

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Psychická zátěž pečujících o klienty v zařízeních následné péče

Klára Dolejší

Bakalářská práce
2015

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Klára Dolejší**
Osobní číslo: **Z12080**
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**
Studijní obor: **Zdravotně-sociální pracovník**
Název tématu: **Psychická zátěž pečujících o klienty v zařízeních následné péče**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :


1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**
Seznam odborné literatury:


1. BARTŮŇKOVÁ, Staša. Stres a jeho mechanismy. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2010. 137 s. ISBN 978-802-4618-746.
2. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 119 s. ISBN 978-802-4731-490.
3. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Pozitivní psychologie. 2. vyd. Praha: Portál, 2010. 195 s. ISBN 978-807-3677-268.
4. PAULÍK, Karel. Psychologie lidské odolnosti. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 240 s. ISBN 978-802-4729-596.
5. ULRICHOVÁ, Monika. Člověk, stres a osobnostní předpoklady: souvislost osobnostních rysů a odolnosti vůči stresu. 1. vyd. Oftis: Ústí nad Orlicí, 2012. 100 s. ISBN 978-80-7405-186-9.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Magda Taliánová, Ph.D.**
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: **1. října 2013**
Termín odevzdání bakalářské práce: **17. července 2015**


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 27. března 2015

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 14. 7. 2015

.....
Klára Dolejší

Poděkování:

Především bych ráda poděkovala mé vedoucí práce PhDr. Magdě Taliánové, Ph.D. za odborné vedení práce, ochotu, vhodné připomínky a hlavně za její čas, který mi věnovala. Dále bych chtěla poděkovat všem dotazovaným respondentům, kteří měli chvíli a mohli jí věnovat mému dotazníku do mé bakalářské práce. Velké poděkování patří, také mé rodině, která mě podporovala při studiu.

ANOTACE

Bakalářská práce se zabývá tématem „Psychická zátěž pečujících o klienty v zařízeních následné péče“, která se skládá z teoreticko-výzkumné části.

Teoretická část se věnuje hlavně problematice stresu, jak zvládat stresové situace, dále psychickou zátěží a rizikovými faktory v pracovním prostředí, syndromu vyhoření, duševní hygieně a pomáhajícím profesím.

Výzkumná část je zkomponována ze dvou částí dotazníku. První část se skládá z vlastních položených otázek a druhá část je tvořena standardizovaným Meisterovým dotazníkem. Na základě těchto dotazníků je zkoumán hlavní cíl práce, kde zjišťuji psychickou zátěž zdravotnických a sociálních pracovníků pracujících v zařízeních následné péče.

KLÍČOVÁ SLOVA

Stres, stresory, psychická zátěž, syndrom vyhoření, duševní hygiena, pomáhající profese

ANNOTATION

My bachelor thesis deals with the topic of psychological stress in staff providing aftercare. The work has a theoretical and research part.

The theoretical part is dedicated mainly to the issue of stress, coping with stress, risk factors in the working environment, burn-out syndrome, mental hygiene, and helping professions.

The research part is based on two questionnaires. The first one consists of a list of the author's own questions; the second one is a standardized Meister questionnaire. The questionnaires then provide data to assess the level of psychological stress of health and social workers providing aftercare.

KEY WORDS

Stress, stressors, psychological stress, burn-out syndrome, mental hygiene, helping professions

OBSAH

ÚVOD	11
I. TEORETICKÁ ČÁST	13
1 Pomáhající profese	13
1.1 Zdravotně-sociální pracovník	14
1.2 Všeobecná sestra	14
1.3 Ošetřovatel	15
2 Psychická zátěž, stres	16
2.1 Definice stresu	16
2.2 Pojem stres	16
2.3 Druhy stresu	17
2.4 Problematika stresu	18
2.4.1 Stresová reakce	18
2.4.2 Stresory	18
2.4.3 Salutory	19
2.5 Vývoj stresové reakce	19
2.6 Stres jako psychická reakce	21
2.7 Stres jako fyziologická reakce	21
2.8 Příznaky stresu	22
2.9 Nemoci způsobené stresem	23
2.10 Psychická zátěž a stres v pracovním procesu	23
2.10.1 Rizikové faktory psychické zátěže v pracovním prostředí	24
2.11 Zvládání stresu a zátěže	25
2.11.1 Coping	26
2.11.2 Obranné mechanismy	26
2.11.3 Sociální opora	27
2.11.4 Hardiness jako osobnostní zdroj zvládání	28
2.12 Prevence stresu a zátěže	28
3 Syndrom vyhoření	30
3.1 Pojem syndrom vyhoření	30
3.2 Příznaky syndromu vyhoření	31
3.4 Rizikové faktory syndromu vyhoření	31
3.5 Fáze vývoje syndromu vyhoření	32
3.6 Prevence syndromu vyhoření	33
4 Duševní hygiena	35
4.1 Duševní pohoda (well-being)	35

II.	VÝZKUMNÁ ČÁST	37
5	Výzkumné otázky.....	37
6	Metodika výzkumu.....	38
6.1	Charakteristika výzkumného vzorku.....	38
6.2	Analýza a zpracování dat	38
7	Výsledky dotazníkového šetření	43
7.1	Část 1 - výsledky z nestandardizované části dotazníku	43
7.2	Část 2 - výsledky ze standardizované části Meisterova dotazníku	62
8	Diskuze.....	66
9	Závěr.....	71
10	Použitá literatura	73
11	Přílohy	76

Seznam ilustrací a tabulek

Seznam obrázků

Obrázek 1 Grafické znázornění relativní četnosti respondentů dle pohlaví	43
Obrázek 2 Grafické znázornění relativní četnosti respondentů dle profese	44
Obrázek 3 Grafické znázornění relativní četnosti respondentů dle dosaženého vzdělání	45
Obrázek 4 Grafické znázornění relativní četnosti respondentů dle délky praxe	46
Obrázek 5 Grafické znázornění průměrných hodnot spokojenosti v zaměstnání	47
Obrázek 6 Grafické znázornění průměrných hodnot spokojenosti v zaměstnání dle profese respondentů	48
Obrázek 7 Grafické znázornění průměrných hodnot faktorů vyvolávající psychickou zátěž	50
Obrázek 8 Grafické znázornění relativní četnosti respondentů dle psychického vyčerpání v pracovní době	52
Obrázek 9 Grafické znázornění relativní četnosti respondentů dle častého výskytu psychického vyčerpání v pracovní době	53
Obrázek 10 Grafické znázornění relativní četnosti respondentů u psychické zátěže dle jednotlivých profesí	55
Obrázek 11 Grafické znázornění relativní četnosti respondentů dle projevů psychické zátěže	57
Obrázek 12 Grafické znázornění relativní četnosti respondentů dle podporujících činností	58
Obrázek 13 Grafické znázornění relativní četnosti respondentů dle existence opatření zmírňující zátěž ze strany zaměstnavatele	60
Obrázek 14 Grafické znázornění relativní četnosti respondentů dle možností opatření zmírňující zátěž	61

Seznam tabulek

Tabulka 1 Kritické hodnoty mediánů	40
Tabulka 2 Faktory pracovní zátěže	40
Tabulka 3 Přehled norem faktorů zátěže u žen a mužů	41
Tabulka 4 Přehled klasifikace 1	41
Tabulka 5 Přehled klasifikace 2	42
Tabulka 6 Přehled klasifikace 3	42
Tabulka 7 Subjektivní hodnocení psychické zátěže	54
Tabulka 8 Zjištěné hodnoty mediánů žen a mužů	62
Tabulka 9 Faktorová analýza psychické zátěže při práci	64
Tabulka 10 Vyhodnocená data pro klasifikaci zátěže	65
Tabulka 11 Přehled odpovědí jednotlivých otázek Meisterova dotazníku	80

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

s.	stránka
např.	například
WHO	World Health Organization
ACTH	Adrenokortikotropní hormon
tzv.	takzvaný
atd.	a tak dále
apod.	a podobně
resp.	respektive
tj.	to jest
Tab.	tabulka
č.	číslo
Obr.	obrázek
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
BOZP	Bezpečnost a ochrana zdraví při práci
FKSP	Fond kulturních a sociálních služeb

ÚVOD

Na pracovníky ve zdravotnictví pečující o zdraví a lidský život, jsou kladeny vysoké nároky, hlavně na výkon a zodpovědnost. Každodenní působení psychické zátěže má negativní vliv na pečovatele. Na tento fakt je důležité brát zřetel. Důsledkem pracovního vytížení a stresu může pak dojít k syndromu vyhoření zdravotnického či sociálního pracovníka, který není schopný zvládat svoji profesi.

O samostatné psychické zátěži případně syndromu vyhoření se často mluví a píše. Jde tedy o velmi závažný a rozšířený problém. V současnosti se ví, že psychická zátěž a syndrom vyhoření pracovníků v pomáhajících profesích, škodí zdraví. I přes všechna varování a preventivní opatření by se však někdo z pomáhajících pracovníků mohl setkat se syndromem vyhoření a zároveň by si nemuseli připustit, že by u nich mohl vzniknout tento problém.

Tuto problematiku jsem si zvolila do bakalářské práce kvůli tomu, že je to téma zajímavé a v dnešní době stále aktuální.

Během mého studia a hlavně při absolvování praxí v různých zařízeních jsem se setkala s pečujícími zaměstnanci, u nichž jejich profese nese jak fyzickou tak i psychickou zátěž na výkon práce. Po pracovní době nemusejí mít tito zaměstnanci tolik volného času pro sebe, kde by se mohli zrelaxovat nebo se věnovat příjemným věcem, které by je alespoň na chvíli odpoutali od práce.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou část zabývající se stresem, zvládání stresových situací, psychické zátěži a rizikovými faktory pracovního procesu, syndromem vyhoření, duševní hygienou a pomáhajícím profesím. Ve druhé výzkumné části jsou vyhodnocena data na psychickou zátěž pečujících, která jsem získala od respondentů ze zařízení následné péče (léčebny dlouhodobě nemocných a rehabilitační centrum) pomocí vlastně položených otázek a standardizované části Meisterova dotazníku, kde zkoumám působící rizikové faktory v pracovním procesu pečujících.

Cíle práce

Cílem teoretické části bakalářské práce je zpracovat informace o stresu a jeho všech oblastech, které mají vliv na pečující osoby v pracovním procesu. Součástí je i vytvořit pohled na syndrom vyhoření, duševní hygienu a pomáhající profese.

Hlavním cílem je zjistit psychickou zátěž zdravotnických a sociálních pracovníků pracujících v zařízeních následné péče. Kde bylo klíčovým úkolem se zaměřit na stres.

Dílčí cíle:

- Zjistit faktory vyvolávající psychickou zátěž u pečujících respondentů v pracovním procesu.
- Zjistit spokojenost respondentů v zaměstnání u jednotlivých pracovních situací dle profese.
- Zjistit psychickou zátěž respondentů pečujících o klienty v zařízeních následné péče.
- Zjistit projevy psychické zátěže u pečujících pracovníků a jaká opatření ve smyslu zmírnění zátěže jsou přijata na jejich pracovištích.
- Zjistit subjektivní hodnocení psychické zátěže dle typu profese pečujících pracovníků.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Pomáhající profese

Pomáhající profese představují poměrně široký soubor nejrozličnějších povolání s odlišnými metodami a technikami mající vztah k bezprostřední práci s lidmi, mezi které patří příslušník Hasičského záchranného sboru, příslušník Policie ČR, pedagogický pracovník, pracovníci kosmetických a kadeřnických služeb a mnoho dalších. Z oblasti zdravotnictví do pomáhající profese připadá lékař, psycholog ve zdravotnictví, všeobecná sestra, zdravotnický asistent, zdravotně-sociální pracovník, fyzioterapeut, ošetřovatel a další. Tito pracovníci se často setkávají s těžkými životními situacemi svých klientů. Při každodenním kontaktu s mimořádně nelehkými osudy klientů to pracovníci pomáhajících profesí nemají opravdu jednoduché. Je asi málo lidí, kteří jsou vůči této zátěži odolní. (Kopřiva, 2000 in Plevová a kol., s. 197)

Základním nástrojem pomáhajících profesí je osobnost pomáhajících. V profesi pomáhajícího pracovníka je nezbytné, aby měl řadu předpokladů, dovedností a ochotu pomáhat druhým. Zároveň jsou lidé v těchto povoláních vystaveni větší míře rizikům, která jejich práce obnáší jako je psychická a fyzická zátěž. (Matoušek, 2003 in Plevová a kol., s. 197)

Hartl, Hartlová ve svém psychologickém slovníku definují pomáhající profesi jako: *„souhrnný název pro veškeré profese, jejichž teorie, výzkum a praxe se zaměřují na pomoc druhým, identifikaci a řešení jejich problémů a na získávání nových poznatků o člověku a jeho podmínkách k životu, tak aby mohla být pomoc účinnější.“* (Hartl, Hartlová, 2009, s. 185)

Ve zdravotnictví je týmová spolupráce nezbytná nejen k naplnění holistického přístupu a uspokojení pacientových potřeb, ale i k vyléčení nebo zabránění komplikací. Zdravotnický tým je tvořen mnoha zdravotnickými profesionály. Každý člen zdravotnického týmu má určité specifické kompetence uspořádané dle hierarchického žebříčku. Spolupráce zdravotnického týmu závisí mnohdy na podřízením se jiným nadřízeným. Všeobecná sestra je závislá na ordinaci lékaře, zatím co ošetřovatel vykonává pokyny, které se odvíjí od všeobecné sestry. (Plevová a kol., 2012, s. 105-106)

1.1 Zdravotně-sociální pracovník

Odborná způsobilost k výkonu povolání zdravotně-sociálního pracovníka spadá do hlavy II., § 10 Zákona č. 105/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2006 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů. (Zákon č. 96/2004 Sb.)

Zdravotně-sociální pracovník pracuje ve zdravotnickém zařízení, kde je jeho hlavním úkolem uspokojovat psycho-sociální potřeby klientů/pacientů. V dnešní medicíně se vyžaduje propojení spolupráce odborného týmu, kam právě patří i zdravotně-sociální pracovník. Tento začleněný pracovník v týmu získává pevnou pozici, která se odráží na jeho osobnosti a schopnostech. Zdravotně-sociální pracovník je v týmu samozřejmou a nepostradatelnou součástí, kde dochází k propojení spolupráce mezi klientem a jeho rodinou, organizacemi, fyzickými a právníckými osobami mimo zdravotnické zařízení a samostatnými členy interdisciplinárního týmu. Zdravotně-sociální pracovník se účastní pravidelných setkání na poradách a vizitách. Vše efektivně směřuje k pomoci klienta při řešení jeho situace v holistickém pojetí. Zdravotně-sociální pracovník by měl mít pro výkon své profese i určité osobní předpoklady, jako jsou sociální citění, empatie, umění naslouchat, samostatnost, asertivní jednání, důvěryhodnost, vzdělání a další. (Kuzníková a kol., 2011, s. 23-25)

1.2 Všeobecná sestra

Odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry je dána též legislativou o nelékařských zdravotnických povolání, hlava II., § 5. (Zákon č. 96/2004 Sb.)

Povolání všeobecné sestry je krásné, ale i náročné hlavně po stránce fyzické a psychické. Každá všeobecná sestra může být na své povolání hrdá. Rozvoj moderní společnosti posunulo ošetrovatelství i všeobecnou sestru spolu s ostatními zdravotnickými profesemi kupředu. Sestra byla vždy součástí týmu, který poskytuje základní péči nemocným. Od všeobecné sestry se očekává, že zvládne odbornou činnost, práci s moderní technikou, unese fyzickou a psychickou zátěž své práce, dovede ovlivnit a vést správným směrem prožívání a jednání nemocných, vykonává různé administrativní práce a v neposlední řadě je schopná se vypořádat s pracovními a rodinnými problémy, které život přináší. Součástí její

práce je také asistence lékařům a zajištění základní a speciální ošetrovatelské péče prostřednictvím ošetrovatelského procesu. K výkonu funkce všeobecné sestry jsou nezbytné i osobní předpoklady, a to např. empatie, odpovědnost, trpělivost, sociální citění, asertivní jednání a vzdělání. (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 62-63)

1.3 Ošetrovatel

Náplň profese ošetrovatele vychází také ze zákona o nelékařských zdravotnických povolání, hlava II., § 36. (Zákon č. 96/2004 Sb.)

Do pracovní náplně ošetrovatele v oboru ošetrovatelství patří činnosti podle § 37 vyhlášky 55/2011: provádění hygienické péče, prevence proleženin, úprava lůžka, pomoc při podávání stravy pacientům a popřípadě krmení, péče o vyprazdňování pacientů, měření tělesné teploty, výšky a hmotnosti, doprovázení pacienta na různá vyšetření, péče o úpravu prostředí pacienta, podílení se na zajištění herních aktivit dětí, provádění úpravy těla zemřelého, podílení se na kontrole, uložení léčivých přípravků a manipulace s nimi, podílení se na přejímání, kontrole, uložení zdravotnických prostředků a prádla a na manipulaci s nimi (dezinfekce a sterilizace) a pod přímým vedením všeobecné sestry, porodní asistentky, radiologického asistenta asistuje při určených ošetrovatelských, diagnostických nebo léčebných výkonech. (Vyhláška č. 55/2011 Sb.)

2 Psychická zátěž, stres

2.1 Definice stresu

V odborné literatuře se objevuje mnoho definic stresu. Slovo stres vychází z anglického výrazu „stress“ což znamená zátěž, napětí. Člověk je stresován tehdy, jestliže se nachází v tlaku stresorů, které ho ohrožují, a nedokáže se jim přizpůsobit nebo je nedokáže změnit. (Křivohlavý, 2009, s. 170)

Na vytvoření teorie stresu se nejvýznamněji podíleli W. B. Cannon, H. Seley a R. S. Lazarus. Cannon (1939) je považován za průkopníka stresu, který ho definoval jako teorii vnitřního prostředí. Stabilní vnitřní prostředí je spojeno s nervovým systémem, který významně přispívá k udržování homeostázy. Dále upozornil na dva odlišné způsoby reakce na stresor: bojem, pokud je možné zvládnout působící stresor, nebo útekem, pakliže nejsou zvládnutí zřejmé či nepravděpodobné. (Kebza, 2005, s. 116)

Za zakladatele stresové teorie je považován kanadský lékař Hans Seley, který začal tento pojem užívat asi od poloviny minulého století v roce 1950. Stres charakterizoval jako fyziologickou odezvu ohroženého organismu projevující se pomocí adaptačního syndromu. Organismus udržuje stálost svého vnitřního prostředí, které je předpokladem dobrého průběhu všech životních procesů a rovnováhy životních funkcí. Na změny reaguje nějakou regulační činností – adaptací. Právě stres udává zvýšené požadavky na adaptační schopnosti organismu a rozvíjí ho. (Švingalová, 2006, s. 8)

Další historicky významnou změnou ve výzkumu stresu bývá považován R. S. Lazarus, který kladl hlavní důraz na kognitivní determinant stresoru a jeho hodnocení (Kebza, 2005, s. 117). Soustředil se na to co se děje v psychice člověka, nacházejícího se v těžké životní situaci. Snažil se vystihnout přicházející nebezpečí, které by mohlo ohrozit člověka. (Křivohlavý, 2009, s. 168-169)

2.2 Pojem stres

V dnešní uspěchané době je stresem obklopen každý z nás. Stres je spojen se situacemi obtížnými, ohrožujícími, kdy výrazně narušuje rovnováhu organismu a vyvolává změny v hormonálním, oběhovém a imunitním systému. (Paulík, 2010, s. 41)

Dlouhodobé vystavení stresu vede k nepříjemným emocím, jakou jsou úzkost a deprese. V mnoha případech přispívá ke vzniku lehké či těžké psychické či tělesné nemoci. (Herman, Doubek, 2008. s. 9)

Měli bychom si uvědomit důležitost, že každý člověk je individuum a vycházet z toho, že každý má také svůj psycho-bio-socio-spirituálně-ekologický systém. Úvahy o zátěžových podnětech i odpovědích zahrnují všechny komponenty chování a prožívání a respektují spojitost organismu a jeho vnějšího prostředí. Z takového názoru je možné stres chápat jako specifický případ obecněji rozumět zátěži. Jde o stav, ve kterém míra zátěže přesahuje mez adaptačních schopností organismu za daných podmínek. Míra je stanovena podílem expozičních a distančních faktorů. Expozicí rozumíme subjekt, který je vystaven a rovněž musí dostát. Dispozice představuje osobnostní předpoklady pro zvládnání určených nároků. Ke stresové situaci dochází při rozporu mezi expozičními a dispozičními faktory. (Hladký a kol, 1993 in Paulík, 2010, s. 41)

2.3 Druhy stresu

V běžném životě se o stresu hovoří jako o události nebo situaci, které obvykle způsobují reakci v podobě „distresu“ (špatného stresu) nebo přijatelného „dobrého“ stresu, kterému se říká eustres. Tento druh stresu je spojován s překonáváním překážek s příjemným očekáváním, jde vlastně o situaci, kterou máme pod kontrolou. (Praško, Prašková, 2007, s. 14)

Nezapomínat na to, že eustres, i když má pro nás příjemný a i prospěšný vliv, je stále stresem. Vyvolává v nás celkové napětí a neklid. Každý z nás si občas potřebuje od napětí odpočinout, aby se dostal do stavu psychického a fyzického uvolnění, tedy do klidu. Nejpřirozenější zvolenou metodou pro klid je spánek. (Plamínek, 2013, s. 170)

Naopak proti tomu je distres, který se objevuje tam, kde nezvládáme situace, cítíme se přetížení a ztrácíme kontrolu. (Praško, Prašková, 2007, s. 14)

2.4 Problematika stresu

2.4.1 Stresová reakce

Stres nastane v situaci, kdy dojde k narušení rovnováhy mezi porušením tělesného a duševního blaha tak, že lidé se stětnout s událostmi, které jsou pro ně velkým ohrožením. Tyto události nazýváme stresory a reakce lidí na stresory jsou stresové reakce. (Herman, Doubek, 2008, s. 9)

Stresová reakce je odpověď organismu na stresory a může se projevit bojem nebo útekem. Dochází tak k narušení integrity organismu, která se výrazně odchyluje od normálu. Obnovují se silnější obranné nebo kompenzační mechanismy než při porušení homeostázy. (Bartůňková, 2010, s. 16)

2.4.2 Stresory

Stresory jsou faktory negativně působící na člověka, které vyvolávají stres. Velkou roli stresoru hraje intenzita se svojí variační šíří, ale i míra akceptace stresoru. Se stresory, které na nás působí se s nimi lze vyrovnat neboli, je můžeme zvládnout (Bartůňková, 2010, s. 16). Mezi stresory patří řada podnětů a situací, jako jsou např. nedostatek potravy či tekutiny, působení jednoho člověka na druhého, situace osamění, nedostatek času a místa. (Křivohlavý, 1994 in Ulrichová, 2012, s. 19)

Lidské stresory mohou být rozděleny podle různých hledisek:

- Fyzikální – teplo, chlad, otřesy, vibrace, hluk, tlak, záření, elektrický proud.
- Chemické – jedy, toxiny, alkohol, infekce, otravy, hypoglykémie.
- Biologické – hlad, žízeň, bolest, patologické stavy, bakterie, úrazy.
- Psychosociální – úzkost a strach z různých životních událostí či situací např. ze zkoušky, ze sexuální nedostatečnosti, z bolesti, z nemoci a ze smrti. (Bartůňková, 2010, s. 16)

Stresory se také rozlišují podle speciálních termínů na malé (mikrostresory), vyjadřující mírné až velmi mírné podmínky stresu např. dlouhodobě pociťovaný nedostatek lásky nebo problémy v mezilidských vztazích a na velké (makrostresory), které jsou děsivé, deptající a vše ničí vlivy, přesahující hranici zvladatelnosti např. zemětřesení, děsivé sny, psychická traumata. (Venglářová a kol., 2011, s. 51)

Zdrojem pracovního stresu mohou být stresory v sociálním pracovním prostředí (mezilidské konflikty, prostředí pracoviště, konflikty v pracovní pozici a roli, konflikty v komunikaci), organizaci práce (pracovní, organizační podmínky a postupy), obsahu práce (nároky související s vlastní pracovní funkcí, kvalita práce, odpovědnost a pracovní výkon zaměstnance, nízká samostatnost zaměstnance), profesním rozvoji (nejasný kariérní řád, nevyužití kvalifikace, nerozvíjející se osobní a kariérní růst) a ve fyzickém pracovním prostředí (hluk, prach, teplota, vyrušování jinými spolupracovníky a bezpečnost práce). (Švingalová, 2006, s. 14)

V teorii stresu se hovoří nejen o stresorech, ale i o salutorech, o kterých můžeme říct, že jsou povzbuzující a posilující faktory. Dodávají člověku sílu, výdrž a odvalu v boji se stresorem. (Křivohlavý, 2009, s. 170)

2.4.3 Salutory

Autorem salutogenetického modelu je lékař a sociolog Aaron Antonovsky, který v 80. letech 20. století zkoumal výzkum mezi izraelskými ženami, jež prošly koncentračními tábory. Antonovsky očekával, že tyto ženy budou hluboce duševně otřeseny. Jeho studií zjistil, že 29 % žen bylo po psychické stránce zcela v pořádku. Zkoumal i působení patogenů na člověka, a jaké obranné mechanismy mu pomáhají zvládat nadměrnou zátěž. Dále se zabýval obecnými faktory, které zdraví posilují – odtud tedy název salutogeneze (salus = zdraví; geneze = vznik, vývoj). (Stock, 2010, s. 50)

Salutory chápeme jako pozitivní životní faktory, kterými může být smysluplnost vykonávané činnosti, pocit úspěchu, pochvala a uznání od okolí, přesvědčení o hodnotě toho, o čem se snažíme. Tyto pozitivní životní faktory - salutory se snažíme vyhledávat a pečovat o ně, aby bylo pečováno i o naše psychické zdraví. Ideální je, pokud jsou stresory a salutory v rovnováze. (Křivohlavý, 2009, s. 170)

2.5 Vývoj stresové reakce

Mezi zdraví řadíme mnoho dimenzí, které nejpřesněji vystihuje již zmíněná definice WHO, vymezující zdraví jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady. Souhrn tohoto pohledu obrací pozornost k psychosociálním vlivům. Epidemiologické studie životního stresu poukazují na souvislost psychické zátěže,

stresu a zdravotního stavu člověka. Při popisu analýzy společného ovlivnění pracovní zátěže a zdravotních problémů Štikar (2004) zdůrazňuje, že pracovní zátěž je spojena s projevy v oblasti psychické, fyziologické, a behaviorální. Do psychické oblasti řadí krátkodobé stavy, jako jsou únava, emoční a náladové stavy. Uvádí že, dlouhodobé působení stresu může vést k psychické i somatické sféře. Za významný rizikový faktor v této souvislosti popisuje i zdravotně významné chování. Pod tímto pojmenováním řadí alkohol, kouření, nesprávné stravovací zvyklosti a nedostatek pohybu. Další rizikové faktory, které souvisejí se stresem, jsou některé osobnostní vlastnosti, styl vyrovnání se se stresem, potlačování emocí a přehnaná racionalita. (Štikar, Rymeš, 2000 in Peclák, 2013, s. 46)

Vývoj stresové reakce se projevuje v symptomech tzv. obecného adaptačního syndromu, kterým se náš organismus vyrovnává s působením zátěžové situace. Adaptační syndrom probíhá ve třech stresových reakcích:

- 1. Poplachová (alarmová) fáze** je charakterizována aktivací obranných reakcí organismu ke zvládnutí zátěže. V počátečním stadiu této reakce se objevuje šok a pak následuje druhé stádium antišok, kdy se reakce snižuje. Tato fáze je vedena sympatikem.
- 2. Fáze rezistence (vyrovnávací)** je charakterizována schopností organismu zvládat či hledat strategie, které mohou vést ke zmírnění a odstranění stresu, nebo se organismus na stres adaptuje. Tato fáze je vedena parasympatikem.
- 3. Fáze vyčerpání (exhause)** je pokud přetrvává stresor příliš dlouho, tím dochází k selhání obranných mechanismů a k hroucení se organismu, který stresu podléhá. Celkové selhání může vyvolat onemocnění, ale i smrt. Tato fáze se projevuje zlostí, zoufalstvím, nebo naopak apatií. (Venglářová a kol, 2011, s. 56-57)

Z výše uvedených informací platí, že pokud dochází opakovaně ke spouštění stresové reakce, nebo se nám nedaří na konci stresové události vypnout, může být reakce stejně tak škodlivá jako některé stresory. Se stresem souvisí i řada různých onemocnění (kardiovaskulární, onkologická, respirační, sexuologická i neurologická onem.), které mají velký podíl na poruchách z nepřiměřené stresové reakce. Lze říci, že chronické stresory mohou potenciálně způsobit potíže, ze kterých onemocníte. (Joshya, 2007, s. 25)

2.6 Stres jako psychická reakce

Psychické reakce na stresor se mohou velice lišit. Stresové situace, které vyvolávají u jedince různé emoce v rozpětí od veselé, radostné nálady až po úzkost, vztek, sklíčenost a depresi. Jedinec s veselou náladou vnímá stresovou situaci jako náročnou, ale zvladatelnou. Naopak je tomu tak, když stresová situace přetrvává, emoce kolísají a schylují se k úzkosti až k depresi.

Úzkost je charakterizována nepříjemnou kombinací emocí projevující se strachem, starostí, obavou a napětím, které občas prožívají všichni lidé. (Herman, Doubek, 2008, s. 11) Úzkost je také spojována s nepříjemnými tělesnými pocity (svalová tenze, slabost, bušení srdce, zrychlení dechu a tepu). V lidském životě je úzkost přirozeným jevem, upozorňující na možné ohrožení a je rovněž i obranou proti němu. (Paulík, 2010, s. 55)

Nejčastější reakcí na stres je aktivní agrese, opačnou, ale rovněž běžnou reakcí je uzavření se do sebe a apatie. Při dlouhodobém působení stresových podmínek dochází u jedince k nezvládnutí této situace a tím apatie může přerůst v depresi. (Herman, Doubek, 2008, s. 12)

2.7 Stres jako fyziologická reakce

U každého člověka je stres tělesnou či biologickou reakcí, která je pozůstatkem historie lidského vývoje. Tato reakce se projeví u každého jedince přibližně stejně, ale každý jedinec ji vnímá odlišným způsobem. Každého z nás stresuje něco jiného např. v zaměstnání, může někoho vyvést z míry splnění těžšího úkolu a někoho se to vůbec nedotkne, spíše ho to posílí. Mozek, který hraje hlavní roli při vzniku stresu, má za úkol stres překonat a zároveň vyvolat fyziologickou reakci. Automatická stresová reakce v organismu probíhá na ose hypotalamus – hypofýzy – nadledvin. Stresová reakce je vedena dvěma mechanismy: nervovým řízením, které vede sympatikus (osa hypotalamus – dřeň nadledvin) a humorálním řízením, které vede hypofýza (osa hypotalamus – hypofýza – kůra nadledvin).

Při nervovém řízení udeří složka nervová pomocí sympatického vegetativního nervového systému, do dřene nadledvin, kde způsobí vyplavení adrenalinu a noradrenalinu do krve. Díky vyplavenému adrenalinu dojde k reakci spojené s útokem, či útekem, a tím dochází ke zvýšené potřebě živin a energie do svalů a dalších orgánů. Zvyšuje se i prokrvení v orgánech např. z trávicího ústrojí se krev odvádí. Tělo pod probíhajícím stresem reaguje

zrychlením srdeční činnosti a dýcháním, zvýšením krevního tlaku a cukru. Tato krátká adrenalinová etapa působí v méně náročných situacích.

Následující je druhá humorální etapa zvyšující produkci adrenokortikotropní (ACTH) sekrece. Ta postupuje přes hypotalamus a hypofýzu do kůry nadledvin, kde se produkují hormony tzv. kortikoidy uvolňující se do metabolismu organismu. Tělo se připravuje na „boj“ delšího charakteru. Biochemické následky samotné fáze nastupují pomaleji s déletrvající účinností a vystupují v situacích vyčerpání. Kortikoidy spouštějí imunitní systém, tlumí záněty a uvolňují energii z jater. (Venglářová a kol., 2011, s. 54-56)

2.8 Příznaky stresu

Příznaky se v podstatě dají rozdělit na fyziologické, emocionální a behaviorální. Působí tam, kde je člověk v distresu. Fyziologické příznaky se projevují odpovědí organismu, na který působí stres. Člověk ve stresu má takové příznaky, které jsou nejobjektivnějšími údaji, o tom jak mu je. Mezi fyziologické symptomy můžeme zařadit spousty projevů vyskytující se u každého jedince rozdílně. Mohou to být příznaky jako palpitace, stenokardie, nechutenství, plynatost, křečovitě bolesti břicha, pocit nucení na moč, snížení až nezájem sexuální touhy, nepravidelnost menstruačního cyklu. Nepříjemné pocity v rukou a nohou, svalové napětí, nesnesitelné bolesti hlavy až migréna, pocit cizího tělesa v krku, nesoustředěné vidění případně i dvojité vidění.

Emocionální symptomy vyvolávají u člověka citové reakce, které se odrážejí v naší vnitřní schránce. Mezi emocionální - citové příznaky stresu patří náhlé a nápadné změny nálad (od radosti k smutku a naopak), přílišné trápení se s banálními věcmi, snížená emocionální náklonost, sympatie či empatie, přehnané starosti o vlastní zdraví, omezení sociálních kontaktů a komunikace. Nadměrné pocity únavy, snížená pozornost a soustředění, zvýšená podrážděnost a úzkostlivost.

Poslední částí jsou behaviorální příznaky odrážející se v chování a jednání lidí ve stresu, kam patří nerozhodnost, sklon k nemocím, nesoustředěnost za volantem, zvýšená absence v práci, zanedbávání kvality práce, unikání odpovědnosti, podvádění a lhaní v práci, změny ve stravování (hladovění, přejídání), změny životního stylu a rytmu (sklon k větší konzumaci alkoholu, závislost na drogách či tabletek na uklidnění, poruchy spánku spojené s nočním bděním a pozdním vstáváním).

Ke zjištění a měření stresového stavu se používají různé dotazníky. Badatel Hans Selye nasbíral okolo tisíc různých druhů dotazníků zaměřených na zjišťování stresu. Řada těchto dotazníků je i u nás publikována. (Křivohlavý, 2009, s. 180-181)

2.9 Nemoci způsobené stresem

Víme fakt, že stres má vliv na naše zdraví, a že také může ovlivnit průběh každé nemoci nebo může být jejím spouštěčem. Vznik nemocí jakéhokoli systému může způsobovat právě stres, který má na onemocnění negativní vliv.

Oběhová soustava má vliv na rozvíjející se hypertenzi a na vznik koronárních chorob. V gastrointestinálním traktu probíhají procesy jako je zvracení, žaludeční vředy a dráždivý syndrom tračnicku. Imunitní systém má dopad na sníženou obranyschopnost k nemocem, větší únavu a lhostejnost. Častý pocit na močení a impotence se odehrávají v genitourinární soustavě. V Pohybovém systému dochází k bolesti zad, krku, hrudníku a hlavy. Respirační soustava ovlivňuje dechovou nedostatečnost, hyperventilaci a astma. V kožním systému vznikají ekzémy, alergie, furunkly a abscesy. Stresové situace mohou také napomáhat na vzniku dalších onemocnění např. rakovina, tuberkulóza apod. (Venglářová a kol., 2011, s. 61-63)

2.10 Psychická zátěž a stres v pracovním procesu

Psychickou zátěží v pracovním prostředí se zabývá psychologie práce, která hodnotí nároky na psychické procesy. Tyto procesy se dělí do tří forem psychické zátěže, a to na senzoričnou (smyslovou) zátěž, mentální zátěž a emoční zátěž. Senzoričnou zátěž vnímá činnost zatížených smyslových orgánů zejména zraku a sluchu, vyplývající z požadavků práce. Mentální zátěž představuje zvýšené požadavky na zpracování informací kladoucí nároky na psychickou oblast především v pozornosti, paměti, představivosti, myšlení a rozhodování. Emoční zátěž je následkem rizikových situací a zvýšených požadavků projevující se afektivní odezvou. Dlouhodobé působení psychické zátěže může vyústit v poruchy zdraví. Z psychosomatických onemocnění to může být např. zvýšený krevní tlak nebo žaludeční vředy a z oblasti mentálního zdraví např. úzkost, deprese a změny nálady.

Psychická pracovní zátěž se hodnotí pomocí několika metod. Jedna z nich je založena na subjektivním hodnocení zátěže (hodnocení samotnými pracovníky). Objektívni hodnocení

se provádí pomocí psychologických výkonových testů (zjišťují funkční stav centrální nervové soustavy) a psychofyziologických metod, které zjišťují odezvu organismu na psychickou zátěž (např. sledování srdeční frekvence, dechové frekvence a krevního tlaku). (Tuček a kol., 2012, s. 215-216)

Psychická zátěž je řazena do kategorií dle vyhlášky stanovující podmínky pro zařazování prací do kategorií (v příloze vyhlášky - 10. Psychická zátěž). Řadí se do druhé a třetí kategorie, pokud je pracovní výkon delší jak 4 hodiny za směnu. Druhá kategorie je charakterizována v trvalé monotónní práci, práci ve vnučeném pracovním tempu a ve třísměnném a nepřetržitém pracovním provozu. Do třetí kategorie jsou řazeny práce obsahující všechny faktory z druhé kategorie a probíhají pouze v nočních směnách. (Vyhláška č. 432/2003 Sb.)

Zásady ochrany zdraví při psychické zátěži

- Zmírnit zátěž technickými úpravami pracovních prostředků, pracovišť či pracovních metod (ergonomická úprava pracovního místa).
- Vhodná organizace práce (střídání pracovních činností a rotace pracovníků).
- Vhodný režim práce a odpočinku (přestávky - zamezí nárůstu únavy a poklesu pracovní výkonnosti a rotace směn).
- Omezení pracovních přesčasů a příliš dlouhých směn.
- Vhodný počet pracovníků na pracovišti (předcházení nepřiměřené zátěži).
- Výběr pracovníků na exponovaná pracoviště dle psychologických kritérií.
- Lékařská péče o zaměstnance (preventivní prohlídky).
- Zácvik nových zaměstnanců nebo při zadávání nových úkolů.
- Vzájemná výměna informací mezi zaměstnavatelem a zaměstnancem.
- Při monotonii a vnučeném pracovním tempu, by měli být přestávky každé dvě hodiny v trvání 5 až 10 minut nebo zajistit střídání pracovní činnosti či zaměstnanců. (Tuček a kol., 2012, s. 216-217)

2.10.1 Rizikové faktory psychické zátěže v pracovním prostředí

Mezi nejčastější rizikové faktory psychické zátěže patří pracovní prostředí. Psychická zátěž v pracovním procesu se týká všech pracovních podmínek a faktorů hodnocení práce. Spadá mezi nejsledovanější z hlediska psychické zátěže. Kam jsou řazena jednotlivá kritéria a oblasti: časový tlak a intenzita práce, monotonie pracovní náplně, vícesměnný provoz,

pracovní odpovědnost, vnucené pracovní tempo, nároky v oblasti komunikace a spolupráce, vlivy narušující soustředění (hluk, osvětlení, teplota prostředí), riziko ohrožení vlastního zdraví i jiných osob, podmínky pracovního prostředí a problémy ve vztazích na pracovišti (šikana, mobbing). (Blažková, 2008)

Postup u posuzování psychické náročnosti v pracovním procesu spočívá hlavně v určení typu prováděných úkolů, počtu prováděných úkolů, možnosti variability polohy těla, řazení a různosti mentálních úkolů, možnosti vlastního rozhodování, spolupráce s dalšími osobami, motivace k plnění úkolů, rychlosti rozhodování, vazby na tempo stroje a mezilidské pracovní vztahy. (Tuček a kol., 2012, s. 216)

Pracovníci mohou být také vystaveni na svém pracovišti nebezpečným faktorům prostředí. Mezi faktory pracovního prostředí patří prach, chemické látky, hluk, vibrace, ionizující záření, neionizující záření, fyzická zátěž, psychická zátěž, biologické faktory a mikroklimatické podmínky. (Tuček a kol., 2012, 185-212)

U rizikových faktorů pracovních podmínek je zaveden systém kategorizace prací posuzující pracovní rizikovost. Práce se podle míry výskytu rizikových faktorů pracovního prostředí charakterizuje do čtyř kategorií. Za první kategorii se považují práce, kde není rizikový faktor, a pracovní podmínky jsou optimální. Druhá kategorie pracoviště je v případě míry zátěže únosná. Nepříznivý vliv na zdraví se vyskytuje jen výjimečně, zejména u vnímaných jedinců. V této kategorii nejsou překračovány hygienické limity stanovené předpisy. Ve třetí kategorii dochází k překračování hygienických limitů. Pracovní podmínky vyžadují používat osobní ochranné pracovní prostředky. Za kategorii čtvrtou se pokládají práce, při nichž je nejzávažnější riziko ohrožení zdraví. Na pracovištích musí být dodržován soubor preventivních ochranných opatření. (Pelclová a kol., 2014, s. 31)

2.11 Zvládání stresu a zátěže

Při postupech zvládání stresu, vstupují do popředí děje, které v zátěžových situacích probíhají. Když se hovoří o zvládání stresu, tak se používá termín coping. Coping je proces, ve kterém se jedinec snaží zvládnout stresové situace. Do copingového procesu jsou zahrnuty i obranné mechanismy. Na zvládání stresu se podílejí a rozhodují faktory, které patří k individuálním zvláštnostem, jako jsou věk, zkušenosti, pohlaví, intelektuální a rozumové schopnosti. (Ulrichová, 2012, s. 45).

V literatuře věnující se studiu pohlaví a jeho vlivu na způsob a strategii zvládání stresu, byl definován předpoklad, že muži oproti ženám reagují na stres jinak. U mužů se spíše objevuje reakce na stres agresí, ale u žen převládá spíše deprese. (Bateson, 2000 in Kebza, 2005, s. 124)

Strategie zvládání stresu má za úkol zachovat nebo znovu obnovit psychickou a fyzickou rovnováhu jedince. Jedinec se při střetu se stresem snaží odstraňovat především jeho příčiny s cílem předcházet důsledkům stresu. (Švingalová, 2006, s. 26)

2.11.1 Coping

Lazarus určil dvě hlavní strategie zvládání (typy copingu), podle toho, jak působí: zvládání zaměřené na problém (problem-focused coping) a zvládání zaměřené na emoce (emotion-focused coping). Jednotlivé typy se uplatňují podle výsledků hodnocení situace. Zvládání zaměřené na problém znamená, že je možno něco dělat. Jde o přímou akci usilující k řešení problémů. Ta spočívá v tom, aby došlo k využití potřebných informací, které se uplatní při změně vlastního chování nebo vyhledání sociální podpory a jiné pomoci od druhých lidí. Zvládání zaměřené na emoci vyústí do závěru, že se nic dělat nedá, problém není řešitelný. Emoce přenášejí do stresových situací škody nebo jejich riziko. Jedinec se snaží vyhnout myšlenkám na ohrožení, uzavírá se do sebe, aby mohl přemítat o události a o tom, co se děje nebo co se bude dít a jak se se situací vyrovnat resp. nevyrovnat. (Paulík, 2010, s. 79-80)

2.11.2 Obranné mechanismy

Vedle zvládání stresu existují i určité obranné mechanismy zabezpečující adaptace na subjektivně nepříjemné skutečnosti ohrožující obraz o sobě. Jsou to obranné mechanismy, jejichž základem je změna hodnocení a prožívání vnímané reality. Tyto mechanismy Freund popsal, jako procesy vztahující se k nevědomému vytěsnění a vědomému potlačení. Vytěsnění je založeno na odstranění nepříjemných pocitů, impulsů a myšlenek, které jsou vyloučeny z vědomí. Potlačení se liší od vytěsnění v tom, že potlačení je odloženo na později. Popírá důležitost nepříjemných pocitů a myšlenek a snaží se přesunout pozornost na jiné věci. Existuje celá řada obranných mechanismů, jako je např. regrese (návrat k dřívějšímu chování a prožívání odpovídající mladšímu věku, než je věk dospělé osoby), projekci (promítání a přisouvání svých pocitů a vlastností jiným osobám), racionalizace (zdůvodněné chování,

kteře by jinak bylo nepřipustné), bagatelizace (snižování hodnoty nebo cíle, které nemůžeme získat), reaktivní výtvor (chování a postoj jsou opačné než skutečné pocity, člověk se chová protikladně k tomu, než jak by se ve skutečnosti rád choval) apod. (Paulík, 2010, 77-78)

2.11.3 Sociální opora

V životě se každý z nás setká s obtížnými situacemi, se kterými si sám nedokáže poradit. V tu chvíli potřebuje pomoc druhých, sociální oporu. Sociální opora bývá formulována jako pomoc osobám nacházející se v zátěžové situaci s dostupností druhých osob či skupin, které k nim mají vztah, starost a cení si je. Sociální začlenění jedince do sociálního systému je významným činitelem jeho psychické pohody a zdraví. Bez sociální opory dochází k snižování šance jedince, zvládnout jeho krizi nebo řešit problémy a zároveň se zvyšuje zdravotní rizikový faktor.

Sociální epidemiologové odhalují důležitost sociální opory v postupu adaptivního zvládnání, při snižování následků životních situacích, jako faktoru zmírňujícího incidenci chorob a mortalitu. Sheridan a Radmacher (1992) ji pokládají za jeden z nejdůkladněji prozkoumaných pramenů stresové odolnosti. (Sheridan, Radmacher, 1992 in Pelcák, 2013, s. 81-82)

Lze rozlišit sociální oporu na tři úrovně. První úroveň neboli makroúroveň zaměřující se na celospolečenskou formu pomoci v aktivitách nejbližší komunity. Středem sociální opory je meziúroveň, kam spadá rozsah a kvalita pomoci v sociální síti jednotlivce (spolupracovník, kamarád, příbuzní). Poslední úroveň se týká mikroúrovně, která pomáhá jednotlivci prostřednictvím jeho intimních vztahů (pomoc matky dítěti, pomoc jednoho manžela druhému). (Kebza, 2005, s. 153)

Existují i jednotlivé druhy sociální opory, které jsou rozlišeny do čtyř složek: instrumentální, informační, emocionální a hodnotící. Instrumentální opora poskytuje pomoc v obtížné finanční a materiální situaci. Informační opora pomáhá jedinci ve zprostředkování informací nebo rad, kterému jsou nápomocí v jeho situaci, do níž se dostal. Emocionální opora umožňuje empatickou formu a emocionální blízkost s laskavým jednáním. Hodnotící opora podporuje jedince v kontaktu a komunikaci, jež je posilováno jeho kladné sebehodnocení a sebevědomí. (Křivohlavý, 2009, s. 97-98)

2.11.4 Hardiness jako osobnostní zdroj zvládnání

Slovo Hardiness má význam tuhosti, pevnosti, zdatnosti, nezdolnosti, zocelenosti se schopností vytrvale odolávat či bojovat s těžkostmi. U nás se interpretuje jako nezdolnost. Svým charakterem patří k optimální výbavě jedince, kdy se soustředí na omezení aktivity sympatiku při reakci na působení stresoru. (Paulík, 2010, s. 108)

Dle Vágnerové jde o schopnost vyrovnat se s těžkými životními situacemi bez nepřiměřených a nežádoucích reakcí. (Vágnerová, 2004 in Pelcák, 2013, s. 72). Například Kobasa označuje hardiness jako proměnnou řešící vztah mezi stresogenní událostí a nemocí. (Kobasa, 1979 in Pelcák, 2013, s. 72).

Hardiness je charakterizován třemi základními složkami, jimiž jsou: přesvědčení o vlastních možnostech ovlivňující události ve svém životě (control), výzva jako podmínka a podnět dalšího vývoje (challenge) a osobní zaujetí (commitment) se schopností se angažovat v příslušné činnosti. (Paulík, 2010, s. 108)

2.12 Prevence stresu a zátěže

Primární antistresová prevence je založena na myšlení, které je orientované na zdraví neboli tzv. salutogenní myšlení. Jeho součástí jsou srozumitelnost (porozumět sám sobě a svému okolí), zvládnutelnost (věřit si a být si vědom svých vlastních schopností a možností) a smysluplnost (věci v lidském životě mají řád a smysl, které je třeba řešit). Prevence stresu má určitá obecná pravidla. Mezi ně patří znát sám sebe a své schopnosti, zvládat své emoce, vytyčit si dosažitelné cíle, rozpoznat působení různých stresorů a včas odhadnout stresovou situaci, umět odlišit podstatné a méně podstatné, ovlivnitelné a neovlivnitelné. Dále umět přijmout obtíže a nenechat se odradit, podporovat si zdravý životní styl, zmírňovat škodliviny, dostatečně relaxovat, mít dostatek pohybu, dostatečně se věnovat svým koníčkům, být asertivní, iniciativní a případně použít i útok. Součástí prevence jsou také obecné antistresové techniky. Spadá mezi ně vyloučení stresoru (pokud je to možné), dostatek odpočinku (spánek a relaxace), používat různá dechová cvičení, uvědomit si své negativní pocity a vést je k relaxaci, různé druhy meditací, speciální autogenní trénink, jóga, relaxační cvičení, sport, relaxační masáže a jiné techniky. (Bartůňková, 2010, s. 112-113)

Bojovat proti stresu lze pomocí různých anti stresových preventivních programů, které jsem tu zmínila. Tyto programy mají velký vliv na podporu klidného, bezkonfliktního sociálního zázemí jedince a jeho životní perspektivy. Do prevence zvládnání stresu bych určitě

zařadila i humor. Ten v nás dokáže vyvolat smích, což je fyziologická aktivita, která umí zregenerovat organismus nestresovým způsobem a problém se může stát menším. (Švingalová, 2006, s. 31-32)

3 Syndrom vyhoření

Na začátek této kapitoly bych se zmínila o odlišnosti syndromu vyhoření od stresu. Stres v mnoha ohledech může odpovídat tělesným příznakům syndromu vyhoření. Tělesné symptomy vyhoření tedy vyplívají ze stresu. Z toho plyne, že stres je příčina a syndrom vyhoření je důsledek. Tento syndrom je vyvolán výhradně chronickým stresem a dlouhodobým stavem nevyváženosti mezi zátěží a fází klidu, tedy mezi aktivitou a odpočinkem. Rovnováha mezi těmito dvěma póly je v případě syndromu vyhoření poškozená. (Stock, 2010, s. 15)

3.1 Pojem syndrom vyhoření

Matoušek ve svém slovníku sociální práce popisuje syndrom vyhoření jako: „*soubor příznaků vyskytující se u pracovníků pomáhajících profesí odvozený z dlouhodobé nekompenzované zátěže, kterou přináší práce s lidmi. Je to stav psychického, někdy i celkového vyčerpání doprovázený pocity beznaděje, obavami, případně i zlostí.*“ (Matoušek, 2008, s. 246)

Pojem syndrom vyhoření byl poprvé do literatury uveden H. Freudenbergerem v roce 1974. Hlavní vlna zájmu o tuto problematiku se začala vzápětí zvedat na přelomu 70. a 80. let 20. století ve vztahu k převážné většině profesí, u nichž lze výskyt syndromu vyhoření předpokládat. (Kebza, 2005, s. 133). Pro syndrom vyhoření je typické, že se projevuje hlavně v psychice postiženého. Navenek není na první pohled vidět. Ukáže se, až mnohem později. Postihuje zejména pracovníky tzv. pomáhajících profesí. (Venglářová a kol., 2011, s. 23)

V literatuře je řada pojetí a vymezení syndromu vyhoření, jež se často v různých aspektech vzájemně liší. Lze však konstatovat, že většina pojetí se shodují a syndrom vyhoření charakterizují jako psychický stav vyčerpání, vyskytující se u profesí, které mají podstatnou složku pracovní náplně „práce s lidmi“. Dalším charakteristickým rysem je řada symptomů především v oblasti psychické, částečně též v oblasti fyzické a sociální. Klíčovou složkou syndromu je vyčerpání a „opotřebení“ a často se vyskytující celková únava. Všechny hlavní složky tohoto syndromu vychází z chronického stresu. (Kebza, 2005, s. 135)

3.2 Příznaky syndromu vyhoření

Mezi první varovné příznaky patří pocity nezvládnání práce, zpochybňování smysluplnosti práce, vyhořelý působí nervózním, nespokojeným a podrážděným dojmem a má tělesné obtíže.

Příznaky se dělí do tří oblastí:

1. **Tělesné vyčerpání** se projevuje dlouhotrvající únavou, sníženou energií, svalovými bolestmi, tělesnou slabostí, častějším sklonem k nemocem, kolísání hmotnosti. Objevuje se rychlejší unavitelnost a tím i vyšší potřeba spánku, který je nekvalitní. Ráno po probuzení je člověk nevyspaný a neodpočatý. Práce a sport způsobují fyzickou únavu, která po odpočinku přejde. Fyzická únava také souvisí s pocity viny a selhání.
2. **Psychické vyčerpání** způsobuje změny v negativních myšlenkách a postojích k sobě i k jiným. Vyčerpaný člověk vidí svůj život jako „jednu velkou katastrofu“. Chová se cynicky, negativisticky a pesimisticky. Nové věci u něho vyvolávají strach, protože si nevěří. Má problémy se soustředěním a objevující se zapomětivostí. Dochází k potlačení celkové aktivity a ztrátě tvořivosti. Jeho život a práce přestává mít smysl, mohou přijít i sebevražedné myšlenky.
3. **Emocionální vyčerpání** působí na člověka tak, že se cítí citově vysátý a už nechce slyšet další trápení a starosti jiných lidí. Má pocit prázdna, beznaděje, bezmoci, už nechce být empatický, vyhýbá se kontaktu s lidmi a uzavírá se do sebe. Ztrácí se radost při práci s lidmi a postupně se to přenáší i do rodiny. Rodinu a přátele začíná vnímat jako další přítěž. (Venglářová a kol., 2011, s. 24-25)

3.4 Rizikové faktory syndromu vyhoření

V pracovním procesu je mnoho podnětů, které přispívají ke vzniku a rozvoji syndromu vyhoření a jsou tak považovány za rizikové faktory. V odborných zdrojích jsou uváděny také faktory protektivní (tj. syndrom vyhoření tlumící), o kterých se v této kapitole zmíním. (Švingalová, 2006, s. 52)

Mezi rizikové faktory syndromu vyhoření patří: vysoké pracovní nasazení a tempo, snaha udělat si všechno sám, zvýšená pozornost k cizím problémům, soustředěnost na detaily, dosažení nereálných cílů a očekávání, pracovní rutina, špatné sestavení životního žebříčku

priorit, špatný fyzický stav, odmítání pomoci ze strany druhých, nízká úroveň zdravé asertivity, neschopnost říci „ne“ vůči dalším povinnostem a zodpovědnostem, přílišná odpovědnost při emoční podpoře druhým. (Herman, Doubek, 2008, s. 47)

Faktory protektivní, které příznivě podporují, jsou: dostatečná asertivita, schopnost organizovat svůj čas, schopnost odpočívat, umění se nedostat pod časový tlak, pracovní charakter a pestrost své práce, odolnost vůči pracovní zátěži, pocit dostatku společenského a ekonomického uznání své profese, přiměřená sebedůvěra a sebehodnocení, víra ve vlastní schopnosti a sebeuplatnění, spokojenost se svým životem, pocit osobní pohody, pozitivní emoční ladění, dispoziční optimismus a znalost toho, kde hledat odbornou pomoc. (Kebza, Šolcová, 2003, s. 16-17)

3.5 Fáze vývoje syndromu vyhoření

Jednotlivé fáze syndromu mohou být na člověku výrazně patrné jiné naopak nenápadné. U vyhořelého pracovníka, který se vyznačuje citovou otrlostí vůči klientům, může dojít až k profesionální deformaci, což znamená naprostá lhostejnost ke stavu a osudu klienta.

Jedním pojetí vývoje syndromu vyhoření je koncepce čtyř základních fází vyhoření, které stanovila autorka Ch. Maslachová (1976). Podstatovou první fáze je počáteční nadšení a zaujetí pro věc spojené s dlouhotrvajícím přetěžováním. Ve druhé fázi dochází k psychickému a fyzickému vyčerpání. Třetí fáze je charakterizována dehumanizací svého okolí a obrannými mechanismy vůči dalšímu vyčerpání. V poslední čtvrté fázi převažuje úplné vyčerpání, pocity nezájmu, lhostejnosti a negativismus. (Kebza, Šolcová, 2003, s. 13-14)

Další pojetí nám nabízí Edelwich a Brodsky, kteří dělí syndrom vyhoření do pěti fází. Na počátku fáze je nadšení a idealismus, kdy začínající pracovník srší elánem, má jasný cíl a velká očekávání. V popředí jsou ideály a nadšení, smysluplné jednání a spousta nápadů. Vše je spojené s déle trvajícím přetěžováním. Počáteční nadšení uvažuje a nastupuje stádium stagnace. Jedinec zjistil, že má svá omezení a že ne všechny ideály a očekávání půjdou naplnit (slevování ze svých ideálů a očekávání). Následuje stádium frustrace, kde dochází u jedince k pochybnosti o smyslu a efektivitě své práce. Objevuje se zklamání ze své práce, nemá o nic jiného zájem, cítí se osamělý ve svém životě i v práci. Na všechny problémy je sám. Ve čtvrté fázi - apatie, nastupuje pasivita ke své práci a svému povolání. Práci vnímá jen jako zdroj obživy, dělá pouze to, co musí. Vyhýbá se novým úkolům a komunikaci s klienty a se

spolupracovníky. Cítí se být obtěžován. Poslední fází je intervence, která vede k jakémukoliv přerušení tohoto procesu. Jedinec je vyčerpán, cítí naprostou lhostejnost a nezájem ke všemu co dělá. V této fázi může dojít k ukončení práce a k životní změně, kdy člověk má více času pro svoje zájmy a realistický náhled. (Jeklová, Reitmayerová, 2006, s. 18-19)

3.6 Prevence syndromu vyhoření

Významnou úlohou syndromu vyhoření je nejen studovat jeho jev, ale také znát možnosti, jak vyhoření předcházet. Počáteční prevenci syndromu vyhoření může uskutečnit vysokoškolská příprava pracovníků pomáhajících profesí. V této oblasti má naše vysoké i střední vzdělání studentů stále velké rezervy. Je nutné, aby se těžiště studia přeneslo z oblasti odborně vědecké a didaktické do oblasti psychologické. Psychologická oblast by posílila praktické komunikativní dovednosti a vztahové kompetence pomáhajícího pracovníka, jako jsou dovednosti jednat a komunikovat s klienty, pacienty, rodiči, kolegy a nadřízenými. (Švingalová, 2006, str. 57)

Jednotlivé preventivní kroky jsou děleny na osobní rovinu a jiné zas na rovinu zodpovědnosti zaměstnavatele.

1. **Adaptační praxe** – každý zdravotník by měl být po studiu připraven na nástup do zaměstnání. Měl by znát náplň své práce i její rizika.
2. **Péče o sebe** – podmínkou pro člověka, který pracuje v pomáhající profesi, je důležité, aby se měl rád a sám sebe přijímal, takového jaký je. Měl by se sebou zacházet moudře a vyrovnaně.
3. **Pomoc tam, kde síly nestačí** – každý, kdo pracuje v pomáhající profesi, by měl být empatický, měl by znát hranice svých možností a měl by si stanovit takové cíle, které zvládne. V případě potřeby by si měl umět říci o pomoc druhých a nevnímat to jako své selhání.
4. **Mezilidské vztahy** – jde o sociálně podpůrnou síť skládající se z rodiny, přátel, spolupracovníků a těch nejbližších osob. Jsou to lidé, kteří dokáží naslouchat a jsou schopni povzbudit a fakticky i emocionálně pomoci v těžkých situacích.
5. **Osvícení zaměstnavatelé** – úlohou správného zaměstnavatele je podporovat svého pracovníka ve vzdělávání, ve správném ohodnocení dobré práce a dostatečné uznání za provedenou práci.

- 6. Sebepoznání a sebehodnocení** – je to cesta k lepší adaptaci při zvládnání náročných situací. V první řadě by si každý z nás měl uvědomit svojí jedinečnost. Dále se naučit objektivně hodnotit své schopnosti či nedostatky. Uvědomovat si své dobré i špatné vlastnosti.
- 7. Supervize** – zabývá se organizací práce, zlepšením pracovní situace, bezpečným pracovním prostředím a pracovní atmosférou. Je orientována na podporu kvality práce i vzájemné spolupráce a podpoření pracovního růstu pracovníka.
- 8. Osobní život, přátelé, koníčky** – dostatečně se věnovat takovým činnostem a svým zájmům, které máme rádi, které nám přináší pozitivní prožitky a jsou zdrojem emočních zážitků a energie. Vytvořit si kolem sebe takové prostředí, kde se budeme cítit bezpečně. Pěstovat si vztahy s rodinou, přáteli i spolupracovníky.
- 9. Práce patří do práce** – je podstatné umět oddělit pracovní život od osobního tj. umět přeladit myšlenky z práce a naladit se na domov.
- 10. Dobrá tělesná kondice** – důležitá je péče o vlastní zdraví. Do této péče patří správná životospráva, pravidelný denní režim, pohybová aktivita, spánek a odpočinek. (Venglářová a kol., 2011, s. 33-36)

4 Duševní hygiena

U nás se konceptu duševní hygieny věnovala řada autorů, jako jsou průkopnické práce J. Doležala (1964), L. Kubičky (1966), L. Míčka (1971 až 1988), D. Bartka (1975), O. Kondáše (1981) a další. (Křivohlavý, 2009, s. 143)

Duševní hygiena (psychohygiena) je obor zahrnující systém propracovaných pravidel a postupů sloužící k udržení, prohloubení nebo znovu získání duševní pohody a rovnováhy. Cílem duševní hygieny je chránit a upevňovat duševní zdraví, které chápeme jako dosažení ideálního stavu, jenž je výsledkem dodržování zásad duševní hygieny. Duševní hygiena zahrnuje všechny potřebné prvky o tom, jak chránit a upevňovat duševní zdraví a jak zvyšovat odolnost člověka vůči nejrůznějším škodlivým vlivům. Psychohygiena poskytuje návod jak přecházet psychickým obtížím a jak je nejlépe zvládat, pokud nastaly. Hlavním přínosem duševní hygieny je prevence psychických poruch a nemocí. Zabývá se také zásady životosprávy, jednání s lidmi, řešení konfliktů a životních událostí, zvládání negativních emocí, stresových situací, psychických zátěží apod. Duševní hygiena má vliv na podmínky lidského života tím, že dokáže snížit či odstranit rizika, která vyvolávají nebo udržují duševní problémy, poruchy a nemoci. Dále zvýšením vlivu ochranných činitelů pomáhající duševnímu zdraví a duševní pohodě (well-being) včetně vyvolání prožitku štěstí, spokojenosti, duševní i tělesné odolnosti a výkonnosti. (Čeledová, Čevela, 2010, s. 63-64)

Duševní hygiena se obvykle rozlišuje na užší a širší význam. V užším pojetí duševní hygieny se rozumí boj proti výskytu duševních nemocí. V tomto pojetí se s ní setkáváme hlavně v prevenci např. prevence neuróz, tlumení procesu rozvoje psychóz, případně hledání vhodných způsobů jednání s psychiatrickými klienty. V širším pojetí duševní hygieny se rozumí péče o optimální fungování duševní činnosti. Tím se myslí přirozeně a realisticky odrážet realitu, řešit důležité podněty, běžné i nenadálé úkoly, stále se duševně zdokonalovat a duševně, případně i duchovně se rozvíjet. (Křivohlavý, 2009, s. 143-144)

4.1 Duševní pohoda (well-being)

Křivohlavý v pozitivní psychologii uvádí, že termín „well-being“, který je doslova přeložený „kdy je člověku dobře“. Anglické slovo „well“ se překládá jako „dobře“ a „being“ je odvozeno od slovesa „to be“ - „býti“. Tento pojem je zahrnut i do definice zdraví, kterou nám poskytla Světová zdravotnická organizace zdraví (WHO) v Ženevě. I tam se uvádí, že

zdráv je ten, kdo je „v pohodě“ (well-being). Významnost pojmu duševní pohoda „well-being“ doslova znamená „je mi dobře“ a obecně „jsem v pohodě“. Tyto pojmy se vyznačují termínem „životní pohoda“. Životní pohoda (well-being) je velice širokým pojetím toho, co je pro člověka důležité. Jsou to především emoce, afekty, nálady a vlastní zkušenosti. (Křivohlavý, 2010, s. 181)

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

Druhá část bakalářské práce se zabývá vlastním výzkumem. V této části je zpracována metodika výzkumu a vyhodnocení výsledků zjištěných z dotazníkového šetření.

5 Výzkumné otázky

K realizaci výzkumného procesu bylo stanoveno těchto pět klíčových otázek:

1. Jaké faktory vyvolávají psychickou zátěž u pečujících respondentů v pracovním procesu?
2. Jaká je spokojenost respondentů v zaměstnání a pracovním kolektivu dle profese?
3. Jaká je psychická zátěž respondentů pečujících o klienty v zařízeních následné péče?
4. Jaké jsou projevy psychické zátěže u pečujících pracovníků a jaká opatření ve smyslu zmírnění zátěže jsou přijata na jejich pracovištích?
5. Jak subjektivně hodnotí pečující pracovníci svoji psychickou zátěž dle typu jejich profese?

6 Metodika výzkumu

V praktické části bakalářské práce byl proveden kvantitativní výzkum probíhající od ledna 2015 do března 2015. Výzkum probíhal ve zdravotnických zařízeních následné péče v léčebnách pro dlouhodobě nemocné a rehabilitačním centru v rámci Pardubického kraje. Pro sběr dat byl použit anonymní dotazník, jehož respondenti byli zdravotní a sociální pracovníci z těchto zařízení následné péče. Dotazník se skládal z 13 vlastních položených otázek a z 10 otázek daných Meisterova dotazníku. Dotazníkové šetření je tedy založeno na dvou částech dotazníku. Ve vlastním dotazníku byly použity identifikační otázky, které s úvodním slovem byly představeny na začátek dotazníku. Otázky zjišťující pohlaví (č. 1), profesi (č. 2), nejvyšší dosažené vzdělání (č. 3) a jaká je délka praxe v oboru (č. 4). Pro sběr dat bylo využito více typů vlastních otázek. Otázky uzavřené (č. 7, 8, 9, 12), polozavřené (č. 10, 11), otevřené (č. 13) a otázky škálového typu (č. 5, 6).

6.1 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek dotazníkového šetření byl zvolen záměrně, kde jsem si stanovila kritéria pro pracovníky zdravotnických profesí. Výzkumný vzorek představuje většinu pracovníků se středoškolským vzděláním ukončené maturitní zkouškou s průměrnou dobou praxe v rozmezí 5 až 16 let. Po telefonické a osobní domluvě s vedením zařízení či oddělení, bylo do každého zařízení osobně distribuováno 20 dotazníků, tudíž bylo celkem rozdáno 60 (100 %) dotazníků. Ze dvou zařízení léčeben dlouhodobě nemocných bylo vráceno 33 vyplněných dotazníků, z toho bylo správně vyplněno 30 dotazníků, které mohly být použity na výzkum. Ze zařízení rehabilitačního centra bylo vráceno 15 dotazníků a z nich bylo použito 14 dotazníků. Z 60 (100 %) anonymních dotazníků bylo zpět vráceno 48 dotazníků a ke zpracování dat bylo použito celkem 44 (73 %) dotazníků. Z toho vyplývá, že 4 dotazníky nebyly použity do výzkumu kvůli neúplnosti dat.

6.2 Analýza a zpracování dat

Získaná data byla vypracována, vyhodnocena a graficky znázorněna pomocí programu Microsoft Excel 2010 a následně popsána v Microsoft Word 2010. Výstupem dat jsou zhotoveny grafy a tabulky. Pro grafické znázornění jsou použity grafy výsečového charakteru, sloupcového a pruhového. Za pomoci popisné statistiky jsou v tabulkách uvedena absolutní

četnost a relativní četnost. Absolutní četnost (n) představuje počet respondentů a relativní četnost (%) znázorňuje výsledky dat v procentech dle použitého vzorce:

$$f_i = \frac{f_i}{n_i} \cdot 100 \% \quad - \text{podíl relativní četnosti a absolutní četnosti.}$$

U Meisterova dotazníku byly výsledky prezentovány dvojím způsobem: podle jednotlivých otázek a podle faktorů. Vyhodnocené výsledky byly představeny pomocí aritmetických průměrů, mediánů, směrodatných odchylek, kritických hodnot a hrubého skóru.

Meisterova metoda hodnocení pracovní zátěže

Meisterova metoda dotazníku slouží k hodnocení vlivů pracovní zátěže na psychiku pracovníků. Úkolem této metody je, jak pracovníci vnímají svou pracovní zátěž při práci. Dotazník byl vytvořen W. Meistera z Zentralinstitutu für Arbeitsmedizin v Berlíně v roce 1975 a ověřován v letech 1976 – 1984 hygienickou službou. (Židková, 2013)

Vyhodnocení dat lze uskutečnit skupinově nebo jednotlivě. Ve své práci jsem, kvůli velkému počtu respondentů, pro vyhodnocení výsledků zvolila skupinové hodnocení. Meisterova metoda má uvedena data zvlášť pro ženy a muže, proto identifikační otázka na pohlaví byla zvolena úmyslně. Dotazník se skládá z 10 otázek s pěti variantami odpovědí, které jsou: ano, plně souhlasím; spíše ano; nevím, někdy ano, někdy ne; spíše nesouhlasím; ne, vůbec nesouhlasím. Plné znění dotazníku viz Příloha A bakalářské práce. Jednotlivé položky jsou pro vyhodnocení dat kódovány sestupně od č. 5 do č. 1. Číslo 5 má odpověď ano, plně souhlasím a č. 1 má odpověď ne, vůbec nesouhlasím.

Zpracovaná data byla demonstrována dle jednotlivých otázek a vyhodnocených faktorů se závěrečnou klasifikací psychické zátěže. Standardizovaný dotazník má kritické hodnoty mediánů faktorů i jednotlivých otázek. Pokud zhodnocené výsledky dosáhnou nebo překročí kritické hodnoty mediánů faktorů a jednotlivých otázek, jde pak o nadměrnou psychickou zátěž při práci. (Židková, 2013)

Vyhodnocení podle otázek

Při vyhodnocení jednotlivých otázek byly nejprve vypočítány za skupinu žen a mužů střední hodnoty mediánu a následně srovnány s kritickými hodnotami mediánu Meisterova dotazníku v níže uložené tabulce. V případě, že v jednotlivých položkách zjištěný medián

překračuje kritickou hodnotu, je práce respondenty hodnocena negativně a naopak, v položkách, kde zjištěný medián nedosahuje kritickou hodnotu, kladně viz Tab. 1. a 8.

Tabulka 1 Kritické hodnoty mediánů

Otázka dotazníku (zkráceně)	Kritická hodnota mediánu	Začlenění do faktoru
1. Časová tíseň	3,0	I.
2. Malé uspokojení	2,5	II.
3. Vysoká odpovědnost	3,0	I.
4. Otupující práce	2,5	II.
5. Problémy a konflikty	2,5	I.
6. Monotonie	2,5	II.
7. Nervozita	3,0	III.
8. Přesycení	3,0	III.
9. Únava	3,0	III.
10. Dlouhodobá únosnost	2,5	III.

(Židková, 2013)

Vyhodnocení podle faktorů

Faktorová analýza má stanoveny tři faktory: I. přetížení, II. jednostrannost (monotonie), III. nespecifický faktor (stresová odezva). Jednotlivé faktory se skládají z příslušných otázek viz Tab. 2. Pro skupinové hodnocení byly využity aritmetické průměry (\bar{x}) sledovaných faktorů a hrubého skóru (HS). V tabulce 3 jsou představeny aritmetické průměry (\bar{x}), které slouží jako populační normy a kritické hodnoty (K), jejichž překročení ukazuje nadměrnou zátěž v dané oblasti.

Tabulka 2 Faktory pracovní zátěže

Faktor	Název faktoru	Součet položek	Maximum
I.	Přetížení	1 + 3 + 5	15
II.	Monotonie	2 + 4 + 6	15
III.	Stresová odezva	7 + 8 + 9 + 10	20
HS	Hrubý skór	I. + II. + III.	20

(Židková, 2013)

Tabulka 3 Přehled norem faktorů zátěže u žen a mužů

Název faktoru	Ženy			Muži		
	Aritmet. průměr (\bar{x})	Směr. odchylka (s)	Kritická Hodnota (K)	Aritmet. průměr (\bar{x})	Směr. odchylka (s)	Kritická Hodnota (K)
I. Přetížení	8,4	3,2	10	10,6	3,0	12
II. Monotonie	7,6	3,0	9	6,4	3,2	8
III. Stresová odezva	11,7	4,4	14	10,3	4,1	12
HS - hrubý skór	25,0	8,1	29	22,9	6,4	26

(Židková, 2013)

Klasifikace zátěže

Klasifikace zátěže slouží k určení míry psychického zatížení v pracovním procesu respondentů. Provádí se ve třech jednotlivých stupních (1, 2, 3). Pro hodnocení se nejprve sečtou mediány faktorů I, II, III. Faktor I. (přetížení) je sycen otázky 1, 3, 5, faktor II. (monotonie) je sycen otázky 2, 4, 6 a pro faktor III. (stresová odezva) jsou položkami 7, 8, 9, 10. Po sečtení mohou vzniknout tři případy.

1) Pokud faktor I. je nejméně o dva body větší než faktor II., tak se pro závěrečné hodnocení sečtou pouze hodnoty mediánu I. a III. faktoru. Klasifikaci uvádí Tab. 4.

Tabulka 4 Přehled klasifikace 1

Součet faktorů I. + III.	Stupeň klasifikace	Zátěžová tendence
7 - 19	1	Žádná není
20 - 24	2	K přetížení
25 - 35	3	K přetížení

(Židková, 2013)

2) Je-li faktor II. nejméně o dva body větší než faktor I., pak se sečte součet mediánu II. a III. faktoru. Klasifikaci představuje Tab. 5.

Tabulka 5 Přehled klasifikace 2

Součet faktorů II. + III.	Stupeň klasifikace	Zátěžová tendence
7 - 21	1	Žádná není
22 - 26	2	K monotonii
27 - 35	3	K monotonii

(Židková, 2013)

3) Činí-li rozdíl mezi faktory I. a II. méně než o dva body, pak se sečtou součty mediánů všech tří faktorů dohromady. Klasifikaci zastupuje Tab. 6.

Tabulka 6 Přehled klasifikace 3

Součet faktorů I. + II. + III.	Stupeň klasifikace	Zátěžová tendence
10 - 26	1	Žádná není
27 - 32	2	Kombinace obou
33 - 50	3	Kombinace obou

(Židková, 2013)

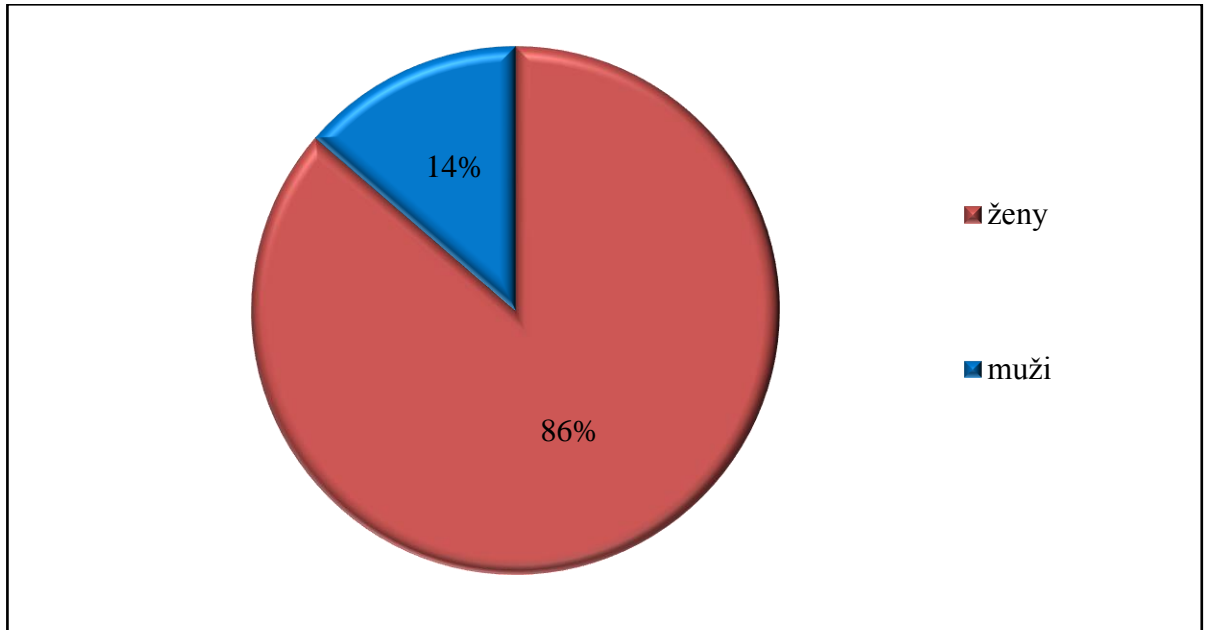
Podle vyhodnocených dat se následně určí stupeň klasifikace odpovídající psychické zátěže. Stupeň č. 1 je hodnocen, jako zátěž, při které není pravděpodobné ovlivnění zdraví, subjektivního stavu a výkonnosti. Ve stupni č. 2 se psychická zátěž, může pravidelně projevovat dočasným ovlivněním subjektivního stavu nebo výkonnosti. U zátěže klasifikovanou stupněm č. 3, při níž nelze vyloučit zdravotní rizika. (Židková, 2013)

7 Výsledky dotazníkového šetření

7.1 Část 1 - výsledky z nestandardizované části dotazníku

Otázka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?

- a) Žena
- b) Muž

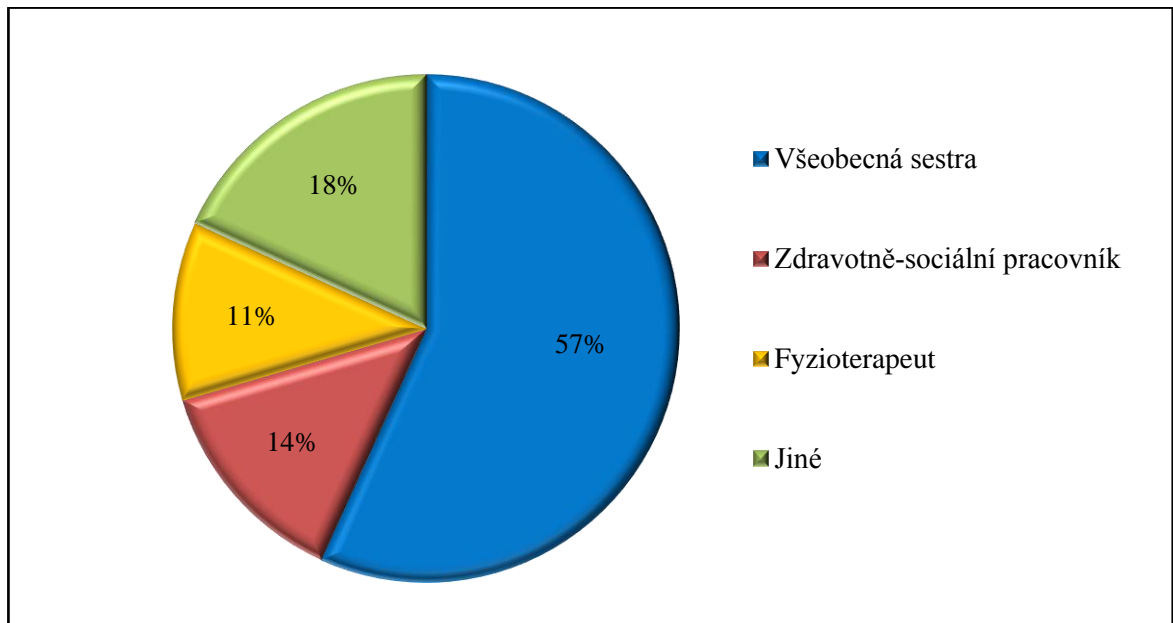


Obrázek 1 Grafické znázornění relativní četnosti respondentů dle pohlaví

Otázka č. 1 byla zaměřena na složení pohlaví respondentů. Ve všech zařízeních byl větší počet žen než mužů. Z léčeben pro dlouhodobě nemocné a rehabilitačního centra odpovědělo 38 (86 %) žen a 6 (14 %) mužů. Data jsou vyobrazena na Obr. 1.

Otázka č. 2: Jaká je vaše profese?

- a) Všeobecná sestra
- b) Zdravotně-sociální pracovník
- c) Sociální pracovník
- d) Fyzioterapeut
- e) Jiné -

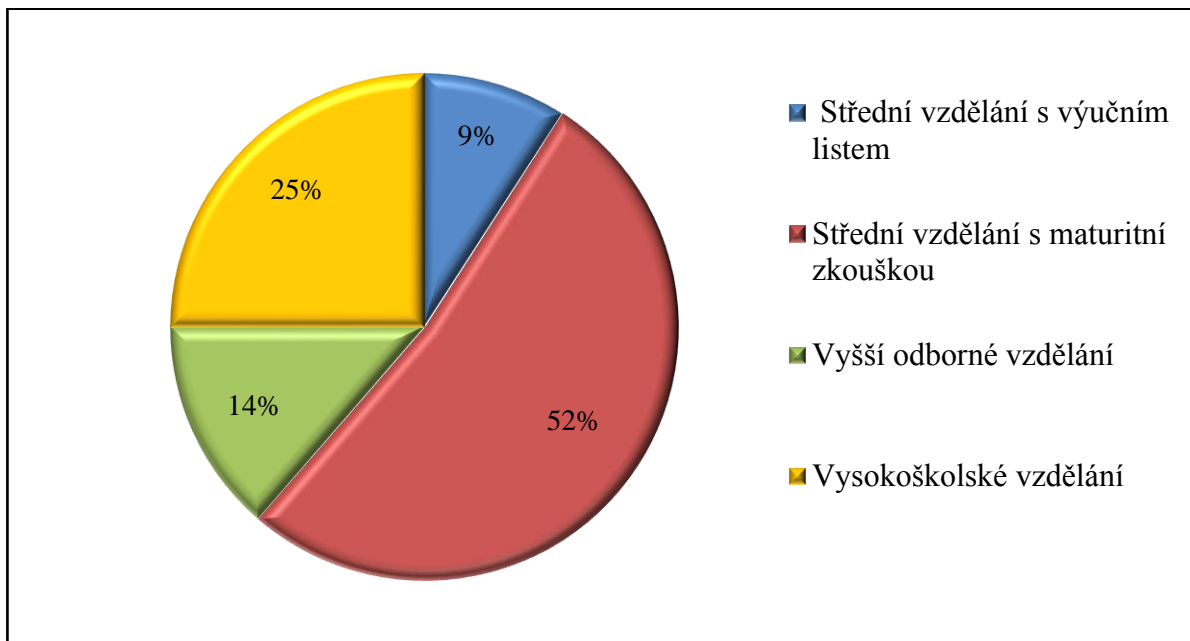


Obrázek 2 Grafické znázornění relativní četnosti respondentů dle profese

Otázka č. 2 se týkala profese respondentů viz Obr. 2. Z celkového počtu 44 (100 %) respondentů vyplývá, že nikdo neodpověděl na třetí variantu profese sociálního pracovníka. Nejvíce respondentů 25 (57 %) zvolilo odpověď všeobecné sestry. Odpověď zdravotně-sociální pracovník označilo 6 (14 %) respondentů, profesi fyzioterapeuta označilo 5 (11 %) respondentů. Možnost odpovědi jiné zvolilo 8 (18 %) respondentů, kde 3 respondenti napsali profesi ergoterapeuta, 3 respondenti napsali profesi ošetřovatel a 2 dotazovaní zvolili vlastní odpověď zdravotnický asistent.

Otázka č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Střední vzdělání s výučním listem
- b) Střední vzdělání s maturitní zkouškou
- c) Vyšší odborné vzdělání
- d) Vysokoškolské vzdělání

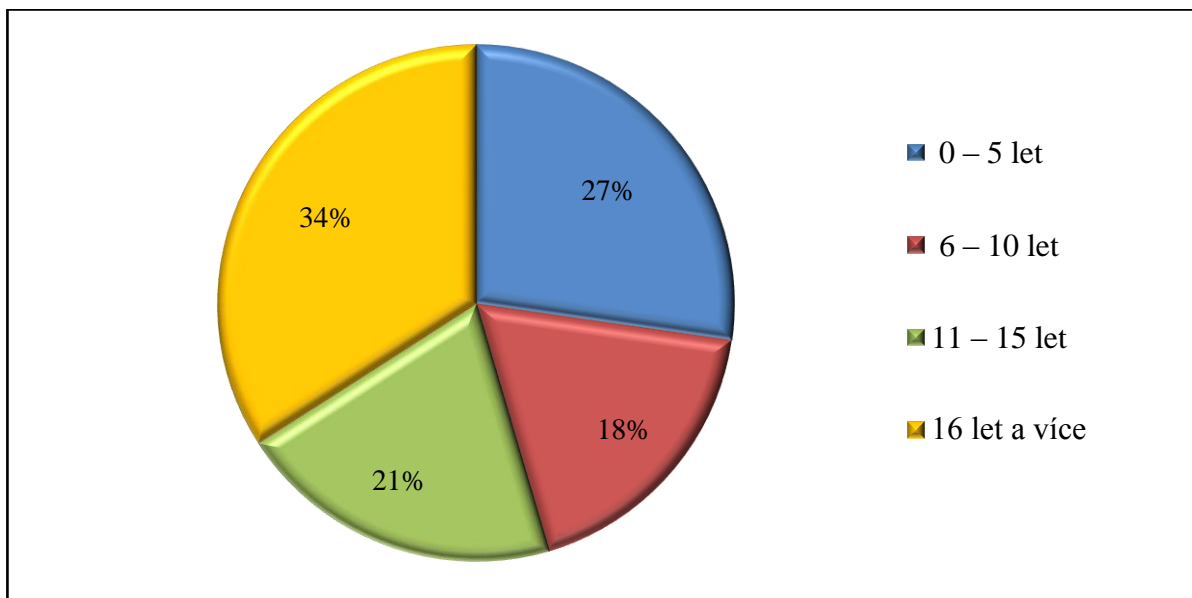


Obrázek 3 Grafické znázornění relativní četnosti respondentů dle dosaženého vzdělání

Otázka č. 3 zjišťovala nejvyšší dosažené vzdělání respondentů, které je zobrazeno na Obr. 3. Z celkového počtu 44 (100 %) dotazovaných nejvíce 23 (52 %) respondentů v dotazníku označilo střední vzdělání s maturitní zkouškou a druhou nejpočetnější odpovědí 11 (25 %) respondentů bylo vysokoškolské vzdělání. Vyšší odborné vzdělání zvolilo 6 (14 %) respondentů a na střední vzdělání s výučním listem odpověděli 4 (9 %) respondenti.

Otázka č. 4: Jaká je Vaše délka praxe v oboru?

- a) 0 – 5 let
- b) 6 – 10 let
- c) 11 – 15 let
- d) 16 let a více

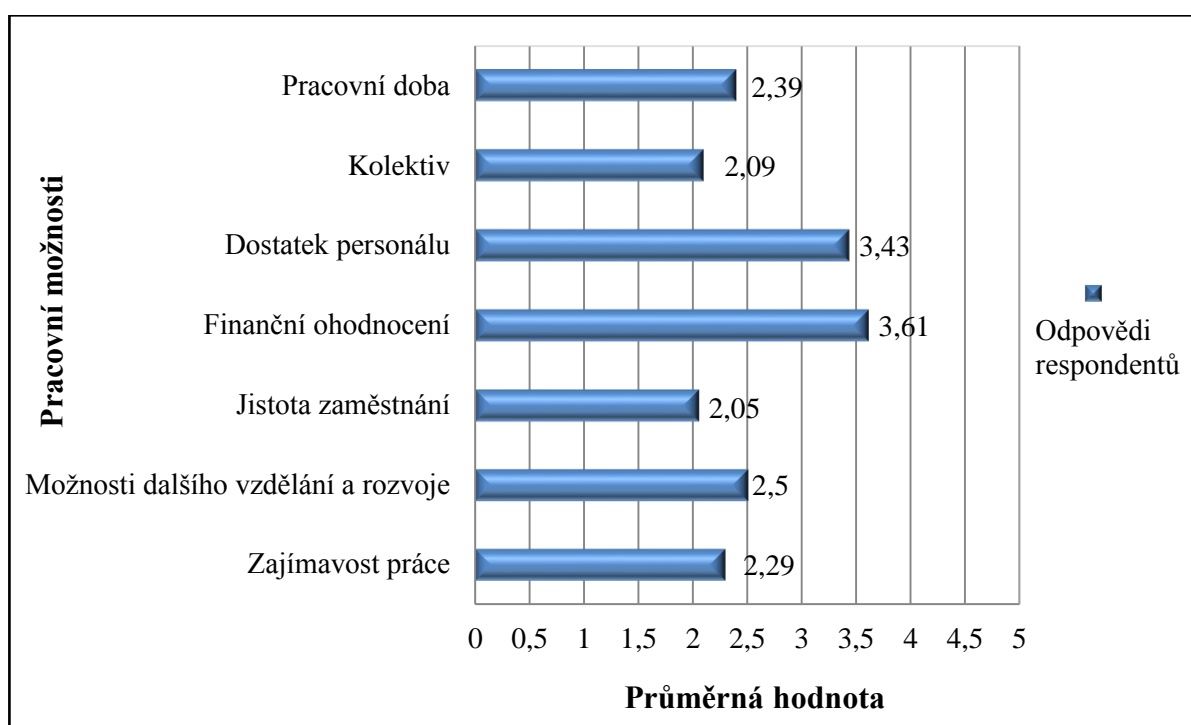


Obrázek 4 Grafické znázornění relativní četnosti respondentů dle délky praxe

Otázka č. 4 je poslední identifikační otázkou zobrazenou na Obr. 4, která se zabývala délkou praxe v oboru. Zde zvolilo ze 44 (100 %) dotazovaných nejvíce 15 (34 %) respondentů délku praxe 16 let a více. Možnost 0 – 5 let délky praxe vybralo 12 (27 %) respondentů, možnost 11 – 15 let odpovědělo 9 (21 %) respondentů a 6 – 10 let délky praxe odpovědělo 8 (18 %) respondentů.

Otázka č. 5: Jak jste spokojeni ve svém zaměstnání v těchto situacích? Podle možností hodnotící škály (1 – výborný, 2 – velmi dobrý, 3 – dobrý, 4 – dostatečný, 5 – nedostatečný).

a) Pracovní doba	1	2	3	4	5
b) Kolektiv	1	2	3	4	5
c) Dostatek personálu	1	2	3	4	5
d) Finanční ohodnocení	1	2	3	4	5
e) Jistota zaměstnání	1	2	3	4	5
f) Možnosti dalšího vzdělávání a rozvoje	1	2	3	4	5
g) Zajímavost práce	1	2	3	4	5

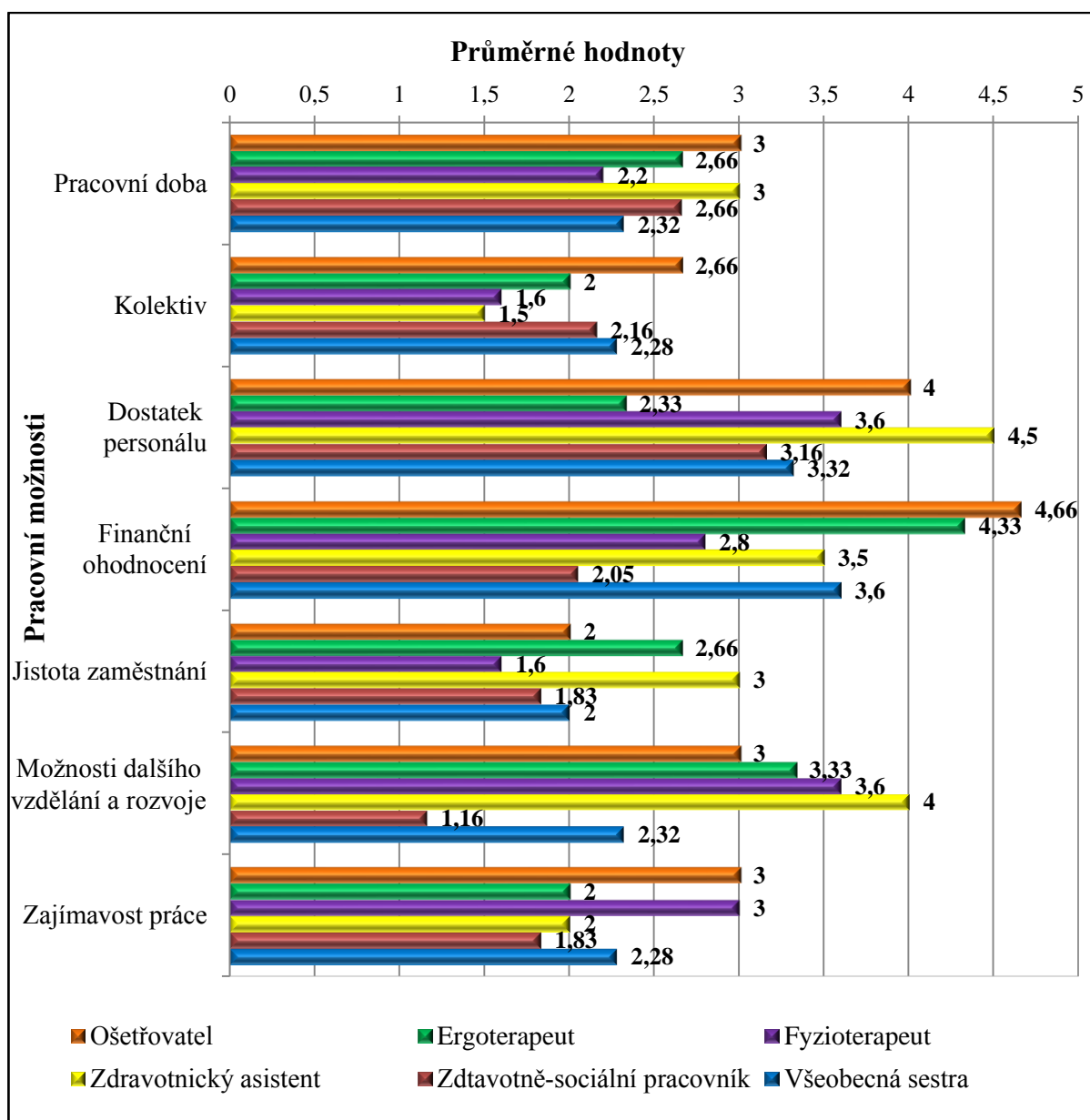


Obrázek 5 Grafické znázornění průměrných hodnot spokojenosti v zaměstnání

Otázka č. 5 byla položena pomocí škálového typu otázky, kde měli respondenti na škále od 1 do 5 označit, jak jsou spokojeni ve svém zaměstnání v daných možnostech. Číslo 1 označovalo výborný a číslo 5 nedostatečný. Hodnoty jsou na Obr. 5 uvedeny průměrem. Zvolenou možnost jistota v zaměstnání (2,05) respondenti uvedli na prvním místě, jako spolehlivý aspekt pracovního života, ve kterém jsou spokojeni. Z této vyhodnocené položky vyplývá, že dotazovaní vůbec nezvolili 5 – nedostatečné číslo hodnotící škály. Dále se

spokojeností v zaměstnání respondenti uvedli kolektiv (2,09), zajímavost práce (2,29), pracovní dobu (2,39). Průměrná hodnota dosáhla položka možnosti dalšího vzdělání a rozvoje (2,50). V pracovním procesu byli respondenti nejméně potěšeni z dostatku personálu (3,43) a finančního ohodnocení (3,61), kde nikdo z dotazovaných nevybral číslo 1 hodnotící škály.

Na Obr. 6 jsou zobrazeny průměrné hodnoty pracovních možností týkající se spokojenosti v zaměstnání dle jednotlivých profesí pracovníků.



Obrázek 6 Grafické znázornění průměrných hodnot spokojenosti v zaměstnání dle profese respondentů

Tento graf byl vyhodnocen průměrem na základě dvou dotazníkových otázek č. 2, 5 a to, na profesi a spokojenosti v zaměstnání pracovníků.

Položku pracovní dobu s nejnižší průměrnou hodnotou (2,2) označili fyzioterapeutové, kteří byli s pracovní dobou ze všech respondentů nejvíce spokojeni, dále to jsou (2,32) všeobecné sestry, (2,66) ergoterapeutové, (2,66) zdravotně-sociální pracovníci a nejméně byli spokojeni s průměrnými hodnotami (3) zdravotnický asistent a (3) ošetřovatel.

Možnost kolektiv pozitivním průměrem hodnotili (1,5) zdravotničtí asistenti, (1,6) fyzioterapeutové a (2) ergoterapeutové. Méně byli spokojeni s kolektivem u profese (2,16) zdravotně-sociální pracovník, (2,28) všeobecné sestry a (2,66) ošetřovatel.

S dostatkem personálu byli nejvíce spokojeni (2,33) ergoterapeuti. Dále průměrné hodnoty přesahovaly klasifikaci čísla 3, kam patří hodnocení (3,16) zdravotně-sociálních pracovníků, (3,32) všeobecných sester, (3,6) fyzioterapeutů, (4) ošetřovatelů a minimální spokojenost s dostatkem personálu uvedli (4,5) zdravotničtí asistenti.

S finančním ohodnocením se spokojili respondenti u profese (2,05) zdravotně-sociální pracovník a (2,8) fyzioterapeut. Menší spokojenost projeví (3,5) zdravotničtí asistenti a (3,6) všeobecné sestry. Finanční ohodnocení negativně hodnotili s průměrem (4,33) ergoterapeuti a (4,66) ošetřovatelé.

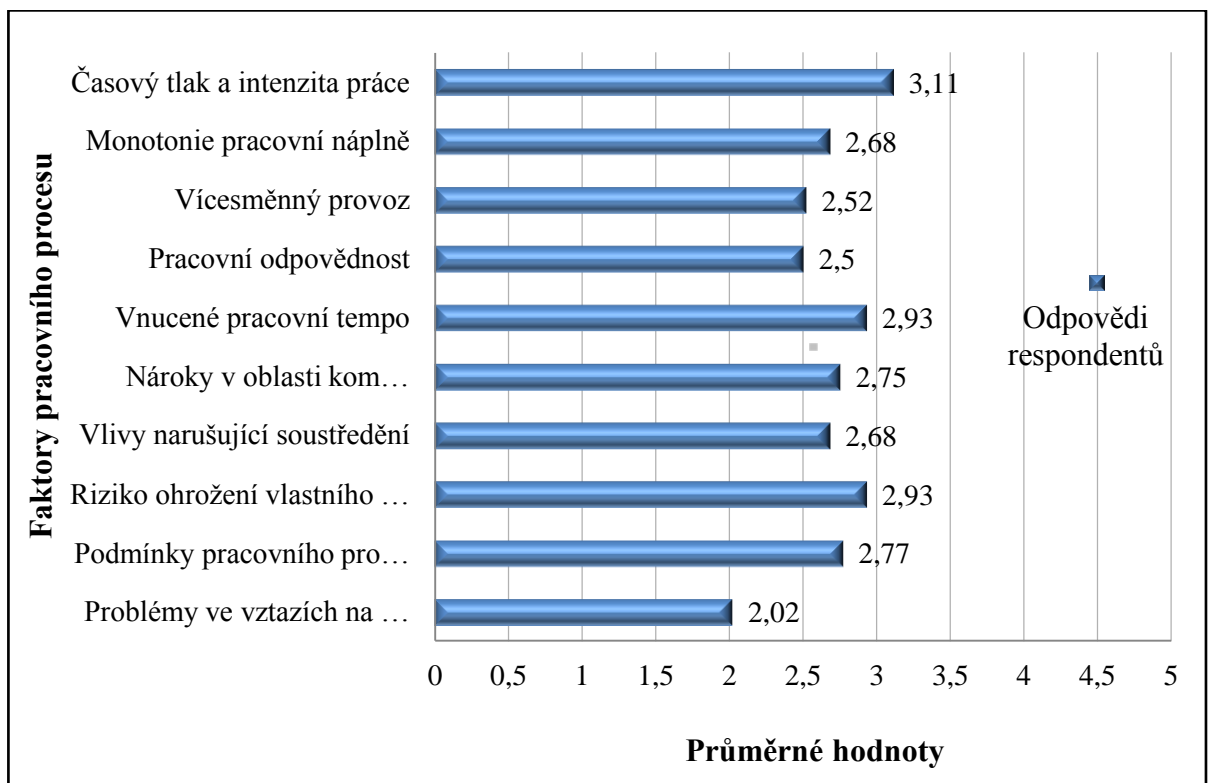
Položku jistotu zaměstnání uvedli s nejnižšími průměrnými hodnotami (1,6) fyzioterapeuti, (1,83) zdravotně-sociální pracovníci, (2) všeobecné sestry, (2) ošetřovatelé a (2,66) ergoterapeuti jako potěšující situaci v zaměstnání. S jistotou v zaměstnání jsou méně spokojeni s průměrem (3) zdravotničtí asistenti.

Možnost dalšího vzdělání a rozvoje v zaměstnání hodnotili pozitivním průměrem (1,16) zdravotně-sociální pracovníci a (2,32) všeobecné sestry. Menší spokojenost v situaci dalšího vzdělání a rozvoje zvolili s průměrnými hodnotami (3) ošetřovatelé, (3,33) ergoterapeutové, (3,6) fyzioterapeutové a nejmenší spokojenost byla u (4) zdravotnických asistentů.

Respondenti klasifikovali zajímavost práce ve svém zaměstnání s průměrnými hodnotami relativně pozitivně, a byli to profese (1,83) zdravotně-sociálního pracovníka, (2) zdravotnického asistenta, (2) ergoterapeuta a (2,28) všeobecné sestry. Nejméně byli spokojeni respondenti v zaměstnání ohledně zajímavosti práce u profesí (3) fyzioterapeut a (3) ošetřovatel.

Otázka č. 6: Ohodnot'te faktory vyvolávající psychickou zátěž v pracovním procesu?
Podle možností hodnotící škály (1 – výborný, 2 – velmi dobrý, 3 – dobrý, 4 – dostatečný, 5 – nedostatečný).

- a) Časový tlak a intenzita práce
- b) Monotonie pracovní náplně
- c) Vícesměnný provoz
- d) Pracovní odpovědnost
- e) Vnucené pracovní tempo
- f) Nároky v oblasti komunikace a spolupráce
- g) Vlivy narušující soustředění (hluk, osvětlení, teplota prostředí)
- h) Riziko ohrožení vlastního zdraví i jiných osob
- i) Podmínky pracovního prostředí
- j) Problémy ve vztazích na pracovišti (šikana, mobbing)



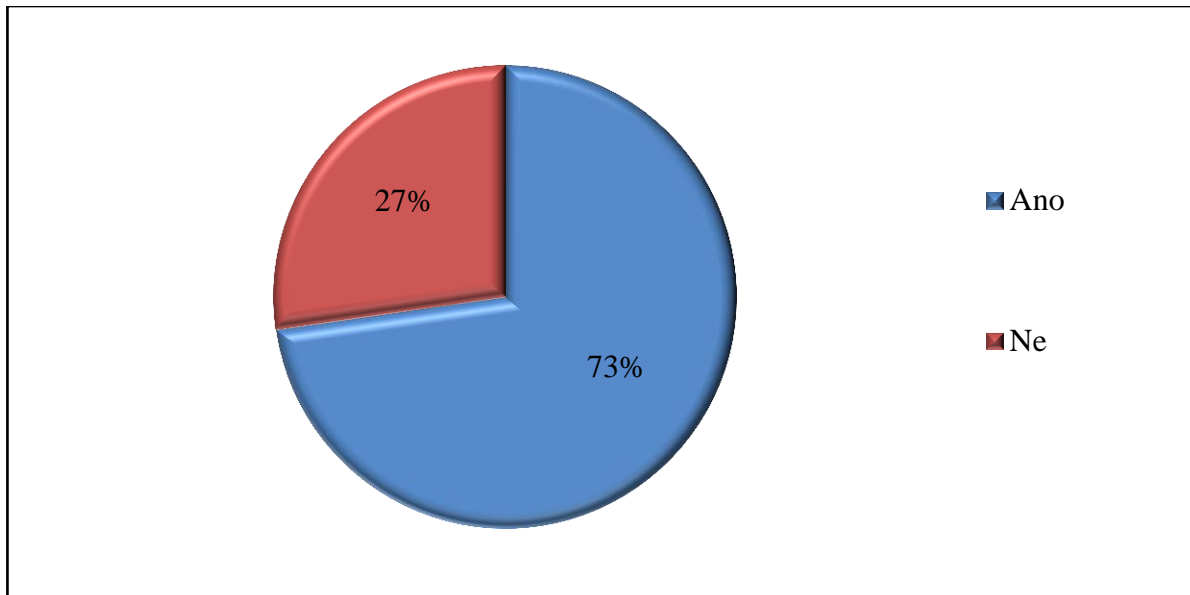
Obrázek 7 Grafické znázornění průměrných hodnot faktorů vyvolávající psychickou zátěž

Druhá otázka č. 6 škálového charakteru zjišťovala u zaměstnanců faktory pracovních podmínek vyvolávající psychickou zátěž. Jednotlivé oblasti pracovních situací patří mezi sledované a hodnocené faktory práce a pracovních podmínek. Vyhodnocené výsledky jsou zobrazeny na Obr. 7. Vliv faktoru problémy ve vztazích na pracovišti (2,02) respondenti označili, jako minimální riziko psychické zátěže v zaměstnání. Dále (2,5) pracovní odpovědnost, (2,52) vícesměnný provoz, (2,68) monotonie pracovní náplně, (2,68) vlivy narušující soustředění, (2,75) nároky v oblasti komunikace a spolupráce, (2,77) podmínky pracovního prostředí, (2,93) vnucené pracovní tempo a (2,93) riziko ohrožení vlastního zdraví i jiných osob. Poslední možností ohodnoceného faktoru dotazovaní uvedli časový tlak a intenzitu práce v průměru (3,11) jako o něco větší riziko psychické zátěže v pracovním procesu než ostatní ohodnocené faktory.

Otázka č. 7: Pociťujete často na sobě v pracovní době psychické vyčerpání?

a) Ano

b) Ne

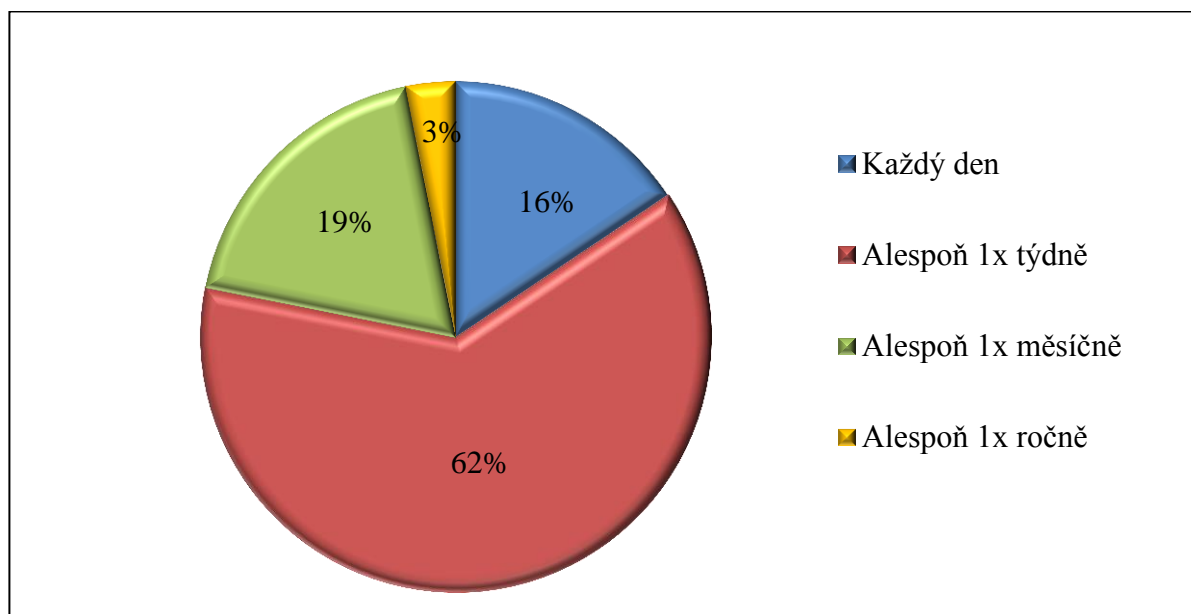


Obrázek 8 Grafické znázornění relativní četnosti respondentů dle psychického vyčerpání v pracovní době

Otázka č. 7 byla uzavřená otázka, znázorněna na Obr. 8. Časté psychické vyčerpání v pracovní době dle odpovědí 44 (100 %) respondentů z dotazníkového šetření bylo početné. Variantu s možností „Ano“ uvedlo 32 (73 %) respondentů a možnost „Ne“ zvolilo 12 (27 %) dotazovaných. Z vyhodnocených dat vyplývá, že většina respondentů na sobě často vnímá psychické vyčerpání po dobu pracovního režimu. S kladnou variantou odpovědi dále respondenti odpovídali na následující otázku č. 8. Zbýlých 12 (27 %) respondentů pokračovalo až otázkou č. 9.

Otázka č. 8: Jak často na sobě pocítujete v pracovní době psychické vyčerpání?

- a) Každý den
- b) Alespoň 1 x týdně
- c) Alespoň 1 x měsíčně
- d) Alespoň 1 x ročně



Obrázek 9 Grafické znázornění relativní četnosti respondentů dle častého výskytu psychického vyčerpání v pracovní době

Otázka č. 8 byla zaměřena na četnost psychického vyčerpání u dotazovaného v pracovní době. Na tuto otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří v otázce č. 7 označili odpověď „Ano“, tudíž 32 (73 %) respondentů z celkového počtu 44 (100 %).

Z Obr. 9 je patrné, že z odpovídajících respondentů jich celkový počet 32 (100 %) respondentů z toho 20 (62 %) dotazovaných zvolilo odpověď alespoň 1x týdně, což je nadpoloviční většina. S téměř vyrovnanými výsledky 6 (19 %) respondentů uvedlo možnost alespoň 1x měsíčně a 5 (16 %) uvedlo každý den. Nejméně procent získala poslední odpověď alespoň 1x ročně s výsledkem 1 (3 %) dotazovaného.

Otázka č. 9: Jak hodnotíte ze svého pohledu psychickou zátěž své práce?

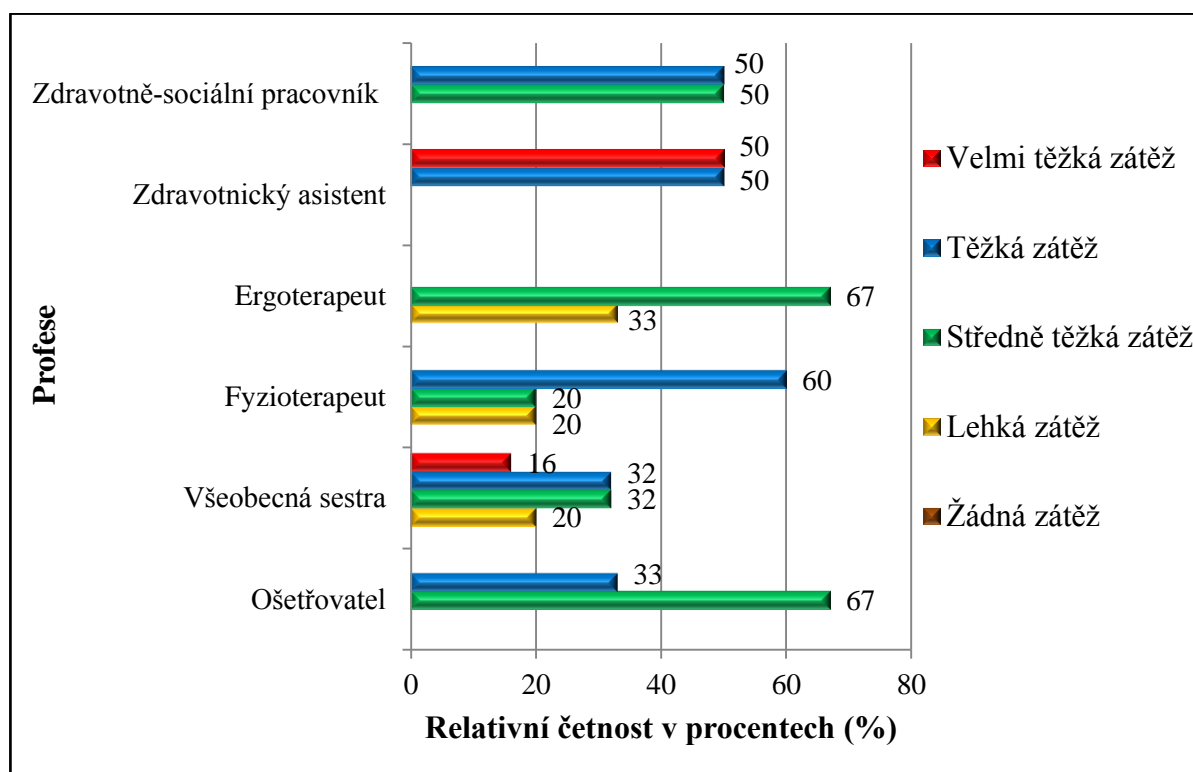
- a) Žádná zátěž
- b) Lehká zátěž
- c) Středně těžká zátěž
- d) Těžká zátěž
- e) Velmi těžká zátěž

Tabulka 7 Subjektivní hodnocení psychické zátěže

Odpovědi psychické zátěže	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Žádná zátěž	0	0
Lehká zátěž	7	16
Středně těžká zátěž	17	39
Těžká zátěž	15	34
Velmi těžká zátěž	5	11
Celkem	44	100

V otázce č. 9 bylo zjišťováno, s jakou klasifikací pracovníci hodnotí z vlastního pohledu psychickou zátěž svého zaměstnání. Z tabulky 7 lze vyčíst, že z celkového počtu 44 (100 %) dotazovaných, tedy 17 (39 %) respondentů uvedlo svoji profesi jako středně těžkou zátěž. Druhou nejvíce zvolenou možností byla těžká zátěž v hodnotách 15 (34 %) respondentů. Dále 7 (16 %) dotazovaných hodnotí svoji práci jako lehkou zátěž a 5 (11 %) respondentů velmi těžkou zátěž. Zbývající položku žádnou zátěž neuvedl nikdo z respondentů (0 %).

Na Obr. 10 jsou znázorněna data týkající se jednotlivých stupňů psychické zátěže v pracovním procesu pracovníků podle jejich profese.



Obrázek 10 Grafické znázornění relativní četnosti respondentů u psychické zátěže dle jednotlivých profesí

Graf byl složen ze dvou dotazníkových otázek č. 2, 9 a to, na profesi a na subjektivním hodnocení psychické zátěže respondentů v pracovním procesu. U každé jednotlivé profese byl celkový počet respondentů počítán jako 100 % pro snadnější znázornění a čtení v pruhovém grafu. Celkový počet respondentů 44 byl rozdělen na dílčí profese, které mají velké početní rozdíly v obsazení daných zdravotnických povolání, i přesto získaná data ukázaly orientační pohled této problematiky.

V profesi zdravotně-sociálního pracovníka bylo 6 (100 %) respondentů, kteří ne zvolili možnosti žádné zátěže, lehké zátěže a ani velmi těžké zátěže. Možnost středně těžkou zátěž označili 3 (50 %) zdravotně-sociální pracovníci a další 3 (50 %) respondenti z této profese vybrali velmi těžkou zátěž.

Z celého počtu 2 (100 %) zdravotnických asistentů neodpovědělo na položky žádné zátěže, lehké zátěže a středně těžké zátěže. Položku těžké zátěže odpověděl 1 (50 %) zdravotnický asistent a 1 (50 %) zdravotnický asistent zvolil velmi těžkou zátěž.

Další povolání bylo ergoterapeut, kde z celkového počtu 3 (100 %) respondentů toho to povolání nevybrali možnosti žádné zátěže, těžké zátěže a velmi těžké zátěže. Možnost lehkou zátěž zvolil 1 (33 %) ergoterapeut a 2 (67 %) ergoterapeutové odpověděli na možnost středně těžké zátěže.

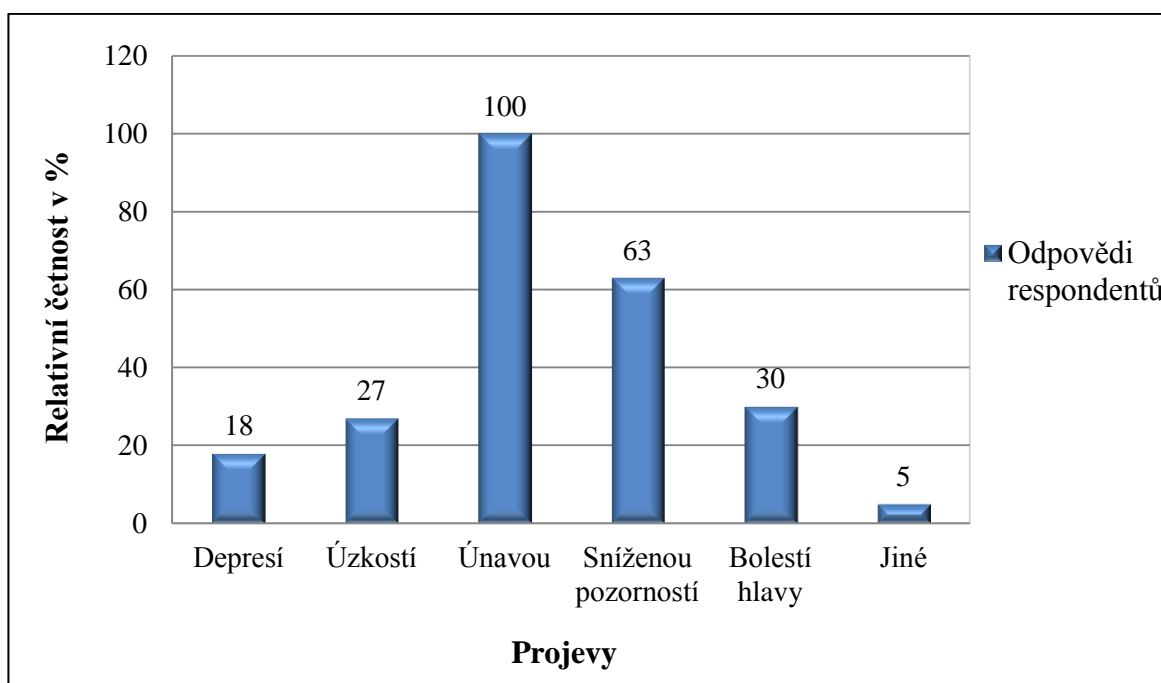
V profesi fyzioterapeuta bylo 5 (100 %) respondentů, kteří nevybrali možnosti žádné zátěže a velmi těžké zátěže. Možnost lehké zátěže vybral 1 (20 %) fyzioterapeut, 1 (20 %) fyzioterapeut zvolil středně těžkou zátěž a 3 (60 %) fyzioterapeutové odpověděli na možnost těžké zátěže.

Z celého počtu 25 (100 %) všeobecných sester neodpovědělo pouze na položku žádná zátěž. Zbylé položky jako lehká zátěž zvolilo 5 (20 %) všeobecných sester, středně těžkou zátěž vybralo 8 (32 %) všeobecných sester, těžkou zátěž označilo 8 (32 %) všeobecných sester a na velmi těžkou zátěž odpověděly 4 (16 %) všeobecné sestry.

V poslední profesi ošetřovatel byli 3 (100 %) respondenti. Položky žádnou zátěž, lehkou zátěž a velmi těžkou zátěž ne zvolil nikdo z této profese. Na středně těžkou zátěž odpověděli 2 (67 %) ošetřovatelé a 1 (33 %) ošetřovatel vybral možnost těžké zátěže.

Otázka č. 10: Jak se u Vás nejčastěji projevuje psychická zátěž?

- a) Depresí
- b) Úzkostí
- c) Únavou
- d) Sníženou pozorností
- e) Bolestí hlavy
- f) Jiné –

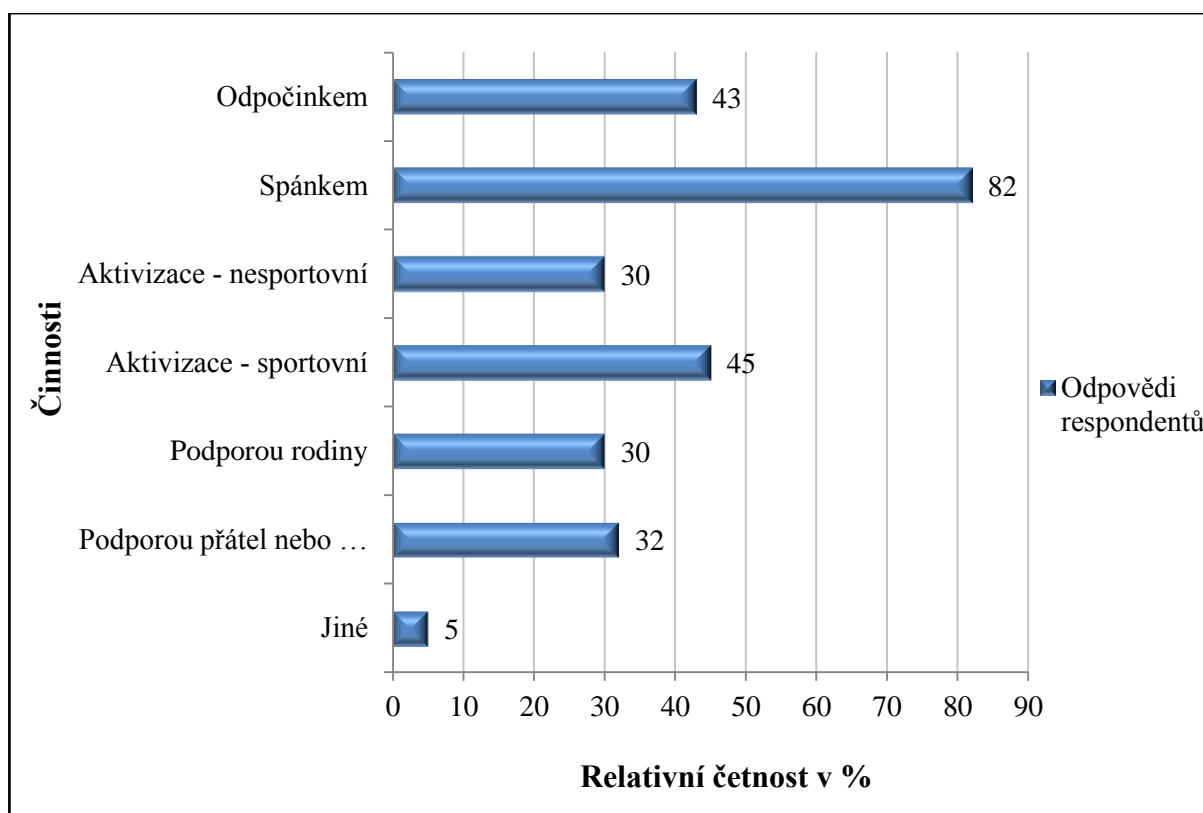


Obrázek 11 Grafické znázornění relativní četnosti respondentů dle projevů psychické zátěže

Otázka č. 10 se zabývala projevy psychického vyčerpání při pracovní zátěži zaměstnanců. U otázky bylo možné zvolit více odpovědí z šesti variant odpovědí. Relativní četnosti jsou vztaženy k počtu respondentů viz Obr. 11. Všechny 44 (100 %) respondentů uvedlo, že nejčastějším projevem v době psychické zátěže je únava. Další variantu s velkým počtem 28 (63 %) respondentů odpovědělo sníženou pozornost. Nižší počet odpovědí měly možnosti bolest hlavy s 13 (30 %) respondenty, úzkost s 12 (27 %) respondenty, deprese s 8 (18 %) respondenty. Variantu jiné zvolili pouze 2 (5 %) respondenti s vlastní možností odpovědi, kterou byla nespavost, a druhou překvapující odpovědí byla sebevražedné myšlenky.

Otázka č. 11: Jak se vyrovnáváte s psychickou zátěží?

- a) Odpočinkem
- b) Spánkem
- c) Aktivizačními činnostmi – nesportovní
- d) Aktivizačními činnostmi – sportovní
- e) Podporou rodiny
- f) Podporou přátel nebo spolupracovníků
- g) Jiné – napište



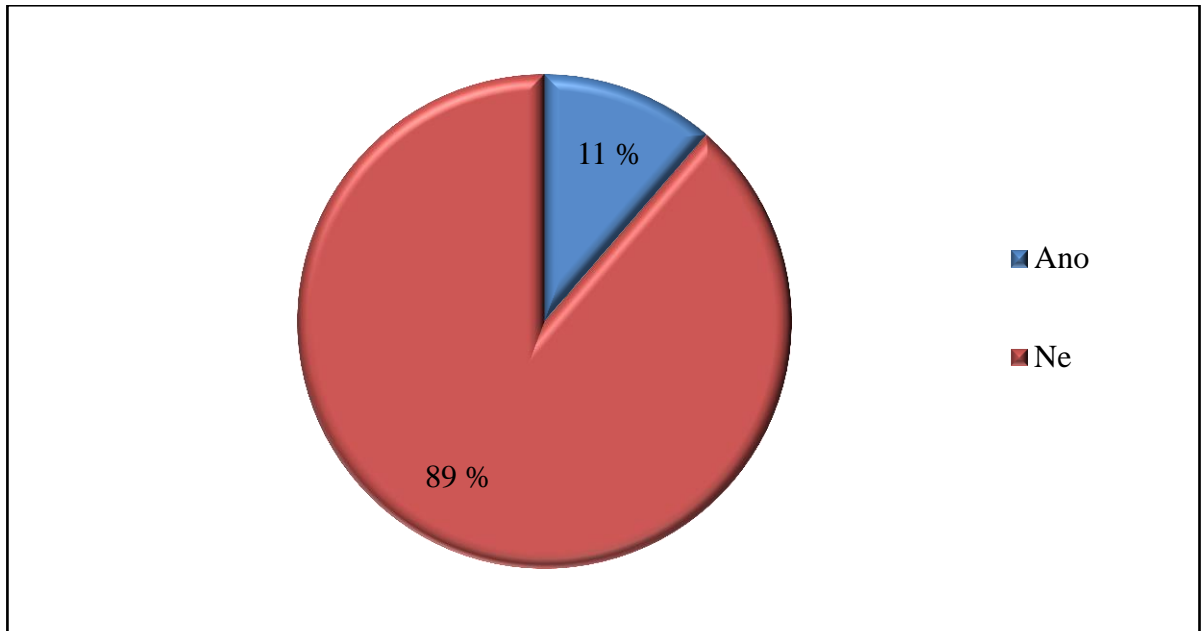
Obrázek 12 Grafické znázornění relativní četnosti respondentů dle podporujících činností

Otázka č. 11 měla za úkol zjistit vyrovnávací možnosti či činnosti v době působení psychické zátěže. U této otázky byla také možnost více odpovědí, kdy respondenti měli na výběr ze sedmi druhů odpovědí. Na Obr. 12 je zjevné, že relativní četnosti jsou vztaheny k počtu respondentů. Z celkového počtu 44 (100 %) respondentů se s psychickou zátěží vyrovnává pomocí spánku, tedy 36 (82 %) respondentů. Další možné odpovědi byly relaxace, kterou vybralo 19 (43 %) respondentů, 13 (30 %) respondentů zvolilo aktivizační činnosti –

nesportovní, 20 (45 %) dotazovaných vybralo aktivizační činnosti – sportovní, 13 (30 %) respondentů zvolilo podporu rodiny a 14 (32 %) respondentů odpovědělo podporou přátel nebo spolupracovníků. Možnost jiné zvolili 2 (5 %) respondenti, kde vyjádřili svoji vlastní odpověď. Jeden z dotazovaných respondentů se vyrovnává s psychickou zátěží pomocí nákupu potravin. Druhou jinou odpovědí bylo odjet na dovolenou.

Otázka č. 12: Existují u Vás v zařízení nějaká opatření na zmírnění zátěže ze strany zaměstnavatele?

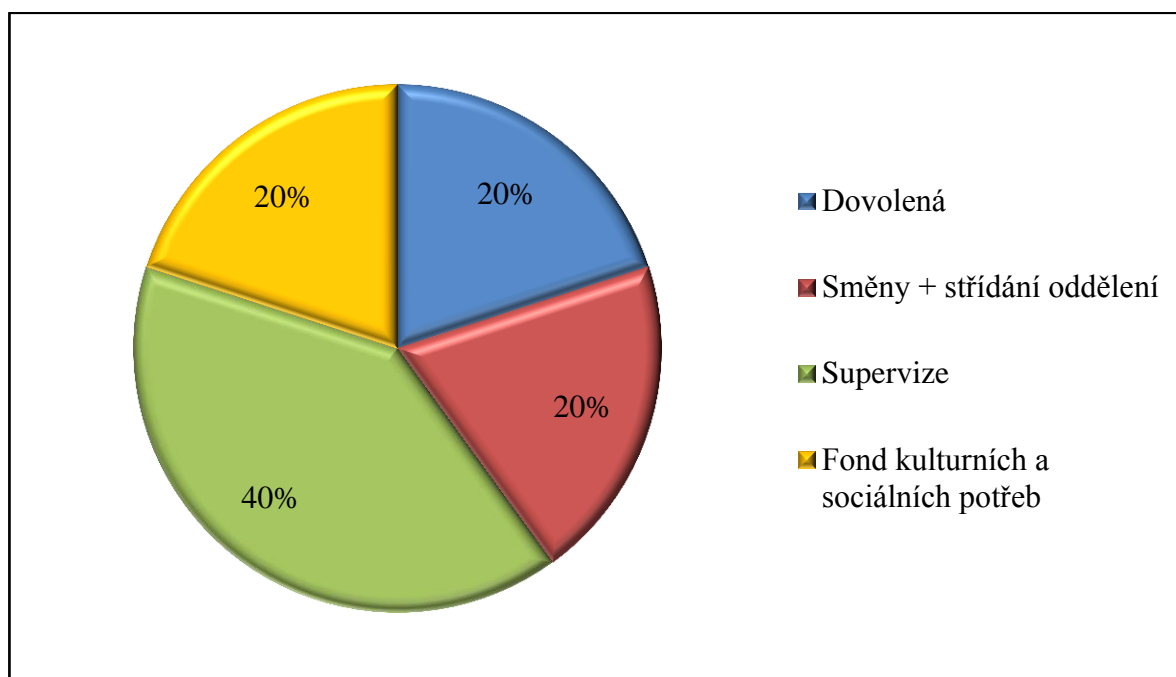
- a) Ano
- b) Ne



Obrázek 13 Grafické znázornění relativní četnosti respondentů dle existence opatření zmírňující zátěž ze strany zaměstnavatele

V otázce č. 12 bylo zjišťováno, zda jsou pracovníkům v zařízeních následné péče zajištěny prostředky na omezení zátěže ze strany zaměstnavatele. Výsledky na Obr. 13 jsou jednoznačné. Většina 39 (89 %) respondentů zvolilo možnost ne. Z této možnosti plyne, že respondenti žádná opatření na zmírnění zátěže ze strany zaměstnavatele nemají. Zbylá část 5 (11 %) respondentů uvedla ano, což znamená přítomnost opatření zmírňující zátěž ze strany zaměstnavatele. S touto odpovědí respondenti pokračovali v poslední otázce, kde měli za úkol vypsát, o jaké opatření se jedná.

Otázka č. 13: Jaká jsou opatření ve Vašem zařízení na zmírnění zátěže ze strany zaměstnavatele?



Obrázek 14 Grafické znázornění relativní četnosti respondentů dle možností opatření zmírňující zátěž

Otázka č. 13 byla otevřená otázka navazující na otázku č. 12 pro 5 respondentů, kteří odpověděli „Ano“. Poslední otázka se zabývala vypsányi odpověďmi respondentů na možnosti opatření v jejich zařízení ze strany zaměstnavatele. Z Obr. 14 plyne, že 5 (100 %) respondentů uvedli vlastní možnosti odpovědí, z těchto dotazovaných uvedli 2 (40 %) respondenti odpověď supervize, 1 (20 %) respondent uvedl odpověď dovolená, 1 (20 %) respondent odpověděl směny + střídání oddělení a 1 (20 %) dotazovaný napsal možnost fond kulturních a sociálních potřeb (FKSP).

7.2 Část 2 - výsledky ze standardizované části Meisterova dotazníku

V této části byla vyhodnocena data odpovídajících respondentů na standardizovanou část Meisterova dotazníku skládající se z 10 otázek s danými pěti variantami odpovědí. Nejprve jsou prezentovány výsledky dle jednotlivých položek (otázek) poté dle faktorů a na závěr jsou uvedeny výsledky klasifikace zátěže.

Tabulka 8 Zjištěné hodnoty mediánů žen a mužů

Otázka dotazníku (zkráceně)	Hodnoty mediánů				Faktor
	Ženy	Muži	Celý soubor	Kritická hodnota	
1. Časová tíseň	4,0	3	3	3,0	I.
2. Malé uspokojení	2	2,5	2	2,5	II.
3. Vysoká odpovědnost	3	2	3	3,0	I.
4. Otupující práce	2	3	2	2,5	II.
5. Problémy a konflikty	2	1,5	2	2,5	I.
6. Monotonie	1,5	2	2	2,5	II.
7. Nervozita	2	2	2	3,0	III.
8. Přesycení	2	3	2	3,0	III.
9. Únava	2	3	3	3,0	III.
10. Dlouhodobá únosnost	3	3,5	3	2,5	III.

Z výše uvedené tabulky č. 8 vyplývá, že mediány položek u žen a mužů jsou odlišné, pouze v jednom případě se shodují a to ve znející otázce č. 7 práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost. Tato otázka byla ze strany respondentů hodnocena kladně.

Ženy oproti mužům v otázce č. 1 se o 1,0 rozdíl mediánu často dostávají do časové tísně při práci, přesto obě pohlaví hodnotila otázku negativně.

Druhá položka zabývající se malým uspokojením z práce byla hodnocena ze strany mužů negativně a ze strany žen kladně.

Ženy mají větší pracovní zodpovědnost, která je psychicky zatěžuje, z toho vyplývá negativní hodnocení otázky. Muži pracovní zodpovědnost hodnotili pozitivně.

Ve čtvrté položce práce, kdy je málo zajímavá a duševně, je spíše otupující měli muži vyšší hodnotu mediánu než kritickou hodnotu, z čehož plyne negativní hodnocení. Ženy se k této otázce postavily kladně.

Otázka č. 5 měla za úkol zjistit, zda v práci mají respondenti časté konflikty a problémy, od nichž se nemohou odpoutat ani po skončení pracovní doby, která pro obě pohlaví dopadla kladně.

Kladné hodnocení bylo zjištěno u obou pohlaví v položce monotonie, která byla položena v dotazníku následovně: při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje.

Muži mají po několika hodinách práce natolik dost, že by chtěli dělat něco jiného, což vedlo k negativnímu hodnocení v osmé položce. Oproti tomu ženy prožívají přesycení z práce kladně.

Dále muži cítí únavu a ochablost po několika hodinách práce, kdy pro tuto otázku bylo zjištěno negativní hodnocení. Kladné hodnocení bylo uvedeno u žen, co necítí únavu a ochablost po několika hodinách práce.

V poslední položce bylo jednoznačně zjištěno negativní hodnocení, že obě pohlaví dlouhodobě neunesou po léta se stejnou výkonností náročnost práce.

Z celého souboru respondentů vyplývá, že otázky č. 1, 3, 9, 10 byly hodnoceny negativně a v případě kladného hodnocení otázek bylo zjištěno u položek č. 2, 4, 5, 6, 7, 8.

Tabulka 9 Faktorová analýza psychické zátěže při práci

Zkoumaný soubor	Faktor											
	I. Přetížení			II. Monotonie			III. Stresová odezva			HS Hrubý skór		
	\bar{x}	s	K	\bar{x}	s	K	\bar{x}	s	K	\bar{x}	s	K
Norma pro ženy	8,4	3,2	10	7,6	3	9	11,7	4,4	14	25,0	8,1	29
Data žen	8,5	1,3	9,2	5,9	0,9	6,4	10,1	1,2	10,7	24,5	3,4	26,3
Norma pro muže	10,6	3,0	12	6,4	3,2	8	10,3	4,1	12	22,9	6,4	26
Data Mužů	7,4	1,1	9	7,3	1,1	7,9	11,1	1,1	11,7	25,8	3,3	28,6

Při porovnání vyhodnocených výsledků z vlastního šetření viz Tab. 9 a danými hodnotami aritmetických průměrů populačních norem vyplývá, že největší je přetížení faktoru I. u žen (8,5) než u mužů (7,4). Dále byla překročena hodnota aritmetického průměru u faktoru II. – monotonie (7,3) a faktoru III. – stresová odezva (11,1), která se vztahovala pouze na muže. U mužů se projevil i větší aritmetický průměr (25,8) a kritická hodnota (28,6) v hrubém skóru. U žen byla zbylá data vyhodnocena v normě.

Tabulka 10 Vyhodnocená data pro klasifikaci zátěže

Faktor	I. přetížení			II. monotonie			III. stresová odezva			
Otázky	1	3	5	2	4	6	7	8	9	10
Hodnota mediánu ženy	4	3	2	2	2	1,5	2	2	2	3
Celkem (ženy)	9			5,5			9			
Hodnota mediánu muži	3	2	1,5	2,5	3	2	2	3	3	3,5
Celkem (muži)	6,5			7,5			11,5			
Hodnota mediánu celý soubor	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3
Celkem (celý soubor)	8			6			10			

Z Tab. 10 vidíme výsledné zhodnocení dotazovaných. Výzkumný soubor žen určil data, ze kterých vyplývá, že faktor I. přesahuje o 3,5 bodu vyšší součet mediánu než faktor II., proto byly sečteny hodnoty mediánu faktorů I. a III. s výsledkem 18 bodů. U žen byla zjištěna stupeň č 1, která je bez tendence k přetížení.

Pro muže z tabulky 11 plyne, že mezi faktory I. a II. je rozdíl 1 bodu, tudíž byly sečteny hodnoty mediánu faktorů I., II. a III. s výsledkem 25,5 bodů. Muži dosáhli stupně č. 1 bez tendence k přetížení a monotonii.

Z dotazníkového šetření respondentů (celý soubor) je patrné, že faktor I. má o dva body vyšší součet, než faktor II., proto byly sečteny hodnoty mediánů faktoru I. a III. s výsledkem 18 bodů. Celý soubor respondentů dospěl k výsledku stupně č. 1 (žádné přetížení).

Jak u žen, mužů i celého souboru respondentů vyšel první stupeň, který je popisován, jako zátěž, při které není pravděpodobně ovlivněno zdraví, subjektivního stavu a výkonnosti.

8 Diskuze

Tato kapitola se zabývá diskuzí výzkumných otázek, které byly stanoveny před zahájením dotazníkového šetření. Zjištěné výsledky z výzkumného vzorku, který dosahuje 44 respondentů, jsou vztaženy pouze k výzkumnému vzorku nikoliv k celé populaci.

Výzkumná otázka č. 1: Jaké faktory vyvolávají psychickou zátěž u pečujících respondentů v pracovním procesu?

Odpověď na první výzkumnou otázku byla získána z dotazníkového šetření pomocí otázky č. 6 a Meisterovou částí dotazníku (vyhodnocení podle položek a faktorů).

Z výsledků u otázky č. 6 vyhodnocených průměrem bylo zjištěno, že u pečujících respondentů nejvíce psychickou zátěž vyvolává faktor časový tlak a intenzita práce (3,11). Dále to byly faktory, které nedosáhly klasifikace hodnoty čísla 3, tedy průměrné hodnoty u faktorů byly vyhodnoceny pod 3, které tolik nevyvolávají psychickou zátěž u pečujících respondentů. Minimální riziko psychické zátěže v zaměstnání se u respondentů zjistilo u faktoru problémy ve vztazích na pracovišti (2,02).

Psychickou zátěž nejvíce vyvolává faktor časový tlak a intenzita práce, kdy tento výsledek potvrzuje i J. Dostálová (2007) v bakalářské práci zabývající se zvládnutím stresu a zátěže u zdravotníků. (Dostálová, 2007, s. 45)

Z výsledků naopak vyplývá, že problémy ve vztazích na pracovišti nevyvolávají psychickou zátěž u pracovníků v zaměstnání, což lze porovnat s výsledky V. Blanaře (2012), který se v diplomové práci zaměřující na psychickou zátěž zdravotnických pracovníků pečujících o těžce a terminálně nemocné, zjistil, že nemají pečující pracovníci mezi sebou špatné vztahy na pracovišti, neboť i v LDN se nachází klienti v těžkém či terminálním stádiu nemoci. (Blanař, 2012, s. 92)

Dle výsledků druhé části Meisterova dotazníku vyplývá, že faktory vyvolávající psychickou zátěž jsou časová tíseň, vysoká odpovědnost, únava a dlouhodobá únosnost práce. Ze získaných dat bylo tedy zjištěno, že tyto faktory přesahují kritickou hodnotu mediánu a tím mají negativní vliv na psychickou zátěž pečujících pracovníků v zařízeních následné péče.

Dále bylo zjišťováno vyhodnocení podle faktorů Meisterova dotazníku, kde faktory měly přiřazeny jednotlivé položky (otázky). Šlo o součet položek znázorňující faktorovou analýzu, která byla rozdělena zvlášť pro muže a ženy. Z výsledků tedy vyplývá, že faktor

přetížení byl zjištěn pouze u žen, faktor monotonie byl zjištěn u mužů, stresová odezva (nespecifický faktor) byl zjištěn také jen u mužů. Jako poslední je hodnocen hrubý skór skládající se ze součtu faktorů I., II. a III. (přetížení, monotonie a nespecifický faktor), u kterého vyšlo najevo, že muži dosahují vyšších hodnot než ženy, tudíž byla u mužů přesáhnutá kritická hodnota.

Výzkumná otázka č. 2: Jaká je spokojenost respondentů v zaměstnání u jednotlivých pracovních situací dle profese?

V této výzkumné otázce se zjišťovala spokojenost v pracovním procesu u vybraných zdravotnických profesí prostřednictvím otázek č. 2 a 5.

Ze získaných dat průměrem vyplývá, že všeobecné sestry byly nejvíce subjektivně spokojeny v zaměstnání s položkou jistota zaměstnání (2). Nejmenší subjektivní spokojenost byla zjištěna u finančního hodnocení (3,6).

Z odpovědí fyzioterapeutů vyplývá, že maximální subjektivní spokojenost v zaměstnání vnímají u položky jistota zaměstnání (1,6) a minimální subjektivní spokojenost byla u položky dostatek personálu (3,6).

Ergoterapeuti byli nejvíce subjektivně spokojeni v zaměstnání v situaci zajímavost práce (2) a v situaci kolektiv (2). Nejmenší subjektivní spokojenost byla zjištěna u situace finančního ohodnocení (4,33).

U zdravotně-sociálního pracovníka z výsledků vyplynula největší subjektivní spokojenost v možnosti dalšího vzdělání a rozvoje (1,16) naopak minimální spokojenost v zaměstnání byla u položky dostatek personálu (3,16).

Z odpovědí zdravotnických asistentů je patrné, že jejich maximální subjektivní spokojenost v zaměstnání je v oblasti kolektiv (1,5). V oblasti možnosti dalšího vzdělání a rozvoje (4) a dostatku personálu (4,5) vnímali jako nespokojenost v zaměstnání.

U poslední profese ošetřovatel byla zjištěna největší subjektivní spokojenost v zaměstnání u možnosti jistota zaměstnání (2). Nespokojenost v zaměstnání ošetřovatelé vnímali u možnosti dostatek personálu (4) a velkou nespokojeností pro ně byla oblast finančního ohodnocení (4,66).

Z celkového hodnocení bylo vyzkoumáno, že pracovníci jsou spokojeni v zaměstnání s jistotou v zaměstnání a kolektivem a nespokojenost v zaměstnání potvrdili u finančního ohodnocení. Tento výsledek lze porovnat s bakalářskou prací J. Běťákové (2008), která

zkoumala profesní spokojenost všeobecných sester, kde došla k závěru, že všeobecné sestry jsou nejvíce spokojeni s kolektivem a charakterem práce na pracovišti a hlavní příčinou profesní nespokojenosti je nízké finanční ohodnocení (Běřáková, 2008, s. 73). Výsledky se tedy shodují, ačkoli v mé práci byl výzkumný vzorek složen z více zdravotnických profesí, přesto nadpoloviční většina respondentů byla profese všeobecné sestry.

Výzkumná otázka č. 3: Jaká je psychická zátěž respondentů pečujících o klienty v zařízeních následné péče?

Třetí výzkumná otázka byla zodpovězena dotazníkovými otázkami č. 7, 8 a 11 zaměřená na výskyt a četnost psychické zátěže pracovníků pečujících o klienty v zařízeních následné péče a s jejich možnými vyrovnávacími technikami psychické zátěže. K této výzkumné otázce také patří Meisterova část dotazníku (klasifikace psychické zátěže).

Z výsledných dat bylo zjištěno, že 32 (73 %) respondentů jsou často v pracovní době psychicky vyčerpaní. Naopak 12 (27 %) respondentů nepocítují časté psychické vyčerpání v pracovní době.

Dále se počet 32 respondentů vyjadřoval k četnosti psychické zátěže, kdy výsledek byl očividný. Nadpoloviční většina 20 (66 %) respondentů uvedla, že alespoň 1x týdně cítí psychické vyčerpání.

Navazující otázkou k této výzkumné otázce byl možný způsob vyrovnání se s psychickou zátěží, kdy se nejvíce 36 (82 %) respondentů vyrovnává s psychickou zátěží pomocí spánku. Zjištění bylo tedy jednoznačné. Dalšími vyrovnávacími technikami byly aktivizační činnosti- sportovní, aktivizační činnosti- nespportovní, odpočinek, podpora přátel nebo spolupracovníků a podpora rodiny v rozmezí 30 % až 45 % odpovídajících respondentů.

Z výsledků tedy vyplývá, že se respondenti vyrovnávají s psychickou zátěží nejvíce pasivní formou, což je spánek. Podobné výsledky můžeme vidět v bakalářské práci Z. Němcové (2010), která se zabývala tématem „Psychická a fyzická zátěž sester pracujících s geriatrickými klienty“, kde uvádí, že 62,3 % všeobecných zdravotních sester preferuje pasivní relaxaci, jako jsou: spánek a odpočinek, internet, poslech hudby, četba knih a sledování TV. V případě aktivní relaxace preferovalo 37,7 % dotazovaných, což byly sportovní činnosti (Němcová, 2010, s. 63). Její výsledek jsem byl zařazen, jelikož v mé práci se výzkumný vzorek skládá z větší části zdravotních sester a i určitý počet geriatrických klientů se vztahuje do léčeben pro dlouhodobě nemocné a rehabilitačního centra.

Vyhodnocení psychické zátěže při práci pečujících o klienty v zařízeních následné péče dle Meisterova dotazníku (klasifikace) vyplývá, že u žen byl zjištěn stupeň č. 1, který je bez tendence k přetížení a u mužů stupně č. 1 bez tendence k přetížení a monotonii. Pro celý soubor respondentů tudíž, plyne první stupeň klasifikace psychické zátěže popisován, jako zátěž, při které není pravděpodobně ovlivněno zdraví, subjektivního stavu a výkonnosti.

K tomuto výslednému závěru podle Meisterovy metody došla i Z. Němcová (2010), že zátěž u všeobecných sester dosahuje stupně č. 1. bez tendence k přetížení popisující zátěž při, které není pravděpodobně ovlivněno zdraví, subjektivního stavu a výkonnosti. (Němcová, 2010, s. 64)

Výzkumná otázka č. 4: Jaké jsou projevy psychické zátěže u pečujících pracovníků a jaká opatření ve smyslu zmírnění zátěže jsou přijata na jejich pracovištích?

Odpověď na čtvrtou výzkumnou otázku byla získaná data z dotazníkového šetření pomocí otázek č. 10, 12 a 13, kdy otázka č. 10 zjišťovala projevy psychické zátěže a otázka č. 12 a 13 byla zaměřena na opatření zmírnění zátěže ze strany zaměstnavatele a popřípadě jaké zmírnění to jsou.

Ze získaných dat jasně vyplývá, že nejčastějším prožívaným projevem u 44 (100 %) respondentů je únava. Velký počet 28 (63 %) respondentů byl také zjištěn u projevu snížené pozornosti. S nižšími počty odpovědí respondentů byly zvoleny varianty: bolest hlavy s 13 (30 %) respondenty, úzkost s 12 (27 %) respondenty, deprese s 8 (18 %) respondenty a jiné s 2 (5 %) respondenty.

Na základě těchto projevů může být zátěž zmírněna ze strany zaměstnavatele nějakými opatřeními. Překvapujícím výsledkem bylo zjištění, že 39 (89 %) respondentů uvedlo, že nejsou v jejich zařízení opatření, což by pak mohlo vést ke stupňující se psychické pracovní zátěži a následně se objevit syndrom vyhoření. Pouze 5 (11 %) respondentů potvrdilo přítomnost opatření, které v další otázce respondenti vypsali. Jsou to opatření supervize, směny a střídání oddělení, fond kulturních a sociálních potřeb a dovolená. Z výsledků evidentně vychází neshoda odpovědí. Většina tvrdí, že nemají žádná opatření a naopak menšina odpověděla, že mají opatření. Domnívám se, že většina respondentů nevnímá tato opatření za důležité nebo vůbec nepostřehli, že nějaká opatření mají, anebo neměli zájem uvedená opatření vypisovat. U této otázky mohlo dojít ke zkreslení odpovědí.

Tyto výsledky potvrzuje i výzkum v rámci diplomové práce V. Blanaře (2012), který zjišťoval určité metody prevence psychické zátěže pečujících na různých pracovištích. V jeho výzkumu uvádí 4 pracoviště spadající mezi zařízení následné péče. Z jeho šetření vyplývá, že téměř všichni respondenti nemají na pracovištích preventivní metody psychické zátěže, ale také uvádí možnost zkreslení odpovědí, jde tedy o stejný případ jako u výsledků z mého dotazníkového šetření. (Blanař, 2012, s. 92-93)

Výzkumná otázka č. 5: Jak subjektivně hodnotí pečující pracovníci svoji psychickou zátěž dle typu jejich profese?

Výzkumná otázka č. 5 byla zodpovězena dotazníkovými otázkami č. 2 a 9, týkající se subjektivním hodnocením psychické zátěže v jednotlivých profesích pečujících respondentů.

Z výsledků dat bylo jednoznačné zjištění, a to že všichni respondenti vnímají svoji profesi s určitou mírou zátěže. Pro profese všeobecné sestry, zdravotně-sociálního pracovníka, fyzioterapeuta a ošetřovatele plyne, že psychická zátěž je nejvíce vnímána mezi středně těžkou zátěží a těžkou zátěží. Z pohledu profese ergoterapeuta hodnotili respondenti psychickou zátěž mezi lehkou zátěží a střední zátěží a naopak zdravotničtí asistenti ze svého pohledu prožívají psychickou zátěž mezi těžkou zátěží a velmi těžkou zátěží.

Na určitý výskyt míry zátěže u zdravotnických povolání rovněž poukazuje knižní publikace: Základy psychologie pro zdravotnické obory uvádějící, že zdravotničtí pracovníci se denně setkávají se zatěžujícími a náročnými pracovními situacemi, což pro různé zdravotnické profesní povolání sebou přináší jistý stupeň pracovní zátěže. (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011, s. 150)

9 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zaměřovala na téma Psychická zátěž pečujících o klienty v zařízeních následné péče. Teoretická část se zabývala hlavně problematikou stresu s následným zvládnutím stresu, psychickou zátěží v pracovním procesu, která zároveň spadala i do výzkumné části. Pozornost byla v teoretické části také věnována syndromu vyhoření, duševní hygieně a pomáhajícím profesím. Získaná data pro výzkumnou část byla vypracována na základě dotazníkového šetření respondentů. Výzkumný vzorek se skládal ze zdravotnických pracovníků pečujících o klienty v následných zařízeních. Mezi oslovené zařízení patří léčebny pro dlouhodobě nemocné a rehabilitační centrum v rámci Pardubického kraje. Z těchto tří zařízení bylo celkem získáno 44 zcela vyplněných dotazníků. Na začátku bakalářské práce byly stanoveny cíle vyplývající pro teoretickou i výzkumnou část práce, které mohu pokládat za splněné.

Psychická zátěž zaměřená na práci u zdravotnických profesí pracujících s lidmi může představovat určitý faktor způsobující stres. S rozvíjející se společností ve zdravotnictví je zároveň kladen i profesní růst na jednotlivé pracovní pozice, které sebou nesou větší pracovní zodpovědnost a tím i právní povinnosti zdravotnických povolání. Vzhledem k náročnosti pomáhajících zdravotnických profesí musí být tito jedinci opatrní v náhlých, nečekaných nebo i běžně se vyskytujících situacích, které mohou představovat určitou psychickou zátěž při práci. Každé zdravotnické zařízení má určitá doporučení, která se vztahují na péči a podporu svých zaměstnanců hlavně v oblasti bezpečnosti a ochrany zdraví při práci (BOZP) a povinným zřízením ve prospěch svých zaměstnanců fond kulturních a sociálních potřeb (FKSP).

Z výzkumného šetření u zdravotnických pracovníků bylo z výsledků zjištěno, že psychickou zátěž nejvíce vyvolávají faktory časový tlak a intenzita práce, vysoká pracovní odpovědnost, únava a snížená pozornost. Dalším odhalením byla nespokojenost zdravotnických pracovníků v zaměstnání s finančním ohodnocením. Posledním i předpokládaným zjištěním bylo časté pocit'ování psychického vyčerpání v pracovní době.

Na základě těchto jistěných poznatků bych pro praxi zaměstnavatelům doporučila zvýšit počet zaměstnanců, pořádat supervize, pravidelné preventivní lékařské prohlídky, dávat pochvaly zaměstnancům za dobře odvedenou práci a možnost poskytnutí odborného poradenství psychologa při zjištění nějakého pracovního či osobního problému. V případě

nízké profesní kvalifikace bych navrhla její zvýšení a tím by bylo i následné posunutí v tabulce finančního ohodnocení. Dále bych pro praxi zdravotnických pracovníků doporučila především pečovat sami o sebe (viz Příloha C Desatero podnětů pro pečující v péči o jejich vlastní přežití). K posílení a upevnění psychického zdraví bych navrhla doporučení v oblasti duševní hygieny a k zvládnutí psychické zátěže bych doporučila různé copingové a obranné strategie popisující v teoretické části bakalářské práce. Na vymizení nebo alespoň snížení psychické vyčerpanosti bych také navrhla možnosti, jako jsou relaxační techniky, uklidňující dýchání, sportovní či nesportovní činnosti, spánek, odpočinek, dovolená, přítomnost přátel a rodiny, správná životospráva, kultura a procházky.

10 Použitá literatura

Tištěné zdroje:

1. BARTŮŇKOVÁ, Staša. *Stres a jeho mechanismy*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2010, 137 s. ISBN 978-802-4618-746.
2. BĚŤÁKOVÁ, Jana. *Profesní spokojenost sester*. Zlín, 2008. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií.
3. BLANAŘ, Vít. *Psychická zátěž zdravotnických pracovníků pečujících o těžce a terminálně nemocné*. Pardubice, 2012. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetřovatelství.
4. ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 126 s. ISBN 978-802-4732-138.
5. DOSTÁLOVÁ, Jana. *Zvládání stresu a zátěže u zdravotníků*. Brno, 2007. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetřovatelství.
6. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. 2. vyd. Praha: Portál, 2009, 774 s. ISBN 978-807-3675-691.
7. HERMAN, Erik a Pavel DOUBEK. *Deprese a stres: vliv nepříznivé životní události na rozvoj psychické poruchy*. Praha: Jessenius, 2008, 94 s. ISBN 978-80-7345-157-8.
8. JOSHI, Vinay. *Stres a zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, 156 s. ISBN 978-80-7367-211-9.
9. KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha: Academia, 2005, 263 s. ISBN 80-200-1307-5.
10. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Pozitivní psychologie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2010, 195 s. ISBN 978-807-3677-268.
11. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 3. Vyd. Praha: Portál, 2009, 279 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
12. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 119 s. ISBN 978-802-4731-490.
13. KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 212 s. ISBN 978-802-4736-761.
14. MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008, 271 s. ISBN 978-80-7367-368-0.

15. NĚMCOVÁ, Zuzana. *Psychická a fyzická zátěž sester pracujících s geriatrickými klienty*. Pardubice, 2010. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství.
16. PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 240 s. ISBN 978-802-4729-596.
17. PELCÁK, Stanislav. *Osobnostní nezdolnost a zdraví*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2013, 206 s. ISBN 978-807-4353-420.
18. PELCLOVÁ, Daniela. *Nemoci z povolání a intoxikace*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2014, 316 s. ISBN 978-802-4625-973.
19. PLAMÍNEK, Jiří. *Sebepoznání, sebeřízení a stres: praktický atlas sebezvládnání*. 3. vyd. Praha: Grada, 2013, 192 s. ISBN 978-80-247-4751-4.
20. PLEVOVÁ, Ilona. *Management v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 304 s. ISBN 978-802-4738-710.
21. PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ. *Asertivitou proti stresu*. 2. vyd. Praha: Grada, 2007, 277 s. ISBN 978-80-247-1697-8.
22. STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 103 s. ISBN 978-80-247-3553-5.
23. ŠVINGALOVÁ, Dana. *Stres a "vyhoření" u profesionálů pracujících s lidmi*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2006, 82 s. ISBN 80-737-2105-8.
24. TUČEK, Milan. *Hygiena a epidemiologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2012, 358 s. ISBN 978-802-4620-251.
25. ULRICHOVÁ, Monika. *Člověk, stres a osobnostní předpoklady: souvislost osobnostních rysů a odolnosti vůči stresu*. 1. vyd. Ofis: Ústí nad Orlicí, 2012, 100 s. ISBN 978-80-7405-186-9.
26. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 184 s. ISBN 978-802-4731-742.
27. ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 229 s. ISBN 978-802-4720-685.
28. ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 278 s. ISBN 978-80-247-4062-1.

Elektronické zdroje:

1. BLAŽKOVÁ, V. *STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV: Psychická pracovní zátěž* [online]. 2008 [cit. 2015-04-07]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/pracovni-prostredi/psychicka-pracovni-zatez>
2. ČESKO. Vyhláška č. 55 ze dne 01. března 2011 o činnostech zdravotnických povolání a jiných odborných pracovníků, v platném znění. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 20. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>
3. ČESKO. Vyhláška č. 432 ze dne 04. prosince 2003, kterou se stanoví podmínky pro zařazování prací do kategorií, limitní hodnoty ukazatelů biologických expozičních testů, podmínky odběru biologického materiálu pro provádění biologických expozičních testů a náležitosti hlášení prací s azbestem a biologickými činiteli, v platném znění. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2003, částka 142. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2003-432>
4. ČESKO. Zákon č. 96 ze dne 04. února 2006 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 30. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>
5. JEKLOVÁ, Marta a Eva REITMAYEROVÁ. *Syndrom vyhoření* [online]. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, 32 s. [cit. 2015-04-11]. ISBN 80-869-9174-1. Dostupné z: <http://www.kps.zcu.cz/materials/skolpsy/syndrom.pdf>
6. KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. *Syndrom vyhoření* [online]. 2. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003, 23 s. [cit. 2015-06-05]. ISBN 80-707-1231-7. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/edice/plne_znani/brozury/syndrom_20vyhoření.pdf.
7. ŽIDKOVÁ, Zdeňka. *Metody: Meisterův dotazník*. Zdeňka Židková PSVZ: *Metody* [online]. 2013 [cit. 2015-05-03]. Dostupné z: <http://zdenka-zidkova-psvz.webnode.cz/metody/>

11 Přílohy

Příloha A <i>Dotazník</i>	77
Příloha B <i>Přehled odpovědí jednotlivých otázek Meisterova dotazníku</i>	80
Příloha C <i>Desatero podnětů pro pečující v péči o jejich vlastní přežití</i>	82

Příloha A *Dotazník*

Dobrý den,

jmenuji se Klára Dolejší a navštěvuji Fakultu zdravotnických studií v Pardubicích, kde studuji denní studium v oboru zdravotně-sociální pracovník. Připravila jsem si dotazník na téma: Psychická zátěž pečujících o klienty v zařízeních následné péče. Součástí je i dotazník Meisterův. Meisterův dotazník slouží k hodnocení vlivů pracovní činnosti na psychiku pracovníků. Tímto Vás žádám o vyplnění dotazníku, který mi bude podkladem pro zpracování praktické části v bakalářské práci. Tento dotazník je anonymní a bude sloužit pouze pro zpracování dat do mé práce. Prosím o zakroužkování jedné odpovědi nebo vyplnění odpovědi u otázek, kterých se to týká.

Děkuji vám za čas, který jste tomuto dotazníku věnovali. Klára Dolejší

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- a) Žena
- b) Muž

2. Jaká je vaše profese?

- a) Všeobecná sestra
- b) Zdravotně-sociální pracovník
- c) Sociální pracovník
- d) Fyzioterapeut
- e) Jiné - napište.....

3. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Střední vzdělání s výučním listem
- b) Střední vzdělání s maturitní zkouškou
- c) Vyšší odborné vzdělání
- d) Vysokoškolské vzdělání

4. Jaká je Vaše délka praxe v oboru?

- a) 0 – 5 let
- b) 6 – 10 let
- c) 11 – 15 let
- d) 16 let a více

5. Jak jste spokojeni ve svém zaměstnání v těchto situacích? Zakroužkujte u každé položky číslo od 1 do 5, podle možností hodnotící škály. 1 – výborný, 2 – velmi dobrý, 3 – dobrý, 4 – dostatečný, 5 – nedostatečný.)

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| a) Pracovní doba | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b) Kolektiv | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c) Dostatek personálu | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d) Finanční ohodnocení | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| e) Jistota zaměstnání | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| f) Možnosti dalšího vzdělávání a rozvoje | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| g) Zajímavost práce | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

6. Ohodnot'te faktory vyvolávající psychickou zátěž v pracovním procesu?

(Zakroužkujte u každé položky číslo od 1 do 5, podle možností hodnotící škály. 1 – výborný, 2 – velmi dobrý, 3 – dobrý, 4 – dostatečný, 5 – nedostatečný.)

a) Časový tlak a intenzita práce	1	2	3	4	5
b) Monotonie pracovní náplně	1	2	3	4	5
c) Vícesměnný provoz	1	2	3	4	5
d) Pracovní odpovědnost	1	2	3	4	5
e) Vnucené pracovní tempo	1	2	3	4	5
f) Nároky v oblasti komunikace a spolupráce	1	2	3	4	5
g) Vlivy narušující soustředění (hluk, osvětlení, teplota prostředí)	1	2	3	4	5
h) Riziko ohrožení vlastního zdraví i jiných osob	1	2	3	4	5
i) Podmínky pracovního prostředí	1	2	3	4	5
j) Problémy ve vztazích na pracovišti (šikana, mobbing)	1	2	3	4	5

7. Pociťujete často na sobě v pracovní době psychické vyčerpání?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud jste u otázky č. 7 odpověděli „ano“ pokračujte následující otázkou. V případě, že jste odpověděli „ne“ přejděte na otázku č. 9.

8. Jak často na sobě pociťujete v pracovní době psychické vyčerpání?

- a) Každý den
- b) Alespoň 1x týdně
- c) Alespoň 1x měsíčně
- d) Alespoň 1x ročně

9. Jak hodnotíte ze svého pohledu psychickou zátěž své práce?

- a) Žádná zátěž
- b) Lehká zátěž
- c) Středně těžká zátěž
- d) Těžká zátěž
- e) Velmi těžká zátěž

U otázky č. 10 je možné zakroužkovat více odpovědí.

10. Jak se u Vás nejčastěji projevuje psychická zátěž?

- a) Depresí
- b) Úzkostí
- c) Únavou
- d) Sníženou pozorností
- e) Bolestí hlavy
- f) Jiné – napište

U otázky č. 11 je možné zakroužkovat více odpovědí.

11. Jak se vyrovnáváte s psychickou zátěží?

- a) Odpočinkem
- b) Spánkem
- c) Aktivizačními činnostmi - nesportovní
- d) Aktivizačními činnostmi – sportovní
- e) Podporou rodiny
- f) Podporou přátel nebo spolupracovníků
- g) Jiné – napište.....

12. Existují u Vás v zařízení nějaká opatření na zmírnění zátěže ze strany zaměstnavatele?

- a) Ano
- b) Ne

Na otázku č. 13 odpovídáte jen v případě, že jste odpověděli „ano“.

13. Jaká jsou opatření ve Vašem zařízení na zmírnění zátěže ze strany zaměstnavatele?

.....
.....

Hodnocení pracovní zátěže (Meisterův dotazník)

Vášim úkolem je u každé otázky zakroužkovat odpověď, která nejvíce vystihuje Vaše pocity při práci.

- 5 - ano, plně souhlasím
- 4 - spíše ano
- 3 - nevím, někdy ano, někdy ne
- 2 - spíše nesouhlasím
- 1 - ne, vůbec nesouhlasím

1. Při práci se často dostávám do časové tísně.	5	4	3	2	1
2. Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad/a.	5	4	3	2	1
3. Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost, spojenou se závažnými důsledky.	5	4	3	2	1
4. Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující.	5	4	3	2	1
5. V práci mám časté konflikty a problémy, od nichž se nemohu odpoutat ani po skončení pracovní doby.	5	4	3	2	1
6. Při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje.	5	4	3	2	1
7. Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost.	5	4	3	2	1
8. Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného.	5	4	3	2	1
9. Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost.	5	4	3	2	1
10. Práce je psychicky tak náročná, že ji nelze dělat po léta se stejnou výkonností.	5	4	3	2	1

Příloha B Přehled odpovědí jednotlivých otázek Meisterova dotazníku

V Tab. 11 jsou představeny jednotlivé odpovědi otázek z dotazníkového šetření podle Meisterovy metody. Celkový počet 44 (100 %) respondentů byl rozdělen podle pohlaví, tedy 38 (86 %) žen a 6 (14 %) mužů. Pro lepší zpracování dat byla u obou pohlaví použita relativní četnost jako 100 % z absolutní četnosti (n) odpovědí.

Tabulka 11 Přehled odpovědí jednotlivých otázek Meisterova dotazníku

Číslo otázky	Odpovědi respondentů																			
	Ano				Spíše ano				Nevím (ano i ne)				Spíše ne				Ne			
	Ženy		Muži		Ženy		Muži		Ženy		Muži		Ženy		Muži		Ženy		Muži	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.	9	24	0	0	11	29	2	33	13	34	4	67	5	13	0	0	0	0	0	0
2.	0	0	0	0	2	5	0	0	9	24	3	50	19	50	2	33	8	21	1	17
3.	3	8	0	0	10	26	1	17	11	29	1	17	8	21	3	50	6	16	1	17
4.	2	5	1	17	1	3	2	33	8	21	0	0	16	42	2	33	11	29	1	17
5.	2	5	0	0	2	2	1	17	5	13	0	0	15	40	2	33	14	37	3	50
6.	0	0	0	0	2	5	0	0	3	8	1	17	14	37	4	67	19	50	1	17
7.	1	3	0	0	4	11	1	17	8	21	0	0	18	47	4	67	7	18	1	17
8.	2	5	0	0	5	13	0	0	6	16	4	67	15	40	1	17	10	26	1	17
9.	2	5	0	0	5	13	2	33	11	29	3	50	11	29	0	0	9	24	1	17
10.	7	18	2	33	3	8	1	17	15	40	1	17	10	26	2	33	3	8	0	0

Na otázku č. 1 – při práci se často dostávám do časové tísně, respondenti odpověděli: ano - 9 (24 %) žen a žádný muž, spíše ano – 11 (29 %) žen a 2 (33 %) muži, nevím (někdy ano, někdy ne) 13 (34 %) žen a 4 (67 %) muži, spíše ne – 5 (13 %) žen a žádný muž, ne – žádná žena i muž.

Otázka č. 2 zabývající se malým uspokojením při práci, respondenti zvolili odpověď: ano – žádný z respondentů, spíše ano – 2 (5 %) ženy a žádný muž, nevím (někdy ano, někdy ne) 9 (24 %) žen a 3 (50 %) muži, spíše ne – 19 (50 %) žen a 2 (33 %) muži, ne – 8 (21 %) žen a 1 (17 %) muž.

Otázka č. 3 měla za úkol zjistit míru zodpovědnosti při práci spojenou se závažnými důsledky, na kterou respondenti odpověděli: ano – 3 (8 %) ženy a žádný muž, spíše ano – 10 (26 %) žen a 1 (17 %) muž, nevím (někdy ano, někdy ne) 11 (29 %) žen a 1 (17 %) muž, spíše ne – 8 (21 %) žen a 3 (50 %) muži, ne – 6 (16 %) žen a 1 (17 %) muž.

Na otázku č. 4 – práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující, respondenti odpověděli: ano – 2 (5 %) ženy a 1 (17 %) muž, spíše ano – 1 (3 %) žena a 2 (33 %) muži, nevím (někdy ano, někdy ne) 8 (21 %) žen a žádný muž, spíše ne – 16 (42 %) žen a 2 (33 %) muži, ne – 11 (29 %) žen a 1 (17 %) muž.

Otázka č. 5 je zaměřena na časté konflikty a problémy na pracovišti, ve které respondenti zvolili odpověď: ano – 2 (5 %) ženy a žádný muž, spíše ano – 2 (5 %) ženy a 1 (17 %) muži, nevím (někdy ano, někdy ne) 5 (13 %) žen a žádný muž, spíše ne – 15 (40 %) žen a 2 (33 %) muži, ne – 14 (37 %) žen a 3 (50 %) muži.

Na otázku č. 6 – při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje, respondenti odpověděli: ano – žádný z respondentů, spíše ano – 2 (5 %) ženy a žádný muž, nevím (někdy ano, někdy ne) 3 (8 %) ženy a 1 (17 %) muž, spíše ne – 14 (37 %) žen a 4 (67 %) muži, ne – 19 (50 %) žen a 1 (17 %) muž.

Otázka č. 7 je zaměřena na psychickou náročnost práce s pocitem nervozity a rozechvělosti, ve které respondenti zvolili odpověď: ano – 1 (3 %) žena a žádný muž, spíše ano – 4 (11 %) ženy a 1 (17 %) muž, nevím (někdy ano, někdy ne) 8 (21 %) žen a žádný muž, spíše ne – 18 (47 %) žen a 4 (67 %) muži, ne – 7 (18 %) žen a 1 (17 %) muž.

Na otázku č. 8 znějící takto, po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného, respondenti odpověděli: ano – 2 (5 %) ženy a žádný muž, spíše ano – 5 (13 %) žen a žádný muž, nevím (někdy ano, někdy ne) 6 (16 %) žen a 4 (67 %) muži, spíše ne – 15 (40 %) žen a 1 (17 %) muž, ne – 10 (26 %) žen a 1 (17 %) muž.

Otázka č. 9 je zaměřena na pocit únavy a ochablosti na pracovišti, ve které respondenti zvolili odpověď: ano – 2 (5 %) ženy a žádný muž, spíše ano – 5 (13 %) žen a 2 (33 %) muži, nevím (někdy ano, někdy ne) 11 (29 %) žen a 3 (50 %) muži, spíše ne – 11 (29 %) žen a žádný muž, ne – 9 (24 %) žen a 1 (17 %) muž.

Na otázku č. 10 – práce je psychicky tak náročná, že ji nelze dělat po léta se stejnou výkonností, respondenti odpověděli: ano – 7 (18 %) žen a 2 (33 %) muži, spíše ano – 3 (8 %) ženy a 1 (17 %) muž, nevím (někdy ano, někdy ne) 15 (40 %) žen a 1 (17 %) muž, spíše ne – 10 (26 %) žen a 2 (33 %) muži, ne – 3 (8 %) žen a žádný muž.

Příloha C *Desatero podnětů pro pečující v péči o jejich vlastní přežití*

Pečující by neměli především zapomínat pečovat sami o sebe. Desatero obsahuje soubor 16 hlavních momentů pro péči o pečovatelky od anglické profesorky paliativní medicíny paní doktorky Sheily Sassidy. Soubor 16-ti hlavních momentů je uveden v první osobě, tak jak si je pečovatelka říká sama sobě.

1. *„Bud' k sobě mírná, vlídná a laskavá.*
2. *Uvědom si, že tvým úkolem je jen pomáhat druhým lidem a ne je zcela změnit. Změnit můžeš jen sama sebe, ale nikdy ne druhého člověka – ať jím je kdokoli a ať je tvá snaha sebevětší.*
3. *Najdi si své útočiště, tj. místo, kam by ses mohla uchýlit do klidu samoty ve chvíli, kdy naléhavě potřebuješ uklidnění.*
4. *Druhým lidem na oddělení – svým spolupracovníkům a spolupracovnicím i vedení buď oporou a povzbuzením. Neboj se je pochválit, i když si to zaslouhují jen trochu.*
5. *Uvědom si, že je zcela přirozené tváří v tvář bolesti a utrpení, jehož jsi denně svědkem, cítit se zcela bezmocně a bezbranně. Připusť si tuto myšlenku. Být pacientům a jejich příbuzným nablízku (být s nimi) a pečovat o ně je někdy mnohem důležitější, než mnohé jiné.*
6. *Snaž se změnit způsoby, jak to či ono děláš. Zkus to, co děláš, dělat pokaždé – pokus možno – jinak.*
7. *Zkus poznat, jaký je rozdíl mezi dvěma různými způsoby nařikání: a) mezi tím, které zhoršuje beztak již těžkou situaci, b) tím, které bolest a utrpení tiší.*
8. *Když jdeš domů z práce, soustřeď se na něco dobrého a pěkného, co se ti podařilo v práci dnes udělat – a raduj se z toho.*
9. *Snaž se sama sebe neustále povzbuzovat a posilovat. Jak? Např. tím, že nebudeš vždy stejným způsobem (stereotypně – jen ryze technicky a zvykově – bezmyšlenkovitě) vykonávat své úkoly. Snaž se z vlastní iniciativy, tj. nikým nenucena, z vlastní vůle, někdy pokusit udělat něco jinak – tvořivě (asi tak, jak to dělá výtvarný umělec, např. malíř či architekt).*

10. *Využívej pravidelně povzbuzujícího vlivu přátelských vztahů v pracovním kolektivu i v jeho vedení jako zdroje sociální opory, jistoty a nadějného směřování života.*
11. *Ve chvílích přestávek a volna, když přijdeš do styku se svými kolegyněmi a kolegy, se vyhýbej jakémukoli rozhovoru o úředních věcech a problémech v zaměstnání. Odpočiň si tím, že budete hovořit o věcech, které se netýkají vaší práce a vašeho „úředního“ styku.*
12. *Plánuj si předem „chvíle útěku“ během týdne. Nedovol, aby ti někdo či něco tuto radost překazilo nebo ji ti někdo narušil.*
13. *Nauč se raději říkat „rozhodla jsem se“, nežli „musím, mám povinnost“ či „měla bych“. Podobně se nauč říkat raději „nechci, nežli „nemohu“. Takto osobní řeč vedená sama k sobě pomáhá. Přesvědč se o tom.*
14. *Nauč se říkat druhým lidem nejen „ano“, ale i „ne“. Když nikdy neřekneš „ne“, jakou hodnotu pak asi má tvé „ano“?*
15. *Netečnost (apatie) a zdrženlivost (rezervovanost) ve vztazích s druhými lidmi je daleko nebezpečnější a nadělá více zla a hořkostí, nežli připuštění si skutečnosti (reality), že více, nežli děláš, se opravdu udělat nedá. Připusť si to – uvědom si, že nejsi všemohoucí.*
16. *Raduj se, hraj si a směj se – ráda a dost často". (Křivohlavý, 2010, s. 107-108)*