a 37 sester odd. JIP a ARO uvedlo, že převažuje

v jejich práci pravidelný výskyt špičkového zatížení a 16 sester standardního odd. a 57 sester odd. JIP a ARO uvedlo, že převažuje intenzivní práce a omezenými přestávkami.

Co se týká sociálních vztahů, bylo zjištěno, že jsou náročnější sociální vztahy na pracovišti JIP a ARO (Graf 11, 62 a 106). 88 sester standardního odd. a 53 sester odd. JIP a ARO uvedlo, že na jejich pracovišti jsou běžné vztahy, 22 sester standardního odd. a 39 sester odd. JIP a ARO jsou drobné denní konflikty při péči o pacienty a 15 sester odd. JIP a ARO uvedlo, že vykonávají profesi při velmi náročných kontaktech.

Z výsledků otázky hodnocení pracovního prostředí sester ze standardních oddělení a sester z oddělení JIP a ARO jsme zjistili, že 80% sester standardního oddělení a 53 % sester oddělení JIP a ARO uvedlo mírnou zátěž a 20% sester standardního oddělení a 46% sester oddělení JIP a ARO uvedlo trvalou zátěž (Graf 15, 66 a 107). Z toho vyplývá, že sestry z oddělení JIP a ARO mají v práci větší pracovní zátěž než sestry standardního oddělení.

Dále jsme zjišťovali, zda práce sester je nadprůměrně fyzicky náročná. Z výsledků bylo zjištěno, že 8% sester standardního odd. a 27% sester odd. JIP a ARO uvedlo, že plně souhlasí s tím, že je jejich fyzická práce nadprůměrná, 35% sester standardního odd. a 36% sester odd. JIP a ARO uvedlo, že spíše souhlasí, 44% sester standardního odd. a 26% sester odd. JIP a ARO uvedlo, že neví, 11% sester standardního odd. a 5% sester odd. JIP a ARO uvedlo, že spíše nesouhlasí a 2% sester standardního odd. a 5% sester odd. JIP a ARO uvedlo, že vůbec nesouhlasí (Graf 18, 70, 109). Z těchto výsledků vyplývá, že je více fyzicky náročná práce pro sestry pracující na oddělení JIP a ARO.

Další otázkou týkající se psychosociální pracovní zátěže bylo zjišťování, zda se sestry často setkávají se složitými a problematickými situacemi, které musí řešit samy. A také porovnání výsledků otázky sester standardního oddělení a sester oddělení JIP a ARO.

25% sester standardního odd. a 30% sester odd. JIP a ARO plně souhlasí s tím, že se sestry často setkávají se složitými a problematickými situacemi, které musí řešit samy, 49% sester standardního odd. a 27% sester odd. JIP a ARO spíše souhlasí, 15% sester standardního odd. a 28% sester odd. JIP a ARO uvedlo, že neví, 11% sester jak standardního odd., tak odd. JIP a ARO uvedlo, že spíše nesouhlasí a 4% sester odd. JIP a ARO uvedly, že vůbec nesouhlasí.

Dále jsme se zajímali o to, zda je práce sester natolik psychicky náročná, že vyvolává po několika hodinách únavu a ochablost. Bylo zjištěno, že 4% sester standardního oddělení a 11% sester odd. JIP a ARO plně souhlasí s tím, že jejich práce je psychicky náročná a vyvolává únavu a ochablost. 8% sester standardního oddělení a 21% sester odd. JIP a ARO s tímto tvrzením spíše nesouhlasí. 51% sester standardního oddělení a 42% sester odd. JIP a ARO neví, 32% sester standardního oddělení a 19% sester odd. JIP a ARO uvedlo, že spíše nesouhlasí. 5% sester standardního oddělení a 7% sester odd. JIP a ARO vůbec nesouhlasí (Graf 44, 96, 113). Z těchto výsledků výzkumu jsme zjistili, že je práce sester na odděleních JIP a ARO psychicky náročnější a vyvolává únavu a ochablost.

Další otázkou týkající se hodnocení pracovní zátěže bylo zjišťování, zda je práce sester psychicky tak náročná, že je velmi obtížné dělat ji po léta se stejnou výkonností. Zjistili jsme, že 15% sester standardního oddělení a 20% sester odd. JIP a ARO uvedlo, že plně souhlasí s tím, že je jejich práce natolik psychicky náročná, že ji nelze vykonávat po léta se stejnou výkonností, 16% sester standardního oddělení a 35% sester odd. JIP a ARO spíše souhlasí, 16% sester standardního oddělení a 15% sester odd. JIP a ARO uvedlo, že neví, 50% sester standardního oddělení a 19% sester odd. JIP a ARO spíše s tímto tvrzením nesouhlasí a 3% sester standardního oddělení a 11% sester odd. JIP a ARO vůbec nesouhlasí (Graf 45, 97, 114).

Tímto byla potvrzena hypotéza *H2 Předpokládáme, že sestry pracující na standardním oddělení jsou méně vystaveny psychosociální pracovní zátěži, než sestry pracující na jednotkách JIP a ARO.*

Závěrem bych dodal, že i přes to, že výsledky výzkumu poukazují na fakt, že sestry pracující na oddělení JIP a ARO jsou více vystaveny psychosociální pracovní zátěži, je na druhou stranu nutné dodat, že některé rozdíly v porovnání výsledků výzkumu mezi sestrami pracujícími na standardním oddělení a sestrami pracujícími na oddělení JIP a ARO nejsou v některých grafech tak markantní.

6. Závěr

Povolání zdravotní sestry je velice krásné, ale zároveň také velice vyčerpávající a náročné. Vždyť nejedná se jen o zaměstnání, ale také někdy můžeme hovořit a slyšet o poslání. Zmínil jsem, že práce zdravotní sestry je velice krásná. Ano, myslím si na základě vlastních poznatků a praxe, že je velice povzbuzující a dobrý pocit pomáhat nemocným lidem a sdílet s nimi jejich problémy. Sám jsem několikrát zažil, jaký je to příjemný pocit, když nemocný člověk, který je hospitalizován, je po několika dnech ošetřování propuštěn z nemocničního zařízení do domácího ošetřování a jak je povzbuzující sledovat tohoto člověka, který se nyní těší dobrému zdraví.

Zde jsem ve stručnosti nastínil a popsal pozitivní jevy, které se myslím v povolání zdravotní sestry bezpochyby vyskytují. Ale asi jako snad úplně vše, má i povolání zdravotní sestry také své negativní dopady. Domnívám se, že každé povolání, které je vykonáváno po delší dobu s vysokým zaujetím a nasazením a to povolání zdravotní sestry bezesporu je, zanechává na člověku určité stopy. Zdravotnické povolání může a dokáže člověka velice citově zraňovat, fyzicky vyčerpávat, někdy vést až k lhostejnosti a necitlivosti, k lidským bolestem a problémům, i zcela deformovat jeho osobnost.

Důležitým cílem naší diplomové práce bylo zjistit, zda lze identifikovat v povolání zdravotní sestry psychosociální pracovní zátěž. Bez ohledu na to, zda-li sestry, které odpovídaly na tuto otázku pracovaly na standardním lůžkovém oddělení, nebo na stanicích JIP a ARO, jejich odpověď zněla bezesporu ano.

Lze tedy jednoznačně vyslovit závěr, že se v povolání zdravotní sestry vyskytuje psychosociální pracovní zátěž.

Zřejmě by bylo vhodné, věnovat tomuto tématu rozhodně širší zaujetí a pozornost a do budoucna se také zajímat o to, jak předcházet, nebo alespoň minimalizovat vlivy, které na sestru v jejím zaměstnání negativně působí, ať už v oblasti psychické nebo fyzické.

7. Seznam použité literatury

1. BAKALÁŘ, V. *Aby práce neškodila zdraví*. 1. vydání. Praha: Práce, 1992, 168 s. ISBN 80-208-0220-7.
2. BARTLOVÁ, S. *Vybrané kapitoly ze sociologie medicíny*. 3. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996. 117 s. ISBN 80-7013-233-7.
3. BARTOŠÍKOVÁ, I., JIČÍNSKÝ, V., JOBÁNKOVÁ, M., KVAPILOVÁ, J. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2000. 203s. ISBN 80-7013-288-4.
4. BAUMBRUK, J. a kol. *Analýza rizik při práci*. 3. vydání. Praha: Fortuna, 2002. 136 s. ISBN 80-7071-209-0.
5. BENEŠ, S., BLÁHA, K., REGALOVÁ, A. *Stres zdravotníků 1998*. 1. vydání. Praha: Galén, 1998. 147 s. ISBN 80-85824-74-4.
6. BEVERLY, A. POTTEROVÁ. *Jak se bránit pracovnímu vyčerpání*. Přel. V. Moravcová. Olomouc: Votobia, 1997. 262 s. Přel. z: Beating Job Bucnout ISBN 80-7198-211-3.
7. BRHEL, P., MANOUŠKOVÁ, M., HRNČÍŘ, E. *Pracovní lékařství*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005, 338 s. ISBN 80-7013-414-3.
8. CIRT, M., MÁLEK, B. *Pracovní lékařství*. Praha: CIVOP, 1996.
9. ČERNEK, J. *Psychická zátěž – problém pracovního procesu a jeho řešení*. Bezp. Hyg. Práce. Praha: 2004, č. 7/8, s. 52-56, ISSN 0006-0453.
10. FIALOVÁ, I. *Symptomatologie syndromu vyhoření a možnosti jeho prevence*. Sborník prací filozofické fakulty Ostravské univerzity. Ostrava: 1997, s.129-135. ISBN 80-7042-469-9.
11. HLADKÝ, A., ŽIDKOVÁ, Z. *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže*. Praha: Karolinum, 1999. 78 s. ISBN 80-7184-890-5.

12. HOŠEK, V. *Psychologie odolnosti*. 2. vydání. Praha: Karolinum, 1999. 70 s. ISBN 80-7184-889-1.
13. HÜTLLOVÁ, E. *Organizace práce a pracovní podmínky*. 1. vydání. Praha: VŠE, 1997. 93 s. ISBN 80-7079-068-7.
14. JOBÁNKOVÁ, M. *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*, 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1990. 260 s. ISBN 80-7013-079-2.
15. KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření*. 1. vydání. Praha: Státní zdravotní ústav, 1998. 22 s. ISBN 80-7071-099-3.
16. KLAPAČ, M. Únava. *Osobní rádce zdravotní sestry*. Praha: 2004. č. 4, 1-8 str. ISSN 1214-0074.
17. KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2004. 80 s. ISBN 80-247-0784-5.
18. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada Avicenum, 1994. 192 s. ISBN 80-7169-121-6.
19. KŘIVOHLAVÝ, J. *Konflikty mezi lidmi*. 2. vydání. Praha: Portál, 2002. 192 s. ISBN 80-7178-642-X.
20. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
21. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
22. KŘIVOHLAVÝ, J. *Pozitivní psychologie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2004. 200s. ISBN 80-7178-853-X.
23. ANON. LEMON - *učební texty pro sestry a porodní asistentky* 1. 1 vyd. Brno: IDV PZ, 1996. 184 s. ISBN 80-7013-234-5.
24. MATOUŠEK, O. *Hodnocení psychické, fyzické a senzorické zátěže*. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce, 2004, ISBN 80-239-3798-7.
25. MATOUŠEK, O., RŮŽIČKA, J. *Způsoby hodnocení psychické zátěže v pracovních systémech*. Bezp. Hyg. Práce. Praha: 2002, č. 12, s 10-14, 31-32, ISSN 0006-0453.

26. MEŠKO, D a kol. *Akademická příručka*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2004. 316 s. ISBN 80-8063-150-6.
27. PEČENKOVÁ, J. A KOL. *Pracovní zátěž sester z jejich pohledu*. Ošetřovatelství. Praha: 1999, roč. 1, č. 1, s. 12-14.
28. PROVAZNÍK, K., KOMÁREK, L., CIKRT, M. *Manuál prevence v lékařské praxi*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 1997. 144 s. ISBN 80-7071-066-7.
29. PROVAZNÍK, K., KOMÁREK, L., CIKRT, M. *Manuál prevence v lékařské praxi*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 2000. 160 s. ISBN 80-7071-161-2.
30. PÝCHOVÁ, E., ŠAMÁNKOVÁ, M. *Základy veřejného zdravotnictví*. 2.vydání. Praha: Scientia Medica, 2000, 64 s. ISBN 80-85526-88-3.
31. ROUBALOVÁ, V. *Psychická zátěž zdravotních sester*. Čas. Společ. Instrument. Brno: 2002, č.2, s. 7-8, ISSN 1213-1350.
32. SMÉKAL, V. *Pozvání do psychologie osobnosti*. 2. vydání. Brno: Barrister & Principál, 2004. 523 s. ISBN 80-86598-65-9.
33. SCHMIDBAUER, W. *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. Praha: Portal, 2000. 171 s. ISBN 80-7178-312-9.
34. STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství: Sestra – reprezentant profese 1. vydání*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 78 s. ISBN 80-7013-368-6.
35. ŠTIKAR, J. a kol. *Základy psychologie práce a organizace*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1996. 203 s. ISBN 80-7184-091-2.
36. TUČEK, M., CIKRT, M., PELCOVÁ, D. *Pracovní lékařství pro praxi*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005, 327 s. ISBN 80-247-0927-9.
37. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vydání. Praha: Portál, 1999, 448 s. ISBN 80-7178-214-9.
38. ZAVÁZALOVÁ, H. *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 154 s. ISBN 80-246-0467-1.
39. ŽIDKOVÁ, Z. *Práce sester na operačním sále z pohledu psychologa v hygieně*. <http://zidkova.nasemisa.net/subdir/pracesester.htm>, září 30, 2006.

40. ŽIDKOVÁ, Z. *Využití dotazníků k hodnocení psychické zátěže při práci.*
<http://www.daryl.cz/tigis/data.default/prac/CPL302/03.htm>.

8. Klíčová slova

Pracovní zátěž

Fyzická a psychická zátěž

Pracovní podmínky

Náročná životní situace

Syndrom vyhoření

9. Přílohy

9.1 Příloha – dotazník pro sestry